

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Normas e Manuais Técnicos

MINISTÉRIO DA SAÚDE MINISTÉRIO DA SAÚDE MINISTÉRIO DA SAÚDE
MINISTÉRIO DA SAÚDE MINISTÉRIO DA SAÚDE MINISTÉRIO DA SAÚDE
MINISTÉRIO DA SAÚDE MINISTÉRIO DA SAÚDE MINISTÉRIO DA SAÚDE

MINISTRO DA SAÚDE

Luiz Carlos Borges da Silveira

SECRETÁRIO NACIONAL DE PROGRAMAS ESPECIAIS DE SAÚDE

Celso Fetter Hilgert

DIRETORA DA DIVISÃO NACIONAL DE SAÚDE MATERNO-INFANTIL

Deisi Noeli Weber Kusztra

COORDENADOR DO PROGRAMA DE ASSISTÊNCIA INTEGRAL À SAÚDE DA MULHER

Cláudio Bernardo Pedrosa de Freitas

PRESIDENTE DO INSTITUTO NACIONAL DE ASSISTÊNCIA MÉDICA DA PREVIDÊNCIA SOCIAL

José de Ribamar Pinto Serrão

Ministério da Saúde
Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde
Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil
Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher
Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social

© 1988 Ministério da Saúde
São A. Formas e manuseio técnicos. 38
Centro de Documentação do Ministério da Saúde
Edifício dos Ministérios - Bloco G - Térreo
70058 Brasília DF
Fones: (061) 228-8288 e 228-8278
Fax: (061) 1752 e 1751

Apresentação 7

Introdução 9

1 - Organização dos serviços na assistência pré-natal 10

2 - Assistência pré-natal 13

2.1 - Calendário de consultas 13

2.2 - Consultas 14

2.2.1 - Rotativa 14

2.2.2 - Rotativa 16

2.2.3 - Rotativa 17

2.2.4 - Rotativa 17

2.2.5 - Rotativa 17

2.2.6 - Rotativa 17

2.2.7 - Rotativa 17

2.2.8 - Rotativa 17

2.2.9 - Rotativa 17

2.2.10 - Rotativa 17

2.2.11 - Rotativa 17

2.2.12 - Rotativa 17

2.2.13 - Rotativa 17

2.2.14 - Rotativa 17

2.2.15 - Rotativa 17

2.2.16 - Rotativa 17

2.2.17 - Rotativa 17

2.2.18 - Rotativa 17

2.2.19 - Rotativa 17

2.2.20 - Rotativa 17

2.2.21 - Rotativa 17

2.2.22 - Rotativa 17

2.2.23 - Rotativa 17

2.2.24 - Rotativa 17

2.2.25 - Rotativa 17

2.2.26 - Rotativa 17

2.2.27 - Rotativa 17

2.2.28 - Rotativa 17

2.2.29 - Rotativa 17

2.2.30 - Rotativa 17

2.2.31 - Rotativa 17

2.2.32 - Rotativa 17

2.2.33 - Rotativa 17

2.2.34 - Rotativa 17

2.2.35 - Rotativa 17

2.2.36 - Rotativa 17

2.2.37 - Rotativa 17

2.2.38 - Rotativa 17

2.2.39 - Rotativa 17

2.2.40 - Rotativa 17

2.2.41 - Rotativa 17

2.2.42 - Rotativa 17

2.2.43 - Rotativa 17

2.2.44 - Rotativa 17

2.2.45 - Rotativa 17

2.2.46 - Rotativa 17

2.2.47 - Rotativa 17

2.2.48 - Rotativa 17

2.2.49 - Rotativa 17

2.2.50 - Rotativa 17

2.2.51 - Rotativa 17

2.2.52 - Rotativa 17

2.2.53 - Rotativa 17

2.2.54 - Rotativa 17

2.2.55 - Rotativa 17

2.2.56 - Rotativa 17

2.2.57 - Rotativa 17

2.2.58 - Rotativa 17

2.2.59 - Rotativa 17

2.2.60 - Rotativa 17

2.2.61 - Rotativa 17

2.2.62 - Rotativa 17

2.2.63 - Rotativa 17

2.2.64 - Rotativa 17

2.2.65 - Rotativa 17

2.2.66 - Rotativa 17

2.2.67 - Rotativa 17

2.2.68 - Rotativa 17

2.2.69 - Rotativa 17

2.2.70 - Rotativa 17

2.2.71 - Rotativa 17

2.2.72 - Rotativa 17

2.2.73 - Rotativa 17

2.2.74 - Rotativa 17

2.2.75 - Rotativa 17

2.2.76 - Rotativa 17

2.2.77 - Rotativa 17

2.2.78 - Rotativa 17

2.2.79 - Rotativa 17

2.2.80 - Rotativa 17

2.2.81 - Rotativa 17

2.2.82 - Rotativa 17

2.2.83 - Rotativa 17

2.2.84 - Rotativa 17

2.2.85 - Rotativa 17

2.2.86 - Rotativa 17

2.2.87 - Rotativa 17

2.2.88 - Rotativa 17

2.2.89 - Rotativa 17

2.2.90 - Rotativa 17

2.2.91 - Rotativa 17

2.2.92 - Rotativa 17

2.2.93 - Rotativa 17

2.2.94 - Rotativa 17

2.2.95 - Rotativa 17

2.2.96 - Rotativa 17

2.2.97 - Rotativa 17

2.2.98 - Rotativa 17

2.2.99 - Rotativa 17

2.2.100 - Rotativa 17

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Brasília
Centro de Documentação do Ministério da Saúde
1988
2.ª edição. (Título da 1.ª edição: Pré-natal de Baixo Risco)

© 1988. Ministério da Saúde
Série A: Normas e manuais técnicos, 36

Centro de Documentação do Ministério da Saúde
Esplanada dos Ministérios – Bloco G – Térreo
70058 Brasília, DF
Telefones: (061) 226-8286 e 226-8275
Telex: (061) 1752 e 1251

Impresso no Brasil/Printed in Brazil

Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Programas Es-
peciais de Saúde. Divisão Nacional de Saúde
Materno-Infantil & Instituto Nacional de Assistência
Médica da Previdência Social.

Assistência pré-natal/Ministério da Saúde, Secretaria
Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão
Nacional de Saúde Materno-Infantil & Instituto Na-
cional de Assistência Médica da Previdência Social.
– Brasília: Centro de Documentação do Ministério
da Saúde, 1988.

44 p.:il. – (Série A: Normas e manuais técnicos, 36).

SUMÁRIO

Apresentação	5
Introdução	7
1 – Organização dos serviços na assistência pré-natal	9
2 – Assistência pré-natal	13
2.1 – Calendário de consultas	13
2.2 – Consultas	14
2.2.1 – Roteiro da primeira consulta	14
2.2.2 – Roteiro das consultas subseqüentes	16
2.2.3 – Padronização de procedimentos e condutas	17
• Métodos para cálculo da idade gestacional (IG)	17
• Método para cálculo da data provável do parto (DPP)	18
• Avaliação do estado nutricional da gestante/ganho de peso durante a gestação em relação ao padrão de peso/altura inicial	18
• Controle da pressão ou tensão arterial (TA)	23
• Verificação da presença de edema	24
• Medida da altura uterina/acompanhamento do crescimento fetal	24
• Ausculta dos batimentos cardíofetais (BCFs)	27
2.3 – Exames laboratoriais na assistência pré-natal e condutas	28
2.3.1 – Outros exames complementares	29
2.4 – Vacinação antitetânica	30
2.5 – Educação em saúde	30
2.6 – Assistência odontológica	31
2.7 – Visitação domiciliar	31
3 – Anexos	33
3.1 – Técnicas padronizadas para os exames clínico e obstétrico	33
3.1.1 – Identificação da situação e apresentação fetal	35
3.2 – Condutas nas queixas mais freqüentes na gestação normal	38
Bibliografia consultada	41

APRESENTAÇÃO

A Nova República estabeleceu, em seu programa de governo, a prioridade às áreas sociais, com vistas a que o desenvolvimento social seja equivalente ao econômico, expressando, assim, a grande mudança em direção à democracia.

A diretriz norteadora do setor saúde é o reconhecimento de que a assistência à saúde é um direito inalienável de todo cidadão brasileiro, sendo dever do Estado assegurá-lo.

O grande objetivo setorial é a organização de um sistema nacional de saúde unificado, cuja consecução efetivar-se-á através de um complexo processo histórico, durante o qual cada ação do Ministério da Saúde deve constituir um passo a mais nessa direção.

Maximizar o alcance da assistência à saúde no Brasil significa tanto estender a cobertura dos serviços a frações da população ainda não beneficiadas, quanto aperfeiçoar seu poder de resolução diante dos problemas de saúde mais prevalentes.

Uma das estratégias adotadas por este Ministério, visando incrementar a resolubilidade dos serviços de saúde, é a de identificar e dar prioridade a ações básicas que possuam comprovada eficácia e que envolvam reduzida complexidade tecnológica no controle dos mais relevantes problemas de saúde.

Essas medidas, no caso específico da assistência à mulher, recebem a denominação de "Ações Básicas na Assistência Integral à Saúde da Mulher", e devem constituir-se no elemento central da assistência prestada a este grupo populacional em toda a rede de serviços de saúde.

A normalização dessas ações é, sem dúvida, uma atividade estratégica dentro do processo de organização de um sistema nacional de saúde, haja vista possibilitar que distintas instituições governamentais, mesmo ligadas a diferentes órgãos, trabalhem sob orientação única. A normalização das ações de saúde, necessárias ao controle dos agravos de maior prevalência, permite que os serviços de saúde orientem suas atividades de forma a obter um significativo impacto sobre a ocorrência desses agravos, ao invés de responder passivamente à demanda espontânea e desordenada.

Nesse contexto, o Ministério da Saúde, responsável pela política setorial, vem trabalhando na elaboração e divulgação de manuais que procuram, de modo simples e direto, definir e justificar o conteúdo das referidas ações, normalizar seus procedimentos e padronizar as condutas que delas decorrem. Objetivam, ademais, oferecer um material adequado para a capacitação de recursos humanos, sem a qual não se poderá garantir à população o pleno atendimento a seu direito de assistência à saúde.

Os dados nacionais de morbimortalidade materna e perinatal e suas variações inter e intra-regionais justificam a iniciativa do Ministério da Saúde de sistematizar as ações de Assistência Pré-Natal.

1. ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

INTRODUÇÃO

Este manual destina-se aos profissionais de saúde da rede básica e tem por objetivo sistematizar os procedimentos considerados mínimos para um bom padrão de assistência à gestante.

O acompanhamento pré-natal deve ser realizado com vistas a atender às necessidades da gestante, obtendo, assim, melhores efeitos sobre a saúde da mãe e do recém-nascido.

O manual de pré-natal integra uma série de manuais normativos que o Ministério da Saúde vem produzindo para o Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher: controle das doenças sexualmente transmissíveis, prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama, assistência ao planejamento familiar, assistência à adolescente e à mulher no climatério, assistência ao parto e puerpério, assistência à gestante de alto risco.

- i) instrumentos de registro e estatística;
- ii) medicamentos básicos;
- iii) apoio laboratorial mínimo;
- iv) sistema eficiente de referência e contra-referência;
- v) avaliação das ações da assistência pré-natal.

A - Captação precoce da gestante na comunidade

Objetivo

- inscrever e iniciar o acompanhamento da gestante no 1º trimestre de gravidez, no sentido de obter intervenções oportunas, tanto preventivas como educativas e terapêuticas.

Para a captação precoce é necessário haver:

- motivação dos profissionais de saúde;
- envolvimento da comunidade;
- ações educativas individuais e coletivas;
- meios de comunicação de massa;
- visitas domiciliares;
- acessibilidade à unidade de saúde.

A equipe de saúde deve estar treinada e o serviço organizado para prestar assistência à gestante desde seu primeiro contato com o serviço, já que a melhor forma de assegurar a captação precoce é a qualidade do serviço prestado à população.

B – Controle periódico, contínuo e extensivo à população-alvo

Objetivo: – assegurar a cobertura de atenção pré-natal de forma a haver seguimento durante toda a gestação, em intervalos periódicos, preestabelecidos.

Objetivo: – garantir o acompanhamento de todas as gestantes, desde o início da gravidez, através de visitas domiciliares e consultas em unidades de saúde, com o objetivo de detectar e tratar precocemente as complicações da gravidez e do parto, e garantir a assistência adequada durante o parto e o puerpério.

Objetivo: – garantir a assistência adequada durante o parto e o puerpério, com o objetivo de detectar e tratar precocemente as complicações da gravidez e do parto, e garantir a assistência adequada durante o parto e o puerpério.

1 – ORGANIZAÇÃO DOS SERVIÇOS NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

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

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

Como condições para uma assistência pré-natal efetiva, os seguintes elementos devem ser garantidos:

- a) captação precoce da gestante na comunidade;
- b) controle periódico, contínuo e extensivo à população-alvo;
- c) recursos humanos treinados;
- d) área física adequada;
- e) equipamento e instrumental mínimos;
- f) instrumentos de registro e estatística;
- g) medicamentos básicos;
- h) apoio laboratorial mínimo;
- i) sistema eficiente de referência e contra-referência;
- j) avaliação das ações da assistência pré-natal.

A – Captação precoce da gestante na comunidade

Objetivo:

- inscrever e iniciar o acompanhamento da gestante no 1º trimestre de gravidez, no sentido de obter intervenções oportunas, tanto preventivas como educativas e terapêuticas.

Para a captação precoce é necessário haver:

- motivação dos profissionais de saúde;
- envolvimento da comunidade;
- ações educativas individuais e coletivas;
- meios de comunicação de massa;
- visita domiciliar;
- acessibilidade à unidade de saúde.

A equipe de saúde deve estar treinada e o serviço organizado para prestar assistência à gestante desde seu primeiro contato com a equipe, já que a melhor forma de assegurar a captação precoce é a qualidade do serviço prestado à população.

B – Controle periódico, contínuo e extensivo à população-alvo

Objetivo:

- assegurar a cobertura de atenção pré-natal, de forma a haver seguimento durante toda a gestação, em intervalos periódicos, preestabelecidos.

Todos os esforços devem ser despendidos para garantir a plena participação da gestante nas atividades desenvolvidas pela unidade de saúde.

C – Recursos humanos treinados

Objetivo:

- prestar o atendimento à gestante consoante o enfoque da assistência integral à saúde da mulher, por profissionais devidamente treinados.

Para tal objetivo, devem-se realizar:

- treinamento para utilização de normas de assistência pré-natal;
- cursos de reciclagem e de especialização, entre outros.

D – Área física adequada

Objetivo:

- preservar um ambiente adequado ao inter-relacionamento entre a equipe de saúde e a gestante, mantendo, obrigatoriamente, uma área física destinada à assistência pré-natal.

E – Equipamento e instrumental mínimos

- mesa e cadeiras (para entrevista);
- mesa de exame ginecológico;
- escada de dois degraus;
- foco de luz;
- balança para adultos (peso-altura);
- esfigmomanômetro (aparelho de pressão);
- estetoscópio clínico;
- estetoscópio de Pinard;
- fita métrica flexível e inelástica;
- espéculos;
- pinças de Cheron.

F – Instrumentos de registro e estatística

Objetivos:

- permitir o acompanhamento sistematizado da evolução da gravidez, do parto e do puerpério, através da coleta e da análise dos dados obtidos em cada consulta;
- facilitar o fluxo de informações entre os serviços de saúde, no sistema de referência e contra-referência;
- permitir a seleção de dados necessários para a avaliação das estatísticas de serviço.

Material utilizado:

— **ficha perinatal** — instrumento de coleta de dados para uso dos profissionais da unidade; deve conter todos os dados de acompanhamento da gestação, do parto, do recém-nascido e do puerpério;

— **cartão da gestante** — instrumento de registro; deve conter os principais dados do acompanhamento da gestação, sendo importante para a referência e contra-referência; deverá ficar, sempre, com a gestante;

— **mapa de registro diário** — instrumento de avaliação das ações de assistência pré-natal; deve conter as informações mínimas necessárias de cada consulta prestada.

G — Medicamentos básicos

A unidade de saúde deverá manter um sistema rotineiro de suprimento de medicamentos para a assistência à mulher.

H — Apoio laboratorial mínimo

Toda unidade de saúde deve ter acesso a laboratório que garanta a realização dos seguintes exames de rotina:

- tipagem sangüínea (fator Rh);
- sorologia para sífilis (VDRL);
- exame sumário de urina (tipo I);
- dosagem de hemoglobina (Hb).

I — Sistema eficiente de referência e contra-referência

CALENDÁRIO MÍNIMO DE ATENDIMENTO PRÉ-NATAL

Objetivos:

- garantir a referência formal para toda a clientela, de modo a possibilitar seu acesso a todos os níveis de complexidade do sistema de saúde, conforme a exigência de cada caso;
- assegurar o retorno da gestante e do recém-nascido ao serviço de saúde de origem, de posse de todas as informações necessárias para o seu seguimento e notificação da equipe de saúde.

São atribuições de um sistema eficiente de referência e contra-referência:

- detecção, pela unidade de saúde, de casos clínicos que devem ser referenciados;
- referência formal desses casos, acompanhada do motivo do encaminhamento e dos dados clínicos de interesse; a gestante referida deve levar consigo o cartão da gestante;
- retorno dos casos referidos para a unidade de origem, com informações sobre: exames, diagnósticos, tratamentos realizados e recomendações.

J — Avaliação das ações da assistência pré-natal

Objetivos:

- avaliar a qualidade da assistência pré-natal;
- identificar os problemas de saúde da população-alvo e do desempenho do serviço;
- permitir a mudança de estratégia com a finalidade de melhorar a assistência pré-natal.

2 – ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

2.1 – Calendário de consultas

O calendário de atendimento pré-natal foi programado em função:

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

CALENDÁRIO MÍNIMO DE ATENDIMENTO PRÉ-NATAL

Consultas subseqüentes	16 a 20 semanas	24 a 28 semanas	29 a 32 semanas	33 a 36 semanas	37 a 40 semanas
IG primeira consulta					
até 15 semanas					
16 – 24 semanas					
25 – 28 semanas					
29 e mais semanas					

Observação: o intervalo entre duas consultas não deve ultrapassar 8 semanas.

Para uma gestante sem fatores de risco detectados, estabelece-se que, no mínimo, duas consultas sejam realizadas pelo médico: uma no início do pré-natal (não necessariamente a 1ª consulta) e outra entre a 29ª e a 32ª semana de gestação.

Se o parto não ocorrer até 7 dias após a data provável, a gestante deverá ter consulta médica assegurada, ou ser referida para um serviço de maior complexidade.

2.2 – Consultas

2.2.1 – Roteiro da primeira consulta

História clínica

- **Identificação:**
 - idade;
 - cor;
 - naturalidade;
 - procedência;
 - endereço atual;
 - estado civil;
 - profissão.
- **Dados socioeconômicos e culturais:**
 - escolaridade;
 - renda familiar;
 - número de dependentes;
 - número de pessoas da família que participam da força de trabalho;
 - condições de moradia (tipo, nº de cômodos);
 - condições de saneamento (água, esgoto).
- **Motivo da consulta:**
 - assinalar se é uma consulta de rotina ou se há algum outro motivo para o comparecimento; nesse caso, descrever as queixas.
- **Antecedentes familiares – especial atenção para:**
 - hipertensão;
 - diabetes;
 - doenças congênitas;
 - gemelaridade;
 - câncer de mama;
 - hanseníase;
 - tuberculose e outros contatos domiciliares (anotar a doença e o grau de parentesco).
- **Antecedentes pessoais – especial atenção para:**
 - hipertensão arterial;
 - cardiopatias;
 - diabetes;
 - doenças renais crônicas;
 - anemia;
 - transfusões de sangue;
 - doenças neuropsiquiátricas;
 - viroses (rubéola e herpes);
 - cirurgia (tipo e data);
 - alergias;
 - hanseníase;
 - tuberculose.
- **Antecedentes ginecológicos:**
 - ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade);
 - uso de métodos contraceptivos (quais, por quanto tempo e motivo do abandono);
 - infertilidade e esterilidade (tratamento);

- doenças sexualmente transmissíveis (tratamentos realizados, inclusive do parceiro);
 - cirurgias ginecológicas (idade e motivo);
 - mamas (alteração e tratamento);
 - última colpocitologia oncótica (Papanicolaou ou “preventivo”, data e resultado).
- **Sexualidade:**
 - início da atividade sexual (idade e atitude frente à primeira relação);
 - desejo sexual (libido);
 - orgasmo;
 - dispareunia (dor ou desconforto durante o ato sexual);
 - sexualidade na gestação atual.
- **Antecedentes obstétricos:**
 - número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez ectópica, mola hidatiforme);
 - número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, fórceps, cesáreas – indicações);
 - número de abortamentos (espontâneos, provocados, complicados por infecções, curetagem pós-abortamento);
 - número de filhos vivos;
 - idade da primeira gestação;
 - intervalo entre as gestações (em meses);
 - número de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37ª semana de gestação), pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação);
 - experiência em aleitamento materno;
 - número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2500g) e com mais de 4000g;
 - mortes neonatais precoces – até 7 dias de vida (número e motivos dos óbitos);
 - mortes neonatais tardias – entre 7 e 28 dias de vida (número e motivos dos óbitos);
 - natimortos (morte fetal intra-útero e idade gestacional em que ocorreu);
 - recém-nascido com icterícia neonatal, transfusões, exsanguinotransfusões;
 - intercorrência ou complicações em gestações anteriores (especificar);
 - complicações nos puerpérios (descrever);
 - história de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame);
 - intervalo entre o final da última gestação e o início da atual;
 - data do primeiro dia da última menstruação – DUM (anotar certeza ou dúvida);
 - data provável do parto – DPP;
 - data de percepção dos primeiros movimentos fetais.
- **Gestação atual:**
 - nome dos medicamentos usados na gestação;
 - a gestação foi ou não desejada;
 - hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e toxicomania;
 - ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos).

Exame físico

- **Geral:**
 - determinação do peso e avaliação do estado nutricional da gestante;
 - medida da estatura;
 - determinação da frequência do pulso arterial;
 - medida da temperatura axilar, caso haja suspeita de infecção;
 - medida da pressão arterial;
 - inspeção da pele e das mucosas;
 - palpação da tireóide;

- ausculta cardiopulmonar;
- exame do abdome;
- exame dos membros inferiores;
- pesquisa de edema (face, tronco, membros).

- **Específico: gineco-obstétrico**

- exame mamas (orientado, também, para o aleitamento materno);
- medida da altura uterina;
- ausculta dos batimentos cardíofetais (após a 20ª semana);
- identificação da situação e apresentação fetal (3º trimestre);
- palpação dos gânglios inguinais;
- inspeção dos genitais externos;
- exame especular:
 - a) inspeção das paredes vaginais;
 - b) inspeção do conteúdo vaginal;
 - c) inspeção do colo uterino;
 - d) coleta de material para exame colpocitológico (preventivo de câncer), conforme *Manual de prevenção de câncer cérvico-uterino e de mama*;
- toque vaginal (na 1ª consulta e quando seja necessário fazer pelvimetria);
- outros exames, se necessários;
- educação individual (respondendo às dúvidas, preconceitos e inquietações da gestante).

- **Solicitação dos exames laboratoriais de rotina e outros, se necessários.**

- **Diagnósticos, avaliação e condutas segundo o item 2.2.3 – Padronização de procedimentos e condutas.**

- **Ações complementares:**

- referência para atendimento odontológico;
- referência para atendimento de imunização (vacinas), quando indicado;
- referência para práticas educativas coletivas;
- referência para serviços especializados na mesma unidade ou para unidade de maior complexidade, quando indicado;
- agendamento de consultas subseqüentes;
- referência, quando indicado, para o Programa de Suplementação Alimentar (PSA).

2.2.2 – Roteiro das consultas subseqüentes

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

2.2.3 – Padronização de procedimentos e condutas

Os procedimentos e condutas padronizados, abaixo listados, são aqueles que devem sistematicamente ser realizados e avaliados em toda consulta pré-natal:

- cálculo da idade gestacional e data provável do parto;
- avaliação do estado nutricional;
- controle da pressão arterial;
- verificação da presença de edema;
- medida da altura uterina/acompanhamento do crescimento fetal;
- ausculta dos batimentos cardíofetais.

Os achados diagnósticos e condutas devem ser sempre anotados na ficha perinatal e no cartão da gestante.

• Métodos para cálculo da idade gestacional (IG)

a) Quando a data da última menstruação (DUM) é conhecida:

- uso de calendário – contar o número de semanas a partir do 1º dia da última menstruação até a data da consulta. A data provável do parto corresponde ao final da 40ª semana, contada a partir da data do 1º dia da última menstruação;
- uso de disco – instrução no verso do disco.

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

se o período foi no início, ou “nos meados” ou no final do mês, considerar como data da última menstruação os dias 5, 15 e 25, respectivamente; proceder, então, à utilização de um dos métodos acima descritos.

c) Quando a data e o período da última menstruação são desconhecidos, proceder ao exame físico, mediante a palpação abdominal do útero:

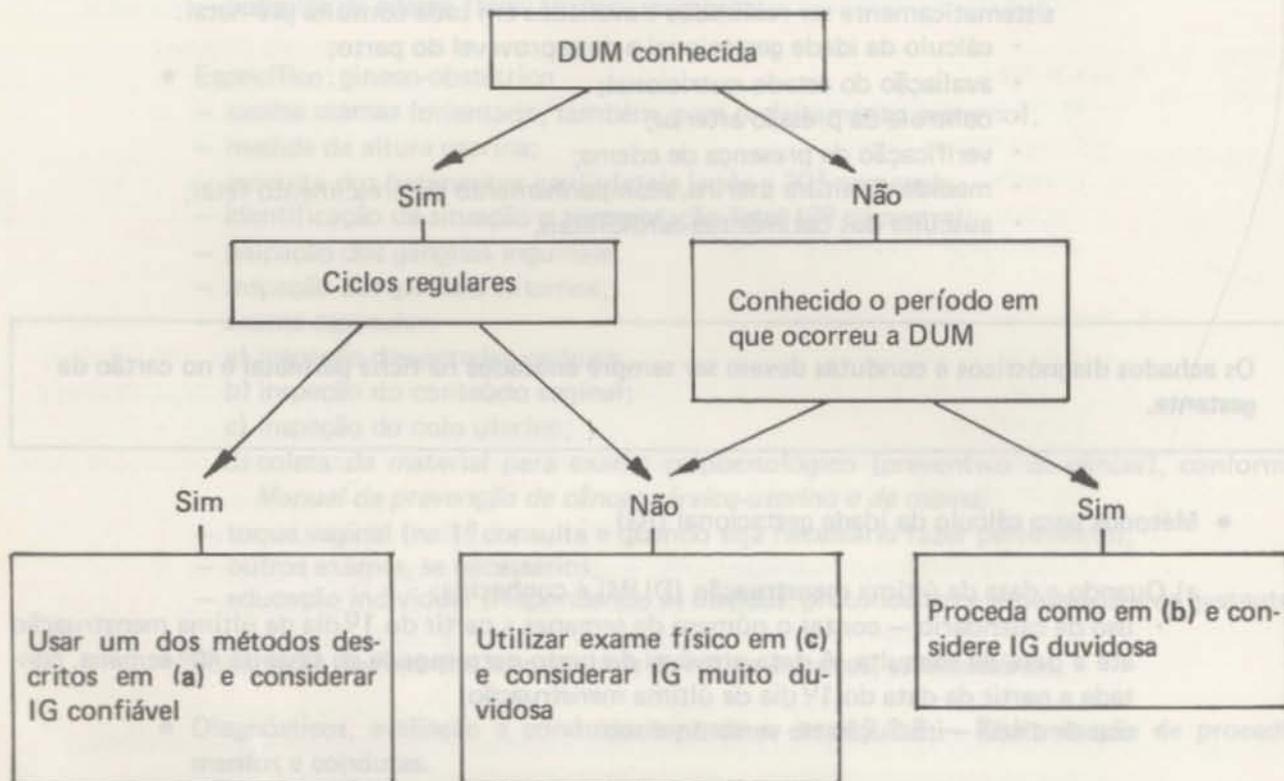
Útero palpável no abdome

- Medir a altura uterina e posicionar o valor encontrado na curva de crescimento uterino. Verificar a IG correspondente a esse ponto. Considerar IG muito duvidosa e assinalar com interrogação na ficha perinatal e no cartão da gestante.

Útero não palpável no abdome

- Estimativa inicial da IG pelo toque vaginal. Caso haja dúvida no diagnóstico clínico da gestação, agendar consulta médica em 2 semanas, para comprovação da idade gestacional.

Esquematisação dos vários procedimentos para o cálculo da IG:



- Método para cálculo da data provável do parto (DPP)

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

Uma outra forma de cálculo é somar 7 dias ao primeiro dia da última menstruação e adicionar nove meses ao mês em que ocorreu a última menstruação.

Exemplos:

data da última menstruação: 13/09/85

data provável do parto: 20/06/86

data da última menstruação: 27/06/85

data provável do parto: 04/04/86

- Avaliação do estado nutricional da gestante/ganho de peso durante a gestação em relação ao padrão de peso/altura inicial

Objetivos:

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

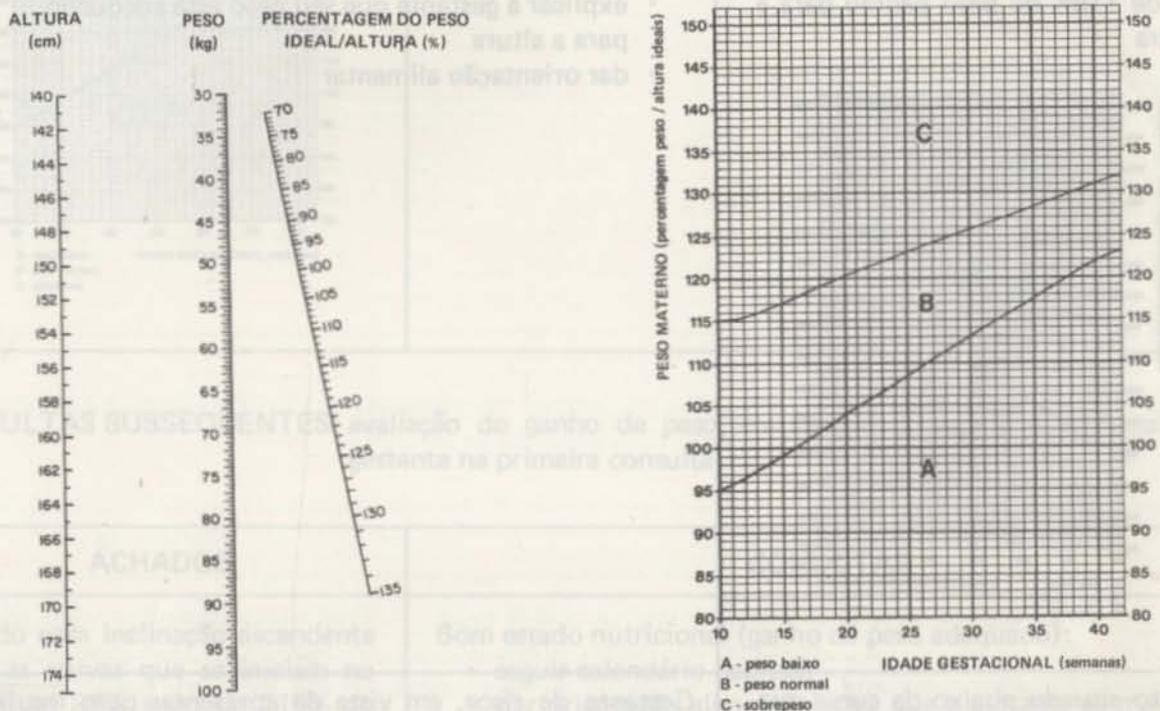
Indicador: percentual de peso/altura, em relação ao padrão de referência, nas diversas idades gestacionais.

O uso deste indicador dispensa o conhecimento do peso anterior à gestação.

Padrão de referência: curva de peso/altura, desenhada a partir do padrão apresentado por Jelliffe e expressa com percentual de peso ideal para altura e idade gestacional.

Nomograma: utilizado na 1ª consulta para calcular o percentual de peso ideal para altura, dispensando a determinação da altura nas consultas subseqüentes, uma vez que esta não se modifica.

NOMOGRAMA



Pontos de corte: consideram-se como limites de normalidade as curvas que se iniciam no percentual 95% do padrão de normalidade, para o limite inferior, e no de 115%, para o limite superior.

Instrumental para a avaliação:

- Balança de adulto, com antropômetro.
- Nomograma com altura, peso e percentagem peso ideal/altura.
- Gráfico de percentagem de peso ideal/altura em relação à idade gestacional em semanas.

Operacionalização:

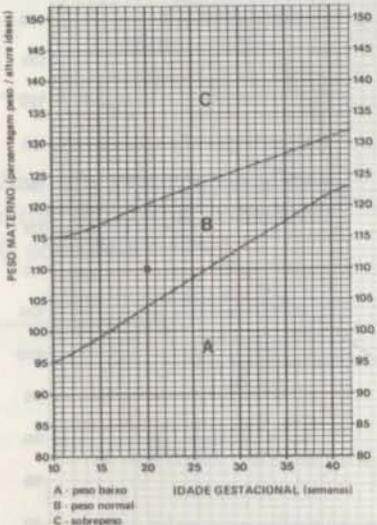
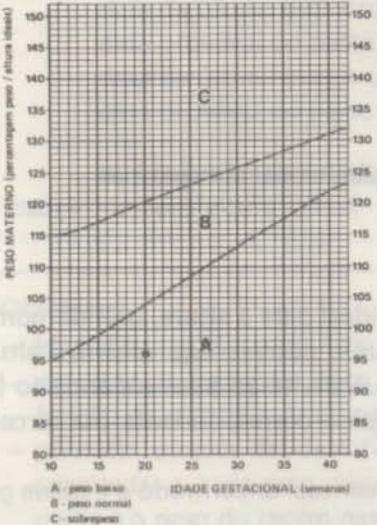
- Aferir o peso, a altura e a idade gestacional.
- Em seguida, calcular a percentagem do peso em relação ao peso ideal para a altura, usando nomograma e procedendo da seguinte maneira: marcar com uma régua o número equivalente à altura (na primeira coluna do nomograma), passando pelo número equivalente ao peso encontrado (na segunda coluna do nomograma), até chegar ao percentual de peso correspondente (na terceira coluna do nomograma).
- Finalmente, marcar no gráfico o ponto que corresponde ao percentual encontrado e à idade gestacional.
- A posição desse ponto no gráfico indica o estado nutricional da gestante.

Nas consultas subseqüentes, ligar os pontos para obter o traçado da gestante, cuja inclinação vai dar a orientação da adequação ou não do ganho de peso durante a gravidez.

INTERPRETAÇÃO DO INDICADOR E CONDUTAS NOS DIFERENTES CASOS:

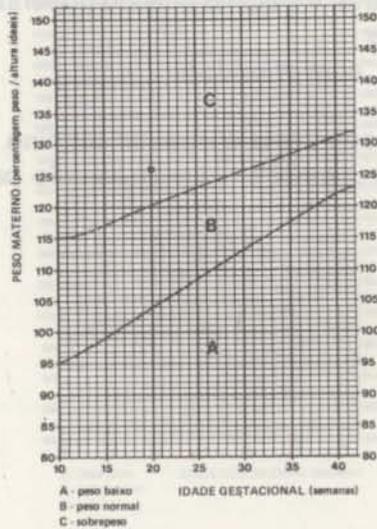
Na definição de condutas: afastar sempre erro de idade gestacional.

PRIMEIRA CONSULTA: avaliação do estado nutricional através da medida inicial de peso/altura

ACHADOS	CONDUTAS
<p>Ponto situado entre as curvas que se iniciam no percentual 95% e no de 115% do peso padrão para a altura</p>  <p>Gráfico de peso materno (percentagem peso / altura ideal) versus idade gestacional (semanas). O eixo Y varia de 80 a 150, e o eixo X de 10 a 40. Três curvas representam: A - peso baixo (95%), B - peso normal (115%), e C - sobrepeso (130%). Um ponto está plotado entre as curvas A e B, aproximadamente no ponto (20, 110).</p>	<p>Bom estado nutricional:</p> <ul style="list-style-type: none"> • seguir calendário habitual • explicar à gestante que seu peso está adequado para a altura • dar orientação alimentar
<p>Ponto situado abaixo da curva que se inicia no percentual 95% do peso padrão para a altura</p>  <p>Gráfico de peso materno (percentagem peso / altura ideal) versus idade gestacional (semanas). O eixo Y varia de 80 a 150, e o eixo X de 10 a 40. Três curvas representam: A - peso baixo (95%), B - peso normal (115%), e C - sobrepeso (130%). Um ponto está plotado abaixo da curva A, aproximadamente no ponto (20, 90).</p>	<p>Gestante de risco, em vista de apresentar peso insuficiente para a altura (desnutrição):</p> <ul style="list-style-type: none"> • investigar história alimentar, hiperêmese gravídica, infecções, parasitoses, anemias, doenças debilitantes • remarcar consulta, em intervalo menor que o fixado no calendário habitual • incluir prioritariamente no Programa de Suplementação Alimentar (PSA)

ACHADOS

Ponto situado acima da curva que se inicia no percentual 115% do peso padrão para a altura



CONDUTAS

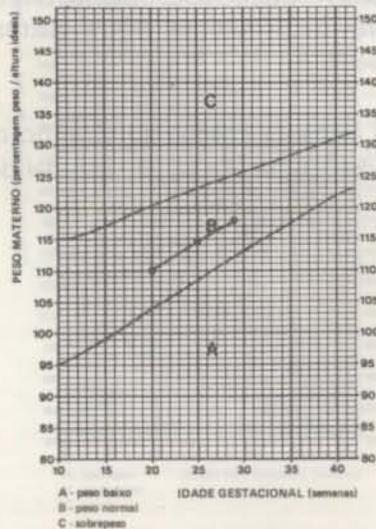
Gestante de risco, em face de apresentar peso superior ao aceito como normal para a relação peso/altura; tanto maior será o risco quanto mais elevado for o seu sobrepeso/altura:

- afastar possíveis causas — obesidade, edema, hidrâmnios, macrossomia, gravidez múltipla
- acompanhar a gestante nas consultas posteriores
- o peso ganho durante toda a gestação não deve ultrapassar a faixa de 7,5 a 11kg

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

ACHADOS

Traçado com inclinação ascendente entre as curvas que se iniciam no percentual 95% e no de 115% do peso padrão para a altura (B)



CONDUTAS

Bom estado nutricional (ganho de peso adequado):

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

ACHADOS

CONDUTAS

Traçado entre as curvas do percentual 95% e do 115%, com inclinação horizontal ou descendente

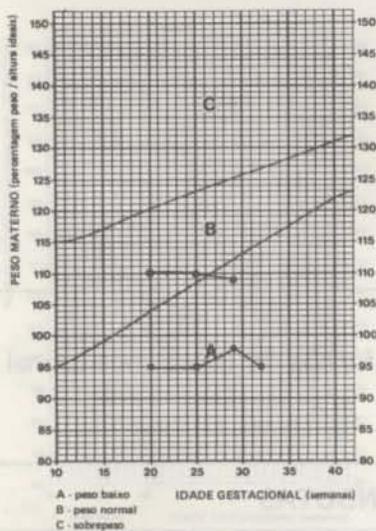
ou

Traçado abaixo da curva do percentual 95%, com inclinação horizontal, descendente ou ascendente, sem atingir, porém, a faixa considerada normal (A)

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

- identificar causas – deficit alimentar, infecções, parasitoses, anemia, entre outras, e tratá-las quando presentes
- dar orientação alimentar
- encaminhar para o PSA, com prioridade

Estas medidas visam a que a gestante chegue ao término da gestação com peso mínimo de 123% do peso padrão para altura

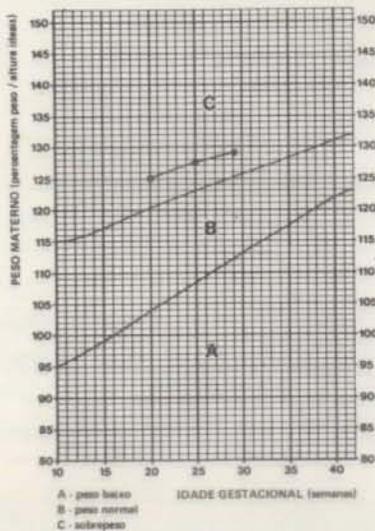


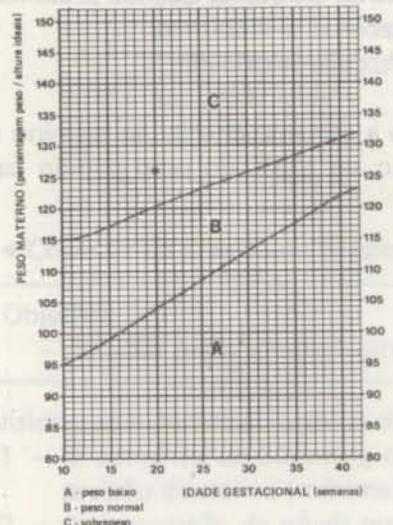
Traçado acima da curva que se inicia no percentual 115% do peso padrão para a altura (C)

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

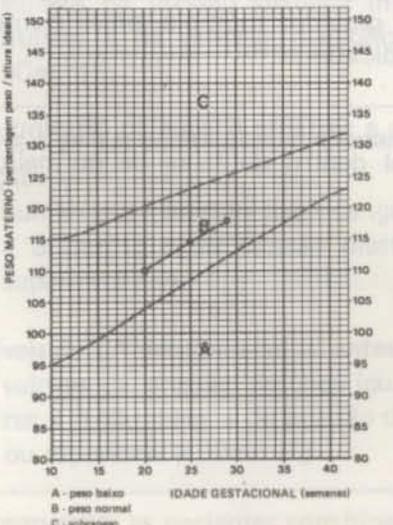
- investigar possíveis causas – obesidade, edema, hidrâmnios, macrosomia, gravidez múltipla, entre outras, e tratá-las quando indicado

Estas medidas visam a que a gestante chegue ao término da gestação com o peso final dentro da faixa de normalidade (B)



ACHADOS	CONDUTAS
<p>Ponto situado acima da curva que se inicia no percentual 115% do peso padrão para a altura</p>  <p>Gráfico de crescimento materno com eixos: PESO MATERNO (percentagem peso / altura ideal) e IDADE GESTACIONAL (semanas). Curvas A (peso baixo), B (peso normal) e C (sobrepeso). Um ponto está plotado acima da curva B.</p>	<p>Gestante de risco, em face de apresentar peso superior ao aceito como normal para a relação peso/altura; tanto maior será o risco quanto mais elevado for o seu sobrepeso/altura:</p> <ul style="list-style-type: none"> • afastar possíveis causas — obesidade, edema, hidrâmnios, macrosomia, gravidez múltipla • acompanhar a gestante nas consultas posteriores • o peso ganho durante toda a gestação não deve ultrapassar a faixa de 7,5 a 11kg

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

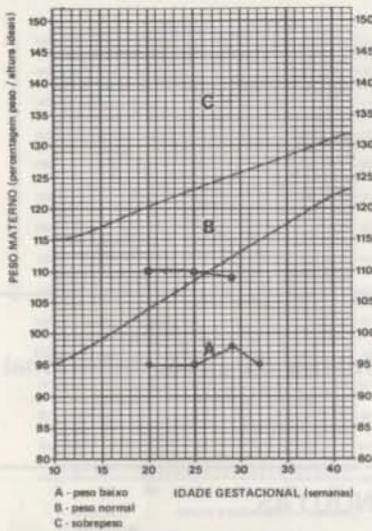
ACHADOS	CONDUTAS
<p>Traçado com inclinação ascendente entre as curvas que se iniciam no percentual 95% e no de 115% do peso padrão para a altura (B)</p>  <p>Gráfico de crescimento materno com eixos: PESO MATERNO (percentagem peso / altura ideal) e IDADE GESTACIONAL (semanas). Curvas A (peso baixo), B (peso normal) e C (sobrepeso). Uma linha traçada mostra uma inclinação ascendente entre as curvas A e B.</p>	<p>Bom estado nutricional (ganho de peso adequado):</p> <ul style="list-style-type: none"> • seguir calendário habitual • dar orientação alimentar, para que a gestante se mantenha dentro da faixa de normalidade (B)

ACHADOS

Traçado entre as curvas do percentual 95% e do 115%, com inclinação horizontal ou descendente

ou

Traçado abaixo da curva do percentual 95%, com inclinação horizontal, descendente ou ascendente, sem atingir, porém, a faixa considerada normal (A)



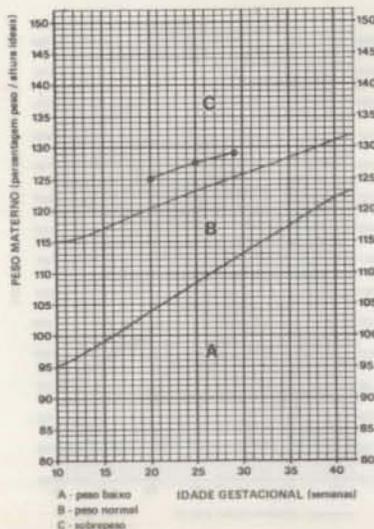
CONDUTAS

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

- identificar causas — deficit alimentar, infecções, parasitoses, anemia, entre outras, e tratá-las quando presentes
- dar orientação alimentar
- encaminhar para o PSA, com prioridade

Estas medidas visam a que a gestante chegue ao término da gestação com peso mínimo de 123% do peso padrão para altura

Traçado acima da curva que se inicia no percentual 115% do peso padrão para a altura (C)



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

- investigar possíveis causas — obesidade, edema, hidrânmios, macrosomia, gravidez múltipla, entre outras, e tratá-las quando indicado

Estas medidas visam a que a gestante chegue ao término da gestação com o peso final dentro da faixa de normalidade (B)

Observações: gestantes que iniciam o pré-natal dentro do 1º trimestre e apresentem peso acima da curva que se inicia no percentual 115% do padrão peso/altura, não necessitam ganhar mais de 7,5kg em toda a gestação;
 gestantes adolescentes (menores de 19 anos) devem ganhar, aproximadamente, 1kg a mais do que o estabelecido pela norma;
 gestantes com altura inferior a 140cm devem chegar ao final da gestação com um ganho de peso de cerca de 9 a 9,5kg;
 considera-se como ganho súbito de peso um aumento superior a 500g em uma semana. Essa ocorrência deve ser considerada um sinal precoce de edema patológico, devendo ser investigada.

• Controle da pressão ou tensão arterial (TA)

Objetivo:

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

Considera-se hipertensão arterial sistêmica na gestação:

- 1 – 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 previamente conhecidos.
- 2 – A observação de níveis tensionais iguais ou maiores que 140mmHg de pressão sistólica, e iguais ou maiores que 90mmHg de pressão diastólica.

Os níveis tensionais alterados devem ser confirmados em pelo menos duas medidas, estando a gestante em repouso (ver técnica para medida no anexo 3.1, deste manual).

ACHADOS	CONDUTAS
<p>Níveis de TA conhecidos e normais, antes da gestação:</p> <ul style="list-style-type: none"> – manutenção dos mesmos níveis ou elevação da pressão sistólica inferior a 30mmHg e da diastólica inferior a 15mmHg <p>Níveis de TA desconhecidos, antes da gestação:</p> <ul style="list-style-type: none"> – valores da pressão sistólica inferiores a 140 mmHg e da pressão diastólica inferiores a 90mmHg 	<p>Níveis tensionais normais:</p> <ul style="list-style-type: none"> – manter calendário de consulta habitual
<p>Níveis de TA conhecidos e normais, antes da gestação:</p> <ul style="list-style-type: none"> – aumento da pressão sistólica igual ou superior a 30mmHg e da pressão diastólica igual ou superior a 15mmHg <p>Níveis de TA desconhecidos, antes da gestação:</p> <ul style="list-style-type: none"> – valores da pressão sistólica iguais ou superiores a 140mmHg e da pressão diastólica iguais ou superiores a 90mmHg 	<p>Paciente de risco:</p> <ul style="list-style-type: none"> – em virtude de apresentar hipertensão arterial, referir ao pré-natal de alto risco

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

- Verificação da presença de edema

Objetivo:

- detectar precocemente a ocorrência de edema patológico.

ACHADOS	ANOTE	CONDUTAS
Edema ausente	(–)	Acompanhar a gestante, seguindo o calendário mínimo
Apenas edema de tornozelo, sem hipertensão ou aumento súbito de peso	(+)	Orientar a gestante para repousar, mais freqüentemente, em decúbito lateral Seguir o calendário mínimo
Edema limitado a membros inferiores, sem hipertensão ou aumento súbito de peso	(++)	Orientar a gestante para repousar, mais freqüentemente, em decúbito lateral Seguir calendário mínimo
Edema generalizado (face, tronco e membros) ou que já se manifesta ao acordar, acompanhado ou não de hipertensão ou aumento súbito de peso	(+++)	Gestante de risco em virtude de suspeita de toxemia gravídica ou outras situações patológicas: referir ao pré-natal de alto risco

- Medida da altura uterina/acompanhamento do crescimento fetal

Objetivos:

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

Este método não é o melhor caso quando a idade gestacional tenha sido calculada com base na altura uterina.

Indicador:

altura uterina em relação ao número de semanas de gestação.

Padrão de referência:

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

Ponto de corte:

serão considerados limites de normalidade para o crescimento uterino o percentil 10, para o inferior e o percentil 90, para o superior.

Representação do indicador:

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

Observações: gestantes que iniciam o pré-natal dentro do 1º trimestre e apresentem peso acima da curva que se inicia no percentual 115% do padrão peso/altura, não necessitam ganhar mais de 7,5kg em toda a gestação;
 gestantes adolescentes (menores de 19 anos) devem ganhar, aproximadamente, 1kg a mais do que o estabelecido pela norma;
 gestantes com altura inferior a 140cm devem chegar ao final da gestação com um ganho de peso de cerca de 9 a 9,5kg;
 considera-se como ganho súbito de peso um aumento superior a 500g em uma semana. Essa ocorrência deve ser considerada um sinal precoce de edema patológico, devendo ser investigada.

• Controle da pressão ou tensão arterial (TA)

Objetivo:

– detectar precocemente estados hipertensivos que se constituam em risco materno e perinatal.

Considera-se hipertensão arterial sistêmica na gestação:

- 1 – 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 previamente conhecidos.
- 2 – A observação de níveis tensionais iguais ou maiores que 140mmHg de pressão sistólica, e iguais ou maiores que 90mmHg de pressão diastólica.

Os níveis tensionais alterados devem ser confirmados em pelo menos duas medidas, estando a gestante em repouso (ver técnica para medida no anexo 3.1, deste manual).

ACHADOS	CONDUTAS
<p>Níveis de TA conhecidos e normais, antes da gestação: – manutenção dos mesmos níveis ou elevação da pressão sistólica inferior a 30mmHg e da diastólica inferior a 15mmHg</p> <p>Níveis de TA desconhecidos, antes da gestação: – valores da pressão sistólica inferiores a 140 mmHg e da pressão diastólica inferiores a 90mmHg</p>	<p>Níveis tensionais normais: manter calendário de consulta habitual</p>
<p>Níveis de TA conhecidos e normais, antes da gestação: – aumento da pressão sistólica igual ou superior a 30mmHg e da pressão diastólica igual ou superior a 15mmHg</p> <p>Níveis de TA desconhecidos, antes da gestação: – valores da pressão sistólica iguais ou superiores a 140mmHg e da pressão diastólica iguais ou superiores a 90mmHg</p>	<p>Paciente de risco: em virtude de apresentar hipertensão arterial, referir ao pré-natal de alto risco</p>

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

• Verificação da presença de edema

Objetivo:
– detectar precocemente a ocorrência de edema patológico.

ACHADOS	ANOTE	CONDUTAS
Edema ausente	(-)	Acompanhar a gestante, seguindo o calendário mínimo
Apenas edema de tornozelo, sem hipertensão ou aumento súbito de peso	(+)	Orientar a gestante para repousar, mais freqüentemente, em decúbito lateral Seguir o calendário mínimo
Edema limitado a membros inferiores, sem hipertensão ou aumento súbito de peso	(++)	Orientar a gestante para repousar, mais freqüentemente, em decúbito lateral Seguir calendário mínimo
Edema generalizado (face, tronco e membros) ou que já se manifesta ao acordar, acompanhado ou não de hipertensão ou aumento súbito de peso	(+++)	Gestante de risco em virtude de suspeita de toxemia gravídica ou outras situações patológicas: referir ao pré-natal de alto risco

• Medida da altura uterina/acompanhamento do crescimento fetal

Objetivos:
– identificar o crescimento normal do feto e detectar seus desvios;
– diagnosticar as causas do desvio de crescimento fetal encontrado, e orientar oportunamente para as condutas adequadas a cada caso.

Este método não é o melhor caso quando a idade gestacional tenha sido calculada com base na altura uterina.

Indicador:

altura uterina em relação ao número de semanas de gestação.

Padrão de referência:

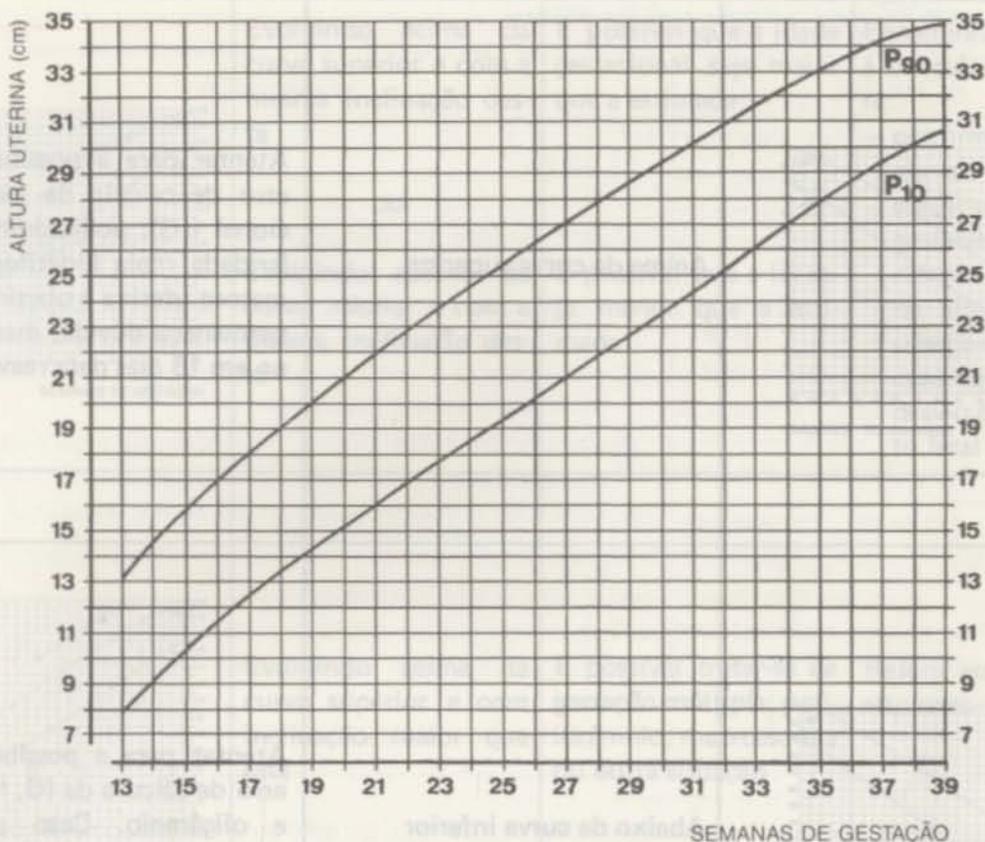
curvas de altura uterina para idade gestacional desenhadas a partir dos dados do Centro Latino-Americano de Perinatologia (CLAP).

Ponto de corte:

serão considerados limites de normalidade para o crescimento uterino o percentil 10, para o inferior e o percentil 90, para o superior.

Representação do indicador:

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



Procedimentos:

- medida da altura uterina – AU (ver técnica no anexo 3.1, deste manual);
- registro do valor da medida encontrada no gráfico altura uterina (AU)/semanas de gestação;
- interpretação do traçado obtido.

INTERPRETAÇÃO DO TRAÇADO OBTIDO E CONDUTAS

POSIÇÃO DO PONTO OBTIDO NA PRIMEIRA MEDIDA EM RELAÇÃO ÀS CURVAS

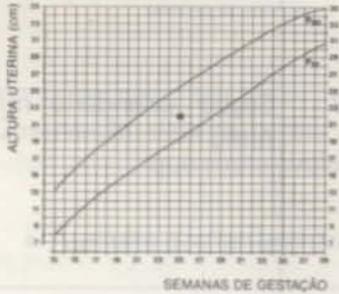
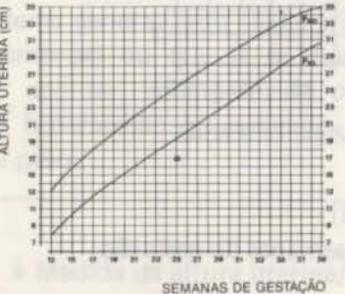
GRÁFICO	PONTO	CONDUTA
 <p>Objetivo: – constatar, a cada consulta após a 20ª semana, a presença de normalidade dos batimentos cardíacos.</p>	<p>Entre as curvas inferiores e superiores</p>	<p>Seguir calendário mínimo de atendimento pré-natal</p>

GRÁFICO	PONTO	CONDUTA
 <p>ALTURA UTERINA (cm)</p> <p>SEMANAS DE GESTAÇÃO</p>	<p>Acima da curva superior</p>	<p>Atentar para a possibilidade de erro de cálculo da idade gestacional (IG), poliidrânio, gemelaridade, mola hidatiforme, miomatose uterina e obesidade. Caso permaneça dúvida, marcar retorno em 15 dias para reavaliação</p>
 <p>ALTURA UTERINA (cm)</p> <p>SEMANAS DE GESTAÇÃO</p>	<p>Abaixo da curva inferior</p>	<p>Atentar para a possibilidade de erro de cálculo da IG, feto morto e oligânio. Caso permaneça dúvida, marcar retorno em 15 dias, para reavaliação</p>

CONSULTAS SUBSEQUENTES:

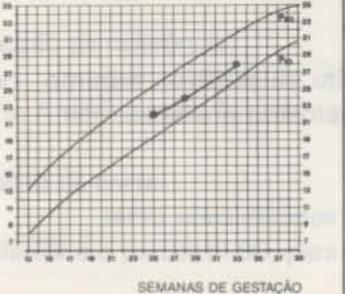
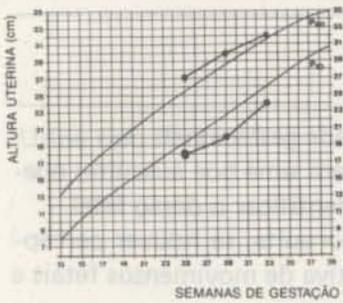
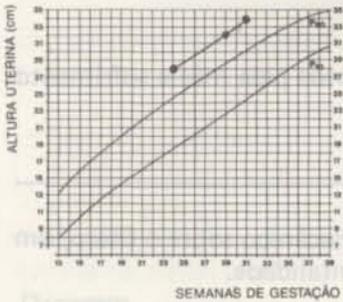
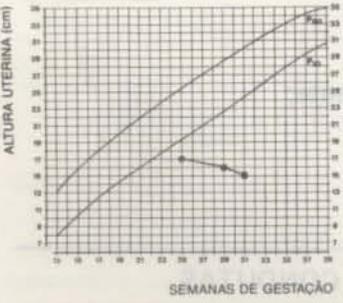
GRÁFICO	TRAÇADO	INTERPRETAÇÃO	CONDUTA
 <p>ALTURA UTERINA (cm)</p> <p>SEMANAS DE GESTAÇÃO</p>	<p>Evoluindo entre as curvas superiores e inferiores</p>	<p>Crescimento normal</p>	<p>Seguir calendário mínimo</p>

GRÁFICO	TRAÇADO	INTERPRETAÇÃO	CONDUTA
 <p>ALTURA UTERINA (cm)</p> <p>SEMANAS DE GESTAÇÃO</p>	<p>Evolvindo acima da curva superior e com a mesma inclinação desta</p> <p>ou</p> <p>Evolvindo abaixo da curva inferior e com a mesma inclinação desta</p>	<p>É possível que a idade gestacional seja maior que a estimada</p> <p>ou</p> <p>É possível que a IG seja menor que a estimada</p>	<p>Encaminhar a gestante à consulta médica, para:</p> <ul style="list-style-type: none"> – confirmar tipo de curva – confirmar a idade gestacional – referir ao pré-natal de alto risco ou a serviço especializado, caso haja suspeita de desvio do crescimento fetal
 <p>ALTURA UTERINA (cm)</p> <p>SEMANAS DE GESTAÇÃO</p>	<p>Evolvindo acima da curva superior e com inclinação maior que esta</p>	<p>É possível tratar-se de gestação múltipla, poli-idrâmnio, macrosomia ou outra situação</p>	<p>Referir ao pré-natal de alto risco</p>
 <p>ALTURA UTERINA (cm)</p> <p>SEMANAS DE GESTAÇÃO</p>	<p>Evolvindo com inclinação persistentemente menor que a curva inferior</p>	<p>Se o traçado cruzar a curva inferior ou estiver afastando-se dela, provável retardo do crescimento fetal, sobretudo se o ganho de peso materno é inadequado</p>	<p>Referir ao pré-natal de alto risco</p>

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

- Ausculta dos batimentos cardíofetais (BCFs)

Objetivo:

- constatar, a cada consulta após a 20ª semana, a presença e a normalidade dos batimentos cardíofetais.

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

Procedimento: ver técnica no anexo 1, deste manual

ACHADO	CONDUTA
BCFs não audíveis com estetoscópio de Pinard, quando a idade gestacional for igual ou maior que 24 semanas	<p>ALERTA:</p> <p>a) verificar erro de estimativa de idade gestacional b) afastar condições que prejudiquem uma boa ausculta: obesidade materna, dificuldade de identificar o dorso fetal c) manter calendário mínimo de consulta, se houver percepção materna e constatação objetiva de movimentos fetais e ou o útero estiver crescendo d) agendar consulta médica ou referir para serviço de maior complexidade, se a mãe não mais perceber movimentação fetal e ou o crescimento uterino estiver estacionário</p>
Bradycardia e taquicardia (achados raros)	<p>ALERTA:</p> <p>a) afastar febre, uso de medicamentos pela mãe e sofrimento fetal Referir à maternidade</p>

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

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

2.3 – Exames laboratoriais na assistência pré-natal e condutas

Solicitar na primeira consulta os seguintes exames de rotina:

- tipagem sanguínea: fator Rh, quando não realizado anteriormente;
- sorologia para sífilis (VDRL);
- urina (tipo I);
- hemoglobina (Hb).

EXAMES DE ROTINA	RESULTADOS	CONDUTAS
Tipagem sanguínea	Rh negativo e parceiro Rh positivo ou fator Rh desconhecido	Solicitar o teste de Coombs indireto, se negativo, repetí-lo a cada 4 semanas, a partir da 24ª semana. Quando o teste de Coombs for positivo, referir ao pré-natal de alto risco
Sorologia para lues	VDRL positivo	Ver <i>Manual de controle de doenças sexualmente transmissíveis</i>
	VDRL negativo	Repetir exame no 3º trimestre

EXAMES DE ROTINA	RESULTADOS	CONDUTAS
Urina tipo I	1. Proteinúria	1a) "traços": repetir em 15 dias 1b) "traços" + hipertensão e ou edema: referir ao pré-natal de alto risco 1c) "maciça": referir ao pré-natal de alto risco
Urina tipo I	2. Piúria	Solicitar urocultura com antibiograma
	3. Hematúria	3a) se piúria associada, solicitar urocultura 3b) se isolada, excluído sangramento genital, referir à consulta especializada
	4. Cilindrúria	Agendar consulta médica
	5. Outros elementos	Não necessitam condutas especiais, à exceção de presença de bacteriúria
Dosagem de hemoglobina	Hemoglobina $\geq 11\text{g/dl}$	Ausência de anemia Suplementação de ferro a partir da 20ª semana: 1 drágea de sulfato ferroso/dia (300 mg), que corresponde a 60mg de ferro elementar
	Hemoglobina < 11g/dl $\geq 8\text{g/dl}$	Anemia leve e moderada a) Solicitar exame parasitológico de fezes e tratar parasitoses, se presentes b) Tratar a anemia com 3 drágeas de sulfato ferroso, via oral c) Repetir dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias: – se os níveis estiverem subindo, manter o tratamento até a hemoglobina atingir 11g/dl, quando deverá ser iniciada a dose de suplementação (1 drágea ao dia), e repetir a dosagem no 3º trimestre – se a Hb permanecer em níveis estacionários ou se "cair", referir a gestante ao pré-natal de alto risco
	Hemoglobina < 8g/dl	Anemia grave Referir ao pré-natal de alto risco

2.3.1. – Outros exames complementares

Casos específicos, segundo indicação clínica

a) Colpocitologia oncótica (Papanicolaou ou "preventivo"):

deverá ser realizado nas gestantes, cujo último exame tenha ocorrido há mais de um ano, ou quando a informação for duvidosa (ver *Manual de prevenção do câncer cérvico-uterino e de mama*);

b) Hemograma;

c) Coombs indireto;

- d) Cultura de urina com antibiograma;
- e) Exame parasitológico de fezes;
- f) Exame bacterioscópico a fresco do conteúdo vaginal;
- g) Teste de tolerância à glicose — solicitar, preferencialmente, entre a 24ª e 28ª semanas

Indicações:

- gestante com antecedentes de feto macrossômico, poliidrânio, abortamentos repetidos⁽³⁾, fetos com anomalias congênitas, diabetes gestacional, morte perinatal inexplicada;
- história familiar de diabetes;
- suspeita de macrossomia fetal ou poliidrânio na atual gravidez.

h) outros

2.4 — Vacinação antitetânica

O Programa Nacional de Imunizações do Ministério da Saúde (ver *Manual de vacinação*), recomenda a imunização das gestantes, com vistas aos seguintes objetivos:

- prevenir o tétano neonatal
- proteger a mulher contra o tétano acidental

O esquema a seguir é o indicado a partir da 1ª consulta, e tem por base o passado vacinal da gestante, independentemente da idade gestacional.

SITUAÇÃO VACINAL DA GESTANTE	CONDUTA
Não vacinada ou não sabe informar passado vacinal	Aplicar 3 doses de TT, com um intervalo de 8 semanas entre cada aplicação, a partir do quinto mês de gestação *
Com vacinação incompleta (tendo recebido 1 ou 2 doses prévias de DPT, DT ou TT)	Completar o total de 3 doses, obedecendo ao intervalo de 8 semanas entre cada aplicação, a partir do quinto mês *
Vacinada com esquema completo. Última dose há mais de 5 anos	Aplicar 1 dose de reforço, tão logo seja possível
Vacinada com esquema completo. Última dose há menos de 5 anos	Gestante imunizada, nenhuma dose a aplicar

* No caso da atenção pré-natal iniciar-se em fase avançada de gestação, o feto é considerado protegido após a aplicação de 2 doses, com um intervalo de 8 semanas entre cada aplicação, devendo a 3ª dose ser aplicada durante o puerpério, para completar a imunização da mulher. Caso não haja tempo suficiente para dar as 2 doses, o intervalo anterior poderá ser diminuído para um mínimo de 4 semanas, devendo a 3ª dose ser aplicada durante o puerpério. No caso de só ser possível a aplicação de uma única dose, a gestante não poderá esperar proteção contra o tétano neonatal em sua atual gestação, devendo continuar o esquema adotado para protegê-la contra o tétano acidental, assim como ao feto, em futuras gestações.

2.5 — Educação em saúde

A gravidez é um período de várias mudanças físicas e emocionais, que cada mulher vivencia de forma distinta. Essas mudanças podem gerar medos, dúvidas, angústias e fantasias. Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e o pessoal de saúde. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo da gestação.

As gestantes constituem o grupo ideal para que o processo de aprendizagem se realize, embora também deva atuar na atenção individual à mãe. Esse grupo deve ter a participação de um profissional de saúde, com a função de organizar as discussões e esclarecer dúvidas. No entanto, ele deve deixar que as discussões ocorram espontaneamente, orientando-as para um conteúdo mínimo. Dessa forma, o processo educativo deixa de ser imposto e passa a ser persuasivo.

O Ministério da Saúde dispõe, hoje, de um conjunto de material de apoio para profissionais, intitulado "A gravidez não acontece só na barriga da gente", com as seguintes matérias:

- folheto: *Venha participar de um grupo de gestantes;*
- cartilha: *Sexualidade feminina;*
Gravidez, parto e pós-parto;
- manual: *Manual da coordenadora do grupo de gestantes.*

Caso a unidade de saúde ainda não disponha desse material, os seguintes temas devem ser sugeridos pelo coordenador, durante as discussões de grupo:

- importância do controle pré-natal;
- orientação higieno-dietética;
- desenvolvimento da gestação;
- sinais e sintomas do parto, preparação para o parto;
- aleitamento materno, alojamento conjunto e cuidados com o recém-nascido;
- importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio);
- importância do controle puerperal;
- alternativas para a utilização de métodos contraceptivos;
- informação sobre o Programa de Suplementação Alimentar;
- informação acerca dos benefícios legais a que a mãe tem direito.

2.6 – Assistência odontológica

Por ocasião do primeiro atendimento pré-natal, todas as gestantes inscritas deverão ser agendadas para consulta de rotina nas unidades de saúde que disponham de serviço odontológico; caso contrário, referenciar.

Na consulta de rotina, deverá ser realizado o exame clínico da cavidade oral e elaborado um plano de tratamento a ser desenvolvido durante o pré-natal.

As prioridades de atendimento serão determinadas de acordo com os recursos humanos e materiais disponíveis na unidade de saúde.

Deve-se, também, aproveitar o período da gestação para introduzir ações educativas em saúde oral.

2.7 – Visitação domiciliar

Objetivos:

- estabelecer um elo entre o serviço de saúde e a comunidade, que permitirá:
 - captar gestantes não inscritas no pré-natal;
 - reconduzir gestantes faltosas, especialmente as de alto risco, uma vez que estas podem apresentar complicações que irão contribuir para os altos índices de morbimortalidade, detectados na avaliação da assistência pré-natal;
 - acompanhar a evolução de alguns aspectos da gestação, segundo orientação da unidade de saúde, nos casos em que o deslocamento da gestante à unidade, em determinado período de tempo, seja considerado inconveniente ou desnecessário;

3 – ANEXOS

3.1 – Técnicas padronizadas para os exames clínico e obstétrico

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

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

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

a) Procedimentos para pesagem

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

b) Procedimentos para medida da estatura

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

c) Medida da pressão ou tensão arterial

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

d) Medida da altura uterina

- Posicionar a gestante em decúbito dorsal, com o abdome descoberto.
- Delimitar a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino.
- Fixar uma extremidade da fita métrica sobre a borda superior da sínfise púbica.
- Deslizar a borda cubital da mão, percorrendo a linha mediana do abdome até a altura do fundo do útero, com a fita métrica entre os dedos indicador e médio. Proceder à leitura quando a borda cubital da mão atingir o fundo uterino.
- Anotar a medida, em centímetros, na ficha e no cartão e marcar o ponto na curva da altura uterina (ver figuras 1 e 2).



Figura 1

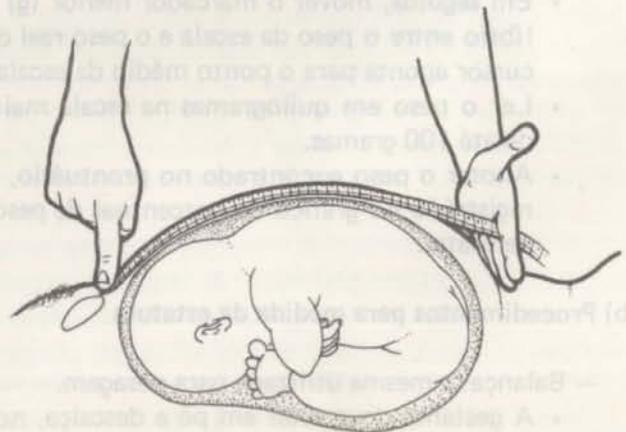


Figura 2

e) Detecção de edema

Nos membros inferiores:

- posicionar a gestante em decúbito dorsal ou sentada, sem meias;
- pressionar a pele na altura do tornozelo (região perimaleolar) e na perna, ao nível do seu terço médio, face anterior (região pré-tibial, ver figuras 3 e 4).



Figura 3

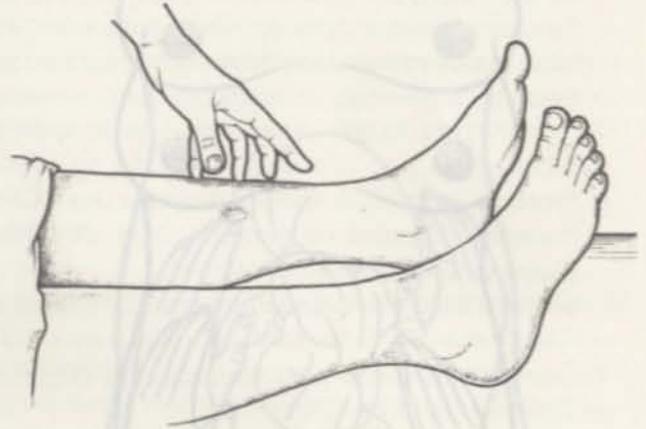


Figura 4

Na região sacra:

- posicionar a gestante em decúbito dorsal ou sentada, sem meias;
- pressionar a pele, por alguns segundos, na região sacra, com o dedo polegar.

O edema fica evidenciado através da presença de uma depressão duradoura no local pressionado (ver figuras 5 e 6).



Figura 5



Figura 6

Na face e em membros superiores:

- identificar a presença de edema pela inspeção.

3.1.1 – Identificação da situação e apresentação fetal

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

O feto pode estar em várias situações ou apresentações. As mais comuns são: longitudinal e transversa (situações) e cefálica e pélvica (apresentações).

LONGITUDINAL

TRANSVERSA

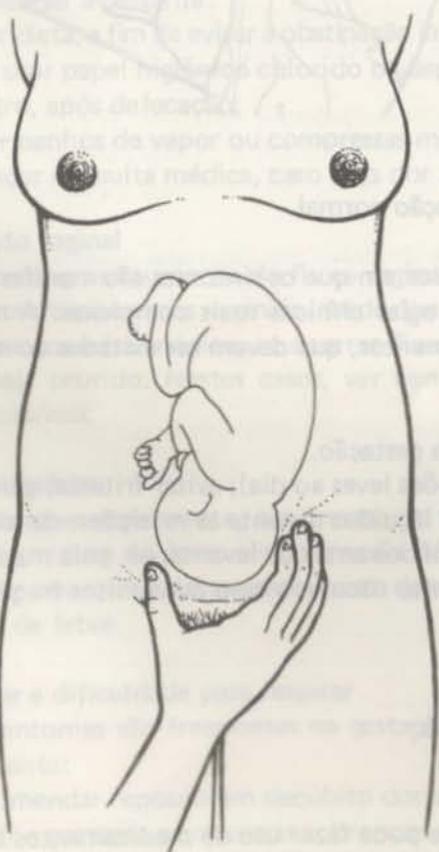
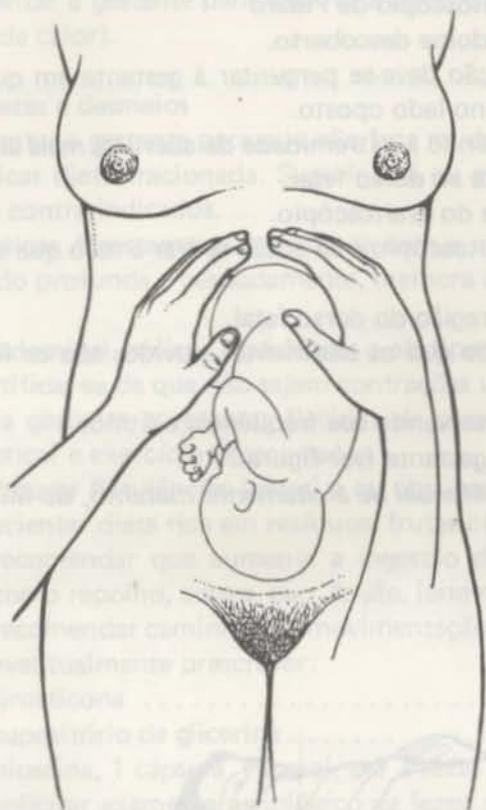


CEFÁLICA

PÉLVICA



MANOBRAS DE PALPAÇÃO:



Condução: a situação transversa e a apresentação pélvica em final de gestação podem significar risco de parto. Referir, sempre, a gestante para parto hospitalar.

f) Ausculta dos batimentos cardíofetais (BCFs) com estetoscópio de Pinard

- Posicionar a gestante em decúbito dorsal, com o abdome descoberto.
- Identificar o dorso fetal. Além de realizar a palpação deve-se perguntar à gestante em qual lado ela mais sente os movimentos fetais; o dorso estará no lado oposto.
- Segurar o estetoscópio de Pinard pelo tubo, encostando a extremidade de abertura mais ampla no local previamente identificado como correspondente ao dorso fetal.
- Encostar o pavilhão da orelha na outra extremidade do estetoscópio.
- Fazer, com a cabeça, uma leve pressão sobre o estetoscópio e só então retirar a mão que segura o tubo.
- Procurar o ponto de melhor ausculta dos BCFs, na região do dorso fetal.
- Controlar o pulso da gestante, para certificar-se de que os batimentos ouvidos são os fetais, já que as frequências são diferentes.
- Contar os batimentos cardíofetais por 1 minuto, observando sua frequência e ritmo.
- Registrar os BCFs na ficha perinatal e no cartão da gestante (ver figura 7).

g) Técnicas de Hoffman para formação do mamilo (ver *Manual de aleitamento materno*, do Ministério da Saúde)



Figura 7

3.2 – Conduções nas queixas mais frequentes na gestação normal

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

a) Náuseas, vômitos e tonturas

- Explicar que esses são sintomas comuns no início da gestação.
- Orientar a gestante para: dieta fracionada (6 refeições leves ao dia); evitar frituras, gorduras e alimentos com cheiros fortes ou desagradáveis; evitar líquidos durante as refeições, dando preferência à sua ingestão nos intervalos; ingerir alimentos sólidos antes de levantar-se, pela manhã.
- Agendar consulta médica ou referir ao pré-natal de alto risco, em caso de vômitos frequentes.

b) Pirose (azia)

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

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

c) Sialorréia (salivação excessiva)

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

d) Fraquezas e desmaios

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

e) Dor abdominal, cólicas, flatulência e obstipação intestinal

- Certificar-se de que não sejam contrações uterinas.
- Se a gestante apresentar flacidez da parede abdominal, sugerir o uso de cinta (com exceção da elástica) e exercícios apropriados.
- Se houver flatulências (gases) e ou obstipação intestinal:
 - orientar dieta rica em resíduos: frutas cítricas, verduras, mamão, ameixas e cereais integrais;
 - recomendar que aumente a ingestão de líquidos e evite alimentos de alta fermentação, tais como repolho, couve, ovo, feijão, leite e açúcar;
 - recomendar caminhadas, movimentação e regularização do hábito intestinal;
 - eventualmente prescrever:
 - simeticona (gases);
 - supositório de glicerina (obstipação);
 - hioscina, 1 cápsula, via oral, até 2 vezes ao dia(cólicas);
 - solicitar exame parasitológico de fezes, se necessário.

f) Hemorróidas

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

g) Corrimento vaginal

- Explicar que um aumento do fluxo vaginal é comum na gestação.
- Não prescrever cremes vaginais, desde que não haja diagnóstico de infecção vaginal.
- Agendar consulta médica, se ocorrer fluxo de cor amarelada, esverdeada ou com odor fétido, ou caso haja prurido. Nestes casos, ver condutas no *Manual de controle de doenças sexualmente transmissíveis*.

h) Queixas urinárias

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

i) Falta de ar e dificuldade para respirar

- Esses sintomas são freqüentes na gestação, em decorrência do aumento do útero e ou ansiedades da gestante:
 - recomendar repouso em decúbito dorsal;
 - ouvir a gestante e conversar sobre suas angústias, se for o caso;

- estar atento para outros sintomas associados e para achados no exame cardiopulmonar pois, embora infreqüentemente, pode tratar-se de um caso de doença cardíaca ou respiratória. Agendar consulta médica, caso haja dúvida ou suspeita.
- j) **Dor nas mamas**
- Recomendar o uso constante de sutiã, com alças bem curtas, que ofereça boa sustentação.
- l) **Dor lombar (dores nas costas)**
- Recomendar à gestante:
 - correção de postura ao sentar-se e ao andar;
 - uso de sapatos com saltos baixos e confortáveis;
 - aplicação de calor local;
 - eventualmente, usar analgésico (se não for contra-indicado), por tempo limitado.
- m) **Cefaléia (dor de cabeça)**
- Afastar hipertensão arterial e pré-eclâmpsia (se tiver mais de 24 semanas de gestação).
 - Conversar com a gestante sobre suas tensões, conflitos e temores.
 - Referir à consulta médica, se persistir o sintoma.
- n) **Sangramento nas gengivas**
- Recomendar o uso de escova de dentes macia e massagem na gengiva.
 - Agendar atendimento odontológico, sempre que possível.
- o) **Varizes**
- Recomendar à gestante:
 - não permanecer muito tempo em pé ou sentada;
 - repousar (20 minutos), várias vezes ao dia, com as pernas elevadas;
 - não usar roupas muito justas e nem ligas nas pernas e, se possível, utilizar meia-calça elástica para gestante.
- p) **Cãimbras**
- Recomendar à gestante:
 - massagear o músculo contraído e dolorido e aplicar calor local;
 - evitar excesso de exercícios.
- q) **Cloasma gravídico (manchas escuras no rosto)**
- Explicar que é comum na gravidez e que costuma diminuir ou desaparecer, em tempo variável, após o parto.
 - Recomendar não expor o rosto diretamente ao sol.
- r) **Estrias**
- Explicar que são resultado da distensão dos tecidos e que não existe método eficaz de prevenção. As estrias que no início apresentam cor arroxeadas tendem, com o tempo, a ficar de cor semelhante à da pele.
 - Ainda que controversas, podem ser utilizadas massagens locais, com substâncias oleosas, na tentativa de prevení-las.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. DIAZ, G.; SCHWARCZ, R.; FESCINA, R. & DUVERGES, C. **Control prenatal**. Uruguai, Centro Latino-Americano de Perinatologia, 1985. 22 p. (Publicação científica, 971).
2. FESCINA, R. Altura uterina como método para predecir el crecimiento fetal. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana** 96 (4) : 377, 1984.
3. GROSS, F.; PISA, Z.; STRASSER, T. & ZANCHETTI, A. **Tratamiento de la hipertensión arterial: guía practica para el médico y otros agentes de salud**. Ginebra, OMS, 1985. 1v.
4. MICOZZI, M. On definition of anemia in pregnancy. **American Journal of Public Health** 68 (9) : 907-908, Sept. 1978.
5. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Assistência integral à saúde da mulher: bases de ação programática**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 27 p. (Série B: Textos básicos de saúde, 6).
6. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Divisão Nacional de Epidemiologia. Programa Nacional de Imunizações. **Manual de vacinação**. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1984. 69 p. (Série A: Normas e manuais técnicos, 15).
7. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde & MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL. **Controle de doenças sexualmente transmissíveis**. Brasília, 1985. 70 p.
8. ROSSO, P. A. New chart to monitor weight gain during pregnancy. **American Journal of Clinical Nutrition** 41 : 644-652, Mar. 1985.

EQUIPE DE ELABORAÇÃO

- Cláudio Bernardo Pedrosa de Freitas
- Dóris Motta Pellanda
- Ivelise Segovia Lopresti
- Zuleica Portela Albuquerque

ILUSTRADOR

- Fernando Castro Lopes

COLABORADORES

- Daniel Klotzel — Secretaria de Higiene e Saúde do Município de São Paulo
- José Augusto Taddei — Universidade de Brasília/DF
- Ivo Behle — Faculdade de Medicina da Pontifícia Universidade Católica/RS
- Maurício Guilherme Campos Viggiano — Secretaria de Saúde do Estado de Goiás e Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social/GO
- Ricardo Horácio Fescina — Centro Latino-Americano de Perinatologia/Uruguai
- Sergimar Padovezzi de Miranda — Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais
- Umberto Gazi Lippi — Maternidade Escola Vila Nova Cachoeirinha/SP

PARTICIPARAM DA REVISÃO TÉCNICA FINAL

- Norton José Corrêa — Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social/RJ
- Técnicos da área de *Assistência Integral à Saúde da Mulher*, das Secretarias Estaduais de Saúde

