

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Normas e Manuais Técnicos

3ª Edição

**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**

José Serra

◇ **SECRETÁRIO DE POLÍTICAS PÚBLICAS**

João Yunes

◇ **DEPARTAMENTO DE GESTÃO POLÍTICAS**

Ana Figueiredo

◇ **ÁREA SAÚDE DA MULHER**

Tania Di Giacomo Lago

Elcylene Leocádio

Janine Schirmer

◇ **ILUSTRADOR**

– Fernando Castro Lopes

◇ **3ª EDIÇÃO - REVISÃO TÉCNICA**

– Angel P. Parras

– Janine Schirmer

– José Ferreira Nobre Formiga Filho

– Martha Lígia Fajardo

– Paulo Afonso Kalume Reis

– Pedro Pablo Chacel

– Regina Coeli Viola

◇ **COLABORAÇÃO**

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

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Brasília
Ministério da Saúde
1998

© 1998. Ministério da Saúde

Saúde da Mulher Ministério da Saúde
Esplanada dos Ministérios, Bl. G, 6º andar
CEP: 70.058-900 Brasília, DF
Tel.: (061) 315-2869 Fax: (061) 322-3912

1ª edição: saiu com o título Pré-natal de baixo risco

1ª ed. 1986.

2ª ed. 1988.

ISBN: 85-334-0138-8

FICHA

CATALOGRÁFICA

Assistência pré-natal: normas e manuais técnicos / equipe de
colaboração: Martha Ligia Fajardo... [et al.]. - 3º ed. Brasília
: Ministério da Saúde, 1998.

62p.

1. Preparo para o parto e o nascimento humanizado, Bernardo
Pedrosa.

SUMÁRIO

Apresentação.....	3
Introdução.....	11
1 – Organização dos serviços na assistência pré-natal	13
2 – Assistência pré-natal.....	19
2.1 – Calendário de consultas.....	19
2.2 – Consultas.....	20
2.2.1 – Roteiro de primeira consulta.....	20
2.2.2 – Roteiro das consultas subseqüentes	26
2.2.3 – Padronização de procedimentos e condutas.....	27
• Método para cálculo da idade gestacional (IG)	27
• Método para cálculo da data provável do parto (DPP).....	29
• Avaliação do estado nutricional da gestante/ganho de peso.....	30
durante a gestação em relação ao padrão de peso/altura inicial	
• Controle da pressão ou tensão arterial (TA)	37
• Verificação da presença de edema.....	38
• Medida da altura uterina/acompanhamento do crescimento	39
Fetal	
• Ausculta dos batimentos cardíofetais (BCFs).....	44
2.3 – Exames laboratoriais na assistência pré-natal e condutas	46
2.3.1 – Outros exames complementares	50
2.4 – Vacinação antitetânica.....	50
2.5 – Educação em saúde	51
2.6 – Preparo para o parto e o nascimento humanizado	52
2.7 – Assistência odontológica.....	54
2.8 – Visita domiciliar.....	54
3 – Anexos	55
3.1 – Técnicas padronizadas para os exames clínico e obstétrico.....	55
3.1.1 – Identificação da situação e apresentação fetal.....	59
3.2 – Condutas nas queixas mais freqüentes na gestação normal	62
3.3 – Aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV na gravidez	65
4 – Sistema de Registros Perinatais	67
4.1 – Ficha Perinatal Ambulatorial	67
4.2 – Cartão da Gestante	69
Bibliografia consultada.....	70

APRESENTAÇÃO

Ao receber pela primeira vez uma gestante num ambulatório de pré-natal, quem a recebe ainda não sabe os múltiplos significados daquela gestação. O contexto em que se deu essa gestação influencia substancialmente seu desenvolvimento, a relação que a mulher e sua família estabelecerá com a criança desde as primeiras horas após o nascimento, a sua capacidade de amamentar, os cuidados, a higiene e principalmente o vínculo mãe-bebê, condição básica para o desenvolvimento saudável dos seres humanos.

Assim, a história que cada gestante carrega em seu próprio corpo deve ser contada durante o pré-natal. Contando sua história as mulheres e adolescentes grávidas esperam obter ajuda. Ajuda para esclarecer fantasias e as mudanças que ocorrem durante o período gestacional, desmonte de medos e proibições relacionadas a sexualidade. Elas esperam esclarecimentos sobre a alimentação adequada, sobre o parto, exercícios, cuidados com o bebê. Enfim uma série de questões que são únicas para cada mulher. Mesmo para quem já teve outros filhos.

Essa ajuda terá a medida da sensibilidade e da capacidade de escuta de quem faz o pré-natal. Ela será tanto maior quanto melhor a interação entre profissionais de saúde e a mulher, sua família ou acompanhantes.

Uma escuta aberta, sem julgamentos nem preconceitos, que permita a mulher falar de sua intimidade com segurança, fortalece a mulher no seu caminho até o parto. Favorece um nascimento tranqüilo e saudável.

Escutar uma gestante é algo mobilizador. A fala da grávida remete a condição de poder ou não gerar um filho, sendo-se homem ou mulher. Suscita solidariedade, apreensão.

Escutar é um ato de autoconhecimento e reflexão contínua sobre as próprias fantasias, medos, emoções, amores e desamores. Escutar é desprendimento de si. Na escuta, o sujeito se dispõe a conhecer aquilo que talvez esteja muito distante de sua experiência de vida e por isso exige um grande esforço para compreender e ser capaz de oferecer ajuda.

As mulheres estão sendo chamadas a fazer pré-natal. Elas estão respondendo a esse chamado. Elas acreditam que terão benefícios procurando serviços de saúde. Elas depositam sua confiança e entregam seus corpos aos cuidados de pessoas autorizadas legalmente, a cuidarem delas.

Como abrir mão dos papéis pré-determinados socialmente, reaprender a fala simples da população, aproximar-se de cada mulher respeitando-lhe a singularidade? Como ser capaz de corresponder a confiança que as mulheres demonstram ao buscar um serviço pré-natal? A resposta e essas perguntas são da competência de cada pessoa que escolheu trabalhar com gestantes, ou

que por força das circunstâncias, depara-se com essa função no seu dia a dia. Um desafio a ser aceito.

É competência do Ministério da Saúde estabelecer políticas e normas para oferta do pré-natal com boa qualidade. Além dos equipamentos e instrumental para realização das consultas e exames, deve-se levar em conta a capacitação adequada de todas as pessoas que atendem a mulher no seu percurso pela unidade de saúde.

A norma de pré-natal aqui apresentada foi elaborada com o propósito de oferecer parâmetros para a oferta desses serviços. Ela deverá ser adaptada as condições locais, garantindo-se no entanto, o atendimento integral e os requisitos básicos para promoção do parto normal sem complicações e prevenção das principais afecções perinatais.

INTRODUÇÃO

Na política de ação adotada pelo setor saúde, procura-se buscar a geração de métodos e processos de trabalho mais realistas, contemplando uma melhor utilização dos recursos disponíveis para o atendimento das necessidades mais essenciais.

Considerando as causas diretamente relacionadas com a função reprodutiva, observa-se que óbitos por hipertensão na gravidez, hemorragias, infecção puerperal, complicações no trabalho de parto e abortos, são a maioria, apesar de serem facilmente evitáveis, através de adequada assistência ao ciclo gravídico-puerperal, em todas as suas etapas: pré-natal, parto e puerpério.

As condições de assistência e a própria organização dos serviços são também fatores determinantes das condições de saúde da população e transparecem quando os principais problemas da mulher são analisados.

O acompanhamento pré-natal de reconhecido efeito positivo sobre a saúde da mulher e do concepto, tem na sua baixa cobertura associada à baixa qualidade de atendimento, um grande desafio a ser superado.

Neste sentido faz-se necessário desenvolver e difundir procedimentos normativos que dêem conta dos problemas de maior impacto epidemiológico, onde se incluem, certamente, os que afetam a população materno-infantil.

A assistência pré-natal constitui num conjunto de procedimentos clínicos e educativos com o objetivo de vigiar a evolução da gravidez e promover a

saúde da gestante e da criança, encaminhando-os para soluções imediatas ao Sistema Único de Saúde.

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 técnicos-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 materna e 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 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 dispendidos para garantir a plena participação da gestante nas atividades desenvolvidas pela unidade de saúde.

C - Recursos humanos treinados

Objetivo:

- Prestar o atendimento à consoante o enfoque da assistência integral à saúde da mulher, por profissional devidamente treinados.

Para tal objetivo, deve-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;
- material para colheita de exame colpocitológico;
- Sonar Doppler (se possível);

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 os principais dados de acompanhamento da gestação, do parto, do recém-nascido e do puerpério;
- **cartão da gestante** - instrumento de registro; deve conter os principais dados de 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:

- grupo sangüíneo e fator Rh;
- sorologia para sífilis (VDRL);
- glicemia em jejum
- exame sumário de urina (Tipo I);
- dosagem de hemoglobina (Hb);
- teste anti-HIV;

I - Sistema eficiente de referência e contra-referência

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.

A avaliação será feita segundo os indicadores construídos a partir dos dados registrados na ficha perinatal, no cartão da gestante, nos mapas de registro diário da unidade de saúde, na informação obtida através da referência e contra-referência e no sistema de estatística de saúde do estado.

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

- distribuição das gestantes por trimestre de início do pré-natal (1º, 2º e 3º);
- percentagem de óbitos de mulheres, por causas associadas à gestação, parto ou puerpério, em relação ao total de gestantes atendidas;
- percentagem de óbitos por causas perinatais, em relação ao total de recém-nascidos vivos;
- percentagem de crianças com tétano neonatal, em relação ao total de recém-nascidos vivos;

- percentagem de recém-nascidos vivos de baixo peso (menor de 2.500g), em relação ao total de recém-nascidos vivos;
- percentagem de mulheres atendidas nos locais para onde foram referenciadas, em relação a percentagem de mulheres que retornaram ao serviço após serem atendidas no local de referência;
- percentagem de VDRL positivos em gestantes e recém-nascidos;
- percentagem de abandono do pré-natal;
- percentagem de captação de gestantes em relação a população alvo.

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.

IG	Consultas subsequentes	16 a 20	24 a 28	29 a 32	33 a 36	37 a 40
		semanas	semanas	semanas	semanas	semanas
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 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;
 - situação conjugal;
 - profissão/ocupação;
 - prática religiosa.

- Dados sócio-econômicos e culturais:
 - grau de instrução;
 - renda familiar;
 - número de dependentes;
 - número de pessoas na família que participam da força de trabalho;
 - condições de moradia (tipo, n° de cômodos)*; *alugada/própria.
 - condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo);

- Motivos 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 anticoncepcionais (quais, por quanto tempo e motivo do abandono);
 - infertilidade e esterilidade (tratamento);
 - doenças sexualmente transmissíveis (tratamentos realizados, inclusive do parceiro);
 - cirurgias ginecológicas (idade e motivo);
 - mamas (alteração e tratamento);
 - última colpocitologia oncótica (Papanicolau ou "preventivo", data e resultado).

- Sexualidade:
 - início da atividade sexual (idade e situação frente a
 - primeira relação);
 - desejo sexual (libido);
 - orgasmo (prazer);
 - dispareunia (dor ou desconforto durante o ato sexual);
 - sexualidade na gestação atual;
 - número de parceiros.

- Antecedentes obstétricos:
 - número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez ectópica, mola hidatiforme);

- número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, fórceps, cesáreas - indicações);
 - número de abortamentos (espontâneos, provocados, complicados por infecções, curetagem pós-abortamento);
 - número de filhos vivos;
 - idade 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 motivo dos óbitos);
 - natimortos (morte fetal intra-útero e idade gestacional em que ocorreu);
 - recém-nascidos com icterícia neonatal, transfusão, exsanguinotransfusões;
 - intercorrência ou complicações em gestações anteriores (especificar);
 - complicações nos puerpérios (descrever);
 - histórias de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame);
 - intervalo entre o final da última gestação e o início da atual;
 - data do primeiro dia da última menstruação - DUM (anotar certeza ou dúvida);
 - data provável do parto - DPP;
 - data da percepção dos primeiros movimentos fetais.
- Gestação atual:
 - nomes dos medicamentos usados na gestação;
 - a gestação foi ou não desejada;
 - hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e use de drogas;

- ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse).

Exame Físico

- Geral:
 - determinação do peso e avaliação do estado nutricional da gestante;
 - medida e estatura;
 - determinação da frequência do pulso arterial;
 - medida da temperatura axilar;
 - 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) *; *entre a 7ª e 10ª com auxílio do Sonar Doppler e após a 20ª semana com Pinnar).
 - 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 1^a consulta e quando seja necessário);
 - outros exames, se necessários;
 - educação individual (respondendo às dúvidas e inquietações da gestante).
- **Solicitação dos exames laboratoriais de rotina e outros, se necessários.**
 - **Fatores de risco reprodutivo**

Para implementar as atividades de normatização do controle pré-natal dirigido às gestantes de baixo risco é necessário dispor de um instrumento que permita identificá-las. Este objetivo consegue-se ao constatar a presença ou ausência de fatores de risco.

A avaliação de risco não é tarefa fácil. O conceito de risco é fundamentalmente probabilístico e o encadeamento que associa um fator de risco a um **dano** nem sempre está explicado. Em alguns, por exemplo, o dano "morte fetal" deriva claramente de um fator, porém em outros, a relação é muito mais difícil de estabelecer por desconhecimento do fator ou fatores intervenientes ou pela dificuldade em definir o peso individual de cada um deles, quando o problema é multifatorial.

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

Os sistemas que utilizam pontos ou notas sofrem ainda da falta de exatidão do valor atribuído a cada fator e à sua associação entre eles, assim como a constatação de grandes variações de acordo com sua aplicação a indivíduos ou populações. Em cada população concreta deve ser elaborado o sistema com a informação coletada no local e com o peso real que cada fator apresentou no estudo.

LISTA DOS PRINCIPAIS FATORES DE RISCO REPRODUTIVO

Além da já conhecida associação negativa entre os fatores sócio-econômicos e educacionais e o processo reprodutivo (analfabetismo, futura mãe sem companheiro ou ajuda familiar, etc.) a seguir representa-se uma lista de outros fatores que seria possível controlar, neutralizar ou reduzir seus efeitos através do controle pré-gestacional.

- 1) **Antecedentes obstétricos desfavoráveis em gestações anteriores**
 - abortos
 - mortes fetais e neonatais
 - partos prematuros
 - crescimento intra-uterino retardado
 - baixo peso ao nascer
 - Doença Hipertensiva Específica da Gravidez - DHEG
 - intervalo intergravídico curto (< 24 meses)
- 2) **Antecedentes genéticos desfavoráveis**
- 3) **Idades extremas da mulher - adolescência e idade avançada**
 - Crônicas
 - Cardiopatias
 - Hipertensão
 - Diabetes
 - Anemia
 - Tuberculose
 - Nefropatias
 - Psicopatias
- 4) **Doenças**
 - Patologia do útero e anexos e das mamas
 - VIH positivo / AIDS
 - Infecções Sífilis
 - Gonorréia
 - Ausência de imunidade para
 - Rubéola
 - Tétano
 - Toxoplasmose
 - Hepatite B, etc.
- 5) **Exposição a agentes teratogênicos**
 - Álcool
 - Antagonistas dos folatos
 - Ácidos valpróico
 - Solventes orgânicos
 - Pesticidas etc.
- 6) **Hábito de fumar**
- 7) **Farmacodependência**
- 8) **Excesso de atividade física**
- 9) **Incompatibilidade Rh potencial**
- 10) **Desnutrição e obesidade**

A realidade epidemiológica local deverá ser levada em consideração para dar maior ou menor relevância aos fatores acima mencionados.

- **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 subsequentes.

2.2.2 – Roteiro das consultas subsequentes

- revisão da ficha perinatal e anamnese atual;
- **cálculo e anotação da idade gestacional;**
- **exame físico geral e 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 ações e práticas educativas (individuais e em grupos);
- agendamento de consultas subsequentes.

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;
- avaliação do estado nutricional;
- determinação do peso materno;
- controle da pressão arterial;
- verificação da presença de edema;
- medida da altura uterina/acompanhamento do crescimento fetal;
- ausculta dos batimentos cardíofetais;
- determinação de peso fetal.

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 do calendário - contar o número de semanas a partir do 1º dia da última menstruação até a data da consulta. A data provável do parto 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 a 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.

Esquematização dos vários procedimentos para o cálculo da IG:

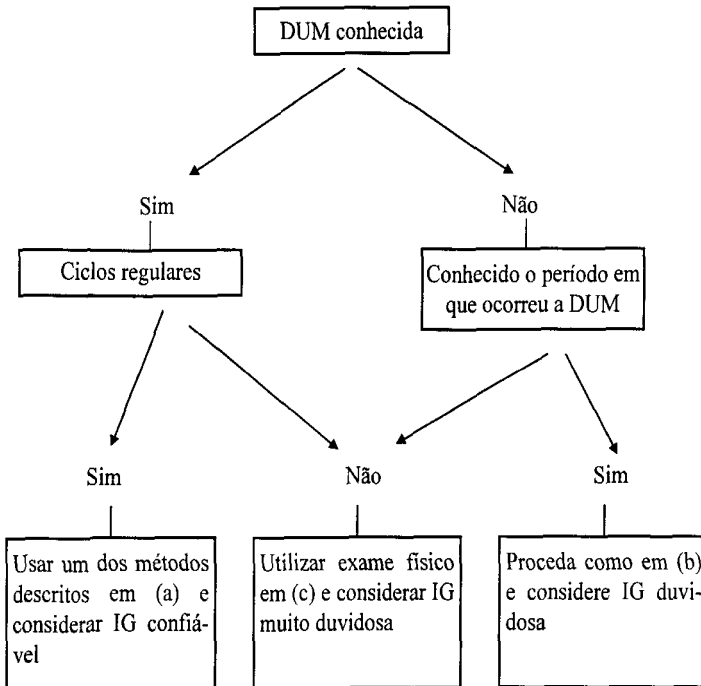
⇒ Método para cálculo da data provável do parto (DPP)

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: 13/09/95
Data provável do parto: 20/06/96
- Data da última menstruação: 27/06/95
Data provável do parto: 04/04/96



⇒ **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 déficit nutricional ou sobreposto, 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.

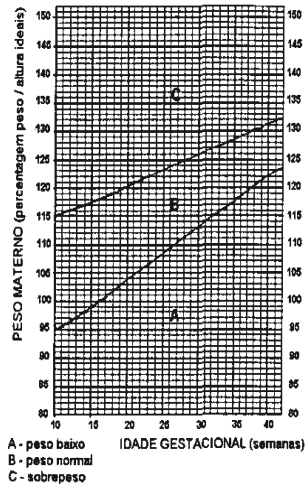
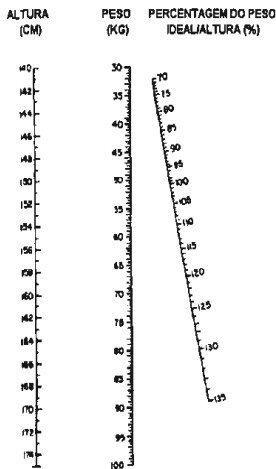
Indicador: percentual de peso/altura, em relação ao padrão de referência, nas diversas idades gestacionais.

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 subsequentes, 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 de 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 monograma), 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 a à idade gestacional.

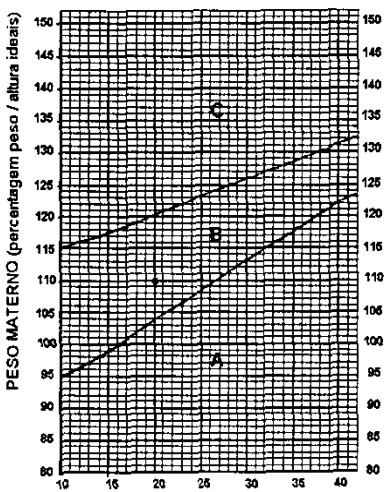
A posição desse ponto indica o estado nutricional da gestante.

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

INTERPRETAÇÃO DO INDICADOR E CONDUTA NOS DIFERENTES CASOS:

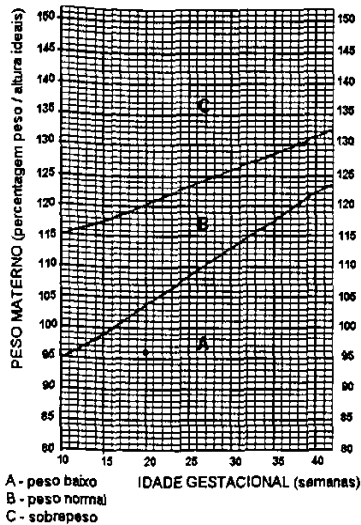
Na definição de condutas: afastar sempre erro de idade gestacional.

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

ACHADOS	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>A - peso baixo B - peso normal C - sobrepeso</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

ACHADOS

Ponto situado abaixo da curva que se inicia no percentual 95% do peso padrão para a altura

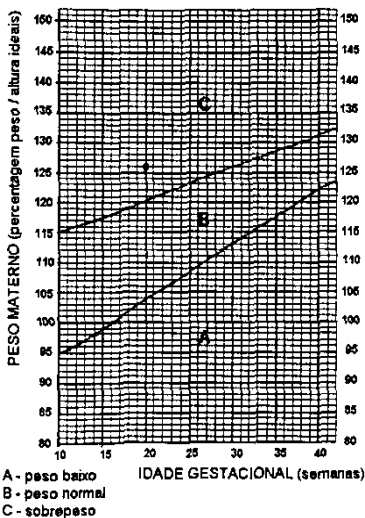


CONDUTAS

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

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

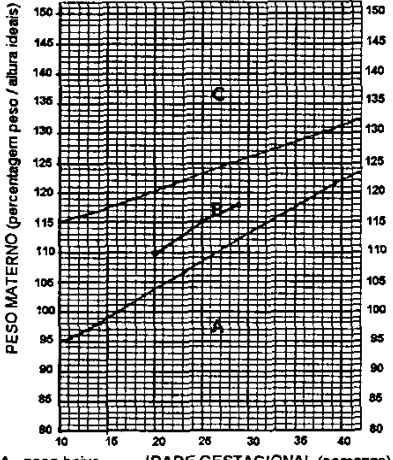
Ponto situado acima da curva que se inicia no percentual 115% do peso padrão para a altura



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 11 kg

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

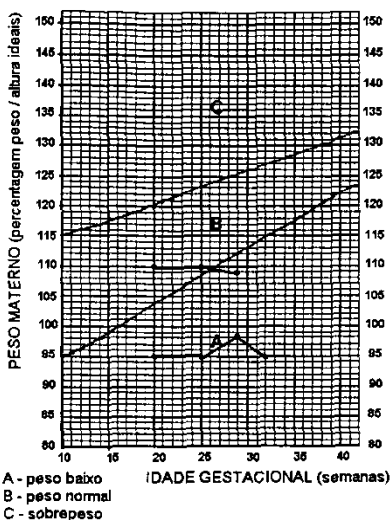
ACHADOS	CONDUTAS
<p>Traçado com inclinação ascendente entre as curvas que se iniciam no percentual 95% e no de 115% do peso padrão para a altura (B)</p>  <p>A - peso baixo B - peso normal C - sobrepeso</p>	<p>Bom estado nutricional (ganho de peso adequado):</p> <ul style="list-style-type: none">· seguir 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

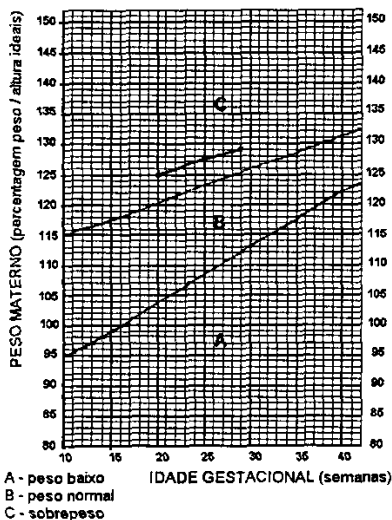
Gestante de risco em vista de apresentar ganho de peso inadequado:

- Identificar causas - déficit alimentar, infecções, parasitoses, anemia, entre outras, trata-las quando presentes
- Dar orientação alimentar

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

ACHADOS

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



CONDUTAS

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, hidrânios, macrossomia, gravidez múltipla, entre outras, e trata-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 7,5 kg em toda a gestação;
- gestantes adolescentes (menores de 19 anos) devem ganhar, aproximadamente, 1 kg a mais do que o estabelecido pela norma;
- gestantes com altura inferior a 140 cm devem chegar ao final da gestação com um ganho de peso de cerca de 9 a 9,5 kg;
- 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 (PA)

Objetivos:

- 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 15 mmHg ou mais na pressão diastólica (mínima), em relação aos níveis tensionais previamente conhecidos.
- 2 – A observação de níveis tensionais iguais ou maiores que 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 PA 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 PA desconhecidos, antes da gestação: valores da pressão sistólica inferiores a 140 mmHg e da pressão diastólica inferior a 90mmHg</p>	<p>Níveis tensionais normais: Manter calendário de consulta habitual</p>

ACHADOS	CONDUTAS
<p>Níveis de PA conhecidos e normais, antes da gestação:</p> <ul style="list-style-type: none"> – aumento da pressão sistólica igual ou superior a 30mmHg e da pressão diastólica igual ou superior a 15mmHg <p>Níveis de PA 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>Pacientes de risco: em virtude de apresentar hipertensão arterial, referir ao pré-natal de alto risco</p> <p>Pacientes de risco: em virtude de apresentar hipertensão arterial, referir ao pré-natal de alto9 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**

<p><i>Objetivos:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> – 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	(-)	Verificar se edema está relacionado a postura, final do dia, temperatura ou tipo de calçado.

ACHADOS	ANOTE	CONDUTAS
Edema limitado membros inferiores, com hipertensão ou aumento de peso	(++)	Aumentar repouso em decúbito dorsal. Acompanhar a gestante, seguindo o 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 DHEG ou outras situações patológicas: Referir ao pré-natal de risco

⇒ **Medida de altura uterina/accompanhamento do crescimento fetal**

Objetivos:

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

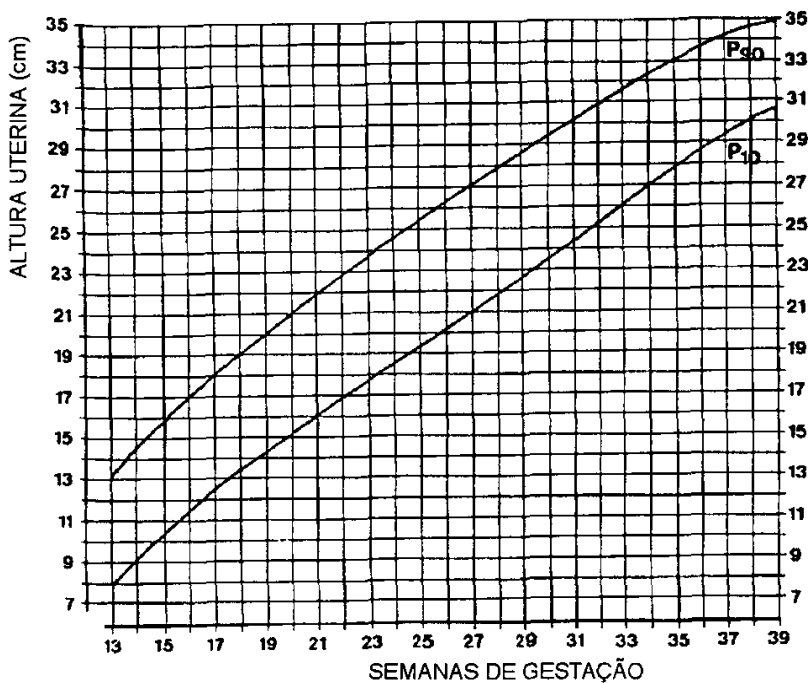
Este método não é o melhor caso a idade gestacional tenha sido calculada com base na altura uterina.

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 de 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

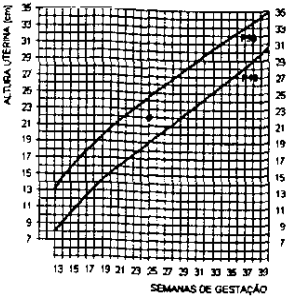
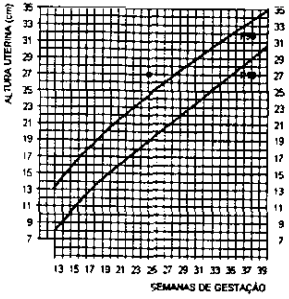
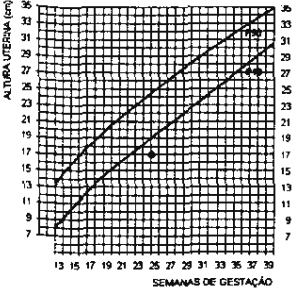
GRÁFICO	PONTO	CONDUTA
 <p>Gráfico de altura uterina (cm) versus semanas de gestação. O eixo Y representa a altura uterina em centímetros, variando de 7 a 35. O eixo X representa as semanas de gestação, variando de 13 a 39. Duas curvas são traçadas: uma superior e uma inferior. O ponto obtido está localizado entre as duas curvas, aproximadamente na semana 34 com uma altura uterina de 28 cm.</p>	Entre as curvas inferiores e superiores	Seguir calendário mínimo de atendimento pré-natal
 <p>Gráfico de altura uterina (cm) versus semanas de gestação. O eixo Y representa a altura uterina em centímetros, variando de 7 a 35. O eixo X representa as semanas de gestação, variando de 13 a 39. Duas curvas são traçadas: uma superior e uma inferior. O ponto obtido está localizado acima da curva superior, aproximadamente na semana 34 com uma altura uterina de 33 cm.</p>	Acima da curva superior	Atentar para a possibilidade de erro de cálculo da idade gestacional (ID), polidrâmnio, generalidade, mola hidatiforme, miomatose uterina e obesidade. Caso permaneça dúvida, marcar retorno em 15 dias para reavaliação

GRÁFICO	PONTO	CONDUTA
 <p>Gráfico de crescimento fetal com eixos rotulados 'ALTURA UTERINA (cm)' e 'SEMANAS DE GESTAÇÃO'. Duas curvas representam percentis superiores e inferiores. O ponto atual está abaixo da curva inferior.</p>	<p>Abaixo da curva inferior</p>	<p>Atentar para a possibilidade de erro de cálculo da IG, feto morto e oligâmnio. Caso permaneça dúvida, marcar retorno em 15 dias, para reavaliação</p>

CONSULTAS SUBSEQUENTES:

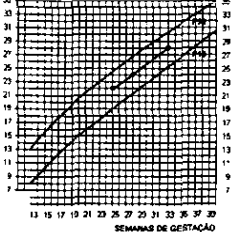
GRÁFICO	PONTO	CONDUTA
 <p>Gráfico de crescimento fetal com eixos rotulados 'ALTURA UTERINA (cm)' e 'SEMANAS DE GESTAÇÃO'. O ponto atual está entre as curvas superiores e inferiores.</p>	<p>Evoluindo entre as curvas superiores e inferiores</p>	<p>Crescimento normal</p>
		<p>Seguir calendário mínimo</p>

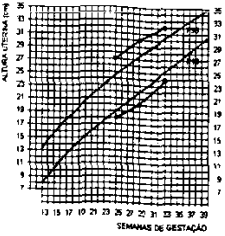
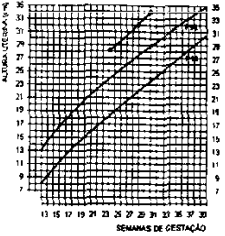
GRÁFICO	TRAÇADO	INTERPRETAÇÃO	CONDUTA
 <p>Gráfico de crescimento fetal com eixos rotulados 'ALTURA (CENÍMETROS)' e 'SEMANAS DE GESTAÇÃO'. A curva desenhada está acima da linha superior da faixa normal e mantém uma inclinação adequada.</p>	<p>Evoluindo acima da curva superior e com a mesma inclinação desta</p> <p style="text-align: center;">ou</p> <p>Evoluindo 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>É possível que a IG seja menor que a estimada</p>	<p>Encaminhar gestante à conduta médica, para:</p> <ul style="list-style-type: none"> – confirmar tipo de curva – confirmar a IG – referir ao pré-natal de alto risco ou a serviço especializado, caso haja suspeita de desvio do crescimento fetal
 <p>Gráfico de crescimento fetal com eixos rotulados 'ALTURA (CENÍMETROS)' e 'SEMANAS DE GESTAÇÃO'. A curva desenhada está acima da linha superior da faixa normal e apresenta uma inclinação mais íngreme que a normal.</p>	<p>Evoluindo acima da curva superior e com inclinação maior que esta</p>	<p>É possível tratar-se de gestação múltipla, polidrâmnio, macrosomia ou outra situação</p>	<p>Referir ao pré-natal de alto risco</p>

GRÁFICO	TRAÇADO	INTERPRETAÇÃO	CONDUTA
	<p>Evoluindo com inclinação persistentemente menor que a curva inferior</p>	<p>Se o traçado cruzar a curva inferior ou estiver afastando-se dela, provável retardo do crescimento fetal, 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 a presença, ritmo, frequência 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	ALERTA: a) verificar erro de estimativa de idade gestacional b) afastar condições que prejudiquem uma boa ausculta: obesidade materna, dificuldade de identificar o dorso fetal c) manter calendário mínimo de consulta, se houver percepção materna e constatação objetiva de movimentos fetais 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
Bradicardia e taquicardia (achados raros)	ALERTA: a) afastar febre, uso medicamentos pela mãe e sofrimento fetal b) Referir à maternidade

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 desaceleração 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:

- grupo sanguíneo e fator Rh, quando não realizado anteriormente;
- sorologia para sífilis (VDRL);
- urina (tipo I);
- hemoglobina (Hb);
- teste anti-HIV (se possível, e com consentimento da gestante);
- glicemia de jejum.

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, repeti-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	<i>Sífilis primária</i> – tratar com penicilina benzatina. 2.400.000 UI (1.200.000 em cada nádega em dose única, dose total 2.400.000 UI. <i>Sífilis recente</i> (até 1 ano) – tratar com penicilina benzatina, 2.400.000 UI (1.200.000 UI cada nádega) repetir em uma semana, dose total 4.800.000 <i>Sífilis tardia</i> (1 ou mais anos de evolução ou de duração desconhecida) tratar com penicilina benzatina 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega) em 3 aplicações com intervalo de um semana, dose total 7.200.000 UI.

	VDRL negativo	Repetir exame no 3º trimestre e no momento do parto e em caso de abortamento.
Urina tipo I	1. Proteinúria	1a) “traços”: repetir em 15 dias 3a) “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. Referir ao pré-natal de alto risco.
	3. Hematúria	3a) se piúria assicada, solicitar urocultura 3b) se isolada, excluído sangramento genital, referir à consulta especializada
	4. Cilindrúria	Referir ao pré-natal de alto risco.
	5. Outros elementos	Não necessitam condutas especiais, à exceção de presença de bacteriúria
Dosagem	Hemoglobina ≥ 11 g/dl	Ausência de anemia Suplementação de ferro a partir da 20ª semana: 1 drágea de sulfato ferroso/dia (300 mg), que corresponde a 60mg de ferro elementar. Recomenda-se ingerir antes das refeições.

de hemoglobina	Hemoglobina < 11g/dl ≥ 8g/dl	Anemia leve a moderada a) solicitar exame parasitológico de fezes e tratar parasitoses, se presentes b) Tratar a anemia com 3 drágeas de sulfato ferroso, via oral/dia c) Repetir dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias: – se os níveis estiverem subindo, manter o tratamento até a hemoglobina atingir 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

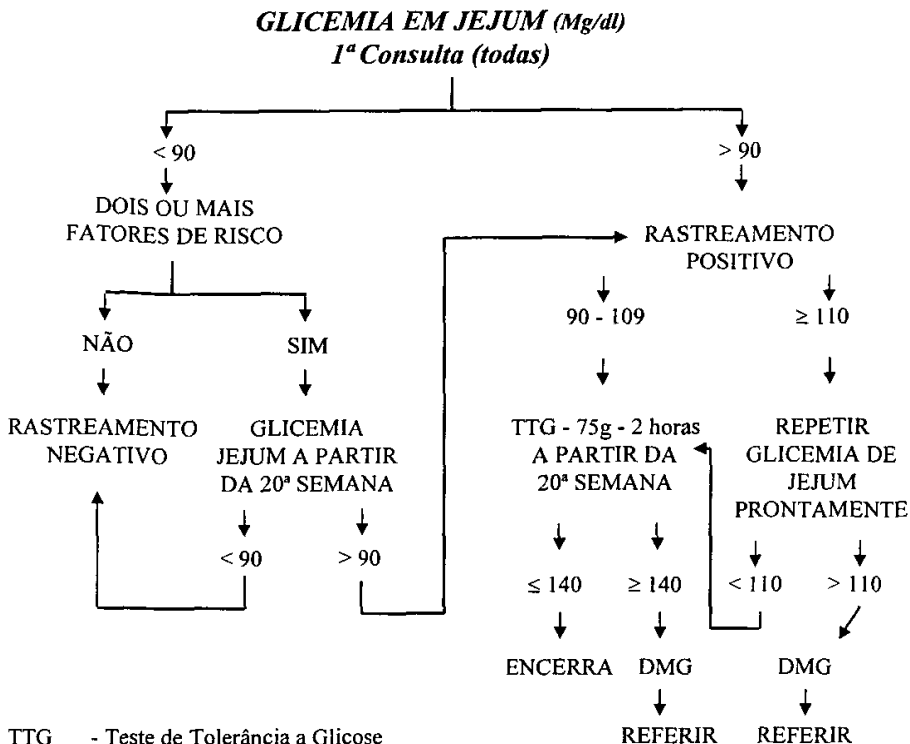
TESTE ANTI-HIV NA GRAVIDEZ

Deve ser sempre voluntário e acompanhado de aconselhamento pré e pós-teste (* ver anexo 3.3).

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

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

ESQUEMA RECOMENDADO PARA A DETECÇÃO DE DIABETES MELLITUS GESTACIONAL



TTG - Teste de Tolerância a Glicose

DMG - Diabetes Mellitus Gestacional

FATORES DE RISCO PARA DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

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

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

- teve filhos com malformação fetal;
- é obesa ou tenha aumentado muito de peso durante a gestação;
- teve polidrâmnio, DHEG;
- teve diabetes gestacional
- tem baixa estatura;
- tem distribuição central de gordura corporal.

2.3.1 – Outros exames complementares

Casos específicos, segundo indicação clínica

- a) Colpocitologia oncótica (Papanicolau 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) outros

2.4 – Vacinação antitetânica

VACINAÇÃO DA GESTANTE

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

Gestante não vacinada:

Esquema básico: consta de três doses, podendo ser adotado um dos seguintes esquemas: - as primeiras duas doses com intervalo de dois meses (mínimo de um mês) - aplicando-se a primeira o mais precocemente possível - e a terceira seis meses depois da segunda (a segunda dose deve ser aplicada até 20 dias, no máximo, antes da data provável do parto); - três doses, de dois em dois meses (intervalos mínimos de um mês), aplicando-se

a primeira dose o mais precocemente possível e a terceira até 20 dias, no máximo, antes da data provável do parto. Por motivos de ordem operacional, tem-se optado por um ou outro esquema nas diferentes regiões do país.

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

Gestante vacinada

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

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

EFEITOS ADVERSOS MAIS COMUNES

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

CONTRA-INDICAÇÕES

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

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 os profissionais de saúde. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação.

As gestantes constituem o grupo ideal para que o processo de aprendizagem se realize, embora também deva-se atuar junto aos pais e família. 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.

A unidade de saúde deverá dispor de materiais educativos para promover discussões em grupos de gestantes sobre os seguintes temas:

- importância do controle pré-natal;
- sexualidade;
- orientação higieno-dietética;
- desenvolvimento da gestação;
- modificações locais e gerais do organismo materno;
- sinais e sintomas do parto;
- aleitamento materno, alojamento conjunto e cuidados com o recém-nascido;
- preparo psicológico para as mulheres que tem contra-indicação para o aleitamento materno (portadoras de HIV e cardiopatia grave).
- importância do controle puerperal;
- importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio-ambiente);
- importância do planejamento familiar;
- informação acerca dos benefícios legais a que a mãe tem direito;
- impacto/agravos das condições de trabalho sobre a gestação, parto e puerpério.

2.6 – Preparo para o parto e o nascimento humanizado

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

- parto como um processo natural e fisiológico que quando bem

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

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

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

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

2.7 – 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.

2.8 – Visita 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;
 - . completar o trabalho educativo com a gestante e seu grupo familiar;
 - . reavaliar, dar seguimento e ou reorientar as pessoas visitadas sobre outras ações desenvolvidas pela unidade de saúde.

Observação: na ausência da visita domiciliar ou em outras situações que se façam necessárias, a unidade de saúde deve criar mecanismos de forma a permitir sua comunicação com as gestantes faltosas.

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.

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

a) Procedimento 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.
 - . 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 0,5 cm.
 - . Em seguida, anotar o resultado no prontuário.

c) Medida da pressão ou tensão arterial

- . Certificar-se de que o aparelho de pressão (esfigmomanômetro) está calibrado.
- . Com a gestante sentada, apoiar-lhe o antebraço numa superfície, com a palma da mão voltada para cima, à altura do coração, desnudando-lhe o braço
- . Colocar o manguito ao redor do braço da gestante, ajustando-o acima da dobra do cotovelo.
- . Palpar a artéria na dobra do cotovelo e sobre ela colocar o diafragma do estetoscópio, com leve pressão local. Nunca prendê-lo sob o manguito.

- . Colocar as olivas do estetoscópio nos ouvidos.
- . Inflar o manguito rapidamente, até mais 30mmHg após o desaparecimento dos ruídos.
- . Desinflar lentamente o manguito.
- . Leitura:
 - . ponto do manômetro que corresponder ao aparecimento do primeiro ruído será a pressão sistólica (máxima);
 - . a pressão diastólica (mínima) será lida no momento em que os ruídos desaparecerem completamente. Nos casos em que o desaparecimento completo dos ruídos não ocorrer, proceder à leitura da pressão diastólica no ponto onde 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 a extremidade inicial (0 cm) da fita métrica na borda superior da sínfise púbica, passando a mesma entre os dedos indicador e médio. Proceder à leitura quando a borda cubital a mão atingir o fundo uterino.
- . Anotar a medida, em centímetros, na ficha e no cartão e marcar o ponto na curva da altura uterina (ver figuras 1 e 2).



Figura 1

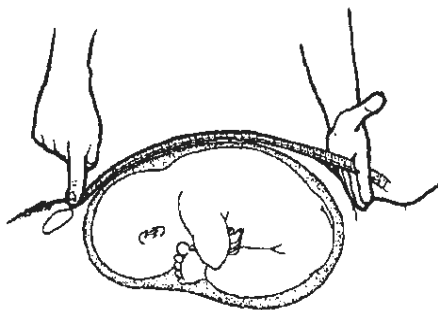


Figura 2

e) **Deteção de edema**

Nos membros inferiores:

- . posicionar a gestante de decúbito dorsal ou sentada, sem meias;

- pressionar a pele na altura do tornozelo (região perimaleolar) e na perna, ao nível do seu terço médio, face anterior (região pré-tibial, ver figuras 3 e 4).

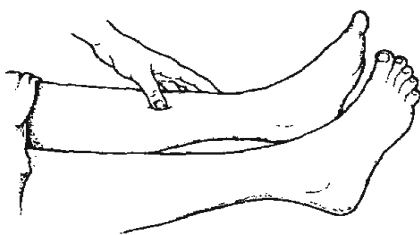


Figura 3

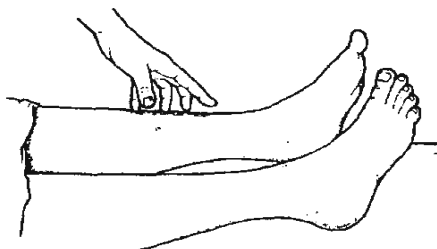


Figura 4

Na região sacra:

- posicionar a gestante de 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).

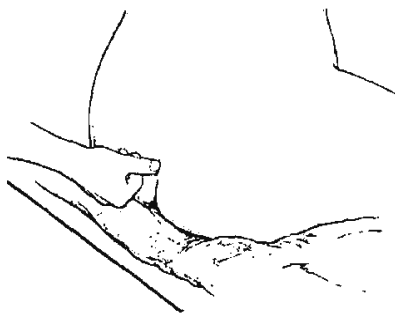


Figura 5

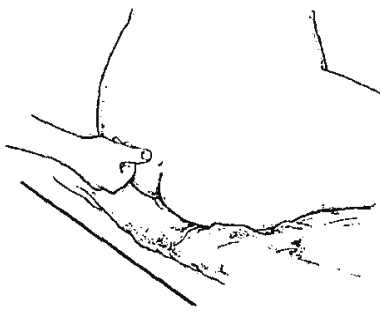


Figura 6

Na face e em membros superiores:
identificar a presença de edema pela inspeção.

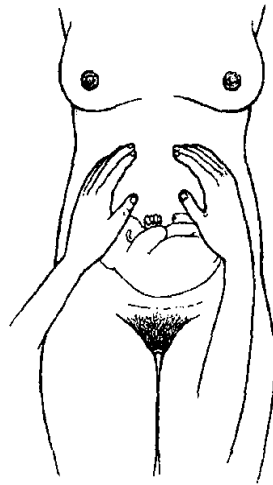
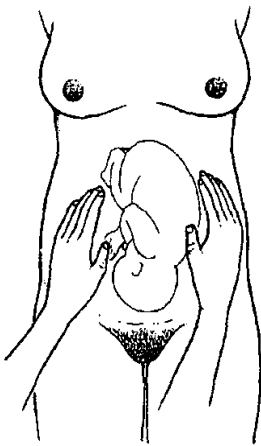
3.1.1 – Identificação da situação e apresentação fetal

A identificação da situação e da apresentação fetal é feita através da palpação 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).

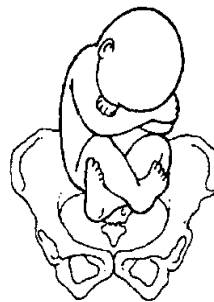
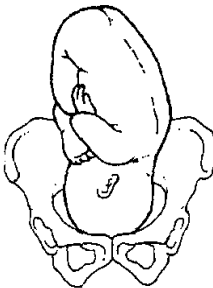
LONGITUDINAL

TRANSVERSA

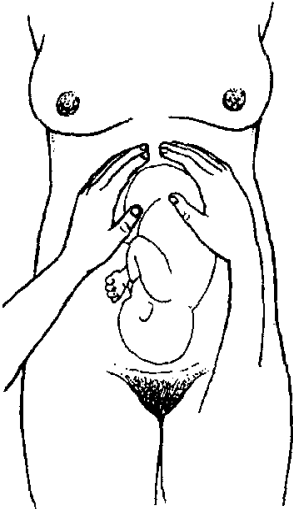


CEFÁLICA

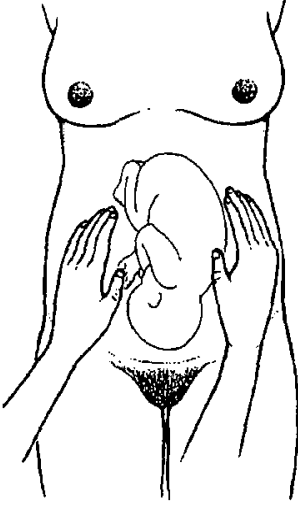
PÉLVICA



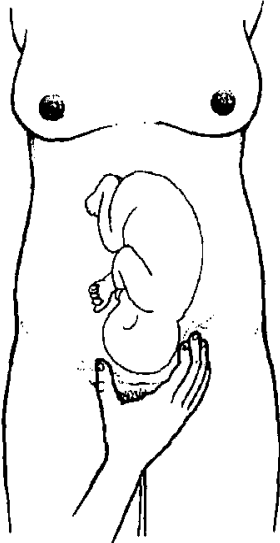
MANOBRAS DE PALPAÇÃO:



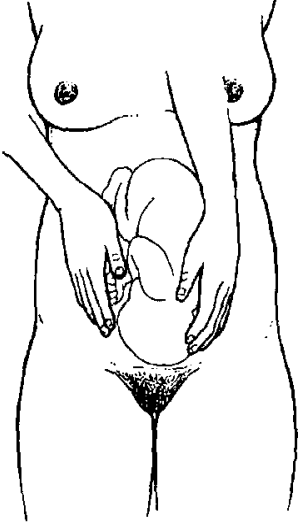
1º tempo



2º tempo



3º tempo



4º tempo

Conduta: a situação transversa e a apresentação pélvica em final de gestação podem significar risco de parto. Referir, sempre, a gestante para parto hospitalar. Na impossibilidade, realizar o parto domiciliar, quando realizado por profissionais qualificados.

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 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).

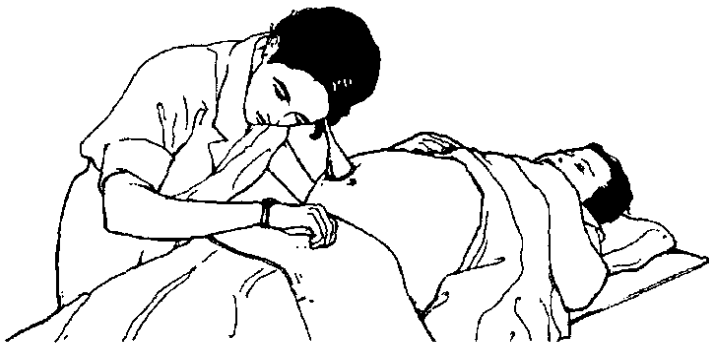


Figura 7

3.2 – Condutas nas queixas mais freqüentes 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 freqüentes.

b) Pirose (azia)

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

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

c) Sialorréia (salivação excessiva)

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

d) Fraquezas e desmaios

- Orientar a gestante para que não faça mudanças bruscas de posição e evite a inatividade.
- Indicar dieta fracionada. Sugerir chá ou café com açúcar como estimulante, desde que não estejam contra-indicados.
- Explicar à gestante que sentar-se com a cabeça abaixada ou deitar-se

em decúbito lateral, respirando profunda e pausadamente, melhora a sensação de fraqueza e desmaio.

e) Dor abdominal, cólicas, flatulência e obstipação intestinal

- Certificar-se de que não sejam contrações uterinas.
- Se a gestante apresentar flacidez da parede abdominal, sugerir o uso de cinta (com exceção da elástica) e exercícios apropriados.
- Se houver flatulências (gases) e ou obstipação intestinal:
 - . orientar dieta rica em resíduos: frutas cítricas, verduras, mamão, ameixas e cereais integrais;
 - . recomendar que aumente a ingestão de líquidos e evite alimentos de alta fermentação, tais como repolho, couve, ovo, feijão, leite e açúcar;
 - . recomendar caminhadas, movimentação e regularização do hábito intestinal;
 - . eventualmente prescrever:
 - . simeticona(gases);
 - . supositório de glicerina(obstipação);
 - . hioscina, 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 de fluxo vaginal é comum na gestação.
- Não prescrever cremes vaginais, desde que não haja diagnóstico de infecção vaginal.
- Agendar consulta médica, se ocorrer fluxo de cor amarelada, esverdeada ou com odor fétido, ou caso haja prurido. 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 infrequentemente, pode tratar-se de um caso de doença cardíaca ou respiratória. Agendar a consulta médica, caso haja dúvida ou suspeita.

j) Dor nas mamas

- Recomendar o uso constante de sutiã, com boa sustentação, após descartar qualquer intercorrência mamária.

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

n) Sangramento nas gengivas

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

o) Varizes

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

p) Câimbras

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

q) Cloasma gravídico (manchas escuras no rosto)

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

r) Estrias

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

3.3 – Aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV na gravidez:

Pré-teste:

1. O profissional deve avaliar os conhecimentos da gestante sobre a AIDS e outras DST e informá-la sobre aquilo que ela não sabe especialmente o que é a doença, seu agente etiológico, meios de transmissão. A gestante deverá ser estimulada a expressar seus sentimentos e dúvidas em relação a estas informações.

2. Explicar o que é o teste, como é feito, o que mede, suas limitações.
3. Explicar os benefícios do diagnóstico precoce na gravidez, as chances de reduzir a transmissão vertical, o acompanhamento especializado e as medidas profiláticas para a gestante e para o bebê em relação às infecções oportunistas.
4. Mencionar o caráter confidencial e voluntário do teste.

Pós-teste:

Resultado Negativo

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

Resultado Positivo

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

Resultado Indeterminado

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

4 – SISTEMA DE REGISTRO PERINATAIS

Uma das condições para se considerar organizado um serviço é a existência de registros da assistência que está sendo oferecida, portanto a documentação médica é um fator de qualidade. Partindo da premissa anterior é que a Coordenação Materno-Infantil tem desenvolvido instrumentos que permitam registrar adequadamente dados referentes à assistência. Dentro deste conjunto há instrumentos que são de uso mandatório para que a assistência esteja dentro de padrões de qualidade mínima aceitáveis, tais como a ficha *Perinatal-Ambulatório*, o *Cartão da Gestante*, e a *Ficha de Internação Perinatal*, e o *Mapa de Registro de Diário*, e outros de uso opcional mas não menos importantes, como sejam o *Partograma* e o *Sistema Informático Perinatal*.

As fichas *Perinatal-Ambulatório*, *Internação Perinatal*, e o *Partograma* devem fazer parte do Prontuário Médico, enquanto, o *Mapa de Registro Diário* e o *Sistema Informático Perinatal* são instrumentos que facilitam a coleta e a organização dos dados para permitir a avaliação permanente do trabalho que vem sendo realizado. A incorporação destes instrumentos exige um momento inicial de compreensão da finalidade de cada um deles, seguido de processo de familiarização com os mesmos.

4.1 – Ficha Perinatal Ambulatorial

Destina-se fundamentalmente, para o registro de assistência pré-natal, embora disponha de espaço para o registro de dados importantes referentes ao parto, recém-nascido e puerpério, conforme o próprio nome indica. Foi elaborada para ser utilizada por serviços ambulatoriais, porém com a característica de também registrar os momentos da internação ou não, e de todo o evento perinatal.

A concepção da ficha é a de organizar seqüencialmente todas as variáveis de importância básica no ciclo grávido-puerperal que devam ser controladas e cuja diagramação facilite o registro sistemático e oportuno dos dados indispensáveis para o atendimento da maioria dos casos. Nos casos em que houver necessidade de maior informação registrada (patologia obstétrica ou neonatal) deve-se lançar mão de fichas de *evolução* onde, de forma cronológica, pode ser relatado essa informação adicional.

Outra característica importante foi a incorporação de um Sistema de

Alerta, com a utilização da cor **amarela**, como sinal universal de atenção na tentativa de detecção do **risco perinatal**.

As variáveis impressas estão organizadas por módulos que seguem a história natural do ciclo grávido-puerperal.

A Ficha Perinatal-Ambulatório começa com dados de identificação, idade e caracterização sócio-educacional e continua com alguns antecedentes familiares, pessoais ou obstétricos de reconhecida importância para o prognóstico da gestação atual.

No módulo **Gestação Atual** figuram aqueles dados ou exames que devem ser lembrados ou anotados em cada controle pré-natal. Seu preenchimento induz ao cumprimento de uma série de ações que devem ser realizadas na assistência ao pré-natal.

A seguir, abriu-se um módulo onde os exames laboratoriais, intercorrências e orientações referentes a cada controle realizado, possam ser registrados.

O módulo **Patologia na Gravidez/Parto/Puerpério** está destinado à anotação da intercorrência clínica ou obstétrica, que por ventura tenha ocorrido em qualquer um dos três momentos referidos.

Os Gráficos de Avaliação Materno-Fetal estão destinados ao registro da evolução das medias de adequação entre peso-estatura e idade gestacional e da altura uterina, ambos normatizados no **Manual de Assistência Pré-Natal**.

A finalidade de incorporar os módulos **Parto** e **Recém-Nascido/Puerpério** é a de que os serviços de assistência ambulatorial (PS, CS) também disponham de informação completa do evento perinatal, e dessa forma terem oportunidade de avaliar os resultados da assistência oferecida e identificar os problemas prioritários.

Por fim, no módulo destinado à **Consulta de Puerpério**, há registros dos aspectos mais relevantes no encerramento do ciclo grávido-puerperal, sem deixar de lado os aspectos relacionados ao planejamento familiar, prevenção de câncer cérvico-uterino e orientação sobre aleitamento materno e Doenças Sexualmente Transmissíveis.

4.2 – Cartão da Gestante

A falta de dados em algum momento do processo assistencial ao evento perinatal compromete a qualidade da assistência nas etapas seguintes. Esta situação apresenta-se por exemplo, toda vez que o parto não se realiza no mesmo serviço onde se iniciou o controle pré-natal, esta é a situação mais generalizada no país. O mesmo ocorre quando o controle pós-parto e pediátrico realiza-se em local diferente onde a criança nasceu. **O Cartão da Gestante** pretende contribuir à solução do problema mencionado, uma vez que o uso adequado permite que se constitua em NEXO entre os diferentes momentos do processo assistencial.

O Cartão deve estar sempre em poder da gestante, é quem deve utilizá-lo para toda ação de saúde que receba no seu estado grávido-puerperal. Na sua concepção tratou-se de manter a estrutura dos módulos que compõem a ficha **Perinatal-Ambulatório** e a ficha **Internação Perinatal**, com a finalidade de fazer enlace entre os serviços ambulatorial, que atende o pré-natal, e a maternidade, que atende o parto e vice-versa. Para poder cumprir o papel de enlace entre os diversos serviços que assistem o ciclo grávido-puerperal, a face interna do cartão representa a síntese dos dois documentos. Houve a preocupação de excluir os controles durante o trabalho de parto, por não constituírem informação necessária para o seguimento da alta. Na face externa, além dos dados de identificação da gestante e algumas mensagens educativas foram incluídos os gráficos de altura uterina e curva de peso por idade gestacional, as datas do agendamento dos controles pré-natais e a marcação dos exames complementares que forem necessários.

O Cartão da Gestante contribui para que:

1. Os dados fundamentais relativos ao controle pré-natal, ao serem registrados sistematicamente em cada consulta, cheguem às mãos de quem atende posteriormente a gestante seja a nível de outro serviço ambulatorial, seja no nível de hospitalização.
2. Os dados mais relevantes da hospitalização durante a gestação, parto e pós-parto cheguem ao conhecimento de quem tem ao seu encargo o controle do puerpério.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

1. DIAZ, G. SCHWARCZ, R. FESCINA, R. DUVERGES, C. **Control prenatal.** Uruguai, Centro Latino-Americano de Perinatologia, 1985. p. 22 (Publicação científica, 971).
2. FESCINA, R. Altura uterina como método para predecir el crecimiento fetal. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana.** V. 96, nº 4 p. 377, 1984.
3. GROSS, F. PISA, Z. STRASSER, T. ZANCHETTI, A. **Tratamiento de la hipertensión arterial: guía practica para el método y otros agentes de salud.** Ginebra, OMS, 1985. lv.
4. 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).
5. 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).
6. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde e **MINISTÉRIO DA PREVIDÊNCIA E ASSISTÊNCIA SOCIAL.** **Controle de doenças sexualmente transmissíveis.** Brasília, 1985. 70 p.
7. ROSSO, P. A. New chart to monitor weight gain during pregnancy. **American Journal of Clinical Nutrition** V. 41 pp. 644-652, Mar. 1985.
8. **CLAP - OPS/OMS. Saúde Reprodutiva Materna Perinatal - Atenção Pré-Natal e do Parto de Baixo Risco.** 1996.

