

CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM  
**LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM**  
SAÚDE MATERNA, NEONATAL E DO LACTENTE



**MÓDULO VI: ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-FETAL:  
PRÉ-NATAL**



## GOVERNO FEDERAL

**Presidente da República** Dilma Vana Rousseff

**Ministro da Saúde** Alexandre Padilha

**Secretário de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde (SGTES)**

**Diretora do Departamento de Gestão da Educação na Saúde (DEGES)**

**Coordenador Geral de Ações Estratégicas em Educação na Saúde**

## UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA

**Reitora** Roselane Neckel

**Vice-Reitora** Lúcia Helena Pacheco

**Pró-Reitora de Pós-Graduação** Joana Maria Pedro

**Pró-Reitor de Extensão** Edison da Rosa

## CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

**Diretor** Sérgio Fernando Torres de Freitas

**Vice-Diretora** Isabela de Carlos Back Giuliano

## DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM

**Chefe do Departamento** Lúcia Nazareth Amante

**Subchefe do Departamento** Jane Cristina Anders

## PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

**Coordenadora** Vânia Marli Schubert Backes

**Subcoordenadora** Odaléa Maria Brüggemann

## COMITÊ GESTOR

**Coordenadora Geral do Projeto e do Curso de Especialização** Vânia Marli Shubert Backes

**Coordenadora Didático-Pedagógica** Kenya Schmidt Reibnitz

**Coordenadora de Tutoria** Lúcia Nazareth Amante

**Coordenadora de EaD** Grace Terezinha Marcon Dal Sasso

**Coordenadora de TCC** Flávia Regina Souza Ramos

**Coordenadoras Pólos** Silvana Martins Mishima, Lucieli Dias Pedreschi Chaves, Lucilene Cardoso

## EQUIPE DE APOIO

**Secretaria:** Claudia Crespi Garcia e Viviane Aaron Xavier

**Tecnologia da Informação:** Fábio Schmidt Reibnitz

## AUTORAS

Maria de Fátima Mota Zampieri

Flávia Gomes-Sponholz

Maria Emília de Oliveira

Patrícia K. Rocha

Maria Cândida C Furtado

## COLABORADORA

Alecssandra F. S. Viduedo

## REVISÃO TÉCNICA

Olga Zigelli Garcia

© 2013 todos os direitos de reprodução são reservados à Universidade Federal de Santa Catarina. Somente será permitida a reprodução parcial ou total desta publicação, desde que citada a fonte.

Edição, distribuição e informações:  
Universidade Federal de Santa Catarina  
Campus Universitário, 88040-900 Trindade – Florianópolis – SC

### **M6 - Enfermagem na Atenção à Saúde Materno-Fetal: Pré-natal**

---

Z16c ZAMPIERI, Maria de Fátima Mota  
Curso de Especialização em Linhas de Cuidado em Enfermagem: Enfermagem na atenção à saúde materno-fetal: pré-natal / Maria de Fátima Mota Zampieri; Flávia Gomes-Sponholz; Maria Emília de Oliveira; et al. – Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina/Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2013.  
193 p.

ISBN: 978-85-88612-50-1

1. Saúde da Mulher. 2. Gravidez. 3. Pré-natal.

CDU – 618.3

---

Catalogado na fonte por Anna Khris Furtado D. Pereira – CRB14/1009

## **EQUIPE DE PRODUÇÃO DE MATERIAL**

**Coordenação Geral da Equipe** Eleonora Milano Falcão Vieira, Marialice de Moraes

**Coordenação de Design Instrucional** Andreia Mara Fiala

**Design Instrucional Master** Paula Balbis Garcia

**Design Instrucional** Mara Gonzalez Bezerra

**Revisão Textual** Deise Joelen Tarouco de Freitas

**Coordenação de Design Gráfico** Giovana Schuelter

**Design Gráfico** Fabrício Sawczen

**Design de Capa** Rafaella Volkmann Paschoal

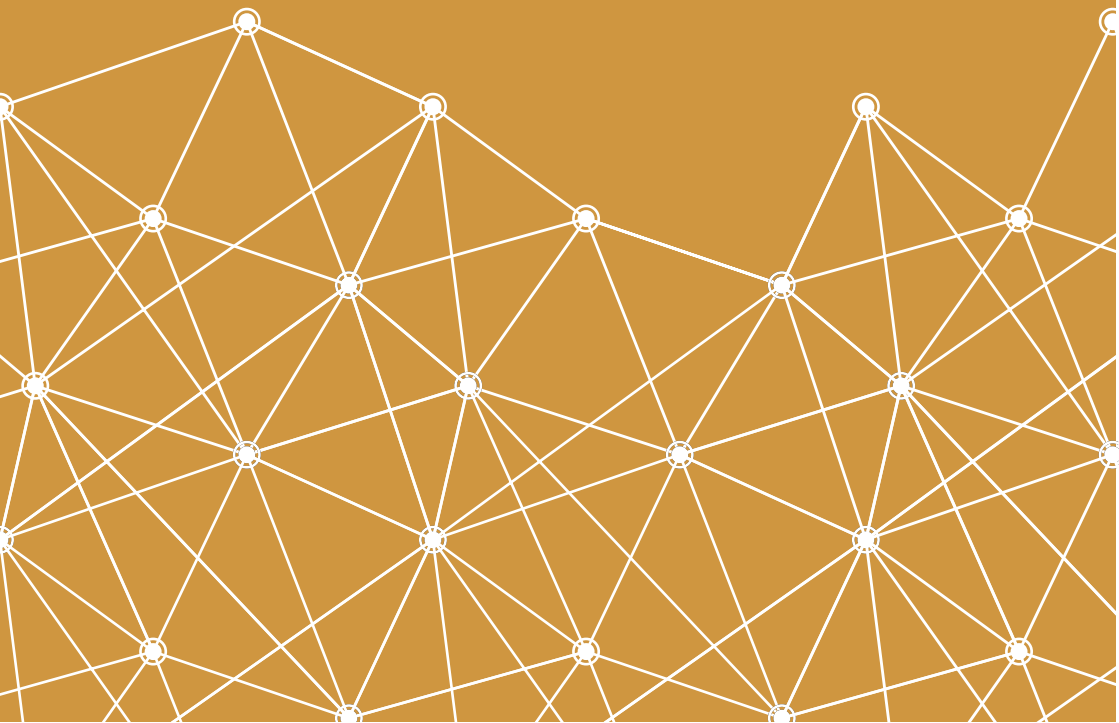
**Projeto Editorial** Cristal Muniz, Fabrício Sawczen

UFSC/ENFERMAGEM/PEN

# CURSO DE ESPECIALIZAÇÃO EM LINHAS DE CUIDADO EM ENFERMAGEM

## MÓDULO VI

### ENFERMAGEM NA ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO-FETAL: PRÉ-NATAL



FLORIANÓPOLIS  
2013



## CARTA DO AUTOR

Caro aluno,

Como você tem visto nos noticiários, atualmente, mulheres ainda morrem ao dar à luz os seus filhos. Também perdemos crianças em situações que poderiam ser evitadas. O Recente relatório de maio de 2012 sobre as Tendências da Mortalidade Materna de 1990 a 2010, publicado pela Organização Mundial da Saúde, Fundo das Nações Unidas para a Infância, Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA) e pelo Banco Mundial, apontou que o Brasil reduziu em 51% a mortalidade materna, passando de 120 para 56 a cada 100 mil nascidos vivos. No entanto, ainda enfrenta o desafio de reduzir suas taxas para 35 óbitos maternos por 100 mil nascidos vivos (WHO, 2012). A mortalidade materna é uma das mais graves violações dos direitos humanos das mulheres por ser evitável em 92% dos casos.

Já a mortalidade infantil apesar de ter seus índices substancialmente reduzidos, ainda apresenta um alto percentual de mortes neonatais quando comparado aos países desenvolvidos.

Como nós, enfermeiros, podemos contribuir para que este quadro seja revertido? Qual o nosso compromisso com a comunidade? Temos clareza que entre os determinantes para mudar esta situação destacam-se: melhores condições de vida; atenção de qualidade à saúde, atendimento centrado no ser humano e na promoção da saúde; trabalho em rede entre profissionais, diferentes serviços de saúde e setores sociais; registro fidedigno dos dados para diagnosticar a realidade de saúde sanitária do país e; profissionais disponíveis e comprometidos com a sua profissão, com o Sistema Único de Saúde e com os usuários. Sabemos que os cuidados prestados pelos enfermeiros podem fazer a diferença para estas mulheres e crianças. Estamos aqui para juntos refletirmos sobre as nossas práticas, instrumentalizarmos para prestar uma atenção de qualidade e resolutiva.

Convidamos você para ampliar conhecimentos sobre as transformações vividas pela mulher e família durante a gestação, sobre a consulta de pré-natal, atividade educativa e visita domiciliar à gestante de baixo risco e alto risco para que você possa exercer a enfermagem nas dimensões do cuidar e educar, intervir, se necessário, e fortalecer as capacidades da gestante para que assuma o protagonismo do seu momento reprodutivo. Vamos lá, temos muito para ler, para aprender e para mudar nessa realidade brasileira. Venha fazer parte disto conosco.

Maria de Fátima Mota Zampieri, Dra  
Flávia Gomes-Sponholz, Dra  
Maria Emília de Oliveira, Dra  
Patrícia K. Rocha, Dra  
Maria Cândida C Furtado, Dra

*“O esforço é a ponte que liga a realidade ao sonho.  
Quem se esforça faz emergir a esperança, e a esperança nasce do esforço.”  
Daisaku Ikeda*

## OBJETIVO GERAL

Ao final deste módulo você será capaz de reconhecer, planejar e desenvolver o processo de cuidar em enfermagem à mulher e família na gestação.

## CARGA HORÁRIA

45 horas.

## SUMÁRIO

<b>UNIDADE 1 — GRAVIDEZ COMO UM PROCESSO DE PREPARAÇÃO DA MULHER E DA FAMÍLIA .....</b>	<b>11</b>
1.1 Introdução.....	11
1.2 Atenção à mulher e família na pré-concepção e na gestação .....	11
1.2.1 Atenção pré-concepcional .....	11
1.2.2 Gravidez como processo e suas influências na vida da mulher.....	28
1.3 Resumo .....	32
1.4 Fechamento .....	32
1.5 Recomendações de Leitura Complementar.....	33
<b>UNIDADE 2 — GRAVIDEZ: DIAGNÓSTICO E EVOLUÇÃO .....</b>	<b>35</b>
2.1 Introdução.....	35
2.2 Instrumentos para diagnosticar a gravidez e seu desenvolvimento .....	35
2.2.1 Diagnóstico de gravidez .....	35
2.2.2 Fisiologia da gravidez.....	43
2.2.3 Modificações da gravidez .....	48
2.2.4 Desenvolvimento do bebê.....	60
2.3 Resumo .....	75
2.4 Fechamento .....	76
2.5 Recomendações de Leitura Complementar.....	76
<b>UNIDADE 3 — CONSULTA DE ENFERMAGEM E SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL .....</b>	<b>79</b>
3.1 Introdução.....	79
3.2 Sistematização da Assistência de Enfermagem .....	79
3.2.1 Coleta de dados da consulta.....	83
3.2.2 Diagnóstico de Enfermagem .....	89
3.2.3 Planejamento de Enfermagem.....	91
3.2.4 Implementação .....	91
3.2.5 Avaliação .....	108
3.2.6 Registro .....	108
3.3 Resumo .....	108
3.4 Fechamento .....	109
3.5 Recomendação de leitura complementar .....	109

<b>UNIDADE 4 – INTERCORRÊNCIAS DA GRAVIDEZ.....</b>	<b>113</b>
4.1 Introdução.....	113
4.2 Gestação de Alto risco .....	113
4.2.1 Enfoque de risco e vulnerabilidade.....	114
4.2.2 Compreensão da vivência da gestação de alto risco para atuar na atenção básica.....	120
4.2.3 Atuação do enfermeiro .....	124
4.2.4 Gestações de alto risco: conceitos, fatores de risco, sinais, repercussões e cuidados .....	128
4.3 Resumo .....	130
4.4 Fechamento .....	130
4.5 Recomendações de leitura complementar.....	131

<b>UNIDADE 5 – PROCESSO EDUCATIVO NA GESTAÇÃO E A VISITA DOMICILIAR À GESTANTE .....</b>	<b>133</b>
5.1 Introdução.....	133
5.2 Educação em saúde .....	134
5.2.1 Visita domiciliar.....	137
5.2.2 Atividades educativas coletivas .....	139
5.2.3 Orientações para as gestantes .....	142
5.3 Resumo .....	148
5.4. Fechamento .....	148
5.5. Recomendação de leitura complementar .....	148

<b>ENCERRAMENTO DO MÓDULO .....</b>	<b>149</b>
-------------------------------------	------------

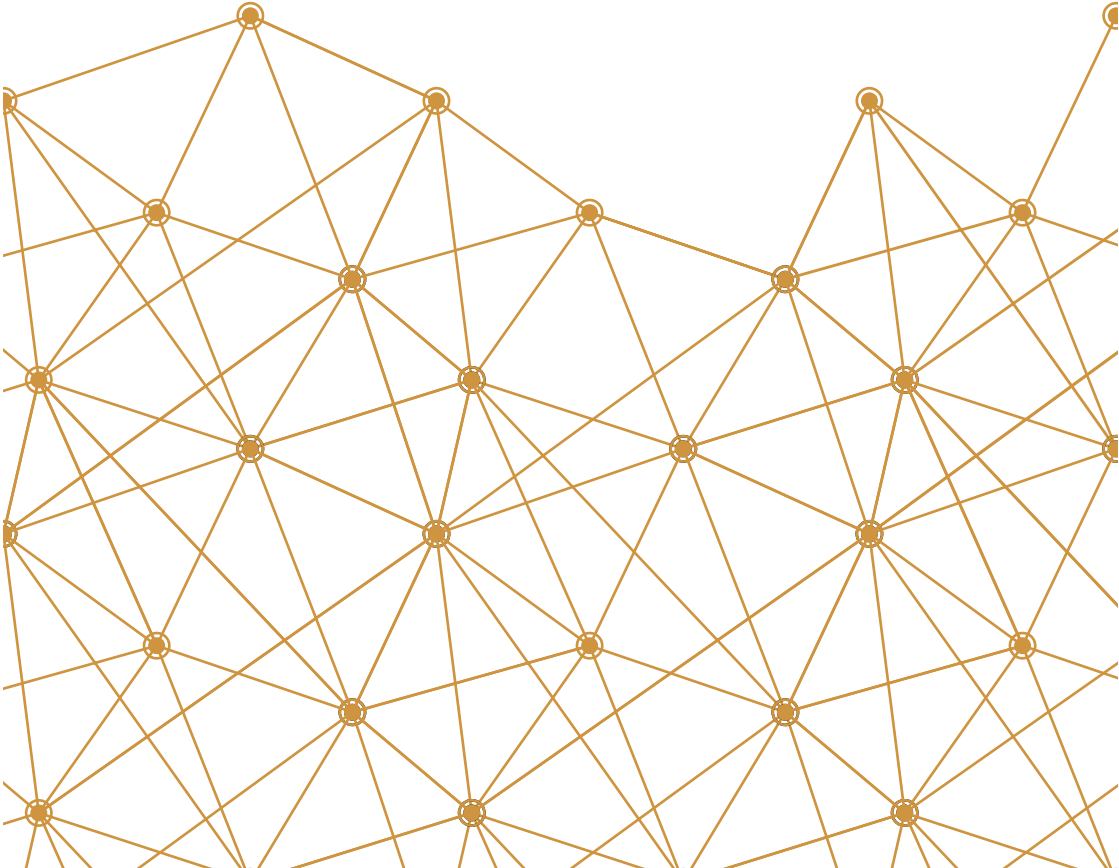
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>150</b>
--------------------------	------------

<b>MINICURRÍCULO DO(S) AUTOR(S) .....</b>	<b>158</b>
---	------------

<b>ANEXO - PATOLOGIAS COMUNS NA ATENÇÃO BÁSICA E CUIDADOS.....</b>	<b>163</b>
--	------------



# UNIDADE 1



# Unidade 1 – Gravidez como um processo de preparação da mulher e da família

Ao final desta unidade, você será capaz de identificar o risco pré-concepcional, orientar sobre os cuidados neste período, reconhecer as influências da gravidez na vida da mulher e sua família e adquirir ferramentas para prestar os cuidados de enfermagem requeridos neste período.

## 1.1 Introdução

A gravidez é um momento importante não só na vida da mulher, mas também para sua família. Esse momento destaca-se pelo início de uma nova vida, sendo que o apoio dado pelos profissionais de saúde é um dos determinantes para o sucesso da gravidez.

O casal, ao desejar a gravidez, pode tomar alguns cuidados de promoção da saúde, prevenção de doenças e tratamento de patologias que podem interferir positivamente na gravidez futura. Assim, ambos buscam preparar-se física e psicologicamente para esse novo momento em suas vidas.

## 1.2 Atenção à mulher e família na pré-concepção e na gestação

Vejamos como podemos acolher e desenvolver um cuidado integral e de qualidade à mulher, companheiro e família no período que antecede a gravidez e durante a gestação.

### 1.2.1 Atenção pré-concepcional

Poder planejar a gravidez e preparar-se adequadamente para essa fase é um direito da mulher e de seu companheiro. O *American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) recomenda que o atendimento à mulher que deseja engravidar inicie na pré-concepção e que a assistência se estenda até um ano depois do nascimento da criança; que todos os encontros de profissionais de saúde com mulheres em idade reprodutiva sejam considerados uma oportunidade para o cuidado na pré-concepção, promovendo saúde e bem-estar (GREGORY; DAVIDSON, 1999).

A atenção pré-concepcional é parte da atenção primária à saúde da mulher em idade reprodutiva e é definida como um conjunto de intervenções com vistas a identificar e modificar os fatores de risco reprodutivo, e estimular comportamentos saudáveis antes da concepção. Ela proporciona à mulher e ao seu companheiro, as informações necessárias para que juntos tomem decisões sobre seu futuro reprodutivo (FESCINA et al., 2010).

---

A atenção pré-concepcional consiste no processo de identificação de fatores de risco e de doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação. Contribui para melhora das condições existentes mediante intervenções precoces antes da concepção e do início da rotina pré-natal, sendo um instrumento para redução da morbidade e mortalidade materna e infantil (LU et al., 2000; BERRY et al., 2001).

---

O aconselhamento pré-concepcional tem sido cada vez mais enfatizado e divulgado nos últimos anos e pode ser considerado determinante para um bom prognóstico durante a gravidez e o parto.

O profissional de saúde que conduz a consulta pré-concepcional deve buscar compreender as informações por parte do casal, aproveitando o momento para aconselhar sobre intervalo interpartal e planejamento familiar, além de estimular a mulher a conhecer seu ciclo menstrual e procurar serviços de saúde, caso surjam novos agravos ou problemas de saúde.

A consulta pré-concepcional é composta pela propedêutica clássica, dividida em:

- a) anamnese, valorizando as queixas, antecedentes e hábitos;
- b) exame físico;
  - b1) exame ginecológico completo;
- c) solicitação de exames, análise dos dados;
- d) análise de dados;
- e) cuidados e orientações;
- f) registro.





## Palavra do profissional

Você tem aproveitado para realizar esse aconselhamento quando as mulheres procuram o serviço para atender suas necessidades de saúde? Quando elas procuram você para realizar a consulta de preventivo, de pós-parto ou levam os familiares à unidade de saúde é uma ótima oportunidade para aquisição de hábitos saudáveis, para prevenir doenças ou para realizar consultas com especialistas que, em curto prazo, poderiam prevenir patologias ou defeitos congênitos em gestações futuras. Fique atento a esta questão.

Promover a saúde no período pré-concepcional é uma forma de contribuir para o sucesso da gravidez, de todo o processo de parto e nascimento, e para a redução de mortalidade materno-fetal, uma vez que muitos dos fatores que condicionam negativamente o futuro de uma gestação podem ser detectados, evitados, modificados ou eliminados, antes que a mulher engravide.

A avaliação pré-concepcional é altamente eficaz quando existem doenças crônicas, como diabetes mellitus, hipertensão arterial crônica, epilepsia, infecções por HIV, além de outras situações, como anemias, carcinomas de colo uterino e de mama. É importante, também, a avaliação pré-concepcional do parceiro, incluindo a testagem para sífilis e HIV/Aids. No entanto, há ainda, a necessidade de sensibilizar a população em idade fértil sobre os benefícios do planejamento de uma gravidez.

O profissional de saúde que conhece as expectativas de um casal em relação à gravidez e o significado delas para a família e a história de vida de ambos pode contribuir de forma efetiva, com as informações desejadas. Você deverá identificar, no momento, situações de risco que possam estar presentes neste período da vida reprodutiva do casal para melhor manejo de intercorrências prévias, além de recomendar o uso de **ácido fólico** e solicitar exames laboratoriais.

*A deficiência de **ácido fólico** ou folatos no período pré-concepcional associa-se ao aumento de defeitos no tubo neural, lábio leporino e fenda palatina (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002). A administração de ácido fólico no período pré-gestacional deve ser realizada para a prevenção de defeitos congênitos do tubo neural do feto, sobretudo para as mulheres com antecedentes deste tipo de formação (BRASIL, 2006a).*



## Saiba mais

Saiba mais sobre o ácido fólico- Efeito da fortificação com ácido fólico na redução dos defeitos do tubo neural. Disponível em: <<http://www.scielo.br/pdf/csp/v23n1/02.pdf>>.

## a) Anamnese na consulta pré-concepcional

O profissional, ao dialogar com o usuário, deve ficar atento aos problemas de saúde e pesquisá-los, destacando-se, entre eles: a epilepsia, o diabetes, nefropatias, cardiopatias, a hipertensão, as doenças psiquiátricas, doenças sexualmente transmissíveis, colagenoses (lúpus e outras), os distúrbios da tireóide, as doenças tromboembólicas, doenças infecciosas (rubéola, varicela, toxoplasmose, hepatite B, infecção urinária) e o histórico vacinal (FES-CINA et al., 2010; BRASIL, 2006a; SÃO PAULO, 2010).



## Palavra do profissional

Uma escuta atenta, abertura ao diálogo, estar disponível e estimular a mulher a expressar suas necessidades são condições essenciais durante uma consulta. Lembre-se de que você é responsável pela coleta dos dados, pelo registro no prontuário e cartão, e também pelo compartilhamento de informações para fortalecer as capacidades da mulher para que ela possa decidir sobre sua saúde.

Ao construir a história do paciente, procure investigar seus antecedentes pessoais, indagando sobre sua história obstétrica e ginecológica. Como a menarca determina o início da fase reprodutiva da mulher e ocorre em média aos 13 anos de idade, **irregularidades do ciclo** menstrual e/ou problemas a ele relacionados são preocupações que levam as mulheres a procurarem o aconselhamento pré-concepcional.

*As alterações menstruais incluem amenorréia, dismenorréia, síndrome pré-menstrual, endometriose, oligomenorreia, polimenorreia, hipermenorreia, hipomenorreia e metrorragia.*

Um dos fatores de risco para a mortalidade perinatal e morbimortalidade materna, duplicando o risco para as múltiparas, é a **paridade**.

***Paridade** refere-se a número de partos (primípara – um parto, múltipara, mais de um parto).*

Uma outra questão é o cuidado que temos que ter com aquelas mulheres na fase do climatério. O climatério é o período no qual a função ovariana declina, iniciando ciclos menstruais anovulatórios, redução de óvulos, com decréscimo na produção de estrogênio. Embora a fertilidade esteja reduzida nesta fase do ciclo vital da mulher, a mulher pode engravidar. A mulher precisa de informações claras e objetivas sobre os riscos e cuidados, bem como conversar sobre mitos e realizar exames de saúde.

---

Lembre-se de que outros aspectos pessoais como, por exemplo, a existência de doenças crônicas não transmissíveis também devem ser pesquisados. O diabetes materno não gestacional, por exemplo, pode afetar o embrião, produzindo macrosomia, poliidrâmnio, malformações congênitas, cardiopatias, disgenesia caudal e quadros de múltiplas anomalias, abortos e morte perinatal.

---

Antes de engravidar, a mulher deve fazer um perfil glicêmico e hemoglobina glicosada (podendo pensar em engravidar com valor menor que 6%), substituir os hipoglicemiantes orais por insulina, se necessário for, e ter acesso à orientação e seguimento nutricional. É importante ainda, nas mulheres não diabéticas, pesquisar a glicemia (FESCINA et al., 2010; SÃO PAULO, 2010).

Já no caso da hipertensão arterial crônica, há uma relação com a restrição do crescimento intrauterino, baixo peso ao nascer, prematuridade e mortalidade perinatal. O risco fetal é máximo quando existe proteinúria. A verificação dos sinais vitais, sobretudo, da pressão arterial é fundamental.

---

A mulher que estiver fazendo uso de inibidores da enzima conversora da Angiotensina (IECAs) e Antagonistas dos Receptores da Angiotensina II (ARA II) deverá substituí-los por outros agentes anti-hipertensivos por causarem dano renal no feto, sendo a droga de escolha a alfametildopa.

---

Quando a mulher faz uso de anticoagulantes cardíacos deve conversar com o seu médico, em função do efeito teratogênico desses medicamentos. O acompanhamento nutricional e dietético e a avaliação do comprometimento cardíaco e renal são essenciais quando a mulher é hipertensa (FESCINA et al., 2010; SÃO PAULO, 2010).



### *Palavra do profissional*

A maioria das doenças transmissíveis interfere no desenvolvimento do embrião e deve ser evitada. Avalie a susceptibilidade à rubéola identificando as mulheres vacinadas ou que já tiveram a doença e, em caso de dúvidas, realize uma determinação da presença de anticorpos em todas as mulheres em idade fértil.

---

Todas as mulheres não grávidas que apresentarem resultado negativo para rubéola deverão ser vacinadas antes da gravidez ou depois do parto. Isto também se aplica a hepatite. No caso de resultado negativo, indique a vacinação e o uso de preservativo.

---

A atenção pré-concepcional consiste no processo de identificação de fatores de risco e de doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação. Contribui para melhora das condições existentes mediante intervenções precoces antes da concepção e do início da rotina pré-natal, sendo um instrumento para redução da morbidade e mortalidade materna e infantil (LU et al., 2000; BERRY et al., 2001).

---

É importante investigar infecção por citomegalovírus, pois esta se caracteriza na infecção congênita mais frequente e a principal responsável pelos casos de surdez neurosensorial e retardo mental de etiologia viral. O citomegalovírus é pouco contagioso e a infecção em adultos não apresenta consequências clínicas graves, exceto em pacientes imunodeprimidos. Esta infecção ocorre em 1% dos nascimentos, sendo 80% assintomáticos.

Além disso, toda mulher que deseje engravidar deve ser advertida em relação às formas para evitar contrair toxoplasmose na gravidez e os riscos que tal doença acarreta. Lembre-se de pesquisar também a toxoplasmose por meio da triagem sorológica. A toxoplasmose pode acometer o feto, trazendo como consequências a restrição de crescimento intrauterino, morte fe-

tal, prematuridade e/ou toxoplasmose congênita microftalmia, lesões oculares, microcefalia, com ou sem hidrocefalia, retardo mental, pneumonite, hepatoesplenomegalia, erupção cutânea e calcificações cerebrais. Caso a sorologia seja negativa, algumas medidas profiláticas devem ser tomadas para prevenção de infecção aguda por meio de cuidados higienodietéticos.

---

Os cuidados para evitar a contaminação por toxoplasmose são: não ter contato com as fezes do gato, lavar alimentos e mãos, usar luvas para manusear a terra, não comer carne crua, não consumir leite e seus derivados crus ou não pasteurizados (BRASIL, 2006a).

---

Outra doença transmissível que necessita ser investigada é a sífilis. As mulheres com sífilis deverão ser informadas sobre os riscos de transmissão vertical da doença. No caso de diagnóstico positivo, encaminhar a mulher e companheiro para o tratamento e orientar o uso de preservativo. As mulheres em idade fértil têm o direito de se submeter à triagem para HIV, prévio aconselhamento e garantia da confidencialidade.

*As mulheres soropositivas deverão ser informadas sobre o risco de transmissão vertical e sobre os tratamentos profiláticos existentes.*

---

O uso de preservativos é fundamental para evitar doenças sexualmente transmissíveis na gestação. Nos casos positivos de sífilis, deve-se tratar a mulher e também seu(s) parceiro(s) para evitar a evolução da doença e a sífilis congênita.

---

Em relação ao HIV, o risco materno e neonatal se reduz com a recuperação dos níveis de linfócitos T-CD4, redução da carga viral circulante para valores indetectáveis. Na vigência da gravidez, uma medida de profilaxia de transmissão vertical na gestação é administração de antirretrovirais e no parto do AZT (FESCINA et al., 2010; SÃO PAULO, 2010; BRASIL, 2006a).

Além disso, é importante ficar atento às patologias geradas por deficiência de algum nutriente e que possam interromper o curso normal da gravidez. Neste sentido, a **anemia ferropriva** merece destaque, pois está associada com placenta prévia, hipertrofia e descolamento placentário, pré-eclâmpsia e hemorragia pós-parto. E, se for severa, pode apresentar ainda, como consequência:

- retardo de crescimento;
- abortamento;
- trabalho de parto prematuro;e
- baixo peso fetal, por isso a mulher deverá seguir a profilaxia recomendada.



### *Palavra do profissional*

Toda mulher que estiver planejando engravidar e sofrer de anemia ferropriva deverá receber 120 mg de ferro por dia.

No caso de doença autoimune como lúpus eritematoso sistêmico é importante que a patologia esteja inativa ou mantida sob controle no mínimo seis meses antes da concepção e com funcionamento renal estabilizado (FESCINA et al., 2010; SÃO PAULO, 2010; BRASIL, 2006a).

Como profissional da saúde, devemos observar alguns fatores importantes, como:

- Idade
- Comportamento da Saúde
- Nutrição
- Exercício
- Riscos ambientais e no local de trabalho
- Aconselhamento genético-reprodutivo
- Riscos de medicamentos:
- Violência doméstica:

**Idade:** o profissional de saúde deve ter sua atenção voltada aos extremos da vida reprodutiva: os casais adolescentes ou aqueles com idade acima de 35 anos de vida. As adolescentes devem ser orientadas sobre os riscos potenciais de uma gestação precoce. As maiores dificuldades envolvem a formação profissional e aspectos psicossociais a partir da vivência da gestação. Os casais que desejam adiar a gravidez para depois dos 35 anos de idade, devem ser informados de que há risco de cromossomopatias fetais, principalmente a trissomia do cromossomo 21. A maior idade se associa com doenças como hipertensão arterial, diabetes, neoplasias e óbito fetal.

**Comportamento de saúde:** alguns hábitos podem determinar riscos para as mulheres em idade reprodutiva. A identificação e a modificação de hábitos não saudáveis podem beneficiar os casais e a futura gravidez. O profissional de saúde deve investigar hábitos como o tabagismo e uso de substâncias psicoativas, álcool e drogas ilícitas. É fundamental desaconselhar o consumo de tabaco e oferecer a participação em programa antitabagismo para as gestantes em função dos danos que este causa: infertilidade, aborto espontâneo, baixo peso ao nascer, restrição de crescimento fetal, risco de **parto pré-termo, descolamento de placenta, e conseqüente, morte fetal e perinatal**, aumento do risco de infecções do trato respiratório do recém-nascido. A nicotina age no sistema cardiovascular da gestante provocando a liberação de catecolaminas na circulação materna e, como conseqüência, ocorre taquicardia, aumento transitório da pressão arterial, vasoconstrição periférica e redução do fluxo sanguíneo placentário, levando a má oxigenação e nutrição do feto, que contribui para o retardo do seu crescimento e, conseqüentemente, para o nascimento de crianças de baixo peso (BRASIL, 2011a).



### Saiba mais

Saiba mais sobre os malefícios do fumo e tratamento no texto O tabagismo e suas peculiaridades na gestação. Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/GepNet/publicacoes/atencaosaudedagestante.pdf>>.

---

O hábito de fumar ativo ou passivo afeta tanto o feto quanto à mãe. Está comprovada também a ação teratogênica do álcool, não existindo uma dose segura para sua ingestão durante a gravidez. A exposição pré-natal ao álcool é a principal causa de retardo mental passível de prevenção. Pode produzir também a Síndrome de Fetal do Álcool.

---

Todas as drogas ilícitas, por atravessarem a barreira placentária, afetam negativamente à gestação. O consumo de cocaína durante a gestação está associado a defeitos por disrupção vascular, expressos em anomalias do sistema nervoso central, defeitos por redução de membros e restrição do

crescimento intrauterino, aumentando a morbidade e mortalidade neonatal. Há maior incidência de parto prematuro e descolamento de placenta. A exposição do feto intraútero pode determinar a síndrome de abstinência ou de privação que consiste em hiperatividade, hipóxia e óbito intraútero.

O consumo de maconha apresenta alterações semelhantes às causadas pelo consumo de cigarros. É desaconselhável o uso de chás, de café e bebidas colas em altas doses no primeiro trimestre, uma vez que estas podem levar ao aborto e, ao longo da gravidez, ao baixo peso (FESCINA et al., 2010).

---

Oriente a gestante a não fazer uso de fumo, álcool, maconha e cocaína durante a gravidez e procurar ajuda caso use substâncias psicoativas e drogas antes de engravidar.

---

**Nutrição:** uma boa nutrição é essencial para a saúde reprodutiva. As orientações nutricionais visam à promoção do estado nutricional materno e do recém-nascido e estabelecer condições apropriadas para o parto. As mulheres devem ser aconselhadas a incluir na dieta diária os principais grupos de alimentos da pirâmide alimentar: carboidratos, frutas, vegetais, leites e derivados, proteínas vegetais e animais, reduzindo os glicídios simples e gorduras saturadas do ápice da pirâmide.

No entanto, é bom lembrar, segundo Brasil (2011a), que o metabolismo do ser humano necessita de ácidos graxos para seu bom funcionamento. Deste modo, a gestante deve dar preferência aos alimentos que contém ácidos graxos insaturados, como castanhas, nozes, amêndoas, óleos vegetais (soja, canola, milho). Abaixo temos orientações indicadas por Brasil (2011a) sobre como deve ser um prato saudável.



Figura 1: Alimentação saudável

### Frutas e Vegetais

Ricos em fibras e vitaminas, o que auxiliam na digestão e prevenção de constipação.  
Consumir 5 a 6 porções de frutas e vegetais por dia.  
Atenção! Lavar bem esses alimentos.

### Cereais

Pão, massa, arroz, milho, trigo. Fornecem energia.  
Atenção as quantidades e a qualidade. Evite os que contêm açúcar, prefira sempre os integrais.  
Consumir diariamente 6 porções.



### Carnes e Leguminosas

Carne vermelha, frango, peixe, ovo, feijões, ervilha, lentilha.  
Consumir 1 porção de carne ou ovo por dia.  
Escolher carnes magras, remover a pele de aves e cozinhar utilizando pouca gordura.  
Procurar consumir 2 porções de peixe por semana.  
Comer arroz e feijão pelo menos 5 vezes na semana.  
Os dois juntos formam uma proteína de alto valor.

### Alimentos com alto teor de açúcar e gordura

Chocolate, sorvete, doces, salgadinhos, óleos, biscoitos recheado, refrigerantes e sucos industrializados.  
Consumir o mínimo possível destes alimentos.

### Leite e derivados

Leite, queijo, iogurte. Ricos em cálcio e proteínas.  
Consumir 2 a 3 porções por dia.  
Dar preferência a alimentos com baixo teor de gordura.

Fonte: Brasil (2011a)



## Saiba mais

Leia o capítulo sobre alimentação saudável na gravidez

Disponível em: <<http://www2.ghc.com.br/GepNet/publicacoes/atencsaosaudedegestante.pdf>>

Aspectos como deficiência nutricional, obesidade, distúrbios alimentares devem ser investigados na consulta de aconselhamento pré-concepcional. A desnutrição materna durante a gravidez está associada à prematuridade, pouco ganho de peso na gestação, mortalidade perinatal e defeitos no fechamento do tubo neural. A evidência atual aponta que mais da metade dos casos que apresentam defeitos do tubo neural poderiam ter sido evitados se a mulher tivesse consumido ácido fólico pelo menos 45 dias antes da gravidez e durante os três primeiros meses da gestação. Orientar o uso preventivo de ácido fólico no período pré-gestacional, para a prevenção de defeitos congênitos do tubo neural, especialmente nas mulheres com antecedentes desse tipo de malformações (BRASIL, 2006a).

**Exercício:** Normalmente, o exercício e os esportes são saudáveis, pois produzem bem-estar físico e psicológico para as mulheres grávidas ou não, além de fortalecer a musculatura e ativar a circulação. É importante que a gestante inicie a atividade física antes da gestação e que se adeque a ela após esse período, de acordo com o seu ritmo. Recomendam-se as caminhadas e a hidroginástica acompanhadas de hidratação adequada e roupa própria para o clima.

---

Atenção à recomendação: a gestante deve fazer uso de 0,4 mg de ácido fólico (dose mínima), VO/dia, durante 60 a 90 dias antes da concepção e no primeiro trimestre, e até 5mg, se já tenha o antecedente de uma criança com defeito do tubo neural. Estimular comportamentos saudáveis: adoção de práticas alimentares saudáveis; prática de atividade física regular e hidratação (FESCINA et al., 2010). O Ministério da Saúde indica tomar 5mg/dia independente do antecedente de tubo neural (BRASIL, 2006a).

---



### *Palavra do profissional*

Você já pensou como seria montar um grupo de caminhada na sua unidade de saúde para mulheres?

---

**Riscos ambientais e no local de trabalho:** os perigos ambientais em casa, no local de trabalho e na comunidade podem afetar a fertilidade, o desenvolvimento fetal, as condições ao nascer e o desenvolvimento da criança. A influência do ambiente inclui radiação, produtos químicos, pesticidas, poluentes industriais, fumaça de cigarro e estresse. Existem algumas condições de trabalho que estão associadas com aborto, morte fetal parto pré-termo, baixo peso ao nascer e defeitos congênitos.

Podem ser destacados entre os aspectos deletérios do trabalho:

- (i) trabalhar mais de 10 horas por dia;
- (ii) permanecer em pé por mais de 6 horas em forma ininterrupta;
- (iii) exposição a tóxicos químicos como anestésicos, solventes e pesticidas.

As mulheres que possam ter uma exposição a essas substâncias no trabalho devem ser aconselhadas a mudar suas atividades assim que engravidarem. Na anamnese, devem ser avaliadas as condições de trabalho, com orientação sobre riscos de exposição (FESCINA et al., 2010; BRASIL, 2010a).

---

A mulher tem o direito de mudar de atividade no seu trabalho se a função que desenvolve colocar em risco a saúde e a vida dela e do bebê.

---

**Aconselhamento genético-reprodutivo:** o período pré-concepcional é o melhor momento para que um casal realize o aconselhamento genético. Possibilita a realização de investigações sem a pressão imposta pelo tempo quando a gravidez está em curso.

Independente da história familiar, pessoal ou reprodutiva, todos os casais apresentam risco para anomalias fetais, considerando o risco populacional. No entanto, têm indicação para aconselhamento genético os casais com abortos de repetição, filhos com malformações ou cromossomopatias, esterilidade em um membro do casal e consanguinidade.

O aconselhamento genético-reprodutivo tem o objetivo de identificar risco elevado para qualquer condição, ainda no período de planejamento de uma gravidez. Destacam-se, no aconselhamento genético pré-concepcional:

(i) história familiar a partir da obtenção de informações sobre a idade e causa das mortes dos familiares, defeitos congênitos, retardo mental, doenças crônicas ou genéticas. Nos casamentos consanguíneos deve-se conhecer o grau de parentesco entre os cônjuges, sabendo que quanto mais próximo o grau de parentesco maior o risco de anomalias fetais. Dois indivíduos são consanguíneos se tiverem, pelo menos, um antecessor comum;

(ii) história do casal, com ênfase para a idade materna e ou paterna avançada, contato com substâncias psicoativas, drogas, radiação; identificação de doenças maternas que podem predispor a anomalias fetais, como diabetes *mellitus*, lupus eritematoso, epilepsia.

**Riscos de medicamentos:** orientações para evitar o uso de medicamentos, sobretudo no primeiro trimestre e substituição das drogas já usadas, e que precisam ser mantidas, por aquelas com menores efeitos sobre o feto. Checar a teratogenicidade dos medicamentos.

**Violência doméstica:** pode repercutir diretamente na gestação e contribuir com o desenvolvimento de situações patológicas que levam ao óbito materno e fetal. Já no período pré-concepcional esta questão precisa ser trabalhada pela equipe interdisciplinar.



### *Saiba mais*

Em função da complexidade da temática que envolve a mulher, visite a referência indicada.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Violência intrafamiliar: orientações para prática em serviço / Secretaria de Políticas de Saúde. – Brasília: Ministério da Saúde, 2001. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05\\_19.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd05_19.pdf)>.

---

## b) Exame Físico

É importante ressaltar que, para muitas mulheres, esse pode ser seu primeiro contato com o sistema de saúde. Portanto, a oportunidade deve ser aproveitada para uma investigação de sua condição médica geral. O exame físico deve ser completo, observando-se estado geral, peso, pressão arterial, palpação da tireoide, de todo o pescoço, região cervical e axilar, ausculta cardíaca e pulmonar, exame do abdômen e membros inferiores, pele e sistema musculoesquelético, seguindo o sentido céfalo-caudal.



### *Palavra do profissional*

Em relação a esta etapa é importante manter a privacidade da mulher, cobri-la e realizar o exame gradativamente, tocá-la com respeito e delicadeza.

---

O peso e a altura são determinantes para avaliar o índice de massa corporal. As gestantes com IMC acima de 25 kg/m apresentam com maior frequência malformações fetais, diabetes, pré-eclâmpsia e tromboembolismo, e neste caso o ideal seria uma dieta para perder peso antes da gestação. Por outro lado, IMC abaixo 20 kg/m, situação característica de baixo peso e desnutrição, aumenta a prevalência de anemia, parto prematuro e baixo peso do recém-nascido, impondo-se a necessidade de rever a dieta alimentar (SÃO PAULO, 2010).

---

## b1) Exame Ginecológico Completo

O exame ginecológico deve ser realizado, como parte do exame físico, na consulta pré-concepcional, de acordo com os procedimentos:

- exame clínico das mamas: inicia-se pelo exame das mamas que deve ser sistemático e rotineiramente realizado em todas as mulheres;
- inspeção dos genitais externos: na vulva deve-se examinar o monte de Vênus superiormente, grandes e pequenos lábios lateralmente, o vestíbulo vulvar, o clitóris, o meato uretral externo, as glândulas de Bartholin, a fúrcula vaginal, o hímen e o períneo, posteriormente;
- exame dos genitais internos: começa-se o exame dos genitais internos pelo exame da vagina, utilizando o espéculo bivalvar. Observam-se as paredes vaginais quanto à sua coloração e rugosidade. O colo é então inspecionado. A inspeção deve avaliar presença de “manchas”, lesões vegetantes, lacerações. A seguir é coletado material para o exame da secreção vaginal, para o exame citopatológico, é realizado o teste de Schiller, e colposcopia, se necessário. Finalizando o exame dos genitais internos, procede-se ao toque vaginal. Deve dirigir-se ao fundo de saco vaginal e identificar o colo. A seguir, passa-se ao toque bimanual, no qual se utiliza a palpação associada da pelve. Durante o toque, procura-se sentir o volume do útero e dos ovários, sua consistência, a superfície, a mobilidade, a posição, a relação com outros órgãos.

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

## c) Solicitação de Exames

Os exames laboratoriais na consulta pré-concepcional são utilizados para triagem, diagnóstico e aconselhamento diante do desejo do casal de engravidar. Quando bem utilizados e interpretados, auxiliam na identificação de condições que possam agravar a saúde da mulher e/ou do feto durante uma gestação. Da mesma forma, esta triagem identifica fatores de risco para doenças.



### *Palavra do profissional*

Qualquer solicitação de exames deverá ser informada à mulher e ao parceiro. É nosso dever, como enfermeiros, ouvir e informar o casal.

O ideal é solicitar para todas as mulheres os seguintes exames:

- Tipagem sanguínea e avaliação do fator Rh para prevenção da aloimunização Rh. Se a mulher for Rh negativo, solicitar pesquisa de anticorpos (Coombs indireto) e triagem sanguínea do parceiro;
- Hemograma completo para identificação de anormalidades hematimétricas;
- Sorologia para toxoplasmose com identificação de IgG e IgM. Em caso de mulheres suscetíveis, orientar profilaxia no sentido de evitar contato com fezes e secreções de felinos e a ingestão de carnes cruas;
- Sorologia para HIV e sífilis, sempre com aconselhamento e consentimento. Se houver sorologia positiva para sífilis, iniciar prontamente o tratamento da mulher e do parceiro e acompanhar clínico-laboratorialmente ambos. Em casos de sorologia positiva para o HIV, encaminhar para acompanhamento e tratamento, também incluindo cuidados com o parceiro. Independentemente de resultado, orientar todas as mulheres para a prática do sexo seguro, incentivando-as a utilizar preservativo;
- Sorologia para rubéola (em caso de dúvida quanto ao histórico vacinal). Se IgG negativo, indicar vacinação. A vacina contra a rubéola deve ser realizada pelo menos um mês antes de suspender a anti-concepção, embora alguns autores recomendem aguardar 90 dias. A colpocitologia oncológica, se tiver sido colhida há menos de três anos, para a identificação de neoplasia intraepitelial cervical ou cân-

cer cérvico-uterino. Se forem identificadas alterações, dar prosseguimento à investigação;

- Avaliação de hepatite, solicitando HBsAg.

Alguns exames adicionais podem ser solicitados, de acordo com a anamnese e queixas do casal, como:

- Glicemia de jejum para mulheres com fatores de risco – idade igual ou superior a 35 anos, obesidade, parente de primeiro grau com diabetes, história prévia de diabetes gestacional, de macrossomia fetal, de óbito fetal de termo sem motivo esclarecido;
- Mamografia para mulheres com 35 anos ou mais, pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama;
- Sorologia para hepatite B (HBsAg e Anti-HBc) e para hepatite C (Anti-HCv) para mulheres com histórico clínico que indique a possibilidade de contaminação – esse histórico se refere às mulheres usuárias de drogas, com múltiplos parceiros, com histórico de doença sexualmente transmissível ou com histórico de transfusão de sangue.
- Parcial de urina para identificar infecção

Nota: De acordo com a portaria do Ministério da Saúde Nº 2.488, DE 21 de outubro de 2011 que aprova a Política de Atenção básica é atribuição específica do enfermeiro, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal ou do Distrito Federal, observadas as disposições legais da profissão, realizar consulta de enfermagem e solicitar exames complementares.

---

Lembre-se da avaliação pré-concepcional do parceiro, incluindo VDRL e Anti-HIV e atualize o calendário vacinal:

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



## Palavra do profissional

Em sua análise, todos os problemas encontrados devem ser analisados e, com base nos dados levantados, realize os cuidados e as orientações à mulher e familiares, considerando sua realidade, seu conhecimento e recursos que dispõe, conforme o seu plano de cuidados. E lembre-se de que todas as informações da consulta deverão ser registradas no prontuário da usuária do serviço e os cuidados e orientações mais importantes poderão ser redigidos em impresso específico e entregues à mulher e seu parceiro.

### 1.2.2 Gravidez como processo e suas influências na vida da mulher

A gestação não é uma situação isolada dos outros momentos vividos pela mulher. A gravidez é um evento no ciclo de desenvolvimento humano relacionado a todas as outras etapas da vida da mulher. Faz parte de uma cadeia de ocorrências, situações ou experiências, ligadas entre si direta ou indiretamente, que denominamos de processo (ZAMPIERI, 2010d).

As experiências que a mulher vivenciou no seu nascimento, de prazer ou traumática, as relações com os pais, em especial com a mãe, as transformações, as experiências e vivências na sua infância e na adolescência poderão repercutir na gravidez e na relação com seu filho intraútero e após o nascimento (ZAMPIERI, 2010d).

Para a mulher, este pode ser um momento de revisão de sua vida, um repensar direcionado para o futuro, um momento de reflexão sobre a condição de ser mulher, sobre as relações consigo, com os familiares e o companheiro (ZAMPIERI, 2010a). É uma experiência única e individual para cada mulher, mas também uma **experiência social**, pois estende-se a um coletivo, mobilizando a atenção do meio onde essa está inserida e de uma forma mais ampla a sociedade.

É multidimensional, uma vez que envolve questões socioeconômicas, culturais, educacionais e espirituais, antecedentes gineco

*A gestação pode ser um instrumento de utilidade, já que está ligada à vida e à sobrevivência humana, assegura não apenas a reprodução da espécie humana, mas também supre as necessidades do sistema social, ao fornecer elementos essenciais a sua manutenção.*



-obstétricos e depende da história pessoal, do momento histórico da gravidez, da aceitação dessa pela gestante e pelos familiares, do acesso e qualidade assistência pré-natal. Quase sempre leva ao amadurecimento, mas pode levar a uma desagregação social. Do ponto de vista sociocultural, a gestação é um estado intermediário entre o status de ser mulher e o de ser mãe (ZUGAB; TEDESCO; QUAYLE, 1998). Para algumas mulheres pode ser uma forma para aumentarem o seu poder e seu prestígio no meio familiar ou um instrumento de contestação.

---

A gravidez é um fenômeno normal e natural, podendo ser encarada de forma saudável ou patológica. A concepção que a mulher tem em relação ao seu viver, sua saúde e gestação em função de suas crenças, valores culturais, nível socioeconômico vai determinar a compreensão de uma maneira ou outra. Para uma parcela de gestantes é encarada como uma situação patológica, reforçada pelos desconfortos característicos da gravidez e pela representação que os familiares têm desse momento (ZAMPIERI,2010d).

---

Do ponto de vista estritamente biológico, a gravidez é vista como um episódio fisiológico em que o organismo da mulher vai lentamente preparando-se e adaptando-se às modificações locais e gerais, levando a jovem da puberdade à maturidade sexual. É uma prova funcional para a economia materna, com sobrecarga anabólica e catabólica, ajuste às novas condições endócrinas e amplas modificações de permeabilidade capilar, representando verdadeira reação de estresse, que se fosse em outra ocasião seria considerada patológica (REZENDE, 2005; PEIXOTO et al., 2004). Clinicamente, de acordo com eles, seria o período do desenvolvimento do ovo fecundado, que duraria 280 dias, ou 40 semanas, ou 10 meses lunares aproximadamente (nove meses lunares e 10 dias). Nesta lógica a gravidez é considerada um episódio instável, intranquilo, patológico e frágil (REZENDE, 2005), que merece cuidados, reforçando o papel dos médicos como detentores do conhecimento na área obstétrica e como salvaguardadores das mulheres, sem os quais estas não podem levar a termo sua própria gestação.

A gestação, em outra perspectiva, é vista como um momento de transição existencial, que faz parte do desenvolvimento humano, uma experiência familiar, na qual podem ocorrer a reestruturação e o reajustamento interpessoal e intrapsíquico e mudanças de identidade e de papéis, levando ao crescimento ou não. Pode ser considerada uma crise, precipitada por circunstâncias que, transitoriamente, ultrapassam as capacidades do sistema para se adaptar interna e externamente e constituir-se uma verdadeira encruzilhada em saúde mental, podendo representar perigo ou

oportunidade (MALDONADO, 2000). Essa crise, segundo, Maldonado (2000), pode ser patológica, quando gera desagregação mental, desintegração, desorganização, desajuste da personalidade, relação inadequada com o bebê e desequilíbrio na relação do casal, no caso deste relacionamento ser frágil e neurótico, ou por outro lado algo saudável, quando propicia mudança e crescimento pessoal.

Tal crise pode se entender ao meio familiar. No momento do parto, nasce não apenas um filho, mas também uma mãe, um pai e uma família, fazendo-se necessário um equilíbrio entre seus papéis biológicos e valores ditados pela sociedade, reformulações de situações, que por algum motivo tornaram-se insatisfatórias.

A gravidez é uma etapa do processo de nascimento, o qual engloba o período que vai desde a pré-concepção até o pós-parto, incluindo os cuidados com o recém-nascido.

---

Processo de nascimento é um termo adaptado do conceito de processo de nascimento construído no Curso de Especialização em Enfermagem Obstétrica do Departamento de Enfermagem da UFSC/Ministério da Saúde, apresentado no manual do aluno 1999-2000. “Momento especial da vida, transicional e que confere vivências pessoais e coletivas para a promoção do desenvolvimento humano. É compreendido desde a pré-concepção até o puerpério, sendo que as pessoas que o estão vivenciando (criança, mulher e homem) influenciam e são influenciadas pelo contexto sociocultural. Por tratar-se de um processo maturacional e social, os seres humanos que vivenciam o processo de nascimento podem necessitar de cuidado profissional interdisciplinar. Os profissionais atuam no sentido de facilitar essa transição, buscando promover o desenvolvimento humano e a vida em sua plenitude” (OLIVEIRA; ZAMPIERI; BRUGGEMANN, 2001a, p. 21).

---

É um período complexo, especial da vida, transicional em que ocorrem grandes transformações, no âmbito individual e coletivo, merecendo destaque e apoio da equipe de saúde. Em função da sua multidimensionalidade não pode ser vista apenas biológica, e sim, na sua integralidade. Necessita de um acompanhamento periódico e interdisciplinar por meio de consultas, visitas domiciliares e grupos educativos (ZAMPIERI, 2010d).

A gestação inicia no momento da fecundação, antes mesmo de terem o exame positivo algumas mulheres já sentem que sua vida irá mudar. Tal situação gera vários sentimentos e modificações físicas com as quais a mulher terá que lidar da forma mais natural possível.

A gravidez é um período marcado por essas grandes transformações, com as quais cada mulher lida de modo muito particular. A gravidez é geralmente um período muito importante na vida da mulher. Quanto mais informações ela tiver sobre as modificações que ocorrerão a partir do momento que seu exame der positivo melhor para **empoderá-la** neste processo fundamental em sua vida.

Significado de **empoderar**  
“O empoderamento devolve poder e dignidade a quem desejar o estatuto de cidadania, e principalmente a liberdade de decidir e controlar seu próprio destino com responsabilidade e respeito ao outro.”

Em particular uma mulher empoderada é aquela que tem confiança em si e no próprio corpo e torna-se protagonista do seu processo de gravidez, parto e nascimento (CAVALCANTE PEREIRA, 2006). O período é crucial na vida da mulher e não deve ser vivida como uma doença, mas não há dúvidas de que é um período no qual a mulher requer cuidados especiais. São muitas as transformações e mudanças de papéis. O enfermeiro deve estar preparado para ajudar nas dúvidas das gestantes no período pré-concepcional e pré-natal, assim como envolver sua família neste processo.

---

Escutar abertamente, sem julgamentos, sem preconceitos, um diálogo franco, um ouvir autêntico e sensível dos profissionais é essencial na condução do processo de gravidez. Neste momento, é essencial fortalecer os potenciais e capacidades da mulher para que ela possa assumir o seu papel de sujeito de sua saúde reprodutiva, apropriando-se do seu corpo e de sua vida, exigindo seus direitos como cidadã.

---

Como você na qualidade de enfermeiro pode contribuir para a mulher/gestante para fortalecer suas capacidades para conduzir a gestação, parto e pós-parto de forma ativa? Como pode o enfermeiro, incluir a família no processo de nascimento? Reflita sobre a sua prática.

Ao longo das próximas unidades iremos dar pistas para você, basta prestar atenção. Um olhar crítico sobre a sua realidade também vai trazer algumas respostas e até questionamentos. Vamos continuar então nossas leituras.



## Saiba mais

Para conhecer melhor a gestação como um processo, consulte a obra indicada:

Gestação como Processo. In: ZAMPIERI, M. F. M. et al. **Enfermagem na atenção primária à Saúde da mulher: textos fundamentais**. 2. ed. Florianópolis: UFSC/NFR, 2010d, p. 218-228. (Série atenção Primária de Saúde. v. 2).

## 1.3 Resumo

Os cuidados realizados pelo enfermeiro antes da gravidez permitem identificar comportamentos e situações de risco que podem interferir no curso normal da gestação, parto e pós-parto, contribuindo para preparar o homem e a mulher para viverem um processo de nascimento saudável e seguro.

A gravidez está relacionada, influencia e influenciada por outras fases do desenvolvimento: o nascimento, a infância e adolescência; é uma experiência única e social, é multidimensional, necessitando do suporte de uma equipe interdisciplinar, da qual o enfermeiro é um dos integrantes, para informar, orientar e apoiar a gestante e os familiares em suas necessidades. Assim, terão confiança para conduzir o processo de nascimento e autonomia para escolher o melhor para sua saúde e vida.

## 1.4 Fechamento

O planejamento da gravidez contribui para a decisão informada sobre o momento mais oportuno da gravidez para a mulher e para o seu companheiro, considerando suas condições físicas, psíquicas, e sociais, recursos de que dispõe e a rede de apoio formada por familiares, amigos e profissionais de saúde.

A atenção pré-concepcional é fator determinante para um bom prognóstico da gestação. Constitui, assim, instrumento importante na melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil e na condução do processo da gravidez. A gravidez deve ser compreendida como um processo, não se podendo desvinculá-la das outras etapas, acontecimentos da vida e história da mulher.

O enfermeiro tem um compromisso profissional e ético de ajudar a mulher e o seu companheiro para viver mais esta etapa do desenvolvimento humano de uma forma saudável, segura e tranquila.

## 1.5 Recomendações de Leitura Complementar

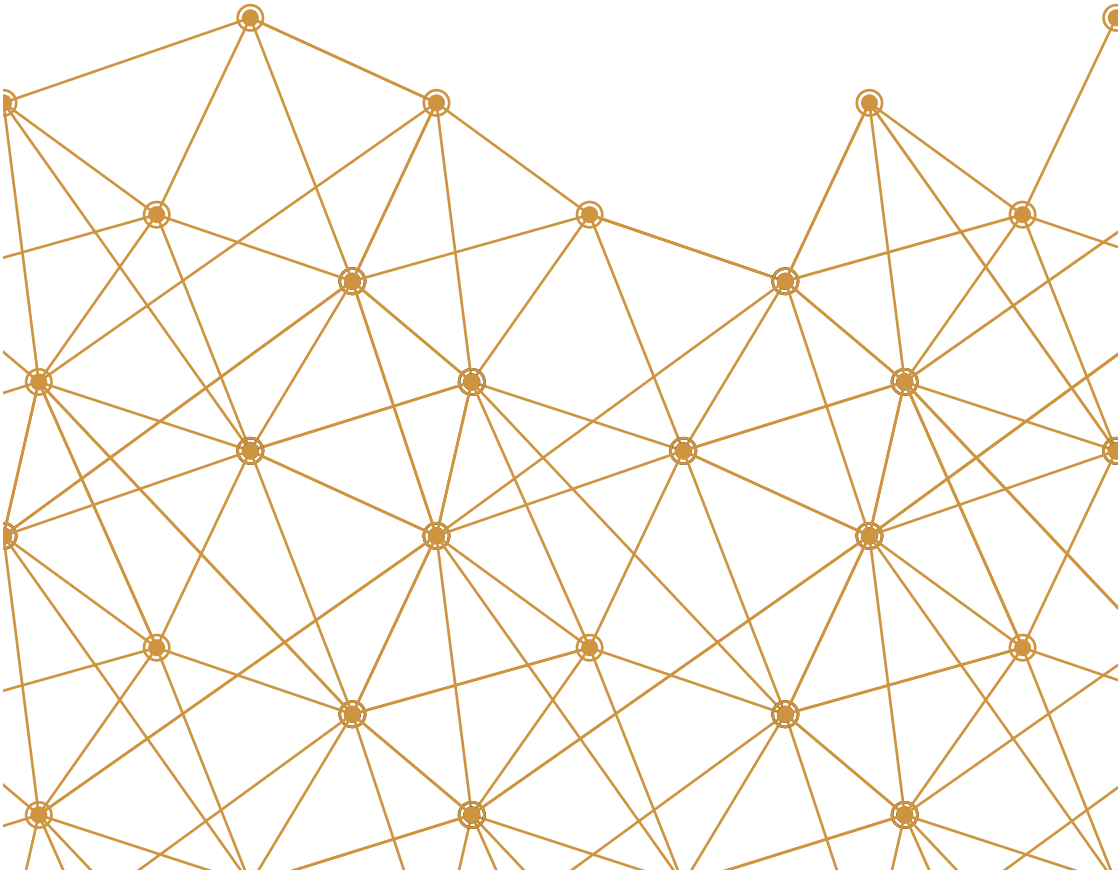
FERNANDES, R. A. Q; VIDO, M. B. Gravidez e qualidade de vida: avaliação nos trimestres gestacionais. **Online braz. j. nurs.**, v. 8, 2009.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes:** norma técnica 3. ed., Brasília: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao\\_agravo\\_violencia\\_sexual\\_mulheres\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/prevencao_agravo_violencia_sexual_mulheres_3ed.pdf)>.

SILVA, J. L. et al. Avaliação da adaptação psicossocial na gravidez em gestantes brasileiras. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 33, n. 8, ago. 2011.

SILVEIRA, A. M.; PEIXOTO, B. **Manual de avaliação de programas de prevenção da violência.** Brasília: OPAS, 2010. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/avaliacao\\_prog\\_violencia\\_03\\_12\\_10.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/avaliacao_prog_violencia_03_12_10.pdf)>.

# UNIDADE 2



## Unidade 2 – Gravidez: Diagnóstico e Evolução

Ao final desta unidade, você será capaz de realizar diagnóstico de gravidez, entender sua evolução e repercussões na vida da mulher e ter instrumentos para dar suporte a mulher e família.

### 2.1 Introdução

Há muito tempo, o desafio dos profissionais é o diagnóstico de gestação o mais precoce possível. Confirmar a gravidez é essencial para a elaboração de um plano de cuidados conjunto para a gestação, parto e pós-parto. O objetivo do diagnóstico precoce é a proteção do feto e da mãe, assegurando a ele um desenvolvimento intrauterino saudável e à mãe o pré-natal de qualidade, realizando diagnósticos de risco precocemente e intervindo nos cuidados de saúde materna com a finalidade de evitar exposição do binômio a riscos desnecessários.

### 2.2 Instrumentos para diagnosticar a gravidez e seu desenvolvimento

Um enfermeiro deve estar capacitado para realizar o diagnóstico de gravidez. Para fazê-lo com qualidade deve dominar os sinais clínicos de gravidez, assim como as tecnologias disponíveis que possam auxiliar neste processo. A seguir mostraremos formas clínicas e técnicas para o diagnóstico preciso de gravidez.

#### 2.2.1 Diagnóstico de gravidez

O diagnóstico da gravidez se baseia em um conjunto de sinais e sintomas provenientes do organismo materno e do concepto. Estes dados são obtidos através do diagnóstico clínico (na história, no exame físico), laboratorial e ultrassonográfico, segundo Neme (2005).



## Palavra do profissional

Quando estiver diante de uma mulher em idade reprodutiva com amenorreia ou atraso menstrual, suspeite da possibilidade de gravidez.

---

Quando a mulher ao procurar o seu serviço de saúde com atraso menstrual com menos de 16 semanas, a confirmação do diagnóstico da gravidez pode ser feita por você ou por outro profissional de saúde através da coleta de um exame laboratorial chamado teste imunológico para gravidez (TIG). Não é necessário o agendamento de consulta para realizar esse procedimento, o que agilizará a confirmação do diagnóstico e iniciará o acompanhamento da mulher, se necessário.



## Saiba mais

Conheça melhor o fluxograma para diagnóstico da gravidez no link indicado a seguir.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério Atenção Qualificada e Humanizada**: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_puerperio\\_2006.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf)>.

---

## a) Diagnóstico clínico de gravidez

Para realizar o diagnóstico clínico recorreremos à anamnese e ao exame físico (inspeção, palpação, toque vaginal, ausculta, temperatura basal).

Os sinais e sintomas da gravidez resumem-se classicamente em três grupos:

- presunção;
- probabilidade;
- certeza.



Os sinais presuntivos baseiam-se em alterações do organismo materno que podem ser notados pelas próprias mulheres, podendo ser causados por outras condições que não a gestação e, quando isolados, não são considerados confiáveis. Já os sinais de probabilidade são mais facilmente notados pelo avaliador, ou seja, você. Essas modificações advêm da embebição gravídica que geralmente é observada nos órgãos genitais e finalmente os sinais de certeza de gravidez que constata a presença do embrião/feto (PEIXOTO et al., 2004).

O momento apropriado para identificar os sinais presuntivos e de probabilidade de gestação é durante a **anamnese**. Os principais sintomas a serem observados são: amenorreia, sintomas neurovegetativos e movimentação fetal (MF).

Devemos descartar a possibilidade de amenorreia patológica. Toda fecundação resulta em amenorreia, mas, nem toda amenorreia corresponde à fecundação. (PEIXOTO et al., 2004). A implantação ovular pode causar sangramentos, o que chamamos de sinal placentário. Portanto, toda amenorreia ou pequenos sangramentos podem ser associados à gestação e devem ser investigados o mais precocemente possível.

---

Você deve valorizar a amenorreia, principalmente se ocorrer de forma abrupta em mulheres em idade reprodutiva e que não usam métodos anticoncepcionais.

---



### *Palavra do profissional*

Quando uma gestante diz que apresenta amenorreia, enjoo, desejo, aumento da mama e do abdome e sente a barriga mexer, você pode falar com certeza que está grávida? Outras patologias podem apresentar a mesma sintomatologia, não é? Assim, não temos garantia de ser uma gravidez, presume-se que pode ser.

---

Os **sinais presuntivos** em sua maioria são subjetivos e podem ser observados pela mulher em qualquer período da gestação. Vamos listar algumas manifestações que podem ser associadas à gravidez.

Quadro 1: Manifestações associadas à gravidez.

<p><b>MANIFESTAÇÕES NEUROVEGETATIVAS (PRESUNTIVOS)</b></p>	<p><b>digestivas:</b> náuseas e vômitos matinais, ptialismo, sialorreia, flatulência;</p> <p><b>sensoriais:</b> aversão a odores,</p> <p><b>cardiovascular:</b> dispnéia, palpitações, lipotímia;</p> <p><b>urinárias:</b> nictúria, polaciúria;</p> <p><b>neuroológicas:</b> sonolência, fragilidade emocional;</p> <p><b>mamárias:</b> aumento e hipersensibilidade da mama</p>
<p><b>OUTROS SINAIS</b></p>	<p>aumento do abdome;</p> <p>fadiga;</p> <p>movimentação no abdome (pode ser movimentos fetais ou gases);</p> <p>amenorreia observada pela mulher e não pelo observador externo.</p> <p>(PEIXOTO et al., 2004)</p>
<p><b>SINAIS DE PROBABILIDADE</b></p>	<p>Envolvem o amolecimento da cérvix uterina com posterior aumento do volume. As paredes vaginais e colo ficam mais vascularizados. Referem-se a alterações de tamanho, forma, cor e consistência do útero. Abordaremos ao longo desta unidade estes sinais quando falarmos sobre toque vaginal. Ao contrário do que podemos pensar um exame positivo de gravidez não é um sinal de certeza de gestação e, sim de probabilidade. Apesar de serem bastante confiáveis podemos ter resultados falso-positivos ou falso-negativos, portanto, o resultado deve ser associado a outros sinais.</p>
<p><b>SINAIS DE GRAVIDEZ</b></p>	<p>Sinais de certeza da gestação envolvem tecnologias que assegurem a existência do feto. A partir de 10 a 12 semanas de gestação podemos auscultar os batimentos cardíacos fetais (BCF) com sonar e com estetoscópio de Pinard após 20 semanas. A ultrassonografia (USG) também é considerada para o diagnóstico de certeza de gravidez. Entre 4-5 semanas de gestação, o saco gestacional e os batimentos cardíacos podem ser observados pela USG transvaginal (ZIEGEL; CRANLEY, 1985; BRASIL, 2006a).</p>

Há ainda outros sinais da gravidez. Pode-se na **inspeção** entre a 6ª e 20ª semana de gestação observar as primeiras modificações genitais e extragenitais. Estes sinais tornam-se mais evidentes entre a 21ª e 40ª semana de gestação.

Entre os sinais extragenitais estão:

- **Sinal de Halban:** devido à ação hormonal ocorre a formação de lanugem e pelos na face;
- **Tumefação gengival:** pode ocorrer sangramento, hiperemia e dor gengival.

Após a 20ª semana, na região do pescoço nota-se uma hipertrofia fisiológica da glândula tireoide com retorno ao estado normal nas primeiras semanas do puerpério. Além do aumento do volume e da sensibilidade dolorosa das glândulas mamárias, outras modificações também podem ser notadas, como quando surgem os **tubérculos de Montgomery**, que ocorrem quando minúsculos ácinos glandulares sebáceos denominados tubérculos de **Montgomery** aumentam, agrupando-se ao redor da aréola primitiva.

Figura 2: Tubérculos de Montgomery

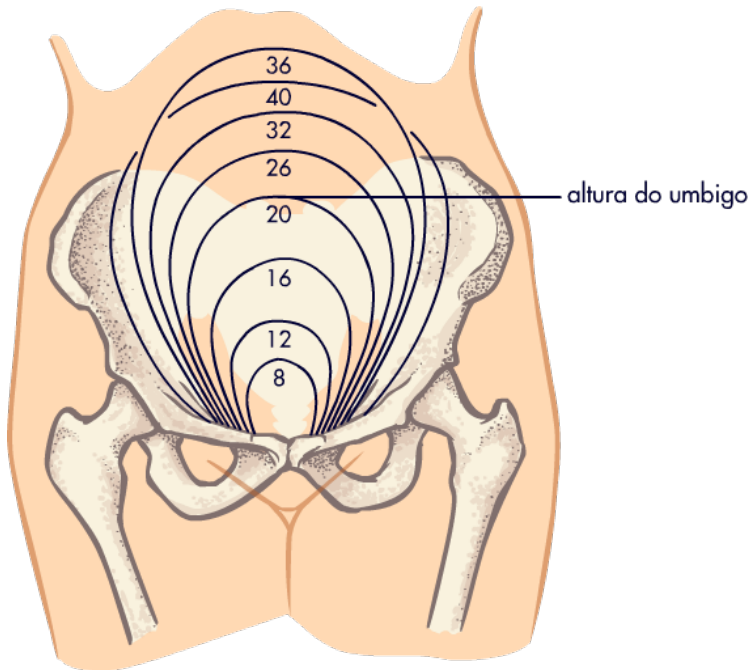


Fonte: <http://www.aorana.com/info/tag/tuberculos-de-montgomery/>

O aumento da vascularização do tecido subcutâneo da mama nos possibilita a visibilidade dos vasos venosos que se mostram entrelaçados em forma de malha denominada **Rede de Haller** e o aparecimento da aréola secundária  **sinal de Hunter**. No segundo mês de gestação, em algumas mulheres, podemos visualizar colostro à expressão.

O útero no estado pré-gravídico não é palpável, pois tem localização intrapélvica. A partir de 12 semanas de gestação, o útero tem aproximadamente 15 cm palpável na borda superior da sínfise púbica. Devido a este aumento uterino, a depender da posição da mulher o formato abdominal muda.

Figura 3: Altura do útero



A hiperpigmentação também pode ser notada em algumas mulheres. Quando aparece no rosto é denominada **cloasma gravídico**, no centro do abdômen **linha negra** e ao redor da aréola mamária **aréola secundária ou sinal de Hunter**.

O aumento da vascularização também acomete a região genital (sinais de probabilidade). A mucosa vestibular torna-se arroxeadada a que se dá o nome de **sinal de Jacquemier ou de Chadwick**; percebe-se também a coloração arroxeadada/vinhosa na mucosa vaginal denominada **sinal de Kluge**. Alguns autores denominam os dois sinais como único nomeando como sinal de **Jacquemier-Kluge** (PEIXOTO et. al, 2004).

Em relação à **palpação**, aproximadamente na 18ª semana gestacional podemos constatar movimentação fetal e, a partir da 20ª semana, é possível apalpar segmentos fetais.

---

O toque vaginal também faz parte do exame clínico da gestante. Pelo toque vaginal podemos perceber alterações uterinas como: consistência, forma, dispensabilidade e elasticidade. O colo uterino mostra alterações de consistência, comprimento, dilatação e direção.

---

A seguir, confira os principais sinais gestacionais (de probabilidade), observados no útero e na vagina, segundo Peixoto et. al (2004), Ziegel e Cranley (1985), Trajano e Souza (2011), Rezende e Montenegro (2003):

- **Sinal de Goodell:** pode ser percebido no início do segundo mês de gestação a consistência amolecida da cérvix uterina. A cérvix não gravídica tem a consistência parecida com cartilagem nasal, já a gravídica assemelha-se com a mucosa labial;
- **Sinal de Bonnaire ou Lohlein:** consistência elástica do útero, semelhante a figo maduro;
- **Sinal de Landin:** amolecimento localizado do istmo, em sua parede anterior;
- **Sinal de MacDonald:** o útero pode ser fletido como dobradiça, pelo amolecimento do istmo;
- **Sinal de Hegar:** sensação de separação do corpo uterino do colo, devido ao amolecimento externo do istmo. Consistência amolecida do colo uterino, percebida ao toque vaginal;
- **Sinal de Noble Budin:** Ao tocar os fundos de saco laterais temos a sensação de ocupação. É um sinal ligado à embebição gravídica;
- **Sinal de Piscacek: ou Braun-Fernwald:** Crescimento assimétrico do útero que se desenvolve mais na área de inserção placentária;
- **Sinal de Osiander:** Devido ao aumento da vascularização vaginal é possível sentir o pulso vaginal;
- **Sinal de Puzos:** Ao toque combinado, no impulso de baixo para cima do fundo de saco anterior, o feto desce aos dedos do examinador;
- **Sinal de Rasch Sinal do “piparote”:** Percussão na parede abdominal para sentir a presença de líquido amniótico;

- **Sinal de Holzapfel:** Por volta da oito semanas, o útero adquire uma consistência cística;
- **Sinal de Braxton-Hicks:** contrações uterina indolores.

A **temperatura basal** é outro sinal clínico de suspeita de gestação. A temperatura eleva-se persistentemente por mais de 16 dias, a partir do último dia de menstruação, e assemelha-se à segunda fase do ciclo menstrual.



### Palavra do profissional

Lembre-se de que a temperatura deve ser aferida preferencialmente por via oral ou retal, devendo-se escolher uma via e controlar a temperatura através dela (PEIXOTO et al., 2004).

## b) Diagnóstico Laboratorial da Gravidez

Dentre os métodos de diagnóstico laboratorial de gravidez da atualidade, encontramos:

- **Testes imunológicos:** mais sensíveis simples e rápidos. Usam a urina e tem duas modalidades:
- **Prova da inibição da hemoaglutinação:** quando as hemácias contendo gonadotrofina coriônica (HCG) (antígeno) presentes na urina são colocadas com antissoro correspondente, ocorre bloqueio do antissoro e não se dá aglutinação. As hemácias livres se depositam no fundo do tubo em forma de anel. No comércio, esta prova designa-se *Pregnosticon All-in*;
- **Prova de hemoaglutinação invertida:** nessa prova, as hemácias são absorvidas com antissoro, anti-HCG. Se na urina não há HCG, não ocorre aglutinação e as hemácias se depositam em anel típico. Quando a urina contém HCG, ocorre aglutinação das hemácias com formação de sedimento homogêneo. Com provas convencionais, é detectada após 26 dias da concepção. Com o intuito de se obter maior sensibilidade e especificidade com as reações imunológicas, a **urina foi substituída pelo sangue** com dosagem da subunidade  $\beta$  do HCG, porção específica. Conhecida como Radiomunoensaio (RIA) é considerada a prova mais eficiente e precoce para o diagnóstico da gravidez, podendo ser confirmada, aproximadamente, 10 dias após a fecundação.



### Palavra do profissional

E agora, que tal dar uma resposta a nossa gestante. Podemos ter certeza que ela está grávida? O que precisamos checar para ter certeza?

## 2.2.2 Fisiologia da gravidez

Quando uma mulher engravida muitas transformações ocorrem do ponto de vista físico que permitem que o bebê se desenvolva, amadureça e na hora certa ele nasça. Essas mudanças são as modificações gravídicas que podem ser gerais ou locais. As gerais podem causar desconfortos característicos da gestação e não interrompem o curso normal desta. Vamos ler sobre esse tópico e depois voltamos a nossa gestante para ver se ela apresenta algumas modificações ou desconfortos.

Desde o início da gestação o organismo da mulher sofre modificações anatomofisiológicas oferecendo condições ao organismo materno de seguir com a gestação sem intercorrências. A fecundação ocorre geralmente na primeira porção da trompa de falópio, onde um espermatozoide irá fecundar um único óvulo, cada um deles carregando 23 cromossomos passando a formar 46 cromossomos, dando origem ao embrião.

Figura 4: Fecundação

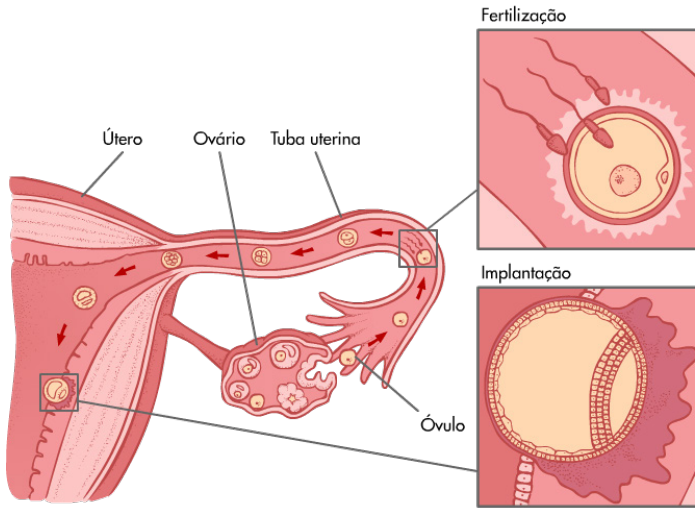
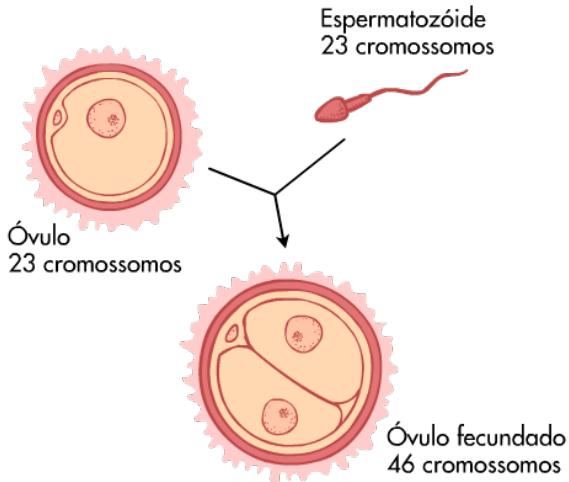


Figura 5: Fecundação





A fisiologia endocrinológica da gravidez tem um desequilíbrio inicial seguido de estabilização dinâmica, decorrente do desenvolvimento do feto ao longo da gestação. O equilíbrio dinâmico se dá entre mãe/placenta/feto (PEIXOTO et al., 2004).

A implantação embrionária acontece entre o 6º e 7º dia após a ovulação. As complexas etapas de implantação são, de acordo com Peixoto et. al. (2004):

- orientação do blastocisto em direção à superfície endometrial;
- migração trofoblástica pela superfície do epitélio endometrial;
- invasão do tecido embrionário com consequente ruptura do leito capilar endometrial;
- reorganização do leito vascular;
- formação das lacunas trofoblásticas.

As adaptações gravídicas só são possíveis devido aos hormônios da gravidez, sendo os principais:

- **Gonadotrofina coriônica humana (HCG):** A Gonadotrofina Coriônica Humana é um dos primeiros hormônios formados pelas células embrionárias. O HCG pode ser detectado na urina e no sangue de 7 a 8 dias antes da menstruação esperada e atinge seu pico por volta da nona ou décima semana de gestação com 100.000 MLU/ml (PEIXOTO et al., 2004). É secretada desde o início da gestação com a função de manter o corpo lúteo de modo a manter constante a produção de estrógeno e progesterona, garantindo a manutenção da gravidez. A partir da 15ª semana, com o desenvolvimento da placenta, a mesma passa a produzir estes dois hormônios e o HCG sofre um declínio significativo (ZIEGEL; CRANLEY, 1985);
- **Estrógeno e progesterona:** O estrógeno e a progesterona são produzidos pela placenta e tem um aumento rápido durante a gestação. O estrógeno aumenta em torno de 30 vezes em relação ao período menstrual e a progesterona em torno de 10 vezes. As funções do estrógeno durante a gravidez são: aumentar a musculatura uterina (hipertrofia e hiperplasia das fibras musculares do útero e aumenta sua atividade contrátil), aumentar a irrigação vascular para o útero (embebição gravídica), dilatação dos órgãos sexuais externos e orifício vaginal, certo relaxamento dos ligamentos pélvicos, crescimento rápido das mamas (proliferação dos ductos alveolares). A progesterona fornece quantidade adicional de nutrientes que ficam armazenados no endométrio para o feto, além disso, é um potente inibidor das contrações uterinas e complementa os efeitos do estrógeno sobre as mamas (crescimento dos alvéolos). É o principal

hormônio na manutenção da gravidez. Têm efeito relaxante sobre a musculatura lisa uterina, da vesícula biliar; urinária e digestiva. No caso de insuficiência lútea será necessário administração de progesterona exógena no primeiro trimestre gestacional. A produção de progesterona na fase lútea é de 25mg/dia chegando a 250mg/dia no final da gestação (PEIXOTO et al., 2004);

- **Somatotropina Coriônica Humana (HCS):** A função mais importante da HCS que começa sua produção por volta da quinta semana de gravidez é a diminuição da utilização de glicose pela mãe tornando-a mais disponível para o feto o que colabora com a nutrição adequada do feto durante toda gestação. Exerce efeito metabólico importante na gravidez. Tem efeito lipolítico e facilita a mobilização de ácidos graxos. Promove a glicogenólise no fígado materno, com aumento da glicemia. Tende a elevar o açúcar sanguíneo no sangue e contribui para um estado diabetogênico;
- **Ocitocina:** Sugere-se que a placenta é a principal fonte de ocitocina na gravidez, este hormônio apresenta-se cinco vezes mais elevado na placenta do que na hipófise. A função da ocitocina é incerta, há evidências de que sua concentração se mantém baixa durante toda gravidez e aumenta drasticamente na segunda fase do trabalho de parto e ainda estimula a produção de prostaglandinas. Estes fatos são indicativos de que a ocitocina está associada ao desencadeamento do parto;
- **Relaxina:** A relaxina é produzida em vários locais: corpo lúteo, decídua, placenta, próstata, e átrio do coração. Surge no soro da mulher grávida juntamente com o HCG. Em média seu nível permanece 1ng/ml. Há evidências que toda relaxina circulante no corpo materno é produzida pelo corpo lúteo. A relaxina parece estar ligada ao remodelamento de colágeno e o amolecimento da cérvis do trato reprodutor inferior, assim como, a inibição das contrações uterinas. Entretanto, não parece ser imprescindível na manutenção da gravidez ou desencadeamento do parto, pois nas fertilizações em vitro a relaxina é indetectável no soro das mulheres grávidas e o desenvolvimento da gravidez é normal (PEIXOTO et al., 2004);
- **Prolactina:** A prolactina é produzida pela decídua e adenohipófise em níveis crescentes durante a gestação até atingir níveis na faixa de 125 a 180 ng/ml. O pico de prolactina ocorre durante o parto para preparação do tecido mamário. Após o parto os níveis elevam-se para 200 a 250ng/ml e permanecem elevados nas mulheres que amamentam, inibindo a ovulação, caso contrário, após quatro semanas do nascimento, os níveis caem para menos de 25 ng/ml (PEIXOTO et al., 2004).

As modificações hormonais desencadeiam modificações locais e sistêmicas no organismo da mulher durante os trimestres gestacionais, como podemos acompanhar a seguir, no texto adaptado de Zieguel e Cranley (1985).

## 1º trimestre

- O corpo acelera as suas funções por consequência do aumento metabólico de 10-25%;
- Os ritmos cardíacos e respiratórios aumentam à medida que mais oxigênio tem que ser levado ao feto e mais dióxido de carbono é exalado;
- As fibras musculares do útero aumentam rapidamente, ficando mais grossas. O útero em expansão tende a pressionar a bexiga, principalmente no lado direito. Os ureteres tendem a estar comprimidos pelos vasos sanguíneos dilatados. Razões para o aparecimento de polaciúria (necessidade de urinar frequentemente);
- O tamanho e peso dos seios aumentam rapidamente. Os seios tornam-se mais sensíveis logo nas primeiras semanas de gravidez. Surgem novos ductos lactíferos. As auréolas dos seios escurecem, e as glândulas nelas situadas, chamadas tubérculos de Montgomery, aumentam em número e tornam-se mais salientes. Com o aumento do envio de sangue para os seios, as veias se tornam mais visíveis;
- A mulher perde a concentração em função da progesterona (sonolência inquieta).

## 2º trimestre

- A musculatura do trato intestinal relaxa, provocando diminuição das secreções gástricas; a comida fica mais tempo no estômago. A evacuação diminui, pois o músculo intestinal está mais relaxado que o habitual;
- Os seios podem formigar e ficar doloridos;
- A pigmentação da pele tende a aumentar principalmente em áreas já pigmentadas como sardas, pintas, mamilos. Pode aparecer a linha nigra (linha alva no abdome escurece). Para não fortalecer esta pigmentação, deve-se usar protetor solar e boné;
- As gengivas podem se tornar um tanto esponjosas, sensíveis e vascularizadas devido à ação aumentada dos hormônios da gravidez. Possibilidade de sangramento gengival que reduz com escovação adequada, uso de flúor e fio dental;

- O refluxo do esôfago pode provocar pirose, devido ao relaxamento do esfíncter;
- O coração trabalha duas vezes mais do que o de uma mulher não grávida, e faz circular 6 litros de sangue por minuto. O útero precisa de mais 50% de sangue que habitualmente;
- Os rins precisam de mais 25% de sangue do que habitualmente.

## 3º trimestre

- A taxa de ventilação aumenta cerca de 40%, passando dos 7 litros de ar por minuto da mulher não grávida para 10 litros por minuto, enquanto o consumo de oxigênio aumenta apenas 20%. A maior sensibilidade das vias respiratórias aos elevados níveis de dióxido de carbono no sangue pode resultar em falta de ar, levando a dispneia;
- À medida que o feto cresce e o abdome aumenta de tamanho, as costelas inferiores da mulher são empurradas para fora;
- Os ligamentos, inclusive da pelve e dos quadris, ficam distendidos, o que pode causar desconforto ao caminhar;
- Mãos e pés ficam edemaciados. Além de ser desconfortável, pode ser sinal de pré-eclâmpsia;
- Pode ocorrer dor lombar, causada pela mudança do centro de gravidade do corpo e por um ligeiro relaxamento das articulações pélvicas;
- Os mamilos podem secretar colostro;
- Aumenta a frequência e a vontade de urinar;
- Aumenta a necessidade de repousar e dormir.

### 2.2.3 Modificações da gravidez

O ovo humano no processo de nidação necessita de um ambiente interno adequado para desenvolver-se. Para tanto, o corpo da mulher passa por diversas modificações que favorecem o desenvolvimento do conceito. A gravidez exige maior capacidade funcional de vários órgãos maternos, o organismo tem que entrar em equilíbrio neste novo grau de exigência que denomina-se “estado de modificações fisiogravídicas” (PEIXOTO et al., 2004).

As modificações gravídicas podem ser analisadas de duas formas:

- modificações locais (genitais);
- modificações gerais (sistêmicas).

## 1) Modificações Locais

O **útero** no estado pré-gravídico pesa em torno de 70 g com capacidade de 10 ml. Durante a gestação a capacidade uterina aumenta atingindo em média 5000 ml. O crescimento uterino não é simétrico. No primeiro trimestre mantém seu aspecto piriforme, com a evolução da gravidez torna-se mais arredondado, adquirindo um formato mais ovoide. A musculatura uterina é alvo de intensa hipertrofia, no final da gravidez sua espessura é de aproximadamente 1.5 cm. A artéria uterina tem seu diâmetro duplicado para manter o fluxo uterino-placentário, que atinge 500-600 ml no terceiro trimestre gestacional (RAMSEY; DONNER, 1980).

À proporção que sobe, o útero desvia-se de preferência para a direita (dextrorotação), pressionado pela presença, à esquerda, do colo sigmoide e o ureter direito, causando estase urinária mais acentuada desse lado e favorecendo o aparecimento e a reagudização de infecção (NEME, 2005). Ocorre espessamento do revestimento mucoso e proliferação das glândulas cervicais. Os espaços entre as glândulas ficam cada vez mais finos, até adquirirem o aspecto de um favo de mel, cheio de muco. Este muco fecha o canal cervical, denominando-se tampão mucoso ou Rolha de Schröder. Este é expelido quando o colo começa a apagar e dilatar durante o trabalho de parto (ZIEGUEL; CRANLEY, 1985; ZAMPIERI, 2010b).

O **colo** é composto principalmente de tecido conjuntivo constituído de microfibrilas colágenas responsáveis pela elasticidade e resistência e por substância fundamental que permite a distensão do tecido. A substância fundamental é duplicada na gestação em relação às microfibrilas colágenas propiciando frouxidão ao tecido conjuntivo, o que ajuda na dilatação cervical durante o trabalho de parto (ZIEGEL; CRANLEY, 1985). O colo fica amolecido e arroxeadado na gravidez. Como prenúncio de trabalho de parto, o canal cervical começa a se alargar (ocorre anteriorização e encurtamento) de cima para baixo e torna-se amolecido, o que denominamos de esvaecimento. À medida que o esvaecimento vai ocorrendo, o canal cervical dilata-se, especialmente em múltíparas, podendo-se introduzir um dedo através dele (REZENDE; MONTENEGRO, 2003; NEME, 2005).

As **tubas e ovários** mudam de posição durante a gravidez. São levados para cima devido ao crescimento uterino saindo da pelve para cavidade abdominal. Há um grande aumento de vascularização e não há ovulação durante a gravidez (ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

As alterações da **vagina** se devem basicamente ao aumento da vascularização, o que modifica a coloração como já vimos anteriormente. A mucosa fica mais espessa e o tecido conjuntivo mais frouxo. A fim de reduzir a vagina de bactérias, a descarga vaginal torna-se mais profusa, espessa e branca com forte reação ácida (ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

As **mamas** passam por modificações acentuadas aumentando em tamanho, perceptível nas primeiras semanas, e firmeza. Estriações na pele podem aparecer e aumento considerável da vascularização, assim como o tamanho que chega a média a 700 g. Ocorre considerável alteração dentro do tecido mamário: a proliferação de tecido glandular e células alveolares. Os ductos intramamários se alongam e ramificam-se. Alvéolos e lóbulos desenvolvem-se na ponta dos ramos até, finalmente, haver uma grande glândula composta por muitos alvéolos e lóbulos. As células alveolares começam a diferenciar-se e tornam-se secretórias, capazes de secretar colostro. Na ocasião do parto, uma considerável quantidade de colostro enche os alvéolos, ductos e ampolas.

Pela ocorrência do nascimento, ações hormonais estimulam a secreção de leite. O desenvolvimento mamário está sobre influência de vários hormônios, tanto ovarianos quanto placentários: estrógeno, progesterona, somatomamotropina (HSC) e de hipófise anterior: somatotrópica, prolactina, adrenocorticotropina e insulina (ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

## II) Modificações gerais (sistêmicas), desconfortos e cuidados

a) **Postura e Deambulação:** O centro de gravidade da gestante se desloca devido ao crescimento uterino e das mamas. Para manter o equilíbrio, o ventre pronuncia-se para frente causando uma lordose da coluna lombar, os pés se afastam e as espáduas se projetam para trás. O andar da grávida torna-se oscilante com passos mais curtos, assemelha-se ao andar de ganso denominado “marcha anserina” (REZENDE; MONTENEGRO, 2003). Para minimizar a dor lombar indicam-se massagens circulares nas costas, banho de chuveiro, cuidados com a postura, hidroginástica, almofadas nas costas e entre as pernas para dormir, suporte para apoiar a barriga e colchão semiortopédico.

b) **Sistema circulatório:** A gravidez demanda alterações adaptativas do aparelho cardiovascular. Verifica-se aumento do volume sanguíneo, da velocidade circulatória, do débito cardíaco, da frequência cardíaca e da força contrátil, diminuição da resistência periférica e função da vasodilatação generalizada, decorrente da diminuição de sensibilidade dos vasos às substâncias vasopressoras, como a angiotensina II e catecolaminas (NEME, 2005; ZAMPIERI, 2010b). Há uma tendência a diminuir a pressão arterial em função de tais mudanças. A pressão sanguínea na gravidez

sofre poucas oscilações ao longo dos trimestres até o nascimento, exceto na presença de patologias. A pressão arterial (PA) diastólica tem discreta redução no primeiro trimestre, acentuando-se no segundo e retornando aos níveis do primeiro trimestre no terceiro. Durante o trabalho de parto a PA pode apresentar alguma elevação tornando-se mais perceptível no momento da contração uterina (TRAJANO; SOUZA, 2011).

O rendimento cardíaco eleva-se cerca de 30 a 40% devido ao aumento do volume sistólico. A postura influencia a dinâmica circulatória. Em decúbito dorsal o útero comprime a veia cava inferior dificultando o retorno venoso, o que pode levar a lipotimia, desmaio denominado “síndrome da hipotensão supina” (REZENDE; MONTENEGRO, 2003). Assim, deve-se orientar a gestante para não permanecer muito tempo em decúbito dorsal após o quinto mês para evitar a hipotensão supina, não levantar bruscamente para evitar a hipotensão ortostática, procurar ambientes mais ventilados, alimentar-se em todas as refeições (evitar a hipoglicemia).



### *Palavra do profissional*

Oriente a gestante a manter o decúbito lateral esquerdo (DLE), quando deitada, como o objetivo de descomprimir a veia cava inferior melhorando o retorno venoso e oxigenação placentária.

A pressão venosa dos membros inferiores aumenta três vezes, decorrente da compressão da veia cava inferior e nas veias pélvicas pela compressão do útero gravídico (REZENDE; MONTENEGRO, 2003). Devido à vasodilatação, ao volume aumentado do útero e dificuldade de retorno venoso, entendido como a expansão da capacidade do sistema venoso nos membros inferiores, a gestante tem propensão a desenvolver edema, varizes e hemorroidas (ZIEGUEL; CRANLEY, 1985).

Entre os cuidados para varizes e edema, é importante:

- erguer membros inferiores várias vezes ao dia, em torno de 20 minutos;
- colocar um tijolo no pé da cama para erguê-la e facilitar o retorno venoso;
- usar meias elásticas de compressão suave, tendo o cuidado de colocá-las antes de levantar; deambular, bem como alternar momentos de exercícios e repouso;
- não massagear as pernas.

Já para hemorroidas, o ideal é seguir os cuidados para constipação e banho de assento com água morna ou colocar compressas locais mornas.

c) **Sangue:** viscosidade diminuída, o que implica em redução do trabalho do coração e diminuição de PA. O volume globular aumenta cerca de 25%, embora menos acentuadamente que o plasmático, mas só a partir do 6º mês isto se reflete no hematócrito e hemoglobina diminuindo suas concentrações, caracterizando a anemia fisiológica da gravidez (REZENDE; MONTENEGRO, 2003; REZENDE, 2005).

d) **Sistema sanguíneo:** Na gravidez, quando o nível mínimo aceitável de hemoglobina é 11g%, ocorre uma **hemodiluição**.

*Hemodiluição é um momento em que a gestante necessita de suplementação de ferro.*

Com o aumento da demanda de vitaminas a anemia megaloblástica também é comum, daí a necessidade de suplementação de ácido fólico. O volume de hemácias esta acrescido em 350 ml com 40 semanas, mas a sua concentração diminuí de 4.5 milhões/mm<sup>3</sup> para 3,7 milhões/mm<sup>3</sup>. Os leucócitos podem aumentar até 25 mil/mm<sup>3</sup>, principalmente os neutrófilos (REZENDE, 2005). O sistema de coagulação modifica-se, o fibrinogênio aumenta sua concentração de 200-400 mg% para 300-600mg%.

A capacidade de formar fibrina aumenta, assim como a de destruí-la diminui. O objetivo dessas modificações é prevenir perda hemorrágica placentária. Supostamente, a gravidez é um estado crônico de coagulação intravascular disseminada. A placenta é o local de deposição de fibrina e age como “filtro”. No puerpério, sem este “filtro”, a mulher fica sujeita a complicações tromboembólicas (REZENDE, 2005).

e) **Sistema respiratório:** Com o evoluir da gestação os órgãos ficam mais comprimidos devido ao aumento abdominal reduzindo a capacidade dos pulmões. A progesterona é responsável pelo acréscimo da ventilação pulmonar que alcança a 40% no final da gestação e, em consequência, a PCO<sub>2</sub> reduz de 39 para 31 mmHg. A movimentação do diafragma e do tórax aumenta, a expiração se torna mais longa e o volume minuto cresce de 7,5 para 10,5 litros. A hiperventilação favorece as trocas gasosas ao nível placentário (REZENDE; MONTENEGRO, 2003).

f) **Sistema digestivo:** Ocorre diminuição de tônus e motilidade gastrointestinal em função da ação da progesterona na musculatura lisa e aumento do tempo de digestão (contribuindo para maior absorção dos alimentos no intestino). Pode ocorrer o refluxo gastroesofágico ou pirose, decorrente do aumento da pressão intraperitonal e a progressiva diminuição da resistên-



cia ou relaxamento do esfíncter esofágico inferior. O tempo prolongado dos alimentos nos diferentes segmentos do intestino grosso favorece a reabsorção de água, contribuindo para a constipação.

É comum ocorrer desejos, aversão a certos alimentos ou perversão do apetite, denominada de pica ou malícia (desejo de comer giz, areia, carvão, entre outros). Além disso, ocorrem enjoos, pirose ou azia, constipação e flatulência.



### Palavra do profissional

Para pirose e enjoo, é interessante fracionar os alimentos em seis ou sete refeições (pouca quantidade em mais vezes) e mastigar bem os alimentos. A gestante deve hidratar-se com 2 litros de água por dia (antes e após as refeições e não durante), aguardar uma hora para deitar-se após as refeições e não ingerir frituras, álcool, café, bebidas cola ou alimentos condimentados.

Especificamente para enjoo, é importante indicar que a gestante coma algo sólido e seco antes de levantar como bolachas salgadas e torradas e expresse seus medos e ansiedades. Para minimizar a azia, também é indicado mastigar gelo picado. Para constipação, além dos cuidados citados, sugira reduzir a ingestão de farináceos e pães, e aumentar a ingestão de alimentos com fibras (mamão, ameixa preta, laranja com bagaço, cereais com fibras), beber água, além de fazer uma reeducação intestinal. E reforce ainda que, para flatulência, evite alimentos que fermentam, como, por exemplo, ovo, repolho, batata doce e chocolate. Ainda, para finalizar, recomende-lhe que erga as pernas para eliminar os gases.

**g) Sistema metabólico:** O fato de o conceito consumir glicose e não produzi-la influencia o metabolismo dos carboidratos na gestante. A partir do início da gravidez, em todos os estágios da gestação, depois de uma noite de jejum, há um decréscimo de glicemia de 15 a 20 mg% aos valores existentes antes da prenhez, não sendo indicada por isso, a restrição alimentar. Em razão da transferência da glicose para o conceito e das náuseas e vômitos, pode haver uma hipoglicemia materna no primeiro trimestre.

No segundo e terceiro trimestre, os tecidos maternos periféricos ficam progressivamente resistentes aos efeitos hipoglicemiantes da insulina, em função do aumento da somatomatropina coriônica humana e cortisol. Aumenta, assim, a necessidade de uma maior quantidade de insulina, produzida pelo pâncreas para manter o açúcar sanguíneo abaixo do nível

hiperglicêmico. Segundo Neme (2005), em gestantes não diabéticas, normalmente ocorre hipoglicemia ou normoglicemia e hiperinsulinemia. O hiperinsulinismo está ausente naquelas mulheres com limitada capacidade de elaborar o hormônio, devido à resposta pancreática inadequada, sendo essas as gestantes que vão apresentar diabetes gestacional.

**h) Sistema Urinário:** Os rins aumentam pouco de tamanho durante a gravidez. A pelve renal e os ureteres, até o nível da borda pélvica, tornam-se dilatados a partir da 10ª semana da gestação, sendo maior esta dilatação no lado direito, no final da gestação, aumentando a estase urinária e, conseqüentemente o risco de infecção. Há um aumento de 60% da filtração glomerular. O aumento de filtração glomerular resulta em maior filtração do sódio. Caso isso não seja acompanhado por um crescimento igual da reabsorção tubular de sódio, pode levar à depleção deste elemento. **O rim se ajusta** e alguns fatores estão implicados nos mecanismos desse novo estado homeostático. Alguns favorecem a retenção de sódio e outros, ao contrário, favorecem sua eliminação. Entre os fatores que favorecem a retenção do sódio, temos: estrógenos, cortisol, sistema renina-angiotensina-aldosterona e os fenômenos posturais. O fator que favorece a eliminação do sódio é a progesterona, que antagoniza a aldosterona (ZIGUEL; CRANLEY, 1985, DELASCIO; GUARIENTO, 1987). A eliminação de proteínas na urina não é normal.

*O fato de **o rim ajustar-se** é uma das maiores adaptações na gravidez, o que aumenta a reabsorção para contrabalançar o aumento de filtração.*

**i) Aspectos sociais, culturais e emocionais da gravidez. Sexualidade:** É importante observar, que, ao mesmo tempo em que na gestação a mulher precisa lidar com uma série de mudanças fisiológicas nos seus sistemas, ela também vai experimentar mudanças psicossociais e culturais que irão refletir na sua rotina, no dia a dia da família e no estabelecimento do vínculo com o seu filho na vivência de sua sexualidade.

---

A partir do momento em que o casal decide “engravidar”, uma importante demanda emocional se instala, pois nesse período de desenvolvimento e de elaboração, a mulher e a família se preparam física e emocionalmente para exercerem o seu novo papel, o de ser mãe e o de ser pai. Assim, uma série de emoções, muitas vezes contraditórias, acontece, e a maioria das mulheres apresenta respostas que incluem ambivalência, introversão, aceitação, mudanças abruptas do humor e alteração da imagem corporal (RICCI, 2008).

---

Os sentimentos **ambivalentes** estão relacionados à alegria, ansiedade, temores, incerteza quanto ao futuro, como, por exemplo, se o bebê vai nascer bem, se esse era o momento certo para engravidar, assim como as dúvidas sobre a sua capacidade em desempenhar o papel de mãe. Sentimentos que, muitas vezes, também são experimentados pelos pais. Estes sentimentos podem mobilizar mecanismos de defesa que se refletem no comportamento ou em manifestações psicossomáticas, como as náuseas e os vômitos (MALDONADO, 2002; RICCI, 2008).

É importante salientar que fatores como conflitos de relacionamento com pais, irmãos, outros membros da família ou do próprio casal, bem como experiências desagradáveis vividas no núcleo familiar, podem ser responsáveis pelo desencadeamento destas reações ambivalentes.

---

No entanto, deve-se ter em mente que sentimentos conflituosos ou ambivalência são esperados quando o indivíduo experimenta mudanças no estilo de vida e assume novos papéis. Estes sentimentos geralmente perduram até o final do primeiro trimestre, bem como o sentimento de introversão (MALDONADO, 2002; RICCI, 2008).

---

No início da gravidez, algumas mulheres ficam mais focadas em si mesmas, ou seja, elas assumem um sentimento de **introversão**. Geralmente preferem se isolar, mostrando-se cada vez mais preocupadas consigo mesmas e com o ser que se encontra em desenvolvimento. As gestantes também têm necessidade de um período maior de sono e repouso. Esta necessidade, de acordo com Maldonado (2002) se expressa como uma preparação do organismo para as tensões fisiológicas e emocionais que serão vivenciadas ao longo da gestação.

Nesse sentido, o apoio do parceiro e familiares é primordial, procurando entender a necessidade dos momentos de solidão e de sono e repouso, e buscando estabelecer um diálogo que favoreça a exposição das dúvidas e incertezas. O sentimento de introversão é mais pronunciado no primeiro e no terceiro trimestre de gestação (RICCI, 2008).



## Palavra do profissional

Outras mulheres podem continuar hiperativas e desenvolvendo suas tarefas como se não estivessem grávidas. Dessa forma, todas as reações vividas pelas gestantes devem ser entendidas e apoiadas não apenas pelo enfermeiro, mas também pelo seu núcleo familiar e social (SOIFER, 1986).

---

No segundo trimestre, principalmente quando a gravidez é planejada e os movimentos fetais começam a ser percebidos, o sentimento que se manifesta com maior intensidade é o de **aceitação** (MALDONADO, 2002; RICCI, 2008).

É nesta etapa que a mulher começa a identificar o feto como um indivíduo único, já que ela começa a sentir os batimentos cardíacos, pode ver a imagem do feto na ultrassonografia, senti-lo no seu ventre e reconhecer os seus padrões de sono e vigília. Assim, dependendo de como se estabeleceu a gravidez, a mulher irá expressar sentimentos positivos ou negativos, bem como abstrações a respeito do feto. Ela passa a aceitar a sua nova imagem corporal, a conversar sobre suas expectativas em relação ao novo ser que fará parte da família, bem como sobre o vínculo afetivo que está estabelecendo com o seu filho (MALDONADO, 2002; RICCI, 2008).

---

É importante que você oriente a família e converse com a gestante, buscando compreender os sentimentos que estão aflorando em relação a si mesma e ao feto que encontra-se em desenvolvimento.

---

A **mudança de humor** é uma constante ao longo da maioria das gestações. Ao mesmo tempo em que pode manifestar um sentimento de alegria, a mulher pode mostrar-se triste e desanimada. As gestantes choram com grande frequência e na grande maioria das vezes, sem motivo aparente. Assim, a compreensão desta labilidade emocional por parte da família é de extrema importância para que não gere culpas desnecessárias e possa apoiá-la em seus momentos de tristeza e angústia.



### Palavra do profissional

Converse com a mulher e sua família, informando sobre as mudanças de humor esperadas ao longo da gravidez e ofereça apoio nas suas dúvidas e incertezas.

As **mudanças na imagem corporal** também podem gerar sentimentos contraditórios nas gestantes. Algumas sentem-se mais bonitas, outras angustiam-se com o aumento de peso, aumento dos seios, medo de não retornar ao peso anterior, medo de que o parceiro não as ache atraentes. Tais sentimentos podem gerar muita angústia e por esta razão precisam ser discutidos com a finalidade de auxiliar a mulher no seu enfrentamento (RICCI, 2008).



### Palavra do profissional

A compreensão das mudanças psicossociais experimentadas ao longo da gravidez permite que a família, sobretudo a mulher e o homem se preparem para o desafio de ser mãe e ser pai.

Assim, para que possa desempenhar a contento o papel de mãe, a mulher precisa desempenhar algumas tarefas (RICCI, 2008).

- Assegurar uma gravidez e um nascimento seguros - foco primário na atenção da mulher;
  - Primeiro trimestre: a mulher concentra-se em si própria, não no feto;
  - Segundo trimestre: a mulher desenvolve laços de grande valor com o feto;
  - Terceiro trimestre: a mulher preocupa-se consigo própria e com seu feto com se fossem uma única pessoa;

A participação em atividades positivas de autocuidado relacionadas com dieta, exercícios e bem-estar geral.

- Procurar a aceitação do bebê por outras pessoas
  - Primeiro trimestre: aceitação da gravidez por si própria e por outras pessoas;

- Segundo trimestre: a família precisa relacionar-se com o feto como membro da família;
- Terceiro trimestre: aceitação incondicional sem rejeição.
- Procurar aceitar a si própria no papel de mãe do bebê (estabelecer vínculos)
  - Primeiro trimestre: a mãe aceita a ideia da gravidez, mas não a do lactente;
  - Segundo trimestre: com a sensação dos movimentos fetais sentidos pela mãe, a mulher percebe o feto como sendo uma entidade separada dela;
  - Terceiro trimestre: a mãe deseja segurar o bebê e se cansa de estar grávida.
- Aprender a dar de si
  - Primeiro trimestre: identifica que é necessário abrir mão para assumir o novo papel;
  - Segundo trimestre: identifica-se com o bebê e aprende o modo de postergar os próprios desejos;
  - Terceiro trimestre: questiona a capacidade de tornar-se uma boa mãe.

No terceiro trimestre, o nível de ansiedade tende a elevar-se novamente em razão da proximidade do parto e das alterações do ritmo de vida após a chegada do bebê. Os sentimentos em geral são contraditórios, oscilando entre a vontade de ter o filho e terminar a gravidez e a vontade de prolongá-la para adiar as adaptações necessárias à nova vida e exercício do novo papel, o de ser mãe.

---

É neste momento que surgem os medos em relação à dor no parto, à morte, à má-formação fetal e à sobrevivência do bebê, entre outros.

---

A vivência destes trimestres diverge de mulher para mulher, de acordo com o modo como compreende e aceita a gestação, o planejamento da gravidez por elas e familiares; a rede de apoio; condições sociais e econômicas; a atenção pré-natal recebida; a história de vida, as crenças e os valores (MALDONADO, 2002).



## Palavra do profissional

Você, com sua competência técnica, intuição e sensibilidade, pode contribuir para o desempenho das funções expressas acima, bem como favorecer a compreensão das mudanças psicossociais experienciadas, por meio do diálogo compartilhado, permitindo a livre expressão dos sentimentos e dúvidas das gestantes e familiares.

Estes sentimentos, nos três trimestres, têm influência significativa no exercício da sexualidade. Normalmente, no primeiro trimestre em função do enjoo, fadiga e sonolência, ambivalência entre querer ou não querer, aceitar ou não aceitar seu filho e da labilidade emocional algumas mulheres diminuem sua libido. Outras, porque não têm o risco de engravidar, aumentam o seu interesse. Já no segundo trimestre, mais estável do ponto de vista emocional, em função da maior vascularização do útero, há um maior desejo e maior facilidade para chegar ao orgasmo.

As alterações corporais que se evidenciam neste período podem gerar dois tipos de sentimentos:

- baixa autoestima e sentimento de abandono por se achar feia e ter medo que o seu companheiro a considere obesa;
- realização e orgulho, a sensação de ser fecunda e estar desabrochando, principalmente se o companheiro confirma este estado de ser. Assim, a forma como vê o seu corpo, interfere diretamente na sexualidade.

No terceiro trimestre, os medos em relação ao parto e o aumento do abdome podem interferir na atividade sexual, sendo necessário se adaptar a novas posições. Não raramente, a mulher no final da gestação pode diminuir seu interesse sexual por conta do cansaço e ansiedade.

Como vemos, no ciclo gravídico-puerperal, a vivência da sexualidade é influenciada pelas modificações anatômicas, fisiológicas e, principalmente, psicológicas e culturais, haja vista os tabus e mitos relativos a esta temática. Um deles diz respeito ao fato de machucar o bebê durante a relação sexual, o que não é verdade, pois este está protegido pelas bolsas de água e o próprio útero. O colo está fechado e impermeável e há a formação do tampão mucoso no cérvix.

É muito comum também, o sentimento de vergonha do casal ou do homem ou da mulher, ao terem a sensação de que o filho é um expectador da **relação**. O bebê recebe substâncias neuroquímicas de prazer via placenta. Quanto o momento é prazeroso para a mãe também para o nenê, mas não tem como ele ver e participar desse momento conjugal. A síndrome de Nossa Senhora, em que o homem vê a mulher como uma santa, que não pode ser tocada, também é outro tabu relacionado à sexualidade.

*Nestas situações o diálogo e a cumplicidade do casal superam estas dificuldades e mitos. O amor, o colo, o carinho são fundamentais nesta relação.*

Temos algumas situações que impedem a atividade sexual com penetração vaginal e orgasmo, que são: o trabalho de parto prematuro, o descolamento de placenta, a placenta prévia ou ameaça de aborto e a incompetência istmo-cervical. Nestes casos, é necessário abster-se da relação sexual e não manipular as mamas, para evitar a liberação de ocitocina que poderia potencializar estas patologias. Fora isso, não há impeditivo, desde que a relação sexual seja adaptada ao período da gravidez. A atividade sexual, quando não há contra indicação da mesma, pode ocorrer até o dia do parto.

---

A vida sexual, presente durante a gravidez vai muito além do genital. Traz o comprometimento e a aceitação do outro, com benefícios significativos para os dois. O sexo e a sexualidade podem e devem desenvolver o erotismo na mulher, mesmo grávida, fazendo com que ela possa continuar se sentindo sexualmente desejada, mesmo com as alterações de seu corpo, nesse processo que a tornará mãe (CAMACHO; VARGENS; PROGIANTI, 2010).

---

O enfermeiro ao compartilhar informações com o casal em grupos educativos, na consulta ou visita domiciliar, pode ajudar a quebrar tabus e estimular o diálogo que permitirão a vivência da sexualidade em sua plenitude.

## 2.2.4 Desenvolvimento do bebê

O cuidado ao feto vem sendo cada vez mais discutido e por diferentes tipos de tecnologias e ciências, estudado e aprimorado, sendo a neurociência uma delas.



A partir destes estudos, verificou-se que vida fetal não é passiva e apresenta interação direta com o meio externo e eventos biofísicos. O feto desenvolve um sistema de comunicação direto com a mãe por meio de substâncias químicas em seu organismo e também percebe quando sua vida intrauterina está no fim, e aciona a cascata de alterações que desencadeia o parto (FRANTZ, 1997).

---

O feto é sensível, inteligente, apresenta traços de personalidade próprios desde antes de nascer, e estes são vinculados a sua experiência relacional com sua mãe, captando os seus estados emocionais e a sua disposição afetiva para com ele. Além disso, o feto percebe a luz e o som, é capaz de engolir, ter paladar, escolher uma posição predileta, registrar sensações e emoções, como também, dorme, come, faz caretas, pisca, reconhece as vozes, brinca, chupa o dedo do pé ou mão, reage a estímulos desagradáveis e apresenta aprendizado (Quadro 2). (WILHEIM, 2006; MONDARDO, 2009). O crescimento e desenvolvimento do feto são influenciados por forças biológicas, ambientais e sociais. Perpassa, também, por padrões normativos como o crescimento físico, o aparecimento da competência motora, cognitiva e emocional. Cabe ressaltar que os eventos mais significativos de crescimento e desenvolvimento ocorrem antes do nascimento, ou seja, a transformação de uma célula em um lactente (NEEDLMAN, 2002).

---

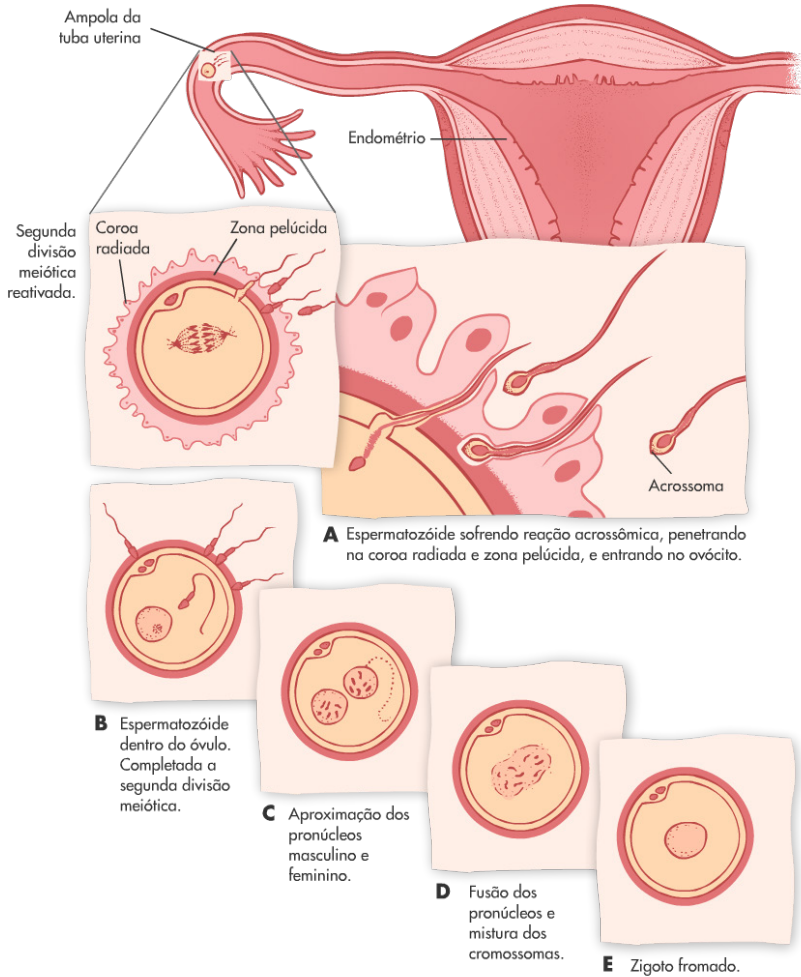
Os períodos de desenvolvimento do bebê antes do nascimento podem ser divididos em embrionário e fetal (Quadro 3 e figura da Ilustração esquemática dos principais eventos do desenvolvimento no período pré-natal).

O período embrionário consta desde o momento da concepção até a oitava semana de vida do bebê. A fertilização, fecundação ou concepção ocorre na porção distal da trompa da mãe, aproximadamente 12 horas após a ovulação. Dos milhões de espermatozoides depositados no fundo de saco vaginal, algumas centenas alcançam o óvulo, mas apenas um consegue ultrapassar a zona pelúcida. Na fecundação estão envolvidos fenômenos físicos, químicos e biológicos, que possibilitam a conjugação do óvulo e do espermatozoide numa única célula (NEME, 2005).

O transporte do óvulo do ovário para a trompa uterina se dá por meio das fímbrias, facilitado pelos cílios presentes em algumas células do seu epitélio. Assim, o óvulo é impulsionado para o infundíbulo da trompa, e após minutos ou horas, decorrente da contração da musculatura tubária, chega até a ampola. (REZENDE; MONTENEGRO, 2003; NEME, 2005).

A fecundação propriamente dita é a fusão dos elementos sexuais, ou seja, dos gametas, células haplóides, restabelecendo o número diplóide de cromossomos numa única célula, denominada agora de ovo ou zigoto. Isto dá-se da seguinte forma: quando se completa a segunda divisão meiótica, o núcleo do óvulo se torna pró-núcleo feminino e o corpo polar é expulso e degenera. A cabeça do espermatozóide aumenta para formar o pró-núcleo masculino e a cauda degenera. Os núcleos fundem-se, perdem as membranas nucleares e os cromossomos combinam-se, restaurando o número diplóide (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002). A fusão de espermatozóide  $22 + Y$  com o óvulo  $22 + X$ , resulta num ovo  $44 + XY$  – formação de indivíduo do sexo masculino. No caso do espermatozóide  $22 + X$ , será  $44 + XX$  – do sexo feminino.

Figura 6: Fecundação



A replicação celular mitótica, segmentação ou clivagem inicia quando o zigoto percorre a distância da trompa uterina ao útero, que leva em torno de três dias. O ovócito fertilizado divide-se em pequenas células, os blastômeros. O conjunto de blastômeros forma uma massa denominada mórula com 16 células, que migra pela trompa e alcança a cavidade uterina ao redor do 3º ou 5º dia (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002).

Aproximadamente quatro dias após a fertilização com a continuação das divisões aparece certa diferenciação; separando-se dois polos: o primeiro constituído das células que envolvem o antro, os trofoblastos que serão responsáveis pelas trocas nutritivas e darão origem a placenta e o outro, o polo embrionário ou embrioblasto, localizado em determinada área interna do trofoblasto, em um agrupamento de células denominado o *nó embrionário* que originará o conceito e as vesículas amniótica, vitelina e alantóidica. Nessa fase, o zigoto atinge a fase de blastocisto e é nesta condição que o embrião atinge a cavidade uterina (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002; NEME, 2005).

Assim, com cerca de seis dias de idade, após a concepção, começa a **implantação do embrião**. O embrião consiste em uma massa esférica de células com uma cavidade central (o blastocisto). A nidificação completa-se alguns dias depois (entre 10º e 11º dias), quando a mucosa endotelial se encontra em plena fase secretora (REZENDE, 2005). A implantação depende das modificações endometriais e do poder das células trofoblásticas ao redor do blastocisto para produzirem enzimas proteolíticas que auxiliam na erosão e na penetração dos tecidos. O ponto no qual o blastocisto, local em que se encontrará o nó embrionário, adere, ocorre na parede superior do útero, região do fundo uterino anterior ou posterior. Em tal momento, o desenvolvimento do novo ser, que iniciou há uma semana, passa a ter uma íntima ligação com o organismo materno, começando a verdadeira gravidez. (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002; NEME, 2005).

O processo de **implantação do embrião** é conhecido como *nidação*.

Assim, por volta de duas semanas, a implantação está completa e a circulação uteroplacentária iniciou, sendo que, nesse momento o embrião possui duas camadas distintas, o endoderma e o ectoderma, e o âmnio começou a se formar.

Já com três semanas, aparece a terceira camada germinativa primária, o mesoderma, juntamente com o tubo neural primitivo, a crista neural e os vasos sanguíneos. Nesse momento, os tubos cardíacos pares também começam a bombear. O tubo neural primitivo originará o sistema nervoso central e a crista neural originará o sistema nervoso periférico.

Entre a quarta e oitava semana, há o dobramento lateral da placa embriológica, devido ao crescimento das extremidades cranial e caudal e ocorre também o desenvolvimento dos brotos dos braços e pernas.

Além disto, ocorrem também as três subdivisões do cérebro:

- prosencéfalo;

- mesencéfalo;
- telencéfalo.

Os cornos, dorsal e ventral da medula espinhal começam a se formar, além dos nervos motores e sensitivos periféricos. Nessa fase, o embrião começa a ter um formato humano. Além disso, surgem ainda os precursores do músculo esquelético e das vértebras (somitos), como também, os arcos braquiais que formarão a mandíbula, palato, orelha e outras estruturas da cabeça e pescoço. Surgem também os placóides do cristalino, marcando o local dos olhos, e nesse momento estabeleceu-se a estrutura macroscópica do cérebro (NEEDLMAN, 2002).

As primeiras contrações musculares do bebê ocorrem aproximadamente na oitava semana de vida, seguidas por movimentos de flexão lateral.

---

Cabe ressaltar que ao final da oitava semana o período embrionário é finalizado, e isto ocorre devido a todos os principais sistemas orgânicos já estarem sendo desenvolvidos, e, em tal período, o embrião tem aproximadamente 5 cm de comprimento cefalocaudal e pesa 9 g (NEEDLMAN, 2002). O embrião já é bem parecido com um ser humano, mas é muito pequeno, quase do tamanho de um alfinete.

---

A partir da sexta semana o embrião responde ao toque com movimentos amplos e generalizados. Começam a aparecer os primeiros reflexos. Caso suas mãozinhas ou pezinhos sejam tocados, ele os contrairá. Entre a sétima e oitava semana é capaz de realizar movimentos muito simples de flexão de um braço ou de uma perna, cotovelo ou joelho (WILHEIM, 2006). É a sua primeira tentativa de se comunicar. Ele adora quando a mãe toca a própria barriga, mas a mãe ainda não percebe toda esta movimentação.

O período fetal inicia na nona semana de vida, quando há um aumento do número e tamanho das células e uma remodelagem estrutural dos sistemas orgânicos. Na décima semana, a face do bebê é reconhecivelmente humana, mas é na décima segunda semana que a genitália externa torna-se claramente distinguível. Sendo que neste momento também, há o desenvolvimento pulmonar com o brotamento dos brônquios e bronquíolos.

Na décima terceira e décima quarta semanas de vida, surgem os movimentos respiratórios e de deglutição, sendo que nesse período, quando o bebê recebe estímulo tátil, ele responde por meio de movimentos. O reflexo de preensão ocorre na décima sétima semana de vida, porém estará bem desenvolvido somente na vigésima sétima semana (WILHEIM, 2006).

Os alvéolos já estarão formados entre a vigésima e a vigésima quarta semana, como também nessa fase há o início da produção de surfactante que vai impedir que os alvéolos colabem quando começar a respirar. O peso triplica e o crescimento dobra no último semestre de gestação (NEEDLMAN, 2002).

Com doze semanas, segundo WILHEIM (2006), o feto pode rolar de um lado ao outro, estendendo e flexionando as costas e o pescoço; agita os braços e dá chutes. Esta coordenação revela um tipo de inteligência direcional. Na décima quarta, ele engole, chupa e respira. É capaz de movimentar os braços juntamente com as pernas. Começa a apresentar expressões faciais de agrado ou desagrado. No ultrassom, é possível vê-lo treinando chupar seu dedinho. Na décima quinta semana, todos os movimentos de um bebê a termo estão presentes. O feto reage ao escutar a voz ou barulho. Logo, em torno de 16 semanas, a mãe vai perceber os seus movimentos e vai começar a interagir de fato com o seu filho. Mesmo antes de saber da gravidez, através de sonhos e intuições a mulher de maneira inconsciente já percebia a presença de alguém dentro de si, afirma Maldonado (2000).



### Palavra do profissional

O movimento e o comportamento fetal no terceiro trimestre da gravidez dependerão muito de fatores externos que envolvem principalmente a mãe desta criança. Ou seja, os hábitos alimentares, a atividade física, a estimulação da criança, o estresse físico, o uso de medicações, entre outros.

Uma das maiores preocupações no período fetal é relativa aos altos índices de mortalidade e morbidade, devido ao fato de que o crescimento e desenvolvimento pode ser afetado por fatores genéticos, socioeconômicos e ambientais. Cerca de 30% das gestações terminam em abortos espontâneos, principalmente no primeiro trimestre, devido a anormalidades cromossômicas (NEEDLMAN, 2002).

Além disso, ainda há os agentes infecciosos, como a toxoplasmose, sífilis, rubéola; agentes químicos, como: mercúrio, anticonvulsivantes, etanol, drogas; entre outros que podem atingir estes bebês (STOLL; KLIEGMAN, 2002). Os efeitos teratogênicos incluem não só malformações físicas, mas também diminuição do crescimento e déficits cognitivos ou comportamentais (NEEDLMAN, 2002; STOLL; KLIEGMAN, 2002).

Assim, verifica-se que o feto pode apresentar suas próprias patologias e necessitar de tratamento de saúde específico. O desenvolvimento do conhecimento e de tecnologias sobre e para o cuidado fetal ficou estagnado por muito tempo, sendo que tais estudos foram receber maior atenção nos últimos 30 anos. O advento do ultrassom aliado ao desenvolvimento da genética impulsionou e facilitou os estudos sobre a vida fetal. Na décima nona semana, os movimentos começam a ficar mais coordenados. Começa a dar “passos”, impulsiona o corpinho para frente, treinando para caminhar. Na vigésima seu sistema auditivo está tão desenvolvido como o de um adulto. Ele já reage ao som de música. Estudo aponta que ele fica mais tranquilo com cantigas de ninar e música clássica suave e se agita com músicas mais pesadas (NEEDLMAN, 2002; STOLL; KLIEGMAN, 2002; VERNY, 2004; WILHEIM, 2006). Ele também grava o som de uma música. Assim, a mulher pode cantarolar uma música ou escutar uma música repetidas vezes, e esta será a música do bebê. Quando ele nascer será capaz de reconhecê-la e ao ouvi-la, se sentirá mais tranquilo e quando tiver que enfrentar situações de estresse, irá relaxar e dormir mais facilmente.

A partir da vigésima quarta semana de gestação pode-se ler uma história curtinha para o bebê. Quando nascer certamente ele se interessará mais por ela do que pelas outras histórias contadas. Passadas vinte e sete semanas os bebês mostram-se especialmente sensíveis à voz da mãe. Desde o momento que o bebe possa ouvir, é importante que a mãe converse com seu filho mentalmente e por meio da voz e explique todos os sentimentos e ansiedades para minimizar e reduzir os efeitos de uma situação traumática ou estressante, transmitidas a partir de substâncias neuroquímicas. A partir da vigésima oitava semana, reconhece uma segunda voz, a daquela pessoa que está mais próxima, que pode ser a do pai (VERNY, 2004; WILHEIM, 2006).

As evidências apontam que a comunicação entre pais e bebês intraútero fortalece o vínculo entre eles e é a base do seu relacionamento depois do parto e nos anos vindouros.

Quadro 2: Comportamento do Embrião/Feto

SEMANAS DE GESTAÇÃO	COMPORTAMENTO DO EMBRIÃO/FETO
06	A partir deste momento o embrião responde ao toque com movimentos amplos e generalizados. Começam a aparecer os primeiros reflexos: caso suas mãozinhas ou pezinhos sejam tocados, ele os contrairá.
07-08	Capaz de realizar movimentos muito simples de flexão de um braço ou de uma perna, cotovelo ou joelho.
10 – 12	O feto pode rolar de um lado ao outro estendendo e flexionando as costas e o pescoço; agita os bracinhos e dá chutes. Esta coordenação revela um tipo de inteligência direcional.
12	Nesse momento, ele já franze a fronte, aperta dos lábios, abre a boca, coça a cabeça, faz caretas, esfrega os olhos e engole o líquido amniótico. Se seus lábios forem tocados ele responde com movimento de sucção. E, caso suas pálpebras sejam tocadas ele responde contraindo-as. Começa a chupar o dedo.
14	Engole, chupa e respira. É capaz de movimentar os braços juntamente com as pernas. Começa a apresentar expressões faciais de agrado ou desagrado.
19	Os movimentos começam a ficar mais coordenados. Começa a dar “passos”, impulsiona o corpinho para frente.
26	Abre os olhos pela primeira vez. Abre os olhos quando acordado e fecha quando dorme
28	Pisca os olhos. Até o sétimo mês o feto movimenta-se livremente, porém, a partir do oitavo, o ambiente torna-se pequeno e apertado e, nessa fase, ele começará a fazer os movimentos preparatórios e necessários para o nascimento.

Fonte: Wilhelm (2006)

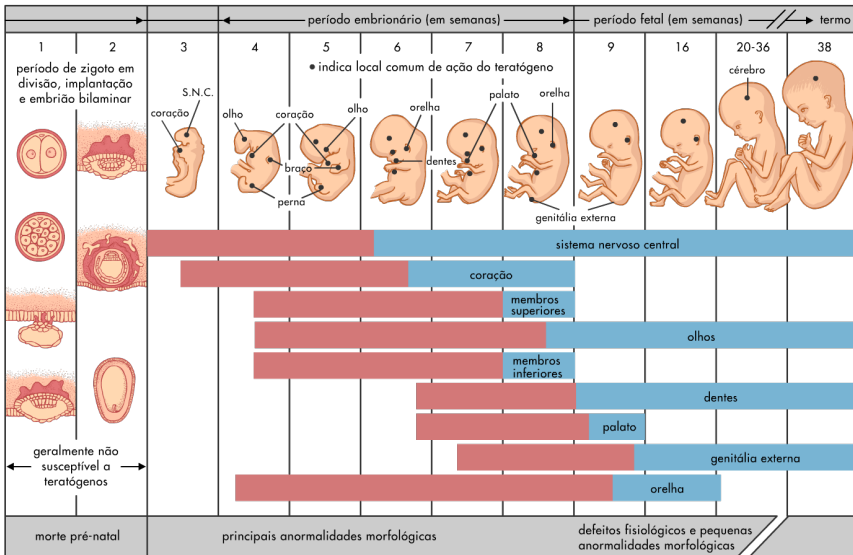


Quadro 3: Descrição dos principais eventos do desenvolvimento no período pré-natal

SEMANAS DE GESTAÇÃO	
1	Fertilização e implantação: início do período embrionário.
2	Surgem endoderma e ectoderma (embrião bilaminar).
3	Ausência do primeiro período menstrual; o mesoderma aparece (embrião trilaminar) e começam a se formar os somitos.
4	Pregas neurais se fundem. O embrião começa a adquirir uma forma mais humana com o surgimento dos brotos dos braços e pernas, e o comprimento cefalocaudal já é de 4-5 mm.
5	Desenvolvimento Fetal
6	Nariz primitivo, filtro, palato primário. Nesse momento, o comprimento cefalocaudal é de 21-23 mm.
7	Aparecimento das pálpebras.
8	Ovários e testículos distinguíveis.
9	Início do período fetal. O feto apresenta um comprimento de 5 cm e pesa cerca de 8 g.
10	Os órgãos genitais externos já estão distinguíveis.
20	Limite inferior habitual de viabilidade. O peso já é cerca de 460 g e o comprimento de 19 cm.
25	Início do terceiro trimestre. O feto pesa 900 g e possui um comprimento de 25 cm.
28	O feto já abre os olhos, mexe a cabeça para baixo e seu peso é cerca de 1.300 g.
38	A termo

Fonte: Needlman (2002)

Figura 7: Ilustração esquemática dos principais eventos do desenvolvimento no período pré-natal. Nota: As faixas escuras representam períodos altamente sensíveis; as faixas claras indicam estados menos sensíveis a teratógenos.



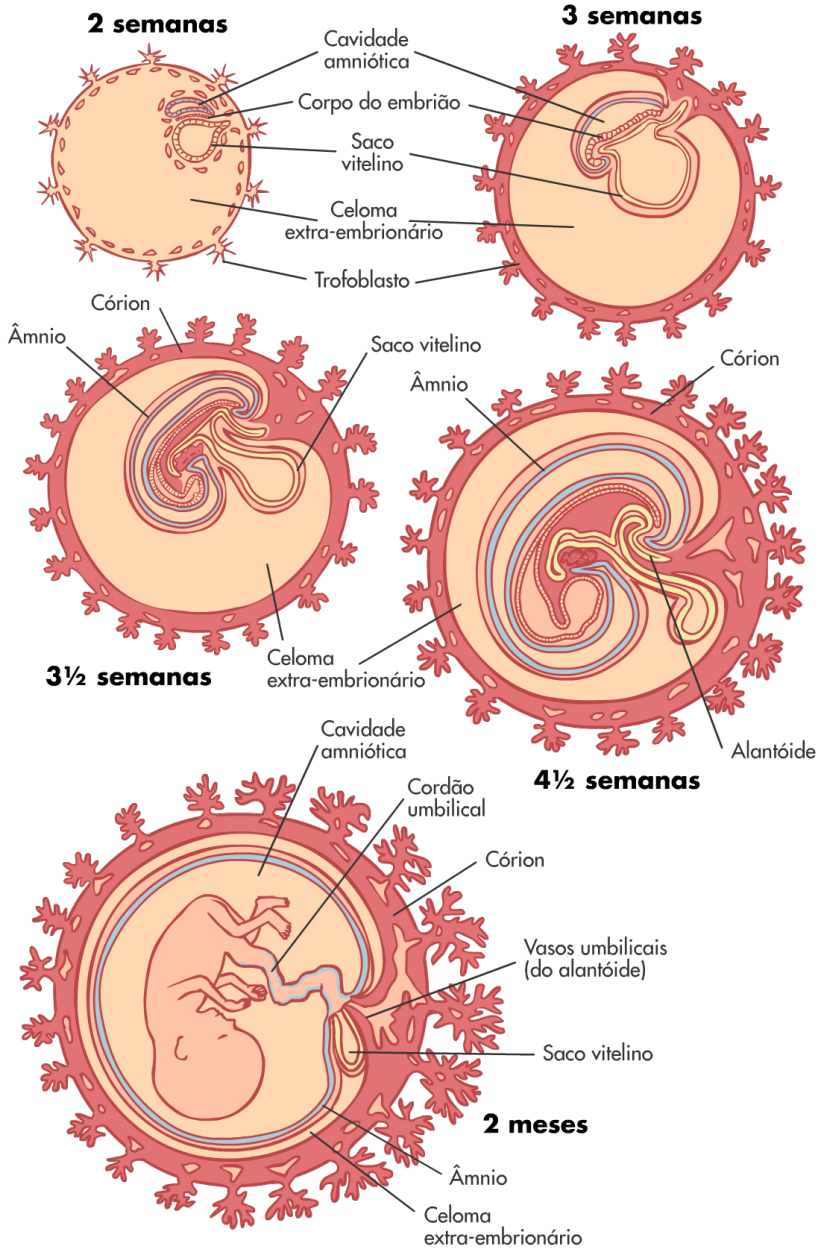
Fonte: Moore (1977 *apud* NEEDLMAN, 2002)

A nutrição, oxigenação e a passagem de substâncias neuroquímicas ao bebê se dão por meio do cordão umbilical e placenta. O líquido amniótico protege o bebê, permite a liberdade de movimentos, transmite os sons e contribui para hidratá-lo. Conheça mais sobre esta questão a seguir.

## I. Anexos do Embrião e do Feto

Os anexos do feto e embrião para o embriologista podem ser o *cório*, o *âmnio*, a *vesícula vitelina* e a *vesícula alantóide* (REZENDE; MONTENEGRO, 2003). Estas estruturas desenvolvem-se no ovo, mas não estão relacionadas ao desenvolvimento do conceito, com exceção de algumas porções das duas vesículas. Já para o obstetra três são os anexos do feto, a placenta, o cordão umbilical e as membranas.

Figura 8: Anexos do Embrião e do Feto



Fonte: Rezende e Montenegro (2003)

a) **Vesícula Vitelina**

Tem função importante entre a segunda e quarta semana de gestação. É um saco vitelino, mas não contém vitelo ou nutriente. É essencial na transferência de nutrientes para o embrião (2° e 3° semana). Desenvolve uma larga circulação e os seus vasos são parte do sistema circulatório inicial do embrião. É indispensável para o desenvolvimento sanguíneo, o sangue forma em suas paredes e continua até que o fígado, na sexta semana, assuma esta função, as células primordiais germinativas que migram posteriormente para as glândulas sexuais e se transformarão em espermatozóides e óvulos. Na quarta semana, é incorporado ao embrião transformando-se em intestino primitivo.

b) **Vesícula Alantoidea**

Aparece no início da terceira semana. É uma protrusão digitiforme pequena ou divertículo do saco vitelínico. Também ocorre a formação de sangue em suas paredes e seus vasos sanguíneos transformam-se em vaso do cordão umbilical. Está associada com o desenvolvimento da bexiga. Porém, os obstetras classificam somente as estruturas: placenta, cordão umbilical e as membranas (corial e âmnic). Assim, abordaremos as estruturas citadas pelos obstetras. Conheça um pouco as características de cada uma delas.

c) **Membranas (corial e amnica)**

No momento da implantação, começam a se formar duas membranas fetais, que envolverão o embrião em desenvolvimento.

O **córior**, a mais externa das membranas se desenvolve de uma modificação do trofoblasto (adquire projeções chamadas vilosidades). As vilosidades, enterradas na decídua basal, aumentam de tamanho e complexidade à medida que se forma a vascularização da placenta (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002). Depois que o córior se forma, o blastocisto implantado se chama vesícula corionica, que é envolvida por um lago de sangue materno criado pela erosão dos tecidos maternos e vasos maternos durante a implantação. As vesículas crescem e por volta do final da segunda semana começam a formar projeções denominadas vilosidades coriônicas (ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

Estas se desenvolvem e estendem pelo tecido materno, e suas células trofoblásticas provocam erosão das células adicionais do endométrio. Os vasos sanguíneos logo aparecem nela e, por volta da quarta semana depois da fertilização, o sangue fetal circula através deles. No início as vilosidades coriônicas são igualmente distribuídas sobre o córion. O córion dará origem à cobertura da placenta do lado fetal, contendo os vasos sanguíneos umbilicais. À medida que o embrião cresce, a decídua capsular se distende. As vilosidades deste lado atrofiam e degeneram, deixando uma membrana coriônica lisa (ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

Sobre a área relativamente pequena abaixo da vesícula, onde o córion está em contato com decídua basal, as vilosidades tornam-se mais abundantes. A placenta desenvolve-se neste local. O córion localizado contra a decídua basal, onde as vilosidades são mais desenvolvidas, é denominado córion frondoso (ZIEGEL; CRANLEY, 1985).

O **âmnio** é a mais interna das membranas fetais, lisa e brilhante desenvolvendo-se a partir das células internas do blastocisto. Envolve o embrião completamente em um saco membranoso, antes mesmo de o corpo tomar forma. A cavidade formada entre as células do ectoderma, células internas do blastocisto e as células trofoblásticas (citotrofoblastos) é a cavidade amniótica, que se forma entre o sétimo e oitavo dia. O embrião em desenvolvimento atrai para si o âmnio, formando um saco repleto de líquido. O âmnio tem as porções: placentária, cobrindo o córion na superfície fetal da placenta, e outra, funicular, tornando-se revestimento do cordão umbilical (porção funicular).

#### d) Líquido amniótico

À medida que o embrião torna-se maior, o âmnio aumenta para acomodar tanto embrião/feto como o líquido amniótico que o envolve. O âmnio, eventualmente entra em contato com o córion que envolve o feto (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002; REZENDE; MONTENEGRO, 2003).

À medida que o feto se desenvolve, as membranas se distendem formando uma bolsa amniótica ou *bolsa d'água*. O sistema amniótico é a unidade morfológica e, sobretudo, funcional, entre o âmnio e o **líquido amniótico**. O líquido amniótico tem como finalidade proteger o feto e o cordão umbili-

**Líquido Amniótico:** *permite a liberdade de movimentos e desenvolvimento músculo esquelético. Evita que o âmnio fique aderido ao feto e impede que o embrião se enrole nas membranas. Contribui para a dilatação do colo a pressão aquosa, quando forçada para baixo pelas contrações (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002).*

cal. Mantém a temperatura constante. Serve de fonte de líquido oral e para eliminar secreções dos rins e respiratórias. Amortece o feto contra traumas.

### e) Cordão Umbilical

A circulação entre o embrião e as vilosidades coriônicas é estabelecida muito cedo através do saco vitelínico, do alantóide e do pedículo embrionário que é o precursor do cordão umbilical. À medida que o embrião se desenvolve, o âmnio envolve o pedículo e surge o cordão umbilical (ZIEGUEL; CRANLEY, 1985). Durante a quinta semana, após o embrião curvar-se para dentro de si a partir das duas pontas, o pedículo é trazido para o seu lado ventral, passa a ser comprimido pelo âmnio em ambos os lados formando o **cordão umbilical** (LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002). O cordão é formado de tecido conjuntivo indiferenciado, frouxo preenchido com material mucóide denominado de *geléia de Wharton*, com um comprimento em média de 55 cm, no qual contém os vasos umbilicais (duas artérias que carregam o sangue desoxigenado e uma veia com o sangue oxigenado), remanescentes das vesículas alantóidea e vitelina, sendo revestido pelo *âmnio funicular*.

O **cordão umbilical** é uma estrutura pardacenta, lisa, espiralada, facilmente compressível que liga o feto à placenta (REZENDE; MONTENEGRO, 2003).

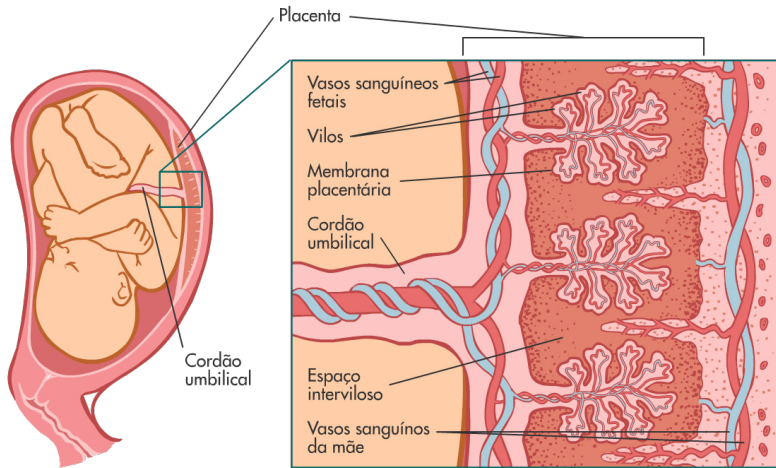
### f) Placenta

A **placenta** é vital para a vida do feto, pois serve como pulmão, trato intestinal e rins, funcionando como um órgão para troca de nutrientes, oxigênio e produtos degradados entre a mãe e feto. Serve como órgão endócrino produzindo hormônios que servirão ao feto e que serão necessários para a manutenção da gravidez. Sua forma é variável, contudo, geralmente é circular ou discóide ovalada.

Funções: Transporte de oxigênio e metabólitos da mãe para o feto, eliminação de produtos degradáveis do feto para a circulação (dióxido de carbono, entre eles), produção de hormônios protéicos e esteróides para as necessidades do feto e da gravidez. Essa troca é realizada por um sistema circulatório especializado, no qual os sangues da mãe e do feto não se misturam.

No início da gestação a **placenta** é maior do que o conceito, sendo que o peso iguala-se em torno de 16 semanas, e partir de então se torna cada vez menor. O peso médio é de 450g no termo, representando 1/6 do peso do conceito.

Figura 9: Placenta



### Saiba mais

Busque vídeos sobre anexos embrionários no Youtube. Diversos professores, como o professor Paulo Garcia, compartilham seus trabalhos nesta mídia. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=mIZtV8IOpc&feature=relmfu>>.

## 2.3 Resumo

Nesta unidade conhecemos as modificações gravídicas gerais e locais, nas dimensões biológicas, psicossociais e culturais e desconfortos fundamentais para estabelecer o diagnóstico de uma gravidez, estabelecer cuidados e quebrar mitos. Além disso, refletimos sobre os caminhos que favorecem o vínculo mãe-filho e pai, respeitando o bebê como ser humano que é, já intraútero.

## 2.4 Fechamento

O enfermeiro tem um papel de acolher a gestante, atender suas necessidades, confirmar o diagnóstico de uma gestação e, em conjunto com a gestante e fundamentado cientificamente, estabelecer cuidados que contemplem todas as dimensões da mulher e do feto. O período pré-natal é determinante para melhorar a saúde materna e neonatal diminuindo o índice de mortalidade neonatal e a razão de mortalidade materna. Com profissionais de saúde bem preparados conseguiremos atingir metas de bem estar materno e neonatal com destaque positivo para saúde pública Brasileira.

## 2.5 Recomendações de Leitura Complementar



### *Saiba mais*

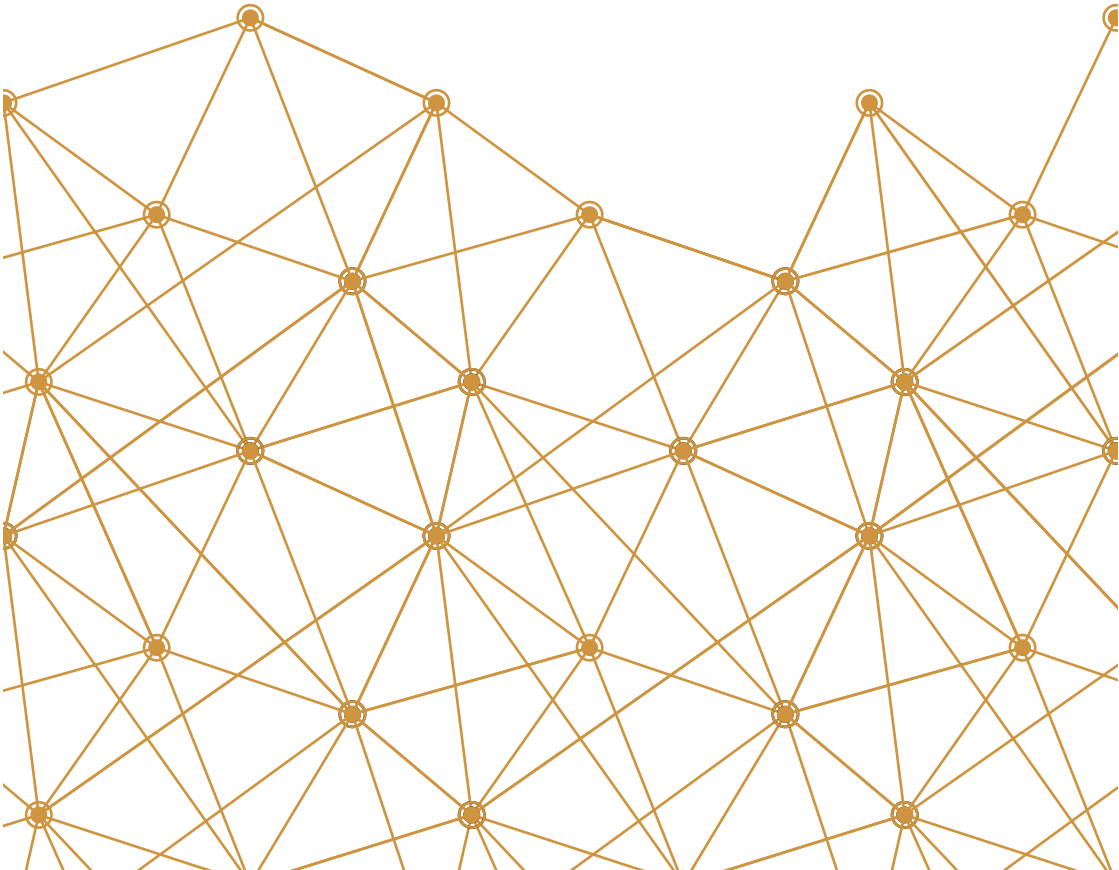
Maravilhas do Corpo Humano. Disponível em: <<http://www.youtube.com/watch?v=rsNyb4Cbu1M>>.

VERNY, T. R. **Bebês do amanhã**: arte e ciência de serem pais. Caxias do Sul: Millennium, 2004.





# UNIDADE 3



## Unidade 3 – Consulta de Enfermagem e Sistematização da assistência de Enfermagem no pré-natal

Ao final desta unidade, você terá se apropriado do processo de sistematização de assistência da enfermagem dedicada ao atendimento de mulheres gestantes, que deve ser desenvolvido no período pré-natal.

### 3.1 Introdução

A Sistematização da Assistência de Enfermagem pode ser utilizada para ajudá-lo no cuidado da mulher durante o período gestacional. Nesse sentido, serão apontados tópicos essenciais para o planejamento de uma assistência qualificada à mulher nesse período.

### 3.2 Sistematização da Assistência de Enfermagem

Essa assistência consiste em um planejamento qualificado para o acompanhamento da mulher durante a gestação. Veja um relato de uma consulta que pode ocorrer de forma similar em sua unidade de saúde:

*J. J é aquela gestante que nos procurou. Chegou à unidade muito feliz porque seu companheiro e ela viram seu primeiro filho quando foram fazer o ultrassom. Ela teve um aborto anterior e estava bem apreensiva. Segundo ela, a data da última menstruação foi 26 de novembro de 2011 e a consulta é hoje no dia 22 de maio de 2012. Ela queixa-se de muita azia. Alimenta-se com frutas, carne e verduras e carboidratos três vezes ao dia e bebe pouca água. Já fez a primeira dose da vacina antitetânica e os exames de rotina, que não apresentaram anormalidade, segundo o médico da família. No exame físico: mucosas oculares e orais coradas, mamas gravídicas, abdome em crescimento. Altura uterina de 25 cm, BCF 140bpm. Apresenta varizes e ausência de edema em MMII. Altura 1,58 cm e Peso 52 kg. PA 130/80. Pulso-70bpm. Deseja saber se está tudo bem. Vai ao grupo de gestantes na quinta-feira.*

*Vamos ver quais as etapas da consulta, como chegar a um diagnóstico preciso da gravidez e alguns cuidados que podem ajudar J.J.*

A assistência no período pré-natal é o primeiro passo para um nascimento mais saudável. É um momento importante, pois contribui para a prevenção de agravos, a diminuição da morbimortalidade materna e fetal, o fortalecimento dos potenciais da gestante, a preparação para maternidade

e paternidade, a aquisição de autonomia, tranquilidade e segurança na vivência do processo de nascimento, para a formação da nova família e estruturação da personalidade do novo ser (ZAMPIERI, 2006).

O Programa de Humanização de Pré-Natal (PHPN) e nascimento e a Rede Cegonha contemplam critérios para atenção pré-natal (BRASIL, 2000a, 2006a, 2011b).

Os dois primeiros são a captação precoce da gestante e início do acompanhamento qualificado. Se possível, deve ser realizado no período pré-concepcional, no primeiro mês de gestação ou, no máximo, em até 120 dias. A frequência das consultas deve variar em função dos riscos.

Para as gestantes de baixo risco, a consulta é mensal, até 36 semanas, e quinzenal ou semanal a partir daí, sendo recomendadas no mínimo seis consultas na gestação, preferencialmente, uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no terceiro trimestre da gestação, seguidas de encaminhamento do serviço de pré-natal à maternidade, no caso de trabalho de parto. O acompanhamento pré-natal finaliza apenas com a consulta puerperal. E, além disso, tem-se como critérios:

- A implementação de estratégias de comunicação social e programas educativos relacionados à saúde sexual e à saúde reprodutiva;
- Realização de exames habituais e de risco, a avaliação do estado nutricional da gestante e a prevenção e tratamento das alterações;
- A prevenção e tratamento das DST/HIV/Aids e hepatites;
- A imunização antitetânica e de hepatite, o apoio às gestantes nos deslocamentos para as consultas de pré-natal e para o local em que será realizado o parto, garantia de atenção ao parto e presença de uma pessoa significativa na gestação, parto e pós-parto (Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005);
- Atenção à mulher e ao recém-nascido na primeira semana após o parto, com a realização da consulta puerperal, atenção hierarquizada, integral e regionalizada;
- Registro dos dados no Sistema Informatizado de Monitoramento do Pré-natal (SISPRENATAL).

A Rede Cegonha, por sua vez, prevê ainda a atenção à criança até dois anos de idade.

Observe que, a atenção pré-natal e pré-concepcional de qualidade, requer um olhar diferenciado que possa atender a complexidade que envolve o ser humano, que permita compreender os processos transitórios da vida, como a gestação e o nascimento, bem como, articulá-los e integrá-los aos diversos sistemas sociais, culturais, econômicos e educacionais.

Como você pode observar, isso implica em compreender o processo saúde/doença em uma nova ótica, considerando o ser humano na sua integralidade, singularidade e multidimensionalidade, atentando para o seu contexto de vida, entendendo-o como sujeito de direitos, merecedor de acolhimento, privacidade e compreensão (ZAMPIERI, 2006).

Deve, portanto, contemplar uma atitude ética nas relações estabelecidas entre os diversos sujeitos envolvidos na produção de saúde – profissionais, usuários (as) e gestores –, a comunicação autêntica, o encontro genuíno, o respeito à integridade e dignidade do outro, a participação, a autonomia e as redes solidárias e responsabilidades mútuas entre instituições, profissionais e usuários (ZAMPIERI, 2006; BRASIL, 2006a). Deve, ainda, estar embasada cientificamente e organizada para atender de forma sistematizada e resolutiva as necessidades do usuário.

O Processo de Enfermagem é um método sistematizado para avaliar o estado de saúde do cliente, diagnosticar suas necessidades de cuidado, formular um plano de cuidados, implementá-lo e avaliá-lo quanto à sua efetividade (NANDA, 2010).

**NANDA** significa North American Nursing Diagnosis Association, que corresponde a um grupo de enfermeiras que desenvolvem os diagnósticos de enfermagem, compilados em um livro que é atualizado de dois em dois anos.

Este processo está organizado em cinco etapas inter-relacionadas e interdependentes, segundo Nanda (2010). Tais etapas incluem:

- coleta de dados de enfermagem;
- diagnóstico de enfermagem;
- planejamento de enfermagem;
- implementação;
- avaliação.

As informações que são fornecidas possibilitam a tomada de decisão durante a assistência de enfermagem com embasamento científico e devem

ser registradas. Lembramos que outros autores podem utilizar outras formas de sistematizar a assistência. Assim, você precisa conhecer a sua realidade, conhecer as várias possibilidades que existem na literatura e adotar a sistematização de assistência após diálogo e debate com seus pares.

---

De acordo com a resolução COFEN 358/2009, em seu parágrafo 2º, “quando realizado em instituições prestadoras de serviços ambulatoriais de saúde, domicílios, escolas, associações comunitárias, entre outros, o Processo de Saúde de Enfermagem corresponde ao usualmente denominado nesses ambientes como Consulta de Enfermagem”. (COFEN, 2009, p.1)

---



### Saiba mais

Amplie seus conhecimentos sobre o assunto acessando a Resolução COFEN-358/2009.

Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>> ou em <[http://www.portaldafenfermagem.com.br/legislacao\\_read.asp?id=337](http://www.portaldafenfermagem.com.br/legislacao_read.asp?id=337)>.

---

Para as gestantes de baixo risco, as consultas devem ser realizadas por enfermeiros (as) ou médicos de família. Estas consultas têm por finalidade avaliar a saúde da mulher e do feto e seu desenvolvimento, garantindo o bem estar do binômio.

Este acompanhamento também objetiva:

- Identificar os fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez e encaminhar a gestante para níveis de referência de maior complexidade que assegurem a ela o tratamento precoce das condições anormais;
- Incluir a família e companheiro, favorecer a compreensão e adaptação às novas vivências da gestante, companheiro e familiares, além de instrumentalizá-los em relação aos cuidados neste período;
- Compartilhar conhecimentos e experiências com as gestantes e acompanhantes sobre as transformações, mudanças de papéis, os desconfortos inerentes à gestação, bem como instrumentalizá-los para os cuidados neste período e prepará-los para a maternidade, paternidade e parto (ZAMPIERI, 2010b).

- Orientar comportamentos saudáveis e evitar aqueles que colocam em risco a mãe e o bebê.



### Saiba mais

A determinação sobre as consultas de gestantes pode ser consultada na Lei do exercício profissional da enfermagem nº 7.498, de 25 de junho de 1986, regulamentada pelo Decreto número 94.406/87 e lei da atenção Básica.

## 3.2.1 Coleta de dados da consulta

Você pode observar que, nessa etapa, é realizada a coleta de informações sobre a situação de saúde da mulher. Busca-se, nesse momento, identificar possíveis evidências de funcionamento anormal, ou fatores de risco, que possam gerar problemas de saúde que a gestante possa apresentar no decorrer do pré-natal.

Os dados poderão ser obtidos de modo direto, com a própria gestante durante a consulta de pré-natal, ou de modo indireto, a partir de informações fornecidas pelo prontuário da gestante, por familiares ou acompanhantes, e também, quando se levanta o histórico e se realizam o exame físico e os exames laboratoriais.

## I. Roteiro da primeira consulta

As consultas de gestantes de baixo risco devem ser realizadas na atenção básica por enfermeiras ou médicos de família (Lei do exercício profissional da enfermagem nº 7.498, de 25 de junho de 1986, regulamentada pelo Decreto número 94.406/87 e Política de Atenção Básica, portaria 2.488, de 21 de outubro de 2011). (BRASIL, 2011). Têm por finalidade avaliar a saúde da mulher e do feto e seu desenvolvimento, garantindo o bem estar do binômio; identificar os fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez e encaminhar a gestante para níveis de referência de maior complexidade que assegurem a ela o tratamento precoce das condições anormais; incluir a família e companheiro, favorecer a compreensão e adaptação às novas vivências da gestante, companheiro e familiares, além de instrumentalizá-los em relação aos cuidados neste período; preparando-os para o parto e pós-parto e para o exercício da maternidade e paternidade (ZAMPIERI, 2010b).

A primeira consulta configura-se como um momento de grande importância, pois é nele que criamos vínculo com a gestante e sua família, o que pode determinar o sucesso ou o fracasso do pré-natal. Um contexto favorável propicia um desenvolvimento saudável da gestação.



### *Palavra do profissional*

Para a primeira consulta e nas consultas subsequentes, além da nossa acolhida devemos seguir alguns passos determinados pelo Ministério da Saúde (MS), como vamos acompanhar a seguir.

---

Na sequência, você encontrará pontos importantes a serem seguidos para manutenção da saúde da gestante e para a identificação de possíveis riscos que requeiram encaminhamento para o pré-natal de alto risco.

Na realização da primeira consulta, bem como na visita domiciliar e na atividade educativa, o enfermeiro tem um papel importante. Para tanto, deve estar capacitado e atualizado, ter segurança técnica, embasamento científico, sensibilidade para compreender o ser humano e suas necessidades e habilidade de comunicação, baseada na escuta e na ação dialógica. Deve estar sintonizado com novas propostas e experiências, com novas técnicas e, principalmente, reconhecer que a grávida é a condutora do processo, sendo sua participação essencial (RIOS, 2007; ZAMPIERI, 2010b, 2010c).

---

Note que a adesão das mulheres ao cuidado pré-natal está relacionada com a qualidade da assistência prestada pelos profissionais de saúde (ENKIN, 2004).

---

O ideal é realizar a primeira consulta de pré-natal o mais precocemente possível, de preferência, logo que seja diagnosticada a gravidez, ainda no primeiro trimestre gestacional. É muito importante realizar o cadastro da gestante no Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL), cujo objetivo é o desenvolvimento de Ações de Promoção, Prevenção e Assistência à Saúde das Gestantes e Recém-Nascidos.





## Saiba mais

Para aprofundar seus conhecimentos sobre o Sistema de Acompanhamento de Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento. Disponível em: <<http://sisprenatal.datasus.gov.br/SISPRENATAL/index.php?area=01>>.



## Palavra do profissional

Lembre-se: toda gestante deve possuir um **cartão da gestante** e todos os dados devem ser anotados nele, você deve orientá-la a carregá-lo consigo sempre. É uma forma fácil de termos em mãos toda a história da gestante de uma maneira clara e concisa. Para conhecer o Cartão da gestante e Ficha clínica de Pré-natal, acesse o Portal da Saúde. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar\\_texto.cfm?idtxt=24902](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/visualizar_texto.cfm?idtxt=24902)>.

A seguir, acompanhe os itens importantes para explorarmos na primeira consulta pré-natal, basicamente eles seguem os mesmos preceitos da consulta pré-concepcional. Para melhor detalhamento dos itens, consulte a Unidade I deste módulo.

### a) História clínica

O histórico de enfermagem consiste da coleta detalhada da história clínica da paciente e de questões psico-sócio-culturais e educacionais. Confira, a seguir, os dados que constituem o histórico (BRASIL, 2006a).

- **Identificação:** nome, número do SISPRENATAL, idade, cor, naturalidade, procedência, endereço atual, unidade de referência;
- **Dados socioeconômicos:** grau de instrução, profissão/ocupação, estado civil/união, número de dependentes e idade (avaliar a sobrecarga de trabalho doméstico), renda familiar, pessoas da família com renda, condições de moradia, condições de saneamento, distância da residência até a unidade de saúde;
- **Antecedentes familiares:** hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, doença congênita, gemelaridade, câncer de mama e /ou do colo uterino, hanseníase, tuberculose e outros contatos domiciliares (anotar a doença e grau de parentesco), doença de chagas, parceiro sexual portador de infecção por HIV;

- **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 tireoide 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;
- **Antecedentes ginecológicos:** ciclos menstruais (início, duração, intervalo e regularidade), uso de métodos anticoncepcionais prévios (quais, por quanto tempo e motivo do abandono), infertilidade e esterilidade (tratamento), doenças sexualmente transmissíveis (tratamentos realizados, inclusive pelo parceiro), doença inflamatória pélvica, cirurgias ginecológicas (idade e motivo), mamas (alteração e tratamento), última colpocitologia oncótica (papanicolau ou “preventivo”, data e resultado);
- **Sexualidade:** início da atividade sexual (idade da primeira relação), dispareunia (dor ou desconforto durante o ato sexual), prática sexual nessa gestação ou em gestações anteriores, número de parceiros da gestante e de seu parceiro, em época recente ou pregressa, uso de preservativos masculino ou feminino (uso correto? uso habitual?);
- **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 intraútero e idade gestacional em que ocorreu), recém-nascidos com icterícia, transfusão, hipoglicemia, exosanguíneo, transfusões, intercorrências ou complicações em gestações anteriores (especificar), complicações nos puerpérios (descrever), história de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame);
- **Gestação atual:** data do primeiro dia/mês/ano da última menstruação – DUM (anotar certeza ou dúvida), peso prévio e altura, sinais

e sintomas na gestação em curso, hábitos alimentares, medicamentos 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, principalmente se for adolescente, identificar gestantes com fraca rede de suporte social.

## b) Exame físico

O exame físico constitui uma das etapas do processo de acompanhamento da gestante. De acordo com Zampieri (2010b, 2010c), todo enfermeiro deve ficar atento às seguintes questões ao realizar o exame físico:

- lavar as mãos;
- explicar sobre os procedimentos realizados;
- pedir para a gestante esvaziar a bexiga, ao iniciar o exame, fazê-lo no sentido céfalo-caudal e não se centrar apenas no abdome; olhar no olho da mulher quando se dirigir a ela;
- diminuir o número de intervenções desnecessárias;
- manter privacidade dela ao tocar as mamas e ao realizar exame ginecológico; ao palpar o abdome, fazê-lo com delicadeza;
- chamar o acompanhante para participar da consulta, se for do desejo da mulher;
- informar sobre os seus achados e tranquilizar a gestante, após a realização de cada procedimento;
- evitar a posição dorsal durante longo tempo; em caso de anormalidades, não demonstrar espanto, no entanto, não mentir, informar de uma maneira clara e objetiva o problema e encaminhar, quando necessário.

O exame físico constitui-se em duas etapas, quais sejam:

- **Geral:** determinação do peso e da altura, medida da pressão arterial, inspeção da pele e das mucosas, palpação da tireoide e de todo o pescoço, região cervical e axilar (pesquisa de nódulos ou outras anormalidades), ausculta cardiopulmonar, exame do abdômen, exame dos membros inferiores, pesquisa de edema (face, tronco, membros);
- **Específico (gineco-obstétrico):** exame clínico das mamas (ECM). Durante a gestação e amamentação, também podem ser identificadas alterações, que devem seguir conduta específica, segundo as recomendações do Instituto Nacional do Câncer (INCA). Realizar orientações para o aleitamento materno em diferentes momentos educativos, principalmente se for adolescente.

Nos casos em que a amamentação estiver contraindicada – portadoras de HIV/HTLV, orientar a mulher quanto à inibição da lactação (mecânica e/ou química) e para a aquisição de fórmula infantil.

Além disso, realizar a palpação obstétrica, principalmente no terceiro trimestre, a identificação da situação, posição e apresentação fetal, a medida da altura uterina, a ausculta dos batimentos cardíacos fetais (com sonar, após 12 semanas de gestação, e com estetoscópio de Pinard, após 20 semanas), inspeção dos genitais externos, exame especular e toque vaginal de acordo com a necessidade, orientados pela história e queixas da paciente.

### c) Exames complementares

Durante o acompanhamento da gestante, é necessária a realização de alguns exames. Portanto, já na primeira consulta você deve 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”, repetir próximo à 30ª semana, sempre que possível; sorologia para hepatite B (HBsAg), de preferência próximo à 30ª semana de gestação; teste de rubéola, sorologia para toxoplasmose; onde houver disponibilidade pela rede cegonha, ainda pode-se solicitar dosagem de proteína- fita reagente, ultrassonografia, colpocitologia oncótica, sorologia anti-HIV - HIV1 e HIV2.

---

Como muitas mulheres somente vão à unidade de saúde quando estão grávidas, este momento pode se configurar como uma importante oportunidade para preveni-las contra o câncer de colo uterino e outras doenças. Assim, devemos estimulá-las e convidá-las para realizar o exame.

---

### d) Outros exames podem ser acrescidos a essa rotina mínima

Além dos exames mencionados anteriormente, em alguns casos, é necessária a realização de mais exames, como protoparasitológico, na primeira consulta; colpocitologia-oncótica. Pode ser realizada em qualquer trimestre gestacional, embora sem a coleta endocervical; bacterioscopia da secreção vaginal, sobretudo para mulheres com antecedente de prematuridade, deve ser realizado em torno da 30ª semana de gestação; sorologia para rubéola: no caso de sintomas sugestivos; urocultura: para casos de bacteriúria assintomática; eletroforese de hemoglobina: para suspeita clínica de anemia falciforme; ultrassonografia: note que a não realização da USG não desvaloriza o pré-natal.

## II. Roteiro das consultas subsequentes

Como você já viu, o acompanhamento pré-natal deve acontecer durante todo o período gestacional. Nas consultas subsequentes, serão avaliados novamente os aspectos já mencionados, verificando o bem-estar materno e fetal, o desenvolvimento do bebê, identificando outros fatores de risco, a presença de intercorrências e patologias, respondendo os questionamentos e atendendo às queixas e necessidades da gestante e família. Além de ser realizada a supervisão das orientações anteriormente feitas, outras informações e orientações devem ser compartilhadas com a gestante, de acordo com a idade gestacional e trimestre. A cada consulta do acompanhamento à gestante, você não deve se esquecer de verificar e registrar PA, peso, altura uterina, batimentos cardíofetais, desconfortos e edema identificados.

Figura 10: Acompanhamento à gestante



Fonte: <http://www.sxc.hu/photo/1314902>

### 3.2.2 Diagnóstico de Enfermagem

Nesta seção, você verá que para elaboração do Diagnóstico de Enfermagem, os dados coletados deverão ser agrupados e interpretados, possibilitando a tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos que representam as respostas da gestante no decorrer do pré-natal. A partir do diagnóstico de enfermagem, é possível o planejamento de possíveis intervenções que objetivam o alcance de resultados esperados.

Os diagnósticos de enfermagem são agrupados em quatro domínios, são eles:

- Funcional;
- Fisiológico;
- Psicossocial;
- Ambiental.

Cada domínio é distribuído em classes que culminam na **taxonomia** do diagnóstico.

**Taxonomia**, aqui, significa a classificação segundo relações naturais presumidas entre tipos e subtipos (AMERICAN NURSES ASSOCIATION, 1999).



## Palavra do profissional

Para você saber quais os diagnósticos de enfermagem aplicáveis no período de pré-natal, o ideal é realizar um estudo em sua unidade e anotar os que acontecem com mais frequência em sua clientela. Cada população tem diagnósticos particulares de acordo com seus acometimentos.

Com base em estudos anteriores listamos alguns diagnósticos mais frequentes no período pré-natal. Isso não quer dizer que todos eles se apliquem a sua clientela, pois, como você viu, os diagnósticos podem variar de acordo com cada população. A designação dos diagnósticos para a gestante dependerá da história individual de cada paciente, que você terá nas consultas de pré-natal. Você conhecerá a seguir, uma tabela de taxonomia de diagnóstico de enfermagem.

Quadro 4 - Taxonomia de Diagnóstico de Enfermagem

Ansiedade	Intolerância à atividade
Constipação	Integridade da pele prejudicada
Conhecimento deficiente	Membrana oral prejudicada
Campo de energia perturbado	Náuseas
Conflito no desempenho do papel de pai/mãe	Privação de sono
Deambulação prejudicada	Risco para amamentação ineficaz
Déficit do autocuidado para banho/higiene	Risco para nutrição desequilibrada
Dor aguda	Eliminação urinária prejudicada
Incontinência urinária de esforço	Risco para infecção
Integridade tissular prejudicada	

Fonte: Nanda (2010)

Você pode observar que cada diagnóstico real, ou seja, aqueles diagnósticos que já estão acontecendo, possui características definidoras e fatores relacionados. E cada diagnóstico potencial, ou seja, os que têm risco de acontecer possuem fatores de risco. Não podemos atribuir um diagnóstico a uma mulher apenas pelos seus sintomas, temos que consultar o livro da NANDA e relacionar a taxonomia com as características definidoras, fatores relacionados ou fatores de risco.

Lembramos que existem outras classificações das práticas de enfermagem / diagnósticos que podem ser utilizados nas consultas, em especial na atenção básica, entre eles, a Classificação de Práticas em Enfermagem em Saúde Coletiva, proposta pela Associação Brasileira de Enfermagem (CIPESC/ABEN).

### 3.2.3 Planejamento de Enfermagem

Observe que, uma vez estabelecido o Diagnóstico de Enfermagem, você deverá planejar o cuidado voltado à gestante e/ou sua família. A resolução do COFEN 358/2009, define esta etapa como a determinação de resultados que se espera alcançar, além das ações ou intervenções de enfermagem que serão realizadas (no caso, para a gestante e/ou família).

---

Para alcançar os resultados desejados, é preciso que sejam definidas metas e que sejam traçados objetivos de modo claro, conciso e centrado na gestante e/ou família. Deve ser alcançável, mensurável e conter limite de tempo para alcance de resposta positiva.

---

### 3.2.4 Implementação

A Resolução 358/2009 do COFEN define essa etapa como a realização das ações ou intervenções determinadas na etapa de Planejamento de Enfermagem. Nesse momento, é realizada a Prescrição de Enfermagem, de incumbência privativa do enfermeiro. Você conhecerá a seguir, alguns procedimentos que constituem esta etapa.

## I. Métodos para cálculo da idade gestacional

A estimativa para o tempo de gravidez depende da Data da Última Menstruação que chamamos de DUM, que corresponde ao primeiro dia de sangramento do último período menstrual referido pela mulher. As normas de cálculo são realizadas de acordo com proposto pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2006a), conforme apresentado a seguir.

a) Como calcular a Idade Gestacional (IG) quando temos certeza da DUM:

**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) e o resto em dias.

Exemplo: DUM: 21/01/2012 Data da consulta: 20/05/2012

O mês de janeiro tem 31 dias, então  $31-21$  (que foi o dia da última menstruação) =  $10+1$ , incluindo o dia 21. Não podemos somar os 31 dias, pois a mulher só ficou grávida a partir do dia 21. A partir daí somamos todos os dias do mês até o dia da consulta. Então vamos lá fazer a soma desde o mês de janeiro.

Janeiro=11, Fevereiro= 29, Março=31, Abril= 30, Maio= 20 (o dia da consulta).

O Total desta soma é: 121 dias, mas queremos a idade gestacional (IG) em semanas, para isto dividimos 121 por 7 que são os dias da semana. IG= 17 semanas e dois dias.



### Palavra do profissional

Esse cálculo não deve ser feito com a calculadora, pois o número que sobra ao lado significa os dias que faltam para completar uma semana, por isso dizemos 17 semanas e 1 dia. Um foi o número que sobrou. Vamos ilustrar o que estou dizendo:

$$121 \overline{) 7}$$

$$50 \quad 17$$

$$2$$



Sobrou 2 que é dois dias de uma semana (7 dias).



O resultado 17 é o número de semanas.



Se fizéssemos a conta com calculadora teríamos =17,1428 o número depois da vírgula sempre tem que ser inteiro, caso contrário, não temos como precisar os dias da semana.

**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.

- b) Como calcular a IG quando não sabemos a data exata da DUM, mas sabemos o período do mês que ocorreu.

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

- c) Calcular a IG quando o DUM é desconhecida

Em situações na qual não é possível saber o DUM, você pode ter uma ideia da IG por parâmetros clínicos. A altura uterina acompanha as semanas de gestação, além da movimentação fetal que se inicia entre 16 e 20 semanas.

A seguir consulte alguns parâmetros a serem utilizados nesses casos.

- Até a sexta semana, não ocorre alteração do tamanho uterino. Na oitava semana, o útero corresponde ao dobro do tamanho normal;
- Na décima semana, o útero corresponde a três vezes o tamanho habitual;
- Na 12ª semana, enche a pelve de modo que é palpável na sínfise púbica;
- Na 16ª semana, o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical;
- Na 20ª semana, o fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical;

A partir da 20ª semana, existe relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina. Porém, esse parâmetro torna-se menos fiel a partir da 30ª semana de idade gestacional.



### *Palavra do profissional*

Sabemos que é difícil determinar a IG por parâmetros clínicos nessa situação. O costumeiro é solicitar uma ultrassonografia (USG).

---

## II. Cálculo da data provável de parto (DPP)

É possível, durante o acompanhamento à gestante, obter uma data provável em que o parto irá acontecer. Para o cálculo da DPP, você deve considerar que a duração da gestação normal é de 280 dias ou 40 semanas a partir da DUM. Você pode ainda fazer o cálculo de duas formas:

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

<b>1. DUM: 01/12/2011</b>	<b>2. DUM: 27/02/2012</b>
01/12/2011 +07/-03 <hr/> 08/09/2012	27/02/2012 +07/+09 <hr/> 34/11/2012 04/12/2012

## III. Avaliação do estado nutricional e ganho de peso

Todas as gestantes devem ser avaliadas, desde o início da gestação, quanto ao risco nutricional que corresponde ao baixo peso, sobrepeso e obesidade da gestante. Verificar o IMC (índice de massa corporal) e verificar na Tabela a seguir de acordo com a idade gestacional.

**Calcule o IMC por meio da fórmula:**

Índice de Massa Corporal (IMC) =  $\text{Peso (kg)}/\text{Estatura}^2 \text{ (m)}$  ou seja peso dividido por estatura ao quadrado

Quadro 5: Avaliação do estado nutricional da gestante acima de 19 anos, seguindo índice de massa corporal (IMC) por semana gestacional

SEMANA GESTACIONAL	BAIXO PESO IMC ≤	ADEQUADO IMC ENTRE	SOBREPESO IMC ENTRE	OBESIDADE IMC ≥
6	19,9	20,0 24,9	25,0 30,0	30,1
8	20,1	20,2 25,0	25,1 30,1	30,2
10	20,2	20,3 25,2	25,3 30,2	30,4
11	20,3	20,4 25,3	25,4 30,3	30,4
12	20,4	20,5 25,4	25,5 30,3	30,4
13	20,6	20,7 25,6	25,7 30,4	30,5
14	20,7	20,8 25,7	25,8 30,5	30,6
15	20,8	20,9 25,8	25,9 30,6	30,7
16	21,0	21,1 25,9	26,0 30,7	30,8
17	21,1	21,2 26,0	26,1 30,8	30,9
18	21,2	21,3 26,1	26,2 30,9	31,0
19	21,4	21,5 26,2	26,3 30,9	31,0
20	21,5	21,6 26,3	26,4 31,0	31,1
21	21,7	21,8 26,4	26,5 31,1	31,2
22	21,8	21,9 26,6	26,7 31,2	31,3
23	22,0	22,1 26,8	26,9 31,3	31,4
24	22,2	22,3 26,9	27,0 31,5	31,6
25	22,4	22,5 27,0	27,1 31,6	31,7
26	22,6	22,7 27,2	27,3 31,7	31,8
27	22,7	22,8 27,3	27,4 31,8	31,9

SEMANA GESTACIONAL	BAIXO PESO IMC ≤	ADEQUADO IMC ENTRE	SOBREPESO IMC ENTRE	OBSESIDADE IMC ≥
28	22,9	23,0 27,5	27,6 31,9	32,0
29	23,1	23,2 27,6	27,7 32,0	32,1
30	23,3	23,4 27,8	27,9 32,1	32,2
31	23,4	23,5 27,9	28,0 32,2	32,3
32	23,6	23,7 28,0	28,1 32,3	32,4
33	23,8	23,9 28,1	28,2 32,4	32,5
34	23,9	34,0 28,3	28,4 32,5	32,6
35	24,1	24,2 28,4	28,5 32,6	32,7
36	24,2	24,3 28,5	28,6 32,7	32,8
37	24,4	24,5 28,7	28,8 32,8	32,9
38	24,5	24,6 28,8	28,9 32,9	33,0
39	24,7	24,8 28,9	29,0 33,0	33,1
40	24,9	25,0 29,1	29,2 33,1	33,2
41	25,0	25,1 29,2	29,3 33,2	33,3
42	25,0	25,1 29,2	29,9 33,2	33,3

Fonte: Brasil (2006a)

Na ocorrência de risco, é importante intensificar as orientações e o acompanhamento para a promoção do estado nutricional materno e do recém-nascido adequados.

O peso deve ser aferido em todas as consultas de pré-natal. A altura de mulheres adultas (maiores de 19 anos) deve ser aferida na primeira consulta. Para as pacientes menores de 19 anos, é necessário aferir pelo menos uma vez a cada trimestre, ou em todas as consultas.

Veja, a seguir, como proceder para realizar a técnica de tomada das medidas de peso e altura.

Toda unidade deve ter disponível uma balança com intervalos de 100g ou eletrônica. Antes da pesagem, a balança deve estar destravada, zerada e calibrada. A gestante deve estar descalça, vestida de avental de costas para o medidor com os braços estendidos ao longo do corpo.

No caso da balança não ser eletrônica o marcador maior refere-se ao kg e o menor as gramas (g). Mover o marcador maior até o braço da balança, inclinar-se para baixo, voltar uma marca. No marcador de gramas, mover lentamente do zero até que o braço da balança entre em equilíbrio e fique reto. Anotar o peso em quilogramas na escala maior e em gramas na escala menor. No caso de valores em gramas intermediários, anotar o menor.

Para medida de altura a posição da gestante deve ser a mesma utilizada para a medição do peso, prestar atenção na posição da cabeça que deve estar erguida. O avaliador deve descer a haste vertical da régua lentamente encostando-se ao couro cabeludo da gestante. Anotar a leitura. Em casos de valores intermediários, anotar o menor valor.

---

Observe que a mulher poderá ganhar cerca de 1 a 1,5 kg durante o 1º trimestre, de 5 a 6 kg durante o 2º e de 4 a 5 kg durante o 3º trimestre gestacional. Você deve estar atento ao Índice de Massa Corpórea da gestante a fim de avaliar o seu risco nutricional. A seguir, registrar no gráfico do Ministério da Saúde (gráfico no site abaixo).

---



### *Saiba mais*

Para saber como calcular o IMC, acesse o “Pré-Natal e Puerpério” – Manual Técnico, nas páginas 42 a 47. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/popup/05\\_0151.htm](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/popup/05_0151.htm)>.

---

## IV. Avaliação dos níveis tensionais

A Pressão Arterial da gestante, segundo Brasil (2006a), é uma avaliação que deve ser considerada no acompanhamento gestacional. Considera-se como hipertensão arterial na gestação níveis tensionais maiores ou iguais a 140 mmHg de pressão sistólica, maiores ou iguais a 90 mmHg de pressão diastólica. Valores 30mmHg na sistólica e de 15 mmHg acima diastólica da pressão prévia representam sinais de alerta, principalmente se o ácido úrico for superior a 6mg/dl, porém não configura doença hipertensiva na gestação.

Para verificar a PA em uma consulta, a gestante deve estar sentada, com o braço em posição horizontal, repousando sobre a mesa, próximo ao nível do coração após 15 a 20 minutos de repouso. A palma da mão deve ficar em supinação. Verifique a pressão no mesmo braço, respeitando o mesmo horário e também com o mesmo aparelho, de preferência, o de mercúrio.

Utiliza-se como parâmetro para verificar a PA o desaparecimento do som (quinta fase de Korotkoff - último som audível).

O momento da verificação é importante e deve ser registrado. A gestante não deve fazer uso de drogas, tais como, o álcool, fumo e café, e antes de verificar a PA deve estar com a bexiga vazia (BRASIL, 2006a).

---

Fique atento. Se os valores encontrados estiverem dentro dos limites considerados normais, a gestante fará o controle de acordo com o cronograma normal. No caso de um episódio de hipertensão arterial, deve-se realizar o controle de PA ao menos uma vez ao dia.

---



### *Palavra do profissional*

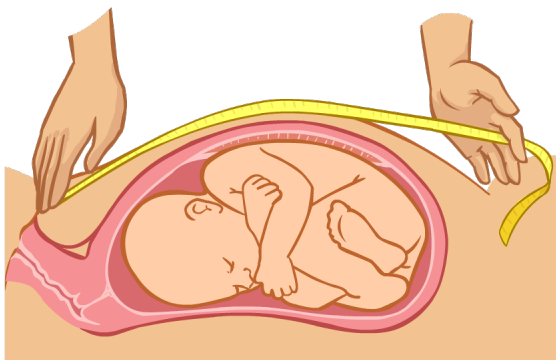
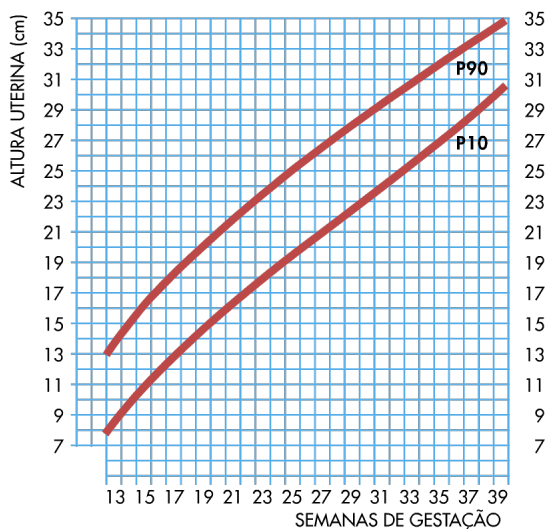
Na consulta, identificado a hipertensão, você deve orientar repouso, solicitar, de acordo com o protocolo, proteinúria de 24 horas e ácido úrico, avaliar o edema e, se confirmados os sinais de doença hipertensiva, encaminhar a gestante ao serviço de alto risco com um registro completo das consultas.

---

## V. Avaliação da altura uterina

Além dos procedimentos já mencionados, você deve observar o crescimento do feto. Uma das maneiras de fazer esse acompanhamento é medir a altura uterina. A avaliação da altura uterina é realizada com fita métrica flexível. Consiste da medida da distância da borda superior da sínfise púbica até o fundo do útero, estando a mulher em decúbito dorsal, com a finalidade de observar o crescimento fetal que é normalmente 4 cm por mês (REZENDE, 2005). Observe a figura a seguir.

Figura 11: Avaliação da Altura Uterina.



Fonte: Brasil (2006a)

A medida da altura é registrada em um gráfico de acordo com a idade gestacional. Valor acima do percentil 90 é anormal. Você deve atentar para a possibilidade de erro da Idade Gestacional (IG) e avaliar a possibilidade de poliidrânio, macrossomia fetal, gemelaridade, mola hidatiforme, miomatose ou obesidade. Nesses casos, você deve encaminhar a gestante ao serviço de alto risco.

---

Valor abaixo do percentil 10 é anormal. Você deve ficar atento para a possibilidade de erro da IG e avaliar a possibilidade de oligôamnio (oligoiidrânio), feto morto e retardo de crescimento (CIUR). Nessas situações, você também deve encaminhar ao serviço de alto risco (BRASIL, 2006a).

---

Note que a suspeita de CIUR se confirma em 75% dos casos, se os métodos forem combinados, ou seja, se, além da altura uterina menor que percentil 10, tivermos baixo peso de acordo com IMC. (BRASIL, 2006a).

## VI. Palpação obstétrica (Manobras de Leopold Zweifel)

Esta técnica visa à identificação da apresentação, posição e situação fetal. Temos a apresentação cefálica, pélvica ou córmica. Situação transversal oblíqua ou longitudinal. Posição direita ou esquerda. Variedade de posição (anterior, posterior e transversa).

---

Modos de realizar as manobras e achados, bem como as relações útero-fetais, conhecimentos fundamentais para se avaliar a apresentação, situação e posição, devem ser pesquisados em Zieguel e Cranley (1985); Brasil (2006a); Rezende (2005) e treinados durante a prática nas unidades de saúde.

---

A palpação obstétrica constitui-se de quatro tempos, confira a seguir:

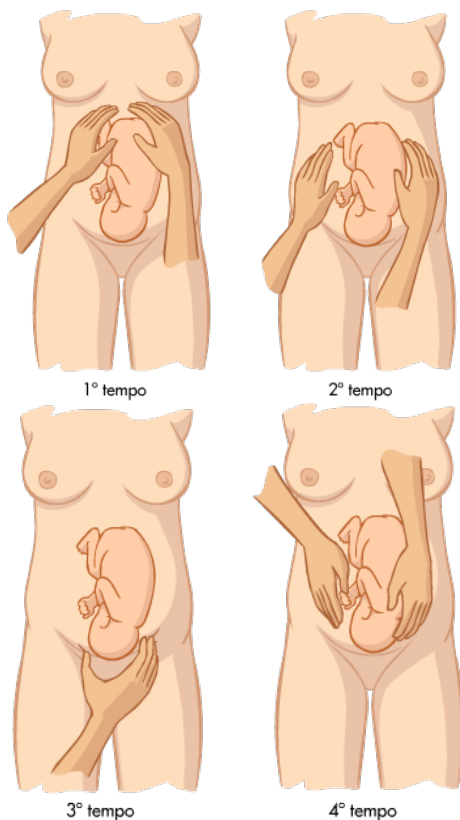
1. **Primeira manobra ou manobra de fundo uterino.** Delimita-se o fundo do útero com ambas as mãos. Apalpa-se o fundo do útero materno, podendo se encontrar uma região irreductível, dura e contínua. É o polo cefálico ou cabeça. Se for uma massa irregular, mole, reductível é o polo pélvico ou a bundinha ou região sacra;



2. **Na segunda manobra procura-se espalmar as mãos sobre os lados do útero.** Uma fica fixa e a outra desliza. Encontrando uma superfície dura e contínua temos o dorso. Verificam-se os batimentos cardíofetais no lado do dorso. Observa-se também a espessura uterina;
3. **A terceira manobra consiste na exploração da mobilidade cefálica.** Aprende-se a cabeça ou nádega do bebê. Quando alta e móvel a apresentação o polo se movimenta de um lado para outro. Caso contrário, fica fixo;
4. **A quarta manobra é a exploração da escava.** Para realizar a quarta manobra, o enfermeiro coloca-se do lado contrário, volta as suas costas ao cliente e palpa a porção inferior do útero. Comumente detectamos o polo cefálico. Conforme mostra a figura 12.

Figura 12: Palpação Obstétrica

Manobras de palpação:



Observe que podem ocorrer três situações:

- Escava completamente ocupada pela região fetal (que é o polo cefálico);
- Escava incompletamente ocupada (polo pélvico);
- Escava está vazia (apresentação córmica).

A entrada dos dedos na bacia depende do grau da insinuação do polo apresentado. Na apresentação cefálica, quando a cabeça está alta e móvel, os dedos quase se tocam pelas extremidades e descem por igual; se insinuada, a penetração é desigual. Na apresentação pélvica, mesmo insinuada, os dedos de um lado e de outro penetram igualmente. Reconhece-se um corpo esférico, irregular, redutível (DELASCIO; GUARIENTO, 1987; ARAÚJO; MARETTI, 2000).

## VII. Verificação da ausculta obstétrica

Outra técnica de acompanhamento é o monitoramento dos batimentos cardíofetais. Este procedimento é realizado por meio do **estetoscópio de Pinard** (a partir da 20ª ou 24ª semana) e o **Sonar - Doppler** (a partir da 10ª ou 11ª semana). É importante considerar que são parâmetros normais 120 a 160 batimentos por minuto (bpm), e que não são isócronos com o pulso materno. A ausculta é feita do lado do dorso, na altura da espádua (quarta vértebra dorsal), facilitando-se a sua localização por meio das manobras de Leopold-Zweifel. Nas gestações até a 16ª semana, o ponto de ausculta é próximo do púbis. Na gravidez múltipla, ouvem-se dois (ou mais) focos separados entre si por 10 cm, cuja frequência, ouvida simultaneamente por dois observadores ou por dois *sonares*, difere de 10 ou 15 batimentos por minuto (bpm). Na apresentação cefálica, os batimentos encontram-se abaixo do umbigo, na apresentação pélvica, acima do umbigo e na apresentação córmica (situação transversa), na altura do umbigo (REZENDE, 2005; BRASIL, 2006a).

Alguns indícios podem revelar que há complicações na gestação, a saber: (BRASIL, 2006a):

- Caso os batimentos não sejam audíveis, quando a idade gestacional for igual ou maior que 24 semanas, verificar se não há erro de idade gestacional, afastar condições que impedem uma boa ausculta (obesidade e dificuldade de achar o dorso, entre outros) e solicitar ultrassonografia. Se a gestante não sentir os movimentos fetais e se o crescimento uterino estiver estacionado, encaminhar a paciente imediatamente a um nível de maior complexidade de assistência;

- No caso de bradicardia (BCF menor que 120bpm), avaliar os batimentos novamente após solicitar que a gestante fique em decúbito lateral esquerdo por 5 minutos. Encaminhar para o médico da unidade e, se confirmado, referenciar para um serviço de maior complexidade, pois pode ser indicativo de sofrimento fetal;
- A taquicardia (BCF maiores que 160) deve ser pesquisada, podendo ser decorrente de um processo infeccioso ou uso de medicamento. A gestante deve ser encaminhada, se essa condição persistir;
- Um aumento transitório na frequência após uma contração uterina, movimentação fetal ou estímulo mecânico sobre o útero, indica boa vitalidade. Por outro lado, a desaceleração ou não alteração da frequência, concomitante a estes eventos, é sinal de alerta, necessitando acompanhamento minucioso e referência para nível de maior complexidade com o devido encaminhamento. Antes, porém, confirma-se a ausculta após deixar a cliente em decúbito lateral esquerdo por quinze minutos (BRASIL, 2006a).

## VIII. Avaliação do edema

É importante avaliar o aparecimento de edema para descartar o edema patológico, que geralmente está associado à hipertensão. A avaliação pode ser feita por controle do peso (edema oculto - peso acima de 600 kg por semana) e avaliação do cacifo (depressão duradoura no local pressionado). Para tanto, posiciona-se a mulher sentada ou em posição supina, pressiona-se com o polegar na altura do tornozelo (região pré-maleolar), na perna no terço médio, região anterior (região pré-tibial), na posição lateral ou sentada, pressiona-se a região sacra. Por meio da inspeção, observa-se o edema apresentado na face.

Classifica-se o edema em graus de escala ascendente: quando atinge membros inferiores até a tibia (edema uma cruz +), estendem-se as coxas e também aos membros superiores (edema ++), alastra-se por todo o corpo, excluindo as cavidades serosas (+++) e, finalmente, constitui o derrame generalizado ou anasarca (++++) (BRASIL, 2006a; REZENDE, 2005).

O Ministério da Saúde faz uma relação entre o edema, a hipertensão e a proteinúria, apresentados pela gestante, que podem ser vistos na bibliografia a seguir.



### *Saiba mais*

Amplie seus conhecimentos sobre o edema (p.64 e 65) e outros aspectos da gestação com a leitura da obra:

BRASIL. **Pré-natal e Puerpério - Atenção Qualificada e Humanizada**: manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. Disponível em: <[http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual\\_puerperio\\_2006.pdf](http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual_puerperio_2006.pdf)>.

---

## **IX. Elaboração do Plano de parto e pós-parto**

Durante o acompanhamento gestacional, algumas estratégias e planejamento tornam-se possíveis. O Plano de nascimento é um deles, e consiste num documento escrito, no qual a mulher e o companheiro registram as preferências e desejos em relação ao parto. É um instrumento com o qual os pais podem explorar as opções para o parto e escolher o que acharem mais importante, ou mais adequado.

Como é um plano, é apenas um desejo, que pode ou não se concretizar, mas que deve ser buscado e reivindicado. Assim, você deve esclarecer que a mulher vai realizar o parto que for possível, ou seja, aquele que for melhor para a mulher e seu filho e o considerado mais adequado e necessário para a equipe de saúde, segundo as evidências científicas e boas práticas em obstetria.



### *Palavra do profissional*

No pré-natal, você, o enfermeiro que está acompanhando o caso, deve informar o casal sobre os seus direitos e ajudar na construção do plano de nascimento, observando o contexto e as várias possibilidades que tem no município.

---

Nesse plano, a mulher, segundo Zampieri (2010b) vai discutir e planejar sobre:

- **A sua participação** em grupo de gestante e casais grávidos;
- **A escolha da maternidade** - permite definir o local, no qual a mulher deseja ganhar o seu filho. Nesse sentido, é importante investigar se há UTI, obstetra ou enfermeira obstétrica responsável, anestesista e obstetra de plantão, atendimento do neonatologista na sala de parto, se é uma instituição pública ou privada, quais os recursos e gastos necessários. Qual o tempo de permanência na instituição? Quais os planos de saúde que oferece? Ver se a maternidade segue as boas práticas: se a criança permanece uma hora junto da mãe após nascer, independente de ter nascido de parto normal ou parto cesáreo, se na instituição tem alojamento conjunto, se o acompanhante pode participar do parto e do pós-parto, direitos já garantidos legalmente. É fundamental checar se a maternidade tem uma filosofia que garanta os princípios humanísticos na atenção prestada (entre eles, respeito, privacidade, informação sobre os procedimentos, valorização pessoal). Ver se permite a visita de outros filhos;
- **A escolha do profissional** - depende do tipo de parto que a mulher quer realizar e do vínculo estabelecido. Se a maternidade for pública não há a possibilidade de escolha, pois o atendimento é feito pelo plantonista. No entanto, pode-se pesquisar quais os tipos de parto a maternidade oferece e quais os realizados pelos profissionais que lá atuam e verificar se são congruentes com o que a mulher deseja. Deve-se optar pelo profissional que atende aos desejos da gestante, ver qual é a filosofia da instituição e checar se segue princípios de humanização ou é mais tecnicista. Certamente, o profissional que lá trabalha segue o direcionamento da instituição;
- **A escolha do local e posição de parto** - em algumas maternidades é dada esta opção à mulher. Pode-se optar por qualquer um dos partos, ou seja, o parto realizado na água, horizontal, genupeitoral, de lado ou de cócoras, no domicílio ou no hospital, com exceção da cesariana, que deve ser realizada por indicação médica. Em algumas instituições particulares, a mulher pode optar pela cesariana, no entanto, as evidências apontam que os riscos são maiores nos procedimentos cirúrgicos e que o parto cesáreo deva ser realizado quando for indicado para proteção da mãe e do bebê;
- **A escolha do (a) acompanhante de sua preferência** - escolher aquele (a) que irá acompanhar a gestante durante o parto;

- **A escolha do ambiente** - implica conversar sobre o local para ver se o ambiente é calmo, limpo, se tem muita ou pouca luminosidade, se é barulhento ou não, se tem segurança ou não. Escolher o ambiente mais propício para a mulher e seu filho, para o nascimento. A visita ao local permite que a gestante se familiarize com o ambiente e se sinta mais segura na hora do parto. Além disso, é importante ver a possibilidade de o casal opinar em relação ao número de pessoas na sala de parto, de receber nos braços o bebê logo que este nasça e ficar com ele pele a pele, como definem as boas práticas aprovadas pela Organização Mundial de Saúde no centro obstétrico;
- **A participação ou não do pai** da criança nas consultas, no grupo de gestantes e exames, parto e pós-parto. Verificar se ele pode cortar o cordão ou não, após o parto;
- **A escolha de métodos** não farmacológicos para aliviar a dor: chuveiro, possibilidade de deambular livremente, liberdade para mudar de posição, uso da bola, do cavalinho, da banheira, massagens e relaxamentos, comprovados por evidência científica;
- **A escolha sobre o uso** de fluidoterapia e ocitocina - o uso de ocitocina não é recomendado pela OMS como uma prática apropriada quando realizada de forma rotineira, sem as indicações específicas (condições do colo e efetividade das contrações);
- **A escolha sobre a realização da episiotomia.** Hoje em dia, considera-se que a episiotomia não deva ser um procedimento de rotina. Se o parto for conduzido, respeitando o tempo da mulher e do bebê, a incidência de laceração é pequena, e quando isto ocorre, é mais fácil de reparar do que o corte advindo da episiotomia;
- **A possibilidade de hidratar-se via oral e comer alimentos** leves durante o trabalho de parto;
- **A possibilidade** de ter acesso à analgesia ao parto, caso seja necessário; e de poder solicitar que deixem sair espontaneamente a placenta;
- A escolha de **realizar ou não o enema** (lavagem intestinal) e a tricotomia. Esses procedimentos de acordo com as evidências não são recomendados pela OMS para serem realizados de rotina. No caso de cesárea, deve-se realizar tricotomia do abdome até a altura do osso púbico;
- **A definição de alguém para ser rede** de apoio, para ajudá-la nas atividades domésticas após o parto;

- **A possibilidade de fazer a analgesia no parto**, quando for indicada; de ter o filho junto, poder deixá-lo em contato com pele da mãe e amamentá-lo por uma hora após o nascimento;
- De **escolher acompanhante** ou se o seu companheiro vai acompanhar em todos os procedimentos realizados **com o bebê** (aquecimento, exame físico, identificação, medidas, crede, kanakion, banho);
- Da **escolha de outros familiares** para acompanhá-la no processo de gestação, parto e pós-parto. Nesse sentido, é bom combinar com antecipação com a mãe, sogra ou outras pessoas significativas para a gestante, para saber quem vai poder ajudá-la, combinando o período com antecedência, evitando que as duas permaneçam na mesma época na casa da puérpera, evitando conflitos;
- O acordo com familiares e amigos para as **visitas no pós-parto**. Por ser um momento festivo, todos querem ver o bebê. Assim, é importante conversar com os amigos antecipadamente para organizar as visitas, para que se garanta um momento privativo do pai, mãe e bebê para se adaptarem à nova situação de vida;
- A **escolha do pediatra** para cuidar do bebê no pós-parto;
- A escolha da roupa para levar para a maternidade;
- A **continuidade dos cuidados** - consulta de pós-parto da mulher no sétimo e 40º dia, e do recém-nascido em torno do sétimo dia, (teste do pezinho e da orelhinha, imunização) após a alta em uma unidade de saúde básica ou clínica particular;
- **O local** e com quem o bebê vai permanecer após a licença de gestação (creches, babá etc.), quando a mulher precisar retornar ao trabalho.



### Saiba mais

Recomendações da OMS (Organização Mundial da Saúde) no Atendimento ao Parto Normal. Disponível em: <<http://www.humpar.org/recomendaccedilotildees-da-oms-no-atendimento-ao-parto-normal.html>>.

---

### 3.2.5 Avaliação

A avaliação consiste em uma importante etapa do processo de acompanhamento à gestante. De acordo com a Resolução do COFEN 358/2009, é um processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa e família (nesse caso gestante e/ou família no decorrer do pré-natal), para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram os resultados esperados. Esta fase permite a você verificar se há necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

### 3.2.6 Registro

O registro das etapas do Processo de Enfermagem deve ser formal e conter informações que foram levantadas a partir da coleta dos dados sobre a gestante durante o pré-natal. É preciso que neste registro constem também os diagnósticos de enfermagem, as ações ou intervenções de enfermagem que foram executadas a partir dos diagnósticos identificados.

Lembre-se de registrar os resultados da saúde da gestante e/ou família, das ações ou intervenções implementadas no decorrer do acompanhamento do pré-natal.

## 3.3 Resumo

Nesta terceira unidade, aprendemos que a consulta nos permite diagnosticar, identificar problemas e situações que sejam importantes na gestação e reforça a necessidade de estabelecer um plano de cuidados e avaliá-lo para que a gestante possa conduzir normalmente a gravidez. O enfermeiro tem o compromisso de assumir este espaço e fundamentar cientificamente o cuidado. Para realizar a consulta, o enfermeiro necessita de conhecimentos e de habilidades para se relacionar com a mulher e com a sua família. Deve acolhê-los e estimulá-los a assumirem o papel de protagonistas no processo de nascimento. O registro correto dos dados é fundamental para alimentar os sistemas de informação e servir de dados para a construção de indicadores na área, bem como para que todos os profissionais que atenderem essa paciente possam conhecer todo o seu quadro clínico e prestar orientações.



## 3.4 Fechamento

Esta unidade buscou subsidiar a atenção à gestante durante o pré-natal, oferecida pelos enfermeiros, mediante a sistematização da atenção ofertada à mulher e sua família nesse período. A partir do cumprimento das etapas do Processo de Enfermagem, o enfermeiro tem fundamentação para executar ações relativas à gestante no decorrer do pré-natal, bem como de contribuir para maior qualificação do cuidado de enfermagem nessa fase da vida da mulher e de sua família.

## 3.5 Recomendação de leitura complementar

### Guia dos direito da gestante e da criança:

UNICEF (Fundo das Nações Unidas para a Infância). **Guia dos direito da gestante e da criança**. São Paulo: Globo, 2011. Disponível em: <[http://www.unicef.org/brazil/pt/br\\_guiagestantebebe.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/br_guiagestantebebe.pdf)>.

### Gravidez na adolescência:

CAVASIN, S.; ARRUDA, S. **Gravidez na adolescência: desejo ou subversão?** Brasília, 1999. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/156\\_04PGM2.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/156_04PGM2.pdf)>.

### Gravidez na adolescência:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Saúde integral de adolescentes e jovens: orientações para a organização de serviços de saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <[http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06\\_0004\\_M.pdf](http://dtr2001.saude.gov.br/editora/produtos/livros/pdf/06_0004_M.pdf)>.

### Em relação à Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.067, de 4 de julho de 2005. Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**. Brasília, 2005. Disponível em: <<http://dtr2001.saude.gov.br/sas/PORTARIAS/Port2005/GM/GM-1067.htm>>

Recomendações da Organização Mundial da saúde para o parto e nascimento. Uma reflexão após 23 anos das recomendações da Organização Mundial da Saúde para parto normal. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n3/a002.pdf>>.

Recomendações da OMS para o parto normal. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alem\\_sobrevivencia\\_atencao\\_parto.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/alem_sobrevivencia_atencao_parto.pdf)>.

### **Em relação à nutrição e tabelas de IMC, olhar o site do SISVAN.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **Vigilância alimentar e nutricional - Sisvan:** orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/orientacoes\\_basicas\\_sisvan.pdf](http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/orientacoes_basicas_sisvan.pdf)>.

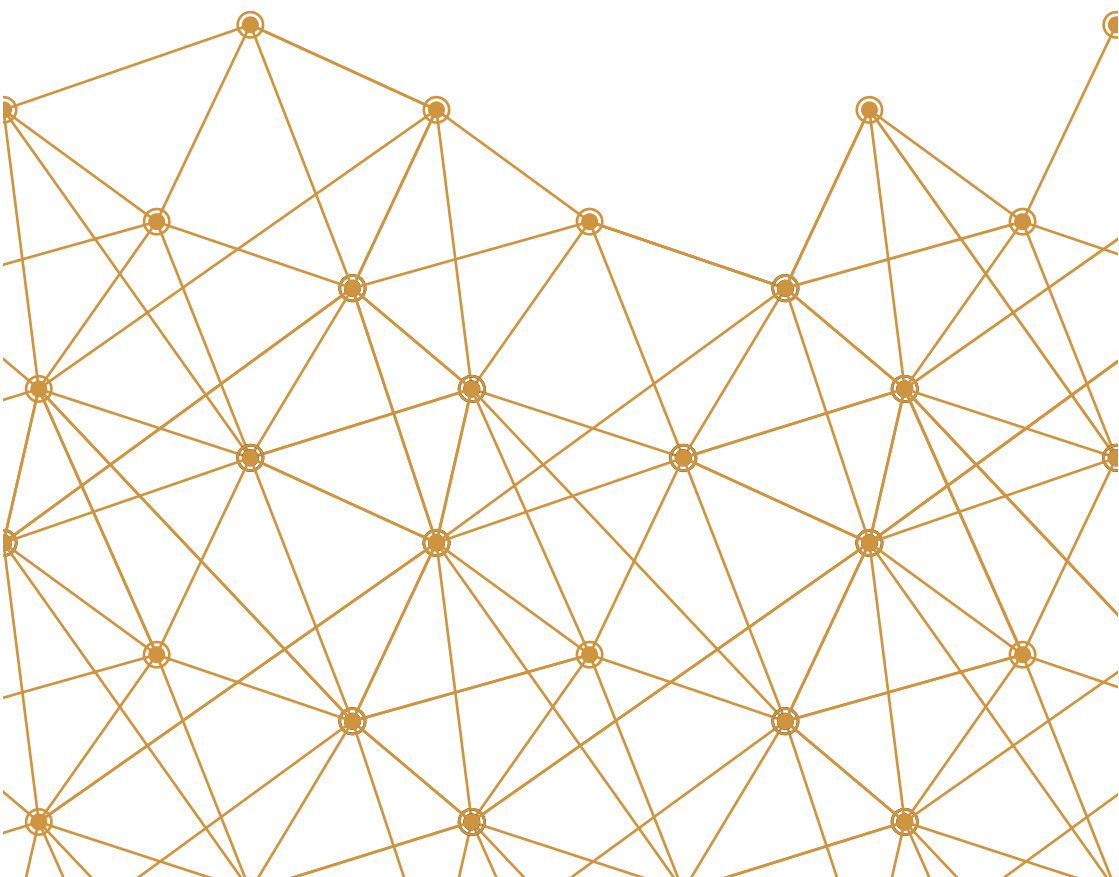
### **Sugestão de DVDs**

1) Amamentação: Alimentando a Paz no Mundo. 2) Caminhando para o Parto Normal: Movimente-se!; Realização JICA. Agência de Cooperação Internacional do Japão. Projeto prioritário: Nascer bem Secretaria Municipal de São Paulo. 3) Olhar, sorrir, conversar: Cuidando do bebê. Três DVDs em um. Brasil: Agência de Cooperação Internacional do Japão (JICA). DVD - 43 minutos.

Parir e Nascer, Berghammer, Karin; Reedição: Digivideo. Viena / Áustria. Distribuição: JICA e ReHuNa, 200-, DVD, 45 min.



# UNIDADE 4



## Unidade 4 – Intercorrências da Gravidez

Nesta quarta unidade, você vai aprender sobre as possíveis intercorrências em uma gestação e qual o papel do enfermeiro no acompanhamento de uma gestação de risco. Sendo assim, o objetivo desta unidade é que, ao final de seus estudos, você seja capaz de identificar as concepções e fatores de risco relacionados à gravidez, o papel do enfermeiro e os cuidados à gestante em situação de risco na atenção básica.

### 4.1 Introdução

Nesta unidade abordaremos os enfoques de risco, a vivência da gestação de alto risco, o papel do enfermeiro nesta situação de saúde. Sabemos que grande parte das mortes maternas poderiam ser evitadas se o profissional tivesse capacitado para intervir, acompanhar e orientar, ou seja, se o profissional tivesse instrumentos para decidir e planejar um cuidado e fortalecer os potenciais da gestante de alto risco e familiares.

### 4.2 Gestação de Alto risco

A maioria das mortes é prevenível se identificarmos e evitarmos os fatores e comportamentos de risco, estimularmos comportamentos saudáveis e realizarmos intervenções apropriadas em tempo hábil. Cabe aos profissionais que atuam na atenção básica a responsabilidade pela atenção pré-concepcional e de pré-natal de qualidade e humanizada, consideradas as principais estratégias para que tenhamos um processo de nascimento saudável. No entanto, as estatísticas ainda apontam um cenário triste, mulheres morrendo em função de complicações no seu processo reprodutivo.

---

De acordo com a Classificação Internacional das Doenças, as principais causas de mortes maternas registradas no Brasil, em 2007, foram: doenças hipertensivas (23% das mortes maternas); sépsis (10%); hemorragia (8%); complicações de aborto (8%); alterações placentárias (5%); outras complicações do trabalho de parto (4%); embolia (4%); contrações uterinas anormais (4%) e alterações relacionadas ao HIV/Aids (4%). As mortes relacionadas a aborto, mais provavelmente, estão sub-registradas (VICTORA et al., 2011). Os óbitos maternos divergem de região. Dos 1.719 óbitos maternos, 192 foram no norte, 598 no nordeste, 604 na região sudeste 193 no sul e 132 no centro-oeste (BRASIL, 2006b).

---

## 4.2.1 Enfoque de risco e vulnerabilidade

Sabemos que é na atenção básica que são identificados os fatores de risco na gestação e são tomadas condutas de promoção e prevenção em saúde que contribuem para melhor compreensão do processo vivido, seja de risco ou não, e também evitam ou minimizam os problemas, as intercorrências e as morbidades gravídicas. Além de ser referência para as gestantes e familiares é desse locus que partem os encaminhamentos para outros níveis de complexidade no sistema de saúde. Assim, nesta unidade, vamos centrar esforços sobre a atenção à saúde que os enfermeiros podem prestar nesse nível de atenção para redução de riscos e empoderamento da mulher na condução de sua gravidez (ZAMPIERI, 2011).

Note que a gravidez é um fenômeno fisiológico e natural, individual e social. Parte de uma experiência de vida saudável, envolvendo mudanças físicas, sociais, culturais, psicológicas e, ao mesmo tempo, uma situação limítrofe que pode implicar riscos para a mãe e para o feto. A evolução da gravidez se dá, na grande maioria das vezes, sem complicações. Há, no entanto, uma parcela de gestantes que pode apresentar algumas características consideradas de risco, ou ainda, alguma patologia. Por apresentarem maiores probabilidades de terem uma evolução desfavorável, estas gestantes são denominadas de gestantes de alto risco ou gestantes que necessitam de cuidado especial (BRASIL, 2000b, 2010a; ZAMPIERI, 1998, 2001a, 2010b, 2010c). São consideradas gestações de risco aquelas nas quais a mulher ou seu filho têm mais chances de apresentar complicações do que a média da população.



## Palavra do profissional

Você, profissional da unidade de saúde, tem ideia de quantas gestantes de alto risco são acompanhadas pelos enfermeiros em uma unidade básica de saúde? Procure ver.

Você pode notar que o termo **risco** é genérico e polissêmico, podendo apresentar uma diversidade de significados (COHN, 2006).

Normalmente, o risco se refere a uma possibilidade de ocorrência de um particular evento adverso, uma situação de perigo eminente ou possibilidade de uma ameaça no futuro próximo. (SARUE, 1984)

Para o Ministério da Saúde (BRASIL, 2000b), o termo risco, em nível epidemiológico, decorre de uma visão do processo saúde-doença, denominado enfoque de risco. O risco se fundamenta no fato de que nem todos os indivíduos, famílias e comunidades têm a mesma probabilidade ou risco de adoecerem e morrerem, contudo, uns têm maior probabilidade que outros. Nessa perspectiva, o enfoque de risco facilita o processo de investigação, o planejamento e o poder decisório no setor de saúde, permitindo identificar e mensurar as necessidades de saúde de grupos específicos, o que possibilita determinar prioridades de saúde, necessidades de atenção e a reorganização dos recursos e serviços, culminando na equidade de saúde dessa população. (TOVAR ACOSTA, 1993; ZAMPIERI, 2011).

*Etimologicamente, a palavra **risco** é derivada do vocábulo riscare, significando ousar. Assim, risco seria uma escolha e não um destino (GOMES et al., 2001). Risco é uma categoria socialmente construída e reconstruída no cotidiano, já que nada é um risco em si próprio, até ser definido como tal (MENDES, 2002).*

O risco é reflexo da reorientação das relações das pessoas com eventos futuros, numa espécie de “domesticação dos eventos vindouros”. Antes da modernidade, o perigo implicava fatalidade, agora ele é ressignificado, e passa a ser entendido como passível de ser controlado. (COHN, 2006)

A biomedicina e a epidemiologia, pelo saber objetivo que detêm, determinam e enunciam quais os comportamentos que são considerados de risco e quais os indivíduos que se supõe estarem em risco. Reforçando, dessa forma, a posição dominante da área no setor saúde, divergindo da concepção de risco da população, mediada pelos diversos contextos socioculturais em que está inserida (MENDES, 2002).

Essa forma de classificar o risco individual, segundo Hayes (1992), refere-se às características do indivíduo como história familiar, hábitos e estilo de vida. Nessa modalidade, procura-se intervir para reduzir a mortalidade precoce ou mudar comportamentos, não sendo tomadas medidas no âmbito estrutural que levem ao bem estar social, já que o foco é individual e não social.

A segunda forma de classificar o risco, defendida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no contexto materno-infantil busca garantir atenção especial na área da saúde aos grupos menos favorecidos, ou seja, sob maior risco, ampliando o primeiro conceito, já que busca reduzir as desigualdades sociais, o foco está no grupo, no coletivo (HAYES, 1992).

Observe que a terceira vertente, conforme afirma Hayes (1992), é mais abrangente, a “Análise de Risco” aborda o perigo do uso de tecnologias, a segurança de produtos, a percepção do público sobre risco e considera as políticas mais amplas de inclusão social, como educação, acesso à água potável e condições de vida etc (HAYES, 1992).

Veja ainda que, indo além do caráter individualizante e probabilístico do clássico conceito de “risco”, surge o conceito de **vulnerabilidade**, como um conjunto de aspectos que vão além do individual, abrangendo aspectos coletivos, contextuais, que consideram a suscetibilidade a doenças ou agravos, bem como a disponibilidade ou a carência de recursos destinados à proteção das pessoas. (SÁNCHEZ, 2007).

Tal perspectiva pode ser um instrumento importante para a renovação e transformação das práticas de saúde, responsabilizando as diferentes disciplinas (multidisciplinaridade) e os diferentes setores da sociedade pela saúde do indivíduo (intersetorialidade), incorporando o cuidado ao indivíduo-coletivo, apoiando os sujeitos sociais no que diz respeito aos seus direitos e identificando situações que envolvam a vulnerabilidade social, desafio a ser perseguido e concretizado (SÁNCHEZ, 2007; ZAMPIERI, 2011).



---

Você pode notar que a possibilidade de medir o risco, de acordo com Sarue et al. (1984), está relacionada com a identificação, com a seleção e análise de fatores de risco, ou seja, características positivamente associadas ao risco ou à probabilidade de desenvolver um dano ao indivíduo ou grupo (WALDMAN, 1998). Na obstetrícia, tais fatores podem estar relacionados à mulher, feto e recém-nascido (ZAMPIERI, 2010b, 2010c). A probabilidade dá-se pela presença de um fator de risco, sua falta, intensidade apresentada ou por sua combinação com outros fatores. (PEREIRA, 1998).

---

Os fatores de risco são definidos como características ou circunstâncias pessoais, demográficas, psicológicas, ambientais, biológicas, clínicas, socioculturais e econômicas de indivíduos ou grupos. Sendo assim, é possível identificar comportamentos de risco como: o uso de drogas, álcool e fumo; condições médicas, dentre elas, o absenteísmo ao pré-natal, a falta de controle desses, a condição e momento da gravidez e as complicações gravídicas que predispoem, favorecem e/ou indicam o aumento da probabilidade ou risco de doença ou morte (SARUE et al., 1984; SCHROEDER, 1996; BRASIL, 2006a).

A assistência pré-natal pressupõe a identificação de fatores de risco, por meio da anamnese, exames físico, gineco-obstétrico e laboratoriais, realizados nas consultas e nas visitas domiciliares, a avaliação dinâmica das situações para identificar problemas e, se necessário, intervir. Os fatores de risco, ao serem identificados, são sinais de alerta e objeto de vigilância da equipe de saúde. (BRASIL, 2010a)



### *Palavra do profissional*

Atente para o fato de que a avaliação de risco não é fácil. Embora os cientistas tenham realizados esforços para identificar uma forma de mensurar e diferenciar as gestantes de alto risco e de baixo risco, não existe uma classificação capaz de prever os problemas de uma forma acurada. O encadeamento entre um fator de risco e um dano nem sempre está claramente explicitado.

---

Os sistemas para avaliar o risco na obstetrícia, direcionados a mulher e ao bebê, foram baseados nas experiências dos seus autores, havendo grandes variações de acordo com sua aplicação a indivíduos ou populações. Assim, a realidade epidemiológica local deverá ser levada em consideração (BRASIL, 2006a).

Observe que a caracterização de uma situação de risco não implica necessariamente na referência da gestante ao pré-natal de alto risco. Pode significar a necessidade do aumento da frequência das consultas e visitas domiciliares, sendo o intervalo definido de acordo com o fator de risco identificado e a condição da gestante no momento (BRASIL, 2010a).

---

Uma gestação que está com uma boa evolução, denominada de gestação de baixo risco, pode se transformar em uma de alto risco a qualquer momento na gestação ou no parto. Por outro lado, é possível que uma gestação de alto risco, ao receber um acompanhamento adequado, retorne à condição de baixo risco. Portanto, é imperativo reclassificar o risco a cada consulta pré-natal e durante o trabalho de parto. A intervenção precisa e precoce evita os retardos assistenciais capazes de gerar morbidade grave, morte materna ou perinatal (BRASIL, 2006a, 2010a).

---

É bom lembrar também que determinados fatores de risco podem estar presentes antes da ocorrência da gravidez. Este fato enfatiza a necessidade da consulta pré-concepcional em mulheres em idade fértil na comunidade, quando procuram os serviços de saúde por outras demandas.

A classificação das gestações em baixo e alto risco estabelece um gradiente de necessidade de cuidados que vai do mínimo para as gestantes de baixo risco, até o máximo, necessário para aquelas com alta probabilidade de sofrer agravos de saúde. As necessidades do grupo de baixo risco são atendidas em nível de atenção básica de assistência (primário), com procedimentos simples. Já as necessidades do grupo de alto risco, em nível de média e alta complexidade (secundário e terciário), necessitam de cuidados, técnicas e equipe mais qualificadas e especializadas (BRASIL, 2000b; ZAMPIERI, 2001b, 2010b).

Fique atento, pois as normas de assistência devem diferir segundo o grau de risco que a gestante apresenta. Portanto, o controle pré-natal da gestante de baixo risco será diferente daquela de alto risco, seja em objetivos, conteúdos, número de consultas pré-natais e tipo de equipe que presta a assistência. (BRASIL, 2000b).

---

Independente do grau de risco diagnosticado para a gestação, as gestantes devem ser cuidadas por profissionais qualificados, tecnicamente e cientificamente, estes devem possuir capacidade para se relacionar e compreender o outro. (ZAMPIERI, 2010a, 2010b).

---

Nas situações que envolvam fatores clínicos mais relevantes, risco real e/ou fatores preveníveis que necessitem de intervenções mais complexas, as mulheres devem ser necessariamente encaminhadas para o acompanhamento de alto risco, podendo, após solução das intercorrências diagnosticadas, retornar à atenção básica (BRASIL, 2006a).

Cabe ressaltar que, mesmo que a gestante tenha sido encaminhada para acompanhamento em um serviço especializado em pré-natal de alto risco, é importante que ela mantenha contato com as equipes de saúde da atenção básica, pois ela é uma pessoa que continua fazendo parte da área de abrangência da unidade de saúde. Assim sendo, a equipe de saúde deve manter-se informada a respeito da evolução da gravidez e dos tratamentos administrados à gestante, por meio de contrarreferência e de busca ativa das gestantes em seu território de atuação pela visita domiciliar. Também deve continuar realizando a educação de saúde, fortalecendo sua rede de apoio, e continuar checando se a gestante prossegue o tratamento procurando o serviço mais complexo.



### *Palavra do profissional*

Mas, quais seriam estes fatores de risco em relação à gestação? Eles diferem de acordo com os municípios e bairros? Na sua unidade, quais os fatores de risco mais comuns? Reflita sobre isto.

---

Como você viu, os fatores de risco podem variar conforme o contexto. No Brasil, por sua grande dimensão e diferenças socioeconômicas e culturais, evidenciam-se fatores de risco distintos para cada região. Os fatores geradores de risco na gestação, de modo geral, podem ser agrupados, conforme o Ministério da Saúde (BRASIL, 2006b; BRASIL, 2010c) em quatro categorias, apresentadas a seguir:

- **características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis** que incluem: idade menor que 15 ou menor que 20 anos (só a idade não determina, mas soma-se a isso o risco psicossocial pela não aceitação da gravidez) e idade maior que 35 anos; baixa escolaridade; condições inadequadas e insalubres no trabalho; esforço excessivo; carga horária extensa; exposição a agentes químicos e biológicos nocivos; condição ambiental desfavorável; exposição a fatores teratogênicos; peso menor que 45 e maior que 75 kg (IMC<19 e IMC>30); altura menor que 1,45 m; situação familiar ou conjugal insegura e não aceitação da gravidez, sobretudo com adolescentes; dependência de drogas lícitas ou não; hábitos de vida, entre eles, consumo de fumo e álcool;
- **história reprodutiva anterior à gestação atual** com morte perinatal explicada ou inexplicada; recém-nascido com retardo de crescimento; pré-termo ou malformado; abortamento; esterilidade e infertilidade; intervalo intrapartal inferior a dois anos; nuliparidade ou multiparidade; síndrome hemorrágica ou hipertensiva e cirurgia uterina anterior; diabetes gestacional e macrosomia fetal, duas ou mais cesáreas anteriores;
- **doença obstétrica na gravidez atual** que contempla os desvios de crescimento uterino; gemelaridade; hidrâmnios, entre outros; trabalho de parto prematuro e gravidez serotina; ganho ponderal inadequado; diabetes gestacional; pré-eclâmpsia e eclâmpsia; amniorrexe prematura; hemorragias da gestação; insuficiência istmo-cervical isomunização; e óbito fetal;
- **intercorrências clínicas**, as quais são consideradas as cardiopatias; pneumopatias; nefropatias; endocrinopatias (diabetes); hemopatias; doenças infecciosas (infecção urinária, hepatites, HIV, sífilis e outras DST); hipertensão arterial moderada ou grave e/ou fazendo uso de anti-hipertensivo; doenças autoimunes (lúpus); ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores).

## 4.2.2 Compreensão da vivência da gestação de alto risco para atuar na atenção básica

No cotidiano do cuidado na atenção básica, é fundamental que o enfermeiro conheça o processo vivenciado pelas mulheres para que possam atuar.



## Palavra do profissional

Você sabia que a gestação de alto risco representa 10 a 20% de todas as gravidezes, tendo por consequência mais da metade de todas as mortes fetais e neonatais? (KEMP; HATMAKER, 1989; ZAMPIERI, 2001b). É um percentual significativo que necessita um atendimento qualificado.

Fique atento, a gestação de alto risco compreende qualquer gravidez, na qual mãe e/ou feto apresentem alterações ou fatores de risco que predisponham a um aumento de risco de morbidade e mortalidade para o binômio ou para um deles, se estendendo inclusive ao lactente durante o processo neonatal, segundo Benson (BENSON, 1991; ZAMPIERI, 1998).

Você deve estar se perguntando: mas como se dá a vivência da gestação de alto risco e como lidar com isso quando fazemos a visita domiciliar? Segundo Zampieri (2001b), a vivência da gestação de alto risco caracteriza-se por um processo complexo, dinâmico e diversificado individual e socialmente. É uma experiência única que se estende ao companheiro, família e sociedade que envolve grandes transformações e adaptações físicas, psicossociais, econômicas, espirituais, e mudanças de papéis, não se desvinculando dos aspectos existenciais de qualquer ser humano. É uma experiência estressante que repercute em todo o contexto familiar em razão dos riscos a que estão submetidos o feto e a mãe, que interrompem o curso normal da gravidez.

Nesse processo, a mulher grávida apresenta sentimentos como o temor pela sobrevivência do filho e pela própria vida; o distanciamento do bebê e tudo relacionado a ele e ao nascimento, com o intuito de evitar o sofrimento; a culpa por não conseguir levar gravidez de forma normal, além da falta de controle da gestação, de suas necessidades e do corpo (WHITE; RICTCHIE, 1984; LOOS; JULIUS, 1989; KEMP; PAGE, 1993; CLAUSON, 1996; SCHROEDER, 1996; ZAMPIERI, 1998, 2001b; LEICHTENTRITT et al., 2005).

Observe que o repouso e, por vezes, a internação hospitalar, indicados para tratar a gestante de alto risco, podem contribuir para aumentar a crise e estresse vividos por ela e familiares, gerando alterações pessoais e no ritmo familiar. Destacam-se, dentre elas, as seguintes:

- o afastamento da mulher do seu domicílio, dos familiares, das atividades profissionais e domésticas, bem como, as adaptações da gestante ao novo ambiente, às condutas hospitalares, aos hábitos culturais.

Além dessas, ainda existem alterações emocionais como solidão, ansiedade, tédio, depressão e medo; sentimentos ambivalentes em relação à gravidez; sobrecarga de funções para alguns familiares, normalmente para o marido, que passa a assumir o cuidado com os filhos e com a casa e aumento dos custos financeiros (WHITE; RICTCHIE, 1984; LOOS; JULIUS, 1989; HEAMAN, 1992; KEMP; PAGE, 1993; CLAUSON, 1996; MALONI; PONDER, 1997; MCCAIN; DEATRICK, 1994; ZAMPIERI, 1998; OLIVEIRA, 2008; MALONI; PARK, 2005; LEICHTENTRITT et al., 2005). Para a família, gera ansiedade, dificuldade para assumir as responsabilidades da mulher, preocupação com a saúde do binômio e dificuldades financeiras (MALONI; BREZINSKI-TOMASI; JOHNSON, 2001).

A conduta terapêutica comumente adotada e aceita para tratamento das intercorrências na gravidez de alto risco, como o repouso relativo e total no hospital, podem gerar nas gestantes alguns efeitos que incluem:

- os problemas psicológicos decorrentes do isolamento e confinamento hospitalar;
- alterações circulatórias e musculares;
- diminuição de energia, de capacidade mental e de concentração;
- alterações do sono, tensão;
- exaustão;
- perda de peso;
- reações emocionais como choque, confusão, solidão, ansiedade, depressão, mudanças de humor e indisposição, que podem se estender ao pós-parto (KEMP; HATMAKER, 1989; MALONI, 1994; ZAMPIERI, 1998; GUPTON; HEAMAN, 1997; MALONI; KUTIL, 2000).

Apesar das várias complicações decorrentes do repouso, este ainda é recomendado em algumas situações em função dos benefícios trazidos ao RN. No entanto, de acordo com Sprague (2004) e Zampieri (1998), impõe-se a necessidade de pesquisas na área médica e de enfermagem que evidenciem cientificamente o seu uso e o tempo de permanência em repouso adequado.

Para amenizar esses efeitos negativos, uma alternativa poderia ser o atendimento domiciliar, com cuidados semelhantes ao do hospital, personalizados, de acordo com a realidade da paciente, estimulando a solidariedade, o suporte familiar e maior participação da mulher. No entanto, tal questão ainda precisa de maior aprofundamento. É uma realidade internacional,

mas implica em maiores custos e capacitação dos profissionais e, sobretudo, uma nova forma de assistir e dar apoio à gestante de alto risco (ZAMPIERI, 1998).

O atendimento domiciliar necessita da aceitação e disponibilidade da família, exige profissional capacitado e treinado, recursos materiais e financeiros e disponibilidade de tempo, demandando racionalização de serviços, para que haja um equilíbrio entre o custo e benefício (ZAMPIERI, 1998). Para Maloni (1994), por meio do atendimento domiciliar pode-se fornecer um cuidado compreensivo, holístico, centrado na paciente e na família, diminuindo o estresse proveniente do afastamento da gestante do convívio familiar e do seu contexto sociocultural.

A visita domiciliar realizada pela equipe da saúde da família, nos momentos em que está em casa, é suporte fundamental, mantém o vínculo entre os profissionais da unidade, a gestante e os familiares.

Considerando a complexidade que envolve a gravidez de alto risco, outro ponto importante a se considerar é que essa não pode ser encarada apenas do ponto de vista biológico e limitar-se apenas à visão de um profissional, sendo importante o trabalho interdisciplinar e multidimensional. A complementaridade de ações dos profissionais, convergindo esforços e diferenças possibilitam alcançar de forma mais eficaz o atendimento integral à gestante e aos familiares, minimizando os riscos e propiciando um melhor prognóstico.

---

Torna-se importante que haja compreensão por parte dos profissionais, das múltiplas facetas e dimensões que envolvem a gestação de alto risco, para que estes fiquem atentos e deem suporte à mulher, não só nas situações de risco e efeitos da hospitalização, mas também no processo da gravidez e aspectos existenciais que vivencia (ZAMPIERI, 2001b).

---

Além disso, é importante também pensar sobre o suporte emocional e até financeiro aos familiares e, de forma conjunta, buscar soluções e fazer encaminhamentos. Nesse processo, segundo Leichtentritt et al. (2005), impõe-se um atendimento personalizado e interdisciplinar, a inclusão da família e atendimento de suas ansiedades, a demonstração de interesse real em relação às necessidades da mulher e da família e, a necessidade de oportunizar atividades para diminuir o tédio.



### Saiba mais

ZAMPIERI, M. F. M.; SILVA, A. L. **Vivenciando o processo educativo em enfermagem com gestantes de alto risco e seus acompanhantes**. 1998. 179 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

---

## 4.2.3 Atuação do enfermeiro

Você já viu, até aqui, que os profissionais de saúde, especialmente o enfermeiro, têm papel de destaque na assistência e na educação em saúde, atendendo a mulher na sua unicidade e integralidade. Quando a mulher esta internada é importante que se estabeleçam meios para que o ambiente hospitalar torne-se o mais agradável possível, através da construção de um programa de atividades em conjunto com gestantes, acompanhantes e familiares, respeitando seus aspectos culturais, diminuindo sua ociosidade e fortalecendo suas potencialidades.

É interessante que, no ambiente hospitalar, desenvolva-se um programa que contemple atividades grupais e lúdicas, criando um espaço no qual seja possível socializar conhecimento, ansiedades e dúvidas, estabelecer contatos com a arte (música, desenho), ter atendimento psicológico e oportunidade para exercer uma ocupação, diminuindo a ociosidade e propiciando o aprender e o ensinar, caracterizando o educar-se (ZAMPIERI, 2001b).

Conforme já estudamos em outra unidade, na atenção básica, práticas educativas fazem a diferença no cuidar e podem juntamente com outras ações promover a saúde, prevenir doenças, reduzir problemas na gravidez, ajudar no enfrentamento de situações de estresse, contribuir para evitar e controlar situações e comportamentos de risco, evitando que gestações normais se transformem em gestações de alto risco (ZAMPIERI, 2001b, 2010c).



### Palavra do profissional

Mas qual é o papel do enfermeiro na atenção à gestante na atenção básica? Você sabe quem são as gestantes nessa condição em sua unidade e quais as patologias apresentadas?

---



A atenção à saúde da gestante de alto risco requer equipes especializadas e interdisciplinares e atenção individualizada à paciente, o que implica altos custos para a mulher e para a sociedade, quando essa faz uso dos serviços públicos de saúde.

O enfermeiro, de acordo com sua formação, está voltado para assistir integralmente a mulher independente do risco que ela possa apresentar ou local de entrada no sistema de saúde (XAVIER, 2007).

A lei do exercício profissional da enfermagem nº 7.498 é regulamentada pelo Decreto número 94.406/87, de 25 de junho de 1986. Por meio deles, fica determinado que o pré-natal de baixo risco possa ser realizado pelo enfermeiro (BRASIL, 1987), preferencialmente pelo enfermeiro obstétrico. (ZAMPIERI, 2010b).



### *Palavra do profissional*

Note que, além da consulta, o enfermeiro tem como função prestar assistência integral à mulher na gestação, no parto e pós-parto, identificar gestantes de risco e encaminhá-las aos outros profissionais (BRASIL, 2006a) e desenvolver atividades educativas, bem como planejar, avaliar, executar e gerir serviços, programas e políticas de saúde. (BRASIL, 1987).

---

Com base na assistência, nas práticas educativas e na consulta, esse profissional tem a função de realizar a prescrição da assistência de Enfermagem. Como integrante da equipe, possui ainda outras funções: participar na elaboração, execução e avaliação dos planos assistenciais de saúde; nos programas e nas atividades de assistência integral à saúde individual e de grupos específicos, particularmente daqueles grupos prioritários e de alto risco; participar da elaboração e na operacionalização do sistema de referência e contrarreferência do paciente nos diferentes níveis de atenção à saúde (BRASIL, 1987).

---

O enfermeiro tem um papel fundamental na promoção e educação em saúde, para fortalecer o protagonismo da gestante e dos familiares, aumentar sua autonomia para fazer escolhas e tornar-se sujeito do processo do nascimento (ZAMPIERI, 2010b). Além disso, tem o compromisso de lutar por melhores condições de vida e alertar as mulheres e familiares sobre seus direitos, possibilitando a condução da gravidez de forma segura e sem riscos.

---

Para tanto, é fundamental que o enfermeiro tenha conhecimento e seja capacitado para prestar cuidado à mulher e seus familiares nas diversas dimensões (física, social, psicológica, educacional, entre outras). Além disso, é essencial que ele preste um cuidado embasado nas evidências científicas e, a partir delas, possa identificar os riscos, morbidades e necessidade de encaminhamentos a outras equipes. Ademais, o enfermeiro precisa ter sensibilidade para compreender o ser humano, suas crenças e valores, o seu modo de vida, bem como ter habilidade de comunicação, baseada na escuta e na ação dialógica.

Nesse sentido, o enfermeiro necessita estudar profundamente todo o processo de gestar e parir para se empoderar e se posicionar no seu espaço de atuação.



### *Palavra do profissional*

Lembre-se de que o registro do atendimento à paciente é fundamental para dar continuidade ao acompanhamento e para a proteção do usuário e do profissional. Este registro deve ser elaborado com clareza, estabelecendo prioridades e possuir uma estrutura lógica e coerente.

Além dos registros, é necessário ainda, alimentar os sistemas de informação, inserindo as informações, codificando-as e analisando-as. É importante para planejar cuidados, capacitar os membros da equipe de enfermagem e divulgar as potencialidades e fragilidades à comunidade (BRASIL, 2010b).

Como você pode observar, o enfermeiro tem responsabilidade e compromisso com a mulher e com o bebê, garantindo um cuidado qualificado. Muitas gestantes só retornam à unidade de saúde no mês seguinte para nova avaliação, tendo em vista que o cronograma para as gestantes de baixo risco é mensal até completar 36 semanas e, a partir daí, quinzenal ou semanal dependendo das necessidades apresentadas pela gestante. Assim, você, o enfermeiro deve prestar um cuidado integral, deve estar atento à realidade da mulher, aos recursos que ela dispõe, sua cultura e perfil epidemiológico que, como você já viu, geram demandas diferentes nas diferentes regiões do país. Você deve atender a mulher de forma a valorizar as suas necessidades, palavras e gestos, compreender que atrás daquela barriga existem dois seres que são únicos e multidimensionais e que merecem ser respeitados (ZAMPIERI, 2010b).

Ter clareza que, mesmo referenciando a gestante ao nível de maior complexidade de atenção, por ser enfermeiro da atenção básica, você é, junto com sua equipe da saúde da família, responsável pelo seguimento dessa paciente na gestação e pós-parto.



### *Palavra do profissional*

Você já parou para refletir sobre o seu atendimento? Tem procurado capacitar-se para acompanhar a gestante? Tem reivindicado aos seus gestores oportunidades para o seu aperfeiçoamento?

---

O trabalho em equipe é fundamental, as ações dos diversos profissionais propiciam a atenção integral necessária à gestante, sendo o enfermeiro um articulador para que se estabeleçam as condições para que a complementaridade de saberes se concretize.

---

O enfermeiro na atenção básica tem um papel de destaque na condução da gestação, seja ela de risco ou não. Tem um compromisso com a gestante, fazendo parte de sua rede de apoio e ajudando-a a vivenciar a gestação de risco ou não de forma mais saudável e menos traumática; tem compromisso com a comunidade, prestando um cuidado de qualidade e lutando por melhores condições de vida, tem o compromisso com sistema de saúde, sedimentando e fortalecendo as redes de referência e contrarreferência; com a sua categoria, exercendo o seu papel legal e de direito; tem o compromisso com a comunidade científica de aprofundar, ampliar e produzir novos conhecimentos que melhorem a prática e qualifiquem a assistência (ZAMPIERI, 2010b, 2010c, 2011).

---

## 4.2.4 Gestações de alto risco: conceitos, fatores de risco, sinais, repercussões e cuidados

Atualmente, no cotidiano do cuidado, no âmbito da atenção básica percebe-se que o enfermeiro ainda precisa ocupar este espaço de atuação. Na prática, uma parcela de enfermeiros não acompanha o pré-natal de baixo risco, não faz grupo de gestantes e casais grávidos, apesar de ser garantido este espaço legalmente. No que se refere à atenção à gestante de alto risco, esse hiato é ainda maior, consistindo apenas no encaminhamento, sem as devidas orientações e os cuidados que podem ser feitos pelo enfermeiro e médico antes de referenciar a gestante para um profissional especializado da rede de atenção, além de muitas vezes não realizar concomitantemente o seguimento desta usuária por meio da visita domiciliar periódica. Esta situação pode ocorrer em função de alguns fatores, tais como o desconhecimento de seu campo de atuação, medo, insegurança ou falta de subsídios científicos para desenvolver suas atividades.

Conforme revela Xavier (2007) em seu estudo, há ainda uma lacuna nesse campo, na atenção básica e também na média complexidade nos ambulatórios, reforçando que cabe ao enfermeiro a atenção integral, promoção, prevenção e reabilitação, seja na gestação de baixo ou de alto risco. Assim sendo, o enfermeiro pode atuar em conjunto com a equipe de saúde na assistência direta e na educação em saúde. Isso implica acolher, procurar incluir e se aproximar da gestante nas dimensões do educar, assistir e gerir (ZAMPIERI, 1998).

No seguimento das gestações de alto risco, segundo Ministério da Saúde (BRASIL, 2000b), os enfermeiros devem levar em consideração as repercussões mútuas entre doença e gestação, sendo necessário conhecer a fisiologia da gravidez, as adaptações do organismo materno, as intercorrências e patologias gravídicas e compreender o que as doenças podem gerar na gravidez e as complicações que podem advir da gestação.

Procurando subsidiar a atenção dispensada à gestante de alto risco, sem a pretensão de esgotar todas as dimensões que envolvem esta questão, confira as orientações de Zampieri (2009) e Zampieri (2011) no anexo 1. As orientações apresentadas abordam os sinais e sintomas, os fatores de risco, as repercussões e os cuidados que podem ser realizados pelo enfermeiro na atenção básica às gestantes que apresentam patologias durante a gravidez. Tais tópicos são fundamentados em *experts* da obstetrícia e autores que abordam o tema (ZIEGUEL; CRANLEY, 1985; CUNNINGHAM et al., 2001; LOWDERMILK; PERRY; BOBAK, 2002; FREITAS et al., 2006; REZENDE; MONTENEGRO, 2003; REZENDE, 2005; NEME, 2005; BRASIL, 2006a, 2006c, 2006d, 2010a, 2011a; FESCINA et al., 2010; SÃO PAULO, 2010).

**É muito importante que você leia. Certamente servirá de subsídio para prestar o cuidado à gestante que está vivenciando uma gravidez de alto risco.**

É importante lembrar que caso o enfermeiro apresente dúvidas relacionadas à conduta a ser tomada na unidade de saúde, o diálogo e a parceria com os outros membros da equipe, bem como o desenvolvimento de ações conjuntas são fundamentais.



### *Palavra do profissional*

Agora, faça um levantamento na unidade de saúde a qual você está vinculado. Escolha duas gestantes com intercorrências patológicas diferentes, levante os fatores de risco, sinais e sintomas encontrados e procure ler os cuidados para reduzir seus problemas e compreender sua fundamentação científica. Vamos lá? Mãos à obra!

---



### *Saiba mais*

Em relação à atenção humanizada ao aborto, seria interessante você ler o manual técnico do Ministério da Saúde que aborda esta questão. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Atenção Humanizada ao Abortamento:** norma técnica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada.pdf)>.

---

## 4.3 Resumo

Sabemos que as patologias apresentadas na gravidez são determinantes da maioria das mortes maternas e fetais e, muitas delas podem ser evitadas na medida em que temos um pré-natal de qualidade, um sistema de referência e contrarreferência de fato operacionalizados e boas condições de vida.

Como você viu nesta unidade, o enfermeiro tem a responsabilidade de prestar assistência integral à mulher em qualquer momento de sua vida e, sobretudo neste processo crítico. Tem como desafio assumir o seu papel, legalmente garantido pela lei do exercício profissional e, pela política de atenção básica. Na atenção básica, o enfermeiro pode prestar alguns cuidados que podem fazer a diferença na evolução da gravidez, seja ela de risco ou não.

## 4.4 Fechamento

É fato que não basta o empenho do enfermeiro, capacitando-se, atualizando-se e assumindo postura ética e de respeito diante do usuário. É necessária vontade política e uma postura diferenciada dos gestores das unidades de saúde, no sentido de propiciarem a educação permanente nos serviços, a formação contínua dos profissionais, estimularem a construção de protocolos e garantirem a sua operacionalização, além de estabelecerem redes de articulação entre os serviços e os níveis de complexidade, valorizando as ações desenvolvidas na atenção básica e os profissionais que lá atuam.

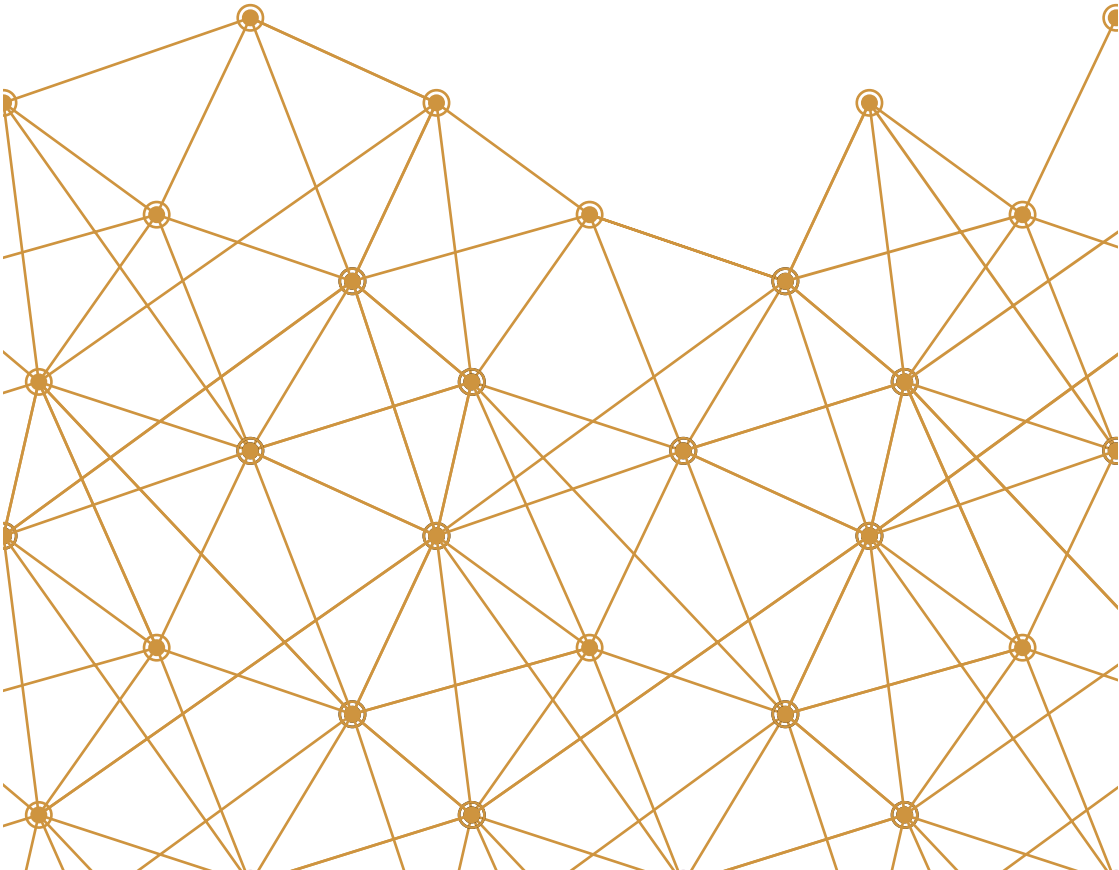
O enfermeiro, ciente do seu compromisso com a comunidade, precisa ocupar esse espaço de forma competente e segura, centrando sua atenção na mulher e no seu filho, e não na patologia, porém, sem deixar de considerá-la e intervir quando indicado.

É necessário compreender a complexidade que envolve a gestação, seja de risco ou não, suas particularidades e estabelecer parcerias e redes de cooperação e de solidariedade entre profissionais de saúde, serviços de saúde e outros setores sociais, com o objetivo final de atender a gestante e os familiares de forma integral e personalizada.

## 4.5 Recomendações de leitura complementar

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010, p. 302. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf)>.

# UNIDADE 5





## Unidade 5 – Processo educativo na gestação e a visita domiciliar à gestante

Você chegou agora a quinta e última unidade deste módulo. Aqui, irá conhecer um pouco mais sobre o processo de acompanhamento gestacional, sobre o papel de educador que cabe ao enfermeiro nesta etapa e, como devem acontecer as visitas domiciliares às gestantes. Portanto, configura-se como objetivo desta unidade que, ao final de seus estudos, você seja capaz de compartilhar informações e orientar a mulher e a família em relação a cuidados na gravidez, ter instrumentos para desenvolver grupos educativos e realizar a visita domiciliar à gestante.

### 5.1 Introdução

Como você viu nas unidades anteriores, a atenção à saúde no período gestacional não se restringe à consulta pré-natal, estende-se também aos grupos educativos e de apoio à gestante e aos familiares, aos atendimentos em sala de espera e às visitas domiciliares. Segundo Aumann e Baird (1996), durante este atendimento, o profissional de saúde deve avaliar não só o processo fisiológico, mas também a maneira como a mulher está se adaptando à gestação, os suportes e recursos dos quais dispõe, o tipo de vida que ela leva e qual o sistema de crenças e valores pessoais da gestante e da família.

Figura 13: Grupo de gestantes e casais grávidos



Fonte: UFSC/HU (1996-2012)

## 5.2 Educação em saúde

Para conversarmos sobre a educação em saúde no atendimento à mulher, precisamos, primeiramente, ter clareza do conceito que utilizamos para o termo ‘educação’ e para o termo ‘educação em saúde’, conforme apresentado a seguir.

---

Educação deve ser entendida como um processo de troca de experiências e conhecimentos mútuos, no qual quem ensina aprende e quem aprende ensina, envolvendo o diálogo participativo e compartilhado (SOUZA et al., 2008; ZAMPIERI, 2001a). Já a educação em saúde, caracteriza-se como um processo de troca de saberes e experiências entre usuários, profissionais e gestores de saúde. Pode ser um instrumento de socialização de conhecimentos, de promoção da saúde, bem como, de prevenção de doenças.

---

A educação em saúde deve incluir políticas públicas, ambientes adequados e reorientação dos serviços de saúde para além dos tratamentos clínicos e curativos, assim como propostas pedagógicas libertadoras. Estas propostas pedagógicas vão ao encontro do desenvolvimento da solidariedade e da cidadania, com ações orientadas para a melhoria da qualidade de vida e da promoção da saúde. Portanto, a educação em saúde deve se caracterizar como um instrumento de transformação, de construção e reconstrução da realidade (SCHALL; STRUCHINER, 1999; ZAMPIERI, 2001a).



### *Palavra do profissional*

Para que as ações de educação em saúde alcancem o sucesso esperado, é fundamental o estabelecimento de relações de horizontalidade entre o cliente e o profissional, o resgate de conhecimentos prévios, a atuação de uma equipe interdisciplinar e o vínculo. Você, como profissional de saúde, precisa ser comunicativo, demonstrar afetividade, respeito e empatia, deve considerar o contexto cultural dos sujeitos envolvidos, sendo que a clientela deve estar sensibilizada, interessada e com disponibilidade de tempo (ZAMPIERI, 2001a).

---

Você viu até aqui, a relevância do processo educativo em saúde, mas, e a educação em saúde no atendimento à mulher? Sobre essa demanda, você estudará a seguir.

A educação em saúde no atendimento à mulher, além da fase reprodutiva, ganhou destaque com o lançamento do Programa de Atenção Integral à Saúde da Mulher (PAISM), no início dos anos 80. Seu objetivo é reforçar as orientações, para que as mulheres ampliem seus conhecimentos sobre o seu corpo, bem como, valorizar suas experiências de vida (PENNA; SANTOS, 2009).

Veja que, com a implantação do PAISM, houve um fortalecimento e estímulo para maior participação do enfermeiro nas ações de saúde da mulher, especialmente nas ações desenvolvidas durante o pré-natal.

Em 2001, visando o fortalecimento da atenção básica, o Ministério da Saúde elaborou a Norma Operacional de Assistência à Saúde (NOAS) com o objetivo de ampliar as responsabilidades dos municípios na Atenção Básica, definir o processo de regionalização da assistência, criar mecanismos para o fortalecimento da gestão do SUS e atualizar os critérios de habilitação para os estados e municípios. A NOAS prevê para os municípios, a garantia das ações mínimas de pré-natal e puerpério, planejamento familiar e prevenção do câncer do colo uterino e de mama (BRASIL, 2001), sendo a educação em saúde um aspecto importante nestes campos de atuação. É uma das prioridades do Programa de Humanização de Pré-Natal e Nascimento e Rede Cegonha.



### *Palavra do profissional*

Você, como enfermeiro atuante, precisa ter em mente e enfatizar a importância das ações educativas direcionadas para a mulher, em todas as fases de sua vida.

---

Neste texto, vamos enfatizar as ações educativas direcionadas para as mulheres no período gestacional, uma vez que este se configura como um dos momentos mais importantes nas suas vidas, pois vivenciam nesta fase, mudanças corporais e emocionais, com sentimentos diversos e contraditórios e preparam-se para exercer um novo papel: o de mãe.

A gestação apresenta-se como uma etapa rica em aprendizado, na qual os profissionais de saúde podem desenvolver a educação como uma dimensão do processo de cuidar, compartilhando saberes e experiências, proporcionando à gestante e à família vivenciar tal momento da melhor forma possível.

---

Observe que, a educação em saúde durante o pré-natal pode ser desenvolvida de forma individual, durante as consultas de enfermagem, na visita domiciliar, ou ainda, em grupos de gestantes e casais grávidos.



### *Palavra do profissional*

Quando você for realizar a consulta de enfermagem, você deve fazê-la de forma que se estabeleça um vínculo entre o profissional e a clientela, ou seja, em um ambiente acolhedor, com proximidade. Você deve evitar o uso de mesa que o separe da gestante e da família. É interessante dispor as cadeiras em círculo para propiciar o diálogo e a interação entre os envolvidos na consulta. Você deve se mostrar disponível ao diálogo, valorizar as emoções, os sentimentos, bem como as histórias que a gestante e a família relatam. A consulta de enfermagem deve ser realizada de forma individualizada, contextualizando a experiência de cada uma das gestantes e da família. Note que, desta forma, as orientações durante a consulta podem ser amplas, e vai depender da necessidade das mulheres atendidas.

---

Atente para as orientações que podem ser compartilhadas durante a consulta de enfermagem:

- Importância do pré-natal;
- Medos e tabus em relação à gestação, parto e pós-parto;
- Modificações corporais e emocionais;
- Desconfortos na gravidez;
- Uso de medicamentos durante a gravidez;
- Saúde bucal;
- Aleitamento materno;
- Vacinas da gestante;

- Relação mãe, pai e bebê intraútero;
- Alimentação da gestante;
- Sinais e sintomas do parto;
- Tipos de parto;
- Sono e repouso;
- Cuidados no pós-parto;
- Planejamento familiar;
- Cuidados com o recém-nascido;
- Conscientização corporal, exercícios físicos e respiratórios;
- Sexualidade;
- Participação do pai no processo gravídico-puerperal;
- Direitos da gestante, entre outros.

---

Lembre-se de que as orientações a serem compartilhadas na consulta, devem estar direcionadas para as necessidades e expectativas da gestante e sua família.

---

## 5.2.1 Visita domiciliar

As ações de educação em saúde no período gestacional desenvolvidas durante a visita domiciliar favorecem a interação entre profissional e o usuário dos serviços de saúde, pois, ao se encontrar com a clientela no seu próprio ambiente, o enfermeiro tem a oportunidade de conhecer melhor a gestante e a sua família, o seu modo de vida, a sua cultura, as suas crenças e seus padrões de comportamento. Assim, é possível interpretar e vivenciar o meio onde vivem e identificar as suas necessidades de saúde e suas dúvidas. Além disso, como enfermeiro você pode supervisionar os cuidados delegados à família com base na realidade desta. Lembre-se, a habilidade de se comunicar e o respeito para com outro e seu ambiente são fundamentais nesse processo.

A visita domiciliar, recomendada pelo Ministério da Saúde, pode ser uma estratégia para acompanhar a gestação e deve abranger a família e o contexto social da gestante. Tem, ainda, o objetivo de realizar o seguimento das gestantes de risco, integrar aquelas gestantes que não realizam o pré-natal, reintegrar as gestantes faltosas aos programas de acompanhamento gestacional, reforçar a troca de experiências e conhecimentos e reavaliar as ações propostas e acordadas com as gestantes e familiares. É importante ressaltar que os fatores de risco para a gestante ou para qualquer membro da família, bem como os problemas de saúde identificados durante a visita domiciliar, devem ser discutidos com a equipe na unidade de saúde (BRASIL, 2000b; ZAMPIERI, 2010b).

Para a realização de uma visita domiciliar devem ser seguidos procedimentos sistematizados. Estes se iniciam antes da visita e continuam após o seu término. Tais procedimentos constituem-se em:

- planejamento;
- execução;
- registro de dados; e
- avaliação.

O **planejamento** é a etapa inicial, na qual se faz a seleção das gestantes, a identificação do problema que gerou a necessidade da visita, a coleta de dados sobre a realidade em que ela vive, o estabelecimento do objetivo, o agendamento do horário viável para a gestante e para o profissional e a preparação do material necessário para realização da atividade.

Já a **execução**, por sua vez, compõe-se na apresentação do profissional e na interação com a gestante e os seus familiares, na problematização da situação e no compartilhamento de informações. Essa troca de informações deve ocorrer de uma maneira informal e com linguagem que possa ser compreendida pelos envolvidos, partindo sempre das necessidades de saúde da gestante e tendo o cuidado de respeitar as crenças e valores familiares, bem como valorizar o seu conhecimento e suas experiências. Se necessário for, deve-se agendar nova visita ou encaminhar a gestante para consulta.

Posteriormente, é feito o **registro** no prontuário da gestante na unidade de saúde e **avaliação** nesta, deve-se verificar se o planejamento foi adequado, identificar as limitações encontradas e analisar se o objetivo foi alcançado (VERDI; SANTANA, 2005).

## 5.2.2 Atividades educativas coletivas

Em relação à educação em saúde desenvolvida em grupos, destacamos inicialmente o conceito de grupo de Pichon-Riviere (2000, p. 234): “Grupo é o conjunto restrito de pessoas, ligadas entre si por constantes de tempo e espaço e articuladas por sua mútua representação interna, que se propõe de forma explícita ou implícita, a uma tarefa que constitui sua finalidade”.

Assim, no pré-natal, as ações educativas são desenvolvidas nos grupos de gestantes, e/ou grupos de casais grávidos.

O Grupo de Gestantes e Casais Grávidos constitui-se em espaço interdisciplinar, interativo, dinâmico e complexo, direcionado à promoção da saúde, ao cuidado humanizado e à autonomia dos participantes. Nele, juntos, a gestante, o companheiro ou pessoa significativa para a gestante, podem, por meio da comunicação e do diálogo entre seus pares e facilitadores do processo educativo, e também da rede de apoio constituída por familiares e profissionais, ser multiplicadores de saúde, transformar e recriar criticamente o seu mundo, compartilhando, aprendendo e ensinando coletivamente (ZAMPIERI et al., 2010).

Os encontros podem abranger as gestantes de todas as idades gestacionais ou apenas aquelas que estão no último trimestre da gestação, como no encontro do terceiro trimestre, serem pré-agendados ou feitos antes das consultas, denominados grupos de sala de espera.

As atividades educativas na sala de espera propiciam trabalhar as dúvidas e os medos que emergem no cotidiano da gestante e família; oportunizam o compartilhamento de conhecimentos entre as mulheres que residem na mesma área de abrangência; estabelecem novos laços de amizade, favorecem o vínculo entre a unidade de saúde, equipe de saúde e gestantes, diminuem a ociosidade advinda do tempo de espera para consultar (ZAMPIERI, 2010b).

Não esqueça que essa atividade deve ter seu enfoque alinhado aos objetivos propostos. Você pode conduzir os encontros, focando mais no preparo e conscientização corporal mediante exercícios físicos, no compartilhamento de informações sobre o processo gravídico-puerperal ou ainda em orientações sobre os cuidados na gestação, parto, pós-parto e com o recém-nascido.



## Palavra do profissional

O seu papel no grupo, deve ser o de facilitador do processo, planejando, implementando, avaliando e replanejando as ações coletivamente, ou seja, em parceria com os envolvidos. A realização de grupos de gestantes possibilita a garantia de uma assistência integral e ao mesmo tempo específica, no período gestacional.

---

Observe que ao implementar e desenvolver os grupos com gestantes e/ou seus familiares, você deve ter como objetivo o atendimento das necessidades originárias dos próprios envolvidos no processo, organizando o programa a partir da necessidade destes, bem como, proporcionar à gestante e sua família, a vivência da gravidez de forma plena e saudável (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2000).

Para que os integrantes se sintam incentivados a participar e a expressar suas ideias, é necessário um ambiente harmônico, coeso, de respeito e compreensão mútua. Nesse sentido, é importante propiciar espaços para os participantes se apresentarem e se conhecerem, usando algumas técnicas e brincadeiras e até propiciar um momento para lanche coletivo.

Note que são várias as atividades que podem ser realizadas nos grupos de gestantes. Zampieri et al. (2010) relatam que, no grupo de gestantes e/ou casais grávidos do Hospital Universitário em Florianópolis, são desenvolvidas técnicas de consciência corporal e postural, de respiração e relaxamento; orientações sobre o ciclo gravídico-puerperal; são oportunizados momentos de troca de experiências, vivências e informações. É também realizada a visita à maternidade e o encontro de pais e bebês após a última gestante completar nove meses de gestação e ganhar o seu filho.

---

As atividades a serem realizadas, bem como o desenvolvimento de temas nos grupos, devem ser escolhidas pelos próprios participantes, pois, dessa forma, as orientações estarão atendendo as suas necessidades e expectativas (ZAMPIERI, 2001a; REBERTE; HOGA, 2005). Fique atento, o programa a ser seguido deve ser construído juntamente com as gestantes.

---

Nesses encontros, recomenda-se que sejam evitadas palestras e que sejam estimulados os espaços para troca de informações e expressão de senti-



mentos, o que favorece a adesão dos participantes. Cabe destacar que os grupos educativos para as gestantes adolescentes devem ser, preferencialmente exclusivos dessa faixa etária, abordando temas de interesse desse grupo (BRASIL, 2006a).

Os conteúdos temáticos podem ser desenvolvidos por meio de oficinas, exposição do tema, troca de experiências, demonstrações práticas, atividades lúdicas e/ou cênicas, dependendo das escolhas e criatividade do grupo. É importante realizar a avaliação em cada encontro e final do grupo e registrar dados, depoimentos e informações com o consentimento do grupo, que irão contribuir para os próximos encontros e para rever estratégias, temas, abordagens e ambiente.

Na atenção básica, em função das dificuldades apresentadas pelas gestantes, como cuidar da casa, da profissão e de outros filhos, você pode usar como estratégia agendar o encontro do grupo nos dias em que a gestante vai à unidade de saúde para consultar. Procure agendar o grupo no início da tarde e as consultas no final, estas distribuídas para os diversos profissionais. Providenciar ações concomitantes direcionadas aos outros filhos das gestantes do grupo, bem como organizar encontros para fazer o enxoval são estratégias que podem ser utilizadas. É interessante também fazer grupos de sala de espera. Divulgar as atividades nos murais, sensibilizando as gestantes.



### *Palavra do profissional*

Não se esqueça, é essencial que os profissionais que atuam na área na qual a gestante resida participem e que os familiares da gestante, especialmente o seu companheiro, sejam estimulados a comparecer nos encontros do grupo.

---

Para finalizar, devemos ter em mente que a educação em saúde deve estar inserida em todas as ações de cuidado da enfermagem, podendo ser desenvolvidas por todos os profissionais que fazem parte da equipe de saúde. A educação em saúde tem por objetivo estimular a reflexão da população sobre a sua saúde, também visa a adoção de práticas saudáveis, que contribuam para a melhoria ou manutenção da saúde, bem como a implementação de novos hábitos para a solução de seus problemas.

Fique atento que as ações educativas no pré-natal devem ser implementadas, visando contribuir para a melhoria da saúde física, mental e emocional da gestante, bem como para fortalecer a sua capacidade de fazer escolhas, lembre-se de que o profissional enfermeiro, exerce um papel

preponderante no desenvolvimento destas ações (RIOS; VIEIRA, 2007). Na próxima seção, você vai conhecer algumas orientações que devem ser passadas para as gestantes durante o acompanhamento da equipe de saúde.

### 5.2.3 Orientações para as gestantes

Ao longo da unidade muitas orientações já foram compartilhadas, mas listaremos alguns temas que sempre são levantados pelas gestantes nos grupos e que merecem a sua atenção.

Quadro 6: Observações importantes por período de gestação

<p>1 A 12 SEMANAS</p>	<p><b>Orientar</b> em relação à importância do pré-natal; da dieta alimentar, da hidratação; ao perigo da automedicação, do uso de drogas e RX; à importância do sono e repouso, imunização, amamentação, exercícios e relaxamento; da participação do companheiro e da família, tratamento dentário; cuidados com o corpo e a sexualidade; exames laboratoriais; transformações psíquicas, sociais, culturais gravídicas e cuidados necessários; importância de realizar o preventivo de câncer de colo uterino; desenvolvimento fetal; importância de elaborar um “diário de gravidez”.</p>
<p>13 A 25 SEMANAS</p>	<p><b>Reforçar</b> a orientação sobre: a importância da participação do companheiro e dos familiares no período gestacional; o sono e repouso; exercícios e relaxamento; sexualidade e lazer. <b>Orientar</b> sobre: o aleitamento materno e preparo para a amamentação; higiene, vestuário e trabalho; dieta alimentar; importância da vacina antitetânica e da hepatite; desconfortos gravídicos e cuidados; desenvolvimento e crescimento fetal; maternidade e paternidade; exercícios respiratórios e abdominais; participação em grupos de gestantes ou casais grávidos.</p>
<p>26 A 33 SEMANAS</p>	<p><b>Reforçar a orientação</b> sobre: sexualidade; exercícios respiratórios abdominais e cuidados com a postura. <b>Orientar</b> sobre: atividade física; capacidade de o bebê perceber as sensações auditivas (música, a fala, a história); cuidados com o recém-nascido; os sinais de trabalho de parto; importância da participação do companheiro e dos familiares; tipos e posições para o parto; pós-parto; enxoval; contracepção no pós-parto.</p>
<p>34 A 41 SEMANAS</p>	<p><b>Orientar sobre</b> os exercícios respiratórios (relaxamento e expulsão); manejos do aleitamento, rotinas da maternidade e documentação necessária para internação obstétrica; sexualidade neste período; necessidade de reduzir o espaçamento das consultas; importância da visita à maternidade; o que levar para a maternidade (roupas para si e para o bebê, material de higiene, etc.); os familiares a respeito dos sinais de trabalho de parto; o retorno após 10 dias ao posto de saúde para acompanhamento do recém-nascido (RN); teste do pezinho; exame auditivo; amamentação; retorno da gestante ao centro de saúde para a consulta pós-parto e sobre a imunização.</p>

Fonte: Zampieri (2010a)

Além dessas orientações vistas, ainda existem outras relevantes que devem ser passadas às gestantes (ZAMPIERI, 2010a), conforme você pode conferir a seguir.

- **Pré-natal:** você deve reforçar sobre a importância de acompanhar a gestação, participando da consulta pré-natal;
- **Viagens:** as recomendações quanto a viagens para as gestantes são as seguintes: a mulher grávida deve evitar viagens longas ou árduas. Ela deve preferir viagens aéreas. É bom lembrar, no entanto, que, a partir do 8º mês de gestação, as empresas aéreas não aceitam o transporte de gestantes em razão do risco destas entrarem em trabalho de parto em trânsito, a não ser que tenham atestado médico que autorize a viagem. Já no pós-parto, o embarque da mãe e do filho é permitido após o 8º dia do parto, com a apresentação de atestado médico. Para as viagens feitas de carro, são recomendados períodos frequentes de repouso e mudanças de posição para que estas possam esticar e movimentar suas pernas, promovendo boa circulação (ZIEGUEL; CRANLEY, 1985);
- **Cinto de segurança:** O uso do cinto de segurança para as gestantes requer alguns cuidados. Segundo Adura; Montal e Sabbag (2004), a gestante deve usar o cinto de segurança de três pontas para sua proteção e do bebê. a) a parte pélvica do cinto de três pontas (faixa subabdominal) deve ser colocada abaixo da protuberância abdominal, ao longo dos quadris e na parte superior das coxas; b) a faixa diagonal deve cruzar o meio do ombro, passando entre as mamas e lateralmente ao abdome, nunca sobre o útero; c) não colocar a faixa superior do cinto por trás do tórax e nem colocá-la sob o braço ou na axila; d) não se sentar sobre a faixa inferior/pélvica (subabdominal) para utilizar unicamente a faixa superior/torácica (diagonal);
- **Alimentação:** no período gestacional, recomenda que a gestante adote dietas fracionadas em seis refeições dia, rica em alimentos com ferro (feijão, couve, espinafre, fígado, carnes), acompanhada de sucos ou frutas com vitamina C, proteínas, carboidratos e vitaminas;
- **Hidratação:** também se recomenda à gestante ingerir em torno de dois litros de água ou líquidos ao dia, preferencialmente antes e depois das refeições;
- **Aleitamento materno:** algumas orientações são relevantes para o período de amamentação. No primeiro trimestre, oriente em relação à importância do aleitamento no mínimo até seis meses do bebê e sobre as vantagens da amamentação para a mãe, pai e bebê. Oriente a mãe a expor os seios ao sol e a usar sutiãs com alças curtas e base larga. No segundo trimestre, orientar sobre a pega e posicionamen-

to do bebê na hora da amamentação. Já no terceiro trimestre, você deve explicar sobre os manejos no aleitamento, em especial, sobre as queixas comuns da mulher: ter pouco leite, fissura, ingurgitamento e mastite, choro do bebê etc;

- **Imunização.** A vacinação no período gestacional é uma ação de proteção para a saúde das gestantes e dos bebês, evitando algumas destas doenças através de vacinação. Em determinadas situações, a vacinação de gestantes beneficia não apenas a mãe, mas também protege seu filho por meio da passagem de anticorpos pela placenta, pelo colostro e leite **materno**. A vacinação de rotina das gestantes são a vacina contra o tétano, geralmente combinada com a contra difteria (dupla tipo adulto), e de acordo com a nota técnica do Ministério da Saúde número 39/2009/CGPNI/SVS/MS, de 8 de setembro de 2009, a vacina contra a hepatite B. Outras vacinas poderão ser consideradas e administradas após avaliação da unidade, dependendo de circunstâncias especiais, como a vacinação contra raiva, gripe e febre amarela. Administrar vacina Hepatite B: três doses, no esquema 0-1-6 meses. As vacinas vivas (vacina contra sarampo, contra rubéola, contra caxumba, contra febre amarela, BCG) são **contraindicadas** para gestantes.

Quadro 7: Vacinas

VACINA ANTITETÂNICA	CONDUTA
a) Não Vacinada	Aplicar três doses IM, mais precoce possível, de dois em dois meses ou aplicar três doses, o mais precoce possível ou a partir do final do 4º mês, a segunda dose 60 dias após a primeira a terceira dose 180 dias entre a 2ª e 3ª dose. A segunda dose deve se completada até 20 dias antes do parto. O intervalo mínimo entre a primeira e segunda dose é de 30 dias.  Reforço: de dez em dez anos: antecipar a dose de reforço, se ocorrer nova gravidez em cinco anos ou mais.
b) Com vacinação incompleta	Completar três doses, conforme esquema anterior, a partir do final do quarto mês.
c) Vacinada com esquema completo. Última dose há mais de cinco anos e está novamente grávida	Aplicar reforço
d) Esquema completo; última dose há menos de cinco anos.	Gestante imunizada

Fonte: Brasil (2006a)



## Saiba mais

Mais adiante, você estudará melhor sobre o aleitamento, mas diminua a sua curiosidade consultando o manual: Atenção à saúde do recém-nascido, volumes 1, 2, 3 e 4, publicados em 2011, pelo Ministério da Saúde, que também aborda o aleitamento materno. Disponível no site <[http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id\\_area=1461](http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1461)>.

- **Exercícios respiratórios na gravidez:** A respiração é um item importante a ser observado no período gestacional, e você deve orientar a gestante também quanto a isso. Temos dois tipos de respiração, sendo que abdominal e profunda é a mais adequada à gestante.
  - Respiração abdominal diafragmática: Deve ser realizada constantemente, pois favorece a descida do diafragma, aliviando prisões de ventre, melhorando a oxigenação sanguínea e, principalmente, proporcionando um relaxamento total. Atente para a técnica respiratória – inspirar pelo nariz de forma gradual e profunda, dilatando o abdômen, como se fosse uma grande bexiga; expirar pela boca, sentindo o abdômen esvaziar.
  - Respiração torácica: É utilizada somente para conscientização corporal e dos padrões respiratórios. Deve ser praticada com pouca intensidade, se possível, intercalada com outro tipo de respiração, pois pode gerar tontura nas gestantes – observe a técnica respiratória – inspirar pelo nariz lentamente, procurando expandir o tórax, e expirar lentamente pela boca, como se estivesse assoprando uma vela; A respiração profunda e lenta abdominal durante o parto será mais benéfica para a mãe e feto do que as técnicas que determinam um rápido aumento da taxa respiratória e uma redução na profundidade, interferindo na fisiologia natural da respiração e troca gasosa;
- **Exercícios:** durante a gestação, é recomendado que a mulher pratique algum exercício físico, observando, claro, algumas orientações específicas. As mulheres devem escolher atividades que tenham menor risco de perda de equilíbrio, de traumas e evitar esportes com alto risco de colisão, para proteger o bebê de traumas. O banho de mar é aconselhável, no entanto, é contraindicado o choque com ondas fortes. Deve-se tomar o cuidado de não se exercitar vigorosamente em climas muito quentes e manter a hidratação adequada, de modo a não prejudicar a termorregulação da mãe, a gestante deve usar roupas adequadas e ter boa postura. Usar protetor solar.

A atividade física na gestação é recomendada na ausência de qualquer anormalidade, de acordo com o ritmo da gestante, reduzindo em intensidade e duração com o evoluir da gravidez. Ela favorece a função intestinal, mantém o tônus dos músculos abdominais e perineais, aumenta o apetite, promove um sono repousante e diverge a atenção das atividades rotineiras. Exercícios e caminhadas no ritmo da gestante após as refeições, hidroginástica e a natação são ideais para as mulheres grávidas. Devem ser evitados exercícios em posição supina, uma vez que esta posição está associada à diminuição de débito cardíaco e diminuição de oxigenação;

Fique atento, pois há algumas contraindicações para a realização de exercícios no caso das gestantes, como por exemplo:

- a) problemas obstétricos, tais como: incompetência istmo-cervical, trabalho de parto prematuro, placenta prévia, descolamento de placenta; ameaça de aborto e doença hipertensiva; patologia cardiopulmonar: cardiopatia isquêmica ou valvular, insuficiência vascular periférica, doença pulmonar obstrutiva crônica;
  - b) alterações metabólicas severas e não controladas: diabetes *melittus* tipo 1, tireoideopatia; doenças infectocontagiosas como hepatite e mononucleose; gestação múltipla; desnutrição; uso de medicamentos que possam alterar a capacidade pulmonar ou metabólica.
- **Quedas:** você deve reforçar para a gestante que ela tem maior suscetibilidade a quedas em função do desequilíbrio corporal. Portanto, ela deve ter mais cuidado para não escorregar nos banheiros e cair de escadas;
  - **Radiografias:** devem ser evitadas em geral e, particularmente, aquelas que incidem no abdome. RX dentários podem ser executados, recomendando a proteção (aventil de chumbo) do abdome (NEME, 2000) e colar de proteção da tireóide;
  - **Dentista:** você deve orientar a gestante quanto aos cuidados odontológicos que ela deve ter nesse período. Você deve orientá-la a procurar o dentista para avaliar a presença de cáries, uma porta de entrada de infecção. É infundada a crença de que a cárie dentária é resultante da falta de sais de cálcio, uma vez que é uma patologia do tipo exógeno, não se justificando o uso suplementar de cálcio como proteção das cáries. Entre os fatores predisponentes encontramos a acidez bucal, a dieta rica de açúcar, da qual a sacarose é a mais nociva e, principalmente, a higiene bucal inadequada, necessitando escovação, uso de flúor e fio dental;

- **Higiene corporal:** você deve orientar a gestante quanto aos cuidados diários com a higiene pessoal. Deve ser mantida diariamente, sugerindo-se o uso de chuveiro e evitando-se o banho de imersão, principalmente em múltiparas (com o canal vaginal permeável). Recomenda-se o uso de sabonetes neutros. As gestantes obesas devem cuidar e proteger de assaduras as pregas inguinais e submamárias e as faces internas das coxas (NEME, 2000). Há aumento da perspiração, podendo a pele e cabelos ficarem mais oleosos, sendo necessária lavagem mais frequente;
- **Sinais de urgência:** lembre-se de explicar a gestante quanto ao surgimento de sinais de urgência. Nesses casos, você deve orientá-la a comunicar o obstetra ou enfermeiro a ocorrência de sintomas como: dor de cabeça intensa ou contínua, perturbação de visão, edema de rosto e mãos, calafrios e febre, vômito persistente, urina escassa ou sanguinolenta, disúria, dor no lado direito do abdome, ausência de movimentos fetais, sangramento vaginal, ruptura das bolsas de água e contrações. É importante ressaltar que, na ocorrência dos quatro últimos sintomas, é necessário que a gestante procure a maternidade (BURROUGHS, 1995; REZENDE, 2005);
- **Medicamentos:** a gestante deve evitar usar qualquer medicamento (alopático ou homeopático) no primeiro trimestre. No caso de extrema necessidade, procurar o médico para prescrever aqueles sem riscos. Oriente a gestante para que ela não use tintura para cabelos na gravidez, sobretudo no primeiro trimestre. Se não houver alternativa, fazer uso depois do quarto mês, utilizando somente as tinturas livres de metais e de amônia.

## 5.3 Resumo

Você estudou até aqui que as visitas domiciliares podem ser uma das estratégias para acompanhar a gestação, para reforçar o vínculo com a unidade de saúde e com os profissionais, bem como a troca de experiências e conhecimentos, e para supervisionar e reavaliar as ações propostas. O grupo de gestantes e/ou casais grávidos visa fortalecer os potenciais da gestante e de seus familiares para que estes possam ter uma participação mais ativa no processo de nascimento e uma vivência mais tranquila, prazerosa e plena nesta etapa de suas vidas. É uma atividade interdisciplinar que possibilita às gestantes e aos seus acompanhantes, desmistificar tabus relativos à gestação, parto e puerpério; orienta ainda quanto a realização de atividades físicas e exercícios respiratórios; permite à grávida compartilhar conhecimentos, experiências, vivências, sentimentos, medos e dúvidas; oportuniza a criação de novos laços de amizade, conhecer e interagir com pessoas que estão vivenciando o mesmo processo; além de conhecer a maternidade, familiarizando-os com o ambiente em que o parto poderá acontecer. Os temas abordados no grupo devem ser escolhidos pelos participantes e as estratégias utilizadas para conduzir as atividades devem ser avaliadas a cada encontro (ZAMPIERI et al., 2010). Lembre-se que conhecimentos das gestantes, sua realidade e experiências prévias, devem ser valorizados. Neste contexto, o profissional de saúde da atenção básica atua como facilitador no desenvolvimento das atividades educativas.

## 5.4. Fechamento

Atividade educativa é uma dimensão do cuidar do enfermeiro ele precisa se instrumentalizar para desenvolver esta atividade.

## 5.5. Recomendação de leitura complementar

Para que você possa complementar seus estudos, leia a seguinte obra:

BRASIL. Ministério da Saúde. **Conversando com a gestante**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: <[http://www.fiocruz.br/redebhl/media/conversando\\_gestante%5B1%5D.pdf](http://www.fiocruz.br/redebhl/media/conversando_gestante%5B1%5D.pdf)>



## Encerramento do módulo

Caro aluno, esperamos que, ao término desta unidade, você consiga reconhecer, planejar e desenvolver o processo de cuidar em enfermagem a mulher e família na gestação.

Lembre-se, você pode fazer a diferença na identificação dos riscos, na promoção da saúde, no cuidado prestado à mulher e sua família. Procure conhecer a realidade de seu município e da área de sua unidade, conversar com a equipe de saúde e planejar a atenção às gestantes com base neste diagnóstico. Faça parcerias com outros profissionais, unidades de saúde básicas e hospitalares e instituições sociais para prestar um cuidado integral e personalizado à mulher e seu filho no processo de nascimento. Só assim, poderemos evitar mortes maternas e neonatais.

Foi um prazer estar com você nessa trajetória. E agora, inicie uma nova unidade e aprenda um pouco mais sobre o parto.

## Referências

ADURA, F. E.; MONTAL J. H. da C.; SABBAG A. F. Uso do cinto de segurança durante a gravidez. **Revista Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 50, n. 1, 2004.

AMERICAN NURSES ASSOCIATION (ANA). **CPN II Recognition criteria and definitions**. Washington DC: ANA, 1999.

ARAÚJO, J. O; MARETTI, M. Anamnese e exame físico. In: REZENDE, J. **Obstetrícia**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000. cap. 9, p.174-186.

AUMANN, G. M; BAIRD, M. M. Avaliação do risco em gestantes. Tradução: Walkiria Settineri; Mauro Bertuol. In: KNUPPEL, R. A; DRUKKER, J. E. **Alto risco em obstetrícia: um enfoque multidisciplinar**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas, 1996. p.13-36.

BENSON R. C. **Manual de obstetrícia e ginecologia**. 5. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1991.

BERRY, E. et al. Best Start: Ontario's Maternal, Newborn and Early Child Development Resource Centre the Ontario Prevention Clearinghouse. **Preconception and Health: research and Strategies**, Toronto, 2001. Disponível em: <<http://www.opc.on.ca>>. Acesso em: 16 ago. 2012.

BRASIL. Decreto nº 94.406, de 08 de junho 1987. Regulamenta a lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Poder Executivo. Brasília, 1987. Disponível em: <<http://www.portalcofen.gov.br/sitenovo/node/4173>>. Acesso em: fev. 2010.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da gestante em APS**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011a. 240 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Estudo da mortalidade de mulheres de 10 a 49 anos, com ênfase na mortalidade materna: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a. p. 302.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **HIV/Aids, hepatites e outras DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006d.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Óbitos de mulheres em idade fértil e óbitos maternos - Brasil**. DATASUS. Tecnologia e informação a serviço do SUS, 2010b. Disponível em <<http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/tabcgi.exe?sim/cnv/mat10uf.def>> Acesso em: maio 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, Brasília, 2011b. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459\\_24\\_06\\_2011.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2011/prt1459_24_06_2011.html)>. Acesso em 22 maio 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Portaria nº 95, de 26 de Janeiro de 2001. Aprova a norma operacional da assistência - NOAS-SUS 01/2001 que regulamenta as diretrizes gerais para a organização regionalizada da assistência à saúde. **Diário Oficial da União**, Brasília, 29 jan. 2001. Disponível em: <[http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095\\_26\\_01\\_2001.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2001/prt0095_26_01_2001.html)>. Acesso em : 10 set. 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: <<http://bvsms.saude.gov.br/php/level.php?lang=pt&component=51&item=27>>. Acesso em: 7 jul. 2009.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Programa de Humanização do Pré-natal e Nascimento**. Brasília: Ministério da Saúde, 2000a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. **Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006c.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Área técnica da saúde da mulher. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 3. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2000b.

\_\_\_\_\_. **Portaria Nº 2.488**, DE 21 de outubro DE 2011 Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). 2011 Disponível em: <<http://www.brasilsus.com.br/legislacoes/gm/110154-2488>>.html. Acesso em 2 de maio de 2012.

BURROUGHS, A. **Uma introdução à enfermagem Materna**. Tradução Ana Thorell. 6. ed. Porto Alegre: Artes médicas, 1995. 456p. Tradução de: Maternity nursing: an introductory text.

CAMACHO, K. G.; VARGENS, O. M. C.; PROGIANTI, J. M. Adaptando-se à nova realidade: a mulher grávida e o exercício de sua sexualidade. **Rev. enferm. UERJ**, Rio de Janeiro. v. 18, n. 1, p. 32-37, jan/mar. 2010.

PEREIRA, F. C. O que é empoderamento (Empowerment). **Sapiência**. Teresina, n. 8. ano 3, jun. 2006. Disponível em: <<http://www.fapepi.pi.gov.br/novafapepi/sapiencia8/artigos1.php>>. Acesso em: 23 abr. 2012.

CLAUSON, M. I. Uncertainty and stress in women hospitalized with high risk pregnancy. **Clinical Nursing Research**, v. 5, n. 3, p. 309-325, ago. 1996.

COFEN (Conselho Federal de Enfermagem). **Resolução Cofen-358/2009**. Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 2009. Disponível em: <<http://site.portalcofen.gov.br/node/4384>>. Acesso em: 25 maio 2012.

COHN, L. O. C. A Sociedade de risco e o risco epidemiológico. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 11, p. 2339-2348, nov. 2006.

CUNNINGHAM, G. F. et al. **Williams Obstetrics**; Prenatal Care. 21. ed. International Edition. New York: Mc GRAW-HILL, 2001.

DELASCIO, D.; GUARIENTO, A. **Obstetrícia normal Briquet**. 3. ed. São Paulo: Savier, 1987. 473p.

DUNCAN, B. B.; SCHMIDT, M. I.; GIUGLIANI, E. **Medicina Ambulatorial**: condutas clínicas em atenção primária. Porto Alegre: Artes médicas; 2000.

ENKIN, M. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 2004.

FESCINA, R. H. et al. **Saúde sexual e reprodutiva**: guias para a atenção continuada de mulher e do recém-nascido focalizadas na APS. Montevideo: CLAP/SMR, 2010. Disponível em <[http://www.clap.ops-oms.org/web\\_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP%201562-03.pdf](http://www.clap.ops-oms.org/web_2005/BOLETINES%20Y%20NOVEDADES/EDICIONES%20DEL%20CLAP/CLAP%201562-03.pdf)> Acesso em 14 fev. 2012.

FRANTZ, N. Avaliação do Bem Estar Fetal. In: MIURA, E; PROCIANOY, R. S. **Neonatologia, Princípios e Prática**. 2. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1997. p. 25-38.

FREITAS, F. et al. **Rotinas em Obstetrícia**. 5. ed. Porto Alegre: ARTEMED, 2006.

GOMES, R. et al. Os sentidos do risco na gravidez: um estudo bibliográfico. **Rev Latino Am Enfermagem**. Ribeirão Preto. v. 9, n. 4 p. 62-67, jul. 2001.

GREGORY, K. D; DAVIDSON, E. Prenatal Care: Who Needs It and Why? **Clinical Obstetrics and Gynecology**. Philadelphia, v. 42, n. 4, p. 725-736. dec. 1999.

GUPTON, A.; HEAMAN, M. Bed rest from the perspective of high risk pregnant woman. **Journal of Obstetric Gynecologic and Neonatal Nursing**, Philadelphia, v. 26, n. 4, p. 423-429, jul./ago. 1997.

HAYES, M.V. On the epistemology of risk: language, logic and social science. **Soc Sci Med**, v. 35, n. 4, p. 401-407, 1992.

HEAMAN, M. Stressful life events, social support, and mood disturbance. In Hospitalized and non-hospitalized women with pregnancy-induced hypertension. **The Canadian Journal of Nursing Research**. Canadá, Spring, v. 24, n. 1, p. 3-37, 1992.

KEMP, V. H.; HATMAKER, D. D. Stress and social support in high risk pregnancy. **Research in Nursing and Health**, v. 12, n. 5, p. 331-336, 1989.

KEMP, V. H.; PAGE, C. Health practices and anxiety in low-income, high and low-risk pregnant women. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**. Philadelphia. v. 22, n. 3, p. 266-272, may/jun. 1993.

LEICHTENTRITT, R. D. et al. Pregnancy and hospitalization: the women's voices. **Health & Social Work**, Washington, v. 30, p. 39-46, 2005.

LOOS, C.; JULIUS, L. The client's view of hospitalization during pregnancy. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**. Philadelphia. v. 18, n. 1, p. 52-56, jan. 1989.

LOWDERMILK, D. L.; PERRY, S. E.; BOBAK, I. M. **O Cuidado em Enfermagem Materna**. 5. ed. Porto Alegre: Artmed, 2002.

LU, M. C. et al. Where I All Begins: The impact of Preconceptional and Prenatal on Early Childhood Development. In: HALFON N. et al. **Building Community systems for young children**. Los Angeles: UCLA, jan., 2000. Disponível em: <[www.healthychild.ucla.edu/Publications/Documents/Whereetall%20begins0101.pdf](http://www.healthychild.ucla.edu/Publications/Documents/Whereetall%20begins0101.pdf)>. Acesso em: 30 mar. 2004.

MCCAIN, G. C.; DEATRICK, J. A. The experience of high-risk pregnancy. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, Philadelphia v. 23, n. 5, p. 421-427. jun. 1994.

MALDONADO, M. T. P. **Psicologia da gravidez**. 15. ed. São Paulo: Saraiva, 2000. 229p.

MALDONADO, M.T. **Psicologia da gravidez: parto e puerpério**, 16. ed. São Paulo: Saraiva, 2002.

MALONI, J. A. Home care of the high-risk pregnant woman requiring bed rest. **Journal of Obstetric, Gynecologic, and Neonatal Nursing**, Philadelphia, v. 23, n. 8, p. 696-706, oct. 1994.

MALONI, J. A.; BREZINSKI-TOMASI, J. E.; JOHNSON, L. A. Antepartum bed rest: effect upon the family. **Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**, Philadelphia, v. 30, n. 2, p. 165-173, 2001.

MALONI, J. A.; KUTIL, R. M. Antepartum support group for women hospitalized on bed rest. **MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing**, v. 25, n. 4, p. 204-210. 2000.

MALONI J. A.; PARK, S. Postpartum symptoms after antepartum bed rest. **JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**. Philadelphia, v. 34, p.163-171, 2005.

MALONI, J. A; PONDER, B. M. Fathers' experience of their partners' antepartum bed rest. Image: **Journal of Nursing Scholarship**, USA, v. 29, n. 2, p. 183-187, 1997.

MENDES, F. Risco: um conceito do passado que colonizou o presente. Promoção da saúde. **Revista Portuguesa de Saúde Pública**, Lisboa, v. 20, n. 2. jul./dez. 2002. Disponível em <[http://www.estig.ipbeja.pt/~ac\\_direito/2-05-2002.pdf](http://www.estig.ipbeja.pt/~ac_direito/2-05-2002.pdf)>. Acesso em: 17 maio 2012.

MONDARDO, L. M. **Um olhar psicanalítico sobre a vida intrauterina e a constituição psíquica do feto**. 2009. 46 f. Trabalho de Conclusão do Curso (Graduação) - Departamento de Psicologia, Universidade do Extremo Sul Catarinense, Criciúma, 2009.

NANDA International. **Diagnósticos de enfermagem da NANDA: definições e classificação 2009-2011**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

NEEDLMAN, R. D. Crescimento e Desenvolvimento. In: BEHRMAN R. E.; KLIEGMAN, R. M.; JENSON H. B. **Nelson Tratado de Pediatria**. 16. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 28-31.

NEME, B. **Obstetrícia básica**. São Paulo: Sarvier, 2000.

\_\_\_\_\_. **Obstetrícia Básica**. 3. ed. São Paulo: Sarvier, 2005. 1.379 p.

OLIVEIRA, M. E.; ZAMPIERI, M. F. M; BRUGGEMANN, O. **A melodia da humanização: reflexões sobre o cuidado no processo de nascimento**. Florianópolis: Cidade Futura, 2001.

OLIVEIRA, V. J. **Vivenciando a gravidez de alto-risco: entre a luz e a escuridão**. 2008, 111 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem, Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, 2008.

PENNA, C. M. M.; SANTOS, R. V. A educação em saúde como estratégia para o cuidado à gestante, puérpera e ao recém-nascido. **Texto contexto Enferm.**, Florianópolis, v. 18, n. 4, out./dez. 2009.

PEIXOTO, S. et al. **Pré-Natal**. 3. ed. São Paulo: Roca, 2004. 1.289 p.

PEREIRA, M. G. **Epidemiologia: teoria e prática**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.

PICHON-RIVIÈRE, E. **O processo grupal**. São Paulo: Martins Fontes, 2000.

RAMSEY, E. M.; DONNER M. W. **Placental vasculature and circulation**. Philadelphia: Saunders College Publishing, 1980.

REBERTE, L. M; HOGA, L. A. K. O desenvolvimento de um grupo de gestantes com a utilização da abordagem corporal. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 14, n. 2, p.186-192, abr./jun. 2005.

REZENDE, J. **Obstetrícia Fundamental**. 10. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2005.

REZENDE, J. de; MONTENEGRO, C. A. B. **Obstetrícia fundamental**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003. 670 p.

RICCI, S. S. **Enfermagem Materno-neonatal e saúde da mulher**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciência & Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro. v. 12, n. 2, p. 477-486, 2007.

SÁNCHEZ, A. I. M.; BERTOLOZZI, M. R. Pode o conceito de vulnerabilidade apoiar a construção do conhecimento em Saúde Coletiva? **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro. v. 12, n. 2, p. 319-324, 2007.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria da Saúde. **Manual técnico do pré-natal e puerpério**. São Paulo: SES/SP, 2010. 234p.

SARUÊ, E. et al. **O Conceito de risco e programação dos cuidados à saúde**: manual básico de aprendizagem inicial. Tradução Enrique Rivero Ortiz. Brasília: Ministério da Saúde, 1984. 254p.

SCHALL, V. T.; STRUCHINER, M. Educação em saúde: novas perspectivas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, supl. 2. 1999. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X1999000600001>>. Acesso em: 30 maio 2012.

SCHROEDER, C. A. Women's experience of bed rest in high risk pregnancy. Image: **Journal of Nursing Scholarship**, USA, v. 28, n. 3, p. 253-258, 1996.

SOIFER, P. **Psicologia da gravidez**: parto e puerpério. Porto Alegre: Artes Médicas, 1986.

SOUZA, L. B. et al. Educação, Cultura e Participação Popular: abordagem no contexto da educação em saúde. **Rev Enferm UERJ**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 1, p.107-112, jan./mar. 2008.

SPRAGUE, A. The evolution of bed rest as a clinical intervention. **JOGNN: Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing**. Philadelphia, v. 33, n. 5, p. 42-61, 2004.

STOLL, B. J.; KLIEGMAN, R. M. O Feto e o Recém Nascido. In: BEHRMAN, R. E.; KLIEGMAN, R. M.; JENSON, H. B. **Nelson Tratado de Pediatria**, 16. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2002. p. 446-453.

TOVAR ACOSTA, M. C. et al. **Atención ambulatoria a la madre & recién nacido**. Cali: XYZ Impressores, 1993. 318p.

TRAJANO, A.; SOUZA, F. M. Generalidades e diagnóstico de gravidez. **Cadernos de obstetrícia**. 2011. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/59569574/1-Caderno-de-Obstetricia-C>>. Acessos: 17 maio 2012.

VERDI, M.; SANTANA, M. Assistência domiciliar. In: VERDI, M.; BOEHS, A. E.; ZAMPIERI, M. F. M. **Enfermagem na Atenção Primária de Saúde: saúde coletiva e saúde da criança**. Florianópolis: UFSC/NFR/SBP, 2005. cap. 8, p.166-181.

VERNY, T. R. **Bebês do amanhã: arte e ciência de ser pais**. Caxias do Sul: Millennium, 2004.

VICTORA, C. G. et al. Saúde de mães e crianças no Brasil: progressos e desafios. **The Lancet**, p. 36-50. maio, 2011. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/geral/the\\_lancet\\_05\\_2011.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/geral/the_lancet_05_2011.pdf)>. Acesso em: 20 nov. 2012.

WALDMAN, E. A. **Vigilância em Saúde Pública**. São Paulo: USP, 1998. v. 7.

WHITE, M.; RITCHIE, J. Psychological stressors antepartum hospitalization: reports from pregnant women. **Maternal Child Nursing Journal**, v. 13, n. 1, p. 47-56, 1984.

WILHEIM, J. **O que é psicologia pré-natal**. 4. ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2006. 126 p.

WHO (World Health Organization). **Trends in maternal mortality: 1990 to 2010**. [s.l.]: WHO: UNICEF: UNFPA, 2012. 59 p. Disponível em: <<http://www.onu.org.br/brasil-tem-queda-de-51-na-mortalidade-materna-registra-relatorio-da-onu/>>. Acesso em: 20 maio 2012.

XAVIER, R. B. A. **Enfermeira na assistência a gestante que apresenta alto risco materno e/ou fetal**: compreendendo a sua ação no ambulatório de pré-natal. 2007. 76 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Centro de Ciências Biológicas e da Saúde, Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2007.

ZAMPIERI, M. F. M. Atenção ao pré-natal. In: SANTOS, E. K. A. et al. **Enfermagem: módulo saúde da mulher**. Florianópolis: UFSC: UNASUS, 2010c.



\_\_\_\_\_. Atenção Pré-natal. In: ZAMPIERI, M. F. M. et al. **Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da mulher**: textos fundamentais. 2. ed. Florianópolis: UFSC:NFR, 2010b, cap. 16, p. 361-432.

\_\_\_\_\_. Cuidados de Enfermagem na gestação de alto risco. In: PROENF. **Saúde Materna e Neonatal**: programa de atualização em enfermagem. Porto Alegre: Artemed, 2011.

\_\_\_\_\_. **Cuidado humanizado no pré-natal**: um olhar para além das divergências e convergências. 2006, 425 f. Tese (Doutorado em Enfermagem) - Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2006.

\_\_\_\_\_. et al. Processo educativo com gestantes e/ou casais grávidos: possibilidade para transformação e reflexão da realidade. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v. 19, n. 4, p. 719-727, out./dez. 2010.

\_\_\_\_\_. Gestação como processo. In: ZAMPIERI, M. F. M. et al. **Enfermagem na Atenção Primária à Saúde da mulher**: textos fundamentais. 2. ed. Florianópolis: UFSC: NFR, 2010a. cap. 8, p. 218-228.

\_\_\_\_\_. O processo educativo, interpretando o som da humanização. In: OLIVEIRA, M. E; ZAMPIERI, M. F. M.; SANTOS, O. M. B. **A melodia da humanização**: reflexões sobre o cuidado no processo do nascimento. Florianópolis: Cidade Futura, 2001a. cap.7, p.101-109.

\_\_\_\_\_. **Seminário de Patologias na gravidez**. Apostila digitada. Florianópolis: UFSC, 2009.

\_\_\_\_\_. **Vivenciando o processo educativo com gestantes de alto risco e seus acompanhantes**. 1998. 179 f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 1998.

\_\_\_\_\_. Vivenciando o processo educativo com gestantes de alto risco e seus acompanhantes. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 40-166. jan. 2001b.

ZIEGEL, E. E.; CRANLEY, S. M. **Enfermagem obstétrica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Interamericana, 1985. 683p.

ZUGAIB, M. ; TEDESCO, J. J. A.; QUIYLE, J. **Obstetrícia Psicossomática**. São Paulo; Rio de Janeiro; Belo Horizonte: Atheneu,1998

## Minicurrículo do(s) autor(s)

### Maria de Fátima Mota Zampieri

Professora Doutora do Departamento de Enfermagem na Graduação e Pós-graduação da Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Doutorado em Enfermagem, área de concentração Filosofia, Saúde e Sociedade pelo Programa de Pós-graduação da UFSC. Mestrado em Assistência de Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação da UFSC. Especialização em Obstetrícia Social e Perinatal. Especialização em Serviços de Saúde: Administração Hospitalar e Saúde Pública pela UNAERP. Graduação na Universidade Federal de Santa Catarina. Atualmente atua como pesquisadora do grupo de pesquisa em Enfermagem da Saúde da Mulher e do Recém-Nascido/GRUPESMUR/PEN/UFSC. Tem experiência na enfermagem, com destaque na obstetrícia, saúde da mulher na atenção básica, atuando principalmente nos seguintes temas: saúde da mulher, atenção ao pré-natal, preventivo de câncer, climatério, humanização, complexidade e educação.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/1053979619053587>>.

### Flávia Gomes-Sponholz

Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno-Infantil e Saúde Pública da EERP-USP. Mestrado e Doutorado em Enfermagem em Saúde Pública pela Universidade de São Paulo EERP-USP, Especialização em Enfermagem Obstétrica pela EERP-USP e Pós-doutorado pela *University of Alberta*, Canadá. Graduação em Enfermagem pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo EERP-USP. Atualmente é membro do grupo de pesquisa Enfermagem, Mulher e Saúde e Coordenadora do NALMA - Núcleo de Aleitamento Materno da EERP-USP. Tem experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Obstétrica, atuando principalmente nos seguintes temas: Morbidade e Mortalidade Materna, Aleitamento Materno e Aspectos Emocionais em Obstetrícia.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4769598Z2>>.

## Maria Emilia de Oliveira

Enfermeira, Doutora em Enfermagem pelo Programa de Pós-graduação da Universidade Federal de Santa Catarina. Especialista em Enfermagem Neonatal em Cretél (França). Membro do Grupo de Pesquisa em Enfermagem na Saúde da Mulher e do Recém-nascido – GRUPESMUR do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da UFSC. Experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Neonatológica e Pediátrica.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/9297030914268422>>.

## Patrícia Kuerten Rocha

Professora Adjunto II da Graduação em Enfermagem da UFSC e Professora da Pós-graduação em Enfermagem da UFSC. Doutorado e Mestrado pelo Programa de Pós-graduação da UFSC na área de concentração Filosofia, Saúde e Sociedade. Especialização em Terapia Intensiva Pediátrica, Modalidade Residência, e especialização em Emergências pela Universidade Federal de São Paulo. Graduação em Enfermagem pela Universidade Federal de Santa Catarina (UFSC). Experiência na área de Enfermagem, com ênfase em Enfermagem Pediátrica, atuando principalmente nos seguintes temas: segurança do paciente, tecnologia, modelos de cuidado.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4769598Z2>>.

## Maria Cândida de Carvalho Furtado

Professora Doutora do Departamento de Enfermagem Materno Infantil e Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, da Universidade de São Paulo. Mestrado e Doutorado pela Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo. Pós-doutorado pela *University of Alberta, College of Nursing*, Alberta, Canadá. Desenvolve estudos sobre o Cuidado de Enfermagem à Criança na atenção primária em saúde, Avaliação de Programas e Serviços de Saúde Infantis.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://lattes.cnpq.br/5483970346222449>>.

## Colaboradora

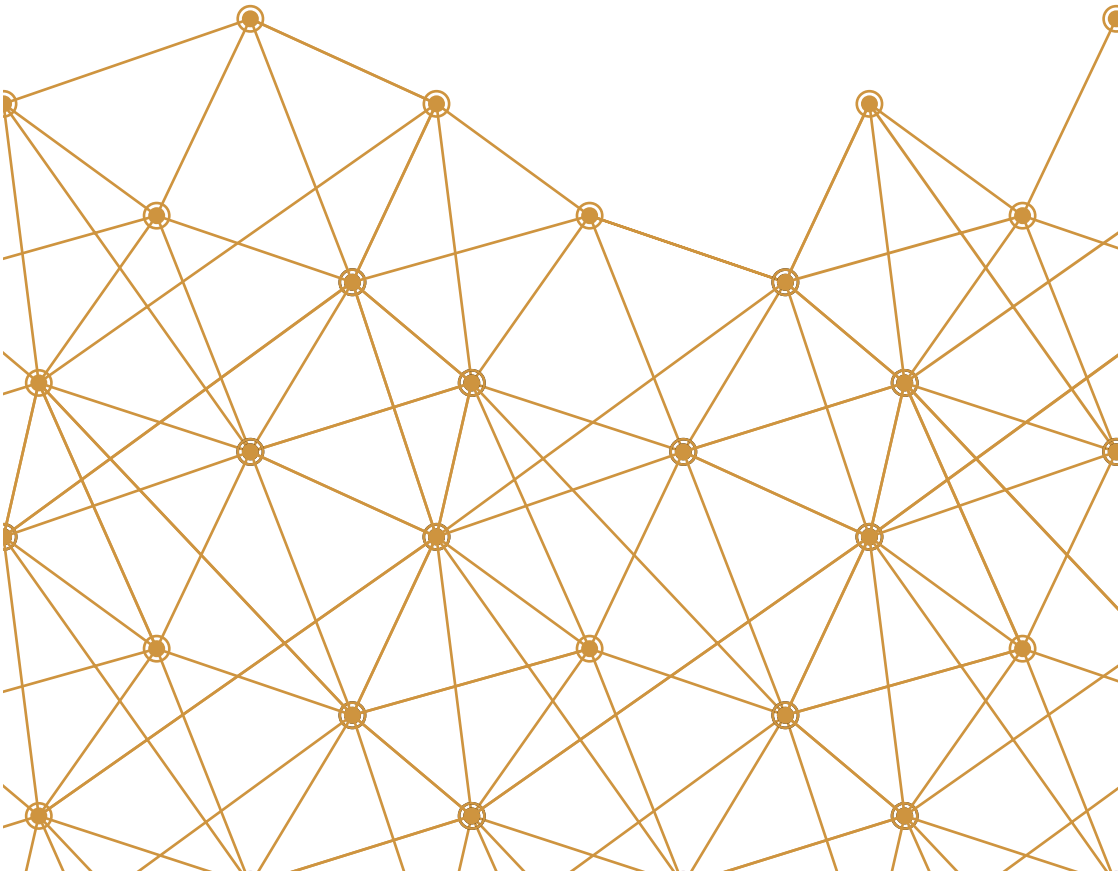
### Alecssandra F. S. Viduedo

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal de São Carlos (1995), Especialização em Enfermagem Obstétrica pela Universidade Federal de São Paulo (1996), Mestrado em Enfermagem pela Universidade Estadual de Campinas (2007). Doutoranda Programa de Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto-USP, membro do grupo de pesquisa Enfermagem, Mulher e Saúde (cadastrado no diretório do CNPq), Membro da Sociedade Honorífica de Enfermagem *Sigma Theta Tau* (STTI) capítulo *Rho Upsilon*.

Endereço na Plataforma Lattes: <<http://buscatextual.cnpq.br/buscatextual/visualizacv.do?id=K4500120U3>>.



# ANEXO 1



# Patologias comuns na Atenção Básica e cuidados

De acordo com Zampieri (2009) e Zampieri (2011), as patologias comuns e cuidados na Atenção Básica são:

## a) Doença hipertensiva na gravidez

**CONCEITO, SINAIS E SINTOMAS:** Distúrbio hipertensivo na gestação. Ocorre após a 20ª semana de gestação, na segunda metade da gravidez, normalmente no terceiro trimestre. Os principais sinais e sintomas apresentados são: hipertensão igual ou superior a 140/90 mmHg em pacientes com mais de 20 semanas de gestação e previamente normotensas, baseada na média de pelo menos duas medidas, ácido úrico maior que 6mg/dl; proteinúria (igual ou acima 300mg/dl nas 24 horas) ou 1+ ou mais na fita em duas ocasiões, em uma determinação de amostra única sem evidência de infecção, e edema generalizado (nem sempre presente). Dentre as classificações:

- Pré-eclâmpsia leve caracterizada por hipertensão e proteinúria. Na ausência de proteinúria, confirma-se o diagnóstico pela presença de cefaleia, distúrbios visuais, dor abdominal, plaquetopenia (menos de 100.000/mm) e aumento de enzimas hepáticas.
- Pré-eclâmpsia grave caracterizada por PA diastólica igual ou maior que 110mmHg, proteinúria igual/maior que 2,0g em 24 horas, ou 2+ em fita urinária, oligúria (menor que 500ml/dia, ou 25ml/hora), creatinina maior que 1,2mg/dL, sinais de encefalopatia hipertensiva (cefaleia e distúrbios visuais), dor epigástrica ou no hipocôndrio direito, coagulopatia, plaquetopenia (<100.000/mm<sup>3</sup>), aumento de enzimas hepáticas (AST ou TGO, ALT ou TGP, DHL) e de bilirrubinas.
- Eclâmpsia caracterizada pela presença de convulsões tonico-clônicas generalizadas ou coma em mulher com qualquer quadro hipertensivo, não causadas por epilepsia ou qualquer outra doença convulsiva. Pode ocorrer na gravidez, no parto e no puerpério imediato.

**REPERCUSSÕES:** Aumento da prematuridade, do aborto, sofrimento fetal agudo, da morte fetal, da mortalidade perinatal; do parto pré-termo (33%), das malformações fetais, dos oligoâmnios, do retardo de crescimento intrauterino (RCIU), do descolamento da placenta, da insuficiência renal, edema pulmonar, e coagulação intravascular disseminada na gestação.

**FATORES DE RISCO:** Idade materna menor que 19 anos e maior que 40 anos, pré-eclâmpsia justaposta em gravidez prévia ou de início precoce

em gravidez anterior; história familiar de doença hipertensiva e hipertensão crônica, gestação gemelar, primigesta, diabetes, doença renal crônica, incompatibilidade RH, gestação molar, obesidade, nível socioeconômico (nutricional), mudanças climáticas, nível baixo de escolaridade, atividade profissional, primeira gravidez com um novo parceiro, história de pré-eclâmpsia em um parente próximo (mãe ou irmã), ganho excessivo de peso, nuliparidade.

## CUIDADOS

- Acolher e dialogar com a gestante, ouvindo-a atentamente em suas necessidades e queixas. Questionar se não tinha hipertensão anterior. Realizar anamnese e exame físico completos;
- Prestar orientações sobre a patologia e cuidados;
- Verificar se teve quadro hipertensivo anterior e registrar quando ocorreu;
- Verificar a pressão (PA) no domicílio, ou na unidade após 20 minutos de repouso por dois ou três dias (hipertensão leve), por duas vezes, com a mulher sentada, com braço apoiado sobre a mesa na altura do coração, no mesmo horário, mesmo esfigmomanômetro e mesmo braço, de preferência o da direita ou naquele em que PA é mais alta. Usar a fase V de Korotkoff (desaparecimento do ruído) para registrar o valor diastólico. Checar se a mulher ingeriu álcool, café, coca e/ou fumou cigarro antes e na hora de verificar a PA. Isto deve ser evitado. Se possível, realizar controle de PA no mínimo três a cinco dias no domicílio da gestante, no caso de hipertensão leve. Constatado o quadro fazer os encaminhamentos. Incremento 30mmHg na pressão arterial sistólica (PAS) ou na pressão diastólica (PAD) de 15mmHg, sobretudo se o ácido úrico for superior a 6mg/dl, precisa ser avaliado, mas não fecha o diagnóstico de doença hipertensiva;
- Controlar o peso e verificar a presença de edema. Orientar para erguer as pernas no máximo 15 minutos, algumas vezes ao dia, para reduzir o edema, caso a paciente não apresentar insuficiência cardíaca congestiva;
- Prestar informações às gestantes e familiares e companheiro sobre os sinais de eclâmpsia que requerem internação e cuidados no caso de convulsões. Presença de sinais de eclâmpsia: manifestações cerebrais (cefaleia, torpor, obnubilação mental ou desorientação, náuseas e vômitos), visuais (escotomas, turvação de vista, amaurose, diplopia, ptose), gastrintestinais (dor epigástrica ou no quadrante direito do abdome que sugere síndrome de HELLP constituída de hemólise, aumento de enzimas hepáticas e plaquetopenia), renais



(oligúria, aumento de proteinúria e cilindrúria) e reflexos tendinosos profundos exaltados; de coagulação (sangramento gengival ou de outras vias) e falta de movimentação fetal. Incluir os familiares nos cuidados;

- Prestar orientações em relação à dieta alimentar rica em ferro, cálcio e proteína, porém não hiperproteica para evitar sobrecarga do sistema urinário, e dieta normosódica ou com conteúdo reduzido de teores de sódio (< 2,4 g/dia, equivalente a seis gramas de cloreto de sódio), constituída de frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas, leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras saturadas, trans e colesterol e boa hidratação (seis a oito copos por dia). (BRASIL, 2006a)
- Orientar a ingestão hídrica. Realizar avaliação nutricional para poder orientar a dieta e encaminhar para nutricionista;
- Orientar para não usar diurético, pois reduz o volume intravascular e a perfusão placentária;
- Orientar que possivelmente serão prescritos alguns exames pelo médico para confirmar diagnóstico e facilitar a avaliação, tais como, proteinúria, contagem de plaquetas, ácido úrico creatinina plasmática, bilirrubinas, transaminases hepáticas e a desidrogenase láctica;
- Prestar orientações em relação ao repouso ou redução de atividade até a melhora do quadro. Orientar deambulação controlada com repouso posterior no mínimo de 8 horas de sono/dia. Encaminhar para o médico para avaliação e atestado;
- Orientar para evitar o fumo, o álcool, o café ou os estimulantes e atividades estressantes;
- Estimular a expressão de medos, dúvidas e ansiedades nas consultas e atividades educativas e verificar o bem estar do bebê com rigor;
- Encaminhar com urgência ao nível terciário ao apresentar sinais de pré-eclâmpsia grave e eclâmpsia;
- Nas mulheres hipertensas, avaliar o hipertensivo prescrito, orientar sobre os efeitos colaterais e sobre a forma de uso. Os mais seguros na gravidez são metildopa e betabloqueadores;
- Realizar o registro completo da situação apresentada e dos cuidados no prontuário e cartão da gestante;
- Encaminhar a mulher para o nível secundário ou terciário por escrito de acordo com a gravidade, em comum acordo com o médico da saúde da família, com quem alterna as consultas, e manter o acompanhamento e seguimento no domicílio por meio da equipe da saúde da família;

- Orientar a gestante a deitar preferencialmente em decúbito lateral, de preferência do lado esquerdo, e adotar esta posição quando precisar ficar deitada.
- Orientar sobre a importância de realizar relaxamentos para enfrentar o estresse. No caso da indicação de repouso no leito, orientar exercício com os pés e mãos, tensionar e relaxar músculos do corpo;
- Avaliar com precisão a idade gestacional, altura uterina (avaliar, sobretudo, retardo de crescimento fetal) e batimentos cardíofetais, e se necessário encaminhar para a ultrassonografia de acordo com o protocolo da unidade. Contagem de movimentos fetais diariamente. Existem diversas formas de contar os movimentos. Segundo Brasil (2006a), a gestante deve alimentar-se antes de começar o registro dos movimentos; em posição semissentada, com a mão no abdômen, marcar o horário de início; registrar seis movimentos e marcar o horário do último; se em uma hora o bebê não mexer seis vezes, parar de contar os movimentos. Repetir o registro. Se persistir a diminuição, procurar a unidade de saúde.
- Realizar consultas mais frequentes (semanal ou quinzenal, dependendo do quadro). Se possível, e de acordo com o protocolo, solicitar ultrassom para avaliar idade gestacional, bem estar fetal, condições da placenta. Importante realizar ainda um exame de ultrassonografia adicional com 25 – 28 semanas para avaliar o crescimento fetal.

## b) Diabetes na gestação

**CONCEITO, SINAIS E SINTOMAS:** Diabetes gestacional é definido como intolerância aos carboidratos, de graus variados de intensidade, diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto. Pode incluir as paciente com características clínicas de DM tipo I e do tipo II, diagnosticado previamente à gestação ou aquela diagnosticada na atual gestação. Costuma ser identificado no final do segundo trimestre ou início do terceiro. São sinais de diabetes *Melittus*: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso (os “4 Ps”). Outros sintomas que levantam a suspeita clínica são: fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar e infecções de repetição. Algumas vezes, o diagnóstico é feito a partir de complicações crônicas como neuropatia, retinopatia ou doença cardiovascular aterosclerótica.

**FATORES DE RISCO:** Idade superior ou igual a 30 anos; obesidade ou ganho excessivo de peso na gestação, índice de massa corporal (IMC) >25kg/m<sup>2</sup> (sobrepeso e obesidade); história familiar de diabetes; história obstétrica de morte fetal inexplicada (abortos, natimortos), hipoglicemia de filho após o nascimento; poliidrâmnio, macrossomia, malformação fetal em gestação an-

terior, pré-eclâmpsia e eclâmpsia; história prévia de diabetes; baixa estatura, uso de drogas hiperglicemiantes (corticoides, diuréticos tiazídicos); síndrome dos ovários policísticos, hipertensão arterial crônica, suspeita clínica ou ultrassonografia de crescimento fetal excessivo ou poliídramnio.

**REPERCUSSÕES:** Fetais: malformações congênitas; macrossomia; hiperglicemia fetal, hipoglicemia e hiperbilirrubinemia neonatal; síndrome de angústia respiratória; retardo de crescimento intrauterino; morte fetal e prematuridade.

Maternas: hipoglicemia; cetoacidose diabética; nefropatia; retinopatia; pré-eclâmpsia; trabalho de parto pré-termo; poliídramnio, RUPREMA, doença hipertensiva na gravidez; hemorragias, infecções; macrossomia e consequente aumento da taxa de cesariana; incidência de distócia do ombro ou a mortalidade perinatal.

## CUIDADOS

- Realizar anamnese e exame físico completo. Ficar atento (a) às queixas da gestante. A ocorrência de malformações, óbitos e natimortos, altura uterina acima da indicada para a idade gestacional, presença de poliídramnio em gravidez anterior, bem como recém-nascido grande ou hipoglicêmico, ou com síndrome do desconforto respiratório, suspeitar de diabetes. Controle de sinais vitais, sobretudo PA e temperatura.
- Solicitar glicemia de jejum: nível de glicose sanguínea, após um jejum de 8 a 12 horas, na primeira consulta e após 20ª semana. Resultado maior ou igual a 85 mg//dl, o rastreamento é positivo. Solicitar o teste oral de tolerância à glicose (TTG-75 g)<sup>1</sup>. Na ausência de fatores de risco e glicemia de jejum  $\leq$  85mg/dL, considera-se rastreamento negativo e deve-se repetir a glicemia de jejum entre a 24 e 28 semanas de gestação;
- Prestar orientações à gestante sobre seu problema (diabetes) e complicações.
- Prestar orientações em relação à dieta (30 kcal/kg de peso/dia e constará de 40-50% de carboidratos; 30 a 35% de gorduras e 20 a 25% de proteínas) orientada por nutricionista, aumentando a partir do segundo trimestre 300 kcal/dia. Suprimir a ingesta de açúcar refinado e outros, mel, melado, caldo de cana, e doces em geral. Evitar carboidratos simples e substituir pelos integrais, bem como evitar alimentos calóricos, frituras, gorduras e bebidas alcoólicas e refrigerantes. Dar preferência aos alimentos magros, laticínios desnatados e produtos dietéticos. Ingerir livremente frutas, legumes, verduras, proteínas magras, leite e derivados magros. Fazer várias refeições

leves por dia, cerca de seis, ingerindo porções pequenas. Diminuir o sal e alimentos ricos em sódio, como os industrializados e artificiais;

- Prestar orientações em relação aos exercícios regulares, reforçando a importância de estar bem hidratada, usar o protetor solar e roupa adequada ao clima, respeitar o ritmo de seu corpo, em torno de 15 a 30 minutos de caminhada, quatro ou seis vezes por semana. Deambulação controlada com repouso posterior e no mínimo de 8 horas de sono/dia;
- Prestar orientações aos familiares e amigos que constituirão a rede de apoio da gestante; Encaminhar para um psicólogo;
- Estimular a expressão dos medos, das queixas e ansiedades; incluir os familiares no cuidado e orientar para participarem de grupos educativos;
- Realizar controle dos sinais vitais, principalmente pressão (risco de doença hipertensiva) e temperatura (risco de infecção). Realizar avaliação nutricional pelo índice de massa corporal (IMC) e controlar o peso;
- Avaliar de forma precisa a idade gestacional e a altura uterina
- Orientar cuidados de higiene para prevenir infecções vaginais e urinárias e tratar colpites e cervicites. Solicitar uroculturas com maior frequência, mesmo na ausência de sintomatologia.
- Avaliar o bem-estar fetal, o desenvolvimento e a vitalidade do bebê. Controlar os batimentos cardíacos e os movimentos fetais (em gestantes diabéticas com uso de insulina, após a 28ª semana de gestação); Lembramos que há várias maneiras para verificar a movimentação. 1) controlar movimentos fetais em três intervalos de 1 hora de duração, distribuídos nos três períodos (após o café da manhã, o almoço e o jantar), com a mãe em decúbito lateral esquerdo (DLE). Os valores obtidos em cada um dos três intervalos são somados, e o resultado multiplicado por quatro corresponde a atividade motora fetal em 12 horas. A soma diária da contagem deve ser maior ou igual a 15 movimentos fetais. 2) Contagem da movimentação fetal até completarem-se 10 movimentos em 12 horas; 3) Registro dos movimentos fetais por período de uma hora em posição sentada. Valores maiores que seis movimentos/hora correspondem a fetos em boas condições; 4) movimento fetais percebidos pela mãe em duas horas Este registro dos movimentos devem ser feitos com a mãe em repouso, somando-se 4 períodos de 30 minutos em 24 horas. (Valor mínimo normal entre 30–40 semanas = 10 movimentos em 24 horas) BRASIL(2010a). OBS; O uso de medicamentos (sedativos, tranquilizantes, corticosteroides) e de cigarro podem diminuir a movimentação fetal. Soluções não contam como movimento.

- Orientar: o uso de hidratante na pele para maior proteção, evitar banho muito quente, proteger os pés, observando se não tem infecções, cortar as unhas;
- Encaminhar para o nível de média complexidade por escrito, em comum acordo com o médico que também atende a gestante, e manter um acompanhamento domiciliar. Explicar que as consultas serão mais frequentes e talvez necessite internação periodicamente para realizar o perfil glicêmico;
- Solicitar a glicemia, glicosúria e proteinúria nas 24 horas, ultrassom, antes de encaminhar para agilizar o processo, de acordo com os protocolos da unidade básica, se possível, pedir ao médico para solicitar a ultrassonografia morfológica. Orientar sobre exames, quando prescritos pelo médico (creatinina sérica, TSH, ultrassom morfológico, ureia, ácido-úrico etc.);
- Orientar que os hipoglicemiantes orais são contraindicados na gestação, devido ao risco aumentado de anomalias fetais. Orientar como se administra a insulina, quando necessário e quando prescrita pelo médico;
- Orientar sobre os **sinais de cetoacidose**: vômitos, poliúria, visão turva, fraqueza muscular e alteração do estado mental, taquipnéia, taquicardia e hipotensão postural; acrescidos de hálito cetônico, hiperventilação, glicosúria e hiperglicemia. Na gestação, diabetes tipo 1, glicemias com elevação em torno de 2000mg/dl podem provocar a cetoacidose, sendo que a infecção urinária é a condição associada mais frequente. Confirmar com a realização de exames e caso apareça hiperglicemia como resultado e a paciente esteja fazendo uso de insulina, administrar a dose prescrita pelo médico de acordo com o resultado;
- Realizar consultas mais frequentes (semanal, quinzenal ou quando a gravidade exigir);
- Prestar orientações a respeito de **sinais de hipoglicemia** (nervosismo, fraqueza, sudorese e tremor, debilidade, fome e dor tipo epigástrico, dor de cabeça e formigamento de lábios e língua, taquicardia, visão dupla, palidez e sensação de frio) e procurar ajuda imediatamente, sobretudo se faz uso de insulina. Realizar o exame para confirmar a hipoglicemia e se confirmado, comer ou beber 10 a 15 g de carboidratos;
- Registrar no prontuário, no encaminhamento e cartão da gestante, as informações sobre a situação da gestante e os cuidados realizados;

- No caso de o quadro se agravar, encaminhar para o nível terciário por escrito, comunicando por telefone, realizando os registros também no cartão. Realizar o seguimento periódico, por meio de visitas domiciliares, pois a paciente é da área de abrangência da unidade de saúde.

<sup>1</sup>Cuidados anteriores ao exame TTG-75 g - Alimentação com ao menos 150 g de carboidratos nos três dias anteriores ao exame (75 g), atividade física habitual, no dia do exame jejum de oito horas, registrar medicações ingeridas, não fumar ou caminhar durante o teste. Ingestão de 75 g de glicose anidra em cinco minutos. No TTG de 75g de duas horas, o valor crítico da glicose plasmática em jejum é igual ou superior a 126 mg% e o valor crítico após duas horas de ingestão de 75 g é igual ou superior a 140mg%. (FREITAS et al., 2006).

No caso de resultado positivo, acima ou igual ao valor crítico, encaminhar a um serviço de maior complexidade. Nesse teste, valores de 105 a 125 de glicemia em jejum e valores de 140 a 199 após duas horas caracterizam a tolerância diminuída da glicose, são considerados pela Organização Mundial de Saúde como diabetes gestacional, devendo a gestante ser referenciada ao serviço de alto risco. Assim sendo, considerando as duas situações o rastreamento, é positivo quando a glicemia em jejum for igual ou ultrapassar 105mg/dl e a glicemia após duas horas for igual ou superior a 140mg/dl, devendo a gestante ser referenciada a um serviço de maior complexidade. Em Brasil (2010a), os pontos de corte são jejum 95mg/dL em uma hora 180mg/dL e depois de duas horas 155mg/d.

### c) Aloimunização

**SINAIS E SINTOMAS:** A aloimunização Rh pode levar a hidropsia e ao óbito fetal ou neonatal e costuma ser mais grave com os antígenos D e Kell. A aloimunização materna ocorre quando hemácias RH positivas são introduzidas no organismo materno na gestação ou parto, onde é totalmente desconhecido, pois a mulher não possui o antígeno RH. Doença hemolítica Perinatal (DHPN) ou eritroblastose fetal é uma afecção generalizada acompanhada de anemia, destruição de hemácias e presença de hemácias jovens ou imaturas na circulação periférica (eritroblastose fetal). Decorre da incompatibilidade sanguínea materno-fetal. O recém-nascido apresenta hemólise, icterícia e edema.

**FATORES DE RISCO:** Transfusão sanguínea; morte fetal intraútero, gestação ectópica, abortos, mola hidantiforme em pacientes Rh negativas com o companheiro Rh positivo, hidropsia ou anasarca em gestação anterior. Algumas patologias da gestação (hemorragia antenatal, toxemia, abortos), procedimentos e/ou exames obstétricos (extração manual de placenta, cesariana, versão externa, curetagem, amniocentese, cordocentese, transfusão sanguínea intrauterina, biópsia das vilosidades coriônicas), assim como trauma abdominal aumentam o risco de passagem de eritrócitos e exposição materna ao sangue fetal.

**REPERCUSSÕES SOBRE O RN:** Icterícia, hemólise e, icterícia e edema se houver sensibilização. Kernicterus, hidropsia, óbito fetal e malformação.

## CUIDADOS

- Realizar uma boa anamnese e exame físico e fazer o registro, destacando a história de hidropsia fetal ou neonatal e anasarca. Deve ter solicitado o teste de Coombs indireto, independentemente da tipagem Rh (positivo ou negativo). Avaliar se houve transfusões, abortos, exames invasivos, transplantes, implantes ou compartilhamento de seringas nesta ou em gravidez anterior;
- Prestar orientações sobre o modo como ocorre a sensibilização e sobre o uso de imunoglobulina anti-RH (anti-D) na gestação (28ª semana de gestação) e no pós-parto. Após a aplicação da imunoglobulina, o Coombs indireto pode ficar positivo por até quatro semanas. Segundo Fescina et al., (2010), a administração de gamaglobulina anti-D durante a gravidez de forma rotineira é discutível pelo alto custo que gera em relação ao seu efeito protetor.
- Realizar o registro todos os dados no cartão da gestante e prontuário e orientar a mulher para avisar na maternidade sobre o seu tipo sanguíneo;
- Estimular a expressão de medos, dúvidas e ansiedades e orientar para participar de grupos educativos com gestantes e casais grávidos;
- Ao identificar gestantes RH negativas, verificar a tipagem e fator Rh do pai da criança. Se o pai for positivo ou este for desconhecido, a pesquisa de anticorpos deve ser feita entre a 18 e 20 semanas e, depois, de quatro em quatro semanas (coombs indireto) ou realizar nova pesquisa de anticorpos entre a 34ª e 38ª semana. Alguns autores orientam realizar o exame semanalmente a partir da 36ª semana de gestação. Se for positivo, referir para o pré-natal de risco. A vigilância universal independe da paridade e dos resultados de exames anteriores;
- Administrar, profilaticamente, imunoglobulina anti-D na 28ª semana para evitar a sensibilização;
- Informar que parto cesáreo e a extração manual da placenta aumentam os riscos, devendo ser realizados com indicação precisa;
- Orientar a mulher que, nos casos de aborto, natimorto, óbito fetal, hemorragias, gravidez ectópica, descolamento de placenta e placenta prévia, doença trofoblástica na gravidez ou procedimentos como cordocentese, biópsia e transfusão de sangue incompatível, versão cefálica externa, outros procedimentos invasivos, ela precisa tomar a imunoglobulina anti-D (matergam);

- Orientar sobre a importância de se cortar o cordão imediatamente após o parto e determinar tipo sanguíneo, fator Rh e RH O variante (DU), teste antiglobulina (Coombs direto), usando o sangue do cordão;
- Informar à mulher que, se ela é negativa e o filho nascer com RH positivo ou DU positivo e Coombs indireto negativo, ela precisa tomar Imunoglobulina anti-RH (anti-D), via intramuscular, antes de completar 72 horas do parto;
- Orientar sobre a profilaxia em recém-nascido Rh negativo de parto gemelar se o outro feto for Rh positivo, até 72 horas do nascimento;
- Solicitar doadores sangue O negativo para manter sangue em estoque, no caso de transfusão sanguínea;
- Caso seja constatado que a gestante for isoimunizada, encaminhar ao nível de alta complexidade (terciário) por escrito e telefone. Neste caso, devem ser oferecidos espaços para a mulher expressar seus medos e angústias e ter apoio psicológico. Alertar a mulher que talvez seja necessário interromper a gravidez de forma prematura, se prescrito pelo médico; orientar que possivelmente será necessário realizar ultrassom frequentemente para avaliar de forma rigorosa o bem-estar e crescimento fetal (hidropsia e poliidrânio), controlar batimentos cardíacos e a vitalidade fetal. Pode ser necessário avaliar a hemólise por meio da amniocentese (prescrita pelo médico). Informar a mulher, pai da criança e familiares sobre o procedimento. Acompanhar, ser rede de apoio e estimular a expressão das emoções. Incluir a família como rede de apoio;
- Realizar acompanhamento e seguimento por meio de visita domiciliar de forma concomitante;
- Registrar no prontuário e cartão os dados de todas as consultas e atendimentos.

## d) Hemorragias na gravidez — terceira causa de mortalidade materna

Existem diferentes patologias relacionadas à Hemorragias na gravidez, confira:

**1) PATOLOGIA:** AMEAÇA DE ABORTO (Sangramento discreto ou moderado, sem que ocorra modificação cervical) .

**FATORES DE RISCO:** Anormalidades do embrião, infecções crônicas, problemas na decidua, incompetência istmo cervical. Sinéquias, resultantes de agressões do endométrio em função de curetagens de repetição, Malformações uterinas, diabetes, infecções, miomatose uterina e fatores imunológicos e genéticos. Mais frequente na primeira metade da gravidez.



**SINAIS E SINTOMAS:** O colo uterino (orifício interno) encontra-se fechado, o volume uterino é compatível com o esperado para a idade gestacional e não existem sinais de infecção. Geralmente apresenta dor do tipo cólica ou peso na região do hipogástrio ou dores discretas lombares. Sangramentos vaginais (metrorragia), sendo os mais sérios os tipos “borra de café”, que indicam longa duração, dores na região lombar e expulsão do conteúdo no caso de abortamento. Neste caso, o colo uterino (orifício interno) pode estar aberto e o tamanho uterino mostra-se menor que o esperado para a idade gestacional. No exame de ultrassom, encontra-se cavidade uterina vazia ou com imagens sugestivas de coágulos.

**REPERCUSSÕES:** Evolução da gravidez ou abortamento

### CUIDADOS

- Realizar anamnese e um exame obstétrico cuidadoso. Avaliar tipo de dor e de sangramento. Normalmente tem dor tipo cólica, com sangramento escuro (final de menstruação) no início;
- Prestar orientações sobre o uso de medicação para dor. A administração por tempo limitado, de antiespasmódicos (hioscina), um comprimido, VO de oito em oito horas, quando prescrito pelo médico;
- Encaminhar para realizar o ultrassom. O diagnóstico é feito através deste procedimento;
- Orientar a gestante e sua família sobre o problema e sobre a importância do repouso;
- Realizar o controle dos sangramentos e sinais vitais, ficando atento (a) aos sinais de choque e abortamento. Verificar a temperatura para avaliar infecção. Nos casos em que não ocorre a regressão das alterações ou se surgir febre, dor pélvica localizada ou sangramento com odor fétido, a mulher deve retornar ao serviço de saúde para ser novamente avaliada;
- Solicitar a tipagem sanguínea e também ultrassonografia para avaliar a situação ou encaminhar para o médico para este solicitar;
- Orientar alimentação rica em ferro com vitamina C, repouso e hidratação;
- Orientar para não ter relações sexuais com penetração vaginal e/ou orgasmos e manuseio e estímulo da mama. Repouso no leito;
- Avaliar os BCF;
- Estimular a expressão de medos, dúvidas e ansiedades;
- Registrar os dados no prontuário e no cartão da gestante;

- Acompanhar e realizar seguimento da situação da gestante em nível domiciliar;
- Realizar relaxamentos;
- No caso de abortamento completo, verificar a temperatura, fazer profilaxia no caso da mulher ser RH negativa, vacinar contra o tétano, rubéola e hepatite, solicitar exame de sífilis de acordo com o protocolo ou encaminhar para o médico para solicitar o exame de sífilis. Orientar planejamento familiar.

**2) PATOLOGIA:** MOLA HIDANTIFORME (neoplasia trofoblástica gestacional benigna)

**FATORES DE RISCO:** Extremos da idade reprodutiva, gestação molar prévia, tipo sanguíneo (Sistema ABO), baixo nível socioeconômico, e deficiência de vitamina A, nível de **beta-hCG** acima de 100.000 micro unidades/ml. Pode estar relacionada ao intervalo intrapartal curto, síndrome de ovário policístico, inseminação artificial, radiações imunizantes, contato com herbicidas e uso de fumo. Comum na primeira metade da gravidez

**SINAIS E SINTOMAS:** Sangramento vaginal abundante ou irregular ou intermitente no primeiro trimestre, podendo haver eliminação de vesículas, (sinal patognomônico), em geral indolor. A altura uterina ou o volume uterino, em geral, são maiores previamente a um episódio de sangramento e menores após (efeito sanfona). Pode ocorrer hiperemese e sintomas de pré-eclâmpsia antes de 20 semanas, embolização trofoblástica com o desenvolvimento de angústia respiratória, sintomas de hipertireoidismo, aparecimento de leucorreia amarelada mesclada com sangue, presença de polaciúria. Normalmente não se consegue auscultar BCF na mola parcial.

**REPERCUSSÕES:** Neoplasia com metástases em situações raras.

## GUIDADOS

- Solicitar **Beta-HCG** para avaliar a titulação, que normalmente é elevada para a idade gestacional correspondente. Avaliar a altura uterina (tende a ser maior do que o previsto para a idade gestacional). Observar o tipo de sangramento, quantidade. Normalmente apresenta coágulos pequenos parecidos com cachos de uvas e não tem dor;
- Solicitar a ultrassonografia para realizar o diagnóstico e orientar sobre os exames que o médico pode pedir (tipagem, Rh, hemograma, provas de coagulação, da função hepática e da renal);
- Encaminhar para o nível de alta complexidade, por escrito;
- Facilitar a expressão de medos, dúvidas e ansiedades;

- Manter o acompanhamento da mulher pela atenção básica de forma concomitante;
- Conversar com a gestante e os familiares sobre o quadro, sendo às vezes necessário acompanhamento psicológico;
- Tomar os cuidados para hemorragia e choque, principalmente controle de PA;
- Orientar a hidratação (+ de 2 litros/dia). Pode ter hiperemese gravídica;
- Controlar PA e avaliar hipertensão, proteinúria e edema. Pode apresentar pré-eclâmpsia;
- Orientar sobre os exames que o médico pode solicitar: ultrassom e exames laboratoriais (tipagem, hemograma, provas de coagulação, provas de função hepática e renal, e radiografia pulmonar);
- Orientar, se houver certeza do diagnóstico, e se for prescrito sobre a necessidade de esvaziamento do útero, por meio de vácuo-extração e/ou a curetagem, que provavelmente, será por dilatação e indução do abortamento, após indicação médica; orientar para realizar novos testes de **Beta-HCG** (semanais) até negativar. Orientar sobre a contracepção, iniciando, após 15 dias, o esvaziamento do útero e evitar a gravidez por pelo menos um ano. Evitar confundir resultados do **Beta-HCG** da mola e gravidez;
- Realizar anatomopatológico;
- Orientar que provavelmente terá que fazer exames radiológicos, em especial de tórax para monitorar a presença de metástases e ultrassom periódicos para monitorar a involução uterina e regressão dos cistos tecaluteínicos ovarianos.
- Orientar sobre a possibilidade de em alguns casos (malignidade) ser necessário tratamento com quimioterapia, para evitar metástase.
- Talvez seja solicitada a reposição sanguínea pelo médico no nível de maior complexidade. Ficar atento a esta questão, pois haverá necessidade de doadores.

**3) PATOLOGIA:** GRAVIDEZ ECTÓPICA (nidação do ovo fora da cavidade uterina, sendo mais comum nas trompas).

**FATORES DE RISCO:** Doença inflamatória pélvica, multiparidade, uso de DIU, cirurgias pélvicas extragenitais, curetagens, insucesso de laqueadura tubária, cirurgias tubárias conservadoras e laqueadura, idade maior que 30 anos, endometriose, uso de indutores de ovulação, infecções genitais por clamídia e gonococos, aborto induzido, aderências pélvicas, cirurgias

abdominais, malformações uterinas, miomas, uso contraceptivos de progestágenos, alterações anatômicas de trompas como tumores, divertículos e hipoplasia e prenhez ectópica anterior.

**SINAIS E SINTOMAS:** Dor pode ser leve, intermitente ou aguda, lancinante comparada à punhalada e súbita em uma das fossas ilíacas. Podem ocorrer sinais de hemorragia interna, tais como palidez, descoloramento das mucosas, angústia, sudorese, estado vertiginoso, falta de ar, sede, hipotensão e hipotensão postural, pulso filiforme. Ademais, irritação reflexa do reto e bexiga que se traduzem em tenesmo intestinal, polaciúria e sinal de Blumberg positivo (dor a descompressão súbita de abdome).

Sinais subagudos: indícios vagos de gestação, dor de média intensidade no baixo ventre, cólica uterina e irritação peritonial. Pequena metrorragia ou gotejamento permanente de sangue escuro.

Útero menor que o esperado para a idade gestacional, equimose periumbilical (gravidez tubária).

**REPERCUSSÕES:** Choque e óbito fetal e materno.

### **CUIDADOS**

- Verificar os sinais vitais e observar sinais de choque;
- Orientar sobre a suspeita à gestante e aos familiares, alertando sobre a gravidade do problema; solicitar **Beta-HCG** para confirmar a gravidez;
- Suspeitando-se, solicitar, se possível, uma ultrassonografia com urgência e encaminhar ao nível terciário para avaliação urgentemente;
- Registrar os dados no prontuário, cartão da gestante e ficha de encaminhamento;
- Seguimento da gestante por meio da visita domiciliar;
- Pacientes com Rh negativo e Coombs indireto negativo devem receber imunoglobulina anti-D para prevenir a isoimunização materna, após procedimentos cirúrgicos para retirado do feto;
- Talvez seja solicitada a reposição sanguínea pelo médico no nível de maior complexidade. Ficar atento a esta questão, pois haverá necessidade de doadores;
- Orientar planejamento familiar, intervalo intrapartal de dois anos.

**4) PATOLOGIA:** DESCOLAMENTO DE PLACENTA - DPP (hemorragia na decídua basal. Separação total ou parcial da placenta da parede uterina antes do parto. Hemorragia da segunda metade da gestação). A DPP tem três estágios: no Grau 1, o sangramento é discreto sem hipertonia uterina significativa e a vitalidade do bebê é preservada. No Grau 2, há sangramento genital moderado e contrações tetânicas, com os batimentos ainda presentes e; no Grau 3, há sangramento genital importante, com hipertonia uterina, hipotensão materna e óbito fetal.

**FATORES DE RISCO:** Hipertensão, pré-eclâmpsia e eclâmpsia tabagismo, traumatismo diretos no útero, brevidade do cordão, desnutrição, deficiência de ferro e fator socioeconômico baixo, gestação gemelar, diminuição de ácido fólico, multiparidade, macrossomia, traumatismo, hipertensão arterial sistêmica, DPP anterior, tabagismo e alcoolismo, uso de cocaína e crack, trombofilias, abortamento provocado anterior, cesariana previa; trauma automobilístico, idade (idosas), versão uterina poliidrânios (descompressão súbita), antecedentes obstétricos (sangramentos ou óbitos fetais). Comum na segunda metade da gravidez.

**SINAIS E SINTOMAS:** Hemorragia – sangue escuro ou hemorragia interna após 20ª semana até antes do parto repentino, a hemorragia pode permanecer oculta, invadir a cavidade amniótica (hemoâmnio) e o útero (útero de Couvelaire) ou exteriorizar-se pela vagina. Dor súbita. Quando mais grave, ocorre irritabilidade e sensibilidade uterina, dor abdominal intensa, tetânia uterina, BCF ausentes ou com alterações, dificuldade de se palpar os contornos fetais, ausência ou pequena movimentação fetal e sinais de anemia.

**REPERCUSSÕES:** Sofrimento fetal, óbito fetal, choque materno, trabalho de parto prematuro CIVD (coagulação intravascular disseminada), síndrome de HELLP, morte materna, alterações renais (necrose córtico-renal), insuficiência hepática materna, hemorragia intracraniana.

## CUIDADOS

- Realizar anamnese e um exame obstétrico cuidadosos. Avaliar o tipo de sangramento, quantidade, quando aconteceu, se está associado à dor ou alguma outra situação. Por ser situação de emergência, encaminhar com urgência ao nível de alta complexidade ou terciário;
- Prestar orientações sobre o seu problema para a mulher e família (comunicar à família); e quanto à necessidade de exames (hemograma com contagem de plaquetas; tipagem sanguínea ABO Rh; Coagulograma etc.), quando prescritos pelo médico.
- Detectar e evitar fatores predisponentes, principalmente hipertensão, desnutrição, tabagismo, uso de álcool, drogas ilícitas, sobretudo cocaína e crack, e violências;

- Verificar e controlar o sangramento e sinais vitais, sobretudo a PA;
- Solicitar tipagem sanguínea e também ultrassonografia para avaliar a situação e confirmar o diagnóstico (é difícil diagnosticar) ou encaminhar direto ao nível de alta complexidade, orientando sobre os exames, dependendo do quadro apresentado. Acompanhamento de familiar;
- Prestar orientações em relação à alimentação rica em proteínas, carboidratos, vitaminas, ácido fólico e, principalmente, ferro, repouso e hidratação, podendo ser necessário a complementação de ferro;
- Orientar para não ter relações sexuais com penetração e/ou orgasmos até o término do sangramento e para não manusear e estimular a mama;
- Avaliar bem-estar fetal e controlar BCF. Verificar os movimentos fetais. Avaliar a dinâmica uterina e altura uterina, se possível;
- Facilitar a expressão de medos, dúvidas e ansiedades;
- Ficar atento (a) aos sinais de choque: no início paciente fica agitada e intranquila, depois apática, não responsiva, extremidades frias, pele pálida, cianose de lábios e unhas e lóbulos da orelha, suor frio, na fase final hipotensão (controverso), dificuldade de palpar pulsação;
- Registrar no prontuário e cartão da gestante;
- Orientar o repouso no leito e evitar estresse e esforços;
- Pode ser solicitado pelo médico a reposição sanguínea no nível de maior complexidade. Ficar atento (a) a esta questão, pois haverá necessidade de doadores;
- Encaminhar por escrito ao nível terciário (alta complexidade) para avaliação com urgência;
- Acompanhar e realizar seguimento da situação da gestante com o enfermeiro (a) da unidade da atenção básica, de forma concomitante.

**5) PATOLOGIA:** PLACENTA PRÉVIA - PP (placenta que se implanta total ou parcialmente no segmento inferior do útero).

**FATORES DE RISCO:** Vascularização deficiente da decídua, alterações da decídua (cicatriz uterina, endometrite, sinéquias ou aderências, curetagens), processos inflamatórios frequentes, idade avançada, acretismo em gestação anterior, multiparidade, gestação múltipla, gestantes isoimunizadas, cesáreas repetidas. Comum na segunda metade da gravidez.

**SINAIS E SINTOMAS:** Perda sanguínea silenciosa - primeiro episódio na 28ª semana e se repete. Útero não está contraído e apresenta-se elástico, mole e normal. Contorno uterino conservado. Não tem sofrimento fetal. BCF normais. Sangue vivo rutilante e coagulado, Indolor, desvinculado de qualquer esforço ou traumatismo. Mantém os movimentos fetais.

**REPERCUSSÕES:** Abortamento, ruptura de membranas, procedência de cordão, prematuridade, retenção de placenta, hemorragias, retardo de crescimento do bebê, pré-termo, anóxia fetal e óbito.

## CUIDADOS

- Realizar anamnese e um exame obstétrico cuidadoso. Avaliar o tipo de sangramento, quantidade, se está associado à dor;
- Diagnóstico é feito principalmente por ultrassonografia; orientar repouso;
- Orientar sobre o problema para ela e família e sobre as necessidades de exames (entre eles, hemograma, tipagem e Rh e coagulograma); orientar a mulher que não deve ser realizado o exame de toque, até que se tenha exata localização da placenta;
- Controlar o sangramento e sinais vitais, ficando atento (a) aos sinais de choque. Solicitar a tipagem sanguínea e também ultrassonografia para avaliar a situação ou encaminhar para o médico para este solicitá-la;
- Prestar orientações em relação à alimentação rica em proteínas, vitaminas e ferro, repouso e hidratação; pode necessitar complementação de ferro;
- Orientar para não ter relações sexuais com penetração vaginal e/ou orgasmos e manusear e estimular a mama. Repouso no leito;
- Avaliar bem estar fetal e controlar BCF. Verificar movimentos fetais;
- Facilitar a expressão de medos, dúvidas e ansiedades;
- Registrar no prontuário e no cartão da gestante;
- Encaminhar por escrito ao nível terciário para avaliação com urgência;
- Realizar seguimento e acompanhamento da situação da gestante como enfermeiro a unidade da atenção básica;
- No caso de o médico solicitar a reposição sanguínea, nos casos de nível de maior complexidade, ficar atento (a) a esta questão, pois haverá necessidade de conseguir doadores.

- Solicitar hemograma no pós-parto para investigar a anemia e orientar intervalo interpartal de dois anos;
- Em gestantes Rh-negativo, deve ser feita a prescrição de imunoglobulina anti-D, quando ela apresentar sangramento.



### Saiba mais

Para saber mais sobre hemorragias na gravidez, consulte a seguinte referência: ZAMPIERI, M. F. M. **Seminário de Patologias na gravidez**. Florianópolis: UFSC, 2009.

## e) Anemia Ferropriva

**SINAIS E SINTOMAS:** depósitos de ferro são reduzidos durante a gravidez em decorrência de uma maior demanda para suprir o aumento da hemoglobina circulante e o desenvolvimento fetal, ocorrendo fraqueza, tontura, mucosas oculares e orais hipocoradas e fadiga.

**FATORES DE RISCO:** Carências nutricionais, presença de verminoses, gravidez (anemia fisiológica), multiparidade, sangramentos, má absorção, adolescência, gemelaridade, índices aumentados de mortalidade materno-fetal, placenta prévia, hipertrofia e descolamento placentário, pré-eclâmpsia e hemorragia pós-parto e doenças infecciosas.

**REPERCUSSÕES:** Abortamento, crescimento intrauterino retardado, trabalho de parto prematuro, baixo peso fetal e doença hipertensiva na gravidez.

### CUIDADOS

- Prestar orientações sobre a importância de realizar exames nos três trimestres (hemograma, hematócrito, ferritina, parasitológico etc.) e solicitá-los, seguindo protocolo;
- Prestar orientações em relação a uma dieta rica em vitaminas, sobretudo a C, pois absorve melhor o ferro, bem como proteínas e ferro;
- Orientar a suplementação de ferro antes das refeições juntamente com alimentos ricos em ferro e com vitamina C (sucos de laranja, limão, acerola). No caso de hemoglobina 11g/dl: ausência de anemia, manter a suplementação de 60mg/dia de ferro elementar, a partir da 20ª semana, e 5mg/dia de ácido fólico uma hora antes da refeição;



- Hemoglobina < 11g/dl e > 8g/dl: diagnóstico de anemia leve a moderada. Solicitar exame parasitológico de fezes e tratar parasitoses seguindo o protocolo para tratamento do Ministério da Saúde “Manual de pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada”. Neste caso, administrar sulfato ferroso prescrito pelo médico / ou estabelecido no protocolo (120 a 240mg de ferro elementar/dia) de dois a quatro drágeas de sulfato ferroso, via oral/dia, uma hora antes das principais refeições;
- Hemoglobina < 8g/dl: diagnóstico de anemia grave. A gestante deve ser referida imediatamente ao pré-natal de alto risco.
- Avaliar as condições sanitárias e de higiene e orientar cuidados (lavagem das mãos e alimentos, sobretudo); Solicitar parasitológico;
- Realizar novos exames, sobretudo o hemograma, para avaliar o quadro;
- Recomendar a realização de exame parasitológico de fezes em gestantes de risco e com condição socioeconômica desfavorecida, sendo que o tratamento das parasitoses deve ser realizado ainda na gestação, logo após 16-20 semanas de gestação para evitar teratogenicidade em função das drogas e a soma de seu efeito à gravidez;
- Investigar e avaliar as condições sanitárias e da higiene das mãos e manipulação de alimentos. Persistindo a anemia após o tratamento, em acordo com os outros profissionais da unidade, referenciar para um nível de média complexidade.

## f) Infecção urinária - infecção no trato superior ou inferior (ITU)

**SINAIS E SINTOMAS:** Sinais da cistite - disúria, polaciúria e urgência miccional, polaciúria, dor suprapúbica, hematúria e urina fétida. Diagnóstico de certeza, só com urocultura.

Sinais de pielonefrite - queda do estado geral, com febre, calafrios, náuseas, vômitos, dor lombar, dor a percussão lombar, disúria, polaciúria, urgência miccional e hipersensibilidade do ângulo costovertebral, sugestivos de pielonefrite aguda (compromete o sistema coletor e a medula renal). Associados a eles estão a desidratação, o comprometimento da função renal, a hemólise, anemia, o choque séptico, a prematuridade e a infecção feto-anexial.

Sinais de bacteriúria assintomática - cultura de urina com o crescimento de 100 mil ou mais colônias de bactérias por mililitro em duas amostras consecutivas de uma urina coletada por jato médio em uma paciente sem sintomas urinários. Se não tratada, 25% das mulheres desenvolverão a pielonefrite.

**FATORES DE RISCO:** Gestação, infecção prévia à gravidez, cuidados inadequados de higiene, retenção urinária, infecção antes de iniciar o pré-natal, infecções genitais, anomalias no trato urinário, diabetes e baixo nível socioeconômico.

### **REPERCUSSÕES:**

Gerais - anemia aumentada (secreção inadequada de eritropoietina), hipertensão/pré-eclâmpsia, prematuridade, aborto, retardo de crescimento uterino e baixo peso, natimortos, morte fetal, crescimento uterino retardado, ruptura prematura de membranas amnióticas.

- Repercussões da cistite: anemia aumentada, hipertensão, prematuridade, retardo de crescimento uterino e baixo peso.
- Repercussões da pielonefrite:
  - para a mãe: choque endotóxico, insuficiência respiratória e renal aguda, alterações hematológicas e hepáticas como a Coagulação Intra Vascular Disseminada associada à hemólise.
  - para o bebê: retardo de crescimento, prematuridade, anomalias congênitas e óbito.
- Repercussões da bacteriúria assintomática - pielonefrite, anemia, hipertensão, prematuridade, crescimento intrauterino restrito e baixo peso.

### **CUIDADOS**

- Prestar orientações sobre esta situação de saúde e dos riscos da infecção urinária;
- Realizar o preventivo de câncer cérvico-uterino e pesquisar, tratar infecções vaginais e cervicais, sobretudo a candidíase em função do uso do antibiótico usado para ITU, após realizar anamnese e exame físico acurado;
- Solicitar os exames de parcial de urina e urocultura com antibiograma no primeiro trimestre e parcial nos dois últimos trimestres, de acordo com o protocolo do município;
- Orientar o uso correto dos medicamentos (antibiótico), prescrito pelo médico, dose e tempo, evitando a resistência; Normalmente o tratamento é feito de 7 a 14 dias.
- Realizar nova urocultura e até o final da gravidez; prescrever no mínimo mais duas uroculturas para avaliar a situação da gestante (seguir protocolo municipal);

- Orientar para não reter urina. Fazer micções periódicas e completas, principalmente após a relação sexual;
- Realizar controle de sinais vitais, edema e proteinúria; Avaliar proteinúria, ácido úrico e creatinina, se necessário;
- Orientar para ingerir grande quantidade de líquidos (dois litros/dia); Tomar água antes da relação sexual e ir ao banheiro urinar após o término;
- Prestar orientações para a realização do exame que é feito no laboratório. Após a higiene dos genitais, despreza-se o primeiro jato e armazena-se a urina em pote estéril. Cuidado para não contaminar o recipiente de coleta; identificá-lo e armazenar no ambiente adequado;
- Orientar a deambulação durante o dia e repouso em decúbito lateral esquerdo;
- Manter uma alimentação rica em proteínas, carboidratos, vitaminas e sais minerais, restringindo leite e seus derivados;
- Orientar a realização da higiene perineal no sentido anteroposterior antes e após evacuações e/ou relação sexual e evitar banho de banheira, preferir o chuveiro. Prestar orientações em relação ao uso de roupa íntima de algodão. Lavar a roupa íntima separada das demais, colocar ao sol e passar; evitar calças jeans apertadas, o uso de papel higiênico e absorvente higiênico com perfume e colorido;
- Prestar orientações sobre o uso de um lubrificante à base de água durante a relação sexual. Não ter relações sexuais com penetração vaginal ou tê-las com proteção até o término do tratamento; não praticar penetração vaginal precedida de anal;
- Na suspeita de pielonefrite, a gestante deve ser encaminhada para o hospital de referência. A unidade de saúde deve realizar acompanhamento por meio de visita domiciliar periodicamente, uma vez que a gestante pertence a sua área de abrangência;
- Registrar no cartão e prontuário os dados.

## g) Sífilis

**SINAIS E SINTOMAS:** A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, de transmissão sexual ou materno-fetal, de evolução crônica e causada pelo *Treponema pallidum*, que pode produzir as formas adquirida e congênita da doença. Sujeita a surtos de agudização e períodos de latência clínica de menor ou maior tempo de duração. A infecção do feto pode ocorrer em qualquer fase da gestação. Conheça as características das três fases:

- **Primária:** presença de cancro duro, lesão erosada ou ulcerada, geralmente única, pouco dolorosa, com base endurecida, fundo liso, brilhante e pouca secreção serosa, com aparecimento entre 10 e 90 dias após o contato infectante, localizado na vagina e colo uterino, podendo passar despercebido pela mulher;
- **Secundária** - erupções cutâneas generalizadas (roséolas sifilíticas, queda de cabelo, alopecia e placas úmidas na região vulvar e perineal Lesões pápulo-hipertroóficas nas regiões de dobras ou de atrito (condiloma plano);
- **Terciária** - goma sifilítica neurológicas, cardiológicas e osteo-articulares.

A sífilis congênita precoce: é definida até o 2º ano de vida, tendo as seguintes características: septicemia maciça com anemia intensa, icterícia e hemorragia; lesões cutâneo-mucosas; lesões ósseas, do sistema nervoso central (ex. convulsões, meningite); do aparelho respiratório (pneumonia alba); hepatoesplenomegalia, pancreatite; rinite sanguinolenta; anemia, plaquetopenia, púrpura. Já a sífilis congênita tardia: fronte olímpica; mandíbula curva; arco palatino elevado; nariz em sela; tibia em lâmina de sabre; surdez, retardo mental e hidrocefalia. Se a infecção congênita ocorre nas fases primária e secundária, a taxa de infecção pode alcançar de 70 a 100%.

**FATORES DE RISCO:** Parceiro casual ou múltiplos parceiros, promiscuidade, adolescência, falta de uso de preservativo, falta de realização do pré-natal, atividade sexual precoce, outras doenças sexualmente transmissíveis ou sífilis anterior, uso de drogas, má-nutrição, tratamento inadequado, exposição do feto intraútero de mãe com tratamento inadequado ou não tratado, infidelidade conjugal, nível socioeconômico baixo, gestação, ser profissional do sexo, parceiro novo nos últimos dois meses, hemofílico com transfusões sem os exames necessários, transfusões sanguíneas.

## GUIDADOS

- Coletar a história da gestante e realizar exame físico, registrando no prontuário;
- Realizar os exames: VDRL e teste treponêmico confirmatório (FTA-abs ou TPHA). Realizar o teste mesmo em caso de aborto; solicitar VDRL no mínimo dois testes sorológicos durante a gravidez, sendo o primeiro no início do acompanhamento pré-natal e o segundo no terceiro trimestre da gestação. Realizar a triagem no parto e aborto.
- Prestar orientações sobre a patologia, riscos e modos de transmissão, orientando o uso de preservativo em todas as relações sexuais e informando sobre a importância de realizar o exame;

- Tratar todas as gestantes infectadas e seus parceiros e orientar para se absterem de relações sexuais no período de tratamento; após o retorno a atividade sexual usar preservativo masculino ou feminino em cada relação.
- Tratar mãe e bebê intraútero. Realizar seguimento e controle de cura após tratamento com penicilina benzatina 2,4 milhões, prescrita pelo médico, ou com eritromicina, no caso de ser alérgica; O uso dessa droga exige estreita vigilância não apenas pela menor eficácia mas, também, porque o feto não deve ser considerado tratado.
- Segundo Brasil (2006d), gestantes com alergias específicas à penicilina devem ser dessensibilizadas com cautela e tratadas com a penicilina, pois é a única medicação que trata mãe e filho e caso seja necessário cuidado de emergência, isso deve ser feito em uma **instituição hospitalar**. Este procedimento para alguns autores pode ser arriscado. Se for realmente confirmado a alergia, usar estearato de eritromicina.
- Notificar (notificação compulsória) casos de sífilis materna e congênita à vigilância, preenchendo impresso específico do SINAN (Sistema de informação de agravos de notificação);
- Tratar outras infecções vaginais e solicitar o teste do HIV. Se não tiver realizado a coleta de exame citopatológico, fazê-lo;
- Prestar orientações para não usar drogas e bebidas alcoólicas;
- Orientar sobre o uso de medicamentos e se durante o uso da penicilina não sentir movimento fetal, comunicar. Refazer o exame, para verificar se o tratamento foi eficaz;
- Avaliação no pós-parto da mãe e do bebê por meio da realização de exames;
- Avaliar presença de outras DSTs, tratá-las e orientar o usar o preservativo para preveni-las;
- Conduta nos títulos baixos de VDRL:
  - VDRL < 1/8 – Solicitar teste treponêmico (FTA-abs ou TPHA), sempre que possível. **Se negativo:** deve-se investigar colagenoses, o VDRL será chamado de falso positivo. **Se positivo:** investigar história e antecedentes. Se a história for ignorada, gestante e parceiro devem ser imediatamente tratados. Nos casos em que a história for conhecida e o tratamento adequado, considerar como cicatriz sorológica. Se o teste treponêmico não for disponível e a história for ignorada, considerar como sífilis latente de duração indeterminada e tratar a gestante e parceiro.

ro com seguimento sorológico. Considerar cura sorológica: a) Queda dos títulos no VDRL: duas diluições ou diminuição de quatro vezes os títulos: por exemplo, de 1/8 para 1/2; ou 1/128 para 1/32. Realizar novo tratamento se não houver resposta ou se houver aumento de pelo menos duas diluições em relação ao último. VDRL Ex: De 1/2 para 1/8 retratar.

- Registrar as informações no cartão e prontuário da gestante.

## h) Vírus da Imunodeficiência Humana (hiv) / Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (aids)

**SINAIS E SINTOMAS:** Síndrome de imunodeficiência adquirida. Apresenta cinco estágios para o desenvolvimento da doença: a) infecção inicial por HIV, tendo às vezes sinais semelhantes à *influenza* (soro-conversão); b) linfadenopatia generalizada persistente síndrome de linfadenopatia; c) complexo relacionado à Aids com o aparecimento de infecções, fadiga, perda de peso, diarreia por mais de um mês de origem desconhecida, candidíase e nódulos linfáticos; d) Aparecimento de doenças oportunistas, entre elas o câncer de pele, pneumopatias, e o sarcoma de kaposi, e) complexo de demência, podendo resultar em sintomas como perda de memória, deterioração do raciocínio, mudanças de personalidade e morte etc. Transmissão maior no parto e no último trimestre de gestação.

**FATORES DE RISCO:** Parceiro casual ou múltiplos parceiros, adolescência; não uso de preservativo; falta de realização da atenção pré-natal ou pré-concepcional; atividade sexual precoce; outras doenças sexualmente transmissíveis; uso de drogas e álcool; companheiro com o vírus; infidelidade conjugal; práticas homossexuais; nível socioeconômico baixo; gestação; ser profissional do sexo; parceiro novo nos últimos dois meses; ser hemofílico, ter realizado transfusão de sangue antes da criação dos hemocentros ou sem a realização de exames; bissexualidade; prática da sodomia; prematuridade; ruptura de membranas; infecções vaginais e urinárias.

Transmissão vertical:

- da mãe - carga viral elevada; estado clínico e imunológico comprometido; presença de outras DST e outras coinfeções; estado nutricional deficiente; recontaminação seja por reexposição sexual ou compartilhamento de seringas; trabalho de parto prolongado e tempo de ruptura das membranas amnióticas; presença de hemorragias.
- do bebê: prematuridade; baixo peso ao nascer e tempo de aleitamento materno.

## CUIDADOS

- Realizar uma anamnese minuciosa e exame físico e ficar atento aos sinais clínicos. Realizar o aconselhamento. Orientar sobre a patologia; modos de transmissão, janela imunológica (seis a 12 semanas após a infecção inicial); teste rápido um e dois; resultados do exame, riscos para a mãe e bebê; formas de tratamento, benefício do diagnóstico precoce; realização do exame (voluntário e confidencial) no primeiro e último trimestre; orientar para uso de preservativos em todas as relações sexuais; evitar múltiplos parceiros; abstenção do cigarro, da bebida e de drogas. No caso de não conseguir suspender o uso das drogas ilícitas, orientar para não fazer compartilhamento /trocar seringas. Orientar que a transmissão vertical do HIV (transmissão do HIV de mãe para filho) pode ocorrer durante a gestação, o trabalho de parto, no parto e pela amamentação. Observar que ter o HIV não é uma sentença de morte, pois os medicamentos existentes prolongam a vida e podem evitar que a patologia seja transmitida a seu filho.
- Orientar e prescrever o exame de HIV no mínimo durante o primeiro trimestre e pré-teste na maternidade, caso não tenha os resultados do exame, após o aconselhamento e consentimento da gestante;
- Tomar os seguintes cuidados, no caso de um resultado positivo: oferecer apoio emocional, respeitando o tempo da gestante e a reação ao resultado. Dar informações sobre o significado do resultado, as possibilidades de tratamento para a gestante e para evitar a infecção do bebê e encaminhamentos necessários. Discutir sobre as medidas de prevenção. Reafirmar o sigilo dos resultados. Garantir a gestante o tempo necessário para assimilação do diagnóstico, exposição das dúvidas e expressão dos sentimentos. Informar sobre a prevenção da transmissão vertical, ressaltando a possibilidade do bebê não ser infectado. Estimular a adesão, ressaltando a importância do acompanhamento médico e psicossocial para o controle da infecção e para a promoção da saúde, durante e após a gestação;
- No caso de sorologias indeterminadas, é importante a avaliação histórica e do risco de exposição e a triagem sorológica do parceiro e encaminhar para serviço de referência em Aids para a avaliação. O teste deve ser repetido em 30 dias após novo aconselhamento e reforçadas as medidas para prevenção do HIV e de outras DST.
- Avaliar o bem estar do bebê e da mãe, os batimentos cardíacos e altura uterina; identificar outras situações de risco e realizar acompanhamento por ultrassom.
- Dar apoio e estimular a expressão de medos, ansiedades e dúvidas e encaminhar à psicóloga;

- Orientar alimentação saudável (com ferro, carboidratos, proteínas e vitaminas) e período de sono adequado, no mínimo 8 horas;
- Prestar orientações em relação aos cuidados com secreções, lóquios e absorventes;
- Iniciar tratamento das infecções e referenciar ao serviço de alto risco, mantendo o acompanhamento domiciliar ou consultas esporádicas;
- Encaminhar ao nível de média complexidade para acompanhamento e seguimento e para solicitar contagem de linfócitos T CD4 e carga viral da gestante; Continuar acompanhando a gestante na atenção básica por meio de visita domiciliar com a equipe da saúde da família;
- Investigar óbitos dos filhos anteriores e a saúde dos existentes. Ficar atento (a) aos sinais de fraqueza e cansaço que podem ser característicos da gestação ou do HIV. Exame minucioso, tentando identificar as linfadenopatias;
- Realizar notificação compulsória no caso de positividade da mãe e da criança exposta em instrumento próprio do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação). Mesmo na situação em que a gestante já tenha sido notificada como caso de Aids, é obrigatório notificá-la como gestante HIV, utilizando os formulários específicos. A notificação da condição sorológica da criança exposta é fundamental para a vigilância epidemiológica da transmissão vertical do HIV. Assim, mesmo que o resultado dê negativo, comunicar;
- Comunicar o resultado a gestante apenas se tiver certeza absoluta (confirmada nos três exames -dois Elisás e Western Blot); e fazê-lo junto com médico que a acompanha e com o psicólogo, se possível. Registrar no prontuário com sua autorização.
- Investigar e orientar o tratamento das infecções vaginais e outras DSTs, solicitando exames e no caso de positividade, tratar;
- Prestar orientações sobre o tratamento a ser prescrito pelo médico em nível secundário: uso de antirretrovirais (TARV) a partir da 14<sup>a</sup> semana de gestação com possibilidade de indicação de AZT e terapia antirretroviral tríplice (esquema AZT + lamivudina (3TC) ou biovir (os dois juntos) ou ddl, + nelfinavir ou nevirapina); utilização de AZT injetável durante o trabalho de parto. Orientar que a gestante será monitorada com hemograma e transaminases, no início do tratamento com ARV e a cada mês, em função dos efeitos adversos (anemia, neutropenia, leucopenia, náuseas e vômitos, entre outros). A conduta tomada deverá ser reavaliada conjuntamente por clínico e obstetra experientes que acompanham a gestante;



- Prestar orientações sobre a possibilidade de realizar parto cesáreo eletivo (gestantes com cargas virais elevadas, ou seja, 1000 cópias/ml após 34 semanas) ou cargas desconhecidas, ou por indicação obstétrica;
- Orientar para realizar consulta puerperal na atenção básica em torno entre o 7º e 10º dia e após 40 dias. Na consulta puerperal trabalhar o planejamento familiar (não usar DIU devido ao risco de infecção; o contraceptivo oral precisa ser avaliado). O melhor método indicado é o de barreira, de preferência o preservativo masculino e feminino, assim como dar continuidade ao tratamento. Realizar busca ativa se não comparecer a consulta.
- Orientar que não poderá amamentar e que precisará enfaixar os seios para inibir a lactação. Pelas dificuldades enfrentadas pela mulher, após a alta hospitalar, é recomendável que se associe a essa medida, a critério do obstetra, a supressão farmacológica da lactação com cabergolina 0,5 mg, dois comprimidos, VO, em dose única; Informar sobre a contra-indicação, do aleitamento cruzado (amamentação por outra mulher). Entregar, após orientação de preparo, a fórmula infantil em quantidade suficiente para duas semanas, depois estender para seis meses. Agendar novas consultas para acompanhar a evolução da doença. No puerpério, o binômio, mãe e filho, permanecem no Alojamento Conjunto.
- Prestar orientações em relação ao sexo seguro (prevenção das DST/reinfecção pelo HIV e gravidez). No caso do parceiro com situação sorológica desconhecida (quando o diagnóstico do HIV foi realizado na maternidade), aconselhar e testar o parceiro ou parceiros e realizar exame dos filhos anteriores, e no caso de positividade orientar sobre o tratamento;
- Orientar que pacientes em uso de TARV combinada para tratamento devem, sempre que possível, manter o uso dos antirretrovirais no pós-parto imediato. Para tanto, orientar a que a ingestão dos medicamentos deve ser feita com pequena quantidade de água, respeitando os horários estabelecidos;
- Prestar orientações sobre a necessidade do uso de AZT oral para o recém-nascido exposto o mais precoce possível, até a oitava hora de vida para os filhos de mães que fizeram o tratamento completo com AZT e até duas horas, aqueles filhos daquelas mães que não fizeram o tratamento ou o realizaram de forma incompleta. Manter o uso do nascimento até 42 dias de vida e realizar exames seriados para verificar se o bebê não tem Aids;

- Realizar o acompanhamento do RN na unidade de saúde básica quinzenalmente, através da puericultura. Avaliar sinais e sintomas e após 42 dias de uso de AZT via oral (xarope), pedir para o médico solicitar hemograma e provas hepáticas e prescrever sulfametoxazol+trimetropim até os 12 meses. Solicitar ao médico para solicitar dois exames de contagem de carga viral entre o primeiro e sexto mês e realizar o teste de HIV após 12 meses de idade. Se esta for negativa, a criança será considerada não infectada, sendo referenciada à UBS, com retorno anual à unidade especializada. Se não comparecer, realizar busca ativa. A atenção básica é responsável pela puericultura;
- Orientar para evitar o uso de cigarros, bebidas alcoólicas na sua vida e drogas ilícitas, em especial no processo de nascimento bem como evitar líquidos com cafeína e refrigerantes;
- Investigar o uso de drogas injetáveis e compartilhamento de seringas e verificar pessoas passíveis de ter adquirido a patologia;
- Realizar o seguimento da gestante e da puérpera, mesmo se estiver acompanhada pelo serviço de referência pela equipe da saúde da família, por meio da visita domiciliar;
- Realizar consultas mais frequentes, agendadas de acordo com o quadro apresentado.

A notificação da condição sorológica da criança exposta é fundamental para a vigilância epidemiológica da transmissão vertical do HIV. Assim, mesmo que o resultado dê negativo, é importante comunicar.

## i) Hepatite

**SINAIS E SINTOMAS:** infecção que as mulheres suscetíveis adquirem ao entrarem em contato com sangue, sêmen e/ou saliva da pessoa infetada e que pode ser transmitida ao recém-nascido pelo contato com o sangue materno. É assintomática, entretanto pode apresentar baixo peso, hepatite fulminante, alteração de enzimas hepáticas, hepatite crônica e fibrose. Os sintomas mais frequentes são: mal-estar, cefaleia, febre baixa, icterícia, anorexia, astenia, fadiga, artralgia, náuseas, vômitos, desconforto no hipocôndrio direito e aversão por alguns alimentos.

**FATORES DE RISCO:** Não usar preservativo, múltiplos parceiros, presença de outras infecções genitais, não tomar a vacina, uso de drogas, transfusão de sangue duvidosa, indivíduo que manipula material biológico contaminado (profissão), outras DSTS. Uso de *piercing*.

**REPERCUSSÕES:** Maior incidência de óbito fetal, parto pré-termo e aborto. RN podem ser tornar portadores crônicos, não raro pelo resto da vida, além de poderem desenvolver hepatite crônica, cirrose e câncer de fígado.

## CUIDADOS

- Solicitar a triagem sorológica na gravidez por meio do HBsAg – antígeno de superfície do VHB que deve ser realizado, preferencialmente próximo à 30ª semana de gestação; é recomendada a vacina para as gestantes suscetíveis (Anti-HBs negativas), em situação de risco, usuárias de drogas que compartilham seringas e agulhas, aquelas que tenham tido contato sexual desprotegido com pessoas HBsAg positivas ou em caso de vítimas de violência sexual é recomendado administração de imunoglobulina B nos 14 primeiros dias de exposição. Atualmente (a partir de 90) a vacina para aquelas mulheres não imunizadas ou com esquema vacinal incompleto está sendo indicada para todas as gestantes na maioria dos municípios. Não deverão receber a imunoprofilaxia para hepatite B os casos de violência sexual em que a grávida apresente exposição crônica e repetida com o mesmo agressor, situação frequente em casos de violência sexual doméstica;
- Prestar orientações sobre a patologia e alertar sobre a possibilidade de cronicidade. Investigar os parceiros e fazer o tratamento;
- Investigar outros tipos de hepatites e doenças sexualmente transmissíveis;
- Investigar as condições sanitárias e manipulação dos alimentos, orientando cuidados de higiene;
- Prestar orientações em relação ao repouso, dieta balanceada, sem gordura e abstinência de bebidas alcoólicas e determinados medicamentos durante no mínimo de seis meses, após confirmação do diagnóstico. As mulheres que são HBsAg positivas devem ser encaminhadas a um programa de cuidados adequados para garantir que seus filhos recebam a profilaxia pós-exposição em tempo útil e acompanhamento e tratamento;
- Orientar para a prevenção dessa infecção, independente de estar grávida ou não. A vacinação é indicada para toda a população menor de 20 anos e para pessoas de grupos populacionais com maior vulnerabilidade para a doença. Confirmar a imunidade pós-vacinal;
- Prestar orientações que os recém-nascidos de mães HBsAg negativas precisam ser vacinados contra hepatite B na primeira visita ao pediatra ou antes da alta hospitalar. Ainda, vacinar a mãe no pós-parto se tiver até 19 anos;

- Orientar que os recém-nascidos de mães HBsAg positivas devem receber imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHB) 0,5 ml e a vacina da hepatite B em locais de aplicação diferentes até 12 horas após o nascimento. A criança deve receber doses subsequentes da vacina, com um e seis meses. É necessário que se confirme a imunidade pós-vacinal pela realização do anti-HBs – anticorpo contra o HBsAg – na criança até um ano de idade. Caso não seja possível, proceder a aplicação até o 7º dia de vida. O anti-HBs aparece de 1 a 3 meses após a vacinação contra a hepatite B, ou após a recuperação de uma infecção aguda. O risco de transmissão pelo aleitamento é controverso, mas até o momento não é contraindicada a amamentação, desde que inicie após tomar a imunoglobulina e ser vacinada;
- Realizar a notificação da patologia ao SINAN em impresso específico;
- Orientar para usar o preservativo e não doar sangue. Avaliar outras DSTs (Aids e sífilis, principalmente);
- Realizar consultas mais frequentes.

## j) Trabalho de parto prematuro

**SINAIS E SINTOMAS:** Pré-termo é aquela gravidez cuja idade gestacional encontra-se entre 22 e 37 semanas. De difícil diagnóstico. Melhor avaliado pelo toque: apagamento (50%) e dilatação igual ou maior do que dois cm; contrações verdadeiras, ou seja, com ritmo, regulares (28 até 32 semanas - até duas contrações por hora, 33 a 36 semanas - até três contrações por hora é normal); expulsão do tampão mucoso; rotura das membranas; frequência de duas contrações em dez minutos, intensidade 20 ou 30”, mantendo-se em 30”; sangramento e alteração do bem-estar fetal.

**FATORES DE RISCO:** Extremos da idade >40<15, primigestas jovens e solteiras, tabagismo, alcoolismo e demais droga ilícitas, atividade física excessiva, situação socioeconômica precária, desnutrição, mioma, incompetência istmo cervical, partos pré-termos e abortos em gestações anteriores, doença hipertensiva, prenhez múltipla, poliidrânio, descolamento de placenta, placenta prévia, hidropsia e tumores, infecções, principalmente nos genitais e trato urinário, traumatismos, estresse, má assistência pré-natal, complicações maternas clínicas e obstétricas, falta de acompanhamento pré-natal, atividade física intensa e estresse, retardo de crescimento, anomalias congênitas, rotura prematura de membranas, presença de DIU e cirurgia.

**REPERCUSSÕES:** Prematuridade do bebê, sofrimento fetal, baixo peso, morte fetal.

## CUIDADOS

- Prestar orientações sobre repouso e reduzir o estresse, não ter relações sexuais com penetração vaginal ou orgasmos e não estimular os mamilos.
- Avaliar a dinâmica uterina (frequência, intensidade e duração das contrações), perda de tampão e líquido amniótico e dilatação para confirmar o diagnóstico. Avaliar a idade gestacional, altura uterina e confirmar pelo ultrassom. Avaliar sinais vitais, sobretudo PA e temperatura;
- Orientar sobre a patologia e possibilidades de tratamento e medicações;
- Prestar orientações/tratar infecções vaginais e urinárias, conforme o protocolo do município, ou encaminhar para o médico da família;
- Orientar para não fazer uso de cigarros, bebida ou drogas ilícitas;
- Avaliar o bem-estar do bebê, os batimentos cardíacos e altura uterina.
- Estimular a expressão dos sentimentos da mulher e compartilhar informações sobre o problema apresentado;
- Lembrar o médico da importância de solicitar o exame bacterioscópico e cultura do conteúdo vaginal ou prescrever estes exames, se estabelecido no protocolo, e orientar a mulher sobre o exame que este deve ser repetido no terceiro trimestre;
- Prestar orientações sobre a alimentação rica em ferro, carboidratos, proteínas e vitaminas, e hidratação;
- Encaminhar para o nível terciário para avaliação por escrito em comum acordo com o médico que acompanha a gestante. Comunicar a família e pedir para acompanhar;
- Registrar os dados no prontuário e cartão da gestante;
- Seguimento da gestante de forma concomitante pela equipe da saúde da família, mesmo se estiver sendo acompanhada no alto risco; na ocasião, orientar sobre as medicações prescritas na referência indicada;
- Prestar orientações sobre relaxamento e massagens lombares;
- Prestar orientações sobre a possibilidade de parto iminente e sobre os riscos para o bebê.

Fonte: (ZIEGUEL; CRANLEY, 1985; CUNNINGHAM et al., 2001; LOWDERMIL; PERRY; BOBAK, 2002; FREITAS et al., 2006; REZENDE; MONTENEGRO, 2003; REZENDE, 2005; NEME, 2005; BRASIL, 2006a, 2006c, 2006d, 2010a, 2011a; FESCINA et al., 2010; SÃO PAULO, 2010).



Ministério da  
Saúde

