

# Atenção pré-natal

# 5



## 5.1 Diagnóstico na gravidez

Para ampliar a captação precoce das gestantes, o Ministério da Saúde, por intermédio da Rede Cegonha, incluiu o *Teste Rápido de Gravidez* nos exames de rotina do pré-natal, que pode ser realizado na própria UBS, o que acelera o processo necessário para a confirmação da gravidez e o início do pré-natal.

Toda mulher da área de abrangência da unidade de saúde e com história de atraso menstrual de mais de 15 dias deverá ser orientada pela equipe de saúde a realizar o *Teste Imunológico de Gravidez* (TIG), que será solicitado pelo médico ou enfermeiro. Este teste é considerado o método mais sensível e confiável, embora seja também um teste caro [grau de recomendação D]. Alguns testes urinários têm baixa taxa de resultados falsos positivos, mas elevada taxa de resultados falsos negativos, o que pode atrasar o início do pré-natal.

A dosagem de gonadotrofina coriônica humana ( $\beta$ HCG) para o diagnóstico precoce da gravidez, com a utilização de medidas quantitativas precisas e rápidas, tornou este teste mundialmente reconhecido para confirmar a ocorrência de gravidez. O  $\beta$ HCG pode ser detectado no sangue periférico da mulher grávida entre 8 a 11 dias após a concepção. Os níveis plasmáticos aumentam rapidamente até atingir um pico entre 60 e 90 dias de gravidez. A maioria dos testes tem sensibilidade para detecção de gravidez entre 25 a 30mUI/ml. Resultados falsos positivos ocorrem na faixa entre 2 a 25mUI/ml. Do ponto de vista prático, níveis menores que 5mUI/ml são considerados negativos e acima de 25mUI/ml são considerados positivos.

Considerando-se que 11% a 42% das idades gestacionais estimadas pela data da última menstruação são incorretas, pode-se oferecer à gestante, quando possível, o exame ultrassonográfico, que, além de melhor determinar a idade gestacional, auxilia na detecção precoce de gestações múltiplas (inclusive, evidencia o tipo de placentação nestes casos) e de malformações fetais clinicamente não suspeitas. Idealmente, o exame deve ser realizado entre 10 e 13 semanas, utilizando-se o comprimento cabeça-nádega para determinar a idade gestacional. A partir da 15ª semana, a estimativa de idade gestacional será feita pela medida do diâmetro biparietal. Todavia, os possíveis benefícios da ultrassonografia de rotina durante a gestação sobre outros resultados permanecem ainda incertos, de modo que a não realização deste exame não constitui omissão, nem diminui a qualidade do pré-natal (CROWTHER et al., 1999).

Se o atraso menstrual for superior a 12 semanas, o diagnóstico de gravidez poderá ser feito pelo exame clínico e torna-se desnecessária a solicitação do TIG. O diagnóstico da gravidez pode ser efetuado em 90% das pacientes por intermédio dos sinais clínicos, dos sintomas e do exame físico em gestações mais avançadas.

As queixas principais são devidas ao atraso menstrual, à fadiga, à mastalgia, ao aumento da frequência urinária e aos enjoos/vômitos matinais [grau de recomendação D (1)].

Sinais de presunção de gravidez:

- Atraso menstrual;

- Manifestações clínicas (náuseas, vômitos, tonturas, salivação excessiva, mudança de apetite, aumento da frequência urinária e sonolência);
- Modificações anatômicas (aumento do volume das mamas, hipersensibilidade nos mamilos, tubérculos de Montgomery, saída de colostro pelo mamilo, coloração violácea vulvar, cianose vaginal e cervical, aumento do volume abdominal).

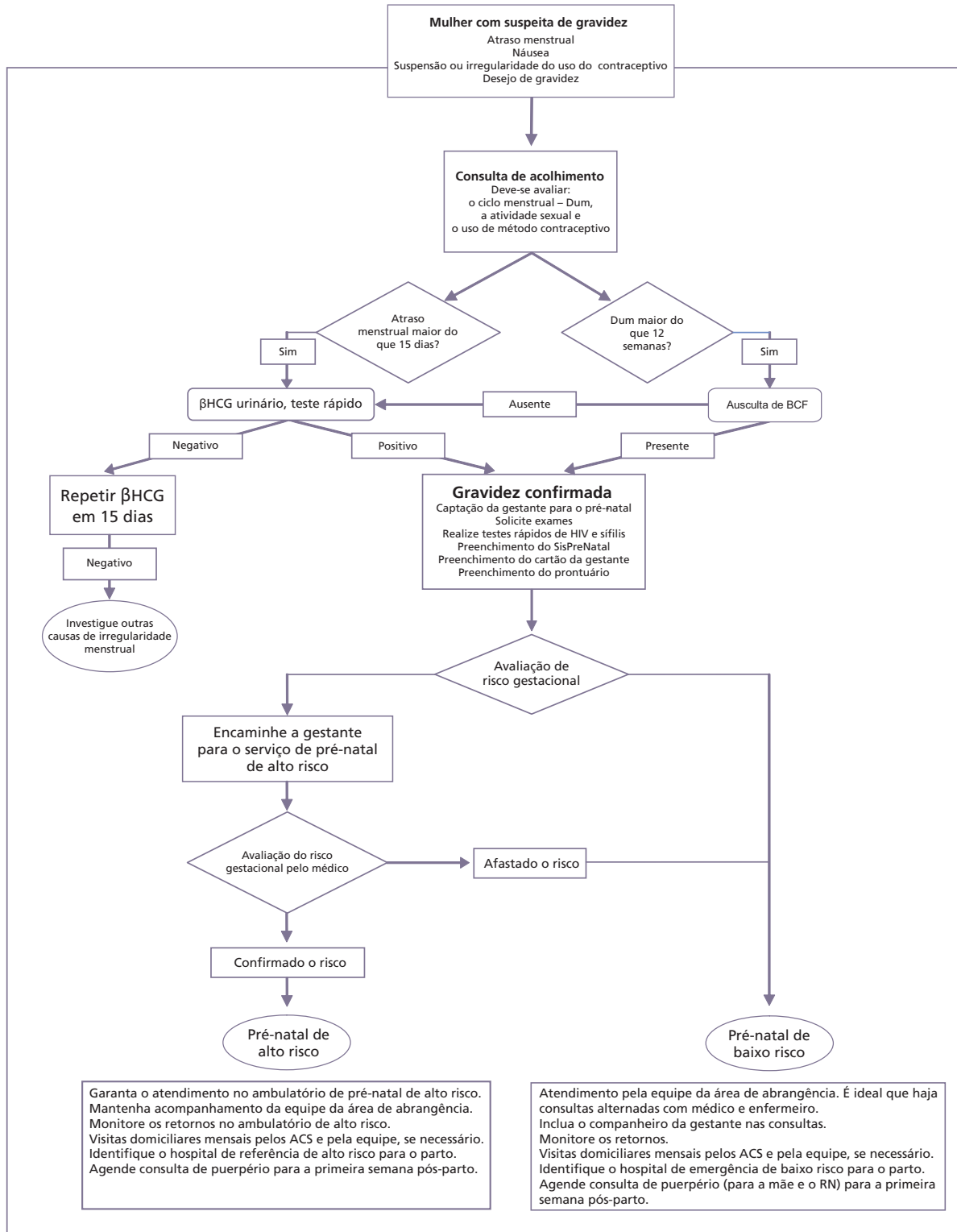
Sinais de probabilidade:

- Amolecimento da cérvix uterina, com posterior aumento do seu volume;
- Paredes vaginais aumentadas, com aumento da vascularização (pode-se observar pulsação da artéria vaginal nos fundos de sacos laterais);
- Positividade da fração beta do HCG no soro materno a partir do oitavo ou nono dia após a fertilização.

Sinais de certeza:

- Presença dos batimentos cardíacos fetais (BCF), que são detectados pelo sonar a partir de 12 semanas e pelo Pinard a partir de 20 semanas;
- Percepção dos movimentos fetais (de 18 a 20 semanas);
- Ultrassonografia: o saco gestacional pode ser observado por via transvaginal com apenas 4 a 5 semanas gestacionais e a atividade cardíaca é a primeira manifestação do embrião com 6 semanas gestacionais.

**Figura 1 – Fluxograma de pré-natal**



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012.

Após a confirmação da gravidez, em consulta médica ou de enfermagem, dá-se início ao acompanhamento da gestante, com seu cadastramento no SisPreNatal. Os procedimentos e as condutas que se seguem devem ser realizados sistematicamente e avaliados em toda consulta de pré-natal. As condutas e os achados diagnósticos sempre devem ser anotados na Ficha de Pré-Natal e no Cartão da Gestante.

A partir desse momento, a gestante deverá receber as orientações necessárias referentes ao acompanhamento de pré-natal: sequência de consultas (mensalmente, se possível), visitas domiciliares e grupos educativos. Deverão ser fornecidos:

- O Cartão da Gestante, com a identificação preenchida, o número do Cartão Nacional da Saúde, o hospital de referência para o parto e as orientações sobre este;
- O calendário de vacinas e suas orientações;
- A solicitação dos exames de rotina;
- As orientações sobre a participação nas atividades educativas (reuniões e visitas domiciliares).

É importante enfatizar que duas informações essenciais que devem constar explicitamente no Cartão da Gestante são as relacionadas ao nome do hospital de referência para o parto e as relativas às intercorrências durante a gestação. Se, no decorrer da gestação, surgir alguma situação que caracterize risco gestacional, com mudança do hospital ou da maternidade de referência, isso também deve estar escrito no cartão. Esta informação é considerada fundamental para que a mulher e seu companheiro ou familiares possam reivindicar o direito de atendimento na respectiva unidade de saúde.

## 5.2 Classificação de risco gestacional

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável que envolve mudanças dinâmicas do olhar físico, social e emocional. No entanto, devido a alguns fatores de risco, algumas gestantes podem apresentar maior probabilidade de evolução desfavorável. São as chamadas "gestantes de alto risco".

Com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materno-infantil e ampliar o acesso com qualidade, é necessário que se identifiquem os fatores de risco gestacional o mais precocemente possível. Dessa forma, o acolhimento com classificação de risco pressupõe agilidade no atendimento e definição da necessidade de cuidado e da densidade tecnológica que devem ser ofertadas às usuárias em cada momento.

De maneira geral, o acolhimento, em especial à gestante, objetiva fornecer não um diagnóstico, mas uma prioridade clínica, o que facilita a gestão da demanda espontânea e, conseqüentemente, permite que haja impacto na história natural de doenças agudas graves e potencialmente fatais, que, se não atendidas como prioridades, podem levar à morte, por exemplo, uma gestante com síndrome hipertensiva.

Portanto, é indispensável que a avaliação do risco seja permanente, ou seja, aconteça em toda consulta. Em contrapartida, quando são identificados fatores associados a um pior prognóstico

materno e perinatal, a gravidez é definida como de alto risco, passando a exigir avaliações mais frequentes, muitas vezes fazendo-se uso de procedimentos com maior densidade tecnológica.

Nos casos em que não há necessidade de se utilizar alta densidade tecnológica em saúde e nos quais a morbidade e a mortalidade materna e perinatal são iguais ou menores do que as da população em geral, as gestações podem ser consideradas como de baixo risco. Assim definida, a gravidez de baixo risco somente pode ser confirmada ao final do processo gestacional, após o parto e o puerpério. O processo dinâmico e a complexidade das alterações funcionais e anatômicas que ocorrem no ciclo gestacional exigem avaliações continuadas e específicas em cada período.

A atenção básica deve ser entendida como porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde, como ordenadora do sistema de saúde brasileiro. Nas situações de emergência obstétrica, a equipe deve estar capacitada para diagnosticar precocemente os casos graves, iniciar o suporte básico de vida e acionar o serviço de remoção, para que haja a adequada continuidade do atendimento para os serviços de referência de emergências obstétricas da Rede de Atenção à Saúde.

Dessa forma, a classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento.

A caracterização de uma situação de risco, todavia, não implica necessariamente referência da gestante para acompanhamento em pré-natal de alto risco. As situações que envolvem fatores clínicos mais relevantes (risco real) e/ou fatores evitáveis que demandem intervenções com maior densidade tecnológica devem ser necessariamente referenciadas, podendo, contudo, retornar ao nível primário, quando se considerar a situação resolvida e/ou a intervenção já realizada. De qualquer maneira, a unidade básica de saúde deve continuar responsável pelo seguimento da gestante encaminhada a um diferente serviço de saúde.

A seguir, são apresentados os fatores de risco gestacional e as situações em que deve ser considerado o encaminhamento ao pré-natal de alto risco e/ou à emergência obstétrica. É importante que a equipe de atenção básica se baseie em sua experiência clínica para o encaminhamento da paciente.

### 5.2.1 Fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe de atenção básica

Fatores relacionados às características individuais e às condições sociodemográficas desfavoráveis:

- Idade menor do que 15 e maior do que 35 anos;
- Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse;
- Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente;

- Situação conjugal insegura;
- Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular);
- Condições ambientais desfavoráveis;
- Altura menor do que 1,45m;
- IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade.

Fatores relacionados à história reprodutiva anterior:

- Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado;
- Macrossomia fetal;
- Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas;
- Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos;
- Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos);
- Cirurgia uterina anterior;
- Três ou mais cesarianas.

Fatores relacionados à gravidez atual:

- Ganho ponderal inadequado;
- Infecção urinária;
- Anemia.

## 5.2.2 Fatores de risco que podem indicar encaminhamento ao pré-natal de alto risco

O pré-natal de alto risco abrange cerca de 10% das gestações que cursam com critérios de risco, o que aumenta significativamente nestas gestantes a probabilidade de intercorrências e óbito materno e/ou fetal. Atenção especial deverá ser dispensada às grávidas com maiores riscos, a fim de reduzir a morbidade e a mortalidade materna e perinatal (grau de recomendação A).

Fatores relacionados às condições prévias:

- Cardiopatias;
- Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica);
- Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados);
- Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo);



- Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia);
- Hipertensão arterial crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo (PA>140/90mmHg antes de 20 semanas de idade gestacional – IG);
- Doenças neurológicas (como epilepsia);
- Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.);
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras collagenoses);
- Alterações genéticas maternas;
- Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar;
- Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras);
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma);
- Hanseníase;
- Tuberculose;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
- Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado.

Fatores relacionados à história reprodutiva anterior:

- Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida;
- História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome Hellp, eclâmpsia, internação da mãe em UTI);
- Abortamento habitual;
- Esterilidade/infertilidade.

Fatores relacionados à gravidez atual:

- Restrição do crescimento intrauterino;
- Polidrâmnio ou oligodrâmnio;
- Gemelaridade;
- Malformações fetais ou arritmia fetal;
- Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória);

Obs.: É necessário que haja evidência de medidas consecutivas que sugiram hipertensão. Nestas situações, não se deve encaminhar o caso com medida isolada. Em caso de suspeita de pré-eclâmpsia/eclâmpsia, deve-se encaminhar a paciente à emergência obstétrica.

- Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser inicialmente encaminhada ao hospital de referência, para avaliação);
- Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso;
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma);
- Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual;
- Evidência laboratorial de proteinúria;
- Diabetes mellitus gestacional;
- Desnutrição materna severa;
- Obesidade mórbida ou baixo peso (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante para avaliação nutricional);
- NIC III (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista);
- Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-rads III ou mais (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista);
- Adolescentes com fatores de risco psicossocial.

### 5.2.3 Fatores de risco que indicam encaminhamento à urgência/emergência obstétrica

Os profissionais de saúde dos hospitais regionais e da emergência obstétrica deverão avaliar as gestantes encaminhadas e confirmar, ou não, o diagnóstico inicial, assim como determinar a conduta necessária para cada caso: internação hospitalar, referência ao pré-natal de alto risco ou contrarreferência para acompanhamento pela atenção básica.

São fatores de risco:

- Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional;
- Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial > 140/90, medida após um mínimo de 5 minutos de repouso, na posição sentada. Quando estiver associada à proteinúria, pode-se usar o teste rápido de proteinúria;

Obs.: Edema não é mais considerado critério diagnóstico (grau de recomendação C).

- Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito;
- Eclâmpsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia);

- Crise hipertensiva (PA > 160/110);
- Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal (consistência líquida, em pequena ou grande quantidade, mas de forma persistente), podendo ser observada mediante exame especular com manobra de Valsalva e elevação da apresentação fetal;
- Isoimunização Rh;
- Anemia grave (hemoglobina < 8);
- Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 36 semanas);
- IG a partir de 41 semanas confirmadas;
- Hipertermia (Tax > = 37,8C), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de lvas;
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes;
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular ou outra infecção que necessite de internação hospitalar;
- Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, edema localizado e/ou varicosidade aparente);
- Investigação de prurido gestacional/icterícia;
- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas;
- Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre;
- Restrição de crescimento intrauterino;
- Oligoidrâmnio;
- Casos clínicos que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma etc. Nos casos com menos de 20 semanas, as gestantes podem ser encaminhadas à emergência clínica.

### Óbito fetal

Uma vez encaminhada para acompanhamento em um serviço de referência especializado em pré-natal de alto risco, é importante que a gestante não perca o vínculo com a sua equipe de atenção básica onde iniciou o seu acompanhamento de pré-natal. É importante também que a equipe seja informada a respeito da evolução da gravidez e dos tratamentos administrados à gestante por meio da contrarreferência, assim como são importantes a busca ativa e o acompanhamento das gestantes em sua área de abrangência, por meio da visita domiciliar mensal do ACS.

## 5.3 Calendário de consultas

As consultas de pré-natal poderão ser realizadas na unidade de saúde ou durante visitas domiciliares. O calendário de atendimento durante o pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal.

O calendário deve ser iniciado precocemente (no primeiro trimestre) e deve ser regular, garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas e que tanto o Cartão da Gestante quanto a Ficha de Pré-Natal sejam preenchidos.

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

Até 28ª semana – mensalmente;

Da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente;

Da 36ª até a 41ª semana – semanalmente.

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

Quando o parto não ocorre até a 41ª semana, é necessário encaminhar a gestante para avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal. Estudos clínicos randomizados demonstram que a conduta de induzir o trabalho de parto em todas as gestantes com 41 semanas de gravidez é preferível à avaliação seriada do bem-estar fetal, pois se observou menor risco de morte neonatal e perinatal e menor chance de cesariana no grupo submetido à indução do parto com 41 semanas.

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

## 5.4 Roteiro da primeira consulta

### 5.4.1 Anamnese

A seguir, são apresentados os componentes da história clínica que precisam ser abordados durante o pré-natal [grau de recomendação D].

Na primeira consulta, deve-se pesquisar os aspectos socioepidemiológicos, os antecedentes familiares, os antecedentes pessoais gerais, ginecológicos e obstétricos, além da situação

da gravidez atual. Os principais componentes podem ser assim listados: (i) data precisa da última menstruação; (ii) regularidade dos ciclos; (iii) uso de anticoncepcionais; (iv) paridade; (v) intercorrências clínicas, obstétricas e cirúrgicas; (vi) detalhes de gestações prévias; (vii) hospitalizações anteriores; (viii) uso de medicações; (ix) história prévia de doença sexualmente transmissível; (x) exposição ambiental ou ocupacional de risco; (xi) reações alérgicas; (xii) história pessoal ou familiar de doenças hereditárias/malformações; (xiii) gemelaridade anterior; (xiv) fatores socioeconômicos; (xv) atividade sexual; (xvi) uso de tabaco, álcool ou outras drogas lícitas ou ilícitas; (xvii) história infecciosa prévia; (xviii) vacinações prévias; (xix) história de violências.

Na pesquisa de sintomas relacionados à gravidez também deverá ser questionada a existência de náuseas, vômitos, dor abdominal, constipação, cefaleia, síncope, sangramento ou corrimento vaginal, disúria, polaciúria e edemas [grau de recomendação D].

É importante sanar dúvidas e minimizar a ansiedade do casal. Informações sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal, assim como presença de corrimentos ou outras perdas vaginais ajudam a identificar situações de risco gestacional e orientam medidas educativas que devem ser enfatizadas durante o pré-natal.

As anotações deverão ser realizadas tanto no prontuário da unidade (Ficha Clínica de Pré-Natal) quanto no Cartão da Gestante. Em cada consulta, o risco obstétrico e perinatal deve ser reavaliado. As ações da equipe devem contemplar as seguintes atividades:

- Preenchimento da ficha de cadastramento da gestante no SisPreNatal ou diretamente no sistema para os serviços de saúde informatizados;
- Preenchimento do Cartão da Gestante e da Ficha Clínica de Pré-Natal: identificação e demais dados da anamnese e exame físico; número do Cartão Nacional de Saúde; hospital de referência para o parto;
- Verificação da situação vacinal e orientação sobre a sua atualização, se necessário;
- Solicitação dos exames de rotina;
- Realização dos testes rápidos;
- Orientação sobre as consultas subsequentes, as visitas domiciliares e as atividades educativas.

Os fatores de risco deverão ser identificados em destaque no Cartão da Gestante, uma vez que tal procedimento contribui para alertar os profissionais de saúde que realizam o acompanhamento pré-natal.

## 5.4.2 História clínica

- Identificação:
  - Nome;
  - Número do Cartão Nacional de Saúde;
  - Idade;

- Cor;
- Naturalidade;
- Procedência;
- Endereço atual;
- Unidade de referência.
- Dados socioeconômicos:
  - Grau de instrução;
  - Profissão/ocupação (deve-se identificar fatores de risco);
  - Estado civil/união;
  - Número e idade de dependentes (deve-se avaliar a sobrecarga de trabalho doméstico);
  - Renda familiar;
  - Pessoas da família com renda;
  - Condições de moradia (tipo, nº de cômodos);
  - Condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo);
  - Distância da residência até a unidade de saúde.
- Antecedentes familiares:
  - Hipertensão arterial;
  - Diabetes mellitus;
  - Malformações congênitas e anomalias genéticas;
  - Gemelaridade;
  - Câncer de mama e/ou do colo uterino;
  - Hanseníase;
  - Tuberculose e outros contatos domiciliares (deve-se anotar a doença e o grau de parentesco);
  - Doença de Chagas;
  - Parceiro sexual portador de infecção pelo HIV.
- Antecedentes pessoais gerais:
  - Hipertensão arterial crônica;
  - Diabetes mellitus;
  - Cardiopatias, inclusive doença de Chagas;
  - Doenças renais crônicas;

- Anemias e deficiências de nutrientes específicos;
  - Desvios nutricionais (baixo peso, desnutrição, sobrepeso, obesidade);
  - Epilepsia;
  - Doenças da tireoide e outras endocrinopatias;
  - Vírus (rubéola, hepatites);
  - Hanseníase, tuberculose, malária, sífilis ou outras doenças infecciosas;
  - Portadora de infecção pelo HIV (deve-se anotar se a paciente está em uso de antirretrovirais e especificar o esquema utilizado);
  - Infecção do trato urinário;
  - Doenças neurológicas e psiquiátricas;
  - Cirurgia (tipo e data);
  - Transfusões de sangue;
  - Alergias (inclusive medicamentosas);
  - Doenças neoplásicas;
  - Vacinação;
  - Uso de medicamentos;
  - Uso de drogas, tabagismo e alcoolismo.
- Antecedentes ginecológicos:
    - Ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade; idade da menarca);
    - Uso de métodos anticoncepcionais prévios (quais, por quanto tempo e motivo do abandono);
    - Infertilidade e esterilidade (tratamento);
    - Doenças sexualmente transmissíveis, inclusive doença inflamatória pélvica (tratamentos realizados, inclusive pelo parceiro);
    - Cirurgias ginecológicas (idade e motivo);
    - Malformações uterinas;
    - Mamas (patologias e tratamento realizado);
    - Última colpocitologia oncótica (papanicolau ou “preventivo”, data e resultado).
  - Sexualidade:
    - Início da atividade sexual (idade da primeira relação);
    - Dispareunia (dor ou desconforto durante o ato sexual);
    - Prática sexual na gestação atual ou em gestações anteriores;

- Número de parceiros da gestante e de seu parceiro em época recente ou pregressa;
- Uso de preservativos masculinos e/ou femininos (“uso correto” e “uso habitual”).
- Antecedentes obstétricos:
  - Número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez ectópica, mola hidatiforme);
  - Número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, por fórceps, cesáreas – indicações);
  - Número de abortamentos (espontâneos, provocados, causados por DST, complicados por infecções, relato de insuficiência istmo-cervical, história de curetagem pós-abortamento);
  - Número de filhos vivos;
  - Idade na primeira gestação;
  - Intervalo entre as gestações (em meses);
  - Isoimunização Rh;
  - Número de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37ª semana de gestação), pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação);
  - Número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500g) e com mais de 4.000g;
  - Número de recém-nascidos prematuros ou pequenos para a idade gestacional;
  - Mortes neonatais precoces: até sete dias de vida (número e motivo dos óbitos);
  - Mortes neonatais tardias: entre sete e 28 dias de vida (número e motivo dos óbitos);
  - Natimortos (morte fetal intraútero e idade gestacional em que ocorreu);
  - Recém-nascidos com icterícia, transfusão, hipoglicemia, ex-sanguíneo- transfusões;
  - Intercorrências ou complicações em gestações anteriores (deve-se especificá-las);
  - Complicações nos puerpérios (deve-se descrevê-las);
  - Histórias de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame).
- Gestação atual:
  - Data do primeiro dia/mês/ano da última menstruação – DUM (anotar certeza ou dúvida);
  - Peso prévio e altura;
  - Sinais e sintomas na gestação em curso;
  - Hábitos alimentares;
  - Medicamentos utilizados na gestação;
  - Internação durante a gestação atual;
  - Hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e drogas ilícitas;



- Ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse);
- Aceitação ou não da gravidez pela mulher, pelo parceiro e pela família, principalmente se for adolescente;
- Identificar gestantes com fraca rede de suporte social;
- Cálculo da idade gestacional e data provável do parto.

### 5.4.3 Exame físico

São indispensáveis os seguintes procedimentos: avaliação nutricional (peso e cálculo do IMC), medida da pressão arterial, palpação abdominal e percepção dinâmica, medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardíofetais, registro dos movimentos fetais, realização do teste de estímulo sonoro simplificado, verificação da presença de edema, exame ginecológico e coleta de material para colpocitologia oncológica, exame clínico das mamas e toque vaginal de acordo com as necessidades de cada mulher e com a idade gestacional.

No exame físico, os mais importantes componentes que precisam ser incluídos na primeira visita pré-natal são os seguintes: peso, altura, pressão arterial, avaliação de mucosas, da tireoide, das mamas, dos pulmões, do coração, do abdome e das extremidades.

No exame ginecológico/obstétrico, deve-se avaliar a genitália externa, a vagina, o colo uterino e, no toque bidigital, o útero e os anexos. Após a 12ª semana, deve-se medir a altura do fundo uterino no abdome. A ausculta fetal será possível após a 10ª-12ª semana, com o sonar-doppler [grau de recomendação D].

Nas visitas subsequentes, torna-se obrigatório medir a altura uterina, pesar a paciente, mensurar a pressão arterial, verificar a presença de anemia de mucosas, a existência de edemas e auscultar os batimentos cardíacos fetais. Deve-se avaliar o mamilo para lactação. A definição da apresentação fetal deverá ser determinada por volta da 36ª semana [grau de recomendação D].

- Exame físico geral:
  - Inspeção da pele e das mucosas;
  - Sinais vitais: aferição do pulso, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura axilar;
  - Palpação da tireoide, região cervical, supraclavicular e axilar (pesquisa de nódulos ou outras anormalidades);
  - Ausculta cardiopulmonar;
  - Exame do abdome;
  - Exame dos membros inferiores;

- Determinação do peso;
- Determinação da altura;
- Cálculo do IMC;
- Avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional;
- Medida da pressão arterial;
- Pesquisa de edema (membros, face, região sacra, tronco).
- Exame físico específico (gineco-obstétrico):
  - Palpação obstétrica;
  - Medida e avaliação da altura uterina;
  - Ausculta dos batimentos cardíacos fetais;
  - Registro dos movimentos fetais;
  - Teste de estímulo sonoro simplificado (Tess);
  - Exame clínico das mamas;
  - Exame ginecológico (inspeção dos genitais externos, exame especular, coleta de material para exame colpocitopatológico, toque vaginal).

Obs.: O exame físico das adolescentes deverá seguir as orientações do Manual de Organização de Serviços para a Saúde dos Adolescentes.

## 5.4.4 Exames complementares

Para um bom acompanhamento pré-natal, é necessário que a equipe de saúde efetue os procedimentos técnicos de forma correta e uniforme durante a realização dos exames complementares, assim como quando da realização dos exames clínico e obstétrico. Do contrário, ocorrerão diferenças significativas, prejudicando a interpretação dos dados e a comparação entre eles. Cabe aos profissionais de formação universitária promover a capacitação dos demais membros da equipe, a fim de garantir que todos os dados colhidos sejam fidedignos.

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

Devem ser solicitados na primeira consulta os seguintes exames complementares:

- Hemograma;
- Tipagem sanguínea e fator Rh;
- Coombs indireto (se for Rh negativo);

- Glicemia de jejum;
- Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR;
- Teste rápido diagnóstico anti-HIV;
- Anti-HIV;
- Toxoplasmose IgM e IgG;
- Sorologia para hepatite B (HbsAg);
- Exame de urina e urocultura;
- Ultrassonografia obstétrica (não é obrigatório), com a função de verificar a idade gestacional;
- Citopatológico de colo de útero (se necessário);
- Exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica);
- Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica);
- Eletroforese de hemoglobina (se a gestante for negra, tiver antecedentes familiares de anemia falciforme ou apresentar história de anemia crônica).

### 5.4.5 Condutas gerais

- Deve haver a interpretação dos dados da anamnese, o exame clínico/obstétrico e a instituição de condutas específicas;
- Deve-se orientar a gestante sobre a alimentação e o acompanhamento do ganho de peso gestacional;
- Deve-se incentivar o aleitamento materno exclusivo até os seis meses;
- Deve-se fornecer todas as informações necessárias e respostas às indagações da mulher, de seu companheiro e da família;
- Deve-se prescrever suplementação de sulfato ferroso (40mg de ferro elementar/dia) e ácido fólico (5mg/dia) para profilaxia da anemia;
- Deve-se orientar a gestante sobre os sinais de risco e a necessidade de assistência em cada caso;
- Deve-se referenciar a gestante para atendimento odontológico;
- Deve-se encaminhar a gestante para imunização antitetânica (vacina dupla viral), quando a paciente não estiver imunizada;
- Deve-se referenciar a gestante para serviços especializados quando o procedimento for indicado. Entretanto, mesmo com referência para serviço especializado, a mulher deverá continuar sendo acompanhada, conjuntamente, na unidade básica de saúde;

- Deve-se realizar ações e práticas educativas individuais e coletivas. Os grupos educativos para adolescentes devem ser exclusivos dessa faixa etária, devendo abordar temas de interesse do grupo. Recomenda-se dividir os grupos em faixas de 10-14 anos e de 15-19 anos, para obtenção de melhores resultados;
- Deve-se agendar consultas subsequentes.

## 5.4.6 Roteiro das consultas subsequentes

Nas consultas subsequentes, devem ser realizados os seguintes procedimentos:

- Anamnese atual sucinta: deve-se enfatizar a pesquisa das queixas mais comuns na gestação e dos sinais de intercorrências clínicas e obstétricas, com o propósito de se reavaliar o risco gestacional e de se realizar ações mais efetivas;
- Exame físico direcionado (deve-se avaliar o bem-estar materno e fetal);
- Verificação do calendário de vacinação;
- Deve-se avaliar o resultado dos exames complementares;
- Devem ser feitas a revisão e a atualização do Cartão da Gestante e da Ficha de Pré-Natal.

Além disso, devemos executar as seguintes tarefas:

I. Controles maternos:

- Cálculo e anotação da idade gestacional;
- Determinação do peso e cálculo do índice de massa corporal (IMC): anote no gráfico e realize a avaliação nutricional subsequente e o monitoramento do ganho de peso gestacional;
- Medida da pressão arterial (observe a aferição da PA com técnica adequada);
- Palpação obstétrica e medida da altura uterina (anote os dados no gráfico e observe o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal);
- Pesquisa de edema;
- Exame ginecológico, incluindo das mamas, para observação do mamilo.

II. Controles fetais:

- Ausculta dos batimentos cardíofetais;
- Avaliação dos movimentos percebidos pela mulher e/ou detectados no exame obstétrico/ registro dos movimentos fetais;
- Teste de estímulo sonoro simplificado (Tess), se houver indicação clínica.

### III. Conduas:

- Interpretação dos dados da anamnese e do exame clínico/obstétrico e correlação com resultados de exames complementares;
- Avaliação dos resultados de exames complementares e tratamento de alterações encontradas ou encaminhamento, se necessário;
- Prescrição de suplementação de sulfato ferroso (40mg de ferro elementar/dia) e ácido fólico (5mg/dia), para profilaxia da anemia;
- Oriente a gestante sobre alimentação e faça o acompanhamento do ganho de peso gestacional;
- Incentive o aleitamento materno exclusivo até os seis meses;
- Oriente a gestante sobre os sinais de risco e a necessidade de assistência em cada caso;
- Faça o acompanhamento das condutas adotadas em serviços especializados, pois a mulher deverá continuar a ser acompanhada pela equipe da atenção básica;
- Proceda à realização de ações e práticas educativas individuais e coletivas;
- Faça o agendamento das consultas subsequentes.

## 5.5 Cálculo da idade gestacional

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

### I. Quando a data da última menstruação (DUM) é conhecida e certa:

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

- Uso do calendário: some 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): coloque a seta sobre o dia e o mês correspondentes ao primeiro dia e mês do último ciclo menstrual e observe o número de semanas indicado no dia e mês da consulta atual.

### II. Quando a data da última menstruação é desconhecida, mas se conhece o período do mês em que ela ocorreu:

Se o período foi no início, meio ou fim do mês, considere como data da última menstruação os dias 5, 15 e 25, respectivamente. Proceda, então, à utilização de um dos métodos descritos .

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

Quando a data e o período do mês não forem conhecidos, a idade gestacional e a data

provável do parto serão, inicialmente, determinadas por aproximação, basicamente pela medida da altura do fundo do útero e pelo toque vaginal, além da informação sobre a data de início dos movimentos fetais, que habitualmente ocorrem entre 18 e 20 semanas. Pode-se utilizar a altura uterina e o toque vaginal, considerando-se 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, o útero enche a pelve, de modo que é palpável na sínfise púbica;
- Na 16ª semana, o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical;
- Na 20ª semana, o fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical;
- A partir da 20ª semana, existe relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina. Porém, este parâmetro torna-se menos fiel a partir da 30ª semana de idade gestacional.

Quando não for possível determinar clinicamente a idade gestacional, solicite o mais precocemente possível a ultrassonografia obstétrica.

## 5.6 Cálculo da data provável do parto

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), coloque a seta sobre o dia e o mês correspondentes ao primeiro dia e mês da última menstruação e observe a seta na data (dia e mês) indicada como data provável do parto.

Outra forma de cálculo consiste em somar sete dias ao primeiro dia da última menstruação e subtrair três meses ao mês em que ocorreu a última menstruação (ou adicionar nove meses, se corresponder aos meses de janeiro a março). Esta forma de cálculo é chamada de Regra de Nägele. Nos casos em que o número de dias encontrado for maior do que o número de dias do mês, passe os dias excedentes para o mês seguinte, adicionando 1 (um) ao final do cálculo do mês.

Exemplos

Data da última menstruação (DUM): 13/09/04

Data provável do parto (DPP): 20/06/05 ( $13 + 7 = 20/9 - 3 = 6$ )

Data da última menstruação: 10/02/04

Data provável do parto: 17/11/04 ( $10 + 7 = 17/2 + 9 = 11$ )

Data da última menstruação: 27/01/04

Data provável do parto: 03/11/04 ( $27 + 7 = 34/34 - 31 = 03/1 + 9 + 1 = 11$ )

## 5.7 Avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional

A avaliação do estado nutricional da gestante consiste na tomada da medida do peso e da altura e o cálculo da semana gestacional, o que permite a classificação do índice de massa corporal (IMC) por semana gestacional.

Com base no IMC obtido na primeira consulta de pré-natal, é possível conhecer o estado nutricional atual e acompanhar o ganho de peso até o final da gestação. Recomenda-se que a gestante seja pesada em todas as consultas. A estatura pode ser aferida apenas na primeira consulta, desde que não seja gestante adolescente (menor de 20 anos), cuja medida deverá ser realizada pelo menos trimestralmente.

### 5.7.1 Procedimentos para a medida de peso

Recomenda-se a utilização de balança eletrônica ou mecânica, certificando-se de que estas se encontram calibradas e em bom funcionamento, a fim de se garantir a qualidade das medidas coletadas. Tendo-se como base uma balança de adulto, tipo plataforma, cuja escala tenha intervalos de até 100 gramas, devem ser feitos os seguintes procedimentos:

- Antes de cada pesagem, a balança deve ser destravada, zerada e calibrada;
- A gestante, descalça e vestida apenas com avental ou roupas leves, deve subir na plataforma e ficar em pé, de costas para o medidor, com os braços estendidos ao longo do corpo e sem qualquer outro apoio;
- Mova o marcador maior (kg) do zero da escala até o ponto em que o braço da balança incline-se para baixo; volte-o, então, para o nível imediatamente anterior (o braço da balança inclina-se para cima);
- Mova 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);
- Leia o peso em quilogramas na escala maior e em gramas na escala menor. No caso de valores intermediários (entre os traços da escala), considere o menor valor. Por exemplo: se o cursor estiver entre 200g e 300g, considere 200g;
- Anote o peso encontrado no prontuário e no Cartão da Gestante.

### 5.7.2 Procedimentos para a medida da altura

- A gestante deve estar em pé e descalça, no centro da plataforma da balança, com os braços estendidos ao longo do corpo. Quando disponível, poderá ser utilizado o antropômetro vertical;

- Calcânhares, nádegas e espáduas devem se aproximar da haste vertical da balança;
- 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 ao couro cabeludo;
- Faça a leitura da escala da haste. No caso de valores intermediários (entre os traços da escala), considere o menor valor. Anote o resultado no prontuário.

### 5.7.3 Cálculo do índice de massa corpórea ou corporal (IMC) por meio da fórmula:

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

### 5.7.4 Procedimentos para o diagnóstico nutricional

A avaliação nutricional, na primeira consulta, subsidia a previsão de ganho de peso até o fim da gestação.

1. Calcule a idade gestacional em semanas.

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

Exemplos:

Gestante com 12 semanas e 2 dias = 12 semanas;

Gestante com 12 semanas e 5 dias = 13 semanas.

2. Localize, na primeira coluna da tabela 1, a seguir, a semana gestacional calculada e identifique, nas colunas seguintes, em que faixa está situado o IMC da gestante.

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

Baixo peso: quando o valor do IMC for igual ou menor do que os valores apresentados na coluna correspondente a baixo peso;

Adequado: quando o IMC observado estiver compreendido na faixa de valores apresentada na coluna correspondente a adequado;



Sobrepeso: quando o IMC observado estiver compreendido na faixa de valores apresentada na coluna correspondente a sobrepeso;

Obesidade: quando o valor do IMC for igual ou maior do que os valores apresentados na coluna correspondente a obesidade.

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

**Tabela 1 – Avaliação do estado nutricional da gestante segundo o índice de massa corporal por semana gestacional**

Semana gestacional	Baixo peso: IMC menor do que	Adequado: IMC entre	Sobrepeso: IMC entre	Obesidade: IMC maior do que
6	19,9	20,0 – 24,9	25,0 – 30,0	30,1
7	20,0	20,1 – 25,0	25,1 – 30,1	30,2
8	20,1	20,2 – 25,0	25,1 – 30,1	30,2
9	20,2	20,3 – 25,2	25,3 – 30,2	30,3
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

continua

continuação

Semana gestacional	Baixo peso: IMC menor do que	Adequado: IMC entre	Sobrepeso: IMC entre	Obesidade: IMC maior do que
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, p. 1429-1436).

Conduas conforme o diagnóstico nutricional realizado:

**Baixo peso (BP):** investigue a história alimentar, a hiperêmese gravídica, as infecções, as parasitoses, as anemias e as doenças debilitantes. Dê a orientação nutricional, visando à promoção do peso adequado e de hábitos alimentares saudáveis. Remarque a consulta em intervalo menor do que o fixado no calendário habitual. Caso necessário, é interessante discutir o caso com os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf).

**Adequado (A):** siga o calendário habitual. Explique à gestante que seu peso está adequado para a idade gestacional. Dê-lhe orientação nutricional, visando à manutenção do peso adequado e à promoção de hábitos alimentares saudáveis;

**Sobrepeso e obesidade (S e O):** investigue a obesidade pré-gestacional, casos de edema, polidrâmnio, macrossomia e gravidez múltipla. Dê orientação nutricional à gestante, visando à promoção do peso adequado e de hábitos alimentares saudáveis, ressaltando que, no período gestacional, não se deve perder peso, pois é desejável mantê-lo. Remarque a consulta em intervalo menor do que o fixado no calendário habitual. Caso necessário, é interessante discutir o caso com os profissionais do Nasf.

Sabe-se que a obesidade está associada a uma frequência mais alta de distócias, diabetes e hipertensão e a um risco maior de cesariana. Por outro lado, na gestante com baixo peso há um risco maior de parto prematuro.

Estimativa do ganho de peso para as gestantes durante a gestação:

Em função do estado nutricional pré-gestacional ou no início do pré-natal (tabela 1), estime o ganho de peso total até o fim da gestação (tabela 2). Para cada situação nutricional inicial (baixo peso, adequado, sobrepeso ou obesidade) há uma faixa de ganho de peso recomendada. Para o primeiro trimestre, o ganho foi agrupado para todo o período, enquanto que, para o segundo e o terceiro trimestre, o ganho é previsto por semana. Portanto, já na primeira consulta, deve-se estimar quantos gramas a gestante deverá ganhar no primeiro trimestre, assim como o ganho por semana até o fim da gestação. Esta informação deve ser fornecida à gestante.

**Tabela 2 – Ganho de peso recomendado (em kg) na gestação segundo o estado nutricional inicial**

Estado nutricional inicial (IMC)	Recomendação de ganho de peso (kg) semanal médio no 2º e 3º trimestres*	Recomendação de ganho de peso (kg) total na gestação
Baixo peso (< 18,5kg/m <sup>2</sup> )	0,5 (0,44 – 0,58)	12,5 – 18,0
Adequado (18,5 – 24,9kg/m <sup>2</sup> )	0,4 (0,35 – 0,50)	11,5 – 16,0
Sobrepeso (25,0 – 29,9kg/m <sup>2</sup> )	0,3 (0,23 – 0,33)	7,0 – 11,5
Obesidade (≥ 30kg/m <sup>2</sup> )	0,2 (0,17 – 0,27)	5,0 – 9,0

Fonte: (INSTITUTE., 1990; WHO, 1995b).

\* *Ganho de peso no primeiro trimestre entre 0,5 – 2,0kg*

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

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

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

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

A Vigilância Alimentar e Nutricional pressupõe o monitoramento contínuo do estado nutricional e do consumo alimentar da população. Neste sentido, o Ministério da Saúde adota o Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), destinado a atender todas as fases da vida, como crianças, adolescentes, adultos, idosos e gestantes<sup>2</sup>.

Procedimentos para as avaliações nutricionais subsequentes e o monitoramento do ganho de peso gestacional:

Nas consultas subsequentes, a avaliação nutricional deve ser feita repetindo-se os procedimentos do item 5.7.4 (Procedimentos para o diagnóstico nutricional). Esta avaliação permite acompanhar a evolução do ganho de peso durante a gestação e examinar se este ganho está adequado em função do estado nutricional da gestante no início do pré-natal.

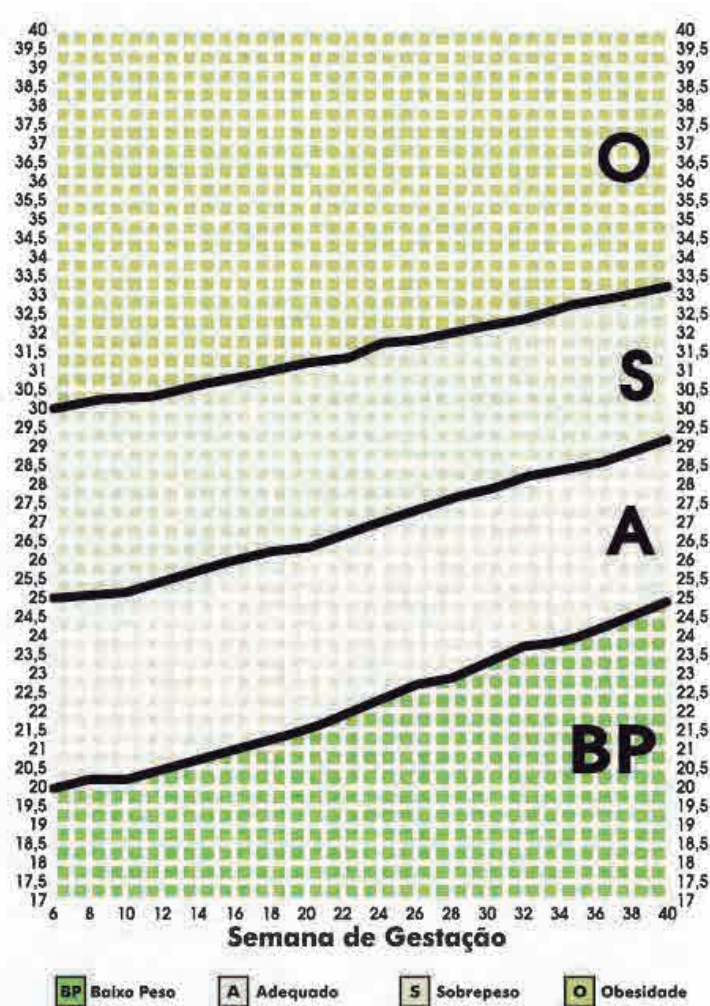
Este exame pode ser feito com base em dois instrumentos: a tabela 2, que indica qual é o ganho de peso recomendado segundo o estado nutricional da gestante no início do pré-natal; e a tabela 4, no qual se acompanha a curva do índice de massa corporal segundo a semana gestacional (ascendente, horizontal, descendente).

<sup>2</sup> Para mais informações sobre coleta e análise de dados antropométricos, consulte a publicação: BRASIL. Ministério da Saúde. Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – Sisvan. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

Realize o acompanhamento do estado nutricional utilizando o gráfico de IMC por semana gestacional. O gráfico é composto por um eixo horizontal, com valores de semana gestacional, e por um eixo vertical, com valores de IMC [peso (kg)/altura<sup>2</sup> (m)]. O interior do gráfico 4 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).

**Gráfico 4 – Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante**

Índice de Massa Corporal segundo a semana de gestação

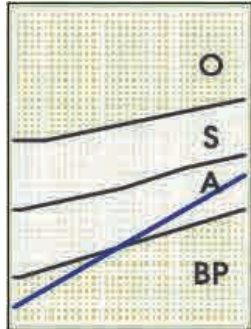
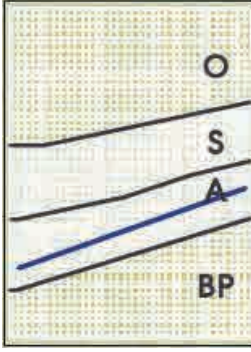




Fonte: Adaptado de: Atalah Samur E, Castillo L C, Castro Santoro R, Aldea P A. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas. *Rev Med Chile* 1997;125 (12):1429-36.

Fonte: (INSTITUTE., 1990; WHO, 1995b).

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

**Tabela 3 – Diagnóstico nutricional a ser realizado a cada consulta**

EN da gestante	Inclinação da curva	Exemplo
Baixo peso (BP)	Deve apresentar inclinação maior do 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 da 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.	

Fonte: (BRASIL, 2005e).

É de extrema importância o registro do estado nutricional tanto no prontuário quanto no Cartão da Gestante. A avaliação do estado nutricional é capaz de fornecer informações importantes para a prevenção e o controle de agravos à saúde e à nutrição. Contudo, vale ressaltar a importância da realização de outros procedimentos que possam complementar o diagnóstico nutricional ou alterar a interpretação deste, conforme a necessidade de cada gestante. Assim, destacam-se a avaliação clínica para a 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, e a avaliação laboratorial, para o diagnóstico de anemia e outras doenças de interesse clínico, conforme as normas deste manual.

Gestante adolescente – observações:

Deve-se observar que a classificação do estado nutricional na gestação aqui proposta não é específica para gestantes adolescentes, devido ao crescimento e à imaturidade biológica nesta fase do ciclo de vida. No entanto, esta 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.

### 5.7.5 Orientação alimentar para a gestante

O prognóstico da gestação é influenciado pelo estado nutricional materno antes e durante a gravidez. A inadequação do estado nutricional materno tem grande impacto sobre o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, pois o período gestacional é uma fase na qual as necessidades nutricionais são elevadas, decorrentes dos ajustes fisiológicos das gestantes e de nutrientes para o crescimento fetal. Assim, a nutrição é de fundamental importância para o prognóstico da gestação. É importante que a gestante esteja consciente disto e que o profissional de saúde saiba orientá-la e motivá-la a ter hábitos alimentares saudáveis nesse período.

As orientações descritas a seguir subsidiarão os profissionais de saúde na orientação alimentar das gestantes. Gestantes com excesso de peso ou baixo peso necessitam de cuidado individual e orientações direcionadas. Apresentaremos a seguir uma versão adaptada dos *Dez Passos da Gestante*, elaborada pela Coordenação-Geral de Alimentação e Nutrição e por colaboradores<sup>3</sup>.

#### Dez Passos para uma Alimentação Saudável para Gestantes

Faça pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia, evitando ficar mais de três horas sem comer. Entre as refeições, beba água, pelo menos 2 litros (de 6 a 8 copos) por dia.

Para ajudar a controlar o peso durante a gravidez, deve-se orientar a gestante a evitar “pular” as refeições e “beliscar” entre as refeições. Ao fazer todas as refeições, a gestante deve saber que isso evita que seu estômago fique vazio por muito tempo, o que diminui o risco de sentir

<sup>3</sup> A publicação encontra-se disponível em: <<http://nutricao.saude.gov.br>>.



náuseas, vômitos, fraquezas ou desmaios. Além disso, contribui para que ela não sinta muita fome, não exagerando na próxima refeição. Os excessos podem causar desconforto abdominal, principalmente nos últimos meses de gestação, quando o útero está maior e comprime o estômago.

É importante que a gestante seja orientada e incentivada a:

- Apreciar cada refeição, comer devagar, mastigar bem e de forma que evite qualquer tipo de estresse na hora da alimentação.
- Evitar consumir líquidos durante as refeições, para reduzir os sintomas de pirose. Deve preferir consumir, após as refeições, frutas com alto teor de líquidos, como, por exemplo, laranja, tangerina, abacaxi, melancia, entre outras.
- Evitar deitar-se logo após as refeições, pois assim pode evitar mal-estar e pirose.
- Beber água entre as refeições. A água é muito importante para o organismo, pois melhora o funcionamento do intestino e hidrata o corpo. Além disso, o profissional deve explicar que as bebidas açucaradas (como os refrigerantes e os sucos industrializados) e as bebidas com cafeína (café, chá preto e chá mate) não substituem a água, dificultam o aproveitamento de alguns nutrientes e devem ser evitadas durante o período de gestação para favorecer o controle de peso.
- Incluir diariamente nas refeições seis porções do grupo de cereais (arroz, milho, pães e alimentos feitos com farinha de trigo e milho) e tubérculos, como as batatas e raízes, como mandioca/macaxeira/aipim. É importante que dê preferência aos alimentos na sua forma mais natural, pois – além do fato de que são fontes de carboidratos – são ainda boas fontes de fibras, vitaminas e minerais.

Os cereais são os alimentos que representam as fontes de energia mais importantes da nossa alimentação e devem estar em maior quantidade nas refeições. É necessário incentivar o consumo de cereais na sua forma mais natural (integral), pois oferecem maior quantidade de fibras, que auxiliam a regularizar o funcionamento intestinal. Farinha integral, pão integral, aveia e linhaça são alguns exemplos de alimentos integrais.

É importante que a gestante seja orientada e incentivada a distribuir as seis porções recomendadas desse grupo de alimentos em todas as refeições e os lanches do dia. Sugira que, nas refeições principais, a gestante preencha metade do seu prato com esses alimentos. Se ela for adolescente, a quantidade de porções que deve ser consumida poderá ser diferente. Gestantes adolescentes precisam de mais energia e nutrientes para garantir o próprio crescimento físico e o seu desenvolvimento, além de preparar o seu organismo para a amamentação. Portanto, o profissional de saúde deve acompanhar e orientar a gestante adolescente quanto às suas necessidades.

A seguir, são apresentados alguns exemplos de porções de alimentos do grupo dos cereais, dos tubérculos e das raízes:

- Arroz, pães, massas, batata e mandioca = deve-se consumir seis porções ao dia (uma porção = 150kcal).

**Quadro 1 – Porções diárias do grupo de cereais, tubérculos e raízes**

Alimentos	1 porção equivale a:
Arroz branco cozido	4 colheres de sopa
Batata cozida	1 unidade e meia
Biscoito tipo "cream cracker"	5 unidades
Bolo de milho	1 fatia
Cereais matinais	1 xícara de chá
Farinha de mandioca	2 colheres de sopa
Inhame cozido/amassado	3 colheres e meia de sopa
Macarrão cozido	3 colheres e meia de sopa
Mandioca/macaxeira/aipim cozido	4 colheres de sopa
Milho verde em espiga	1 espiga grande
Pão de forma tradicional	2 fatias
Pão francês	1 unidade
Purê de batata	3 colheres de sopa

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição; Universidade de Brasília, 2011.

Deve-se procurar consumir diariamente pelo menos três porções de legumes e verduras como parte das refeições e três porções ou mais de frutas nas sobremesas e nos lanches.

O incentivo ao consumo de frutas, legumes e verduras deve ser uma prática constante do profissional de saúde na atenção à saúde da gestante. Tais alimentos são ótimas fontes de vitaminas, minerais e fibras e, no caso das gestantes, são essenciais para a formação saudável do feto e a proteção da saúde materna. Por isso, deve-se recomendar que os citados alimentos estejam presentes em todas as refeições e lanches do dia.

É importante que a gestante seja orientada e incentivada a:

- Montar um prato colorido e variar os tipos de frutas, legumes e verduras consumidos durante a semana, considerando a disponibilidade de alimentos regionais;
- Consumir hortaliças verde-escuras (por exemplo: couve, brócolis, agrião, taioba, rúcula) e outros alimentos coloridos, como mamão, abóbora, cenoura, laranja, acerola, tomate, caju, pitanga, pêssego, manga, jabuticaba e ameixa;
- Dar preferência a frutas, legumes e verduras crus para obter mais fibras em sua alimentação;
- Lavar em água corrente as frutas, os legumes e as verduras e colocá-los de molho por dez minutos, em água clorada, utilizando produto adequado para este fim (deve-se ler o rótulo da embalagem), na diluição de uma colher de sopa do produto para cada litro de água. Depois, é necessário enxaguar o alimento em água corrente;
- Beber sucos naturais de frutas feitos na hora, pois são melhores fontes de nutrientes. No caso da polpa congelada, ela perde alguns nutrientes, mas ainda é uma opção melhor do que os sucos artificiais, em pó ou em caixinha, e aqueles industrializados, ricos em açúcar, como os néctares de fruta.



A seguir, são apresentados alguns exemplos de porções para o referido grupo de alimentos:

- Verduras e legumes = deve-se consumir três porções ao dia (uma porção = 15kcal).

**Quadro 2 – Porção diária do grupo de verduras e legumes**

Alimentos	1 porção equivale a:
Abóbora cozida	1 colher e meia de sopa
Alface	15 folhas
Berinjela cozida	2 colheres de sopa
Beterraba crua ralada	2 colheres de sopa
Brócolis cozido	4 colheres e meia de sopa
Cenoura crua (picada)	1 colher de servir
Chuchu cozido	2 colheres e meia de sopa
Espinafre cozido	2 colheres e meia de sopa
Jiló cozido	1 colher e meia de sopa
Pepino picado	4 colheres de sopa
Quiabo picado	2 colheres de sopa
Repolho branco cru (picado)	6 colheres de sopa
Rúcula	15 folhas
Tomate comum	4 fatias

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição; Universidade de Brasília, 2011.

- Frutas = deve-se consumir três porções ao dia (uma porção = 70kcal).

**Quadro 3 – Porção diária do grupo de frutas**

Alimentos	1 porção equivale a:
Abacaxi	1 fatia
Ameixa preta seca	3 unidades
Banana prata	1 unidade
Caqui	1 unidade
Goiaba	Meia unidade
Laranja-pêra	1 unidade
Maçã	1 unidade
Mamão-papaia	Meia unidade
Melancia	2 fatias
Salada de frutas (banana, maçã, laranja, mamão)	Meia xícara de chá
Suco de laranja (puro)	Meio copo de requeijão

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição; Universidade de Brasília, 2011.

Deve-se comer feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, cinco vezes na semana. Este prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e é excelente para a saúde.

Quanto à recomendação para a ingestão desses alimentos, deve-se consumir uma parte de feijão para duas partes de arroz cozido. É interessante incentivar que a gestante varie os tipos de feijão usados de acordo com a disponibilidade regional (preto, da colônia, carioquinha, verde, de corda, mulatinho, fradinho, andu, branco e outros) e as formas de preparo, mas evitando o uso de carnes gordas e salgadas ou embutidos, pois elevam a quantidade de gorduras e sal na alimentação.

É importante lembrar que o feijão não é o único alimento do grupo das leguminosas. Logo, o profissional de saúde pode orientar a gestante quanto ao consumo de outros tipos de alimentos desse grupo, como a soja, o grão-de-bico e a lentilha, que podem ser usados no preparo de saladas frias (sempre deve-se considerar o contexto em que a gestante está inserida).

A seguir, apresentamos alguns exemplos de porções para este grupo:

- Feijões = deve-se consumir uma porção ao dia (uma porção = 55kcal).

#### Quadro 4 – Porção diária do grupo de feijões

Alimentos	1 porção equivale a:
Feijão cozido (50% de caldo)	1 concha
Lentilha cozida	2 colheres de sopa
Soja cozida	1 colher de servir

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição; Universidade de Brasília, 2011.

Outra orientação que pode ser feita é a respeito do consumo de sementes (de girassol, gergelim, abóbora e outras) e castanhas (do Brasil, de caju, nozes, amendoim, amêndoas e outras). Tais alimentos são fontes de proteínas e de gorduras de boa qualidade. Ao recomendar o seu consumo, o profissional de saúde deve se lembrar de que é melhor comer as sementes sem sal e, se for preciso, assadas.

Deve-se consumir diariamente três porções de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos. É necessário retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação, tornando tais alimentos mais saudáveis.

Leite e derivados são as principais fontes de cálcio na alimentação. Carnes, aves, peixes e ovos fazem parte de uma alimentação nutritiva e são ricos em proteínas de boa qualidade.

Alguns exemplos de porções para estes dois grupos de alimentos são apresentados a seguir:

- Leites, queijos, iogurtes = deve-se consumir três porções ao dia (uma porção = 120kcal).

#### Quadro 5 – Porção diária de leites, queijos e iogurtes

Alimentos	1 porção equivale a:
Iogurte desnatado de frutas	1 pote
Iogurte integral natural	1 copo de requeijão
Leite tipo C	1 copo de requeijão
Queijo tipo minas frescal	1 fatia grande
Queijo tipo muçarela	3 fatias

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição; Universidade de Brasília, 2011.

- Carnes, peixes e ovos = deve-se consumir uma porção ao dia (uma porção = 190kcal).

**Quadro 6 – Porção diária de carnes, peixes e ovos**

Alimentos	1 porção equivale a:
Bife grelhado	1 unidade
Carne assada	1 fatia pequena
Filé de frango grelhado	1 unidade
Omelete simples	1 unidade
Peixe espada cozido	1 porção

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição; Universidade de Brasília, 2011.

É importante que a gestante seja orientada e incentivada a:

- Evitar acrescentar café ou achocolatado ao leite, pois tais alimentos também reduzem o aproveitamento do cálcio do leite. Recomende o consumo de leite e derivados nas formas integrais, caso não haja orientação contrária do nutricionista ou de outro profissional de saúde.
- Consumir mais peixes e frangos e sempre preferir as carnes magras, retirando a pele e a gordura visível. Estimule o consumo de peixe fresco pelo menos duas vezes por semana. Tanto os de água doce como os de água salgada são saudáveis.
- Evitar carnes cruas ou mal passadas, porque podem transmitir doenças, como verminose, entre outras. Deve-se orientá-la sempre para um adequado preparo desses alimentos.
- Diminuir o consumo de gorduras. Deve-se consumir, no máximo, uma porção diária de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina. Além disso, ela deve ficar atenta aos rótulos dos alimentos e preferir aqueles livres de gorduras trans.

O consumo excessivo de alimentos fontes de gorduras está associado ao surgimento de obesidade, pressão alta e outras doenças do coração. Portanto, deve-se sempre recomendar a redução desses tipos de alimentos.

A seguir, encontram-se exemplos de porções deste grupo de alimentos:

- Óleos e gorduras = deve-se consumir uma porção ao dia (uma porção = 73kcal).

**Quadro 7 – Porção diária de óleos e gorduras**

Alimentos	1 porção equivale a:
Óleo vegetal	1 colher de sopa
Azeite de oliva	1 colher de sopa
Manteiga	Meia colher de sopa
Margarina vegetal	Meia colher de sopa

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição; Universidade de Brasília, 2011.

É importante que a gestante seja orientada e incentivada a:

- Reduzir para, no máximo, uma vez por semana o consumo de alimentos gordurosos, como carnes com gordura visível, embutidos (salsicha, linguiça, salame, presunto, mortadela), queijos amarelos, salgadinhos, chocolates e sorvetes.
- Saber também que alimentos com pequena quantidade de gordura contribuem para reduzir o desconforto das náuseas e dos vômitos.
- Usar óleos vegetais (de soja, canola, girassol, milho ou algodão) em vez de margarina, gordura vegetal, manteiga ou banha para cozinhar.
- Ter atenção à quantidade: uma lata de óleo por mês é suficiente para uma família de quatro pessoas. Além disso, no lugar das frituras, deve-se preferir preparações assadas, cozidas, ensopadas e grelhadas.
- Dar preferência ao azeite de oliva para temperar saladas, sem exagerar na quantidade. Deve-se evitar usá-lo para cozinhar, pois o azeite perde sua qualidade nutricional quando aquecido.
- Evitar refrigerantes e sucos industrializados, biscoitos recheados e outras guloseimas no seu dia a dia.

O consumo frequente e em grande quantidade de sobremesas doces aumenta o risco de complicações na gestação, como excesso de peso, obesidade, diabetes gestacional e pressão alta, que prejudicam o adequado crescimento do feto. Além disso, o excesso de açúcar está relacionado ao surgimento das cáries dentárias. Por isso, o profissional de saúde deve sempre recomendar a redução desses alimentos e sugerir opções mais saudáveis, como as frutas.

O quadro a seguir apresenta exemplos de porções desse grupo de alimentos:

- Açúcares e doces = deve-se consumir no máximo uma porção ao dia (uma porção = 110kcal).

#### Quadro 8 – Porção diária de açúcares e doces

Alimentos	1 porção equivale a:
Açúcar cristal	1 colher de sopa
Geleia de frutas	1 colher de sopa

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição; Universidade de Brasília, 2011.

É importante que a gestante seja orientada e incentivada a:

- Preferir consumir frutas como sobremesa. Além de saborosas, são opções de alimentos mais saudáveis e ricos em vitaminas e minerais.
- Consumir no máximo uma porção por dia, caso deseje consumir açúcares e doces. É importante que sejam citados os riscos relacionados ao consumo destes alimentos para a saúde da gestante e do feto, a fim de alertar a gestante quanto à importância do seu autocuidado à saúde.
- Valorizar o sabor natural dos alimentos e das bebidas, evitando ou reduzindo o açúcar adicionado a eles.

- Evitar, na gravidez, refrigerantes e sucos industrializados, porque contêm corantes artificiais, aromatizantes e açúcar. O uso de adoçantes durante a gestação deve ser reservado para as mulheres que precisam controlar o ganho de peso e para as diabéticas. Para estes casos, o profissional de saúde deve fornecer as informações necessárias sobre o uso de adoçantes.
- Diminuir a quantidade de sal na comida e retirar o saleiro da mesa. Deve-se evitar consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio), como hambúrguer, charque, salsicha, linguiça, presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas prontas, molhos e temperos prontos.

A quantidade de sal por dia deve ser de, no máximo, uma colher de chá rasa (5g), por pessoa, distribuída em todas as refeições. O consumo excessivo de sódio (presente no sal de cozinha e em alimentos industrializados) aumenta o risco de pressão alta, doenças do coração e rins, além de causar ou agravar o edema comum na gravidez. A maioria das mortes maternas no Brasil ocorre por complicações da pressão alta durante a gravidez.

É importante que a gestante seja orientada e incentivada a:

- Utilizar temperos naturais, como cheiro verde, alho, cebola, ervas frescas ou secas e suco de frutas, como limão, para temperar e valorizar o sabor natural dos alimentos e, com isso, reduzir a quantidade de sal.
- Ler o rótulo, ao comprar produtos industrializados, e escolher aqueles com menor quantidade de sódio. Deve lembrar que o sal também pode apresentar-se na lista de ingredientes com o nome de cloreto de sódio.
- Utilizar somente sal iodado. O iodo é um importante mineral para o corpo humano e, por isso, recomenda-se o uso do sal iodado. Deve-se evitar o uso de sal destinado ao consumo animal, porque este sal não tem iodo. A falta do citado mineral durante a gestação está associada a uma série de riscos, como aborto, baixo peso da criança ao nascer, retardamento mental e físico ou risco de apresentar dificuldades de aprendizado.
- Em casa, guardar o sal sempre em local fresco e ventilado, longe do calor do sol, do forno ou fogão.
- Para evitar a anemia, consumir diariamente alimentos que são fontes de ferro, como carnes, vísceras, feijão, lentilha, grão-de-bico, soja, folhas verde-escuras, grãos integrais e castanhas, entre outros. Deve-se consumir, juntamente com esses alimentos, aqueles que são fontes de vitamina C, como acerola, laranja, caju e limão, entre outros.

A anemia é uma doença causada, principalmente, pela ingestão insuficiente de ferro. Na gestação, está associada ao maior risco de morte tanto para a mãe quanto para a criança, além de parto prematuro, baixo peso ao nascer e o surgimento de infecções. Para evitar a anemia, a gestante deve consumir diariamente alimentos de origem animal e vegetal ricos em ferro (BRASIL, 2004g).

É importante que a gestante seja orientada e incentivada a:

- Consumir diariamente alimentos de origem animal ricos em ferro, tais como: carnes em geral, vísceras (fígado, coração, moela), entre outros. Deve consumir também os alimentos de origem vegetal: feijão, lentilha, grão-de-bico, soja, folhas verde-escuras (por exemplo: brócolis, couve, espinafre, rúcula e taioba), grãos integrais, nozes e castanhas, goiaba, carambola, mangaba, açaí, entre outros.

- Procurar o serviço de saúde do seu município, a partir da 20ª semana de gestação e até o 3º mês pós-parto, para receber a suplementação de ferro preventiva. Ela também deve ser informada de que as farinhas de trigo e milho comercializadas no Brasil são enriquecidas com ferro e ácido fólico, para ajudar na prevenção e no controle da anemia.
- Manter o ganho de peso gestacional dentro de limites saudáveis. Deve ainda praticar, seguindo orientação de um profissional de saúde, alguma atividade física, além de evitar as bebidas alcoólicas e o fumo.

O ferro nos alimentos de origem animal é absorvido de forma melhor pelo organismo do que o ferro dos alimentos vegetais. Para aproveitar melhor o ferro dos alimentos de origem vegetal, a gestante deve consumir, logo após as refeições, meio copo de suco de fruta natural ou a própria fruta que seja fonte de vitamina C, como acerola, laranja, caju e limão, entre outras.

É essencial que o nutricionista ou outro profissional de saúde acompanhe a evolução do peso da gestante, durante o pré-natal, e que incentive que a própria gestante também faça seu acompanhamento por meio do Cartão da Gestante. De uma forma geral, recomenda-se que: (i) as gestantes que iniciaram a gravidez com baixo peso ganhem entre 12,5kg e 18kg; (ii) as que iniciaram a gravidez com peso normal ganhem entre 11,5kg e 16kg; (iii) as que iniciaram a gravidez com sobrepeso ganhem entre 7kg e 11,5kg; e (iv) as que iniciaram a gravidez com obesidade ganhem entre 5kg e 9kg durante todo o período gestacional. A adequação do ganho de peso saudável durante a gravidez deve ser feita por um profissional de saúde durante as consultas do pré-natal<sup>4</sup>.

O excesso de peso materno é fator de risco para diabetes gestacional, aumento da pressão arterial e outros problemas circulatórios. Além disso, está relacionado ao nascimento prematuro, a defeitos no sistema nervoso da criança e ao aumento de partos cesáreos.

A alimentação saudável, a atividade física e a prática corporal regular são aliadas fundamentais no controle do peso, na redução do risco de doenças e na melhoria da qualidade de vida. As práticas corporais agregam diversas formas de o ser humano se manifestar por meio do corpo e contemplam, além das modalidades esportivas conhecidas e das caminhadas, o *tai chi chuan*, o *lian gong*, a *ioga*, entre outras.

O incentivo, a orientação e a promoção da alimentação saudável, da atividade física e das práticas corporais no âmbito da atenção básica da saúde da gestante devem ser ações constantes do profissional de saúde, a fim de tornar o dia a dia da gestante mais ativo.

É importante lembrar à gestante que, além de uma alimentação saudável e da prática corporal/ atividade física regular, ela deve evitar o fumo e o consumo de álcool, pois são hábitos prejudiciais para a sua saúde e o crescimento do feto e que aumentam o risco de nascimento prematuro.

## 5.8 Controle da pressão arterial (PA)

Os *guidelines* recomendam a medida da PA em todas as consultas de pré-natal (grau de recomendação C).

<sup>4</sup> Para mais informações sobre a avaliação nutricional da gestante, consulte os protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (Sisvan), disponíveis na página: <<http://nutricao.saude.gov.br>>.

Conceitua-se hipertensão arterial na gestação a partir dos seguintes parâmetros:

- A observação de níveis tensionais absolutos iguais ou maiores do que 140mmHg de pressão sistólica e iguais ou maiores do que 90mmHg de pressão diastólica, mantidos em medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos três ocasiões. Este conceito é mais simples e preciso. A PA diastólica deve ser identificada pela fase V de Korotkoff.
- O aumento de 30mmHg ou mais na pressão sistólica (máxima) e/ou de 15mmHg ou mais na pressão diastólica (mínima), em relação aos níveis tensionais pré-gestacionais e/ou conhecidos até a 16ª semana de gestação, representa um conceito que foi muito utilizado no passado e ainda é utilizado por alguns. Entretanto, apresenta alto índice de falsos positivos, sendo utilizado de melhor forma como sinal de alerta e para agendamento de controles mais próximos.

A *hipertensão arterial sistêmica* (HAS) na gestação é classificada nas seguintes categorias principais:

- Pré-eclâmpsia: caracterizada pelo aparecimento de HAS e proteinúria (> 300 mg/24h) após a 20ª semana de gestação em mulheres previamente normotensas;
- Eclâmpsia: corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas;
- Pré-eclâmpsia superposta à HAS crônica: definida pela elevação aguda da PA, à qual se agregam proteinúria, trombocitopenia ou anormalidades da função hepática, em gestantes portadoras de HAS crônica com idade gestacional superior a 20 semanas;
- Hipertensão arterial sistêmica crônica: é definida por hipertensão registrada antes da gestação, no período que precede à 20ª semana de gravidez ou além de doze semanas após o parto;
- Hipertensão gestacional: caracterizada por HAS detectada após a 20ª semana, sem proteinúria, podendo ser definida como "transitória" (quando ocorre normalização após o parto) ou "crônica" (quando persistir a hipertensão).

As alterações hipertensivas da gestação estão associadas a complicações graves fetais e maternas e a um risco maior de mortalidade materna e perinatal. Nos países em desenvolvimento, a hipertensão gestacional é a principal causa de mortalidade materna, sendo responsável por um grande número de internações em centros de tratamento intensivo.

I. Procedimentos recomendados para a medida da pressão arterial:

- Preparo da paciente:

1. Explique o procedimento à gestante e a deixe em repouso por pelo menos 5 minutos em ambiente calmo. Ela deve ser instruída a não conversar durante a medida. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou após o procedimento.

2. Certifique-se de que ela não:

- está com a bexiga cheia;

- praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos;
- ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos;
- fumou nos 30 minutos anteriores.

3. Posicionamento da gestante: ela deve estar na posição sentada, com as pernas descruzadas, com os pés apoiados no chão e o dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (no nível do ponto médio do esterno ou no 4º espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido. A PA também pode ser medida no braço esquerdo, na posição de decúbito lateral esquerdo, em repouso, e a gestante não deve diferir da posição sentada.

Para a medida propriamente, após certificar-se de que o esfigmomanômetro esteja calibrado:

1. Obtenha a circunferência aproximadamente no meio do braço. Após a medida, selecione o manguito de tamanho adequado ao braço.
2. Coloque o manguito, sem deixar folgas, a 2 ou 3cm acima da fossa cubital.
3. Centralize o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial.
4. Estime o nível da pressão sistólica pela palpação do pulso radial. O seu reaparecimento corresponderá à PA sistólica.
5. Palpe a artéria braquial na fossa cubital e coloque a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva.
6. Infle rapidamente o equipamento até ultrapassar 20 a 30mmHg do nível estimado da pressão sistólica obtido pela palpação.
7. Proceda à deflação lentamente (velocidade de 2mmHg por segundo).
8. Determine a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é em geral fraco, seguido de batidas regulares, e depois aumente ligeiramente a velocidade de deflação.
9. Determine a pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff).
10. Ausculte cerca de 20 a 30mmHg abaixo do último som, para confirmar seu desaparecimento, e depois proceda à deflação rápida e completa.
11. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determine a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anote os valores da sistólica/diastólica/zero.
12. Sugere-se esperar em torno de um minuto para nova medida, embora este aspecto seja controverso.
13. Informe os valores de pressões arteriais obtidos para a paciente.
14. Anote os valores exatos sem “arredondamentos” e o braço em que a pressão arterial foi medida.



## II. Conduta conforme a medida da pressão arterial:

**Quadro 9 – Avaliação da pressão arterial em gestantes**

Achados	Condutas
Níveis de PA conhecidos e normais antes da gestação:  Manutenção dos mesmos níveis de PA.	Níveis tensionais normais: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenha o calendário habitual;</li> <li>• Cuide da alimentação;</li> <li>• Pratique atividade física regularmente.</li> </ul>
Níveis de PA desconhecidos antes da gestação:  Valores da pressão < 140/90mmHg.	Considere o aumento dos níveis tensionais em relação aos níveis anteriores à gestação: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminua a ingestão de sal;</li> <li>• Aumente a ingestão hídrica.</li> <li>• Pratique atividade física regularmente.</li> </ul>
Níveis de PA conhecidos e normais antes da gestação:  Aumento da PA, mantendo nível < 140/90mmHg.	Sinal de alerta: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminua a ingestão de sal;</li> <li>• Aumente a ingestão hídrica;</li> <li>• Pratique atividade física regularmente.</li> <li>• Agende controles mais próximos.</li> </ul>
Níveis de PA conhecidos ou desconhecidos antes da gestação:  Valores da PA > 140/90mmHg e < 160/110, sem sintomas e sem ganho ponderal maior do que 500g semanais.	Considere HAS na gestação: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atente para a possibilidade de erro de cálculo da idade gestacional (IG);</li> <li>• Realize proteinúria (teste rápido);</li> <li>• A gestante deve ser vista pelo médico da unidade e deve ser avaliada a possibilidade de polidrâmnio, macrosomia, gravidez gemelar, mola hidatiforme;</li> <li>• Solicite ultrassonografia, se possível;</li> <li>• Caso permaneça dúvida, marque retorno em 15 dias para reavaliação ou, se possível, faça o encaminhamento da gestante para o serviço de alto risco.</li> </ul>
Níveis de PA conhecidos ou desconhecidos antes da gestação:  Valores de PA > 140/90mmHg, proteinúria (teste rápido) positiva e/ou com sintomas clínicos (cefaleia, epigastria, escotomas, reflexos tendíneos aumentados) ou paciente assintomática, porém com níveis de PA > 160/110mmHg.	Paciente com suspeita de pré-eclâmpsia grave: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deve-se referir imediatamente a gestante ao pré-natal de alto risco e/ou à unidade de referência hospitalar.</li> </ul>
Paciente com hipertensão arterial crônica, moderada ou grave, ou em uso de medicação anti-hipertensiva.	Paciente de risco: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deve-se referir a gestante ao pré-natal de alto risco.</li> </ul>

Fonte: Brasil, 2005e.

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

## 5.9 Palpação obstétrica e medida da altura uterina (AU)

Objetivos:

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

(Grau de recomendação B)

A palpação obstétrica deve ser realizada antes da medida da altura uterina. Ela deve iniciar-se pela delimitação do fundo uterino, bem como de todo o contorno da superfície uterina (este 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-se identificar os polos cefálico e pélvico e o dorso fetal, facilmente identificados a partir do terceiro trimestre. Pode-se, ainda, estimar a quantidade de líquido amniótico.

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

Técnica para palpação abdominal (Manobras de Leopold):

Consiste em um método palpatório do abdome materno em 4 passos (grau de recomendação B):

- Delimite o fundo do útero com a borda cubital de ambas as mãos e reconheça a parte fetal que o ocupa;
- Deslize as mãos do fundo uterino até o polo inferior do útero, procurando sentir o dorso e as pequenas partes do feto;
- Explore a mobilidade do polo, que se apresenta no estreito superior pélvico;
- Determine a situação fetal, colocando as mãos sobre as fossas ilíacas, deslizando-as em direção à escava pélvica e abarcando o polo fetal, que se apresenta. As situações que podem ser encontradas são: longitudinal (apresentação cefálica e pélvica), transversa (apresentação córmica) e oblíquas.

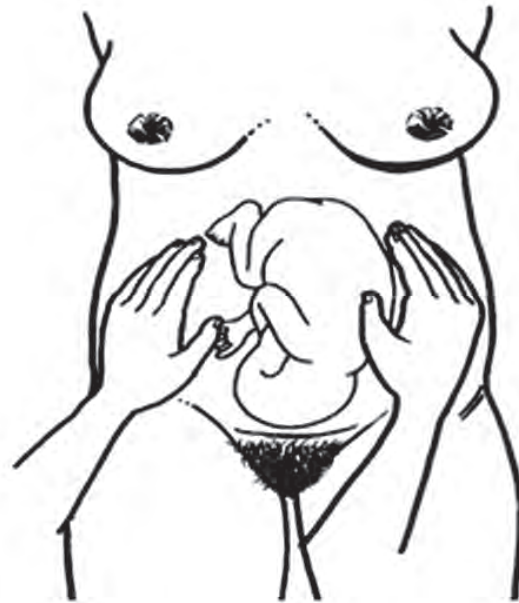
Manobras de palpação:

**Figura 2 – Manobras de palpação**

1º tempo



2º tempo



3º tempo



4º tempo



Fonte: (BRASIL, 2005e).

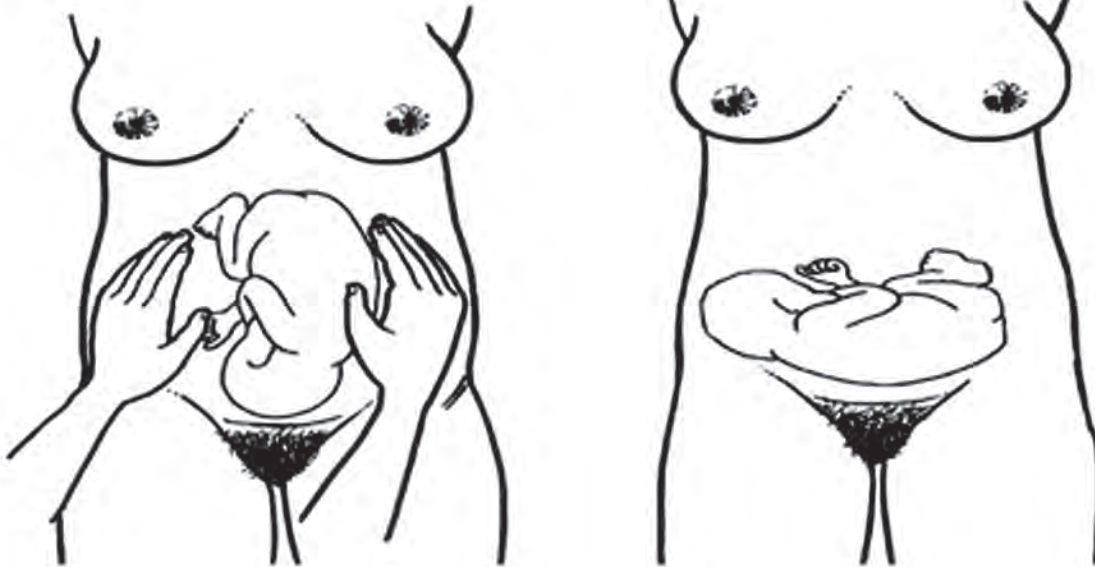
O feto pode estar em situação longitudinal (mais comum) ou transversa. A situação transversa reduz a medida de altura uterina, podendo falsear sua relação com a idade gestacional. As apresentações mais frequentes são a cefálica e a pélvica.

**Figura 3 – Manobras de palpção da situação fetal**

Situação

Longitudinal

Transversa



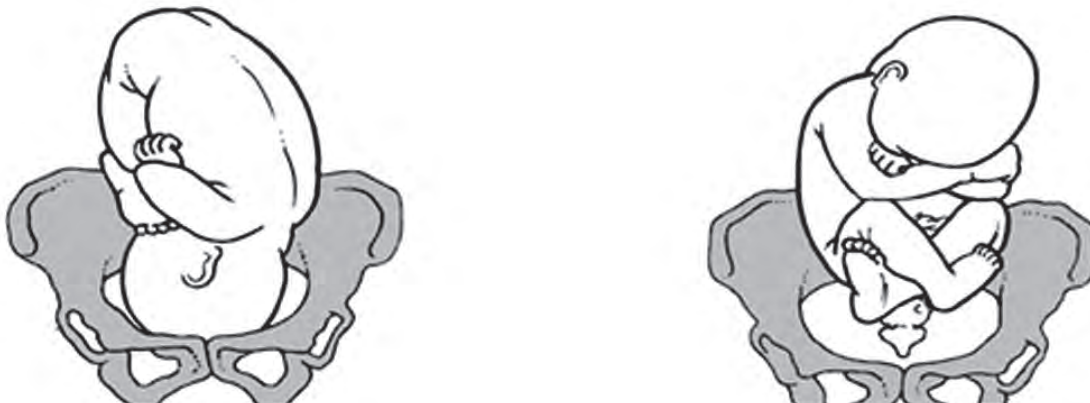
Fonte: (BRASIL, 2005e).

**Figura 4 – Tipos de apresentação fetal**

Apresentação

Cefálica

Pélvica



Fonte: (BRASIL, 2005e).

A situação transversa e a apresentação pélvica, ao final da gestação, podem significar risco no momento do parto. Nestas condições, a mulher deve ser referida para a unidade hospitalar de referência que tenha condições de atender caso de distócia.

### 5.9.1 Medida da altura uterina (AU)

95

#### Objetivo:

Visa ao acompanhamento do crescimento fetal e à detecção precoce de alterações. Use como indicador a medida da altura uterina e sua relação com o número de semanas de gestação (grau de recomendação B).

Padrão de referência: curvas de altura uterina para idade gestacional desenhadas a partir dos dados do Centro Latino-Americano de Perinatologia (Clap). Existem, ainda, outras curvas nacionais e internacionais utilizadas por alguns serviços isoladamente (grau de recomendação B).

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

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

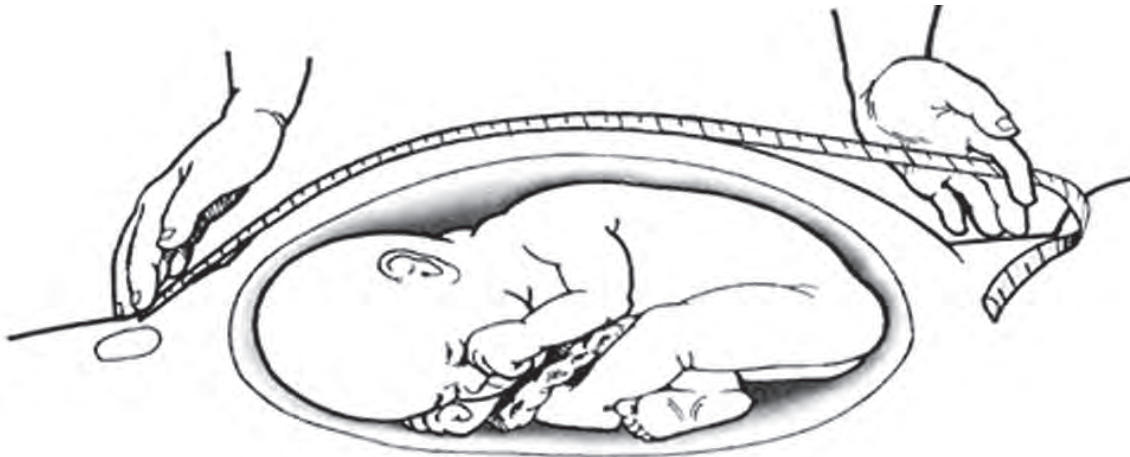
O resultado estará adequado quando estiver contido entre as duas linhas: excessivo (acima do percentil 90) e deficiente (abaixo do percentil 10).

#### I. Técnica para medida da altura uterina:

- Posicione a gestante em decúbito dorsal, com o abdome descoberto;
- Delimite a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino;
- Por meio da palpação, procure corrigir a comum dextroversão uterina;
- Fixe a extremidade inicial (0cm) da fita métrica, flexível e não extensível, na borda superior da sínfise púbica com uma das mãos, passando-a entre os dedos indicador e médio.
- Deslize a fita métrica entre os dedos indicador e médio da outra mão até alcançar o fundo do útero com a margem cubital da mesma mão;
- Proceda à leitura quando a borda cubital da mão atingir o fundo uterino;
- Anote a medida (em centímetros) na ficha e no cartão e marque o ponto na curva da altura uterina.



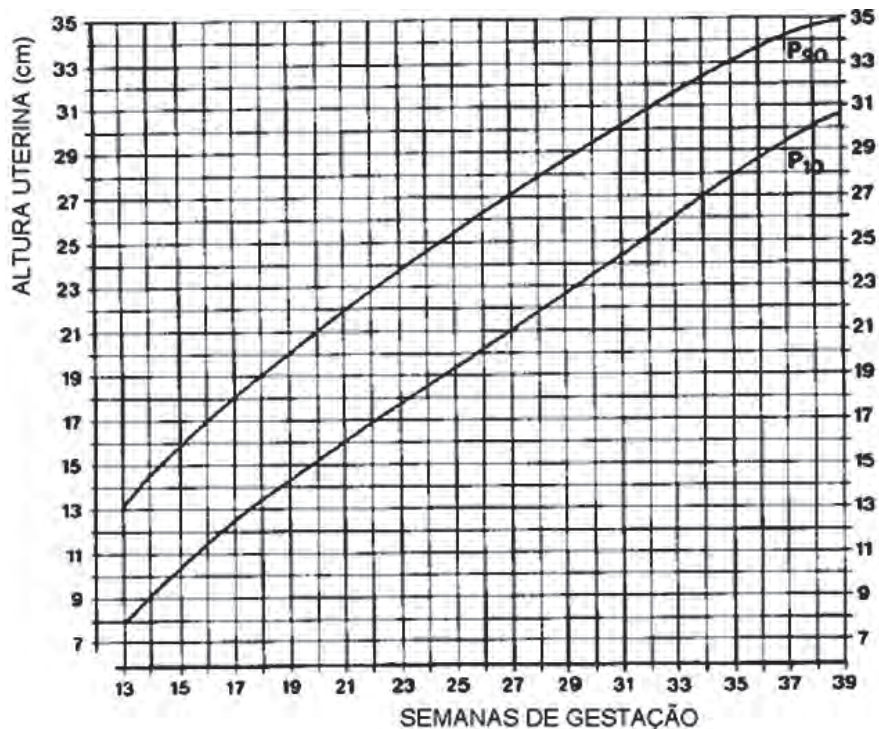
**Figura 5 – Medida da altura uterina**



Fonte: (BRASIL, 2005e).

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

**Gráfico 5 – Altura uterina vs. semanas de gestação**



Fonte: (BRASIL, 2000).

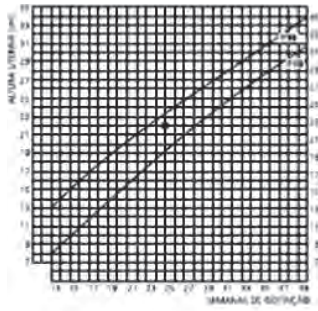
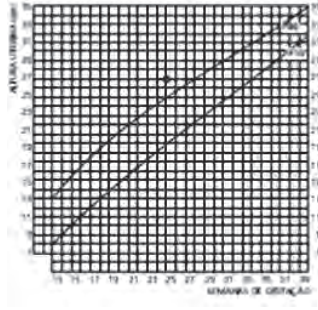
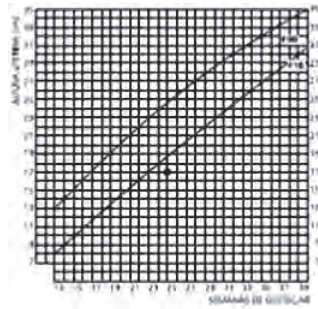
Quando os dados da amenorreia são confiáveis e se descarta a possibilidade de feto morto e oligoâmnio, a medida da altura uterina permite diagnosticar o crescimento intrauterino retardado com uma sensibilidade de 56% e uma especificidade de 91%.

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

Existem diferentes métodos de medida que oferecem valores diferentes; por isso, é imprescindível normalizar a forma de medir e utilizar padrões normais de referência que tenham sido elaborados com a mesma técnica (BRASIL, 2000b).

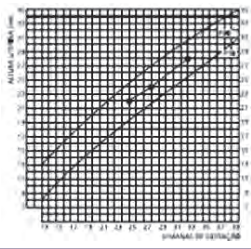
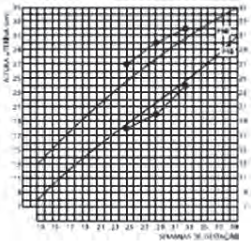
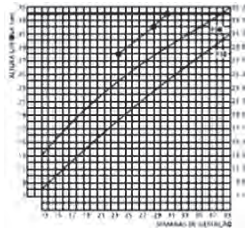
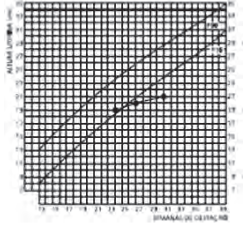
II. Interpretação do traçado obtido e condutas:

**Tabela 4 – Posição do ponto obtido na primeira medida em relação às curvas**

Gráfico	Ponto	Conduta
	Entre as curvas inferiores e superiores.	Siga o calendário de atendimento de rotina.
	Acima da curva superior.	Atente para a possibilidade de erro de cálculo da idade gestacional (IG). A gestante deve ser vista pelo médico da unidade e deve ser avaliada a possibilidade de polidrâmnio, macrossomia, gestação gemelar, mola hidatiforme. Solicite ultrassonografia, se possível. Caso permaneça dúvida, marque retorno em 15 dias para reavaliação ou, se possível, faça o encaminhamento da paciente para o serviço de alto risco.
	Abaixo da curva inferior.	Atente para a possibilidade de erro de cálculo da IG. A gestante deve ser vista pelo médico da unidade para se avaliar a possibilidade de feto morto, oligodrâmnio, ou restrição de crescimento intrauterino. Solicite ultrassonografia, se possível. Caso permaneça dúvida, marque retorno em 15 dias para reavaliação ou, se possível, faça o encaminhamento da paciente para o serviço de alto risco.

Fonte: (BRASIL, 2005e).

**Tabela 5 – Consultas subsequentes, avaliação do traçado**

Gráfico	Traçado	Interpretação	Conduta
	Evoluindo entre as curvas superiores.	Crescimento normal.	Siga o calendário de atendimento de rotina.
	Evoluindo acima da curva superior (a) ou abaixo da curva inferior (b) com a mesma inclinação destas.	É possível que a IG seja maior (a) ou menor (b) do que a estimada.	Encaminhe a gestante à consulta médica para: 1. confirmar tipo de curva; 2. confirmar a IG, se possível com USG; 3. referir a paciente ao PN de alto risco, na suspeita de desvio do crescimento.
	Evoluindo acima da curva superior e com inclinação maior do que esta.	É possível tratar-se de gestação múltipla, polidrâmnio, macrosomia ou outra situação.	É necessário referir a paciente ao pré-natal de alto risco. Se possível, solicite USG.
	Evoluindo com inclinação persistentemente menor do que a curva inferior.	Se o traçado cruzar a curva inferior ou estiver afastando-se dela, há provável restrição do crescimento.	É necessário referir a paciente ao pré-natal de alto risco.

Fonte: (BRASIL, 2005e).

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

## 5.9.2 Ausculta dos batimentos cardíofetais

Objetivo:

Constatar a cada consulta a presença, o ritmo, a frequência e a normalidade dos batimentos cardíacos fetais (BCF). Deve ser realizada com sonar, após 12 semanas de gestação, ou com Pinard, após 20 semanas (grau de recomendação C).



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

Observação: após uma contração uterina, a movimentação fetal ou o estímulo mecânico sobre o útero, um aumento transitório na frequência cardíaca fetal é sinal de boa vitalidade. Por outro lado, uma desaceleração ou a não alteração da frequência cardíaca fetal, concomitante a estes eventos, é sinal de alerta, o que requer aplicação de metodologia para avaliação da vitalidade fetal. Nestes casos, recomenda-se referir a gestante para um nível de maior complexidade ou à maternidade.

#### I. Técnica para ausculta dos batimentos cardíofetais:

- Posicione a gestante em decúbito dorsal, com o abdômen descoberto;
- Identifique o dorso fetal. Além de realizar a palpação, deve-se perguntar à gestante em qual lado ela sente mais os movimentos fetais; o dorso estará no lado oposto;
- Segure o estetoscópio de Pinard pelo tubo, encostando a extremidade de abertura mais ampla no local previamente identificado como correspondente ao dorso fetal;
- Encoste o pavilhão da orelha na outra extremidade do estetoscópio;
- Faça, com a cabeça, leve pressão sobre o estetoscópio e, só então, retire a mão que segura o tubo;
- Quando disponível, utilize o sonar *doppler*;
- Procure o ponto de melhor ausculta dos BCF na região do dorso fetal;
- Controle o pulso da gestante para certificar-se de que os batimentos ouvidos são os do feto, já que as frequências são diferentes;
- Conte os batimentos cardíacos fetais por um minuto, observando sua frequência e seu ritmo;
- Registre os BCF na ficha perinatal e no Cartão da Gestante;
- Avalie resultados da ausculta dos BCF.

**Figura 6 – Técnica de ausculta dos BCF – Pinard**



Fonte: (BRASIL, 2005e).

**Quadro 10 – Avaliação dos batimentos cardíacos fetais (BCF)**

Achado	Conduta
BCF não audíveis com estetoscópio de Pinard, quando a idade gestacional for igual ou maior do que 24 semanas.	Alerta: Verifique o erro de estimativa da idade gestacional. Afastar as condições que prejudiquem uma boa ausculta: obesidade materna, dificuldade de identificar o dorso fetal. Mantenha o calendário mínimo de consulta, se houver percepção materna e constatação objetiva de movimentos fetais e/ou se o útero estiver crescendo. Agende consulta médica ou faça a referência da paciente para o serviço de maior complexidade, se a mãe não mais perceber movimentação fetal e/ou se o crescimento uterino estiver estacionário.
Bradycardia e taquicardia.	Sinal de alerta: Afastar a febre e/ou recomendar o uso de medicamentos pela mãe. Deve-se suspeitar de sofrimento fetal. O médico da unidade de saúde deve avaliar a gestante e o feto. Na persistência do sinal, encaminhar a gestante para o serviço de maior complexidade ou para o pronto-atendimento obstétrico.

Fonte: (BRASIL, 2005e).

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

O *kit* da UBS, contemplado na Rede Cegonha, conta com sonar, fita métrica, gestograma, caderno de atenção básica (CAB) pré-natal e balança de adulto.

Em UBS com até 3 EAB/ESF, será disponibilizado um sonar. Em UBS com mais de 3 EAB/ESF, estará disponível um sonar para cada equipe. O *kit* da UBS será doado pelo MS a todos os municípios do País, independentemente da adesão à Rede Cegonha.

### 5.9.3 Registro dos movimentos fetais

Objetivo:

Avaliação clínica do bem-estar fetal na gravidez a partir da 34ª semana gestacional (grau de recomendação C).

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

Os padrões da atividade fetal mudam com a evolução da gravidez. Inicialmente, os movimentos são débeis e pouco 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, isoimunização pelo fator Rh ou malformações congênitas) quanto de fatores exógenos (como a atividade materna excessiva, o uso de medicamentos sedativos, álcool e nicotina, entre 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 (mobilograma), realizado pela gestante, como instrumento de avaliação fetal simples, de baixo custo, que não requer instrumentalização e não tem contraindicações.

Não existe na literatura padronização quanto ao método de registro. O importante é utilizar técnica simples e por período de tempo não muito longo, para não se tornar exaustivo e facilitar a sua realização sistemática pela mulher. Em gestação de baixo risco, o registro diário dos movimentos fetais pode ser iniciado a partir da 34ª semana gestacional. Existem vários métodos descritos (Cf. BRASIL, 2010d). O método a seguir é recomendado por sua praticidade.

#### **5.9.3.1 Método de registro diário de movimentos fetais (RDMF)**

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

- Escolha um período do dia em que possa estar mais atenta aos movimentos fetais;
- Alimente-se previamente ao início do registro;
- Sente-se com a mão sobre o abdome;
- Registre os movimentos do feto nos espaços demarcados pelo formulário, anotando o horário de início e de término do registro.

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

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

1º Alimente-se antes de começar o registro;

2º Fique em posição semi-sentada, com a mão no abdome;

3º Marque o horário de início;

4º Registre seis movimentos e marque o horário do último;

5º Se, em uma hora, o bebê não se mexer seis vezes, pare de contar os movimentos. Repita o registro. Se persistir a diminuição, procure a unidade de saúde.

102

**Tabela 6 – Formulário para registro diário de movimentos fetais (RDMF)**

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

Fonte: (BRASIL, 2005e).

Obs.: A rotina de avaliação da movimentação fetal não deve ser recomendada (grau de recomendação A). Não existem parâmetros na literatura médica para quantificar a normalidade dos movimentos fetais. A movimentação deve ser valorizada de acordo com a situação clínica de cada paciente. Há evidências contrárias à realização da cardiotocografia anteparto em gestações de baixo risco (em torno de 50% de falsos positivos).

## 5.9.4 Teste do estímulo sonoro simplificado (Tess)

### 1. Material necessário:

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

### 2. Técnica:

- Coloque a mulher em decúbito dorsal com a cabeceira elevada (posição de Fowler);
- Palpe o polo cefálico;
- Ausculte os BCF por quatro períodos de 15 segundos e calcule a média (obs.: a gestante não deve estar com contração uterina);
- Realize o estímulo sonoro, colocando a buzina sobre o polo cefálico fetal com ligeira compressão sobre o abdome materno (aplique o estímulo entre três e cinco segundos ininterruptos). Durante a realização do estímulo, deve-se observar o abdome materno, procurando identificar movimentos fetais visíveis;
- Imediatamente após o estímulo, repita a ausculta dos BCF por novos quatro períodos de 15 segundos e refaça a média dos batimentos.

### 3. Interpretação do resultado:

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

Na presença de teste simplificado negativo e/ou desaceleração da frequência cardíaca fetal, está indicada a utilização de método mais apurado para avaliação da vitalidade fetal. Faça a referência da paciente para um serviço especializado no atendimento à gestante ou um pronto-atendimento obstétrico.

## 5.9.5 Verificação da presença de edema

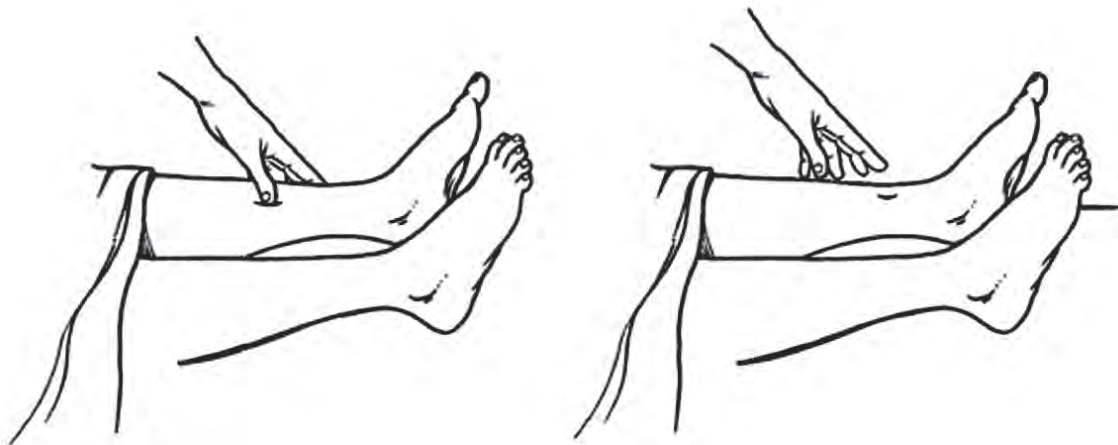
Objetivo:

Detectar precocemente a ocorrência de edema patológico (grau de recomendação C).

Nos membros inferiores:

- Posicione a gestante em decúbito dorsal ou sentada, sem meias;
- Pressione a pele na altura do tornozelo (região perimaleolar) e na perna, no nível do seu terço médio, face anterior (região pré-tibial). O edema fica evidenciado mediante presença de depressão duradoura no local pressionado.

**Figura 7 – Técnica de palpação de edema maleolar**



Fonte: (BRASIL, 2005e).

Na região sacra:

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

**Figura 8 – Técnica de palpação de edema lombar**



Fonte: (BRASIL, 2005e).

Na face e nos membros superiores, identifique a presença de edema pela inspeção.

A presença de edema ocorre em 80% das gestantes e ele é pouco sensível e específico para o diagnóstico de pré-eclâmpsia.

**Quadro 11 – Avaliação da presença de edema**

Achados	Anote	Condutas
Edema ausente.	-	Acompanhe a gestante, seguindo o calendário de rotina.
Apenas edema de tornozelo, sem hipertensão ou aumento súbito de peso.	(+)	Verifique se o edema está relacionado à postura, ao fim do dia, ao aumento da temperatura ou ao tipo de calçado.
Edema limitado aos membros inferiores, porém na presença de hipertensão ou ganho de peso.	(++)	Oriente repouso em decúbito lateral esquerdo. Verifique a presença de sinais ou sintomas de pré-eclâmpsia grave e interrogue a gestante sobre os movimentos fetais. Marque retorno em sete dias, na ausência de sintomas. A gestante deve ser avaliada e acompanhada pelo médico da unidade, de acordo com o calendário de rotina. Caso haja hipertensão, a gestante deve ser encaminhada para um serviço de alto risco. Se houver presença de proteinúria, veja a conduta específica (tabela 9).

continua

Achados	Anote	Conduas
Edema generalizado (face, tronco e membros) ou que já se mostra presente quando a gestante acorda, acompanhado ou não de hipertensão ou aumento súbito de peso.	(+++)	Gestante de risco em virtude de suspeita de pré-eclâmpsia ou outras intercorrências. A gestante deve ser avaliada pelo médico da unidade e encaminhada para serviço de alto risco.
Edema unilateral de MMII, com dor e/ou sinais flogísticos.		Suspeita de processos trombóticos (tromboflebite, TVP). A gestante deve ser avaliada pelo médico da unidade e encaminhada para o serviço de alto risco.

Fonte: (BRASIL, 2005e).

### 5.9.6 Exame ginecológico e coleta de material para colpocitologia oncológica

O exame ginecológico inclui a inspeção vulvar, o exame especular e o toque vaginal. Não se deve perder a oportunidade para a realização do rastreamento do câncer do colo do útero nas gestantes. Não está contraindicada a realização deste exame em mulheres grávidas, podendo ser feito em qualquer período da gestação, preferencialmente até o 7º mês.

Exame ginecológico:

- Inspeção e palpação dos genitais externos: avalie a vulva, o períneo, o introito vaginal, a região anal;
- Palpação da região inguinal à procura de linfonodomegalia;
- Exame especular: introduza o espéculo e analise a mucosa e o conteúdo vaginal, o colo uterino e o aspecto do muco cervical. Pesquise a presença de lesões, sinais de infecção, distopias e incompetência istmo-cervical. Avalie a necessidade de coletar material para bacterioscopia;
- Coleta de material para exame colpocitopatológico;
- Realize o teste das aminas, quando necessário (KOH a 10%);
- Toque bimanual: avalie as condições do colo uterino (permeabilidade), o volume uterino (regularidade e compatibilidade com a amenorreia), a sensibilidade à mobilização do útero e as alterações anexiais.

Coleta do material para exame colpocitopatológico

A coleta do material do colo do útero para exame colpocitopatológico deve ser realizada a partir de uma amostra da parte externa, a ectocérvice. A coleta da parte interna, a endocérvice, não deve ser realizada nas gestantes. Para a coleta do material, é introduzido um espéculo vaginal e procede-se à escamação ou esfoliação da superfície externa do colo por meio de uma espátula de madeira (espátula de Ayre)<sup>5</sup>.

<sup>5</sup> Um detalhamento da técnica de coleta pode ser encontrado nas referências: Brasil, 2006f.

Conduta frente ao resultado:

- Citologia normal ou citologia inflamatória: oriente a usuária a realizar o controle anual;
- Citologia com NIC I (neoplasia intra-epitelial cervical), displasia leve: as alterações de diferenciação celular se limitam ao terço do epitélio de revestimento da cérvix, sendo praticamente unânime a presença do efeito citopático compatível com o vírus do papiloma humano (HPV). Em casos de NIC I, deverá ser repetida citologia após seis meses.
- NIC II e III, displasia moderada e displasia intensa ou carcinoma *in situ*, respectivamente: atualmente, estas lesões são colocadas no mesmo patamar biológico e são chamadas de lesões de alto grau. Alterações como estas devem ser encaminhadas ao Centro de Referência em Saúde da Mulher.
- Carcinoma escamoso invasivo: trata-se de células escamosas com grande variação de forma e alterações celulares como as descritas anteriormente. Necessita de comprovação histopatológica.
- Adenocarcinoma *in situ* ou invasivo: representa alterações celulares semelhantes às descritas anteriormente, mas detectadas nas células glandulares do colo do útero.

É mínimo o risco da progressão de uma lesão de alto grau para carcinoma invasor durante o período gestacional. Já a taxa de regressão espontânea após o parto é relativamente alta (69%). Mulheres gestantes com o laudo citopatológico alterado devem seguir a mesma conduta recomendada para as mulheres não grávidas na unidade básica de saúde.

No centro de referência regional, o objetivo principal é afastar a possibilidade de lesão invasora. Confirmada a invasão pela biópsia, a paciente deverá ser encaminhada à unidade de assistência de alta complexidade (Unacon) ou ao centro de assistência de alta complexidade em oncologia (Cacon).

A conduta obstétrica, em princípio, para resolução da gravidez, não deve ser modificada em decorrência dos resultados colposcópicos, citopatológicos e histopatológicos, exceto nos casos de franca invasão ou obstrução do canal do parto.

Após o parto, as reavaliações colposcópica e citopatológica deverão ser realizadas, entre seis e oito semanas, em um centro de referência regional.

## 5.9.7 Exame clínico das mamas

O exame clínico das mamas é realizado com a finalidade de se detectar anormalidades nas mamas e/ou avaliar sintomas referidos pelas gestantes para, assim, identificar possíveis lesões malignas palpáveis num estágio precoce de evolução.

É também uma boa oportunidade para o profissional de saúde educar a população feminina sobre: (i) o câncer de mama, seus sintomas, seus fatores de risco e sua detecção precoce; (ii) sobre a composição e a variabilidade da mama normal; e (iii) sobre a importância do aleitamento materno para a criança, para a própria gestante e para a família e a sociedade, pois nesta fase a mulher e sua família estão mais atentas e dispostas a receber informações e realizar atividades de promoção e prevenção à sua saúde.



Algumas orientações relacionadas ao cuidado com as mamas para o aleitamento podem ser enfatizadas:

- Sugere-se o uso de sutiã durante a gestação;
- Sugerem-se banhos de sol nas mamas por 15 minutos (até as 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;
- É desaconselhável o uso de sabões, cremes ou pomadas no mamilo;
- É contraindicada a expressão do peito (ou ordenha) durante a gestação para a retirada do colostro.

Para exame clínico das mamas (ECM), procede-se:

- À inspeção estática e dinâmica: identifique visualmente achatamentos dos contornos da mama, abaulamentos ou espessamentos da pele das mamas, assimetrias, diferenças na cor da pele, na textura e no padrão de circulação venosa.
- À palpação: consiste em utilizar os dedos para examinar todas as áreas do tecido mamário e linfonodos axilares e supraclaviculares, em busca de nódulos, espessamentos, modificações na textura e temperatura da pele etc<sup>6</sup>.

### 5.9.8 O preparo das mamas para a amamentação

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

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

Durante os cuidados no pré-natal, é importante conversar sobre as vantagens da amamentação para a mulher, 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;

<sup>6</sup> Outros detalhes sobre a técnica para o ECM podem ser encontrados nas referências: BRASIL, 2006f. Achados anormais requerem encaminhamento da gestante ao Centro de Referência Regional em Saúde da Mulher.

- Contribui para o retorno ao peso normal;
- Contribui para o aumento do intervalo entre gestações.

Para a criança:

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

Para a família e a sociedade:

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

Manejo da amamentação:

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

Posição:

É importante respeitar a escolha da mulher, pois ela deverá se sentir confortável e relaxada. 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 para, assim, facilitar a coordenação da respiração, da sucção e da 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. Deste modo, é possível garantir a retirada adequada de leite do peito, capaz de proporcionar conforto para a mulher e o adequado crescimento e desenvolvimento da criança.

Preparando as mamas para o aleitamento:

- Avalie as mamas na consulta de pré-natal;
- Oriente a gestante a usar sutiã durante a gestação;
- Recomende banhos de sol nas mamas por 15 minutos (até as 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;
- Esclareça que deve ser evitado o uso de sabões, cremes ou pomadas no mamilo;
- Oriente que é contraindicada a expressão do peito (ou ordenha) durante a gestação para a retirada do colostro.

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

Vale ressaltar que a amamentação é contraindicada para gestantes infectadas pelo HIV e pelo HTLV, pelo risco de transmissão do vírus da mãe para o bebê (BRASIL, 2009a).

### 5.9.9 Exames complementares de rotina e condutas

No quadro a seguir está descrito um roteiro para a solicitação de exames no pré-natal de baixo risco, de acordo com a idade gestacional.

**Quadro 12 – Roteiro para a solicitação de exames no pré-natal de baixo risco**

Período	Exames
1ª consulta ou 1º trimestre	Hemograma Tipagem sanguínea e fator Rh Coombs indireto (se for Rh negativo) Glicemia em jejum Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL/RPR Teste rápido diagnóstico anti-HIV Anti-HIV Toxoplasmose IgM e IgG Sorologia para hepatite B (HbsAg) Urocultura + urina tipo I (sumário de urina – SU, EQU) Ultrassonografia obstétrica Citopatológico de colo de útero (se for necessário) Exame da secreção vaginal (se houver indicação clínica) Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica)
2º trimestre	Teste de tolerância para glicose com 75g, se a glicemia estiver acima de 85mg/dl ou se houver fator de risco (realize este exame preferencialmente entre a 24ª e a 28ª semana) Coombs indireto (se for Rh negativo)

continua

Período	Exames
3º trimestre	Hemograma Glicemia em jejum Coombs indireto (se for Rh negativo) VDRL Anti-HIV Sorologia para hepatite B (HbsAg) Repita o exame de toxoplasmose se o IgG não for reagente Urocultura + urina tipo I (sumário de urina – SU) Bacterioscopia de secreção vaginal (a partir de 37 semanas de gestação)

Fonte: Brasil, 2005e.

Segundo as evidências científicas disponíveis, o rastreamento de condições clínicas pode ser ou não recomendado rotineiramente durante o pré-natal:

- Vaginose bacteriana assintomática: não deve ser oferecido, pois as evidências sugerem que a identificação e o tratamento dessa condição não diminuem o risco de parto prematuro e outros problemas reprodutivos (grau de recomendação A);
- *Chlamydia trachomatis* assintomática: não deve ser realizado, porque não há evidência suficiente da sua efetividade e do custo/efetividade (grau de recomendação A);
- *Cytomegalovirus*: a evidência disponível não embasa o rastreamento de rotina;
- *Streptococcus* do grupo B: não deve ser realizado, pois a evidência de sua efetividade clínica permanece incerta (grau de recomendação A);
- Vírus da hepatite C: não há evidência suficiente da sua efetividade como rastreamento de rotina (grau de recomendação C). Deve ser solicitado em situações especiais de alto risco, como uso de drogas injetáveis e/ou parceiro usuário, transfusões de sangue ou múltiplos parceiros de um ou de ambos;
- Vírus da hepatite B: o rastreamento sorológico deve ser oferecido para mulheres grávidas, porque a intervenção pós-natal pode diminuir o risco de transmissão mãe-filho (grau de recomendação A). Deve-se solicitar o rastreamento na primeira consulta (grau de recomendação A) – pois se o resultado for negativo e não houver história de vacinação prévia recomenda-se a vacinação – e no terceiro trimestre;
- HIV (A): deve ser oferecido na primeira consulta e no terceiro trimestre do pré-natal, porque as intervenções podem reduzir a transmissão materno-fetal (grau de recomendação A);
- Rubéola: deve ser oferecido para identificar mulheres em risco de contrair infecção e possibilitar vacinação no período pós-natal, protegendo gestações futuras (grau de recomendação B);
- Sífilis: é recomendado na primeira consulta e no terceiro trimestre do pré-natal. Se o resultado for positivo, recomenda-se tratamento imediato, já que o tratamento durante a gestação é benéfico para a mãe e para o feto (grau de recomendação B);
- Ecografia obstétrica: poderá ser solicitada para a gestante quando houver impossibilidade de determinação da idade gestacional correta e na presença de intercorrências clínicas ou

obstétricas, assim como detecção precoce de gestações múltiplas e retardo de crescimento intrauterino. Existem evidências de que sua realização poderá detectar malformações fetais não suspeitas. Embora seja um exame muito útil em diversas situações, na ausência de uma indicação específica, é bastante discutida a sua solicitação. Além disso, não existem dados até o momento que suportem sua recomendação como rotina. De igual forma, não há evidência da sua efetividade na redução da morbimortalidade materna e perinatal (grau de recomendação A). Se for solicitada, na ausência de indicações específicas, a época ideal seria em torno de 16 a 20 semanas de gestação, quando podemos detectar malformações fetais e calcular a idade gestacional (grau de recomendação A).

### 5.9.10 Conduas diante dos resultados dos exames complementares de rotina

**Quadro 13 – Conduas diante dos resultados dos exames complementares de rotina**

Exames de rotina	Resultados	Conduas
Tipagem sanguínea	Rh negativo e parceiro Rh positivo ou fator Rh desconhecido	Solicite o teste de Coombs indireto: Se for negativo, deve-se repeti-lo a cada 4 semanas, a partir da 24ª semana; Quando for positivo, deve-se referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
Teste rápido para sífilis (triagem)	TR positivo	Colete amostra sanguínea para realização do VDRL e teste parceiros sexuais.
	TR negativo	Realize sorologia no 3º trimestre, no momento do parto e em caso de abortamento.

continua

continuação

112

Exames de rotina	Resultados	Condutas
Sorologia para sífilis (lues)	VDRL positivo	<p>Trate a gestante e seu parceiro.</p> <p>Sífilis primária = trate com penicilina benzatina, em dose única de 2.400.000 UI (1.200.000 em cada nádega).</p> <p>Sífilis secundária ou latente recente (menos de 1 ano de evolução) = trate com penicilina benzatina, 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), em duas doses, com intervalo de uma semana. Dose total de 4.800.000 UI.</p> <p>Sífilis terciária ou latente tardia (1 ano ou mais de evolução ou duração ignorada) = trate com penicilina benzatina, 3 aplicações de 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), com intervalo de uma semana. Dose total de 7.200.000 UI.</p> <p>Realize exame mensal para controle de cura.</p>
	VDRL negativo	<p>Repita o exame no 3º trimestre, no momento do parto e em caso de abortamento.</p>

continua

continuação

Exames de rotina	Resultados	Condutas
Urina tipo I e urocultura	Proteinúria	<p>“Traços”: repita em 15 dias; caso se mantenha, encaminhe a gestante ao pré-natal de alto risco.</p> <p>“Traços” e hipertensão e/ou edema: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.</p> <p>“Maciça”: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.</p>
	Piúria/bacteriúria/leucocitúria Cultura positiva (> 105 col/ml)	<p>Trate a gestante para infecção do trato urinário (ITU) empiricamente, até o resultado do antibiograma.</p> <p>Solicite o exame de urina tipo I (sumário de urina) após o término do tratamento.</p> <p>Em caso de ITU de repetição ou refratária ao tratamento, após ajuste da medicação com o resultado do antibiograma, é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.</p> <p>Caso haja suspeita de pielonefrite, é necessário referir a gestante ao hospital de referência para intercorrências obstétricas.</p>
	Hematúria	<p>Se for piúria associada, considere ITU e proceda da mesma forma como foi apresentada no item anterior.</p> <p>Se for isolada, uma vez que tenha sido excluído sangramento genital, é necessário referir a gestante para consulta especializada.</p>
	Cilindrúria	É necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
	Outros elementos	Não necessitam de condutas especiais.

continua

Exames de rotina	Resultados	Condutas
Dosagem de hemoglobina	Hemoglobina > 11g/dl Ausência de anemia	Suplementação de ferro a partir da 20ª semana: 1 drágea de sulfato ferroso/dia (200mg), que corresponde a 40mg de ferro elementar. Recomenda-se ingerir a medicação antes das refeições.
	Hemoglobina (Hb) entre 8g/dl e 11g/dl Anemia leve a moderada	A) Solicite exame parasitológico de fezes e trate as parasitoses, se presentes; B) Trate a anemia com 120 a 240mg de ferro elementar ao dia. Normalmente, recomendam-se 5 (cinco) drágeas/dia de sulfato ferroso, de 40mg cada, via oral (podem ser 2 pela manhã, 2 à tarde e 1 à noite), uma hora antes das refeições; C) Repita a dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se os níveis estiverem subindo, mantenha o tratamento até a Hb atingir 11g/dl, quando deverá ser iniciada a dose de suplementação (1 drágea ao dia, com 40mg de ferro elementar). Repita a dosagem no 3º trimestre;</li> <li>• Se a Hb permanecer em níveis estacionários ou se diminuir, será necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.</li> </ul>
	Hemoglobina < 8g/dl Anemia grave	Será necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
Glicemia em jejum	85 – 119mg/dl	Realize TTG de 24 a 28 semanas de gestação.
	> 110mg/dl	Repita o exame de glicemia em jejum. Se o resultado for maior do que 110mg/dl, o diagnóstico será de DM gestacional.
TTGO 75g (2h)	Jejum < 110mg/dl 2h < 140mg/dl	Teste negativo.
	Jejum > 110mg/dl 2h > 140mg/dl	DM gestacional.
Proteinúria (teste rápido)		



Exames de rotina	Resultados	Condutas
Teste rápido diagnóstico para HIV	TR positivo	Realize o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para o seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em DST/Aids de referência.
	TR negativo	Realize o aconselhamento pós-teste e repita a sorologia no 3º trimestre.
Sorologia para HIV	Positivo	Realize o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para o seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em DST/Aids de referência.
	Negativo	Realize o aconselhamento pós-teste e repita o exame no 3º trimestre.
Sorologia para hepatite B	Positivo	Realize o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para o seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em hepatites de referência.
	Teste negativo	Realize o aconselhamento pós-teste e vacine a gestante caso ela não tenha sido vacinada anteriormente. Em seguida, repita a sorologia no 3º semestre.

Fonte: (BRASIL, 2005e).

### 5.9.11 Prescrição de suplementos alimentares

- Ferro e folato: a suplementação rotineira de ferro e folato parece prevenir a instalação de baixos níveis de hemoglobina no parto e no puerpério. Existem poucas informações em relação a outros parâmetros de avaliação da mãe e de seu recém-nascido (grau de recomendação A). O Programa Nacional de Suplementação de Ferro, do Ministério da Saúde, criado por meio da Portaria MS nº 730, de 13 de maio de 2005, recomenda a suplementação de 40mg/dia de ferro elementar (200mg de sulfato ferroso). Orienta-se que a ingestão seja realizada uma hora antes das refeições. A suplementação de ferro deve ser mantida no pós-parto e no pós-aborto por 3 meses;
- Folato peri-concepcional: tem forte efeito protetor contra defeitos abertos do tubo neural. Deve ser usado rotineiramente pelo menos dois meses antes e nos dois primeiros meses da gestação. Esta informação deve ser difundida por programas educacionais de saúde. Mulheres que tiveram fetos ou neonatos com defeitos abertos do tubo neural têm que usar folato continuamente se ainda desejam engravidar (grau de recomendação A);
- Piridoxina (vitamina B6): não há evidências para indicá-la como suplemento na gravidez, embora os resultados de um trabalho sugiram que seu uso pode ter efeito protetor em relação ao esmalte dentário (grau de recomendação A);
- Cálcio: seu uso parece ser benéfico em mulheres que apresentam alto risco de desenvolver hipertensão na gestação e naquelas que têm baixa ingestão de cálcio. Novas investigações

são necessárias para a definição da melhor dose a ser utilizada na gestação (grau de recomendação A);

- Zinco: não existem evidências suficientes para avaliar os efeitos do seu uso na gravidez. Os possíveis efeitos benéficos sobre a prevenção do trabalho de parto prematuro necessitam de novas avaliações (grau de recomendação A);
- Proteínas: a suplementação balanceada parece melhorar o crescimento fetal e reduzir os riscos de morte fetal e neonatal. As evidências são insuficientes para afirmar se existem outras vantagens potenciais (grau de recomendação A).

#### **5.9.11.1 Suplementação de vitamina A**

A vitamina A é nutriente que atua no sistema imunológico, auxiliando no combate às infecções, à diarreia e ao sarampo. Ajuda também no crescimento e desenvolvimento, além de ser muito importante para o bom funcionamento da visão. A falta de vitamina A pode resultar em cegueira.

O Programa de Suplementação de Vitamina A acontece em todos os Estados da Região Nordeste e nos municípios do Estado de Minas Gerais (no Norte do Estado e nos Vales do Jequitinhonha e do Mucuri), pois são áreas consideradas endêmicas para a deficiência de vitamina A.

Dados de pesquisas importantes têm correlacionado a adequação das reservas corporais maternas de vitamina A com a redução da mortalidade desse contingente populacional. Portanto, nas regiões citadas, toda puérpera no pós-parto imediato, ainda na maternidade, deve receber uma megadose de 200.000 UI de vitamina A (1 cápsula VO), garantindo-se, assim, reposição dos níveis de retinol da mãe e níveis adequados de vitamina A no leite materno até que o bebê atinja os 6 meses de idade, diminuindo-se o risco de deficiência dessa vitamina entre as crianças amamentadas.

As mulheres não devem receber suplementação de vitamina A em outros locais (na rede básica de saúde, por exemplo) ou em outros períodos de sua vida reprodutiva, para que seja evitado o risco de teratogenicidade para o feto, caso haja nova gravidez em curso.

### **5.9.12 Vacinação na gestação**

A vacinação durante a gestação objetiva não somente a proteção da gestante, mas também a proteção do feto. Não há evidências de que, em gestantes, a administração de vacinas de vírus inativados (raiva humana e influenza, por exemplo), de bactérias mortas, toxoides (tetânico e diftérico) e de vacinas constituídas por componentes de agentes infecciosos (hepatite B, por exemplo) acarrete qualquer risco para o feto. A seguir estão as recomendações do Programa Nacional de Imunizações (PNI), do Ministério da Saúde, para a vacinação das gestantes.

#### **5.9.12.1 Vacina dupla do tipo adulto – dT (difteria e tétano)**

A vacina dT é indicada para a proteção da gestante contra o tétano acidental e a prevenção do tétano neonatal.

Gestante não vacinada e/ou com situação vacinal desconhecida:

Deve-se iniciar o esquema o mais precocemente possível, independentemente da idade gestacional. No esquema recomendado constam três doses, podendo ser adotado um dos esquemas da tabela 7.

Para os vacinados anteriormente com 3 (três) doses das vacinas DTP, DT ou dT, deve-se administrar reforço dez anos após a data da última dose. Em caso de gravidez e ferimentos graves, deve-se antecipar a dose de reforço, sendo a última dose administrada a mais de 5 (cinco) anos. A última dose deve ser administrada no mínimo 20 dias antes da data provável do parto. Diante de um acaso suspeito de difteria, deve-se avaliar a situação vacinal dos comunicantes. Para os não vacinados, deve-se iniciar esquema com três doses. Nos comunicantes com esquema incompleto de vacinação, este deve ser completado. Nos comunicantes vacinados que receberam a última dose há mais de 5 (cinco) anos, deve-se antecipar o reforço.

**Tabela 7 – Esquema de vacinação de dT**

1ª dose	2ª dose	3ª dose
Precoce	30 a 60 dias depois da 1ª dose	30 a 60 dias depois da 2ª dose
Precoce	60 dias depois da 1ª dose	60 dias depois da 2ª dose

Fonte: (BRASIL, 2001a).

Gestante vacinada:

Gestante sem nenhuma dose registrada: inicie o esquema vacinal o mais precocemente possível com 3 doses, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias.

Gestante com esquema vacinal incompleto (1 ou 2 doses): em qualquer período gestacional, deve-se completar o esquema de três doses o mais precocemente possível, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias entre elas.

Gestante com menos de 3 doses registradas: complete as 3 doses o mais precocemente possível, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias.

Gestante com esquema vacinal completo (3 doses ou mais) e última dose há menos de cinco anos: não é necessário vaciná-la.

Gestante com esquema completo (3 doses ou mais) e última dose administrada há mais de cinco anos e menos de 10 anos: deve-se administrar uma dose de reforço tão logo seja possível, independentemente do período gestacional.

Gestante com esquema vacinal completo (3 doses ou mais), sendo a última dose há mais de 10 anos: aplique uma dose de reforço.

Contraindicações:

A vacina está contraindicada nas seguintes situações:

- Ocorrência de hipersensibilidade após o recebimento de dose anterior;
- História de hipersensibilidade aos componentes de qualquer um dos produtos;

- História de choque anafilático após administração da vacina;
- Síndrome de Guillain-Barré nas seis semanas após a vacinação anterior contra difteria e/ou tétano.

Eventos adversos

Manifestações locais:

- Dor, vermelhidão e edema são frequentes.

Manifestação sistêmica:

Febre, cefaleia, irritabilidade, sonolência, perda do apetite e vômito. Com menos frequência podem ocorrer anafilaxia e a síndrome de Guillan Barré, que são extremamente raras.

### **5.9.12.2 Vacina contra influenza (fragmentada)**

A vacina contra a influenza é recomendada a todas as gestantes em qualquer período gestacional. O PNI disponibiliza esta vacina na rede pública de saúde a todas as gestantes durante a campanha anual contra influenza sazonal. O esquema consta de uma dose no período da campanha.

Esta recomendação se deve ao ocorrido anteriormente durante a epidemia de influenza sazonal, no decorrer de pandemias anteriores e quando houve pandemia de influenza A (H1N1), em 2009, ocasiões em que a gravidez representou um risco ampliado para as mulheres saudáveis, sendo as gestantes consideradas de alto risco para a morbidade e a mortalidade, o que reforçou a necessidade de vacinação.

Contraindicações:

A vacina contra influenza sazonal não deve ser administrada em:

- Pessoas com história de alergia severa à proteína do ovo e aos seus derivados, assim como a qualquer componente da vacina;
- Pessoas que apresentaram reações anafiláticas graves a doses anteriores da vacina.

### **5.9.12.3 Vacinação contra hepatite B (recombinante)**

Por considerar os riscos da gestante não vacinada de contrair a doença e de haver transmissão vertical, o PNI reforça a importância de que a gestante receba a vacina contra a hepatite B após o primeiro trimestre de gestação, independentemente da faixa etária. O esquema desta vacina deve ser seguido conforme os calendários de vacinação do adolescente e do adulto.

A seguir, destaca-se a recomendação de acordo com a situação apresentada:

- Gestantes com esquema incompleto (1 ou 2 doses): deve-se completar o esquema.
- Gestantes com esquema completo: não se deve vaciná-las.

**Quadro 14 – Vacinação de rotina para gestantes**

Imunobiológico	Recomendação	Esquema
Vacina dupla do tipo adulto – dT (difteria e tétano)	Gestantes em qualquer período gestacional.	Três doses com intervalo de 60 dias entre elas. Também é possível considerar o intervalo de 30 dias entre as doses, para não se perder a oportunidade de vacinação.  Caso a gestante tenha recebido a última dose há mais de 5 (cinco) anos, deve-se antecipar o reforço tão logo seja possível. A última dose deve ser feita até no máximo 20 dias antes da data provável do parto.
Vacina contra influenza (fragmentada)	Gestantes em qualquer período gestacional.	Dose única durante a Campanha Anual contra Influenza.
Vacina contra hepatite B	Gestantes após o primeiro trimestre de gestação.	Três doses com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda e de 180 dias entre a primeira e a terceira. Na impossibilidade de se realizar a sorologia anti-HBs, deve-se avaliar o estado vacinal da gestante e vaciná-la, se for o caso.

Fonte: (BRASIL, 2001a).

Para a prevenção da transmissão vertical, no caso de recém-nascido de mãe sabidamente positiva para a hepatite B, é fundamental a administração precoce da vacina contra hepatite B, preferencialmente nas primeiras 12 horas, bem como da imunoglobulina humana específica (IGHB - 0,5mL). A vacina deve ser utilizada mesmo que a imunoglobulina não esteja disponível.

Além da vacina, é necessária a administração da imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) em recém-nascido de mãe sabidamente positiva para a hepatite B.

#### **5.9.12.4 Vacina contra raiva humana**

Em situações de pós-exposição, a vacina contra raiva humana não é contraindicada durante a gestação. Na pré-exposição, a gestante também pode ser vacinada. Entretanto, devido ao risco da ocorrência de eventos adversos, é preferível que ela receba a vacina somente se não puder evitar as situações de possível exposição ao vírus rábico<sup>7</sup>.

#### **5.9.12.5 Vacina contra febre amarela (atenuada)**

Na rotina do serviço de vacinação, a gestante não deve receber a vacina contra febre amarela. Entretanto, em situações de surto, se a gestante reside ou vai se deslocar para área com

<sup>7</sup> A gestante deve seguir o esquema recomendado para situações de pré ou pós-exposição, conforme orientação do Manual de Normas Técnicas de Profilaxia da Raiva Humana, 2011.

recomendação de vacinação para febre amarela, ela deve ser vacinada se o risco de adoecer for maior do que o risco de receber a vacina.

É importante ressaltar que as lactantes que amamentam crianças menores de seis meses de idade também não devem ser vacinadas.

Observações gerais:

As vacinas virais vivas que contêm os componentes do sarampo, da rubéola, da caxumba e da febre amarela não são recomendadas em situações normais. Contudo, quando for alto o risco de ocorrer a infecção natural pelos agentes dessas doenças (viagens a áreas endêmicas ou vigência de surtos ou epidemias), deve-se avaliar cada situação, sendo válido optar-se pela vacinação quando o benefício for considerado maior do que o possível risco.

Após a vacinação com tríplice viral, recomenda-se evitar a gravidez durante um mês (30 dias), apenas por precaução. Entretanto, se a mulher engravidar antes desse prazo ou se houver administração inadvertida durante a gestação, não se justifica o aborto em nenhum desses casos, por se tratar apenas de risco teórico. A gestante deverá ser acompanhada pelo serviço de saúde.

Gestante suscetível que tenha contato com varicela deve receber a imunoglobulina humana antivariçela-zoster (IGHVAZ).

## 5.10 Aspectos psicoafetivos da gestação e do puerpério

A integralidade é um dos princípios constitucionais do SUS que, juntamente com a universalidade do acesso, a equidade das ofertas em saúde e a participação da comunidade, modificam os modelos de atenção e de gestão dos processos de trabalho em saúde. De acordo com este princípio, o sujeito passa a ser percebido de forma integral (não fragmentada) e ocorre a incorporação de ações de promoção, prevenção e articulação com ações curativas e reabilitadoras. Dessa forma, a atenção à gestante, à puérpera e à criança deve ser concebida de forma integral, indissociada das questões físicas, emocionais, de seu contexto familiar, comunitário e de relações sociais.

A Estratégia Saúde da Família (ESF), eixo estruturante da Atenção Primária à Saúde (APS), atua ativamente no pré-natal e nas consultas de puerpério, tendo papel importante no cuidado integral à gestante, à dupla mãe-bebê e para a inserção do pai (ou companheiro) e da família nessa atenção.

Ressalta-se que as expressões *família*, *companheiro* e *pai* serão entendidas neste texto de forma ampliada, levando-se em consideração as diferentes formas existentes de organização familiar. Lembra-se ainda que, para compreender a família em sua complexidade, é importante suspender os conceitos fechados, lineares e prontos, os quais tendem a reduzir tal concepção.

Para auxiliar a qualificação das ações de pré-natal e puerpério, tendo como foco a atenção integral, este capítulo abordará aspectos emocionais que estão presentes durante a gestação, o parto e o puerpério. Busca-se auxiliar os profissionais das equipes de atenção primária na compreensão desses aspectos, bem como auxiliar na detecção precoce de situações de sofrimento psíquico, principalmente no puerpério, e subsidiar o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e tratamento em saúde mental.

## 5.10.1 Aspectos fundamentais da atenção integral no pré-natal e no puerpério

O compromisso das equipes de Atenção Primária à Saúde (APS) em relação à saúde integral no pré-natal e no puerpério envolve várias ações, desde a atenção à mulher que deseja engravidar, o cuidado no pré-natal, o cuidado após o parto, ao recém-nascido, à mãe, ao pai ou companheiro e à família (incluindo aqui filhos mais velhos que precisam de atenção, devendo ser preparados para a chegada do bebê, além do apoio dos avós, da família extensa etc.). O foco baseado somente nos aspectos físicos não é suficiente. A compreensão dos processos psicoafetivos que permeiam o período gravídico-puerperal deve ser potencializada na escuta e abordagem das equipes.

Neste sentido, faz-se necessário que o profissional de saúde aborde a mulher na sua integralidade, considerando a sua história de vida, os seus sentimentos, a sua família, o ambiente em que vive, se possui rede de apoio social e emocional, estabelecendo uma relação próxima e valorizando a singularidade de cada pessoa, contexto e situação. Muitos dos sintomas físicos manifestados pela gestante podem estar encobrendo questões emocionais, ansiedades e medos que muitas vezes não são percebidos pela mulher. Sendo assim, é fundamental a sensibilidade do profissional para entender o que está ocorrendo com cada gestante.

Por isso, em vez de fazer uma série de rápidas perguntas, específicas e fechadas, é importante permitir que a mulher fale de si. Esta maneira de abordar é chamada de “abordagem centrada na pessoa”, que se contrapõe à abordagem centrada na doença. Significa buscar a compreensão da pessoa como um todo, em seu contexto de vida, o que inclui considerar aspectos que envolvem família, trabalho, crenças, dificuldades e potencialidades. Esta forma de atuação requer a valorização da relação estabelecida entre o profissional e as pessoas assistidas.

Para se obter um plano de cuidado resolutivo, é importante buscar a concordância entre os sujeitos dessa relação no que se refere aos objetivos da atenção, às prioridades, à natureza dos problemas e às responsabilidades (do profissional e da pessoa sob atenção). Na abordagem centrada na pessoa, saber ouvir é tão importante quanto saber *o que* e *como* dizer, pois essa habilidade é crucial para uma atenção adequada. De igual forma, a aptidão de escutar o outro pressupõe a capacidade de silenciar. Uma escuta qualificada é aquela feita de presença e atenção, livre de preconceitos. A escuta atenta e livre auxiliará o estabelecimento da confiança, que é necessária para o vínculo (RESSÉGUIER, 1988).

Além disso, é importante resgatar os significados essenciais das ações que são executadas cotidianamente pelos profissionais de saúde e que são, muitas vezes, banalizadas a ponto de se tornarem mecânicas. Romper com a abordagem puramente biológica requer que o profissional de saúde transcenda o mecanicismo das condutas diagnósticas e terapêuticas biologicistas e resgate os significados essenciais que essas ações possuem. Por exemplo, nos procedimentos de pré-natal e puericultura que implicam tocar/examinar o corpo das pessoas, é preciso lembrar que o que se faz é uma espécie de escuta do corpo, que também deve ser atenta e respeitosa.

Outra habilidade importante a ser desenvolvida pelos profissionais de saúde é a empatia, que se refere à habilidade de compreender a realidade das outras pessoas, mesmo quando não se teve as mesmas experiências. Uma presença sensível transmite serenidade e confiança, favorece a criação do vínculo e a corresponsabilidade.

## 5.10.2 Aspectos emocionais da gestação

122

Atualmente, os aspectos emocionais da gravidez, do parto e do puerpério são reconhecidos. A maioria dos estudos converge para a ideia de que são períodos de grandes transformações psíquicas, o que requer escuta e atenção qualificada por parte dos profissionais da Atenção Primária à Saúde.

A gravidez é considerada, no ciclo vital da mulher, um período de transição, assim como são os períodos da adolescência e do climatério. Durante a gestação ocorrem importantes mudanças metabólicas, época em que a mulher sente-se em estado temporário de instabilidade emocional. Neste período, ela vivencia novas adaptações e reorganizações interpessoais e intrapsíquicas, assim como a perspectiva de mudança no papel familiar e social, pois – além de mulher e filha – ela passa a se perceber e a ser vista como mãe (no caso da primeira gestação) e, quando múltipara, surgem novas mudanças, com a chegada de outros filhos. A mudança de papéis também pode ser observada no homem, uma vez que a paternidade é considerada como uma transição no desenvolvimento emocional (MALDONADO, 1986).

As transições demarcam a mudança de um período de vida para outro. São marcos importantes na vida de cada pessoa, pois envolvem transformações significativas, reorganizações e aprendizagens. As experiências de ter um filho, iniciar a vida profissional, casar-se, descasar-se, aposentar-se e entrar na menopausa representam exemplos de situações de transição (MALDONADO, 1986).

Também é importante ressaltar os fatores socioeconômicos na saúde mental da gestante. Numa sociedade em que, principalmente nas áreas urbanas, a mulher trabalha fora de casa, é responsável pelo orçamento familiar e mantém interesses diversos (profissionais, sociais etc.), o fato de ter um filho acarreta consequências bastante significativas, o que pode gerar o sentimento de ambivalência entre ser mãe e não ser. A preocupação com o futuro pessoal e do filho pode gerar apreensão, raiva e medo, o que dificulta a sensação de gratificação com a gravidez (MALDONADO, 1986).

Um dos temores que acompanha grande parte das gestantes está associado às alterações do esquema corporal: o medo da irreversibilidade, ou seja, a dificuldade de acreditar que as várias partes do corpo têm a capacidade de voltar ao estado anterior à gravidez. Este temor, quando extremo, pode significar um medo que a gestante tem de se transformar em outra pessoa, não mais conseguindo recuperar a sua identidade antiga. A maioria das gestantes, também, demonstra-se muito sensível neste período, necessitando de maior atenção das pessoas ao seu redor. O afeto oferecido é importante para que ela se sinta mais segura e feliz com a gestação (MALDONADO, 1986).

A gravidez representa a possibilidade de uma mudança afetiva na mulher, permitindo seu crescimento emocional. Porém, alguns comportamentos e expectativas com o nascimento do bebê merecem atenção por parte dos profissionais de saúde, tais como a expectativa de que o recém-nascido preencha certas necessidades da mãe ou do companheiro, como evitar a solidão, satisfazer a carência de afeto, trazer a sensação de utilidade, ocupar o lugar de um ente falecido etc. De igual forma, a maneira como a mãe imagina seu bebê pode dar indícios de dificuldades na relação com a futura criança, como na situação de uma mãe que só consegue imaginar seu filho como uma criança mais velha, indicando que provavelmente terá dificuldade de cuidar do recém-nascido.



Em relação ao casamento, a gravidez também pode auxiliar na maior integração e no aprofundamento do relacionamento do casal, mas, por outro lado, pode também despertar ciúmes, sensação de abandono por parte do homem e até provocar rupturas no relacionamento (MALDONADO, 1986).

O nascimento do bebê fornece uma nova dimensão na vida dos pais, solicitando um comprometimento relacional e afetivo que eles vivenciam por intermédio da *parentalidade*. O termo parentalidade envolve a preparação para o processo de tornar-se pai e mãe e se autorredefine no tempo mediante a interação e a aprendizagem entre as gerações. O conceito de parentalidade contém a ideia da função parental e de parentesco, da história da origem do bebê e das gerações que precedem seu nascimento. Tornar-se mãe ou pai reaviva desejos antigos experimentados na infância em face de seus próprios pais, considerados como adultos “todo-poderosos” (DEBRAY, 1988). Significa ocupar o lugar de “pais” na cadeia de gerações, o que implica que se aceite, de certo modo, o caráter finito do tempo de vida, submetendo-se a esta lei da natureza que, quando o indivíduo se torna pai ou mãe, assinala o acesso à maturidade e anuncia, ao mesmo tempo, o futuro desaparecimento por intermédio da morte (THÉVENOT; NAOURI, 2004).

Sendo assim, os profissionais da Estratégia Saúde da Família devem ficar atentos aos aspectos psicoafetivos da gravidez, procurando identificar os sinais e sintomas que sugerem dificuldades em aceitar a gestação, expectativas e comportamentos em relação ao bebê, à maternidade e à paternidade. Além disso, é fundamental conhecer os aspectos emocionais que acompanham a maioria das gestantes, a fim de qualificar a atenção no pré-natal e no puerpério.

A seguir, serão listados alguns desses aspectos, tais como ansiedades, medos e mudanças nos vínculos afetivos. De igual forma, serão elencadas possíveis formas de abordá-los no espaço de interação do profissional com a gestante, buscando-se auxiliar o profissional na atenção durante o período gravídico-puerperal. A divisão por trimestre tem o objetivo de destacar as principais características de cada etapa e facilitar a conduta das equipes; porém, destaca-se que este processo não é estático, podendo algumas características se manifestar no decorrer de outros momentos da gestação.

Na primeira consulta de pré-natal:

Para algumas mulheres, a percepção da gravidez pode ocorrer antes da confirmação do exame clínico ou até mesmo antes da data que a menstruação deveria ocorrer. Mas há outras que somente confirmam a gravidez no quarto ou quinto mês, e os motivos podem ser os mais variados possíveis: ou porque têm pouca sintonia com seu corpo ou porque negam as mudanças corporais provocadas pela gestação ou porque têm histórias ginecológicas de amenorreias prolongadas ou porque confundem com menstruação os sangramentos eventuais do primeiro trimestre (MALDONADO, 1986).

A equipe de Saúde da Família possui papel importante na identificação e captação precoce dessas gestantes, devendo ficar alerta para sinais e sintomas que muitas vezes não são percebidos pelas próprias mulheres.

Ao procurar o profissional para a primeira consulta de pré-natal, pressupõe-se que a mulher já pôde sentir e refletir minimamente sobre o impacto de estar grávida. Nesse momento, já ocorreram reflexões quanto à possibilidade de dar continuidade ou não à gestação. No entanto, existem inseguranças e, no primeiro contato com o profissional, a gestante busca:

- confirmar sua gravidez;
- amparar suas dúvidas e ansiedades;
- certificar-se de que tem bom corpo para gestar;
- certificar-se de que o bebê está bem;
- apoiar-se para seguir nessa “aventura”.

É importante que o profissional de saúde:

- Acolha a gestante e seu companheiro. O acolhimento pressupõe receber, escutar e tratar as pessoas com respeito e solidariedade, buscando-se formas de compreender suas demandas e expectativas. O acolhimento implica, também, a responsabilização dos profissionais pela condução do cuidado e na corresponsabilização dos usuários pela sua saúde.
- Reconheça o estado normal de ambivalência com relação à gravidez. Toda gestante quer e não quer estar grávida. É um momento em que muitas ansiedades e medos aparecem, razão pela qual é necessário compreender esta circunstância sem julgamentos;
- Acolha as dúvidas que surjam na gestante quanto à sua capacidade de gerar um bebê saudável, de vir a ser mãe e desempenhar este novo papel de forma satisfatória;
- Identifique as condições emocionais da gestação: se a gestante tem um companheiro, se tem outros filhos, se conta com o apoio da família ou de amigos, se teve perdas gestacionais, se desejou conscientemente engravidar e se planejou a gravidez, enfim, o contexto em que a gravidez ocorreu e suas repercussões na vida da gestante, de sua família e do seu entorno;
- Compreenda este estado de maior vulnerabilidade psíquica da gestante para acolhê-la, sem banalizar suas queixas;
- Perceba que a gestante pode estar buscando uma figura de apoio. Assim, o profissional passa a ser mais procurado às vezes por dúvidas que possam ser insignificantes para ele, mas muito ameaçadoras para ela;
- Estabeleça uma relação de confiança e respeito mútuos;
- Proporcione espaço na consulta para a participação do(a) parceiro(a), para que ele(a) possa, também, se envolver no processo gravídico-puerperal ativamente, favorecendo a reflexão e o diálogo sobre as mudanças que ocorrerão com a chegada de um filho.
- Informe a gestante sobre seu direito ao acompanhante no pré-parto, no parto e no pós-parto e informe também a maternidade de referência, para que possam visitá-la. Isso os deixará mais tranquilos quanto à hora do parto.
- Compreenda que o processo de mudança na identidade e no papel ocorre também com o homem, porque a paternidade também é entendida como um processo de transição emocional e existencial.

E quando a gestante menciona que não deseja ter a criança e pensa em aborto? O que o profissional da Estratégia Saúde da Família pode fazer?

Primeiramente, é necessário estabelecer uma relação de confiança e, principalmente, respeitar o que está sendo dito. É fundamental escutar as razões, com atitude acolhedora e sem julgamentos morais, a fim de não afastar a gestante e aumentar seu sentimento de culpa e desamparo. É muito importante permitir que a grávida reflita sobre os motivos de não desejar a criança, para auxiliá-la a pensar sobre suas escolhas, ajudando-a a compreender as consequências do aborto em sua vida. A intervenção do profissional deve permitir que a gestante não tome uma atitude desesperada, com alguma solução que coloque sua vida e a do bebê em risco.

Em algumas situações, as equipes de Saúde da Família podem solicitar o apoio matricial dos profissionais de saúde mental – por intermédio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) – ou de outros profissionais de saúde mental do município, mas é importante acolher sempre a gestante que demonstrar essas ideias e vontades, não a deixando ir embora sem receber amparo.

Nas consultas subsequentes:

Dando-se continuidade ao pré-natal, observam-se, ao longo da gestação, algumas ansiedades, medos e sensações que acompanham a maioria das mulheres, questões emocionais que podem ser percebidas de acordo com o período gestacional.

Primeiro trimestre:

- Ambivalência (querer e não querer a gravidez).
- Momento de comunicação da gravidez ao(à) parceiro(a), aos familiares e amigos, o que tem repercussões variadas de acordo com o contexto em que ocorre a gravidez.
- Ansiedades e dúvidas sobre estar ou não grávida, uma vez que o feto não é concretamente sentido e as alterações corporais ainda são discretas.
- Medo de abortar.
- Oscilações do humor (aumento da irritabilidade, da vulnerabilidade e da sensibilidade).
- Instabilidade emocional.
- Primeiras modificações corporais e alguns desconfortos: náuseas, vômitos, sonolência, alterações na mama e cansaço.
- Desejos e aversões por determinados alimentos.
- Aumento do apetite.
- Ao final do primeiro trimestre, evidenciam-se as características de introspecção e passividade, que tendem a aumentar no decorrer da gravidez.

Segundo trimestre:

- As alterações do desejo e do desempenho sexual tendem a surgir com maior intensidade. Mais comumente verifica-se a diminuição do desejo sexual. Em alguns casos, observa-se o aumento da satisfação sexual.
- Alteração da estrutura corporal, que, para a adolescente, tem uma repercussão ainda mais intensa.

- Percepção dos movimentos fetais e seu impacto (a presença do filho é concretamente sentida). Tal percepção gera alívio; caso contrário, pode provocar o temor de que algo esteja errado com sua gestação. Instalam-se mais decisivamente na mãe os sentimentos de personificação do feto, a partir de seus movimentos.
- A interpretação dos movimentos fetais constitui uma etapa da formação da relação mãe-bebê. Na fantasia da mãe, o feto começa a adquirir características peculiares e a se comunicar com ela por intermédio de seus movimentos.
- O companheiro também pode desejar sentir os movimentos fetais e comunicar-se com o bebê através da barriga da mãe. Quando isso ocorre, o feto já é incluído na dinâmica do relacionamento familiar.
- É o trimestre considerado mais estável do ponto de vista emocional.

#### Terceiro trimestre:

- As ansiedades intensificam-se com a proximidade do parto e da mudança da rotina de vida após a chegada do bebê.
- Manifestam-se mais os temores do parto (medo da dor e da morte).
- Aumentam as queixas físicas.
- Diminuição do desejo sexual.
- Maior facilidade de reviver antigas memórias e conflitos infantis da gestante com os próprios pais ou irmãos. O ressurgimento dessas vivências pode abrir a possibilidade de encontrar novas soluções e resolver conflitos antigos que poderiam interferir na relação mãe-bebê.

#### É importante que o profissional da Atenção Primária à Saúde:

- Evite o excesso de tecnicismo, estando atento, também, para as características comuns das diferentes etapas da gravidez, criando condições para a escuta acolhedora, em que os sentimentos bons e ruins possam aparecer;
- Identifique as pessoas que dão apoio à gestante;
- Fortaleça os grupos de casais e de gestantes. Estes são importantes para o suporte emocional, o esclarecimento de dúvidas e as orientações.
- Observe e respeite a diferença de significado da ecografia para a mãe e para o médico. Os pais geralmente relacionam a ecografia com as características e a personalidade do filho.
- Forneça, para alívio das ansiedades da mulher, orientações sobre a evolução da gestação e do parto: contrações, dilatação, perda do tampão mucoso, rompimento da bolsa, bem como sobre o pós-parto. Deve-se, no entanto, evitar informações excessivas, procurando transmitir orientações simples e claras e buscando observar o seu impacto em cada mulher;
- Prepare a gestante para o parto normal, ajudando a diminuir sua ansiedade e insegurança, assim como o medo do parto, da dor, de que o bebê nasça com problemas, entre outras questões emocionais;

- Estimule a presença do companheiro nas consultas de pré-natal, oferecendo escuta atenta aos seus anseios;
- Permita a expressão de crenças, sentimentos e emoções, conscientes e inconscientes, a respeito da gestação, do parto, da maternidade e da paternidade;
- Realize ações que enfoquem o fortalecimento da família e o desenvolvimento de projeto de vida, levando em consideração os sentidos atribuídos à gestação pela família e pela comunidade;
- Estimule a amamentação.

Os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) podem auxiliar as equipes de Saúde da Família na atenção integral durante o pré-natal, participando de discussões de casos, momentos de educação permanente, consultas conjuntas, realização de grupos, visitas domiciliares, entre outras funções. Podem auxiliar também na identificação, no acolhimento e no atendimento às gestantes que apresentam sofrimento mental durante a gestação.

## 5.11 Queixas mais comuns na gestação

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

### 5.11.1 Náuseas, vômitos e tonturas

- Explique que tais sintomas são comuns no início da gestação;
- Oriente a gestante a: (i) consumir uma dieta fracionada (6 refeições leves ao dia); (ii) evitar frituras, gorduras e alimentos com cheiros fortes ou desagradáveis; (iii) evitar líquidos durante as refeições, dando preferência à sua ingestão nos intervalos; (iv) ingerir alimentos sólidos antes de se levantar pela manhã, como bolacha de água e sal; (v) ingerir alimentos gelados;
- Medicamentos: bromoprida, normoprida, dimenidrato, fenotiazinas, clorpromazina, levomepromazina, metoclopramida, associados ou não à vitamina B6;
- Agende consulta médica ou refira a gestante ao pré-natal de alto risco em caso de vômitos frequentes refratários às medidas citadas, pois podem provocar distúrbios metabólicos, desidratação, perda de peso, tontura, sonolência e desmaio (veja a conduta para hiperêmese gravídica).

### 5.11.2 Pirose (azia)

Oriente a gestante a:

- consumir dieta fracionada, evitando frituras;
- evitar café, chá preto, mates, doces, álcool e fumo.

Obs.: Em alguns casos, a critério médico, a gestante pode fazer uso de medicamentos antiácidos.

### 5.11.3 Sialorreia (salivação excessiva)

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

### 5.11.4 Fraquezas e desmaios

- Oriente a gestante para que não faça mudanças bruscas de posição e evite a inatividade;
- Indique dieta fracionada, de forma que a gestante evite jejum prolongado e grandes intervalos entre as refeições;
- Explique à gestante que sentar com a cabeça abaixada ou deitar em decúbito lateral, respirando profunda e pausadamente, melhora a sensação de fraqueza e desmaio.

### 5.11.5 Dor abdominal, cólicas, flatulência e obstipação intestinal

- Certifique-se de que não sejam contrações uterinas;
- Se a gestante apresentar flacidez da parede abdominal, sugira o uso de cinta (com exceção da elástica) e exercícios apropriados;

Se houver flatulências (gases) e/ou obstipação intestinal:

- Oriente dieta rica em resíduos: frutas cítricas, verduras, mamão, ameixas e cereais integrais;
- Recomende que a gestante aumente a ingestão de líquidos e evite alimentos de alta fermentação, tais como repolho, couve, ovo, feijão, leite e açúcar;

- Recomende caminhadas, movimentação e regularização do hábito intestinal;

Eventualmente, prescreva:

- Dimeticona (para os gases);
- Supositório de glicerina (para a obstipação);
- Hioscina, 1 cápsula, via oral, até 2 vezes ao dia (para as cólicas).

Solicite exame parasitológico de fezes, se necessário.

### 5.11.6 Hemorroidas

Recomende à gestante:

- Alimentação rica em fibras, a fim de evitar a obstipação intestinal. Se necessário, prescreva supositórios de glicerina;
- Que não use papel higiênico colorido ou áspero (nestes casos, deve-se molhá-lo) e faça higiene perianal com água e sabão neutro, após a evacuação;
- Que faça banhos de vapor ou compressas mornas.

Agende consulta médica, caso haja dor ou sangramento anal persistente.

### 5.11.7 Corrimento vaginal

- Explique que um aumento de fluxo vaginal é comum na gestação;
- Não prescreva cremes vaginais, desde que não haja diagnóstico de infecção vaginal;
- Agende consulta se ocorrer fluxo de cor amarelada, esverdeada ou com odor fétido ou caso haja prurido. Nestes casos, veja as condutas mencionadas no Manual de Tratamento e Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis/DST-Aids/MS.

### 5.11.8 Queixas urinárias

- Explique que, geralmente, o aumento do número de micções é comum no início e no final da gestação (devido ao aumento do útero e à compressão da bexiga). Mesmo sendo incômodo o aumento do número de micções, é de extrema importância incentivar a ingestão hídrica adequada;

- Agende consulta médica caso exista dor ao urinar ou hematúria (sangue na urina), acompanhada ou não de febre.

### 5.11.9 Falta de ar e dificuldades para respirar

Tais sintomas são frequentes na gestação, em decorrência do aumento do volume do útero por compressão pulmonar, assim como por consequência da ansiedade da gestante.

- Recomende repouso em decúbito lateral esquerdo;
- Ouça a gestante e converse sobre suas angústias, se for o caso;
- Esteja atento para outros sintomas associados (tosse, chiado e sibilância) e para achados no exame cardiopulmonar, pois – embora seja pouco frequente – pode se tratar de um caso de doença cardíaca ou respiratória;
- Agende a consulta médica caso haja dúvida ou suspeita de problema clínico.

### 5.11.10 Mastalgia (dor nas mamas)

- Oriente a gestante quanto à normalidade de incômodo mamário, pela fisiologia da gestação, devido ao aumento mamário e ao desenvolvimento de suas glândulas;
- Recomende à gestante o uso constante de sutiã, com boa sustentação, após descartar qualquer intercorrência mamária;
- Oriente a gestante sobre o colostro (principalmente nas fases tardias da gravidez), que pode ser eliminado em maior quantidade, obrigando o diagnóstico diferencial com anormalidades.

### 5.11.11 Lombalgia (dor lombar)

Recomende que a gestante:

- faça a correção de sua postura ao se sentar e ao andar;
- use sapatos com saltos baixos e confortáveis;
- faça a aplicação de calor local;
- eventualmente, a critério e por orientação médica, use analgésico (se não for contraindicado) por tempo limitado.



### 5.11.12 Cefaleia (dor de cabeça)

- Afaste as hipóteses de hipertensão arterial e pré-eclâmpsia (se houver mais de 24 semanas de gestação);
- Converse com a gestante sobre suas tensões, seus conflitos e seus temores;
- Refira a gestante à consulta médica, se o sintoma persistir;
- Oriente a gestante quanto aos sinais e sintomas que podem indicar doença grave.

### 5.11.13 Sangramento nas gengivas

- Recomende a escovação após as refeições, assim como o uso de escova de dentes macia;
- Oriente a realização de massagem na gengiva;
- Recomende o uso de fio dental;
- Agende atendimento odontológico sempre que possível.

### 5.11.14 Varizes

Recomende que a gestante:

- não permaneça muito tempo em pé ou sentada;
- repouse (por 20 minutos), várias vezes ao dia, com as pernas elevadas;
- não use roupas muito justas e nem ligas nas pernas;
- se possível, utilize meia-calça elástica para gestante.

### 5.11.15 Câimbras

Recomende que a gestante:

- massageie o músculo contraído e dolorido e aplique calor local;
- evite o excesso de exercícios;
- realize alongamentos antes e após o início de exercícios ou caminhadas longas, assim como na ocasião da crise algica e quando for repousar.

### 5.11.16 Cloasma gravídico (manchas escuras no rosto)

- Explique que é uma ocorrência comum na gravidez e que costuma diminuir ou desaparecer, em tempo variável, após o parto;
- Recomende que a gestante não exponha o próprio rosto diretamente ao sol e que use protetor solar.

### 5.11.17 Estrias

Explique que são resultantes 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 com uma cor semelhante à da pele.

Ainda que controversas, podem ser utilizadas massagens locais, com substâncias oleosas ou cremes, na tentativa de preveni-las.

## 5.12 Situações especiais na gestação

### 5.12.1 Gestação múltipla

É a gravidez que ocorre com a presença de dois ou mais fetos.

A prevalência mundial de gestação múltipla é de 10:1000 partos, com ampla variação local.

A gestação múltipla é associada a taxas mais altas de quase todas as complicações da gravidez, com exceção de macrosomia e pós-datismo.

O risco mais grave é de nascimento prematuro, que é o fator de maior impacto na mortalidade perinatal e morbidade a curto e longo prazos. Altas taxas de malformações fetais e restrição de crescimento também são importantes nos gemelares. Até 48% dos bebês decorrentes de gestações gemelares nascem antes das 34 semanas, em comparação com 9,7% dos bebês que são frutos de gestações únicas.

A gestação múltipla relaciona-se com:

- maior idade materna (entre os 15 e os 35 anos, há um aumento de mais de quatro vezes);
- a raça negra;

- multiparidade;
- história familiar (pelo lado materno);
- frequência maior de relações sexuais;
- técnicas de indução da ovulação ou de fertilização assistida.

A mortalidade perinatal é maior do que a habitual e aumenta em proporção direta ao número de fetos. É devida, principalmente, à prematuridade e à restrição do crescimento fetal e, secundariamente, à presença de malformações fetais, alterações placentárias e de cordão etc. A ampliação do risco materno de mortalidade perinatal se deve, também, ao aparecimento mais frequente de hiperêmese, trabalho de parto prematuro, síndromes hipertensivas, anemia, quadros hemorrágicos no parto, polidrâmnio, apresentações anômalas etc.

### **5.12.1.1 Diagnóstico**

Somente o ultrassom propicia o diagnóstico de certeza. Entretanto, pode-se suspeitar de gêmeos quando há fatores de risco na anamnese e no exame físico, como história familiar positiva, hiperêmese gravídica, níveis muito elevados de Beta-HCG, altura uterina maior do que a idade gestacional e ausculta de mais de um foco de batimentos cardíacos fetais (BCF). Embora as evidências não recomendem ultrassom em gestações de baixo risco, já que não há evidências de melhores resultados perinatais, há estudos que evidenciam que um significativo número de gestações gemelares (38% em 15 mil gestantes) não é reconhecido até as 26 semanas (quando o ultrassom de rotina não é realizado no segundo trimestre) e até 13% não é reconhecido até o parto. Talvez os achados dos estudos que avaliaram o uso rotineiro de ecografia se devam ao fato de haver um pequeno número de gestações gemelares. Há uma lacuna em relação aos protocolos de seguimento de gestações múltiplas. O *American College of Obstetricians and Gynecologists* (Acog) recomenda o exame de ultrassom somente se houver suspeita clínica, como o aumento da altura uterina em relação à idade gestacional.

### **5.12.1.2 Nutrição**

- Deve-se acrescentar 300 calorias a mais do que nas gestações únicas e 600 em relação às não gestantes. Estes valores representam o percentil 25 e 75 de ganho de peso para gestantes que tiveram bebês com no mínimo 2.500g.
- BMI < 18,5kg/m<sup>2</sup> (baixo peso): não há dados disponíveis suficientes para se fazer recomendações.
- BMI 18,5 para 24,9kg/m<sup>2</sup> (normal): aumento de 16,8 a 24,5kg.
- BMI 25,0 para 29,9kg/m<sup>2</sup> (sobrepeso): aumento de 14,1 a 22,7kg.
- BMI ≥ 30,0kg/m<sup>2</sup> (obesa): aumento de 11,4 a 19,1kg.
- Dieta ou suplementação de vitaminas: ferro (60mg/dia) e ácido fólico (1000mg/dia).

### **5.12.1.3 Prognóstico da gestação**

O principal fator é a corionicidade, ou seja, a separação ou o compartilhamento da mesma placenta. Gêmeos monozigóticos, porém dicoriônicos, têm mortalidade semelhante à constatada para os dizigóticos. Já os monocoriônicos têm mortalidade 3 a 4 vezes maior.

As gestações gemelares dicoriônicas e diamnióticas não complicadas por outras complicações obstétricas podem ser acompanhadas em pré-natal de baixo risco (4). As monocoriônicas devem ser encaminhadas ao pré-natal de alto risco devido às maiores complicações e à mortalidade perinatal.

#### **5.12.1.4 Complicações da gestação gemelar**

Perda precoce e tardia dos fetos:

- O aborto espontâneo de um dos fetos ocorre em até 27% das gestações diagnosticadas precocemente como gemelares (antes das 7 semanas). Já em ambos os sacos gestacionais, ocorre em 9%.
- Perda fetal tardia e mortalidade infantil: a mortalidade infantil em gêmeos é 5 vezes maior do que em gestações únicas (37 *versus* 7 por 1.000 nascidos vivos).
- Com a morte de um feto em idade gestacional mais avançada, há maiores riscos de coagulação intravascular disseminada, retardo de crescimento intrauterino e paralisia cerebral do feto sobrevivente.
- O aumento da mortalidade perinatal decorre principalmente da prematuridade, sendo cerca de 6 vezes maior do que nas gestações únicas.
- Nos monocoriônicos há uma complicação adicional, que é a síndrome da transfusão feto-fetal e feto acárdico. Assim, a mortalidade em monocoriônicos, independentemente da zigosidade, é 3 a 4 vezes maior.
- Malformações fetais: são 2 vezes mais frequentes em relação às gestações únicas e ainda maior nas monocoriônicas. Podem ser concordantes (em ambos os fetos) em torno de 10% das dicoriônicas e em 20% das monocoriônicas. O polidrâmnio associado à malformação é mais frequente do que em gestações únicas.
- Prematuridade: as taxas de nascimento prematuro em gemelares variam de 25 a 75%.
- Medidas do comprimento do colo uterino: medidas abaixo de 25mm são preditivas de maior risco de parto antes de 28 semanas. Entretanto, o valor preditivo positivo é baixo. O valor preditivo negativo para nascimentos antes de 32 semanas em colos com mais de 20mm é de 94% entre 21 e 24 semanas.
- Não há evidências de que a ecografia de rotina para medidas do comprimento de colo uterino possam prevenir nascimentos prematuros em gestações gemelares.
- Não há evidências para uso de progesterona, repouso, hospitalização, circlagem e tocolíticos (em gestantes assintomáticas) para prevenir a prematuridade.
- Uso de corticoides para acelerar a maturidade fetal: deve-se usar da mesma forma do que em gestações únicas, ou seja, quando há risco iminente de parto prematuro.
- Crescimento intrauterino restrito: também é uma importante causa de aumento da mortalidade perinatal.

Complicações maternas:

- Doença hipertensiva da gestação e pré-eclâmpsia (são duas vezes mais comuns), pré-eclâmpsia severa, síndrome de Hellp, degeneração gordurosa do fígado, diabetes gestacional, descolamento prematuro de placenta, Puppp (*pruritic urticarial papules and plaques of pregnancy*), colestase, anemia, hiperêmese gravídica e tromboembolismo.

Via de parto:

- Não há evidências suficientes que suportem a indicação de cesárea eletiva para gestações gemelares. A via de parto deve ser escolhida dependendo da apresentação fetal, da idade gestacional, da amniocidade e da presença ou ausência de outras indicações formais de cesárea.

## 5.12.2 Gravidez na adolescência

A adolescência é uma importante etapa do desenvolvimento do ser humano para atingir a maturidade biopsicossocial. É durante este período que a sexualidade manifesta-se em novas e surpreendentes necessidades e sensações corporais, em desconhecidos desejos e na busca de relacionamento interpessoal ocasionados pelas alterações hormonais da puberdade, sendo foco importante de preocupação e curiosidade para adolescentes de ambos os sexos.

A maneira como os(as) adolescentes vão lidar com a sua sexualidade, como vão vivê-la e expressá-la é influenciada por vários fatores, entre os quais estão a qualidade das relações afetivas que vivenciaram e ainda vivenciam com pessoas significativas nas suas vidas, as transformações corporais, psicológicas e cognitivas trazidas pelo crescimento e desenvolvimento, até os valores, as normas culturais e as crenças da sociedade na qual estão inseridos.

É nesta fase que se iniciam os interesses pelas relações afetivas e sexuais e os momentos de “ficar”, conhecer, namorar, descobrir novas sensações, sentimentos e, em muitos casos, vivenciar a primeira relação sexual. É neste período, portanto, que os(as) adolescentes precisam ter a oportunidade de receber informações e orientações sobre a sua saúde sexual e reprodutiva para que possam ter conhecimentos e recursos que permitam ajudá-los a se prevenir de uma gravidez não planejada e se proteger de doenças, como as sexualmente transmissíveis: DST/Aids, hepatites, entre outras.

Quando e por que acontece a gravidez na adolescência?

Não existe um único motivo para a gravidez na adolescência. As causas são múltiplas e estão relacionadas aos aspectos sociais, econômicos, pessoais, às condições materiais de vida, ao exercício da sexualidade, ao desejo da maternidade e às múltiplas relações de desigualdade que constituem a vida social e cultural em nosso País.

Além disso, a falta ou a inadequação das informações quanto à sexualidade e aos métodos contraceptivos referentes às especificidades da adolescência, o baixo acesso aos serviços de saúde e a falta de comunicação com os pais são outros aspectos no contexto da gravidez. Embora a ocorrência da gestação na adolescência possa ser considerada como uma espécie de “evento-

problema”, parece mais adequado entendê-la como um processo que pode resultar de uma multiplicidade de experiências de vida – razão pela qual ela pode assumir diferentes significados e ser também tratada de diferentes formas – e, por isso mesmo, pode apresentar diferentes desfechos.

O início cada vez mais precoce da puberdade e o decréscimo da idade da primeira menstruação são fatores que estão favorecendo o começo prematuro da idade reprodutiva de adolescentes. Aliadas a estes fatores estão também a facilidade das informações sobre assuntos relacionados à sexualidade na internet e na mídia, assim como a erotização precoce, favorecida pelos meios de comunicação. Segundo Heilborn (1998), as mudanças na sociedade brasileira diminuíram o valor moral que era dado à virgindade, sendo que a gravidez se tornou, então, uma forma de constituir família, de mudar de *status* social, uma vez que a maternidade é valorizada socialmente e vista como elemento formador da identidade, por meio da constituição de nova família.

Embora na última década o Brasil tenha conseguido reduzir em 30% o número de partos em adolescentes na faixa etária de 15 a 19 anos, a faixa etária de 10 a 15 anos permanece inalterada, apresentando o número de 27 mil partos a cada ano, o que representa 1% do total de partos no Brasil. Neste sentido, os serviços de saúde devem encorajar e promover um comportamento sexual e reprodutivo responsável e saudável para adolescentes, objetivando o seu bem-estar, a sua qualidade de vida e a elaboração e execução de seus projetos pessoais e profissionais.

O atendimento e a assistência à saúde aos adolescentes grávidos:

Adolescentes de ambos os sexos em situação de gravidez não devem ser tratados do mesmo modo que adultos por várias razões:

- Pela complexidade da situação, marcada pela dependência da família, pela falta de autonomia financeira e de espaço próprio, pelas dificuldades nas relações pessoais e sociais e por contextos de violência doméstica e urbana;
- Porque a família geralmente se constitui como um determinante central, exercendo forte pressão sobre as decisões sobre manter ou interromper a gravidez, sobre o processo de assistência, a relação conjugal e o estilo de vida do casal durante e, se for o caso, depois da gravidez e do parto;
- Pelas especificidades da própria faixa etária, em especial a compreendida entre os 10 e os 14 anos, que exige uma assistência à saúde diferenciada tanto para o pré-natal quanto para o parto, o puerpério e a contracepção;
- Por estarem em processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial, adolescentes de ambos os sexos podem apresentar pouca maturidade emocional para as decisões que devem ser tomadas no processo e para as mudanças advindas com a maternidade em condições como as descritas anteriormente.

Frequência de omissão ou negação do atraso menstrual e/ou a sua atividade sexual, trazendo queixas inespecíficas para a consulta, como dor abdominal, desmaios, sintomas gastrointestinais, até mesmo em caráter de consulta de urgência: deve-se ter muita cautela, a fim de criar um clima de segurança, privacidade e confiabilidade para a efetiva e adequada abordagem clínica, considerando-se a possibilidade de violência sexual.

Durante a assistência pré-natal, a equipe de saúde precisa ter a preocupação de orientar a adolescente sobre os aspectos específicos da gravidez, os hábitos saudáveis de nutrição, bem como sobre os cuidados que devem ser dispensados ao seu filho. Deve ser dada importância ao vínculo mãe/pai/filho, ao aleitamento materno, ao hábito de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento do filho, à vacinação e à prevenção de acidentes na infância etc.

Para que a gravidez na adolescência transcorra sem maiores riscos, é importante que a captação para o início do pré-natal seja realizada o mais precocemente possível. Portanto, o momento do diagnóstico da gestação é de fundamental importância. A adolescente que chega à unidade de saúde com a suspeita de gravidez deve ser imediatamente acolhida por profissional de saúde sensibilizado. Este deve avaliar com a adolescente as expectativas quanto à possível gestação, seus medos e anseios, bem como suas reais possibilidades.

Questões que podem auxiliar o profissional de saúde na abordagem à adolescente:

- Ela tem vida sexual ativa?
- Usa algum método contraceptivo? De que forma?
- Tem atraso menstrual?
- Tem apresentado outros sinais ou sintomas, tais como: alteração das mamas, no abdome, náuseas, alteração do apetite?
- Há sinais de presunção de violência sexual?

A importância do teste imunológico de gravidez (TIG)

Para facilitar a captação precoce da adolescente gestante no pré-natal (no primeiro trimestre), deve-se ter disponível o TIG (teste imunológico de gravidez) instantâneo. Este teste com fita colorimétrica, realizado na presença da adolescente, evita o deslocamento da jovem para um laboratório e pode ser realizado por qualquer profissional de saúde qualificado. Desta forma, é possível, a partir do resultado, encaminhá-la ou admiti-la no pré-natal. Outras questões devem ser abordadas neste momento tão decisivo, como, por exemplo, a ambivalência no desejo da gravidez.

É imprescindível ressaltar a importância da participação, neste momento, de alguém de sua confiança, seja o companheiro, namorado ou algum familiar. No caso de TIG negativo, é importante enfatizar a necessidade de acompanhamento de contracepção e prevenção de uma possível gravidez.

Aspectos especiais da atenção à adolescente gestante

O atendimento diferenciado

Devido às características próprias dessa fase de desenvolvimento (em que ocorrem grandes mudanças biológicas, psicológicas e sociais), os serviços devem estabelecer um atendimento diferenciado às adolescentes grávidas e aos seus companheiros/parceiros, tendo como ações centrais:

- Estabelecer dias e horários específicos para a atenção às adolescentes grávidas e aos seus parceiros.

- Manter a agenda aberta, sem necessidade de marcar consulta.
- Ter disponibilidade para realizar a escuta ativa da adolescente e do seu parceiro, reduzindo suas dúvidas e prestando os esclarecimentos necessários, mesmo que necessite dispensar mais tempo na consulta.
- Favorecer espaços (nas consultas, nos grupos e nas oficinas) para que adolescentes do sexo masculino possam assumir a paternidade.
- Orientar adolescentes, pais, familiares e responsáveis para a prevenção da violência doméstica e sexual, como também alertá-los em relação a programas da *internet* sem orientação, sem monitoramento de um adulto e sem segurança, para que não se sintam vulnerabilizados com relação à pedofilia.

#### Pré-natal:

É fundamental que os serviços de saúde desenvolvam mecanismos próprios para a captação precoce das gestantes adolescentes, proporcionando-lhes uma atenção pré-natal “diferenciada”, realizada por profissionais sensibilizados em relação às suas condições específicas e que não precisam, necessariamente, ser especialistas.

As adolescentes grávidas não possuem maior risco clínico e obstétrico em relação às grávidas de outras faixas etárias só pelo fato de que são adolescentes. Uma assistência pré-natal adequada é fundamental para garantir o baixo risco. No entanto, é preciso estar atento às gestantes da faixa etária entre 10 e 14 anos, pois apresentam maiores riscos materno-fetais. Entretanto, quando elas recebem atenção qualificada, os resultados se aproximam daqueles da população em geral.

Condições de vida precárias e pressões psicológicas e sociais contribuem para a demora do início da assistência e da baixa adesão ao pré-natal pelas adolescentes.

As adolescentes não ficam grávidas sozinhas. Portanto, é fundamental que os adolescentes homens participem de todo o processo e estejam presentes nos momentos de cuidados necessários que devem ser tomados durante e após a gravidez.

É recomendado que a assistência à gestante adolescente seja realizada por equipe multiprofissional e que as consultas possam ser feitas pelo pré-natalista (médico/a e enfermeiro/a), não necessitando de encaminhamento para o alto risco, desde que a gestação evolua nos parâmetros de uma situação clínica-obstétrica e psicossocial favorável.

Os aspectos nutricionais, assim como o ganho de peso, a anemia, as infecções urinárias e pulmonares e o risco aumentado de trabalho de parto prematuro requerem uma atenção especial dos profissionais envolvidos na atenção às gestantes adolescentes.

É importante estar atento aos aspectos psicossociais e econômicos que envolvem a gravidez na adolescência, pois eles podem acarretar os principais riscos à mãe e ao bebê, razão pela qual devem ser cuidadosamente avaliados e monitorados.

Os serviços de saúde de qualquer nível (primário, secundário e terciário), incluindo os agentes de saúde, têm um papel fundamental no acompanhamento deste processo biopsicossocial. É uma oportunidade ímpar de promover, proteger, prevenir e assistir adequadamente os pais adolescentes e a criança.



Os serviços e profissionais de saúde precisam reconhecer que a oferta de atenção pré-natal ao grupo de adolescentes requer, apenas, sensibilidade e disponibilidade dos profissionais para exercer tais atribuições como membros da equipe de saúde.

Puerpério: mães e pais adolescentes

O acompanhamento das mães adolescentes e de seus bebês é fundamental para prevenir a depressão pós-parto e as morbimortalidades relativas à saúde materna e da criança.

É recomendado às mães e aos pais adolescentes que sejam acompanhados nas unidades de saúde, para que lhes sejam oferecidos apoio e suporte, estimulando suas capacidades, auxiliando na elaboração e execução de seus projetos de vida, na construção dos vínculos familiares, na prevenção da segunda gravidez, de DST/Aids e outros aspectos.

A equipe de saúde precisa estimular os adolescentes no desempenho das funções de mãe e pai, encorajando-os para o exercício da maternidade e paternidade responsável, evitando, no entanto, subestimar a sua capacidade.

A articulação de ações intersetoriais para apoiar socialmente pais e mães adolescentes é essencial, pois favorece o aporte das políticas sociais, além de promover ambientes protetores para que possam cuidar de si e de suas famílias.

Anticoncepção:

As ações que envolvem a promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva fazem parte da atenção integral à saúde de adolescentes, com ações realizadas e articuladas com as escolas (PSE/SPE).

Mesmo assim, a repetição da gestação na adolescência é muito frequente, o que indica a necessidade fundamental de que algum método contraceptivo seguro para a adolescente, eficaz e compatível com a amamentação seja iniciado precocemente durante os 40 dias pós-parto: DIU, anticoncepcionais hormonais injetáveis mensal ou trimestralmente (somente com progestágeno), sempre associados ao preservativo.

São da responsabilidade dos profissionais da atenção a orientação e o esclarecimento sobre todos os métodos contraceptivos disponíveis, inclusive os naturais, para que as jovens e seus companheiros possam fazer escolhas livres e informadas, incluindo o respeito às suas concepções religiosas.

Na abordagem e disponibilidade dos métodos, sempre deve ser incluída a contracepção de emergência, quando houver falha ou acidente relativo ao método escolhido e em uso.

É preciso ressaltar o comprometimento da interação medicamentosa e da eficácia dos métodos contraceptivos utilizados em relação ao uso de outros medicamentos e drogas lícitas e ilícitas.

A promoção do autoconhecimento do corpo atua como facilitador do uso de alguns métodos contraceptivos, aumentando sua eficácia e melhorando sua adesão, como é o exemplo da camisinha feminina.

As UBS devem conhecer as questões éticas e legais que envolvem o direito à saúde, incluindo a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes<sup>8</sup>.

<sup>8</sup> Para saber mais, acesse: <[www.saude.gov.br/adolescente](http://www.saude.gov.br/adolescente)>.

## 5.13 Mudanças de hábitos de vida e medidas preventivas

140

### 5.13.1 Práticas de atividade física

O exercício aeróbico regular durante a gravidez parece melhorar ou manter a capacidade física e a boa imagem corporal. Entretanto, os dados ainda são insuficientes para esclarecer os possíveis riscos e benefícios para a mãe e o recém-nascido (grau de recomendação A).

Gestantes saudáveis devem ser avaliadas antes de iniciar a atividade física. As atividades físicas recreativas, em sua grande parte, são seguras durante a gravidez. No entanto, devem ser evitados exercícios que coloquem as gestantes em risco de quedas ou trauma abdominal (como esportes de contato ou de alto impacto). Recomenda-se a prática de exercícios moderados por 30 minutos, diariamente.

### 5.13.2 Viagens durante a gravidez

Viagens aéreas geralmente são seguras para a grávida até quatro semanas antes da data provável do parto (grau de recomendação D). Viagens longas de avião estão associadas ao aumento de risco de trombose venosa; entretanto, não está claro se há risco adicional na gravidez ou não. Na população geral, o uso de meia de compressão é efetivo e reduz o risco.

Nas viagens de carro, as gestantes devem ser informadas sobre o uso correto dos cintos de segurança, que devem ser de três pontos, usados acima e abaixo do abdome, e não sobre ele.

### 5.13.3 Atividade sexual na gravidez

Manter relações sexuais na gravidez não parece estar associado a efeitos adversos. A atividade sexual durante o terceiro trimestre da gravidez não está associada com o aumento da mortalidade perinatal, comparando-se mulheres sem atividade sexual com aquelas com mais de quatro relações por mês (grau de recomendação B). A atividade sexual na gravidez também não está associada com o aumento da prematuridade, independentemente da presença de vaginose bacteriana ou de tricomoníase (grau de recomendação A).

A restrição à atividade sexual deve ser feita apenas a critério médico, por causa de patologias como placenta prévia ou alto risco de prematuridade.

### 5.13.4 Trabalhando durante a gestação

Pacientes com história prévia de dois ou mais abortamentos não devem permanecer muitas horas em pé ou caminhando, seja no trabalho ou em atividades domésticas. Aquelas que trabalham mais de sete horas em pé apresentam probabilidade maior de abortamento espontâneo.

Para gestantes sem história prévia de abortamento, não foi encontrado risco associado à atividade física durante a jornada de trabalho (grau de recomendação B).

141

## 5.14 As práticas integrativas e complementares

A publicação da Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (Portaria nº 971/2006) inclui no SUS racionalidades médicas e recursos terapêuticos, como a medicina tradicional chinesa/acupuntura, a homeopatia, a medicina antroposófica, o uso de plantas medicinais e o termalismo social/crenoterapia.

### Homeopatia na saúde materno-infantil

A homeopatia caracteriza-se como uma racionalidade médica, uma vez que possui um sistema semiológico, clínico e terapêutico próprio, não obstante partilhe de diversos conhecimentos da biomedicina, em que o diagnóstico clínico é parte indispensável para o acompanhamento de cada indivíduo. Utiliza a repertorização e a matéria médica homeopática como instrumentos preferenciais.

Sua propedêutica induz a construção de estreito vínculo, fator que inegavelmente contribui para o tratamento. A investigação própria da consulta homeopática auxilia na promoção do autoconhecimento e da autonomia, estimulados pela necessidade de fornecer e processar as informações durante cada atendimento.

A homeopatia pode ser oferecida a todas as pessoas que desejem este tratamento. Não há restrições a esta terapêutica, que pode contribuir para o fortalecimento da relação estabelecida pelo binômio mãe-bebê, para a atenção à gestante, ao parto e ao puerpério e ao cuidado ao recém-nascido.

Cada mulher está imersa no seu próprio universo particular, o que a torna, em momentos especiais, mais frágeis e vulneráveis. A gestação, o parto e o puerpério são condições de grande densidade e representativas de muitas transformações no universo feminino. Por tal razão, a compreensão deste contexto e dos inúmeros fatores que possam alimentar o processo de adoecimento é indispensável para uma abordagem mais avançada. A intervenção com o uso da homeopatia supõe o reconhecimento dessas forças e a análise de como cada uma dessas mulheres vivencia e experimenta a maternidade, inserida no seu contexto de vida, superando alguns dos fatores que impedem a manutenção da saúde e sobrepujando muitos dos obstáculos à cura.

No campo de atuação clínica, a homeopatia não está circunscrita a sistemas ou patologias, nem se restringe a ciclos evolutivos, mas destina-se à pessoa que sofre. Por tal razão, pode ser aplicada aos agravos predominantes na atenção básica, tanto às doenças crônicas quanto às agudas, como,

por exemplo, para as mulheres diabéticas, hipertensas, alérgicas, com doenças respiratórias, digestivas, circulatórias, com doenças mentais etc. Nas doenças agudas e epidêmicas, a homeopatia atua de forma rápida e segura, desde que seja garantido o acesso ao acompanhamento adequado. Ou seja, durante o período gestacional, assim como no acompanhamento do trabalho de parto e no puerpério, a homeopatia pode auxiliar na prevenção, na adesão ao parto natural e no tratamento de agravos físicos e emocionais, oferecendo mais um suporte terapêutico.

No acompanhamento aos recém-nascidos, a homeopatia pode beneficiá-los, reduzindo o uso de medicamentos desnecessários, promovendo seu uso racional, além de induzir a adesão a hábitos naturais e saudáveis, especialmente o aleitamento materno. As mudanças de atitude e de comportamento em prol de uma vida mais saudável são próprias de uma postura mais equilibrada diante da vida. Desta forma, a homeopatia auxilia na prevenção e no tratamento de patologias prevalentes na referida faixa etária, contribuindo para a redução da mortalidade neonatal.

Para a intervenção em homeopatia, faz-se necessária a existência de profissional devidamente especializado. Destaca-se que todas as mulheres e os recém-nascidos podem ser acompanhados simultaneamente por outros profissionais da rede, devendo requerer, para isso, os mecanismos de referência e contrarreferência.

## 5.15 A Medicina Tradicional Chinesa (MTC) na saúde materno-infantil

Sistema de origem oriental, surgido na antiguidade chinesa, que utiliza cosmovisão referenciada no pensamento tradicional clássico chinês. A concepção da MTC compreende a inter-relação de todos os fenômenos que compõem a vida e a natureza. Todos os elementos estão integrados e qualquer processo é dinâmico e mutável, cuja ocorrência se dá de forma múltipla e simultânea. Os conceitos intrínsecos das polaridades de Yin e Yang, a teoria dos meridianos e dos cinco elementos são os principais referenciais teóricos deste pensamento filosófico.

Não há qualquer separação do ser com seu interior ou da doença com o doente. Ao contrário: nesta abordagem, propõe-se a junção de todas as partes, constituindo assim a totalidade do ser.

A MTC tem como recursos terapêuticos a acupuntura, a moxabustão, a ventosa, a fitoterapia chinesa, massagens, a prática da meditação e a meditação em movimento (Lian Gong, Tao-In, Tai Chi Chuan, Tchi Kung, entre outras práticas).

A acupuntura pode ser usada no acompanhamento de mulheres na gravidez, na condução do trabalho de parto e no puerpério. Para toda intervenção da MTC, faz-se necessária a presença de profissional especializado.

Toda propedêutica requer um diagnóstico do padrão de desarmonia em que se ancora o tratamento preconizado de forma individualizada.

No tratamento de crianças, a MTC é pouco utilizada, mas pode ser empregada em recém-nascidos desde que haja rigor na técnica e cuidado adequado. Há algumas diferenças que devem ser observadas entre o tratamento dado aos adultos e o indicado às crianças.

Para o uso em recém-nascidos, destaca-se a Shantala, prática milenar de origem indiana de massagem para bebês que auxilia o fortalecimento do vínculo entre a mãe e o bebê, o restabelecimento das suas funções normais e o relaxamento, amenizando as cólicas abdominais e melhorando o sono, o que conseqüentemente promove a saúde materno-infantil.

## 5.16 Abordagens da saúde bucal na gestação

A gestação é um acontecimento fisiológico, com alterações orgânicas naturais, mas que impõe aos profissionais de saúde a necessidade de conhecimentos para uma abordagem diferenciada. O estado da saúde bucal apresentado durante a gravidez tem relação com a saúde geral da gestante e pode influenciar a saúde geral e bucal do bebê. Portanto, é de extrema importância que os serviços de saúde estabeleçam como rotina a busca ativa das gestantes de sua área de abrangência, incluindo-as no grupo operativo e no pré-natal (BRASIL, 2006i).

Os profissionais de saúde bucal devem trabalhar de forma integrada com os demais profissionais da equipe de saúde e, no que diz respeito à grávida, trabalhar em constante interação com os profissionais responsáveis pelo seu atendimento (BRASIL, 2006i). Os cirurgiões-dentistas podem compartilhar informações sobre a segurança do tratamento odontológico na gravidez com os colegas médicos, para fornecer-lhes recomendações claras (SILK et al., 2008).

Problemas bucais mais comuns na gravidez:

Os problemas bucais mais comuns durante o período gestacional são a cárie dentária, a erosão no esmalte dentário, a mobilidade dentária, a gengivite e a periodontite. Por isso, toda mulher grávida deve ser avaliada quanto aos hábitos de higiene bucal, ao acesso à água fluoretada e às doenças da boca. O exame bucal deve incluir dentes, gengiva, língua, palato e mucosa. As pacientes devem ser aconselhadas a realizar rotinas de escovação e uso do fio dental e a evitar uma quantidade excessiva de açúcar em lanches e bebidas, além de orientadas a consultar um cirurgião-dentista quando for necessário (SILK et al., 2008).

Cárie dentária:

As mulheres grávidas correm maior risco de apresentar a cárie dentária por diversas razões, incluindo o aumento da acidez na cavidade bucal, a elevação da frequência da ingestão de alimentos (devido à diminuição da capacidade fisiológica do estômago) e por causa da pouca atenção que elas dão para a saúde bucal (HEY-HADAVI, 2002). A cárie precoce aparece como áreas brancas, desmineralizadas, que mais tarde se tornam cavidades acastanhadas. Quando não tratada, pode ocasionar o abscesso bucal e a celulite facial.

Filhos de mães que têm altos níveis de cárie são mais propensos a manifestar esta doença (BERKOWITZ, 2003). Pacientes grávidas devem diminuir o risco, escovando seus dentes, no mínimo, duas vezes por dia (com creme dental fluoretado) e limitando a ingestão de alimentos açucarados (SILK et al., 2008). A técnica de adequação do meio bucal e o controle de placa são boas condutas odontológicas preventivas que podem ser indicadas, garantindo conforto à gestante e continuidade do tratamento após a gravidez (BRASIL, 2008d).

Erosões no esmalte dentário:

Podem ocorrer em pacientes com hiperêmese gravídica (ADA, 2006), pois durante a gestação a cavidade bucal é exposta com mais frequência ao ácido gástrico, que pode desgastar o esmalte

dentário. As estratégias de cuidado objetivam reduzir a exposição oral ao ácido por intermédio de dieta e de alterações no estilo de vida, além do uso de antieméticos, antiácidos ou ambos. Lavar a boca com uma colher de chá de bicarbonato de sódio em um copo de água após o vômito pode neutralizar o ácido (KUMAR, 2006). As mulheres grávidas devem ser aconselhadas a evitar a escovação dos dentes imediatamente após o vômito e usar uma escova de dentes com cerdas macias para reduzir o risco de danos ao esmalte. Bochechos com flúor podem proteger as pacientes da erosão de seu esmalte e da sensibilidade dentinária (LEWIS, 2003).

#### Mobilidade dentária:

Pode estar presente durante a gravidez mesmo na ausência de doença periodontal, devido ao aumento dos níveis de estrogênio e progesterona, que afetam o periodonto, ou seja, os ligamentos e ossos que suportam os dentes (SCHEUTZ, 2002). Os profissionais devem assegurar aos pacientes que esta condição é temporária e, por si só, não causa a perda do dente (SILK et al., 2008).

#### Gengivite:

É a mais comum das doenças bucais no período gestacional (ADA, 2006). Aproximadamente metade das mulheres com gengivite pré-existente sofre o agravamento significativo da referida doença bucal durante a gravidez (HEY-HADAVI, 2002). Isso ocorre pelas variações nos níveis de estrogênio e progesterona, em combinação com mudanças na flora bucal e com a diminuição da resposta imune. Medidas de higiene bucal completa, incluindo a escovação e o fio dental, são recomendadas. Os pacientes com gengivite severa podem necessitar de limpeza profissional e enxaguatórios bucais, como a clorexidina (SILK et al., 2008). A boa higiene bucal, desde o início da gestação, pode assegurar uma gengiva sadia. O uso de fluoreto pré-natal não é recomendado, pois sua eficácia não tem sido demonstrada (BRASIL, 2006i).

#### Periodontite:

É uma inflamação destrutiva do periodonto que afeta cerca de 30% das mulheres em idade fértil (KUMAR, 2006). Toxinas produzidas pelas bactérias estimulam uma resposta inflamatória crônica e o periodonto é dividido e destruído, criando bolsas que se tornam infectadas (AAP, 2007). Este processo pode induzir bacteremias recorrentes, resultando na produção de citocinas, prostaglandinas e as interleucinas, as quais podem afetar a gravidez (BOGGESS, 2006). Níveis elevados destes marcadores inflamatórios foram encontrados no líquido amniótico de mulheres com periodontite e parto prematuro, em comparação com o observado em pacientes-controle saudáveis (DÖRTBUDAK, 2005). Parece provável que estes marcadores inflamatórios iniciam prematuramente o trabalho de parto. Mecanismo semelhante é pensado para baixo peso ao nascer (OFFENBACHER, 2001). Xilitol e clorexidina diminuem a carga bacteriana oral materna e reduzem a transmissão das bactérias aos bebês quando tais medicamentos são utilizados na gravidez e/ou no período pós-parto. Ambos os agentes tópicos são seguros na gestação e durante o aleitamento materno (NCP, 2007).

A gravidez, por si só, não determina quadro de doença periodontal. Alterações na composição da placa subgengival, resposta imune da gestante e a concentração de hormônios sexuais são fatores que influenciam a resposta do periodonto. A gestação acentua a resposta gengival, modificando o quadro clínico em usuárias que já apresentam falta de controle de placa (BRASIL, 2006i).

#### Atendimento odontológico de gestantes:

No atendimento odontológico à paciente gestante, é importante observar os seguintes aspectos e procedimentos:

- Baixo peso (BP): investigue a história alimentar da paciente, se há casos de hiperêmese gravídica, infecções, parasitoses, anemias e doenças debilitantes;
- Dê-lhe orientação nutricional, visando à promoção do peso adequado e de hábitos alimentares saudáveis;
- Remarque as consultas em intervalo menor do que o fixado no calendário habitual.

#### Período gestacional:

1º trimestre: período menos adequado para tratamento odontológico (devido às principais transformações embriológicas). Neste período, deve-se evitar, principalmente, tomadas radiográficas.

2º trimestre: período mais adequado para a realização de intervenções clínicas e procedimentos odontológicos essenciais, sempre de acordo com as indicações.

3º trimestre: é um momento em que há maior risco de síncope, hipertensão e anemia (BRASIL, 2006i). É frequente o desconforto na cadeira odontológica, podendo ocorrer hipotensão postural e compressão da veia cava. Medidas como manter a mulher inclinada para seu lado esquerdo, alternar frequentemente as posições da gestante na cadeira e realizar consultas breves podem reduzir problemas (WASYKLO, 1998).

Na realização de tomadas radiográficas, deve-se proteger a gestante com avental de chumbo e protetor de tireoide e, se possível, utilizar filmes ultra-rápidos (BRASIL, 2006i).

O atendimento odontológico de urgência pode ser realizado em qualquer período gestacional (AAP, 2004); porém, as urgências devem ser atendidas observando-se os cuidados indicados em cada trimestre (BRASIL, 2006i). Vale ressaltar que adiar os cuidados dentais para depois do parto pode ser problemático, porque as novas mães estarão focadas no atendimento de seus recém-nascidos (BOGGESS, 2006).

O uso de alguns medicamentos pela gestante pode acarretar problemas na dentição dos bebês, pois os dentes decíduos começam a se formar a partir da sexta semana de vida intrauterina e os dentes permanentes a partir do quinto mês de vida intrauterina. A tetraciclina, por exemplo, deve ser evitada em função do efeito colateral de causar pigmentação nos dentes da criança. É importante também que, durante o planejamento do tratamento odontológico, quando houver necessidade do emprego de medicamentos ou uso de anestésico local, o médico seja consultado (BRASIL, 2006i).

Neste sentido, os profissionais de saúde devem estimular o autocuidado do binômio mãe-filho, atuando como importantes agentes em educação em saúde, contribuindo com a desmistificação de medos e mitos relacionados às alterações bucodentais atribuídas ao fato de se estar grávida e à atenção odontológica durante o pré-natal. Além disso, é importante considerar que os benefícios de boas práticas de saúde certamente se estenderão ao futuro bebê, por meio da adoção de hábitos alimentares adequados e de medidas preventivas, minimizando a possibilidade do surgimento de várias patologias na criança, entre elas a cárie dentária (CODATO et al., 2011).



## 5.17 Orientações e ações educativas

146

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

A criação de espaços de educação em saúde sobre o pré-natal é de suma importância; afinal, nestes espaços, as gestantes podem ouvir e falar sobre suas vivências e consolidar informações importantes sobre a gestação e outros assuntos que envolvem a saúde da criança, da mulher e da família. Tais espaços de educação podem ocorrer tanto durante grupos específicos para gestantes quanto em salas de espera, atividades em comunidades e escolas ou em outros espaços de trocas de ideias.

É necessário que o setor Saúde esteja aberto para as mudanças sociais e cumpra de maneira mais ampla o seu papel de educador e promotor da saúde. As gestantes constituem o foco principal do processo de aprendizagem; porém, não se pode deixar de atuar, também, entre companheiros e familiares. A posição do homem na sociedade está mudando tanto quanto os papéis tradicionalmente atribuídos às mulheres. Portanto, os serviços devem promover o envolvimento dos homens (adultos e adolescentes), discutindo a sua participação responsável nas questões da saúde sexual e reprodutiva.

É imprescindível que as gestantes e seus acompanhantes – sejam eles os(as) companheiros(as) ou membros da família ou seus amigos – tenham contato com atividades de educação, pois muitas vezes este é o espaço onde se compartilham dúvidas e experiências que normalmente não são discutidas em consultas formais, dentro dos consultórios dos médicos, enfermeiros ou dentistas.

Entre as diferentes formas de realização do trabalho educativo, destacam-se as discussões em grupo, as dramatizações e outras dinâmicas que facilitam a fala e a troca de experiências entre os componentes do grupo. É importante que se façam grupos fora da unidade de saúde. O profissional de saúde, atuando como facilitador, deve evitar o estilo “palestra”, que é pouco produtivo e ofusca questões subjacentes que podem ser mais relevantes para as pessoas presentes do que um roteiro preestabelecido.

Portanto, é importante que toda a equipe de saúde se inclua em espaços de discussão, levando à população, em espaços formais e não formais, os temas que discutimos, pois a educação popular em saúde é a forma mais democrática de construir um conceito amplo de saúde, de promover o autocuidado e de produzir melhores indicadores de saúde.

### 5.17.1 Aspectos que devem ser abordados nas ações educativas

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

- a importância do pré-natal;
- e cuidados de higiene.



#### A realização de atividade física:

De acordo com os princípios fisiológicos e metodológicos específicos para gestantes, a realização de atividade física pode proporcionar benefícios, por meio do ajuste corporal à nova situação. Orientações sobre exercícios físicos básicos devem ser fornecidas na assistência pré-natal e puerperal. Uma boa preparação corporal e emocional capacita a mulher a vivenciar a gravidez com prazer, permitindo-lhe desfrutar plenamente seu parto.

#### Nutrição:

- Promoção da alimentação saudável (ênfase na prevenção dos distúrbios nutricionais e das doenças associadas à alimentação e nutrição – baixo peso, sobrepeso, obesidade, hipertensão e diabetes; suplementação de ferro, ácido fólico e vitamina A – para as áreas e regiões endêmicas);
- Desenvolvimento da gestação;
- Modificações corporais e emocionais;
- Medos e fantasias referentes à gestação e ao parto;
- Atividade sexual, incluindo prevenção das DST/Aids e aconselhamento para o teste anti-HIV;
- Sintomas comuns na gravidez e orientações para as queixas mais frequentes.

#### Sinais de alerta:

- Sangramento vaginal, dor de cabeça, transtornos visuais, dor abdominal, febre, perdas vaginais, dificuldade respiratória e cansaço.

#### Preparo para o parto:

- Planejamento individual, considerando-se o local, o transporte, os recursos necessários para o parto e para o recém-nascido, o apoio familiar e social;
- Orientações e incentivo para o parto normal, resgatando-se a gestação, o parto, o puerpério e o aleitamento materno como processos fisiológicos;
- Incentivo ao protagonismo da mulher, potencializando sua capacidade inata de dar à luz;
- Orientação e incentivo para o aleitamento materno e orientação específica para as mulheres que não poderão amamentar;
- Importância do planejamento familiar num contexto de escolha informada, com incentivo à dupla proteção;
- Sinais e sintomas do parto;
- Cuidados após o parto com a mulher e o recém-nascido, estimulando o retorno ao serviço de saúde;
- Saúde mental e violência doméstica e sexual;
- Benefícios legais a que a mulher tem direito, incluindo a Lei do Acompanhante;

- Impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, o parto e o puerpério.

Importância da participação do pai durante a gestação e o parto:

- O estabelecimento do vínculo entre pai e filho, fundamental para o desenvolvimento saudável da criança;
- O direito a acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto, garantido pela Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, regulamentada pela Portaria MS/GM nº 2.418, de 2 de dezembro de 2005;
- Gravidez na adolescência e dificuldades sociais e familiares;
- Importância das consultas puerperais;
- Cuidados com o recém-nascido;
- Importância da realização da triagem neonatal (teste do pezinho) na primeira semana de vida do recém-nascido;
- Importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e importância das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente).

Orientações às gestantes:

- em relação ao estilo de vida;
- trabalho durante a gravidez.

As mulheres grávidas devem ser informadas dos seus direitos e benefícios em relação à maternidade.

Para a maioria das mulheres, é seguro continuar trabalhando durante a gravidez. Deve ser avaliada a exposição a risco ocupacional no trabalho de cada mulher.

Orientações alimentares:

Para evitar infecções alimentares:

- Beba apenas leite pasteurizado ou UHT;
- Evite comer patês;
- Não coma carnes cruas;
- Evite ovos crus e alimentos que possam conter salmonella (como maionese).

## 5.18 Parto normal vs. cesariana

Os índices de nascimentos por cesariana vêm aumentando por vários motivos. Inicialmente, as indicações eram por distócia mecânica, desproporção céfo-pélvica e más apresentações. O

procedimento ficou mais seguro com o uso de medicações eficazes que previnem as suas principais complicações, como a infecção puerperal, a hemorragia e as complicações anestésicas. As indicações de cesariana ampliaram-se também com a intenção de reduzir a morbimortalidade perinatal. Atualmente, outras indicações são frequentes, como feto não reativo, apresentação pélvica, gestante HIV positivo, cesárea prévia. Com o aumento do número de cesáreas primárias em pacientes jovens, a repetição também aumenta, o que representa de 15% a 45% do total dos nascimentos.

### 5.18.1 Indicações obstétricas de parto cesáreo

- Absolutas: desproporção céfalo-pélvica, cicatriz uterina prévia corporal, situação fetal transversa, herpes genital ativo, prolapso de cordão, placenta prévia oclusiva total, morte materna com feto vivo.
- Relativas: feto não reativo em trabalho de parto, gestante HIV positivo (dependendo da carga viral), descolamento prematuro de placenta (dependendo do estágio do parto), apresentação pélvica, gravidez gemelar (depende da relação entre os fetos), cesárea prévia, macrossomia fetal, cérvix desfavorável à indução do parto, psicopatia.

Os benefícios da cesárea planejada incluem: conveniência, maior segurança para o bebê e menos trauma no assoalho pélvico da gestante, que, além disso, conta com a vantagem de não passar pela dor do parto. As potenciais desvantagens descritas em estudos observacionais incluem: maior morbimortalidade materna, efeitos psicológicos adversos, problemas em futuras gestações (como ruptura da cicatriz uterina), maior risco de feto morto no nascimento e morbidade neonatal.

Uma avaliação sem vieses sobre as vantagens e desvantagens deveria embasar a discussão obstétrica. Entretanto, em recente revisão de Cochrane, de abril de 2009,<sup>9</sup> não foram encontrados estudos controlados e randomizados que avaliassem os riscos e benefícios da cesárea planejada sem uma indicação médica precisa.

### 5.18.2 Desvantagens e riscos da cesariana

Período de recuperação mais longo:

- Aumento da morbidade materna: um dos maiores estudos sobre o tema mostrou severa morbidade de 27,3 e 9,0/1000 partos para cesárea e parto vaginal respectivamente (OR 3,1, 95% CI 3,0-3,3), risco de parada cardíaca (OR 5,1), hematoma de parede (OR 5,1), histerectomia (OR 3,2), maior infecção puerperal (OR 3,0), complicações anestésicas (OR 2,3), tromboembolismo venoso (OR 2,2) e hemorragia que requer histerectomia (OR 2,1).
- Aumento do risco de problemas respiratórios neonatais: síndrome respiratória e taquipneia transitória são mais comuns em cesáreas do que em partos vaginais e podem determinar

<sup>9</sup> As Revisões Sistemáticas da Colaboração Cochrane são produzidas por *The Cochrane Library*, uma coleção de fontes de informação de boa evidência em atenção à saúde.

hospitalização mais longa. A morbidade respiratória neonatal foi de 35,5/1000 para neonatos de cesárea eletiva (antes de iniciar trabalho de parto), sendo significativamente mais alta do que para neonatos de cesáreas realizadas durante o trabalho de parto (12,2/1000) ou parto vaginal (5,3/1000). Problemas respiratórios são mais frequentes após cesárea porque os mecanismos de reabsorção dos fluidos do pulmão sem o trabalho de parto não são ativados e, muitas vezes, ocorrem como resultado de prematuridade iatrogênica.

- Aumento da mortalidade neonatal: as evidências são bastante limitadas. Estudo norte-americano analisou atestados de óbito e mostrou um aumento da mortalidade neonatal pós-cesárea planejada em relação ao parto vaginal planejado, após ajustes para outras variáveis passíveis de criar confusão (OR 1,93, 95% CI 1,67-2,24) (PETITTI et al., 1982).
- Riscos para futuras gestações: riscos para placenta prévia e acreta são significativamente mais comuns após uma ou mais cesáreas.

A revisão da literatura mostra algumas evidências de alta qualidade para algumas situações e, em outras, com níveis fracos.

Recomendações para a indução do parto com alto nível de evidência:

- Gestação pós-termo ( $\geq 41$  semanas);
- Ruptura prematura de membranas a termo ou próximo ao termo com maturidade fetal;
- Retardo de crescimento intrauterino antes do termo: a indução do parto reduz a morte fetal intrauterina, mas aumenta a taxa de cesárea e as mortes neonatais.

Casos em que as evidências são insuficientes para a indução do parto:

- Gestantes com diabetes insulino-dependentes, gestação gemelar, macrossomia fetal, oligoidrâmnio, colestase da gestação, doença cardíaca materna e gastrosquise fetal.

### Quadro 15 – Vantagens e desvantagens do parto normal ou cesáreo

	Parto normal	Parto cesáreo
Prematuridade	Menor	Maior
Respiração do bebê	Favorece	Não favorece
Dor no trabalho de parto	Pode ser dolorosa, com gradações.	
Pode ser controlada com preparo psicológico, apoio emocional ou mediante aplicação de anestesia.	Idem	
Dor na hora do parto	Também pode ser controlada com anestesia.	É sempre realizada com anestesia.
Dor após o parto	Menor	Maior. Há necessidade de analgésicos mais fortes.

continua

continuação

	Parto normal	Parto cesáreo
<b>Complicações</b>	Menos frequentes	Acidentes anestésicos e hemorragias são mais comuns.
<b>Infecção puerperal</b>	Mais rara	Mais frequente
<b>Aleitamento materno</b>	Mais fácil	Mais difícil
<b>Recuperação</b>	Mais rápida	Mais lenta
<b>Custo</b>	Menor	Maior
<b>Cicatriz</b>	Menor (episiotomia)	Maior
<b>Risco de morte</b>	Muito baixo	Pequeno, porém maior do que no parto normal.
<b>Futuras gestações</b>	Menor risco	Maior risco

Fonte: Brasil, 1995.

Toda gestante deve saber que o melhor tipo de parto é aquele mais adequado às condições de sua gravidez, ou seja, é o que melhor atende ao seu bebê e às possíveis complicações surgidas durante a gravidez.

De maneira geral, o parto normal ou vaginal reúne, em relação à cesárea, uma série de vantagens, o que o torna a forma ideal de dar à luz. Além disso, é natural, tem menor custo e propicia à mulher uma recuperação bem mais rápida.

Deve-se ressaltar que o parto normal é também importante para ajudar a completar a maturidade da criança: ao passar pela bacia da mãe, o bebê tem seu tórax comprimido, o que ajuda a expelir a água porventura depositada em seus pulmões, facilitando-lhe a respiração e diminuindo o risco de problemas respiratórios.

## 5.19 O parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais

No Brasil, o parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais está presente principalmente nas Regiões Norte e Nordeste, sobretudo nas áreas rurais, ribeirinhas, de floresta, em meio às populações quilombolas e indígenas. Entretanto, por não estar incluído no SUS e ainda não ser reconhecido como uma ação de saúde que se desenvolve na comunidade, o parto domiciliar assistido ocorre, em geral, de forma precária e em situação de exclusão e isolamento, sem o respaldo e o apoio da Rede de Atenção Integral à Saúde da Mulher e da Criança.

A diversidade socioeconômica, cultural e geográfica do País exige a adoção de diferentes modelos de atenção integral à saúde da mulher e da criança e a implementação de políticas públicas que atendam às especificidades de cada realidade, procurando-se considerar o princípio da equidade e resgatar a dívida histórica existente em relação às mulheres e às crianças assistidas por parteiras tradicionais.

É fundamental a inclusão do parto e do nascimento domiciliares assistidos por parteiras tradicionais no SUS, entre as estratégias para a atenção integral à saúde da mulher e da criança e para a redução da morbimortalidade materna e neonatal.

No Brasil, a questão da melhoria da assistência ao parto domiciliar por parteiras tradicionais vem sendo amplamente discutida desde a década de 1970. Em várias regiões do País foram desenvolvidas atividades com parteiras tradicionais, com vistas à melhoria da qualidade dessa assistência, seja por parte do setor público ou de organizações da sociedade civil.

O Ministério da Saúde, a partir de 2000, vem adotando várias iniciativas para melhorar a atenção à gestação, ao parto, ao nascimento e ao puerpério. Entre elas encontrava-se o Programa Trabalhando com Parteiras Tradicionais, que recolocou a melhoria do parto e do nascimento domiciliares assistidos por parteiras tradicionais na pauta de discussão com gestores estaduais e municipais, como uma responsabilidade do SUS e uma atribuição da Atenção Básica.

O programa objetiva resgatar e valorizar os saberes tradicionais, articulando-os aos científicos, considerando a riqueza cultural e da biodiversidade como elementos importantes para a produção de novos conhecimentos e tecnologias.

A parteira tradicional adquire suas aptidões realizando partos por conta própria ou após aprender o ofício com outras parteiras, em geral suas mães, avós, sogras e comadres. Geralmente, inicia-se na arte de partejar ainda jovem. A formação ocorre na prática, movida pelo desejo de servir, pelo sentimento de solidariedade e pela necessidade imposta num contexto de isolamento, de exclusão e falta de acesso aos serviços públicos. O saber tradicional que as parteiras detêm, relacionado com o processo de cuidar e curar, foi transmitido de geração para geração. Por muitos milênios, o trabalho das parteiras foi a única forma de assistência obstétrica. Seu conhecimento, portanto, é ancestral, empírico e intuitivo.

Os municípios onde o parto e o nascimento domiciliares assistidos por parteiras tradicionais são uma realidade precisam assumir o compromisso de definir formas de apoio e articulação, bem como definir investimentos financeiros que promovam as condições essenciais para a superação do atual panorama de isolamento, exclusão, desigualdades e injustiças que envolvem mulheres e bebês assistidos por parteiras.

Entre as estratégias para a inclusão do parto e do nascimento domiciliares assistidos por parteiras tradicionais no SUS, é fundamental a articulação do trabalho da parteira tradicional com as equipes de atenção básica e, nas comunidades indígenas, com a equipe multidisciplinar de saúde indígena.

### 5.19.1 A parteira tradicional

O Ministério da Saúde define como parteira tradicional aquela que presta assistência ao parto domiciliar baseada em saberes e práticas tradicionais e é reconhecida pela comunidade com parteira.

Em muitos lugares, a parteira é conhecida como “parteira leiga”, “aparadeira”, “mãe de umbigo”, “curiosa”, entre outras denominações. Porém, o Ministério da Saúde adota a denominação de “parteira tradicional” por considerar que este termo valoriza os saberes e as práticas tradicionais e caracteriza a sua formação e o conhecimento que ela detém. As parteiras indígenas e quilombolas estão incluídas entre as parteiras tradicionais, respeitando-se as suas especificidades étnicas e culturais.

A ocupação de *parteira* consta da Classificação Brasileira de Ocupações (CBO), edição 2002, do Ministério do Trabalho e Emprego (MTE), sob o código 5151-15, na família ocupacional agentes comunitários de saúde e afins.

É importante enfatizar que o parto e o nascimento domiciliares assistidos por parteiras tradicionais inserem-se no contexto das ações básicas de saúde.

Entre as atividades das equipes de atenção básica para o apoio e a articulação do parto domiciliar assistido por parteiras tradicionais encontram-se os seguintes procedimentos:

- Identificar as parteiras tradicionais e realizar o seu cadastramento, alimentando e mantendo atualizado o sistema de informação da atenção básica do município;
- Realizar diagnóstico (a partir das informações coletadas na ficha de cadastro) da assistência ao parto domiciliar em seu território, incluindo um levantamento das dificuldades enfrentadas pelas parteiras no desenvolvimento de seu trabalho, para aprimorar a gestão municipal no desenvolvimento de ações que possam fortalecer e integrar os serviços de saúde, consolidando a Rede de Atenção à Saúde da Mulher e da Criança;
- Estimular a vinculação solidária entre os agentes comunitários de saúde, as equipes de atenção básica e as parteiras tradicionais, de modo a garantir o acompanhamento do trabalho das parteiras tradicionais e manter informações atualizadas sobre eventos vitais (nascimentos e óbitos);
- Desenvolver estratégias para a avaliação e o acompanhamento sistemáticos da atenção ao parto e ao nascimento domiciliares;
- Garantir o acompanhamento ao pré-natal e ao puerpério e a atenção integral às mulheres e aos recém-nascidos assistidos por parteiras tradicionais (exames de rotina, preenchimento do Cartão da Gestante e da Caderneta da Criança, vacinação, teste do pezinho, planejamento familiar/reprodutivo, entre outras ações);
- Orientar as parteiras sobre a esterilização e os cuidados com o instrumental utilizado na atenção ao parto e, sempre que possível, realizar a esterilização do referido instrumental na unidade de saúde;
- Fornecer, sempre que necessário, a reposição dos materiais descartáveis do *kit* da parteira tradicional para a atenção segura ao parto, tais como: luvas, gorros, gazes esterilizadas, entre outros materiais.

