

MINISTÉRIO DA SAÚDE



ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

MANUAL TÉCNICO

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Manual Técnico

MINISTÉRIO DA SAÚDE
BRASÍLIA 2000

MINISTRO DA SAÚDE

José Serra

SECRETÁRIO DE POLÍTICAS DE SAÚDE

João Yunes

DEPARTAMENTO DE GESTÃO DE POLÍTICAS ESTRATÉGICAS

Ana Figueiredo

COORDENADORA DAS AÇÕES DE SAÚDE DA MULHER

Tania Di Giacomo do Lago

SECRETÁRIO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Renílson Rehen de Souza

DEPARTAMENTO DE ASSISTÊNCIA À SAÚDE

Cláudio Duarte da Fonseca

COORDENADORA DE ATENÇÃO BÁSICA

Heloísa Machado de Souza

3ª EDIÇÃO - REVISÃO TÉCNICA

- Angel P. Parras
- Elcylene Leocádio
- Janine Schirmer
- José Ferreira Nobre Formiga Filho
- Martha Lígia Fajardo
- Milton Menezes da Costa Neto
- Paulo Afonso Kalume Reis
- Pedro Pablo Chacel
- Regina Coeli Viola
- Ricardo Fescina
- Suzanne Serruya

COLABORAÇÃO

Alunas do Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Concentração em Enfermagem Obstétrica da Universidade Federal de São Paulo.

ILUSTRADOR

Fernando Castro Lopes

© 2000. Ministério da Saúde

Saúde da Mulher - Ministério da Saúde

Esplanada dos Ministérios, Bl. G, 6º andar - CEP: 70.058-900 - Brasília, DF

Tel.: (061) 315-2869 - Fax: (061) 322-3912

1ª ed. 1986 - 2ª ed. 1988.

Assistência Pré-natal: Manual técnico/equipe de elaboração: Janine Schirmer et al. - 3ª edição - Brasília: Secretaria de Políticas de Saúde - SPS/Ministério da Saúde, 2000.66p.

ISBN: 85-334-0138-8

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	5
1. ACOLHIMENTO.....	7
2. ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL.....	9
2.1 Construindo a Qualidade no Pré-natal.....	9
2.2 Educação e Saúde	9
2.3 Visitas Domiciliares	10
2.4 Preparo para Parto e Nascimento Humanizados.....	11
2.5 Condições Básicas para Organização da Assistência Pré-natal	12
3. ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL.....	17
3.1 Diagnóstico da Gravidez.....	17
3.2 Calendário de Consultas.....	18
3.3 Consultas	19
3.4 Padronização de Procedimentos e Condutas.....	23
4. FATORES DE RISCO REPRODUTIVO	25
4.1 Fatores de Risco na Gravidez	25
5. MEDIDA DO PESO	27
5.1 Interpretação do Indicador e Condutas nos Diferentes Casos	31
6. CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL.....	35
7. VERIFICAÇÃO DA PRESENÇA DE EDEMA.....	37
8. MEDIDA DA ALTURA UTERINA/ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO FETAL.....	39
8.1 Interpretação do Traçado Obtido e Condutas.....	41
9. AUSCULTA DOS BATIMENTOS CARDIOFETAIS.....	43
10. EXAMES LABORATORIAIS NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E CONDUTAS	45
10.1 Teste Anti-HIV na Gravidez.....	47
10.2 Esquema Recomendado para Detecção de Diabetes Mellitus Gestacional	47
11. VACINAÇÃO ANTITETÂNICA.....	49
12. NÍVEIS DE EXECUÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL.....	51
13. ANEXOS	53
I. Técnicas Padronizadas para o Exame Clínico e Obstétrico	53
II. Condutas nas Queixas mais Frequentes na Gestação Normal	59
III. Aconselhamento Pré e Pós-teste Anti-HIV na Gravidez.....	62
IV. Bibliografia Consultada.....	65

APRESENTAÇÃO

Para que a gravidez transcorra com segurança, são necessários cuidados da própria gestante, do parceiro, da família e, especialmente, dos profissionais de saúde.

A atenção básica na gravidez inclui a prevenção, a promoção da saúde e o tratamento dos problemas que ocorrem durante o período gestacional e após parto.

O Ministério da Saúde está publicando estas normas de atenção ao pré-natal, com a finalidade de oferecer referências para a organização da rede assistencial, capacitação profissional e normatização das práticas de saúde. As secretarias estaduais e municipais de saúde devem adaptar, colocar em prática e avaliar a aplicação destas normas, visando à melhoria da qualidade do pré-natal em todo o país.

Melhorar a assistência à saúde, convém ressaltar, depende também da atenção que cada profissional dedica à sua paciente.

JOSÉ SERRA

Ministro da Saúde

"acolher:

1. dar acolhida a; dar agasalho a;
2. dar crédito a; dar ouvidos a;
3. admitir, aceitar, receber,;
4. tomar em consideração."

(AURÉLIO)

Cabe à equipe de saúde, ao entrar em contato com uma mulher gestante, na unidade de saúde ou na comunidade, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família.

O contexto de cada gestação é determinante para o seu desenvolvimento bem como para a relação que a mulher e a família estabelecerão com a criança desde as primeiras horas após o nascimento. Interfere, também, no processo de amamentação e nos cuidados com a criança e com a mulher. Um contexto favorável fortalece os vínculos familiares, condição básica para o desenvolvimento saudável do ser humano.

Assim, a história que cada mulher grávida traz deve ser acolhida integralmente, a partir do relato da gestante e de seus acompanhantes. São também parte desta história os fatos, emoções ou sentimentos percebidos pelos membros da equipe envolvida no pré-natal.

Contando sua história, as grávidas esperam partilhar experiências e obter ajuda. Assim, a assistência pré-natal torna-se um momento privilegiado para discutir e esclarecer questões que são únicas para cada mulher e seu parceiro, aparecendo de forma individualizada, até mesmo para quem já teve outros filhos. Temas tabus, como a sexualidade, poderão suscitar dúvidas ou necessidade de esclarecimentos.

O diálogo franco, a sensibilidade e a capacidade de percepção de quem acompanha o pré-natal são, condições básicas para que o saber em saúde seja colocado à disposição da mulher e sua família - atores principais da gestação e parto.

Uma escuta aberta, sem julgamentos nem preconceitos, que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança, fortalece a gestante no seu caminho até o parto e ajuda a construir o conhecimento sobre si mesma, levando a um nascimento tranquilo e saudável.

Escutar uma gestante é algo mobilizador. A presença da grávida remete à condição de poder ou não gerar um filho, sendo-se homem ou mulher. Suscita solidariedade, apreensão. Escutar é um ato de autoconhecimento e reflexão contínua sobre as próprias fantasias, medos, emoções, amores e desamores. Escutar é desprendimento de si. Na escuta, o sujeito se dispõe a conhecer aquilo que talvez esteja muito distante de sua experiência de vida e por isso exige um grande esforço para compreender e ser capaz de oferecer ajuda, ou melhor, trocar experiências.

As mulheres estão sendo estimuladas a fazer o pré-natal e estão respondendo a esse chamado. Elas acreditam que terão benefícios quando procuram os serviços de saúde. Depositam confiança e entregam seus corpos aos cuidados de pessoas autorizadas, legalmente, a cuidarem delas.

Como abrir mão dos papéis predeterminados socialmente, reaprender a fala popular, aproximar-se de cada sujeito respeitando sua singularidade e não perdendo de vista seu contexto familiar e social? Como ser capaz de corresponder à confiança que as mulheres demonstram ao aderir à assistência pré-natal? As respostas a essas perguntas são da competência de cada pessoa que escolheu trabalhar com a prática geral da saúde ou, especificamente, com gestantes, ou ainda que, por força das circunstâncias, se depara com essa função no seu dia a dia. Um desafio a ser aceito.

Ao Ministério da Saúde compete estabelecer políticos e normas técnicas para a atenção pré-natal de boa qualidade. Além dos equipamentos e instrumental necessários, deve-se levar em conta a capacitação da equipe de saúde.

O manual de pré-natal aqui apresentado foi elaborado com o propósito de oferecer parâmetros para esses serviços. Deverá ser adaptado às condições locais, garantindo-se, no entanto, o atendimento integral e os requisitos básicos para promoção do parto normal, sem complicações e com prevenção das principais afecções perinatais.

2.1. CONSTRUINDO A QUALIDADE NO PRÉ-NATAL

O principal objetivo da assistência pré-natal é acolher a mulher desde o início de sua gravidez - período de mudanças físicas e emocionais -, que cada gestante vivencia de forma distinta. Essas transformações podem gerar medos, dúvidas, angústias, fantasias ou simplesmente a curiosidade de saber o que acontece no interior de seu corpo.

Na construção da qualidade da atenção pré-natal está implícita a valorização desses aspectos, traduzida em ações concretas que permitam sua integração no conjunto das ações oferecidas.

Em geral, a consulta de pré-natal envolve procedimentos bastante simples, podendo o profissional de saúde dedicar-se a escutar as demandas da gestante, transmitindo nesse momento o apoio e a confiança necessários para que ela se fortaleça e possa conduzir com mais autonomia a gestação e o parto. A maioria das questões trazidas, embora pareça elementar para quem escuta, pode representar um problema sério para quem o apresenta. Assim, respostas diretas e seguras são significativas para o bem-estar da mulher e sua família.

Está demonstrado que a adesão das mulheres ao pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelo serviço e pelos profissionais de saúde, o que, em última análise, será essencial para redução dos elevados índices de mortalidade materna e perinatal verificados no Brasil.

2.2. EDUCAÇÃO E SAÚDE

Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação.

As gestantes constituem o foco principal do processo de aprendizagem, porém não se pode deixar de atuar, também, entre os companheiros e familiares. A posição do homem-pai na sociedade está mudando tanto quanto os papéis tradicionalmente atribuídos às mulheres. É necessário que o setor saúde esteja aberto para as mudanças sociais e cumpra de maneira mais ampla o seu papel de educador e promotor da saúde.

Entre as diferentes formas de realização do trabalho educativo, destacam-se as discussões em grupo, as dramatizações e outras dinâmicas que facilitam a fala e a troca de experiências entre os componentes do grupo. Essas atividades podem ocorrer dentro ou fora da unidade de saúde. O profissional de saúde, atuando como facilitador, deve evitar o estilo palestra, pouco produtiva, que ofusca questões subjacentes, na maioria das vezes, mais importantes para as pessoas presentes do que um roteiro preestabelecido.

A equipe deverá estar preparada para o trabalho educativo. A maioria das questões que emerge em grupos de pré-natal, em geral, relaciona-se aos seguintes temas:

- importância do pré-natal;
- sexualidade;
- orientação higieno-dietética;
- desenvolvimento da gestação;
- modificações corporais e emocionais;
- sinais e sintomas do parto;
- importância do planejamento familiar;
- informação acerca dos benefícios legais a que a mãe tem direito;
- impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, parto e puerpério;
- importância da participação do pai durante a gestação;
- importância do vínculo pai-filho para o desenvolvimento saudável da criança;
- aleitamento materno;
- preparo psicológico para as mulheres que tem contra-indicação para o aleitamento materno (portadoras de HIV e cardiopatia grave);
- importância das consultas puerperais;
- cuidados com o recém-nascido;
- importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente);

2.3. VISITAS DOMICILIARES

As visitas domiciliares deverão ser realizadas, preferencialmente, pelos agentes comunitários, na frequência possível para cada localidade, porém, no mínimo, duas por gestação.

Ela deverá reforçar o vínculo estabelecido entre a gestante e a unidade básica de saúde e, apesar de estar voltada à gestante, deverá ter um caráter integral e abrangente sobre a família e o seu contexto social. Assim sendo, qualquer alteração ou identificação de fator de risco para a gestante ou para outro membro da família deve ser observada e discutida com a equipe na unidade de saúde.

No que tange especificamente ao acompanhamento da gestante, deve-se ter como objetivos:

- captar gestantes não-inscritas no pré-natal;
- reconduzir gestantes faltosas ao pré-natal, especialmente as de alto risco, uma vez que podem surgir complicações;
- acompanhar a evolução de alguns aspectos da gestação, segundo orientação da unidade de saúde, nos casos em que o deslocamento da gestante à unidade, em determinado período, seja considerado inconveniente ou desnecessário;
- completar o trabalho educativo com a gestante e seu grupo familiar;
- reavaliar, dar seguimento ou reorientar as pessoas visitadas sobre outras ações desenvolvidas pela unidade de saúde.

Deverá ser visto o cartão da gestante e discutido os aspectos ligados às consultas, à vacinação, aos sintomas que ela está apresentando, aos aspectos relacionais com os demais membros da família e outros. Qualquer alteração deverá ser anotada e informada à enfermeira e ao médico da unidade, sendo avaliada em equipe a necessidade de mudança no esquema de consultas preestabelecido.

2.4. PREPARO PARA PARTO E NASCIMENTO HUMANIZADOS

A assistência ao pré-natal é o primeiro passo para parto e nascimento humanizados. O conceito de humanização da assistência ao parto pressupõe a relação de respeito que os profissionais de saúde estabelecem com as mulheres durante o processo de parturição e, compreende:

- parto como um processo natural e fisiológico que, normalmente, quando bem conduzido, não precisa de condutas intervencionistas;
- respeito aos sentimentos, emoções, necessidades e valores culturais;
- disposição dos profissionais para ajudar a mulher a diminuir a ansiedade e a insegurança, assim como o medo do parto, da solidão, da dor, do ambiente hospitalar, de o bebê nascer com problemas e outros temores;
- promoção e manutenção do bem-estar físico e emocional ao longo do processo da gestação, parto e nascimento;
- informação e orientação permanente à parturiente sobre a evolução do trabalho de parto, reconhecendo o papel principal da mulher nesse processo, até mesmo aceitando a sua recusa a condutas que lhe causem constrangimento ou dor;
- espaço e apoio para a presença de um(a) acompanhante que a parturiente deseje;
- direito da mulher na escolha do local de nascimento e co-responsabilidade dos profissionais para garantir o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde.

A humanização do nascimento, por sua vez, compreende todos os esforços para evitar condutas intempestivas e agressivas para o bebê. A atenção ao recém-nascido deverá caracterizar-se pela segurança da atuação profissional e a suavidade no toque, principalmente durante a execução dos cuidados imediatos, tais como: a liberação das vias aéreas superiores, o controle da temperatura corporal e o clampeamento do cordão umbilical, no momento adequado.

A equipe responsável pela assistência ao recém-nascido deverá ser habilitada para promover:

- a aproximação, o mais precoce possível, entre a mãe e o bebê para fortalecer o vínculo afetivo e garantir o alojamento conjunto;
- o estímulo ao reflexo de sucção ao peito, necessário para o aleitamento materno e para estimular a contratilidade uterina;
- a garantia de acesso aos cuidados especializados necessários para a atenção ao recém-nascido em risco.

A promoção desses aspectos inclui o respeito às condições físicas e psicológicas da mulher frente ao nascimento.

2.5. CONDIÇÕES BÁSICAS PARA ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

No contexto da assistência integral à saúde da mulher, a assistência pré-natal deve ser organizada para atender às reais necessidades da população de gestantes, mediante utilização dos conhecimentos técnico-científicos existentes e dos meios e recursos disponíveis mais adequados para cada caso.

As ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da unidade de saúde, assegurando continuidade no atendimento, acompanhamento e avaliação dessas ações sobre a saúde materna e perinatal.

Como condições para uma assistência pré-natal efetiva, deve-se garantir:

- I. discussão permanente com a população da área, em especial com as mulheres, sobre a importância da assistência pré-natal na unidade de saúde e nas diversas ações comunitárias;
- II. identificação precoce de todas as gestantes na comunidade e o pronto início do acompanhamento pré-natal, para que tal se dê ainda no 1º trimestre da gravidez, visando às intervenções oportunas em todo o período gestacional, sejam elas preventivas ou terapêuticas. Deve-se garantir a possibilidade de as mulheres realizarem o teste de gravidez na unidade de saúde sempre que necessário. O início precoce da assistência pré-natal e sua continuidade requerem preocupação permanente com o vínculo entre os profissionais e a gestante, assim como com a qualidade técnica da atenção;

- III. acompanhamento periódico e contínuo de todas as mulheres grávidas, visando assegurar o seguimento da gestante durante toda a gestação, em intervalos preestabelecidos, acompanhando-a tanto na unidade de saúde como em seu domicílio, e por meio de reuniões comunitárias;
- IV. sistema eficiente de referência e contra-referência, objetivando garantir a continuidade da assistência pré-natal em todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, para toda a clientela, conforme a exigência de cada caso. Toda gestante encaminhada para um nível de atenção mais complexo deverá levar consigo o cartão da gestante, bem como informações sobre o motivo do encaminhamento e dos dados clínicos de interesse. Da mesma forma, deve-se assegurar o retorno da gestante à unidade básica de origem, com todas as informações necessárias para o seguimento do pré-natal.

Para que tais práticas sejam desenvolvidas, faz-se necessário:

- a) **recursos humanos** que possam acompanhar a gestante segundo os princípios técnicos e filosóficos da assistência integral à saúde da mulher, no seu contexto familiar e social;
- b) **área física adequada** para atendimento à gestante e familiares, no centro de saúde; com condições adequadas de higiene e ventilação. A privacidade é um fator essencial nas consultas e exames clínicos ou ginecológicos.
- c) **equipamento e instrumental mínimos**, devendo ser garantida a existência de:
- mesa e cadeiras (para entrevista);
 - mesa de exame ginecológico;
 - escada de dois degraus;
 - foco de luz;
 - balança para adultos (peso/altura);
 - esfigmomanômetro (aparelho de pressão);
 - estetoscópio clínico;
 - estetoscópio de Pinard;
 - fita métrica flexível e inelástica;
 - espéculos;
 - pinças de Cheron;
 - material para coleta de exame colpocitológico;
 - Sonar Doppler (se possível);
 - Gestograma ou disco obstétrico.
- d) **apoio laboratorial para a unidade básica de saúde**, garantindo a realização dos seguintes exames de rotina:
- dosagem de hemoglobina (Hb);
 - grupo sanguíneo e fator Rh;

- teste de Coombs indireto;
- sorologia para sífilis (VDRL);
- glicemia em jejum;
- teste de tolerância com sobrecarga oral de 75g de glicose anidra;
- exame sumário de urina (Tipo I);
- urocultura com antibiograma;
- exame parasitológico de fezes;
- colpocitologia oncótica;
- bacterioscopia do conteúdo vaginal;
- teste anti-HIV.

e) **instrumentos de registro e processamento e análise dos dados**

disponíveis, visando permitir o acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez, do parto e do puerpério, por meio da coleta e da análise dos dados obtidos em cada encontro, seja na unidade ou no domicílio. O fluxo de informações entre os serviços de saúde, no sistema de referência e contra-referência, deve ser garantido. Para tanto, devem ser utilizados:

- **cartão da gestante** - instrumento de registro. Deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, os quais são, importantes para a referência e contra-referência. Deverá ficar, sempre, com a gestante;
- **ficha perinatal** - instrumento de coleta de dados para uso dos profissionais da unidade. Deve conter os principais dados de acompanhamento da gestação, do parto, do recém-nascido e do puerpério;
- **mapa de registro diário** - instrumento de avaliação das ações de assistência pré-natal. Deve conter as informações mínimas necessárias de cada consulta prestada;

f) **medicamentos essenciais:** antiácidos, sulfato ferroso com ácido fólico, supositório de glicerina, analgésicos, antibióticos, tratamento de corrimentos vaginais.

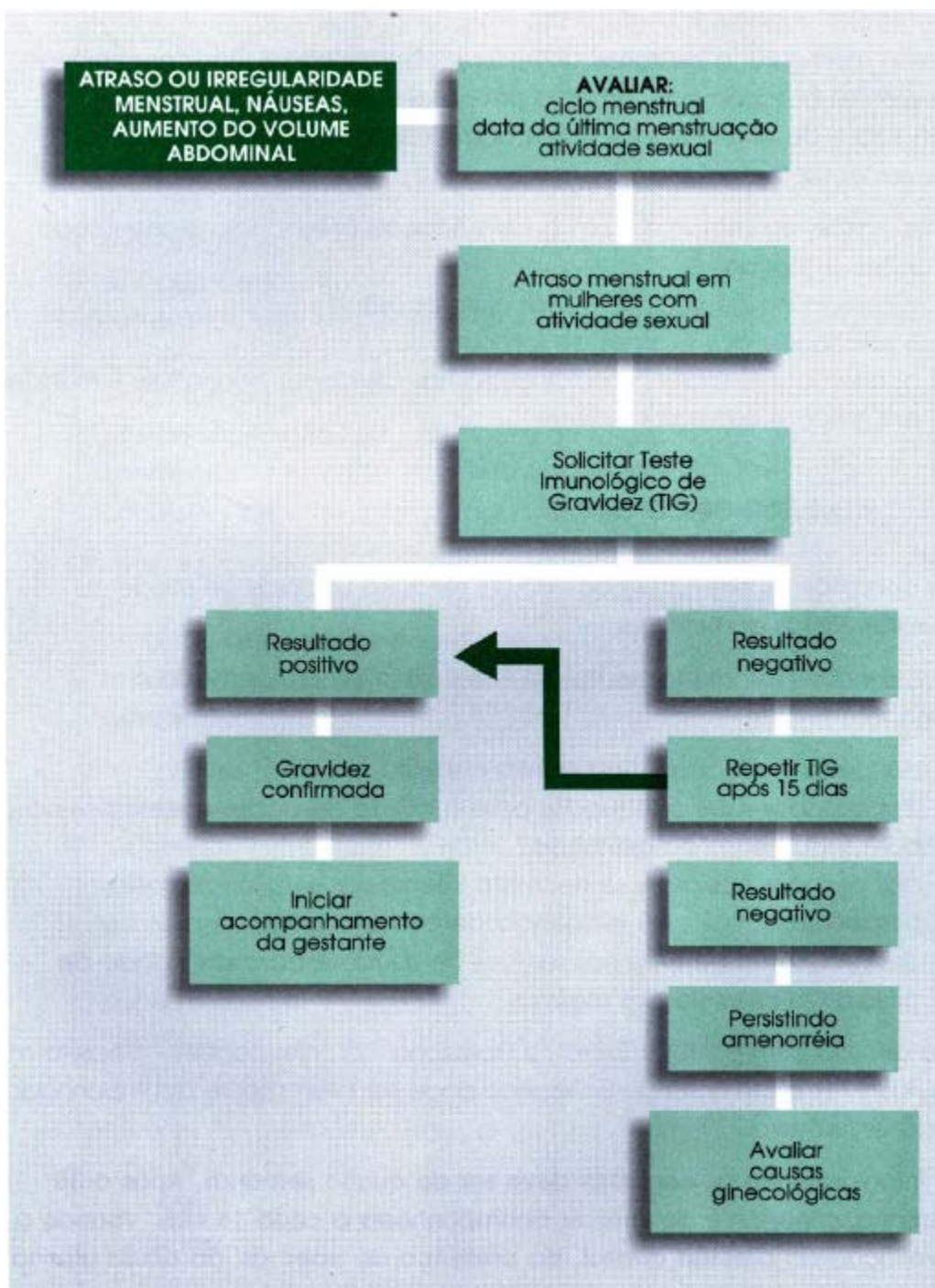
g) **avaliação permanente da assistência pré-natal**, com vistas à identificação dos problemas de saúde da população-alvo, bem como o desempenho do serviço. Deve subsidiar, também, quando necessário, a mudança de estratégia com a finalidade de melhorar a qualidade da assistência. A avaliação será feita segundo os indicadores construídos a partir dos dados registrados na ficha perinatal, no cartão da gestante, nos mapas de registro diário da unidade de saúde, nas informações obtidas no processo de referência e contra-referência e no sistema de estatística de saúde do estado.

A avaliação deve utilizar, no mínimo, os seguintes indicadores:

- distribuição das gestantes por trimestre de início do pré-natal (1º, 2º e 3º);
- porcentagem de mulheres que realizaram pré-natal em relação à população-alvo (número de gestantes na área ou previsto);
- porcentagem de abandono do pré-natal em relação ao total de mulheres inscritas;
- porcentagem de óbitos de mulheres, por causas associadas à gestação, parto ou puerpério, em relação ao total de gestantes atendidas;
- porcentagem de óbitos por causas perinatais, em relação ao total de recém-nascidos vivos;
- porcentagem de crianças com tétano neonatal, em relação ao total de recém-nascidos vivos;
- porcentagem de recém-nascidos vivos de baixo peso (menor de 2.500 g), em relação ao total de recém-nascidos vivos;
- porcentagem de VDRL positivos em gestantes e recém-nascidos, em relação ao total de exames realizados;
- porcentagem de mulheres atendidas nos locais para onde foram referenciadas em relação ao total de mulheres que retornaram à unidade de origem após encaminhamento.

3.1. DIAGNÓSTICO DA GRAVIDEZ

O diagnóstico da gravidez pode ser feito pelo médico ou pelo enfermeiro da unidade básica, de acordo com:



Após confirmação da gravidez em consulta médica ou de enfermagem, dá-se o início do acompanhamento da gestante, registrando-se os seguintes aspectos:

- nome, idade e endereço da gestante;
- data da última menstruação;
- idade gestacional;
- trimestre da gravidez no momento em que iniciou o pré-natal:
 - abaixo de 13 semanas - 1º trimestre;
 - entre 14 e 27 semanas - 2º trimestre;
 - acima de 28 semanas - 3º trimestre;
- avaliação nutricional: utilizando a curva de peso/idade gestacional e/ou medida do perímetro braquial.

Nesse momento, a gestante deverá receber as orientações necessárias referentes ao acompanhamento pré-natal - seqüência das consultas médica e de enfermagem, visitas domiciliares e reuniões educativas. Deverão ser fornecidos:

- o cartão da gestante, com a identificação preenchida e orientação sobre o mesmo;
- o calendário de vacinas e suas orientações;
- a solicitação dos exames de rotina;
- as orientações sobre a participação nas atividades educativas - reuniões em grupo e visitas domiciliares.

3.2. CALENDÁRIO DE CONSULTAS

As consultas de pré-natal poderão ser feitas na unidade de saúde ou durante visitas domiciliares.

O calendário de atendimento pré-natal deve ser programado em função:

- da idade gestacional na primeira consulta;
- dos períodos mais adequados para a coleta de dados necessários ao bom seguimento da gestação;
- dos períodos nos quais se necessita intensificar a vigilância, pela possibilidade maior de incidência de complicações;
- dos recursos disponíveis nos serviços de saúde e da possibilidade de acesso da clientela aos mesmos.

De acordo com a Lei do Exercício Profissional da Enfermagem - Decreto nº 94.406/87 -, o pré-natal de baixo risco pode ser inteiramente acompanhado pela enfermeira.

O intervalo entre as consultas deve ser de quatro semanas. Após a 36ª semana, a gestante deverá ser acompanhada a cada 15 dias, visando à avaliação da pressão arterial, da presença de edemas, da altura uterina, dos movimentos do feto e dos batimentos cardíacos.

Frente a qualquer alteração, ou se o parto não ocorrer até sete dias após a data provável, a gestante deverá ter consulta médica assegurada, ou ser referida para serviço de maior complexidade.

3.3. CONSULTAS

Roteiro da Primeira Consulta

História clínica

- Identificação:
 - idade;
 - cor;
 - naturalidade;
 - procedência;
 - endereço atual.
- Dados sócio-econômicos:
 - grau de instrução;
 - profissão/ocupação;
 - situação conjugal;
 - número e idade de dependentes (avaliar sobrecarga de trabalho doméstico);
 - renda familiar per capita;
 - pessoas da família que participam da força de trabalho;
 - condições de moradia (tipo, nº de cômodos);
 - condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo).
- Motivos da consulta:
 - assinalar se foi encaminhada pelo agente comunitário ou se procurou diretamente a unidade;
 - se existe alguma queixa que a fez procurar a unidade - descrevê-la.
- Antecedentes familiares - especial atenção para:
 - hipertensão;
 - diabetes;
 - doenças congênitas;
 - gemelaridade;
 - câncer de mama;
 - hanseníase;
 - tuberculose e outros contatos domiciliares (anotar a doença e o grau de parentesco).
- Antecedentes pessoais - especial atenção para:
 - hipertensão arterial;
 - cardiopatias;
 - diabetes;
 - doenças renais crônicas;

- anemia;
 - transfusões de sangue;
 - doenças neuropsíquicas;
 - viroses (rubéola e herpes);
 - cirurgia (tipo e data);
 - alergias;
 - hanseníase;
 - tuberculose.
- Antecedentes ginecológicos:
 - ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade);
 - uso de métodos anticoncepcionais (quais, por quanto tempo e motivo do abandono);
 - infertilidade e esterilidade (tratamento);
 - doenças sexualmente transmissíveis (tratamentos realizados, inclusive do parceiro);
 - cirurgias ginecológicas (idade e motivo);
 - mamas (alteração e tratamento);
 - última colpocitologia oncótica (Papanicolaou ou "preventivo", data e resultado).
- Sexualidade:
 - início da atividade sexual (idade da primeira relação);
 - desejo sexual (libido);
 - orgasmo (prazer);
 - dispareunia (dor ou desconforto durante o ato sexual);
 - prática sexual nesta gestação ou em gestações anteriores;
 - número de parceiros.
- Antecedentes obstétricos:
 - número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez ectópica, mola hidatiforme);
 - número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, fórceps, cesáreas - indicações);
 - número de abortamentos (espontâneos, provocados, complicados por infecções, curetagem pós-abortamento);
 - número de filhos vivos;
 - idade na primeira gestação;
 - intervalo entre as gestações (em meses);
 - número de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37ª semana de gestação), pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação);
 - número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500 g) e com mais de 4.000 g;
 - mortes neonatais precoces - até sete dias de vida (número e motivos dos óbitos);
 - mortes neonatais tardias - entre sete e 28 dias de vida (número e motivo dos óbitos);

- natimortos (morte fetal intra-útero e idade gestacional em que ocorreu);
- recém-nascidos com icterícia neonatal, transfusão, hipoglicemia neonatal, exsanguinotransfusões;
- intercorrência ou complicações em gestações anteriores (especificar);
- complicações nos puerpérios (descrever);
- histórias de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame);
- intervalo entre o final da última gestação e o início da atual.
- Gestação atual:
 - data do primeiro dia/mês/ano da última menstruação - DUM (anotar certeza ou dúvida);
 - data provável do parto - DPP;
 - data da percepção dos primeiros movimentos fetais;
 - sinais e sintomas na gestação em curso;
 - medicamentos usados na gestação;
 - a gestação foi ou não desejada;
 - hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e uso de drogas ilícitas;
 - ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse).

Exame Físico

- Geral:
 - determinação do peso e avaliação do estado nutricional da gestante;
 - medida e estatura;
 - determinação da frequência cardíaca;
 - medida da temperatura axilar;
 - medida da pressão arterial;
 - inspeção da pele e das mucosas;
 - palpação da tireóide;
 - ausculta cardiopulmonar;
 - exame do abdome;
 - palpação dos gânglios inguinais;
 - exame dos membros inferiores;
 - pesquisa de edema (face, tronco, membros).
- Específico: gineco-obstétrico
 - exame de mamas (orientado, também, para o aleitamento materno);
 - medida da altura uterina;
 - ausculta dos batimentos cardíofetais (entre a 7ª e a 10ª semana com auxílio do Sonar Doppler, e após a 24ª semana, com Pinard).

- identificação da situação e apresentação fetal (3º trimestre);
- inspeção dos genitais externos;
- exame especular:
 - a) inspeção das paredes vaginais;
 - b) inspeção do conteúdo vaginal;
 - c) inspeção do colo uterino;
 - d) coleta de material para exame colpocitológico (preventivo de câncer), conforme *Manual de Prevenção de Câncer Cérvico-uterino e de Mama*;
- toque vaginal;
- outros exames, se necessários;
- educação individual (respondendo às dúvidas e inquietações da gestante).

Solicitação dos exames laboratoriais de rotina e outros, se necessários (ver item 2.5, letra d).

Ações Complementares

- referência para atendimento odontológico;
- referência para vacinação antitetânica, quando a gestante não estiver imunizada;
- referência para serviços especializados na mesma unidade ou unidade de maior complexidade, quando indicado;
- agendamento de consultas subseqüentes.

Roteiro das Consultas Subseqüentes

- revisão da ficha perinatal e anamnese atual;
- cálculo e anotação da idade gestacional;
- controle do calendário de vacinação;
- exame físico geral e gineco-obstétrico:
 - determinação do peso;
 - calcular o ganho de peso – anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do estado nutricional;
 - medida da pressão arterial;
 - inspeção da pele e das mucosas;
 - inspeção das mamas;
 - palpação obstétrica e medida da altura uterina – anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal;
 - ausculta dos batimentos cardíofetais;
 - pesquisa de edema;
 - toque vaginal, exame especular e outros, se necessários. – interpretação de exames laboratoriais e solicitação de outros, se necessários;
- acompanhamento das condutas adotadas em serviços clínicos especializados;
- realização de ações e práticas educativas (individuais e em grupos);
- agendamento de consultas subseqüentes.

3.4. PADRONIZAÇÃO DE PROCEDIMENTOS E CONDUTAS

Os procedimentos e condutas padronizados que se seguem devem ser realizados sistematicamente e avaliados em toda consulta pré-natal. As condutas e os achados diagnósticos sempre devem ser anotados na ficha perinatal e no cartão da gestante.

Métodos para Cálculo da Idade Gestacional (IG)

- a) Quando a data da última menstruação (DUM) é conhecida:
- uso do calendário - contar o número de semanas a partir do 1º dia da última menstruação até a data da consulta. A data provável do parto (DPP) corresponde ao final da 40ª semana, contada a partir da data do 1º dia da última menstruação;
 - uso de disco ou gestograma - instrução no verso.
- b) Quando a data da última menstruação é desconhecida, mas se conhece o período do mês em que ela ocorreu:
- se o período foi no início, meio ou final do mês, considerar como data da última menstruação os dias 5, 15 e 25, respectivamente; proceder, então, à utilização de um dos métodos acima descritos.
- c) Quando a data e o período da última menstruação são desconhecidos:
- c.1. Proceder ao exame físico:*
- Medir a altura uterina e posicionar o valor encontrado na curva de crescimento uterino. Verificar a IG correspondente a esse ponto. Considerar IG muito duvidosa e assinalar com interrogação na ficha perinatal e no cartão da gestante. A medida da altura uterina não é a melhor forma de calcular a idade gestacional;
 - Quando a data e o período do mês não forem conhecidos, a IG e a DPP serão inicialmente determinadas por aproximação, basicamente, pela medida da altura do fundo do útero e do toque vaginal, além da informação sobre a data de início dos movimentos fetais. Pode-se utilizar a altura uterina mais o toque vaginal, considerando os seguintes parâmetros:

- até a 6ª semana não ocorre alteração do tamanho uterino;
- na 8ª semana o útero corresponde ao dobro do tamanho normal;
- na 10ª semana o útero corresponde a três vezes o tamanho habitual;
- na 12ª semana enche a pelve de modo que é palpável na sínfise púbica;
- na 16ª semana o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical;
- na 20ª semana o fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical;
- a partir da 20ª semana existe uma relação aproximada entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina. Porém, esse parâmetro torna-se menos fiel, à medida que se aproxima o termo.

c.2. Solicitação de ultra-som

- Quando não for possível determinar a idade gestacional clinicamente, solicitar o mais precocemente o exame de ultra-sonografia obstétrica.

Método para Cálculo da Data Provável do Parto (DPP)

Calcula-se a data provável do parto levando-se em consideração a duração média da gestação normal (280 dias ou 40 semanas a partir da DUM), mediante a utilização de um calendário ou gestograma.

Uma outra forma de cálculo é somar sete dias ao primeiro dia da última menstruação e adicionar nove meses ao mês em que ocorreu a última menstruação.

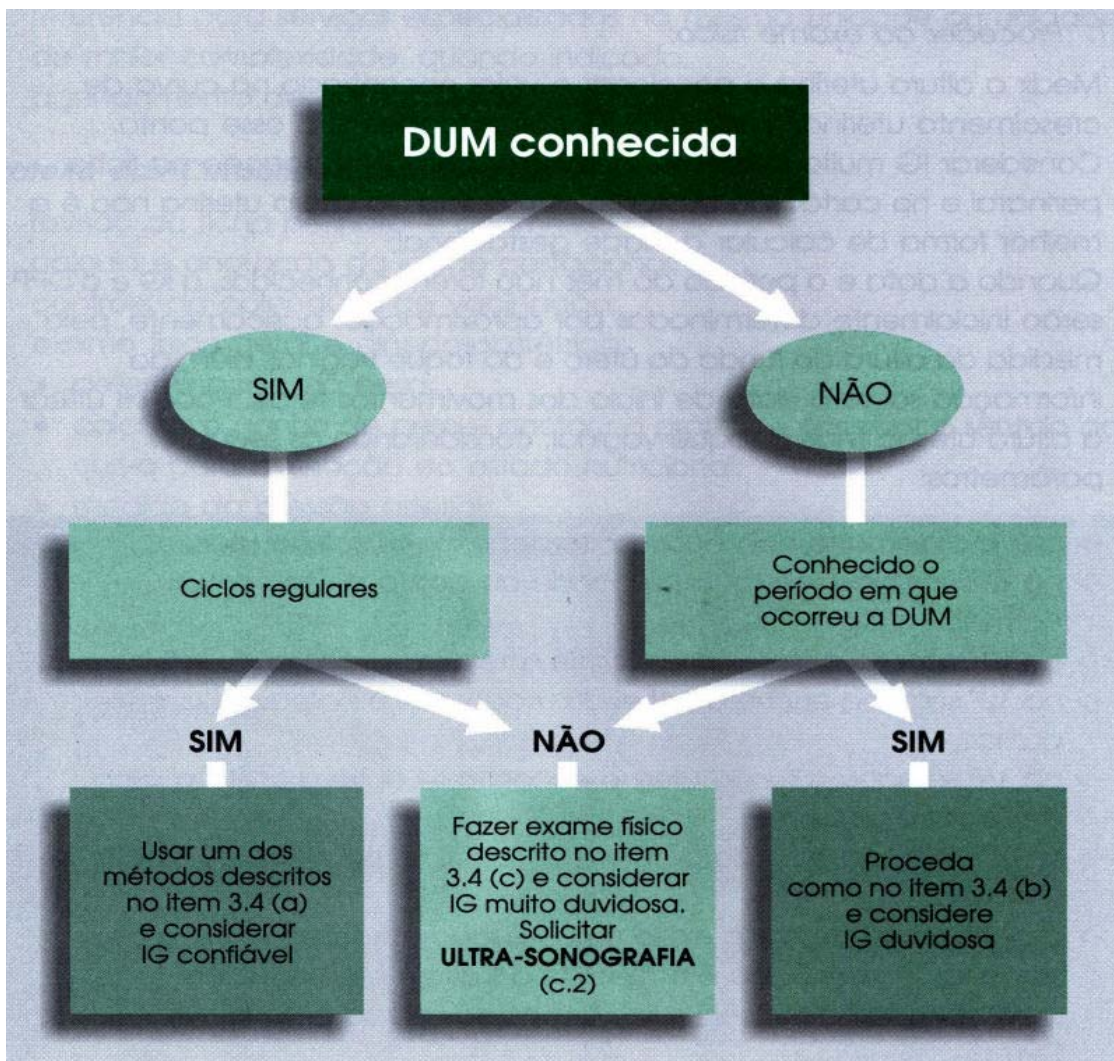
Exemplos:

Data da última menstruação: 13/9/95

Data provável do parto: 20/6/96

Data da última menstruação: 27/6/95

Data provável do parto: 4/4/96



A gravidez não é doença, mas acontece num corpo de mulher inserida em um contexto social em que a maternidade é vista como uma obrigação feminina. Além de fatores econômicos, a condição de subalternidade das mulheres interfere no processo de saúde e doença e configura um padrão de adoecimento e morte específicos.

Para implementar as atividades de normatização do controle pré-natal dirigido às gestantes, é necessário dispor de um instrumento que permita identificá-las no contexto amplo de suas vidas e mapear os riscos a que cada uma delas está exposta. Isso permitirá a orientação e encaminhamentos adequados em cada momento da gravidez.

A avaliação de risco não é tarefa fácil. O conceito de risco está associado a probabilidades, e o encadeamento entre um fator de risco e um dano nem sempre está explicado ou é conhecido.

Os primeiros sistemas de avaliação do risco foram elaborados com base na observação e experiência dos seus autores, e só recentemente têm sido submetidos a avaliações, persistindo ainda dúvidas sobre sua qualidade como discriminador.

Os sistemas que utilizam pontos ou notas sofrem ainda da falta de exatidão do valor atribuído a cada fator e a sua associação entre eles, assim como a constatação de grandes variações de acordo com sua aplicação a indivíduos ou populações.

Assim, a realidade epidemiológica local deverá ser levada em consideração para dar maior ou menor relevância aos fatores mencionados no quadro sobre fatores de risco na gravidez.

4.1. FATORES DE RISCO NA GRAVIDEZ

1. Características Individuais e Condições Sócio-demográficas Desfavoráveis

- Idade menor que 17 e maior que 35 anos
- Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse.
- Situação conjugal insegura
- Baixa escolaridade (menos de 5 anos)
- Condições ambientais desfavoráveis
- Altura menor que 1,45 m
- Peso menor que 45 kg e maior que 75 kg
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas

2. História Reprodutiva Anterior

- Morte perinatal explicada e inexplicada
- Recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou malformado
- Abortamento habitual
- Esterilidade/infertilidade
- Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos
- Nuliparidade e multiparidade
- Síndrome hemorrágica ou hipertensiva
- Cirurgia uterina anterior

3. Doença Obstétrica na Gravidez Atual

- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico
- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada
- Ganho ponderal inadequado
- Pré-eclâmpsia - eclâmpsia
- Amniorrexe prematura
- Hemorragias da gestação
- Isoimunização
- Óbito fetal

4. Intercorrências Clínicas

- Cardiopatias
- Pneumopatias
- Nefropatias
- Endocrinopatias
- Hemopatias
- Hipertensão arterial
- Epilepsia
- Doenças infecciosas
- Doenças auto-imunes
- Ginecopatias

(Quadro elaborado pelo professor doutor José Júlio Tedesco, gentilmente cedido ao MS e modificado).

Observação: para diagnóstico e condutas na gestação de risco, referir-se ao Manual Técnico de Gestação de Alto Risco, MS, 2000.

OBJETIVO: Avaliar o aumento do peso durante a gestação*Para:*

- Identificar as gestantes com déficit nutricional ou sobrepeso, no início da gestação;
- Detectar as gestantes com ganho de peso menor ou excessivo para a idade gestacional, em função do estado nutricional prévio;
- Permitir, a partir da identificação oportuna das gestantes de risco, orientação para as condutas adequadas a cada caso, visando melhorar o estado nutricional materno, suas condições para o parto e o peso do recém-nascido.

ATIVIDADE: Medida do peso e da altura materna. Cálculo do aumento de peso durante a gestação

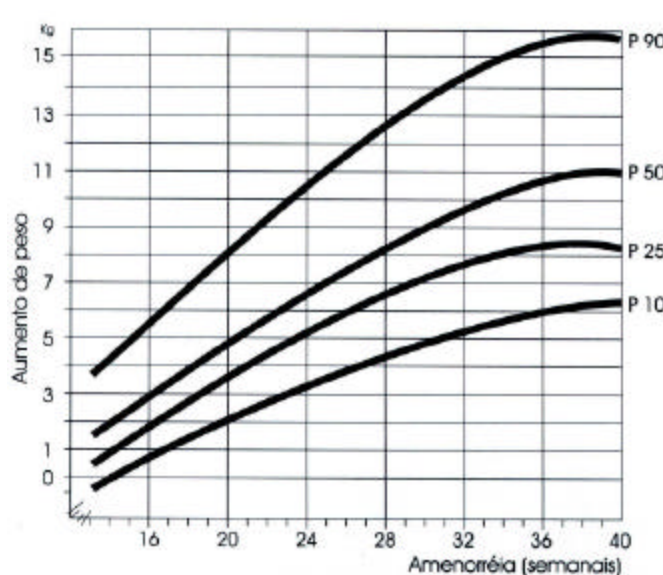
Resultados perinatais ruins têm sido associados com peso materno pré-gravídico insuficiente, baixa estatura da mãe e aumento de peso insuficiente ou excessivo durante a gravidez.

A variação do peso durante a gravidez é muito grande e oscila entre 6 e 16 kg ao final da gestação. O aumento máximo se dá entre a 12^a e a 24^a semana de amenorréia.

Técnicas de medida

Deve-se aferir o peso em todas as consultas pré-natais, com a gestante usando roupa leve e descalça. Recomenda-se a utilização de balança com pesos, pois podem ser calibradas regularmente (Anexo I-a).

A estatura deverá ser medida na primeira consulta. A gestante deverá estar em pé, descalça, com os calcanhares juntos o mais próximo possível da haste vertical da balança, erguida, com os ombros para trás e olhando para frente. (Anexo I-b)



Aumento de peso

Se a gestante conhece seu peso habitual pré-gravídico, o aumento de peso será controlado tomando como referência os valores do gráfico acima. Conhecendo a semana de gestação, diminui-se do peso atual da gestante o peso pré-gravídico, obtendo-se o aumento de peso para essa idade gestacional. O valor será registrado no gráfico do cartão da gestante. Os limites máximos p90 e mínimos p25 também são apresentados na fita obstétrica e no gestograma (CLAP).

Interpretação para uma determinada idade gestacional

Normal: quando o valor do aumento de peso estiver entre o percentil 25 e 90.

Anormal: quando o valor do aumento de peso for maior que o percentil 90 ou estiver abaixo do percentil 25.

Os dados para o aumento de peso materno para cada idade gestacional podem ser obtidos rapidamente observando-se o verso do disco obstétrico ou o reverso da fita obstétrica.

Muitas gestantes não conhecem seu peso habitual antes da gestação. Nesses casos, pode-se fazer o controle do aumento de peso registrando os aumentos semanais, aceitando como normal um aumento médio de 400 g por semana no segundo trimestre e de 300 g no terceiro trimestre.

Relação de peso-altura segundo a idade gestacional

Outra maneira de saber se o peso atingido é adequado para a idade gestacional quando a gestante não conhece seu peso pré-gravídico.

Os percentis 10 e 90 do peso grávidico estão assinalados na intersecção de cada semana de amenorréia com a estatura materna. A gestante será medida e pesada, e depois de determinar a idade gestacional, observam-se os valores de peso (p 10 e p90) na intersecção da altura materna com a semana gestação.

Peso para altura Segundo a idade gestacional (p 10 e p90)

Idade gestacional por semana	Centímetros de altura										
	140	143	146	149	152	155	158	161	164	167	
	142	145	148	151	154	157	160	163	166	169	
13	p10	38.6	40.0	41.3	42.8	42.8	42.2	45.6	47.2	49.0	52.2
	p90	51.3	53.1	54.9	57.0	58.8	60.7	62.7	65.1	67.2	69.4
14	p10	39.5	40.9	42.3	43.8	45.2	46.7	48.3	50.1	51.8	53.4
	p90	52.7	54.5	56.4	58.5	60.3	62.3	64.4	66.8	69.0	71.2
15	p10	40.4	41.8	43.3	44.9	46.3	47.8	49.4	51.3	53.0	54.6
	p90	53.1	55.0	56.9	59.0	60.8	62.8	64.9	67.4	69.6	71.8
16	p10	41.3	42.8	44.2	45.9	47.3	48.9	50.5	52.4	54.1	55.9
	p90	53.6	55.5	57.3	59.5	61.4	63.4	65.5	68.0	70.2	72.5
17	p10	42.4	43.7	45.2	46.9	48.4	49.9	51.6	53.6	55.3	57.1
	p90	54.0	55.9	57.8	60.0	61.9	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1
18	p10	42.7	44.2	45.7	47.4	48.9	50.5	52.2	54.1	55.9	57.7
	p90	54.0	55.9	57.8	60.0	61.9	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1
19	p10	43.6	45.1	46.1	48.4	49.9	51.6	53.3	55.3	57.1	58.9
	p90	54.0	55.9	57.8	60.0	61.6	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1
20	p10	44.5	46.1	47.6	49.4	51.0	52.6	54.4	56.4	58.3	60.2
	p90	51.5	56.4	58.3	60.5	62.4	64.4	66.6	69.1	71.4	73.7
21	p10	45.4	47.0	48.6	50.4	52.0	53.7	55.5	57.6	59.5	61.4
	p90	54.5	56.4	58.3	60.5	62.4	64.4	66.6	69.1	71.4	73.7
22	p10	45.9	47.5	49.1	50.9	52.5	54.2	56.1	58.2	60.1	62.0
	p90	54.9	56.9	58.8	61.0	62.9	65.0	67.2	69.7	72.0	74.3
23	p10	46.3	47.9	49.6	51.4	53.0	54.8	56.6	58.8	60.7	62.6
	p90	54.9	56.9	58.8	61.0	62.9	65.0	67.2	69.7	72.0	74.3
24	p10	46.8	48.4	50.1	51.9	53.6	55.3	57.2	59.3	61.3	63.2
	p90	55.4	57.3	59.3	61.5	63.4	65.5	67.7	70.3	72.6	74.9

Idade gestacional por semana		Centímetros de altura									
		140	143	146	149	152	155	158	161	164	167
		142	145	148	151	154	157	160	163	166	169
25	p10	47.2	48.9	50.5	52.4	54.1	55.8	57.7	59.9	61.9	63.9
	p90	55.8	57.8	59.8	62.0	64.0	66.1	68.5	70.8	73.2	75.5
26	p10	47.2	48.9	50.5	52.4	54.1	55.8	57.7	59.9	61.9	63.9
	p90	56.3	58.3	60.3	62.5	64.5	66.6	68.8	71.4	73.8	76.1
27	p10	47.7	49.3	51.0	52.9	54.6	56.4	58.3	60.5	62.5	64.5
	p90	56.3	58.3	60.3	62.5	64.5	66.6	68.8	71.4	73.8	76.1
28	p10	47.7	49.3	51.0	52.9	54.6	56.4	58.3	60.5	62.5	64.5
	p90	56.8	58.8	60.8	63.0	65.0	67.1	69.4	72.0	74.4	76.8
29	p10	47.7	49.3	51.0	52.9	54.6	56.4	58.3	60.5	62.5	64.5
	p90	56.8	58.8	60.8	63.0	65.0	67.1	69.4	72.0	74.4	76.8
30	p10	48.1	49.8	51.5	53.4	55.1	56.9	58.8	61.6	63.1	65.1
	p90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4
31	p10	48.1	49.8	51.5	53.4	55.1	56.9	58.8	61.1	63.1	65.1
	p90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4
32	p10	48.6	50.3	52.0	53.9	55.6	57.5	59.4	61.6	63.7	65.7
	p90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4
33	p10	48.6	50.3	52.0	53.9	55.6	57.5	59.4	61.6	63.7	65.7
	p90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4
34	p10	48.6	50.3	52.0	53.9	55.6	57.5	59.4	61.6	63.7	65.7
	p90	59.9	59.7	61.7	64.0	66.0	68.2	70.5	73.2	75.6	78.0
35	p10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	66.3
	p90	58.1	60.2	62.2	64.5	66.6	68.7	71.0	73.7	76.2	78.6
36	p10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	66.3
	p90	58.1	60.2	62.2	64.5	66.6	68.7	71.0	73.7	76.2	78.6
37	p10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	66.3
	p90	58.6	60.6	62.7	65.0	67.1	69.3	71.6	74.3	76.8	79.2
38	p10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	67.1
	p90	59.0	61.1	63.2	65.5	67.6	69.8	72.1	74.9	77.3	80.7
39	p10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	67.1
	p90	59.5	61.6	63.7	66.0	68.1	70.3	72.7	75.5	77.9	81.4

INTERPRETAÇÃO

Normal: se para uma idade gestacional determinada o peso alcançado pela mãe estiver entre p10 e o p90 da tabela de referência.

Anormal: o peso materno é superior ao p90 ou inferior ao p10,

Este último procedimento não permite conhecer o aumento de peso, mas pode-se saber se o peso atingido pela gestante, de acordo com a sua altura, é ou não adequado para uma determinada idade gestacional,

As gestantes com peso insuficiente para a estatura, ou com aumento insuficiente, deverão receber aconselhamento nutricional e suplementação alimentar.

Avaliação do aumento ponderal materno

O aumento excessivo de peso materno predispõe à macrosomia fetal, e o aumento insuficiente está associado ao crescimento intra-uterino retardado.

Deve-se suspeitar de desnutrição materna quando o aumento de peso for inferior a p25 ou o peso para altura for menor que o p10 dos respectivos padrões. Se algum valor for maior que o p90 do seu padrão, deve-se suspeitar de excesso de ingestão ou de retenção hídrica.

Deve-se suspeitar de crescimento intra-uterino retardado (CIUR) quando os valores do aumento de peso materno forem inferiores aos que correspondem ao p25 (peso para altura menor que p10),

CONDUTA

Os casos com suspeita clínica de CIUR, excluindo os oligoâmnios, o erro da amenorréia, etc., deverão ser confirmados por ultra-sonografia para afastar os falsos positivos. A gestante deverá então ser referida para acompanhamento no pré-natal de alto risco.

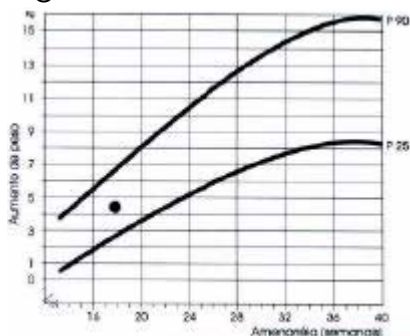
5.1. INTERPRETAÇÃO DO INDICADOR E CONDUTA NOS DIFERENTES CASOS

Na definição de condutas, afastar sempre erro de idade gestacional.

Primeira consulta: avaliação do estado nutricional através da medida inicial de peso/altura

ACHADOS

Ponto situado entre as curvas que se iniciam no percentil 25 e no percentil 90 do peso padrão para a idade gestacional



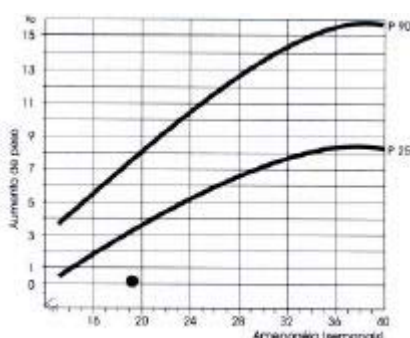
CONDUTAS

Bom estado nutricional:

- seguir calendário habitual
- explicar à gestante que seu peso está adequado para a idade gestacional
- dar orientação alimentar

ACHADOS

Ponto situado abaixo da curva que se inicia no percentil 25 do peso padrão para a idade gestacional



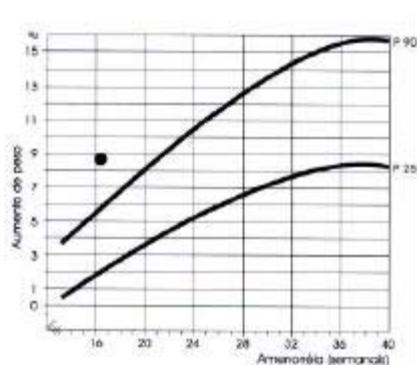
CONDUTAS

Gestante de risco, em vista de apresentar peso insuficiente para a idade gestacional (desnutrição):

- investigar história alimentar, hiperêmese gravídica, infecções, parasitoses, anemias, doenças debilitantes
- remarcar consulta médica, em intervalo menor que o fixado no calendário habitual

ACHADOS

Ponto situado acima da curva que se inicia no percentil 90 do peso padrão para a idade gestacional



CONDUTAS

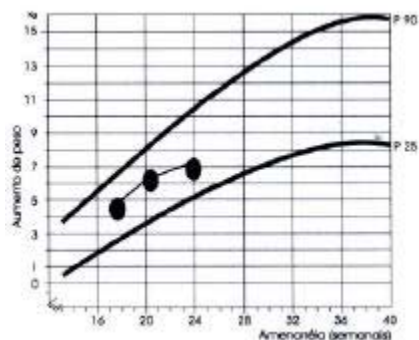
Gestante de risco, em face de apresentar peso superior ao aceito como normal para essa idade gestacional; tanto maior será o risco quanto mais elevado for o seu sobrepeso:

- afastar possíveis causas - obesidade, edema, polidrâmnio, macrossomia, gravidez múltipla
- remarcar consulta médica, em intervalo menor que o fixado no calendário habitual
- o peso ganho durante toda a gestação não deve ultrapassar a faixa de 16 kg (p90)

Consultas subseqüentes: avaliação do ganho de peso, em função do estado nutricional da gestante na primeira consulta

ACHADOS

Traçado com inclinação ascendente entre as curvas que se iniciam no percentil 25 e no percentil 90 do peso padrão para a idade gestacional



CONDUTAS

Bom estado nutricional (ganho de peso adequado):

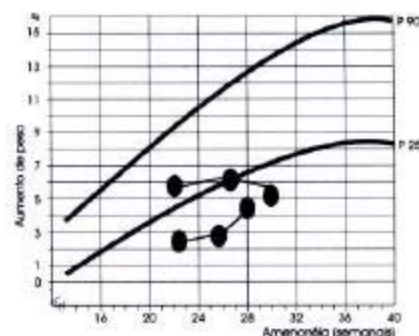
- seguir calendário habitual
- dar orientação alimentar, para que a gestante se mantenha dentro da faixa de normalidade.

ACHADOS

Traçado entre as curvas do percentil 25 e 90, com inclinação horizontal ou descendente

Ou

Traçado abaixo da curva do percentil 25, com inclinação horizontal, descendente ou ascendente, sem atingir, porém, a faixa considerada normal (p25)



CONDUTAS

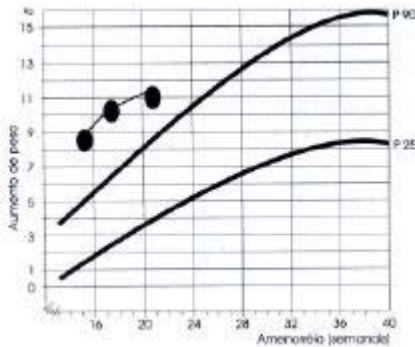
Gestante de risco, em vista de apresentar ganho de peso inadequado:

- identificar causas - déficit alimentar, infecções, parasitoses, anemia, entre outras, e tratá-las quando presentes e dar orientação alimentar
- marcar consulta médico na unidade

Essas medidas visam a que a gestante chegue ao término da gestação com ganho de peso mínimo de 8 Kg

ACHADOS

Traçado acima da curva que se inicia no percentil 90 do peso padrão para a idade gestacional (p90)



CONDUTAS

Gestante de risco, visto que seu ganho de peso é superior ao ideal para sua idade gestacional; quanto mais alto for o sobrepeso, maior será o

risco:

- investigar possíveis causas - obesidade, diabetes e edema
- avaliar e tratar,
- ao persistir, encaminhar para o serviço de alto risco
- caso exista a hipótese de polidrâmnio, macrossomia, gravidez múltipla, entre outras, está indicado o encaminhamento para o serviço de alto risco

Essas medidas visam a que a gestante chegue ao término da gestação com o peso final dentro da faixa de normalidade (máximo de 16 kg)

Observações:

- gestantes que iniciam o pré-natal dentro do 1º trimestre e apresentem peso acima da curva que se inicia no percentil 90 do padrão peso/idade gestacional, não necessitam ganhar mais de 8 kg em toda a gestação;
- gestantes adolescentes (menores de 19 anos) devem ganhar, aproximadamente, 1 kg a mais do que o estabelecido pela norma;
- gestantes com altura inferior a 140 cm devem chegar ao final da gestação com um ganho de peso de cerca de 10 a 11 kg;
- considera-se como ganho súbito de peso um aumento superior a 500 g em uma semana (essa ocorrência deve ser considerada como sinal precoce de edema patológico, devendo ser investigada).

CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL (PA)

Objetivo:

- Detectar precocemente estados hipertensivos que se constituam em risco materno e perinatal.

Considera-se hipertensão arterial sistêmica na gestação:

1. O aumento de 30 mmHg ou mais na pressão sistólica (máxima) e/ou de 15 mmHg ou mais na pressão diastólica (mínima), em relação aos níveis tensionais previamente conhecidos.
2. A observação de níveis tensionais iguais ou maiores que 140 mmHg de pressão sistólica, e iguais ou maiores que 90 mmHg de pressão diastólica.

Os níveis tensionais alterados devem ser confirmados em, pelo menos, duas medidas, com a gestante em repouso (ver técnica para medida no Anexo I - c).

ACHADOS	CONDUTAS
<p>Níveis de PA conhecidos e normais, antes da gestação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • manutenção dos mesmos níveis ou elevação da pressão sistólica inferior a 30 mmHg e da diastólica inferior a 15 mmHg <p>Níveis de PA desconhecidos, antes da gestação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • valores da pressão sistólica inferiores a 140 mmHg e da pressão diastólica inferiores a 90 mmHg 	<p>Níveis tensionais normais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • manter calendário de consulta habitual

ACHADOS	CONDUTAS
<p>Níveis de PA conhecidos e normais, antes da gestação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • aumento da pressão sistólica igual ou superior a 30 mmHg e da pressão diastólica igual ou superior a 15 mmHg <p>Níveis de PA desconhecidos, antes da gestação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • valores da pressão sistólica iguais ou superiores a 140 mmHg e da pressão diastólica iguais ou superiores a 90 mmHg 	<p>Pacientes de risco:</p> <ul style="list-style-type: none"> • em virtude de apresentar hipertensão arterial, referir ao pré-natal de alto risco

Observação: as pacientes com hipertensão arterial antes da gestação deverão ser consideradas de risco e encaminhadas ao pré-natal de alto risco.

VERIFICAÇÃO DA PRESENÇA DE EDEMA

Objetivo:

- Detectar precocemente a ocorrência de edema patológico.

ACHADOS	ANOTE	CONDUTAS
Edema ausente	(-)	Acompanhar a gestante, seguindo o calendário de rotina
Apenas edema de tornozelo, sem hipertensão ou aumento súbito de peso	(+)	Verificar se o edema está relacionado à postura, final do dia, temperatura ou tipo de calçado

ACHADOS	ANOTE	CONDUTAS
Edema limitado aos membros inferiores, com hipertensão ou aumento de peso	(++)	Aumentar repouso em decúbito lateral esquerdo. Deve ser avaliada pelo médico da unidade, de acordo com o calendário de rotina. Caso haja hipertensão, a gestante deve ser encaminhada para um serviço de alto risco
Edema generalizado (face, tronco e membros), ou que já se manifesta ao acordar, acompanhado ou não de hipertensão ou aumento súbito de peso	(+++)	Gestante de risco em virtude de suspeita de pré-eclampsia ou outras situações patológicas: referir ao pré-natal de risco

MEDIDA DA ALTURA UTERINA/ ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO FETAL

Objetivos:

- Identificar o crescimento normal do feto e detectar seus desvios;
- Diagnosticar as causas do desvio de crescimento fetal encontrado e orientar oportunamente para as condutas adequadas a cada caso.

Indicador: altura uterina em relação ao número de semanas de gestação.

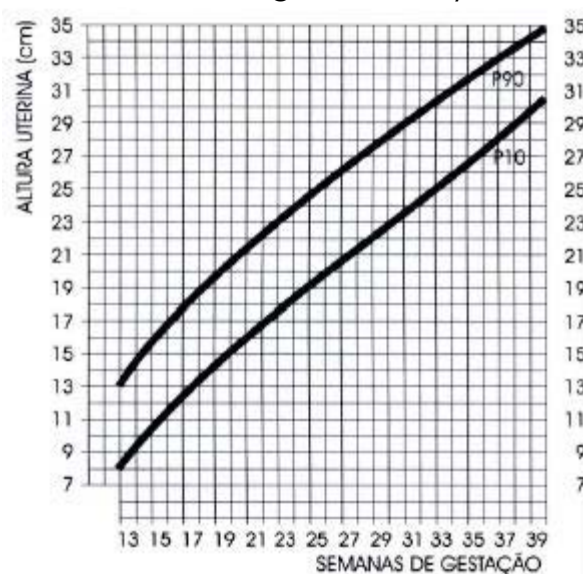
Padrão de referência: curvas de altura uterina para idade gestacional desenhadas a partir dos dados do Centro Latino-Americano de Perinatologia (CLAP).

Ponto de corte: serão considerados parâmetros de normalidade para o crescimento uterino o percentil 10, para o limite inferior, e o percentil 90, para o limite superior.

Representação do indicador: por meio de gráfico constituído de duas linhas: a inferior representa o percentil 10, e a superior, o percentil 90.

Avaliação do aumento da altura uterina

O útero aumenta seu tamanho com a idade gestacional (ver diagnóstico da gravidez e determinando da idade gestacional). Foram desenvolvidas curvas de altura uterina em função da Idade gestacional, nas quais os percentis 10 e 90 marcam os limites da normalidade,



Quando os dados da amenorréia são confiáveis e se descarta a possibilidade de feto morto e oligoâmnio, a medida da altura uterina permite diagnosticar o crescimento intra-uterino retardado com uma sensibilidade de 56% e uma especificidade de 91%.

A sensibilidade da altura uterina para o diagnóstico de macrosomia fetal é de 92% e sua especificidade 72%, uma vez que tenham sido excluídos a gravidez gemelar, os polidrâmios e a miomatose uterina.

A medida é feita em centímetros com uma fita métrica flexível e não extensível, do púbis ao fundo do útero, determinado por palpação, com a grávida em decúbito dorsal.

Existem diferentes métodos de medida que oferecem valores diferentes, por isso é imprescindível normalizar a forma de medir e utilizar padrões normais de referência que tenham sido elaborados com a mesma técnica.

Na Figura A, mostra-se a técnica de medida na qual a extremidade da fita métrica é fixada na margem superior da púbis com uma mão, deslizando a fita entre os dedos indicador e médio da outra mão até alcançar o fundo do útero com a margem cubital dessa mão. Os dados das pesquisas do CLAP foram obtidos a partir dessa técnica de medida.

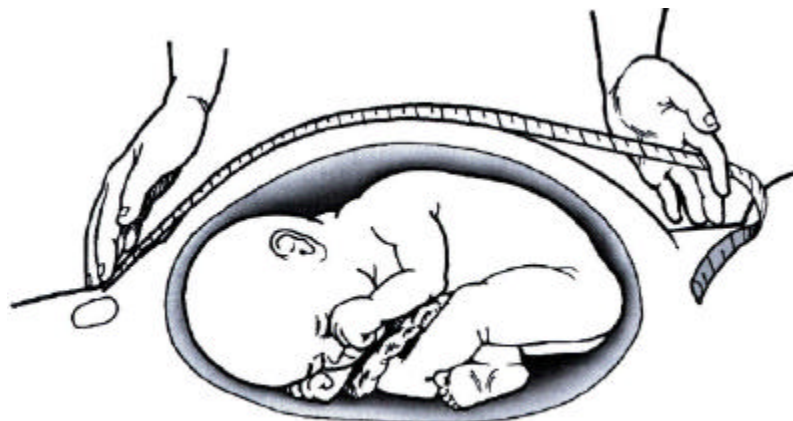


Figura A

Na Figura B, a fita é colocada abaixo da borda cubital, por isso, ao descrever uma curva maior, o valor que se obtém é $1,5 \pm 0,6$ cm maior em relação ao obtido com a técnica anterior, no 3º trimestre de gestação.

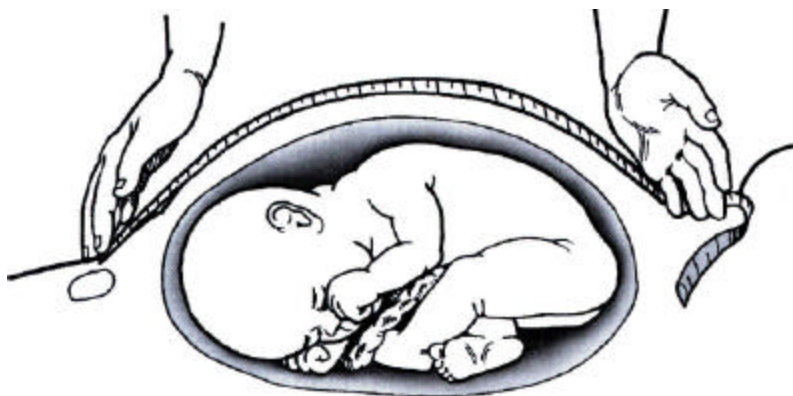


Figura B

Procedimentos:

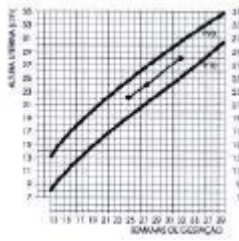
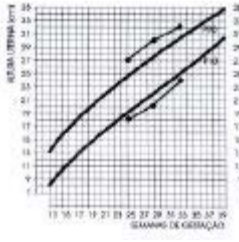
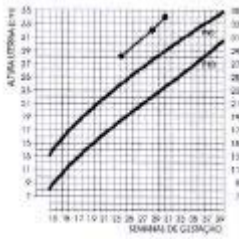
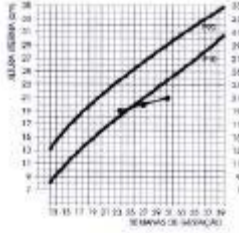
- medida da altura uterina - AU (ver técnica no Anexo I-d);
- registro do valor da medida encontrada no gráfico de AU/semanas de gestação;
- interpretação do traçado obtido.

8.1. INTERPRETAÇÃO DO TRAÇADO OBTIDO E CONDUTAS

Posição da ponta obtida na primeira medida em relação às curvas

GRÁFICO	PONTO	CONDUTA
	Entre as curvas inferiores e superiores	Seguir calendário de atendimento de rotina
	Acima da curva superior	Atentar para a possibilidade de erro de cálculo da idade gestacional (IG). Deve ser vista pelo médico da unidade e avaliada a possibilidade de polidrâmnio, macrossomia fetal, gemelaridade, molaa hidatiforme, miomatose uterina e obesidade. Caso permaneça dúvida, marcar retorno em 15 dias para reavaliação ou, se possível, encaminhamento para serviço de alto risco
	Abaixo da curva inferior	Atentar para a possibilidade de erro de cálculo da IG. Deve ser vista pelo médico da unidade para avaliar possibilidade de feto morto, oligoâmnio ou retardo de crescimento IntraUterino. Caso permaneça dúvida, marcar retorno em 15 dias para reavaliação ou, se possível, encaminhamento para serviço de alto risco

Consultas subseqüentes:

GRÁFICO	TRAÇADO	INTERPRETAÇÃO	CONDUTA
	<p>Evoluindo entre as curvas superiores e inferiores</p>	<p>Crescimento normal</p>	<p>Seguir calendário básico</p>
	<p>Evoluindo acima da curva superior e com a mesma inclinação desta Ou Evoluindo abaixo da curva inferior e com a mesma inclinação desta</p>	<p>É possível que a IG seja maior que a estimada É possível que a IG seja menor que a estimada</p>	<p>Encaminhar gestante médica, para:</p> <ul style="list-style-type: none"> • confirmar tipo de curva • confirmar a IG • referir ao pré-natal de alto risco a serviço especializado, caso haja suspeita de desvio do crescimento fetal
	<p>Evoluindo acima da curva superior e com inclinação maior que esta</p>	<p>É possível tratar-se de gestação múltipla, polidrâmio, macrossomia ou outra situação</p>	<p>Referir ao pré-natal de alto risco</p>
	<p>Evoluindo com inclinação persistentemente menor que a curva inferior</p>	<p>Se o traçado cruzar a curva inferior ou estiver afastando-se dela, provável retardo do crescimento fetal</p>	<p>Referir ao pré-natal de alto risco</p>

Observação: deve-se pensar em erro de medida quando ocorrer queda ou elevação abrupta em curva que vinha evoluindo normalmente.

AUSCULTA DOS BATIMENTOS CARDIOFETAIS (BCF)

Objetivo:

- Constatar a cada consulta a presença, ritmo, frequência e a normalidade dos batimentos cardíacos (BCF)

É considerada normal a frequência cardíaca fetal entre 120 a 160 batimentos por minuto.

Procedimentos: ver técnica no Anexo I-g deste manual.

ACHADO	CONDUTA
BCFs não audíveis com estetoscópio de Pinard. Quando a idade gestacional for igual ou maior que 24 semanas	ALERTA: a) verificar erro de estimativa de idade gestacional b) afastar condições que prejudiquem uma boa ausculta: obesidade materna, dificuldade de identificar o dorso fetal c) manter calendário mínimo de consulta, se houver percepção materna e constatação objetiva de movimentos fetais ou o útero estiver crescendo d) agendar consulta médica ou referir para serviço de maior complexidade, se a gestante não mais perceber movimentação fetal ou o crescimento uterino estiver estacionário
Bradycardia e taquicardia (achados raros)	ALERTA: a) afastar febre, uso de medicamentos pela mãe. b) deve-se suspeitar de sofrimento fetal. O médico da unidade deve avaliar a gestante e o feto. Na persistência do sinal, encaminhar a gestante para maternidade.

Observações: após uma contração uterina, movimentação fetal ou estímulo mecânico sobre o útero, um aumento transitório na frequência cardíaca fetal é sinal de boa vitalidade.

Por outro lado, uma desaceleração ou a não-alteração da frequência cardíaca fetal, concomitante a esses eventos, é sinal de alerta, requerendo aplicação de metodologia para avaliação da vitalidade fetal. Referir a gestante para um nível de maior complexidade ou à maternidade.

Solicitar na primeira consulta os seguintes exames de rotina:

- grupo sanguíneo e fator Rh, quando não realizado anteriormente;
- sorologia para sífilis (VDRL);
- urina (tipo I);
- hemoglobina (Hb);
- glicemia de jejum;
- colpocitologia oncótica (se necessário);
- bacterioscopia do conteúdo vaginal (se necessário).

EXAMES DE ROTINA	RESULTADOS	CONDUTAS
Tipagem sanguínea	Rh negativo e parceiro Rh positivo ou fator Rh	Solicitar o teste de Coombs indireto; se negativo, repeti-lo a cada quatro semanas, a partir da 24ª semana. Quando o teste de Coombs for positivo, referir ao pré-natal de alto risco.
Sorologia para lues	VDRL positivo	<i>Sífilis primária</i> - tratar com penicilina benzatina 2.400.000 UI (1.200.000 em cada nádega em dose única, dose total 2.400.000 UI.). <i>Sífilis recente</i> (até 1 ano – tratar com penicilina benzatina, 2.400.000 UI (1.200.000 UI cada nádega em dose única, dose total 2.400.000 UI.). <i>Sífilis recente</i> (até 1 ano) – tratar com penicilina benzatina, 2.400.000 UI (1.200.000 UI cada nádega), repetir em uma semana, dose total 4.800.000 <i>Sífilis tardia</i> (1 ou mais anos de evolução ou de duração desconhecida) tratar com penicilina benzatina 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), em três aplicações com intervalo de uma semana, dose total 7.200.000 UI, tratar o parceiro sempre .
	VDRL negativo	Repetir exame no 3º trimestre e no momento do parto, e em caso de abortamento.
Urina tipo I	1. Proteinúria	1a) "traços": repetir em 15 dias 1b) "traços" + hipertensão e/ou edema: referir ao pré-natal de alto risco 1c) "maciça": referir ao pré-natal de alto risco.

EXAMES DE ROTINA	RESULTADOS	CONDUTAS
	2. Piúria ou Bacteriúria	Solicitar urocultura com antibiograma. Referir à consulta médica, se necessário.
	3. Hematúria	3a) se piúria associada, solicitar urocultura. 3b) se isolada, excluído sangramento genital, referir à consulta especializada.
	4. Cilindrúria	Referir ao pré-natal de alto risco.
	5. Outros elementos	Não necessitam condutas especiais.
Dosagem de hemoglobina	Hemoglobina ≥ 11 g/dl	Ausência de anemia: suplementação de ferro a partir da 20ª semana: 1 drágea de sulfato ferroso/dia (300 mg), que corresponde a 60 mg de ferro elementar. Recomenda-se ingerir 30 minutos antes das refeições.
	Hemoglobina < 11 g/dl > 8g/dl	Anemia leve a moderada: a) solicitar exame parasitológico de fezes e tratar parasitoses, se presentes. b) tratar a anemia com 3 drágeas de sulfato ferroso, via oral/dia. c) repetir dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias: – se os níveis estiverem subindo, manter o tratamento até a hemoglobina atingir 11 g/dl, quando deverá ser iniciada a dose de suplementação (1 drágea ao dia), e repetir a dosagem no 3º trimestre, –se a Hb permanecer em níveis estacionários ou se "cair", referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
	Hemoglobina <8g/dl	Anemia grave: referir ao pré-natal de alto risco.

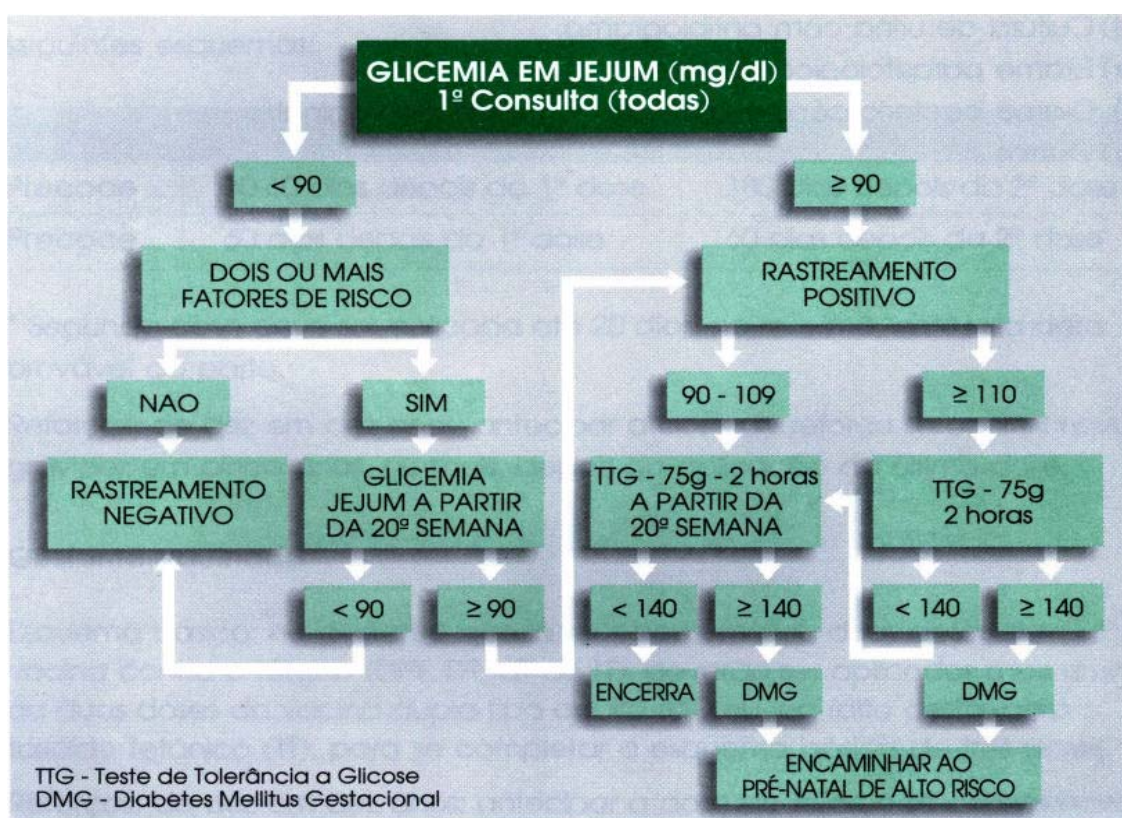
10.1. TESTE ANTI-HIV NA GRAVIDEZ

Deve ser sempre voluntário e acompanhado de aconselhamento pré e pós-teste (ver Anexo III).

Negativo: se a gestante se enquadrar em um dos critérios de risco (portadora de alguma DST, prática de sexo inseguro, usuária ou parceira de usuário de drogas injetáveis), o exame deve ser repetido após três meses ou no momento da internação para o parto.

Positivo: a gestante terá indicação do uso do AZT a partir da 14ª semana, para redução do risco de transmissão vertical, devendo ser encaminhada para unidade de referência para acompanhamento.

10.2. ESQUEMA RECOMENDADO PARA A DETECÇÃO DE DIABETES MELLITUS GESTACIONAL



Fatores de Risco para Diabetes Mellitus Gestacional

É o tipo de diabetes que aparece na gravidez, sobretudo se a mulher:

- tem mais de 25 anos;
- tem parentes próximos com diabetes;
- teve filhos pesando mais de 4 kg ao nascer;
- teve abortos ou natimortos;
- teve filhos com malformação fetal;

- é obesa ou tenha aumentado muito de peso durante a gestação;
- teve polidrâmnio, pré-eclâmpsia;
- teve diabetes gestacional;
- tem baixa estatura;
- tem distribuição central de gordura corporal.

Outros exames complementares

Casos específicos, segundo indicação clínica:

- a) Colpocitologia oncológica (exame de Papanicolaou ou "preventivo"): deverá ser realizado nas gestantes, cujo último exame tenha ocorrido há mais de três anos, sendo o último exame com diagnóstico negativo para neoplasia.
- b) Hemograma;
- c) Coombs indireto;
- d) Cultura de urina com antibiograma;
- e) Exame parasitológico de fezes;
- f) Exame bacterioscópico a fresco do conteúdo vaginal;
- g) Outros

Vacinação da gestante

É realizada para a prevenção do tétano no recém-nascido e para a proteção da gestante, com a vacina dupla tipo adulto (dT) ou, na falta desta, com o toxóide tetânico (Tf).

Gestante não-vacinada

Esquema básico: consta de três doses, podendo ser adotado um dos seguintes esquemas:

1ª Dose	2ª Dose	3ª Dose
Precoce	30-60 dias depois da 1ª dose	180 dias depois da 2ª dose
Precoce	60 dias depois da 1ª dose	60 dias depois da 2ª dose

* Segunda dose deve ser aplicada até 20 dias, no máximo, antes da data provável do parto.

Reforços: de dez em dez anos; antecipar a dose de reforço se ocorrer nova gravidez em cinco anos, ou mais, depois da aplicação da último dose.

Gestante vacinada

Esquema básico: na gestante que já recebeu uma ou duas doses da vacina contra o tétano (DPT, DT, dT ou TT), deverão ser aplicadas mais uma ou duas doses da vacina dupla tipo adulto (dT) ou, na falta desta, com o toxóide tetânico (TT), para se completar o esquema básico de três doses.

Reforços: de dez em dez anos; antecipar a dose de reforço se ocorrer nova gravidez em cinco anos, ou mais, depois da aplicação da último dose.

Efeitos adversos mais comuns

Dor, calor, vermelhidão e endurecimento local, e febre.

Contra-indicações

A única contra-indicação é o relato, muito raro, de reação anafilática seguindo-se à aplicação de dose anterior.

Agente comunitário de saúde

- Realiza visitas domiciliares, identificando gestantes e desenvolvendo atividade de educação da gestante e de seus familiares, orientando sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários;
- Deve encaminhar a gestante ao serviço de saúde ou avisar ao enfermeiro ou ao médico de sua equipe, caso presente: febre, calafrio, corrimento com mau cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas freqüentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes, e dor ao urinar;
- Orienta sobre a periodicidade das consultas, identifica situações de risco e encaminha para diagnóstico e tratamento;
- Realiza a captação precoce de gestante para a 1º consulta e para consultas subseqüentes;
- Realiza visitas no período puerperal, acompanha o processo de aleitamento, orienta a mulher e seu companheiro sobre planejamento familiar.

Auxiliar de enfermagem

- Orienta as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal e da amamentação;
- Verifica o peso e a pressão arterial e anota os dados no Cartão da gestante;
- Fornece medicação, mediante receita médica ou medicamentos padronizados para o programa;
- Aplica vacina antitetânica;
- Participa das atividades educativas.

Enfermeiro(a)

- Orienta as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, amamentação, vacinação, preparo para o parto, etc.;

- Realiza consulta de pré-natal de gestação de baixo risco;
- Solicita exames de rotina e orienta tratamento conforme protocolo do serviço;
- Encaminha gestantes identificadas como de risco para o médico;
- Realiza atividades com grupos de gestantes, grupos de sala de espera, etc.;
- Fornece o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta;
- Realiza coleta de exame citopatológico.

Médico(a)

- Realiza consulta de pré-natal, intercalando com o(a) enfermeiro(a);
- Solicita exames e orienta tratamento conforme as Normas Técnicas e Operacionais;
- Orienta gestantes quanto aos fatores de risco;
- Identifica as gestantes de risco e as encaminha para a unidade de referência;
- Realiza coleta de exame citopatológico;
- Fornece o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta;
- Participa de grupos de gestantes e realiza visita domiciliar quando for o caso;
- Atende às intercorrências e encaminha as gestantes para a unidade de referência quando necessário.

I. TÉCNICAS PADRONIZADAS PARA O EXAME CLÍNICO E OBSTÉTRICO

Para um bom acompanhamento pré-natal, é necessário que a equipe de saúde utilize correta e uniformemente as técnicas de exame clínico e obstétrico.

Cabe aos profissionais de formação universitária promover a capacitação dos demais membros da equipe, visando garantir que todos os dados colhidos sejam fidedignos.

Faz-se necessário destacar que todas as técnicas de medida de parâmetros biológicos sejam rigorosamente uniformes. Do contrário, ocorrerão diferenças significativas, prejudicando a comparação dos dados.

É importante ressaltar a lavagem das mãos do examinador, quantas vezes se e fizer necessário, durante o atendimento à gestante.

a) Procedimento para pesagem

- Balança de adulto, tipo plataforma, cuja escala tenha intervalos de até 100 g:
 - Antes de cada pesagem, a balança deve ser destravada, zerada e tarada.
 - A gestante, descalça e vestida apenas com o avental ou roupa leve, deve subir na plataforma e ficar em pé, de frente para o medidor, com os braços estendidos ao longo do corpo e sem qualquer outro apoio.
 - Mover o marcador maior (kg) do zero da escala até o ponto em que o braço da balança incline-se para baixo; voltar, então, para o nível imediatamente anterior (o braço da balança inclina-se para cima).
 - Em seguida, mover o marcador menor (g) do zero da escala até o ponto em que haja o equilíbrio entre o peso da escala e o peso real da gestante (o braço da balança fica em linha reta e o cursor aponta para o ponto médio da escala).
 - Ler o peso em quilogramas na escala maior e em gramas na escala menor, com aproximação de até 100 g.
 - Anotar no prontuário o peso encontrado, para efetuar o cálculo do ganho de peso e anotar no gráfico do cartão da gestante e da ficha perinatal.

b) Procedimentos para medida da estatura

- Balança: a mesma utilizada para pesagem.
- A gestante deve estar em pé e descalça, no centro da plataforma, com os braços estendidos ao longo do corpo.
- Os calcanhares, nádegas e espáduas devem tocar a haste vertical do balanço.
- A cabeça deve estar erguida de maneira que a borda inferior da órbita fique no mesmo plano horizontal que o meato do ouvido externo.
- Encarregado de proceder à medida deverá baixar lentamente a haste vertical até que essa pressione suavemente os cabelos da gestante (estes, quando extremamente espessos, devem ser considerados).
- Fazer então a leitura na escala do haste de medir, com aproximação de até 0,5 cm.
- Em seguida, anotar o resultado no prontuário.

c) Medida da pressão ou tensão arterial

- Certificar-se de que o aparelho de pressão (esfigmomanômetro) está calibrado.
- Com a gestante sentada, apoiar-lhe o antebraço numa superfície, com a palma da mão voltada para cima, à altura do coração, desnudando-lhe o braço
- Colocar o manguito ao redor do braço da gestante, ajustando-o acima da dobra do cotovelo.
- Palpar a artéria na dobra do cotovelo e sobre ela colocar o diafragma do estetoscópio, com leve pressão local. Nunca prendê-lo sob o manguito.
- Colocar as olivas do estetoscópio nos ouvidos.
- Inflar o manguito rapidamente, até mais 30 mmHg, após o desaparecimento dos ruídos.
- Desinflar lentamente o manguito.
- Leitura:
 - ponto do manômetro que corresponder ao aparecimento do primeiro ruído será a pressão sistólica (máxima);
 - a pressão diastólica (mínima) será lida no momento em que os ruídos desaparecerem completamente. Nos casos em que o desaparecimento completo dos ruídos não ocorrer, proceder à leitura da pressão diastólica no ponto onde percebe-se marcado abafamento.
- Anotar o resultado na ficha e no cartão.

d) Medida da altura uterina

- Posicionar a gestante em decúbito dorsal, com o abdome descoberto.
- Delimitar a borda superior do sínfise púbica e o fundo uterino.

- Fixar a extremidade inicial (0 cm) da fita métrica na borda superior da sínfise púbica, passando a mesma entre os dedos indicador e médio. Proceder à leitura quando a borda cubital a mão atingir o fundo uterino.
- Anotar a medida, em centímetros, na ficha e no cartão, e marcar o ponto na curva da altura uterina (Figuras 1 e 2).



Figura 1

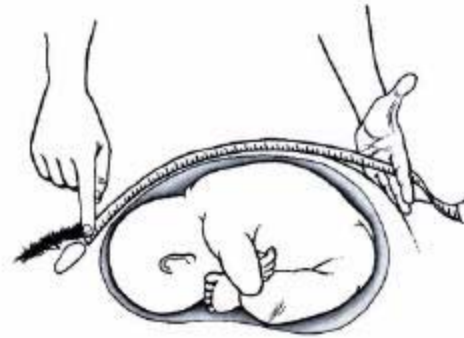


Figura 2

e) Detecção de edema

Nos membros inferiores:

- posicionar a gestante de decúbito dorsal ou sentada, sem meias;
- pressionar a pele na altura do tornozelo (região perimaleolar) e na perna, no nível do seu terço médio, face anterior (região pré-tibial, Figuras 3 e 4).



Figura 3



Figura 4

Na região sacra:

- posicionar a gestante de decúbito lateral ou sentada;
- pressionar a pele, por alguns segundos, na região sacra, com o dedo polegar.

O edema fica evidenciado mediante presença de uma depressão duradoura no local pressionado (Figuras 5 e 6).



Figura 5

Figura 6

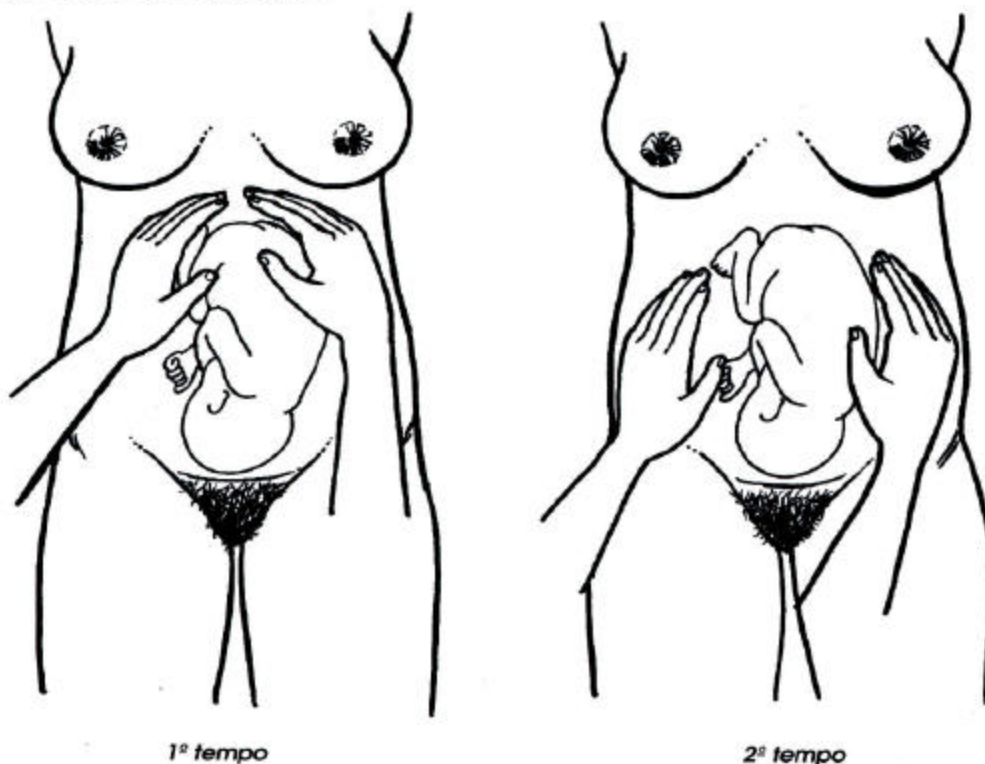
Na face e em membros superiores:

- identificar a presença de edema pela inspeção.

f) **Identificação da situação e apresentação fetal**

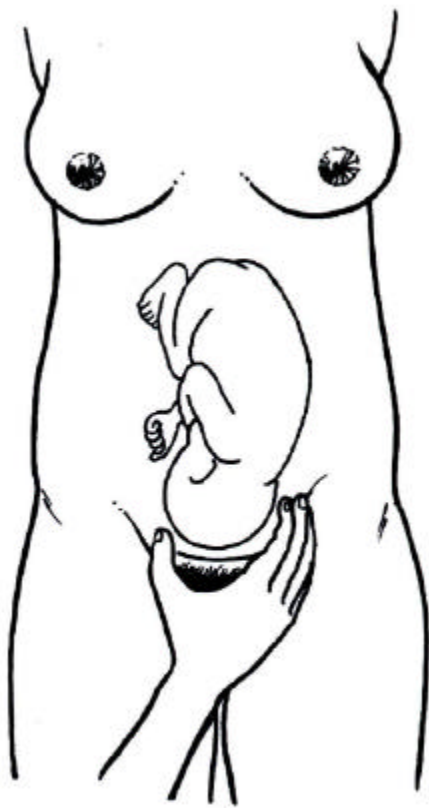
A identificação da situação e da apresentação fetal é feita por meio da palpação obstétrica, procurando identificar os pólos cefálico e pélvico e o dorso fetal.

Manobras de palpação:



1º tempo

2º tempo



3º tempo

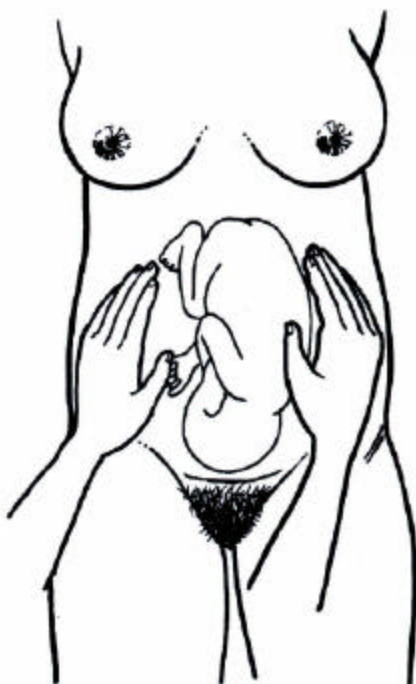


4º tempo

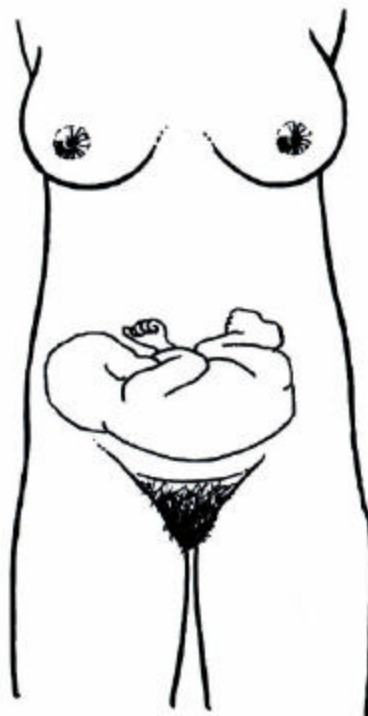
O feto pode estar em situação longitudinal (mais comum) ou transversa. As apresentações mais frequentes são a cefálica e a pélvica.

SITUAÇÃO:

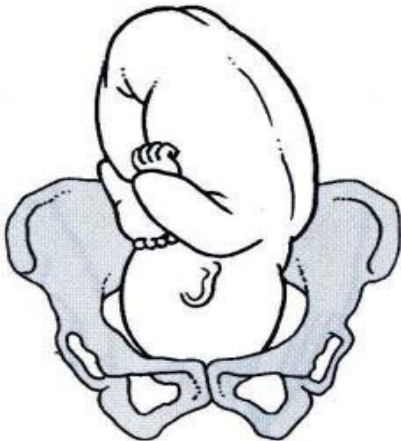
Longitudinal



Transversa



Apresentação
Cefálica



Apresentação
Pélvica



Conduta: a situação transversa e a apresentação pélvica em final de gestação podem significar risco no parto. Referir, sempre, a gestante para parto hospitalar.

g) Ausculta dos batimentos cardíofetais (BCF) com estetoscópio de Pinard (Figura 7)

- Posicionar a gestante em decúbito dorsal, com o abdome descoberto.
- Identificar o dorso fetal. Além de realizar a palpação, deve-se perguntar à gestante em qual lado ela mais sente os movimentos fetais; o dorso estará no lado oposto.
- Segurar o estetoscópio de Pinard pelo tubo, encostando a extremidade de abertura mais ampla no local previamente identificado como correspondente ao dorso fetal.
- Encostar o pavilhão da orelha na outra extremidade do estetoscópio.
- Fazer, com a cabeça, uma leve pressão sobre o estetoscópio e só então retirar a mão que segura o tubo.
- Procurar o ponto de melhor ausculta dos BCF, na região do dorso fetal.
- Controlar o pulso da gestante, para certificar-se que os batimentos ouvidos são os fetais, já que as frequências são, diferentes.
- Contar os batimentos cardíofetais por 1 minuto, observando sua frequência e ritmo.
- Registrar os BCF na ficha perinatal e no cartão da gestante.

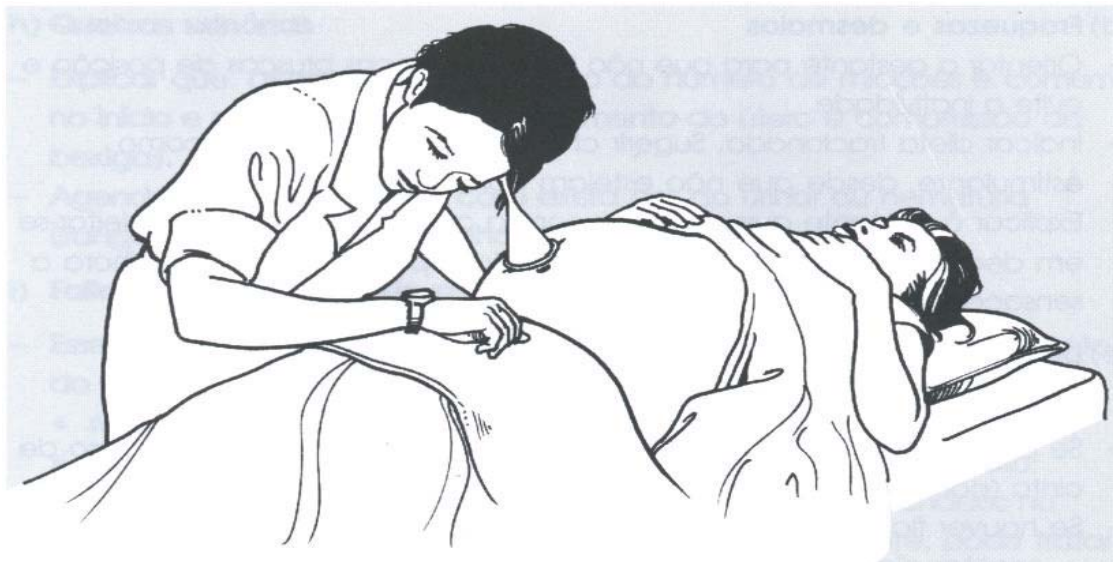


Figura 7

II. CONDUTAS NAS QUEIXAS MAIS FREQUENTES NA GESTAÇÃO NORMAL

As orientações a seguir são válidas para os casos em que os sintomas são manifestações ocasionais e transitórias, não refletindo, geralmente, doenças clínicas mais complexas. A maioria das queixas diminui ou desaparece sem o uso de medicamentos, que devem ser evitados ao máximo.

a) Náuseas, vômitos e tonturas

- Explicar que esses são sintomas comuns no início da gestação.
- Orientar a gestante para: dieta fracionada (seis refeições leves ao dia); evitar frituras, gorduras e alimentos com cheiros fortes ou desagradáveis; evitar líquidos durante as refeições, dando preferência à ingestão nos intervalos; ingerir alimentos sólidos antes de levantar-se, pela manhã.
- Agendar consulta médica para avaliar a necessidade de usar medicamentos ou referir ao pré-natal de alto risco, em caso de vômitos frequentes.

b) Pirose (azia)

- Orientar a gestante para:
 - dieta fracionada, evitando frituras; ingerir leite frio;
 - evitar café, chá preto, mates, doces, álcool e fumo.

Observação: em alguns casos, a critério médico, a gestante pode fazer uso de medicamentos antiácidos.

c) Sialorréia (salivação excessiva)

- Explicar que esse é um sintoma comum no início da gestação.
- Orientar dieta semelhante à indicada para náusea e vômitos.
- Orientar a gestante para deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância (especialmente em épocas de calor).

d) **Fraquezas e desmaios**

- Orientar a gestante para que não faça mudanças bruscas de posição e evite a inatividade.
- Indicar dieta fracionada. Sugerir chá ou café com açúcar como estimulante, desde que não estejam contra-indicados.
- Explicar à gestante que sentar-se com a cabeça abaixada ou deitar-se em decúbito lateral, respirando profunda e pausadamente, melhora a sensação de fraqueza e desmaio.

e) **Dor abdominal, cólicas, flatulência e obstipação intestinal**

- Certificar-se de que não sejam contrações uterinas.
- Se a gestante apresentar flacidez da parede abdominal, sugerir o uso de cinta (com exceção da elástica) e exercícios apropriados.
- Se houver flatulências (gases) e ou obstipação intestinal:
 - orientar dieta rica em resíduos: frutas cítricas, verduras, mamão, ameixas e cereais integrais;
 - recomendar que aumente a ingestão de líquidos e evite alimentos de alta fermentação, tais como repolho, couve, ovo, feijão, leite e açúcar;
 - recomendar caminhadas, movimentação e regularização do hábito intestinal;
- eventualmente prescrever:
 - simeticona (gases);
 - supositório de glicerina (obstipação);
 - hioscina, uma cápsula, via oral, até duas vezes ao dia (cólicas);
 - solicitar exame parasitológico de fezes, se necessário.

f) **Hemorróidas**

- Recomendar à gestante:
 - fazer dieta, a fim de evitar a obstipação intestinal. Se necessário, prescrever supositórios de glicerina;
 - não usar papel higiênico colorido ou áspero (molhá-lo) e fazer higiene perianal com água e sabão neutro, após defecação;
 - fazer banhos de vapor ou compressas mornas;
 - agendar consulta médica, caso haja dor ou sangramento anal persistente.

g) **Corrimento vaginal**

- Explicar que um aumento de fluxo vaginal é comum na gestação.
- Não prescrever cremes vaginais, desde que não haja diagnóstico de infecção vaginal.
- Agendar consulta médica, se ocorrer fluxo de cor amarelada, esverdeada ou com odor fétido, ou caso haja prurido. Nesses casos, ver condutas no *Manual de Tratamento e Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis / DST-Aids/MS*.

h) **Queixas urinárias**

- Explicar que, geralmente, o aumento do número de micções é comum no início e no final da gestação (aumento do útero e compressão da bexiga).
- Agendar consulta médico, caso exista dor ao urinar ou hematúria (sangue na urina), acompanhada ou não de febre.

i) **Falha de ar e dificuldade para respirar**

- Esses sintomas são freqüentes na gestação, em decorrência do aumento do útero ou ansiedade da gestante:
 - recomendar repouso em decúbito lateral;
 - ouvir a gestante e conversar sobre suas angústias, se for o caso;
 - estar atento para outros sintomas associados e para achados no exame cardiopulmonar pois, embora infreqüentemente, pode tratar-se de doença cardíaca ou respiratória. Agendar a consulta médica, caso haja dúvida ou suspeita.

j) **Dor nas mamas**

- Recomendar o uso constante de sutiã, com boa sustentação, após descartar qualquer alteração no exame das mamas.

l) **Dor lombar (dores nas costas)**

- Recomendar à gestante:
 - correção de postura ao sentar-se e ao andar;
 - use de sapatos com saltos baixos e confortáveis;
 - aplicação de calor local;
 - eventualmente, usar analgésico (se não for contra-indicado), por tempo limitado.

m) **Cefaléia (dor de cabeça)**

- Afastar hipertensão arterial e pré-eclâmpsia (se tiver mais de 24 semanas de gestação).
- Conversar com a gestante sobre suas tensões, conflitos e temores.
- Referir à consulta médica, se persistir o sintoma.

n) **Sangramento nas gengivas**

- Recomendar o uso de escova de dentes macia e massagem na gengiva.
- Agendar atendimento odontológico, sempre que possível.

o) **Varizes**

- Recomendar à gestante:
 - não permanecer muito tempo em pé ou sentada;
 - repousar (20 minutos), várias vezes ao dia, com as pernas elevadas;
 - não usar roupas muito justas e nem ligas nas pernas, e, se possível, utilizar meia-calça elástica para gestante.

p) **Câimbras**

- Recomendar à gestante:
 - massagear o músculo contraído e dolorido e aplicar calor local;
 - evitar excesso de exercícios.

q) **Cloasma gravídico (manchas escuras no rosto)**

- Explicar que é comum na gravidez e que costuma diminuir ou desaparecer, em tempo variável, após o parto.
- Recomendar não expor o rosto diretamente ao sol.

r) **Estrias**

- Explicar que são, resultado da distensão dos tecidos e que não existe método eficaz de prevenção. As estrias, que no início apresentavam cor arroxeada, tendem, com o tempo, a ficar de cor semelhante a da pele.
- Ainda que controversas, podem ser utilizadas massagens locais, com substâncias oleosas, na tentativa de preveni-las.

III. ACONSELHAMENTO PRÉ E PÓS-TESTE ANTI-HIV NA GRAVIDEZ

Pré-teste:

1. O profissional deve avaliar os conhecimentos da gestante sobre a Aids e outras DST, e informá-la sobre o que ela não sabe especialmente acerca da doença, seu agente etiológico, meios de transmissão. A gestante deverá ser estimulada a expressar seus sentimentos e dúvidas em relação a essas informações.
2. Explicar o que é o teste, como é feito, o que mede, suas limitações.
3. Explicar os benefícios do diagnóstico precoce na gravidez, as chances de reduzir a transmissão vertical, o acompanhamento especializado e as medidas profiláticas para a gestante e para o bebê em relação às infecções oportunistas.
4. Mencionar o caráter confidencial e voluntário do teste.

Pós-teste

Resultado negativo

1. Discutir o significado do resultado.
2. Informar que o teste deve ser repetido em caso de nova gestação.
3. Informar que o teste negativo não significa imunidade.
4. Reforçar os conceitos de modo de transmissão do HIV e outras DST e as medidas preventivas.

Resultado positivo

1. Discutir o significado do resultado.
2. Informar sobre a necessidade de acompanhamento médico especializado e instituição da terapêutica anti-retroviral.
3. Oferecer informações sobre como, quando e onde poderá ser feito esse acompanhamento.
4. Informar sobre as medidas disponíveis para diminuir a transmissão vertical.
5. Orientar sobre a necessidade de não amamentar.
6. Discutir a necessidade da testagem do parceiro e do uso de preservativos nas relações sexuais.
7. Dar todo o suporte psicoterápico.
8. Encaminhar para serviço de alto risco.

Resultado indeterminado

1. Discutir o significado do resultado.
2. Encorajar nova testagem após um mês.
3. Orientar para procurar atendimento médico especializado caso surjam sinais e sintomas não atribuíveis à gestação.
4. Orientar sobre as medidas preventivas contra o HIV e outras DST.

AMAMENTAÇÃO E USO DE DROGAS

GRUPOS DE DROGAS	USO CONTRA-INDICADO DURANTE A LACTAÇÃO	USO CUIDADOSO DURANTE A LACTAÇÃO	USO COMPATÍVEL COM LACTAÇÃO
ANALGÉSICOS, ANTIÉRMICOS, ANTIINFLAMATÓRIOS E OPIÁCEOS	Sais de Ouro.	Fenilbutazona, Indometacina, Dextropropoxifeno. Doses elevadas/uso prolongado: Morfina, Codeína, Petidina, Salicilatos.	Ácidos Mefenâmico e Flufenâmico, Diclofenaco, Proxicam, Naproxeno, Cetoprofeno, Euprafeno, Colchicina, Paracetamol, Difenamida. Uso de curta duração: Morfina, Codeína, Petidina, Salicilatos
ANTIBIÓTICOS E ANTIINFECIOSOS		Cilindamicina, Cloranfenicol, Imipenem, Sulfametoxazol, Sulfonamidas, Nitrofuranteína, Ácido Nalidixico. Quinolonas: evitar Ciprofloxacina, preferir Norfloxacina. Antivirais. Escabicitidas: Lindano e Monossulfiram. Antimicóticos: Cetoconazol, Itraconazol, Terconazol, Isconazol, Meftromidazol, Tinidazol, Furazolidona. Antimaláricos. Pirimetamina. Clotazimina, Dapsona.	Penicilinas, Ampicilina, Amoxicilina, Carbenicilina, Oxacilina, Cefalosporinas, Aminoglicosídeos, Adrreoran, Teicoplanina, Vancomicina, Eritromicina, Azitromicina, Claritromicina, Linezolida, Tetraclina, Rifampicina, Tuberculostáticos. Antivirais: Aciclovir, Idoxuridina. Escabicitidas: exceto Lindano e Monossulfiram. Antimicóticos: Miconazol, Metralina, Fluconazol, Clotrimazol. Antifericina B, Griseofulvina. Anti-helmínticos, Antiesquistossomídeos. Pentamina, Antimoniato de Meglumina.
MEDICAMENTOS QUE ATUAM NO SISTEMA NERVOSO CENTRAL	Antietaminas. Cocaína, Heroína, LSD, Maconha	Antidepressivos: Amitriptilina, Imipramina, Lito, Moclobemida, Fluoxetina, Maprotilina, Paroxetina. Anticonvulsivantes: Fenobarbital, Barbitabital, Primidona, Difenilantolína, Etosuximida, Clonazepam. Antipsicóticos: Haloperidol, Droperidol, Pimozida, Sulpirida, Clorpromazina, Levopromazina, Flufenazina, Pericazina, Tiorazina, Pipotiazina. Derivados da Ergotamina (anti-erectocécia), Antiparkinsonianos.	Benzodiazepínicos: Oxazepam e Lorazepam. Anticonvulsivantes: Carbamazepina, Ácido Valpróico. Clomipramina.
HORMÔNIOS E ANTAGONISTAS	Tamoxifen, Andrôgenos, Bromocriptina, Cabergolina, Miboprostol, Mifepristone, Estrógenos: doses elevadas.	Hipoglicemiantes orais, Propiltiuracil, Carbamizol, Metimazol. Corticosteróides: doses elevadas/uso prolongado. Ocitocina, Ergonovina.	Adrenalina, hialina, Tiroxina. Anticoncepcionais: Progesterona (microdosagem), Espermaticidas, DU com progestagênio. Corticosteróides: uso de curta duração.
MISCELÂNEA	Amlodarona. Antineoplásicos: Citotóxicos, Imunossupressores, Substâncias Radioativas, Fenildiona.	Omeprazol, Lansoprazol, Pantoprazol. Teofilina, Aminofilina, Iodetos, Iodopovidona. Antitussígenos. Nafazalina, Oximetazolina, Fenilefrina, Carisoprodol. Clonitina, Prazosina, Reserpina, Bebidas Alcoólicas, Nicotina.	Anticídicos, Climefidina, Ranitidina, Famotidina. Clotaprida, Metoclopramida, Bromoprida, Alscaprida Domperidona. Anti-histamínicos: preferir Loratadina, Descongestionantes. Mucolíticos: exceto Iodetos. Broncodilatadores Orals e Inhalados. Heparina, Warfarin, Dicumarol. Betabloqueadores: preferir Propranolol, Labetalol, Digifálicos. Bloqueadores de Canais de Cálcio: Nifedipina, Verapamil. Anti-hipertensivos: Metildopa, Captopril, Hidralazina, Diuréticos, Lidocaina, Laxativos, Vitamina, Imunoglobulinas, Vacinas.

■ Suspender a amamentação temporária ou definitivamente

■ Podem ser usadas em doses ocasionais e/ou habituais, contudo monitorar a criança para efeitos colaterais

■ Uso potencialmente seguro em doses habituais

IV. BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

FESCINA, R. Altura uterina como método para predecir el crecimiento fetal. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 1984, v.96, nº 4, p. 377.

FESCINA, SCHWARZ, DIAZ. *Vigilância Crescimento Fetal - Manual de Autoinstruções* - Pub. Científica CLAP - OPS/OMS nº 1261. 1996.

GROSS, F. PISA, Z. STRASSER, T. ZANCHETTI, A. *Tratamiento de la hipertensión arterial: guía practica para el método y otros agentes de salud*. Ginebra, OMS, 1985. 1v.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. *Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática*. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27 p. (Série B: Textos básicos de saúde, 6).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Epidemiologia. Programa Nacional de Imunizações. *Manual de vacinação*. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 69 p. (Série A: Normas e manuais técnicos, 15).

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde e MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. *Controle de doenças sexualmente transmissíveis*. Brasília, 1985. 70 p.

SCHWARZ, R, DIAZ, G, FESCINA, R, et al - Pub. Científica nº 1321.03 CLAP - OPS/OMS. 1996.

 **MINISTÉRIO
DA SAÚDE**  **GOVERNO
FEDERAL**