

[Digite texto]

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO
CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO
EM SAÚDE DA FAMÍLIA**

**PREVENÇÃO DE RISCOS NA ATENÇÃO PRÉ-NATAL NO
PARQUE DAS AMÉRICAS, MAUÁ: PROJETO DE
INTERVENÇÃO**

NOME: ODALIS CREME PEREZ

ORIENTADORA: PROF^a DR^a MÁRCIA BARBIERI

SÃO PAULO

2014

**Tudo na mulher é adivinha e tudo
nela tem uma única solução e essa
é a gravidez.**

Friedrich Nietzsche

Sumário

| | Página |
|--|---------------|
| 1. Introdução..... | 4 |
| 1.1. Justificativa da intervenção | 6 |
| 2. Objetivos | 7 |
| 3. Revisão Bibliográfica | 8 |
| 4. Metodologia | 10 |
| 5. Resultados Esperados | 10 |
| 6. Cronograma | 11 |
| 7. Referências | 11 |
| 8. Anexo | 13 |

1. INTRODUÇÃO

A palavra risco é derivada do vocábulo “riscare”, significando ousar. Assim, risco seria uma opção e não um destino. Geralmente, as gravidezes decorrem sem problemas e a maioria das complicações podem ser tratadas.⁽¹⁾

Uma gravidez de alto risco é aquela em que o risco de doença ou de morte, antes ou depois do parto, é maior do que o habitual, tanto para a mãe como para o bebê.^(1,2)

Para identificar uma gravidez de alto risco, examina-se a mulher grávida para determinar se apresenta condições ou características que a exponham, a ela ou ao feto, á possibilidade de adoecer ou morrer durante a gravidez (fatores de risco).^(1,2) Aos fatores de risco atribui-se uma pontuação que corresponde ao grau de risco. O fato de identificar uma gravidez de alto risco assegura que a mulher que mais precisa de assistência médica a receba efetivamente.

Em alguns países desenvolvidos, morre uma mulher grávida (mortalidade materna) em 6 para cada 100 000 nascimentos. Antes de se dar a concepção, é possível que a mãe tenha características ou condições que aumentem o risco durante a gravidez. Além disso, se já tiver tido um problema numa gravidez, o risco de ter o mesmo problema em gravidezes subsequentes é maior.⁽³⁾

A idade da mulher está estreitamente relacionada com o risco durante a gravidez. As adolescentes, mulheres com 15 anos ou menos têm mais probabilidades de desenvolver pré-eclampsia, doença caracterizada por uma tensão arterial elevada, proteinúria e retenção hídrica durante a gravidez, e eclampsia (convulsões provocadas pela pré-eclampsia)^(4,5,6,7); as adolescentes também têm mais probabilidades de ter filhos de peso reduzido ao nascer ou desnutridos.^(4,5,6,7,8,9)

Por outro lado, as mulheres com 35 anos ou mais têm mais probabilidades de ter a tensão arterial elevada⁽¹⁰⁾, diabetes ou fibromas, bem como problemas durante o parto. O risco de ter um bebê com alguma anomalia cromossômica, como a síndrome de Down, aumenta com rapidez a partir dos 35 anos. Uma mulher que pese menos de 45 kg quando não está grávida tem mais probabilidades de ter um bebê de menor tamanho do que o esperado, em relação ao número de semanas de gravidez (pequeno para a sua idade gestacional). Se o seu peso aumentar menos de 5 kg durante a gravidez, o risco de ter um bebê com essas características aumenta em quase 30%. Uma mulher com menos de 1,60 m de altura tem mais probabilidades de ter uma pélvis pequena.

Os fármacos reconhecidos como causadores de defeitos congénitos quando são ingeridos durante a gravidez incluem o álcool, a fenitoína. Os fármacos que contrariam as ações do ácido fólico (como o triantereno ou o trimetoprim), o lítio, a estreptomicina, as tetraciclinas e a warfarina. As infecções que podem provocar defeitos congénitos compreendem o herpes simples, a hepatite viral, a gripe, a parotidite, a rubéola, a varicela, a sífilis, a listeriose, a toxoplasmose e infecções por vírus Coxsackie ou por citomegalovírus. É particularmente preocupante a forma como o tabagismo, o consumo de álcool e o abuso de medicamentos durante a gravidez afetam a saúde e o desenvolvimento do feto.^(11,12)

Também vemos uma influência direta do stress nestas mulheres que consomem álcool, drogas ou outro medicamento controlado no desencadeamento do parto prematuro. ⁽¹³⁾ Uma mulher que tenha tido uma pré-eclâmpsia ou eclampsia tem probabilidades de tornar a tê-la, sobretudo se sofrer de hipertensão quando não está grávida.

Uma mulher que tenha tido três abortos consecutivos sempre nos primeiros 3 meses de gravidez, tem cerca de 35% de probabilidades de sofrer outro. O aborto também é mais provável se a mulher tiver tido um feto morto entre o quarto e o oitavo mês de gravidez ou se tiver tido um parto prematuro numa gravidez anterior. ^(14,15,16)

Um recém-nascido com peso acima de 4,5 kg ao nascer indica que a mãe pode sofrer de diabetes. O risco de aborto ou de morte da mulher ou do recém-nascido aumenta se a mulher sofrer de diabetes durante a gravidez.

Se uma mulher já tiver tido um filho com uma doença hemolítica, o seguinte pode correr o risco de também nascer com essa doença, e a sua gravidade no recém-nascido anterior faz prever a que terá no seguinte. ^(14,15,16)

As anomalias nos órgãos reprodutores femininos, aumentam o risco de aborto. Os fibromas, podem aumentar o risco de um parto prematuro, a incidência de problemas durante o parto, uma apresentação anormal do feto, uma localização anormal da placenta (placenta prévia) e abortos repetidos. Certas condições médicas numa mulher gestante podem coloca-la em perigo e ao feto. As mais importantes são a hipertensão arterial crónica, doenças renais, diabetes, cardiopatias graves, doença tireóidea, lúpus eritematoso sistémico, perturbações da coagulação sanguínea e as doenças sexualmente transmissíveis. ^(14,15,16)

Para o Ministério da Saúde a avaliação de risco não é tarefa fácil, uma vez que o conceito de risco associa-se a possibilidades e ao encadeamento entre um fator de risco e um dano nem sempre explicado. ^(17,18)

Especificamente, o conceito de risco gravídico surge para identificar graus de vulnerabilidade nos períodos de gestação, parto, puerpério e vida da criança em seu primeiro ano. Recentemente, questões ligadas a saúde da mulher começaram a receber uma atenção que há muito tempo mereciam, por mais comuns que sejam são uma das maiores tragédias que as mulheres enfrentam no mundo em desenvolvimento. Sabe-se que as mulheres em países mais pobres enfrentam um alto risco de morte durante o parto.

Devido à sua importância, a temática em questão vem sendo objeto de discussão no âmbito das políticas públicas em saúde e no campo das recomendações de procedimentos técnicos.

1.1 JUSTIFICATIVA DA INTERVENÇÃO

A estimativa mundial é que quatro milhões de recém-nascidos morram a cada ano e 250 a cada hora, em sua maioria devido a causas passíveis de prevenção.

Embora em alguns estados brasileiros os índices de mortalidade neonatal estejam em processo de redução ou estagnação, ainda assim vários estudos têm evidenciado que a maioria das mortes está fortemente ligada às disparidades socioeconômicas e de acesso aos serviços de saúde.

No nosso posto de saúde Parque das Américas, localizado no Município de Mauá, São Paulo, temos um número grande de gravidezes de risco, sendo acompanhadas e seguidas por nossos profissionais da melhor forma para diminuir consideravelmente os natimortos e recém-nascidos de baixo peso assim como a mortalidade materna e os indicadores de saúde que devemos melhorar cada dia.

Nosso estudo está baseado em detectar e modificar os principais fatores de risco que influenciam as mulheres em idade fértil do nosso posto e estabelecer ações para diminuir estes fatores de riscos antes da gravidez.

2. OBJETIVOS

OBJETIVO GERAL

- Identificar os principais fatores de riscos das mulheres em idade fértil na assistência pré-concepcional na Unidade Básica de Saúde Parque das Américas localizado no Município de Mauá, São Paulo.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Capacitar equipe de saúde para identificar e captar precocemente as mulheres de riscos pré-concepcional em idade fértil;
- Melhorar o acesso e garantir a qualidade do atendimento da assistência à anticoncepção das mulheres em idade fértil com riscos gestacional no Parque das Américas;
- Desenvolver ações de saúde no risco pré-concepcional para diminuir os fatores de risco na atenção pré-natal.

3. REVISÃO DA LITERATURA

Para o Ministério da Saúde, a avaliação de risco não é tarefa fácil, uma vez que o conceito de risco associa-se a possibilidades e ao encadeamento entre um fator de risco e um dano nem sempre explicado. ⁽²⁾

Especificamente, o conceito de risco gravídico surge para identificar graus de vulnerabilidade nos períodos de gestação, parto, puerpério e vida da criança em seu primeiro ano. ⁽²⁾ Na assistência pré-natal, a gestação de alto-risco diz respeito às alterações relacionadas tanto à mãe como ao feto. ⁽²⁾

A questão central da programação, com enfoque de risco, refere-se à identificação dos grupos de alto risco que passam a ser alvo de uma assistência especial. Uma redução da morbidade e da mortalidade nesses grupos, vai depender basicamente de dois fatores. O primeiro deles é a eficácia do modelo preditivo utilizado, principalmente a sua sensibilidade para identificar os indivíduos de alto risco. O segundo é a eficácia do programa de saúde a eles destinado, que em última análise é o que deve controlar ou eliminar fatores de risco ou compensar, com ações específicas, os fatores não elimináveis. ⁽³⁾

O possível impacto da implantação de uma programação com enfoque de risco vai depender não somente da capacidade dos serviços em identificar os grupos de alto risco, mas principalmente das ações da saúde desenvolvidas. ⁽³⁾

Não se pode negar a sexualidade dos jovens e associar a sua iniciação apenas a condição psicológica da fase em que vivem e a condição socioeconômica que possuem. Os resultados apontam a necessidade de considerar o adolescente dentro dos contextos que formam o seu ambiente ecológico e identificar fatores de risco para que a rede de proteção seja fortalecida e as ações tenham repercussão no seu desenvolvimento. ^(4,5,6)

A gravidez na adolescência é uma realidade que nos convoca a refletir sobre o assunto para buscar compreendê-lo e, a partir desta compreensão, propor modos de lidar com o fenômeno e trabalhar com os adolescentes no risco preditivo para lhes ensinar formas de proteção e assessoramento sobre os riscos que causa gravidez nesta etapa da vida. ^(7,8,9)

A atuação da equipe multidisciplinar, inclusive do farmacêutico, é fundamental na prevenção de doenças, contribuindo para a diminuição da morbimortalidade materna e fetal e dos custos da atenção à saúde, oferecendo melhor qualidade de vida à população. A mortalidade materna é definida como a morte de uma mulher durante a gestação ou dentro de um período de 42 dias após o final da gestação, relacionada a qualquer causa ou agravada pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. A hipertensão arterial é a complicação mais comum na gravidez, ocorrendo de 10 a 22% nas gestações, contribuindo significativamente para sérias complicações maternas e fetais. ⁽¹⁰⁾

A literatura tem documentado o efeito do fumo sobre o amadurecimento precoce da placenta. Estima-se que mais de 30% das mulheres em idade reprodutiva sejam tabagistas e que apenas uma em cada cinco abandone o vício ao engravidar. ⁽¹⁾ Dados recentes indicam que um terço das gestantes americanas e um quarto das brasileiras são tabagistas. O hábito de fumar acarreta riscos fetais decorrentes do amadurecimento placentário precoce e redução do aporte nutricional, podendo provocar restrição do crescimento fetal. Adicionalmente, a aceleração da maturidade placentária tem sido associada a aumento na incidência de descolamento prematuro da placenta¹. Além de acarretar riscos perinatais, o tabagismo materno pode também afetar o desenvolvimento mental, intelectual e comportamental das crianças expostas na vida fetal ao fumo.^(11,12) As anomalias nos órgãos reprodutores femininos, aumentam o risco de aborto. Os fibromas, podem aumentar o risco de um parto prematuro, a incidência de problemas durante o parto, uma apresentação anormal do feto, uma localização anormal da placenta (placenta prévia) e abortos repetidos também. Certas condições médicas numa mulher gestante podem coloca-la em perigo e ao feto. As mais importantes são a hipertensão arterial crônica, doenças renais, diabetes, cardiopatias graves, doença tireóidea, lúpus eritematoso sistêmico, perturbações da coagulação sanguínea e as doenças sexualmente transmissíveis.^(14,15)

O conhecimento das características de um grupo populacional contribui para a redução dos índices dos indicadores de saúde, principalmente o coeficiente de mortalidade infantil. Esses dados alicerçam, direcionam e subsidiam as ações propostas pelos diversos serviços de assistência inclusive a assistência à saúde, bem como sua forma de execução. Portanto, uma avaliação contínua desses indicadores de saúde pelas administrações públicas forneceria estratégias para assistência integral à criança e instrumentos para redução da incidência de morbimortalidade infantil.⁽¹⁵⁾

A predição do parto prematuro é associada a alguns fatores de risco demográficos e obstétricos, tais como: idade materna menor que 21 ou maior que 36 anos, baixo nível socioeconômico, antecedente de parto pré-termo, estatura materna inferior a 1,52 metros, gestação gemelar.⁽¹⁹⁾

Recentemente, questões ligadas a saúde da mulher começaram a receber uma atenção que há muito tempo mereciam, por mais comuns que sejam são uma das maiores tragédias que as mulheres enfrentam no mundo em desenvolvimento. Sabe-se que as mulheres em países mais pobres enfrentam um alto risco de morte durante o parto. Neste contexto, a identificação das alterações de risco nas mulheres em idade fértil é de fundamental importância para o planejamento de ações de prevenção e de melhoria da qualidade da assistência de medicina e enfermagem prestada a este grupo de mulheres identificando os riscos nelas e trabalhando na assistência ao preconcepcional, para diminuir e melhorar os indicadores de saúde materno-infantil.^(17,19,20)

4. METODOLOGIA

Este estudo será desenvolvido na UBS Parque das Américas do município de Mauá, São Paulo, no período entre Outubro de 2014 e Outubro de 2015 tendo em conta o Protocolo de Pesquisa e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Serão convidadas a participar da pesquisa as mulheres em idade fértil da UBS com desejo de engravidar nos próximos 5 anos assistidas pela nossa equipe de saúde.

Os dados serão coletados por meio de entrevista aplicada pela pesquisadora executante, auxiliando-se do protocolo previamente elaborado, contendo: dados da paciente, idade, consumo de álcool e outras drogas, data da última menstruação, exame físico geral, exames laboratoriais e prevenção de câncer de colo, aferição de peso e PA, intercorrências pessoais, diagnósticos clínicos, histórico pessoal e familiar, assistência a consulta preconcepcional, método anticonceptivo utilizado, condições de moradia e de trabalho. Serão pesquisadas nos prontuários da paciente as informações referentes às intercorrências clínicas e histórico pessoal.

5. RESULTADOS ESPERADOS

Com o estudo realizado e o projeto de intervenção no Parque das Américas, se fortalecerá a assistência à pré-concepcional, capacitando as equipes de saúde para identificar e captar precocemente as mulheres de riscos preconcepcional em idade fértil, tendo como objetivo desenvolver ações de saúde e assim diminuir consideravelmente o número de gravidez de riscos da região.

6. CRONOGRAMA

| ATIVIDADES | MAIO | JUN | JUL | AGO | SET | OUT | NOV |
|-------------------------------|------|-----|-----|-----|-----|-----|-----|
| ELABORAÇÃO DO PROJETO | X | X | | | | | |
| IDENTIFICAÇÃO DA POPULAÇÃO | X | X | X | | | | |
| ESTUDO DO REFERENCIAL TEORICO | X | X | X | X | X | X | |
| DISCUSSÃO DO PROJETO | | | | | | | X |

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Gomes R, Fontenele L, Salgueiro NA do, Pessoa LGS da. Os sentidos do risco na gravidez segundo a obstetrícia: um estudo bibliográfico. Rev. Latino-Am. Enferm. 2001;9(4):62-7.
- 2- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. 5ª. ed. Brasília: Ministério da Saúde; 2012.
- 3- Cesar CLG. O "enforque de risco" em saúde pública. In: Barreto ML, Almeida Filho N, Veras, RP, Barata, RB. Epidemiologia, serviços e tecnologias em saúde. Rio de Janeiro (RJ): Fiocruz/Abrasco 1998:79-92.
- 4-Martinez EZ, Roza DL, Caccia-Bava MCGG, Achcar JA, Dal-Fabbro AL. Gravidez na adolescência e características socioeconômicas dos municípios do Estado de São Paulo, Brasil: análise espacial. Cad Saúde Pública 2011;27(5): 855-67.
- 5-Santos EC, Paludo SS, Schirò EDB, Koller SH. Gravidez na adolescência: análise contextual de risco e proteção. Psicol Estud Maringá. 2010;15(1):73-85.
- 6- Ferreira RA, Ribeiro GTF. Aspectos socioeconômicos da gravidez na adolescência e as ações de saúde, o caso de Anápolis-GO. Vita et Sanitas, Trindade-Go. 2010;4:73-90.
- 7- Dias ACG, Teixeira MAP. Gravidez na adolescência: um olhar sobre um fenômeno complexo. Paidéia. 2010;45(20):123-31.

- 8- Hoga LAK. Maternidade na adolescência em uma comunidade de baixa renda: experiências reveladas pela história oral. *Rev. Latino-Am. Enferm.* 2008;16(2): 280-6.
- 9- Hoga LAK, Borges ALV, Reberte LM. Razões e reflexos da gravidez na adolescência: narrativas dos membros da família. *Escola Anna Nery Rev Enferm.* 2010;14(1):151-7.
- 10- Lane AJ, Guelfe MC. Hipertensão arterial e fatores de risco em gestantes atendidas em unidade básica de saúde. *Saúde e Pesquisa.* 2010; 3(1).
- 11- Passey ME, Sanson-Fisher RW, D'Este CA, Stirling JM. Tobacco, alcohol and cannabis use during pregnancy: clustering of risks. *Drug Alcohol Depend.* 2014;1(134): 44-50.
- 12- Saraiva Filho JS, Moron AF, Bailao LA, Rizzi MC dos; Uchiyama MN. Repercussões do tabagismo na ultra-sonografia da placenta e a doplervelocimetria útero-placentária. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2006;28(6):340-4.
- 13- Pit-Ten CIM. Prenatal maternal stress and child developmental outcome: implications for health care provision? *Dev Med Child Neurol.* 2014;56(3):204-5.
- 14- Paz Lima GS, Sampaio HAC. Influência de fatores obstétricos, socioeconômicos e nutricionais da gestante sobre o peso do recém-nascido: estudo realizado em uma maternidade em Teresina, Piauí. *Rev Bras Saúde Matern Infant.* 2004;4(3): 253-61.
- 15- Ramos HAC, Cuman RKN. Prematuridade e fatores de risco. *Esc Anna Nery. Rev Enferm.* 2009;13(2): 297-304.
- 16- Bittar RE, Zugaib M. Indicadores de risco para o parto prematuro. *Rev Bras Ginecol Obstet.* 2009;31(4):203-9.
- 17- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada. Brasília-DF; 2010.
- 18- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde sexual e saúde reprodutiva / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde; 2010.
- 19- Salge CAKM, Vieira AVC, Aguiar AKA, Lobo SF, Xavier RM, Zatta LT, Correa RRM, et al. Fatores maternos e neonatais associados à prematuridade. *Rev Eletr Enf [Internet].* 2009; C11(3):642-6.
- 20- Souza MT, Silva MD, Carvalho R. Revisão integrativa: o que é e como fazer. *Einstein.* 2010; 8(1):102-6.

ANEXO 1. QUESTIONÁRIO

NOME:.....SOBRENOME:.....

IDADE:..... RAÇA: B--- N--- OUTRA---

ESCOLARIDADE: NIVEL PRIM-----
NIVEL SEC-----
UNIVERS-----

ENDEREÇO:.....
.....

OCUPAÇÃO:.....
.....

PESO: ALTURA: VALOR.NUT:

DUM: VACINAS:

HABITOS TÓXICOS: TABAGISMO---- ÁLCOOL---- DROGAS----

ANTECEDENTES FAMILIARES:
.....

ANTECEDENTES PESSOAIS: ACIDENTES---- CIRURGIAS----
DOENÇA CLINICA:-----

QUAL?

CONDIÇÕES DE MORADIA: B---- R---- M----

CONDIÇÕES DE TRABALHO: B---- R---- M----

EXPOSIÇÃO AGENTES TÓXICOS: SIM---- NÃO----

ASSISTÊNCIA A CONSULTA PRÉ-CONCEPCIONAL: SIM---- NÃO----

MÉTODO ANTICONCEPTIVO UTILIZADO: DIU-----
PILULAS ANTIC-----
PRESERV-----
OUTROS-----
NÃO UTILIZA -----

REALIZAÇÃO DO PAPANICOLAU NESTE ANO: SIM..... NÃO.....