MÉTODOS APLICADOS NA CONSULTA DE PRÉ-NATAL: UM ESTUDO DE CASO

.

Gabriela Castnho Grangeiro[1], Márcia Féldreman Nunes Gonzaga[2], Sheilla Siedler Tavares[3],Clayton Gonçalves de Almeida[4], Irineu Cesar Panzeri Contini[5]

Resumo

Introdução: A noção de humanização vem sendo utilizada há vários anos, em especial na área da saúde, quando se fala em humanização da assistência. No campo da assistência ao parto, as discussões sobre a humanização trazem demandas antigas e, nos últimos anos, vários autores e organizações não-governamentais têm demonstrado suas preocupações com a medicalização excessiva do parto, propondo modificações no modelo de assistência ao parto. **Metodologia:** Trata- se uma pesquisa descritiva exploratoria com abordagem quantitativa, baseada em artigos cintificos e manuais do Ministério da Saúde. **Objetivo:** O objetivo geral deste trabalho foi levantar dados para o cuidado de pré-natal e seus metodos de assistência baseado na ciência. C**onclusão:** Após essa pesquisa, conclui-se que é de extrema importância o conhecimento para o cuidado e uma assistência de qualidade. O papel do enfermeiro é de grande destaque pois ele é quem está diretamente ligado ao cuidado com a mulher e criança. **Palavras chave:** pré-natal, enfermagem, saúde da mulher, legislação.

1. Acadêmica do Curso de Bacharelado em Enfermagem na Universidade de Sorocaba – SP
2. Ma. Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade de Sorocaba - SP
3. Ma. Curdo de Graduação em Enfermagem na Universidade de Sorocaba – SP
4. Me. Curso de Graduação em Enfermagem na Universidade de Sorocaba - SP
5. Me. Coord. do Curdo de Graduação em Enfermagem na Universidade de Sorocaba – SP

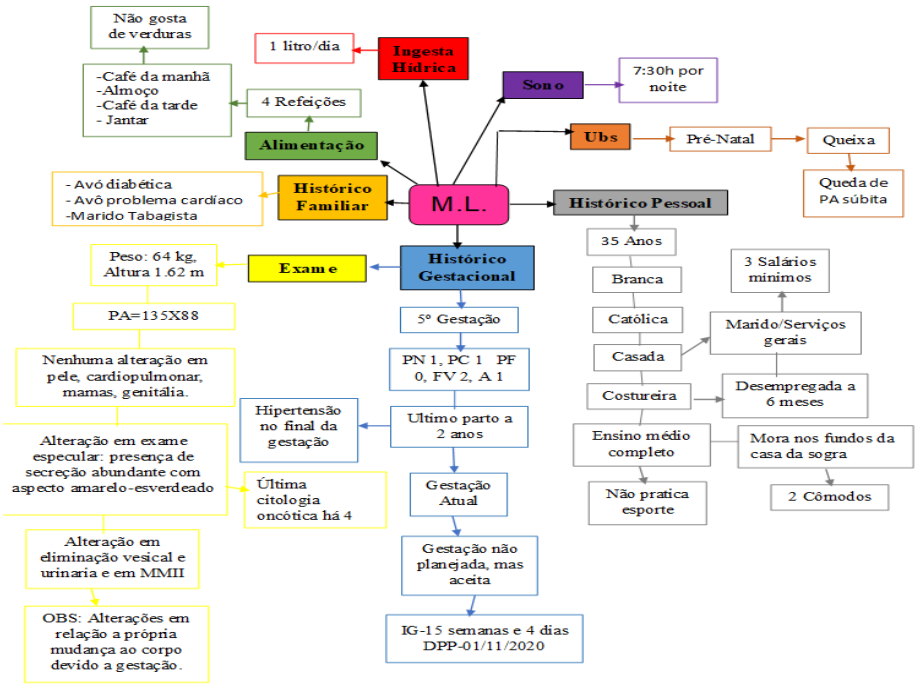
Estudo de caso

M. L. está gravida, motivo de alegria para família que convive junto em uma única casa. Na comunidade existe uma unidade básica de saúde que é responsável pelo atendimento à população que mora distante da zona urbana, nesse local, M. L. está fazendo seu acompanhamento pré-natal durante no período gravídico, sofreu uma queda de pressão súbita e sentiu-se mal, decidindo assim ir procurar a UBS de sua comunidade para uma consulta de pré-natal em caráter de urgência. Em seu histórico apresentava: IV Gesta, 35 anos, branca, católica, casada, referindo trabalhar com costuras, porém está desempregada há 6 meses, concluiu o ensino médio, reside com esposo e dois filhos, o conjugue trabalha com serviços gerais, a renda média na casa é de 3 salários mínimos, reside em dois cômodos no fundo do quintal de sua sogra. Refere que

sua última menstruação, ocorreu na última semana de janeiro, não sabe exatamente o dia. PN 1, PC 1 PF0, FV 2, A 1, espontâneo há 5 anos, realizado curetagem (SIC), último parto há de 2 anos, refere que a gravidez

não foi planejada, porém demonstra boa aceitação da gestação, diz que a avó é diabética, o pai sofre de problemas cardíacos, o marido é tabagista. A mesma nega hábitos de vícios, porém apresentou hipertensão arterial no final da gestação anterior. Realiza 4 refeições durante o dia, sendo pela manhã apenas café "sem leite", no almoço e jantar, habitualmente: arroz, feijão e carne e no período da tarde café com bolo ou pão, (costuma variar a cada dia). Não gosta de verduras, de vez em quando, ingere alguns legumes, como: cenoura, batata, abobora. Sua ingesta hídrica é em média de 1 litro ao dia. Habitualmente acorda às 6h30min da manhã e deita por volta das 23h, não pratica nenhum esporte, seu lazer é ir à casa de familiares aos domingos. Ao exame físico: Peso: 64 kg, Altura 1.62 m, PA=135X88 mmHg, pele: íntegra, mucosa: sem alterações, Aparelho Cardio-Pulmonar: AC: BRNF + a 2 t. s/ sopros. AP: MV + s/ ra, mamas: flácidas, mamilos: semi-protruso, Genitália externa: s/ alterações, Exame especular: presença de secreção abundante com aspecto amarelo-esverdeado. Refere ter realizado última citologia oncótica há 4 anos, lembra-se que utilizou um creme via vaginal que foi prescrita pelo médico, mas não sabe o nome e também não tem o resultado guardado, sentiu melhora depois do tratamento por esse motivo não retornou ao médico. Eliminação vesical: refere polaciúria, hábito intestinal há cada 3 dias. MMII: apresenta leve descamação devido ressecamento na pele, varizes discreta, motricidade e rotação preservadas.

Mapa conceitual / caso clínico



Desenvolvimento do mapa conceitual

Legenda Siglas	
UBS	Unidade Básica de Saúde
IG	Idade Gestacional
DPP	Data Provável de Parto
PN	Parto Normal
PC	Parto Cesária
PF	Parto Fórceps
FV	Feto vivo
A	Aborto
PA	Pressão Arterial
MMII	Membros Inferiores

Legenda Cor	
	Histórico Gestacional
	Histórico Pessoal
	Exame físico
	Histórico Familiar
	Alimentação
	Ingesta Hídrica
	UBS
	Sono

O mapa conceitual está representado em forma de linha do tempo representado cada passagem de M. L. citada no caso, cada parte especifica foi separada em partes para um sequência lógica dos fatos ocorridos em sua vida e as cores foram selecionadas para especificar cada tópico escolhido, as legendas informam cada cor referente ao tópico escolhido para a origem dos fatos e as siglas usadas para representar certas palavras usadas no mapa conceitual.

Princípios éticos e legais da profissão

Art. 1º É livre o exercício da Enfermagem em todo o território nacional, observadas as disposições desta lei. A Constituição Federal em seu art. 5º, ao tratar dos direitos fundamentais, insere a liberdade de exercício profissional, assim definida: XIII - é livre o exercício de qualquer trabalho, ofício ou profissão, atendidas as qualificações profissionais que a lei estabelecer; A determinação constitucional traz a indicação de que pode ser restringida, permitindo que lei infraconstitucional estabeleça requisitos para o pleno exercício da profissão. Sendo assim, a cada pessoa é permitido escolher a atividade profissional que pretende exercer, mas a legislação específica faz as imposições necessárias para que exerça tal atividade profissional, em todos os seus graus de atuação. Tais restrições podem ser de diversas ordens e estarão dispostas na legislação que regulamenta cada profissão, sendo em geral exigida a formação e o registro no Conselho profissional.

A lei traz, a seguir, em seus arts. 2º, 6º, 7º e 8º, a explanação das exigências legais que permitem o exercício da Enfermagem em seus diversos graus de habilitação, conforme garantido pela Constituição Federal. Art. 2º A Enfermagem e suas atividades auxiliares somente podem ser exercidas por pessoas legalmente habilitadas e inscritas no Conselho Regional de Enfermagem com jurisdição na área onde ocorre o exercício. Nesse artigo o legislador inicia a definição das exigências legais para o exercício da Enfermagem. Como primeiro ponto, para ser considerado um profissional de Enfermagem é exigida a habilitação que se dá a partir da conclusão do curso relativo a cada categoria profissional. Dessa forma, o Enfermeiro deverá ter concluído Curso de Graduação de Enfermagem, com a emissão de diploma por Universidade autorizada pelo Ministério da Educação (MEC), e com currículo de acordo com o que determina a Resolução do Conselho Nacional de Educação nº 03, de 7 de novembro de 2001, que institui as Diretrizes Curriculares Nacionais do Curso de 1 13 Graduação em Enfermagem.

Art. 9º São Parteiras: I - a titular de certificado previsto no Art. 1º do Decreto-lei nº 8.778, de 22 de

janeiro de 1946, observado o disposto na Lei nº 3.640, de 10 de outubro de 1959; O Artigo esclarece que as Parteiras não são Enfermeiras, são trabalhadoras que dispensam cuidados simples sob o controle de um Enfermeiro. Suas funções consistem em dar assistência a parturiente durante o parto e o período pós- natal e cuidar do recém-nascido. Estes trabalhadores dão assistência pela experiência prática, não possuem formação e conhecimentos teóricos. (OGUISSO, 2013). II - a titular do diploma ou certificado de Parteira, ou equivalente, conferido por escola ou curso estrangeiro, segundo as leis do país, registrado em virtude de intercâmbio cultural ou revalidado no Brasil, até 2 (dois) anos após a publicação desta Lei, como certificado de Parteira. A profissional para ser considerada Parteira, deverá atender aos requisitos previstos no Art. 1º do Decreto-lei nº 8.778/ 1946 o qual revela que as parteiras que tenham mais de dois anos de efetivo exercício de Enfermagem em estabelecimento hospitalar, poderão submeter-se aos exames de habilitação que lhes facultem o certificado de "parteira prática". O Art. 13 do mesmo Decreto orienta que a "parteira prática" concede ao seu portador o direito de servir como atendente de doentes em hospitais, maternidades, enfermarias e ambulatórios, no Estado em que for expedido.

Art. 11. O Enfermeiro exerce todas as atividades de Enfermagem, cabendo-lhe: O profissional Enfermeiro desenvolve ações de prevenção, promoção, proteção e reabilitação da saúde com capacidade de tomar decisões. É generalista com competência técnica, ética, política, social, ecológica e educativa. É capaz de conhecer e intervir sobre problemas ou situações de saúde e doença mais prevalentes identificando as dimensões biopsicossociais de seus determinantes. Em um padrão social, no que se refere à regulação do trabalho entre os Enfermeiros e demais componentes da equipe de Enfermagem, o papel ou status de cada um está definido por esta lei e legislação pertinente e cada um deve saber o que fazer para por em prática este padrão. Entretanto, é importante enfatizar que é requerido ao Enfermeiro o conhecimento das atividades e atitudes que englobam o trabalho da equipe de Enfermagem, já que tem o papel 1 Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 24 de coordenador e supervisor da equipe. As atividades de Enfermagem são as intervenções autônomas ou a serem realizadas pela equipe de Enfermagem no âmbito das suas qualificações profissionais. Estas intervenções são realizadas em defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana e da profissão.

Na Saúde da Mulher:

Assistência de Enfermagem à gestante, parturiente e puérpera

A gestação é um período em que a mulher vivencia uma série de alterações anatômicas, fisiológicas e bioquímicas, que resultam em sinais e sintomas próprios que alteram profundamente o seu psicológico e todo seu esquema corporal. Cabe ao profissional de saúde dar orientações, encaminhamentos, apoiando-a e tranquilizando-a quando necessário, para que este período transcorra de maneira agradável (WHO, 2009). Neste período a gestante é acompanhada através do pré–natal que é um conjunto de ações realizado durante o período gravídico, com vistas a um atendimento global da saúde da mulher, de maneira individualizada, procurando

sempre a qualidade e resolutividade. O parto e nascimento é um evento natural da vida da mulher e um ato da sua fisiologia, que as primeiras civilizações adicionaram inúmeros significados culturais que sofreram transformações, e ainda o comemoram como um dos fatos marcantes da vida (BRASIL, 2005). O puerpério é o período em que as transformações físicas e fisiológicas desencadeadas pela gestação e pelo parto no organismo feminino, tendem a voltar ao estado pré-gravídico, e tem início com, aproximadamente duas horas após a saída da placenta e seu término é imprevisível, pois enquanto a mulher amamentar seus ciclos menstruais não retornará completamente à normalidade (BRASIL, 2005). A gestação, o parto e o pós-parto constituem uma experiência humana das mais significativas e enriquecedoras para todos que dela participam. Os profissionais de saúde são coadjuvantes, dessa experiência e desempenham importante papel. Têm a oportunidade de colocar seu conhecimento a serviço do bem-estar da mulher e do bebê, ao reconhecer os momentos críticos e necessidade de intervenções para assegurar a saúde de ambos (BRASIL, 2005). Todo o cidadão têm direito a uma assistência integral, cabendo ao profissional de saúde o olhar individualizado às necessidades. No âmbito da equipe de Enfermagem, o Enfermeiro realiza os cuidados de maior complexidade e coordena, planeja e avalia os cuidados prestados pelos Técnicos e Auxiliares de Enfermagem. A formação dos Enfermeiros também se apresenta como um campo em que a integralidade é premissa para a reorganização das práticas, uma vez que determina a aquisição de competências e habilidades para a prática profissional. 1 35 A atenção à saúde da mulher possui ações consolidadas nos diferentes níveis de atenção. São centradas em procedimentos específicos para cada fase do ciclo vital a partir de necessidades de saúde das mulheres, que inclui ações educativas, preventivas, de diagnóstico, tratamento e recuperação. Entre estas ações engloba a assistência à mulher no pré-natal, parto e puerpério, além de outras necessidades identificadas a partir do perfil populacional. É imprescindível que os Enfermeiros assumam seu papel, enquanto educadores em saúde, haja vista a necessidade de aproximação, de diálogo e de suporte com as gestantes, parturientes e puérperas, em razão das dificuldades com que elas se deparam. A mulher bem orientada durante o pré-natal possui menos riscos de complicações (BRASIL, 2007). Além disso, como atividade privativa do Enfermeiro a consulta de Enfermagem é o procedimento que compreende uma série de ações realizadas numa sequência ordenada, desde a coleta de informações, observação, examinar para conhecer, compreender e explicar a situação de saúde antes de decidir sobre o diagnóstico de Enfermagem e terapêutica. Para realizar uma consulta de pré-natal e puerpério o Enfermeiro precisa estar preparado para atender as demandas, as especificidades do caso, aceitando seus valores, lembrando que a mesmo faz parte de um núcleo familiar e que é um ser holístico constituído de corpo, mente, e espírito.

Acompanhamento da evolução e do trabalho de parto

A assistência de Enfermagem durante o parto refere-se ao período em que a gestante apresenta contrações uterinas em intervalos regulares, que aumentam progressivamente em termos de frequência e intensidade, com o passar do tempo são concomitantes a dilatação progressiva do colo uterino. No parto normal devem ser considerados o risco da gravidez e a evolução do trabalho de parto. É bom ter em conta que uma gestante

considerada de baixo risco no início do trabalho de parto, pode vir a ter complicações. Por outro lado, muitas gestantes de alto risco ao final têm uma evolução sem complicações. Sendo assim há necessidade de uma avaliação rigorosa das necessidades da parturiente e do prognóstico do parto para uma boa tomada de decisão em relação ao parto e para uma boa assistência. Idealmente um parto é considerado normal quando inicia espontaneamente entre 37 e 42 semanas de gestação; é de baixo risco desde o início do trabalho de parto até o nascimento; o bebê nasce espontaneamente, em posição cefálica de vértice e após o nascimento, mãe e filho estão em boas condições. Para que um trabalho de parto se desenvolva/evolua da melhor maneira, este deve acontecer sob a assistência de pessoal capacitado. Portanto é necessário que o profissional que assiste o parto possua conhecimentos sólidos; tenha a noção clara do seu papel, das Normas Nacionais 1 Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 36 de Assistência ao Parto, ao Recém-nascido e às Complicações Obstétricas e Neonatais (BRASIL, 2006). Neste processo a equipe multiprofissional envolvida no cuidado durante a evolução e trabalho de parto tem como objetivo potencializar os benefícios as mulheres e recém-nascidos. A Enfermagem tem entre seus princípios a integralidade no cuidado, sendo assim a saúde da mulher em suas diversas necessidades de saúde perpassa pelo cuidado da Enfermagem respeitando as legislações vigentes com relação aos cuidados que necessitam de um conhecimento técnico cientifico mais aprofundado conforme as Diretrizes Curriculares da Educação na Enfermagem.

Execução do parto sem distocia

Distocia é a dificuldade encontrada na evolução de um trabalho de parto,tornando um problema grave para a mãe e para o feto. A sintomatologia de um parto distocico inclui: contrações fortes e persistentes sem expulsão fetal; contrações fracas, infrequentes e improdutivas por mais de duas ou três horas; gestação prolongada, descarga vaginal purulenta e sinais de intoxicação; apresentação, posição ou atitude do feto anormal; fetos muito grandes; entre outros (GOMES, 2010). O Enfermeiro de acordo com a regulamentação legal só pode intervir em parturientes submetidas a partos vaginais sem distócias, ou seja, sem anormalidades durante a avaliação no pré-parto. Apesar disto, durante o parto algumas anormalidades podem ser constatadas sendo necessária à intervenção do Enfermeiro. Logo, compreender as possíveis alterações intervenientes do parto natural respalda uma assistência integral coerente com a necessidade da parturiente. Além de possibilitar a identificação das ações necessárias para a diminuição da mortalidade materna por causas diretas, que resultam de intervenções, omissões e iatrogênias. A assistência do Enfermeiro permeia uma diversidade de saberes e competências que influenciam diretamente o cuidar de mulheres no trabalho de parto. Sendo crucial compreender esse universo para influenciar na construção do conhecimento acerca das complicações do trabalho de parto. Complicações essas responsáveis por déficit no bem-estar da parturiente e recém nato. Durante a graduação em Enfermagem, o estudante tem em seu currículo disciplina ou disciplinas ligadas à área gineco-obstétrica, mas o profissional Enfermeiro tem que continuamente estar se capacitando e estudando para a realização do parto normal sem distocia respaldada pela legislação vigente visando uma assistência segura e de

qualidade.

Educação visando à melhoria de saúde da população

Os profissionais Enfermeiros devem ser capazes de aprender continuamente, tanto na sua formação, quanto na sua prática. Desta forma, estes profissionais devem aprender a aprender e ter responsabilidade e compromisso com a sua educação e o treinamento/estágios das futuras gerações de profissionais, mas proporcionando condições para que haja benefício mútuo entre os futuros profissionais e os profissionais dos serviços, inclusive, estimulando e desenvolvendo a mobilidade acadêmico/profissional, a formação e a cooperação por meio de redes nacionais e internacionais. Deve – se salientar, que a qualidade na assistência de Enfermagem se concretiza quando o profissional exerce suas ações com conhecimento, habilidade, humanidade e competência para atender as necessidades de saúde e expectativas do individuo. Diante desse cenário, a promoção de educação em saúde está cada vez mais se consolidando como uma prática significativa, pois abrange a prestação de serviço de Enfermagem, além de prover informação, por meio da educação permanente, para os profissionais que dela necessitam no desempenho diário de suas atividades. Parágrafo único. As profissionais referidas no inciso II do art. 6º desta lei incumbe, ainda: O artigo 6 da lei descreve em seus incisos quem são os Enfermeiros, e especificamente no inciso II: o titular do diploma ou certificado de obstetriz, com competência legal de realizar assistência obstétrica, e cuja graduação em Obstetrícia tem ênfase na promoção da saúde da mulher e na assistência da mulher durante a gravidez, o parto e o pós parto; ou de enfermeira obstétrica, que tem a competência legal de realizar assistência obstétrica, além de todas as atividades de Enfermagem conferidos nos termos da lei. Em 1994, o currículo mínimo de Enfermagem foi modificado e a habilitação em Obstetrícia foi extinta. Na atualidade, o curso previsto para formação específica de enfermeiros na área obstétrica consiste na especialização em Enfermagem, nível de pós-graduação latu sensu, surgindo a figura do enfermeiro com especialização em obstetrícia e saúde da mulher.

Assistência à parturiente e ao parto normal

Segundo a Organização Mundial de Saúde – OMS, a assistência obstétrica deve ter como objetivo mãe e criança saudáveis, com o mínimo de intervenções e compatíveis com a segurança. Nessa perspectiva deve haver uma razão válida para se interferir no parto normal. O Ministério da Saúde vem financiando e estimulando a qualificação da Enfermagem obstétrica, para acolher as escolhas da mulher no processo de parto e nascimento, por meio de uma cuidadosa avaliação de suas condições clínicas e obstétricas, como parte da estratégia da Rede Cegonha, para ampliar e qualificar a assistência prestada às gestantes e aos bebês no Sistema Único de Saúde (SUS). 1 Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986 38 A Resolução-RDC Nº36, de 3 de Junho de 2008, que dispõe sobre Regulamento Técnico para Funcionamento dos Serviços de Atenção Obstétrica e Neonatal, no Anexo I, item 3.7, estabelece, como definição sobre os profissionais e recursos de saúde necessários para esse funcionamento: profissional legalmente habilitado, profissional com formação superior inscrito no respectivo Conselho de Classe, com suas competências atribuídas por lei. As revisões sistemáticas e evidências científicas

sobre as práticas assistenciais que promovem a fisiologia e a normalidade do processo de parto e nascimento demonstram os benefícios à mulher e ao bebê na assistência ao parto de risco habitual pelo Enfermeiro obstetra ou obstetriz; Os Enfermeiros obstetras possuem perfil e competência para acompanhar o processo fisiológico do nascimento, contribuindo para a sua evolução natural, reconhecendo e corrigindo os desvios da normalidade, e encaminhando aquelas que demandem assistência especializada. Além disso, tem o papel de facilitar a participação da mulher no processo do nascimento, caminhando para o modelo fundamentado nos princípios da humanização que se baseia no respeito ao ser humano, empatia, intersubjetividade, envolvimento, vínculo, oferecendo à mulher e à família a possibilidade de escolha de acordo com suas crenças e valores culturais. O Conselho Federal de Enfermagem aprovou a Resolução nº 516/2016 que dispõe sobre a atuação de Enfermeiros na assistência às gestantes, parturientes e puérperas afirmando o perfil do Enfermeiro que deve prestar assistência de Enfermagem a esta população, acompanhar a evolução do parto e prestar a assistência á parturiente e ao parto normal.

Identificação das distocias obstétricas e tomada de providências até a chegada do médico

O enfermeiro conforme a legislação vigente é habilitado em conformidade com sua capacitação técnica – cientifica para conduzir um parto quando acontece de forma natural (sem distocias), examinar a gestante, verificar contrações, dilatações e demais alterações no funcionamento do organismo feminino no momento do parto, e discernir quaisquer alterações patológicas adotando os procedimentos que entendem imprescindíveis, para garantir a segurança da mãe e bebe, até a chegada de um médico especialista.

DPP e IG da gestante

Os métodos para esta estimativa dependem da data da última menstruação (DUM), que corresponde ao primeiro dia de sangramento do último ciclo menstrual referido pela mulher. I. Quando a data da última menstruação (DUM) é conhecida e certa: É o método de escolha para se calcular a idade gestacional em mulheres com ciclos menstruais regulares e sem uso de métodos anticoncepcionais hormonais: o Uso do calendário: some o número de dias do intervalo entre a DUM e a data da consulta, dividindo o total por sete (resultado em semanas); o Uso de disco (gestograma): coloque a seta sobre o dia e o mês correspondentes ao primeiro dia e mês do último ciclo menstrual e observe o número de semanas indicado no dia e mês da consulta atual. II. Quando a data da última menstruação é desconhecida, mas se conhece o período do mês em que ela ocorreu: Se o período foi no início, meio ou fim do mês, considere como data da última menstruação os dias 5, 15 e 25, respectivamente. Proceda, então, à utilização de um dos métodos descritos . III. Quando a data e o período da última menstruação são desconhecidos: Quando a data e o período do mês não forem conhecidos, a idade gestacional e a data provável do parto serão, inicialmente, determinadas por aproximação, basicamente pela medida da altura do fundo do útero e pelo toque vaginal, além da informação sobre a data de início dos movimentos fetais, que habitualmente ocorrem entre 18 e 20 semanas. Pode-se utilizar a altura uterina e o toque vaginal, considerando-se os seguintes parâmetros: Até a 6ª semana, não ocorre alteração do tamanho uterino;

Na 8ª semana, o útero corresponde ao dobro do tamanho normal; Na 10ª semana, o útero corresponde a três vezes o tamanho habitual; Na 12ª semana, o útero enche a pelve, de modo que é palpável na sínfise púbica; Na 16ª semana, o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical; Na 20ª semana, o fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical; A partir da 20ª semana, existe relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina. Porém, este parâmetro torna-se menos fiel a partir da 30ª semana de idade gestacional. Quando não for possível determinar clinicamente a idade gestacional, solicite o mais precocemente possível a ultrassonografia obstétrica. 5.6 Cálculo da data provável do parto Calcula-se a data provável do parto levando-se em consideração a duração média da gestação normal (280 dias ou 40 semanas, a partir da DUM), mediante a utilização de calendário. Com o disco (gestograma), coloque a seta sobre o dia e o mês correspondentes ao primeiro dia e mês da última menstruação e observe a seta na data (dia e mês) indicada como data provável do parto. Outra forma de cálculo consiste em somar sete dias ao primeiro dia da última menstruação e subtrair três meses ao mês em que ocorreu a última menstruação (ou adicionar nove meses, se corresponder aos meses de janeiro a março). Esta forma de cálculo é chamada de Regra de Näegele. Nos casos em que o número de dias encontrado for maior do que o número de dias do mês, passe os dias excedentes para o mês seguinte, adicionando 1 (um) ao final do cálculo do mês.

Neste caso M. L. está com IG de 15 semanas e 4 dias e sua DPP é 01/11/2020.

Ações voltadas para a saúde da mulher gestante

Roteiro da primeira consulta

Anamnese

A seguir, são apresentados os componentes da história clínica que precisam ser abordados durante o pré-natal . Na primeira consulta, deve-se pesquisar os aspectos socioepidemiológicos, os antecedentes familiares, os antecedentes pessoais gerais, ginecológicos e obstétricos, além da situação da gravidez atual. Os principais componentes podem ser assim listados: Data exata da última menstruação, regularidade dos ciclos, uso de anticoncepcionais, paridade, intercorrências clínicas, obstétricas e cirúrgicas, detalhes de gestações prévias, hospitalizações anteriores, uso de medicamentos, história prévia de doença sexualmente transmissível, exposição ambiental ou ocupacional de risco, reações alérgicas, história pessoal ou familiar de doenças hereditárias/malformações, gemelaridade anterior, fatores socioeconômicos, atividade sexual, uso de tabaco, álcool ou outras drogas lícitas ou ilícitas, história infecciosa prévia, vacinações prévias, história de violências. Na pesquisa de sintomas relacionados à gravidez também deverá ser questionada a existência de náuseas, vômitos, dor abdominal, constipação, cefaleia, síncope, sangramento ou corrimento vaginal, disúria, polaciúria e edemas. É importante sanar dúvidas e minimizar a ansiedade do casal. Informações sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal, assim como presença de corrimentos ou outras perdas vaginais ajudam a identificar situações de risco gestacional e orientam medidas educativas que devem ser enfatizadas durante o

pré-natal. As anotações deverão ser realizadas tanto no prontuário da unidade (Ficha Clínica de PréNatal) quanto no Cartão da Gestante. Em cada consulta, o risco obstétrico e perinatal deve ser reavaliado. As ações da equipe devem contemplar as seguintes atividades: Preenchimento da ficha de cadastramento da gestante no SisPreNatal ou diretamente no sistema para os serviços de saúde informatizados; Preenchimento do Cartão da Gestante e da Ficha Clínica de Pré-Natal: identificação e demais dados da anamnese e exame físico; número do Cartão Nacional de Saúde; hospital de referência para o parto; Verificação da situação vacinal e orientação sobre a sua atualização, se necessário; Solicitação dos exames de rotina; Realização dos testes rápidos; Orientação sobre as consultas subsequentes, as visitas domiciliares e as atividades educativas. Os fatores de risco deverão ser identificados em destaque no Cartão da Gestante, uma vez que tal procedimento contribui para alertar os profissionais de saúde que realizam o acompanhamento pré-natal.

História clínica

Identificação: Nome, número do Cartão Nacional de Saúde, idade, cor, naturalidade, procedência, endereço atual, unidade de referência.

Dados socioeconômicos: Grau de instrução, profissão/ocupação (deve-se identificar fatores de risco), estado civil/união, número e idade de dependentes (deve-se avaliar a sobrecarga de trabalho doméstico), renda familiar, pessoas da família com renda, condições de moradia (tipo, nº de cômodos), condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo), distância da residência até a unidade de saúde.

Antecedentes familiares: Hipertensão arterial, diabetes mellitus, malformações congênitas e anomalias genéticas, gemelaridade, câncer de mama e/ou do colo uterino, hanseníase, tuberculose e outros contatos domiciliares (deve-se anotar a doença e o grau de parentesco), doença de Chagas, parceiro sexual portador de infecção pelo HIV.

Antecedentes pessoais gerais: Hipertensão arterial crônica, diabetes mellitus, cardiopatias, inclusive doença de Chagas, doenças renais crônicas, anemias e deficiências de nutrientes específicos, desvios nutricionais (baixo peso, desnutrição, sobrepeso, obesidade), epilepsia, doenças da tireoide e outras endocrinopatias, viroses (rubéola, hepatites), hanseníase, tuberculose, malária, sífilis ou outras doenças infecciosas, portadora de infecção pelo HIV (deve-se anotar se a paciente está em uso de antirretrovirais e especificar o esquema utilizado), infecção do trato urinário; - Doenças neurológicas e psiquiátricas; - Cirurgia (tipo e data); - Transfusões de sangue, alergias (inclusive medicamentosas), doenças neoplásicas, vacinação, uso de medicamentos, uso de drogas, tabagismo e alcoolismo.

Antecedentes ginecológicos: Ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade; idade da menarca),uso de métodos anticoncepcionais prévios (quais, por quanto tempo e motivo do abandono), infertilidade e esterilidade (tratamento), doenças sexualmente transmissíveis, inclusive doença inflamatória pélvica (tratamentos realizados, inclusive pelo parceiro), cirurgias ginecológicas (idade e motivo), malformações uterinas, mamas (patologias e tratamento realizado), última colpocitologia oncótica (papanicolau ou

"preventivo", data e resultado).

Sexualidade: Início da atividade sexual (idade da primeira relação), dispareunia (dor ou desconforto durante o ato sexual), prática sexual na gestação atual ou em gestações anteriores, número de parceiros da gestante e de seu parceiro em época recente ou pregressa, uso de preservativos masculinos e/ou femininos ("uso correto" e "uso habitual").

Antecedentes obstétricos: Número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez ectópica, mola hidatiforme), número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, por fórceps, cesáreas – indicações), número de abortamentos (espontâneos, provocados, causados por Infecções Sexualmente transmissíveis ISTs), complicados por infecções, relato de insuficiência istmo-cervical, história de curetagem pós-abortamento), número de filhos vivos, idade na primeira gestação, intervalo entre as gestações (em meses), isoimunização Rh, número de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37ª semana de gestação), pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação), número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500g) e com mais de 4.000g, número de recém-nascidos prematuros ou pequenos para a idade gestacional, mortes neonatais precoces: até sete dias de vida (número e motivo dos óbitos), mortes neonatais tardias: entre sete e 28 dias de vida (número e motivo dos óbitos), natimortos (morte fetal intraútero e idade gestacional em que ocorreu), recém-nascidos com icterícia, transfusão, hipoglicemia, ex-sanguíneo- transfusões, intercorrências ou complicações em gestações anteriores (deve-se especificá-las), complicações nos puerpérios (deve-se descrevê-las), histórias de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame).

Gestação atual: Data do primeiro dia/mês/ano da última menstruação – DUM (anotar certeza ou dúvida), peso prévio e altura, sinais e sintomas na gestação em curso, hábitos alimentares, medicamentos utilizados na gestação, iternação durante a gestação atual, hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e drogas ilícitas, ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse), aceitação ou não da gravidez pela mulher, pelo parceiro e pela família, principalmente se for adolescente, identificar gestantes com fraca rede de suporte social, cálculo da idade gestacional e data provável do parto.

Exame físico

São indispensáveis os seguintes procedimentos: avaliação nutricional (peso e cálculo do IMC), medida da pressão arterial, palpação abdominal e percepção dinâmica, medida da altura uterina, ausculta dos batimentos cardiofetais, registro dos movimentos fetais, realização do teste de estímulo sonoro simplificado, verificação da presença de edema, exame ginecológico e coleta de material para colpocitologia oncótica, exame clínico das mamas e toque vaginal de acordo com as necessidades de cada mulher e com a idade gestacional. No exame físico, os mais importantes componentes que precisam ser incluídos na primeira visita pré-natal são os seguintes:

peso, altura, pressão arterial, avaliação de mucosas, da tireoide, das mamas, dos pulmões, do coração, do abdome e das extremidades. No exame ginecológico/obstétrico, deve-se avaliar a genitália externa, a vagina, o colo uterino e, no toque bidigital, o útero e os anexos. Após a 12ª semana, deve-se medir a altura do fundo uterino no abdome. A ausculta fetal será possível após a 10ª-12ª semana, com o sonar-doppler. Nas visitas subsequentes, torna-se obrigatório medir a altura uterina, pesar a paciente, mensurar a pressão arterial, verificar a presença de anemia de mucosas, a existência de edemas e auscultar os batimentos cardíacos fetais. Deve-se avaliar o mamilo para lactação. A definição da apresentação fetal deverá ser determinada por volta da 36ª semana.

Exame físico geral: Inspeção da pele e das mucosas. **Sinais vitais:** aferição do pulso, frequência cardíaca, frequência respiratória, temperatura axilar. Palpação da tireoide , região cervical, supraclavicular e axilar (pesquisa de nódulos ou outras anormalidades), ausculta cardiopulmonar. Exame do abdome, exame dos membros inferiores, determinação do peso, determinação da altura, cálculo do IMC, avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional, medida da pressão arterial, pesquisa de edema (membros, face, região sacra, tronco).

Exame físico específico (gineco-obstétrico): Palpação obstétrica, medida e avaliação da altura uterina, ausculta dos batimentos cardiofetais, registro dos movimentos fetais, teste de estímulo sonoro simplificado (Tess). Exame clínico das mamas, exame ginecológico (inspeção dos genitais externos, exame especular, coleta de material para exame colpocitopatológico, toque vaginal). Obs:. O exame físico das adolescentes deverá seguir as orientações do Manual de Organização de Serviços para a Saúde dos Adolescentes.

Exames complementares: Para um bom acompanhamento pré-natal, é necessário que a equipe de saúde efetue os procedimentos técnicos de forma correta e uniforme durante a realização dos exames complementares, assim como quando da realização dos exames clínico e obstétrico. Os exames pedidos são:

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

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

Roteiro das consultas subsequentes

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

I. Controles maternos: Cálculo e anotação da idade gestacional. Determinação do peso e cálculo do índice de massa corporal (IMC): anote no gráfico e realize a avaliação nutricional subsequente e o monitoramento do ganho de peso gestacional. Medida da pressão arterial (observe a aferição da PA com técnica

adequada). Palpação obstétrica e medida da altura uterina (anote os dados no gráfico e observe o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal). Pesquisa de edema. Exame ginecológico, incluindo das mamas, para observação do mamilo.

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

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

Calendário de consultas

O calendário deve ser iniciado precocemente (no primeiro trimestre) e deve ser regular, garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas e que tanto o Cartão da Gestante quanto a Ficha de Pré-Natal sejam preenchidos. O total de consultas deverá ser de, no mínimo, 6 (seis), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma: Até 28ª semana – mensalmente; Da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente; Da 36ª até a 41ª semana – semanalmente. A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal. Quando o parto não ocorre até a 41ª semana, é necessário encaminhar a gestante para avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal.

Avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional

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

Procedimentos para a medida da altura

A gestante deve estar em pé e descalça, no centro da plataforma da balança, com os braços estendidos ao longo do corpo. Quando disponível, poderá ser utilizado o antropômetro vertical. Calcanhares, nádegas e espáduas devem se aproximar da haste vertical da balança. A cabeça deve estar erguida de maneira que a borda inferior da órbita fique no mesmo plano horizontal que o meato do ouvido externo. O encarregado de realizar a medida deverá baixar lentamente a haste vertical, pressionando suavemente os cabelos da gestante até que a haste encoste-se ao couro cabeludo. Faça a leitura da escala da haste. No caso de valores intermediários (entre os traços da escala), considere o menor valor. Anote o resultado no prontuário.

Orientação alimentar para a gestante

O prognóstico da gestação é influenciado pelo estado nutricional materno antes e durante a gravidez. A inadequação do estado nutricional materno tem grande impacto sobre o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, pois o período gestacional é uma fase na qual as necessidades nutricionais são elevadas, decorrentes dos ajustes fisiológicos das gestantes e de nutrientes para o crescimento fetal. Assim, a nutrição é de fundamental importância para o prognóstico da gestação. É importante que a gestante esteja consciente disto e que o profissional de saúde saiba orientá-la e motivá-la a ter hábitos alimentares saudáveis nesse período. Gestantes com excesso de peso ou baixo peso necessitam de cuidado individual e orientações direcionadas. Ao fazer todas as refeições, a gestante deve saber que isso evita que seu estômago fique vazio por muito tempo, o que diminui o risco de sentir náuseas, vômitos, fraquezas ou desmaios. Além disso, contribui para que ela não sinta muita fome, não exagerando na próxima refeição. Os excessos podem causar desconforto abdominal, principalmente nos últimos meses de gestação, quando o útero está maior e comprime o estômago. É importante que a gestante seja orientada e incentivada a: Apreciar cada refeição, comer devagar, mastigar bem e de forma que evite qualquer tipo de estresse na hora da alimentação. Evitar consumir líquidos durante as refeições, para reduzir os sintomas de pirose. Deve preferir consumir, após as refeições, frutas com alto teor de líquidos, como, por exemplo, laranja, tangerina, abacaxi, melancia, entre outras. Evitar deitar-se logo após as refeições, pois assim pode evitar mal-estar e pirose. Beber água entre as refeições. A água é muito importante para o organismo, pois melhora o funcionamento do intestino e hidrata o corpo. Além disso, o profissional deve explicar que as bebidas açucaradas (como os refrigerantes e os sucos industrializados) e as bebidas com cafeína (café, chá preto e chá mate) não substituem a água, dificultam o aproveitamento de alguns nutrientes e devem ser evitadas durante o período de gestação para favorecer o controle de peso. o Incluir diariamente nas refeições seis porções do grupo de cereais (arroz, milho, pães e alimentos feitos com farinha de trigo e milho) e tubérculos, como as batatas e raízes, como mandioca/macaxeira/aipim. É importante que dê preferência aos alimentos na sua forma mais natural, pois além do fato de que são fontes de carboidratos são ainda boas fontes de fibras, vitaminas e minerais. Os cereais são os alimentos que representam as fontes de energia mais importantes da nossa alimentação e devem estar em maior quantidade nas refeições. É necessário incentivar o consumo de cereais na sua forma mais natural (integral), pois oferecem maior quantidade de fibras, que auxiliam a regularizar o funcionamento intestinal.

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

Controle da Pressão Arterial (PA)

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

*Pré-eclâmpsia: caracterizada pelo aparecimento de HAS e proteinúria (> 300 mg/24h) após a 20ª semana de gestação em mulheres previamente normotensas;

Eclâmpsia: corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas; Pré-eclâmpsia superposta à HAS crônica: definida pela elevação aguda da PA, à qual se agregam proteinúria, trombocitopenia ou anormalidades da função hepática, em gestantes portadoras de HAS crônica com idade gestacional superior a 20 semanas; o Hipertensão arterial sistêmica crônica: é definida por hipertensão registrada antes da gestação, no período que precede à 20ª semana de gravidez ou além de doze semanas após o parto;

*Hipertensão gestacional: caracterizada por HAS detectada após a 20ª semana, sem proteinúria, podendo ser definida como "transitória" (quando ocorre normalização após o parto) ou "crônica" (quando persistir a hipertensão). As alterações hipertensivas da gestação estão associadas a complicações graves fetais e maternas e a um risco maior de mortalidade materna e perinatal. Nos países em desenvolvimento, a hipertensão gestacional é a principal causa de mortalidade materna, sendo responsável por um grande número de internações em centros de tratamento intensivo.

Níveis de PA conhecidos e normais antes da gestação: Manutenção dos mesmos níveis de PA.	Níveis tensionais normais: • Mantenha o calendário habitual; • Cuide da alimentação; • Pratique atividade física regularmente.
Níveis de PA desconhecidos antes da gestação: Valores da pressão < 140/90mmHg.	Considere o aumento dos níveis tensionais em relação aos níveis anteriores à gestação: • Diminua a ingestão de sal; • Aumente a ingestão hídrica. • Pratique atividade física regularmente.
Níveis de PA conhecidos e normais antes da gestação: Aumento da PA, mantendo nível < 140/90mmHg.	Sinal de alerta: • Diminua a ingestão de sal; • Aumente a ingestão hídrica; • Pratique atividade física regularmente. • Agende controles mais próximos.

Níveis de PA conhecidos ou desconhecidos antes da gestação: Valores da PA > 140/90mmHg e < 160/110, sem sintomas e sem ganho ponderal maior do que 500g semanais.	Considere HAS na gestação: • Atente para a possibilidade de erro de cálculo da idade gestacional (IG); • Realize proteinúria (teste rápido); • A gestante deve ser vista pelo médico da unidade e deve ser avaliada a possibilidade de polidrâmnio, macrossomia, gravidez gemelar, mola hidatiforme; • Solicite ultrassonografia, se possível; • Caso permaneça dúvida, marque retorno em 15 dias para reavaliação ou, se possível, faça o encaminhamento da gestante para o serviço de alto risco.
Níveis de PA conhecidos ou desconhecidos antes da gestação: Valores de PA > 140/90mmHg, proteinúria (teste rápido) positiva e/ou com sintomas clínicos (cefaleia, epigastralgia, escotomas, reflexos tendíneos aumentados) ou paciente assintomática, porém com níveis de PA > 160/110mmHg.	Paciente com suspeita de pré-eclâmpsia grave: • Deve-se referir imediatamente a gestante ao pré-natal de alto risco e/ou à unidade de referência hospitalar.
Paciente com hipertensão arterial crônica, moderada ou grave, ou em uso de medicação anti-hipertensiva.	Paciente de risco: • Deve-se referir a gestante ao pré-natal de alto risco.

Verificação da presença de edema

Objetivo: Detectar precocemente a ocorrência de edema patológico.

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

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

O preparo das mamas para a amamentação

Conhecer os aspectos relacionados à prática do aleitamento materno é fator fundamental, no sentido de colaborar para que a mãe e a criança possam vivenciar a amamentação de forma efetiva e tranquila, recebendo do profissional as orientações necessárias e adequadas para o seu êxito. Levando-se em conta que a mulher passa por longo período de gestação até que possa concretamente amamentar seu filho, entende-se que o preparo para a amamentação deva ser iniciado ainda no período de gravidez. No caso de gestante adolescente, é importante que a abordagem seja sistemática e diferenciada, porque a jovem está em etapa evolutiva de grandes modificações corporais, que são acrescidas daquelas referentes à gravidez e que podem dificultar a aceitação da amamentação.

Condutas diante dos resultados dos exames complementares de rotina

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

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

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

Exames de rotina	Resultados	Condutas
Dosagem de hemoglobina	Hemoglobina > 11g/dl Ausência de anemia	Suplementação de ferro a partir da 20ª semana: 1 drágea de sulfato ferroso/dia (200mg), que corresponde a 40mg de ferro elementar. Recomenda-se ingerir a medicação antes das refeições.
	Hemoglobina (Hb) entre 8g/dl e 11g/dl Anemia leve a moderada	A) Solicite exame parasitológico de fezes e trate as parasitoses, se presentes; B) Trate a anemia com 120 a 240mg de ferro elementar ao dia. Normalmente, recomendam-se 5 (cinco) drágeas/dia de sulfato ferroso, de 40mg cada, via oral (podem ser 2 pela manhã, 2 à tarde e 1 à noite), uma hora antes das refeições; C) Repita a dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias: • Se os níveis estiverem subindo, mantenha o tratamento até a Hb atingir 11g/dl, quando deverá ser iniciada a dose de suplementação (1 drágea ao dia, com 40mg de ferro elementar). Repita a dosagem no 3º trimestre; • Se a Hb permanecer em níveis estacionários ou se diminuir, será necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
	Hemoglobina < 8g/dl Anemia grave	Será necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.
Glicemia em jejum	> 110mg/dl	Repita o exame de glicemia em jejum. Se o resultado for maior do que 110mg/dl, o diagnóstico será de DM gestacional.
TTGO 75g (2h)	Jejum < 110mg/dl 2h < 140mg/dl	Teste negativo.
	Jejum > 110mg/dl 2h > 140mg/dl	DM gestacional.
Proteinúria (teste rápido)		

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

Vacinação na gestação

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

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

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

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

Náuseas, vômitos e tonturas

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

Pirose (azia)

Oriente a gestante a: consumir dieta fracionada, evitando frituras; evitar café, chá preto, mates, doces, álcool e fumo. Obs: Em alguns casos, a critério médico, a gestante pode fazer uso de medicamentos antiácidos

Dor abdominal, cólicas, flatulência e obstipação intestinal

Certifique-se de que não sejam contrações uterinas.

Se a gestante apresentar flacidez da parede abdominal, sugira o uso de cinta (com exceção da elástica) e exercícios apropriados. Se houver flatulências (gases) e/ou obstipação intestinal: Oriente dieta rica em resíduos: frutas cítricas, verduras, mamão, ameixas e cereais integrais. Recomende que a gestante aumente a ingestão de líquidos e evite alimentos de alta fermentação, tais como repolho, couve, ovo, feijão, leite e açúcar. Recomende caminhadas, movimentação e regularização do hábito intestinal. Eventualmente, prescreva: Dimeticona (para os gases). Supositório de glicerina (para a obstipação). Hioscina, 1 cápsula, via oral, até 2 vezes ao dia (para as cólicas). Solicite exame parasitológico de fezes, se necessário.

Hemorroidas

Recomende à gestante: Alimentação rica em fibras, a fim de evitar a obstipação intestinal. Se necessário, prescreva supositórios de glicerina. Que não use papel higiênico colorido ou áspero (nestes casos, deve-se molhá-lo) e faça higiene perianal com água e sabão neutro, após a evacuação. Que faça banhos de vapor ou compressas mornas. Agende consulta médica, caso haja dor ou sangramento anal persistente.

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

Varizes

Recomende que a gestante: não permaneça muito tempo em pé ou sentada; repouse (por 20 minutos),

várias vezes ao dia, com as pernas elevadas; não use roupas muito justas e nem ligas nas pernas; se possível, utilize meia-calça elástica para gestante.

Estrias

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

Atividade sexual na gravidez

Manter relações sexuais na gravidez não parece estar associado a efeitos adversos. A atividade sexual durante o terceiro trimestre da gravidez não está associada com o aumento da mortalidade perinatal, comparando-se mulheres sem atividade sexual com aquelas com mais de quatro relações por mês . A atividade sexual na gravidez também não está associada com o aumento da prematuridade, independentemente da presença de vaginose bacteriana ou de tricomoníase. A restrição à atividade sexual deve ser feita apenas a critério médico, por causa de patologias como placenta prévia ou alto risco de prematuridade.

Trabalhando durante a gestação

Pacientes com história prévia de dois ou mais abortamentos não devem permanecer muitas horas em pé ou caminhando, seja no trabalho ou em atividades domésticas. Aquelas que trabalham mais de sete horas em pé apresentam probabilidade maior de abortamento espontâneo. Para gestantes sem história prévia de abortamento, não foi encontrado risco associado à atividade física durante a jornada de trabalho (grau de recomendação B).

Cuidados pós parto

Dirigir: É desaconselhável no primeiro mês por atrapalhar a cicatrização do períneo, região entre o ânus e a vagina, principalmente se ele tiver sido submetido a uma epistomia. Caso a mulher não sinta nenhum incômodo, pode dirigir a partir de duas semanas. Não costuma ser permitido no primeiro mês, porque pode atrapalhar a cicatrização das suturas abdominais.

Sexo: Proibido no primeiro mês não só porque a mulher pode sentir dor, mas porque existe o risco de infecção, já que o processo de cicatrização pós-parto ainda não está finalizado. Além disso, a produção do hormônio prolactina, que favorece a produção do leite, diminui a libido e a lubrificação vaginal. A quarentena impõe 30 dias de abstinência sexual para recuperação do organismo e do sistema reprodutor. Caso contrário, os riscos seriam os mesmos já descritos no parto normal, somados à sobrecarga na região dos pontos cirúrgicos.

Atividade física: Exercícios pesados, como corridas, são proibidos nos primeiros 45 dias, porque o esforço pode atrapalhar o processo de recuperação. Caminhadas leves, de 20 a 30 minutos, podem ser feitas após o primeiro mês. Esse tempo é variável e depende do condicionamento físico da mulher antes de engravidar. Para nadar confortavelmente, sem risco de escapes de sangue, é melhor esperar dois meses. A volta à atividade física pós-cesárea é bem mais complexa, por se tratar de um processo cirúrgico como outro qualquer. Exercícios pesados,

como corridas, precisam ser evitados por três meses. Caminhadas e natação estão liberadas a partir de dois meses. Carregar peso: Não é recomendado no primeiro mês. Mesmo depois, é bom sentar em uma cadeira para levantar o filho mais velho, fazendo força no braço, e agachar com as costas eretas para pegar uma sacola no chão. O objetivo é poupar a coluna, fragilizada pelo peso que sustentou durante a gravidez. Proibido no primeiro mês pelo cuidado com os pontos cirúrgicos. Mesmo depois desse período, vale seguir as recomendações referentes ao parto normal. Subir escada: Se não houver dor, não existe contraindicação. Depilação :Nada impede que a mulher se depile nesse período. Não existem contraindicações. Cuidados com o cabelo: Eles ficam enfraquecidos e costumam cair, devido à queda hormonal ocasionada pela perda da placenta. Cerca de 90 dias depois do parto, o processo atinge seu auge e, passado esse período, a tendência é que as madeixas se normalizem. Em relação às tinturas, o ideal é adiar o procedimento enquanto a mulher estiver amamentando, porque os produtos químicos podem conter amônia ou formol e são perigosos para o bebê, intoxicando-o. A pintura à base de henna não oferece risco. As recomendações são idênticas às do parto normal e valem para todas as mulheres que amamentam. Cuidados emocionais: Se atentar a sinais de depressão pós parto. Alimentação: Saudável sem exageros para gorduras e doces e bebidas alcoólicas lembrando que tudo vai para a alimentação do bebe pelo leite materno. Amamentação e mamas: É normal de inicio ter dificuldade mas se persistência procurar ajuda profissional. As mamas podem ficar doloridas e ter rachaduras, mas se piora procurar ajuda. Sono: No inicio a dificuldade para dormir o certo é aproveitar para descansar junto com o bebe enquanto ele dorme.

Determinantes sociais do processo saúde-doença desta gestante

Direitos da gestante

Acompanhamento pré-natal – A gestante tem direito a acompanhamento especializado durante a gravidez assegurado pela Lei n. 9.263, de 1996, que determina que as instâncias do Sistema Único de Saúde (SUS) têm obrigação de garantir , em toda a sua rede de serviços, programa de atenção integral à saúde, em todos os seus ciclos vitais, que inclua, como atividades básicas, a assistência à concepção e contracepção, o atendimento pré-natal e a assistência ao parto, ao puerpério e ao neonato. Conforme orientação do Ministério da Saúde e da Agência Nacional de Saúde Suplementar (ANS), o parto normal é o mais aconselhado e seguro, devendo ser disponibilizados todos os recursos para que ele aconteça.

Lei do Acompanhante – A Lei n. 11.108, de 2005, garante que a parturiente tem o direito de indicar um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato. Essa lei foi regulamentada pela Portaria n. 2.418, de 2 de dezembro de 2005, do Ministério da Saúde. Assim como qualquer situação de urgência, nenhum hospital, maternidade ou casa de parto pode recusar um atendimento de parto.

Direitos durante o parto

No contexto do processo de trabalho de parto, parto e pós-parto para que a mulher pudesse receber e desfrutar de seus direitos e atuasse como sujeito ativo neste processo foi fundamental a criação de leis para que esses direitos fossem assegurados ao binômio (gestante bebê).

De acordo com o GHC 2011 a legislação federal e municipal no âmbito do Sistema Único de Saúde define os direitos à gestante: "Portaria GM nº 569/2000. Ser escutada em suas queixas e reclamações, de expressar os seus sentimentos e suas reações livremente, isso tudo apoiada por uma equipe preparada e atenciosa.

Portaria GM nº 569/2000. Um parto normal e seguro. A cesárea deve ser feita em caso de risco para a criança e para a mãe.

Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005.Um acompanhante: companheiro, mãe, irmã, amiga ou outra pessoa.

Lei nº 11.634/2007: Conhecimento e à vinculação prévia com a maternidade na qual será realizado seu parto; a maternidade na qual será atendida nos casos de intercorrência pré-natal, o que dar-se-á no ato de sua inscrição no programa de assistência pré-natal; e a maternidade à qual se vinculará a gestante deverá ser apta a prestar a assistência necessária conforme a situação de risco gestacional, inclusive no puerpério.

Portaria GM nº 1.016/1993: No pós-parto ficar junto com seu bebe no mesmo quarto e, ao sair do hospital, ela deve receber as orientações sobre quando e onde deverá fazer a consulta de pós-parto e de puericultura. Deve retornar ao Posto de Saúde e exigir os exames necessários e receber orientações para si e seu companheiro para evitar ou planejar uma nova gravidez.

Lei nº 8.069: Ao bebê seja um direito assegurado receber o aleitamento materno.

Lei 10.048/2000: As gestantes e pessoas acompanhadas por crianças de colo terão atendimento prioritário nas repartições públicas, empresas concessionárias de serviços públicos e nas instituições financeiras. As empresas públicas de transporte e as concessionárias de transporte coletivo precisam reservar assentos devidamente identificados a essas pessoas."

Direitos trabalhistas

O empregador não pode exigir atestados de gravidez ou quaisquer outros de objetivo discriminatório para fins de admissão ou manutenção do emprego de mulheres, sob pena de cometer crime, conforme estabelece a Lei n. 9.029, de 1995. A Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT) confere uma série de direitos às gestantes. De acordo com o artigo 391-A c/c art. 10, II do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT), a grávida tem o direito à garantia de emprego a contar da confirmação da gravidez até cinco meses após o parto.

A CLT garante ainda a licença maternidade de 120 dias, sem prejuízo do emprego e do salário (art. 392) e, de acordo com a Lei n. 11.770, de 2008, as empresas privadas podem aderir ao programa "Empresa Cidadã", que amplia a licença-maternidade em 60 dias. A lei foi recentemente alterada para admitir a prorrogação da licença-maternidade por 15 dias, além dos 5 (cinco) dias previstos no art. 10, § 1º do ADCT.

As servidoras públicas têm direito à licença maternidade de 180 dias. Para a grávida que estuda, o tempo de licença para se ausentar da escola é também de 120 dias, sendo que as atividades escolares podem ser feitas em casa e os exames finais, remarcados.

Nas empresas onde trabalham pelo menos 30 mulheres com mais de 16 anos deve haver creche; o espaço, porém, pode ser substituído pelo pagamento de auxílio-creche.

Aleitamento materno – A Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda o aleitamento materno exclusivo até o bebê completar seis meses. Seguindo essa recomendação, o artigo 396 da CLT garante que as mães que voltarem ao trabalho antes de o bebê completar seis meses têm o direito a dois intervalos, de meia hora cada, durante a jornada de trabalho, especificamente para a amamentação.

O artigo 9º do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) estabelece que o poder público, as instituições e os empregadores propiciarão condições adequadas ao aleitamento materno, inclusive aos filhos de mães submetidas à medida privativa de liberdade. Dessa forma, a Lei de Execuções Penais prevê estabelecimentos penais destinados a mulheres com berçário, onde as condenadas possam cuidar de seus filhos, inclusive amamentá-los, no mínimo, até 6 (seis) meses de idade (art. 83, § 2º).

Suporte social

O SUS vem construindo ao longo dos últimos anos uma sólida base jurídica e um conjunto de políticas públicas para garantir os direitos da gestante e do bebê. Melhorar o acesso e a qualidade dos serviços de saúde é essencial. Entretanto, também é preciso garantir que os direitos assegurados em lei e transformados em políticas públicas sejam cumpridos. Diversos autores como Nakano (2007) e Brüggemann (2005, 2007), destacaram a importância de que sejam instituidos estes direitos, como objetivo humanizar a assistência. Por isso, é fundamental que as mulheres, gestantes e famílias conheçam e saibam como exigir esses direitos.

Em 2011, o UNICEF e o Ministério da Saúde lançam o Guia dos Direitos da Gestante e do Bebê, que apresenta informações essenciais sobre o direito ao pré-natal de qualidade, ao parto humanizado e à assistência ao recém-nascido e a mãe, além de dados sobre a legislação brasileira vigente. (BRASIL, 2011)

A partir deste panorama, foram levantadas bibliografias sobre o tema no sentido de propiciar a consolidação do processo de humanização sob a ótica da importância do conhecimento das gestantes e seus familiares de seus direitos garantidos por lei.

Além destes segundo Brasil (2011), a Organização Mundial da Saúde promulgou os Dez Direitos da Gestante, que são:

– Receber informações sobre gravidez e escolher o parto que deseja.

– Conhecer os procedimentos rotineiros do parto.

– Não se submeter a tricotomia (raspagem dos pelos) e a enema (lavagem intestinal), se não desejar.

– Recusar a indução do parto, feita apenas por conveniência do médico (sem que seja clinicamente necessária).

– Não se submeter à ruptura artificial da bolsa amniótica, procedimento que não se justifica cientificamente, podendo a gestante recusá-lo.

– Escolher a posição que mais lhe convier durante o trabalho de parto.

– Não se submeter à episiotomia (corte do períneo), que também não se justifica cientificamente, podendo a gestante recusá-la.

– Não se submeter a uma cesárea, a menos que haja riscos para ela ou o bebê.

– Começar a amamentar seu bebê sadio logo após o parto.

– A mãe pode exigir ficar junto com seu bebê recém-nascido sadio.

Ações de educação da enfermagem para com a mulher

São ações que propiciam a melhoria da qualidade de vida da população, a redução dos problemas e de danos decorrentes das doenças não-transmissíveis (como hipertensão, diabetes, depressão etc.), atividades e ações estas que favoreçam a redução do consumo de medicamentos, que favoreçam a formação de redes de suporte social e que possibilitem a participação ativa do cidadão curitibano. A prática de uma atividade física regular e contínua possibilita escolhas nos modos de relacionar-se com o corpo e de movimentar-se, compreendidas como benéficas à saúde. As atividades desenvolvidas são de orientação para a realização de exercícios, de práticas lúdicas, esportivas e terapêuticas como: caminhada, ginástica, alongamento, ginástica para a terceira idade, escolinhas esportivas, dança, entre outras. Para a execução destas ações buscamos espaços alternativos na comunidade como salão de igreja, estacionamentos, parques e praças da cidade, ciclovias para caminhar, quadras ou ginásio de escolas e espaços saúde existente em algumas unidades de saúde.

Buscamos a inclusão de toda a comunidade, com os seguintes objetivos:

- Desenvolver atividades de vários segmentos junto à comunidade;
- Veicular informações que visam à prevenção, a minimização dos riscos e à proteção à vulnerabilidade, buscando a produção do autocuidado;
- Incentivar a criação de espaços de inclusão social, com ações que ampliem o sentimento de pertinência social nas comunidades.
- Contribuir para a ampliação e a valorização da utilização dos espaços públicos de convivência como proposta de inclusão social e combate à violência;
- Promover eventos que estimulem ações que valorizem sua importância para a saúde da população.
- Incentivar a prática de atividades regulares, buscando criar hábitos saudáveis, proporcionando a população a buscar um estilo de vida mais ativo - mudança de estilo de vida.

Ações relacionadas a Gestação

- Alimentação.
- Atividade física.

• Relação Sexual;

• Enjoos, vomito;

• Dores de cabeça, costas;

• Poliúria;

• Hemorroidas

• Varizes, edemas em membros inferiores.

• Perca do sono;

• DM gestacional e hipertensão.

• Tipos de parto;

• Violência obstétrica;

• Cuidados com a criança.

Ações relacionadas ao recém-nascido

• Verifique a existência da Caderneta de Saúde da Criança e, caso não haja, providencie sua abertura imediata;

• Verifique se a Caderneta de Saúde da Criança está preenchida com os dados da maternidade. Caso não esteja, procure verificar se há alguma informação sobre o peso, o comprimento, o teste de Apgar, a idade gestacional e as condições de vitalidade;

• Importância de manter a vacinação em dia.

• Verifique as condições de alta da mulher e do RN;

• Observe e oriente a mamada, reforçando as orientações dadas durante o pré-natal e na maternidade, destacando a necessidade do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida do bebê, não havendo a necessidade de oferecer água, chá ou qualquer outro alimento ao RN;

• Observe e avalie a mamada para a garantia do adequado posicionamento e da pega da aréola;

• Orientação sobre o banho no RN.

• Observe a criança em geral: o peso, a postura, a atividade espontânea, o padrão respiratório, o estado de hidratação, as eliminações e o aleitamento materno, a ectoscopia, as características da pele (presença de palidez, icterícia e cianose), o crânio, as orelhas, os olhos, o nariz, a boca, o pescoço, o tórax, o abdômen (as condições do coto umbilical), a genitália, as extremidades e a coluna vertebral. Caso seja detectada alguma alteração, solicite avaliação médica imediatamente;

• Identifique o RN de risco ao nascer;

• Verifique se foram aplicadas no RN, na maternidade, as vacinas BCG e de hepatite B. Caso não tenham sido, aplique-as no RN, na unidade, e registre-as no prontuário e na Caderneta de Saúde da Criança; • Agende as próximas consultas de acordo com o calendário previsto para o seguimento da criança: no 2º, 4º, 6º, 9º, 12º, 18º e 24º meses de vida, as quais devem ser alternadas com o médico da equipe.

Condutas e orientações a puérpera sobre

• Higiene, alimentação, atividades físicas;

• Atividade sexual, informando-a a respeito de prevenção de DST/Aids;

• Cuidados com as mamas, reforçando a orientação sobre o aleitamento (considerando a situação das mulheres que não puderem amamentar);

• Cuidados com o recém-nascido;

• Direitos da mulher (direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas). Oriente a puérpera sobre o planejamento familiar e a utilização de método contraceptivo, se for o caso:

• Dê a ela uma informação geral sobre os métodos contraceptivos que podem ser utilizados no pós-parto;

Conclusão

As ações identificadas nesta pesquisa, em um contexto próximo da comunidade, demostraram bons resultados na evolução do cuidado assim como também foi possível observar que é de extrema importância o conhecimento técnico e cientifico para desenvolver o cuidado e uma assistência de qualidade. O papel do enfermeiro é de grande destaque pois ele é quem está diretamente ligado ao cuidado com a mulher e criança, a aplicação de mapa conceitual facilitou o entendimento do estudo de caso e a evolução da pesquisa, no entanto novas pesquisas são necessárias utilizando a ferramenta de mapa conceitual.

Referências Bibliográficas

01-BRASIL**. Lei nº 10.048,** de 08 de novembro de 2000. Dá prioridade de atendimento às pessoas que especifica, e dá outras providências.

02-BRASIL. Portaria n.569, de 1 de junho de 2000. Dispõe sobre o Programa de Humanização ao Pré-Natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. **Ministério da Saúde**. Diário Oficial da União, Brasília.

03-BRASIL. Portaria nº 2.418/2005. Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde – **SUS. Ministério da Saúde.**

04-BRASIL. Atenção à Saúde da Gestante em APS. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição Gerência de Saúde Comunitária. Porto Alegre – **RS. Hospital Nossa Senhora da Conceição**. 2011.

05-BRASILIA. Ministério da saúde Secretaria de Atenção à Saúde Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**.2012.

06-CURITIBA. **Secretaria Municipal da Saúde**. Ações Educativas.2020.

07-FLORIANÓPOLIS. Série Cadernos de enfermagem. Legislação Comentada: **Lei do Exercício Profissional e Código de Ética.**Vol3.2016.