

A IMPORTÂNCIA DO PRÉ-NATAL PARA REDUÇÃO DA MORBIMORTALIDADE MATERNO-INFANTIL

Anna Ligia de Oliveira¹, Maria Fernanda Piffer Tomasi Baldez da Silva²

¹ Acadêmica do Curso de Graduação em Medicina, Campus Maringá/PR, Universidade Cesumar - UNICESUMAR.
annaligia2000@hotmail.com

² Docente do Curso de Graduação em Medicina, Campus Maringá/PR, Universidade Cesumar - UNICESUMAR.

RESUMO

Considerando que mundialmente os fetos com defeitos no tubo neural representam uma incidência entre 0,79 a 6,39 por mil nascidos vivos, e o Brasil representa a quarta posição na prevalência de espinha bífida essa pesquisa destina-se a utilidade do diagnóstico médico para uma maior investigação e difusão de pontos agravantes no pré-natal para um tratamento mais adequado, com maior qualidade de atendimento e de expectativa de vida, prevenção de outras complicações que agravam a condição da gestante, e do feto em questão, testou as hipóteses sobre as questões ligadas ao diagnóstico para constatar se inferem no tratamento e se ajudam ou não no preparo emocional de pais que recebem uma criança atípica, se auxiliam a evitar demais comorbidades. Foi pesquisado sobre o pré-natal, sua importância para a saúde gestacional, e procedimento da parturiente. A pesquisa direcionou os principais métodos de diagnósticos e a importância de ser realizado precocemente no primeiro, segundo e terceiro trimestre, como são realizados o pré-natal e os benefícios do planejamento gestacional. E por fim, foi abordado e descrito o protocolo de SPIKES e a conduta médica na preparação emocional dos familiares, finalizando com algumas patologias que podem ser detectados. Acredita-se que isso irá aumentar o esclarecimento social, resultando em um direcionamento adequado e, portanto, evitar que problemas acarretados por uma deficiência, mesmo que sejam com frequência, exaustivos, arrasadores e complexos, após o diagnóstico realizado precocemente possibilite ao deficiente se desenvolver dentro dos parâmetros previsíveis tendo o devido acompanhamento e orientação adequada aos pais.

PALAVRAS-CHAVE: Conduta médica; Diagnóstico; Gestantes; Morbimortalidade; Pré-natal.

1 INTRODUÇÃO

O cuidado pré-natal é uma parte importante dos atendimentos com a saúde da mulher durante a gravidez e o parto. Essa prática deve ser rotineira neste período de assistência e gera melhores resultados durante o período perinatal. De acordo com a recomendação do Ministério da Saúde, o pré-natal deve ser prestado com muita atenção, incluindo comportamentos acolhedores, medidas educativas e preventivas, para não haver intervenções desnecessárias. Sobretudo o pré-natal é a maneira mais eficaz para identificar patologias e condições de risco durante a gravidez segundo BRASIL (2012) os serviços de pré-natal no Brasil são universais e de grande valor em todas as regiões do país e entre mulheres com diferentes características demográficas, sociais e reprodutivas.

Devido aos altos coeficientes de mortalidade materna e infantil, acredita-se que estes podem estar ligados às poucas mulheres que utilizam desse acompanhamento a assistência pré-natal, e por isso esse tema tem merecido destaque, o que culminou na criação de políticas públicas de saúde voltadas para a atenção à mulher no ciclo gravídico-puerperal (ARRAIS, 2014). O pré-natal é um período considerável para diagnósticos, sendo necessário atentar-se ao perfil de gestantes, considerando as de alto risco; histórico familiar para comorbidades; idade da paciente; entre outros fatores. Salienta-se uma relação clara entre a idade materna e os perigos gestacionais, considera-se que os extremos de idade em gestantes são ameaças tanto para as gestantes quanto para o conceito. Mulheres entre 15 e 19 anos possuem um risco de morte gestacional duas vezes maior do que mulheres de 20 anos, e mulheres com gravidez tardia, acima dos 35 anos, são mais suscetíveis à geração de nascimentos de fetos síndrômicos, e até

mesmo à mortalidade fetal ou materna. Em toda consulta deve ser realizado exame físico ginecológico (mamas, especular e toque vaginal) e obstétrico, no qual é realizado o controle de pressão arterial, mensuração de altura uterina, mensuração da circunferência abdominal, palpação obstétrica e ausculta dos batimentos cardíacos fetais. Além destas condutas, são realizadas as orientações necessárias de hábitos higiênicos, vestes, trabalho de parto, amamentação, alimentares, sinais de alerta, entre outras (GRAVENA, 2015).

Além dos exames de rotina são pertinentes os exames complementares, divididos por período gestacional (1º, 2º e 3º trimestre). A partir dos exames complementares feitos em cada período pode-se diagnosticar patologias intraútero e assim realizar o aconselhamento dos pais (FEBRASGO, 2014).

Um protocolo muito utilizado pelos profissionais de saúde para esta prática é o SPIKES. Este protocolo enfatiza sobre a conduta na comunicação de más notícias, ajudando esses profissionais a comunicar os pais sobre o diagnóstico obtido e como proceder a partir daquele momento (OLIVEIRA, 2019). Os elementos principais do protocolo SPIKES, consistem em manifestar apoio e empatia ao paciente, sempre passando todas as informações que o paciente deseja saber, acolher os sentimentos do paciente, além de esclarecer dúvidas e apresentar as possíveis intervenções para o diagnóstico. Portanto, o objetivo deste trabalho foi identificar a importância e os meios de diagnóstico no período gestacional de más formações congênitas, síndromes e anomalias bem como necessidades especiais. Além disso, buscou-se interpretar a funcionalidade de um diagnóstico precoce e as prerrogativas e soluções incorridas deste, mostrar os principais procedimentos após diagnóstico através do protocolo SPIKES, e por fim destacar a importância do diagnóstico de necessidades especiais para o aumento da qualidade de vida e inserção da criança na família de maneira menos brusca (LINO, 2011).

2 MATERIAL E MÉTODOS

Este estudo foi realizado por meio de uma pesquisa bibliográfica descritiva. Foi realizada uma revisão não sistemática, a partir das bases de dados online bases *Medline*, *LILACS*, *Scientific American* e *Nature*, de maio a junho de 2021. Foram utilizadas as seguintes palavras-chaves: diagnóstico, pré-natal, necessidades especiais, gestantes, conduta médica. A partir dessas bases de dados foram reunidas pelo menos 20 bibliografias sobre o assunto. Para isso foram utilizados alguns critérios de inclusão: estudos observacionais, descritivos, revisões sistemáticas, cenário nacional publicação nos diferentes idiomas, no período de 2000 a 2021, com textos disponíveis na íntegra. Inicialmente foram lidos os títulos e resumos com base nos critérios de inclusão e exclusão das bibliografias reunidas. Nos casos em que a leitura do resumo não era suficiente para estabelecer se o artigo deve ser incluído, considerando os critérios definidos, os artigos foram lidos na sua íntegra. A partir da seleção dos artigos dentro dos critérios de inclusão, os mesmos foram lidos na sua íntegra para confirmação da elegibilidade e inclusão no estudo. Para extração dos dados dos artigos, foi elaborado um instrumento contendo as seguintes informações: autores, ano de publicação, local de publicação, tipo de estudo, forma de avaliação do desfecho (pergunta, opções de resposta e categorização), prevalência do desfecho, fatores associados, entre outros. A análise dos estudos encontrados foi feita de forma descritiva baseado nos objetivos do presente projeto.

3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste estudo foram selecionados cinquenta e dois (52) artigos. Dentre os artigos selecionados foram excluídos trinta (30) por fazerem menção ao tema, mas não suprirem o conteúdo necessário abordado neste estudo. Dos vinte e quatro (24) artigos restantes, cinco (5) correspondiam à literatura de protocolos e comunicação médico e paciente, oito (8) usados para descritivo do pré-natal e nove (9) apenas relacionavam dados epidemiológicos, dois (2) metodologia e pesquisa. Após essa seleção, foram incluídos os vinte e dois (22) estudos nesta revisão sistemática, como demonstrado na figura 1.

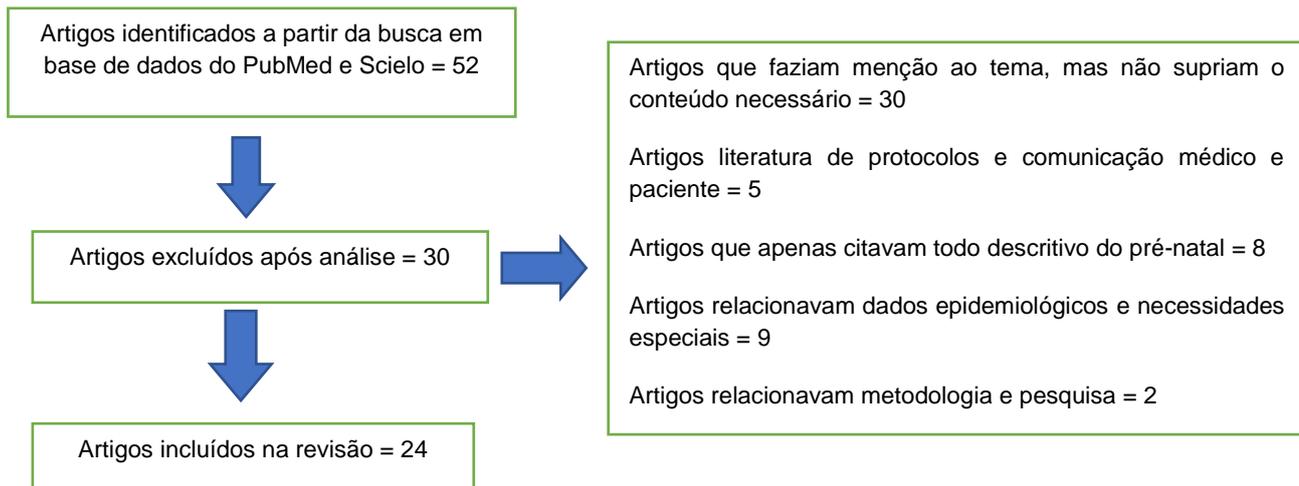


Figura 1: Fluxograma de identificação e seleção dos artigos

Fonte: Dados da pesquisa

Segundo Dias (2014), assistência ao pré-natal é considerada essencial para todas as gestantes, sendo considerada o início para uma gestação saudável tanto para feto quanto para a mãe. Os objetivos desse pré-natal é garantir a promoção e conservação da saúde física e mental da gestante durante todo o período gestacional, parto e período puerperal. O pré-natal também tem como alvo a orientação e refúgio da gestante, onde essa deve tirar suas dúvidas e ansiedades. De acordo com o Brasil (2012), o principal indício do prognóstico ao nascimento é a admissão ao processo de assistência pré-natal. Assim é possível detectar precocemente qualquer intercorrência que aquele feto venha a ter, sendo de extrema importância para o futuro daquela criança. Demonstra-se que um pré-natal de qualidade é benéfico para redução de índices de mortalidade de gestantes nesse período, além de proporcionar bem-estar materno fetal (BATISTA *et al.*, 2015).

É perceptível que mulheres economicamente desfavorecidas possuem menor efetividade no pré-natal, visto que quase todas as gestantes do Brasil realizam no mínimo uma consulta, porém segundo a Organização mundial da Saúde estas devem realizar no mínimo 6 consultas. Foi demonstrado que apenas 73% das pacientes realizam essa quantidade de consultas orientada, o restante comparece a menos consultas do que o necessário. Esse fator pode levar a complicações não percebidas durante a gestação, causando risco para mãe e bebê (TOMASI *et al.*, 2017). Ao longo da assistência pré-natal é classificada o risco da gestante (elucidado em outro ponto), e a partir dessa classificação é possível identificar as mulheres com maior risco de complicações, e então, utilizar nessas pacientes as estratégias necessárias para o máximo de prevenção de intercorrências, podendo assim melhorar a qualidade de vida desta gestante e de seu filho que irá nascer (DIAS, 2014).

A partir dos aspectos apresentados é perceptível a necessidade dessa assistência ao pré-natal, mas será que a qualidade dessa assistência interfere também? Segundo Dias (2014) menos de ¼ das gestantes teve o exame realizado apropriadamente e pouco menos da metade não recebeu as orientações recomendadas, necessárias para melhor qualidade da gestação. Importante ressaltar que muitas vezes essa má qualidade do pré-natal não é proveniente da irresponsabilidade materna, mas sim profissional ou de deficiência estrutural na localidade de atendimento, o que infelizmente pode gerar consequências para a paciente. Antes de compreender a seriedade do pré-natal, é necessário saber um pouco mais a respeito dessa necessidade básica e vital. Dar uma maior atenção ao pré-natal configura-se fundamental na prevenção e/ou detecção precoce de patologias maternas e fetais, o que gera um desenvolvimento saudável do bebê e baixos riscos da gestante. Além dessa realização permitir o bom desenvolvimento do bebê, também é possível identificar doenças já pré-existentes.

Dias (2014), afirma que pode-se encontrar problemas fetais, como a malformação, além de outras disfunções fundamentais como, identificar se o feto exibe malformações, cromossomopatias ou outras questões que exijam atenção. Quando ainda detectadas, em fases iniciais, permitem o tratamento intrauterino, e podem proporcionar ao recém-nascido uma vida normal. Pois o diagnóstico dessas doenças ajuda o médico a indicar um tratamento apropriado e assim impeça maiores agravos à mulher e ao bebê.

Antes mesmo do pré-natal existe a avaliação pré-concepcional, que seria considerada o planejamento familiar, pouco discutido, mas de extrema importância para a redução de complicações gestacionais, pois neste momento é abordado doenças, genética, idade e fatores de risco para uma consecutiva gestação (SORTICA, 2018). Contudo tem-se consciência de que no mínimo metade das gestações não são planejadas, o que faz com que o casal não tenha essa abordagem pré-concepcional de muita importância para o evoluir da gestação. Por isso se faz necessária a regulamentação do planejamento família Brasileiro, onde a partir desses pode-se informar e assegurar os direitos de querer ou não ter uma reprodução. A partir dessa orientação e distribuição de métodos contraceptivos, reduz o número de gestações não planejadas, favorecendo posteriormente no processo pré-natal e na saúde fetal e materna de uma gestação que foi planejada (BRASIL, 2012).

Nessa análise pré-concepcional está compreendida em anamnese, exame físico e exames complementares laboratoriais e ginecológicos, além da investigação de complicações de saúde do casal, atuais, prévias ou hereditárias. No histórico familiar é importante destacar pré-eclâmpsia, hipertensão e diabetes. Verifica-se também os hábitos de vida, levando em conta o uso de álcool e drogas, habito de praticar exercícios físicos, hábitos nutricionais, medicamentos e condições de trabalho. Para que a partir desses hábitos de vida, tenha-se a orientação adequada para mudança de maus hábitos que possam prejudicar em uma futura gestação, realizando então uma prevenção de complicações nessa gestação futura (BRASIL, 2012). Todavia o início do pré-natal se dá assim que é descoberta a gestação, sendo muito importante a organização da equipe de saúde para que essa descoberta seja precoce. É considerada captação precoce a gestante que inicia o pré-natal com até 12 semanas de gestação, sendo este um momento muito importante de orientação e prevenção (SEMSA, 2020). Nesta ocasião de captação precoce da gestante faz-se a suplementação de ácido fólico, do qual tem grande importância na prevenção de falhas no fechamento do tubo neural, sendo diretamente relacionado a deficiência de ácido fólico com defeitos no fechamento do tubo neural. Também tem importância no desenvolvimento adequado das células nervosas e no crescimento do feto, além de ajudar na constância e produção das células e dos glóbulos

vermelhos e brancos na medula óssea. A dose recomendada para a suplementação é de 0,4 mg ao dia, não devendo ser ultrapassada esta dosagem (LINHARES, 2017).

Depois de diagnosticada uma gestação por meio do teste imunológico de gravidez na urina, deve-se iniciar o acompanhamento pré-natal com extremo de 7 dias entre o diagnóstico de gravidez e a primeira consulta, lembrando que os enfermeiros estão habilitados para a realizar a consulta inicial e o pré-natal em gestantes de risco habitual. A importância dessa consulta inicial é iniciar rapidamente as orientações e suplementações além de classificar o risco da gestante (SEMSA, 2020). A classificação de risco da gestante tem o propósito de diminuir a morbidade e a mortalidade tanto da gestante quanto do bebê. A partir dessa classificação pode-se identificar a necessidade de cada paciente e assim saber o que deve ser ofertada para cada uma. Os fatores que classificam uma gestante como alto risco são diversos, sendo que o pré-natal de alto risco inclui cerca de 10% das gestações, o que expande nestas gestantes a chance de intercorrências e óbito materno e/ou fetal. Para classificar as gestantes em alto risco, é fundamental avaliar o histórico da paciente, analisando histórico de saúde prévio, histórico familiar e histórico de gestações anteriores se houver, para avaliar as necessidades desta. Dentre essas classificações é preciso conhecer às condições prévias, neste caso se a paciente possui algum tipo de cardiopatia, se já teve pneumopatias graves (incluindo asma brônquica), endocrinopatias (principalmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo), se sofre de nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados), ou até doenças hematológicas (como: doença falciforme e talassemia), se possui hipertensão arterial crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo (PA>140/90mmHg antes de 20 semanas de gestação), ou doenças neurológicas (como epilepsia), investigar se houve doenças psiquiátricas que requerem acompanhamento (psicoses, depressão grave, entre outras.), doenças autoimunes (como: lúpus eritematoso sistêmico ou outras colagenoses), alguma alteração genética materna, sendo necessário também verificar se houve antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar, alguma ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais etc), se é portadora de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) ou outras DSTs, se possui tuberculose, hanseníase ou se a paciente é usuária ou dependente de drogas lícitas ou ilícitas, se já teve alguma patologia clínica que exija acompanhamento de especialistas.

Também é necessário o conhecimento prévio sobre a história reprodutiva prévia da paciente, se houve morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida, história prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome Hellp, eclâmpsia, internação materna na UTI). Se passou por abortamento frequente, esterilidade ou infertilidade. Investigar sobre fatores referentes à gestação atual também será relevante, saber se houve restrição do crescimento intrauterino, algum tipo de polidrâmnio ou oligodrâmnio, gemelaridade, distúrbios hipertensivos da gestação (por exemplo: hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória), malformações fetais ou arritmia fetal. Além de infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser encaminhada para avaliação no hospital de referência), observar sobre anemia grave ou não responsiva ao tratamento de 30-60 dias com sulfato ferroso.

Avaliar se a paciente possui doenças infecciosas como: toxoplasmose, infecção pelo HIV, hepatites, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma), relato de infecções como a rubéola e a citomegalovirose obtidas na gravidez atual, avaliar exames laboratoriais demonstrando proteinúria; paciente com diabetes mellitus gestacional, desnutrição materna severa, obesidade mórbida ou baixo peso, afirma Brasil, (2013, p. 58-60, grifo do autor):

NIC III (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista); alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-rads III ou mais (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista). Adolescentes com fatores de risco psicossocial.

Desde a abordagem médica a atenção é devida a paciente também todo o acompanhamento médico durante o pré-natal deve ser intensificado e detalhado, avaliando as necessidades e riscos da paciente, para assim, intervir o mais previamente possível. Garantindo, portanto, a integridade na gestação, segurança e bom acompanhamento médico para dar a dar à luz com segurança. O conhecimento das mães em relação a esses direitos é uma arma fundamental para que eles sejam respeitados na prática (SEMSA, 2020).

As consultas de pré-natal poderão ser realizadas na unidade de saúde ou durante visitas domiciliares. O calendário de atendimento durante o pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal. O calendário deve ser iniciado precocemente (no primeiro trimestre) e deve ser regular, garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas e que tanto o Cartão da Gestante quanto a Ficha de Pré-Natal sejam preenchidos (BRASIL, 2012).

O total de consultas deverá ser de, no mínimo, 6 (seis), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma: (BRASIL, 2012).

- ✓ Até 28^a semana – mensalmente;
- ✓ Da 28^a até a 36^a semana – quinzenalmente;
- ✓ Da 36^a até a 41^a semana – semanalmente.

A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclampsia, amniorrexe prematura e óbito fetal. Não existe “alta” do pré-natal antes do parto. Quando o parto não ocorre até a 41^a semana, é necessário encaminhar a gestante para avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal (BRASIL, 2012). Estudos clínicos randomizados demonstram que a conduta de induzir o trabalho de parto em todas as gestantes com 41 semanas de gravidez é preferível à avaliação seriada do bem-estar fetal, pois se observou menor risco de morte neonatal e perinatal e menor chance de cesariana no grupo submetido à indução do parto com 41 semanas. O acompanhamento da mulher no ciclo grávido-puerperal deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42^o dia de puerpério, período em que a consulta de puerpério deverá ter sido realizada (BRASIL, 2012).

A idade materna está diretamente relacionada com o nascimento de crianças com necessidades especiais, principalmente a origem de trissomias nesses neonatos. A idade reprodutiva avançada pode ser determinada como acima de 35 anos, idade da qual atualmente vem sendo muito comum dar à luz, por isso a importância do tema, pois é uma realidade dos dias atuais. Contudo essa realidade é adversa, já que segundo as literaturas quanto mais elevada é a idade materna, maiores riscos de desenvolverem-se complicações tanto fetais quanto maternas no período gestacional (TRIGO *et al.*, 2019).

De acordo com o IBGE (2013), pode-se analisar que 8,1% das gestações compreendem determinado tipo de aberração cromossômica, destas aumenta-se o risco com o avanço da idade materna. Essas alterações cromossômicas vão ser caracterizadas por alguns atributos clínicos nos neonatos, dos quais podem ser visíveis como: dismorfias faciais, microcefalia, atraso do crescimento intrauterino ou até aspectos clínicos como:

deficiências intelectuais, cardiopatias congênitas e alterações neuropsíquicas. Estes aspectos clínicos ocorrem se o feto vier a nascer, mas deve-se levar em consideração o aumento de abortos e natimortos que ocorrem relacionados com a idade materna avançada, dos quais esses por alterações cromossômicas não se desenvolvem e ocorrem abortos espontâneos (TEIXEIRA, 2018).

Além de alterações cromossômicas no período gestacional de mulheres com idade tardia, há outros riscos como: diabetes mellitus gestacional, parto prematuro, pré-eclâmpsia, sofrimento fetal, abortamento, além de maior probabilidade de infecções urinárias e respiratórias durante a gestação, os quais podem trazer problemas para mãe e feto. (TRIGO *et al.*, 2019). Uma das principais síndromes associadas a idade materna é a síndrome de down, sendo este a anomalia cromossômica mais comum (sendo cerca de 20% do total de pessoas com déficits mentais), onde 95% dos casos dessa síndrome são de origem materna com grande aumento na incidência relacionada a idade reprodutiva elevada. Essa relação com a idade materna vem de estudos que demonstram que o problema responsável pela trissomia geralmente acontece na meiose materna, sendo capaz também de ocorrer na meiose paterna, mas em raros casos (5%). Na maioria das vezes estas não-disjunções maternas ocorre na meiose I (80%), e nos outros casos na meiose II (NAKADONARI, 2006).

Um fato pouco discutido é que a idade paterna também pode influenciar nas cromossomopatias, abordando que pais acima de 55 anos também podem originar tais deficiências, porém a influência da idade paterna ocorre mais raramente (5% dos casos). (NAKADONARI, 2006). A relação idade materna com as não-disjunções está no fato de que os ovócitos de uma mulher são formados ainda intraútero, já nascendo com todos formados, estes ficam bloqueados até a ovulação na puberdade. Então os estudos relatam que essa não-disjunção ocorre geralmente em ovócitos “velhos”, pois ao decorrer da vida reprodutiva da mulher estes vão envelhecendo também. Além disso outra relação com a idade materna seria que a idade causa uma inaptidão materna de abortar espontaneamente os zigotos anômalos (NAKADONARI, 2006).

Segundo Cunningham (2010) em 2 a 3% das gestações são encontradas anomalias congênitas, sendo que 20% dos óbitos neonatais dos EUA são causados por essas anomalias, a partir disso é necessário saber quais são e como detectá-las. Acredita-se que o maior avanço seja que o pré-natal permite detectar patologias intraútero, que antigamente só seriam percebidas após o nascimento. De acordo com Sanseverino *et al.* (2001) desde os anos 70, com a análise de cariótipo, demarcação de metabólitos no líquido amniótico, técnicas de análise enzimática em células fetais e a ultrassonografia possibilitaram o diagnóstico pré-natal de patologias genéticas. Nesse cenário foi estabelecida a amniocentese como técnica mais importante na obstetria moderna. Segundo o mesmo autor, também houve a identificação da alfafetoproteína na década de 70, utilizada como marcador para falhas no tubo neural, tornando-se um avanço. Foram várias conquistas que atualmente possibilitam um pré-natal mais eficaz reduzindo a ansiedade materna sobre a saúde de seu bebê.

Atualmente existem diversas técnicas que possibilitam o diagnóstico pré-natal, dentre as quais destacam-se: ultrassonografia, translucência nugal, ecocardiografia fetal, biópsia de vilosidades coriônicas (BVC), amniocentese e cordocentese. Das quais a BVC, amniocentese e cordocentese são consideradas procedimentos invasivos, pois são feitas através da coleta direta do material fetal para análise, concedendo uma investigação mais precisa para então se diagnosticar anormalidades. Esses procedimentos por serem invasivos contam com riscos de abortamento de 0,5% a 5% a depender do procedimento (SANSEVERINO *et al.*, 2001). Pode ser identificado diversas anomalias fetais estruturais. Estas podem ser divididas em:

- ✓ Malformação: anormalidade intrínseca “programada”;
- ✓ Deformação: desenvolvimento de anormalidades por efeito de forças mecânicas colocadas pelo ambiente uterino;
- ✓ Disrupção: mais grave, ocorre quando o tecido que era geneticamente normal sofre mudanças como resultado de uma lesão;

Contudo as anomalias estruturais citadas podem ser combinadas na forma de síndrome, sequência ou associação.

- ✓ Síndrome: conjunto de anomalias ou malformações com a mesma etiologia;
- ✓ Sequência: anomalias que se originam sequencialmente em razão de uma lesão inicial;
- ✓ Associação: anomalias que frequentemente são combinadas, todavia não parecem estar relacionadas em sua etiologia;

Das patologias detectadas no pré-natal, temos as relacionadas com defeitos no tubo neural que envolvem: anencefalia, espinha bífida, cefalocele e outras anormalidades mais raras relacionadas a fusão vertebral. Há também as aneuploidias e distúrbios genéticos: síndrome de Down, fibrose cística, hemoglobinopatias falcemicas, talassemias, doença de Tay-Sachs, entre outras (CUNNINGHAM, 2010). Devido a possibilidade de descoberta das patologias citadas, faz se necessário o pré-natal e os exames diagnósticos, para a detecção mais precocemente possível.

Após o diagnóstico de qualquer anormalidade, o profissional deve se concentrar em comunicar a paciente e orientá-la, para isso uma ferramenta de extrema importância é o protocolo SPIKES para comunicação de más notícias. Pode-se conceituar má notícia como qualquer informação que mude por completo e de maneira negativa a visão do paciente sobre seu futuro. Essa situação aplica-se a qualquer situação e a qualquer momento durante a gravidez, desde o diagnóstico e comunicação de qualquer patologia ou intercorrência durante a gravidez até uma desesperança quanto a uma característica fetal (OLIVEIRA, 2019).

A boa comunicação do médico com a paciente é imprescindível para aceitação ao acompanhamento e/ou tratamento, e até para a aplicação de decisões de acordo com o diagnóstico, a comunicação também é de extrema importância para o apoio psicológico da paciente que em sua maioria não espera por essa notícia (OLIVEIRA, 2019). De acordo com (BAILE *et al.*, 2000) o protocolo SPIKES consiste em 6 etapas que serão descritas a seguir. A primeira dela consiste em **Planejar a entrevista (S- Setting Up the Interview)**. Trata-se de um ensaio mental de como o profissional realizará a comunicação, é a preparação para um trabalho estressante. O profissional deve esperar maus sentimentos, frustrações e tristeza, sempre deve-se buscar por privacidade para a comunicação, deixar a paciente escolher quem ela quer ter com ela naquele momento, sentar-se ajuda a relaxar a paciente, sempre tentando que não exista barreiras entre médico e paciente, manter contato visual é de extrema importância, tocar no braço ou mãos do paciente também ajuda na conexão entre profissional e paciente, saber enfrentar interrupções e restrições de tempo, colocar o celular em silencioso para que não ocorra interrupções.

A segunda etapa é **avaliar a percepção do paciente (P- Perception)**. Antes de informar o diagnóstico o médico deve utilizar de questões abertas para perceber o que o paciente enxerga da situação. A etapa três é **obter convite do paciente (I – Invitation)**. Perceber o quanto o paciente deseja saber dos achados médicos, muitas vezes tem-se pacientes que querem saber ao máximo e outros que desejam não saber detalhes, mas o médico deve sempre se oferecer para responder dúvidas futuras. Na etapa 4, **dar**

conhecimento e informação ao paciente (K – Knowledge), primeiramente o profissional deve avisar ao paciente que tem más notícias na tentativa de reduzir o choque do paciente, deve-se sempre comunicar em linguagem compreensiva para o paciente, evitar dureza excessiva e informar aos poucos e ao mesmo tempo perceber a compreensão da paciente. **Abordar as emoções do paciente com respostas afetivas (E – Emotions)** é a quinta etapa, sendo uma das mais difíceis, pois quando pacientes escutam más notícias as reações são sempre negativas de dor, sofrimento e choque. Nesse contexto o profissional deve oferecer apoio de maneira afetiva, oferecendo lenço e até palavras de conforto para que o paciente se acalme e então o médico possa prosseguir na discussão e questionamentos. E por fim a etapa 6, **estratégia e Resumo (S – Strategy and Summary)**. Antes de discutir o plano futuro (prognóstico e/ou tratamento) é importante que o profissional pergunte se os pacientes estão prontos para aquelas informações, se aquele é o momento certo. É importante que o médico compartilhe decisões com os pacientes para redução da sensação de fracasso dos profissionais caso não seja bem sucedido. Avaliar sempre a compreensão dos pacientes. Investigar as expectativas dos pacientes. Manifestar as preocupações aos pacientes. Se os pacientes se tornarem emocionalmente abalados novamente o médico deve retornar à etapa 5 do mesmo protocolo.

4 CONCLUSÃO

O pré-natal é de extrema importância para todas as gestantes, sendo necessário acompanhamento médico desde o planejamento para uma futura gestação. A partir da descoberta de uma gravidez é necessário que a paciente seja classificada de acordo com seu risco gestacional, no qual será identificado a necessidade de cada paciente. Após a classificação da gestante é necessário que está se submeta aos exames e consultas necessários.

Os resultados respondem a prerrogativa de que o que interfere em um diagnóstico, é a conduta médica relacionada com a importância dada ao pré-natal. Todo o acompanhamento pré-natal é de extrema importância para a redução da morbimortalidade materna e fetal, sendo necessário que seja feito minuciosamente todos os passos deste pois há grande relação de anormalidades fetais à idade materna, sendo o risco à anormalidade diretamente proporcional a idade materna. Sendo necessário então uma avaliação mais precisa de mães com maior risco.

Enfatizou a importância do diagnóstico precoce e a preparação psicológica dos pais para receberem o bebê com necessidades especiais, sendo significativo que o profissional saiba as 6 etapas do protocolo SPIKES para a comunicação de más notícias, fazendo com que os pais saibam com clareza tudo que está ocorrendo com aquele feto, e saibam também o prognóstico e/ou tratamento.

A relevância desse estudo é detalhar o pré-natal e seus exames, e descrever sua importância, para que este seja realizado com excelência tanto da parte materna quanto da parte profissional. Além de explicitar as patologias que podem ser encontradas nos exames do pré-natal e elucidar como deve ser a comunicação com a paciente quando é diagnosticada alguma anomalia fetal. É através da boa avaliação do profissional se realizada de maneira eficaz desde o princípio da gestação e também a maneira sensível e devida atenção aos aspectos psicológicos, peculiaridades e sociais voltada a subsidiar a melhor atuação junto a mulheres grávidas que fará toda a diferença durante todo o acompanhamento, bem como na confiança da melhor conduta médica nesse caso.

REFERÊNCIAS

ARRAIS, A.; MOURÃO, M.; FRAGALLE, B. O pré-natal psicológico como programa de prevenção à depressão pós-parto. **Saúde Soc**, v. 23, n. 1, p. 251-64, 2014.

BAILE, W. F. *et al.* **SPIKES**: um protocolo em Seis Etapas para transmitir más notícias: aplicação ao paciente com câncer. v. 2, i. p.302-311, 2000.

BAPTISTA, R. S.; DUTRA, M. O. M.; COURA, A. S.; SOUSA, F. S. Assistência pré-natal: ações essenciais desenvolvidas pelos enfermeiros. **Enferm. glob. [online]**, v. 14, n. 40, p.96-111, 2015. Disponível em: https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v14n40/pt_clinica5.pdf. Acesso em: 07 abr. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, 32). p.59-60. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_pre_natal_baixo_risco.pdf. Acesso em: 10 mar.2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 14 maio 2021.

CERVO, A. L.; BERVIAN, P. A.; SILVA, R. **Metodologia científica**. 6. ed. São Paulo: Pearson Prentice Hall, 2007.

CUNNINGHAM, F. G.; LEVENO, K. J.; BLOOM, S. L. **Williams Obstetrics**. 24. ed. McGraw-Hill, 2010.

DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA, SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE, MINISTÉRIO DA SAÚDE. Saúde Mais Perto de Você. **Programa Nacional da Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica**: manual instrutivo. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

DIAS, R. A. **A importância do pré-natal na atenção básica**. Universidade Federal de Minas Gerais, Teófilo Otoni/MG, 2014. Disponível em: https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/Importancia_pre_natal_atencao_basica.pdf. Acesso em: 20 abr. 2021.

FEBRASGO; PEIXOTO, S. **Manual de assistência pré-natal**. 2. ed. São Paulo, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2014.

GALVÃO, T. F.; PANSANI, T. A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Revista Epidemiologia e Saúde**, v. 24; n. 2; p. 335-342. 2015.

GRAVENA, A. A. F. *et al.* Idade materna e fatores associados a resultados perinatais. Universidade Estadual de Maringá, PR, Brasil. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 26, n. 2. 2013.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios**: um panorama da saúde no Brasil: acesso e utilização de serviços, condições de saúde e fatores de risco e proteção à saúde, 2008. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2013.

LINHARES, A. O.; CESAR, J. A. Suplementação com ácido fólico entre gestantes no extremo Sul do Brasil: prevalência e fatores associados. **Ciênc. saúde colet.**, v. 22, n. 2, fev. 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232017222.06302016>. Acesso em: 12 maio 2021.

LINO, C. A. *et al.* Protocolo Spikes no Ensino de Habilidades em Transmissão de Más Notícias. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 35, n. 1, p. 52-57; 2011.

NAKADONARI, E. K.; SOARES, A. A. Síndrome de Down: considerações gerais sobre a influência da idade materna avançada. **Arquivos do MUDI**, Maringá, v. 10, n. 2, p. 59, 2006.

OLIVEIRA, F. F. **Comunicação de más notícias em obstetrícia**: impacto de treinamento institucional na percepção dos profissionais de saúde. 2019. Dissertação (Mestre em ciências) - Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2019.

SANSEVERINO *et al.* Diagnóstico pré-natal: avanços e perspectivas. **Revista HCPA**, Porto Alegre, n. 3, p. 301-316, 2001.

SORTICA, A. C. *et al.* **Guia da Atenção Básica do atendimento pré-natal**. Porto Alegre: Secretaria do Estado de Saúde/Rs, 2018. 40p. II.

SEMSA - SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE NOVA LIMA. **Protocolo de assistência ao pré-natal de baixo risco**. Versão para consulta pública. Junho/2020. Disponível em: <https://novalima.mg.gov.br/uploads/arquivos/1591812564DpzvHpBOEg.pdf>. Acesso em: 12 abr. 2021.

TEIXEIRA, C. C. **Cromossomopatias**: um levantamento em laboratório de citogenética. [s.n.; s.l.], 2018.

TOMASI, E. *et al.* Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cad. Saúde Pública**, v. 33, n. 3, e00195815, 2017. Doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0102-311x00195815>. Acesso em: 07 maio 2021.

TRIGO, I. G.; ELLER, J. X.; VAZ, M. R.; CALI, L. C.; SILVA, L. R.; BARBOZA, B. P. **Idade materna avançada e seus desfechos**. Revista Cadernos de Medicina, v. 2, n. 3, 2019.

VIELLAS, E.F.; DOMINGUES, R.M.S.M.; DIAS, M.A.B.; GAMA, S.G.N.; THEME FILHA, M.M.; COSTA, J.V. *et al.* Assistência pré-natal no Brasil. **Cad. Saúde Pública**, v. 30, Suppl 1, p. S85-100, 2014.