**ENFERMAGEM OBSTÉTRICA E NEONATAL**

**HISTÓRIA DA ENFERMAGEM OBSTÉTRICA**

A obstetrícia teve sua origem no conhecimento acumulado pelas parteiras, sendo a participação destas predominantemente feminina. Um dos paradigmas que existiam na assistência ao parto era que a parturição se devia a um processo natural, fazendo com que, por muito tempo, a prática médico-cirúrgica permanecesse latente (não aparente), bem como a participação masculina no parto (OSAVA & TANAKA, 1997). O nascimento da obstetrícia sob tutela cirúrgica direcionou um saber mais voltado para a técnica, como a sutura, deixando de lado as particularidades da gestação e do parto. O fórceps obstétrico foi o evento influenciador na aceitação da obstetrícia como uma área técnica e científica, onde foi incorporado o conceito de que o parto era perigoso e a presença de um médico era imprescindível, inaugurando a disputa profissional entre médicos e parteiras. No imaginário do homem comum, instalava-se a noção de que é possível "comandar o nascimento" (OSAVA &MAMEDE, 1995). No Brasil, o declínio da prática da parteira no final do século XIX ocorreu quando se instalou o paradigma médico de que a atenção ao parto é estritamente intervencionista, cirúrgico. A partir daí, a profissional de enfermagem passou por várias designações – parteira, obstetriz, enfermeira obstetra (OSAVA & TANAKA, 1997).

**PRINCÍPIOS E DIRETRIZES PARA A ATENÇÃO OBSTÉTRICA E NEONATAL**

A atenção obstétrica e neonatal deve ter como características essenciais a qualidade e a humanização. É dever dos serviços e profissionais de saúde acolher com dignidade a mulher e o recém-nascido, enfocando-os como sujeitos de direitos. A atenção com qualidade e humanizada depende da organização de rotinas com procedimentos comprovadamente benéficos, evitando-se intervenções desnecessárias, e do estabelecimento de relações baseadas em princípios éticos, garantindo-se privacidade e autonomia e compartilhando-se com a mulher e sua família as decisões sobre as condutas a serem adotadas (BRASIL, 2013).

**INTRODUÇÃO**

Nas últimas décadas, o Brasil apresentou redução significativa nos indicadores das mortalidades materna e infantil, porém sem atingir os índices desejados. De 2015 a 2017 a razão de mortalidade materna apresenta pequenas variações, permanecendo pouco abaixo de 60 mortes por 100 mil nascidos vivos, que é um valor ainda bem superior aos parâmetros recomendados pela OMS (máximo de 20 mortes por 100 mil NV). Da mesma maneira, a taxa de mortalidade infantil (TMI), apesar de ter apresentado redução importante ao longo da última década, ainda preocupa. Essa preocupação aumenta diante de outras informações: 26,4% das mulheres não tiveram acesso ou o acesso foi inadequado ao pré-natal; 55,7% dos nascimentos foram por cesariana; a taxa de prematuridade ainda é superior a 10% dos nascimentos; foram registrados em torno de 49 mil casos de sífilis materna. As estratégias para melhoria desses indicadores requerem mudanças assistenciais e organizacionais dos serviços de atenção à saúde, convocando esforços contínuos dos profissionais e gestores envolvidos. Em 2010, o Ministério da Saúde publicou as diretrizes para a organização das Redes de Atenção à Saúde (RAS) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e, em 2011, as diretrizes específicas para a implantação da Rede Cegonha como estratégia central para organização e qualificação da atenção à saúde da mulher e da criança nas regiões de saúde. Quase 10 anos depois, os desafios ainda são grandes, estando ainda vigente a avaliação do Ministério da Saúde sobre o modelo de atenção à saúde: “fundamentado nas ações curativas, centrado no cuidado médico e estruturado com ações e serviços de saúde dimensionados a partir da oferta, mostrando-se insuficientes para dar conta dos desafios sanitários atuais e, insustentável para os enfrentamentos futuros”. Ou seja, é necessário e urgente efetivar, de maneira responsável e sustentável, o cuidado da gestante e da criança (BRASIL, 2019).

**ATRIBUIÇÕES DO TÉCNICO DE ENFERMAGEM EM OBSTETRÍCIA**

* Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
* Verificar/realizar o cadastramento das gestantes no SisPré-Natal;
* Conferir as informações preenchidas no Cartão da Gestante;
* Verificar peso, pressão arterial e anotar os dados no Cartão da Gestante;
* Fornecer medicação mediante receita, assim como os medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico);
* Aplicar vacinas dtPA, hepatite B, covid;
* Realizar atividades educativas, individuais e em grupos;
* Informar o enfermeiro ou o médico de sua equipe, caso a gestante apresente algum sinal de alarme, como febre, calafrios, corrimento com mau cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas frequentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes e dor ao urinar;
* Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;
* Orientar a gestante sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
* Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar;
* Proceder à aplicação dos tratamentos prescritos;
* Preparar pacientes para consultas, exames complementares e tratamentos;
* Coletar materiais para exames; e prestar atendimento de qualidade.

**ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO**

Um número expressivo de mortes ainda faz parte da realidade social e sanitária de nosso País. Tais mortes ainda ocorrem por causas evitáveis, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção pré-natal, ao parto e ao recém-nascido. Embora tenha observado uma ampliação na cobertura do acompanhamento pré-natal, mantém-se elevada a incidência de sífilis congênita, assim como da hipertensão arterial sistêmica, que é a causa mais frequente de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil. Tais dados demonstram comprometimento da qualidade dos cuidados pré-natais. No contexto atual, frente aos desafios citados, o Ministério da Saúde, com os objetivos de qualificar as Redes de Atenção Materno-Infantil em todo o País e reduzir a taxa, ainda elevada, de morbimortalidade materno-infantil no Brasil, institui a Rede Cegonha. A Rede Cegonha representa um conjunto de iniciativas que envolvem mudanças:

1. no processo de cuidado à gravidez, ao parto e ao nascimento;
2. na articulação dos pontos de atenção;
3. na qualificação técnica das equipes (UBS, maternidades);
4. na melhoria da ambiência dos serviços de saúde (UBS, maternidades);
5. na ampliação de serviços e profissionais, estimulando a prática do parto fisiológico;
6. na humanização do parto e do nascimento (Casa Parto Normal, enfermeira obstétrica, parteiras).

A Estratégia Rede Cegonha tem a finalidade de estruturar e organizar a atenção à saúde materno infantil no País. Desta forma, a Rede Cegonha conta com a parceria de estados, do Distrito Federal e de municípios para a qualificação dos seus componentes: pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral à saúde da criança e sistema logístico.

**Os princípios da Rede Cegonha são:**

* humanização do parto e nascimento, com ampliação das boas práticas baseadas em evidências;
* organização dos serviços de saúde enquanto uma rede de atenção à saúde;
* acolhimento da gestante e do bebê, com classificação de risco;
* vinculação da gestante à maternidade;
* gestante não peregrina;
* realização de exames de rotina com resultados em tempo oportuno.

**SISTEMA REPRODUTOR**

A união entre duas pessoas de sexos opostos resulta na reprodução, desde que vários fatores estejam devidamente equilibrados. O sistema reprodutor masculino e o feminino são os responsáveis pela formação das estruturas que geram a vida. Trata-se de um conjunto de órgãos que trabalham simultaneamente em períodos favoráveis, garantindo a reprodução da espécie humana por meio da relação sexual. Para que isso aconteça, inúmeras substâncias agem dentro do organismo tanto do homem quanto da mulher, como fluidos, hormônios, feromônios (substâncias químicas) etc.

**Função do Sistema Reprodutor**

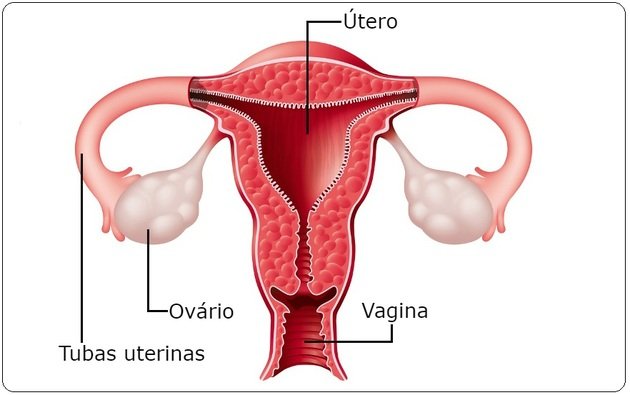
O feminino tem como principal objetivo receber gametas masculinos, oferecendo um ambiente favorável para a fecundação.É dentro do corpo da mulher que se forma o zigoto (célula) e se desenvolve o [embrião](https://www.stoodi.com.br/blog/2019/01/17/embriogenese-o-que-e/) e o feto.O corpo do homem fica responsável pela produção dos gametas masculinos, que vão ser introduzidos no aparelho reprodutor feminino. Esses são processos fisiológicos que acontecem por meio da produção de hormônios e do sêmen.

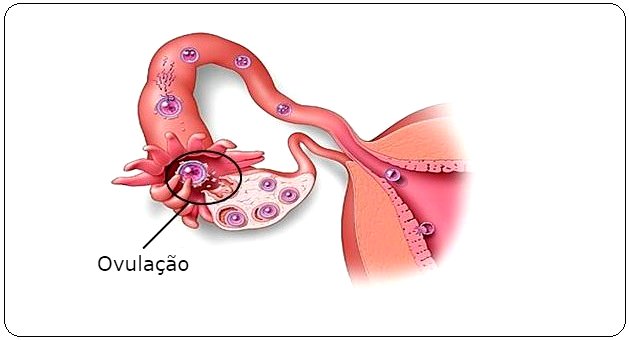
**SISTEMA REPRODUTOR FEMININO**

O [sistema reprodutor](https://www.stoodi.com.br/materias/biologia/sistema-reprodutor/) feminino é formado por órgãos internos e externos. Entre os internos, estão os ovários (dois), a tuba uterina, o útero e a vagina. Na parte externa estão os lábios maiores, menores e o clitóris, que formam a chamada vulva. É importante informar que as mulheres ficam em fase fértil por meio da ovulação, que geralmente acontece no décimo quarto dia antes da [menstruação](https://www.stoodi.com.br/blog/2019/03/12/ciclo-menstrual/) - em ciclos de 28 dias.

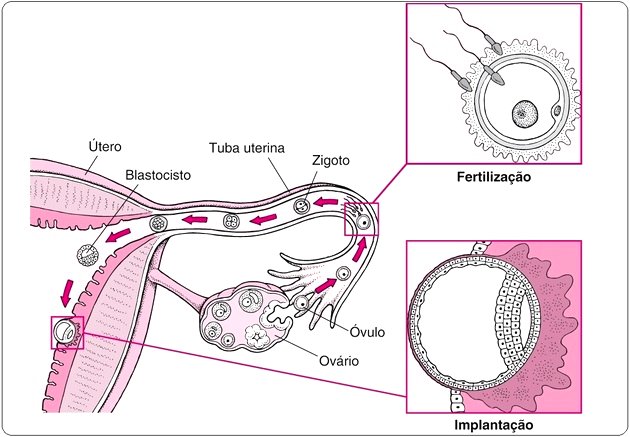
**Órgãos internos e externos**

* **Ovários:** são dois órgãos de forma oval que medem de 3 a 4 cm de comprimento. Eles são responsáveis pela produção dos hormônios sexuais da mulher, a progesterona e o estrogênio. Nos ovários também são armazenadas as células sexuais femininas, os óvulos. Durante a fase fértil da mulher, uma vez por mês, um dos ovários lança um óvulo na tuba uterina: é a chamada ovulação.

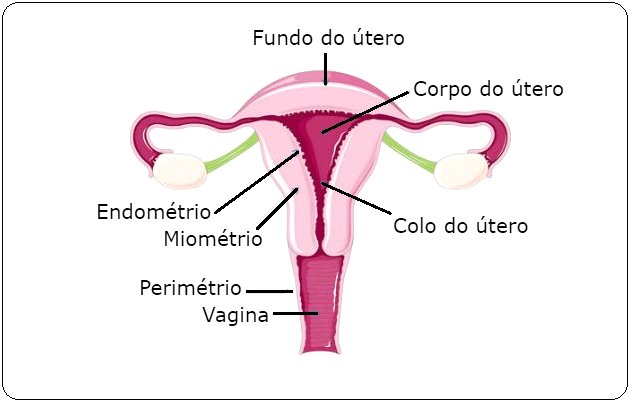




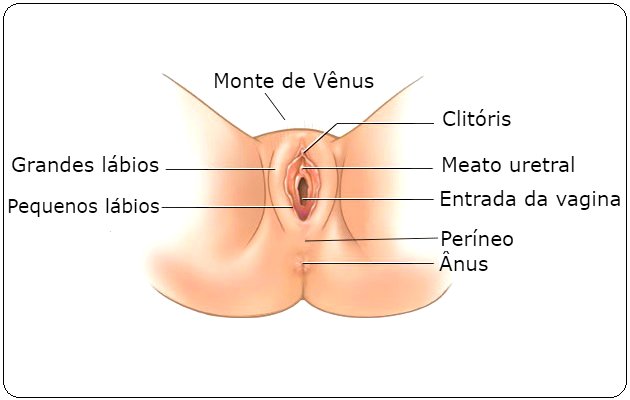
* **Tuba uterina:** são dois tubos, com aproximadamente 10 cm de comprimento, que unem os ovários ao útero. A partir disso, o óvulo amadurecido sai do ovário e penetra na tuba. Se o óvulo for fecundado por um espermatozoide, forma-se uma célula-ovo ou zigoto, que se encaminha para o útero, local onde se fixa e desenvolve, originando um novo ser.



* **Útero:**órgão muscular oco de grande elasticidade, do tamanho e forma semelhante a uma pera. Sua principal função é acomodar o feto até o nascimento do bebê. Na gravidez ele se expande, acomodando o embrião que se desenvolve até o nascimento. A mucosa uterina é chamada de endométrio, que passa por um processo de descamação durante o período da menstruação.



* **Vagina:** é o órgão sexual feminino e atua como o canal que faz a comunicação do útero com o meio excretor. Ela possui aproximadamente 8 cm de comprimento. Suas paredes são franjadas e com glândulas secretoras de muco. Suas funções estão relacionadas à passagem do sangue durante a menstruação, a penetração do pênis durante a relação sexual e canal do parto.



* **Vulva:** conta com os lábios menores, que protegem a entrada da vagina, e os maiores, que fazem uma circunferência pelo clitóris.
* **Clitóris:**um dos pontos mais sensíveis do corpo da mulher e está sintonizado com o prazer. É também conhecido como ponto G. Trata-se de um tecido erétil, que recebe sangue quando ocorre a excitação sexual.

**Menstruação**

A menstruação representa o início da vida fértil de uma mulher, isto é, o período em que a mulher atinge sua maturidade e já pode engravidar.

Ela corresponde, portanto, à eliminação pelo corpo feminino do material resultante da descamação da mucosa uterina e do sangue resultante do rompimento dos vasos sanguíneos. Ela ocorre quando não há fecundação do óvulo.

**Ciclo Menstrual**

O ciclo menstrual é o período entre o início de uma menstruação e outra. Esse período dura, em média, 28 dias, mas pode ser mais curto ou mais longo. A primeira menstruação chama-se “menarca” e na maioria das vezes, ocorre entre os 12 e os 13 anos. Por volta dos 50 anos, fase é chamada de "menopausa", os óvulos se esgotam e cessam as menstruações e a fertilidade da mulher. A função do sistema reprodutor masculino é produzir os gametas (células) conhecidos como espermatozoides.Em uma relação sexual, são liberadoscerca de 300 milhões de espermatozoides em uma média de 1,5ml a 5ml de sêmen. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), são considerados férteis somente os sêmens que contêm pelo menos 15 milhões de espermatozoides. Desses, apenas um vai ser capaz de fecundar o óvulo. Assim como no sistema feminino, os homens também contam com órgãos internos e externos.

**SISTEMA REPRODUTOR MASCULINO**

* **Vesículas seminais:** observa-se a presença de duas vesículas seminais, as quais formam secreções que compõem cerca de 60% do volume do sêmen. Essa secreção apresenta várias substâncias, incluindo frutose, que serve de fonte de energia para o espermatozoide.
* **Próstata:**produz uma secreção para alimentar os espermatozoides.
* **Glândulas bulbouretrais:** é uma secreção produzida pelo corpo para limpar a uretra antes da ejaculação, ou seja, o organismo faz de tudo para que o processo aconteça perfeitamente.
* **Pênis:** órgão responsável pela cópula. Ele é formado por tecido erétil que se enche de sangue no momento da excitação sexual. Além do tecido erétil, no pênis é possível observar a passagem da uretra, pela qual o sêmen passará durante a ejaculação.
* **Saco escrotal:**trata-se do local onde ficam os dois testículos.

**FECUNDAÇÃO**

A fecundação é um momento importante do processo reprodutivo e marca o início do desenvolvimento de uma nova vida. Antes da fecundação, outros processos são necessários e incluem a produção, a maturação e o transporte dos gametas (óvulo e espermatozoides). Portanto, a gravidez somente acontece de modo natural se os sistemas reprodutores da mulher e do homem estiverem em pleno funcionamento.

**O que é fecundação ou fertilização?**

A fecundação também podemos chamar de fertilização, é o momento em que o espermatozoide penetra no óvulo. Dessa fusão, surge o zigoto, primeira célula de uma nova vida. Tal processo acontece nas tubas uterinas, órgãos que ligam os ovários ao útero. Os óvulos crescem e amadurecem nos ovários, estimulados pelos [hormônios](https://origen.com.br/hormonios-o-ciclo-da-fertilidade) folículo-estimulante (FSH) e luteinizante (LH), secretados pela glândula hipófise. Na metade do ciclo menstrual (cerca de 14 dias após o início da menstruação), a ovulação acontece e o óvulo é levado para a tuba uterina.

Os espermatozoides ao serem introduzidos no corpo feminino, migram até as tubas uterinas. Se a relação sexual acontecer próximo ao dia da ovulação, existem chances de fecundação.

**Como a fecundação acontece?**

A fecundação somente ocorre se o processo de desenvolvimento das células reprodutivas não sofrer alterações, como no caso de desequilíbrio hormonal e doenças ovarianas ou testiculares.

Estando o homem e a mulher com seus sistemas reprodutores funcionando corretamente, a relação sexual durante o período fértil pode levar à fertilização e à confirmação de uma gravidez.

Milhões de espermatozoides entram no trato reprodutivo feminino, mas muitos ficam pelo caminho na corrida até o óvulo. Isso porque o corpo da mulher apresenta barreiras naturais para os gametas masculinos, a exemplo do muco cervical.

Centenas de espermatozoides com motilidade progressiva chegam ao óvulo e se unem à zona pelúcida, mas de forma fisiológica apenas um o fecunda. O embrião passa por um processo rápido e contínuo de divisões celulares, o que chamamos de fase de clivagem. Enquanto se desenvolve, o embrião é levado para o útero devido aos movimentos musculares da tuba uterina. Cinco a sete dias após a fecundação, o óvulo em estágio de  [blastocisto](https://origen.com.br/transferencia-de-blastocistos) (estágio de desenvolvimento do embrião) pode se implantar na camada interna do útero.

**Como a fecundação acontece na reprodução assistida?**

A fecundação e o desenvolvimento embrionário ocorrem da mesma forma na reprodução assistida e na concepção espontânea. O que muda, na verdade, são as etapas anteriores do processo reprodutivo, ou seja, a ovulação e a forma como os espermatozoides chegam até o óvulo.

Na FIV, considerada a técnica de alta complexidade, são necessários mais procedimentos laboratoriais. O tratamento começa com a [estimulação ovariana](https://origen.com.br/estimulacao-ovariana) para obter vários óvulos maduros, mas antes que eles sejam liberados dos ovários é feita a aspiração folicular.

Em laboratório, o líquido folicular é analisado para identificação e coleta dos óvulos. Nessa etapa do tratamento, também os espermatozoides são coletados. A amostra do material masculino, normalmente obtida por masturbação, é submetida aos métodos de [preparo seminal](https://origen.com.br/preparo-seminal). Depois de preparados, a fecundação acontece em laboratório.

O processo de fusão que ocorre entre os núcleos do espermatozoide e do óvulo e a consequente formação do zigoto acontecem espontaneamente, sem interferência da medicina. A única diferença é o ambiente laboratorial.

Nos primeiros dias de desenvolvimento, os embriões ficam em incubadoras, sem exposição ao meio externo, e são observados diariamente até a etapa da transferência para o útero o que acontece entre 2 e 5 dias após a fecundação, sendo esse protocolo definido a partir da avaliação individualizada de cada casal.

**AVALIAÇÃO PRÉ-CONCEPCIONAL**

Entende-se por avaliação pré-concepcional a consulta que o casal faz antes de uma gravidez, objetivando identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação. Do total das gestações, pelo menos a metade não é planejada, embora ela possa ser desejada. Entretanto, em muitas ocasiões, o não planejamento se deve à falta de orientação ou de oportunidades para a aquisição de um método anticoncepcional. Isso ocorre comumente com as adolescentes. Faz-se necessária, portanto, a implementação da atenção em planejamento familiar, com incentivo à dupla proteção (prevenção da gravidez, do HIV, da sífilis e das demais DST) nas consultas médicas e de enfermagem, durante as consultas de puericultura, puerpério e nas atividades de vacinação, assim como parcerias com escolas para a realização de atividades educativas. As atividades desenvolvidas na avaliação pré-concepcional devem incluir anamnese e exame físico, com exame ginecológico, além de alguns exames laboratoriais. A investigação dos problemas de saúde atuais e prévios e a história obstétrica são importantes para a avaliação do risco gestacional. A história clínica objetiva identificar situações de saúde que podem complicar a gravidez, como diabetes pré-gestacional, hipertensão, cardiopatias, distúrbios da tireoide, processos infecciosos, incluindo as doenças sexualmente transmissíveis (DST). O uso de medicamentos, hábito de fumar, uso de álcool e drogas ilícitas precisam ser verificados. No exame geral, verificar a pressão arterial (PA), peso e a altura da mulher. É recomendada a realização do exame clínico das mamas e do exame preventivo do câncer do colo do útero uma vez ao ano e, após dois exames normais, a cada 3 anos, principalmente na faixa etária de risco (de 25 a 64 anos).

**Ações específicas quanto aos hábitos e ao estilo de vida:**

* Orientação nutricional, adoção de práticas alimentares saudáveis;
* Orientações sobre os riscos do tabagismo, bebidas alcoólicas e drogas;
* Orientações quanto ao uso de medicamentos;
* Avaliação das condições de trabalho, exposição tóxicos;
* Administração de ácido fólico, para a prevenção de anormalidades congênitas do tubo neural (5mg, VO/dia, 90 dias antes da concepção);
* Orientação para registro das datas das menstruações e estímulo para que o intervalo entre as gestações seja de, no mínimo, 2 (dois) anos.

**São consideradas eficazes as investigações para:**

* Rubéola e hepatite B: casos negativos, deve-se providenciar a imunização;
* Toxoplasmose: deve-se oferecer o teste;
* HIV/Aids: deve-se oferecer a realização do teste;
* Sífilis: nos casos positivos, deve-se tratar as mulheres e seus parceiros.

É importante, também, a avaliação pré-concepcional dos parceiros sexuais, oferecendo a testagem para sífilis, hepatite B e HIV/Aids. A avaliação pré-concepcional também tem sido muito eficiente em outras situações, como nos casos de anemias, carcinomas de colo uterino e de mama.

**ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL**

O objetivo do acompanhamento pré-natal é assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, inclusive abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas. Se o início precoce do pré-natal é essencial para a adequada assistência, o número ideal de consultas permanece controverso. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), o número adequado seria igual ou superior a 6 (seis). Pode ser que, mesmo com um número mais reduzido de consultas em casos de pacientes de baixo risco, não haja aumento de resultados perinatais adversos. Atenção especial deverá ser dispensada às grávidas com maiores riscos. As consultas deverão ser mensais até a 28ª semana, quinzenais entre 28 e 36 semanas e semanais no termo. Não existe alta do pré-natal. Quando o parto não ocorre até a 41º semana, é necessário encaminhar a gestante para a avaliação do bem-estar fetal, incluindo avaliação do índice do líquido amniótico e monitoramento cardíaco fetal. Estudos clínicos randomizados demonstram que a conduta de induzir o trabalho de parto em todas as gestantes com 41 semanas de gravidez é preferível à avaliação seriada do bem-estar fetal, pois se observou menor risco de morte neonatal e perinatal e menor chance de cesariana no grupo submetido à indução do parto com 41 semanas.

**Organização dos serviços, planejamento e programação**

A unidade básica de saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento continuado. É importante que a equipe atente para a inclusão da parceria sexual na programação dos cuidados em saúde. Quanto maior vínculo houver entre a mulher e a equipe, quanto mais acolhedora for a equipe da UBS, maiores serão as chances de aconselhamentos pré-concepcionais, detecção precoce da gravidez e início precoce do pré-natal. A partir da avaliação da necessidade de cada usuária e seguindo orientações do protocolo local, o acesso a outras redes assistenciais (Rede de Média e Alta Complexidade, Rede de Urgência e Emergência, Rede de Atenção Psicossocial, Rede Oncológica etc.) deve ser garantido às gestantes. Para cada localidade, deve ser desenhado o fluxo que as usuárias podem percorrer no sistema de saúde, a fim de lhes proporcionar uma assistência integral. Por exemplo: definição de onde serão realizados os exames; qual será o hospital de referência para a realização do parto e para o encaminhamento das urgências/emergências obstétricas e intercorrências; onde será realizado o pré-natal de alto risco, entre outros detalhes. Estados e municípios, portanto, necessitam dispor de uma rede de serviços organizada para a atenção obstétrica e neonatal, com mecanismos estabelecidos de referência e contrarreferência, garantindo-se os seguintes elementos:

**10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica:**

1° PASSO: Iniciar o pré-natal na UBS até a 12ª semana de gestação.

2° PASSO: Garantir os recursos humanos, físicos, materiais.

3° PASSO: Assegurar a realização dos exames preconizados.

4° PASSO: Promover a escuta ativa da gestante e de seus(suas) acompanhantes.

5° PASSO: Garantir o transporte público gratuito da gestante para o pré-natal.

6° PASSO: É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado: "pré-natal do(a) parceiro(a)".

7° PASSO: Garantir o acesso à unidade de referência especializada.

8° PASSO: Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico.

9° PASSO: Toda gestante tem direito de conhecer o serviço no qual irá dar à luz.

10° PASSO: As mulheres devem exercer os direitos garantidos por lei.

**Acolhimento**

Favorece a construção de uma relação de confiança e compromisso dos usuários com as equipes e os serviços. O acolhimento da gestante na atenção básica implica a responsabilização pela integralidade do cuidado a partir da recepção da usuária com escuta qualificada. O profissional deve permitir que a gestante expresse suas preocupações e suas angústias, possibilitando a criação de vínculo da gestante com a equipe de saúde. É cada vez mais frequente a participação do pai no pré-natal, devendo sua presença ser estimulada durante as atividades de consulta e de grupo, para o preparo do casal para o parto, como parte do planejamento familiar. A gestação, o parto, o nascimento e o puerpério são eventos carregados de sentimentos profundos, pois constituem momentos de crises construtivas, com forte potencial positivo para estimular a formação de vínculos e provocar transformações pessoais. É importante acolher o(a) acompanhante de escolha da mulher, não oferecendo obstáculos à sua participação no pré-natal, no trabalho de parto, no parto e no pós-parto. O(a) acompanhante pode ser alguém da família, amigo(a) ou a doula, conforme preconiza a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005. Uma escuta aberta, sem julgamentos nem preconceitos, de forma que permita à mulher falar de sua intimidade com segurança, fortalece a gestante no seu caminho até o parto e ajuda a construir o seu conhecimento sobre si mesma, contribuindo para que tanto o parto quanto o nascimento sejam tranquilos e saudáveis. Na prática cotidiana dos serviços de saúde, o acolhimento se expressa na relação estabelecida entre os profissionais de saúde e os(as) usuários(as), mediante atitudes profissionais humanizadoras, que compreendem iniciativas tais como as de:

1. se apresentar;

2. chamar os(as) usuários(as) pelo nome;

3. prestar informações sobre condutas e procedimentos;

4. escutar e valorizar o que é dito pelas pessoas;

5. garantir a privacidade e a confidencialidade das informações;

6. incentivar a presença do(a) acompanhante.

O acolhimento, portanto, é uma ação que pressupõe a mudança da relação profissional/ usuário(a). O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética e solidária.

**Condições básicas para a assistência pré-natal**

As ações de saúde devem estar voltadas para a cobertura de toda a população-alvo da área de abrangência da Unidade de Saúde, assegurando minimamente 6 (seis) consultas de pré-natal e continuidade no atendimento, no acompanhamento e na avaliação do impacto destas ações sobre a saúde materna e perinatal.

**Para uma assistência pré-natal efetiva, deve-se procurar garantir:**

* Discussão permanente sobre a importância da assistência pré-natal;
* Identificação precoce das gestantes e o pronto início do pré-natal;
* Garantir que as mulheres realizem o teste de gravidez UBS;
* Acolhimento imediato e garantia de atendimento (gestantes, puérperas, RN);
* Realização do cadastro da gestante no SisPreNatal e Cartão da Gestante;
* Classificação do risco gestacional e encaminhamento, quando necessário, ao pré-natal de risco ou alto risco ou à urgência/emergência obstétrica;
* Acompanhamento contínuo de todas as gestantes, acompanhando-as tanto nas UBS até o momento do parto, objetivando seu encaminhamento oportuno ao centro obstétrico, a fim de evitar sofrimento fetal por pós-datismo;
* Incentivo ao parto normal e à redução da cesárea;
* Realização de anamnese, exame físico e exames indicados;
* Imunização antitetânica, hepatite B e covid;
* Oferta de medicamentos necessários (sulfato ferroso, para tratamento e profilaxia de anemia, e ácido fólico, com uso recomendado desde o período pré-concepcional e durante o primeiro trimestre de gestação);
* Diagnóstico e prevenção do câncer de colo de útero e de mama;
* Avaliação do estado nutricional e acompanhamento do ganho de peso;
* Atenção à adolescente conforme suas especificidades;
* Realização de práticas educativas, abordando: aleitamento materno, parto normal, hábitos saudáveis, sinais de alarme na gravidez, reconhecimento do trabalho de parto, cuidados com o recém-nascido, importância do acompanhamento pré-natal, da consulta de puerpério e do planejamento familiar; direitos da gestante e do pai; riscos do tabagismo, do uso de álcool e de outras drogas; uso de medicações na gestação;
* Oferta de atendimento psicológico à gestante vítima de violência, depressão pós-parto;
* Visita domiciliar às gestantes e puérperas, principalmente no último mês de gestação e na primeira semana após o parto, com o objetivo de identificar possíveis fatores de risco;
* Busca ativa das gestantes faltosas ao pré-natal e à consulta pós o parto;
* Sistema eficiente de referência e contra-referência, objetivando garantir a continuidade da assistência pré-natal. Da mesma forma, deve-se assegurar o retorno da gestante à unidade básica de origem, que está de posse de todas as informações necessárias;
* Vinculação das unidades básicas de saúde (UBS) aos hospitais;
* Transferência da gestante e/ou do neonato em transporte adequado (Samu), mediante vaga assegurada em outra unidade, quando necessário;
* Atendimento às intercorrências obstétricas e neonatais, assim como controle de doenças crônicas e profilaxia de doenças infecciosas;
* Registro das informações em prontuário, no Cartão da Gestante e no SisPreNatal;
* Atenção à puérpera e ao recém-nascido na primeira semana após o parto e na consulta puerperal (até o 42º dia após o parto).

**Atribuições dos profissionais**

**Agente comunitário de saúde:**

* Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal;
* Realizar visitas domiciliares para captação precoce das gestantes;
* Conferir o cadastramento das gestantes no SisPreNatal;
* Acompanhar as gestantes que não estão realizando o pré-natal na UBS, mantendo a equipe informada sobre o andamento do pré-natal realizado em outro serviço;
* Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar a busca ativa das gestantes faltosas;
* Informar o(a) enfermeiro(a), caso a gestante apresente algum sinal de alarme;
* Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta;
* Orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

**Auxiliar/técnico(a) de enfermagem:**

* Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
* Verificar/realizar o cadastramento das gestantes no SisPreNatal;
* Conferir as informações preenchidas no Cartão da Gestante;
* Verificar o peso e a pressão arterial e anotar os dados no Cartão da Gestante;
* Fornecer medicação mediante receita, assim como os medicamentos padronizados para o programa de pré-natal;
* Aplicar vacinas dtPA, hepatite B, covid;
* Realizar testes rápidos;
* Realizar atividades educativas, individuais e em grupos (deve-se utilizar a sala de espera);
* Informar o(a) enfermeiro(a) ou o(a) médico(a) de sua equipe, caso a gestante apresente algum sinal de alarme, como febre, calafrios, corrimento com mau cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas frequentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes e dor ao urinar;
* Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;
* Orientar a gestante sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
* Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

**Enfermeiro(a):**

* Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
* Realizar o cadastramento da gestante no SisPreNatal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido;
* Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do(a) médico(a);
* Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal;
* Realizar testes rápidos;
* Prescrever medicamentos padronizados (sulfato ferroso, ácido fólico, tratamento das DST);
* Orientar a vacinação das gestantes;
* Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica;
* Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;
* Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos;
* Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
* Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
* Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

**Médico(a):**

* Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
* Cartão da Gestante devidamente preenchido;
* Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença do(a) enfermeiro(a);
* Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário;
* Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal;
* Avaliar e tratar as gestantes que apresentam sinais de alarme;
* Atender as intercorrências e encaminhar as gestantes para os serviços de urgência/emergência obstétrica, quando necessário;
* Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
* Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência;
* Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;
* Realizar testes rápidos;
* Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos;
* Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas;
* Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

**Consulta de enfermagem/enfermeira(o) na atenção à gestante**

A consulta de enfermagem é uma atividade independente, realizada privativamente pelo enfermeiro, e tem como objetivo propiciar condições para a promoção da saúde da gestante e a melhoria na sua qualidade de vida. O profissional enfermeiro pode acompanhar inteiramente o pré-natal de baixo risco na rede básica de saúde, de acordo com o Ministério de Saúde e conforme garantido pela Lei do Exercício Profissional, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87. Os enfermeiros e os enfermeiros obstetras (estes últimos com titulação de especialistas em obstetrícia) estão habilitados para atender ao pré-natal, aos partos normais sem distócia e ao puerpério em hospitais, centros de parto normal, unidades de saúde ou em domicílio. Caso haja alguma intercorrência durante a gestação, os referidos profissionais devem encaminhar a gestante para o médico continuar a assistência.

**Diagnóstico na gravidez**

Para ampliar a captação precoce das gestantes, o Ministério da Saúde, por intermédio da Rede Cegonha, incluiu o Teste Rápido de Gravidez nos exames de rotina do pré-natal, que pode ser realizado na própria UBS, o que acelera o processo necessário para a confirmação da gravidez e o início do pré-natal. Toda mulher da área de abrangência da UBS e com história de atraso menstrual deverá ser orientada pela equipe de saúde a realizar o Teste Imunológico de Gravidez (TIG). A dosagem de gonadotrofina coriônica humana (ßHCG) para o diagnóstico precoce da gravidez, pode ser detectado sangue periférico da mulher grávida entre 8 a 11 dias após a concepção. Considerando-se que 11% a 42% das idades gestacionais estimadas pela data da última menstruação são incorretas, pode-se oferecer à gestante, quando possível, o exame ultrassonográfico, que, além de melhor determinar a idade gestacional, auxilia na detecção precoce de gestações múltiplas e de malformações fetais. Se o atraso menstrual for superior a 12 semanas, o diagnóstico de gravidez poderá ser feito pelo exame clínico e torna-se desnecessária a solicitação do TIG. O diagnóstico da gravidez pode ser efetuado em 90% das pacientes por intermédio dos sinais clínicos, dos sintomas e do exame físico em gestações mais avançadas. As queixas principais são devidas ao atraso menstrual, à fadiga, à mastalgia, ao aumento da frequência urinária e aos enjoos/vômitos matinais.

**Sinais de presunção de gravidez:**

* Atraso menstrual;
* Manifestações clínicas (náuseas, vômitos, tonturas, salivação excessiva, mudança de apetite, aumento da frequência urinária e sonolência);
* Modificações anatômicas (aumento do volume das mamas, hipersensibilidade nos mamilos, tubérculos de Montgomery, saída de colostro pelo mamilo, coloração violácea vulvar, cianose vaginal e cervical, aumento do volume abdominal.

**Sinais de certeza:**

* Presença dos batimentos cardíacos fetais (BCF), que são detectados pelo sonar a partir de 12 semanas e pelo Pinard a partir de 20 semanas;
* Percepção dos movimentos fetais (de 18 a 20 semanas);
* Ultrassonografia: o saco gestacional pode ser observado com apenas 4 a 5 semanas gestacionais e a atividade cardíaca é a primeira manifestação do embrião com 6 semanas gestacionais.

Após a confirmação da gravidez, em consulta médica ou de enfermagem, dá-se início ao acompanhamento da gestante. A partir desse momento, a gestante deverá receber as orientações necessárias referentes ao acompanhamento de pré-natal: sequência de consultas, visitas e grupos educativos. Deverão ser fornecidos:

* O Cartão da Gestante e o hospital de referência para o parto;
* O calendário de vacinas e suas orientações;
* A solicitação dos exames de rotina;
* Resultado de teste rápido;
* Ácido fólico e sulfato ferroso.

**Classificação de risco gestacional**

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável que envolve mudanças dinâmicas do olhar físico, social e emocional. No entanto, devido a alguns fatores de risco, algumas gestantes podem apresentar maior probabilidade de evolução desfavorável. São as chamadas “gestantes de alto risco”. Com o objetivo de reduzir a morbimortalidade materno-infantil e ampliar o acesso com qualidade, é necessário que se identifiquem os fatores de risco gestacional o mais precocemente possível. Dessa forma, o acolhimento com classificação de risco pressupõe agilidade no atendimento e definição da necessidade de cuidado. Portanto, é indispensável que a avaliação do risco seja permanente, ou seja, aconteça em toda consulta. Em contrapartida, quando são identificados fatores associados a um pior prognóstico materno e perinatal, a gravidez é definida como de alto risco, passando a exigir avaliações mais frequentes, muitas vezes fazendo-se uso de procedimentos com maior densidade tecnológica. A atenção básica deve ser entendida como porta de entrada da Rede de Atenção à Saúde, como ordenadora do sistema de saúde brasileiro. Dessa forma, a classificação de risco é um processo dinâmico de identificação dos pacientes que necessitam de tratamento imediato, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento. A seguir, são apresentados os fatores de risco gestacional e as situações em que deve ser considerado o encaminhamento ao pré-natal de alto risco e/ou à emergência obstétrica.

**Fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe da UBS:**

* Idade menor do que 15 e maior do que 35 anos;
* Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, exposição agentes;
* Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez,
* Situação conjugal insegura;
* Baixa escolaridade (menor do que 5 anos de estudo);
* Condições ambientais desfavoráveis;
* Altura menor do que 1,45m;
* IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade;
* Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado;
* Macrossomia fetal;
* Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas;
* Intervalo interpartal menor do que 2 anos ou maior do que 5 anos;
* Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos);
* Cirurgia uterina anterior;
* Três ou mais cesarianas;
* Ganho ponderal inadequado;
* Infecção urinária;
* Anemia.

**Fatores de risco que podem indicar encaminhamento ao pré-natal de alto risco:**

O pré-natal de alto risco abrange cerca de 10% das gestações, o que aumenta significativamente nestas gestantes a probabilidade de intercorrências e óbito materno e/ou fetal. Atenção especial deverá ser dispensada às grávidas com maiores riscos, a fim de reduzir a morbidade e a mortalidade materna e perinatal.

* Cardiopatias;
* Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica);
* Nefropatias graves (insuficiência renal crônica, transplantados);
* Endocrinopatias (diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo);
* Doenças hematológicas (doença falciforme e talassemia);
* Hipertensão arterial crônica (PA>140/90mmHg antes de 20 semanas);
* Doenças neurológicas (como epilepsia);
* Doenças psiquiátricas (psicoses, depressão grave);
* Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses);
* Alterações genéticas maternas;
* Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar;
* Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras);
* Hepatites, toxoplasmose, HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma);
* Hanseníase;
* Tuberculose;
* Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
* Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado;
* Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior;
* História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal;
* Abortamento habitual;
* Esterilidade/infertilidade;
* Restrição do crescimento intrauterino;
* Polidrâmnio ou oligoidrâmnio;
* Gemelaridade;
* Malformações fetais ou arritmia fetal;
* Distúrbios hipertensivos (hipertensão crônica, hipertensão gestacional);
* Infecção urinária de repetição, dois ou mais episódios de pielonefrite;
* Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso;
* Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma);
* Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual;
* Evidência laboratorial de proteinúria;
* Diabetes mellitus gestacional;
* Desnutrição materna severa;
* Obesidade mórbida ou baixo peso (avaliação nutricional);
* NIC III (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista);
* Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-rads III ou mais (encaminhar a gestante ao oncologista);
* Adolescentes com fatores de risco psicossocial.

**Fatores de risco que indicam encaminhamento à urgência/emergência:**

Os profissionais de saúde dos hospitais regionais e da emergência obstétrica deverão avaliar as gestantes encaminhadas e confirmar, ou não, o diagnóstico inicial, assim como determinar a conduta necessária para cada caso: internação hospitalar, referência ao pré-natal de alto risco ou contra-referência para acompanhamento pela atenção básica.

**São fatores de risco:**

* Síndromes hemorrágicas (descolamento prematuro de placenta, placenta prévia);
* Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial > 140/90;
* Sinais de eclâmpsia em gestantes: escotomas cintilantes, cefaleia occipital, epigastralgia;
* Eclâmpsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia);
* Crise hipertensiva (PA > 160/110);
* Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal (exame especular/ manobra de Valsalva);
* Isoimunização Rh;
* Anemia grave (hemoglobina < 8);
* Trabalho de parto prematuro;
* IG a partir de 41 semanas confirmadas;
* Hipertermia, na ausência de sinais ou sintomas clínicos de Ivas;
* Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes;
* Suspeita de pielonefrite, infecção ovular ou outra infecção que necessite de internação;
* Suspeita de trombose venosa profunda (dor no membro inferior, edema localizado);
* Investigação de prurido gestacional/icterícia;
* Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento;
* Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre;
* Restrição de crescimento intrauterino;
* Oligoidrâmnio;
* Casos clínicos que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma etc.

**Calendário de consultas**

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. Não existe “alta” do pré-natal antes do parto. O acompanhamento da mulher no ciclo grávido-puerperal deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que a consulta de puerpério deverá ter sido realizada.

**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:

1. data precisa da última menstruação (DUM);

2. regularidade dos ciclos;

3. uso de anticoncepcionais;

4. paridade;

5. intercorrências clínicas, obstétricas e cirúrgicas;

6. detalhes de gestações prévias;

7. hospitalizações anteriores;

8. uso de medicações;

9. história prévia de doença sexualmente transmissível;

10. exposição ambiental ou ocupacional de risco;

11. reações alérgicas;

12. história pessoal ou familiar de doenças hereditárias/malformações;

13. gemelaridade anterior;

14. fatores socioeconômicos;

15. atividade sexual;

16. uso de tabaco, álcool ou outras drogas lícitas,

17. história infecciosa prévia;

18. vacinações prévias;

19. 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 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 do Cartão da Gestante e da Ficha Clínica de Pré-Natal;
* Verificação da situação vacinal;
* Solicitação dos exames de rotina;
* Realização dos testes rápidos;
* Orientação sobre as consultas subsequentes, e as atividades educativas;
* Identificar em destaque no Cartão da Gestante, fatores de risco.

**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, estado civil/união, número e idade de dependentes, 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, malformações congênitas e anomalias genéticas, gemelaridade, câncer de mama e/ou do colo uterino, hanseníase, tuberculose, doença de Chagas, parceiro sexual portador de infecção pelo HIV.
* **Antecedentes pessoais gerais:** hipertensão arterial crônica, diabetes mellitus, cardiopatias, doenças renais crônicas, anemias, desvios nutricionais, epilepsia, doenças da tireoide e outras endocrinopatias, viroses (rubéola, hepatites), hanseníase, tuberculose, malária, sífilis, portadora de infecção pelo HIV, infecção do trato urinário, doenças neurológicas e psiquiátricas, cirurgia, transfusões de sangue, alergias, doenças neoplásicas, vacinação, uso de medicamentos, uso de drogas, tabagismo e alcoolismo.
* **Antecedentes ginecológicos:** ciclos menstruais, uso de métodos anticoncepcionais, infertilidade, doenças sexualmente transmissíveis, cirurgias ginecológicas, malformações uterinas, mamas (patologias e tratamento realizado), última colpocitologia oncótica.
* **Sexualidade:** início da atividade sexual, dispareunia, prática sexual, número de parceiros, uso de preservativos.
* **Antecedentes obstétricos:** número de gestações, número de partos, número de abortamentos, relato de insuficiência istmo-cervical, número de filhos vivos, idade na primeira gestação, intervalo entre as gestações (em meses), isoimunização Rh, número de recém-nascidos: pré-termo, pós-termo, número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500g) e com mais de 4.000g, número de RN prematuros ou pequenos para a IG, mortes neonatais, natimortos, recém-nascidos com icterícia, transfusão, intercorrências em gestações anteriores, complicações nos puerpérios, histórias de aleitamentos anteriores.
* **Gestação atual:** data do primeiro dia da última menstruação, peso prévio e altura, sinais e sintomas, hábitos alimentares, medicamentos utilizados, internação durante a gestação atual, hábitos: fumo, álcool e drogas ilícitas, ocupação habitual, exposição a agentes químicos e físicos, aceitação ou não da gravidez, 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. Nas consultas 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.

* **Exame físico geral:** inspeção da pele e das mucosas, sinais vitais, palpação da tireoide, exame do abdome, exame dos membros inferiores, determinação do peso, da altura, cálculo do IMC, 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.

**Exames complementares**

Devem ser solicitados na primeira consulta os seguintes exames complementares:

* Hemograma;
* TSH;
* Eletroforese de hemoglobina;
* Tipagem sanguínea e fator Rh;
* Coombs indireto (se for Rh negativo);
* Glicemia de jejum;
* Teste rápido de triagem para sífilis;VDRL;
* Teste rápido diagnóstico anti-HIV;
* Teste rápido diagnóstico hepatite B e C;
* Toxoplasmose IgM e IgG;
* Exame de urina e urocultura;
* Ultrassonografia obstétrica;
* Citopatológico de colo de útero;
* Exame da secreção vaginal;
* Parasitológico de fezes.

**Roteiro das consultas subsequentes**

* Queixas mais comuns na gestação, intercorrências;
* Exame físico direcionado (deve-se avaliar o bem-estar materno e fetal);
* Verificação do calendário de vacinação;
* Avaliar o resultado dos exames complementares;
* Atualização do Cartão da Gestante;
* Cálculo e anotação da idade gestacional;
* Determinação do peso e cálculo do índice de massa corporal (IMC);
* Medida da pressão arterial;
* Palpação obstétrica e medida da altura uterina;
* Pesquisa de edema;
* Exame ginecológico, incluindo das mamas, para observação do mamilo;
* Ausculta dos batimentos cardiofetais;
* Avaliação dos movimentos fetais;
* Teste de estímulo sonoro simplificado (Tess), se houver indicação clínica;
* Prescrição de suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico;
* Oriente a gestante sobre alimentação;
* Incentive o aleitamento materno exclusivo até os seis meses;
* Oriente a gestante sobre os sinais de risco e a necessidade de assistência;
* Proceda à realização de ações e práticas educativas individuais e coletivas;
* Faça o agendamento das consultas subsequentes.

**Cálculo da idade gestacional**

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.

* **Uso do calendário:** some o número de dias do intervalo entre a DUM e a data da consulta.
* **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.

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. 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, 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, considerando-se os seguintes parâmetros:

* 12ª semana: o útero enche a pelve, de modo que é palpável na sínfise púbica;
* 16ª semana: o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical;
* 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 IG.

Quando não for possível determinar clinicamente a idade gestacional, solicite o mais precocemente possível a ultrassonografia obstétrica.

**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.

**Cálculo do índice de massa corpórea ou corporal (IMC) por meio da fórmula:**

Índice de Massa Corporal (IMC) = Peso (kg)

Altura (m) x Altura (m)

**Condutas conforme o diagnóstico nutricional realizado:**

* **Baixo peso (BP):** história alimentar, hiperêmese gravídica etc.
* **Adequado (A):** dê-lhe orientação, visando à manutenção do peso.
* **Sobrepeso e obesidade (S e O):** investigue a obesidade pré-gestacional, casos de edema, polidrâmnio, macrossomia e gravidez múltipla. Dê orientação nutricional, visando à promoção do peso adequado e de hábitos alimentares saudáveis. Sabe-se que a obesidade está associada a uma frequência mais alta de distócias, diabetes e hipertensão e a um risco maior de cesariana.

**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. 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.

Passos para uma Alimentação Saudável para Gestantes:

* Faça pelo menos 3 refeições e 2 lanches saudáveis por dia, evitando ficar mais de três horas sem comer;
* Entre as refeições, beba água, pelo menos 2 litros (de 6 a 8 copos) por dia.
* Para ajudar a controlar o peso, deve-se orientar a gestante a evitar “pular” as refeições e “beliscar” entre as refeições;
* 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;
* Os excessos podem causar desconforto abdominal, principalmente nos últimos meses de gestação, quando o útero está maior e comprime o estômago;
* 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.

**Plano de parto**

O plano de parto é um documento elaborado pela gestante sobre suas preferências, desejos e expectativas em relação ao parto e ao nascimento, incluindo alguns procedimentos dos profissionais. Normalmente, ela pode definir sobre os acompanhantes que deseja que estejam presentes; as condições do ambiente em que será realizado o parto, como iluminação, música, realização de fotos ou vídeos, entre outros; os métodos para alívio da dor; o tipo de alimentação ou bebidas que vai ingerir; a posição de expulsão do bebê; quem corta o cordão umbilical, entre outras preferências. A gestante pode elaborar o plano durante todo o pré-natal, tendo tempo para esclarecer dúvidas, dialogar com os profissionais e ouvir a experiência de outras mulheres. Uma vez elaborado, ele deve ser impresso e entregue à equipe perinatal da maternidade de referência. A gestante também deve ser informada sobre a conduta em eventuais situações de risco, nas quais o plano de parto pode não ser respeitado de maneira integral.

**Ações educacionais**

Um dos grandes objetivos do acompanhamento do pré-natal é o fortalecimento da capacidade de autocuidado das gestantes, que “é muito mais que dizer a elas o que devem fazer”, significa apoiá-las. Considerando as situações que se apresentam durante o ciclo gravídico puerperal, podem ser abordados vários temas, como:

* Acompanhamento do pré-natal e puerperal;
* Pré-natal do parceiro;
* Sinais, sintomas e queixas frequentes na gestação;
* Sinais de alerta na gestação e no período neonatal;
* Mudanças psicoemocionais no período gestacional;
* Medicações prejudiciais na gestação e riscos da automedicação;
* Depressão gestacional e pós-parto e prevenção contra suicídio;
* Alimentação;
* Tabagismo;
* Sobrepeso e obesidade;
* Atividade física;
* Autoestima e autoimagem;
* Vacinação da mãe e do bebê;
* Trabalho na gestação e organização da rotina para o retorno ao trabalho após o término da licença;
* Atividade sexual na gravidez e puerpério;
* Riscos do alcoolismo, tabagismo e outras drogas na gestação;
* Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis;
* Prevenção de arboviroses;
* Acidentes de trânsito;
* Prevenção de acidentes domésticos;
* Vinculação e visita à maternidade;
* Parto: vias de parto e plano de parto;
* Cuidados puerperais;
* Cuidados com o recém-nascido e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do bebê;
* Amamentação: vantagens para mãe e bebê; fatores dificultadores e desestimulantes; posicionamento; frequência das mamadas; cuidados pós-mamadas; principais problemas, causas, prevenção e soluções; e ordenha manual e mecânica;
* Planejamento sexual e reprodutivo;
* Métodos de anticoncepção hormonais, de barreira, cirúrgicos;
* Fertilidade e infertilidade;
* Disfunções sexuais;
* Violência sexual e doméstica;
* Vulvovaginites;
* Câncer de colo uterino;
* Câncer de mama.

**Controle da pressão arterial (PA)**

Recomenda-se a medida da PA em todas as consultas de pré-natal. Conceitua-se hipertensão arterial na gestação a observação de níveis tensionais 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. 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.
* **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.
* **Hipertensão arterial sistêmica crônica:** é definida por hipertensão registrada antes da gestação, no período que precede à 20ª semana de gravidez.
* **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.

**Procedimentos recomendados para a medida da pressão arterial:**

* Explique o procedimento à gestante e a deixe em repouso por pelo menos 5 minutos em ambiente calmo. Ela deve ser instruída a não conversar durante a medida. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou após o procedimento;
* Certifique-se de que ela não está com a bexiga cheia, praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos, ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos, fumou nos 30 minutos anteriores;
* Deve estar na posição sentada, com as pernas descruzadas, com os pés apoiados no chão e o dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração, livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido.

Para a medida, após certificar-se de que o esfigmomanômetro esteja calibrado:

* Coloque o manguito, sem deixar folgas, 2 ou 3 cm acima da fossa cubital;
* Estime o nível da pressão sistólica pela palpação do pulso radial;
* O seu reaparecimento corresponderá à PA sistólica;
* Palpe a artéria braquial na fossa cubital e coloque o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva;
* Infle o equipamento até ultrapassar 20 a 30mmHg do nível estimado da pressão sistólica obtido pela palpação;
* Proceda à deflação lentamente;
* Determine a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som, que é em geral fraco, seguido de batidas regulares, e depois aumente ligeiramente a velocidade de deflação;
* Determine a pressão diastólica no desaparecimento dos sons;
* Sugere-se esperar em torno de um minuto para nova medida, embora este aspecto seja controverso;
* Informe os valores de pressões arteriais obtidos para a paciente;
* Anote os valores exatos sem “arredondamentos” e o braço em que a pressão arterial foi medida.

Avaliação da pressão arterial em gestantes:

|  |  |
| --- | --- |
| **Achados** | **Condutas** |
| 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. |
| 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. |
| 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, * 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; * 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. |

Obs.: O acompanhamento da PA deve ser avaliado em conjunto com o ganho de peso súbito e/ou a presença de edema, principalmente a partir da 24ª semana. Mulheres com ganho de peso superior a 500g por semana, mesmo sem aumento da pressão arterial, devem ter seus retornos antecipados, considerando-se maior risco de pré-eclâmpsia.

**Palpação obstétrica e medida da altura uterina (AU)**

* Identificar o crescimento fetal;
* Diagnosticar os desvios da normalidade a partir da relação entre a altura uterina e a idade gestacional;
* Identificar a situação e a apresentação fetal.

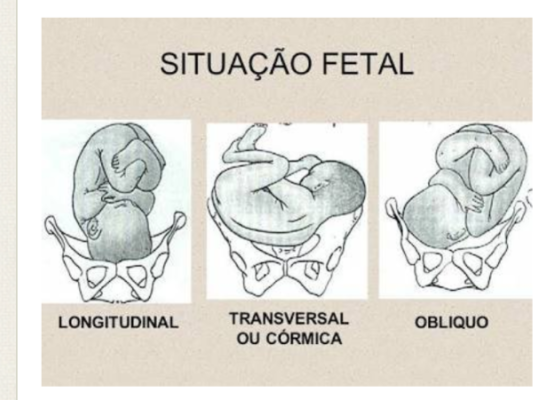
A palpação obstétrica deve ser realizada antes da medida da altura uterina. Ela deve iniciar-se pela delimitação do fundo uterino, bem como de todo o contorno da superfície uterina (este procedimento reduz o risco de erro da medida da altura uterina). A identificação da situação e da apresentação fetal é feita por meio da palpação obstétrica, procurando-se identificar os polos cefálico e pélvico e o dorso fetal, facilmente identificados a partir do terceiro trimestre. Pode-se, ainda, estimar a quantidade de líquido amniótico. A percepção materna e a constatação objetiva de movimentos fetais, além do crescimento uterino, são sinais de boa vitalidade fetal. Técnica para palpação abdominal (Manobras de Leopold): consiste em um método palpatório do abdome materno em 4 passos:

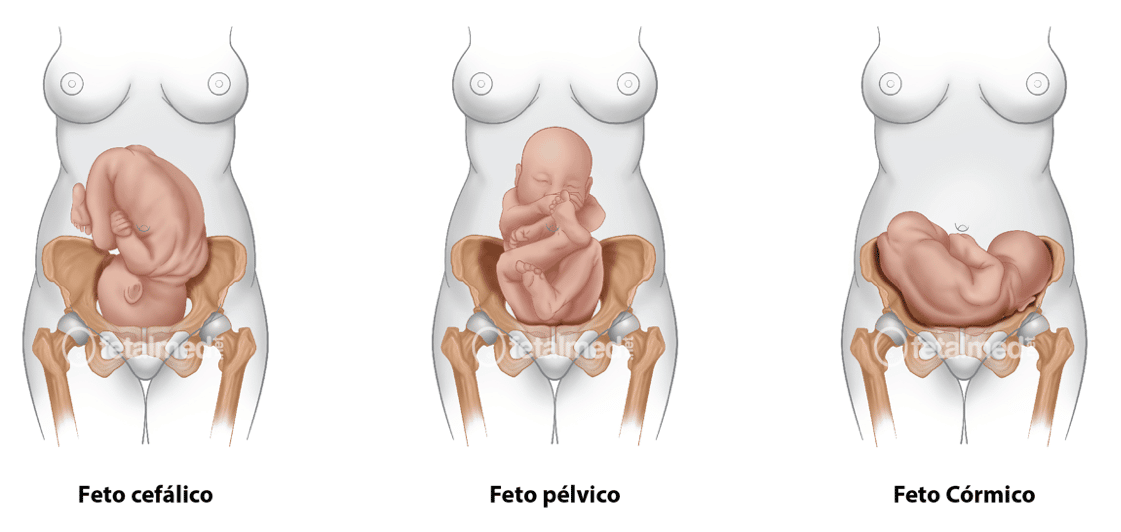
1. Delimite o fundo do útero com ambas as mãos e reconheça a parte fetal que o ocupa;
2. Deslize as mãos do fundo uterino até o polo inferior do útero, procurando sentir o dorso e as pequenas partes do feto;
3. Explore a mobilidade do polo, que se apresenta no estreito superior pélvico;
4. Determine a situação fetal, colocando as mãos sobre as fossas ilíacas, deslizando-as em direção à escava pélvica e abarcando o polo fetal, que se apresenta. As situações que podem ser encontradas são: longitudinal (apresentação cefálica e pélvica), transversa (apresentação córmica) e oblíquas.



O feto pode estar em situação longitudinal (mais comum) ou transversa. A situação transversa reduz a medida de altura uterina, podendo falsear sua relação com a idade gestacional. As apresentações mais frequentes são a cefálica e a pélvica.

**Manobras de palpação da situação fetal**

****

****

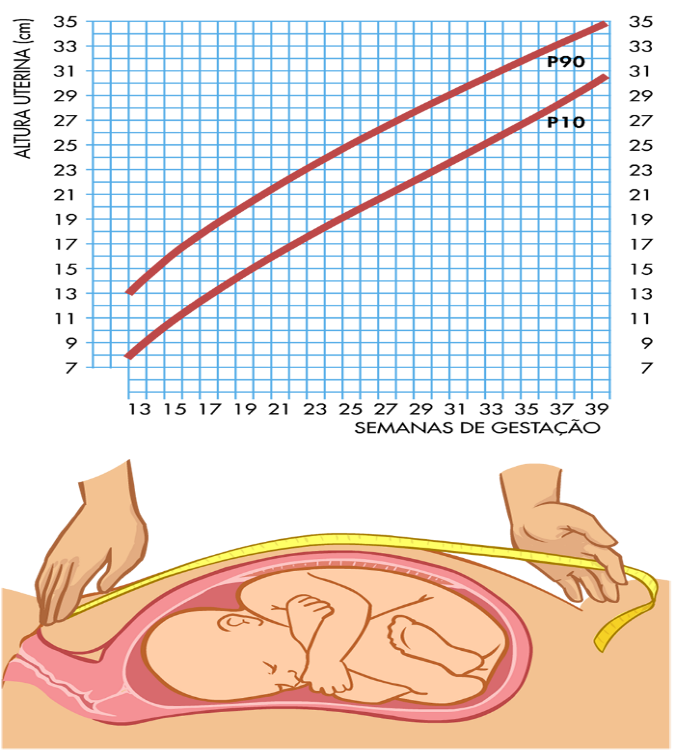
A situação transversa e a apresentação pélvica, podem significar risco no momento do parto. Nestas condições, a mulher deve ser referida para a unidade hospitalar de referência que tenha condições de atender caso de distócia.

**Medida da altura uterina (AU):**

Visa o acompanhamento do crescimento fetal e à detecção precoce de alterações. Use como indicador a medida da altura uterina e sua relação com o número de semanas de gestação. Representação do indicador por meio de gráfico constituído de duas linhas: a inferior representa o percentil 10, e a superior, o percentil 90. O resultado estará adequado quando estiver contido entre as duas linhas: excessivo (acima do percentil 90) e deficiente (abaixo do percentil 10).

Técnica para medida da altura uterina:

* Posicione a gestante em decúbito dorsal, com o abdome descoberto;
* Delimite a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino;
* Por meio dapalpação, procure corrigir a comum dextroversão uterina;
* Fixe a extremidade inicial (0cm) da fita métrica, flexível e não extensível, na borda superior da sínfise púbica com uma das mãos, passando-a entre os dedos indicador e médio;
* Deslize a fita métrica entre os dedos indicador e médio da outra mão até alcançar o fundo do útero com a margem cubital da mesma mão;
* Proceda à leitura quando a borda cubital da mão atingir o fundo uterino;
* Anote a medida (em centímetros) na ficha e no cartão e marque o ponto na curva da altura uterina.



**Posição do ponto obtido na primeira medida em relação às curvas**

* **Entre as curvas inferiores e superiores:** siga o calendário de atendimento de rotina.
* **Acima da curva superior:** atente para a possibilidade de erro de cálculo da idade gestacional (IG). A gestante deve ser vista pelo médico da unidade e deve ser avaliada a possibilidade de polidrâmnio, macrossomia, gestação gemelar, mola hidatiforme. Solicite ultrassonografia, se possível. Caso permaneça dúvida, marque retorno em 15 dias para reavaliação ou, se possível, faça o encaminhamento da paciente para o serviço de alto risco.
* **Abaixo da curva inferior:** atente para a possibilidade de erro de cálculo da IG. A gestante deve ser vista pelo médico da unidade para se avaliar a possibilidade de feto morto, oligoidrâmnio, ou restrição de crescimento intrauterino. Solicite ultrassonografia, se possível. Caso permaneça dúvida, marque retorno em 15 dias para reavaliação ou, se possível, faça o encaminhamento da paciente para o serviço de alto risco.

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

**Ausculta dos batimentos cardiofetais (BCF)**

Constatar a cada consulta a presença, o ritmo, a frequência e a normalidade dos batimentos cardíacos fetais (BCF). Deve ser realizada com sonar, após 12 semanas de gestação, ou com Pinard, após 20 semanas. É considerada normal a frequência cardíaca fetal entre 120 a 160 batimentos por minuto.

**Observação:** após uma contração uterina, a movimentação fetal ou o estímulo mecânico sobre o útero, um aumento transitório na frequência cardíaca fetal é sinal de boa vitalidade. Por outro lado, uma desaceleração ou a não alteração da frequência cardíaca fetal, concomitante a estes eventos, é sinal de alerta, o que requer aplicação de metodologia para avaliação da vitalidade fetal. Nestes casos, recomenda-se referir a gestante para um nível de maior complexidade ou à maternidade.

**Técnica para ausculta dos batimentos cardiofetais:**

* Posicione a gestante em decúbito dorsal, com o abdômen descoberto;
* Identifique o dorso fetal;
* Além de realizar a palpação, deve-se perguntar à gestante em qual lado ela sente mais os movimentos fetais, o dorso estará no lado oposto;
* Segure o estetoscópio de Pinard, faça com a cabeça, leve pressão sobre o estetoscópio e, só então, retire a mão que segura o tubo;
* Com o sonar doppler procure o ponto de melhor ausculta dos BCF na região do dorso fetal;
* Controle o pulso da gestante para certificar-se de que os batimentos ouvidos são os do feto, já que as frequências são diferentes;
* Conte os batimentos cardíacos fetais por um minuto, observando sua frequência e seu ritmo;
* Registre os BCF na ficha perinatal e no Cartão da Gestante;
* Avalie resultados da ausculta dos BCF.

|  |  |
| --- | --- |
| **Achado** | **Conduta** |
| BCF não audíveis, quando a idade gestacional for igual ou maior do que 14 semanas. | **Alerta:** Verifique o erro de estimativa da idade gestacional. Afaste as condições que prejudiquem uma boa ausculta: obesidade materna, dificuldade de identificar o dorso fetal |
| Bradicardia e taquicardia. | **Sinal de alerta:** Afaste a febre e/ou recomende o uso de medicamentos pela mãe. Deve-se suspeitar de sofrimento fetal. O médico da unidade de saúde deve avaliar a gestante e o feto. Na persistência do sinal, encaminhe a gestante para o serviço de maior complexidade ou para o pronto-atendimento obstétrico. |

**Registro dos movimentos fetais**

Avaliação clínica do bem-estar fetal na gravidez a partir da 34ª semana gestacional. A presença de movimentos do feto sempre se correlacionou como sinal e constatação de vida; todavia, o monitoramento dos movimentos fetais como meio de avaliação do seu bem-estar é relativamente recente. Os padrões da atividade fetal mudam com a evolução da gravidez. Inicialmente, os movimentos são débeis e pouco frequentes, podendo ser confundidos pela gestante com outros fenômenos, como o peristaltismo. Gradativamente, à medida que prossegue a integração do sistema nervoso central com o sistema muscular do feto, os movimentos tornam-se rítmicos, fortes e contínuos. O ritmo da atividade fetal pode sofrer interferência tanto de fatores endógenos (como a presença de insuficiência placentária, isoimunização pelo fator Rh ou malformações congênitas) quanto de fatores exógenos (como a atividade materna excessiva, o uso de medicamentos sedativos, álcool e nicotina, entre outros). A presença de movimentos fetais ativos e frequentes é tranquilizadora quanto ao prognóstico fetal. Dada a boa correlação entre a subjetividade da percepção materna e a ultrassonografia em tempo real, resulta lógica a utilização do controle diário de movimentos fetais (mobilograma), realizado pela gestante, como instrumento de avaliação fetal simples, de baixo custo, que não requer instrumentalização e não tem contraindicações. Não existe na literatura padronização quanto ao método de registro. O importante é utilizar técnica simples e por período de tempo não muito longo, para não se tornar exaustivo e facilitar a sua realização sistemática pela mulher. Em gestação de baixo risco, o registro diário dos movimentos fetais pode ser iniciado a partir da 34ª semana gestacional. Existem vários métodos descritos. O método a seguir é recomendado por sua praticidade.

**Método de registro diário de movimentos fetais (RDMF)**

* Escolha um período do dia em que possa estar mais atenta aos movimentos fetais;
* Alimente-se previamente ao início do registro;
* Sente-se com a mão sobre o abdome;
* Registre os movimentos do feto nos espaços demarcados pelo formulário, anotando o horário de início e de término do registro.

A contagem dos movimentos é realizada por período máximo de uma hora. Caso a gestante consiga registrar 6 movimentos em menos tempo, não é necessário manter a observação durante uma hora completa. Entretanto, se após uma hora ela não foi capaz de contar 6 movimentos, deverá repetir o procedimento. Se na próxima hora não sentir 6 movimentos, deverá procurar imediatamente a unidade de saúde. Assim, considera-se como “inatividade fetal” o registro com menos de seis movimentos por hora, em duas horas consecutivas. Para favorecer a cooperação materna em realizar o registro diário dos movimentos fetais, é importante que a gestante receba orientações adequadas quanto à importância da atividade do feto no controle de seu bem-estar. Outro fator que interfere na qualidade do registro é o estímulo constante dado a cada consulta de pré-natal pelo profissional de saúde.

1º Alimente-se antes de começar o registro;

2º Fique em posição semi-sentada, com a mão no abdome;

3º Marque o horário de início;

4º Registre seis movimentos e marque o horário do último;

5º Se, em uma hora, o bebê não se mexer 6 vezes, pare de contar os movimentos. Repita o registro. Se persistir a diminuição, procure a unidade de saúde.

**Formulário para registro diário de movimentos fetais (RDMF)**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Dia** | **Horário de início** | **1** | **2** | **3** | **4** | **5** | **6** | **Horário de término** |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |

Obs.: A rotina de avaliação da movimentação fetal não deve ser recomendada. Não existem parâmetros na literatura médica para quantificar a normalidade dos movimentos fetais. A movimentação deve ser valorizada de acordo com a situação clínica de cada paciente.

**BIBLIOGRAFIA**

BRASIL, Ministério da Saúde. **Boas Práticas ao Parto e Nascimento.** Organização Mundial da Saúde, 1996.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Orientação sobre o transporte neonatal**. Ministério da Saúde, Brasília, 2010.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Gestação de Alto Risco.** Manual técnico. Ministério da Saúde. Brasília, 2012.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco.** Cadernos de Atenção Básica n32. Ministério da Saúde. Brasília, 2013.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia.** Ministério da Saúde. Brasília, 2014.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Checklist do Parto Seguro.** Ministério da Saúde. Brasília, 2015.

BRASIL, Ministério da Saúde. **Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal.** Ministério da Saúde. Brasília, 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. **PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO.** ATENÇÃO QUALIFICADA E HUMANIZADA. Ministério da Saúde. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde.** Departamento de Ações Programáticas. Manual de gestação de alto risco. Ministério da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL, 2019. **Saúde da mulher na Gestação, Parto e Puerpério.** Guia de orientação das Secretarias estaduais e municipais de saúde. Ministério da Saúde. Brasília.

LEIFER, Gloria. **Enfermagem Obstétrica.** 11. ed. Rio de Janeiro. Ensevier, 2013.

BARROS S.M.O. **Enfermagem Obstétrica e Ginecológica.** Guia para a prática assistencial. 2 ed. São Paulo, Roca, 2009.

REZENDE, J., MONTENEGRO, C.A.B. **Obstetrícia Fundamental.** 14 ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan, 2017.