

Autoria

Edcley Soncin¹ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-2201-2494>Melissa Dias dos Santos¹ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-5352-1916>Elaine Brito do Carmo Menezes¹ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8061-4023>Samuel Nilo Vieira¹ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-4020-3438>Kátia Lago de França¹ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-6449-0449>Patricia Meire Caravante Gaia¹ORCID: <https://orcid.org/0000-0000-7597-3291>Abel Silva de Menezes^{1,2}ORCID: <https://orcid.org/0000-0003-1632-2672>André Ramalho^{1,3,4}ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-8099-3043>

Instituição

¹Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM), São Paulo, SP, Brasil.

²Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), São Paulo, SP, Brasil.

³Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS), Porto, Portugal.

⁴Departamento Medicina da Comunidade, Informação e Decisão em Saúde (MEDCIDS), Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Porto, Portugal.

Autor Correspondente

Edcley Soncin

e-mail: <edcley.soncin@cejam.org.br>

Como citar este artigo

Soncin E, Santos MD, Menezes EBC, Vieira SM, França KL, Gaia PMC, et al. Linha de Cuidado Integral sobre Saúde Materno Infantil. Rev. Tec. Cient. CEJAM 2023;2:e202320015. Doi: <https://doi.org/10.59229/2764-9806.RTCC.e202320015>.

Submissão

22/06/2022

Aprovação

03/04/2023

Artigo Original

Linha de Cuidado Integral sobre a Saúde Materno Infantil

Comprehensive Health Care Line on Maternal and Child's Health

Resumo

Objetivo: Apresentar uma proposta de linha de cuidado materno infantil na rede de atenção à saúde nos distritos do Jardim Ângela e Capão Redondo, localizados na região sul da cidade de São Paulo. **Método:** Estudo metodológico desenvolvido no período entre outubro de 2021 e junho de 2022, tendo por objeto o cuidado sobre saúde materno infantil, elaborado em cinco etapas: processo de regionalização dos serviços de saúde; levantamento das oportunidades de melhoria no processo de cuidado do binômio materno-infantil; reuniões periódicas entre lideranças e equipes técnicas para elaboração de documento parametrizador da linha de cuidado.

Resultados: Enunciação dos níveis de atenção à saúde, ações e intervenções de saúde, itinerário do paciente e indicadores de mensuração dos pontos críticos da linha de cuidado, vislumbrando a proposição de protocolos gerenciáveis.

Conclusão: A implementação da linha de cuidado materno-infantil oportuniza à gestante o conhecimento de todo itinerário e recursos disponíveis na rede. Permite também aprimoramento da gestão do cuidado e qualidade ao pré-natal, assistência ao parto, puerpério e à criança.

Descritores: Atenção à Saúde; Regionalização da Saúde; Atenção Primária à Saúde; Assistência Integral à Saúde; Saúde Materno-Infantil.

Abstract

Objective: To present a proposal for a line of maternal and child care in the health care network in the districts of Jardim Angela and Capão Redondo, located in the southern region of the city of São Paulo. **Method:** Methodological study developed in the period between October 2021 and June 2022, having as object of study maternal and child health care, elaborated in five stages: process of regionalization of health services; survey of opportunities for improvement in the process of care for the mother-infant binomial; Periodic meetings between leaders and technical teams to prepare a parameter document for the line of care. **Results:** Enunciation of health care levels, health actions and interventions, patient itinerary and measurement indicators of critical points of the care line, envisioning the proposition of manageable protocols. **Conclusion:** The implementation of the maternal-infant care line provides the pregnant with knowledge of all the routes and resources available in the network. It also allows improving the management of care and quality of prenatal care, childbirth, postpartum and child care.

Descriptors: Delivery of Health Care; Regional Health Planning; Primary Health Care; Comprehensive Health Care; Maternal and Child Health.

INTRODUÇÃO

Em primeiro de janeiro de 2016, após tratativas e acordos na 70ª Assembleia Geral das Nações Unidas, as 193 nações, membros da Organização das Nações Unidas (ONU), adotaram o documento: "Transformando Nosso Mundo: Agenda 2030 para Desenvolvimento Sustentável", o qual deu sequência e ampliou diretrizes e ações em relação aos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, que se encerrou em 2015⁽¹⁾.

O documento traz 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) com 169 metas que buscam alcançar o desenvolvimento sustentável nas esferas econômica, social e ambiental. Entre estes objetivos, está o ODS 3: "Assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todos, em todas as idades", em suas metas globais 3.1 e 3.2, estabelece parâmetros para diminuir a Razão de Mortalidade Materna (RMM) à um índice de 70 mortes maternas a cada 100 mil nascidos vivos, e a Taxas de Mortalidade Infantil (TMI) à um índice de 12 mortes de recém-nascidos/cada 1000 nascidos vivos, até o ano de 2030(1-2).

No Brasil, como estas metas globais já foram atingidas na maioria das regiões, segundo dados do Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA), as metas foram corrigidas passando para 30 mortes maternas/cada 100 mil e 5 mortes de recém-nascidos/cada 1000 nascidos vivos, respectivamente⁽¹⁾.

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS), a TMI global para crianças menores de 1 ano, em 2019 foi de 28.23. Enquanto a RMM global para 100 mil nascidos vivos dentro do mesmo período foi de 211⁽³⁾.

Ainda segundo a OMS, no Brasil as mesmas taxas e no mesmo período foram 12.45 para TMI e 60 para RMM⁽³⁾.

Sobre o município de São Paulo, em especial os distritos do Jardim Ângela e Capão Redondo, é importante destacar que a última edição do mapa da desigualdade (ano base 2020) reuniu um compilado de informações do Sistema de Informação de Mortalidade/Programa de Aprimoramento de informação de Mortalidade/Coordenação de Epidemiologia e Informação da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo e Sistema de Informação de Nascidos Vivos/Coordenação de Epidemiologia e Informação e, dentre as informações, chama atenção que a TMI foi de 5.61 e 10.66, respectivamente. Já a RMM foi de 49.50 e 122.14, respectivamente⁽⁴⁾.

No Brasil, nas últimas décadas foram apresentados planos e políticas públicas voltadas para saúde da mulher e da criança, como por exemplo, o Plano Nacional de Políticas de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança. Tais planos e políticas nortearam a reestruturação e a criação de programas de saúde nas três esferas governamentais, com intuito de reduzir TMI e RMM e atingir as metas nacionais estabelecidas(5-6).

Baseado nos dados acima apresentados, nos processos de descentralização e regionalização a que o Sistema Único de Saúde (SUS) vem passando nos últimos anos e no disposto sobre políticas públicas nacionais e internacionais⁽⁷⁾, este trabalho tem por objetivo apresentar uma proposta de uma linha de cuidado materno infantil focada à promoção de saúde, para os distritos do Jardim Ângela e Capão Redondo, área de atuação do Centro de Estudos e Pesquisas Dr. João Amorim (CEJAM).

MÉTODO

Desenho, período e cenário

Trata-se de um estudo metodológico desenvolvido no período entre outubro de 2021 e junho de 2022, tendo por objeto de estudo o cuidado sobre saúde materno infantil. O estudo foi norteado pela ferramenta de qualidade e transparência da pesquisa Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR)⁽⁸⁾.

O cenário da pesquisa, contemplou as relações da rede de atenção à saúde (RAS)(9-11) de dois distritos geopolíticos da periferia da cidade de São Paulo em território de alta vulnerabilidade social, cujo índice de desenvolvimento humano (IDH) chega a 0,750 (3º pior IDH do ranking entre os 96 da cidade) e a densidade demográfica a 21.937 Hab/Km² (3ª mais populosa da capital de São Paulo).

O território dos dois distritos conta com cerca de 604.772 pessoas adscritas, cuja ordenação do cuidado é realizada por 172 equipes de saúde da família distribuídas em 30 unidades básicas de saúde (UBS), que fazem a articulação da RAS com serviços de urgência e emergência, serviços de atenção especializada e serviços de alta complexidade hospitalar, além de triangulação do cuidado com outros equipamentos da atenção básica e sociais do território.

Protocolo de Estudo

À proposição de uma linha de cuidado que pudesse contemplar as especificidades do território e a interface da RAS foi conduzida em cinco etapas.

Na primeira etapa se deu mediante desdobramento dos processos de transformação nas relações territoriais, administrativas e de atividade técnica, deflagrados pela setorização dos serviços de saúde que apresentaram similaridade ou pertinência epidemiológica, com efeito de potencializar as ações de saúde de forma integrada e não isolada.

A segunda etapa foi o levantamento de oportunidades de melhoria nos processos de cuidar dos dois distritos de saúde apresentados nos painéis de discussão com todos os integrantes da RAS, que culminou com a necessidade de se revisitar o conceito de história natural das doenças e propor linhas de cuidado para as necessidades de saúde mais prementes no território.

Já a terceira etapa contou com a realização de 36 reuniões técnicas com representantes das categorias profissionais técnicas assistenciais e administrativas e a elaboração de um documento norteador da linha de cuidado, com o objetivo de alinhar conceitos e ideias, segundo o referencial teórico metodológico de Ludwik Fleck sobre 'Coletivo de Pensamento' e 'Estilo de Pensamento'⁽¹²⁾. O foco de se trabalhar nesses conceitos foi configurar uma comunidade de pessoas que trocassem mutuamente ideias ou estabelecessem uma interação intelectual e, por esta razão, desenvolvessem um estilo de pensamento coletivo que mantivesse sintonia com as necessidades de saúde do território.

Para subsidiar a abstração cognitiva dos fenômenos sobre a linha de cuidado em evidência, a quarta etapa envolveu a leitura complementar de conteúdos sobre o tema, compilados durante o procedimento de busca controlada na Biblioteca Virtual em Saúde (BVS), empregando os descritores (Atenção à Saúde; Regionalização da Saúde; Atenção Primária à Saúde; Serviços de Saúde Materno-Infantil; Assistência Integral à Saúde) pertinentes ao tema estudado.

Finalmente, na quinta etapa procedeu-se à enunciação dos níveis de atenção à saúde, ações e intervenções, itinerário do paciente e indicadores de mensuração dos pontos críticos da linha de cuidado, vislumbrando à proposição de protocolos gerenciáveis.

Por não se tratar de comunicação científica envolvendo seres humanos, dispensou-se submissão em Comitê de Ética em Pesquisa.

RESULTADOS

Os resultados foram sintetizados em forma de figuras esquemáticas com o objetivo de disponibilizar uma representação panorâmica sobre a história natural dos principais eventos que envolvem a saúde materno infantil e a configuração da linha de cuidado.

A Figura 1 apresenta uma visão abrangente sobre a história natural dos eventos sobre saúde materno infantil.

CICLO REPRODUTIVO E MATERNO INFANTIL					
Características	Período Reprodutivo		Período Patogênico		
	Horizonte Clínico				
	Prevenção primária		Fase Pré-clínica	Fase Clínica	Fase de Incapacidade
	Prevenção primária		Prevenção Secundária		Prevenção Terciária
	Promoção à Saúde	Proteção Específica	Diagnóstico Precoce e Tratamento Imediato	Limitação do Dano	Reabilitação
Ações de Saúde	Atenção Primária à Saúde		Atenção Especializada de Média Complexidade		
	Atenção Primária à Saúde		Atenção Especializada de Alta Complexidade		
	<ul style="list-style-type: none"> ● Educação em saúde ● Identificação de fatores de vulnerabilidade ● Articulações com equipamentos do território ● Oferta de PICS ● Fortalecimento com a referência de parto ● Acolhimento psicológico e social 	<ul style="list-style-type: none"> ● Planejamento Reprodutivo ● Consulta de Pré-Natal ● Avaliação Odontológica ● Procedimentos Básicos do Pré-Natal ● Diagnóstico e Tratamento das ISTs ● Consulta Puerperal ● Aleitamento Materno ● Consulta Puericultura ● Vacinação 	<ul style="list-style-type: none"> ● Pré-Natal de Alto Risco (PNAR) ● CEO ● SAE ● Ultrassom Morfológico ● Ultrassom Doppler de Fluxo Obstétrico ● Teste de Tolerância Oral à Glicose (TOTG) ● Recém-nascido de Risco 	<ul style="list-style-type: none"> ● Má Formação Congênita ● Cardiopatias Congênitas ● Toxoplasmose Congênita ● Cirurgia Fetal 	<ul style="list-style-type: none"> ● Manejo com incapacidades ● Integração familiar ao tratamento ● Estimular atividades da vida

Figura 1 - História natural dos eventos sobre saúde materno infantil, CEJAM, São Paulo, Brasil, 2022.

Na Figura 2 apresenta uma perspectiva da linha de cuidado sobre saúde materno infantil, correlacionando níveis de atenção, ações de saúde, intervenções, itinerário do paciente e indicador de mensuração de pontos críticos.

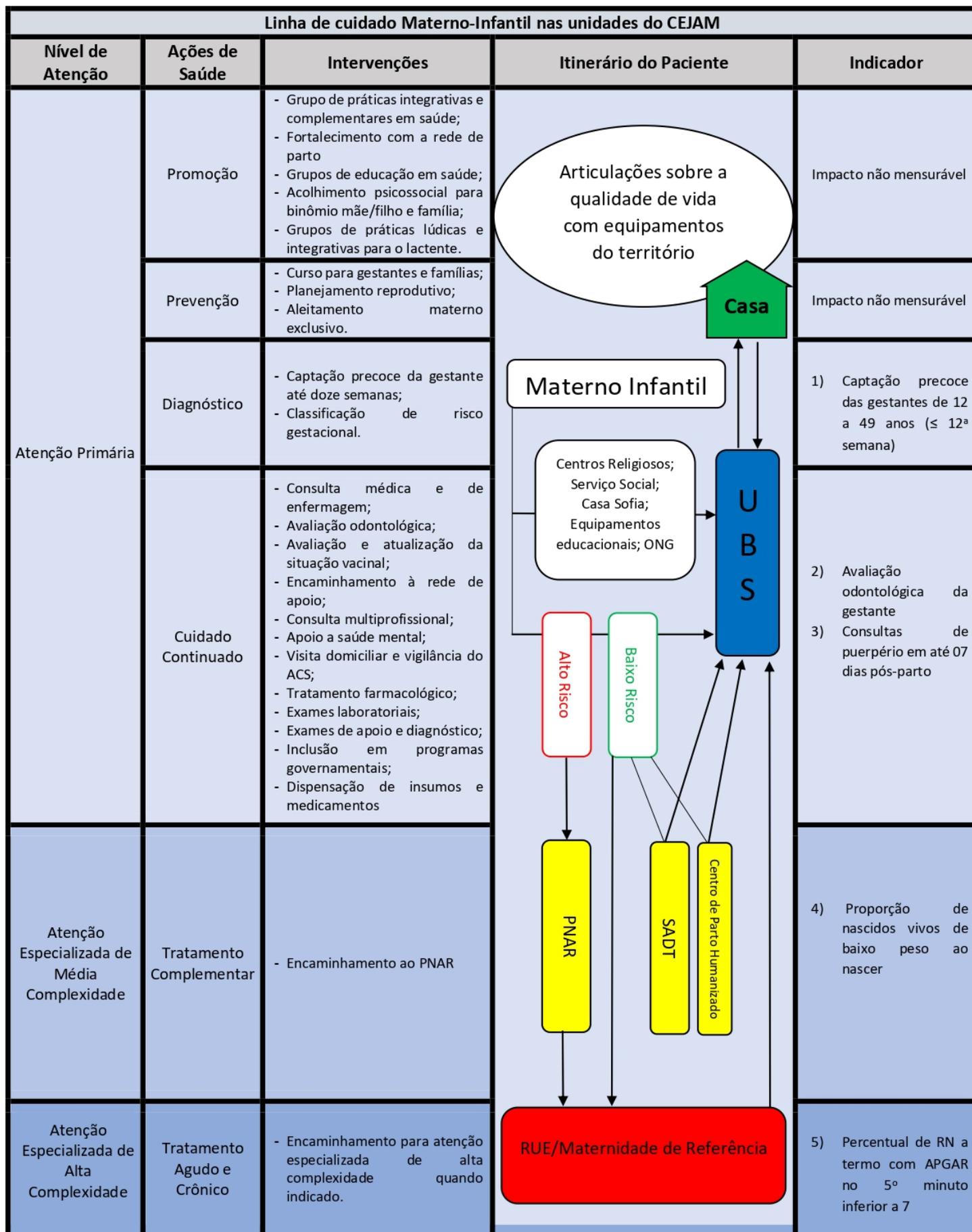


Figura 2 - Perspectiva da linha de cuidado sobre saúde materno infantil, CEJAM, São Paulo, Brasil, 2022.

DISCUSSÃO

Promoção e Prevenção

Considerando as mudanças de perfil populacional e o modelo de atenção à saúde, se faz necessário ações que atendam aos fatores sociais de saúde. Neste contexto, a promoção à saúde seria a estratégia ideal, a fim de, viabilizar a articulação de conhecimento no cuidado individual e conjunto, mobilizando a comunidade e proporcionando mudanças de cultura. A Estratégia Saúde da Família (ESF) através dos profissionais é fundamental para dinamizar o território de abrangência nas ações de saúde assim como, identificar as vulnerabilidades⁽¹³⁾.

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada preferencial no sistema de saúde para o acompanhamento da gestação. A Unidade Básica Saúde (UBS) através da ESF, possui conhecimento e controle do território, o que permite garantir seguimento amplo e estratégico para atendimento das necessidades neste período da vida⁽¹⁴⁾.

Os equipamentos deste nível de atenção, através de seus profissionais, oferecem consultas, exames, avaliação e atualização do calendário vacinal, entre outras intervenções visando manter a abordagem e vínculo longitudinais e periódicos, realizando encaminhamentos para outros integrantes da equipe multidisciplinar e níveis de atenção de maior complexidade⁽¹⁴⁾.

Diagnóstico

O diagnóstico precoce da gravidez é fundamental para uma boa condução do pré-natal, especialmente para detecção antecipada de problemas e aplicação de cuidados preventivos que possam manter a gestação saudável.

A primeira consulta deve ser realizada o quanto antes (preferencialmente antes das 12 semanas de gestação)⁽¹⁴⁾.

A Rede de Atenção à Saúde (RAS) tem importância na realização do pré-natal, sendo essencial ter um serviço que faça o atendimento de forma humanizada, integral e com organização em rede, para que a gestante possa ser captada precocemente, acompanhada e assistida durante todo período gestacional, pela equipe multiprofissional, sempre levando em consideração seu contexto psicossocial e econômico.

Para que isso ocorra, é primordial que os serviços de saúde estejam totalmente integrados e de posse de toda capacidade do território, através dos equipamentos públicos de saúde, nos seus três níveis de atenção, bem como equipamentos de outros setores que possam apoiá-los, como, por exemplo, centros religiosos, casas de parto, centros educacionais, serviços sociais, ONGs e etc. Estes apoiarão a RAS e conseqüentemente as gestantes durante o pré-natal.

Cuidado Continuado

Segundo o protocolo do Programa Mãe Paulistana, para o pré-natal de baixo risco (ou risco habitual), o cronograma de consultas segue: até 28 semanas – mensalmente; da 28 até a 36 semanas – quinzenalmente; de 36 até a 41 semanas – semanalmente; a partir da 41ª semana, encaminhar à maternidade de referência para resolução do parto e já orientar a paciente que ela deverá retornar à UBS em até 7 dias pós parto para a consulta puerperal. Em nenhuma hipótese existe alta do pré-natal⁽¹⁵⁾.

As consultas contarão com: anamnese - exame físico

completo; preenchimento completo do prontuário eletrônico, Mãe Paulistana e da Carteira da Gestante; preenchimento da ficha de identificação e clínica do SISPRENATAL; solicitação de exames da rotina pré-natal; orientação, avaliação dietética e prescrição, de acordo com a necessidade. A avaliação da equipe de Saúde Bucal é parte importante no cuidado, identificando a necessidade de intervenção ou apenas manutenção e prevenção de doenças relacionadas⁽¹⁵⁾.

Em resumo ao exposto acima, o caderno de atenção básica número 32 no documento: atenção ao pré-natal de baixo risco sugere 10 Passos para o "Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica" ⁽¹⁴⁾.

- 1º PASSO: Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce).
- 2º PASSO: Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.
- 3º PASSO: Toda gestante deve ter assegurada a solicitação, realização e avaliação em tempo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.
- 4º PASSO: Promover a escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico "rodas de gestantes".
- 5º PASSO: Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento de pré-natal, quando necessário.
- 6º PASSO: É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação, "pré-natal do(a) parceiro(a)".
- 7º PASSO: Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.
- 8º PASSO: Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto".
- 9º PASSO: Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).
- 10º PASSO: Conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal⁽¹⁴⁾.

Após a confirmação da gravidez, procede-se à primeira avaliação clínica. Esta é realizada pelo Médico ou Enfermeiro, neste espaço há a solicitação de exames complementares, bem como se dá a identificação e investigação de fatores de risco, que podem estar ligados às questões de antecedentes pessoais, fatores socioeconômicos e vulnerabilidade⁽¹⁵⁾.

No pré-natal de baixo risco ou risco habitual o foco do acompanhamento deve ser:

1. Bem-estar da gestante, bebê e família;
2. Ações de promoção e prevenção de fatores de risco oportunistas;
3. Fortalecimento da capacidade de autocuidado⁽¹⁶⁾.

As consultas do pré-natal de baixo risco são distribuídas em um cronograma, onde irá depender do tempo de gestação seguindo uma periodicidade diferente, desta forma temos a possibilidade de identificar precocemente anormalidades e atuação rápida da equipe, reduzindo mortalidade materna, neonatal, prematuridade,

tratando doenças como sífilis e outras. Pensando na integralidade para esta linha de cuidado, está estabelecida a rotina no pré-natal com risco habitual, que se divide em cuidados gerais, exames e consultas:

Cuidados gerais: anamnese detalhada; identificação do risco gestacional (deve ser atualizada a cada consulta do pré-natal); exame físico geral; exame ginecológico e exame obstétrico; verificar situação vacinal do tétano, iniciar ou completar esquema de vacinação; verificar imunidade para hepatite B, se não imune, vacinar com três doses; convidar parceiro para o pré-natal do Homem.

Cuidados especiais no pré-natal de gestantes com alta vulnerabilidade (população em situação de rua, usuárias de drogas, imigrantes, situação de exclusão social). Deverá ser realizada toda a rotina do pré-natal habitual acrescida de: sorologia de hepatite C (Anti HCV). Solicitar na primeira consulta; TR de sífilis e HIV: testar todas as gestantes para prevenção da transmissão vertical do HIV e IST em qualquer momento, sempre que houver exposição de risco e/ou violência sexual; sorologia para sífilis e HIV, ambas com mais uma na 34ª semana de gestação⁽¹⁵⁾.

A assistência ao pré-natal deve ser realizada sempre com vigilância constante, sendo necessário a cada consulta a reclassificação do risco gestacional, evitando o atraso no cuidado e consequências indesejáveis. É imprescindível que os profissionais de saúde realizem o atendimento de forma que, assegurem o cumprimento de todas as fases da consulta: anamnese, exame físico geral e exame gineco-obstétrico⁽¹⁷⁾.

É relevante garantir "às mulheres e crianças uma assistência que lhes permitam vivenciar a experiência da maternidade e nascimento com segurança, respeito e dignidade, afirmando que dar à luz não é uma doença ou um processo patológico, mas uma função fisiológica e natural que constitui uma experiência única para a mulher, parceiro (a) e sua família"⁽¹⁷⁾.

A gestação é um fenômeno fisiológico que decorre na maioria dos casos sem intercorrências, porém há uma pequena parte de mulheres que possuem patologias e riscos de desenvolverem agravos com probabilidade de evolução para um resultado desfavorável, para mãe e para o feto, sendo denominadas "gestantes de alto risco"⁽¹⁷⁾.

Conforme o protocolo da Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, os critérios de encaminhamento para o pré-natal de alto risco são⁽¹⁸⁾: anemias; hipertensão e doença hipertensiva da gestação; diabetes; hipotireoidismo e hipertireoidismo; hepatite B e C; toxoplasmose; gestação com abortamento recorrente; cardiopatias graves; pneumopatias graves; nefropatias graves; doenças hematológicas; doenças neurológicas; doenças autoimunes; deformidade esquelética materna grave; desnutrição ou obesidade mórbida; diagnóstico de neoplasia maligna atual; suspeita de câncer de mama; tromboembolismo venoso prévio; doenças psiquiátricas graves; adolescentes em qualquer idade com comorbidade associada; gestantes com mais de 40 anos com comorbidade associada; gemelaridade; isoimunização Rh; suspeita de crescimento intrauterino restrito; alterações no líquido amniótico; alterações placentárias; alterações fetais; passado obstétrico de risco.

A gestante de alto risco, deverá ser referenciada para o ambulatório de alto risco e ser acompanhada por médico obstetra seguindo com as rotinas e protocolos. A equipe de APS deverá manter o acompanhamento da gestante de alto risco e

complementar o atendimento, em especial com relação ao parto, ao monitoramento das gestantes no território (visitas domiciliares de ACS e atendimento de equipe técnica se necessário), aos cuidados com o recém-nascido e ao aleitamento materno⁽¹⁷⁾.

A atenção ao puerpério é essencial para a mãe, o neonato, pai e família na sua mais ampla configuração. A rede de apoio dessa nova família deve ser envolvida nesta fase. O puerpério é compreendido como o período após o parto e em média dura seis semanas, o que pode variar entre as mulheres devido a mudanças anatômicas e fisiológicas. Considera-se de total importância a atenção às alterações psicossociais relacionadas à maternidade, tais como: sexualidade, autoestima, reorganização da vida pessoal e familiar, pois estas influenciam no decorrer do puerpério⁽¹⁹⁻²¹⁾.

As ações de saúde a serem realizadas podem ser melhores articuladas com o conhecimento a respeito do puerpério, este pode ser dividido em imediato do 1º ao 10º dia após o parto, tardio do 11º ao 45º dia e remoto após o 45º dia com término imprevisto.

Ao estruturar as ações da equipe da Atenção Primária, deve-se assegurar o acompanhamento de forma integral da mulher e do bebê, incentivando desde o pré-natal o retorno prévio do binômio após o parto, para atendimento no serviço de saúde. Dentre as ações ofertar as seguintes atividades:

- i) agendamento de consulta e visita domiciliar na primeira semana após alta do recém-nascido (RN), caso RN de alto risco a visita deve acontecer até 3 dias da alta;
- ii) agendamento de consulta de puerpério tardio até 42 dias após o parto.

As ações descritas devem ocorrer de forma prioritária no puerpério imediato e tardio. Importante ressaltar que as mesmas são realizadas de acordo com a necessidade da mulher.

O pós-parto é considerado um período delicado para a mulher, pois ocorrem alterações indesejadas, físicas, emocionais, no cotidiano e nas relações sociais, tornando necessária uma atenção especial às questões psíquicas e sociais, visto que a ansiedade pode ser uma característica predominante devido à chegada do bebê podendo ocasionar episódios depressivos.

A atenção à mulher, envolve apoio, proteção e acolhimento das expectativas que podem ter sido geradas referente a experiência da maternidade relacionada com a realidade vivida. Por vezes a família não está preparada para o processo de organização do pós-parto, no entanto, é necessário observar os sentimentos apresentados por esta mãe que podem surgir no primeiro contato com o bebê, estar atento e sensível para sinais de tristeza que ocorrem devido às mudanças hormonais repentinas após o parto e podem prolongar-se por algumas semanas, ou seja, devem ser compreendidos pela família e rede de apoio dessa mulher, evitando pré-julgamentos daqueles que não entendem o ciclo da maternidade.

Na Atenção Básica a equipe por completo deve estar pronta para reconhecer as diversas alterações no puerpério, incluindo os riscos para vulnerabilidade física, psíquica e social e estar pronta para fornecer apoio a mulher e sua família em todas as suas necessidades, considerando a rede de Atenção à Saúde intersectorial para as possíveis intercorrências nesta fase⁽²²⁾.

Indicadores

O itinerário da linha de cuidado é monitorado por um conjunto de indicadores estratégicos, que avaliam o trajeto da usuária dentro da RAS.

INDICADOR 1 - Captação Precoce da Gestante de 12 à 49 anos (<=12ª semanas);

INDICADOR 2 - Avaliação Odontológica da Gestante;

INDICADOR 3 - Consulta de Puerpério em até 07 dias Pós-Parto;

INDICADOR 4 - Proporção de nascidos vivos de baixo peso ao nascer;

INDICADOR 5 - Percentual de RN a termo com Apgar no 5º minuto inferior a 7.

Como fatores limitantes para aplicação dos indicadores, citamos: a não adesão da gestante aos cuidados ofertados na RAS; população flutuante (limite com outros municípios); alta vulnerabilidade da população adscrita.

A assistência ao pré-natal ocorre por meio de ações dos serviços de saúde, que visam promover e prevenir de forma ampla a saúde do binômio mãe e filho, utilizando um protocolo padrão, com o objetivo de diminuir os riscos ou agravos à gestação, evitando mortes materno-infantis⁽²³⁾.

Dessa forma, para garantir a eficácia e a eficiência da assistência ao pré-natal e puerpério é necessário captar precocemente as gestantes, com intuito de fazer com que iniciem o acompanhamento ainda no 1º trimestre da gestação, no sentido de realizar as intervenções de promoção da saúde, prevenção, educação e tratamentos necessários⁽²⁴⁾.

Segundo os autores Serrazina e Silva⁽²³⁾, na captação das gestantes, a maioria (80%), procura o pré-natal no primeiro trimestre gestacional de forma espontânea e os outros 20% chegam à unidade por meio da busca ativa, no entanto, essa porcentagem não se refere ao total de gestantes da localidade, mas sim a parcela que comparece na assistência do pré-natal.

A captação precoce das gestantes tem por finalidade garantir o melhor estado de saúde possível para a mãe e para o bebê, destacando se como fator precípua na proteção e na prevenção a eventos danosos à saúde da gestante, principalmente no início da gestação, onde o número de consultas de pré-natal deve ser de no mínimo seis^(23,24).

Contudo, as principais estratégias que contribuem para a captação precoce das gestantes são as visitas domiciliares realizadas pelos agentes comunitários, onde consiste na busca ativa por mulheres que apresentam amenorreia há mais de quinze dias e na orientação quanto à importância do pré-natal⁽²³⁻²⁵⁾.

Serrazina e Silva⁽²³⁾, afirmam que a possibilidade de captação precoce da gestante na comunidade, o oferecimento do teste imunológico para gravidez (TIG) podendo ser realizado pelo profissional de saúde da UBS, e a oferta de um atendimento diferenciado para as gestantes mantendo agenda aberta sem necessidade de marcar consulta e que o profissional tenha disponibilidade para ouvir a gestante, tirar suas dúvidas e prestar os esclarecimentos necessários, mesmo que a consulta possa demandar mais tempo.

Diante desse contexto, é necessário estar sempre avaliando

e monitorando a saúde da gestante e do conceito, assegurando uma gestação tranquila e posteriormente um parto humanizado, diminuindo os índices de morbimortalidade materna e fetal⁽²⁴⁾.

A gravidez é um período caracterizado por mudanças biológicas, psicológicas e sociais, onde as maiores mudanças fisiológicas e hormonais ocorrem no período gestacional, podendo assim, causar alterações sistêmicas e localizadas, como na cavidade oral, gerando incômodos e mal-estar para as gestantes, além de influenciar no desenvolvimento e no bem-estar do bebê⁽²⁶⁾.

Devido às gestantes apresentarem alterações físicas, biológicas e hormonais que modificam as condições no meio bucal, tornando este um grupo de risco para as doenças bucais, principalmente para a cárie, a gengivite e a doença periodontal, sendo a dor de dente bastante recorrente durante a gestação, com a doença cárie como seu principal fator determinante⁽²⁷⁻²⁹⁾.

Segundo o autor Elias et al⁽²⁷⁾, a prevalência da doença periodontal, baseada em observações clínicas, têm variado entre os trimestres gestacionais, atingindo entre 30% a 50% das mulheres sendo um dos fatores predisponentes para o parto prematuro. Dessa forma, torna-se necessária a manutenção da saúde bucal durante a gestação para que os problemas bucais, ocasionados por falta de cuidado e frequência de ida ao dentista não possam determinar futuras doenças bucais.

Diante desse contexto, o Ministério da Saúde do Brasil prevê o atendimento odontológico como ação complementar ao cuidado pré-natal, sendo necessárias, dentre outras atividades, ações coletivas e individuais para a melhoria da qualidade da atenção pré-natal, incluindo a dimensão educativa das práticas de saúde e o trabalho pré-natal interdisciplinar⁽²⁸⁾.

A assistência odontológica no pré-natal deve ser analisada de acordo com a necessidade de saúde bucal da gestante, a qual pode ser classificada segundo o impacto da condição bucal na qualidade de vida. Os indicadores sócio dentais têm sido utilizados para a avaliação dos efeitos das condições de saúde bucal na qualidade de vida nas gestantes, visando o cuidado integral por meio do pré-natal⁽²⁸⁾.

O acompanhamento odontológico pré-natal é fundamental para as gestantes, pois é uma oportunidade para receberem informações sobre a saúde bucal e suas manifestações orais mais comuns durante a gestação, higienização bucal adequada, alimentação e a necessidade do acompanhamento profissional durante toda a gestação, uma vez que é mais prejudicial ao conceito a permanência de infecções na cavidade bucal da mãe do que o tratamento que será realizado, a fim de proporcionar o bem-estar materno fetal⁽²⁶⁾.

O puerpério é uma fase do ciclo gravídico puerperal, com início após a dequitação da placenta e termina até o retorno do organismo materno às condições passíveis de involução, que ocorrem por volta de seis semanas pós-parto. O puerpério é uma fase crítica e de transição na vida da mulher caracterizada por modificações intensas, que estão presentes nas dimensões biológica, psicológica, comportamental e sociocultural⁽²⁹⁾.

Lopes et al⁽³⁰⁾, afirma que:

O puerpério é uma fase em que a mulher se encontra em um estado mental, físico e social vulnerável, passando pelas modificações da gravidez e parto, assim como passa a ser mãe, tendo preocupações com o filho, medos, inseguranças, entre outros. Dando ênfase a estes problemas, a equipe multidisciplinar está altamente ligada

a essa puérpera, principalmente a enfermagem, onde irá realizar a consulta puerperal, devendo observá-la de forma humanizada, uma vez que está em um período suscetível.

Baratieri e Natal⁽³¹⁾, afirmam que a mortalidade materna ocorre no puerpério imediato (1º ao 10º dia pós-parto), sendo uma fase de morbidade significativa que se estende para o puerpério tardio (do 11º ao 45º dia) e remoto (após 45º dia), com estudos que apontam para agravos persistindo por mais de 4 anos pós-parto.

Devido ao puerpério ser uma fase crítica, a assistência à puérpera iniciada no ambiente hospitalar, deve continuar após a alta hospitalar sob encargo da ESF, responsável por realizar a visita domiciliar e a consulta puerperal⁽³²⁾.

Conforme a Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde da Secretaria Estadual de Saúde - Distrito Federal (CPPASSES - DF)⁽³³⁾, é preconizado que a maternidade, no momento da alta hospitalar, realize o encaminhamento da puérpera e do RN através da estratégia de "Alta Segura" para a equipe de saúde da APS na qual os dois estão vinculados, realizando uma visita domiciliar à puérpera após a alta da maternidade e a consulta puerperal em até 10 dias, preferencialmente com 7 dias.

Segundo Vilela e Pereira⁽³²⁾, o regresso da mulher e do RN ao serviço de saúde entre 7 a 10 dias após o parto, tem o intuito de prevenir as complicações, como o caso de problemas na amamentação, até mesmo o desenvolvimento de uma depressão pós-parto.

A consulta de enfermagem à puérpera deve promover um atendimento preventivo, a fim de conferir, o retorno às condições pré-gravídicas; verificar o estado de saúde do recém-nascido (RN); avaliar e apoiar o aleitamento materno; orientar o planejamento reprodutivo; identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las; avaliar a interação da mãe com o recém-nascido e, ainda, complementar ou realizar ações não executadas no pré-natal⁽²⁹⁻³³⁾.

O recém-nascido com peso de nascimento menor que 2.500 gramas é considerado baixo peso, independentemente da idade gestacional⁽³⁴⁻³⁶⁾.

O baixo peso ao nascer é apontado como fator de maior influência na determinação da morbimortalidade neonatal, podendo estar associado a baixos níveis de desenvolvimento socioeconômico e de assistência materno-infantil. As evidências apontaram como principais elementos de risco a prematuridade, a renda familiar inferior a dois salários mínimos, a nuliparidade e a multiparidade, a ocorrência de aborto prévio, o parto cesariano, as infecções, a pré-eclâmpsia e a história prévia de outros filhos de baixo peso. Recomenda-se o investimento na qualificação da assistência pré-natal, visto que muitos destes fatores de risco podem ser evitados ou minimizados⁽³⁴⁻³⁶⁾.

Apoiar iniciativas orientadas para as intervenções nutricionais e avaliação das condições orgânicas e condutas de risco (anemia materna, tabagismo, alcoolismo e outras) da gestante. Subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações de saúde voltadas para a atenção pré-natal, o parto e a proteção da saúde infantil sempre devem ser garantidas como melhor prática. Recebimento e análise dos resumos de alta enviados pela rede hospitalar / maternidade à unidade propiciam informações sobre o nascimento⁽³⁴⁻³⁶⁾.

O bebê é considerado recém-nascido durante o período neonatal, que vai desde o nascimento até completar 28 dias. É

considerado recém-nascido aquele cuja idade gestacional é de 37 a 42 semanas e o pré-termo todo aquele nascido com menos de 37 semanas. Para a avaliação da vitalidade neonatal é utilizada a Escala Apgar mensurada de 0 a 10⁽²⁶⁻⁴⁰⁾.

No momento do nascimento, este índice é útil como parâmetro para avaliar as condições do recém-nascido e orientar se necessário as medidas a serem tomadas. A sigla APGAR é uma espécie de acrônimo relacionando a Virginia Apgar, neonatologista que propôs tal sistematização da avaliação clínica (retro acrônimo): Appearance, Pulse, Grimace, Activity, Respiration. Em Português: Aparência, Pulso, Gesticulação, Atividade, Respiração⁽²⁶⁻⁴⁰⁾.

CONCLUSÃO

Fica evidente que a implantação de uma linha de cuidado materno-infantil nos territórios objeto deste estudo é crucial em virtude da elevada vulnerabilidade social e dos índices significativos de mortalidade.

Através da implantação da linha de cuidado materno-infantil, pretende-se fortalecer a RAS no território, possibilitando a autonomia e oportunizando à gestante o conhecimento de todo itinerário e recursos disponíveis para a garantia dos cuidados do binômio materno infantil, aprimorando a gestão da rede, identificando prioridades, estabelecendo medidas na qualidade do pré-natal, assistência de parto, puerpério e assistência à criança.

O processo visa minimizar possíveis intercorrências e melhorar o cuidado ofertado, o que resulta na diminuição dos índices de mortalidade.

REFERÊNCIAS

1. Agenda 2030 - ODS - Metas Nacionais dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável. Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada - Ipea 2018 - Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão: Disponível em: https://www.ipea.gov.br/portal/images/stories/PDFs/livros/livros/180801_ods_metas_nac_dos_obj_de_desenv_susten_propos_de_adequa.pdf.
2. Institute for Health Metrics and Evaluation - IHME. Health-related SDGs (2018). Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/sdg/>.
3. Disponível em: [https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/under-five-mortality-rate-\(probability-of-dying-by-age-5-per-1000-live-births](https://www.who.int/data/gho/data/indicators/indicator-details/GHO/under-five-mortality-rate-(probability-of-dying-by-age-5-per-1000-live-births)
4. Disponível em: <https://www.nossasaopaulo.org.br/wp-content/uploads/2021/10/Mapa-Da-Desigualdade-2021-Mapas.pdf>.
5. Leal MC et al. Saúde reprodutiva, materna, neonatal e infantil nos 30 anos do Sistema Único de Saúde (SUS). *Ciência & Saúde Coletiva*, 23(6):1915-1928, 2018: Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018236.03942018>.
6. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança : orientações para implementação / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. - Brasília : Ministério da Saúde, 2018.
7. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção na Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada - Saúde da Mulher na Gestação,

- Parto e Puerpério. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.
8. O'Brien BC, Harris IB, Beckman TJ, Reed DA, Cook DA. Standards for reporting qualitative research: a synthesis of recommendations. *Acad Med.* 2014;89(9):1245-1251. Doi: <https://doi.org/10.1097/acm.0000000000000388>.
 9. Mendes EV. As redes de atenção à saúde. *Cienc Saúde Coletiva*, 2010;15(5):2297-2305. 8.Dhttps://doi.org/10.1590/S1413-81232010000500005
 10. Araujo MCMH, Vanderlei LCdM, Mendes MFdM, Frias PGdJC. O pensar e o agir de profissionais de saúde sobre a coordenação entre os níveis assistenciais da rede de atenção à saúde. *Cienc Saúde Coletiva*, 2021;26:3359-3370. Doi: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021268.04032020>
 11. Franco TB, Magalhães Júnior HMJO. Integralidade na assistência à saúde: a organização das linhas do cuidado. 2003;2:125-135.
 12. Barbosa L, Pereira Neto A. Ludwik Fleck (1896-1961) e a translação do conhecimento: considerações sobre a genealogia de um conceito. *Saúde Debate* 2017;41(esp):317-29. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042017S23>.
 13. Prado, NMBL e Santos, AM. Promoção da saúde na Atenção Primária à Saúde: sistematização de desafios e estratégias intersectoriais. *Saúde em Debate* 2018 por 42 por spe1 por 379-5. Doi: <https://doi.org/10.1590/0103-11042018S126>.
 14. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 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. 318 p.: il. - (Cadernos de Atenção Básica, nº 32) - <http://www.as.saude.ms.gov.br/wp-content/uploads/2016/07/Aten%C3%A7%C3%A3o-ao-Pr%C3%A9-natal-de-Baixo-Risco.pdf>.
 15. Protocolo de pré natal (PN) com risco habitual (baixo risco). Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/versao_abril_2021_PRENATALBAIXORISCO.pdf.
 16. Rotina Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada. Ministério da Saúde, 2019 - <https://atenaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>.
 17. Brasil. Ministério da Saúde. Gestaçao de alto risco: manual técnico. Brasília, Ministério da Saúde, 2012.
 18. São Paulo. Prefeitura Municipal de São Paulo. Secretaria de Saúde. Protocolo de encaminhamento para o pré-natal de alto risco. São Paulo, 2020.
 19. Dennis CL, Fung K, Grigoriadis S, Robinson GE, Romans S, Ross L. Traditional postpartum practices and rituals: a qualitative systematic review. *Womens Health (Lond)*. 2007;3(4):487-502. Doi: <https://doi.org/10.2217/17455057.3.4.487>.
 20. Chauhan G, Tadi P. Physiology, Postpartum Changes. [Updated 2021 Nov 21]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2022 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK555904/>.
 21. Romano M, Cacciatore A, Giordano R, La Rosa B. Postpartum period: three distinct but continuous phases. *J Prenat Med.* 2010;4(2):22-25.
 22. Brasil. Ministério da Saúde. Pré-natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada, Brasília-DF, 2006.
 23. Serrazina MF, Silva GSV. Captação da gestante para pré-natal precoce. *Rev PróUniverSUS* 2019;10(1):29-34. Doi: <https://doi.org/10.21727/rpu.v10i1.1621>.
 24. Ferreira AIG, Soares V. Potências e limites do cotidiano na captação precoce de gestantes e suas famílias em um centro de saúde: contribuições da enfermagem para promover o ser saudável. 2011. 71 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2011. Disponível em: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/121430/319189.pdf?sequence=1>.
 25. Silva NM, Waterkemper R, Silva EF, Cordova FP, Bonilha ALL. Conhecimento de puérperas sobre amamentação exclusiva. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 2014; 67(2): 290-295. Disponível em: <http://www.redalyc.org/pdf/2670/267030687018.pdf>.
 26. Souza GCA, Medeiros RCF, Rodrigues MP, Emiliano GBG. Atenção à saúde bucal de gestantes no Brasil: uma revisão integrativa. *Revista Ciência Plural*, 2021; 7(1), 124-146. Disponível: <https://periodicos.ufrn.br/rcp/article/view/23036/13774>.
 27. Elias RCF, Nogueira PM, Vasconcelos M, Zina LG. Tratamento odontológico durante a gestação: conhecimentos e percepções de estudantes de Odontologia. *Revista da ABENO*, 2018; 18(3): 114-126. Disponível em: <https://revabeno.emnuvens.com.br/revabeno/article/view/553/459>.
 28. Esposti CDD, Santos-Neto ETD, Oliveira AE, Travassos C, Pinheiro RS. Adequação da assistência odontológica pré-natal: desigualdades sociais e geográficas em uma região metropolitana do Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2021; 26(1): 4129-4144. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/fFHvCWjTfk3KNShh9YgRwM/?format=pdf&lang=en>.
 29. Pereira MC, Gradim CVC. Consulta puerperal: a visão do enfermeiro e da puérpera. *Ciência, cuidado e saúde*, 2014; 13(1): 35-42. Disponível: https://periodicos.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/19572/pdf_110.
 30. Lopes GA, Pfaffenbach G, Castro CP. Consulta de enfermagem no puerpério na atenção básica: uma revisão de literatura. *Ciência & Inovação*, 2021; 6(1): 29-40. Disponível em: http://www.faculdadedeamericana.com.br/revista/index.php/Ciencia_Inovacao/article/view/604.
 31. Barateri T, Natal S. Ações do programa de puerpério na atenção primária: uma revisão integrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2019; 24(1): 4227-4238. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/mzjxTpvrXgLvqvk5QPNYHm/?format=pdf&lang=pt>.
 32. Vilela MLF, Pereira QLC. Consulta puerperal: orientação sobre sua importância. *Journal Health NPEPS*, 2018; 3(1): 228-240. Disponível: <https://www5.bahiana.edu.br/index.php/enfermagem/article/view/1407>.

33. Protocolo de Atenção à Saúde: Atenção à saúde da mulher no Pré-Natal, Puerpério e Cuidados ao Recém-nascido. Governo do Distrito Federal – Secretaria do Estado de Saúde – Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde – Comissão Permanente de Protocolos de Atenção à Saúde, 2017.
34. Ferraz, T., & Neves, E. T. (2011). Fatores de risco para baixo peso ao nascer em maternidades públicas: um estudo transversal [Risk factors for low birth weight in public maternities: a cross-sectional study]. *Revista gaucha de enfermagem*, 32(1), 86–92.
35. Moreira, A., Sousa, P., & Sarno, F. (2018). Low birth weight and its associated factors. *Einstein (Sao Paulo, Brazil)*, 16(4), eAO4251.
36. Figueiredo, A., Gomes-Filho, I. S., Silva, R. B., Pereira, P., Mata, F., Lyrio, A. O., Souza, E. S., Cruz, S. S., & Pereira, M. G. (2018). Maternal Anemia and Low Birth Weight: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Nutrients*, 10(5), 601.
37. Sociedade Brasileira de Pediatria SBP. *Tratado de Pediatria*. 4ª Ed. Editora Manole, 2017.
38. São Paulo (Estado) Secretaria da Saúde. *Linha de cuidado da criança: manual de neonatologia/organizado por Renata Pinheiro de Almeida e Sandra Pedutti*. - 2. ed. - SES/SP, 2018. ISBN 978-85-85472-13-9.
39. Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal: relatório. Brasília. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS, CONITEC; 2016.
40. Li F, Wu T, Lei X, Zhang H, Mao M, Zhang J. The Apgar score and infant mortality. *PLoS One*. 2013;8(7):e69072.