

CONSULTAS

Na primeira consulta de pré-natal, deve ser realizada anamnese, abordando aspectos epidemiológicos, além dos antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual. O exame físico deverá ser completo, constando avaliação de cabeça e pescoço, tórax, abdômen, membros e inspeção de pele e mucosas, seguido por exame ginecológico e obstétrico. Nas consultas seguintes, a anamnese deverá ser sucinta, abordando aspectos do bem-estar materno e fetal. Inicialmente, deverão ser ouvidas dúvidas e ansiedades da mulher, além de perguntas sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal e interrogatório sobre a presença de corrimentos ou outras perdas vaginais.

As anotações deverão ser realizadas tanto no prontuário da unidade quanto no cartão da gestante. Em cada consulta, deve-se reavaliar o risco obstétrico e perinatal. Para auxiliar nesse objetivo, deve-se observar a discriminação dos fatores de risco no cartão de pré-natal, identificados pela cor amarela. A presença dessas anotações deverá ser interpretada pelo profissional de saúde como sinal de alerta.

6.1 ROTEIRO DA PRIMEIRA CONSULTA

I. História clínica (observar cartão da gestante)

- Identificação:
 - nome;
 - número do SISPRENATAL;
 - idade;
 - cor;
 - naturalidade;
 - procedência;
 - endereço atual;
 - unidade de referência.
- Dados socioeconômicos;
- Grau de instrução;
- Profissão/ocupação;
- Estado civil/união;
- Número e idade de dependentes (avaliar sobrecarga de trabalho doméstico);

- Renda familiar;
- Pessoas da família com renda;
- Condições de moradia (tipo, nº de cômodos);
- Condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo);
- Distância da residência até a unidade de saúde;
- Antecedentes familiares:
 - hipertensão arterial;
 - diabetes *mellitus*;
 - doenças congênitas;
 - gemelaridade;
 - câncer de mama e/ou do colo uterino;
 - hanseníase;
 - tuberculose e outros contatos domiciliares (anotar a doença e o grau de parentesco);
 - doença de Chagas;
 - parceiro sexual portador de infecção pelo HIV.
- Antecedentes pessoais:
 - hipertensão arterial crônica;
 - cardiopatias, inclusive doença de Chagas;
 - diabetes *mellitus*;
 - doenças renais crônicas;
 - anemias e deficiências de nutrientes específicos;
 - desvios nutricionais (baixo peso, desnutrição, sobrepeso, obesidade);
 - epilepsia;
 - doenças da tireóide e outras endocrinopatias;
 - malária;
 - viroses (rubéola, hepatite);
 - alergias;
 - hanseníase, tuberculose ou outras doenças infecciosas;
 - portadora de infecção pelo HIV (em uso de retrovirais? quais?);
 - infecção do trato urinário;
 - doenças neurológicas e psiquiátricas;
 - cirurgia (tipo e data);
 - transfusões de sangue.
- Antecedentes ginecológicos:
 - ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade);
 - uso de métodos anticoncepcionais prévios (quais, por quanto tempo e motivo do abandono);
 - infertilidade e esterilidade (tratamento);
 - doenças sexualmente transmissíveis (tratamentos realizados, inclusive pelo parceiro);

- doença inflamatória pélvica;
 - cirurgias ginecológicas (idade e motivo);
 - mamas (alteração e tratamento);
 - última colpocitologia oncótica (papanicolau ou “preventivo”, data e resultado).
- Sexualidade:
 - início da atividade sexual (idade da primeira relação);
 - dispareunia (dor ou desconforto durante o ato sexual);
 - prática sexual nessa gestação ou em gestações anteriores;
 - número de parceiros da gestante e de seu parceiro, em época recente ou pregressa;
 - uso de preservativos masculino ou feminino (uso correto? uso habitual?).
- 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, causados por DST, complicados por infecções, curetagem pós-abortamento);
 - número de filhos vivos;
 - idade na primeira gestação;
 - intervalo entre as gestações (em meses);
 - isoimunização Rh;
 - 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 motivo 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, transfusão, hipoglicemia, ex-sangüíneo-transfusões;
 - intercorrências ou complicações em gestações anteriores (especificar);
 - complicações nos puerpérios (descrever);
 - história de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame).
- Gestação atual:
 - data do primeiro dia/mês/ano da última menstruação – DUM (anotar certeza ou dúvida);
 - peso prévio e altura;
 - sinais e sintomas na gestação em curso;
 - hábitos alimentares;
 - medicamentos usados na gestação;
 - internação durante essa gestação;

- hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e drogas ilícitas;
- ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse);
- aceitação ou não da gravidez pela mulher, pelo parceiro e pela família, principalmente se for adolescente;
- identificar gestantes com fraca rede de suporte social.

II. Exame físico

- Geral:
 - determinação do peso e da altura;
 - medida da pressão arterial (técnica no item 8.3);
 - inspeção da pele e das mucosas;
 - palpação da tireóide e de todo o pescoço, região cervical e axilar (pesquisa de nódulos ou outras anormalidades);
 - ausculta cardiopulmonar;
 - exame do abdômen;
 - exame dos membros inferiores;
 - pesquisa de edema (face, tronco, membros).
- Específico (gineco-obstétrico):
 - exame clínico das mamas (ECM). Durante a gestação e amamentação, também podem ser identificadas alterações, que devem seguir conduta específica, segundo as recomendações do INCA. Realizar orientações para o aleitamento materno em diferentes momentos educativos, principalmente se for adolescente. Nos casos em que a amamentação estiver contra-indicada – portadoras de HIV/HTLV –, orientar a mulher quanto à inibição da lactação (mecânica e/ou química) e para a aquisição de fórmula infantil;
 - palpação obstétrica e, principalmente no terceiro trimestre, identificação da situação e apresentação fetal;
 - medida da altura uterina;
 - ausculta dos batimentos cardíacos fetais (com sonar, após 12 semanas, e com estetoscópio de Pinard, após 20 semanas);
 - inspeção dos genitais externos;
 - exame especular e toque vaginal de acordo com a necessidade, orientados pela história e queixas da paciente, e quando for realizada coleta de material para exame colpocitológico;
 - o exame físico das adolescentes deverá seguir as orientações do *Manual de Organização de Serviços para a Saúde dos Adolescentes*.

III. Exames complementares

Na primeira consulta, solicitar:

- dosagem de hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht);
- grupo sanguíneo e fator Rh;
- sorologia para sífilis (VDRL): repetir próximo à 30ª semana;
- glicemia em jejum: repetir próximo à 30ª semana;

- exame sumário de urina (Tipo I): repetir próximo à 30ª semana;
- sorologia anti-HIV, com consentimento da mulher após o “aconselhamento pré-teste”. Repetir próximo à 30ª semana, sempre que possível;
- sorologia para hepatite B (HBsAg), de preferência próximo à 30ª semana de gestação, onde houver disponibilidade para realização;
- sorologia para toxoplasmose, onde houver disponibilidade.

Outros exames podem ser acrescentados a essa rotina mínima:

- **protoparasitológico**: solicitado na primeira consulta;
- **colpocitologia oncótica**: muitas mulheres freqüentam os serviços de saúde apenas para o pré-natal. Assim, é imprescindível que, nessa oportunidade, seja realizado esse exame, que pode ser feito em qualquer trimestre, embora sem a coleta endocervical, seguindo as recomendações vigentes;
- **bacterioscopia da secreção vaginal**: em torno da 30ª semana de gestação, particularmente nas mulheres com antecedente de prematuridade;
- **sorologia para rubéola**: quando houver sintomas sugestivos;
- **urocultura** para o diagnóstico de **bacteriúria assintomática**;
- **eletroforese de hemoglobina**: quando houver suspeita clínica de anemia falciforme;
- **ultra-sonografia obstétrica**: onde houver disponibilidade.

A **ultra-sonografia de rotina durante a gestação**, embora seja procedimento bastante corriqueiro, permanece controversa. Não existe comprovação científica de que, rotineiramente realizada, tenha qualquer efetividade sobre a redução da morbidade e da mortalidade perinatal ou materna. As evidências científicas atuais relacionam sua realização no início da gravidez com uma melhor determinação da idade gestacional, detecção precoce de gestações múltiplas e malformações fetais clinicamente não suspeitas. Vale lembrar que, no Brasil, a interrupção precoce da gravidez por malformações fetais incompatíveis com a vida, ainda não é legalmente permitida. Os possíveis benefícios sobre outros resultados permanecem ainda incertos. **A não realização de ultra-sonografia durante a gestação não constitui omissão, nem diminui a qualidade do pré-natal.**

Outra situação completamente distinta é a indicação do exame ultra-sonográfico mais tardiamente na gestação, **por alguma indicação específica orientada por suspeita clínica**, notadamente como complemento da avaliação da vitalidade fetal ou outras características gestacionais ou do feto. Está comprovado que, em gestações de alto risco, a ultra-sonografia com dopplervelocimetria possibilita a indicação de intervenções que resultam na redução da morbimortalidade perinatal.

Investigação de HIV/AIDS

O diagnóstico da infecção pelo HIV, no período pré-concepcional ou no início da gestação, possibilita melhor controle da infecção materna e melhores resultados na profilaxia da transmissão vertical desse vírus. Por esse motivo, **obrigatoriamente esse teste deve ser oferecido**, com aconselhamento pré e pós-teste, **para todas as gestantes** na primeira consulta do pré-natal, independentemente de sua aparente situação de risco para o HIV.

Aconselhamento pré-teste

- O profissional deve avaliar os conhecimentos da gestante sobre a infecção pelo HIV/Aids e outras DST e informá-la sobre o que ela não sabe, especialmente acerca de seu agente etiológico, meios de transmissão, sobre a diferença entre ser portador da infecção e desenvolver a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids), sobre os conceitos “vulnerabilidade” e “situações de risco acrescido”, e sua importância na exposição ao risco para a infecção pelo HIV, em ocasião recente ou pregressa;
- Explicar o que é o teste anti-HIV, como é feito, o que mede, suas limitações, explicando o significado dos resultados negativo, indeterminado e positivo (ver item 9.6);
- Explicar os benefícios do diagnóstico precoce na gravidez para a mulher e para o bebê, reforçando as chances de reduzir a transmissão vertical pelo acompanhamento especializado e as medidas profiláticas durante a gestação, no parto e no pós-parto, e o controle da infecção materna;
- Garantir o caráter confidencial e voluntário do teste anti-HIV. Durante todo esse processo, a gestante deverá ser estimulada a expressar seus sentimentos e dúvidas em relação a essas informações.

IV. Condutas:

- cálculo da idade gestacional e data provável do parto;
- orientação alimentar e acompanhamento do ganho de peso gestacional;
- fornecimento de informações necessárias e respostas às indagações da mulher ou da família;
- orientação sobre sinais de riscos e assistência em cada caso;
- referência para atendimento odontológico;
- encaminhamento para imunização antitetânica (vacina dupla viral), quando a gestante não estiver imunizada;
- referência para serviços especializados na mesma unidade ou unidade de maior complexidade, quando indicado. Entretanto, mesmo com referência para serviço especializado, a mulher deverá continuar sendo acompanhada, conjuntamente, na unidade básica.

6.2 ROTEIRO DAS CONSULTAS SUBSEQÜENTES

- Revisão da ficha pré-natal;
- Anamnese atual sucinta;
- Verificação do calendário de vacinação.

I. Controles maternos:

- cálculo e anotação da idade gestacional;
- determinação do peso para avaliação do índice de massa corporal (IMC) (anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do estado nutricional);
- medida da pressão arterial (observar a aferição da PA com técnica adequada);
- palpação obstétrica e medida da altura uterina (anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal);
- pesquisa de edema;
- avaliação dos resultados de exames laboratoriais e instituição de condutas específicas;
- verificação do resultado do teste para HIV e, em casos negativos, repetir próximo à 30ª semana de gestação, sempre que possível. Em casos positivos, encaminhar para unidade de referência.

II. Controles fetais:

- ausculta dos batimentos cardíacos;
- avaliação dos movimentos percebidos pela mulher e/ou detectados no exame obstétrico.

III. Condutas:

- interpretação dos dados de anamnese, do exame obstétrico e dos exames laboratoriais com solicitação de outros, se necessários;
- tratamento de alterações encontradas, ou encaminhamento, se necessário;
- prescrição de suplementação de sulfato ferroso (40 mg de ferro elementar/dia) e ácido fólico (5 mg/dia), para profilaxia da anemia;
- orientação alimentar;
- acompanhamento das condutas adotadas em serviços especializados, pois a mulher deverá continuar a ser acompanhada pela equipe da atenção básica;
- realização de ações e práticas educativas individuais e em grupos. Os grupos educativos para adolescentes devem ser exclusivos dessa faixa etária, abordando temas de interesse do grupo. Recomenda-se dividir os grupos em faixas de 10-14 anos e de 15-19 anos, para obtenção de melhores resultados;
- agendamento de consultas subseqüentes.

6.3 CALENDÁRIO DAS CONSULTAS

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

O calendário de atendimento pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal. **Deve ser iniciado precocemente (primeiro trimestre) e deve ser regular e completo (garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas e preenchendo-se o cartão da gestante e a ficha de pré-natal).**

Durante o pré-natal, deverá ser realizado o número **mínimo** de seis consultas, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre.

A maior freqüência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal. **Não existe “alta” do pré-natal antes do parto.**

O acompanhamento da mulher no ciclo grávido-puerperal deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que deverá ter sido realizada a consulta de puerpério.

6.4 AÇÕES EDUCATIVAS

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.

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. As gestantes constituem o foco principal do processo de aprendizagem, porém não se pode deixar de atuar, também, entre companheiros e familiares. A posição do homem na sociedade está mudando tanto quanto os papéis tradicionalmente atribuídos às mulheres. Portanto, os serviços devem promover o envolvimento dos homens, adultos e adolescentes, discutindo a sua participação responsável nas questões da saúde sexual e reprodutiva.

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. É importante que se façam grupos separados para adultos e adolescentes. Essas atividades podem ocorrer dentro ou fora da unidade de saúde. O profissional de saúde, atuando como facilitador, deve evitar o estilo palestra, pouco produtivo e que ofusca questões subjacentes, que podem ser mais relevantes para as pessoas presentes do que um roteiro preestabelecido.

ASPECTOS A SEREM ABORDADOS NAS AÇÕES EDUCATIVAS

Durante o pré-natal e no atendimento após o parto, a mulher, ou a família, devem receber informações sobre os seguintes temas:

- Importância do pré-natal;
- Cuidados de higiene;
- A realização de atividade física, de acordo com os princípios fisiológicos e metodológicos específicos para gestantes, pode proporcionar benefícios por meio do ajuste corporal à nova situação. Orientações sobre exercícios físicos básicos devem ser fornecidas na assistência pré-natal e puerperal (ver página 96). Uma boa preparação corporal e emocional capacita a mulher a vivenciar a gravidez com prazer, permitindo-lhe desfrutar plenamente seu parto;
- Nutrição: promoção da alimentação saudável (ênfase na prevenção dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição – baixo peso, sobrepeso, obesidade, hipertensão e diabetes; e suplementação de ferro, ácido fólico e vitamina A – para as áreas e regiões endêmicas);
- Desenvolvimento da gestação;
- Modificações corporais e emocionais;
- Medos e fantasias referentes à gestação e ao parto;
- Atividade sexual, incluindo prevenção das DST/Aids e aconselhamento para o teste anti-HIV;
- Sintomas comuns na gravidez e orientações para as queixas mais frequentes;
- Sinais de alerta e o que fazer nessas situações (sangramento vaginal, dor de cabeça, transtornos visuais, dor abdominal, febre, perdas vaginais, dificuldade respiratória e cansaço);
- Preparo para o parto: planejamento individual considerando local, transporte, recursos necessários para o parto e para o recém-nascido, apoio familiar e social;
- Orientações e incentivo para o parto normal, resgatando-se a gestação, o parto, o puerpério e o aleitamento materno como processos fisiológicos;
- Incentivar o protagonismo da mulher, potencializando sua capacidade inata de dar à luz;

- Orientação e incentivo para o aleitamento materno e orientação específica para as mulheres que não poderão amamentar;
- Importância do planejamento familiar num contexto de escolha informada, com incentivo à dupla proteção;
- Sinais e sintomas do parto;
- Cuidados após o parto com a mulher e o recém-nascido, estimulando o retorno ao serviço de saúde;
- Saúde mental e violência doméstica e sexual;
- Benefícios legais a que a mulher tem direito, incluindo a Lei do Acompanhante;
- Impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, o parto e o puerpério;
- Importância da participação do pai durante a gestação e o parto, para o desenvolvimento do vínculo entre pai e filho, fundamental para o desenvolvimento saudável da criança;
- O direito a acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto, garantido pelo Lei nº 11.108, de 7/4/2005, regulamentada pela Portaria GM 2.418, de 2/12/2005;
- Gravidez na adolescência e dificuldades sociais e familiares;
- Importância das consultas puerperais;
- Cuidados com o recém-nascido;
- Importância da realização da triagem neonatal (teste do pezinho) na primeira semana de vida do recém-nascido;
- Importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente).

Para um bom acompanhamento pré-natal, é necessário que a equipe de saúde realize correta e uniformemente os procedimentos técnicos durante o exame clínico e obstétrico. Do contrário, ocorrerão diferenças significativas, prejudicando a comparação e a interpretação dos dados. Cabe aos profissionais de formação universitária promover a capacitação dos demais membros da equipe, visando garantir que todos os dados colhidos sejam fidedignos.

É importante ressaltar, no contexto da qualidade de atenção e da proteção biológica, a necessidade da lavagem das mãos do examinador antes e após o atendimento à gestante e, especialmente, na eventualidade da realização de procedimentos.

8.1 MÉTODOS PARA CÁLCULO DA IDADE GESTACIONAL (IG) E DA DATA PROVÁVEL DO PARTO (DPP)

CÁLCULO DA IDADE GESTACIONAL

Objetivo: estimar o tempo de gravidez/a idade do feto.

Os métodos para essa estimativa dependem da data da última menstruação (DUM), que corresponde ao primeiro dia de sangramento do último período menstrual referido pela mulher.

I. Quando a data da última menstruação (DUM) é conhecida e de certeza:

É o método de escolha para se calcular a idade gestacional em mulheres com ciclos menstruais regulares e sem uso de métodos anticoncepcionais hormonais:

- Uso do calendário: somar o número de dias do intervalo entre a DUM e a data da consulta, dividindo o total por sete (resultado em semanas);
- Uso de disco (gestograma): colocar a seta sobre o dia e mês correspondente ao primeiro dia da última menstruação e observar o número de semanas indicado no dia e mês da consulta atual.

II. 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 fim 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.

III. Quando a data e o período da última menstruação são desconhecidos:

- Quando a data e o período do mês não forem conhecidos, a idade gestacional e a data provável do parto serão, inicialmente, determinadas por aproximação, basicamente pela medida da altura do fundo do útero e pelo toque vaginal, além da informação sobre a data de início dos movimentos fetais, habitualmente ocorrendo entre 16 e 20 semanas. Podem-se utilizar a altura uterina mais o toque vaginal, considerando os seguintes parâmetros:
 - até a sexta semana, não ocorre alteração do tamanho uterino;
 - na oitava semana, o útero corresponde ao dobro do tamanho normal;
 - na décima 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 relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina. Porém, esse parâmetro torna-se menos fiel a partir da 30ª semana de idade gestacional.
- Quando não for possível determinar a idade gestacional clinicamente, solicitar o mais precocemente o exame de ultra-sonografia obstétrica.

CÁLCULO DA DATA PROVÁVEL DO PARTO

Objetivo: estimar o período provável para o nascimento.

- 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 calendário;
- Com o disco (gestograma), colocar a seta sobre o dia e mês correspondente ao primeiro dia da última menstruação e observar a seta na data (dia e mês) indicada como data provável do parto;
- Uma outra forma de cálculo é somar sete dias ao primeiro dia da última menstruação e subtrair três meses ao mês em que ocorreu a última menstruação (ou adicionar nove meses, se corresponder aos meses de janeiro a março) – Regra de Nägele. Nos casos em que o número de dias encontrado for maior do que o número de dias do mês, passar os dias excedentes para o mês seguinte, adicionando 1 ao final do cálculo do mês.

Exemplos:	Data da última menstruação: 13/9/04 Data provável do parto: 20/6/05 ($13+7 = 20 / 9-3 = 6$)
	Data da última menstruação: 10/2/04 Data provável do parto: 17/11/04 ($10+7 = 17 / 2+9 = 11$)
	Data da última menstruação: 27/1/04 Data provável do parto: 3/11/04 ($27+7 = 34 / 34-31 = 3 / 1+9+1 = 11$)

8.2 AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL (EN) E DO GANHO DE PESO GESTACIONAL

Objetivo: avaliar e acompanhar o estado nutricional da gestante e o ganho de peso durante a gestação para:

- Identificar, a partir de diagnóstico oportuno, as gestantes em risco nutricional (baixo peso, sobrepeso ou obesidade) no início da gestação;
- Detectar as gestantes com ganho de peso baixo ou excessivo para a idade gestacional;
- Realizar orientação adequada para cada caso, visando à promoção do estado nutricional materno, condições para o parto e peso do recém-nascido.

Atividade: medida do peso e da altura da gestante.

Avaliação do estado nutricional durante a gestação.

TÉCNICAS PARA A TOMADA DAS MEDIDAS DO PESO E DA ALTURA

O peso deve ser aferido em todas as consultas de pré-natal. A estatura da gestante adulta (idade > 19 anos) deve ser aferida apenas na primeira consulta e a da gestante adolescente pelo menos trimestralmente. Recomenda-se a utilização da balança eletrônica ou mecânica, certificando-se se está em bom funcionamento e calibrada. O cuidado com as técnicas de medição e a aferição regular dos equipamentos garantem a qualidade das medidas coletadas.

I. Procedimentos para pesagem

Balança de adulto, tipo plataforma, com escala apresentando intervalos de 100 g, ou eletrônica, se disponível.

- Antes de cada pesagem, a balança deve ser destravada, zerada e calibrada;
- A gestante, descalça e vestida apenas com avental ou roupas leves, deve subir na plataforma e ficar em pé, de costas 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);
- Mover o marcador menor (g) do zero da escala até o ponto em que haja equilíbrio entre o peso da escala e o peso 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. No caso de valores intermediários (entre os traços da escala), considerar o menor valor. Por exemplo: se o cursor estiver entre 200 e 300 g, considerar 200 g;
- Anotar o peso encontrado no prontuário e no cartão da gestante.

II. Procedimentos para medida da altura

- A gestante deve estar em pé e descalça, no centro da plataforma da balança, com os braços estendidos ao longo do corpo. Quando disponível, poderá ser utilizado o antropômetro vertical;
- Calcânhares, nádegas e espáduas devem se aproximar da haste vertical da balança. No caso de se usar antropômetro vertical, a gestante deverá ficar com calcânhares, nádegas e espáduas encostados no equipamento;
- A cabeça deve estar erguida de maneira que a borda inferior da órbita fique no mesmo plano horizontal que o meato do ouvido externo;
- O encarregado de realizar a medida deverá baixar lentamente a haste vertical, pressionando suavemente os cabelos da gestante até que a haste encoste no couro cabeludo;
- Fazer a leitura na escala da haste. No caso de valores intermediários (entre os traços da escala), considerar o menor valor. Anotar o resultado no prontuário.

III. Procedimentos para avaliação da idade gestacional (seguir as instruções do item 8.1)

ORIENTAÇÕES PARA O DIAGNÓSTICO E O ACOMPANHAMENTO DO ESTADO NUTRICIONAL DA GESTANTE

O primeiro passo para a avaliação nutricional da gestante é a aferição do peso e da altura maternos e o cálculo da idade gestacional, conforme técnicas descritas anteriormente.

NA PRIMEIRA CONSULTA DE PRÉ-NATAL

Na primeira consulta de pré-natal, a avaliação nutricional da gestante com base em seu peso e sua estatura permite conhecer seu estado nutricional atual e subsidia a previsão de ganho de peso até o fim da gestação. Essa avaliação deve ser feita conforme descrito a seguir:

I. Calcule o IMC por meio da fórmula:

$$\text{Índice de Massa Corporal (IMC)} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura}^2 \text{ (m)}}$$

II. Realize o diagnóstico nutricional, utilizando o Quadro 1:

1. Calcule a semana gestacional;

Obs.: quando necessário, arredonde a semana gestacional da seguinte forma: 1, 2, 3 dias considere o número de semanas completas; e 4, 5, 6 dias considere a semana seguinte.

Exemplo:

Gestante com 12 semanas e 2 dias = 12 semanas

Gestante com 12 semanas e 5 dias = 13 semanas

2. Localize, na primeira coluna do **Quadro 1**, a semana gestacional calculada e identifique, nas colunas seguintes, em que faixa está situado o IMC da gestante, calculado conforme descrito no item I;
3. Classifique o estado nutricional (EN) da gestante, segundo o IMC por semana gestacional, da seguinte forma:
 - **Baixo peso:** quando o valor do IMC for igual ou menor que os valores apresentados na coluna correspondente a baixo peso;
 - **Adequado:** quando o IMC observado estiver compreendido na faixa de valores apresentada na coluna correspondente a adequado;
 - **Sobrepeso:** quando o IMC observado estiver compreendido na faixa de valores apresentada na coluna correspondente a sobrepeso;
 - **Obesidade:** quando o valor do IMC for igual ou maior que os valores apresentados na coluna correspondente a obesidade.

QUADRO 1 – AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL (EN) DA GESTANTE ACIMA DE 19 ANOS, SEGUNDO ÍNDICE DE MASSA CORPORAL (IMC) POR SEMANA GESTACIONAL

Semana gestacional	Baixo peso IMC ≤	Adequado IMC entre	Sobrepeso IMC entre	Obesidade IMC ≥
6	19,9	20,0 24,9	25,0 30,0	30,1
8	20,1	20,2 25,0	25,1 30,1	30,2
10	20,2	20,3 25,2	25,3 30,2	30,3
11	20,3	20,4 25,3	25,4 30,3	30,4
12	20,4	20,5 25,4	25,5 30,3	30,4
13	20,6	20,7 25,6	25,7 30,4	30,5
14	20,7	20,8 25,7	25,8 30,5	30,6
15	20,8	20,9 25,8	25,9 30,6	30,7
16	21,0	21,1 25,9	26,0 30,7	30,8
17	21,1	21,2 26,0	26,1 30,8	30,9
18	21,2	21,3 26,1	26,2 30,9	31,0
19	21,4	21,5 26,2	26,3 30,9	31,0
20	21,5	21,6 26,3	26,4 31,0	31,1
21	21,7	21,8 26,4	26,5 31,1	31,2
22	21,8	21,9 26,6	26,7 31,2	31,3
23	22,0	22,1 26,8	26,9 31,3	31,4
24	22,2	22,3 26,9	27,0 31,5	31,6
25	22,4	22,5 27,0	27,1 31,6	31,7
26	22,6	22,7 27,2	27,3 31,7	31,8
27	22,7	22,8 27,3	27,4 31,8	31,9
28	22,9	23,0 27,5	27,6 31,9	32,0
29	23,1	23,2 27,6	27,7 32,0	32,1
30	23,3	23,4 27,8	27,9 32,1	32,2
31	23,4	23,5 27,9	28,0 32,2	32,3
32	23,6	23,7 28,0	28,1 32,3	32,4
33	23,8	23,9 28,1	28,2 32,4	32,5
34	23,9	24,0 28,3	28,4 32,5	32,6
35	24,1	24,2 28,4	28,5 32,6	32,7
36	24,2	24,3 28,5	28,6 32,7	32,8
37	24,4	24,5 28,7	28,8 32,8	32,9
38	24,5	24,6 28,8	28,9 32,9	33,0
39	24,7	24,8 28,9	29,0 33,0	33,1
40	24,9	25,0 29,1	29,2 33,1	33,2
41	25,0	25,1 29,2	29,3 33,2	33,3
42	25,0	25,1 29,2	29,3 33,2	33,3

Fonte: Atalah et al., 1997.

4. Classifique o estado nutricional (EN) da gestante, segundo IMC/semana gestacional em: **BP (baixo peso), A (adequado), S (sobrepeso), O (obesidade)**.

Obs.: o ideal é que o IMC considerado no diagnóstico inicial da gestante seja o IMC pré-gestacional referido ou o IMC calculado a partir de medição realizada até a 13ª semana gestacional. Caso isso não seja possível, inicie a avaliação da gestante com os dados da primeira consulta de pré-natal, mesmo que esta ocorra após a 13ª semana gestacional.

III. Condutas segundo a avaliação do estado nutricional encontrado:

- **Baixo peso (BP):** investigar história alimentar, hiperêmese gravídica, infecções, parasitoses, anemias e doenças debilitantes; dar orientação nutricional, visando à promoção do peso adequado e de hábitos alimentares saudáveis; remarcar consulta em intervalo menor que o fixado no calendário habitual;
- **Adequado (A):** seguir calendário habitual, explicar à gestante que seu peso está adequado para a idade gestacional, dar orientação nutricional, visando à manutenção do peso adequado e à promoção de hábitos alimentares saudáveis;
- **Sobrepeso e obesidade (S e O):** investigar obesidade pré-gestacional, edema, polidrâmnio, macrosomia, gravidez múltipla; dar orientação nutricional, visando à promoção do peso adequado e de hábitos alimentares saudáveis, ressaltando que, no período gestacional, não se deve perder peso; remarcar consulta em intervalo menor que o fixado no calendário habitual.

Estime o ganho de peso para gestantes utilizando o Quadro 2.

QUADRO 2 – GANHO DE PESO RECOMENDADO (EM KG) NA GESTAÇÃO, SEGUNDO ESTADO NUTRICIONAL INICIAL

Estado nutricional (IMC)	Ganho de peso total (kg) no 1º trimestre	Ganho de peso semanal médio (kg) no 2º e 3º trimestres	Ganho de peso total (kg)
Baixo peso	2,3	0,5	12,5 – 18,0
Adequado	1,6	0,4	11,5 – 16,0
Sobrepeso	0,9	0,3	7,0 – 11,5
Obesidade	–	0,3	7,0

Fonte: IOM, 1992, adaptado.

Em função do estado nutricional pré-gestacional ou no início do pré-natal (**Quadro 1**), estime o ganho de peso total até o fim da gestação. Para cada situação nutricional inicial (baixo peso, adequado, sobrepeso ou obesidade), há uma faixa de ganho de peso recomendada. Para o primeiro trimestre, o ganho foi agrupado para todo o período, enquanto que, para o segundo e o terceiro trimestre, o ganho é previsto por semana. Portanto, já na primeira consulta, deve-se estimar quantos gramas a gestante deverá ganhar no primeiro trimestre, assim como o ganho por semana até o fim da gestação. Essa informação deve ser fornecida à gestante.

Observe que as gestantes deverão ter ganhos de peso distintos, de acordo com seu IMC inicial. Para a previsão do ganho, faz-se necessário calcular quanto a gestante já ganhou de peso e quanto ainda deve ganhar até o fim da gestação em função da avaliação clínica.

Gestantes de baixo peso deverão ganhar entre 12,5 e 18,0 kg durante toda a gestação, sendo esse ganho, em *média*, de 2,3 kg no primeiro trimestre da gestação (até 13ª semana) e de 0,5 kg por semana no segundo e terceiro trimestres de gestação.

Essa variabilidade de ganho recomendado deve-se ao entendimento de que gestantes com BP acentuado, ou seja, aquelas muito distantes da faixa de normalidade, devem ganhar mais peso (até 18,0 kg) do que aquelas situadas em área próxima à faixa de normalidade, cujo ganho deve situar-se em torno de 12,5 kg.

Da mesma forma, gestantes com IMC adequado devem ganhar, até o fim da gestação, entre 11,5 e 16,0 kg, aquelas com sobrepeso devem acumular entre 7 e 11,5 kg, e as obesas devem apresentar ganho em torno de 7 kg, com recomendação específica e diferente por trimestre.

NAS CONSULTAS SUBSEQÜENTES

Nas consultas subseqüentes, a avaliação nutricional deve ser feita repetindo-se os procedimentos (I) e (II) do tópico anterior. Essa avaliação permite acompanhar a evolução do ganho de peso durante a gestação e examinar se esse ganho está adequado em função do estado nutricional da gestante no início do pré-natal.

Esse exame pode ser feito com base em dois instrumentos: o **Quadro 2**, que indica qual o ganho recomendado de peso segundo o estado nutricional da gestante no início do pré-natal, e o **Gráfico 1**, no qual se acompanha a curva de índice de massa corporal segundo a semana gestacional (ascendente, horizontal, descendente).

Realize o acompanhamento do estado nutricional, utilizando o gráfico de IMC por semana gestacional. O gráfico é composto por eixo horizontal com valores de semana gestacional e por eixo vertical com valores de IMC [peso (kg)/altura² (m)]. O interior do gráfico apresenta o desenho de três curvas, que delimitam as quatro faixas para classificação do EN:

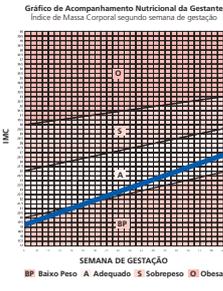
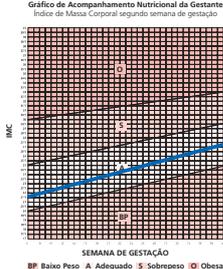
Baixo peso (BP), adequado (A), sobrepeso (S) e obesidade (O).

Para realizar o diagnóstico de cada consulta, deve-se proceder conforme descrito a seguir:

1. Calcule a semana gestacional;
2. Calcule o IMC conforme descrito no item (I) do tópico anterior;
3. Localize, no eixo horizontal, a semana gestacional calculada e identifique, no eixo vertical, o IMC da gestante;
4. Marque um ponto na interseção dos valores de IMC e da semana gestacional;
5. Classifique o EN da gestante, segundo IMC por semana gestacional, conforme legenda do gráfico: BP, A, S, O;
6. A marcação de dois ou mais pontos no gráfico (primeira consulta e subsequentes) possibilita construir o traçado da curva por semana gestacional. Ligue os pontos obtidos e observe o traçado resultante;
7. Em linhas gerais, considere **traçado ascendente** como ganho de peso adequado, e **traçado horizontal ou descendente** como ganho de peso inadequado (gestante de risco).

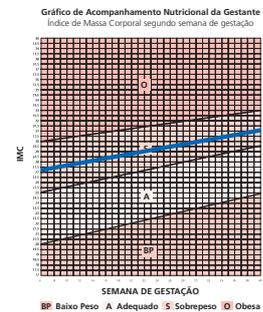
Vale ressaltar que a inclinação recomendada para o traçado ascendente irá variar de acordo com o estado nutricional inicial da gestante, conforme quadro abaixo:

GRÁFICO 1 – CURVA DE ÍNDICE DE MASSA CORPORAL DE ACORDO COM A SEMANA DE GESTAÇÃO

EN da gestante (1ª avaliação)	Inclinação da curva	Exemplo
Baixo peso (BP)	Curva de ganho de peso deve apresentar inclinação maior que a da curva que delimita a parte inferior da faixa de estado nutricional adequado.	
Adequado (A)	Deve apresentar inclinação paralela às curvas que delimitam a área de estado nutricional adequado no gráfico.	

Sobrepeso (S)

Deve apresentar inclinação ascendente semelhante à da curva que delimita a parte inferior da faixa de sobrepeso ou à curva que delimita a parte superior dessa faixa, a depender do seu estado nutricional inicial. Por exemplo: se uma gestante de sobrepeso inicia a gestação com IMC próximo ao limite inferior dessa faixa, sua curva de ganho de peso deve ter inclinação ascendente semelhante à curva que delimita a parte inferior dessa faixa no gráfico.



Obesidade (O)

Deve apresentar inclinação semelhante ou inferior à curva que delimita a parte inferior da faixa de obesidade.

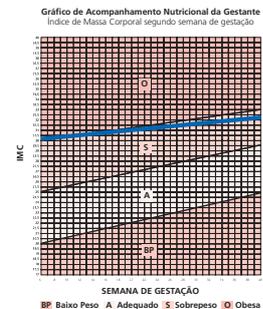
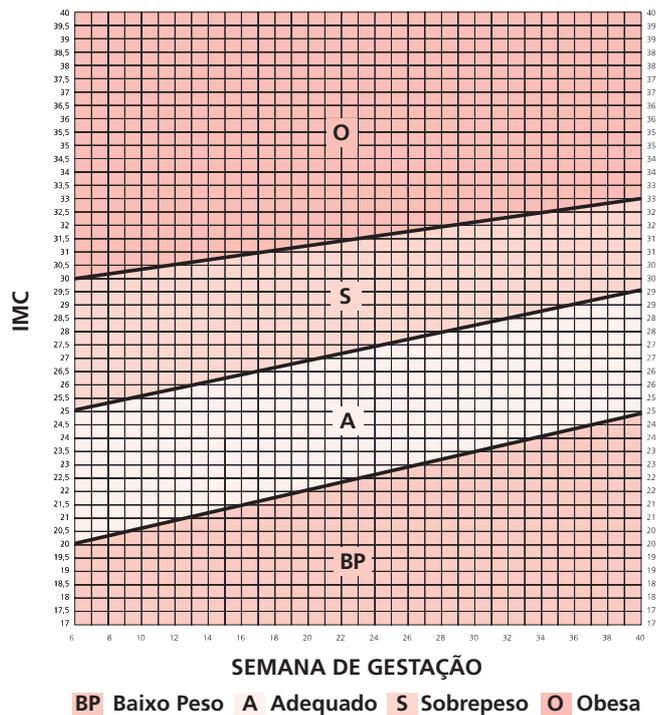


Gráfico de Acompanhamento Nutricional da Gestante
Índice de Massa Corporal segundo semana de gestação



É de extrema importância o registro do estado nutricional tanto no prontuário quanto no cartão da gestante. A avaliação do estado nutricional é capaz de fornecer informações importantes para a prevenção e o controle de agravos à saúde e nutrição, contudo vale ressaltar a importância da realização de outros procedimentos que possam complementar o diagnóstico nutricional ou alterar a interpretação deste, conforme a necessidade de cada gestante. Assim, destaca-se a avaliação clínica para detecção de doenças associadas à nutrição (ex.: diabetes), a observação da presença de edema, que acarreta aumento de peso e confunde o diagnóstico do estado nutricional, a avaliação laboratorial, para diagnóstico de anemia e outras doenças de interesse clínico, conforme as normas deste manual.

Gestante adolescente – observações

Deve-se observar que a classificação do estado nutricional na gestação aqui proposta não é específica para gestantes adolescentes, devido ao crescimento e à imaturidade biológica nessa fase do ciclo de vida. No entanto, essa classificação pode ser usada, desde que a interpretação dos achados seja flexível e considere a especificidade desse grupo. Para adolescentes que engravidaram dois ou mais anos depois da menarca (em geral maiores de 15 anos), a interpretação dos achados é equivalente à das adultas. Para gestantes que engravidaram menos de dois anos após a menarca, é provável que se observe que muitas serão classificadas como de baixo peso. Nesses casos, o mais importante é acompanhar o traçado, que deverá ser ascendente; tratar a gestante adolescente como de risco nutricional; reforçar a abordagem nutricional e aumentar o número de visitas à unidade de saúde.

8.3 CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL (PA)

Objetivo: detectar precocemente estados hipertensivos.

Conceitua-se hipertensão arterial na gestação:

1. A observação de níveis tensionais iguais ou maiores que 140 mmHg de pressão sistólica, e iguais ou maiores que 90 mmHg de pressão diastólica, mantidos em duas ocasiões e resguardado intervalo de quatro horas entre as medidas. Esse conceito é mais simples e preciso;
2. 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 pré-gestacionais e/ou conhecidos até a 16ª semana de gestação. É um conceito que foi muito utilizado no passado e ainda é utilizado por alguns, entretanto apresenta alto índice de falso positivo, sendo melhor utilizado como **sinal de alerta** e para agendamento de controles mais próximos;
3. A presença de pressão arterial diastólica \geq 110 mmHg em uma única oportunidade ou aferição.

TÉCNICA DE MEDIDA DA PRESSÃO OU TENSÃO ARTERIAL

- Certificar-se de que o aparelho de pressão (esfigmomanômetro) esteja calibrado;
- Explicar o procedimento à mulher;
- Certificar-se de que a gestante: a) não está com a bexiga cheia; b) não praticou exercícios físicos; c) não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos ou fumou até 30 minutos antes da medida;
- Com a gestante sentada, após um período de repouso de, no mínimo, cinco minutos, apoiar-lhe o antebraço numa superfície, com a palma da mão voltada para cima, à altura do coração, desnudando-lhe o braço;
- Localizar a artéria braquial por palpação;
- 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 a campânula do estetoscópio, com leve pressão local. Nunca prendê-la sob o manguito;
- Colocar as olivas do estetoscópio nos ouvidos;
- Solicitar à mulher que não fale durante o procedimento da medida;
- Inflar o manguito rapidamente, até mais de 30 mmHg após o desaparecimento dos ruídos;
- Desinflar lentamente o manguito;
- Proceder à leitura:
 - o 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 se perceba marcado abafamento.
- Esperar um a dois minutos antes de realizar novas medidas;
- Anotar o resultado na ficha e no cartão da gestante.

A pressão arterial também poderá ser medida com a mulher em decúbito lateral esquerdo, no braço direito, mas **NUNCA EM POSIÇÃO SUPINA** (deitada de costas).

QUADRO 3 – AVALIAÇÃO DA PRESSÃO ARTERIAL

Achado	Conduta
<p>Níveis de PA conhecidos e normais antes da gestação:</p> <ul style="list-style-type: none">• Manutenção dos mesmos níveis de PA	<p>Níveis tensionais normais:</p> <ul style="list-style-type: none">• Manter calendário habitual• Cuidar da alimentação• Praticar atividade física• Diminuir a ingestão de sal• Aumentar a ingestão hídrica
<p>Níveis de PA desconhecidos antes da gestação:</p> <ul style="list-style-type: none">• Valores da pressão inferiores a 140/90 mmHg	
<p>Níveis de PA conhecidos e normais antes da gestação:</p> <ul style="list-style-type: none">• Aumento da PA em nível menor do que 140/90 mmHg (sinal de alerta)	<p>Paciente com suspeita de pré-eclâmpsia leve:</p> <ul style="list-style-type: none">• Repetir medida após período de repouso (preferencialmente após quatro horas)• Remarcar consulta em 7 ou 15 dias• Orientar para presença de sintomas como: cefaléia, epigastralgia, escotomas, edema, redução, volume ou presença de “espuma” na urina, redução de movimentos fetais• Orientar repouso, principalmente pós-prandial e controle de movimentos fetais• Verificar presença de proteína em exame de urina tipo 1. Se possível, solicitar proteinúria por meio de fita urinária (positivo: + ou mais) e/ou dosagem em urina de 24 horas (positivo: a partir de 300 mg/24h)
<p>Níveis de PA desconhecidos antes da gestação:</p> <ul style="list-style-type: none">• Valores da PA, $\geq 140/90$ mmHg e $\leq 160/110$, sem sintomas e sem ganho ponderal maior que 500 g semanal	
<p>Níveis de PA superiores a 140/90 mmHg, proteinúria positiva e/ou sintomas clínicos (cefaléia, epigastralgia, escotomas, reflexos tendíneos aumentados) ou paciente assintomática porém com níveis de PA superiores a 160/110 mmHg</p>	<p>Paciente com suspeita de pré-eclâmpsia grave:</p> <ul style="list-style-type: none">• Referir imediatamente ao pré-natal de alto risco e/ou unidade de referência hospitalar
<p>Paciente com hipertensão arterial crônica moderada, ou grave, ou em uso de medicação anti-hipertensiva</p>	<p>Paciente de risco:</p> <ul style="list-style-type: none">• Referir ao pré-natal de alto risco

Obs.: o acompanhamento da PA deve ser avaliado em conjunto com o ganho súbito de peso e/ou presença de edema, principalmente a partir da 24ª semana. Mulheres com ganho de peso superior a 500 g por semana, mesmo sem aumento da pressão arterial, devem ter seus retornos antecipados, considerando maior risco de pré-eclâmpsia (**Quadro 3**).

8.4 PALPAÇÃO OBSTÉTRICA E MEDIDA DA ALTURA UTERINA (AU)

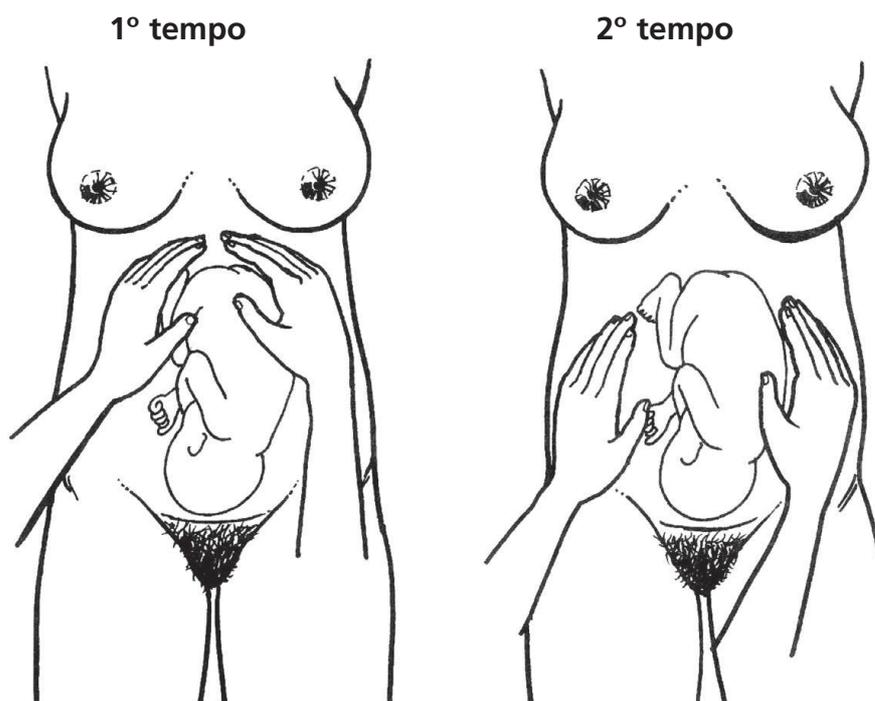
Objetivos:

- Identificar o crescimento fetal;
- Diagnosticar os desvios da normalidade a partir da relação entre a altura uterina e a idade gestacional;
- Identificar a situação e a apresentação fetal.

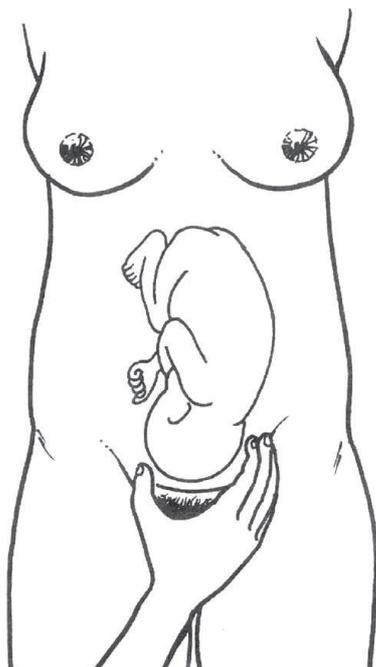
PALPAÇÃO OBSTÉTRICA

A palpação obstétrica deve ser realizada antes da medida da altura uterina. Ela deve iniciar-se pela delimitação do fundo uterino, bem como de todo o contorno da superfície uterina (**esse procedimento reduz o risco de erro da medida da altura uterina**). 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, facilmente identificados a partir do terceiro trimestre. Pode-se, ainda, estimar a quantidade de líquido amniótico.

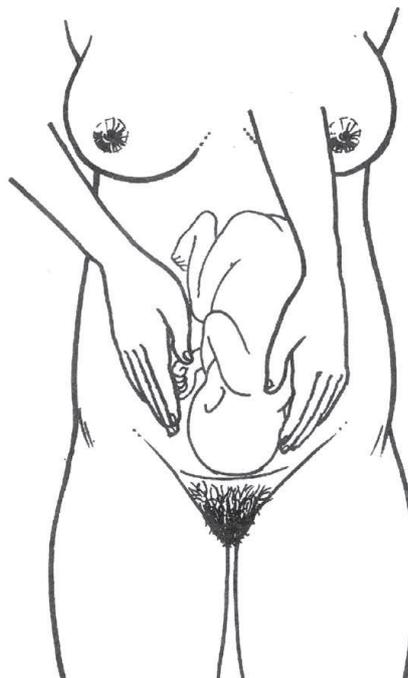
Manobras de palpação:



3º tempo

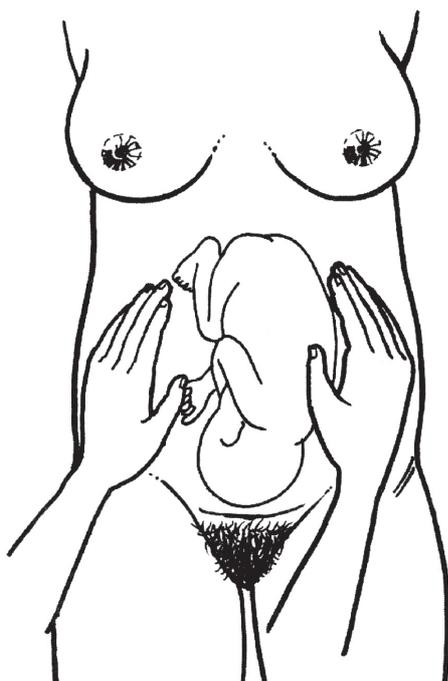


4º tempo

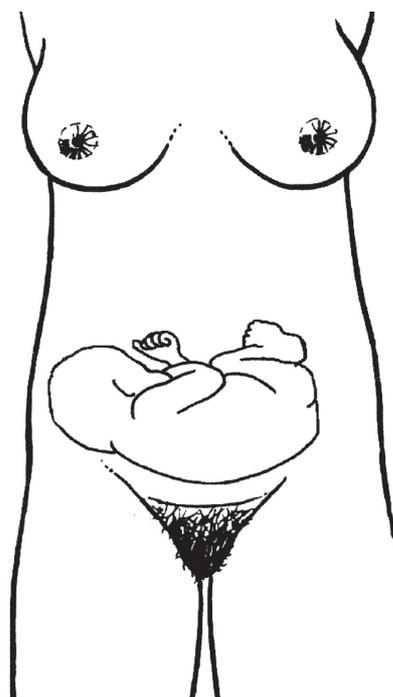


O feto pode estar em situação longitudinal (mais comum) ou transversa. A situação transversa reduz a medida de altura uterina, podendo falsear sua relação com a idade gestacional. As apresentações mais frequentes são a cefálica e a pélvica.

Situação:

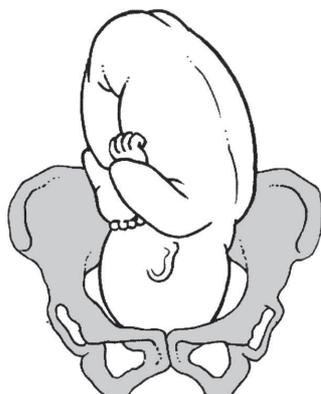


Longitudinal



Transversa

Apresentação:



Cefálica



Pélvica

Conduas:

- Registrar a medida da altura uterina encontrada no gráfico de AU/semanas de gestação;
- Realizar interpretação do traçado obtido;
- A situação transversa e a apresentação pélvica em fim de gestação podem significar risco no momento do parto. Nessas condições, a mulher deve ser, sempre, referida para unidade hospitalar com condições de atender distocia.

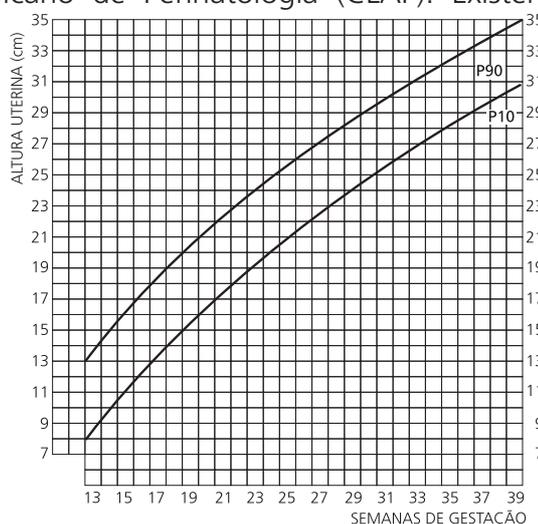
MEDIDA DA ALTURA UTERINA

Objetivo: • Estimar o crescimento fetal, correlacionando-se a medida da altura uterina com o 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). Existem, ainda, outras curvas nacionais e internacionais utilizadas por alguns serviços isoladamente.

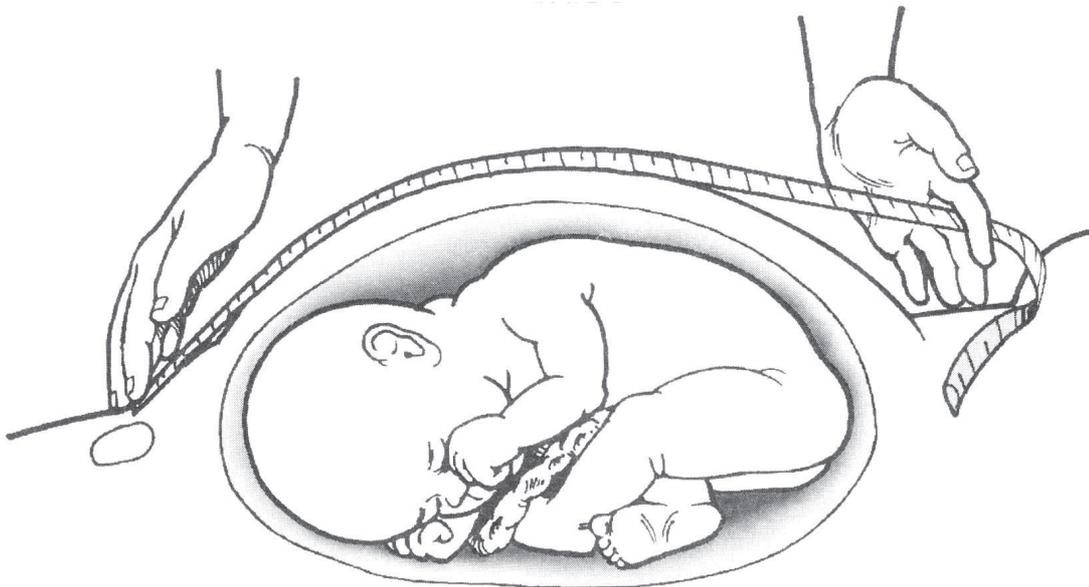
Ponto de corte: serão considerados parâmetros de normalidade para o crescimento uterino o percentil 10, para o limite inferior, e o percentil 90, para o limite superior.

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



TÉCNICA DE MEDIDA DA ALTURA UTERINA

- Posicionar a gestante em decúbito dorsal, com o abdômen descoberto;
- Delimitar a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino;
- Por meio da palpação, procurar corrigir a comum dextroversão uterina;
- Fixar a extremidade inicial (0 cm) da fita métrica, flexível e não extensível, na borda superior da sínfise púbica, passando-a entre os dedos indicador e médio. Proceder à leitura quando a borda cubital da mão atingir o fundo uterino;
- Anotar a medida, em centímetros, na ficha e no cartão, e marcar o ponto na curva da altura uterina.



Na figura acima, é mostrada a técnica de medida, na qual a extremidade da fita métrica é fixada na margem superior do púbis com uma das mãos, deslizando a fita entre os dedos indicador e médio da outra mão, até alcançar o fundo do útero com a margem cubital dessa mão.

INTERPRETAÇÃO DO TRAÇADO OBTIDO E CONDUTAS (GRÁFICOS 2 E 3)

GRÁFICO 2 – AVALIAÇÃO DA ALTURA UTERINA

Posição do ponto obtido na primeira medida em relação às curvas

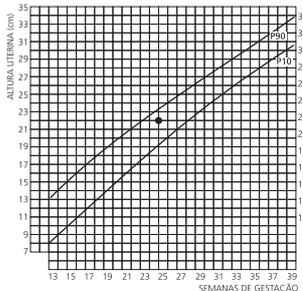
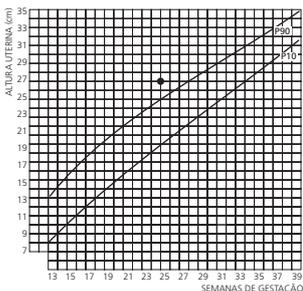
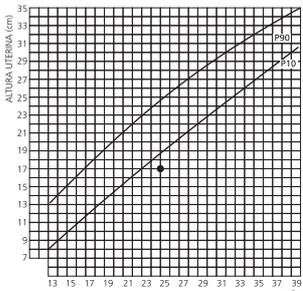
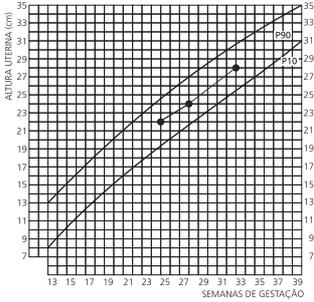
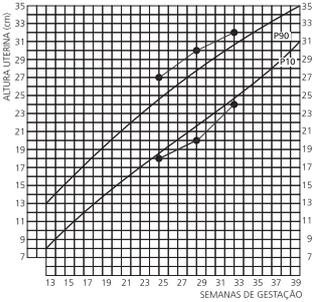
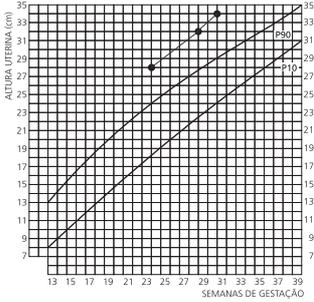
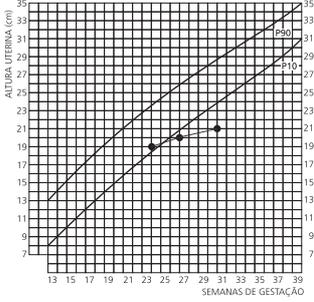
Gráfico	Ponto	Conduta
 <p>Gráfico 2.1: Avaliação da altura uterina. O ponto obtido está entre as curvas inferiores e superiores.</p>	Entre as curvas inferiores e superiores	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir calendário de atendimento de rotina
 <p>Gráfico 2.2: Avaliação da altura uterina. O ponto obtido está acima da curva superior.</p>	Acima da curva superior	<ul style="list-style-type: none"> • 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, gemelar, mola hidatiforme, miomatose e obesidade • Solicitar ultra-sonografia, se possível • Caso permaneça dúvida, marcar retorno em 15 dias para reavaliação ou, se possível, encaminhamento para serviço de alto risco
 <p>Gráfico 2.3: Avaliação da altura uterina. O ponto obtido está abaixo da curva inferior.</p>	Abaixo da curva inferior	<ul style="list-style-type: none"> • Atentar para a possibilidade de erro de cálculo da IG. Deve ser vista pelo médico da unidade para avaliar possibilidade de feto morto, oligodrâmnio ou restrição de crescimento intra-uterino • Solicitar ultra-sonografia, se possível • Caso permaneça dúvida, marcar retorno em 15 dias para reavaliação ou, se possível, encaminhamento para serviço de alto risco

GRÁFICO 3 – CURVA DE ALTURA UTERINA DE ACORDO COM A SEMANA DE GESTAÇÃO

Consultas subsequentes

Gráfico	Traçado	Interpretação	Conduta
 <p>Gráfico de altura uterina (cm) versus semanas de gestação. A curva evolui entre as linhas de referência superior e inferior, mantendo uma inclinação normal.</p>	<p>Evoluindo entre as curvas superiores e inferiores</p>	<p>Crescimento normal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir calendário básico
 <p>Gráfico de altura uterina (cm) versus semanas de gestação. A curva evolui acima da linha superior ou abaixo da linha inferior, mantendo a mesma inclinação destas linhas.</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>	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar gestante à consulta médica para: <ul style="list-style-type: none"> – confirmar tipo de curva – confirmar a IG, se possível com ultra-sonografia – referir ao pré-natal de alto risco, na suspeita de desvio do crescimento fetal
 <p>Gráfico de altura uterina (cm) versus semanas de gestação. A curva evolui acima da linha superior com uma inclinação mais acentuada do que a linha superior.</p>	<p>Evoluindo acima da curva superior e com inclinação maior que esta</p>	<p>É possível tratar-se de gestação múltipla, polidrâmnio, macrossomia ou outra situação</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Referir ao pré-natal de alto risco. Se possível, solicitar ultra-sonografia
 <p>Gráfico de altura uterina (cm) versus semanas de gestação. A curva evolui com uma inclinação persistentemente menor do que a linha inferior.</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 restrição do crescimento fetal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Referir ao pré-natal de alto risco

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

8.5 AUSCULTA DOS BATIMENTOS CARDÍACOS FETAIS (BCF)

Objetivo: constatar a cada consulta a presença, o ritmo, a frequência e a normalidade dos batimentos cardíacos fetais (BCF).

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

Ausculda dos batimentos cardíacos fetais (BCF) com estetoscópio de Pinard:



- Posicionar a gestante em decúbito dorsal, com o abdômen descoberto;
- Identificar o dorso fetal. Além de realizar a palpação, deve-se perguntar à gestante em qual lado ela sente mais 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. Quando disponível, utilizar o sonnardopler;
- Encostar o pavilhão da orelha na outra extremidade do estetoscópio;
- Fazer, com a cabeça, 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 de que os batimentos ouvidos são os do feto, já que as frequências são diferentes;
- Contar os batimentos cardíacos fetais por um minuto, observando sua frequência e ritmo;
- Registrar os BCF na ficha perinatal e no cartão da gestante;
- Avaliar resultados da ausculta dos BCF (**Quadro 4**).

A percepção materna e a constatação objetiva de movimentos fetais, além do crescimento uterino, são sinais de boa vitalidade fetal.

QUADRO 4 – AVALIAÇÃO DOS BATIMENTOS CARDÍACOS FETAIS (BCF)

Achado	Conduta
BCF não audível com estetoscópio de Pinard, quando a IG for \geq 24 semanas	Alerta: <ul style="list-style-type: none"> • Verificar erro de estimativa de idade gestacional • Afastar condições que prejudiquem boa ausculta: obesidade materna, dificuldade de identificar o dorso fetal • Em se mantendo a condição, recorrer ao <i>sonar doppler</i> e, em caso de persistir inaudível, solicitar ultra-sonografia ou referir para serviço de maior complexidade
Bradycardia e taquicardia	Sinal de alerta: <ul style="list-style-type: none"> • Afastar febre e/ou uso de medicamentos pela mãe • Deve-se suspeitar de sofrimento fetal <p>O médico da unidade deve avaliar a gestante e o feto. Na persistência do sinal, encaminhar a gestante para serviço de maior complexidade ou pronto-atendimento obstétrico</p>

Após contração uterina, movimentação fetal ou estímulo mecânico sobre o útero, aumento transitório na frequência cardíaca fetal é sinal de boa vitalidade.

Além dos eventos registrados acima, pode-se utilizar, ainda, o registro diário da movimentação fetal realizado pela gestante (RDMF ou mobilograma) e/ou teste de vitalidade fetal simplificado, para o acompanhamento do bem-estar fetal.

REGISTRO DE MOVIMENTOS FETAIS

A presença de movimentos do feto sempre se correlacionou como sinal e constatação de vida, todavia a monitorização dos movimentos fetais como meio de avaliação do seu bem-estar é relativamente recente.

Os padrões da atividade fetal mudam com a evolução da gravidez. Inicialmente, os movimentos são débeis e pouco freqüentes, podendo ser confundidos pela gestante com outros fenômenos, como o peristaltismo. Gradativamente, à medida que prossegue a integração do sistema nervoso central com o sistema muscular do feto, os movimentos tornam-se rítmicos, fortes e contínuos. O ritmo da atividade fetal pode sofrer interferência tanto de fatores endógenos, como a presença de insuficiência placentária, isoimunização pelo fator Rh ou malformações congênitas, quanto de fatores exógenos, como a atividade materna excessiva, o uso de medicamentos sedativos, o álcool, a nicotina e outros.

A presença de movimentos fetais ativos e freqüentes é tranquilizadora quanto ao prognóstico fetal. Dada a boa correlação entre a subjetividade da percepção materna e a ultra-sonografia em tempo real, resulta lógica a utilização do controle diário de movimentos fetais (mobilograma), realizado pela gestante, como instrumento de avaliação fetal simples, de baixo custo, que não requer instrumentalização e não tem contra-indicações.

Não existe na literatura padronização quanto ao método de registro. O importante é utilizar técnica simples e por período de tempo não muito longo, para não se tornar exaustivo e facilitar a sua realização sistemática pela mulher. Em gestação de baixo risco, o registro diário dos movimentos fetais pode ser iniciado a partir de 34 semanas de idade gestacional. Existem vários métodos descritos (ver *Gestação de Alto Risco*. Manual Técnico, MS, 2000). O método a seguir é recomendado por sua praticidade.

MÉTODO DE REGISTRO DIÁRIO DE MOVIMENTOS FETAIS (RDMF)

O método descrito já foi testado e é utilizado em vários serviços. A gestante recebe as seguintes orientações:

- Escolher um período do dia em que possa estar mais atenta aos movimentos fetais;
- Alimentar-se previamente ao início do registro;
- Sentar-se com a mão sobre o abdômen;
- Registrar os movimentos do feto nos espaços demarcados pelo formulário, anotando o horário de início e de término do registro (**Quadro 5**).

A contagem dos movimentos é realizada por período máximo de uma hora. Caso consiga registrar seis movimentos em menos tempo, não é necessário manter a observação durante uma hora completa. Entretanto, se após uma hora, não foi capaz de contar seis movimentos, deverá repetir o procedimento. Se na próxima hora não sentir seis movimentos, deverá procurar imediatamente a unidade de saúde. Assim, considera-se como “inatividade fetal” o registro com menos de seis movimentos por hora, em duas horas consecutivas.

Para favorecer a cooperação materna em realizar o registro diário dos movimentos fetais, é importante que a gestante receba orientações adequadas quanto à importância da atividade do feto no controle de seu bem-estar. Outro fator que interfere na qualidade do registro é o estímulo constante dado a cada consulta de pré-natal pelo profissional de saúde.

REGISTRO DIÁRIO DA MOVIMENTAÇÃO FETAL

QUADRO 5 – FORMULÁRIO PARA REGISTRO DIÁRIO DE MOVIMENTOS FETAIS

- 1º – Alimentar-se antes de começar o registro;
- 2º – Em posição semi-sentada, com a mão no abdômen;
- 3º – Marcar o horário de início;
- 4º – Registrar seis movimentos e marcar o horário do último;
- 5º – Se, em uma hora, o bebê não mexer seis vezes, parar de contar os movimentos. Repetir o registro. Se persistir a diminuição, procurar a unidade de saúde.

Dia	Horário início	Movimentos fetais						Horário término
		1	2	3	4	5	6	

TÉCNICA DE APLICAÇÃO DO TESTE DE ESTÍMULO SONORO SIMPLIFICADO (TESS)

1. Material necessário:

- *Sonar doppler;*
- Buzina Kobo (buzina de bicicleta).

2. Técnica:

- Colocar a mulher em decúbito dorsal com a cabeceira elevada (posição de Fowler);
- Palpar o pólo cefálico;
- Auscultar os BCF por quatro períodos de 15 segundos e calcular a média (Obs.: não deve estar com contração uterina);
- Realizar o estímulo sonoro, colocando a buzina sobre o pólo cefálico fetal com ligeira compressão sobre o abdômen materno (aplicar o estímulo entre três e cinco segundos ininterruptos). Durante a realização do estímulo, deve-se observar o abdômen materno, procurando identificar movimentos fetais visíveis;
- Imediatamente após o estímulo, repetir a ausculta dos BCF por novos quatro períodos de 15 segundos e refazer a média dos batimentos.

3. Interpretação do resultado:

- Teste positivo: presença de aumento mínimo de 15 batimentos em relação à medida inicial, ou presença de movimentos fetais fortes e bruscos na observação do abdômen materno durante a realização do estímulo;
- Teste negativo: ausência de resposta fetal identificada tanto pela falta de aumento dos BCF quanto pela falta de movimentos fetais ativos. O teste deverá ser realizado duas vezes, com intervalo de, pelo menos, dez minutos para se considerar negativo.

Na presença de teste simplificado negativo e/ou desaceleração da frequência cardíaca fetal, está indicada a utilização de método mais apurado para avaliação da vitalidade fetal. Referir a gestante para um nível de maior complexidade ou pronto-atendimento obstétrico.

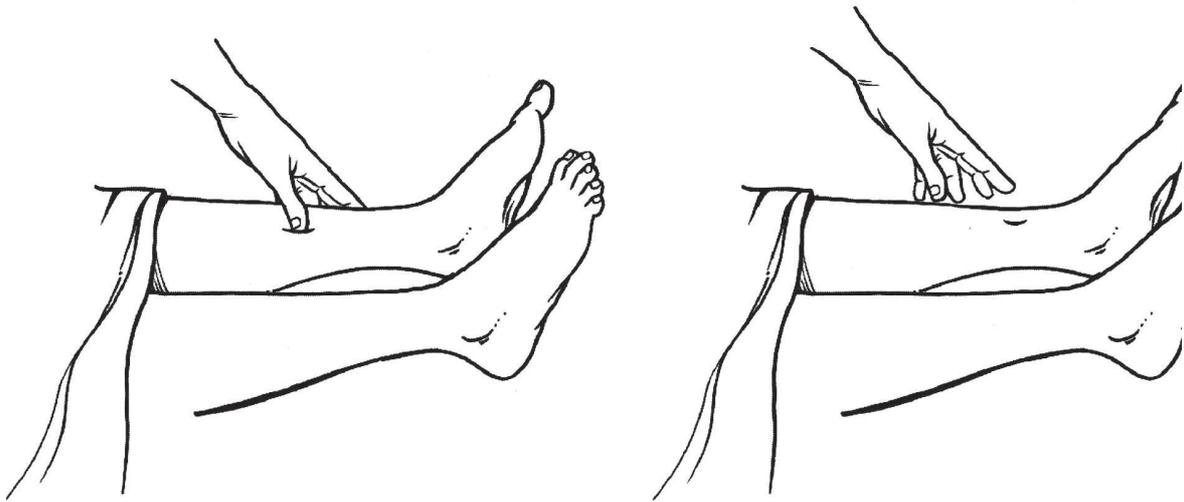
8.6 VERIFICAÇÃO DA PRESENÇA DE EDEMA

Objetivo: detectar precocemente a ocorrência de edema patológico.

DETECÇÃO DE EDEMA

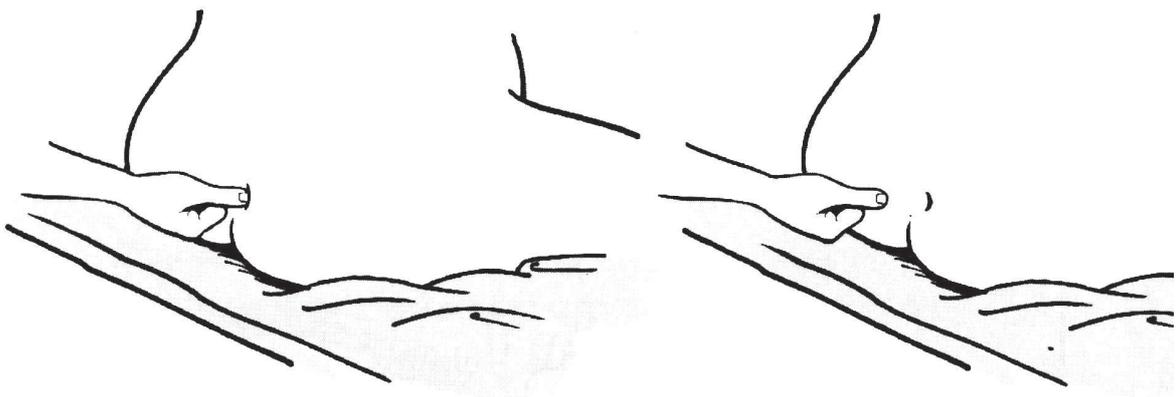
Nos membros inferiores:

- Posicionar a gestante em 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).



Na região sacra:

- Posicionar a gestante em decúbito lateral ou sentada;
- Pressionar a pele, por alguns segundos, na região sacra, com o dedo polegar. O edema fica evidenciado mediante presença de depressão duradoura no local pressionado.



Na face e em membros superiores:

- Identificar a presença de edema pela inspeção.

QUADRO 6 – AVALIAÇÃO DA PRESENÇA DE EDEMA

Achado	Anote	Conduta
Edema ausente	-	<ul style="list-style-type: none">• Acompanhar a gestante seguindo o calendário de rotina
Apenas edema de tornozelo sem hipertensão ou aumento súbito de peso	+	<ul style="list-style-type: none">• Verificar se o edema está relacionado:<ul style="list-style-type: none">– à postura– ao fim do dia– ao aumento da temperatura– ao tipo de calçado
Edema limitado aos membros inferiores, porém na presença de hipertensão ou ganho de peso aumentado e/ou de proteinúria + (urina I)	++	<ul style="list-style-type: none">• Orientar repouso em decúbito lateral esquerdo• Verificar a presença de sinais/sintomas de pré-eclâmpsia grave e interrogar sobre os movimentos fetais• Marcar retorno em sete dias, na ausência de sintomas• Deve ser avaliada e acompanhada pelo médico da unidade• Encaminhar para 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	+++	<ul style="list-style-type: none">• Gestante de risco em virtude de suspeita de pré-eclâmpsia ou outras intercorrências• Deve ser avaliada pelo médico da unidade e encaminhada para serviço de alto risco
Edema unilateral de MMII, com dor e/ou sinais flogísticos		Suspeita de processos trombóticos (tromboflebites, TVP). Deve ser avaliada pelo médico da unidade e encaminhada para serviço de alto risco

8.7 O PREPARO DAS MAMAS PARA O ALEITAMENTO

Conhecer os aspectos relacionados à prática do aleitamento materno é fator fundamental, no sentido de colaborar para que mãe e criança possam vivenciar a amamentação de forma efetiva e tranqüila, recebendo do profissional as orientações necessárias e adequadas para o seu êxito.

Pensando que a mulher passa por longo período de gestação até que possa concretamente amamentar seu filho, entende-se que o preparo para a amamentação deva ser iniciado ainda no período de gravidez. É importante, no caso de gestante adolescente, que a abordagem seja sistemática e diferenciada, por estar em etapa evolutiva de grandes modificações corporais, que são acrescidas daquelas referentes à gravidez e que podem dificultar a aceitação da amamentação.

Durante os cuidados no pré-natal, é importante conversar sobre as vantagens da amamentação para a mulher, criança, família e comunidade, além de garantir orientações sobre o manejo da amamentação.

ALGUMAS VANTAGENS DA AMAMENTAÇÃO

Para a mulher:

- Fortalece o vínculo afetivo;
- Favorece a involução uterina e reduz o risco de hemorragia;
- Contribui para o retorno ao peso normal;
- Contribui para o aumento do intervalo entre gestações.

Para a criança:

- É um alimento completo, não necessitando de nenhum acréscimo até os seis meses de idade;
- Facilita a eliminação de mecônio e diminui a incidência de icterícia;
- Protege contra infecções;
- Aumenta o vínculo afetivo;
- Diminui as chances de desenvolvimento de alergias.

Para a família e a sociedade:

- É limpo, pronto e na temperatura adequada;
- Diminui as internações e seus custos;
- É gratuito.

MANEJO DA AMAMENTAÇÃO

O sucesso do aleitamento materno está relacionado ao adequado conhecimento quanto à posição da mãe e do bebê e à pega da região mamilo areolar.

Posição:

É importante respeitar a escolha da mulher, pois ela deverá se sentir confortável e relaxada. Desse modo, a amamentação pode acontecer nas posições sentada, deitada ou em pé. O posicionamento da criança deve ser orientado no sentido de garantir o alinhamento do corpo de forma a manter a barriga da criança junto ao corpo da mãe e, assim, facilitar a coordenação da respiração, sucção e deglutição.

Pega:

A pega correta acontece quando o posicionamento é adequado e permite que a criança abra a boca de forma a conseguir abocanhar quase toda, ou toda, a região mamilo areolar. Desse modo, é possível garantir a retirada adequada de leite do peito, capaz de proporcionar conforto para a mulher e adequado crescimento e desenvolvimento da criança.

PREPARANDO AS MAMAS PARA O ALEITAMENTO

- Avaliar as mamas na consulta de pré-natal;
- Orientar a gestante a usar sutiã durante a gestação;
- Recomendar banhos de sol nas mamas por 15 minutos, até 10 horas da manhã ou após as 16 horas, ou banhos de luz com lâmpadas de 40 *watts*, a cerca de um palmo de distância;
- Esclarecer que o uso de sabões, cremes ou pomadas no mamilo deve ser evitado;
- **Orientar que a expressão do peito (ou ordenha) durante a gestação para a retirada do colostro está contra-indicada.**

É importante identificar os conhecimentos, as crenças e as atitudes que a gestante possui em relação à amamentação, que tipo de experiência possui ou se já vivenciou alguma vez a amamentação. Além disso, é importante também oferecer às gestantes oportunidades de troca de experiências, por meio de reuniões de grupo que objetivem informar as vantagens e o manejo para facilitar a amamentação.