

Atenção a Gestante e a Puérpera no SUS-SP

Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério



Atenção a Gestante e a Puérpera no SUS-SP

Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério

Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo
2010

	Apresentação	3.	Planejamento da gravidez
1.	Introdução	4.	Diagnóstico da gravidez
2.	Organização do processo assistencial	5.	Rotinas de atenção pré-natal
		6.	Procedimentos técnicos
		7.	Exames laboratoriais
		8.	Questões frequentes
		9.	Interrupções
		10.	Situações especiais
		11.	Orientações gerais
		12.	Aspectos político-sociais e legais
		13.	Atenção ao puerpério
		14.	Annexos

Sumário

Apresentação	ii
1 – Introdução	1a
2 – Organização do processo assistencial	14
2.1 – Nas redes regionais de atenção à saúde	16
2.2 – Nas unidades básicas de saúde	16
2.2.1 – Atividades relacionadas ao cuidado em saúde	17
2.2.2 – Recursos humanos	19
2.2.3 – Áreas físicas e recursos materiais	21
2.3 – Avaliação permanente	23
3 – Planejamento da gravidez	26
4 – Diagnóstico da gravidez	36
5 – Rotinas de atenção pré-natal	40
5.1 – Plano de primeira consulta	45
5.2 – Plano das consultas de retorno	53
5.3 – Frequência das consultas	55
5.4 – Imunização	57
5.5 – Ações educativas	59
5.6 – Visitas domiciliares	61
5.7 – Encaminhamentos e transferências	61
6 – Procedimentos técnicos	64
6.1 – Métodos para cálculo da idade gestacional (IG) e da data provável do parto (DPP)	66
6.1.1 – Cálculo da idade gestacional	66
6.1.2 – Cálculo da data provável do parto	67
6.2 – Avaliação do estado nutricional (EN) e do ganho de peso gestacional	68
6.3 – Controle da pressão arterial (PA)	77
6.4 – Leitura da fita reagente para proteinúria	81
6.5 – Palpação obstétrica e medida da altura uterina (AU)	82
6.5.1 – Palpação obstétrica	82
6.5.2 – Medida da altura uterina	85
6.6 – Ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF)	89
6.7 – Verificação da presença de edema	91

6.8 – Coleta de material para pesquisa de estreptococo do grupo B	99
6.9 – O preparo das mamas para o aleitamento	99

7 – Exames laboratoriais – rotinas, interpretação e condutas

7.1 – Tipagem sanguínea / fator Rh	98
7.2 – Sorologia para sífilis (VDRL)	99
7.3 – Urina tipo I	99
7.4 – Urocultura com antibiograma	100
7.5 – Hematimetria – dosagem de hemoglobina e hematócrito	100
7.6 – Glicemia de jejum e teste oral de tolerância a glicose	101
7.7 – Teste anti-HIV	101
7.8 – Sorologia para hepatite B (HBsAg)	106
7.9 – Sorologia para toxoplasmose	106
7.10 – Protoparasitológico de fezes	106

8 – Queixas frequentes

8.1 – Náuseas, vômitos e torturas	110
8.2 – Flocos (azia)	110
8.3 – Tructação/plenitude gástrica	110
8.4 – Salivares (salivação excessiva)	111
8.5 – Fraquezas e decaimentos	111
8.6 – Dor abdominal, cólicas, flatulência e constipação intestinal	111
8.7 – Doença hemorroidária	112
8.8 – Corrimento vaginal	112
8.9 – Queixas urinárias	113
8.10 – Falta de ar e dificuldade para respirar	113
8.11 – Mastalgia/descarga papilar	113
8.12 – Dor lombar (dores nas costas)	113
8.13 – Cefaleias (dor de cabeça)	114
8.14 – Sangramento nas gengivas	114
8.15 – Varizes	114
8.16 – Clâmbras	114
8.17 – Cloasma gravídico (manchas escuras no rosto)	115
8.18 – Estrias	115
8.19 – Palpitação	115
8.20 – Edema	115
8.21 – Epistaxe/obstrução nasal	115
8.22 – Paraseturias	116
8.23 – Insônia/hipersônia	116

9 – Intercomuns clínicas mais frequentes

9.1 – Hipertensão	120
9.2 – Síndromes hemorrágicas	121
9.3 – Anemia	125
9.4 – Hipertensão arterial na gestação e eclâmpsia	126
9.5 – Diabetes mellitus na gestação (DMG)	134
9.6 – Hepatite B	141
9.7 – Toxoplasmose	142
9.8 – Infecção do trato urinário (ITU)	145
9.9 – Sífilis	147
9.10 – Infecção por HIV	150
9.11 – Outras DST	151
9.12 – Trabalho de parto prematuro (TPP)	155
9.13 – Gestação prolongada	156
9.14 – Varizes e tromboembolismo	157
9.15 – Parasitoses intestinais	158
9.16 – Epilepsia	159
9.17 – Amniotomia prematura	162

10 – Situações especiais

10.1 – Gestação múltipla	166
10.2 – Gravidez na adolescência	167
10.3 – Violência contra a mulher durante a gravidez	174

11 – Orientações gerais

12 – Aspectos psicológicos e legais

12.1 – Aspectos emocionais	192
12.2 – Aspectos éticos e trabalhistas	196

13 – Atenção ao puerpério

14 – Anexos

Anexo 1 – Ficha de acompanhamento pré-natal	212
Anexo 2 – Uso de drogas na amamentação	213
Anexo 3 – Medicamentos que devem estar disponíveis para a atenção ao pré-natal e puerpério	214
Anexo 4 – Relatório de encaminhamento	218

Referências bibliográficas

	220
--	-----



APRESENTAÇÃO

A publicação deste manual integra um conjunto de ações da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP) para ampliar as possibilidades de efetivo exercício dos direitos sexuais e reprodutivos. Com o fornecimento ininterrupto de métodos contraceptivos aos municípios, esperamos ter facilitado o acesso de mulheres e homens aos meios seguros e eficazes para evitar uma gravidez não desejada. Paralelamente, medidas para melhorar a organização da assistência às mulheres durante os períodos de gravidez, parto e puerpério vêm sendo adotadas, particularmente em regiões com piores indicadores maternos e neonatais.

A obtenção de melhores resultados requer mudanças assistenciais muitas vezes complexas, mas possíveis, e dependem de esforços contínuos do Estado, dos municípios e dos profissionais de saúde envolvidos. Para orientar o planejamento dessa reorganização assistencial, propõe-se a construção da "Linha de Cuidado para as gestantes e as puérperas" em cada uma das regiões de saúde do Estado, conforme suas particularidades. Linha de cuidado é aqui entendida como o conjunto de saberes, tecnologias e recursos necessários ao enfrentamento dos riscos, agravos ou condições específicas desse período, a serem ofertados de forma articulada pelo Sistema Único de Saúde (SUS) com base em protocolos clínicos/manuais técnicos.

Este manual propõe um conjunto de ações e procedimentos técnicos que compõem a assistência que se quer oferecer a todas as usuárias do SUS no Estado de São Paulo ao longo da gestação e do puerpério. Ele foi elaborado a partir do texto do Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério, editado pelo Ministério da Saúde em 2006 e cedido por sua Área Técnica de Saúde da Mulher. Por esse motivo, grande parte do texto reproduz exatamente o original. As mudanças introduzidas visam adequá-lo à realidade específica do Estado de São Paulo, principalmente ao enfrentamento dos fatores que se relacionam às causas mais frequentes de mortalidade materna e neonatal nas várias regiões de saúde do Estado.

Vale, finalmente, ressaltar que as propostas contidas neste documento estão em consonância com as recomendações dos órgãos regulatórios brasileiros e da Organização Mundial de Saúde (OMS).

1- INTRODUÇÃO

Embora, nas últimas décadas, a cobertura de atenção ao pré-natal tenha aumentado, garantir sua qualidade permanece como o maior desafio. Essa melhoria da qualidade, no patamar em que estamos, refere-se a uma mudança sensível na atitude dos profissionais de saúde e na eficiência e presteza dos serviços.

É preciso potencializar os recursos humanos e materiais existentes no Estado de São Paulo para o progressivo enfrentamento da morbimortalidade materna e perinatal. É verdade, também, que resultados nesse campo dependem de outros fatores, relativos ao desenvolvimento econômico, social e humano de cada região, que terminam por conferir maior ou menor suporte às mulheres no momento da reprodução.

A qualificação permanente da atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério deve sempre ser perseguida na perspectiva de garantir uma boa condição de saúde tanto para a mulher quanto para o recém-nascido, bem como de possibilitar à mulher uma experiência de vida gratificante nesse período. Para isso, é necessário que os profissionais envolvidos em qualquer instância do processo assistencial estejam conscientes da importância de sua atuação e da necessidade de alicerçarem o conhecimento técnico específico ao compromisso com um resultado satisfatório da atenção, levando em consideração o significado desse resultado para cada mulher. A consulta pré-natal, para muitas mulheres, constitui-se na única oportunidade que possuem para verificar seu estado de saúde; assim, deve-se considerá-la também como uma chance para que o sistema possa atuar integralmente na promoção e, eventualmente, na recuperação de sua saúde.

Feitas essas considerações, e respeitando-se as orientações constantes no Pacto pela Vida¹ e as decisões emanadas do Plano Estadual de Saúde de São Paulo², definem-se as seguintes diretrizes para nortear a atenção ao pré-natal e ao puerpério nas várias regiões de saúde do Estado:

- Respeito à autonomia da mulher na tomada de decisões sobre sua vida, em particular em relação à sua saúde, sua sexualidade e reprodução;
- Garantia de acesso da mulher a uma rede integrada de serviços de saúde que propicie abordagem integral do processo saúde/doença, visando à promoção da saúde, o início precoce do acompanhamento das gestantes, a prevenção, diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que eventualmente venham a ocorrer nesse período;
- Oferta de cuidado sempre referendada por evidências científicas disponíveis;
- Garantia de adequada infraestrutura física e tecnológica das diversas unidades de saúde para atendimento da gestante e da puérpera;


¹Brasil, Ministério da Saúde. Portaria GM nº 399, de 30 de fevereiro de 2006.

²São Paulo, Secretaria de Estado da Saúde. Plano Estadual de Saúde 2008 – 2010. Hamilton Rêhem de Souza et al. (orgs.). São Paulo: SES, 2008.

- Aprimoramento permanente dos processos de trabalho dos profissionais envolvidos na atenção à gestante e à puérpera, buscando a integração dos diversos campos de saberes e práticas e valorizando o trabalho em equipe multiprofissional e a atuação interdisciplinar;
- Desenvolvimento contínuo de processos de educação permanente dos profissionais de saúde;
- Incentivo ao parto seguro e confortável e ao aleitamento materno.



2.1 – Nas redes regionais de atenção à saúde	16
2.2 – Nas unidades básicas de saúde	16
2.2.1 – Atividades relacionadas ao cuidado em saúde	17
2.2.2 – Recursos humanos	19
2.2.3 – Área física e recursos materiais	21
2.3 – Avaliação permanente	23



Organização do processo assistencial

2.1 – NAS REDES REGIONAIS DE ATENÇÃO A SAÚDE

É necessário planejar a organização da rede regional de atenção à saúde para garantir o acesso e o acolhimento de todas as mulheres durante as diversas fases do ciclo gravídico-puerperal, desenvolvendo atividades de promoção à saúde e de prevenção, cura e reabilitação dos agravos e patologias eventualmente apresentados nesse período, incluindo os cuidados com o recém-nascido. Para isso, é preciso haver integração entre as diversas unidades de atenção à saúde, garantindo retaguarda ambulatorial especializada e hospitalar, se for o caso.

Esse atendimento deve ser fundamentado no conhecimento das condições de vida e de saúde de cada comunidade, o que pode ser obtido por meio da análise de dados demográficos e epidemiológicos, bem como da estrutura dos serviços de saúde existentes, incluindo as unidades básicas e os serviços de referência. São relevantes a normatização do fluxo da usuária na rede e o estabelecimento de todas as rotinas internas de cada unidade de saúde que a compõe.

Objetivamente, deverão estar estabelecidas:

- Articulação entre todas as unidades da rede regional de atenção à saúde para garantir atendimento contínuo e de qualidade em situações eletivas ou de emergência durante o pré-natal, o parto, o puerpério e para o recém-nascido, com garantia de atendimento especializado, quando indicado;
- Mecanismos adequados de regulação da assistência;
- Garantia de acesso a exames complementares e de fornecimento de medicações essenciais;
- Segurança no eventual transporte de pacientes.

2.2 – NAS UNIDADES BÁSICAS DE SAÚDE

A oferta de cuidados qualificados à gestante, à puérpera e ao recém nascido exige a definição de estratégias de atendimento que envolvam todas as pessoas que, direta ou indiretamente, desempenhem atividades nas unidades de saúde que compõem determinada rede regional de atenção à saúde, em particular nas unidades básicas de saúde. Deve-se, nessas unidades, sempre buscar atender às necessidades das mulheres nesse momento de suas vidas, favorecendo uma relação ética entre as usuárias e os profissionais de saúde.

Para a garantia da qualidade, não se pode prescindir, nas unidades de saúde, de infraestrutura adequada, profissionais capacitados e organização dos processos de trabalho ali desenvolvidos. Esses processos devem ser fundamentados em um modelo de gestão participativa que identifique os obstáculos para um clima organizacional eficiente e apure as dificuldades estruturais para possibilitar melhorias, com a garantia de autonomia,

privacidade e decisões compartilhadas sobre condutas com a mulher e seus familiares. A satisfação das usuárias é uma das metas a serem alcançadas. Há que se respeitar as normas legais e os parâmetros estabelecidos para adequação do espaço físico, recursos humanos e materiais.

2.2.1 – Atividades relacionadas ao cuidado em saúde

As rotinas estabelecidas nas unidades de saúde devem respeitar as características locais, com máximo aproveitamento do tempo e das instalações. Isso inclui normatizações sobre procedimento de busca ativa; visitas domiciliares; educação em saúde; recepção e registro; convocação de pacientes; dispensação de medicamentos; fornecimento de laudos e atestados médicos; verificação de dados físicos; rotina das consultas e da solicitação de exames. Também estão incluídos aspectos sobre a atuação em casos de urgência, considerando a assistência preliminar para esses casos e como deverá ser feito o acionamento do serviço de remoção.

A implantação de um roteiro de atividades deve ser flexível e aprimorada continuamente a partir de realidades locais, de indicadores que demonstrem o rendimento do serviço, idealmente aliada a sugestões de todos os envolvidos no processo: trabalhadores, usuárias e gestores. É importante investir na valorização e na educação permanente dos envolvidos.

O registro das atividades desenvolvidas permite análise linear e dinâmica dos cuidados ofertados e seus resultados. É imprescindível a informação documentada de dados da gestante e do cuidado ofertado na unidade, no domicílio e nos setores referenciados, buscando diminuir a multiplicidade de intervenções ineficazes por diferentes profissionais.

O encaminhamento deve ser realizado quando há vantagens claras da transferência de unidade para a mulher. A avaliação especializada pode ser na forma de uma interconsulta, com retorno da gestante à unidade de origem, ou pode ser aceita como transferência, se os cuidados assim exigirem. Em ambas as situações, a responsabilidade de acompanhamento do caso permanece com a unidade de saúde de origem, que deve manter vínculo com a usuária e sua família. Algumas estratégias podem ajudar a prevenir dificuldades potenciais decorrentes das diferentes propostas de conduta entre profissionais da atenção primária e especializada: o uso de um protocolo unificado de condutas por todos os serviços, a participação ativa e informada da mulher e seus familiares, a utilização de documentação da evolução clínica através de cartão da gestante, relatório de encaminhamento e comunicação verbal entre os profissionais envolvidos.

É imprescindível que as unidades estabeleçam um plano para encaminhamento/transferência, tendo uma rotina por escrito para facilitar a homogeneidade dos procedimentos.

2.



2.
cap.

2.



2.
cap.



A gestante e os familiares devem conhecer os motivos da remoção, e os profissionais de saúde devem atentar para as informações prioritárias a serem fornecidas. É importante também que se definam os papéis, estabelecendo quem fará o contato com a referência e com o setor de transporte, o local onde a mulher deverá esperar e onde ocorrerá o estacionamento de viaturas, criando-se um fluxo nas situações eletivas e de emergência. As iniciativas de transferência preferencialmente devem contar com o apoio de central reguladora ou outro órgão facilitador. As condutas devem ser registradas e a unidade deve acompanhar o desfecho do caso, estabelecendo uma estrutura para o fluxo de informações.

Quando ocorrer consulta especializada na referência, o retorno à unidade original deve ser agendado e garantido. É relevante identificar se há obstáculos ou dificuldades para transporte para a consulta pré-natal, na informação e compreensão sobre os cuidados, para a guarda dos outros filhos durante o período de ausência, para a licença no trabalho ou financeiros diversos. Assim, deve-se levar em consideração que desafios sociais afetam diretamente o sucesso da atenção pré-natal, seja pela aderência ao programa, seja ao tratamento. Mais frequentemente, a resolução dessa situação envolve uma ação complexa, exigindo esforços multiprofissionais e governamentais.

Outra atividade relacionada ao cuidado em saúde a ser enfatizada diz respeito ao monitoramento do absenteísmo das gestantes no pré-natal. É importante que a equipe profissional esteja atenta para monitorar as faltas, empenhar-se em caracterizar o problema e apoiar a superação das dificuldades percebidas, segundo a rotina da unidade, podendo utilizar, por exemplo, a busca ativa pelo agente comunitário para esse fim.

No processo de gestão do cuidado em saúde, recomenda-se a utilização dos seguintes instrumentos:

- **Ficha de acompanhamento pré-natal** – possibilita o registro dos dados relevantes da gestação com uma visão ampliada do curso da gravidez, do parto e do puerpério, incluindo dados do conceito; permite ainda homogeneizar as informações e serve de resumo com a perspectiva da atenção em perinatologia (**Anexo 1**).
- **Mapa de atendimento diário** – resumo da atividade do dia, contendo as informações essenciais de cada consulta prestada, como número do registro na unidade, nome da gestante, idade gestacional; eventuais intercorrências e principais condutas adotadas.
- **Cartão da gestante** – deve ser completamente preenchido, com as informações principais sobre o curso da gravidez, anotando-se os riscos, quando existirem. Trata-se de um instrumento dinâmico que deve ser atualizado a cada consulta, servindo de elo de comunicação entre as consultas e os atendimentos posteriores, particularmente o hospitalar. Para tanto, a gestante deve ser orientada a estar sempre portando seu cartão.
- **Relatório de encaminhamento** – deve conter todos os dados relevantes, como motivo de encaminhamento, um resumo da história clínica, com hipóteses diagnósticas, evolu-

ção e tratamentos, especificando os medicamentos prescritos e outras orientações específicas. O texto deve ser legível, sem abreviaturas ou códigos, contendo nome do profissional que encaminha, seu número de registro profissional e assinatura. A identificação da unidade de referência deve conter endereço, telefone e o nome da pessoa que foi contatada, quando for o caso. Um exemplo de relatório de encaminhamento padrão encontra-se no **Anexo 4** e pode ser utilizado pelas unidades que ainda não dispõem de um modelo.

2.2.2 - Recursos humanos

É imprescindível que a unidade de saúde conte com a quantidade adequada de recursos humanos, que sejam atuantes e capazes de cuidar da mulher e de seu filho integralmente, valorizando as situações especiais, inclusive a dinâmica social dessa família. O perfil desses profissionais deve agregar competência, dedicação e sensibilidade ao momento peculiar da gestação na vida da mulher, com disposição para fornecer apoio.

Os profissionais envolvidos no atendimento devem estar atentos a grupos suscetíveis de agravos à saúde, particularizando, quando necessário, cuidados assistenciais específicos, como, por exemplo a adolescentes, portadores de dificuldade de comunicação, portadores de necessidades especiais, imigrantes, usuários com dificuldade socioeconômica e/ou da estrutura familiar, entre outros.

O acompanhamento da gestante e da puérpera na atenção básica deve ser multiprofissional, com ênfase na participação do profissional médico e de enfermagem. O pré-natal classificado como baixo risco pode ser realizado pelo(a) enfermeiro(a), de acordo com o Decreto nº 94.406/87, que regulamenta Lei de Exercício da Enfermagem.

A seguir são apresentadas as principais atribuições de cada profissional no processo de atenção à gestante e à puérpera na atenção básica.

Agente comunitário de saúde:

- Realiza visitas domiciliares, leva informações à usuária e registra dados importantes para seu acompanhamento nas unidades básicas de saúde.
- Monitora a participação da gestante nas consultas.
- Realiza atividade de educação, orientando sobre a periodicidade das consultas e cuidados de saúde, com foco nas ações preventivas de agravos, aspectos nutricionais e sanitários.
- Identifica situações de risco, e participa da elaboração de resolução do problema, particularmente nos grupos com maior dificuldade de acesso; tais situações, ou a não aceitação do acompanhamento pré-natal por parte da gestante, devem ser informadas ao(a) enfermeiro(a) ou médico(a) de sua equipe.





- Como(o) auxiliar de enfermagem, acompanha a puérpera e o processo de aleitamento materno, orienta sobre a importância de consulta nesse período, identifica situações de risco para o recém-nascido e para a mulher, orientando ainda sobre cuidados gerais e planejamento familiar.

Auxiliar de enfermagem:

- Realiza curativos, retirada de pontos de incisão cirúrgica e outros pequenos procedimentos segundo a rotina da unidade.
- Deve realizar a visita à puérpera na 1ª semana após alta hospitalar, avaliar a evolução da incisão cirúrgica, orientar sobre o aleitamento, fissuras nas mamas e triagem neonatal.
- Afere a pressão arterial, o peso e a altura e, se necessário, outros dados vitais, como temperatura e pulso da gestante, registrando essas informações no cartão da gestante.
- Pode acompanhar a consulta de pré-natal e puerpério, auxiliando segundo a rotina da unidade.
- Fornece medicações e administra vacinas ou outros medicamentos injetáveis com receita médica.
- Participa ativamente das atividades educativas da unidade, aproveitando também o contato com a mulher e seus familiares para informar sobre os cuidados de saúde.

Enfermeiro(a):

- Realiza consulta de pré-natal de baixo risco.
- Solicita exames de rotina e orienta tratamento conforme protocolo do serviço.
- Registra seu atendimento no prontuário e no cartão da gestante a cada consulta.
- Encaminha gestantes classificadas como de risco para consulta com o(a) médico(a).
- Promove atividades educativas na unidade para as mulheres e seus familiares, reuniões de grupos de sala de espera, etc.
- Realiza coleta de exame colpocitológico.
- Realiza visita domiciliar de acordo com a rotina da unidade.

Médico(a):

- Realiza a consulta de pré-natal e puerpério, intercalando com consulta de enfermagem.

- Orienta as pacientes com relação a fatores de riscos.
- Solicita exames e orienta tratamentos, segundo os protocolos de atendimento.
- Registra seu atendimento no prontuário e no cartão da gestante a cada consulta.
- Encaminha as pacientes para unidades de referência quando necessário.
- Participa das atividades educativas da unidade, como grupos de gestantes, etc.
- Realiza coleta de exame colpocitológico.
- Realiza visita domiciliar, de acordo com a rotina da unidade.

2.2.3 - Área física e recursos materiais

No que diz respeito à área física, o projeto da unidade deve incluir entradas independente e privativa, que facilitem o acesso dos usuários, inclusive daqueles com dificuldades de locomoção, dos trabalhadores da unidade e dos serviços de apoio, além de circulação interna que comunique os diversos setores, prevenindo possíveis expansões futuras.

É importante que a unidade seja construída próxima à via pública, particularmente servida por transportes coletivos.

A estrutura física deve contemplar ventilação adequada e privacidade para as consultas, além de permitir manutenção da higiene, atendimento inicial e transporte seguro nos casos de urgência.

A unidade deve dispor de no mínimo algumas áreas:

- Hall de entrada.
- Sala de recepção para registro e espera.
- Sanitários para o público, separados para ambos os sexos.
- Sanitários para funcionários, separados para ambos os sexos.
- Consultórios médicos com lavatório e sanitário privativo.
- Sala de curativos.
- Sala de medicação.
- Local para depósito de material de limpeza.
- Sala para consulta de enfermagem.
- Setor para arquivo de prontuários.
- Sala para atividades educativas.
- Sala de vacina.
- Sala para coordenação da unidade.
- Sala para secretaria da unidade.
- Sala para serviço social.





O cálculo da área física e da quantidade de consultórios requeridos pode ser realizado de algumas maneiras, incluindo a quantidade de consultas ideais por habitante. Assim, o número estimado de consultas pode ser considerado de duas a três por habitante por ano. Com o número total de consultas por ano (multiplicando-se a quantidade de habitantes pelo número estimado de consultas), multiplica-se por 0,15, considerando-se que cerca de 15% da demanda será de obstetria. Estima-se, então, o número de consultas diárias, dividindo-se o número total de consultas pela quantidade aproximada de dias úteis do ano (264 dias). Para esse cálculo, a estimativa do número de habitantes pode considerar a população compreendida entre 6 e 50 anos de vida.

Considerando que, do total de atendimentos, 20% corresponde às primeiras consultas, cuja duração aproximada é de 30 minutos, e que 80% são consultas de retorno, que duram cerca de 15 minutos, consegue-se planejar a quantidade de consultórios necessários para atender a demanda, a partir da jornada de trabalho estabelecida, idealmente não excedendo 12 consultas pré-agendadas por profissional, por turno de trabalho de 4 horas.

Dessa forma, é possível garantir o atendimento a gestantes que venham apresentar intercorrências.

Os recursos materiais mínimos necessários nos consultórios incluem:

- Mesa;
- Cadeiras (também para o acompanhante);
- Mesa de exame ginecológico;
- Escada de dois degraus;
- Foco de luz;
- Mesa de apoio para materiais;
- Forro para mesa ginecológica;
- Balança para adultos (peso/altura);
- Esfigmomanômetro;
- Estetoscópio clínico;
- Sonar Doppler;
- Rita métrica flexível e inelástica;
- Luvas;
- Espéculos;
- Pinças de Cheron;
- Gazes;
- Material para coleta de exame citológico e realização do teste de Schiller;
- Material de apoio, como lubrificantes.

A unidade pode dispor de disco gestacional, gráficos de índice de massa corpórea, gráficos de adequação do peso fetal, tabela de correção para aferição da pressão arterial, entre outros, no intuito de melhor instrumentalizar os atendimentos.

Os materiais devem estar disponíveis em quantidade suficiente para evitar compartilhamento de instrumentos que possam prejudicar a higiene e as normas de prevenção de riscos biológicos, como, por exemplo, o manuseio com líquidos de lubrificação.

É necessário levar em consideração os cuidados com a proteção do profissional e da paciente, a fim de reduzir o risco de transmissão de agentes infecciosos; para isso, a lavagem de mãos antes e após os procedimentos tem papel de destaque. Além disso, é essencial preocupar-se com a prevenção de acidentes biológicos, utilizando-se equipamentos de proteção individual na manipulação de objetos perfurocortantes e exposição a fluidos e secreções. É preciso ainda atenção para o tratamento do lixo e adequação do espaço físico. A Norma Reguladora 32 refere-se à segurança e saúde no trabalho em serviços de saúde. A estrutura física do ambiente está normatizada pela RDC 50, uma regulamentação técnica para planejamento, programação, elaboração e avaliação de projetos físicos de estabelecimentos assistenciais de saúde.

2.3 - AVALIAÇÃO PERMANENTE

A avaliação da qualidade e eficiência do atendimento pré-natal e puerperal é necessária para o planejamento contínuo dessas atividades, devendo seu resultado ser conhecido por todos os profissionais envolvidos.

Para realizar essa avaliação, as informações relativas ao acompanhamento individual de cada gestante devem ser registradas de forma a construir indicadores do desempenho da assistência. A seguir são apresentados os indicadores importantes para o acompanhamento.

Indicadores de processo:

- Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a primeira consulta até o 4º mês, em relação à população-alvo (número de gestantes existente ou estimado pelo número de nascidos vivos do município).
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal.
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal e a consulta de puerpério.
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal e todos os exames básicos.



2.



2.
cap.

- Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos.
- Percentual de gestantes inscritas que receberam imunização antitetânica (no mínimo duas doses durante o pré-natal ou dose de reforço em mulheres já imunizadas, ou nenhuma dose nas mulheres com imunização completa).
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram, no mínimo, seis consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos, o teste anti-HIV e a imunização antitetânica.

Outros indicadores podem ser agregados para análise mais ampla do conjunto da atenção obstétrica.

Indicadores de resultado:

- Proporção de recém-nascidos vivos com baixo peso em relação ao total de recém-nascidos vivos do município.
- Proporção de recém-nascidos vivos prematuros em relação ao total de recém-nascidos vivos do município.

Indicadores de impacto:

- Coeficiente de incidência de sífilis congênita no município, comparado com o do ano anterior (recomenda-se <1/1000 NV).
- Coeficiente de incidência de tétano neonatal no município, comparado com o do ano anterior.
- Razão de mortalidade materna no município, comparada com a do ano anterior.
- Coeficiente de mortalidade neonatal precoce no município, comparado com o do ano anterior.
- Coeficiente de mortalidade neonatal tardia no município, comparado com o do ano anterior.
- Coeficiente de mortalidade neonatal total no município, comparado com o do ano anterior.
- Coeficiente de mortalidade perinatal total no município, comparado com o do ano anterior.

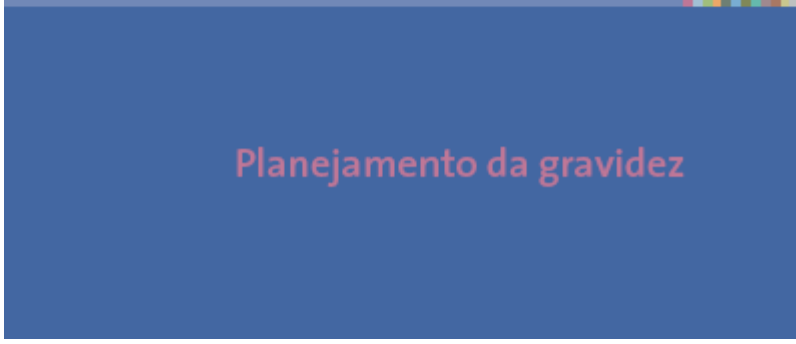
É importante que os profissionais da unidade possam discutir os êxitos e insucessos da assistência obstétrica, como os casos de morte materna, de morbidade materna grave

(near-miss materno), considerando pelo menos aqueles casos com internação em UTI, além dos óbitos fetais. Recomenda-se que a equipe discuta regularmente aspectos da evolução dos cuidados e seus obstáculos. Essa avaliação ampla de todo o processo contribui para a busca de soluções e serve para a sensibilização constante do grupo.

2.



2.
cap.



Planejamento da gravidez



Poder planejar a gravidez e ser preparada adequadamente para essa fase é um direito das mulheres. Infelizmente, essa prática ainda não é adotada pela maioria da população e tampouco tem sido estimulada pelas instituições de saúde. Para que isso ocorra, a unidade de saúde deve estar preparada para essa demanda e estimular a população a buscar esse recurso. Isso é especialmente importante para grupos mais suscetíveis, como as adolescentes.

O planejamento da gravidez contribui para a decisão informada sobre o momento mais oportuno da gravidez para a mulher, considerando suas condições físicas, psíquicas e sociais. Tem o objetivo de identificar fatores de risco, incluindo os comportamentais, além de possibilitar acesso a informações sobre fertilidade e de como a gravidez e a maternidade irão influenciar as áreas afetiva, educacional e social. Sempre que possível, deve incluir o parceiro e ser realizada por uma equipe multiprofissional motivada e motivadora.

A orientação pré-concepcional deve atentar para a compreensão das informações por parte do casal, aproveitando-se para aconselhar sobre intervalo interpartal e planejamento familiar, além de estimular a mulher a sempre registrar as datas das menstruações e buscar informação adicional, caso surjam novos agravos.

A consulta da mulher deve incluir anamnese detalhada, valorizando o interrogatório das queixas, antecedentes e hábitos, idealmente de forma padronizada em toda a unidade, seguida de exame físico geral e ginecológico.

Alguns aspectos da história clínica e do exame físico merecem ser citados como indicadores de especial atenção para o período pré-concepcional, conforme exposto a seguir.

Grupo etário

O sistema de saúde deve estar pronto para atender as mulheres de qualquer faixa etária. As adolescentes, em particular, devem ter a gravidez desencorajada, por potencialmente apresentar riscos à sua formação profissional, assim como por poder desencadear dificuldades psicossociais relevantes a partir da vivência da gestação nesse período da vida. Mas há também aquelas que postergaram a gravidez para depois dos 35 anos, idade a partir da qual aumenta o risco de cromossomopatias fetais, principalmente a trissomia do cromossomo 21. A maior idade também se associa com doenças como hipertensão arterial, diabetes, neoplasias malignas e óbito fetal.

Antecedentes obstétricos e ginecológicos

É necessário identificar a história de infertilidade prévia, abortos e as condições de sua ocorrência (provocado, habitual), gravidez ectópica, doença trofoblástica gestacional, dis-

túrbio do crescimento fetal, prematuridade, pré-eclâmpsia e morbimortalidade perinatal, discutindo os riscos de recorrência e possíveis intervenções.

O conjunto de informações sobre antecedentes obstétricos deve incluir:

- Partos (via, data, idade gestacional, local, peso do recém-nascido);
- Resultados desfavoráveis detalhados, buscando descobrir eventuais causas, com dados sobre complicações maternas, fetais e neonatais;
- História ginecológica que avalie possíveis distúrbios endócrinos e ocorrência de anomalias uterinas.

História familiar

A identificação de antecedente familiar positivo para tromboembolismo incrementa o risco dessa complicação na gravidez. A ocorrência de doenças genéticas deve ensejar aconselhamento genético para o casal. A história de fibrose cística e hemofilia na família merece ser investigada, assim como anemia falciforme entre os negros e talassemias em mulheres com origem mediterrânea. Outras doenças dependerão de sua recorrência na família.

Antecedentes morbidos pessoais

Morbidades ou complicações clínicas maternas prévias devem ser identificadas e controladas o mais adequadamente possível, antes da decisão de engravidar. Consideram-se, a seguir, as situações específicas mais frequentes.

- **Diabetes mellitus (DM):** o risco de abortamento, malformação fetal, macrosomia, morte perinatal e agravos maternos podem ser reduzidos se a mulher diabética engravidar com seus valores de glicemia controlados e promover esse cuidado também durante o curso gravídico. Como regra geral, é necessário substituir o hipoglicemiante oral por insulina e ter acesso a orientação e seguimento nutricional. Uma estratégia proposta para diminuição do risco de malformação fetal nas gestações complicadas por diabetes é que a mulher diabética busque engravidar apenas quando o valor da hemoglobina glicada (hemoglobina glicosilada ou glicohemoglobina) estiver abaixo de 6%.
- **Hipertensão arterial crônica (HAC):** estimular o controle adequado dos valores pressóricos e avaliação nutricional. Adequar a necessidade e o uso de drogas hipotensoras evitando-se a administração de inibidores de enzima de conversão da angiotensina. A HAC é um fator de risco considerável para o aparecimento de pré-eclâmpsia superposta. Deve-se classificar o caso, considerando que as pacientes com HAC grave apresentarão mais frequentemente desfechos desfavoráveis. É importante atentar para lesões em órgãos-alvos (rim, coração, cérebro, vasos sanguíneos) e também para a possível etiologia do quadro, alertando-se para causas secundárias.





- **Doenças da tireoide:** os quadros de hipotireoidismo ou hipertireoidismo podem prejudicar o curso da gestação, tornando-se necessária a compensação prévia da função da tireoide e seu controle. É importante que o suporte terapêutico conte com o auxílio de especialista, evitando atitudes inadequadas como suspender medicações e expor a paciente a riscos adicionais, se não for indicado. Essas complicações da tireoide devem ser investigadas para mulheres que relatem dificuldades para engravidar.
- **Cardiopatias:** avaliar adequadamente os casos, buscando o diagnóstico específico da doença, quando possível. Deve-se evitar o uso de termos genéricos, para que os riscos possam ser informados adequadamente e ocorra comunicação objetiva com o cardiologista. É preciso buscar o controle da situação clínica, com o intuito de que a paciente possa engravidar no momento em que atingir a melhor classe funcional.
- **Doenças autoimunes:** mulheres com lúpus eritematoso sistêmico exibirão melhor resultado obstétrico e perinatal se sua doença estiver inativa e sob controle pelo menos até 6 meses antes da concepção e com funcionamento renal estabilizado. Investigar a possibilidade de doenças autoimunes, incluindo a síndrome do anticorpo antifosfolípide, em mulheres com história de perdas gestacionais (aborto recorrente, óbito fetal), pré-eclâmpsia grave de instalação precoce) ou de fenômenos tromboembólicos.
- **Asma brônquica:** o ideal é que a mulher engravide durante um período estável da doença. Assim, o controle das crises deve ser um objetivo para evitar no futuro quadros de hipoxemia que podem prejudicar o feto. Para alguns casos pode ser necessária a interconsulta com profissional da especialidade, na tentativa de administração da menor dose possível de medicação.
- **Epilepsia:** o acompanhamento por um neurologista deve ser recomendado, objetivando o controle prévio mais adequado da doença, se possível em regime de monoterapia com uma droga efetiva e de maior segurança para o feto. As drogas administradas para essa situação clínica incrementam o consumo de folato, sendo esse, portanto, um grupo com especial indicação para administração de ácido fólico para a prevenção de defeitos abertos do tubo neural. Até o momento, a droga que melhor cumpre com esses requisitos é a carbamazepina.
- **Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV):** o risco materno e neonatal pode ser reduzido com um elenco de cuidados, iniciando-se pela recuperação dos níveis de linfócitos T-CD4+ e redução da carga viral circulante de HIV materno para valores indetectáveis. Na vigência da gravidez, medidas de profilaxia de transmissão vertical devem ser adotadas, como a administração de antiretrovirais na gestação, administração de zidovudina no parto para a mulher e para o recém-nascido e a inibição da lactação. A utilização das drogas antiretrovirais, tanto para a profilaxia como para o tratamento, deve ser acompanhada por infectologista, juntamente com obstetra.
- **Nefropatias:** o resultado favorável da gestação está relacionado ao controle dos valores de creatinina, proteinúria e da hipertensão; à adoção de tratamentos específicos, além do adequado monitoramento de eventual transplante renal. É importante

classificar o risco a partir do diagnóstico etiológico e isso frequentemente requer a participação do nefrologista.

- **Depressão:** o diagnóstico e a prescrição de medicamentos devem contar com o suporte de especialista. A associação de psicoterapia é recomendável, e a observação da evolução do caso deve considerar especialmente o período puerperal.
- **Outras doenças:** hemopatias, distúrbios musculoesqueléticos e câncer podem ser considerados individualmente quanto ao risco que apresentam no caso de uma gestação planejada, devendo-se adotar uma abordagem adequada a cada situação, preferencialmente com a ajuda de um especialista.
- **Alterações genéticas:** tanto em gestações prévias quanto na condição de pais portadores, deveria ser realizado aconselhamento genético, particularmente para casais com translocações balanceadas, antecedente de filho com cromossomopatias e aborto habitual. Especial atenção deveria ainda ser reservada aos casais consanguíneos, considerando-se consanguinidade quando dois indivíduos têm pelo menos um ancestral em comum, o que eleva o risco de doenças autossômicas recessivas ou multifatoriais.

Hábitos e exposições

A avaliação sobre as condições de trabalho é relevante, alertando-se sobre exposições a agentes tóxicos ambientais, como solventes orgânicos. Deve-se desestimular o tabagismo, pelo risco de prejuízo do crescimento fetal, associação com abortamento, prematuridade, descolamento prematuro de placenta e amniorrexe prematura, aumentando as chances de sucesso para aquelas que abandonarem o hábito ou reduzirem o consumo diário.

Ainda não está estabelecida a dose segura de ingestão de álcool durante a gestação para se evitar danos fetais (discreta restrição do crescimento fetal à grave síndrome alcoólica fetal), devendo ser orientada abstinência ou ingestão mínima.

As drogas ilícitas produzem danos diversos sobre a gestação, provocados pela própria substância ou por prejuízo de sociabilidade. A cocaína, por exemplo, produz efeitos já conhecidos, como malformações cardíacas e urológicas, além de restrição de crescimento fetal e descolamento de placenta. A mulher que referir essa ação deverá ser encaminhada para programas específicos de recuperação.

Exame físico

O exame físico deve ser completo, observando-se alterações no estado geral, pesq. pressão arterial, palpação da tireoide, ausculta cardíaca e pulmonar, avaliação abdominal, pele e sistema musculoesquelético. Não se deve prescindir do exame das mamas e pélvico. É





importante ressaltar que, para muitas mulheres, esse pode ser seu primeiro contato com o sistema de saúde. Portanto, a oportunidade deve ser aproveitada para uma investigação de sua condição médica geral.

Avaliação nutricional

O diagnóstico de desvios nutricionais e a ação conjunta de um nutricionista – indicando, se necessário, dieta alimentar especial – são recursos valiosos para adequação do peso de algumas mulheres antes de engravidar. Aquelas com índice de massa corporal (IMC) pré-gravídico inferior a 20 kg/m têm maior prevalência de anemia, parto prematuro e baixo peso do recém-nascido. Ressalte-se que a alimentação vegetariana exclusiva pode não conter elementos importantes para a organogênese fetal.

Tanto nos países com maior desenvolvimento como naqueles emergentes, o sobrepeso e a obesidade são condições muito prevalentes, associadas a uma série de complicações gestacionais, maternas e neonatais. As gestantes com IMC acima de 25 kg/m cursam mais frequentemente com malformações fetais, diabetes, pré-eclâmpsia e tromboembolismo. Portanto, o ideal seria a perda de peso prévia à gestação.

Deve-se realizar a profilaxia de defeitos abertos do tubo neural, administrando-se ácido fólico. A dose necessária é de 0,4 mg via oral diariamente, durante 60 a 90 dias antes da concepção e até 3 meses após. Recomenda-se que as pacientes com antecedentes de anencefalia ou meningomielocle e em uso de anti-epiléticos ingiram doses maiores. A apresentação disponível dessa substância na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), do Ministério da Saúde, é de 5 mg; por essa razão, essa dose pode ser prescrita diariamente para todas as mulheres.

Para as mulheres com complicações clínicas que realizam tratamentos medicamentosos, deve-se buscar a substituição das drogas contraindicadas na gestação, para que elas possam engravidar sem fazer uso delas. As substâncias que não devem ser utilizadas por gestantes (categoria X pela Food and Drug Administration) são apresentadas no Quadro 3.1.

Exames complementares

A adequada avaliação da mulher no período pré-concepcional requer a realização de exames para identificar condições que, na vigência de uma gestação, possam agravar a saúde dela e/ou do recém-nascido.

Recomenda-se solicitar para todas as mulheres:

- Tipagem sanguínea para prevenção da aloimunização Rh. Se a mulher for Rh negativo, solicitar pesquisa de anticorpos (Coombs indireto) e triagem sanguínea do parceiro.

Quadro 3.1 – Drogas: categorias que não devem ser utilizadas na gravidez (categoria X – FDA)

Ácido valproico	Flurazepam	Norgestrel
Aminoptertina	Fluvastatina	Pravastina
Ciguatoxin	Iodeto glicérol	Quazepam
Clomifeno	Isotretinoína	Quinina
Clortianisena	Isotretinoína	Ribavirin
Comarínicos	Leuprolida	Sinsvastatina
Contraceptivos orais	Lítio	Talidomida
Danazol	Lovastatina	Temazepam
Diétilstilbestrol	Mefipistona	Triazolam
Estrógenos conjugados	Menadiona	Vacina de vírus vivo (mesmo atenuado)
Estrona	Mestranol	Warfarin
Etinilestradiol	Misoprostol	
Etrenitrato	Noretindrona	
Fenciclidina	Noretinodrel	

- Hemograma completo para identificação de anormalidades hematimétricas.
- Sorologia para toxoplasmose com identificação de IgG e IgM. Em caso de mulheres suscetíveis, orientar profilaxia no sentido de evitar contato com fezes e secreções de felinos e a ingestão de carnes cruas.
- Sorologia para HIV e sífilis. Se houver sorologia positiva para sífilis, iniciar prontamente o tratamento dela e do parceiro e acompanhar clínico-laboratorialmente ambos. Em casos de sorologia positiva para o HIV, encaminhar para acompanhamento e tratamento, também incluindo cuidados com o parceiro. Independentemente de resultado, orientar todas as mulheres para a prática do sexo seguro, incentivando-as a utilizar o preservativo.
- Colher colpocitologia oncológica, se tiver sido colhida há menos de 3 anos, para a identificação de neoplasia intraepitelial cervical ou câncer cérvico-uterino. Se forem identificadas alterações, dar prosseguimento ao caso, conforme manual de condutas elaborado pela Fundação Oncocentro.

Exames adicionais para grupos especiais

- **Glicemia de jejum para mulheres com fatores de risco** – idade igual ou superior a 35 anos, obesidade, parente de primeiro grau com diabetes, história prévia de diabetes gestacional, de macrossomia fetal, de óbito fetal de termo sem motivo esclarecido.
- **Mamografia para mulheres com 35 anos ou mais, pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama** – história familiar de pelo





menos um parente de primeiro grau com diagnóstico de câncer de mama, com menos de 50 anos; história familiar de pelo menos um parente de primeiro grau com diagnóstico de câncer de mama bilateral ou câncer de ovário, em qualquer faixa etária; história familiar de câncer de mama masculino; diagnóstico histopatológico pessoal de lesão mamária com atipia ou neoplasia lobular in situ.

• Sorologia para hepatite B (HBsAg e Anti-HBc) e para hepatite C (Anti-HCV), para mulheres com histórico clínico que indique a possibilidade de contaminação – esse histórico se refere às mulheres usuárias de drogas, com múltiplos parceiros, com histórico de doença sexualmente transmissível (DST) ou com histórico de transfusão de sangue. Em casos de sorologia positiva, encaminhar para acompanhamento, incluindo a avaliação de comunicantes.

Imunização

Recomenda-se a atualização do calendário vacinal:

- Vacina dupla adulto (tétano e difteria).
- Vacina contra a hepatite B (vacina recombinante) para não vacinadas anteriormente.
- Vacina com vírus vivo atenuado (tríplice viral: sarampo, caxumba e rubéola) deve ser realizada de preferência a até 30 dias antes da gestação.





Índice



4



Índice



Diagnóstico da gravidez

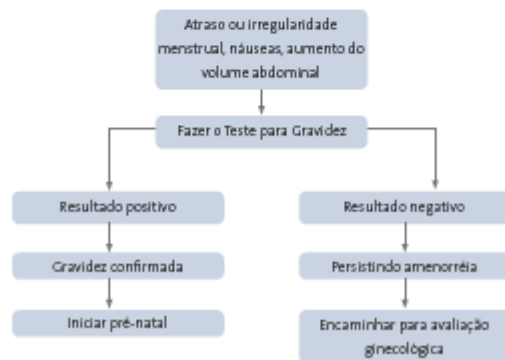


O diagnóstico da gravidez deve ser feito com base na história da mulher, aliada ao exame físico e teste laboratorial, segundo o fluxograma apresentado na **Figura 4.1**. A unidade de saúde deve criar um fluxo de atendimento ágil para a mulher que procura a confirmação da gravidez, buscando não postergar o diagnóstico, garantir o sigilo e possibilitar, quando for desejo da gestante, o acolhimento precoce para atenção pré-natal.

As mulheres no menarca, em atividade sexual, com atraso menstrual que não ultrapasse 15-16 semanas, devem ser imediatamente submetidas a um teste de gravidez. A realização do β HCG sérico é a opção laboratorial mais precisa para confirmar o diagnóstico de gravidez. Porém, é necessário que seu resultado não ultrapasse 1 semana. Nos municípios em que não for possível realizá-lo ou que o resultado não esteja disponível no prazo desejável, o teste imunológico de gravidez (TIG) é uma excelente opção, pois pode ser feito na hora, na unidade de saúde. É necessário que os profissionais estejam treinados para a correta realização técnica do TIG, com registro adequado de seu resultado no prontuário da mulher, com assinatura e registro profissional de quem o realizou.

Além dessa idade gestacional (15-16 semanas) não há necessidade de exame imunológico e a gravidez deve ser confirmada por avaliação clínica (palpação, ausculta de batimentos cardíacos fetais, etc.). Em algumas situações (suspeita de gestação sem atraso menstrual, possibilidade de gestação ectópica ou mola, situações de ameaça de abortamento, hipótese clínica de gestação com TIG negativo, etc.), a dosagem do β HCG sérico pode ser solicitada.

Figura 4.1 – Fluxograma do diagnóstico da gravidez



Após a confirmação da gravidez, dá-se início ao acompanhamento pré-natal. Esse primeiro contato da mulher grávida com o profissional de saúde na unidade constitui o **Acolhimento**, cuja responsabilidade é do(a) enfermeiro(a). Nesse momento, a gestante – e, se necessário, também seus familiares – receberá as orientações sobre o acompanhamento pré-natal, tendo a possibilidade de conhecer todo o plano de ação, tirar dúvidas e expressar opiniões. É muito importante que a equipe seja sensível a esse momento especial da vida da mulher, verificando a aceitação da gestação e avaliando a necessidade de apoio adicional à grávida.

Nessa oportunidade devem ser fornecidos ainda:

- O cartão da gestante, devidamente identificado e preenchido, com o nome da unidade hospitalar de referência para ela e o número do telefone; se necessário, essa informação deve ser atualizada;
- As solicitações dos exames complementares, segundo o protocolo;
- Recomendação de vacinas e vitaminas;
- Recomendação sobre atividades profissionais e físicas na gravidez;
- Orientações diversas sobre atividades educativas, visitas domiciliares, visita à maternidade de referência e demais programas.

Feito esse contato inicial, a primeira consulta de pré-natal deve ser agendada para o quanto antes possível, idealmente entre 2 e 3 semanas, período suficiente para receber os resultados das provas laboratoriais solicitadas. A partir desses resultados, será possível estabelecer as condutas recomendadas o mais rápido possível.





5.1 – Plano da primeira consulta	45
5.2 – Plano das consultas de retorno	53
5.3 – Frequência das consultas	55
5.4 – Imunização	57
5.5 – Ações educativas	59
5.6 – Visitas domiciliares	61
5.7 – Encaminhamentos e transferências	61

Rotinas de atenção pré-natal



A atenção pré-natal deve ser iniciada idealmente pelo profissional médico ou de enfermagem. A consulta é um contato que exige a prática de acolhimento para a gestante e seu acompanhante. Assim, deve haver disponibilidade para que sejam acolhidas e esclarecidas queixas, dúvidas e ansiedades, estimulando o "desejo de voltar" ou a adesão ao programa.

A consulta completa é imprescindível, representando uma oportunidade inadiável de classificar riscos e adotar condutas efetivas. Deve ser composta de anamnese abrangente, com valorização do interrogatório complementar, seguida de exame físico geral e dos diversos aparelhos, incluindo exame ginecológico e mamário.

Os retornos pré-natais devem ser adaptados às necessidades de cada caso. O calendário deve seguir o roteiro apresentado a seguir, com a realização de pelo menos seis consultas, distribuídas ao longo da gravidez, a primeira delas sendo iniciada o mais precocemente possível (até a 12ª semana), segundo as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde.

Fatores de risco reprodutivo

A identificação de riscos para a gestante e/ou o feto deve ser feita na primeira consulta, mas tem de ser revista a cada retorno. Trata-se de uma estratégia relevante para estabelecer o plano de ação terapêutica, por exemplo, indicando a regularidade dos retornos e seu nível de complexidade. Deve haver motivação e experiência clínica do profissional para efetuar interrogatório e avaliação clínica detalhados, esta última por vezes apoiada em exames complementares a fim de se identificar potenciais riscos, sem necessidade de se ater a um modelo fixo.

Entretanto, não se deve considerar identificação de fator de risco como indicador de transferência de cuidados. O fator de risco é um marcador de alerta que muitas vezes não se manifesta com as complicações possíveis. A atenção diligente por profissionais competentes pode ser suficiente para prover o cuidado necessário. Pode-se buscar a segunda opinião de equipes especializadas, treinadas na atenção a gestações de alto risco. Não se deve obrigar a gestante a se deslocar desnecessariamente, se não houver um claro benefício com a transferência. Caso o encaminhamento ocorra, a gestante deve ter seu cuidado pré-natal monitorado pela unidade de origem através de visitas domiciliares. Com isso evita-se a duplicidade de atendimento e garante-se a responsabilidade sobre o cuidado com a gestante.

Para que esse procedimento seja efetivo é necessário reavaliar os riscos potenciais e já estabelecidos a cada consulta, valorizando o caráter dinâmico do ciclo gravídico-puerperal. Há necessidade de adequação das condições potenciais de risco à situação epidemiológica local, estabelecendo-se um fluxo de cuidado regional que dependerá da distribuição e localização dos serviços de referência.

Algumas situações que podem representar risco e, portanto, necessidade de consulta com especialista e encaminhamento ao pré-natal de alto risco estão descritas a seguir.

Características pessoais e sociodemográficas:

- Altura menor que 1,45 m.
- Baixa escolaridade (menos de 5 anos de estudo regular).
- Condições ambientais desfavoráveis, como vulnerabilidade social.
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas.
- Transtorno mental.
- Idade menor que 15 e maior que 35 anos.
- Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, níveis altos de estresse.
- Peso menor que 45 kg ou maior que 75 kg.
- Situação afetiva conflituosa.
- Suporte familiar ou social inadequado.
- Não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente.
- Violência doméstica.

Antecedentes obstétricos:

- Abortamento habitual.
- Cirurgia uterina anterior.
- Esterilidade/infertilidade.
- Intervalo interpartal menor que 2 anos ou maior que 5 anos.
- Macrossomia fetal.
- Morte perinatal explicada ou inexplorada.
- Nuliparidade e multiparidade.
- Pré-eclâmpsia/eclâmpsia.
- Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado.
- Síndromes hemorrágicas.



**Morbidades:**

- Aneurismas.
- Aterosclerose.
- Alterações osteoarticulares de interesse obstétrico.
- Câncer.
- Cardiopatias.
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses).
- Doenças inflamatórias intestinais crônicas.
- Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus).
- Epilepsia.
- Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras).
- Hemopatias.
- Hipertensão arterial – classificar em leve, moderada ou grave e/ou fazendo uso de anti-hipertensivo.
- Infecção urinária.
- Nefropatias.
- Pneumopatias.
- Portadoras de doenças infecciosas (hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis e outras DST).
- Trauma.
- Tromboembolismo.

Doença obstétrica na gravidez atual:

- Alomunização.
- Amniorrexe prematura.
- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico.
- Ganho ponderal inadequado.
- Hidropsia fetal.
- Malformações fetais.
- Óbito fetal.
- Síndromes hemorrágicas.

- Síndromes hipertensivas.
- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada.

Após avaliação na unidade de referência, a gestante pode ser reencaminhada para a unidade de atenção básica original. Nesse caso, esse serviço deverá conduzir o pré-natal com base nas informações especializadas descritas, ou a grávida continuará seus cuidados de pré-natal no setor de maior complexidade.

É necessário anotar os dados no prontuário da mulher e nos instrumentos utilizados na atenção ao pré-natal e ao puerpério descritos no **Capítulo 2, Item 2.2.1** (ficha de acompanhamento pré-natal, mapa de atendimento diário e cartão da gestante). Também se deve realizar a avaliação dos fatores de risco nos retornos, atualizando essas informações no cartão da gestante, que serve de elo entre as informações da unidade e a assistência pré-natal. Situações de alerta devem ser destacadas.

5.1 – PLANO DA PRIMEIRA CONSULTA

A primeira consulta de pré-natal deve ser realizada por profissional médico, para a classificação de risco do caso ou da paciente.

A) História clínica**• Identificação:**

- nome;
- número do cartão SUS;
- idade;
- cor (por autodeclaração);
- naturalidade;
- procedência;
- endereço atual;
- unidade de referência, com endereço e telefone;
- nome do acompanhante para o parto.

• Características socioeconômicas.

- **Grau de instrução.**
- **Profissão/ocupação.**



5.



- Estado civil/união.
- Número e idade de dependentes (avaliar sobrecarga de trabalho doméstico).
- Renda familiar.
- Condições de moradia (tipo, número de cômodos).
- Condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo).
- Distância da residência até a unidade de saúde.
- Violência doméstica.

• **Antecedentes familiares:**

- câncer de mama e/ou de colo uterino;
- diabetes mellitus;
- doença de Chagas;
- doenças congênitas;
- gemelaridade;
- hanseníase;
- hipertensão arterial;
- tuberculose e outros contatos domiciliares (anotar a doença e o grau de parentesco);
- parceiro sexual portador de infecção pelo HIV, sífilis e outras DST.

• **Antecedentes pessoais:**

- alergias;
- alterações osteoarticulares de interesse obstétrico;
- aneurismas;
- aterosclerose;
- câncer;
- cardiopatias, inclusive doença de Chagas;
- cirurgia (tipo e data);
- deficiências de nutrientes específicos;
- desvios nutricionais (baixo peso, desnutrição, sobrepeso, obesidade);
- doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses);
- doenças inflamatórias intestinais crônicas;
- doenças neurológicas e psiquiátricas;
- endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus);
- hanseníase, tuberculose ou outras doenças infecciosas;

- hemopatias;
- hipertensão arterial crônica (classificar em leve, moderada ou grave e/ou se fazendo uso de anti-hipertensivo);
- infecção do trato urinário;
- nefropatias;
- pneumopatias;
- portadora de infecção pelo HIV (se em uso de retrovirais, anotar quais);
- portadora de doenças infecciosas (hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis e outras DST);
- psicose;
- transfusões de sangue;
- trauma;
- tromboembolismo.

• **Antecedentes ginecológicos:**

- ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade);
- cirurgias ginecológicas (idade e motivo);
- doença inflamatória pélvica;
- doenças sexualmente transmissíveis (tratamentos realizados, inclusive pelo parceiro);
- infertilidade e esterilidade (tratamento);
- malformação genital;
- mamas (alteração e tratamento);
- miomatose e tumores anexiais;
- última colpocitologia oncológica (data e resultado).
- uso de métodos anticoncepcionais prévios (quais, por quanto tempo e motivo do abandono).

• **Sexualidade:**

- início da atividade sexual;
- dispareunia;
- prática sexual nessa gestação;
- multiplicidade de parceiros sem uso de proteção; uso de preservativos masculino ou feminino (uso correto? uso habitual?).

5.





• **Antecedentes obstétricos:**

- aloimunização Rh;
- complicações nos puerpérios (descrever);
- história de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame);
- idade na primeira gestação;
- intercorrências ou complicações em gestações anteriores (especificar);
- intervalo entre as gestações (em meses);
- mortes neonatais precoces: até 7 dias de vida (número e motivo dos óbitos);
- mortes neonatais tardias: entre 7 e 28 dias de vida (número e motivo dos óbitos);
- natimortos (morte fetal intrauterina e idade gestacional em que ocorreu);
- número de abortamentos (espontâneos, provocados, causados por DST, complicações por infecções, curetagem pós-abortamento);
- número de filhos vivos;
- número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez ectópica, mola hidatiforme);
- número de partos (domiliares, hospitalares, vaginais espontâneos, fórceps, cesáreas – indicações);
- número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500 g) e com mais de 4.000 g;
- número de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37ª semana de gestação), pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação);
- recém-nascidos com icterícia, transfusão, hipoglicemia, exsanguíneo transfusões.

• **Gestação atual:**

- aceitação ou não da gravidez pela mulher, pelo parceiro e pela família, principalmente se for adolescente;
- data do primeiro dia/mês/ano da última menstruação – DUM (anotar certeza ou dúvida);
- hábitos alimentares;
- hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e drogas ilícitas;
- identificar gestantes com fraca rede de suporte social e/ou com baixa aderência aos cuidados pré-natais;
- internação durante essa gestação;
- medicamentos usados na gestação;
- ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse);

- peso prévio e altura;
- sinais e sintomas na gestação em curso.

B) Exame físico

• **Geral:**

- determinação do peso e da altura;
- medida da pressão arterial (técnica adequada, ver procedimento técnico no Capítulo 6, Item 6.3);
- inspeção da pele e das mucosas;
- palpação da tireoide 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. Durante a gestação e a amamentação, podem ser identificadas alterações, que devem seguir conduta específica. Realizar orientações para o aleitamento materno em diferentes momentos educativos, principalmente se for adolescente. Nos casos em que a amamentação estiver contraindicada (portadoras de HIV/HTLV), orientar a mulher quanto à inibição da lactação (mecânica e/ou química) e para a disponibilização de fórmula infantil;
- palpação obstétrica e, principalmente no 3º trimestre, identificação da situação e apresentação fetal;
- medida da altura uterina;
- ausculta dos batimentos cardíacos fetais (com Sonar Doppler, é possível após 12 semanas);
- inspeção dos genitais externos;
- exame especular e toque vaginal – essa etapa do exame físico pode ser realizada na consulta de retorno, considerando o contexto clínico e o desejo da mulher;
- o exame físico das adolescentes deve seguir as orientações do manual de Saúde Integral de Adolescentes e Jovens: orientações para a organização de serviços de saúde; deve ser completa, valorizando os aspectos éticos e a privacidade. No caso de adolescente de sexo oposto ao do examinador, recomenda-se a presença de acompanhante ou outro profissional de saúde na sala.





C) Exames complementares de rotina

Os exames complementares, de maneira geral, dão apoio ao raciocínio clínico, e os motivos de sua solicitação devem ser explicados à gestante. Particularmente, é necessário realizar aconselhamento pré e pós-teste, informando benefícios e riscos, e avaliando o conhecimento e as expectativas da mulher com os resultados, quando se tratar de exames de triagem, como sorologias para HIV, sífilis, hepatites e outras DST.

A confidencialidade dos resultados deve ser garantida. As condutas sugeridas devem ser informadas à gestante e seu parceiro. No caso do HIV, sífilis e outras DST, deve-se orientar sobre a necessidade de diagnóstico e tratamento do seu parceiro sexual. Recomenda-se o oferecimento de pelo menos uma consulta, durante a assistência do pré-natal, para todos os parceiros sexuais de todas as gestantes, independente do seu estado sorológico, o que facilitaria o envolvimento paternal no adequado acolhimento da criança (Nota técnica: CCD – 001/2007 – N° 185 – DOE 29/09/07).

O profissional que avalia os exames deve estar preparado tecnicamente para orientar sobre limitações nos resultados, possibilitando intervenções eficientes no momento da consulta. Deve também estar habilitado para solicitar pesquisa adicional para conclusão diagnóstica, evitando pânico desnecessário e/ou condutas tardias.

Os exames de rotina para triagem de situações clínicas de maior risco no pré-natal devem ser solicitados no acolhimento da mulher no serviço de saúde, imediatamente após o diagnóstico de gravidez. Os resultados devem ser avaliados na primeira consulta clínica. Muitos desses exames serão repetidos no início do 3º trimestre. As condutas relativas aos resultados estão descritas no Capítulo 7.

Devem ser solicitados:

- **Hemograma completo** – repetir entre 28-30 semanas.
- **Grupo sanguíneo e fator Rh.**
- **Sorologia para sífilis (VDRL)**, repetir entre 28-30 semanas.
- **Glicemia em jejum** – repetir entre 28-30 semanas; em gestantes sem fator de risco para diabetes e se o resultado da primeira glicemia for menor que 85 mg/dL, ver rastreamento de diabetes no **Capítulo 9, Item 9.5.**
- **Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG – 75g, 2h)** – para os casos triados com fator de risco para diabetes gestacional presente e/ou com glicemia de jejum inicial maior ou igual a 85mg/dL, ver rastreamento de diabetes no **Capítulo 9, Item 9.5.**
- **Exame sumário de urina (Tipo I).**
- **Urocultura com antibiograma para o diagnóstico de bacteriúria assintomática** – repetir entre 28-30 semanas.
- **Sorologia anti-HIV** – repetir entre 28-30 semanas.

- **Sorologia para toxoplasmose, IgG e IgM** – repetir trimestralmente se for IgG não reagente.
- **Sorologia para hepatite B (HBSAg).**
- **Protoparasitológico de fezes.**
- **Colpoditologia oncolítica** – muitas mulheres frequentam 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, sem a coleta endocervical.
- **Bacterioscopia da secreção vaginal** – avaliação de perfil bacteriológico do conteúdo vaginal por critério de Nugent, indicada para pacientes com antecedente de prematuridade, possibilitando a detecção e o tratamento precoce da vaginose bacteriana, idealmente antes da 20ª semana. Se a bacterioscopia estiver indisponível, pode-se realizar um diagnóstico presumido, através do exame especular, pela positividade de pelo menos três dos quatro critérios de Amsel: 1) corrimento branco-acinzentado; 2) medida do pH > 4,5 com fita apropriada aplicada a 2-3 cm do introito vaginal, na parede lateral da vagina; 3) liberação de aminas com odor de peixe no teste com hidróxido de potássio a 10% adicionado a uma amostra do conteúdo vaginal; 4) visualização de clue cells a microscopia.
- **Ultrassonografia obstétrica** – a ultrassonografia (USG) é um recurso útil na assistência pré-natal, mas as decisões terapêuticas devem ser baseadas no raciocínio clínico. Caso a gestante inicie o pré-natal precocemente, o primeiro ultrassom pode ser realizado entre 10-13 semanas para avaliação de translucência nucal, como rastreamento para cromossomopatias. O segundo exame, ou na eventualidade de que apenas um seja factível ou esteja disponível, deve ser realizado entre 20-24 semanas, pois nessa época a biometria fetal indica com relativa precisão a idade gestacional e possibilita avaliação morfológica fetal. Ultrassonografias adicionais devem ser solicitadas, dependendo da suspeita clínica.
- **Cultura específica** com coleta anovaginal do estreptococo do grupo B entre 35-37 semanas, quando possível (ver **Capítulo 6, Item 6.8**).

NOTAS SOBRE A INVESTIGAÇÃO DE HIV/AIDS

O diagnóstico de infecção pelo HIV, realizado no planejamento da gravidez ou no início da gestação, possibilita melhor controle da infecção materna e reduz significativamente o risco de transmissão vertical, da mãe para o recém-nascido. Por esse motivo, esse teste deve ser oferecido com aconselhamento pré e pós-teste, para todas as gestantes, na primeira consulta do pré-natal, independentemente de sua vulnerabilidade ou situação de risco para o HIV, conforme Portaria Técnica Ministerial nº 874/97, de 3 de julho de 1997, publicada no DOU de 04/07/97.





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, diferença entre ser portador da infecção e desenvolver a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), sobre os conceitos de “vulnerabilidade” e “situações de risco acrescido”, e sua importância na exposição ao risco para a infecção pelo HIV, em ocasião recente ou progressiva.
- Explicar o que é o teste anti-HIV, como é feito, o que avalia, suas limitações, explicando o significado dos resultados negativo, indeterminado e positivo (ver **Capítulo 7, Item 7.7**).
- 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.

Quadro 5.1 – Exames laboratoriais de rotina pré-natal inicial

- Grupo sanguíneo e fator Rh
- Hemograma completo
- Sorologia para sífilis
- Glicemia de jejum
- Sorologia anti-HIV
- Sorologia para hepatite B
- Sorologia para toxoplasmose
- Urina tipo I
- Urocultura com antibiograma
- Protoparasitológico de fezes
- Colpocitologia oncótica
- Cultura específica anovaginal do estreptococo do grupo B entre 35-37 semanas, quando possível
- Bacterioscopia da secreção vaginal (apenas em pacientes com antecedente de prematuridade)

D) Condutas

- Cálculo da idade gestacional e data provável do parto.
- Orientação alimentar e acompanhamento do ganho de peso gestacional.
- Orientação sobre sinais de riscos e assistência em cada caso.
- Avaliação dos resultados dos exames laboratoriais de rotina e orientação de condutas pertinentes.
- Referência para atendimento odontológico.
- Encaminhamento para imunização antitetânica (vacina dupla viral), quando a gestante não estiver imunizada, ou quando o último reforço tiver sido realizado há mais de 5 anos.
- Referência para serviços especializados na mesma unidade ou unidade de maior complexidade, quando indicado.
- Prescrição de ácido fólico 5 mg/dia até 14 semanas, para prevenção de defeitos abertos do tubo neural.
- Fornecimento de informações necessárias quanto aos intervalos dos próximos atendimentos e qual a dinâmica: anamnese buscando queixas e dúvidas (a mulher deve ser estimulada a falar), exame físico com aferição do peso, pressão arterial, altura do fundo uterino, ausculta dos batimentos cardíacos, pesquisa de edema, avaliação ginecológica, se necessária, propedêutica complementar e respostas às indagações da mulher ou da família.
- Responsabilidades da gestante, incentivando-a a participar ativamente das atividades educativas.
- Levantar expectativas quanto à gravidez, parto e puerpério.
- Orientar sobre atividade física, sexual, trabalho e ambiente.

5.2 – PLANO DAS CONSULTAS DE RETORNO

A) Revisão da ficha de acompanhamento pré-natal

- Anamnese/interrogatório complementar.
- Atualização do calendário vacinal.
- Solicitação de outros exames complementares, se necessário.
- Atualização do cartão da gestante e do prontuário da paciente.

B) Monitoramento

- Cálculo e anotação da idade gestacional.
- Queixas, verificando dúvidas da paciente e dos familiares.





- Estado geral.
- Peso, calculando o índice de massa corporal (IMC – anotar no gráfico, avaliar o estado nutricional, segundo curva específica).
- Pressão arterial (ver técnica adequada no **Capítulo 6, Item 6.3**).
- Pesquisa de edema.
- Palpação obstétrica e medida da altura uterina (anotar no gráfico, avaliar desvios, segundo curva específica).
- Avaliação dos resultados de exames laboratoriais adicionais e instituição de condutas específicas.
- Ausculta dos batimentos cardíacos fetais.
- Monitoramento da vitalidade fetal, baseando-se nas informações clínicas que podem indicar a evolução da gravidez e aplicando-se, se indicado, propedêutica complementar. Entre os métodos que podem ser adotados, está a avaliação dos movimentos fetais percebidos pela mulher e/ou detectados no exame obstétrico.

Os padrões da atividade fetal mudam com a evolução da gravidez. Inicialmente, os movimentos são débeis e pouco frequentes, 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, aloimunização pelo fator Rh ou malformações congênitas – quanto de fatores exógenos, como atividade materna excessiva, uso de medicamentos sedativos, álcool, nicotina e outros.

A presença de movimentos fetais ativos e frequentes é tranquilizadora quanto ao prognóstico fetal. Dada a boa correlação entre a subjetividade da percepção materna e a ultrassonografia em tempo real, resulta lógica a utilização do controle diário de movimentos fetais, realizado pela gestante, como instrumento de avaliação fetal simples, de baixo custo, que não requer instrumentalização e não tem contraindicações. Quando necessário, o registro da movimentação fetal pode ser incluído no monitoramento da vitalidade fetal. Não existe na literatura padronização quanto ao método de registro. O importante é utilizar técnica simples e por período não muito longo, para não se tornar exaustivo e facilitar a sua realização sistemática pela mulher.

C) 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 (300 mg/dia ou 60mg de ferro elementar/dia ou 200mg/dia, correspondente a 40mg de ferro elementar/dia) para profilaxia da anemia a partir da 20ª semana de gravidez até a 6ª semana pós-parto.
- Orientação alimentar, encaminhando para o serviço de nutrição, se necessário.
- Acompanhamento das condutas adotadas em serviços especializados, pois a mulher deverá continuar a ser acompanhada pela equipe de 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 seu interesse. Recomenda-se dividir os grupos em faixas de 10-14 anos e de 15-19 anos, para obtenção de melhores resultados.
- Agendamento de consultas subsequentes.
- Anotação dos dados da consulta e condutas no prontuário e no cartão da gestante.
- Imunização antitetânica.
- Imunização influenza pandêmica.
- Profilaxia da pré-eclâmpsia:
 - orientação sobre dieta rica em cálcio (folhas verdes, leite pouco gorduroso e derivados, no mínimo 1 litro), ou 1 g via oral de carbonato de cálcio, se ingestão deficiente;
 - prescrição de ácido acetilsalicílico (100 mg/dia) até 36 semanas para gestantes com maior risco para pré-eclâmpsia, incluindo o antecedente de pré-eclâmpsia ou hipertensão arterial de qualquer etiologia e síndrome antifosfolípide (efeito discreto a moderado).

5.3 – FREQUÊNCIA DAS CONSULTAS

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

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 (1º trimestre) e ser regular e completo, garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas e preenchendo-se o cartão da gestante e a ficha de acompanhamento pré-natal.

O número mínimo preconizado pelo Ministério da Saúde para todas as gestantes é de seis consultas, com início o mais precocemente possível, sendo assim distribuídas:

- Uma no 1º trimestre (até a 12ª semana), duas no 2º trimestre e três no 3º trimestre;
- Considerando o risco perinatal e as intercorrências clínico-obstétricas, mais comuns no 3º trimestre, é imprescindível que sejam realizadas consultas até a 40ª semana de





gestação; gestantes cujo trabalho de parto não se inicie até a 41ª devem ser encaminhadas à maternidade de referência para a interrupção da gravidez;

- A gestante deverá ser atendida sempre que houver uma intercorrência, independente do calendário estabelecido;
- Da mesma forma, retornos para avaliação de resultados de exames ou para outras ações, no âmbito clínico ou não, devem ser considerados fora do calendário de rotina;
- Para as gestantes de alto risco, a definição do cronograma de consultas deve ser adequada a cada caso e depende diretamente do agravo em questão;
- Recomenda-se visita domiciliar para gestantes faltosas, com intercorrências e para todas as puérperas, na 1ª semana pós-parto;
- O controle do comparecimento das gestantes às consultas é de responsabilidade dos serviços; para isso deve ser implantado um sistema de vigilância que permita a busca ativa de gestantes faltosas.

Além dessas seis consultas consideradas como o mínimo adequado, a mulher deve ter ao menos um retorno puerperal.

Mais importante que a quantidade de consultas é a sua qualidade. O profissional deve estar atento para identificar em cada consulta o surgimento de riscos para a mulher e o feto, considerando o caráter dinâmico da gestação. A identificação de problemas é oriunda de uma anamnese adequada, que preserve o tempo de fala da mulher, pelo exame físico completo e por vezes pelo auxílio de propedêutica complementar.

A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal. Não existe "alta" do pré-natal antes do parto. Se não ocorrer parto até a 41ª semana, a gestante deve ser encaminhada para hospital para interrupção da gravidez. É importante que, mesmo com as consultas agendadas, a unidade de saúde seja maleável para atender a gestante toda vez que houver necessidade, seja para orientação nutricional, seja para atendimento odontológico, ou monitoramento de pressão arterial para aquelas com maior risco de pré-eclâmpsia, ou ainda uma consulta médica não agendada.

A avaliação da mulher no puerpério deve ser iniciada o mais precocemente possível, com a visita domiciliar na 1ª semana, e retorno ao serviço entre o 7º e o 10º dia. Além disso é necessário realizar consulta médica ao redor de 42 dias após o parto, em no máximo 60 dias para mulheres que estão amamentando e entre 30 e 42 dias para mulheres que não estiverem amamentando.

A equipe profissional deve estar atenta para monitorar o absenteísmo das gestantes, em-

penhar-se em caracterizar o problema e apoiar a solução da dificuldade, segundo a rotina da unidade; o(a) agente comunitário pode, por exemplo, realizar a busca ativa com esse fim.

5.4.- IMUNIZAÇÃO

Vacina contra o tétano

O tétano neonatal é uma doença grave, não transmissível e imunoprevenível, causada pelo *Clostridium tetani*, que acomete recém-nascidos geralmente na 1ª semana de vida ou nos primeiros 15 dias. O problema ocorre por contaminação de substâncias e instrumentos contendo esporos do bacilo e/ou pela falta de higiene nos cuidados com o recém-nascido.

A prevenção do tétano neonatal se dá por meio da garantia de atenção pré-natal de qualidade, com vacinação das gestantes e atendimento higiênico ao parto, bem como uso de material estéril para o corte e do clameamento do cordão umbilical e do curativo do coto umbilical, utilizando solução de álcool a 70%.

A vacinação das mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), gestantes e não gestantes, é medida essencial para a prevenção do tétano neonatal. Deve ser realizada com a vacina dupla tipo adulto (dT contra o tétano e difteria) nas mulheres que não têm vacinação prévia ou esquema incompleto.

De acordo com a Norma Técnica do Programa de Imunização da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, recomenda-se para:

- **Gestantes previamente vacinadas** – naquelas que receberam previamente uma ou duas doses de vacina contra o tétano (com DPT, DT, dT ou TT) deve-se aplicar uma ou duas doses de vacina dT, a fim de completar três doses, com intervalo de 2 meses (mínimo de 4 semanas);

– **Nota 1:** quando a gestante já estiver vacinada com pelo menos três doses, aplicar apenas uma dose de reforço, caso já se tenham passado 5 anos, ou mais, desde a última dose.

- **Gestantes não previamente vacinadas** – o esquema na gestação, para adequada profilaxia do tétano neonatal, compreende duas doses da vacina dupla tipo adulto (dT). A primeira dose pode ser administrada precocemente na gestação. A segunda, com intervalo de 2 meses (mínimo de 4 semanas) e preferencialmente até 20 dias antes da data provável do parto;

– **Nota 2:** para a adequada proteção da mãe e prevenção do tétano neonatal em gestação futura, caso tenham sido aplicadas apenas duas doses, é importante aplicar uma terceira dose, que deve ocorrer 6 meses após a segunda dose.

– **Nota 3:** não foram relatados eventos adversos para o feto em decorrência da aplicação dos toxóides diftérico e tetânico em qualquer fase da gestação.





Quadro 5.2 – Esquemas básicos de vacinação para a gestante

História de imunização contra o tétano	Conduta
Sem nenhuma dose registrada	A primeira dose de vacina dT pode ser administrada precocemente na gestação. A segunda dose, com intervalo de 2 meses, no mínimo 4 semanas. Preferencialmente até 20 dias antes da data provável do parto. A terceira dose poderá ser aplicada após o nascimento, 6 meses após a segunda dose.
Menos de três doses	Completar as doses faltantes com vacina dT com intervalo de 2 meses, no mínimo 4 semanas. Preferencialmente até 20 dias antes da data provável do parto.
Três doses ou mais, sendo a última dose há menos de 5 anos	Não é necessário vacinar.
Três doses ou mais, sendo a última dose há mais de 5 anos	Uma dose de reforço.

Caso a gestante não complete seu esquema vacinal durante a gravidez, este deverá ser concluído no puerpério ou em qualquer outra oportunidade (Primeira Semana de Saúde Integral, consulta puerperal, quando levar o recém-nascido para iniciar o esquema básico de vacinação, ou em qualquer outro momento).

É de extrema importância que o profissional investigue a história progressa de vacinação para proceder à administração de doses subsequentes. Entretanto, a imunização somente deverá ser considerada com a apresentação do comprovante (cartão de vacina). Caso a gestante já tenha tomado alguma dose de vacina, recomenda-se a continuação do esquema, aplicando-se as doses que faltam para a conclusão deste, independentemente do momento em que foi aplicada a última dose. Fora da gravidez, a dose de reforço deve ser administrada a cada 10 anos. Em caso de nova gestação, deverá ser observado o esquema do **Quadro 5.2**. O objetivo a ser atingido é a vacinação de 100% das mulheres em idade fértil (gestantes e não gestantes).

Caso ocorram eventos adversos à vacina, estes podem manifestar-se na forma de dor, calor, vermelhidão, edema local, ou febrícula de duração passageira, eventualmente ocasionando mal-estar geral. A continuidade do esquema de vacinação está contraindicada quando houver reação de hipersensibilidade (reação anafilática) após a administração de qualquer dose.

Vacina contra a influenza pandêmica

Observa-se que as gestantes infectadas pelo vírus influenza, principalmente no 3º trimestre da gestação e no puerpério imediato, têm risco aumentado de doença grave e pneumonia. Considerando a morbimortalidade durante a pandemia, a vacina contra influenza pandêmica está sendo indicada para todas as gestantes, independente da idade gestacional.

Vacina contra a febre amarela

Considerando-se o possível risco de infecção dos fetos pelo vírus vacinal, a vacina contra a febre amarela está contraindicada para gestantes e mulheres amamentando, salvo em situações de alto risco de exposição. A vacinação em gestantes deverá ser analisada caso a caso.

5.5 – AÇÕES EDUCATIVAS

As ações educativas são relevantes para esclarecer as dúvidas das mulheres e contribuir para sua adesão aos procedimentos propostos e possíveis tratamentos.

É importante que as atividades sejam registradas e incluídas como ação assistencial realizada. Tais atividades podem ser desenvolvidas na forma de discussões em grupo, rodas de conversa, dramatizações ou outros mecanismos que, de maneira dinâmica, possam facilitar a troca de experiências entre todos os envolvidos no processo.

Esse tipo de atividade deve seguir os preceitos de educação para adultos, com base na aprendizagem significativa: quando o aprender faz sentido para cada uma das usuárias. Isso geralmente ocorre quando aquilo que se aprende responde a uma pergunta nossa e quando o conhecimento é construído a partir de um diálogo com o que já sabemos antes. Dessa forma, é importante que os temas discutidos tenham significado para as usuárias, ou seja, responda às suas dúvidas e inquietações.

Devem ser trabalhados alguns conceitos e cuidados, com a participação ativa da gestante, no contexto social e suas transformações, englobando a família, particularmente o companheiro, se ela assim o desejar.

Durante o pré-natal e no atendimento após o parto, a mulher deve receber algumas informações fundamentais; outras informações devem ser construídas com cada grupo, a partir de questões importantes e escolhidas pelas próprias mulheres participantes. Alguns temas sugeridos são apresentados a seguir:

- Importância do pré-natal.
- Orientação para que a mulher sempre carregue consigo o cartão da gestante e os





resultados dos exames complementares.

- Realização de atividade física, que pode proporcionar benefícios à gestação e ao parto. Uma boa preparação corporal e emocional ajuda a mulher a viver a gravidez com prazer, permitindo-lhe desfrutar plenamente de seu parto.
- Promoção da alimentação saudável com foco na prevenção dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição, como baixo peso, sobrepeso, obesidade, hipertensão e diabetes; e suplementação de ferro e ácido fólico.
- Desenvolvimento da gestação.
- Modificações corporais e emocionais.
- Medos e fantasias referentes à gestação e ao parto.
- Atividade sexual, incluindo prevenção das DST/Aids, aconselhamento para o teste anti-HIV e para a pesquisa da sífilis.
- 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 e humanizado, resgatando-se a gestação, o parto, o puerpério e o aleitamento materno como processos fisiológicos.
- Orientações quanto ao direito do acompanhante em sala de parto.
- Apoio àqueles que não puderem realizar parto normal, evitando possíveis frustrações.
- Orientação e incentivo ao aleitamento materno e apoio específico 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.
- Participação do pai durante a gestação e o parto, para incentivar o vínculo entre pai e filho, importante para o desenvolvimento saudável da criança.
- 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 1ª semana de vida do recém-nascido.
- Importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, assim como das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente).

É imprescindível que a unidade organize visitas da mulher e familiares ao local do parto, valorizando que estes esclareçam dúvidas e tenham acesso ao seu plano de parto.

5.6 – VISITAS DOMICILIARES

As visitas domiciliares são oportunidades para complementar a investigação integral da mulher. Deve ser avaliado todo o contexto familiar e social, buscando identificar riscos à mulher ou a outros membros da família. Sempre que possível, o acompanhamento domiciliar deve ser realizado por agentes comunitários ou com outro profissional da unidade de saúde. Os agravos evidenciados devem ser discutidos com a equipe na unidade de saúde, incluindo, ao menos, o(a) enfermeiro(a), o(a) médico(a) e o(a) auxiliar de enfermagem. A frequência das visitas deve seguir o proposto normalmente por cada unidade básica de saúde e pode ser individualizada, de acordo com as necessidades de cada caso. Durante a visita deve ser avaliado o cartão da gestante, suas queixas, possíveis dificuldades encontradas para se adequar ao seguimento pré-natal e/ou desafios no seu meio familiar.

As metas prioritárias de visita domiciliar são:

- Identificar grávidas sem assistência pré-natal e empenhar-se para providenciar sua matrícula;
- Identificar gestantes que abandonaram os cuidados da unidade, pesquisando os motivos, que podem servir de base para melhorias na assistência, e estimulando o retorno delas às consultas regulares;
- Seguir especificamente alguma situação particularizada, se indicada pela unidade/equipe de saúde;
- Fornecer orientação sobre cuidados de saúde e demais programas desenvolvidos, particularmente sobre a importância de se completar o calendário vacinal, realizar a consulta de puerpério adotando ações de planejamento familiar, cuidado com as mamas e aleitamento materno, além de valorizar a orientação e o planejamento da gravidez.

5.7 – ENCAMINHAMENTOS E TRANSFERÊNCIAS

Em alguns casos, a necessidade de transferir cuidados pode ocorrer. O encaminhamento da gestante para a rede referenciada não deve ser entendido como uma "resolução do pro-



blema" da unidade, mas sim como uma vantagem para a mulher. A unidade que realizou o encaminhamento deve manter a responsabilidade sobre o acompanhamento dos cuidados, ainda que realizados em outra unidade.

A transferência deve representar um legítimo cuidado para com a mulher, ponderando-se sobre as vantagens desse procedimento e os eventuais transtornos que as usuárias e seus familiares podem enfrentar com os deslocamentos.

Todas as condutas devem ser registradas e a unidade deve acompanhar o desfecho do caso, estabelecendo uma estrutura para o fluxo de informações. O relatório de encaminhamento deve conter todos os dados relevantes, tais como motivo do encaminhamento, resumo da história clínica, hipóteses diagnósticas, evolução e tratamentos, especificando os medicamentos prescritos e orientações particulares. O texto deve ser legível, sem abreviaturas ou códigos, contendo nome do profissional que encaminhou, seu número de registro profissional e assinatura. A identificação da unidade de referência deve conter endereço, telefone e nome da pessoa que foi contatada, quando for o caso. Um exemplo de relatório de encaminhamento padrão encontra-se no **Anexo 4** e pode ser utilizado pelas unidades que não dispõem de um modelo.

5.



5.



6

6.1 – Métodos para cálculo da idade gestacional (IG) e da data provável do parto (DPP)	66
6.1.1 – Cálculo da idade gestacional	66
6.1.2 – Cálculo da data provável do parto	67
6.2 – Avaliação do estado nutricional (EN) e do ganho de peso gestacional	68
6.3 – Controle da pressão arterial (PA)	77
6.4 – Leitura da fita reagente para proteinúria	81
6.5 – Palpação obstétrica e medida da altura uterina (AU)	82
6.5.1 – Palpação obstétrica	82
6.5.2 – Medida da altura uterina	85
6.6 – Ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF)	89
6.7 – Verificação da presença de edema	91
6.8 – Coleta de material para pesquisa de estreptococo do grupo B	93
6.9 – O preparo das mamas para o aleitamento	93

Os procedimentos devem ser seguidos por todos os profissionais da equipe com uniformidade dos cuidados prestados, facilitando a avaliação contínua e a comparação dos resultados. Para que isso seja possível, é importante haver treinamento rotineiro dos profissionais assistentes, em especial daqueles que estão iniciando suas atividades, ainda não adaptados a essa rotina. Os procedimentos discriminados a seguir são os mais usuais no atendimento às mulheres, devendo, se necessário, ser adaptados às características da unidade.

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

6.

6.1.1 – Cálculo da idade gestacional

Objetivo: estimar a duração da gravidez / 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.



6.
cap.

A) Quando a data da última menstruação é conhecida e de certeza

É o método para se calcular a idade gestacional em mulheres com ciclos menstruais regulares, que não estão amamentando nem fazendo 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 o mês correspondentes ao primeiro dia da última menstruação e observar o número de semanas indicado no dia e mês da consulta atual.

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 fim do mês, considerar como DUM os dias 5, 15 e 25, respectivamente. Proceder, então, à utilização de um dos métodos descritos anteriormente.

66

C) 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, que ocorrem habitualmente entre 16 e 20 semanas. 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 ele ocupa 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 32ª semana de idade gestacional.

• Lembrar que o exame de ultrassonografia obstétrica pode ser um excelente meio de confirmação da idade gestacional, sobretudo quando realizado precocemente durante a gravidez.

6.1.2 – 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 o mês correspondentes ao primeiro dia da última menstruação e observar a seta na data (dia e mês) indicada como data provável do parto.
- Outra forma de cálculo é somar 7 dias ao primeiro dia da última menstruação e subtrair 3 meses ao mês em que ocorreu a última menstruação (ou adicionar 9 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.
- Quando a DUM não for conhecida, proceder de forma análoga utilizando a idade gestacional estimada no exame ultrassonográfico mais precoce disponível.

6.



6.
cap.

67

Exemplos	Data da última menstruação: 13/9/08
	Data provável do parto: 20/6/09 (13+7=20/9-3=6)
	Data da última menstruação: 10/2/09
	Data provável do parto: 17/11/09 (10+7=17/2-9=11)
	Data da última menstruação: 27/1/09
Data provável do parto: 3/11/09 (27+7=34/34-31=3/11+1=11)	

6.

6.
cap.

6.2 – 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.

Atividades:

- 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 garante a qualidade das medidas coletadas.

A) 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.

68

- 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 se inclinar 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.

B) 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.
- Calcaneares, nádegas e espáduas devem se aproximar da haste vertical da balança. Caso se utilize antropômetro vertical, a gestante deverá ficar com calcaneares, 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-se 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.

Orientações para diagnóstico e 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: nessa oportunidade, a avaliação nutricional da gestante, com base em seu peso e sua estatura, permite conhecer seu estado nutricional atual e subsidiar a previsão de ganho de peso até o fim da gestação. Essa avaliação deve ser feita conforme as instruções apresentadas a seguir.

6.

6.
cap.

69

1) Calcule o IMC por meio da fórmula:

$$\text{Índice de Massa Corporal (IMC)} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura}_2 \text{ (m)}}$$

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.

Uma das limitações para a utilização do IMC durante a gestação é que não existe ainda uma curva de referência brasileira de valores de IMC por idade gestacional. Enquanto essa situação permanece, o recomendado é utilizar a curva de Atalah (Atalah et al, 1997), que foi construída para a população de gestantes do Chile. Por essa tabela, uma gestante com IMC < 20 no 1º trimestre tem baixo peso, com IMC > 25 tem sobrepeso e com IMC > 30 é obesa.

2) Realize o diagnóstico nutricional, utilizando a Tabela 6.1:

A) Calcule a idade gestacional. 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, conforme os exemplos a seguir:

- Gestante com 12 semanas e 2 dias = 12 semanas
- Gestante com 12 semanas e 5 dias = 13 semanas

B) localize, na primeira coluna da Tabela 6.1, a semana gestacional calculada e identifique, nas colunas seguintes, em que faixa está situado o IMC da gestante, calculado conforme descrito no item 1.

Tabela 6.1 – 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



C) Classifique o estado nutricional (EN) da gestante, segundo o IMC por semana gestacional, da seguinte forma:

- **Baixo peso (BP)** – quando o valor do IMC for igual ou menor que os valores apresentados na coluna correspondente a baixo peso;
- **Adequado (A)** – quando o IMC observado estiver compreendido na faixa de valores apresentada na coluna correspondente a adequado;
- **Sobrepeso (S)** – quando o IMC observado estiver compreendido na faixa de valores apresentada na coluna correspondente à sobrepeso;
- **Obesidade (O)** – quando o valor do IMC for igual ou maior que os valores apresentados na coluna correspondente à obesidade.

3) 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 e doenças associadas (diabetes, pré-eclâmpsia, etc.); 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 a Tabela 6.2.

Tabela 6.2 – Ganho de peso recomendado (em kg) na gestação, segundo estado nutricional inicial

Estado nutricional (IMC)	Ganho de peso semanal peso total (kg)	Ganho de peso semanal médio (kg) no 1º trimestre	Ganho de peso total (kg) no 2º e 3º trimestres
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: Institute of Medicine, 1990, adaptado.

Em função do estado nutricional pré-gestacional ou no início do pré-natal (Tabela 6.1), 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 1º trimestre, o ganho foi agrupado para todo o período; já para o 2º e o 3º trimestres, o ganho é previsto por semana. Portanto, já na primeira consulta, devem-se estimar quantos gramas a gestante deverá ganhar no 1º 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 ponderais 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 1º trimestre da gestação (até 13ª semana) e de 0,5 kg por semana no 2º e 3º trimestres de gestação.

Essa variabilidade de ganho recomendado deve-se ao entendimento de que gestantes com baixo peso 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 de cerca de 7 kg, com recomendação específica e diferente por trimestre.

Nas consultas subsequentes: Nessas oportunidades, a avaliação nutricional deve ser feita repetindo-se os procedimentos 1 e 2 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: a Tabela 6.2, que indica qual o ganho recomendado de peso segundo o estado nutricional da gestante no início do pré-natal, e a Figura 6.1, 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 idade 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:

- Calcule a idade gestacional.
- Calcule o IMC conforme descrito no **Item 1** do tópico anterior.
- Localize, no eixo horizontal, a semana gestacional calculada e identifique, no eixo vertical, o IMC da gestante.
- Marque um ponto na interseção dos valores de IMC e da semana gestacional.
- Classifique o EN da gestante, segundo IMC por semana gestacional, conforme legenda do gráfico: BP, A, S, O.
- 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.
- Em linhas gerais, considere traçado ascendente como ganho de peso adequado e **traçado 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 **Figura 6.1**.

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 relevantes para a prevenção e o controle de agravos à saúde e à nutrição. Contudo, vale ressaltar a importância da realização de outros procedimentos que possam complementar o diagnóstico nutricional ou alterar sua interpretação, conforme a necessidade de cada gestante. Assim, destaca-se a avaliação clínica para detecção de doenças associadas à nutrição (por exemplo, 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.

Essas orientações genéricas são para o profissional de saúde encarregado da atenção pré-natal. Contudo, quando se detectam alterações do estado nutricional, sempre que possível a gestante deverá também ser encaminhada para um especialista de nutrição para avaliação, orientação específica e seguimento conjunto do caso.

6.



6.
cap.

Figura 6.1 – Avaliação do 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 (desde que ascendente) à curva que delimita a parte inferior da faixa de obesidade.	

6.



6.
cap.

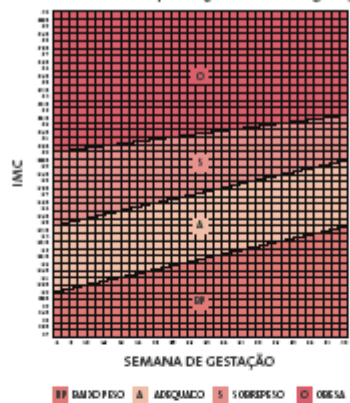


Notas importantes sobre gestantes adolescentes

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. Deve-se tratar a gestante adolescente como de risco nutricional, reforçar a abordagem nutricional e aumentar o número de visitas à unidade de saúde.

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



6.3 – CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL (PA)

Objetivo: detectar precocemente estados hipertensivos.

Conceitua-se estado hipertensivo na gestação:

- 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 podendo ser aferidos com intervalo de quatro horas entre as medidas.
- 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. Deve ser utilizado como sinal de alerta e para agendamento de controles mais próximos.
- A presença de pressão arterial diastólica \geq 110 mmHg em uma única oportunidade ou aferição.

O achado de estado hipertensivo durante a gravidez deve ser classificado entre as síndromes descritas no **Capítulo 9** (Intercorrências clínicas mais frequentes) e indicar intervenções, se necessário, o mais precoce possível.

Técnica de aferição da pressão arterial

Objetivo: normatizar a técnica de aferição da PA entre os membros da equipe.

- Higienizar as mãos.
- Certificar-se de que o aparelho de pressão (esfigmomanômetro) esteja calibrado.
- Explicar o procedimento à mulher, orientando-a a não falar durante o exame e buscar criar um clima de relaxamento.
- Certificar-se de que a gestante:
 - Não está com a bexiga cheia;
 - Não praticou exercícios físicos;
 - Não ingeriu bebidas alcoólicas, café, alimentos ou fumou até 30 minutos antes da medida.
- Com a gestante sentada em um ambiente calmo, 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, desnudar-lhe o braço e fazê-la manter o cotovelo ligeiramente fletido.
- Localizar a artéria braquial por palpação.
- Colocar o manguito ao redor do braço da gestante, ajustando-o acima da dobra do



cotovelo. **Observação:** O manguito deve ser adequado ao braço da paciente, colocado a cerca de 2 a 3 centímetros acima da fossa antecubital, centralizando a bolsa de borracha sobre a artéria braquial. Sua largura deve corresponder a 40% da circunferência do braço e seu comprimento envolver pelo menos 80%. Quando o braço tiver circunferência que impeça essa proporcionalidade, na ausência de manguito com dimensões especiais para obesos, sugere-se utilizar a tabela de correção (Tabela 6.3).

Tabela 6.3 – Correção da PA segundo a circunferência do braço da paciente

Circunferência do braço (cm)	Correção	
	PA Sistólica (mmHg)	PA Diastólica (mmHg)
20	+11	+7
22	+9	+6
24	+7	+4
26	+5	+3
28	+3	+2
30	0	0
32	-2	-1
34	-4	-3
36	-6	-4
38	-8	-6
40	-10	-7
42	-12	-9
44	-14	-10
46	-16	-11
48	-18	-13
50	-21	-14

Fonte: Maxwell et al., 1974.

- Os olhos do examinador devem ficar posicionados no mesmo nível da coluna de mercúrio ou do mostrador do manômetro aneróide.
- Palpar o pulso radial e inflar o manguito até seu desaparecimento para a estimativa do nível da pressão arterial sistólica (PAS), desinsuflar rapidamente e aguardar um minuto antes de inflar novamente.
- 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.
- Inflar o manguito rapidamente, até mais de 30 mmHg acima do nível estimado da PAS.
- Desinsuflar lentamente o manguito.

6.



6.
cap.

• Proceder à leitura:

- o ponto do manômetro que corresponder ao aparecimento do primeiro ruído será a pressão sistólica (PAS, máxima); após essa leitura, aumentar velocidade de desinsuflação, buscando-se evitar congestão venosa e desconforto para a paciente;
- a pressão diastólica (PAD, mínima) será lida no momento em que os ruídos desaparecerem completamente.
- **Observação:** a PAS foi determinada na fase I de Korotkoff e a PAD na fase V de Korotkoff. Nos casos em que o desaparecimento completo dos ruídos não ocorrer, proceder à leitura da pressão diastólica no ponto onde se percebe marcado abafamento (fase IV de Korotkoff). Não arredondar os valores da PA para dígitos terminados em 5 ou 0.

- Realizar a desinfecção da oliva e campânula do estetoscópio com álcool a 70%.
- Esperar um a dois minutos antes de realizar novas medidas.
- Anotar o resultado no prontuário e no cartão da gestante.

A pressão arterial também poderá ser medida com a mulher em decúbito lateral esquerdo, mas nunca em posição supina (deitada de costas).

Nos casos em que a pressão arterial tiver sido aferida inicialmente por profissionais de enfermagem, o(a) médico(a) deverá ser avisado(a) imediatamente se a PAS \geq 160 mmHg e PAD \geq 110 mmHg.

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 6.1).

6.



6.
cap.

Quadro 6.1 – 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 de PA desconhecidos antes da gestação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valores da pressão normais 	<p>Níveis tensionais normais:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Manter calendário habitual - Cuidar da alimentação - Praticar atividade física
<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>Níveis de PA desconhecidos antes da gestação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Valores da PA \geq 140/90 mmHg e \leq 160/100 mmHg, sem sintomas e sem ganho ponderal maior que 500 g semanal. 	<p>Paciente com suspeita de pré-eclâmpsia:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Repetir medida após período de repouso (preferencialmente após 4 horas). - Remarcar consulta em 7 dias - Medir PA diariamente - Orientar para presença de sintomas como: cefaleia, 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 proteinúria por meio de fita urinária (positivo: + ou mais) e dosagem em urina de 24 horas (positivo: a partir de 300 mg/24h). Quando positiva, encaminhar para avaliação hospitalar. Quando negativa, solicitar provas laboratoriais e encaminhar para pré-natal de alto risco.
<p>Níveis de PA superiores a 140/90 mmHg, proteinúria positiva e/ou sintomas clínicos (cefaleia, epigastralgia, escotomas, reflexos tendíneos aumentados) ou paciente assintomática, porém com níveis de PA superiores a 160/100 mmHg.</p>	<p>Paciente com suspeita de pré-eclâmpsia grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Referir imediatamente à unidade de referência hospitalar - Considerar a utilização de medicações/procedimentos específicos para pré-eclâmpsia grave/emergência hipertensiva.
<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.

6.



6.
cap.

6.4 – LEITURA DA FITA REAGENTE PARA PROTEINÚRIA

Objetivo: detecção de proteinúria significativa por fita reagente.

Idealmente, a triagem de proteinúria deve ser feita em toda consulta pré-natal de todas as gestantes. Quando isso não for possível, priorizar as gestantes com maior risco de pré-eclâmpsia.

Procedimento:

- Informar o procedimento à gestante (pode-se optar por que ela própria providencie que a fita reagente possa ser molhada diretamente pelo jato de urina; nesse caso, não há necessidade de recipiente coletor).
- Ler visualmente.
- Não usar tiras após a data de validade.
- Não armazenar o frasco sob luz solar direta.
- Não remover o dessecante do frasco.
- Não remover a tira do frasco até imediatamente antes da utilização.
- Recolocar a tampa imediata e firmemente após a remoção da tira reagente.
- Não tocar as áreas de teste da tira.
- Coletar a urina fresca em um recipiente limpo e seco.
- Misturar a amostra antes de testá-la, efetuar o teste em até duas horas após a coleta.
- Evitar contaminação com produtos de limpeza da pele contendolorexidina.
- Mergulhar a área de teste da tira dentro do material coletado e remover imediatamente.
- Arrastar a borda da tira contra a do recipiente coletor, removendo o excesso de urina.
- Proceder à leitura comparando a cor obtida na fita com a cor padronizada com as possibilidades de resultado: negativa, traços, positiva de uma a quatro cruzes.

Observações importantes:

- O resultado de uma cruz deve ser considerado significativo.
- Mudanças de cor que ocorram após dois minutos não têm valor diagnóstico.
- Qualquer valor obtido deve ser informado ao(a) médico(a) assistente.
- Substâncias que podem alterar o resultado: níveis visíveis de sangue, bilirrubina e drogas contendo corantes, nitrofurantoina ou riboflavina.

6.



6.
cap.

6.5 – PALPAÇÃO OBSTÉTRICA E MEDIDA DA ALTURA UTERINA (AU)

Objetivos:

- Avaliar 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.

6.5.1 – Palpação obstétrica

A palpação obstétrica deve ser realizada antes da medida da altura uterina, iniciando-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 reconhecer os polos cefálico e pélvico e o dorso fetal, o que ocorre facilmente a partir do 3º trimestre. Pode-se, ainda, estimar a quantidade de líquido amniótico.

6.



6.
cap.

Manobras de palpação:

1º tempo



2º tempo



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.

6.



6.
cap.

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.

6.5.2 – Medida da altura uterina

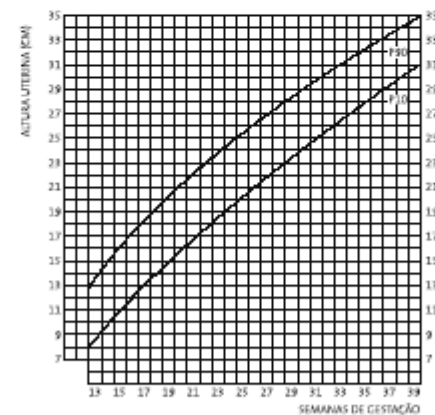
Objetivo: estimar o crescimento fetal, correlacionando-se a medida da altura uterina com o número de semanas de gestação.

Padrão de referência sugerido: enquanto ainda não estejam disponíveis curvas de referência feitas para toda a população brasileira, recomenda-se a utilização das curvas de altura uterina para idade gestacional desenhadas a partir dos dados do Centro Latino-Americano de Perinatologia (CLAP), embora já existam indícios de que essa curva não seja representativa da população brasileira.

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.

Figura 6.2 – Altura uterina/semanas de gestação

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:

- Lavar as mãos antes e após o procedimento.
- Posicionar a gestante em decúbito dorsal, com o abdômen descoberto, idealmente com a bexiga vazia.
- Delimitar a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino.
- Por meio da palpção, 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, no prontuário e no cartão da gestante, 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

Figura 6.3 – Avaliação da altura uterina

Posição do ponto obtido na primeira medida em relação às curvas

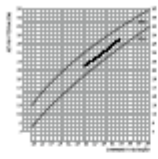
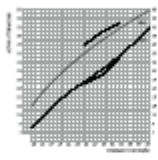
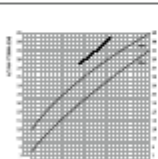
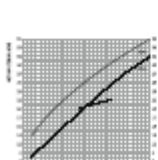
Gráfico	Ponto	Conduta
	Entre as curvas inferiores e superiores	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir calendário de atendimento de rotina
	Acima da curva superior	<ul style="list-style-type: none"> • Atentar para a possibilidade de erro de cálculo da idade gestacional (IG). Deve ser vista pelo médico da unidade e avaliada a possibilidade de polidrâmnio, macrosomia, gemelar, mola hidatiforme, miomatose e obesidade. • Solicitar ultrassonografia. • Caso se confirme alguma alteração, encaminhar para serviço de alto risco para avaliação.
	Abaixo da curva inferior	<ul style="list-style-type: none"> • Atentar para a possibilidade de erro de cálculo da IG. Deve ser vista pelo(a) médico(a) da unidade para avaliar possibilidade de feto morto, oligodrâmnio ou restrição de crescimento fetal. • Solicitar ultrassonografia. • Caso se confirme alguma alteração, encaminhar para serviço de alto risco para avaliação.





Figura 6.4 – Curva de altura uterina de acordo com a semana de gestação

Consultas subsequentes

Gráfico	Traçado	Interpretação	Conduta
	Evoluindo entre as curvas superiores e inferiores.	Crescimento normal.	- Seguir calendário básico
	Evoluindo acima da curva superior e com a mesma inclinação desta; ou Evoluindo abaixo da curva inferior e com a mesma inclinação desta.	É possível que a IG seja maior que a estimada; É possível que a IG seja menor que a estimada.	- Encaminhar gestante à consulta médica para: - confirmar a alteração; - confirmar a IG com ultrassonografia; - referir ao pré-natal de alto risco, na suspeita de desvio do crescimento fetal.
	Evoluindo acima da curva superior e com inclinação maior que esta.	É possível tratar-se de gestação múltipla, polidrâmnio, macrosomia ou outra situação.	- Referir ao pré-natal de alto risco. Solicitar ultrassonografia.
	Evoluindo com inclinação persistente menor que a curva inferior.	Se o traçado cruzar a curva inferior ou estiver afastando-se dela, provável restrição do crescimento fetal.	- Referir ao pré-natal de alto risco. - Avaliar a vitalidade fetal.

6.6 – AUSCULTA DOS BATIMENTOS CARDÍACOS FETAIS (BCF)

Objetivo: verificar a vitalidade fetal, atentando para a presença, ritmo, frequência e normalidade dos BCF.

- Lavar as mãos antes e após o procedimento.
- A gestante deverá estar em decúbito lateral ou decúbito a 45° (semisentada).
- Após palpação do abdômen materno, determinar a apresentação e a posição do dorso fetal, localizando a região de melhor ausculta dos BCF que corresponderá ao nível do coração do concepto (nos casos em que a equipe já conhece essa localização, o procedimento pode ser efetuado sem nova palpação abdominal).
- Colocar gel transdutor do Sonar Doppler e apoiá-lo na região como acima identificada.
- Contar os batimentos obtidos durante um minuto, considerando normocardia o intervalo entre 110-160 bpm; registrar em instrumentos próprios: prontuário médico, ficha de acompanhamento pré-natal, cartão da gestante, etc.
- Nos casos de gemelaridade, identificar os locais de ausculta de cada coração fetal.
- Caso haja dúvida de que o batimento auscultado seja cardíaco fetal, palpar o pulso da gestante para verificar se a frequência é diferente, ou se trata-se de ausculta de atividade do coração materno.
- Embora o Sonar Doppler já tenha se tornado o padrão ouro de procedimento para a ausculta dos BCF durante a gestação, as unidades de saúde ainda devem estar equipadas com estetoscópio de Pinard e os profissionais também treinados para seu uso, o que pode ser necessário em algumas situações.
- Avaliar resultados da ausculta dos BCF (Quadro 6.2).



Quadro 6.2 – Avaliação dos batimentos cardíacos fetais (BCF)

Achado	Conduta
BCF não audível quando a IG for ≥ 14 semanas	Alerta: - Verificar erro de estimativa da idade gestacional. - Afastar condições que prejudiquem boa ausculta: obesidade materna, dificuldade de identificar o dorso fetal. - Solicitar ultrassonografia ou referir para serviço de maior complexidade.
Bradicardia e taquicardia	Sinal de alerta: - Afastar febre e/ou uso de medicamentos pela mãe. - Deve-se suspeitar de hipoxia fetal. O(a) médico(a) da unidade deve avaliar a gestante e o feto. Na persistência do sinal, encaminhar a gestante para serviço de referência.

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

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

Técnica de aplicação do Teste de Estímulo Sonoro Simplificado (TESS)

Objetivo: avaliar a vitalidade fetal, como o método adicional, considerando a resposta cardíaco-acelerativa do feto ao estímulo sonoro.

A) Material necessário:

- Sonar Doppler.
- Buzina Kobo (buzina de bicideta).

B) Técnica:

- Colocar a mulher em decúbito dorsal com a cabeça elevada (posição de Fowler).
- Palpar o polo cefálico.
- Auscultar os BCF por quatro períodos de 15 segundos e calcular a média (não deve estar com contração uterina).
- Realizar o estímulo sonoro, colocando a buzina sobre o polo cefálico fetal com ligeira compressão sobre o abdômen materno (aplicar o estímulo entre 3 e 5 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.

C) 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 10 minutos para se considerar negativo.

6.



6.
cap.

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.

6.7 – VERIFICAÇÃO DA PRESENÇA DE EDEMA

Objetivo: detectar precocemente a ocorrência de edema patológico.

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).
- Após a investigação, dependendo do achado, recomenda-se conduta específica (Quadro 6.3).



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.



6.



6.
cap.

Na face e em membros superiores:

- Identificar a presença de edema pela inspeção.

Achado	Anote	Conduta
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; – 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 +	++	• Orientar repouso em decúbito lateral esquerdo. • Verificar a presença de sinais/sintomas de pré-eclâmpsia e interrogar sobre os movimentos fetais. • Marcar retorno em 7 dias na ausência de sintomas. • Deve ser avaliada e acompanhada pelo(a) médico(a) da unidade. • Encaminhar para o serviço de alto risco e/ou referir para avaliação hospitalar.
Edema generalizado (face, tronco, 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-eclâmpsia ou outras intercorrências. • Deve ser avaliada pelo(a) médico(a) da unidade e encaminhada para o serviço de alto risco e/ou referida para avaliação hospitalar.
Edema unilateral de MMII, com dor e/ou sinais flogísticos.		• Suspeita de processos tromboembólicos (tromboflebitis, TVP). Deve ser avaliada pelo(a) médico(a) da unidade e encaminhada para serviço hospitalar.

6.8 – COLETA DE MATERIAL PARA PESQUISA DE ESTREPTOCOCO DO GRUPO B

Objetivo: colher material biológico para pesquisa de estreptococos do grupo B, no intuito de orientar antibioticoprofilaxia de infecção neonatal.

- Paciente em posição ginecológica.
- Realizar coleta de amostras com o mesmo swab, primeiramente do terço externo da vagina e depois retal, introduzindo o swab até ultrapassar o esfíncter, colocado em meio de transporte.
- Não é recomendado banho ou higiene íntima prévia à coleta.
- Colher o material preferencialmente antes de toques vaginais.
- Não colher material cervical e não usar espéculo.
- Encaminhar o swab o mais rápido possível para o laboratório de análises clínicas, onde será semeado em meio específico.

6.9 – PREPARO DAS MAMAS PARA O ALEITAMENTO

Objetivo: fornecer orientação à mulher e familiares sobre o preparo das mamas e a técnica do aleitamento materno, a fim de criar oportunidade para valorizar o método, favorecer a adesão e prevenir obstáculos para a amamentação.

Conhecer os aspectos relacionados à prática do aleitamento materno é fator fundamental para colaborar para que mãe e criança possam vivenciar a amamentação de forma efetiva e tranquila, recebendo do profissional as orientações necessárias e adequadas para seu êxito.

Considerando que a mulher passa por longo período de gestação até que possa concretamente amamentar seu filho, entende-se que o preparo para a amamentação deve ser iniciado ainda no período de gravidez. No caso de gestante adolescente, é importante 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 essencial conversar sobre as vantagens da amamentação para a mulher, a criança, a família e a comunidade, além de garantir orientações sobre o manejo da amamentação.

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, que não necessita de nenhum acréscimo até os 6 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, o que proporciona conforto para a mulher e possibilita o adequado crescimento e desenvolvimento da criança.

6.



6.
cap.

Preparo das 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 contraindicada.

É importante identificar os conhecimentos, as crenças e as atitudes que a gestante possui em relação à amamentação, que tipo de experiência tem ou se já vivenciou alguma vez a amamentação. 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.

6.



6.
cap.



7.1 – Tipagem sanguínea / fator Rh	98
7.2 – Sorologia para sífilis (VDRL)	99
7.3 – Urina tipo I	99
7.4 – Urocultura com antibiograma	100
7.5 – Hematimetria – dosagem de hemoglobina e hematócrito	100
7.6 – Glicemia de jejum e teste oral de tolerância a glicose	101
7.7 – Teste anti-HIV	101
7.8 – Sorologia para hepatite B (HBsAg)	106
7.9 – Sorologia para toxoplasmose	106
7.10 – Proto parasitológico de fezes	106



Exames Laboratoriais rotinas, interpretações e condutas

7.1 – TIPAGEM SANGÜÍNEA / FATOR RH

- **Fator Rh positivo:** registrar no prontuário e no cartão da gestante o resultado e informar à gestante sobre seu tipo sanguíneo.
- **Fator Rh negativo e parceiro com fator Rh positivo e/ou desconhecido:** solicitar teste de Coombs indireto. Se o Coombs indireto for negativo, repeti-lo mensalmente. Quando o Coombs indireto for positivo, encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco. Se parceiro Rh negativo, não é necessário acompanhar o Coombs indireto materno.

Profilaxia da aloimunização Rh

A administração de 300 mg da imunoglobulina anti-D por via intramuscular em dose única, deve ser realizada nas gestantes com Rh negativo não sensibilizadas, quando a classificação sanguínea do parceiro for Rh positiva ou desconhecida. Esta administração deve ser realizada na 28ª semana de gestação. Considerar sua utilização mesmo após 28 semanas, até a 34ª semana, se for ultrapassada a época preconizada.

Deve ser administrada nas seguintes situações:

- No puerpério, quando o recém-nascido for Rh positivo.
- Nas síndromes hemorrágicas (abortamento, gestação ectópica, gestação molar, placenta de inserção baixa, descolamento prematuro de placenta, sangramentos inexplicados, etc.).
- Óbito fetal.
- Natimorto.
- Trauma abdominal.
- Após procedimento invasivo – cordocentese, amniocentese, biópsia de vilos coriônicas (repetir até o parto a cada 12 semanas).
- Realização de versão cefálica externa.
- Ocorrência de transfusão incompatível, devendo ser administrada 1.200µg a cada 12 horas até completar a dose obtida pelo cálculo: 15 ml de concentrado de glóbulos vermelhos ou 30 ml de sangue total são neutralizados por 300µg de imunoglobulina.

Após a aplicação da imunoglobulina, o Coombs indireto pode ficar positivo por até 4 semanas.

Após o parto, a imunoglobulina deve ser administrada até 72 horas, sabendo-se que, quanto mais tardia for a aplicação dessa substância, menor será sua efetividade. Se a mulher tiver tido alta hospitalar sem que tenha sido administrada a medicação, esta poderá ser aplicada até 28 dias após o parto.

7.2 – SOROLOGIA PARA SÍFILIS (VDRL)

A Nota Técnica 04/2007 – nº 238, DOE 19/12/07 com retificação nº 5, DOE 09/01/08, recomenda a realização do teste confirmatório (treponêmico:TPHA ouFTA-Abs), na mesma amostra, quando o teste não treponêmico for reagente (VDRL ou RPR), em qualquer titulação.

- **VDRL não reagente:** escrever no cartão da gestante e informar à gestante sobre o resultado do exame e o significado da negatividade, orientando-a para o uso de preservativo (masculino ou feminino). Repetir o exame em torno da 30ª semana, no momento do parto ou em caso de abortamento, em virtude dos riscos de infecção/reinfecção.
- **VDRL reagente:** conforme a Nota Técnica citada, para todo VDRL reagente, o laboratório deve executar o teste confirmatório (FTA-Abs ou TPHA) da gestante, na mesma amostra. Se o teste confirmatório for não reagente, descartar a hipótese de sífilis e considerar a possibilidade de reação cruzada pela gravidez, ou outras doenças, como lúpus, e encaminhar a gestante para investigação clínica.
- **VDRL reagente (qualquer titulação) e FTA-Abs ou TPHA positivo:** investigar história e antecedentes. Se a história for ignorada, gestante e parceiro devem ser imediatamente tratados segundo esquema descrito no **Capítulo 9, Item 9.9**. Nos casos em que o VDRL apresentar títulos baixos (<1/8), a história for conhecida e o tratamento adequado, considerar como cicatriz sorológica ou memória imunológica; mas, com VDRL apresentando elevação na titulação, considerar a possibilidade de uma reinfeção ou falha terapêutica (o VDRL é o teste indicado para avaliação de cura).

Na impossibilidade de se realizar o teste confirmatório, ou se este for muito demorado, e não havendo história passada de tratamento ou lesões sugestivas, considerar o resultado do VDRL reagente, em qualquer titulação, como sífilis em atividade e iniciar tratamento imediato para a mulher e seu parceiro sexual na dosagem e periodicidade recomendadas para sífilis latente de tempo indeterminado e seguimento sorológico.

7.3 – URINA TIPO I

Valorizar a presença dos seguintes componentes:

- **Proteínas:** em casos de "traços" sem sinais clínicos de pré-eclâmpsia (hipertensão, ganho de peso), repetir em 15 dias; "positivo" (+,4+) na presença de hipertensão, considerar como pré-eclâmpsia leve. Orientar repouso e controle de movimentos fetais, alertar para a presença de sinais clínicos, solicitar proteinúria em urina de 24 horas e exames bioquímicos para triagem de síndrome HELLP (ver **Capítulo 9, Item 9.4**). Se existirem sinais clínicos de gravidade, proteinúria em fita urinária +2 a 4+, referenciar imediatamente para avaliação na unidade secundária. Se não configurar proteinúria significativa em 24 horas (> 300 mg) e o caso se tratar de HAC leve, a gestante deve

ser encaminhada para a unidade básica com acompanhamento rigoroso (até duas vezes/semana).

- **Bactérias/leucócitos/plácidos sem sinais clínicos de infecção do trato urinário:** deve-se solicitar urocultura com antibiograma e agendar retorno mais precoce que o habitual para resultado do exame. Se o resultado for positivo, tratar segundo o **Capítulo 9, Item 9.8**.
- **Hemácias, se associadas à bacteriúria:** proceder da mesma forma que o anterior. Se hematúria isolada, excluir sangramento genital e referir para consulta especializada.
- **Cilindros:** com resultado de urocultura negativo, referir ao pré-natal de alto risco.

7.4 – UROCULTURA COM ANTIBIOGRAMA

- O achado de mais de 100.000 unidades formadas de colônia na urina por ml, confirma o diagnóstico de infecção do trato urinário. Deve ser prescrita antibioticoterapia, segundo as opções do **Capítulo 9, Item 9.8**, baseando-se no antibiograma.
- Coletar nova urocultura, pelo menos 1 semana após o tratamento, para controle de cura.
- Repetir a urocultura com antibiograma por volta da 30ª semana.

7.5 – HEMATIMETRIA – DOSAGEM DE HEMOGLOBINA E HEMATÓCRITO

- **Hemoglobina ≥ 11 g/dl:** ausência de anemia. Manter a suplementação de 300 mg/dia e 5 mg de ácido fólico, a partir da 20ª semana, devido à maior intolerância digestiva no início da gravidez. Recomenda-se ingestão uma hora antes das refeições. Repetir Hb/Ht aproximadamente à 30ª semana.
- **Hemoglobina < 11 g/dl e > 8 g/dl:** anemia leve a moderada. Prescrever sulfato ferroso em dose de tratamento de anemia ferropriva, de 3 a 4 drágeas de sulfato ferroso/dia (900 a 1200 mg/dia), via oral, uma hora antes das principais refeições. É preciso ainda:
 - **repetir o exame em 60 dias** – se os níveis estiverem subindo, manter o tratamento até a hemoglobina atingir 11 g/dl, quando deverá ser mantida a dose de suplementação (300 mg ao dia);
 - **repetir o exame aproximadamente na 30ª semana** – se os níveis de hemoglobina permanecerem estacionários ou em queda, referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
- **Hemoglobina < 8 g/dl:** diagnóstico de anemia grave. A gestante deve ser referida imediatamente ao pré-natal de alto risco.

Alterações da série branca e de quantidade de plaquetas devem ser encaminhadas ao hematologista. Considerar eventual infecção vírgente e síndrome HELLP, quando existir plaquetopenia (plaquetas < 100.000 unidades).

7.6 – GLICEMIA DE JEIUM E TESTE ORAL DE TOLERÂNCIA A GLICOSE

A dosagem de glicemia de jejum e o teste de tolerância oral a glicose são os exames utilizados para o diagnóstico de diabetes na gravidez, segundo o fluxo descrito neste manual no **Capítulo 9, Item 9.5**.

7.7 – TESTE ANTI-HIV

Rotina laboratorial: os testes para detectar anticorpos anti-HIV podem ser classificados como **ensaios de triagem** e **ensaios confirmatórios**. Os primeiros se caracterizam por serem muito sensíveis, enquanto os testes confirmatórios são muito específicos. Os ensaios de triagem utilizados no Brasil são os testes denominados Elisa (EIA) e os ensaios confirmatórios utilizados são: imunofluorescência indireta, Immunoblot e Western blot (WB).

Para a realização do diagnóstico da infecção pelo HIV, os laboratórios públicos, privados e conveniados ao SUS devem adotar obrigatoriamente os procedimentos sequenciados do fluxograma da **Figura 7.1**, de acordo com a Portaria SVS/MS nº 151, de 14/10/2009, publicada no DOU em 16/10/2009. Todos os conjuntos de testes utilizados para a realização do diagnóstico laboratorial da infecção devem ser capazes de detectar anti-HIV-1 e anti-HIV-2 e ter registro no Ministério da Saúde.

No caso de testes com resultados inconclusivos ou indeterminados chegarem muito próximos ao momento do parto, discutir com a parturiente a necessidade da imediata introdução de profilaxia com antiretroviral, paralelamente à realização da confirmação do diagnóstico.

Observação: A detecção de anticorpos anti-HIV em crianças com idade inferior a 18 meses não caracteriza infecção, devido à transferência dos anticorpos maternos anti-HIV através da placenta, sendo necessária a realização de outros testes complementares para a confirmação do diagnóstico.

Teste rápido

O uso de teste rápido também está normatizado no Brasil pela Portaria SVS/MS nº 151, de 14/10/2009, publicada no DOU 16/10/2009, conforme **Fluxograma 7.2**, e deve ser realizado nas seguintes situações especiais:



- Rede de serviços de saúde sem infraestrutura laboratorial ou localizada em regiões de difícil acesso;
- Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA;
- Segmentos populacionais flutuantes;
- Segmentos populacionais mais vulneráveis;
- Parceiros de pessoas vivendo com HIV/AIDS;
- Acidentes biológicos ocupacionais, para teste no paciente-fonte;
- Gestantes que não tenham sido testadas durante o pré-natal ou cuja idade gestacional não assegure o recebimento do resultado do teste antes do parto;
- Parturientes e puérperas que não tenham sido testadas no pré-natal ou quando não é conhecido o resultado do teste no momento do parto;
- Abortamento espontâneo, independentemente da idade gestacional;
- Outras situações especiais definidas pelo Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.

Figura 7.1 – Fluxograma para detecção de antígeno HIV em indivíduos com idade acima de 18 anos (recomenda do acima de 18 meses)

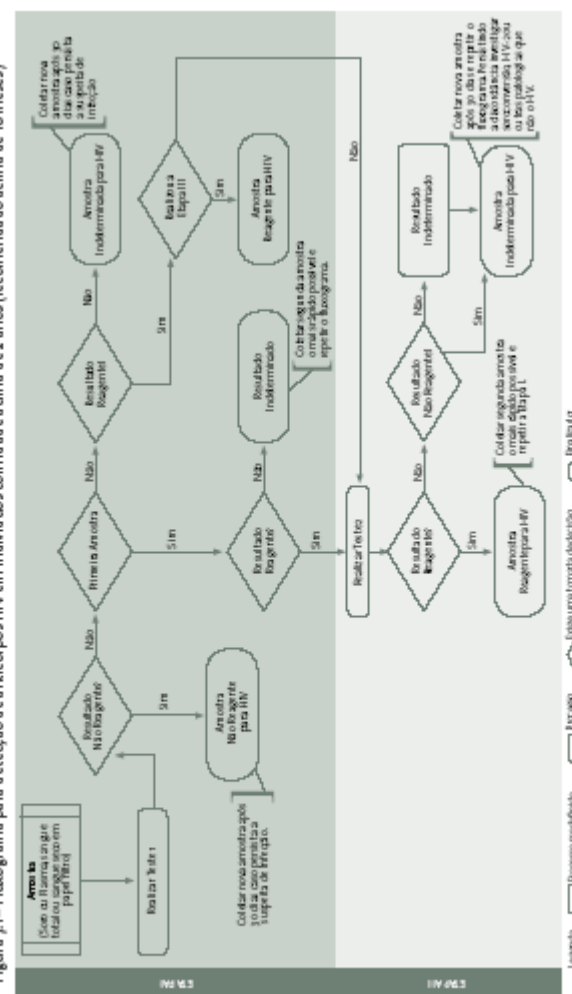
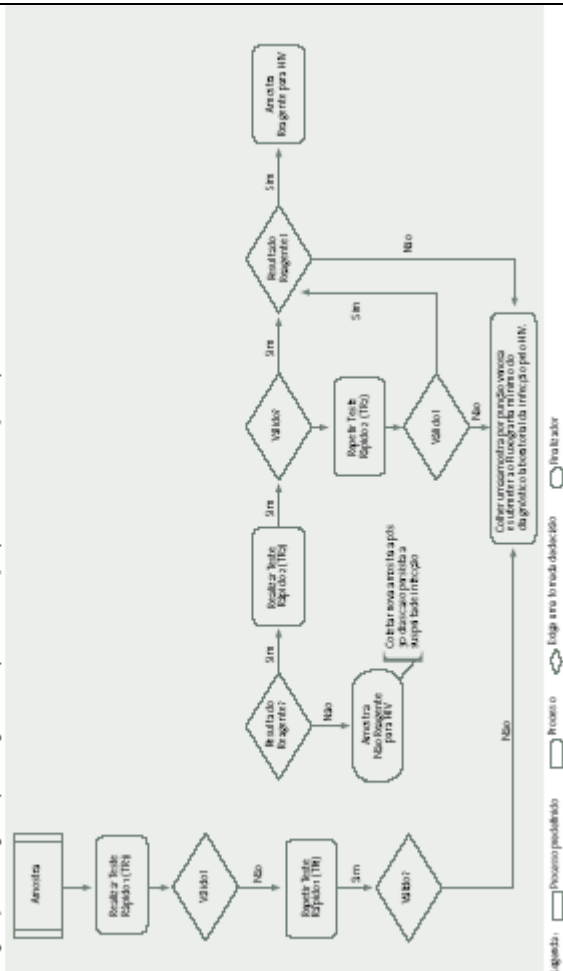




Figura 7.2 – Fluxograma para diagnóstico rápido de infecção pelo HIV em situações especiais



Aconselhamento pré e pós-teste

Antes da realização da testagem para o HIV, é necessário realizar aconselhamento pré-teste, fornecendo informações sobre aspectos como as formas de transmissão, significados dos resultados dos exames e período de janela imunológica, além de obter o consentimento verbal da usuária ou de seu responsável. Na rara possibilidade de recusa, anotar essa circunstância no prontuário e discutir com os responsáveis e com a equipe multidisciplinar a situação da criança.

No aconselhamento pós-teste, devem ser adotadas as condutas descritas a seguir, segundo resultado obtido.

• **Resultado negativo** – esse resultado poderá significar que a mulher não está infectada ou que foi infectada tão recentemente que não houve tempo para seu organismo produzir anticorpos em concentração detectável pelo teste de triagem em uso (janela imunológica). Nesses casos, a necessidade de nova sorologia poderá ser considerada pelo profissional, com base nas informações colhidas durante o processo de aconselhamento pré-teste. Diante dessa suspeita, o teste anti-HIV deverá ser repetido entre 30 e 90 dias, orientando-se a mulher e seu parceiro para o uso de preservativo (masculino ou feminino) em todas as relações sexuais. O profissional de saúde deverá colocar-se à disposição da mulher, sempre que necessário, para prestar esclarecimento e suporte durante o intervalo de tempo que transcorrerá até a realização da nova testagem.

• **Resultado indeterminado** – esse resultado poderá significar falso positivo ou verdadeiro positivo de infecção recente, cujos anticorpos anti-HIV circulantes não estão, ainda, em concentração elevada para atingir o ponto de corte determinado pelo fabricante para considerar o teste positivo. Nessa situação, o teste deverá ser repetido em 30 dias, orientando-se a mulher e seu parceiro para o uso de preservativo (masculino ou feminino) em todas as relações sexuais. Diante desse resultado, o profissional deverá:

- discutir o significado do resultado;
 - encorajar para a nova testagem, oferecendo apoio emocional sempre que se fizer necessário;
 - orientar para procurar o serviço de saúde, caso surjam sinais e sintomas não atribuíveis à gestação;
 - reforçar sobre as medidas para prevenção do HIV e de outras DST.
- Resultado positivo – diante desse resultado, o profissional deverá:
- discutir o significado do resultado, ou seja, reforçar a informação de que estar infectada pelo HIV não significa portar a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), que é o estágio avançado da infecção;
 - reforçar que existem remédios para controlar a infecção materna e reduzir a possibilidade de transmissão para o bebê, devendo, para isso, a mãe ser avaliada e medicada adequadamente por profissional especializado na assistência a pessoas portadoras do HIV (ver Capítulo 9, item 9.10);



- discutir com a gestante a necessidade de informar o parceiro sexual sobre o resultado e para triagem sorológica.
- realizar a notificação compulsória do resultado em instrumento próprio do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).

7.8 – SOROLOGIA PARA HEPATITE B (HBSAG)

O HBSAg – antígeno de superfície do vírus da hepatite B (VHB) – é o primeiro marcador que aparece no curso da infecção aguda pelo VHB e desaparece com a cura. Sua persistência por mais de 6 meses é indicativa de hepatite crônica. Portanto, HBSAg positivo indica presença de infecção pelo VHB, podendo ser aguda ou crônica, e está associado a risco de infecção congênita, que será maior se também estiver presente o HBeAg.

Sempre que HBSAg for positivo, independente da situação do HBeAg, estará indicado uso de vacina e imunoglobulina específica para VHB no recém-nascido nas primeiras 14 a 24 horas pós-parto. (A imunoglobulina está disponível nos Centros de Imunobiológicos Especiais – CRIEs). Se HBSAg positivo, avaliar função hepática (ver Capítulo 9, Item 9.6).

A gestante com HBSAg reagente deverá continuar seu acompanhamento pré-natal na unidade básica de saúde e deverá também receber avaliação e seguimento médico para a hepatite.

Todo caso de hepatite B deve ser notificado à Vigilância Epidemiológica, pois se trata de doença de notificação compulsória.

7.9 – SOROLOGIA PARA TOXOPLASMOSE

Recomenda-se a triagem para toxoplasmose por meio da detecção de anticorpos das classes IgG e IgM (Elisa ou imunofluorescência). Em caso de IgM positiva, deve ser solicitado o teste de avididade de IgG, a fim de se estimar em que época, aproximadamente, ocorreu a contaminação.

Se a avididade de IgG for menor que 30%, presume-se que a infecção ocorreu há menos de 12-16 semanas. Se o exame foi realizado até 16 semanas da gravidez, significa infecção recente no início da gestação e maior risco de transmissão congênita de toxoplasmose. Nesses casos, está indicado uso de espiramicina via oral e encaminhamento para pesquisa de infecção fetal por PCR em serviço de referência, para decisão posterior de mudança de terapia (ver Capítulo 9, Item 9.7).

7.10 – PROTOPARASITOLÓGICO DE FEZES

Efetuar pesquisa de verminose e administrar medicações de acordo com o resultado.





8.1 – Náuseas, vômitos e tonturas	110
8.2 – Pirose (azia)	110
8.3 – Erução/plenitude gástrica	110
8.4 – Sialorreia (salivação excessiva)	111
8.5 – Fraquezas e desmaios	111
8.6 – Dor abdominal, cólicas, flatulência e obstipação intestinal	111
8.7 – Doença hemorroidária	112
8.8 – Corrimento vaginal	112
8.9 – Queixas urinárias	113
8.10 – Falta de ar e dificuldade para respirar	113
8.11 – Mastalgia/descarga papilar	113
8.12 – Dor lombar (dores nas costas)	113
8.13 – Cefaleia (dor de cabeça)	114
8.14 – Sangramento nas gengivas	114
8.15 – Varizes	114
8.16 – Cóimbras	114
8.17 – Cloasma gravídico (manchas escuras no rosto)	115
8.18 – Estrias	115
8.19 – Palpitação	115
8.20 – Edema	115
8.21 – Epistaxe/obstrução nasal	115
8.22 – Parestesias	116
8.23 – Insônia/hipersônia	116

Queixas frequentes

As alterações fisiológicas da gravidez produzem manifestações sobre o organismo da mulher que, muitas vezes, são percebidas como "doenças". Cabe ao profissional de saúde a correta interpretação e a devida orientação à mulher, sem a banalização de suas queixas.

As orientações descritas 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 dos sintomas e sinais diminui e/ou desaparece com orientações alimentares, posturais e, na maioria das vezes, sem o uso de medicamentos, que devem ser evitados ao máximo.

8.1 – NÁUSEAS, VÔMITOS E TONTURAS

- Explicar que esses são sintomas comuns no início da gestação.
- Algumas mulheres podem obter alívio com algumas orientações: alimentação 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, como pão ou biscoitos tipo "água e sal". Ingerir alimentos gelados.
- Agendar consulta médica para avaliar a necessidade de usar medicamentos ou referir ao pré-natal de alto risco, em caso de vômitos frequentes.
- Pode ser necessária a prescrição de antieméticos.
- Adiar o horário de escovação dos dentes, evitando os primeiros instantes após levantar-se pela manhã, pode ser útil.

8.2 – PIROSE (AZIA)

- Ingestão de forma fracionada (pequenas quantidades e com maior frequência).
- Ao dormir, buscar elevar o tronco em relação ao resto do corpo (pode-se elevar a cabeceira da cama).
- Evitar frituras, café, chá preto, mates, alimentos gordurosos e picantes e outros irritantes gástricos, doces, álcool e fumo.
- Após as refeições, deitar-se só após uma ou duas horas.
- Em alguns casos, a critério médico, a gestante pode se beneficiar com a prescrição de antiácidos, particularmente no 3º trimestre.

8.3 – ERUCTAÇÃO / PLENITUDE GÁSTRICA

- Fracionar as refeições.
- Mastigar bem os alimentos.
- Considerar as medidas descritas para pirose.

8.4 – SIALORREIA (SALIVAÇÃO EXCESSIVA)

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

8.5 – FRAQUEZAS E DESMAIOS

- Orientar a gestante para que não faça mudanças bruscas de posição e evite a inatividade.
- Indicar alimentação fracionada, evitando jejum prolongado e grandes intervalos entre as refeições.
- Evitar vestuário desconfortável e que produza calor desnecessário.
- Evitar ambientes pouco ventilados.
- Explicar à gestante que sentar com a cabeça abaixada ou deitar em decúbito lateral, respirando profunda e pausadamente, melhora a sensação de fraqueza e desmaio.

8.6 – DOR ABDOMINAL, CÓLICAS, FLATULÊNCIA E OBSTIPAÇÃO INTESTINAL

- Certificar-se de que não sejam contrações uterinas.
- Se a gestante apresentar flacidez da parede abdominal, sugerir exercícios apropriados.
- Nos casos de epigastralgia ou dor no hipocôndrio direito, principalmente no 3º trimestre, estar alerta para sintomas associados à síndrome HELLP.
- Se houver flatulência (gases) e/ou obstipação intestinal:
 - orientar alimentação rica em fibras, com o consumo de frutas laxativas e com bagaço, verduras, de preferência cruas, e cereais integrais;
 - recomendar que aumente a ingestão de água e evite alimentos de alta fermentação, por exemplo, feijão, repolho, batata, milho, ovo, frituras, etc.;
 - recomendar caminhadas e movimentação;
 - solicitar exame parasitológico de fezes, se necessário;
 - incentivar que a paciente aproveite o reflexo gastrocólico (desejo de evacuar após a refeição), evitando horários fixos para as exoneações intestinais;
 - com a persistência do quadro pode ser necessária a prescrição de formadores de bolo fecal, como farelo de trigo; não se devem prescrever óleos minerais porque eles reduzem a absorção de vitaminas lipossolúveis.

8.



8.



8.7 – DOENÇA HEMORROIDÁRIA

Recomendar à gestante:

- Alimentação rica em fibras, a fim de evitar a obstipação intestinal. Se necessário, prescrever supositórios de glicerina.
- Dar preferência para higiene perianal com água e sabão neutro, após evacuação.
- Pode causar alívio a aplicação de anti-inflamatórios tópicos, como o polysulfato de mucopolissacarídeos.
- Fazer banhos de vapor ou compressas mornas.
- Agendar consulta médica, caso haja dor ou sangramento anal persistente, encaminhando ao proctologista, se presentes complicações como trombose.

8.8 – CORRIMENTO VAGINAL

- Explicar que aumento de fluxo vaginal é comum na gestação.
- Não prescrever cremes vaginais, desde que não haja diagnóstico de infecção vaginal. A presença de fluxo vaginal pode estar relacionada a complicações consideráveis, como rotura prematura de membranas, parto prematuro ou endometrite pós-parto, entre outras.
- O diagnóstico pode ser clínico e os achados mais comuns são:
 - **prurido vulvar e presença de conteúdo vaginal com placas esbranquiçadas e aderidas à parede vaginal** – candidíase. Tratar, preferencialmente, com antifúngico tópico por 7 dias (derivados imidazólicos: miconazol, terconazol, clotrimazol) em qualquer idade gestacional. Não usar tratamento sistêmico;
 - **secreção vaginal abundante, cinza-esverdeada, com odor fétido** – vaginose bacteriana e/ou tricomoníase. Para avaliação durante a consulta, utilizar critérios clínicos de Amsel (três sinais dos seguintes: corrimento branco-cinzento, pH > 4,7, teste das aminas ou KOH positivo e presença de clue cells). Tratar com metronidazol sistêmico (metronidazol 250 mg, VO, de 8 em 8 horas, por 7 dias).
- Particularmente nas recidivas, realizar ou solicitar bacterioscopia do conteúdo vaginal a fresco e corada pelo método de Gram. Os seguintes achados sugerem os diagnósticos:
 - **clue-cells (células-chave) ou flora vaginal com escassez ou ausência de bacilos de Doderlein** – vaginose bacteriana;
 - **micro-organismos flagelados móveis** – tricomoníase;
 - **hifas ou esporos de leveduras** – candidíase.
- Em outros casos, ver condutas no Manual de Tratamento e Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis/DST-Aids/MS.

8.



8.
cap.

8.9 – QUEIXAS URINÁRIAS

- Explicar que, geralmente, o aumento da frequência de micções é comum no início e no fim da gestação (aumento do útero e compressão da bexiga).
- Solicitar exame de urocultura e antibiograma, orientando a terapia segundo o resultado.
- Desestimular essas gestantes para que não diminuam a ingestão de líquido tentando diminuir a frequência de micção.
- Explicar que a incontinência urinária, mesmo na ausência de prolapso, pode estar associada, não cabendo terapia específica.

8.10 – FALTA DE AR E DIFICULDADE PARA RESPIRAR

Esses sintomas são frequentes na gestação em decorrência do aumento do útero, elevação do diafragma, ou ansiedade da gestante.

- Recomendar repouso em decúbito lateral esquerdo.
- Ouvir a gestante e conversar sobre suas angústias, se for o caso.
- Atentar para outros sintomas associados e para achados no exame cardiopulmonar. Agendar a consulta médica, caso haja dúvida ou suspeita de problema clínico, podendo ser necessária investigação complementar e/ou consulta com especialista.

8.11 – MASTALGIA/DESCARGA PAPILAR

- Recomendar o uso constante de sutiã com boa sustentação, após descartar qualquer alteração no exame das mamas.
- Não perder a oportunidade de orientar para o preparo das mamas para a amamentação.
- O colostro, principalmente nas fases tardias da gravidez, pode ser eliminado em maior quantidade, obrigando o diagnóstico diferencial com anormalidades.

8.12 – DOR LOMBAR (DORES NAS COSTAS)

Recomendar à gestante:

- Correção de postura ao sentar-se e ao andar.
- Uso de sapatos com saltos baixos e confortáveis, de base larga.
- Aplicação de calor local.
- Eventualmente, usar analgésico (se não for contraindicado), por tempo limitado.

8.



8.
cap.

- Pode ser necessário encaminhar para fisioterapia e investigação complementar, segundo a intensidade do processo.

8.13 – CEFALEIA (DOR DE CABEÇA)

- Afastar hipertensão arterial e pré-eclâmpsia (se idade gestacional maior que 20 semanas).
- Conversar com a gestante sobre suas tensões, conflitos e temores.
- Eventualmente, prescrever analgésico (acetaminofen), por tempo limitado.
- Referir à consulta médica, se o sintoma persistir.

8.14 – SANGRAMENTO NAS GENGIVAS

- Recomendar o uso de escova de dente macia e orientar a prática de massagem na gengiva e bochechos com soluções antissépticas.
- Agendar atendimento odontológico sempre que possível.

8.15 – VARIZES

Recomendar à gestante:

- Não permanecer muito tempo em pé ou sentada e evitar inatividade.
- Repousar pelo menos 20 minutos, várias vezes ao dia, com as pernas elevadas.
- Pode ser útil elevar os pés da cama.
- Não usar roupas muito justas e, se possível, utilizar meia-calça elástica para gestante, podem-se indicar meias de média compressão, com tamanho sugerido a partir da aferição da circunferência da panturrilha.
- As varizes vulvares não requerem tratamento específico e raramente são causas de sangramentos profusos.
- Valorizar a possibilidade de complicações tromboembólicas.

8.16 – CÁIMBRAS

Recomendar à gestante:

- Massagear o músculo contraído e dolorido e aplicar calor local.
- Aumentar o consumo de alimentos ricos em potássio, cálcio e vitamina B1.
- Evitar excesso de exercícios.

8.



8.17 – 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 a não-exposição do rosto diretamente ao sol.
- Recomendar o uso de filtro solar tópicos, se possível.

8.18 – ESTRIAS

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

8.19 – PALPITAÇÃO

- Esclarecer sobre a frequência dessa queixa como resultado de alterações fisiológicas da gestação.
- Atentar para a necessidade de investigação de cardiopatia.

8.20 – EDEMA

- Atentar para a extensão do processo, principalmente em localizações diferentes dos membros inferiores (nesse caso, pensar em pré-eclâmpsia).
- Valorizar a possibilidade de fenômenos trombóticos.
- Se fisiológico, não recomendar dieta hiposódica e a prescrição de diuréticos.

8.21 – EPISTAXE/OBSTRUÇÃO NASAL

- A frequência, a intensidade e a história prévia devem alertar para a necessidade de avaliação por parte de especialistas, para pesquisas de causas não relacionadas às modificações gravídicas.
- Atentar para a possibilidade de crises hipertensivas nos casos de epistaxe.
- O prejuízo ao sono e o desconforto, por vezes limitante de atividades laboriosas, podem indicar o benefício da administração de descongestionantes nasais e lubrificantes das vias aéreas superiores; devem ser usados com cautela (preferencialmente, apenas à noite).

8.



8.22 – PARESTESIAS

- É comum acontecimento de parestesias na gestação.
- Pode ser necessária a administração de analgésicos.
- Diferenciar da síndrome do túnel do carpo, na qual a gravidade do acometimento e limitação dos movimentos é maior.

8.23 – INSÔNIA / HIPERSÔNIA

- Esclarecer e dar apoio, no sentido de facilitar a acomodação da paciente em sua nova condição.
- A administração de medicamentos, embora possa ser utilizada em casos de difícil resolução, deve ter seu benefício avaliado criteriosamente.

8.



8.

