

# Recomendações da OMS sobre atendimento pré-natal para uma experiência gestacional positiva: Resumo

## Destaques e mensagens principais da Recomendação Global para Atendimento Pré-natal de Rotina de 2016 da Organização Mundial da Saúde

Janeiro de 2018

[www.mcsprogram.org](http://www.mcsprogram.org)

### Principais mensagens

- As recomendações da Organização Mundial de Saúde 2016 sobre atendimento pré-natal (APN) para uma experiência gestacional positiva priorizam **atendimento de saúde direcionado à pessoa, bem-estar das mulheres** e famílias e resultados perinatal e maternal positivos.
- As recomendações detalham os elementos principais de um **pacote de APN de rotina essencial** necessário para mulheres e adolescentes durante o período da gestação.
- As recomendações estão **integradas** e incluem intervenções de promoção da saúde de APN e nutricionais, além de prevenção e detecção precoce de condições específicas relacionadas à gestação e doenças concorrentes, incluindo malária, HIV e tuberculose.
- Elas também incluem **intervenções do sistema de saúde para melhorar o uso e a qualidade do APN** e a experiência gestacional positiva de mulheres e adolescentes, com uma recomendação de, pelo menos, oito contatos de APN durante a gestação para melhorar os resultados perinatais e a experiência de atendimento das mulheres.
- As recomendações foram desenvolvidas para serem **adaptáveis e flexíveis**, de forma que os países com definições, cargas de doença e situações socioeconômicas, além de estruturas de sistemas de saúde diferentes possam adotar e implementar as recomendações com base no contexto do país e nas necessidades da população.

### Histórico

Cerca de 303.000 mulheres e adolescentes morreram de complicações relacionadas à gestação e ao parto em 2015.<sup>1</sup> Nesse mesmo ano, 2,6 milhões de bebês foram natimortos. Quase todas as mortes maternas (99%) e de bebês (98%) ocorreram em países de renda baixa e média. Estas mortes maternas poderiam ser evitadas se as gestantes tivessem acesso ao atendimento pré-natal (APN) de qualidade.<sup>2</sup> Sessenta por cento dos natimortos (1,46 milhões) ocorreram durante o período de pré-parto e, principalmente, devido a infecção materna não tratada, hipertensão arterial e crescimento fetal insatisfatório.<sup>3</sup>

Estudos recentes sugerem que o modelo de atendimento pré-natal focado (APNF), desenvolvido na década de 1990, está associado com mais óbitos perinatais que os modelos de APN que abrangem pelo menos oito contatos entre as gestantes e o prestador de atendimento de saúde.<sup>4</sup> Uma análise secundária do Teste de APN da Organização Mundial da Saúde (OMS) sugere que o aumento na taxa de mortalidade perinatal é mais provável devido a um aumento de natimortos.<sup>5</sup> Esses resultados e outras provas serviram como base para o desenvolvimento das recomendações de APN de 2016 da OMS.

Este resumo destaca as recomendações de APN de 2016 da OMS e oferece aos países **considerações sobre políticas e programas** para adoção e implementação das recomendações. As recomendações incluem



<sup>1</sup> Alkema L, Chou D, Hogan D, Zhang S, Moller AB, Gemmill A, et al. Global, regional, and national levels and trends in maternal mortality between 1990 and 2015, with scenario-based projections to 2030: a systematic analysis by the UN Maternal Mortality Estimation Inter-Agency Group. *Lancet*. 2016;387(10017):462–474. doi:10.1016/S0140-6736(15)00838-7.

<sup>2</sup> Maternal mortality: fact sheet. Geneva: Organização Mundial de Saúde; 2016 (<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs348/en/index.html>, acessado em 10 de janeiro de 2018).

<sup>3</sup> Blencowe H, Cousens S, Jassir FB, Say L, Chou D, Mathers C, et al. National, regional, and worldwide estimates of stillbirth rates in 2015, with trends from 2000: a systematic analysis. *Lancet*. 2016;4(2):e98–108. doi:10.1016/S2214-109X(15)00275-2.

<sup>4</sup> Vogel JP, Habib NA, Souza JP, Gülmezoglu AM, Dowswell T, Carroli G, et al. Antenatal care packages with reduced visits and perinatal mortality: a secondary analysis of the WHO Antenatal Care Trial. *Reproductive Health*. 2013;10(1):19. doi:10.1186/1742-4755-10-19.

<sup>5</sup> Dowswell T, Carroli G, Duley L, Gates S, Gülmezoglu AM, Khan-Neelofur D, et al. Alternative versus standard packages of antenatal care for low-risk pregnancy. *The Cochrane Library*. 2015. doi:10.1002/14651858.CD000934.pub3.

intervenções universais e específicas de contexto. As intervenções recomendadas abrangem cinco categorias: **nutrição** pré-natal de rotina, **avaliação** da mãe e do feto, **medidas preventivas**, intervenções para manejo de **sintomas fisiológicos** comuns na gestação e **intervenções em nível de sistema de saúde** para melhorar a utilização e a qualidade do APN.

As recomendações de 2016 da OMS para **atendimentos de APN de rotina** destinam-se a complementar as diretrizes da OMS sobre o manejo de **complicações relacionadas à gestação**. A OMS considera como boas práticas clínicas estabelecidas a triagem de rotina para doenças hipertensivas na gestação através do acompanhamento regular da pressão arterial, verificação de batimentos cardíacos fetais e aconselhamento sobre a preparação para o nascimento e planejamento familiar pós-parto. A OMS não avaliou provas para tais boas práticas estabelecidas como parte do seu desenvolvimento das recomendações de APN de 2016. Os leitores podem consultar as recomendações completas de APN da OMS para entender seus métodos, bases de comprovação e considerações de implementação (disponíveis em [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal\\_perinatal\\_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/)).

## Modelo de APN de 2016 da OMS

O modelo de APN de 2016 visa proporcionar às gestantes atendimento respeitoso, individualizado, centrada na pessoa em cada contato e garantir que cada contato oferece práticas clínicas eficazes e integradas (intervenções e exames), oferece informações relevantes e oportunas, além de apoio emocional e psicossocial por parte dos profissionais com boas habilidades clínicas e interpessoais, trabalhando em um sistema de saúde em perfeito funcionamento. Com comprovação de que as mortas perinatais aumentam com apenas quatro visitas de APN e que um aumento no número de contatos de APN, independentemente do país, está associado com um aumento na satisfação materna, a OMS **recomenda um mínimo de oito**: cinco contatos no terceiro trimestre, um contato no primeiro trimestre e dois contatos no segundo trimestre (consulte a Tabela 1). A OMS pressupõe que cada país vai adaptar o novo modelo ao seu contexto, com base no pacote de serviços de APN essenciais definidos para o país e no consenso quanto a *qual* atendimento é fornecido em cada contato, *quem* oferece o atendimento de APN (qual setor de saúde), *onde* o atendimento é fornecido (em que nível do sistema) e a *como* o atendimento é oferecido (plataformas) e *coordenado* em todos os oito contatos de APN.

## Intervenções do sistema de saúde para melhorar a experiência positiva gestacional de mulheres e adolescentes e o uso e qualidade do APN

As **intervenções recomendadas do sistema de saúde** destinam-se a ajudar os países a operacionalizar os oito contatos de APN, para abordar a continuidade do atendimento e as restrições dos profissionais da saúde, além de melhorar o apoio e a comunicação com as mulheres. A Tabela 2 resume intervenções do sistema de saúde recomendadas em todas as configurações e intervenções do sistema de saúde recomendadas em contextos específicos e principais considerações e justificativas para cada recomendação. **Caderno de notas feito pelas mulheres** durante a gestação são universalmente recomendadas para melhorar a continuidade e a qualidade do atendimento e a sua experiência gestacional. **Reatribuição de tarefas** das atividades da APN para uma ampla gama de funções – auxiliares de parto, enfermeiras auxiliares, enfermeiras, parteiras – é recomendada para a promoção de comportamentos relacionados à saúde, distribuição de suplementos nutricionais recomendados e provisão de tratamento preventivo intermitente na gestação (IPIg) para evitar a malária. Os formuladores de políticas devem considerar as intervenções de apoio profissional que **recrutam e mantêm profissionais da saúde qualificados** em áreas remotas e rurais. Os modelos de APN de **continuidade do atendimento feito por parteira** são recomendados em configurações com programas de parteira com bom funcionamento. Outras recomendações contextuais incluem o seguinte: **mobilização da comunidade** através de ciclos de aprendizagem e ação participativas facilitadas e pacotes de intervenções que incluam mobilização do domicílio e da comunidade, além de visitas domiciliares de APN, especialmente para as mulheres em zonas rurais. No contexto de pesquisa, o **grupo de APN** fornecido por profissionais qualificados deve ser considerado como uma alternativa aos modelos de entrega de serviços de APN.

<b>Tabela 1: Modelo de APN de 2016</b>
<b>Primeiro trimestre</b>
Contato 1: até 12 semanas
<b>Segundo trimestre</b>
Contato 2: 20 semanas Contato 3: 26 semanas
<b>Terceiro trimestre</b>
Contato 4: 30 semanas Contato 5: 34 semanas Contato 6: 36 semanas Contato 7: 38 semanas Contato 8: 40 semanas
Retorno para o parto na 41ª semana se ainda não tiver nascido. <i>Observação:</i> Tratamento preventivo intermitente da malária na gestação deve ser iniciada em ≥ 13 semanas.

**Tabela 2: Intervenções dos sistemas de saúde para melhorar o uso e a qualidade do atendimento pré-natal**

Recomendação de 2016 da OMS	Principais considerações e justificativas
<b>Recomendadas para todas as configurações</b>	
<p><b>E.1:</b> É recomendado que cada gestante tenha seu próprio caderno de notas durante a gestação para melhorar a continuidade, qualidade do atendimento e experiência gestacional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>As mulheres dão preferência por ter seu próprio caderno de notas, devido à maior oportunidade de obter informações relacionadas à gestação e à saúde, além de um senso de capacitação.</li> </ul>
<p><b>E.5.1:</b> É recomendada a redistribuição da tarefa da promoção comportamentos relacionados à saúde para saúde da mãe e do recém-nascido para uma variedade de funções, incluindo auxiliares de parto, enfermeiras, parteiras e médicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A redistribuição de tarefas possibilita a flexibilidade na estrutura de atendimento à saúde em países de média e baixa renda. Para mais informações, consulte <i>Otimização das funções de profissionais de saúde para a saúde da gestante e do recém-nascido</i>: <a href="http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/978924504843/en/">http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/978924504843/en/</a>.</li> </ul>
<p><b>E.5.2:</b> É recomendada a redistribuição de tarefas de distribuição de suplementos nutricionais recomendados e tratamento preventivo intermitente na gestação (TPlg) para prevenção da malária para uma variedade de funções, incluindo auxiliares de parto, enfermeiras, parteiras e médicos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O mandato global de programas de redistribuição de tarefas precisa estar claramente definido e apoiado pelos principais interessados.</li> <li>Os auxiliares de parto precisam ser reconhecidos e estar integrados ao sistema, e não trabalhar sozinhos.</li> </ul>
<p><b>E.7:</b> Os modelos de APN com um mínimo de oito contatos são recomendados para reduzir a mortalidade perinatal e melhorar a experiência de atendimento da mulher.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Há comprovações de que o modelo de APNF desenvolvido nos anos 1990 está provavelmente associado com mais mortes perinatais que os modelos de APN que enfatizam pelos menos oito contatos.</li> <li>As recomendações de 2016 adicionam três visitas ao terceiro trimestre para um total de cinco contatos – em contraste com as duas visitas no modelo APNF. Durante os contatos do terceiro trimestre, os profissionais de APN devem reduzir os índices de morbidade e mortalidade preveníveis através do monitoramento sistemático do bem-estar da mãe e do feto, especialmente em relação às desordens hipertensivas e outras condições detectáveis neste período crítico.</li> </ul>
<b>Recomendações em contextos específicos</b>	
<p><b>E.2:</b> Os modelos de atendimento contínuo feito por parteiras, nos quais uma parteira conhecida ou um pequeno grupo de parteiras conhecidas oferece apoio para uma mulher durante todo o período pré-natal, intraparto e pós-natal, são recomendados para gestantes em situações com programas de parteiras bem estabelecido.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O modelo com parteiras oferece atendimento a mulheres saudáveis com gestações sem complicações, com um forte foco no cuidado centrado na mulher.</li> <li>Implantação, treinamento e apoio contínuo de parteiras, bem como acompanhamento para o número adequado de parteiras necessário para prestar atendimento de qualidade são essenciais para garantir que a filosofia do modelo seja implementada e que a aplicação do modelo seja sustentada.</li> </ul>
<p><b>E.4.1:</b> A implementação da mobilização da comunidade através de ciclos de aprendizagem e ação participativas facilitadas com grupos de mulheres é recomendada para melhorar a saúde da gestante e do recém-nascido, especialmente em zonas rurais com baixo acesso aos serviços de saúde. Grupos de mulheres participativos representam uma oportunidade para as mulheres discutirem suas necessidades durante a gestação, incluindo barreiras para obter atendimento e aumentar o apoio a gestantes.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os caminhos de influência são difíceis de avaliar pois a intervenção é multifacetada e específica do contexto. Reuniões em que as mulheres identificam as necessidades e buscam soluções desempenham um papel importante; mecanismos relacionados às atividades que são desenvolvidas, como parte da solução, também desempenham um papel importante.</li> <li>Comprovação com uma grade de baixa certeza sugere que o uso de grupos de mulheres no atendimento de serviços de APN pode reduzir a mortalidade materna.</li> </ul>
<p><b>E.4.2:</b> Pacotes de intervenções que incluam mobilização do domicílio e da comunidade e visitas pré-natais domiciliares são recomendadas para melhorar a utilização do atendimento pré-natal e dos resultados de saúde perinatais, especialmente em zonas rurais com baixo acesso aos serviços de saúde.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estas visitas não substituem o APN, mas podem ser úteis para garantir que haja a continuidade do atendimento e a promoção de comportamentos saudáveis.</li> <li>Intervenções que fortalecem os sistemas de saúde deve ser implementadas juntamente com estas intervenções baseadas na comunidade.</li> </ul>
<p><b>E.6:</b> Os legisladores devem considerar intervenções educacionais, regulamentares, financeiras e de apoio pessoal e profissional para recrutar e manter profissionais da saúde qualificados em áreas rurais e remotas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Esta recomendação é adaptada da publicação de 2010 da OMS: <i>Aumento do acesso a profissionais da saúde em áreas rurais e remotas através da retenção melhorada: recomendações de políticas globais</i> (<a href="http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/">http://www.who.int/hrh/retention/guidelines/en/</a>).</li> </ul>
<b>Recomendada apenas no contexto de pesquisa</b>	
<p><b>E.3:</b> O atendimento pré-natal de grupo fornecido por profissionais da saúde qualificados pode ser oferecido como uma alternativa ao atendimento pré-natal individual para gestantes, dependendo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>As instalações de saúde precisam ver um número suficiente de gestantes para implementar o APN em grupo, pois as mulheres devem ser agrupadas por idade gestacional.</li> </ul>

Recomendação de 2016 da OMS	Principais considerações e justificativas
das preferências da mulher e desde que a infraestrutura e os recursos para a entrega de atendimento pré-natal estejam disponíveis.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os profissionais da saúde precisam ter instalações adequadas para apoiar sessões de grupo, inclusive tendo acesso a salas grandes, bem ventiladas e protegidas, com assentos adequados. Um espaço privado deve estar disponível para os exames, e devem ser oferecidas oportunidades para conversas particulares entre a mulher e o profissional da saúde.</li> </ul>

## Intervenções nutricionais, avaliação da mãe e do feto, medidas preventivas e intervenções para sintomas fisiológicos comuns

Além de recomendações do sistema de saúde para melhorar a qualidade e a utilização do APN, as recomendações de APN de 2016 da OMS tratam de intervenções em outras quatro categorias: nutrição, avaliação da mãe e do feto, medidas preventivas e manejo de sintomas fisiológicos comuns na gestação. Como observado nas intervenções dos sistemas de saúde, a OMS classifica as recomendações por tipo de implementação e também oferece as principais considerações e justificativas para cada intervenção (consulte a Tabelas de 3 a 6).

**Tabela 3: Intervenções nutricionais abordadas pelas recomendações de 2016 da OMS**

Recomendação de 2016 da OMS	Principais considerações e justificativas
<b>Recomendações em todas as situações</b>	
<b>A.1.1:</b> Fornecer aconselhamento sobre alimentação saudável e atividades físicas para permanecer saudável e prevenir o ganho de peso excessivo durante a gestação.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Em países com poucos recursos na África subsaariana e central-sul e sudeste da Ásia, a desnutrição materna é altamente prevalente e reconhecida como um fator determinante de resultados perinatais insatisfatórios. A obesidade e o excesso de peso também estão associados com maus resultados.</li> <li>Uma dieta saudável fornece energia, proteína, vitaminas e minerais, obtidos a partir de uma variedade de alimentos. Uma dieta saudável inclui vegetais verdes e laranja, carne, peixe, feijão, nozes, grãos integrais e frutas.</li> <li>Ganho de peso gestacional normal ocorre após 20 semanas de gestação. O peso normal pode estar sujeito a variações regionais; considere o índice de massa corporal da gestação e as classificações do Instituto de Medicina, que inclui mulheres que estão abaixo do peso no início da gravidez (ou seja, abaixo de 18,5 kg/m<sup>2</sup>) e que deve ter como objetivo ganhar de 12,5 a 18 kg. Para mais informações, consulte <i>Novas recomendações para ganho total e rateado de peso durante a gestação, conforme o peso pré-gestação</i>: <a href="https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK32799/table/summary.t1/?report=objectonly">https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK32799/table/summary.t1/?report=objectonly</a>.</li> </ul>
<b>A.2.1:</b> Fornecer diariamente, por via oral, suplemento de ferro e ácido fólico, com 30 a 60 mg de ferro elementar e 400 µg (0,4 mg) de ácido fólico para prevenir a anemia materna, sepse puerperal, baixo peso ao nascer e a prematuridade.	<ul style="list-style-type: none"> <li>As causas comuns de anemia incluem deficiência de ferro, infecções (por exemplo, malária, ancilostomíase) e doenças crônicas (por exemplo, HIV).</li> <li>Em situações com elevada prevalência de anemia significativa na gestação (ou seja, pelo menos 40% das mulheres grávidas têm uma concentração de hemoglobina arterial [Hb] inferior a 110 g/L), uma dose diária de 60 mg de ferro elementar é preferível em relação a uma dose mais baixa.</li> <li>Se uma mulher for diagnosticada com anemia durante a gestação, a dose elementar de ferro deve ser aumentada para 120 mg até que sua concentração de Hb atinja um nível normal (110 g/L ou superior).</li> <li>Uma comunicação eficaz com as gestantes sobre dieta e alimentação saudável, incluindo aconselhamento sobre alimentos fontes de vitaminas e minerais, e diversidade alimentar, é parte integrante da prevenção de anemia.</li> <li>Estratégias de comunicação eficazes são vitais para melhorar a aceitabilidade e a adesão a esquemas de suplementação (por exemplo, gerenciamento de efeitos colaterais).</li> <li>Os interessados podem considerar reatribuir tarefas para a função de atendimento de saúde oferecer complementação de ferro em situações de comunidade com acesso ruim com a profissionais de saúde.</li> </ul>
<b>Recomendações em contextos específicos</b>	
<b>A.1.2:</b> Em populações subnutridas, a educação nutricional e aconselhamento para aumentar a ingestão diária de energia e proteínas é recomendada para reduzir o risco de baixo peso de recém-nascidos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>A subnutrição é geralmente definida pelo peso baixo (ou abaixo do indicado), que é o índice de massa corporal de 8,5 kg/m<sup>2</sup>. Avalie regularmente a prevalência de subnutrição.</li> <li>Entre os adultos de uma dada configuração, se 20-39% das mulheres da população estiverem abaixo do peso e essa prevalência é considerada alta; a taxa de prevalência de 40% ou mais é muito elevada.</li> <li>Considerar plataformas de entrega alternativas (conselheiros) e reatribuição de tarefas para educação e aconselhamento nutricional com apoio de um forte pacote de treinamento com orientação nutricional padronizada.</li> </ul>
<b>A.1.3:</b> Em populações desnutridas, a complementação equilibrada de energia e proteína é recomendada para reduzir o risco de natimortos e recém-nascidos com baixo peso para idade gestacional.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Esta recomendação é para populações ou situações com alta prevalência de gestantes subnutridas, não para gestantes individuais identificadas como estando subnutridas.</li> <li>Considerar a produção local de suplementos para minimizar custos e logística e garantir que haja um suprimento suficiente de suplementos; estabelecer processos de</li> </ul>

Recomendação de 2016 da OMS	Principais considerações e justificativas
	<p>garantia de qualidade para garantir que os suplementos sejam fabricados, embalados e armazenados em um ambiente controlado, não contaminado.</p>
<p><b>A.2.2:</b> A complementação intermitente de ferro e ácido fólico via oral, com 120 mg de ferro elementar e 2800 µg (2,8 mg) de ácido fólico, uma vez por semana é recomendada para melhorar resultados maternos e de recém-nascidos se o ferro diário não for aceitável devido a efeitos colaterais e em populações com prevalência de anemia entre mulheres grávidas de menos de 20%.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Esta orientação substitui as recomendações de 2012 da OMS (consulte <i>Suplemento diário de ferro e ácido fólico em gestantes</i>).</li> <li>Esta recomendação deve ser considerada juntamente com Recomendação A.2.1.</li> </ul>
<p><b>A.3:</b> Em populações com baixa ingestão de cálcio na dieta, a complementação de cálcio (1,5-2 g de cálcio elementar oral) é recomendada para reduzir o risco de pré-eclâmpsia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O aconselhamento dietético para gestantes deve promover uma ingestão adequada de cálcio por meio de alimentos ricos em cálcio disponíveis localmente.</li> <li>A divisão da dose de cálcio pode melhorar a aceitação. A complementação de cálcio deve ser de 1,5 a 2,0 g/dia, com o valor total dividido em três doses, tomadas de preferência às refeições.</li> <li>Para alcançar as mais vulneráveis, considere reatribuir tarefas de funções para fornecer suplementos de cálcio para gestantes em comunidades com acesso ruim a profissionais de saúde.</li> </ul>
<p><b>A.4:</b> A complementação de vitamina A é recomendada apenas para gestantes em áreas onde a deficiência de vitamina A é um grave problema de saúde pública, para evitar a cegueira noturna.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A vitamina A não é recomendada para melhorar resultados maternos ou perinatais.</li> <li>Quando a complementação é indicada, como em áreas onde a deficiência de vitamina A é considerada um grave problema de saúde pública, dê a vitamina A diária ou semanalmente (até 10.000 UI por dia ou dose semanal de até 25.000 UI) para prevenir a cegueira noturna.</li> </ul>
<p><b>A.10:</b> Para as gestantes com alta ingestão diária de cafeína (mais de 300 mg por dia), é recomendável reduzir a ingestão diária durante a gestação para reduzir o risco de aborto e baixo peso de recém-nascidos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A cafeína é um estimulante encontrado no chá, café, refrigerantes, chocolate, noz e alguns remédios de venda não controlada. O café é provavelmente a fonte mais comum de ingestão de cafeína.</li> <li>As gestantes devem ser informadas de que um consumo diário de mais de 300 mg de cafeína está provavelmente associado com um maior risco de perda gestacional e com um recém-nascido de baixo peso ao nascer.</li> </ul>
<b>Recomendada apenas no contexto de pesquisa</b>	
<p><b>A.5:</b> A complementação com zinco é recomendada apenas para gestantes no contexto de pesquisa rigorosa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A comprovação classificada como baixa certeza sugere que a complementação de zinco pode reduzir o nascimento prematuro, e este resultado merece uma investigação mais aprofundada, especificamente no que diz respeito às estratégias de fortificação de alimentos.</li> </ul>

**Tabela 4: Avaliação da mãe e do feto**

Recomendação de 2016 da OMS	Principais considerações e justificativas
<b>Recomendações em todas as situações</b>	
<p><b>B.1.4:</b> Classificar a hiperglicemia detectado pela primeira vez a qualquer momento durante a gestação como diabetes melito gestacional (DMG) ou diabetes melito na gravidez, de acordo com os critérios da OMS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A OMS não tem, no momento, uma recomendação sobre se ou como fazer a triagem para a DMG em todas as gestantes; o período de tempo habitual para diagnosticar a DMG é em 24-28 semanas de gestação.</li> <li>Persistem incertezas sobre a relação custo-benefício das estratégias de triagem, a prevalência da DMG e diabetes melito em diversas populações, e o impacto de um diagnóstico precoce nos resultados da gravidez.</li> <li>As mulheres cuja hiperglicemia (diabetes melito, DMG) é detectada durante a gravidez estão em maior risco de resultados adversos da gravidez, incluindo macrosomia, pré-eclâmpsia/doença hipertensiva específica e/ou distócia do ombro. O tratamento da DMG pode reduzir a probabilidade de ter resultados adversos na gravidez.</li> </ul>
<p><b>B.1.5:</b> Perguntar sobre o uso do tabaco (passado e presente) e exposição ao fumo passivo o mais cedo possível durante a gravidez e a cada visita do APN.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Os profissionais da saúde devem rotineiramente oferecer aconselhamento e intervenções psicossociais para a cessação do tabaco ou para a redução da exposição ao fumo passivo, ou ambos.</li> <li>Para mais orientações, consulte <i>Recomendações da OMS para a prevenção e manejo do uso do tabaco e a exposição ao fumo passivo na gestação</i>: <a href="http://www.who.int/tobacco/publications/pregnancy/guidelinstobaccosmokeexposure/en/">http://www.who.int/tobacco/publications/pregnancy/guidelinstobaccosmokeexposure/en/</a>.</li> </ul>
<p><b>B.1.6:</b> Pergunte sobre o uso de álcool e outras substâncias (passado e presente) o mais cedo possível durante a gravidez e a cada visita de APN.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Perguntar rotineiramente sobre o uso de álcool é importante pois algumas mulheres são mais propensas a relatar informações importantes somente depois que uma relação de confiança é estabelecida.</li> <li>Os profissionais da saúde devem estar preparados para intervir no caso de haver dependência de álcool ou de outra substância.</li> </ul>

Recomendação de 2016 da OMS	Principais considerações e justificativas
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Para obter mais orientações, consulte <i>Orientações para a identificação e manejo do uso de substâncias e transtornos decorrente do uso de substâncias na gravidez</i>: <a href="http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/">http://www.who.int/substance_abuse/publications/pregnancy_guidelines/en/</a>.</li> </ul>
<p><b>B.1.7:</b> Em situações de alta prevalência, implementar teste e aconselhamento iniciados pelo profissional para HIV em todas as configurações. Em situações de baixa prevalência, o teste e aconselhamento iniciado pelo profissional podem ser considerados em situações de APN como um componente chave do esforço para eliminar a transmissão de HIV da mãe para o filho; integrar teste de HIV com o de sífilis, viral ou outros testes importante, conforme a relevância para a situações e fortalecer os sistemas de saúde de apoio à mãe e ao filho.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A disponibilidade de testes determina, muitas vezes, um alto nível de conhecimento do status de HIV entre as mulheres, ampliando os benefícios do tratamento antirretroviral.</li> <li>Para obter mais orientações sobre o teste de HIV, consulte <i>Orientações consolidadas sobre serviços de teste de HIV</i>: <a href="http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/">http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/hiv-testing-services/en/</a>.</li> <li>Além disso, consulte <i>Orientação sobre quando iniciar a terapia antirretroviral e profilaxia pré-exposição para HIV</i>: <a href="http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/">http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/</a>.</li> </ul>
<p><b>B.2.4:</b> Fornecer um ultrassom antes de 24 semanas de gestação (ultrassom inicial) para estimar a idade gestacional (IG), melhora a detecção de anomalias fetais e de gestações múltiplas, reduz a indução do trabalho de parto para a gravidez pós-termo e melhor a experiência gestacional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Uma ultrassonografia de rotina após 24 semanas de gestação não é recomendada para gestantes que tiveram um ultrassom inicial. No entanto, os interessados podem considerar um ultrassom posterior para identificar o número de fetos, a apresentação fetal e a localização da placenta se um ultrassom inicial não tiver sido feito.</li> <li>Uma ultrassonografia executada corretamente aumenta a precisão da avaliação da idade gestacional, que pode suportar o manejo adequado do risco de nascimento pré-termo e pós-termo.</li> <li>O suporte do sistema de saúde para um mínimo padrão de serviços de ultrassom, encaminhamento adequado e manejo de complicações identificadas por ultrassom é essencial. Consulte <i>Resumo da Política de Ultrassom de APN de 2016 da OMS</i> (<a href="http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259946/1/WHO-RHR-18.01-eng.pdf">http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/259946/1/WHO-RHR-18.01-eng.pdf</a>).</li> </ul>
Recomendações em contextos específicos	
<p><b>B.1.1:</b> O hemograma completo é o método recomendado para diagnóstico de anemia gestacional. Em contextos onde o hemograma não está disponível, o teste de hemoglobina no local com um medidor de hemoglobina é recomendado em relação ao uso da escala de dor de hemoglobina como o método para diagnóstico de anemia gestacional.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>O medidor de hemoglobina é mais sensível e mais específico para detectar anemia de moderada a grave do que a escala de cor de hemoglobina.</li> <li>O desenvolvimento e/ou investigação de outros métodos de baixo custo de detecção local são necessários.</li> </ul>
<p><b>B.1.2:</b> A cultura de urina de jato médio é o método recomendado para diagnóstico da bacteriúria assintomática (ASB) na gravidez. Em contextos em que a cultura da urina não está disponível, a coloração de Gram de urina de jato médio é recomendada em relação ao uso de testes de vareta como o método para diagnóstico de ASB na gravidez.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Esta recomendação deve ser considerada juntamente com recomendação C.1 (Tratamento de ASB) (consulte a Tabela 5).</li> <li>O ASB é um tema prioritário para a investigação.</li> </ul>
<p><b>B.1.3:</b> A investigação clínica sobre a possibilidade de violência por parceiro íntimo (VPI) deve ser fortemente considerada em visitas de APN ao avaliar as condições que podem ser causadas ou complicadas pela VPI, de modo que o diagnóstico clínico e atendimento posterior possam ser melhorados. Esta intervenção só é adequada quando existe a capacidade de fornecer uma resposta de apoio (incluindo o encaminhamento, quando necessário) e onde sejam cumpridos os requisitos mínimos da OMS.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A "triagem universal" ou "consulta de rotina" (ou seja, perguntar a todas as mulheres em todos os encontros de atendimento de saúde) sobre VPI não é recomendada.</li> <li>No entanto, as recomendações da OMS identificam o APN como uma situação em que a consulta de rotina possa ser implementada se os profissionais forem bem treinados em primeira linha de resposta e os requisitos mínimos sejam cumpridos.</li> <li>As condições mínimas para os profissionais da saúde perguntarem e discutirem a VPI com mulheres são: é seguro fazê-lo (ou seja, o parceiro da mulher não está presente) e a identificação da VPI é seguida por uma resposta adequada.</li> <li>Os profissionais devem ser treinados para fazer perguntas e responder apropriadamente às mulheres que divulgarem a VPI.</li> <li>Para determinar se os requisitos mínimos da OMS são cumpridos, os profissionais de atendimento de saúde devem consultar o documento <i>Resposta à violência por parceiros íntimos e a violência sexual contra as mulheres</i>: <a href="http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/">http://www.who.int/reproductivehealth/publications/violence/9789241548595/en/</a>.</li> </ul>
<p><b>B.1.8:</b> Em situações em que a prevalência de tuberculose na população geral é de 100 por 100.000 pessoas ou</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A tuberculose aumenta o risco de parto prematuro, morte perinatal e outras complicações na gravidez.</li> </ul>

Recomendação de 2016 da OMS	Principais considerações e justificativas
mais, a triagem sistemática para tuberculose ativa deve ser considerada para gestantes como parte do APN.	<ul style="list-style-type: none"> <li>O início precoce do tratamento da tuberculose em vez de um início mais tardio está associado com melhores resultados em mães e recém-nascidos.</li> <li>Para entender melhor o peso local da tuberculose na gravidez, os sistemas de saúde devem capturar o estado de gravidez em registros que rastreiam a triagem e o tratamento da tuberculose.</li> <li>Para mais informações, consulte <i>Triagem sistemática para tuberculose ativa: princípios e recomendações</i>: <a href="http://www.who.int/tb/tbscreening/en/">http://www.who.int/tb/tbscreening/en/</a>.</li> </ul>
<b>B.2.2:</b> Substituir a palpação abdominal com a medição da altura do fundo do útero (AFU) para a avaliação do crescimento fetal não é recomendada para melhorar resultados perinatais. Uma mudança do que é geralmente praticado (palpação abdominal ou medição de AFU) em uma determinada situação não é recomendada.	<ul style="list-style-type: none"> <li>A medição de AFU medida é praticada rotineiramente em muitas situações de APN. Devido à falta de provas claras com precisão ou superioridade de qualquer medição de AFU ou a palpação abdominal clínica para avaliar o crescimento fetal, a OMS não recomenda uma mudança na prática.</li> <li>A AFU carece de provas, e não propriamente eficácia, especialmente em países de média e baixa renda.</li> </ul>
<b>Recomendada apenas no contexto de pesquisa</b>	
<b>B.2.1:</b> Contagem de movimento fetal diário, como com diagramas de chute "conte até 10", só é recomendada no contexto de pesquisa rigorosa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>A contagem dos movimentos fetais de <i>rotina</i> não é recomendada; porém, gestantes saudáveis devem ser informadas da importância dos movimentos fetais no terceiro trimestre e de relatar redução em movimentos fetais ao seu profissional de atendimento de saúde.</li> <li>Durante um contato de APN, os profissionais devem perguntar sobre a percepção materna dos movimentos fetais como parte da boa prática clínica.</li> <li>Mulheres que percebem movimentos fetais reduzidos ou baixos requerem monitoramento futuro (por exemplo, contagem de movimentos fetais diários) e investigação, se indicado.</li> </ul>

**Tabela 5: Medidas preventivas**

Recomendação de 2016 da OMS	Principais considerações e justificativas
<b>Recomendações em todas as situações</b>	
<b>C.1:</b> Fornecer um esquema de antibiótico de sete dias para as gestantes com bacteriúria assintomática (ASB) para evitar bacteriúria persistente, nascimento prematuro e baixo peso do recém-nascido.	<ul style="list-style-type: none"> <li>A ASB é um tópico de investigação prioritária dado a sua associação com a prematuridade.</li> <li>As partes interessadas podem desejar considerar análises específicas de contexto e tratamento em conjunto com prevalência de nascimento pré-termo.</li> <li>Comprovação em prematuridade é classificada como baixa certeza; os testes são necessários para avaliar os efeitos sobre a prematuridade e mortalidade perinatal em países de média e baixa renda.</li> <li>Os indicadores de nascimento pré-termo e resistência antimicrobiana devem ser monitorados.</li> </ul>
<b>C.5:</b> Fornecer vacinação de tétano para todas as gestantes, dependendo da exposição anterior ao tétano, para evitar a mortalidade neonatal por tétano.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Esta recomendação é consistente com o que é dito em <i>Imunização materna contra tétano da OMS</i> <a href="http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/immunization_tetanus.pdf">http://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/immunization_tetanus.pdf</a>: <ul style="list-style-type: none"> <li>Se uma mulher grávida não tiver sido previamente vacinada ou se o seu status de imunização for desconhecido, ela deve receber duas doses da vacina contendo toxóide tetânico (TTCV) com 1 mês de diferença, sendo a segunda dose dada pelo menos 2 semanas antes do parto.</li> <li>Na maioria das pessoas, duas doses protegem contra a infecção por tétano por 1-3 anos. É recomendada uma terceira dose 6 meses após a segunda dose, que deve estender a proteção da vacina para, pelo menos, 5 anos.</li> <li>Mais duas doses para mulheres que são vacinadas contra o tétano pela primeira vez durante a gestação devem ser dadas após a terceira dose, nos 2 anos subsequentes, ou durante duas gestações posteriores.</li> </ul> </li> <li>Se uma mulher recebeu de uma a quatro doses de um TTCV no passado, ela deve receber uma dose de TTCV durante cada uma de suas gestações posteriores, até um total de cinco doses (cinco doses protege uma mulher durante todo o período fértil).</li> <li>A cada contato de APN, os profissionais devem verificar o estado de vacinação de mulheres grávidas e administrar vacinas recomendadas no calendário nacional de imunização.</li> <li>Os contatos também são oportunidades para explicar a importância da vacinação infantil e informar o calendário de vacinação de crianças para a gestante.</li> </ul>
<b>Recomendações em contextos específicos</b>	
<b>C.4:</b> Em áreas endêmicas, o tratamento preventivo anti-helmíntico é recomendado para gestantes após o	<ul style="list-style-type: none"> <li>Áreas endêmicas são áreas onde a prevalência de infecção de ancilóstomo e/ou lombrigas é 20% ou mais e a prevalência de anemia entre as mulheres grávidas é de 40% ou mais.</li> </ul>

Recomendação de 2016 da OMS	Principais considerações e justificativas
primeiro trimestre, como parte de programas de redução de infecção.	<ul style="list-style-type: none"> <li>A segurança não foi claramente estabelecida para uso destas drogas anti-helmínticas na gravidez, mas os benefícios de tomar estes medicamentos são considerados como compensando as desvantagens.</li> </ul>
<p><b>C.6:</b> Em áreas endêmicas de malária na África, o tratamento preventivo intermitente com sulfadoxina-pirimetamina (TPIg-SP) é recomendada para todas as gestantes.<sup>6</sup> A dosagem deve começar no segundo trimestre de gestação e ser dada com pelo menos um mês de diferença, com o objetivo de garantir que pelo menos três doses sejam recebidas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>A recomendação de TPIg de APN 2016 está baseada nas orientações da OMS <i>Tratamento da malária, terceira edição</i> (<a href="http://www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241549127/en/">www.who.int/malaria/publications/atoz/9789241549127/en/</a>). Os destaques incluem o seguinte: <ul style="list-style-type: none"> <li>A infecção por malária durante a gravidez traz riscos substanciais para a mãe, para o feto e para o recém-nascido.</li> <li>A prevenção da malária e intervenções de controle recomendadas pela OMS inclui a promoção e utilização de mosquiteiros tratados com inseticida adequadas e manejo imediato do caso, além de administração de TPIg-SP em áreas com moderada para alta transmissão de <i>Plasmodium falciparum</i>.</li> <li>Três ou mais doses de SP, em comparação com apenas duas doses, estão associadas à redução da parasitemia materna, menor número de crianças nascidas com baixo peso e aumento da média de peso ao nascer.</li> <li>As gestantes em zonas de malária endêmica TPIg-SP devem começar o mais cedo possível durante o segundo trimestre (ou seja, 13 semanas); os legisladores de políticas do sistema de saúde devem promover o contato dos sistemas de saúde com mulheres com 13 semanas de gestação.</li> <li>O SP atua interferindo com a síntese do ácido fólico em parasitas portadores da malária. Há provas de que altas doses de ácido fólico suplementado (ou seja, pelo menos 5 mg por dia) podem interferir com a eficácia do SP em mulheres grávidas. Os países deveriam garantir que adquirem e distribuem suplementos de ácido fólico para uso pré-natal na dosagem recomendada (ou seja, 0,4 mg/dia).</li> </ul> </li> </ul>
<p><b>C.7:</b> Profilaxia pré-exposição oral contendo tenofovir disoproxil fumarate deve ser oferecida como uma opção adicional de prevenção para gestantes em risco substancial de infecção por HIV, como parte de uma combinação de abordagens de prevenção.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estar em risco substancial é definido como viver em uma área com uma taxa de incidência de HIV maior do que 3 por 100 pessoas-anos, sem profilaxia pré-exposição. No entanto, o risco individual para o HIV varia de acordo com o comportamento individual e as características dos parceiros sexuais. As provas epidemiológicas sobre fatores de risco e a incidência de HIV devem ser utilizadas para informar a implementação.</li> <li>Além disso, consulte <i>Orientação sobre quando iniciar a terapia antirretroviral e profilaxia pré-exposição para HIV</i>: <a href="http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/">http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/earlyrelease-arv/en/</a>.</li> </ul>
<b>Recomendada apenas no contexto de pesquisa</b>	
<p><b>C.2:</b> A administração de profilaxia antibiótica para prevenir infecções urinárias recorrentes em gestantes só é recomendada no contexto de pesquisa rigorosa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>São necessários mais estudos para determinar as melhores estratégias para prevenir a recorrência de infecções do trato urinário durante a gestação, incluindo os efeitos da profilaxia antibiótica relacionadas a desfechos da gestação e resistência aos antimicrobicos.</li> </ul>
<p><b>C.3:</b> A administração de profilaxia pré-natal com imunoglobulina anti-D em mulheres com Rh negativo não sensibilizadas com 28 a 34 semanas de gestação para evitar a eritoblastose fetal só é recomendada no contexto de pesquisa rigorosa</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Esta recomendação de pesquisa diz respeito à entrega de profilaxia anti-D durante a gravidez e não à prática de dar antígeno anti-D após o parto, para a qual não existe certeza de alta comprovação do seu efeito na redução de eritoblastose fetal em gestações posteriores. A imunoglobulina anti-D deve ainda ser dada pós-natal quando indicado.</li> </ul>

**Tabela 6: Intervenções recomendadas para manejo de sintomas fisiológicos comuns na gestação**

Sintomas	Intervenções
	Adaptar e implementar com base nas opções disponíveis e preferência da mulher.
<b>Recomendações em todas as situações</b>	
Náusea e vômito	<b>D.1:</b> gengibre, camomila, vitamina B6 e/ou acupuntura para alívio de náuseas no início da gravidez
Azia	<b>D.2:</b> Aconselhamento sobre dieta e estilo de vida para prevenir e aliviar a azia na gravidez, preparações antiácidas para mulheres com sintomas incômodos não aliviados por mudanças de estilo de vida
Cãibras	<b>D.3:</b> Magnésio, cálcio ou opções de tratamento não farmacológicas para alívio de câibras na gestação
Dor pélvica/nas costas	<b>D.4:</b> Exercício regular durante toda a gravidez para evitar dor pélvica/traseira baixa; diferentes opções de tratamento podem ser utilizadas, como fisioterapia, acupuntura e correias de suporte
Constipação	<b>D.5:</b> Suplementos de fibra para aliviar a prisão de ventre na gestação se o estado não responder à modificação dietética
Varizes e edema	<b>D.6:</b> Opções não farmacológicas, como meias de compressão, elevação da perna e imersão em água para manejo de varizes e edema durante a gestação

<sup>6</sup> Esta recomendação deve ser seguida para tratar todas as gestantes que não estão recebendo o cotrimoxazol.



## Considerações sobre a política e o programa

O objetivo das recomendações de APN de 2016 da OMS é melhorar a utilização e a qualidade do atendimento de rotina dentro do contexto da saúde centrada na pessoa e bem-estar, como parte de uma abordagem mais ampla, baseada em direitos. A execução bem-sucedida destas recomendações requer o **fornecimento integrado de intervenções de saúde materna, nutrição, imunização, antimaláricos, tuberculose e HIV usando o APN como plataforma comum**. Como o APN é muitas vezes uma plataforma subutilizada para a saúde materna e perinatal, as intervenções de APN que são fornecidas através de uma plataforma de entrega de serviços integrados podem apoiar os esforços que fortalecem os sistemas de saúde.<sup>7</sup> Os países vão variar de acordo com o que recomenda as intervenções de APN que estão sendo aplicadas, precisam ser introduzidas ou precisam ser entregues com maior qualidade. Os países são incentivados a disseminar as recomendações dos principais componentes e para acionar um **processo com várias partes interessadas** para desenvolver um **roteiro custeado de APN operacional** para adotar e implementar as recomendações – tanto como parte de uma estratégia nacional de saúde materna, neonatal, infantil (SMNI) ou uma estratégia de APN específica. As principais partes interessadas a considerar envolver incluem representantes dos seguintes grupos: SMNI do Ministério da Saúde, departamentos de malária, tuberculose, HIV e nutrição; parceiros de implementação do Ministério da Saúde, ministério de finanças e da educação; instituições de ensino; associações profissionais; setor privado; líderes comunitários; grupos de mulheres e grupos de consumidores. Considerações sobre políticas e programas selecionados são apresentadas abaixo.

### Considerações de políticas nacionais

- Analisar o quadro epidemiológico do país para determinar quais recomendações contextuais e universais adotar.
- Analisar as plataformas de entrega de serviço de APN estabelecidas e ativos do sistema de saúde do país para definir as intervenções do sistema de saúde e políticas associadas a adotar (por exemplo, desenvolver uma política de reatribuição de tarefas de APN).
- Analisar e atualizar os protocolos clínicos nacionais de APN, normas e regras baseadas nas recomendações adotadas.
- Analisar custos projetados para implementar um roteiro de APN no país, e o roteiro para um plano de financiamento.

### Considerações na implementação do programa

#### *Governança e envolvimento dos principais interessados em vários níveis do sistema*

- A implementação eficaz das recomendações de APN de 2016 exigirão liderança e envolvimento dos principais interessados em todo o sistema de saúde.
- Os principais interessados em muitas situações podem incluir os legisladores nacionais, gestores regionais/distritais no Ministério da Saúde, gestores das instalações, profissionais de atendimento da saúde das instalações, líderes comunitários e agentes de saúde, mulheres e familiares.
- Idealmente, um roteiro de APN do país incluirá um plano específico para os trabalhadores da saúde no setor privado.
- Os representantes comunitários e das mulheres podem atuar para a inclusão de necessidades e preferências das famílias e das mulheres no projeto e implementação de um modelo de APN atualizado para o país.

#### *Sistemas de informação*

- Revisar e atualizar os indicadores de APN para incorporar no Sistema de Informação de Manejo de Saúde do país, para que possam ser utilizados pelos principais atores e partes interessadas.
- Revisar e atualizar (ou introduzir) registros padronizados de APN, caderno de notas mantidos pelas mulheres e outras ferramentas de dados necessários para rastrear dados de APN priorizados (em todos os níveis de sistema e todos os locais de contato de APN).

<sup>7</sup> Tunçalp O, Pena-Rosas JP, Lawrie T, Bucagu M, Oladapo OT, Portela A, et al. WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience—going beyond survival. BJOG: International Journal of Obstetrics & Gynaecology. 2017;124(6):860–862. doi:10.1111/1471-0528.14599.

## Commodities e apoio logístico

- Planejar como adquirir, distribuir e financiar novos commodities de APN.
- Fortalecer sistemas de logística para commodities de APN essenciais.
- Verifique se há disponibilidade de registros de APN e registros (em todos os locais de contato de APN).

## Apoio de recursos humanos

- Revisar e atualizar o escopo de prática para cada setor de profissional de APN, que inclui regulação, licenciamento e mecanismos de desenvolvimento profissional contínuo (por exemplo, enfermeiras, parteiras, auxiliares de saúde, trabalhadores de saúde da comunidade, médicos).
- Reforçar a implantação de partos por parteiras, treinamento, supervisão de apoio e apoio profissional.
- Desenvolver um plano de reatribuição de tarefas de APN, incluindo use de auxiliares de parto, trabalhadores de saúde comunitários e enfermeiras auxiliares para promover comportamentos relacionados à saúde e distribuição das principais commodities (por exemplo, TPIg, suplementos nutricionais recomendados).
- Colaborar com instituições de ensino e governo para desenvolver um currículo baseado em competências que ajuda os alunos a adquirir competências de APN centradas na pessoa para implementar as novas recomendações de APN.
- Revisar e atualizar os treinamentos de APN pré e em serviço, estratégias educacionais e de supervisão de APN e ferramentas/materiais específicos de APN.
- Explorar abordagens inovadoras de construção de capacidade para sustentar a prestação de serviços de APN de alta qualidade que se alinham com recomendações da OMS.
- Desenvolver/atualizar materiais de comunicação e aconselhamento das pacientes para a promoção de comportamentos saudáveis.

## Modelo de APN – organização e entrega de contatos de APN

- Desenvolver um modelo de entrega de serviço de APN sustentável para o contexto do país, que define como os serviços serão organizados para entregar um pacote principal de APN, especificamente qual conjunto de intervenções será fornecido em cada contato e por quem (função), onde (em nível do sistema) e como (plataforma).
- Definir mecanismos para garantir que haja coordenação dos cuidados através de pontos de contato, incluindo a instalação de conexões entre comunidade e instalação e supervisão de apoio de serviços, atividades e trabalhadores de saúde auxiliares com base comunitária.
- Apoiar a reorganização dos serviços de APN e/ou fluxo de cliente, conforme necessário, para reduzir tempos de espera, melhorar a eficiência da prestação de serviços e a satisfação entre clientes e fornecedores.
- Atividades de apoio para melhorar a qualidade de APN, incluindo o suporte a serviços e equipes de saúde para identificar e superar barreiras do sistema de saúde e da prestação de serviços local para fornecer resultados, baseados em serviços de APN respeitosos, e rastrear um pequeno número de processos de qualidade de atendimento de APN e indicadores de resultado para monitorar a qualidade e a experiência da mulher no atendimento gestacional.
- Definir e implementar programas de atividades para promover o acesso das mulheres a informações oportunas e relevantes sobre assuntos biomédicos, fisiológicos, comportamentais e socioculturais; e fornecer apoio social, emocional, psicológico eficaz e respeitoso às mulheres durante a gestação.

## Monitoramento, avaliação e aprendizagem do programa

- Reforçar a coleta e utilização de um conjunto mínimo de dados de APN para apoiar a tomada de decisões clínicas, manejo de programas, da melhoria da qualidade e de vigilância destinados a melhorar a saúde materna, APN e resultados perinatais.
- Definir os marcos de implementação para o roteiro de APN e monitorar cada etapa para reforçar a execução e informar a aprendizagem contínua.
- Apoiar a pesquisa de implementação para informar a introdução e a escala de novas e/ou complexas intervenções de APN recomendadas como parte de investigação.

© MCSP [2018]

Alguns direitos reservados. Este trabalho está disponível sob a licença do Creative Commons Attribution-NonCommercial-ShareAlike 3.0 IGO (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo>).

Organização Mundial da Saúde (OMS). Recomendações da OMS sobre atendimento pré-natal para uma experiência gestacional positiva: Genebra, Suíça: OMS; 2016. Licença: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. A OMS não é responsável pelo conteúdo ou precisão desta tradução. A edição original em inglês representa a edição juridicamente vinculante e autêntica.

Todas as precauções razoáveis foram tomadas pela MCSP e USAID para verificar as informações contidas na presente publicação. No entanto, o material publicado está sendo distribuído sem nenhum tipo de garantia expressa ou implícita. A responsabilidade pela interpretação e a utilização do material depende do leitor. O conteúdo não reflete necessariamente as opiniões da MCSP, USAID ou do Governo dos EUA. Este documento foi possibilitado pelo suporte generoso do povo estadunidense através da Agência dos EUA para Desenvolvimento Internacional (USAID) conforme os termos do Acordo de Cooperação AID-OAA-A-14-00028.

Para obter mais informações sobre as orientações da OMS entre em contato com [reproductivehealth@who.int](mailto:reproductivehealth@who.int) ou [mncah@who.int](mailto:mncah@who.int).

**Departamento de Saúde Materna, Neonatal, Infantil e do Adolescente da OMS**

**[http://www.who.int/maternal\\_child\\_adolescent](http://www.who.int/maternal_child_adolescent)**

**Departamento de Saúde e Pesquisa Reprodutiva da OMS**

**<http://www.who.int/reproductivehealth>**

**Departamento de Nutrição para Saúde e Desenvolvimento da OMS**

**<http://www.who.int/nutrition/en/>**