

Guia para Saúde Sexual e Reprodutiva e Atenção Obstétrica

Informações, orientações e metodologias ativas para profissionais da Atenção Primária à Saúde

Uma iniciativa:

Enlace Reconhecer e fortalecer enfermeiras(os) obstétricas(os) e obstetizes



Fundo de População das Nações Unidas

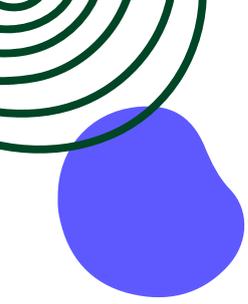
Johnson & Johnson

FOUNDATION

Apoio técnico:

 **CONASEMS**

Enlace Reconhecer e fortalecer
enfermeiras(os) obstétricas(os)
e obstetizes



Apresentação

Este guia faz parte do Projeto Enlace. O conteúdo a seguir visa contribuir para instrumentalizar profissionais que atuam nas etapas de aconselhamento, planejamento reprodutivo e pré-natal na Atenção Primária à Saúde (APS) do Brasil, tanto nas consultas individuais quanto nos encontros dos grupos de gestantes.

Para elaborar este material foram considerados assuntos que são estratégicos para a assistência à saúde sexual e reprodutiva (SSR). Além do conteúdo técnico, há, ao final de cada capítulo, uma proposta de metodologia ativa para que as(os) profissionais possam desenvolver a temática com as mulheres e suas famílias de forma a promover a compreensão e o protagonismo de todas(os) as(os) envolvidas(os).

Sabe-se de toda a dedicação que as profissionais e os profissionais da APS empregam no dia a dia. Nesse sentido, espera-se que este material seja uma ferramenta de consulta e apoio para o desenvolvimento de formas de comunicação cada vez mais eficazes, visto que a informação compartilhada durante as consultas é de extrema relevância para o entendimento e a saúde das mulheres no que se refere às decisões reprodutivas e ao ciclo gravídico-puerperal.

Sobre o Projeto Enlace

O Projeto Enlace é uma iniciativa do Fundo de População da ONU (UNFPA) e da Johnson & Johnson Foundation, implementado com diversos parceiros locais e nacionais, que visa reconhecer e fortalecer a atuação de enfermeiras(os) obstétricas(os) e obstetrites, na perspectiva da promoção dos direitos humanos, dos direitos das mulheres e adolescentes e da saúde reprodutiva, com vistas à oferta de serviços de qualidade e equitativos na atenção ao parto e nascimento e no planejamento reprodutivo.



Expediente

Realização

Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA)
Johnson & Johnson Foundation

Apoio Técnico

CONASEMS

Representante do UNFPA no Brasil

Astrid Bant

Representante auxiliar do UNFPA no Brasil

Júnia Quiroga

Representantes da Johnson & Johnson, Global Community Impact Latam

Regiane Soccol
Ewerton Nunes

Equipe Projeto Enlace

Anna Cunha
Angela Roman
Ayune Bezerra Soares
Nathalia Cassia

Coordenação editorial

Vidya Comunicação e Engajamento Social

Redação

Débora Fernandes Coelho
Fernanda La Cruz
Renata Leal de Queiroz
Scheila Mai

Revisão de conteúdo

Ana Paula Leite
Fernanda La Cruz
Kelly Portolan
Marcela Alvarenga
Renata Leal de Queiroz

Diagramação

Fillipe Lenz

ISBN nº 978-65-87917-08-5

Sumário

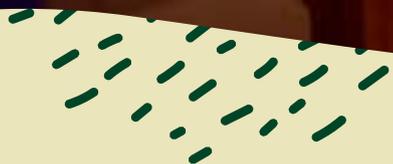
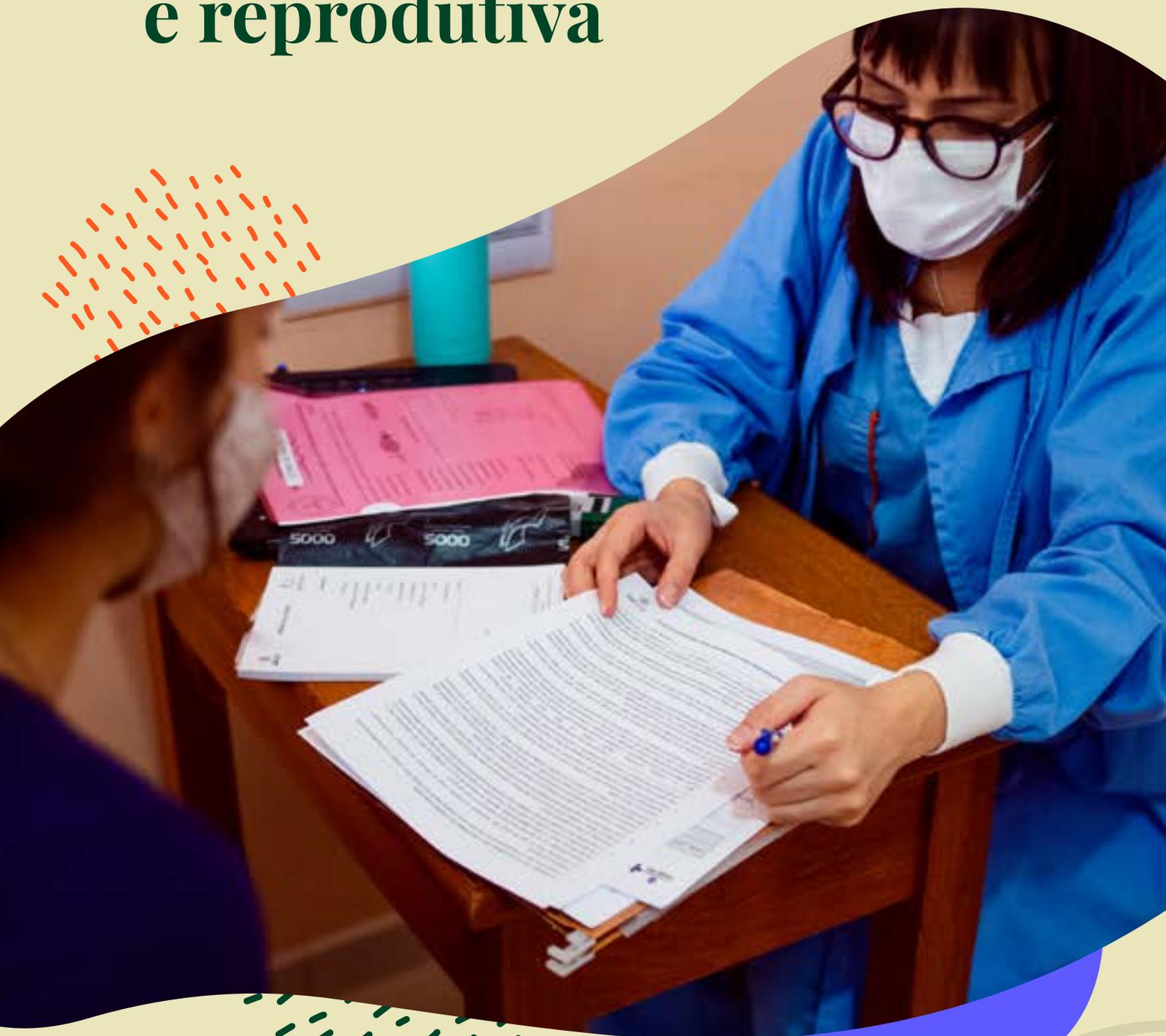
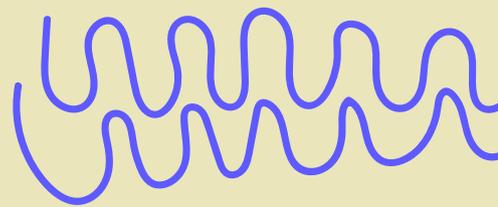


1. Direitos e saúde sexual e reprodutiva	6
1.1 O que são direitos sexuais e reprodutivos	8
1.2 Marcos históricos dos direitos sexuais e reprodutivos	11
1.3 Garantindo direitos na Atenção Primária à Saúde (APS)	13
1.4 Mortalidade materna como indicador de direitos	16
1.5 Dicas de leitura	20
1.6 Metodologia 1: Conhecendo nossos direitos sexuais e reprodutivos	21
2. Promoção da saúde sexual e reprodutiva na Atenção Primária à Saúde (APS)	27
2.1 O estabelecimento da Rede Cegonha na APS	29
2.2 Vinculação entre profissionais de saúde e as mulheres e suas famílias	30
2.3 Atribuições das equipes multiprofissionais na APS	31
2.4 Dicas de leitura	42
2.5 Metodologia 2: Promovendo o vínculo com a APS	43
3. Gestação	47
3.1 Boas práticas baseadas em evidências no pré-natal	51
3.2 Pré-natal de baixo risco: acolhimento, acompanhamento e apoio para um parto e nascimento saudável e fisiológico	59
3.2.1 Plano de parto	64
3.2.2 Recomendações das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal	65
3.2.3 Pré-natal do(a) parceiro(a)	67
3.2.4 O puerpério	68
3.3 Dicas de materiais	69
3.4 Metodologia 3 - Fortalecendo o protagonismo da mulher	70
3.5 Metodologia 4 - Construindo um plano de parto	75
Considerações finais	79



1.

Direitos e saúde sexual e reprodutiva



Iniciando a nossa conversa...

A saúde sexual significa, de forma ampla, o exercício da sexualidade com bem-estar físico, emocional, mental e social.¹ Trata-se de viver a sexualidade sem qualquer tipo de coerção, imposição, violência e discriminação – e mais: vivê-la com segurança e prazer.

A saúde reprodutiva, por sua vez, envolve os aspectos relacionados à vivência livre, segura e responsável da reprodução e de todas as funções do sistema reprodutivo. Ela abarca a possibilidade de cada ser humano escolher **se, quando e como exercer sua capacidade reprodutiva – e de contar com acesso aos serviços e insumos necessários.**

Apesar de todos os esforços empregados mundialmente, o acesso à saúde sexual e reprodutiva (SSR) não acontece de forma ampla e equitativa. **Desigualdades sociais e desigualdades relacionadas às questões de gênero e de orientação sexual são alguns dos fatores que atravessam essa questão, dificultando o acesso de determinados grupos à saúde sexual e reprodutiva.** Por outro lado, quando essas mesmas pessoas recebem informação qualificada sobre aquilo que envolve seu corpo e sua saúde, passam a ter mais poder de decisão e de planejamento sobre suas vidas.

Ao incluir informações acerca da saúde sexual e reprodutiva no atendimento das mulheres na Atenção Primária à Saúde (APS), estamos contribuindo para que tenham a oportunidade de fazer escolhas informadas e esclarecidas em dimensões importantes de suas vidas, levando em consideração o cuidado de si e do outro, a prevenção de comportamentos de risco, a promoção da saúde e da integridade corporal e psíquica. **Por isso falar sobre direitos sexuais e reprodutivos é tão importante!**

¹ Organização Mundial da Saúde. Saúde sexual, direitos humanos e a lei [e-book]. 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/175556/9786586232363-por.pdf>

1.1 O que são direitos sexuais e reprodutivos

Os direitos sexuais e reprodutivos estão sob o “guarda-chuva” do direito à saúde, pois são fundamentais para o bem-estar físico, emocional, mental e social das pessoas. **Direitos sexuais e reprodutivos são direitos humanos, ou seja, direitos básicos que devem ser assegurados a todos os seres humanos, sem distinção de situação social, raça/cor, nacionalidade, cultura, religião, gênero, orientação sexual ou qualquer outro aspecto.**

Historicamente, esses direitos começaram a ser discutidos a partir de políticas – geralmente coercitivas – elaboradas pelo poder público para decidir aspectos como o número de filhos que uma mulher/um casal poderia ter. É o caso da China que, a partir da década de 1970, implementou uma política de controle da natalidade. A justificativa para a decisão foi uma preocupação com a chamada “explosão demográfica” ou “explosão populacional” do país.²

A partir de reivindicações ligadas principalmente aos movimentos de mulheres e de saúde pública, o entendimento de que as escolhas referentes ao corpo e à reprodução são de cunho pessoal ganha espaço. Assim, crescem as iniciativas voltadas para o **planejamento reprodutivo voluntário**, que conferem às mulheres/aos casais a possibilidade de **decidir de forma autônoma e responsável, a partir de informações qualificadas**, sobre a composição de suas famílias, incluindo a escolha sobre ter ou não ter filhos, bem como a quantidade e o espaçamento entre eles.

² Fundo de População da ONU (UNFPA). Situação da População Mundial 2019 - Um Trabalho Inacabado: a busca por direitos e escolhas para todos e todas. Disponível em: https://brazilunfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/situacao_da_populacao_mundial_final.pdf

Decidir se e quando engravidar, assim como a quantidade de filhos e quando tê-los é um direito de toda pessoa. A atenção à saúde da mulher/adolescente, pautada nos direitos sexuais e reprodutivos, enfatiza que as decisões possam ser tomadas com autonomia, acessando o planejamento reprodutivo como política pública, que inclui a concepção (também a abordagem da infertilidade) e a contracepção de forma livre e consciente.³ Nesse sentido, considerando que o planejamento pode ser realizado pelo homem e pela mulher, isoladamente, mesmo quando estes não querem constituir uma família, vem sendo utilizado o termo "planejamento reprodutivo" em substituição ao "planejamento familiar", se tratando de uma concepção mais abrangente.⁴

Um planejamento reprodutivo adequado só é possível quando há acesso a informações de qualidade sobre a fecundidade e o corpo, bem como acesso aos recursos necessários para tomar uma decisão.⁵ O Ministério da Saúde traz destaque para o papel fundamental das ações educativas e a necessária mudança das relações entre as(os) profissionais de saúde e as mulheres/adolescentes, de modo que suas escolhas sejam respeitadas independente das suas condições sociais e econômicas.⁶ Nesse contexto, é preciso desestimular discursos e práticas que desvalorizem os direitos reprodutivos de pessoas desfavorecidas economicamente, que alimentem a defesa do controle da natalidade como solução para problemas sociais.⁷

³ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 300 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf

⁴ FIOCRUZ. Portal de boas práticas em saúde da mulher, criança e do adolescente. Planejamento reprodutivo: o que há de novo e além do planejamento familiar? 2018. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/29862/2/PLANEJAMENTO%20REPRODUTIVO_O%20QUE%20H%c3%81%20DE%20NOVO%20E%20AL%c3%89M%20DO%20PLANEJAMENTO%20FAMILIAR.pdf

⁵ FIOCRUZ. Portal de boas práticas em saúde da mulher, criança e do adolescente. Planejamento reprodutivo: o que há de novo e além do planejamento familiar? 2018. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/29862/2/PLANEJAMENTO%20REPRODUTIVO_O%20QUE%20H%c3%81%20DE%20NOVO%20E%20AL%c3%89M%20DO%20PLANEJAMENTO%20FAMILIAR.pdf

⁶ Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva. 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2013. 300 p. : il. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf

⁷ FIOCRUZ. Portal de boas práticas em saúde da mulher, criança e do adolescente. Planejamento reprodutivo: o que há de novo e além do planejamento familiar? 2018. Disponível em: https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/29862/2/PLANEJAMENTO%20REPRODUTIVO_O%20QUE%20H%c3%81%20DE%20NOVO%20E%20AL%c3%89M%20DO%20PLANEJAMENTO%20FAMILIAR.pdf

Entre o final da década de 1980 e o início da década de 1990, se consolida a expressão “**saúde sexual e reprodutiva**”, ampliando a concepção de saúde para incluir o bem-estar físico, psicológico e social das pessoas no exercício de suas sexualidades e decisões reprodutivas. A partir daí também começam a se intensificar as discussões sobre o que são direitos sexuais e reprodutivos. Confira alguns a seguir:^{8 9 10}

Direitos sexuais

- Ter acesso à informação e educação integral em sexualidade;
- Ter acesso a métodos seguros para prevenção da gravidez não-intencional e de infecções sexualmente transmissíveis (IST);
- Ter acesso a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade, sem discriminação;
- Expressar livremente sua orientação sexual, sem medo, culpa ou vergonha;
- Ter relações sexuais somente quando e com quem se quer (relações consentidas e livres de violência);
- Viver e expressar a sexualidade de forma plena, segura e prazerosa, livre de estigma, violência, discriminação e imposições – e com total respeito pelo corpo das outras pessoas com quem se relaciona.

Direitos reprodutivos

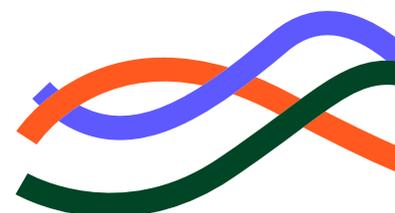
- Ter acesso à informação e educação sobre saúde reprodutiva;
- Decidir, de forma livre e responsável, se quer ou não ter filho(s), quantos filhos deseja ter e em que momento da vida;
- Ter acesso a meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos, inclusive o acesso a métodos voluntários de contracepção que atendam às necessidades e expectativas das mulheres;
- Exercer a reprodução livre de discriminação, imposição e violência;
- Receber cuidados de qualidade durante o ciclo gravídico-puerperal, com acesso a equipes profissionais e a serviços que promovam uma experiência positiva da gravidez e do parto, com saúde, segurança, integridade e dignidade.

Observação: os direitos sexuais e os direitos reprodutivos apresentam interseções e interdependências e, por isso, precisam ser abordados de forma integrada - de modo que esta separação apresentada é para fins didáticos.

⁸ Resumo do Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. Disponível em: <http://www.unfpa.org.br/Arquivos/conferencia.pdf>

⁹ Cartilha de Planejamento Reprodutivo, Gravidez e Lactação. (UNFPA, 2020). Disponível em: https://brazil.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/unfpa_planejamento_reprodutivo_gravidez_e_lactacao_web_pt.pdf

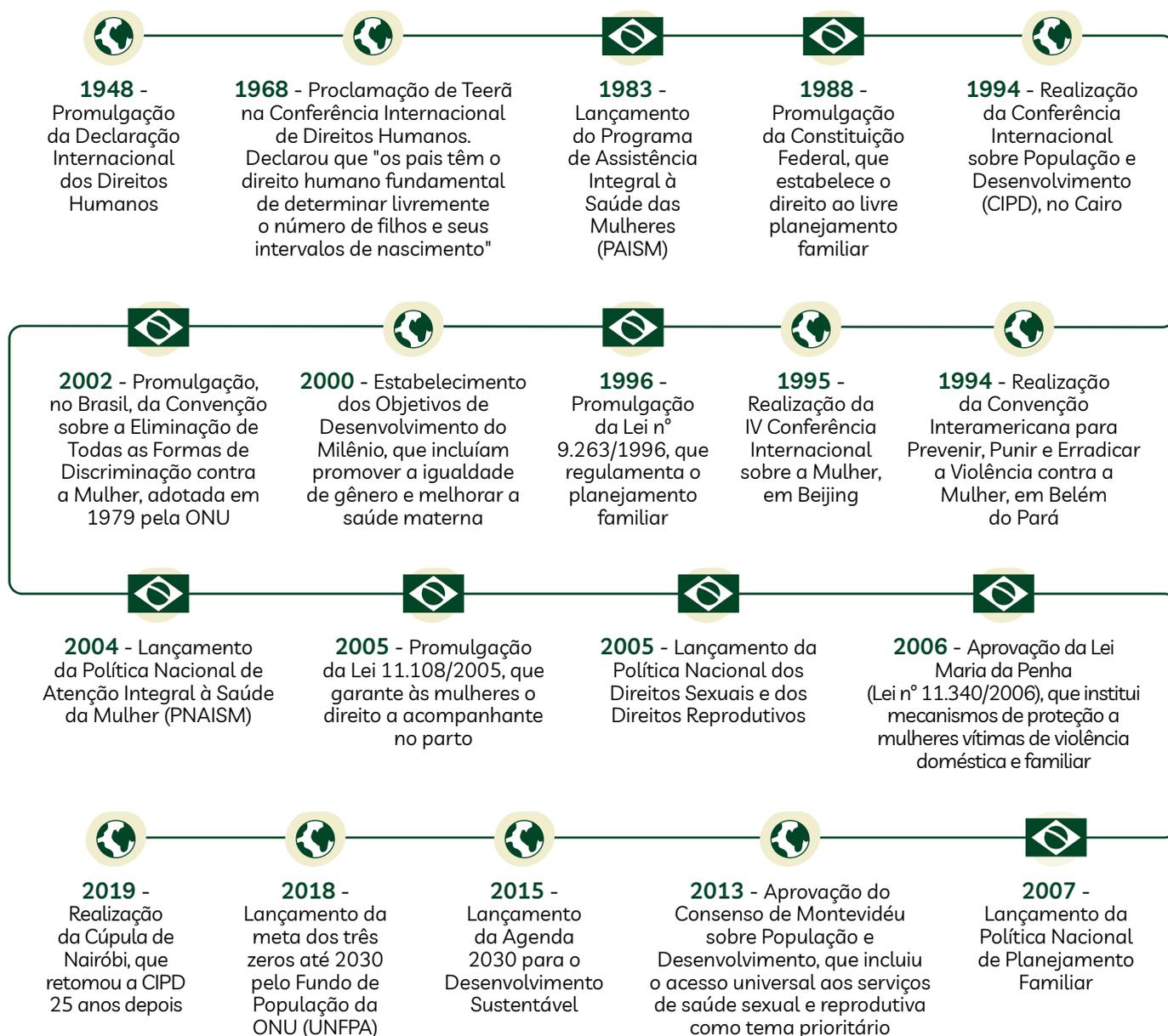
¹⁰ Starrs AM et al. Accelerate progress—sexual and reproductive health and rights for all: report of the Guttmacher–Lancet Commission. Lancet, 2018. Disponível em: [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(18\)30293-9.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(18)30293-9.pdf)



1.2 Marcos históricos dos direitos sexuais e reprodutivos

Ao longo das últimas décadas, os direitos sexuais e reprodutivos foram ganhando destaque na agenda da saúde pública mundial. Isso não acontece de forma homogênea, de modo que alguns países avançaram bastante enquanto outros ainda oferecem poucas garantias no que diz respeito à saúde sexual e reprodutiva das populações.

O avanço dos direitos sexuais e reprodutivos no tempo



Fonte: Projeto Enlace



Leitura complementar sobre marcos legais de direitos sexuais e reprodutivos

Documentos

- Miniguia Enlace - Reconhecer e fortalecer enfermeiras(os) obstétricas(os) e obstetrizes. Leia [aqui](#).
- Declaração Universal dos Direitos Humanos, 1948. Leia [aqui](#).
- Decreto que promulga a Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, Belém do Pará, 1994. Leia [aqui](#).
- Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento, Cairo, 1994. Leia [aqui](#).
- Declaração e Plataforma de Ação da IV Conferência Mundial sobre a Mulher, Pequim, 1995. Leia [aqui](#).
- Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo, 2005. Leia [aqui](#).
- Princípios de Yogyakarta - Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero, 2007. Leia [aqui](#).
- Relatório da Comissão Guttmacher-Lancet: “Acelerar o progresso: Saúde e Direitos Sexuais e Reprodutivos para Todos”.
 - Resumo executivo (em português). Leia [aqui](#).
 - Publicação completa (em inglês). Leia [aqui](#).

Vídeos

- Série Fala Direito Comigo: marcos legais em direitos sexuais e reprodutivos, UFPR. Assista [aqui](#).

1.3 Garantindo direitos na Atenção Primária à Saúde (APS)

O diálogo entre profissional e usuária(o) do sistema de saúde contribui para a qualidade do atendimento e seu desfecho em qualquer situação. Com a assistência à saúde sexual e reprodutiva na Atenção Primária à Saúde (APS) não é diferente: além do diálogo, o estabelecimento de vínculo é determinante para o sucesso das decisões (e das respectivas estratégias adotadas) sobre o planejamento reprodutivo e o ciclo gravídico-puerperal das mulheres.

Uso de linguagem acessível, escuta ativa e disposição para sanar as dúvidas de cada pessoa atendida contribuem para que as(os) profissionais sejam mais assertivas(os) na comunicação e na assistência prestada. A atenção às necessidades específicas de cada usuária(o), considerando seus diferentes aspectos sociais, econômicos, ambientais, culturais e pessoais também é necessária para aprimorar o atendimento, promovendo a saúde e os direitos sexuais e reprodutivos de cada pessoa em sua singularidade.

Informar as mulheres e suas famílias sobre sua saúde e seus direitos sexuais e reprodutivos contribui para que tenham a oportunidade de fazer escolhas mais autônomas e responsáveis.

Desde a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde de 1978, tem-se destacado a importância da APS como ordenadora da rede de saúde. A coordenação dos cuidados pela APS, além de promover melhorias na qualidade do pré-natal, reduz barreiras de acesso aos diferentes níveis de atenção à saúde e integra ações e serviços intersetoriais no território.¹¹

A APS tem um papel fundamental como centro de comunicação entre os diferentes pontos da atenção. Pela sua proximidade da mulher/adolescente, é central na identificação de gravidez de risco, no adequado acompanhamento do processo gestacional, bem como no encaminhamento e na referência a serviços que se façam necessários, de modo a promover uma gestação, um parto e um pós-parto seguros.

¹¹ Almeida, Patty Fidelis de et al. Coordenação do cuidado e Atenção Primária à Saúde no Sistema Único de Saúde. Saúde em Debate [online]. 2018, v. 42, n. spe1, pp. 244-260. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/N6BW6RTHVf8dYgPYYJqdGkk/?lang=p>

No Brasil, alguns documentos norteadores – políticas, recomendações e manuais técnicos – especificam as atribuições da APS em saúde sexual e reprodutiva. Cada uma das atividades abaixo demonstradas possui relação direta com a promoção da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos da população brasileira. Além de conhecer essas atribuições, é desejável que as **equipes sejam estimuladas a dialogar sobre as melhores práticas que podem ser implementadas** para aprimorar a atuação em cada uma das instâncias a seguir.

Atribuições da APS em saúde sexual e reprodutiva

Consultas e espaços educativos sobre planejamento reprodutivo com aconselhamento e oferta de métodos contraceptivos, de acordo com a necessidade e realidade de cada mulher	Acompanhamento pré-natal e puerperal	Prevenção de IST com orientações, oferta de preservativos e lubrificantes
Aconselhamentos e ações educativas sobre o exercício livre e seguro da sexualidade	Informação e aconselhamento sobre infertilidade	Aconselhamento pré-concepcional
Orientações técnicas sobre aborto legal e atenção a mulheres em situações de abortamento	Atendimento imediato e encaminhamentos em casos de violência sexual	Encaminhamentos para outros serviços de saúde de acordo com a complexidade de necessidades

Fonte: adaptado da publicação "Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva" (Cadernos de Atenção Básica n. 26) – Ministério da Saúde, Brasil, 2013.



Sugestão:

Imprima o quadro acima, dialogue com a equipe e estabeleçam metas para cada uma das atribuições. Assim, é possível analisar a qualidade da assistência prestada – e implementar melhorias.

Saiba mais sobre o papel da Atenção Primária à Saúde na promoção dos direitos sexuais e reprodutivos

Artigos

- “Avaliação de implantação das ações de saúde sexual e reprodutiva na Atenção Primária: revisão de escopo”
Carla Cardi Nepomuceno de Paiva e Rosângela Caetano (2020). Disponível [aqui](#).
- “Saúde sexual e reprodutiva: competências da equipe na Atenção Primária à Saúde”
Shana Vieira Telo e Regina Rigatto Witt (2018). Disponível [aqui](#).

Documentos

- “Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva (Cadernos de Atenção Básica n. 26)”
Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica (2013). Disponível [aqui](#).
- “Saúde Sexual, Direitos Humanos e a Lei”
Organização Mundial da Saúde (2020). Disponível [aqui](#).
- “Proteger e cuidar da saúde de adolescentes na Atenção Básica”
Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas (2017). Disponível [aqui](#).
- “Cuidando de adolescentes: orientações básicas para a saúde sexual e a saúde reprodutiva”
Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção em Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2015). Disponível [aqui](#).

Vídeos

- “Saúde sexual e reprodutiva de mulheres e meninas”
Fundo de População da ONU - UNFPA (2016). Disponível [aqui](#).

1.4 Mortalidade materna como indicador de direitos

O cuidado qualificado em saúde, desde o período que antecede a gestação, passando pela captação precoce da gestante no pré-natal até o encaminhamento ao pré-natal de alto risco, quando necessário; e a valorização do que dizem as mulheres são importantes passos para a garantia de direitos e para a redução da mortalidade materna. E a mortalidade materna tende a ser um indicador bastante útil para se avaliar a garantia dos direitos reprodutivos de um país.

A Organização Mundial de Saúde (OMS), na 10ª revisão da Classificação Internacional de Doenças (CID10), definiu como mortalidade materna “a morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independente da duração ou localização da gravidez, devida a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais”.¹² No mundo, cerca de 830 mulheres morrem todos os dias por complicações relacionadas à gravidez ou ao parto.¹³

A mortalidade materna é um indicador importante da qualidade de vida da população, pois grande parte das mortes são evitáveis, atingindo, na sua maioria, a população com baixo poder econômico, baixa escolaridade, adolescentes e mulheres que vivem em áreas rurais e/ou de difícil acesso aos serviços de saúde. Ainda, são fatores de risco para morte materna a hipertensão (pré-eclâmpsia e eclâmpsia), doenças crônicas agravadas durante a gestação e a obesidade, que estão associadas a desfechos maternos desfavoráveis, principalmente para mulheres negras e indígenas. Outras complicações para morte materna são os abortos inseguros, as complicações no parto, as hemorragias graves e as infecções pós-parto.¹⁴

¹² Organização Mundial da Saúde. CIF: Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. Trad. do Centro Colaborador da Organização Mundial da Saúde para a Família de Classificações Internacionais. São Paulo: EDUSP; 2003

¹³ Organização Pan Americana da Saúde (OPAS). Saúde Materna. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/63100>

¹⁴ Ministério da Saúde (Brasil). Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de ações programáticas estratégicas. Pacto nacional pela redução da mortalidade materna e neonatal [Internet]. Brasília: Ministério da saúde; 2004. Disponível em: http://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2017/07/DAB_PACTO_NACIONAL_REDUCAO_MORTALIDADE_MATERNA_NEONATAL_2004.pdf

A maioria das complicações se desenvolve durante a gravidez. Outros problemas de saúde podem acontecer antes da gestação e/ou ser agravados durante, especialmente se não forem identificados e tratados como parte da atenção à saúde da mulher. Por isso, **cuidados antes, durante e após o parto podem salvar a vida de mulheres e recém-nascidos**, evidenciando a necessidade de identificar e enfrentar as barreiras que limitam o acesso aos serviços de saúde de qualidade em todos os níveis de atenção à saúde da mulher. Ainda, **para evitar mortes maternas é necessário prevenir gestações não planejadas e precoces, garantindo o acesso das mulheres e adolescentes a métodos contraceptivos e aos serviços que realizem abortos seguros na medida em que a legislação permita**. Também é importante que **todos os partos sejam assistidos por profissionais de saúde qualificados**, uma vez que o tratamento oportuno pode reduzir não somente a mortalidade materna, mas também a infantil.¹⁵

Como já vimos, é direito de toda mulher poder fazer escolhas sobre sua trajetória reprodutiva e viver uma maternidade segura. Quando a morte materna acontece em decorrência de complicações associadas à gestação, ao parto ou ao pós-parto, isso pode indicar possíveis violações ao direito a uma assistência segura e de qualidade.

A mortalidade materna evitável é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres – e pode ser evitada em 92% dos casos, em geral.¹⁶ No entanto, o Brasil registrou, entre 1996 e 2018, mais de 39 mil óbitos maternos.¹⁷ Esse índice demonstra que a mortalidade materna tem sido um desafio para a saúde pública do país.

¹⁵ Organização Pan Americana da Saúde (OPAS). Saúde Materna. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/63100>

¹⁶ FIOCRUZ. Portal de boas práticas em saúde da mulher, da criança e do adolescente. Mortalidade Materna no Brasil – Boletim Epidemiológico n.º 20/MS (Maio, 2020). 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/mortalidade-materna-no-brasil-boletim-epidemiologico-n-o-20-ms-maio-2020/>.

¹⁷ FIOCRUZ. Portal de boas práticas em saúde da mulher, da criança e do adolescente. Mortalidade Materna no Brasil – Boletim Epidemiológico n.º 20/MS (Maio, 2020). 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/mortalidade-materna-no-brasil-boletim-epidemiologico-n-o-20-ms-maio-2020/>.



O que estamos fazendo

No Brasil e no mundo, o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) tem promovido e apoiado uma série de projetos, iniciativas e materiais informativos para que consigamos cumprir a meta mundial de alcançar TRÊS ZEROS até 2030:

- ZERO morte materna evitável;
- ZERO necessidade não atendida de planejamento reprodutivo;
- ZERO violência baseada em gênero e práticas prejudiciais.

Conquistando os “três zeros até 2030”, espera-se melhorar, além dos indicadores de saúde pública, também os níveis de satisfação e bem-estar das populações mundiais.

Você sabia? Pelo menos dois dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) da Agenda 2030 estão diretamente relacionados a questões de saúde sexual e reprodutiva. São eles:

3 SAÚDE E BEM-ESTAR



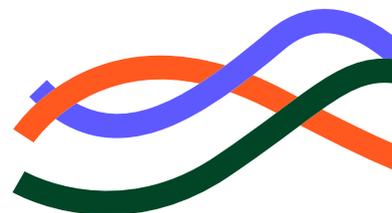
- Reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos;
- Reduzir a taxa de mortalidade materna no Brasil para no máximo 30 mortes por 100.000 nascidos vivos;
- Acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e de crianças menores de 5 anos, com todos os países objetivando reduzir a mortalidade neonatal para pelo menos 12 por 1.000 nascidos vivos e a mortalidade de crianças menores de 5 anos para pelo menos 25 por 1.000 nascidos vivos;
- Assegurar o acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar, informação e educação, bem como a integração da saúde reprodutiva em estratégias e programas nacionais.

5 IGUALDADE DE GÊNERO



- Assegurar o acesso universal à saúde sexual e reprodutiva e aos direitos reprodutivos, em conformidade com o Programa de Ação da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento e com a Plataforma de Ação de Pequim e os documentos resultantes de suas conferências de revisão;
- Eliminar todas as formas de violência contra todas as mulheres e meninas nas esferas públicas e privadas, incluindo tráfico e exploração sexual e de outros tipos.

Fonte: Objetivos do Desenvolvimento Sustentável 3 (Saúde e Bem-Estar) e 5 (Igualdade de Gênero). Disponíveis em <<https://brasilun.org/pt-br/sdgs/3>> e <<https://brasilun.org/pt-br/sdgs/5>>.



Como parte da *Estratégia global para a saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes (2016-2030)*, a OMS destaca algumas estratégias que devem ser trabalhadas globalmente para que mulheres, crianças e adolescentes possam usufruir do seu direito à saúde e ao bem-estar:^{18 19}

- Abordar as desigualdades no acesso e qualidade dos serviços de saúde reprodutiva, materna e neonatal;
- Assegurar cobertura de saúde para atenção integral à saúde reprodutiva, materna e neonatal;
- Abordar todas as causas de mortalidade materna, morbidades reprodutivas e maternas e deficiências relacionadas;
- Fortalecer os sistemas de saúde para coletar dados de alta qualidade, a fim de responder às necessidades e prioridades de mulheres e meninas;
- Garantir a prestação de contas para melhorar a qualidade do atendimento e a equidade.

Para saber mais sobre a *Estratégia global para a saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes (2016-2030)* clique [aqui](#).



Exercício

Quais são as ações que você vem desempenhando na unidade de saúde para alcançar essas metas? Leve essa pergunta para a reunião de equipe e liste quais são as atividades que têm sido desenvolvidas para a melhoria da assistência em saúde sexual e reprodutiva dentro do seu território. Converse também sobre o que mais pode ser feito para acelerar o alcance das metas.

¹⁸ Every Woman Every Child. *Estratégia global para a saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes (2016-2030): sobreviver, prosperar, transformar*. Disponível em: https://www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/EWEC_Global_Strategy_PT_inside_LogoOK2017_web.pdf

¹⁹ Organização Pan Americana da Saúde (OPAS). *Saúde Materna*. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/node/63100>

1.5 Dicas de leitura

Confira a seguir algumas dicas de leitura que poderão contribuir para o aprofundamento dos estudos sobre o tema.

- **Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher e da Criança - PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil**
Maria José Martins Duarte Osis (1998). Disponível [aqui](#).
- **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Mulher: princípios e diretrizes**
Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2004). Disponível [aqui](#).
- **Saúde Sexual e Saúde Reprodutiva (Cadernos de Atenção Básica n. 26)**
Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica (2013). Disponível [aqui](#).
- **Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos: uma prioridade do governo**
Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas (2005). Disponível [aqui](#).
- **Planejamento Reprodutivo, Gravidez e Lactação**
Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA (2020). Disponível [aqui](#).
- **Sexual and reproductive health: core competencies in primary care - Attitudes, knowledge, ethics, human rights, leadership, management, teamwork, community work, education, counselling, clinical settings, service, provision**
Organização Mundial de Saúde (2011). Disponível [aqui](#).
- **Relatório da Situação da População Mundial de 2021. Meu corpo me pertence: reivindicando o direito à autonomia e à autodeterminação**
Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA (2021). Disponível [aqui](#).
- **Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento (Conferência do Cairo)**
Fundo de População das Nações Unidas - UNFPA (2007). Disponível [aqui](#).

- **Consenso de Montevideu sobre População e Desenvolvimento**

Conferência Regional sobre População e Desenvolvimento da América Latina e do Caribe (2013). Disponível [aqui](#).

1.6 Metodologia 1: Conhecendo nossos direitos sexuais e reprodutivos

Como já vimos, conhecer seus direitos sexuais e reprodutivos contribui amplamente para que as mulheres possam tomar decisões informadas e empoderadas sobre sua saúde. Sabemos também que a APS ocupa uma posição importante no processo de informar a população sobre esses direitos e sobre cuidados com a saúde em geral. Para apoiar as equipes da atenção primária nesse processo de informação, trazemos nesta seção uma proposta para um momento dinâmico de educação sobre direitos sexuais e reprodutivos e sobre os cuidados disponíveis para a população na APS do território.

Objetivos da dinâmica	Materiais	Questões norteadoras
<ul style="list-style-type: none"> • Conhecer os direitos sexuais e reprodutivos no Brasil; • Identificar as estratégias de cuidado em saúde sexual e reprodutiva na APS; • Incentivar o planejamento reprodutivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Cartolina, papel pardo ou quadro; • Canetas ou pincéis de quadro; • Impressões ou reproduções deste modelo de quadro (uma cópia para cada participante); • Bola ou outro objeto que possa ser arremessado. 	<ul style="list-style-type: none"> • O que é saúde sexual e reprodutiva? • Quais são meus direitos sexuais e reprodutivos? • Quais cuidados posso receber na unidade de saúde para ter uma vida sexual e reprodutiva saudável?
<p>Duração estimada: 1 hora</p> <p>Número de participantes: até 10 pessoas</p>		

Passo a passo

1) Integração - Para começar

- Convide as(os) participantes a formarem um círculo.
- Pegue a bola ou o objeto que possa ser arremessado de um lado para o outro pelas(os) participantes.
- Participantes lançam a bola umas(uns) para as(os) outras(os), uma pessoa de cada vez. Quando alguém recebe a bola, deve contar algo sobre si mesma(o) e responder à pergunta: “o que é saúde para mim?”.
- O jogo continua até que todas(os) tenham falado.
- Uma pessoa da equipe anota todas as respostas.

2) Atividades

2.1) Atividade 1 - Caracterizando saúde sexual e reprodutiva

Após a integração, as(os) participantes vão desenvolver um mural/mapa mental com palavras que foram ditas na roda de integração e que, para elas(es), representem o que é saúde. A partir disso, definirão o que é saúde sexual e reprodutiva.

- Para guiar a discussão na medida em que ela for se desenrolando, o(a) facilitador(a) pode explicar que, segundo definição da Organização Mundial de Saúde (OMS), saúde não significa somente a ausência de doença, mas um estado de completo bem-estar físico, mental e social. Dito isso, saúde sexual e reprodutiva pode ser definida como a experiência desse bem-estar na sexualidade e na reprodução.
- Para estimular as respostas, o(a) facilitador(a) pode perguntar: o que as(os) participantes entendem que compõe esse bem-estar na sexualidade e na reprodução? Que palavras, ideias, imagens vêm à mente?

- Construam juntas(os), escrevendo em uma cartolina, papel pardo ou quadro, esse mapa mental em torno das palavras “saúde sexual e reprodutiva”. Exemplos de palavras que podem constar no quadro: liberdade, prazer, escolha, prevenção, contracepção, segurança, amor, desejo, identidade, respeito, família...

2.2) Atividade 2 - Caminhada de acesso a direitos

Agora, a proposta é fazer uma dinâmica que demonstra o acesso – ou a falta dele – aos direitos sexuais e reprodutivos.

- Os(as) participantes devem formar uma linha reta, um(a) do lado do(a) outro(a), de frente para o quadro sobre saúde sexual e reprodutiva desenhado na atividade anterior. Deve haver espaço para caminhar à frente e atrás da fila. A fila deve se organizar do lado oposto da sala onde está o quadro, de modo que para chegar até ele os(as) participantes tenham que caminhar.
- O(a) facilitador(a) explica que vai ler algumas frases, uma de cada vez. Se a frase aproximar os sujeitos de um estado de saúde sexual e reprodutiva, eles deverão dar um passo à frente, se aproximando do quadro. Se a frase afastar os sujeitos de um estado de saúde sexual e reprodutiva, eles deverão dar um passo atrás.
- O quadro abaixo traz algumas opções de frases/pontos que podem ser mencionados. As duas primeiras colunas correspondem a direitos sexuais e reprodutivos e, quando algum desses pontos for mencionado pelo(a) facilitador(a), é esperado que as(os) participantes deem um passo à frente, na medida em que o acesso a esses direitos (as) os aproxima de um estado de saúde e bem-estar. A terceira coluna corresponde a situações de privação de direitos, e quando o(a) facilitador(a) mencionar algum dos seus pontos, as(os) participantes deverão dar um passo atrás, na medida em que isso as(os) afasta da vivência plena e saudável da sexualidade e da reprodução.

Direitos sexuais	Direitos reprodutivos	Privação de direitos
<ul style="list-style-type: none"> • Ter acesso à informação e educação integral em sexualidade; • Ter acesso a métodos para prevenção de gravidez não-intencional e infecções sexualmente transmissíveis (IST); • Ter acesso a serviços de saúde que garantam privacidade, sigilo e atendimento de qualidade, sem discriminação; • Expressar livremente sua orientação sexual, sem medo, culpa ou vergonha; • Ter relações sexuais somente quando e com quem se quer; • Viver e expressar a sexualidade de forma plena, segura e prazerosa, livre de estigma, violência, discriminação e imposições – e com total respeito pelo corpo das outras pessoas com quem se relaciona. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ter acesso à informação e educação sobre a saúde reprodutiva; • Decidir, de forma livre e responsável, se quer ou não ter filho(s), quantos filhos deseja ter e em que momento da vida; • Ter acesso a meios, métodos e técnicas para ter ou não ter filhos, inclusive o acesso a métodos voluntários de contracepção que atendam às necessidades e expectativas das mulheres; • Exercer a reprodução livre de discriminação, imposição e violência; • Receber cuidados de qualidade durante o ciclo gravídico- puerperal, com acesso a equipes profissionais e a serviços que promovam uma experiência positiva da gravidez e do parto, com saúde, segurança, integridade e dignidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Não ter acesso à informação de qualidade e a métodos de prevenção de HIV e outras IST; • Sofrer preconceito por se relacionar com um(a) parceiro(a) do mesmo sexo; • Ser pressionada(o) a manter uma relação sexual; • Ser impedida(o) de acessar métodos contraceptivos; • Ser negado acompanhamento pré-natal; • Não ser permitido acompanhante de sua escolha no momento do parto; • Não receber orientações sobre o abortamento legal.

- Durante a atividade, o(a) facilitador(a) pode problematizar a privação de direitos: os direitos sexuais e reprodutivos no Brasil e no mundo ainda estão longe de ser, como deveriam, garantidos a todas e todos. O(a) facilitador(a) deve enfatizar que esses direitos devem se aplicar a todas as pessoas.
- O(a) facilitador(a) pode pedir para que as(os) participantes compartilhem, se quiserem, exemplos ou histórias que conheçam de quando esses direitos não foram acessados e as consequências disso para as(os) envolvidas(os).

2.3) Atividade 3 - Direitos sexuais e reprodutivos na APS

A ideia, agora, é passar pelos direitos mencionados procurando traçar estratégias para que as(os) participantes possam acessá-los, encaminhando a discussão para aprendizagens mais práticas. Esta atividade, como as outras, é colaborativa, com todas(os) as(os) participantes contribuindo com ideias – e o(a) facilitador(a) guiando a discussão a partir disso.

- O(a) facilitador(a) deve distribuir impressões (ou reproduções à mão) [deste modelo de quadro](#) (uma cópia para cada participante) e escrever com o grupo, no seu interior, os serviços disponíveis em saúde sexual e reprodutiva na unidade de saúde, em cada uma das áreas/temas: Planejamento reprodutivo; Prevenção de HIV e outras IST; Gestação; Puerpério; Exercício da sexualidade saudável; e Orientações para aborto legal.
- O título da tabela deve ser preenchido com o nome da unidade da APS onde está sendo realizada a atividade. Ex.: Meus direitos sexuais e reprodutivos na UBS “x”.

Abaixo, uma **tabela de apoio para o(a) facilitador(a)**.

Planejamento reprodutivo	Prevenção de HIV e outras IST	Gestação	Puerpério	Exercício da sexualidade saudável	Orientações para aborto legal
Orientações sobre os métodos contraceptivos disponíveis; Ações educativas sobre contracepção; Consultas com parceira(o) para organização concepcional.	Testes rápidos; Ações educativas em grupos; Distribuição de preservativos e gel lubrificante; Realização de exame citopatológico de colo de útero; PEP (profilaxia pós-exposição ao HIV).	Consultas pré-natais; Grupo de gestantes e parceiras(os); Visitas domiciliares.	Consultas de acompanhamento puerperal; Ações educativas.	Ações educativas; Consultas para escolha de métodos de prevenção a IST e conversas sobre práticas sexuais.	Ações educativas; Informativos impressos com orientações.

3) Fechamento

Para encerrar, peça para que as(os) participantes reflitam sobre o que mais podem fazer em suas vidas para aumentar as chances de que possam desfrutar de todos os direitos mencionados, enfatizando que ter direitos sempre implica tomar decisões, assumir responsabilidades e fazer compromissos.

2.

Promoção da saúde sexual e reprodutiva na Atenção Primária à Saúde (APS)



Iniciando a nossa conversa...

Como vimos anteriormente, toda mulher deve ter garantidos os seus direitos sexuais e reprodutivos. E **as equipes multiprofissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) desempenham papel-chave na atenção e no cuidado integral**. Isso porque a APS é, preferencialmente, o primeiro nível de atenção para as usuárias(os) do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesses espaços, como as unidades de saúde, surgem as principais demandas de saúde sexual e reprodutiva, como o aconselhamento sobre métodos contraceptivos e o acompanhamento da gravidez.

Profissionais que atuam na APS – sejam as(os) que integram equipes de Saúde da Família (eSF), equipes de Atenção Primária (eAP) e/ou equipes de Saúde Bucal (eSB) – têm contato próximo com as mulheres e adolescentes do território. Essa proximidade facilita a assistência e pode gerar ótimos resultados, especialmente quando as equipes estão devidamente norteadas pelos atributos essenciais da APS: acesso, longitudinalidade, integralidade e coordenação do cuidado.²⁰

Por meio do estabelecimento de vínculos e da garantia de direitos é possível promover assistência à saúde sexual e reprodutiva com qualidade e equidade. O vínculo com a APS, portanto, qualifica o cuidado necessário em cada etapa, seja no planejamento reprodutivo; nas orientações sobre corpo, saúde e sexualidade; no período gravídico-puerperal, por meio do pré-natal ou no retorno da mulher à unidade de saúde, após o nascimento do bebê.

Para promover a saúde sexual e reprodutiva das mulheres nos territórios da APS, é possível contar com a equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (eNASF-AP) e com a equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (eMAESM) das unidades de saúde, que também prestam assistência para o cuidado integral e longitudinal.²¹

²⁰ Starfield B. Atenção primária: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO; 2002. Disponível aqui: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0253.pdf>

²¹ Portaria nº 99, de 7 de fevereiro de 2020. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-n-99-de-7-de-fevereiro-de-2020-242574079>

2.1 O estabelecimento da Rede Cegonha na APS



A Rede Cegonha (RC), criada pelo Ministério da Saúde para a assistência contínua e integrada à saúde reprodutiva das mulheres brasileiras, é guiada por princípios como: o respeito e a proteção dos direitos humanos; o respeito à diversidade cultural, étnica e racial; a promoção da equidade; e o enfoque de gênero.

A meta estabelecida pelos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) é de reduzir a taxa de mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos até 2030.²² No Brasil, desde 2010 essa meta vem sendo atingida, e o país agora caminha na direção da meta de 30 mortes maternas por 100 mil nascidos vivos.²³ Porém, estratificar os dados por unidades federativas revela que alguns estados sequer atingiram a meta anterior, de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos – o que demonstra as graves iniquidades regionais ainda existentes no país.²⁴

É indiscutível o grande avanço na atenção à saúde da mulher e da criança nos últimos anos, entretanto, permanecem muitos desafios e desigualdades sociais que prejudicam a qualidade da assistência. No Brasil, no ano de 2019, por exemplo, 13% dos óbitos maternos ocorreram entre adolescentes, ou seja, em meninas de 10 a 19 anos, e 66% dos óbitos maternos foram de mulheres negras.²⁵

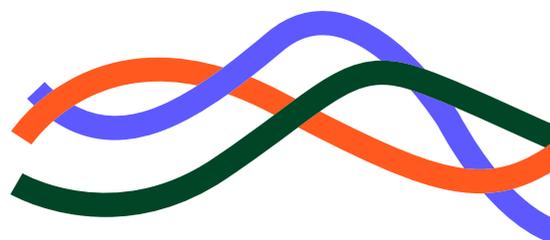


²² Nações Unidas Brasil. Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3: Saúde e Bem-Estar. Disponível em: <https://brasilun.org/pt-br/sdgs/3>

²³ Brasil. Boletim epidemiológico: Mortalidade proporcional por grupos de causas em mulheres no Brasil em 2010 e 2019. Ministério da saúde. v.52. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_29.pdf

²⁴ Nações Unidas Brasil. Objetivo de Desenvolvimento Sustentável 3: Saúde e Bem-Estar. Disponível em: <https://odsbrasil.gov.br/objetivo3/indicador311>

²⁵ Brasil. Boletim epidemiológico: Mortalidade proporcional por grupos de causas em mulheres no Brasil em 2010 e 2019. Ministério da saúde. v. 52. 2021. Disponível em: https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/boletins-epidemiologicos/edicoes/2021/boletim_epidemiologico_svs_29.pdf



Para que a atenção no ciclo gravídico-puerperal seja qualificada e humanizada, a Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011, que estabelece a Rede Cegonha, orienta a atuação das equipes nos componentes do pré-natal; parto e nascimento; puerpério e atenção integral à saúde da criança; sistema logístico, transporte sanitário e regulação. As orientações visam cumprir os objetivos da Rede Cegonha, que são:

- I.** Fomentar a implementação de novo modelo de atenção à saúde da mulher e à saúde da criança com foco na atenção ao parto, ao nascimento, ao crescimento e ao desenvolvimento da criança de zero aos 24 meses;
- II.** Organizar a Rede de Atenção à Saúde Materna e Infantil para que esta garanta acesso, acolhimento e resolutividade;
- III.** Reduzir a mortalidade materna e infantil com ênfase no componente neonatal.

Saiba mais sobre os componentes da Rede Cegonha [aqui](#).

A Rede Cegonha enfatiza que os cuidados na atenção obstétrica devem ter foco no bem-estar integral da mulher e do bebê. Todas(os) as(os) profissionais que integram as equipes têm responsabilidades e são extremamente necessárias(os) para que isso aconteça.

2.2 Vinculação entre profissionais de saúde e as mulheres e suas famílias

Como vimos, a vinculação com as equipes contribui para um desfecho positivo no quadro de quem recebe cuidados. Para uma boa assistência à saúde sexual e reprodutiva das mulheres, é recomendável que as equipes responsáveis acompanhem as mulheres em idade reprodutiva mantendo seus cadastros atualizados e conhecendo os aspectos individuais da saúde de cada usuária.²⁶ **Confira, ao final deste capítulo, uma metodologia para promoção de vínculo na APS.**

²⁶ Ministério da Saúde e Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada. 2019. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>

No contato com cada mulher, as equipes devem buscar transmitir todas as informações necessárias e sanar dúvidas sobre planejamento reprodutivo, gravidez, parto, puerpério, cuidados com recém-nascido, abortamento legal, entre outros aspectos. No caso de gestantes, **as(os) profissionais devem também fazer avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade em todas as consultas, considerando que muitas situações se apresentam na evolução da gestação.**²⁷ **Leia mais sobre a assistência à gravidez na Atenção Primária à Saúde (APS) no capítulo 3.**

É importante lembrar que, quanto mais consistente for o vínculo estabelecido com a gestante, parceiro(a) e familiares, mais forte e verdadeira será a relação de confiança com as(os) profissionais que assistirem o pré-natal, possibilitando o acesso respeitoso e ético a informações mais íntimas sobre sexualidade, como práticas, eventuais comportamentos de risco e dinâmica conjugal e familiar.²⁸

2.3 Atribuições das equipes multiprofissionais na APS

Algumas das principais atividades no atendimento à saúde sexual e reprodutiva se concentram no pré-natal. Sendo uma fase de duração prolongada, o pré-natal permite às(aos) profissionais da APS realizarem ações de educação e saúde em direitos sexuais e reprodutivos. Neste componente, a Rede Cegonha apresenta as seguintes atribuições:

- Realizar o processo de territorialização para identificação das gestantes, incluindo informações como idade, raça/cor e etnia, escolaridade e renda, buscando também identificar aquelas expostas a situações de vulnerabilidade, risco e violências;
- Atualizar de forma contínua as informações das usuárias do serviço, como endereço, telefone, pessoa de referência, entre outras;

²⁷ Portarias nº 1.459 de 24/06/2011 e nº 650 de 05/10/2011 e nº 650 de 05/10/2011. Disponíveis em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html

²⁸ Herrmann, Angelita. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde. Organizadores: Angelita Herrmann, Michelle Leite da Silva, Eduardo Schwarz Chakora, Daniel Costa Lima. - Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. 2015. Disponível aqui: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal_parceiro_profissionais_saude.pdf

- Realizar o cuidado na Unidade de Saúde, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros), promovendo ações voltadas à atenção integral, ou seja, ações para a promoção e a proteção da saúde, bem como a prevenção de agravos e de doenças com escuta qualificada das necessidades das gestantes e puérperas;
- Proporcionar atendimento humanizado e viabilizar o estabelecimento do vínculo;
- Realizar busca ativa, quando necessário;
- Avaliar e estratificar o risco e as vulnerabilidades no período gravídico e puerperal.

O cuidado para a promoção da saúde sexual e reprodutiva durante o pré-natal é compartilhado entre todas(os) as(os) profissionais da equipe, incluindo médicas(os), enfermeiras(os), agentes comunitárias(os) de saúde, técnicas(os) de enfermagem, dentistas e, se for o caso, assistentes sociais, psicólogos(os), fisioterapeutas, entre outros.

Compreendendo o papel de cada área e profissional

- **Profissionais da equipe de Saúde da Família (eSF) e equipe de Atenção Primária (eAP)**

De acordo com o Ministério da Saúde, as consultas de pré-natal devem ser intercaladas, sempre que possível, entre **médicas(os) e enfermeiras(os)** na unidade de saúde – embora o pré-natal também possa ser realizado integralmente pelas(os) profissionais de enfermagem – sempre com conforto, segurança e atenção a todas as questões que envolvem a saúde integral da gestante e de seu(ua) parceiro(a). Nas visitas domiciliares, o(a) **agente comunitário(a) de saúde** deve buscar identificar sinais de alerta e fatores de risco, bem como as orientações relativas às situações monitoradas no Cartão da Gestante.²⁹

²⁹ Ministério da Saúde e Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada. 2019. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>

- Lembre-se: é assegurado à gestante o direito de levar um(a) acompanhante de sua escolha nas consultas (pode ser seu(ua) companheiro(a), mãe/pai, amiga(o) ou qualquer outra pessoa de escolha da mulher).

A(o) técnica(o) em enfermagem também tem função-chave, pois mensura dados vitais e antropométricos, identifica fatores de risco, avalia possíveis sinais de alerta, acompanha o quadro vacinal (administrando vacinas, quando necessário) e o uso de medicamentos, além de preencher e monitorar a Caderneta da Gestante e passar orientações necessárias às gestantes e aos seus familiares.^{30 31}

As consultas e os demais momentos com as mulheres grávidas são uma oportunidade, para todas(os) as(os) profissionais da equipe, de fortalecer a vinculação, a avaliação e o monitoramento da gestante durante e após o seu processo gestacional.

Às(aos) médicas(os) cabe o acompanhamento contínuo e integral da gestante, abrangendo a avaliação clínica, os exames complementares, a identificação e a investigação de fatores de risco.

³⁰ Ministério da Saúde e Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada. 2019. Disponível em: <https://atencao basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>

³¹ Brasil. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf

Atribuições de médicas(os) no pré-natal de risco habitual (baixo risco)

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do acompanhamento no pré-natal, parto e puerpério;
- Realizar o cadastramento da gestante no Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB) e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);
- Solicitar exames complementares e prescrever tratamentos, caso necessário;
- Orientar e encaminhar as gestantes para vacinação, se necessário;
- Atender as intercorrências e encaminhar as gestantes para os serviços de urgência/emergência obstétrica, quando necessário;
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e às questões de vulnerabilidade;
- Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência;
- Realizar testes rápidos de infecções sexualmente transmissíveis (IST);
- Desenvolver atividades educativas (individuais e/ou em grupos);
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas – e que estas poderão ser intercaladas com a(o) enfermeira(o);
- Realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu(ua) companheiro(a) sobre o planejamento reprodutivo.

Fonte: Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Cadernos de Atenção Básica, nº 32, 2013.

A(o) enfermeira(o) conduz consulta de enfermagem, que é uma atividade independente, realizada privativamente com objetivo de contribuir para a melhoria da qualidade de vida da usuária a partir de uma abordagem **contextualizada e participativa**. A(o) enfermeira(o) generalista pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde. Tal orientação está de acordo com o Ministério de Saúde e com a [Lei do exercício profissional da enfermagem nº 7.498/86](#), regulamentada pelo [Decreto nº 94.406/87](#).

Enfermeiras(os) obstétricas(os) e obstetrizes também podem integrar as equipes da Atenção Primária à Saúde (APS). Em consonância com diretrizes nacionais e internacionais, que recomendam a inserção dessas(es) profissionais na assistência às gestantes e puérperas, o Ministério da Saúde indica que elas(es) estão habilitadas(os) para atender as usuárias do sistema de saúde durante o pré-natal, em partos normais sem distócia e no puerpério – tanto em hospitais, centros e casas de parto normal quanto nas unidades de saúde ou no domicílio. Caso haja alguma intercorrência durante a gestação, as(os) referidas(os) profissionais devem encaminhar a gestante aos cuidados da(o) médica(o).

Atribuições de enfermeiras(os), enfermeiras(os) obstétricas(os) e obstetrizes no pré-natal de risco habitual (baixo risco)

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do acompanhamento durante a gravidez, o parto e o puerpério;
- Realizar o cadastramento da gestante no SISAB e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);
- Solicitar exames complementares, de acordo com o protocolo local de pré-natal;
- Realizar testes rápidos de infecções sexualmente transmissíveis (IST);
- Prescrever medicamentos padronizados em protocolos para o programa de pré-natal;
- Orientar e encaminhar as gestantes para vacinação, se necessário;
- Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica. Caso seja classificada como de alto risco, a gestante deve ser encaminhada ao serviço de referência;
- Realizar coleta para exame citopatológico do colo do útero, se necessário;
- Desenvolver atividades educativas (individuais e/ou em grupos);
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e às questões de vulnerabilidade;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- Orientar as gestantes sobre a amamentação;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal.

Fonte: Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Cadernos de Atenção Básica, nº 32, 2013.

Em muitos países, a atenção primária às gestantes é liderada por enfermeiras(os) obstétricas(os) e/ou obstetrias. Um estudo brasileiro, que conduziu uma análise de custo-efetividade, mostrou que o cuidado no pré-natal por essas(es) profissionais teve desfecho favorável para prevenir partos prematuros, resultando em economia de recursos.³² Outros estudos nacionais revelam que **a assistência pré-natal oferecida por essas(es) profissionais para gestantes de risco habitual traz desfechos maternos e perinatais positivos, além de provocar impacto econômico significativo, reduzir os índices de violência obstétrica e as taxas de cesárea e ainda contribuir para a humanização do parto.**^{33 34}

- **Profissionais da equipe de Saúde Bucal (eSB)**

As(os) profissionais que integram equipes de saúde bucal também são essenciais, pois a partir da avaliação e do acompanhamento da saúde bucal das gestantes, identificam e tratam morbidades que podem comprometer o desenvolvimento da gestação, em especial a doença periodontal, comumente associada à prematuridade.

³² Menezes et al. Pré-natal de gestantes de risco habitual por enfermeira obstetra e obstetria: custo-efetividade sob a perspectiva do Sistema de Saúde Suplementar. Cad. Saúde Pública. 2021. n. 37. v. 8. Acesso em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/yqRGGrufTB6zSqzbdD4pMnp/>

³³ Norman, A. H e Tesser, C. D. Obstetrias e enfermeiras obstetrias no Sistema Único de Saúde e na Atenção Primária à Saúde: por uma incorporação sistêmica e progressiva. Rev. brasileira de Medicina de Família e Comunidade. ed.34, v.10. 2015. Acesso em: <https://www.rbmf.org.br/rbmfc/article/view/1106>

³⁴ Sandall J, Soltani H, Gates S, Shennan A, Devane D. Midwife-led continuity models versus other models of care for childbearing women. Cochrane Database Syst Rev. 2016. Acesso em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27121907/>

Atribuições da equipe de Saúde Bucal no pré-natal de risco habitual (baixo risco)

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Verificar o fornecimento do Cartão da Gestante e se o documento está devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta de pré-natal);
- Realizar a consulta odontológica de pré-natal e registrar no SISAB;
- Avaliar a saúde bucal da gestante, a necessidade e a possibilidade de tratamento, observando os cuidados indicados em cada período da gravidez;
- Adequar o meio bucal e realizar o controle de placa – práticas que constituem boas condutas odontológicas preventivas e podem ser indicadas, garantindo conforto à gestante e a continuidade do tratamento após a gravidez;
- Atender as intercorrências/urgências odontológicas, observando os cuidados indicados em cada período da gravidez; e encaminhar a gestante para outros níveis de referência, caso necessário;
- Orientar as gestantes quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade em relação à saúde bucal;
- Desenvolver atividades educativas e de apoio à gestante e aos seus familiares;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas odontológicas e os trimestres de gestação indicados para a realização de tratamento odontológico;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, se possível;
- Acompanhar o processo de aleitamento materno e os cuidados com o bebê, enfatizando a importância do papel da amamentação na dentição e no desenvolvimento do aparelho fonador, respiratório e digestivo da criança;
- Orientar a mulher e seu(u) companheiro(a) sobre hábitos alimentares saudáveis e de higiene bucal.

Fonte: Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Cadernos de Atenção Básica, nº 32, 2013.

- **Profissionais da equipe do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Primária (eNASF-AP) e da equipe Multiprofissional de Atenção Especializada em Saúde Mental (eMAESM)**

A equipe interdisciplinar desenvolve papel de matriciamento, por isso, deve participar ativamente do pré-natal, compondo a discussão de casos, especialmente aqueles mais complexos; e participando de ações de cuidado e do planejamento das intervenções junto à gestante/puérpera, ao(à) parceiro(a) e à família, considerando um olhar para a clínica ampliada na garantia do cuidado integral e longitudinal. De maneira especial, essas equipes são protagonistas no acompanhamento de situações de vulnerabilidade socioeconômica, insuficiência familiar, violência doméstica, assim como em situações de sofrimento psíquico, não-aceitação da gravidez, quadros de depressão, entre outras situações. Podem atuar na modalidade de atendimento individual ou em grupo.



Saiba mais sobre as atribuições das(dos) profissionais da equipe de Atenção Primária à Saúde na gestação, no parto e no puerpério

- Atenção ao Pré-natal de Baixo-Risco. Cadernos de Atenção Básica, nº 32. Ministério da Saúde, 2013.

Páginas 46-49

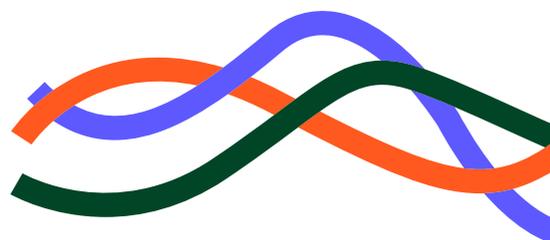
Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf

- Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Ministério da Saúde, 2016.

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf

- Nota técnica para organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada: Saúde da Mulher na gestação, parto e puerpério. Ministério da Saúde e Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019.

Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>



E quando a gestação é de alto risco?

Cabe à equipe da Atenção Primária à Saúde (APS) realizar a gestão compartilhada do cuidado com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE). Para que a assistência integrada seja efetiva, o plano de cuidados é a principal ferramenta, devendo ser inicialmente elaborada pela APS e complementada, com definição das metas terapêuticas e o monitoramento das intervenções propostas, pela equipe da AAE.

O acompanhamento compartilhado quer dizer que a gestante segue na APS, mas também será assistida pela equipe de atenção ao pré-natal de alto risco. Assim, para efetivação do cuidado compartilhado, é necessário que os registros sejam completos e estruturados, com as informações contidas tanto no prontuário quanto no Cartão da Gestante.³⁵ Nesses casos, uma boa comunicação entre as(os) profissionais e a gestante é extremamente necessária. Ao receber todas as informações, as mulheres, incluindo aquelas com deficiência e/ou com necessidades específicas, têm mais embasamento para a tomada de decisões empoderadas durante a gestação, o parto e o pós-parto.

Nos encontros, a equipe multiprofissional pode fazer uso de diversas ferramentas educacionais, como a realização de grupos em sala de espera. **Nessas ocasiões, recomenda-se o uso das metodologias ativas deste guia – e as equipes podem também, com base no material aqui apresentado, desenvolver atividades com outras temáticas.**

 **Ações educativas no pré-natal promovem o empoderamento das mulheres e o estabelecimento de uma relação de confiança entre profissionais de saúde e gestantes.³⁶ Empoderar a mulher é garantir o seu direito de acessar informações, de participar de decisões sobre seu corpo e sua vida.**

³⁵ Ministério da Saúde e Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada. 2019. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>

³⁶ Progiante, J.M.; Costa, R.F. Práticas educativas desenvolvidas por enfermeiras: repercussões sobre vivências de mulheres na gestação e no parto. Rev Bras Enferm, Brasília, v.65, n.2, p.257-63, mar./abr. 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/reben/a/upCf9z57FwCrVHyqNWbfpM/?lang=pt>



Sugestões de temas para atividades educativas nos grupos de gestantes

- **Importância do acompanhamento pré-natal e do puerpério;**
- **Pré-natal do(a) parceiro(a);**
- **Sinais, sintomas e queixas frequentes na gestação;**
- **Sinais de alerta na gestação e no período neonatal;**
- **Mudanças psicoemocionais no período gestacional;**
- **Medicações prejudiciais na gestação e riscos da automedicação;**
- **Depressão gestacional e pós-parto e prevenção contra suicídio;**
- **Mudanças no estilo de vida com relação à alimentação, ao tabagismo, a atividades físicas, entre outras;**
- **Autoestima e autoimagem;**
- **Vacinação da mulher e do bebê;**
- **Trabalho na gestação e organização da rotina para o retorno ao trabalho após o término da licença;**
- **Atividade sexual na gravidez e puerpério – e prevenção das infecções sexualmente transmissíveis (IST);**
- **Vinculação e visita à maternidade;**
- **Como se preparar para o momento do parto;**
- **Cuidados puerperais;**
- **Cuidados com o recém-nascido e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do bebê;**
- **Amamentação;**
- **Direitos sexuais e reprodutivos;**
- **Violência sexual e doméstica.**

Fonte: Quadro adaptado de Ministério da Saúde e Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada. 2019.

Em suma, todas(os) as(os) integrantes da equipe multiprofissional devem garantir o cuidado integral, contínuo, com equidade e qualidade para as gestantes e as puérperas. Para que a assistência seja cada vez mais qualificada, recomendamos que as equipes se organizem a partir dos "Dez passos para o pré-natal de qualidade na Atenção Básica", do Ministério da Saúde. Leia abaixo:

Dez passos para o pré-natal de qualidade na Atenção Básica

1. Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce);
2. Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal;
3. Garantir a solicitação, a realização e a avaliação, em tempo oportuno, do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal;
4. Promover a escuta ativa nas consultas com a gestante e acompanhante, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais, não somente do cuidado biológico. É possível conseguir isso por meio de "rodas de gestantes", por exemplo;
5. Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário;
6. Garantir o direito do(a) parceiro(a) de ser cuidado(a) por meio da realização de consultas, exames e do acesso a informações antes, durante e depois da gestação (o chamado "pré-natal no parceiro").
7. Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário;
8. Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo orientação para a elaboração do plano de parto;
9. Trabalhar para garantir o direito da gestante de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz, promovendo a vinculação;
10. Contribuir para o pleno cumprimento dos direitos das mulheres que são garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

Fonte: Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Cadernos de Atenção Básica, nº 32, 2013.

2.4 Dicas de leitura

Confira a seguir algumas dicas de leitura que poderão contribuir para o aprofundamento dos estudos sobre o tema.

- **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada: saúde da mulher na gestação, parto e puerpério**
Ministério da Saúde e Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, 2019. Disponível [aqui](#).
- **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez**
Organização Mundial da Saúde, 2016. Disponível [aqui](#).
- **Essential competencies for midwifery practice (em inglês)**
International Confederation of Midwives, 2018. Disponível [aqui](#).
- **Pré-natal de gestantes de risco habitual por enfermeira obstetra e obstetrix: custo-efetividade sob a perspectiva do sistema de saúde suplementar.**
Menezes, M. O, et al. Cad. Saúde Pública, São Paulo, v. 8, n. 37, p. 1-12, 2021. Disponível [aqui](#).

Você sabia?

- O relatório “Situação Mundial da Obstetrícia 2021”, lançado pelo Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), reforça a importância de enfermeiras(os) obstétricas(os) e obstetrixes nos cuidados em saúde materna, sexual e reprodutiva. Confira [aqui](#).
- A atuação qualificada da enfermagem obstétrica é um dos pilares da Política Nacional de Humanização do Parto e Nascimento. Confira [aqui](#) o volume 4 dos Cadernos HumanizaSUS - Humanização do parto e do nascimento.

2.5 Metodologia 2: Promovendo o vínculo com a APS

Para avançar na qualidade da assistência prestada às mulheres e adolescentes é preciso investir na promoção e no fortalecimento do seu vínculo com as unidades e as(os) profissionais que atuam no território. A proposta de metodologia compartilhada a seguir visa abordar a temática do vínculo com a rede de cuidado disponível para as mulheres no ciclo gravídico-puerperal, informando sobre seus direitos, os serviços e as atribuições de cada profissional.

Objetivos da dinâmica	Materiais	Questões norteadoras
<ul style="list-style-type: none">• Identificar as atribuições da APS no cuidado do ciclo gravídico-puerperal;• Conhecer os papéis de cada profissional da APS no ciclo gravídico-puerperal;• Formar/fortalecer o vínculo com a rede de atenção primária à saúde.	<ul style="list-style-type: none">• Papéis;• Canetas;• Copo, vasilha ou recipiente para sorteio de papéis.	<ul style="list-style-type: none">• Com quais serviços de saúde posso contar na minha gestação?• Quem participa do cuidado da minha gestação na unidade de saúde?• Quais os benefícios de ter um bom vínculo com a minha unidade de saúde de referência?
<p>Duração estimada: 1 hora</p> <p>Número de participantes: 4 a 10 pessoas, preferencialmente (a atividade pode ser adaptada conforme o número de participantes)</p>		

Passo a passo

1) Integração - Para começar

Esta dinâmica introduz uma discussão sobre cuidado, confiança e vínculo.

- Peça ao grupo que forme uma fila única. Cada um(a) deve apoiar as mãos nos ombros do(a) participante da frente.
- Explique que todos(as) devem ficar de olhos fechados e se deixar conduzir pelo(a) primeiro(a) da fila, que estará de olhos abertos.

- Troque algumas vezes o(a) “guia” da fila.
- Finalize a atividade perguntando quais foram os aspectos necessários para que eles(elas) confiassem no(a) guia.

2) Atividades

2.1) Atividade 1 - Troca de histórias

Esta atividade deve ajudar a identificar o que está presente nas histórias que as pessoas têm com o serviço de saúde. O que torna o cuidado que recebemos bom? O que torna ele ruim? O que cada pessoa deseja – e tem direito – quando vai ao serviço de saúde?

- Os(as) participantes devem se organizar em duplas (se o número de participantes for ímpar pode haver um trio).
- Nas duplas, cada integrante deve compartilhar uma história marcante sobre a unidade de saúde (ou sobre a rede de saúde em geral), podendo ser uma experiência boa ou ruim. As duplas têm 10 minutos para conversar e organizar o que será compartilhado.
- Oriente as duplas para que cada um(a) escute a história de sua(seu) parceira(o) em silêncio, sem interromper, demonstrar reações nem fazer julgamentos. Todas(os) devem prestar atenção, já que, depois, deverão relatar a história para o grupo.
- Ao final dos 10 minutos, cada integrante da dupla conta para o grande grupo a história de seu(ua) colega como se fosse sua. Exemplo: uma pessoa conta, na dupla, uma história que aconteceu quando estava na sala de espera para uma consulta; o(a) colega irá contar a história para o grupo assim: “um dia, quando eu estava na sala de espera de um atendimento...”.
- É importante lembrar que, durante toda a atividade, o(a) facilitador(a) deverá mediar uma discussão acolhedora e sensível sobre as histórias compartilhadas. O que mais surgiu nas experiências das pessoas com os serviços de saúde? O que isso diz sobre o vínculo das(os) participantes com os serviços? Que tipo de

cuidado queremos receber? O que poderia ser feito para melhorar as experiências insatisfatórias? **É fundamental que o(a) facilitador(a) escute e acolha todos os relatos, inclusive os negativos, sem procurar questionar ou justificar os acontecimentos contados. Este é um momento de escuta e de conversa sobre expectativas e direitos no atendimento à saúde.**

2.2) Atividade 2 - Mapeando o território: os níveis e as redes de atenção à saúde na cidade

Nesta parte do encontro, o(a) facilitador(a) deverá construir um mapa do território, de forma bem simplificada, com apoio das(os) participantes. A ideia é entender e identificar a rede de atenção à saúde no território.

- As(os) participantes podem se reunir em torno de uma folha de papel ou cartolina e construir coletivamente um mapa da saúde no bairro ou na cidade. Quais serviços estão disponíveis, especialmente na gestação e no puerpério?
- Enquanto o grupo lista e situa os serviços no mapa, o(a) facilitador(a) explica quais são as atribuições de cada um dos serviços de saúde mencionados.

É importante lembrar que a Atenção Primária à Saúde (APS), no que diz respeito ao pré-natal de baixo risco, é o **nível primário** de assistência à saúde, ou seja, a "porta de entrada" ao sistema de saúde – e que, a partir das avaliações de saúde, as equipes multiprofissionais encaminham para o **nível secundário** (ambulatórios especializados, pré-natal de alto-risco) ou **terciário** (hospitais), quando necessário. Na gestação de baixo risco, o pré-natal é realizado na APS, o parto/nascimento no hospital/maternidade e o puerpério na APS novamente.

- A ideia é que, ao final da atividade, o grupo tenha uma visão geral do sistema de saúde na cidade e que as(os) participantes compreendam sobre as funções de cada ponto da rede – e, principalmente, de como acessá-los.

3) Fechamento

Para encerrar, a atividade tem foco na unidade de saúde em questão e visa trabalhar o vínculo das(os) participantes com aquele espaço e suas(eus) profissionais.

- As(os) participantes são convidadas(os) a formar uma roda. O(a) facilitador(a) fará circular na roda um copo/recipiente/vasilha contendo pequenos papéis em que estão escritos os nomes de todos os tipos de profissionais que atuam na unidade (por exemplo: médico(a), enfermeira(o), dentista etc.). Cada participante deverá pegar um dos papéis e compartilhar com o grupo o que ele(a) sabe ou imagina sobre os cuidados que aquele(a) profissional deve proporcionar a gestantes e puérperas. Se souber o nome da(o) profissional da unidade, também pode mencioná-lo.

Exemplos do que pode ser mencionado e do que o(a) facilitador(a) pode complementar nas falas das(os) participantes:

Profissional	Como cuida de nós?
Médico(a) generalista	Faz consultas pré-natais, avalia as necessidades da gestante, solicita os exames, orienta sobre a saúde, faz visitas domiciliares.
Enfermeira(o) generalista	Faz consultas pré-natais, avalia as necessidades da gestante, solicita exames, orienta sobre saúde, organiza ações educativas, faz visitas domiciliares.
Agente comunitário(a) de saúde	Auxilia a gestante a lembrar de suas consultas, faz visitas domiciliares para acompanhar a gestante entre as consultas na unidade.
Técnico(a) de enfermagem	Aplica as vacinas da gestação, avalia sinais vitais.
Dentista	Avalia a saúde bucal das gestantes.
Médico(a) obstetra	Realiza pré-natal na APS e assiste o parto na instituição hospitalar.
Enfermeira(o) obstétrica e/ou obstetritz	Realiza pré-natal na APS e assiste o parto na instituição hospitalar ou na casa de parto (partos de risco habitual/baixo risco).

Espera-se com essa atividade que as(os) participantes saiam com maior entendimento sobre as funções da unidade de saúde e dos(as) seus(uas) profissionais. A partir da compreensão sobre o funcionamento dos serviços de saúde e do vínculo fortalecido com as equipes da assistência, estarão mais empoderadas(os) para cuidar da saúde com autonomia e qualidade.

3.

Gestação



Iniciando a nossa conversa...

Já vimos que o direito à saúde sexual e reprodutiva implica ter uma vida sexual segura e satisfatória e ter acesso a informações e a métodos eficientes e seguros de contracepção para decidir sobre se quer ter filhos, quantos e em qual momento. Além disso, toda mulher/adolescente tem direito de acessar os serviços de saúde, ser acolhida e receber atenção e cuidado integral, desde o planejamento reprodutivo até o pré-natal, parto e pós-parto.^{37 38} Também vimos o papel das equipes multiprofissionais que atuam na Atenção Primária à Saúde (APS) para a efetivação desses direitos – e veremos mais sobre aqueles previstos na Caderneta da Gestante, que serão abordados neste capítulo. Agora chegou a vez de conversarmos sobre o período gestacional e puerperal.

A gravidez pode ser um período de transformações na vida e no corpo da mulher, assim como nas vidas do(a) parceiro(a) e das(os) familiares. São experiências intensas que trazem, por vezes, sentimentos contraditórios, incluindo dúvidas, ansiedade e medo, especialmente quando se trata da primeira gestação.³⁹ Nesse sentido, a vinculação com as(os) profissionais de saúde (como já vimos no capítulo 2) e, principalmente, o acesso a informações auxiliam a lidar com as transformações, adaptações e modificações fisiológicas, anatômicas, psicológicas/emocionais e sociais que ocorrem durante o período.

As unidades de Atenção Primária à Saúde (APS) são a principal porta de entrada para as gestantes no Sistema Único de Saúde (SUS). Independente das circunstâncias ou da etapa do ciclo reprodutivo, cada mulher deve receber cuidados de qualidade e com equidade. **O pré-natal se destaca como um dos cuidados fundamentais para a prevenção de agravos e doenças e para a promoção da saúde – não à toa, a qualidade do acompanhamento da gestação está relacionada a melhores desfechos maternos e neonatais.**⁴⁰ Por isso, as(os) profissionais que atuam na APS devem estar aptas(os) para

³⁷ Fundo de populações da Nações Unidas. Relatório da Conferência Internacional sobre População e Desenvolvimento. 2007. Disponível em: <https://brazilunfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/relatorio-cairo.pdf>

³⁸ Primeira reunião da Conferência Regional sobre População e Desenvolvimento da América Latina e do Caribe. 2013. Montevideu. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/consenso_montevideo_por.pdf

³⁹ Herrmann, Angelita. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde. Organizadores: Angelita Herrmann, Michelle Leite da Silva, Eduardo Schwarz Chakora, Daniel Costa Lima. - Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. 2015. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal_parceiro_profissionais_saude.pdf

⁴⁰ Organização Mundial da Saúde. Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. 2016. Acesso em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf;jsessionid=C960B022AF3D84426BB4F55ADBB84BDA?sequence=2>

acolher as necessidades e prestar assistência integral e longitudinal durante toda a gravidez e no puerpério (lembrando que o acompanhamento da gestante deve ser iniciado o mais precocemente possível, de preferência antes da 12ª semana gestacional, sendo este um dos indicadores de qualidade de assistência à gestante).

Agora, vamos lembrar de alguns conhecimentos necessários para o acompanhamento das gestantes que frequentam os serviços de saúde da APS, sendo o primeiro deles a confirmação (ou não) da gestação. É bastante comum surgirem dúvidas quanto a estar ou não grávida, mesmo com o atraso menstrual. Por isso, outros sintomas e sinais comuns ou específicos podem auxiliar a confirmar a gestação. Eles são classificados como sinais e sintomas de presunção, de probabilidade e sinais de certeza, conforme o quadro abaixo.

Sinais e sintomas de presunção, probabilidade e certeza da gravidez

Sintomas e sinais de presunção	<p>Sintomas que podem surgir em várias outras situações, sendo pouco específicos para utilizar como diagnóstico de gravidez, como:</p> <ul style="list-style-type: none">• Náuseas e vômitos, sialorreia, alterações do apetite, aversão a certos odores que provocam náuseas e vômitos, lipotimia e tonturas, polaciúria, nictúria e sonolência;• Melasma facial, linha nigra, aumento do volume abdominal.
Sintomas e sinais de probabilidade	<p>Sintomas e sinais mais evidentes de gravidez, no entanto, sem caracterizá-la com certeza:</p> <ul style="list-style-type: none">• O sintoma mais importante é o atraso menstrual;• Sinais de probabilidade: aumento do volume uterino, alterações da forma em que o útero se torna globoso (sinal de Noblé-Budin), diminuição da consistência do istmo (sinal de Hegar) e diminuição da consistência do colo (sinal de Goodel), aumento da vascularização da vagina, do colo e vestibulo vulvar (sinal de Jacquemier-Kluge) e sinal de Hunter (aréola mamária secundária). <p>Os sinais de probabilidade são mais evidentes a partir de oito semanas de gestação.</p>
Sinais de certeza	<p>Sinais que confirmam a gestação:</p> <ul style="list-style-type: none">• Diagnóstico laboratorial: é realizado pela identificação do hormônio coriogonadotrófico (hCG) na urina ou no sangue, um indicativo de gravidez;• Ausculta fetal: a presença de batimentos cardíacos fetais no abdome somente está presente na vigência de gestação; detectados por sonar (entre 10-12 semanas);• Palpação de partes fetais no abdome materno é também exclusivo da gestação;• Ultrassonografia.

Fonte: adaptado de Manual de assistência pré-natal (Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO, 2014).

Lembre-se: **o acesso à unidade de saúde para a mulher que busca a confirmação da gravidez deve ser sempre aberto, com fluxos ágeis, evitando adiar a realização dos testes.** A confirmação, por meio da avaliação clínica ou do Teste Rápido de Gestação (TRG), é fator determinante para a organização do acompanhamento da gestação. Sempre que uma mulher estiver na unidade de saúde com dúvidas sobre estar ou não grávida, deve ser ofertado o teste rápido de gestação e, caso confirmada a gravidez, é uma oportunidade para se iniciar os primeiros cuidados à gestante.

O Teste Rápido de Gestação (TRG) urinário deve estar disponível em todas as unidades⁴¹, não somente para responder rapidamente à demanda da mulher, confirmando ou não a gestação, mas para:

- acolher a gestação não planejada;
- atender as mulheres vítimas de violência sexual;
- prestar orientações reprodutivas.

Também é um momento de acesso oportuno para dar prioridade a ações de prevenção da gravidez, especialmente na adolescência, como:

- ofertar camisinhas internas e externas;
- informar e ofertar a contracepção oral de emergência;
- priorizar uma abordagem para eliminar o aborto inseguro.⁴²

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o ciclo gravídico-puerperal é uma circunstância que pode acontecer de maneira desejada e planejada ou não.⁴³ Em cada atendimento, lembre-se de que nem toda mulher/adolescente deseja receber o resultado positivo da gravidez – nesse sentido, o momento é oportuno para iniciar os primeiros cuidados da gestante, priorizar uma acolhida aberta, atenta e de qualidade, sem julgamentos nem preconceitos, que possibilite à mulher/adolescente falar sobre sua intimidade com segurança, entre profissionais de saúde que a façam se sentir acolhida e fortalecida no novo ciclo.

⁴¹ Brasil. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf

⁴² Primeira reunião da Conferência Regional sobre População e Desenvolvimento da América Latina e do Caribe. 2013. Montevideu. Disponível em: http://www.unfpa.org.br/Arquivos/consenso_montevideo_por.pdf

⁴³ Ministério da Saúde e Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada. 2019. Disponível em: <https://atencaoobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>

Não podemos esquecer do direito ao aborto legal. No Brasil, o aborto é permitido em três casos: a) gravidez de risco à vida da gestante; b) gravidez resultante de violência sexual; e c) anencefalia fetal, conforme o Supremo Tribunal Federal decidiu em 2012.⁴⁴ Se a gravidez é resultante de violência sexual, importante saber que o relato da mulher é suficiente para averiguar a presença de violência sexual, ou seja, exclui-se a obrigatoriedade de apresentação do boletim de ocorrência policial.

As redes de atenção do SUS são imprescindíveis para a implementação de ações que garantam às mulheres/adolescentes o acesso aos direitos sexuais e reprodutivos, ao aborto legal e ao atendimento seguro nos casos de complicações decorrentes de abortos inseguros.⁴⁵ Leia mais sobre o aborto legal na norma técnica do Ministério da Saúde “[Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes](#)”, de 2012.

3.1 Boas práticas baseadas em evidências no pré-natal

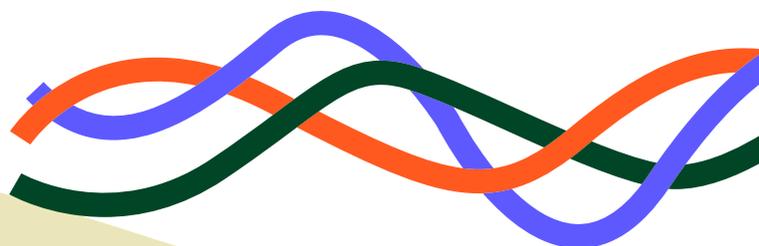
De acordo com a OMS, os cuidados pré-natais representam um momento decisivo para a promoção da saúde e a prevenção de doenças. Comprovadamente, **a ciência reúne evidências de que cuidados pré-natais de qualidade podem salvar vidas.**⁴⁶ Para que isso aconteça, a gestante precisa, durante todo o pré-natal, receber informações e orientações sobre os cuidados e os exames a serem realizados, bem como informações sobre seus direitos reprodutivos, sua saúde integral e eventuais sinais de alerta.



⁴⁴ Supremo Tribunal Federal. Arguição de descumprimento de preceito fundamental 54 Distrito Federal. Disponível em: <https://redir.stf.jus.br/paginadorpub/paginador.jsp?docTP=TP&docID=3707334>

⁴⁵ Giugliani, C. et al. O direito ao aborto no Brasil e a implicação da Atenção Primária à Saúde. Rev Bras Med Fam Comunidade. Rio de Janeiro, 2019, 14(41):1791. Disponível em: <https://rbmfc.org.br/rbmfc/article/view/1791/960>

⁴⁶ Brasil. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf



Todas as gestantes devem ser assistidas de maneira respeitosa e qualificada, levando em consideração os aspectos sociais, culturais e psicológicos de cada uma, especialmente fatores relacionados a educação, emprego, renda, raça/cor e etnia, gênero e deficiência, pois estes influenciam a condição de saúde de uma pessoa/família/comunidade. **Nos atendimentos de saúde, a equipe deve considerar o impacto que as iniquidades – diferenças no estado de saúde ou na distribuição dos recursos de saúde entre diferentes grupos populacionais, decorrentes das condições sociais em que as pessoas nascem, crescem, vivem, trabalham e envelhecem – exercem na saúde dos indivíduos, não sendo diferente na saúde sexual e reprodutiva.** As iniquidades em saúde, vale lembrar, podem ser reduzidas com a combinação de políticas governamentais intersetoriais.⁴⁷

Uma recente revisão sistemática e metanálise⁴⁸ buscou identificar a prevalência de acesso ao pré-natal durante o primeiro trimestre de gestação, considerando os aspectos étnico-raciais. O estudo, que avaliou dados do Brasil, dos EUA e da África do Sul desde a década de 1990, revelou que mulheres negras apresentam a menor prevalência de participação no pré-natal ainda no primeiro trimestre, quando comparadas às brancas e de outras etnias. A publicação, assim como outros estudos^{49 50}, **evidenciou maiores iniquidades no processo de atenção à gestação e ao parto de mulheres pretas e pardas**, podendo apresentar desfechos desfavoráveis como *near miss* – casos de mulheres que quase morreram, mas sobreviveram a uma complicação grave ocorrida durante a gravidez, o parto ou o pós parto⁵¹ – morte materna, prematuridade, baixo peso ao nascer, óbito fetal intrauterino, aumento das taxas de natimortalidade e óbito neonatal precoce.⁵²



⁴⁷ World Health Organization. Health inequities and their causes, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/facts-in-pictures/detail/health-inequities-and-their-causes>

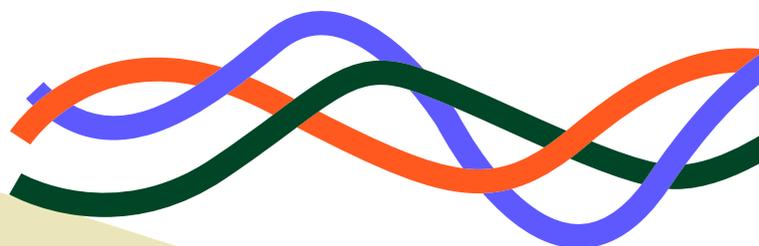
⁴⁸ Silva, Pedro Henrique Alcantara da. Iniquidade racial no acesso ao pré-natal no primeiro trimestre de gestação: uma revisão sistemática e metanálise/Pedro Henrique Alcantara da Silva. Natal, 2020. 71 f.: il. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/30619/1/PedroHenriqueAlcantaraDaSilva_DISSERT.pdf

⁴⁹ Leal, M. do C., et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. Cad. Saúde Pública 2017; 33 Sup 1. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/LybHbcHxdFbYsb6BDSQHb7H/?format=pdf&lang=pt>

⁵⁰ Diniz, C.S.G, et al. Implementação da presença de acompanhantes durante a internação para o parto: dados da pesquisa nacional Nascer no Brasil. Cad Saúde Pública 2014; 30 Suppl:S140-53. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csp/a/YwCMB4CMGHxLtbMtzgnhJjx/?lang=pt>

⁵¹ Organização Mundial da Saúde. Avaliação da qualidade do cuidado nas complicações graves da gestação: a abordagem do near miss da OMS para a saúde materna. 2011. Disponível em: <https://www.paho.org/clap/dmdocuments/CLAP-Trad05pt.pdf>

⁵² Silva, Pedro Henrique Alcantara da. Iniquidade racial no acesso ao pré-natal no primeiro trimestre de gestação: uma revisão sistemática e metanálise/Pedro Henrique Alcantara da Silva. Natal, 2020. 71 f.: il. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/30619/1/PedroHenriqueAlcantaraDaSilva_DISSERT.pdf





A desigualdade racial no Brasil tem impacto sobre diversos aspectos da assistência recebida na atenção obstétrica, sobretudo no momento do parto. Mulheres negras têm mais chance de receber pré-natal inadequado, de ter o direito a acompanhante negado, de viver uma peregrinação para o parto e de não receber anestesia local para a episiotomia. Também existem dados que indicam que mulheres não-brancas têm mais chances de desenvolver depressão pós-parto. Mulheres negras também estão sobrerrepresentadas na razão de mortalidade materna no país, que é duas vezes e meia maior para mulheres pretas do que para mulheres brancas.⁵³

Para garantir a qualidade da assistência a todas as gestantes, as equipes podem implementar algumas rotinas de avaliação no pré-natal:⁵⁴

- Avaliação clínica e obstétrica;
- Cálculo da idade gestacional e da data provável do parto;
- Palpação obstétrica e medida da altura uterina;
- Avaliação dos movimentos fetais;
- Ausculta de batimentos cardíacos fetais e registro exato do valor do número de BCF/min;
- Pesquisa de edema;
- Acompanhamento do ganho de peso;
- Monitoramento do nível pressórico;
- Solicitação e avaliação de exames de rotina e outros necessários de acordo com a avaliação clínica;

⁵³ Leal, Maria do Carmo et al. A cor da dor: iniquidades raciais na atenção pré-natal e ao parto no Brasil. Cadernos de Saúde Pública, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf

⁵⁴ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]– Brasília : Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf

- Avaliação do quadro vacinal*;
- Prescrição do ácido fólico;
- Prescrição do sulfato ferroso;
- Uso de medicamentos (desprescrição ou substituição de medicamentos contraindicados na gestação);
- Identificação e conduta para intercorrências (sinais de alerta) clínicas ou obstétricas;
- Estratificação de risco gestacional e compartilhamento do cuidado com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) para as gestantes de alto risco**;
- Vigilância para quadros psíquicos, principalmente depressão;
- Diagnóstico, tratamento e monitoramento da cura de doenças infecciosas e doenças crônicas;
- Vinculação à maternidade de referência;
- Registro no prontuário;
- Atualização da Caderneta da Gestante;
- Atualização do plano de cuidados;
- Elaboração do plano de parto.

* Não esqueça de verificar a situação da vacina contra covid-19. A literatura aponta que as gestantes são grupos de risco para infecção por SARS-CoV-2, com probabilidade aumentada para parto cesariano de emergência e partos prematuros, elevando o risco de morte materna e neonatal.⁵⁵ Saiba mais no *Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19*, do Ministério da Saúde. Disponível [aqui](#).

⁵⁵ Estrela, F.M. Gestantes no contexto da pandemia da Covid-19: reflexões e desafios. Revista Physis, v. 30 (02),2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/zwPkqzafcHbRqyZNxzfrg3g/?lang=pt>

** A avaliação e a classificação do risco gestacional devem ser realizadas de forma contínua ao longo do pré-natal. Precisam ser iniciadas no momento do diagnóstico da gestação e reavaliadas a cada contato com a gestante.

Lembre-se de orientar a gestante sobre seus direitos, acolher eventuais angústias e informar sobre como se preparar para o momento do parto. Isso contribui para que ela se sinta empoderada e capaz de passar pelo processo, aumentando as chances de que seu parto seja uma experiência positiva.



Relembrando:

Para situações de maior gravidade, a equipe de Atenção Primária à Saúde (APS) deve compartilhar a assistência com a Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), colaborando para a definição do plano de cuidados e aumentando o nível de vigilância e apoio à gestante e à família. As morbidades diagnosticadas durante a gravidez ou previamente existentes podem significar situações de risco para a gestante e o bebê. Doenças hemorrágicas e hipertensivas, além de diabetes, estão entre as causas mais frequentes de morte materna e infantil; infecção urinária e doença periodontal relacionam-se à prematuridade; sífilis e toxoplasmose podem levar à morte fetal ou a complicações graves para os recém-nascidos.

A assistência durante o ciclo gravídico-puerperal deve ser realizada com boas práticas baseadas em evidências científicas atualizadas. Nesse sentido, indica-se a leitura da nota técnica a seguir. Destaca-se que algumas práticas, a depender do contexto local, podem já estar sustentadas com Procedimentos Operacionais Padrões (POPs), notas técnicas, consensos assistenciais e protocolos institucionais.

- Boas práticas no acompanhamento do pré-natal e do puerpério.

Nota técnica para organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção ambulatorial especializada: Saúde da Mulher na gestação, parto e puerpério.

Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>

Páginas 24-38

Sinais de alerta na gestação

Todas as experiências da gestação e do parto, inevitavelmente, em maior ou menor intensidade, provocam repercussões nas esferas pessoal, familiar e socioeconômica da vida das mulheres. Por isso, a equipe de saúde deve estar vigilante para alterações de maior gravidade, que podem se caracterizar como um transtorno mental, na maioria das vezes depressivo e/ou ansioso – e que podem desencadear outras situações de risco à gestante/puérpera e ao bebê – assim como intercorrências clínicas e obstétricas. Essas repercussões devem ser acompanhadas pelos(as) profissionais da saúde que a assistem.^{56 57}

Importante: as queixas das gestantes devem ser sempre valorizadas e avaliadas. Em todas as oportunidades, a equipe multiprofissional deve ficar atenta a fim de identificar possíveis sinais de alerta para intercorrências clínicas ou obstétricas (conforme quadro a seguir). As ocorrências para o atendimento de urgência obstétrica e/ou clínica devem ser acompanhadas pela equipe da APS e o plano de cuidados ajustado, se necessário.

⁵⁶ Ministério da Saúde e Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada. 2019. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>

⁵⁷ Jardim, MJA. Empoderamento feminino: contribuições do enfermeiro no pré-natal para o processo de parturição natural sob a ótica da gestante. Dissertação de mestrado. Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Universidade Federal do Maranhão, 2017. Disponível em: <https://tedebc.ufma.br/jspui/bitstream/tede/1439/2/MaraJardim.pdf>

Sinais de alerta para intercorrências clínicas, obstétricas e de saúde mental

- Pressão arterial elevada (PAS >140mmHg ou PAD >90mmHg);
- Fortes dores de cabeça, visão embaralhada ou “enxergando estrelinhas”;
- Em estágios avançados da gestação (a partir da 20ª semana gestacional), ausência de movimento fetal por mais de 12 horas;
- Corrimento vaginal escuro (marrom ou preto);
- Inchaço nos pés, pernas e no rosto, principalmente ao acordar;
- Dor ou ardor ao urinar;
- Sangramento ou perda de líquido pela vagina, mesmo sem dor;
- Contrações fortes, dolorosas e frequentes;
- Sinais de tristeza intensa/choro intenso;
- Sentimento de desamparo/solidão;
- Ansiedade intensa;
- Insônia;
- Falta de apetite.

Fonte: Ministério da Saúde e Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada. 2019.

Como vimos, a OMS recomenda que **as práticas das(os) profissionais envolvidas(os) na atenção obstétrica sejam sempre baseadas nas melhores e mais atualizadas evidências**. Enfatiza, também, que as(os) profissionais priorizem a saúde e o bem-estar das pessoas, protegendo e promovendo os direitos humanos. Nesse sentido, **reforça-se a necessidade de adoção dos protocolos estabelecidos pela Secretaria Municipal de Saúde, que orienta a APS da sua área de abrangência de atuação**. Tratam-se de protocolos construídos a partir das orientações nacionais, porém adaptados às realidades dos municípios e às estruturas garantidas para a assistência. Outros sites e materiais complementares também podem auxiliar no aprofundamento das práticas baseadas em evidências no âmbito da atenção à gestante e puérpera na APS. Confira:

- Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade: www.sbmfc.org.br;
- Associação Brasileira de Enfermagem de Família e Comunidade: www.abefaco.org.br/biblioteca;
- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e obstetrícia: <https://www.febrasgo.org.br/pt/>;
- Biblioteca Virtual em Saúde: <https://bvsms.saude.gov.br/>;
- Estratégia global para a saúde das mulheres, das crianças e dos adolescentes (2016-2030): www.everywomaneverychild.org/wp-content/uploads/2017/10/EWEC_Global_Strategy_PT_inside_LogoOK2017_web.pdf;
- Biblioteca da Secretaria de Atenção Primária à Saúde: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/index>;
- Telessaúde: <https://aps.bvs.br/rede-de-colaboradores/>;
- Associação Brasileira de Obstetizes e Enfermeiros Obstetras: <https://abenfo.wixsite.com/meusite>;
- Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente do Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e Adolescente Fernandes Figueira (IFF): <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/>.

A OMS também disponibiliza uma lista de recomendações sobre os cuidados no pré-natal para uma experiência positiva na gravidez, que estão organizados em cinco tipos de intervenções:

1. Intervenções nutricionais;
2. Avaliação da mãe e do feto;
3. Medidas preventivas;
4. Intervenções para sintomas fisiológicos comuns;
5. Intervenções nos sistemas de saúde para melhorar a utilização e a qualidade dos cuidados pré-natais.

Consulte a íntegra das recomendações sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. Disponível [aqui](#).

3.2 Pré-natal de baixo risco: acolhimento, acompanhamento e apoio para um parto e nascimento saudável e fisiológico

As famílias e comunidades devem ser instigadas sobre a importância da captação precoce e do acompanhamento pré-natal. A atribuição de cada profissional da equipe multiprofissional vai contribuir para uma experiência positiva da gravidez, do parto e do período puerperal.

Profissionais, fiquem atentas(os): é direito da gestante ser atendida com respeito e dignidade pela equipe de saúde, sem discriminação de raça/cor e etnia, orientação sexual, religião, idade ou condição social; ser chamada pelo nome que preferir e saber o nome do(a) profissional que a atende; aguardar o atendimento sentada, em lugar arejado, tendo à disposição água para beber e banheiros limpos.⁵⁸

⁵⁸ Brasil. Ministério da Saúde. Caderneta da Gestante. Brasília: 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/02/Caderneta-da-Gestante-2018.pdf>

É também direito da gestante ser atendida por profissionais de saúde que tenham conhecimento e possam informar sobre direitos trabalhistas, como a licença-maternidade; impossibilidade de demissão da gestação até cinco meses após o parto e de mudança de função e/ou setor, caso ocasione riscos à saúde da mulher e do bebê; falta justificada para consultas e exames do pré-natal; dispensa para amamentação e demais informações que estão disponíveis na Caderneta da Gestante. Este material também apresenta os direitos sociais nos casos de adoção, bem como direitos da gestante que é estudante e da gestante adolescente, além da lei da vinculação para o parto, dos direitos em situações de violências e ainda aqueles relacionados à gestante portadora de HTLV e/ou HIV.

Quer saber mais sobre esses direitos? Confira a Caderneta da Gestante [aqui](#).



Atenção: é importante considerar o acompanhamento pré-natal como um espaço privilegiado de preparação para o parto e nascimento. É, ainda, uma oportunidade de cuidado para além das questões biológicas da gestação, em que é possível investir na educação em saúde, para que as mulheres, com apoio de suas famílias, possam fazer escolhas informadas sobre seus destinos obstétricos.

Não existe uma regra definida para o calendário de acompanhamento da gestante. O Ministério da Saúde (MS) recomenda, conforme quadro abaixo, uma periodicidade que considera o período gestacional. Para um monitoramento de qualidade é considerado como indicador de desempenho o mínimo de seis consultas. Porém, sugere-se que o número de atendimentos seja 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 as recomendações das diretrizes clínicas.⁵⁹

Parametrização para a distribuição dos atendimentos durante a gestação e o 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

Fonte: Ministério da Saúde e Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada. 2019.

⁵⁹ Ministério da Saúde e Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada. 2019. Disponível em: <https://atencao basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>

Informando sobre o momento do parto

Entende-se como **parto normal**⁶⁰ ou espontâneo aquele que não foi assistido por fórceps, vácuo extrator ou cesariana, podendo ocorrer intervenções, com indicação médica baseada em evidências, para facilitar o progresso, como alívio não farmacológico da dor; manobra ativa no terceiro período; alívio farmacológico da dor, quando necessário; estimulação do trabalho de parto com ocitocina, quando necessário; e/ou ruptura artificial de membranas, quando necessário.

O Brasil é o segundo país que mais realiza cesáreas no mundo.⁶¹ A recomendação da OMS é que as cesarianas não excedam 15% do total de partos, enquanto, no Brasil, as cesáreas representam mais de 56% dos partos realizados.⁶² Considerando isso, o Ministério da Saúde lançou, em 2017, as Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal, com o objetivo de qualificar a assistência ao parto e ao nascimento no país e de alcançar a recomendação da OMS.⁶³

Nesse sentido, profissionais envolvidas(os) na assistência pré-natal devem oferecer escuta atenta e sensível às gestantes, apoiando-as para que se sintam confiantes e confortáveis ao longo de todo o processo.^{64 65} Para uma experiência positiva no período gravídico-puerperal, precisamos empoderar as mulheres para que estas estejam bem-informadas sobre cada etapa – da gestação ao pós-parto –, tornando-se protagonistas de suas decisões.

⁶⁰ Brasil. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf

⁶¹ Sousa, Jordana Dias Paes Possani et al. Avaliação epidemiológica comparativa dos índices de parto cesáreo e vaginal e fatores associados em hospitais público e privado da cidade de Juiz de Fora, Minas Gerais. Revista Médica de Minas Gerais. v.30. 2020. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2743>

⁶² Filho, Batista Malaquias e Rissin, Anete. A OMS e a epidemia de cesarianas. Rev. Brasileira de Saúde Materno-infantil. n.18.v.1. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/7DhKbXd9M4VKnzVWnWRP6Jg/?lang=pt>

⁶³ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]– Brasília : Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf

⁶⁴ Leão, M.R.C.; Riesco, M.L.G.; Schneck, C.A. et al. Reflexões sobre o excesso de cesarianas no Brasil e a autonomia das mulheres. Ciência e Saúde Coletiva, v.18, n.8, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/6KtN36jWhqrBr5pQcKN3BwF/?lang=pt>

⁶⁵ Silva, A.L.S.; Nascimento, E.R.; Coelho, E.A.C. Práticas de enfermeiras para promoção da dignificação, participação e autonomia de mulheres no parto normal. Escola Anna Nery Revista de Enfermagem, v.19, n.3, jul./set. 2015. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/ean/a/PrSr6ZHtDC3p8Lc8vxLtqpl/?lang=pt&format=pdf>

Contribuir para o empoderamento feminino não é uma atividade simples, mas é extremamente necessário e recompensador! A contribuição das(os) profissionais da APS, em especial das(os) enfermeiras(os) e enfermeiras(os) obstétricos e das(os) obstetrizas no pré-natal, é determinante no processo de conhecimento e empoderamento da gestante, em função da comunicação efetiva e da relação de confiança que pode se estabelecer entre as duas partes.⁶⁶

A atuação da(o) enfermeira(o) no acompanhamento pré-natal pode incentivar a autonomia feminina, estimular a escolha informada, resgatar o cuidado centrado nas necessidades da gestante, respeitar o direito ao seu próprio corpo e promover uma prática ética fundamentada em evidências.⁶⁷ Na assistência pré-natal, a mulher também deve ser informada sobre as possíveis intervenções a serem realizadas no período da parturição.⁶⁸ Assim, indica-se a elaboração do plano de parto ainda no período de acompanhamento do pré-natal, para que a mulher possa ser escutada e fazer o registro das suas escolhas.

⁶⁶ Brasil. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf

⁶⁷ Brasil. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal_parceiro_profissionais_saude.pdf

⁶⁸ Brasil. Ministério da Saúde. Universidade Estadual do Ceará. Humanização do parto e do nascimento. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. Disponível em: https://www.redehumanizaus.net/sites/default/files/caderno_humanizaus_v4_humanizacao_parto.pdf

3.2.1 Plano de parto

O plano de parto é um documento elaborado pela gestante, com auxílio da equipe de saúde, sobre suas preferências, seus desejos e suas expectativas com relação ao parto e ao nascimento. É um direito da gestante definir o(a) acompanhante que deseja que esteja presente. Idealmente, ela poderá também participar da definição das condições do ambiente em que será realizado o parto, como a iluminação, a música, a realização de fotos ou vídeos, entre outros; os métodos para alívio da dor; o tipo de alimentação ou bebidas que vai ingerir; a posição de expulsão do bebê; quem corta o cordão umbilical, entre outros aspectos.⁶⁹

É indicado que a gestante elabore o plano de parto durante todo o pré-natal, tendo tempo para esclarecer dúvidas, dialogar com as(os) profissionais e compartilhar sua experiência com outras mulheres durante as atividades educativas. **Confira, ao final deste capítulo, uma metodologia para a elaboração de um plano de parto.**

A Caderneta da Gestante prevê um espaço para elaboração do plano de parto. Uma vez elaborado, ele deve ser impresso e entregue à equipe perinatal da maternidade de referência. A gestante também deve ser informada sobre a conduta em eventuais situações de risco, nas quais o plano de parto poderá não ser respeitado de maneira integral.

Conforme orientações do Ministério da Saúde⁷⁰, a pactuação prévia com as maternidades de referência deve ser realizada pela APS para que a gestante seja acolhida – e para que, juntos, dialoguem sobre as preferências expressas no plano de parto, levando-se em consideração as condições para uma resposta adequada, como a organização do local de assistência, as limitações (físicas e de recursos) relativas à unidade e a disponibilidade de métodos e técnicas.

⁶⁹ Ministério da Saúde e Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada. 2019. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>

⁷⁰ Ministério da Saúde e Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada. 2019. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>

Importante: a lei da vinculação para o parto (nº 11.634 de 2007)⁷¹ garante à mulher o direito de ser informada, pela equipe de pré-natal, sobre qual será a maternidade de referência para seu parto. A gestante ainda deve ter a oportunidade de visitar a maternidade para conhecer a localização e o acesso, bem como a equipe de profissionais, os locais de atendimento e o funcionamento geral.

3.2.2 Recomendações das Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal

Nas consultas de pré-natal, as(os) profissionais da equipe multiprofissional devem apresentar às mulheres os seguintes aspectos:

Local de parto

- Informar sobre os riscos e os benefícios dos locais de parto (domicílio, centro de parto normal extra, peri ou intra hospitalar, maternidade);
- Assegurar que todas as mulheres que optarem pelo planejamento do parto fora do hospital tenham acesso em tempo hábil e oportuno a uma maternidade, se houver necessidade de transferência;
- Dar informações sobre o local de parto, como sobre o acesso a equipe médica (obstetrícia, anestesiologia e pediatria) e de enfermagem e obstetrícia; o acesso a métodos de alívio da dor, incluindo os não farmacológicos (banheira, chuveiro, massagens etc.), analgesia regional e outras substâncias analgésicas; e a possibilidade de transferência para uma maternidade (se esse não for o local escolhido).

⁷¹ Lei 11.634 de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/lei/l11634.htm

Profissional que assiste

- A assistência ao parto e nascimento de risco habitual pode ser realizada tanto por médica(o) obstetra quanto por enfermeira(o) obstétrica(o) ou obstetritz.

Importante: é recomendado que os gestores de serviços de saúde proporcionem condições para a implementação de modelo de assistência que inclua enfermeira(os) obstétrica(os) e obstetritz(es) na assistência ao parto, pois a inclusão dessas(es) profissionais está associada à redução de intervenções e maior satisfação das mulheres.⁷²

Alívio da dor no trabalho de parto

- Cabe às(aos) profissionais da APS apoiar a escolha da mulher sobre como lidar com a dor. Para isso, é essencial ter conhecimento das estratégias e dos métodos não farmacológicos de alívio da dor no trabalho de parto e das possibilidades de utilização de métodos farmacológicos, se for o caso.
- Orienta-se que as estratégias e os métodos de alívio da dor durante pré-parto, parto e pós-parto estejam descritos no plano de parto, para que ele possa ser lido e discutido, levando-se em consideração as condições para a sua implementação.

Importante: lembre-se de informar e discutir com a gestante sobre a possibilidade de **inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU)** logo após o parto na maternidade. Faça o registro do desejo da gestante na Caderneta.

⁷² Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida [recurso eletrônico]– Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 51 p. Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_nacionais_assistencia_parto_normal.pdf

3.2.3 Pré-natal do(a) parceiro(a)

A Rede Cegonha tem como proposta qualificar os serviços ofertados pelo Sistema Único de Saúde (SUS) no planejamento reprodutivo, na confirmação da gravidez, no pré-natal, no parto e no puerpério. Enfatiza, ainda, a importância da inclusão e da participação ativa dos(as) parceiros(as) no processo. Nesse contexto, a Rede Cegonha contribui positivamente ao inserir o(a) parceiro(a) nas consultas de pré-natal, em vista da mudança de paradigma do binômio mãe-criança para o trinômio parceiro(a)-mãe-criança.⁷³

As equipes de saúde devem incentivar o envolvimento do(a) parceiro(a) e sua participação desde o teste de gravidez até o acompanhamento do desenvolvimento integral da criança. Nesse sentido, orienta-se algumas dicas para as equipes:

- 1º Na chegada do(a) parceiro(a) no serviço, informar como será sua participação no pré-natal, parto e puerpério;
- 2º Realizar o atendimento, incluindo a realização de exames de rotina e testes rápidos das infecções sexualmente transmissíveis (IST);
- 3º Atualizar o cartão de vacinas;
- 4º Consultar com odontólogo, caso seja necessário;
- 5º Trabalhar com temas voltados para os públicos masculino e parcerias;
- 6º Auxiliar na participação ativa do(a) parceiro(a) no pré-natal, parto, puerpério e cuidados com a criança.

Saiba mais: Guia Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal_profissionais_saude.pdf

⁷³ Herrmann, Angelita. Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde. Organizadores: Angelita Herrmann, Michelle Leite da Silva, Eduardo Schwarz Chakora, Daniel Costa Lima. - Rio de Janeiro: Ministério da Saúde. 2015. Disponível aqui: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal_parceiro_profissionais_saude.pdf

3.2.4 O puerpério

A primeira consulta puerperal deve ser realizada, preferencialmente, na primeira semana pós-alta, se possível, coincidindo com as ações do quinto dia para o recém-nascido. Indica-se que a equipe da APS realize essa primeira consulta no ambiente domiciliar da puérpera. **Essa aproximação deve levar em consideração as necessidades da equipe e o estado de saúde da mulher e do recém-nascido para orientar e apoiar a família sobre amamentação e cuidados básicos com o recém-nascido; avaliar a interação da mãe e do(a) parceiro(a) com o recém-nascido; identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las adequadamente; e orientar sobre o planejamento reprodutivo.**⁷⁴

Fique atento: o puerpério é um momento provisório, de maior vulnerabilidade psíquica, em que há alteração emocional na mulher, surgindo tanto sentimentos de felicidade quanto de preocupação. A família e a equipe de saúde devem prestar atenção para os sinais e sintomas de depressão pós-parto como sentimentos de apatia, tristeza, irritabilidade, choro, raiva e rejeição ao bebê.⁷⁵ Mulheres no puerpério também correm mais risco de desenvolver doenças graves relacionadas à covid-19, principalmente se não estiverem devidamente vacinadas. Portanto, é fundamental que compreendam a necessidade de seguir as medidas preventivas contra infecção por covid-19 no puerpério.

A segunda consulta puerperal ocorre entre 30 e 40 dias pós-parto. **Ambas as consultas devem focar na identificação e no tratamento de complicações comuns nesse período, principalmente hemorragias e infecções, muitas vezes causas de óbito materno.** Fechando o período puerperal, a mulher e o(a) parceiro(a) devem ser orientados(as), na unidade de saúde, à continuidade do cuidado com relação ao planejamento reprodutivo, ao acompanhamento e ao fortalecimento da capacidade de autocuidado e empoderamento sobre suas escolhas.

⁷⁴ Brasil. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf

⁷⁵ UNICEF - Fundo das Nações Unidas para a Infância. Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê. São Paulo: Globo, 2011. Disponível em: https://www.unicef.org/brazil/media/2351/file/Guia_dos_Direitos_da_Gestante_e_do_Bebe.pdf

3.3 Dicas de materiais



Confira a seguir algumas dicas de materiais que poderão contribuir para o aprofundamento dos estudos sobre o tema.

- **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida**
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Ministério da Saúde, Brasília (2017). Disponível [aqui](#).
- **Diretrizes de atenção à gestante: a operação cesariana**
Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Ministério da Saúde, Brasília (2015). Disponível [aqui](#).
- **Consenso de Montevidéu sobre População e Desenvolvimento**
Conferência Regional sobre População e Desenvolvimento da América Latina e do Caribe (2013). Disponível [aqui](#).
- **Direitos Reprodutivos no Brasil**
Miriam Ventura. UNFPA (2009). Disponível [aqui](#).
- **Avaliação da atenção ao parto e nascimento nas maternidades da Rede Cegonha: os caminhos metodológicos**
Maria Esther de Albuquerque Vilela et al (2021). Disponível [aqui](#).
- **Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de covid-19.**
Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Ministério da Saúde, Brasília (2021). Disponível [aqui](#).
- **Avaliação da Atenção ao Parto e Nascimento – Rede Cegonha**
Portal de Boas Práticas IFF/Fiocruz (2021). Disponível [aqui](#).
- **Práticas das Enfermeiras Obstetras na Atenção ao Parto**
Camila Borba da Luz (2018). Disponível [aqui](#).
- **Nascer no Brasil: Parto, da violência obstétrica às boas práticas.**
VideoSaúde - Distribuidora da Fiocruz (2015). Disponível [aqui](#).
- **Parir é Natural**
Silvio Tendler (2015). Disponível [aqui](#).



3.4 Metodologia 3 - Fortalecendo o protagonismo da mulher

Para que as mulheres conquistem o protagonismo e o empoderamento durante a gestação e o parto devem conhecer e compreender, com apoio das(os) profissionais de saúde, do(a) parceiro(a) e da família, todos os processos de mudanças físicas e psíquicas que ocorrem em cada etapa do ciclo gravídico-puerperal. Também é importante que elas identifiquem e expressem suas necessidades em cada período, fazendo uso de seus direitos. A metodologia ativa apresentada a seguir desenvolve todos esses pontos.

Objetivos da dinâmica	Materiais	Questões norteadoras
<ul style="list-style-type: none">• Conhecer a fisiologia do corpo das mulheres na gestação;• Identificar as necessidades físicas, psíquicas e sociais durante a gestação;• Conhecer os direitos das gestantes e das parturientes;• Estimular a escolha das mulheres sobre os cuidados de saúde.	<ul style="list-style-type: none">• Papéis;• Canetas.	<ul style="list-style-type: none">• Como meu corpo está funcionando na gestação e de quais cuidados ele necessita?• Quais são meus direitos enquanto gestante e parturiente?
<p>Duração estimada: 1 hora Número de participantes: até 10 pessoas</p>		

Passo a passo

1) Integração - Para começar

- Peça para que as participantes se reúnam em roda e, uma de cada vez, digam seu nome e uma palavra que comece com a mesma letra que as descreva de alguma forma. Exemplo: Ana Alegre.

- A próxima pessoa deverá repetir o nome e o adjetivo das pessoas anteriores e acrescentar seu próprio nome à lista. A última pessoa a falar, portanto, repetirá os nomes e adjetivos de todas e acrescentará o seu. Exemplo: Ana Alegre, Carol Corajosa, Daniela Divertida etc. O(a) facilitador(a) pode encerrar a dinâmica repetindo os nomes e adjetivos de todas, como forma de recordar os nomes e estabelecer vínculo.

2) Atividades

2.1) Atividade 1 - Linha do tempo da gestação

- Nesse primeiro momento da atividade, as participantes são convidadas a preencher coletivamente uma linha do tempo sobre as mudanças físicas na gestação, com base na sua experiência pessoal e nos relatos que já ouviram.
- A linha do tempo pode ser construída juntando algumas folhas de papel na horizontal, de modo que haja espaço para escrever à vontade. Ela deverá ser dividida em cinco seções: 1) 1º trimestre; 2) 2º trimestre; 3) 3º trimestre; 4) parto; 5) puerpério.
- As participantes serão convidadas, então, a listarem as mudanças físicas, psíquicas, as necessidades vividas (ou que imaginam que se vive) em cada uma das etapas. O(a) facilitador(a) deverá complementar a linha do tempo segundo a tabela de apoio disponível a seguir.
- O(a) facilitador(a) deverá lembrar que as adaptações do organismo materno são atribuídas aos hormônios da gestação e à ação mecânica do crescimento do útero sobre outros órgãos. Essas adaptações protegem as funções fisiológicas normais da mulher, atendem as demandas metabólicas que surgem com a gestação e suprem as necessidades fetais.

2.2) Atividade 2 - Conhecendo nossos direitos

- Nessa etapa, a ideia é complementar a linha do tempo com os direitos de que as mulheres podem usufruir em cada etapa. Que garantias foram criadas e estão disponíveis para que possam viver o processo de gestação, parto e puerpério de forma adequada e como uma experiência positiva?
- As participantes são convidadas a essa reflexão de forma colaborativa, preenchendo a linha do tempo com os direitos (também mencionados na tabela de apoio abaixo) com a mediação do facilitador.

Linha do tempo da gestação e direitos - Tabela de apoio do(a) facilitador(a)

	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	Parto	Puerpério
Mudanças físicas	Intolerância a cheiros; Enjoo, Aumento dos batimentos cardíacos; Dor nas mamas; Cansaço; Sonolência; Aumento da vascularização e dilatação dos vasos; Mudança da cor da aréola e dos mamilos.	Contrações irregulares e indolores; Crescimento da barriga; Urgência urinária; Percepção dos movimentos fetais.	Cansaço; Dor nas costas; Incontinência urinária; Alterações no padrão de sono; Dificuldade para respirar; Inchaço nas pernas; Aumento da barriga; Desconforto para caminhar.	Vontade de fazer força involuntária; Contrações uterinas regulares e frequentes; Respiração ofegante; Dor.	Mamas túrgidas, cheias de leite; Sangramento vaginal; *No puerpério o corpo volta aos poucos aos padrões anteriores à gestação.

	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	Parto	Puerpério
Mudanças psíquicas	<p>Insegurança sobre a gestação;</p> <p>Oscilações emocionais;</p> <p>Diminuição do desejo sexual;</p> <p>Fantasia e sonhos sobre o bebê;</p> <p>Mudanças rápidas de humor;</p> <p>Fadiga.</p>	<p>Aumento do desejo sexual;</p> <p>Maior segurança sobre a gestação;</p> <p>Retomada de maior estabilidade emocional;</p> <p>Mais bem-estar pela diminuição dos enjoos;</p> <p>Sentimento de personificação do feto;</p> <p>Fortalecimento de uma relação materno-filial a partir do movimento fetal (o primeiro tipo de comunicação entre eles).</p>	<p>Insegurança sobre a hora do parto e a saúde do bebê;</p> <p>Ansiedade. Nesse período, é comum a gestante sonhar com o bebê em situações de perigo. Os temores mais comuns são: medo de morrer no parto, de ter dilaceração da região genital, de ter um bebê malformado, de o bebê nascer morto, entre outros. É comum a mulher deixar de sentir os movimentos fetais poucos dias antes do parto, levando-a a crer na morte do bebê.</p>	<p>Medo de não conseguir passar pelo parto;</p> <p>Insegurança se o corpo “dará conta”;</p> <p>Ansiedade para conhecer o bebê.</p>	<p>Cansaço;</p> <p>Insegurança sobre seu papel de mãe;</p> <p>Sensação de sobrecarga de afazeres;</p> <p>Sensação de tristeza.</p>
Necessidades	<p>Orientações sobre as alterações no corpo;</p> <p>Apoio para responder as dúvidas;</p> <p>Acompanhamento pré-natal;</p> <p>Consultas mensais com enfermeiras(os) e médicas(os);</p> <p>Exames pré-natais.</p>	<p>Cuidado no pré-natal;</p> <p>Consultas quinzenais com enfermeiras(os) e médicas(os);</p> <p>Exames pré-natais;</p> <p>Orientações sobre saúde.</p>	<p>Cuidado no pré-natal;</p> <p>Consultas semanais com enfermeiras(os) e médicas(os);</p> <p>Exames pré-natais;</p> <p>Orientações sobre saúde.</p>	<p>Presença de acompanhante de própria escolha;</p> <p>Orientações sobre o momento do parto;</p> <p>Autonomia para fazer escolhas informadas.</p>	<p>Acompanhamento de puerpério;</p> <p>Orientações sobre o cuidado com o bebê.</p>

	1º trimestre	2º trimestre	3º trimestre	Parto	Puerpério
Direitos	Cuidado no pré-natal; Realização de exames.	Cuidado no pré-natal; Realização de exames.	Cuidado no pré-natal; Realização de exames.	Equipe de saúde multidisciplinar; Presença contínua de acompanhante de escolha própria; Decisões compartilhadas com a equipe de saúde; Respeito às escolhas; Alívio da dor.	Consultas na UBS para acompanhamento do puerpério; Orientações contraceptivas e escolha a partir de sua realidade de vida.

3) Fechamento

- Para fechar, o(a) facilitador(a) poderá reforçar a importância de se conhecer os processos fisiológicos do ciclo gravídico-puerperal: quando uma mulher está informada sobre o que está vivendo, tem condições de tomar decisões empoderadas sobre como quer viver a sua gestação, o seu parto e o seu puerpério. Poderá enfatizar também a importância de se conhecer e exigir os direitos da mulher enquanto gestante, parturiente e puérpera. Tudo isso permite que a mulher viva com maior consciência, segurança e protagonismo essa experiência.

3.5 Metodologia 4 - Construindo um plano de parto

Nesta metodologia, as participantes constroem oficialmente os seus planos de parto – o documento no qual expressarão suas expectativas e seus desejos para o parto. Essa construção deve ser mediada a todo momento pelo profissional de saúde, que responderá dúvidas e oferecerá informações que facilitem decisões empoderadas.

Objetivos da dinâmica	Materiais	Questões norteadoras
<ul style="list-style-type: none">• Conhecer os tipos de formas de parir e de nascer;• Identificar e nomear vontades e expectativas pessoais para o momento do parto;• Conhecer as recomendações de cuidados no parto.	<ul style="list-style-type: none">• Impressões do modelo de plano de parto (um para cada participante);• Canetas.	<ul style="list-style-type: none">• O que é um plano de parto?• Como eu quero que seja a hora de nascer do meu bebê?

Duração estimada: 1 hora

Número de participantes: a partir de 4 pessoas (mas poderá ser adaptada para grupos menores ou mesmo para 1 só participante).

Passo a passo

1) Integração - Para começar - Jogo dos 4 cantos

A proposta desta atividade de integração é começar a deixar as participantes à vontade para expressarem expectativas, sentimentos, desejos e necessidades a partir de perguntas simples. Ela se chama “Jogo dos 4 cantos”.

- As participantes são convidadas a escutar as afirmações do(a) facilitador(a) e situar-se em um dos quatro cantos da sala, dependendo de como se sentirem com relação a cada uma das afirmações. Cada canto vai representar uma das quatro respostas: 1) “concordo totalmente”; 2) “concordo um pouco”; 3) “discordo totalmente”; 4) “discordo um pouco”. Exemplos de afirmações que podem ser utilizadas sobre o tema da gestação, do parto e do puerpério:

- Me sinto segura e tranquila no processo de gestação;
- Estou confiante de que meu corpo está preparado para um parto normal;
- Eu aprendi sobre quais profissionais podem acompanhar meu parto;
- Sinto que tenho as informações necessárias para ter um parto adequado;
- Meu/minha parceiro(a) poderá estar comigo durante todo trabalho de parto e parto;
- Eu quero poder me movimentar durante meu trabalho de parto sem precisar ficar deitada na cama;
- Quero ter acesso a métodos não farmacológicos para alívio da dor (ex.: usar a bola para sentar e movimentar o quadril; receber massagens nas costas com óleos essenciais; banho quente...);
- Quero ficar sozinha com meu bebê ou com meu/minha parceiro(a) e bebê durante a primeira hora após o nascimento;
- Quero fazer amamentação por livre demanda;
- Na unidade de saúde, eu tenho apoio para tirar as dúvidas sobre os cuidados com o recém-nascido;
- Eu quero escolher qual o melhor método anticoncepcional enquanto amamento.

Caso julgue necessário, o(a) facilitador(a) poderá explicar melhor cada afirmação na medida em que for listando-as.

- Após o jogo, peça que todas retornem aos seus lugares e explique que vão continuar a dar forma aos seus sentimentos e suas vontades construindo um plano de parto.

2) Atividades

2.1) Atividade 1 - Explicando o plano de parto

Para começar, o(a) facilitador(a) deve explicar no que consiste o plano de parto:

- É um documento de caráter legal, escrito pelas mulheres grávidas após receberem informações sobre a gravidez e o processo de parto, considerando seus valores e desejos pessoais, além das expectativas criadas sobre seu parto ao longo da gravidez.
- O plano de parto é uma recomendação de boa prática de assistência ao parto indicada pela OMS. Isso significa que existem evidências científicas que demonstram seus benefícios para o processo de nascimento. Quando uma mulher e sua família apresentam o documento para a equipe de saúde é importante que a equipe garanta que o seguirá e, quando não for possível, por avaliações sobre o processo e as condições da mulher, que tudo seja dialogado com a mulher e a família.
- O plano de parto estabelece uma interação entre mulher, família e equipe, e qualquer necessidade de mudança deve ser dialogada. A mulher deve ser a protagonista de todo o processo de gestação e parto, enquanto a equipe de saúde é apoio e mediadora da experiência, a partir de uma boa prática de cuidado.

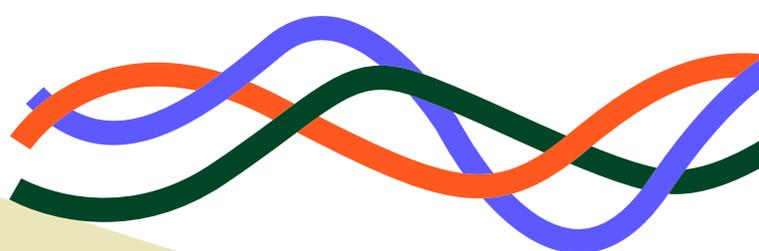
2.2) Atividade 2 - Preenchimento dos modelos de plano de parto

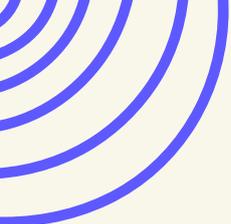
- Essa é uma atividade longa e que deve ser mediada a todo momento pelo(a) facilitador(a). Ele(a) deverá explicar cada ponto entre as opções disponíveis no modelo para que fique evidente o que cada uma significa.

- Cada gestante deverá preencher o seu modelo segundo as suas preferências a partir das opções fornecidas ali e de outras opções que trouxerem. Há espaços em branco em cada seção do plano de parto para que possam incluir outras eventuais preferências que não estejam contempladas no modelo.

3) Fechamento

- Para encerrar, o(a) facilitador(a) pode pedir para que todas as participantes revisem seus planos de parto e compartilhem/comentem quais pontos são mais importantes para cada uma.
- É importante que o(a) facilitador(a) responda a qualquer dúvida que surja com relação a esse documento e reforce que é importante que as mulheres o compartilhem com a maternidade antecipadamente, durante a gestação, e no momento do parto.





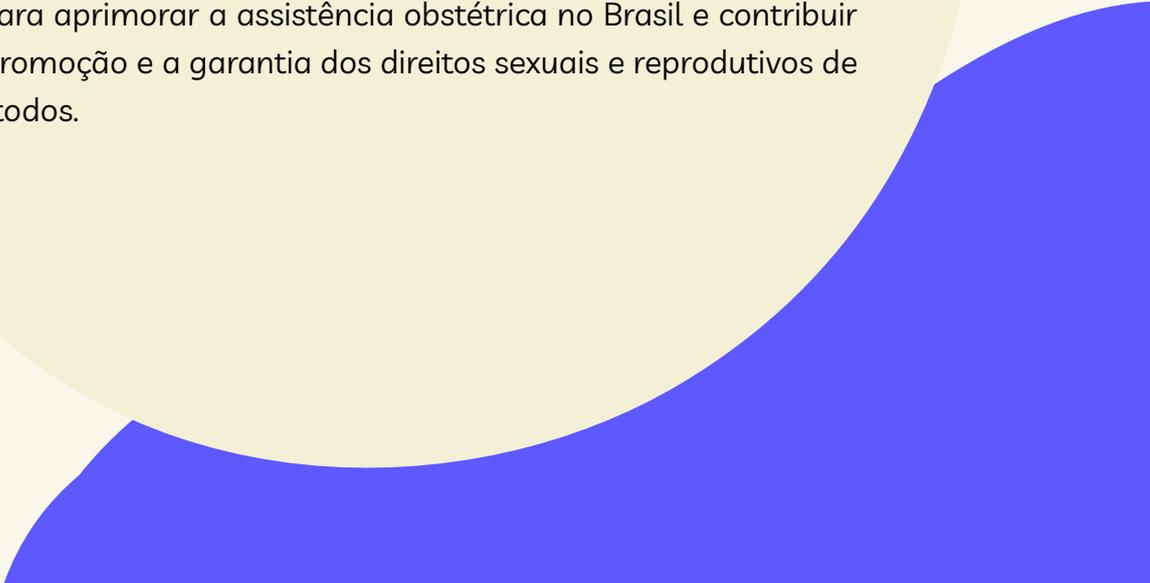
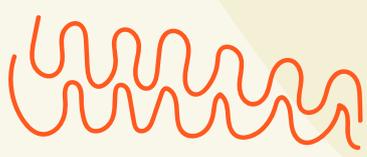
Considerações finais

A Atenção Primária à Saúde (APS) tem papel indispensável para a garantia da saúde e dos direitos sexuais e reprodutivos das mulheres e adolescentes brasileiras no ciclo gravídico-puerperal. O acolhimento da mulher e da família desde o início da gestação e seu acompanhamento cuidadoso e contínuo durante todo o período são fundamentais para que a gestação seja vivida com saúde e segurança.

A qualidade desse acompanhamento requer não só a realização de consultas adequadas de pré-natal, mas a utilização de uma variedade de estratégias de cuidado que possibilitem que as mulheres e adolescentes se apropriem de informações e se sintam seguras e protagonistas das suas gestações. Dentre essas estratégias, são fundamentais as ações de educação em saúde.

Este guia buscou contribuir para as atividades educativas na APS, retomando alguns conceitos-chave para a atuação das equipes multiprofissionais e apresentando metodologias ativas, de fácil aplicação, sobre alguns dos principais temas que permeiam a saúde sexual e reprodutiva e a atenção obstétrica.

Espera-se que este material seja um ponto de partida para que cada unidade de saúde busque realizar novas e variadas atividades educativas para mulheres, adolescentes e suas famílias, atuando, assim, para aprimorar a assistência obstétrica no Brasil e contribuir para a promoção e a garantia dos direitos sexuais e reprodutivos de todas e todos.





Guia para Saúde Sexual e Reprodutiva e Atenção Obstétrica

AVALIAÇÃO

Após a leitura do Guia, nos conte sua experiência
respondendo este pequeno questionário.

Clique [aqui](#) para acessar.





Enlace Reconhecer e fortalecer enfermeiras(os) obstétricas(os) e obstetrites