

UNIDADE 2

UNIDADE 2

ATENÇÃO NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

No geral, 90% das gestações evoluem sem complicações, sendo então chamadas de gestação de baixo risco, somente uma pequena parcela das gestantes (10%) podem ter intercorrências desfavoráveis durante a gestação (FREITAS, 2006).

Esse dado reflete diretamente a importância da atuação das equipes de saúde da família no processo de acompanhamento dessas futuras mães.



Nesse contexto, o Ministério da saúde afirma que o principal objetivo da atenção pré-natal é acolher a mulher desde o início da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem-estar materno e neonatal (BRASIL, 2006). A assistência pré-natal pressupõe avaliação dinâmica das situações de risco e prontidão para identificar problemas de forma a poder atuar, impedindo um resultado desfavorável. A ausência de controle pré-natal, por si mesma, pode incrementar o risco para a gestante ou o recém-nascido.



Cabe à equipe de saúde, ao entrar em contato com uma mulher gestante, na unidade de saúde ou na comunidade, buscar compreender os múltiplos significados da gestação para aquela mulher e sua família.

Sabe-se que a atenção obstétrica e neonatal devem pleitear características essenciais como qualidade e a humanização do serviço, que poderão ser materializadas através da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias, fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção (BRASIL, 2006c).

A sistematização dessa assistência tem seu ponto de partida em 2011, pois para reforçar a política de humanização da assistência à saúde da mulher é criada a Rede Cegonha, uma rede de cuidados que assegura às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, à atenção humanizada à gravidez, parto e puerpério, e às crianças, o direito ao nascimento seguro, crescimento e desenvolvimento saudáveis. Para assegurar a proteção, a promoção e o suporte necessário para um cuidado perinatal efetivo, a Organização Mundial de Saúde divulgou **dez princípios essenciais para a atenção pré-natal, perinatal e puerperal** baseada em uma revisão sistemática de estudos controlados e da aplicação dos conceitos da Medicina Baseada em Evidências, elencados abaixo:



Não ser medicalizado, o que significa que o cuidado fundamental deve ser previsto, utilizando conjunto mínimo de intervenções que seja realmente necessário;

Ser baseado no uso de tecnologia apropriada, o que se define como conjunto de ações que inclui métodos, procedimentos, tecnologia, equipamento e outras ferramentas, todas aplicadas para resolver um problema específico;



Ser baseado em evidências, o que significa ser embasado pela melhor evidência científica disponível;





Ser regionalizado e baseado em sistema eficiente de referência de centros de cuidado primário para centros de cuidado secundário e terciário;

Ser multidisciplinar e multiprofissional, com a participação de médicos(as), enfermeiras(os), técnicos(as) de enfermagem, agentes comunitários de saúde, educadores, parteiras tradicionais e cientistas;

Ser integral e levar em conta necessidades intelectuais, emocionais, sociais e culturais das mulheres, seus filhos e famílias, e não somente um cuidado biológico;



Estar centrado nas famílias e ser dirigido para as necessidades não só da mulher e seu filho, mas do casal;

Ser apropriado, tendo em conta as diferentes pautas culturais para permitir lograr seus objetivos;



Compartilhar a tomada de decisão com as mulheres;

Respeitar a privacidade, a dignidade e a confidencialidade das mulheres (BRASIL, 2006c).



REFLITA COMIGO!

Analisando os dez princípios essenciais para a atenção pré-natal, perinatal e puerperal, que foram instituídos em 2006, você acredita que há necessidades não contempladas quando da sua idealização? Os profissionais inseridos no processo são suficientes?

Dentre as competências do médico na assistência ao pré-natal de baixo risco, o Ministério da Saúde ressalta (BRASIL, 2006c):

Competências do Médico na assistência ao pré-natal de baixo risco (BRASIL, 2006c):

Realiza consulta de pré-natal intercalando com o (a) enfermeiro (a);

Solicita exames e orienta tratamentos conforme normas técnicas e operacionais;

Orienta gestante quanto aos fatores de risco;

Identifica as gestantes de risco e as encaminha para a unidade de referência;

Realiza coleta de exames citopatológicos;

Fornece o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta;

Participa de grupos de gestantes e realiza visitas domiciliares quando for o caso;

Atende às intercorrências e encaminha as gestantes para a unidade de referência quando necessário.

Diagnóstico da gravidez

A dosagem da gonadotrofina coriônica humana (β hCG) para o diagnóstico precoce da gravidez, utilizando medidas quantitativas precisas e rápidas, tornou-se mundialmente reconhecido para confirmar a ocorrência de gravidez. O β hCG pode ser detectado no sangue periférico da mulher grávida entre oito a 11 dias após a concepção. A maioria dos testes tem sensibilidade para detecção de gravidez entre 25 a 30mUI/ml, níveis menores que 5mUI/ml são considerados negativos e acima de 25mUI/ml são considerados positivos (BRASIL, 2006c).

LEMBRE-SE!

São sinais de certeza de gravidez:

- Ausculta de BCF;
- Visualização fetal através de exames de imagem (USG);
- Percepção dos movimentos fetais pelo examinador;
- Sinal de Puzos (rechaço fetal intrauterino durante toque vaginal, na 14^a semana de gestação).

Em gestações mais avançadas, diagnóstico da gravidez podem ser efetuado em 90% das pacientes através dos sinais clínicos, sintomas e exame físico. As queixas principais incluem o atraso menstrual, fadiga, mastalgia, aumento da frequência urinária e enjoos/vômitos matinais. O teste de gravidez deverá ser solicitado após 15 (quinze) dias de atraso menstrual. Veja as condutas indicadas no Anexo A (Fluxograma de diagnóstico de gravidez).

Considerando-se que 11% a 42% das idades gestacionais estimadas pela data da última menstruação são incorretas, deve-se oferecer à gestante, na primeira consulta, exame ultrassonográfico para determinar a idade gestacional. Idealmente, o exame deve ser realizado entre 10 e 13 semanas, utilizando-se o comprimento cabeça-nádega para determinar a idade gestacional. A partir da 15^a

semana, a estimativa da idade gestacional será feita por meio da medida do diâmetro biparietal (BRASIL, 2006c).

Após confirmação da gravidez, a gestante deverá receber as orientações necessárias referentes ao acompanhamento pré-natal – sequência de consultas, visitas domiciliares e reuniões educativas. Deverão ser fornecidos (BRASIL, 2006c):

O cartão da gestante, com a identificação preenchida, o número do SISPRENATAL, o hospital de referência para o parto e as orientações sobre este;

Calendário de vacinas e suas orientações;

A solicitação dos exames de rotina;

As orientações sobre a participação nas atividades educativas – reuniões e visitas domiciliares.

LEMBRETE:

A Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2007).

Consultas

Para o pré-natal de baixo risco, está proposto um mínimo de seis consultas (uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro trimestre), considerando as consultas médicas e de Enfermagem. Em uma situação ideal, o acompanhamento pode ser mensal até 28 semanas, quinzenal até 36 semanas e semanal até o parto.

LEMBRETE:

Não existe alta de pré-natal.

Na primeira consulta de pré-natal, deve ser realizada anamnese, abordando aspectos epidemiológicos, além dos antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos e a situação da gravidez atual. O exame físico deverá ser completo, seguido por exame ginecológico e obstétrico. Nas consultas seguintes, a anamnese deverá ser sucinta, abordando aspectos do bem-estar materno e fetal. Em todos os momentos, deve-se dar atenção para as dúvidas e ansiedades da mulher e de quem a acompanha.



ATENÇÃO:

As anotações deverão ser realizadas tanto no prontuário da unidade quanto no cartão da gestante. Em cada consulta, deve-se reavaliar o risco obstétrico e perinatal.

Roteiro da primeira consulta

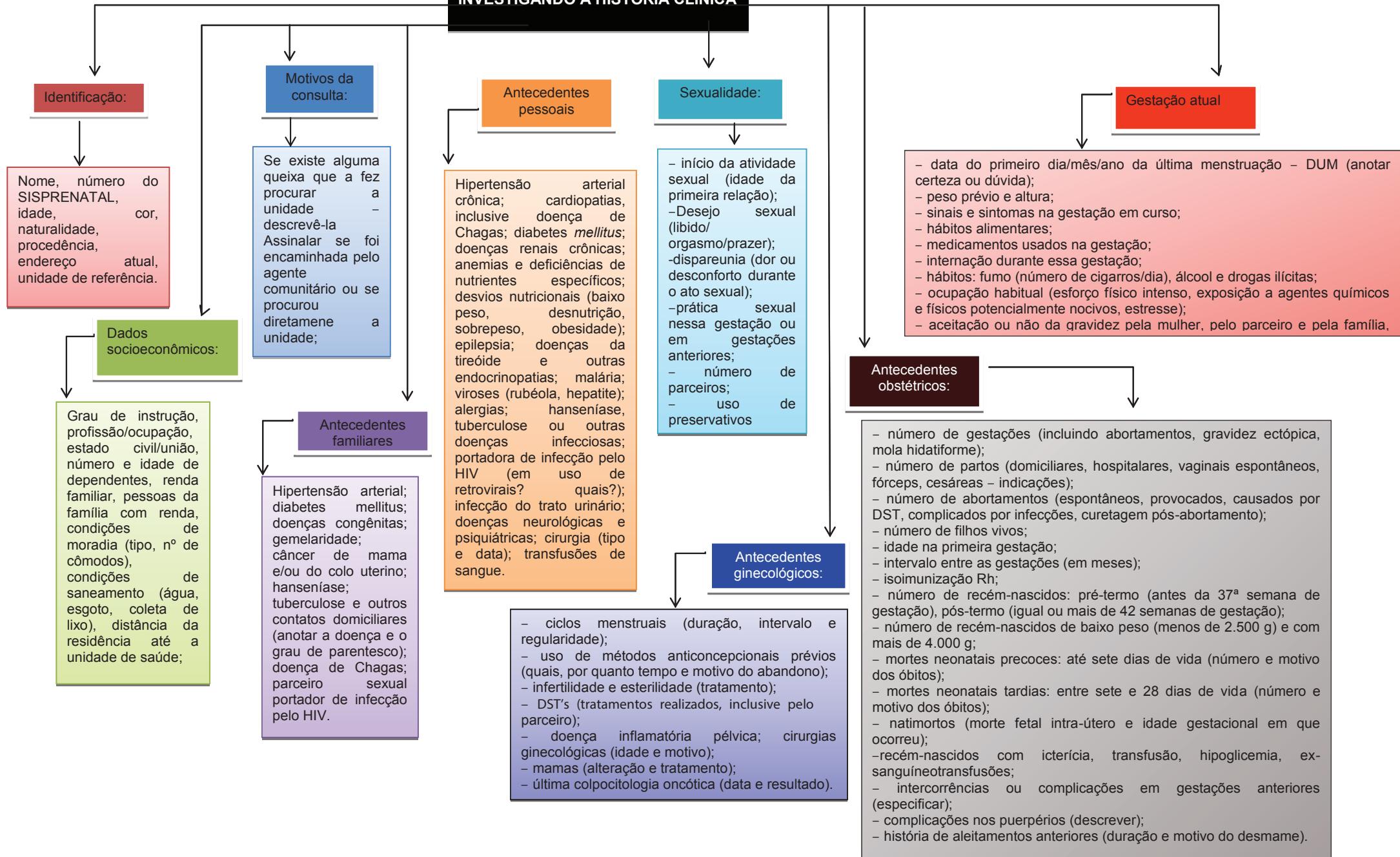
Segundo o Ministério da Saúde, o roteiro da primeira consulta contempla 3 dimensões (BRASIL, 2006c):

I. História clínica

II. Exame físico

III. Condutas

INVESTIGANDO A HISTÓRIA CLÍNICA



Identificação:

Nome, número do SISPRENATAL, idade, cor, naturalidade, procedência, endereço atual, unidade de referência.

Motivos da consulta:

Se existe alguma queixa que a fez procurar a unidade - descrevê-la - Assinalar se foi encaminhada pelo agente comunitário ou se procurou diretamente a unidade;

Antecedentes pessoais

Hipertensão arterial crônica; cardiopatias, inclusive doença de Chagas; diabetes *mellitus*; doenças renais crônicas; anemias e deficiências de nutrientes específicos; desvios nutricionais (baixo peso, desnutrição, sobrepeso, obesidade); epilepsia; doenças da tireóide e outras endocrinopatias; malária; viroses (rubéola, hepatite); alergias; hanseníase, tuberculose ou outras doenças infecciosas; portadora de infecção pelo HIV (em uso de retrovirais? quais?); infecção do trato urinário; doenças neurológicas e psiquiátricas; cirurgia (tipo e data); transfusões de sangue.

Sexualidade:

- início da atividade sexual (idade da primeira relação);
- Desejo sexual (libido/orgasmo/prazer);
-dispareunia (dor ou desconforto durante o ato sexual);
-prática sexual nessa gestação ou em gestações anteriores;
- número de parceiros;
- uso de preservativos

Gestação atual

- data do primeiro dia/mês/ano da última menstruação - DUM (anotar certeza ou dúvida);
- peso prévio e altura;
- sinais e sintomas na gestação em curso;
- hábitos alimentares;
- medicamentos usados na gestação;
- internação durante essa gestação;
- hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e drogas ilícitas;
- ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse);
- aceitação ou não da gravidez pela mulher, pelo parceiro e pela família.

Antecedentes obstétricos:

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

Antecedentes ginecológicos:

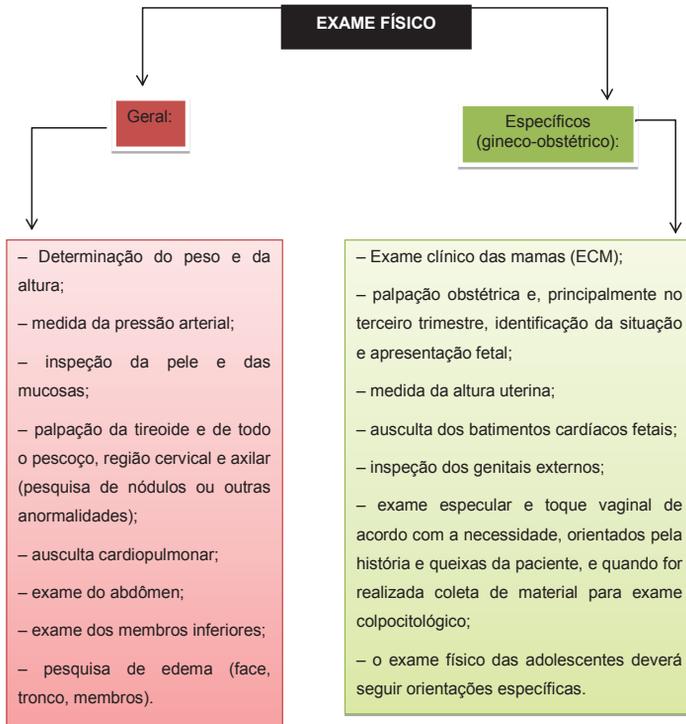
- ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade);
- uso de métodos anticoncepcionais prévios (quais, por quanto tempo e motivo do abandono);
- infertilidade e esterilidade (tratamento);
- DST's (tratamentos realizados, inclusive pelo parceiro);
- doença inflamatória pélvica; cirurgias ginecológicas (idade e motivo);
- mamas (alteração e tratamento);
- última colpocitologia oncótica (data e resultado).

Dados socioeconômicos:

Grau de instrução, profissão/ocupação, estado civil/união, número e idade de dependentes, renda familiar, pessoas da família com renda, condições de moradia (tipo, nº de cômodos), condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo), distância da residência até a unidade de saúde;

Antecedentes familiares

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



CONDUTAS:

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

Consultas subsequentes

Nas demais consultas durante o pré-natal, o Ministério da Saúde sugere:

- Revisão da ficha pré-natal; - Anamnese atual sucinta; - Verificação do calendário de vacinação (BRASIL 2006).

I. Controles maternos:

- cálculo e anotação da idade gestacional; - determinação do peso para avaliação do índice de massa corporal (IMC) (anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do estado nutricional); - medida da pressão arterial (observar a aferição da PA com técnica adequada); - palpação obstétrica e medida da altura uterina (anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal); - pesquisa de edema; - avaliação dos resultados de exames laboratoriais e instituição de condutas específicas.

II. Controles fetais:

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

III. Condutas:

- interpretação dos dados de anamnese, do exame obstétrico e dos exames laboratoriais, com solicitação de outros, se necessários; - tratamento de alterações encontradas ou encaminhamento, se necessário; - prescrição de suplementação de sulfato ferroso (40 mg de ferro elementar/ dia) e ácido fólico (5 mg/dia), para profilaxia da anemia; - orientação alimentar; - acompanhamento das condutas adotadas em serviços especializados, pois a mulher deverá continuar a ser acompanhada pela equipe da atenção básica; - realização de ações e práticas educativas individuais e em grupos. - agendamento de consultas subsequentes.

Fatores de risco na gravidez

O Ministério da Saúde determina que questões sociais, antecedentes reprodutivos, doenças obstétricas na gestão atual e intercorrências clínicas podem ser fatores de risco para a progressão da gestação de forma saudável (BRASIL, 2006).

Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:	Idade menor que 17 e maior que 35 anos;
	Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse;
	Situação conjugal insegura;
	Baixa escolaridade (menos de 05 anos);
	Renda familiar baixa;
	Condições ambientais desfavoráveis;
	Altura menor que 1,45 m;
	Peso menor que 45 kg e maior que 75 kg;
	Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
	Condições psicológicas alteradas.
História reprodutiva anterior:	Morte perinatal explicada e inexplicada;
	Recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou mal-formado;
	Abortamento habitual;
	Esterilidade/infertilidade;
	Intervalo inter-partal menor que dois anos ou maior que cinco anos;
	Nuliparidade e multiparidade;
	Síndrome hemorrágica ou hipertensiva;
Cirurgia uterina anterior.	
Doença obstétrica na gravidez atual:	Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
	Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;
	Ganho ponderal inadequado;
	Pré-eclâmpsia – eclâmpsia;
	Amniorrexe prematura;
	Hemorragias da gestação;
	Isoimunização;
Óbito fetal.	
Intercorrências clínicas:	Doenças infecciosas e auto-imunes; cardiopatias; pneumopatias; nefropatias; endocrinopatias; hemopatias; hipertensão arterial; epilepsia; ginecopatias.

Exames de Rotina

O Ministério da Saúde recomenda que os exames complementares sejam solicitados desde a primeira consulta pré-natal (BRASIL, 2006).



Na primeira consulta, solicitar:

- dosagem de hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht);
- grupo sanguíneo e fator Rh;
- sorologia para sífilis (VDRL): repetir próximo à 30ª semana;
- glicemia em jejum: repetir próximo à 30ª semana;
- exame sumário de urina (Tipo I): repetir próximo à 30ª semana;
- sorologia anti-HIV, com consentimento da mulher, após o “aconselhamento pré-teste” (Anexo B). Repetir próximo à 30ª semana, sempre que possível.

Quando houver disponibilidade em sua região, solicite que seja realizado:

– sorologia para hepatite B (HBsAg), de preferência próximo à 30ª semana de gestação;

– sorologia para toxoplasmose: recomenda-se, sempre que possível, a triagem para toxoplasmose por meio de detecção de anticorpos da classe IgM (Elisa ou imunofluorescência), em caso de IgM positiva significa doença ativa e tratamento deve ser instituído, referir esta mulher para o pré-natal de alto risco.

Outros exames podem ser acrescentados aos exames mínimos:



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

ATENÇÃO:

A não realização de ultrassonografia durante a gestação não constitui omissão, nem diminui a qualidade do pré-natal. As evidências científicas atuais relacionam sua realização no início da gravidez com uma melhor determinação da idade gestacional, detecção precoce de gestações múltiplas e malformações fetais clinicamente não suspeitas. Os possíveis benefícios sobre outros resultados permanecem ainda incertos.

Vale lembrar que em casos de indicação do exame ultrassonográfico mais tardiamente na gestação, **por alguma indicação específica orientada por suspeita clínica**, é notadamente válida como complemento da avaliação da vitalidade fetal ou outras características gestacionais ou do feto. Além disso, está comprovado que, em gestações de alto risco, a ultrassonografia com dopplervelocimetria possibilita a indicação de intervenções que resultam na redução da morbimortalidade perinatal.

SAIBA MAIS!

Para saber mais sobre interpretação de resultados e condutas a serem adotadas, acesse: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf



Ações realizadas durante o pré-natal

Vejamos agora quais as principais ações no que diz respeito ao acompanhamento pré-natal (BRASIL, 2006c).

Avaliação do estado nutricional e ganho de peso durante a gestação

É o procedimento realizado que busca avaliar o estado nutricional e o ganho ponderal da gestante. Tem como objetivo avaliar e controlar o ganho de peso ao longo da gestação. O peso deve ser aferido em todas as consultas do pré-natal.

Cálculo da Idade Gestacional

Consiste em calcular o tempo da gravidez, estabelecendo, assim, condutas baseadas na idade gestacional (IG) obtida, e tem como objetivo estimar o tempo gestacional em semanas.

COMO CALCULAR?

- Quando a data da última menstruação é conhecida:
 - Uso do calendário: somar o número de dias do intervalo entre a DUM e a data da consulta, dividindo o total por sete (resultado em semanas);



- Uso de disco (gestograma): colocar a seta sobre o dia e mês correspondente ao primeiro dia da última menstruação e observar o número de semanas indicado no dia e mês da consulta atual.

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

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

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

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. A medida da altura uterina não é a melhor forma de calcular a idade gestacional.



ATENÇÃO:

Nos casos em que não for possível estimar a IG clinicamente, solicitar o exame de ultrassonografia obstétrica o mais breve possível.

Data provável do parto

Consiste em estimar o período provável para o nascimento, considerando a duração média da gestação normal de 40 semanas.



LEMBRETE:

Uma gestação normal pode durar entre 38 a 42 semanas.

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

Medida da altura uterina

É a mensuração do espaço que vai da borda superior da sínfise púbica até ao fundo uterino, com o objetivo de identificar o crescimento normal do feto, detectar seus desvios e diagnosticar as causas do desvio de crescimento fetal encontrado e orientar oportunamente para as condutas adequadas a cada caso.

Palpação obstétrica

Procedimento realizado com a finalidade de avaliar a situação e a apresentação fetal, procurando identificar os polos cefálico ou pélvico, o dorso fetal, o grau de encaixamento e o local de ausculta

do foco máximo do batimento cardíaco fetal (BCF). O feto poderá estar em situação longitudinal - a mais comum - ou transversa. As apresentações mais frequentes são as cefálicas e pélvicas. A situação transversa e a apresentação pélvica, ao final da gravidez, podem significar maiores cuidados no parto. Oferecer exercícios para favorecer a mudança da apresentação. São etapas da ação:

- 1º tempo: palpação do fundo uterino, buscando seus limites;
- 2º tempo: palpação da região lateral do abdômen, buscando identificar as partes fetais e do dorso do feto;
- 3º tempo: determinação do polo que se apresenta ao canal de parto;
- 4º tempo: determinação do grau de penetração deste polo no estreito superior da bacia (AUTOR, ano).

Ausculta dos Batimentos Cardíacos Fetais (BCF)

Ausculta dos batimentos cardíacos do feto pode ser realizada com estetoscópio de Pinard (após 20 semanas), ou Sonar Doppler (após 12 semanas). O objetivo é constatar, a cada consulta, a qualidade do BCF, por meio da avaliação de seus ritmo e frequência.

Verificação da presença de edema

É a constatação da presença anormal de líquidos nos tecidos, com o objetivo de detectar precocemente a ocorrência do edema patológico.

SAIBA MAIS!

Para mais informações sobre procedimentos técnicos, acesse: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf

Prescrição nas queixas mais frequentes

Poucos medicamentos confirmaram sua segurança para uso durante a gestação, particularmente durante o primeiro trimestre. O risco associado a determinado medicamento deve ser avaliado

com base na necessidade da paciente, considerando os benefícios maternos e os prováveis riscos fetais. Sempre deve ser utilizada a menor dose do medicamento.

A suplementação de cloreto de sódio, cálcio ou vitaminas e sais minerais não foram efetivas para reduzir cãibras na gravidez. Apenas o lactato ou citrato de magnésio, em doses de 5mmol pela manhã e 10mmol à noite, mostrou redução significativa das cãibras (FBAGO, 2006).

Antieméticos (anti-histamínicos, doxilamina com piridoxina, vitamina B6 e gengibre) reduzem a frequência de náuseas no início da gravidez. Dentre os tratamentos mais recentes, a piridoxina (vitamina B6) parece ser a mais efetiva na redução da intensidade da náusea (10 a 25mg três vezes ao dia) (FBAGO, 2006).

A administração de gengibre em cápsulas (250mg quatro vezes ao dia) também foi eficiente para reduzir náuseas e vômitos. Nenhum tratamento para a hiperemese gravídica demonstrou benefício evidente. Exercícios aquáticos, realizados a partir de 20 semanas de gestação, reduzem significativamente a lombalgia e o absenteísmo, além de sessões de fisioterapia de grupo e acupuntura (10 a 30 minutos) (FBAGO, 2006).

Fatores de risco que indicam encaminhamento à urgência/emergência obstétrica

Ao receber um encaminhamento do pré-natal de baixo risco, os profissionais de saúde dos hospitais regionais e da emergência obstétrica deverão avaliar e confirmar o diagnóstico inicial e determinar a conduta necessária para cada caso: internação hospitalar, referência ao pré-natal de alto risco ou contrarreferência para acompanhamento pela atenção básica. De acordo com o Ministério da Saúde, são fatores de risco:

- Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional;
- Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial > 140/90, medida

após um mínimo de 5 minutos de repouso, na posição sentada, associada à proteinúria;

- Atenção: edema não é mais considerado critério diagnóstico;
- Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito;
- Eclâmpsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia);
- Crise hipertensiva (PA > 160/110);
- Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal (consistência líquida, em pequena ou grande quantidade, mas de forma persistente), podendo ser observada mediante exame especular com manobra de Valsalva e elevação da apresentação fetal;
- Isoimunização Rh;
- Anemia grave (hemoglobina < 8);
- Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 36 semanas);
- IG a partir de 41 semanas confirmadas (BRASIL, 2006c);

Complementando os fatores de risco, o Ministério da Saúde descreve:

- Hipertermia (Tax > = 37,8C), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de Ivas;
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes;
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular ou outra infecção que necessite de internação hospitalar;
- Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, edema localizado e/ou varicosidade aparente);
- Investigação de prurido gestacional/icterícia;
- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas;
- Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre;
- Restrição de crescimento intrauterino;
- Oligoidrâmnio;
- Casos clínicos que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma etc. Nos casos com menos de 20 semanas, as gestantes podem ser encaminhadas à emergência clínica;
- Óbito fetal (BRASIL, 2006c).

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

Ações educativas

Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação. Para isto, podem-se realizar grupos de gestantes com a participação do casal e família, no intuito de trabalhar as questões que envolvem todo o período de gestação, parto e puerpério.

O Ministério da Saúde assegura que durante o pré-natal, a mulher e a família devem receber informações sobre os seguintes temas:



- Importância do pré-natal;
- Cuidados de higiene;
- Realização de atividade física
- Preparação corporal e emocional para que a mulher possa vivenciar a gravidez com prazer, permitindo-lhe desfrutar plenamente seu parto;
- Nutrição;
- Desenvolvimento da gestação;
- Modificações corporais e emocionais;
- Medos e fantasias referentes à gestação e ao parto;
- Atividade sexual;
- Sintomas comuns na gravidez e orientações para as queixas mais frequentes;
- Sinais de alerta e o que fazer nessas situações (BRASIL, 2006c).

O Ministério da Saúde também considera importante a mulher e a família receberem informações sobre:

- Preparo para o parto;
- Sinais e sintomas do parto;
- Plano de parto considerando local, transporte, recursos necessários para o parto e para o recém-nascido, apoio familiar e social;
- Orientações e incentivo para o parto normal, resgatando-se a gestação, o parto, o puerpério e o aleitamento materno como processos fisiológicos;
- Incentivar o protagonismo da mulher, potencializando sua capacidade inata de dar à luz;
- Orientação e incentivo para o aleitamento materno;
- Importância do planejamento familiar num contexto de escolha informada, com incentivo à dupla proteção;
- Cuidados após o parto com a mulher e o recém-nascido, estimulando o retorno ao serviço de saúde;
- Direitos da gestante: elas deverão ser orientadas como proceder para obter a licença e salário maternidade; nesse

caso, a parceria com outros setores é indispensável (BRASIL, 2006c).

- **Para mais informações, acesse:**

< http://www.unicef.org/brazil/pt/br_guiagestantebebe.pdf>.

Para o Ministério da Saúde, outros assuntos ainda são considerados importantes devendo ser repassados para a gestante e para sua família:

- Impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, o parto e o puerpério;
- Importância da participação do pai durante a gestação e o parto para o desenvolvimento do vínculo entre pai e filho, fundamental para o desenvolvimento saudável da criança;
- O direito a acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto, garantido pela Lei nº 11.108, de 7/4/2005;
- Gravidez na adolescência e dificuldades sociais e familiares;
- Importância das consultas puerperais;
- Cuidados com o recém-nascido;
- Importância da realização da triagem neonatal (teste do pezinho) na primeira semana de vida do recém-nascido;
- Importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente) (BRASIL, 2006c).

REFLITA COMIGO!

Você consegue identificar todos os itens acima nas ações de educação em saúde planejadas pela equipe de saúde onde você atua? Em caso negativo, o que fazer para que as ações contemplem os itens acima?



Aleitamento materno

O aleitamento materno é a primeira experiência nutricional da criança, dando continuidade à nutrição iniciada na vida intrauterina. A amamentação é um momento precioso para que haja um fortalecimento do vínculo entre mãe e bebê, promovendo uma melhor qualidade de vida à criança no primeiro ano de sua vida.

ATENÇÃO:

Recomenda-se a prática da amamentação exclusiva nos primeiros seis meses de vida e a manutenção do AM acrescido de alimentos complementares a partir do sétimo mês até os dois anos de vida ou mais (OMS). Apesar da excelência do leite humano, o desmame precoce é muito frequente. No Brasil, a mediana de aleitamento predominante foi de 72 dias. A região Nordeste apresentou a mais baixa mediana de aleitamento materno com 41 dias (BRASIL, 2009).

A educação e o preparo das mulheres para a lactação durante o período pré-natal comprovadamente contribui para o sucesso do AM. Segundo a OMS, para que o início e o estabelecimento do aleitamento tenha êxito, as mães necessitam do apoio ativo, durante a gravidez e após o parto, não apenas de suas famílias e comunidades, mas também de todo o sistema de saúde. É de fundamental importância que não se generalize a capacidade de amamentar, sem considerar as variáveis contextuais. Para que a mulher possa assumir com mais segurança o seu papel de provedora do alimento de seu filho, ela precisa se sentir adequadamente assistida nas suas dúvidas e dificuldades (BRASIL, 2009).

LEMBRETE:

Cabe aos profissionais de saúde garantir à mãe uma escuta ativa, sanar suas dúvidas, entendê-la e esclarecê-la sobre suas crenças e tabus, de modo a tornar a amamentação um ato de prazer e não o contrário.

SAIBA MAIS!

Você terá mais informações sobre o aleitamento materno acessando:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf



Vantagens do aleitamento materno

O leite humano é o alimento ideal para o recém-nascido e o lactente e nenhum outro alimento poderá substituí-lo com vantagem. A amamentação forma uma base biológica e emocional tanto para a saúde da mãe quanto da criança. Sobre as vantagens para a mãe, o Ministério da Saúde afirma:

- Favorece uma ligação afetiva mais forte entre mãe e filho.
- Diminuição do sangramento uterino devido à liberação de ocitocina que estimula a contração do útero.
- Proteção contra anemia, pois as mulheres que amamentam no peito permanecem mais tempo sem menstruar devido ao efeito da prolactina associada à sucção do mamilo.
- Aceleração de perda de peso ganho durante a gestação, reduzindo também o risco de desenvolver diabetes tipo II.
- Diminuição do risco de adoecimento por câncer de colo de útero e mama e osteoporose.
- É econômico e prático.
- É um método natural de planejamento familiar (BRASIL, 2009).

Para o bebê, o Ministério da Saúde aponta como vantagens do aleitamento materno:

- Sempre pronto e na temperatura certa.
- Protege contra infecções respiratórias e diarreicas, diminuindo a incidência de mortalidade infantil.
- Prevenção odontológica, pois estimula um melhor desenvolvimento crânio-facial ósseo, muscular e funcional,

prevenindo alterações de fonação, deglutição e respiração, através do movimento de ordenha.

- Prevenção dos hábitos deletérios, causadores de má oclusão e cárie dentária, suprimindo todas as necessidades de sucção dos neonatos.
- Melhor desenvolvimento intelectual nas crianças amamentadas exclusivamente no peito.
- Diminuição de sobrepeso na infância e conseqüentemente algumas doenças que provêm da obesidade, como o Diabetes mellitus tipo 1 (BRASIL, 2009).

ATENÇÃO!

Por que não usar chupetas, bicos e mamadeiras:

- Maior risco de contaminar o leite e provocar doenças.
- Atrapalha o aleitamento materno, causando confusão de bicos.
- Pode modificar a posição dos dentes, prejudicar a fala e respiração, fazendo o bebê respirar pela boca.
- É mais caro e sua preparação dá mais trabalho.
- Diminui o contato entre mãe e filho (BRASIL, 2009).

ATENÇÃO:

A educação materna, classe socioeconômica, influências familiares e da comunidade e o retorno precoce ao trabalho são alguns dos fatores que dificultam no processo de amamentar.

Manejo clínico da amamentação

a) Cuidados com as mamas na gestação:

- examinar as mamas na consulta de pré-natal;
- orientar a gestante a usar sutiã com orifício central para exposição de aréola e mamilo durante a gestação;
- Não usar pomadas, cremes, óleos, sabão ou álcool na região aréolo-mamilar.
- Fazer banhos de sol no período até as 10h da manhã ou após as 16h, iniciando com 5 minutos até completar 30 minutos, para

fortalecimento da região.

- orientar que a expressão do peito (ou ordenha), durante a gestação, para a retirada do colostro, está contraindicada (BRASIL, 2009).

b) Técnica para amamentar:

- A mãe deve proceder à higiene das mãos, com água e sabão, antes de amamentar;
- Ensinar a mãe a oferecer o peito antes da apojadura, pela importância do colostro e também pelo estímulo à produção láctea;
- A amamentação deve ser iniciada pela mama que se encontra mais cheia de leite, geralmente a que foi utilizada por último. Caso a criança não consiga mamar nas duas mamas, na próxima mamada começar pela mama que não foi solicitada;
- O local para amamentar deverá ser escolhido por ela, desde que se sinta confortável;
- Quando o peito estiver muito cheio, antes de amamentar, massagear e espremer a região da aréola para tirar um pouco de leite, deixando a aréola mais macia e mais fácil para o bebê mamar;
- Deixar que o próprio bebê pegue o peito;
- O posicionamento correto implica:
 - colocar o bebê de frente para a mama;
 - queixo tocando a mama e o corpo–cabeça-membros em linha reta;
 - lábios virados para fora;
 - boca bem aberta abocanhando toda a parte inferior da aréola e parte da superior;
 - bochecha redonda (“cheia”) (BRASIL, 2009).

ATENÇÃO:

Verifica-se se a pega está correta se o bebê estiver fazendo sucções longas, seguidas de pausas e pequenas sucções, e observando-se a deglutição. A pega correta nunca dói, se a mãe

referir dor é porque o bebê não está pegando bem.

- Não há necessidade de afastar a mama do nariz do bebê, ele mesmo o fará se precisar, pendendo a cabeça levemente para trás. Por esta razão, a mama não deve ser apreendida com a mão muito próxima à aréola;

- A duração de cada mamada é livre;

- Para terminar a mamada, o ideal é que a criança solte o peito espontaneamente. Quando este fato não ocorre, a mãe coloca a ponta do dedo mínimo na boca da criança. Dessa forma, o vácuo se desfaz e a criança solta o peito, sem machucá-lo;

- Para o bebê arrotar, a mãe, o pai ou outro familiar deve levá-lo e apoiar a cabeça no seu ombro e fazer uma leve massagem nas costas. É importante a participação da família neste momento;

- O peito não precisa de limpeza antes ou após as mamadas. O banho diário é suficiente.

c) Posições da criança e da mãe:

A mãe pode estar sentada, deitada ou em pé. O bebê pode permanecer sentado, deitado ou até em posição invertida (Figura 1). O fundamental é que ambos estejam confortáveis e relaxados.

Figura 1 – Posições para amamentar.



Fonte: (BRASIL, 2009).

- **Deitada:**

- Ela pode deitar-se de lado, apoiando a cabeça e as costas em travesseiros. O bebê deverá permanecer também deitado de lado proporcionando o contato abdome/abdome. Os ombros do bebê devem ser apoiados com os braços da mãe para manter a posição adequada.

- A mulher pode ainda deitar-se em decúbito dorsal (posição útil para as primeiras horas pós-cesariana ou para aquela mulher que tem excedente lácteo muito grande). A criança deve ficar deitada em decúbito ventral, em cima da mãe (BRASIL, 2009).

- **Sentada:**

- A mulher deve permanecer com as costas apoiadas na cadeira ou cabeceira da cama. Ela pode cruzar as pernas ou ainda usar travesseiros sobre as coxas. Colocar os pés em um pequeno banco para dar mais apoio, pode ser útil.

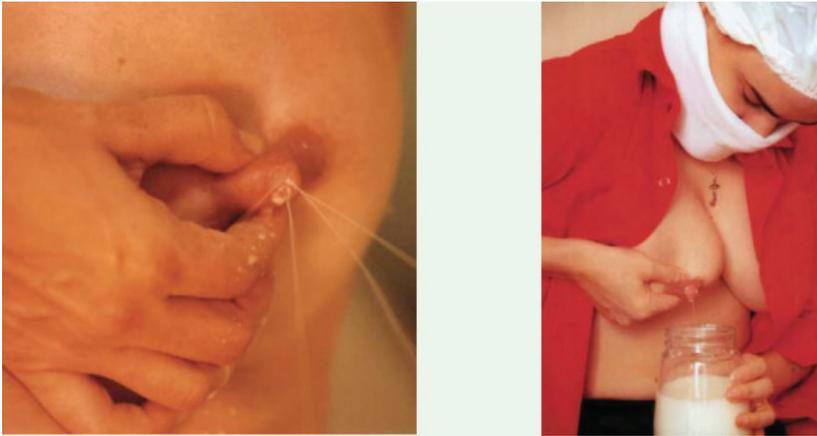
- A criança pode ficar deitada, em posição invertida ou sentada (posição muito utilizada em situações especiais, como crianças prematuras, fissuradas ou sindrômicas) (BRASIL, 2009).

d) *Extração do leite (ordenha):*

Como retirar o leite do peito?

- Prender os cabelos e usar uma touca de banho ou pano amarrado;
- Proteger a boca e o nariz com pano ou fralda;
- Escolher um lugar limpo e tranquilo;
- Preparar uma vasilha (de preferência um frasco com tampa plástica) fervida por 15 minutos;
- Massagear o peito com a ponta de dois dedos iniciando na região mais próxima da aréola indo até a mais distante do peito, apoiando o peito com a outra mão;
- Massagear por mais tempo as áreas mais doloridas;
- Apoiar a ponta dos dedos (polegar e indicador) acima e abaixo da aréola, comprimindo o peito contra o tórax;
- Comprimir com movimentos rítmicos, como se tentasse aproximar as pontas dos dedos, sem deslizar na pele;
- Desprezar os primeiros jatos e guardar o restante no recipiente

(BRASIL, 2009). (Figura 2)



Fonte: (BRASIL, 2009).

LEMBRETE:

São raras as situações, tanto maternas quanto neonatais, que contraindicam a amamentação. Entre as maternas, encontram-se as mulheres com câncer de mama que foram tratadas ou estão em tratamento, mulheres HIV+ (só podem dar o próprio leite se este for pasteurizado), mulheres com distúrbios da consciência ou comportamento grave, entre outras. E neonatais incluem alterações da consciência da criança de qualquer natureza, baixo peso com imaturidade para sucção ou deglutição (dar leite materno por sonda orogástrica) e fenda palatina que impossibilite o ato de sugar (oferecer leite materno ordenhado).

SAIBA MAIS!

A inibição da lactação pode ser realizada com Cabergolina, 2 comprimidos (1,0 mg) VO em dose única ou 1 comprimido (0,5 mg) VO repetido após 24 h. veja quais situações a inibição da lactação é indicada em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf

Dificuldades mais frequentes

Autores como Carvalhães; Corrêa (2003); Barros (2006); Brasil (2009) apontam as principais manifestações clínicas de problemas durante o período de amamentação:

a) Ingurgitamento mamário

O ingurgitamento mamário é processo pelo qual a produção de leite é maior que a demanda, ocorrendo estase láctea e congestão vascular e/ou linfática. A estase láctea pode ocorrer por esvaziamento insuficiente da mama e também por obstrução de ductos ou fatores mamilares, gerando pontos dolorosos durante a mamada. O período de ocorrência varia entre o 3º e o 5º dia pós-parto (durante a apojadura), durando entres 24 e 48 horas, enquanto houver um desequilíbrio entre a oferta e a procura.

A profilaxia consiste em: amamentar logo após o nascimento, esquema de livre demanda para as duas mamas; ordenha manual; orientar as mães para o diagnóstico precoce do ingurgitamento. O tratamento vai incluir medidas como o esvaziamento da mama até o ponto de conforto (ausência de dor), como já dito anteriormente, a fim de diminuir a tensão láctea intramamária. Torna-se, ainda, importante não suspender a amamentação, pois pode agravar o quadro de ingurgitamento, não usar calor ou frio local, oferecer à mãe apoio emocional e promover medidas de relaxamento.

b) Fissuras

Presença de lesões cutâneas nas mamas com dor e ardor. Geralmente ocorre quando a pega do bebê está incorreta. A profilaxia consiste em: - banhos de sol e higiene; - não usar cremes ou pomadas; - orientar a mãe sobre a técnica correta de amamentação.

O tratamento consiste em orientar a mãe para iniciar a mamada pela mama sadia ou menos comprometida e depois passar

para outra mama, pois o bebê está menos faminto e suga com menos voracidade. Se elas não forem completamente esvaziadas desta maneira, deverão ser esvaziadas após as mamadas. Realizar ordenha manual ou mecânica.

c) Mastite

A mastite puerperal ou da lactação é um processo infeccioso agudo das glândulas mamárias que acomete mulheres em fase de lactação, com achados clínicos que vão desde a inflamação focal, com sintomas sistêmicos como febre, mal-estar geral, astenia, calafrios e prostração, até abscessos e septicemia (SALES et al., 2000). (Figura 3)

Figura 3 – Mastite puerperal.



Fonte: (BRASIL, 2009).

As mastites são causadas por diversos microrganismos, prevalecendo o staphylococcus aureus como agente etiológico em 50 a 60% dos casos. Dentre os fatores que predispõem a mastite, prevalecem a fadiga, o estresse, fissuras nos mamilos, obstrução ductal e ingurgitamento mamário. A profilaxia consiste em: lavar bem as mãos antes de manipular as mamas; usar as medidas profiláticas

para ingurgitamento e traumas mamilares; usar somente material esterilizado para procedimentos de contato com as mamas. O tratamento é realizado através da ordenha manual para esvaziamento das mamas; intervenção clínica (antibioticoterapia; analgésicos) ou cirúrgica; a manutenção da amamentação está indicada, porque o leite materno é rico em anticorpos e fatores antibacterianos (SALES et al., 2000).

Outros problemas encontrados durante o período de amamentação são: abscesso mamário, galactocele, candidíase mamilar e mamilos planos ou invertidos.

SAIBA MAIS!

Sobre “prevenção e manejo dos principais problemas relacionados à amamentação”, acesse:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf

