

GUIA TEÓRICO PARA ATENDIMENTO DA GESTANTE E PROMOÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO



ARLANE SILVA CARVALHO CHAVES
LAYANE MOTA DE SOUZA DE JESUS
RODRIGO JENSEN
WILZA CARLA SPIRI
(ORGANIZADORES)



EDUFMA



UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Reitor Prof. Dr. Fernando Carvalho Silva

Vice-Reitor Prof. Dr. Leonardo Silva Soares



EDITORA DA UFMA

EDLIFMA

Coordenadora Dra. Suênia Oliveira Mendes

Conselho Editorial

Profa. Dra. Andréa Katiane Ferreira Costa
Profa. Dra. Débora Batista Pinheiro Sousa
Prof. Dr. Edson Ferreira da Costa
Prof. Dr. José Carlos Aragão Silva
Profa. Dra. Jussara Danielle Martins Aires
Prof. Dr. Luís Henrique Serra
Prof. Dr. Luiz Eduardo Neves dos Santos
Profa. Dra. Luma Castro de Souza
Prof. Dr. Márcio José Celeri
Profa. Dra. Maria Áurea Lira Feitosa
Profa. Dra. Raimunda Ramos Marinho
Profa. Dra. Rosângela Fernandes Lucena Batista
Prof. Dr. Ubiratane de Moraes Rodrigues
Bibliotecária Iole Costa Pinheiro



Associação Brasileira das Editoras Universitárias

All the contents of this work, except where otherwise noted, is licensed under a Creative Commons Attribution 4.0 International license.



Todo o conteúdo deste trabalho, exceto quando houver ressalva, é publicado sob a licença Creative Commons Atribuição 4.0.

Todo el contenido de esta obra, excepto donde se indique lo contrario, está bajo licencia de la licencia Creative Commons Reconocimiento 4.0.

**ARLANE SILVA CARVALHO CHAVES
LAYANE MOTA DE SOUZA DE JESUS
RODRIGO JENSEN
WILZA CARLA SPIRI
(ORGANIZADORES)**

**GUIA TEÓRICO PARA ATENDIMENTO DA GESTANTE E PROMOÇÃO DE
EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO**

São Luís



EDLIFMA

2025

© 2025 EDUFMA - Todos os direitos reservados

Projeto Gráfico, Diagramação e Capa: Ana Silvia Sartori Barraviera Seabra Ferreira e Arlane Silva Carvalho Chaves

Revisão (gramatical): Luana M. Nascimento

Fonte imagem de capa: [AC1] Aplicativo “e-Gest”

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Guia teórico para atendimento da gestante e promoção de educação em saúde no pré-natal de baixo risco / organizadores, Arlane Silva Carvalho Chaves; Layane Mota de Souza de Jesus; Rodrigo Jensen; Wilza Carla Spiri. - São Luís: EDUFMA, 2025.

95p.: il.

Modo de acesso: World Wide Web

ISBN: 978-65-5363-487-9

1. Obstetrícia. 2. Ginecologia. 3. Pré-natal. 4. Gestação – Baixo risco. I. Chaves, Arlane Silva Carvalho; II. Jesus, Layane Mota de Souza de; III. Jensen, Rodrigo; IV. Spiri, Wilza Carla.

CDU 618.1

Ficha catalográfica elaborada pela Diretoria Integrada de Bibliotecas –DIB/UFMA
Bibliotecária: Alesandra Saraiva de Sousa CRB 13/505

CRIADO NO BRASIL [2025]

Todos os direitos reservados. Nenhuma parte deste livro pode ser reproduzida, armazenada em um sistema de recuperação ou transmitida de qualquer forma ou por qualquer meio, eletrônico, mecânico, fotocópia, microimagem, gravação ou outro, sem permissão do autor.

| EDUFMA | EDITORA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO MARANHÃO

Av. dos Portugueses, 1966 | Vila Bacanga CEP: 65080-805 | São Luís | MA | Brasil Telefone: (98) 3272-8157

www.edufma.ufma.br | edufma@ufma.br

CRÉDITOS

“Este livro é produto de tese desenvolvido no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem – Doutorado Profissional em Enfermagem da Universidade Estadual Paulista, Faculdade de Medicina de Botucatu – UNESP/FMB, programa credenciado pela CAPES”.

“Publicação financiada pela Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão – FAPEMA”.

ORGANIZADORES

Arlane Silva Carvalho Chaves

Organizadora, autora e revisora

Doutora em Enfermagem Profissional pela Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP/FMB
Bolsista pela Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão- FAPEMA.

Professora do curso de Medicina, UFMA/CCIm

Mestre em Ensino em ciência e Saúde, Universidade Federal do Tocantins - UFT.

Graduada em Enfermagem pela Universidade Estadual do Maranhão - UEMA.



Layane Mota de Souza de Jesus

Organizadora, autora e revisora

Doutoranda em Enfermagem, Programa de Pós Graduação em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP/FMB

Bolsista pela Fundação de Amparo à Pesquisa e ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico do Maranhão- FAPEMA.

Professora do curso de Enfermagem, UFMA/CCIm

Mestre em Ensino em ciência e Saúde, Universidade Federal do Tocantins - UFT.

Graduada em Enfermagem pela Universidade Federal do Maranhão/Centro de Ciências de Imperatriz - UFMA/CCIm



Rodrigo Jensen

Organizador e revisor

Professor Associado (livre-docente) na Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP.

Especialista em Enfermagem Obstétrica pelo Centro Universitário Adventista de São Paulo (Unasp)

Mestre em Enfermagem pela Universidade Estadual de Campinas (Unicamp).

Doutor em Ciências da Saúde pela Unicamp.



Wilza Carla Spiri

Organizadora e revisora

Professor Associado do Departamento de Enfermagem da Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, atuando em ensino, pesquisa, extensão e gestão.

Livre Docente pela Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo - USP.

Pós Doutorado pela School of Nursing The University of British Columbia - Canadá

Doutorado em Enfermagem pela Universidade de São Paulo

Graduação em Enfermagem pela Universidade do Sagrado Coração



AUTORES

DOCENTES

Benedita Maryjose Gleyk Gomes

Professora do Curso de Medicina, FAMEAC

Mestre em Desenvolvimento Regional

Graduada em Enfermagem, Universidade Federal do Maranhão/Centro de Ciências de Imperatriz – UFMA/CCIm

Euzamar de Araujo Silva Santana

Professora do Curso de Medicina, Universidade Federal do Maranhão/Centro de Ciências de Imperatriz – UFMA/CCIm

Mestre em Ensino em ciência e Saúde, UFT

Graduada em Enfermagem, pela Pontifícia Universidade Católica de Goiás - PUC/GO.

Manoel Lopes da Silva Neto

Professor no Curso de Enfermagem, Faculdade do Centro Maranhense – FCMA/UNICENTRO

Especialista em Enfermagem do Trabalho

Especialista em Urgência e Emergência e atenção em Unidade de Terapia Intensiva

Graduado em Enfermagem pela Faculdade do Centro Maranhense – FCMA/UNICENTRO

Silvia Ferreira Costa

Enfermeira na Força Estadual da Saúde do Maranhão – SES-MA

Especialista em Saúde da Família

Graduada em Enfermagem pelo Centro Universitário do Maranhão – CEUMA

GRADUANDOS

Ana Beatriz Mineu Costa Marques

Graduanda em Medicina na Universidade Federal do Maranhão/Centro de Ciências de Imperatriz – UFMA/CCIm

Andrezza Cristina Ribeiro Lima

Graduanda em Medicina na Universidade Federal do Maranhão/Centro de Ciências de Imperatriz – UFMA/CCIm

Jhonata Gabriel Moura Silva

Graduando em Medicina na Universidade Federal do Maranhão/Centro de Ciências de Imperatriz – UFMA/CCIm

Luzia Catarina Chaves Oliveira

Graduanda em Medicina na Centro Universitário do Maranhão – CEUMA

Mariana Grassmann Cavalcante

Graduanda em Medicina na Centro Universitário do Maranhão – CEUMA

Para meus pais, José Arnóbio e Maria Luiza.
Minhas filhas, Sofia e Iza;
meu esposo, Uelvis Carvalho, que me inspiram a
ser melhor a cada dia;
e ao enfermeiro Ronaldo Barros (*in memória*), com
quem aprendi a amar ainda mais enfermagem e o
cuidado pré-natal humanizado.

Ariane Silva Carvalho Chaves

AGRADECIMENTOS

“É justo que muito custe o que muito vale” (Santa Teresa D’Ávila). Custou chegar ao ponto em que podemos redigir linhas de agradecimento pelas mãos estendidas ao longo do caminho!

Primeiramente, gratidão a Deus, pelo dom da sabedoria e pela perseverança, por me surpreender e ensinar que preciso confiar, mesmo sem compreender e por permitir encontrar pessoas generosas no caminho.

Aos familiares, pelo amor, otimismo e companheirismo.

Aos professores Dra. Wilza Carla Spiri, da UNESP/FMB e Dr. Rodrigo Jensen, da USP (Universidade de São Paulo), pela generosidade e humildade em partilhar conhecimento. Seus ensinamentos são joias preciosas.

Aos professores do Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Cursos de Mestrado e Doutorado Profissional da UNESP/FMB, pela partilha de conhecimentos, sorrisos, lágrimas e conversas, sendo a leveza na caminhada acadêmica.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Maranhão (FAPEMA) pela bolsa de financiamento, essencial para a pesquisa principal na qual se ancora este Guia, sob o número BD-10348/22.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo apoio ao Programa de Pós-graduação em Enfermagem - Cursos de Mestrado e Doutorado Profissional da FMB/UNESP e pela oportunidade de cursar uma pós-graduação de excelência.

À Universidade Federal do Maranhão (UFMA), por ser campo de trabalho e pesquisa de Doutorado, que deu origem a esse livro.

À cada um dos colegas que colaboraram na escrita desse guia teórico.

Aos estudantes do Curso de Enfermagem e Medicina do Centro de Ciências de Imperatriz (UFMA/CCIIm), por serem a essência e inspiração para esse trabalho.

Obrigada!

“Antes de todas as coisas foi criada a Sabedoria, a inteligência prudente existe desde a eternidade”.

(Eclesiástico 1,4)

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Ilustração da Jornada da gestante.....	21
Figura 2 - Formas de abordagem para atividades de promoção da educação em saúde.....	26
Figura 3 - Modelo de requisição de exames, ilustrando uma ficha preenchida para requisição de alguns exames para acompanhamento pré-natal, segundo preconizado pelo Ministério da Saúde no Caderno 32 da Atenção Básica (BRASIL, 2013).....	36
Figura 4 - Modelo de receituário ilustrando uma prescrição de suplementação de ferro e ácido fólico, segundo preconizado pelo Ministério da Saúde no Caderno 32 da Atenção Básica (BRASIL, 2013).	36
Figura 5 - Condições clínicas avaliadas ao longo do pré-natal.....	46
Figura 6 - Recorte da caderneta da gestante, Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde 2023.	48
Figura 7 - Representação de linha gestacional.....	54
Figura 8 - Representação anatomohistológica dos melanócitos e produção de melanina no surgimento do melasma.....	54
Figura 9 - Representação de palpação da tireoide.....	54
Figura 10 - Palpação de membros inferiores para pesquisa de edema.....	59
Figura 11 - Palpação de da região sacra para pesquisa de edema.....	59
Figura 12 - Ilustração da situação fetal	62
Figura 13 - Apresentação fetal.....	62
Figura 14 - Medida da altura uterina da sínfise púbica (esquerda).....	63
Figura 15 - Curva de evolução da altura uterina durante a gestação.	63
Figura 16 - Altura do fundo de útero durante o evoluir da gestação da 12 ^a a 38 ^a semana gestacional.	64
Figura 17 - Foco máximo de ausculta na apresentação cefálica.	65
Figura 18 - Sonar Doppler (à esquerda) e estetoscópio de Pinard (à direita), utilizados para ausculta dos batimentos cardíofetal.....	66
Figura 19 - Avaliação Ginecológica.....	66
Figura 20 - Gestograma indicando DUM e DPP.....	69
Figura 21 - Fluxo de introdução ao pré-natal da gestante e do parceiro.	81
Figura 22 - Campo para anotações na caderneta da gestante, referentes aos registros do acompanhamento pré-natal do parceiro, Caderneta da Gestante. Ministério da Saúde, 2022.	83

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estrutura operacional da RAS Maternoinfantil, Nota Técnica Para Organização da Rede de Atenção à Saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério.....	20
Quadro 2 - Parametrização para a distribuição dos atendimentos durante gestação e puerpério.....	28
Quadro 3 - Razões e respectivas justificativas acerca da importância dos registros para o acompanhamento pré-natal.....	34
Quadro 4 - Modelo de Plano de Parto* elaborado pelos autores.....	38
Quadro 5 - Dez pontos importantes na estratificação do risco obstétrico.....	41
Quadro 6 - Situações de risco a serem manejadas no Pré-natal de Risco Habitual (PNRH) na Atenção Primária.....	43
Quadro 7 - Situações de risco a serem manejadas compartilhadas com o Pré-natal Especializado (PNE) na Atenção Ambulatorial Especializada.....	43
Quadro 8 - Situações de risco a serem manejadas compartilhadas com o Pré-natal de Alto Risco (PNAR).....	44
Quadro 9 - <i>Checklist</i> para coleta de dados na anamnese da primeira consulta.....	49
Quadro 10 - <i>Checklist</i> para anamnese de consultas subsequentes.....	50
Quadro 11 - <i>Checklist</i> para anamnese de consultas subsequentes.....	51
Quadro 12 - Exemplo de redação do texto para registro das informações coletadas na consulta de pré-natal.....	52
Quadro 13 - Avaliação da Pressão Arterial em gestantes segundo recomendações do Ministério da Saúde.....	56
Quadro 14 - Ganho de peso recomendado (em Kg) na gestação segundo estado nutricional inicial, Ministério da Saúde, Brasil, 2013.....	58
Quadro 15 - Figuras e descrição da Manobra de Leopold-Zweifel e achados, segundo cada tempo avaliado.....	64
Quadro 16 - Exemplos de cálculos da IG segundo a DUM informada, usando dados fictícios.....	68
Quadro 17 - Parâmetros de semanas gestacional conforme semana gestacional, para presunção de IG através da medida da altura uterina e toque vaginal.....	70
Quadro 18 - Identificando a IG quando a DUM é desconhecida e tem-se informações de exame de Ultrassonografia.....	71
Quadro 19 - Exemplo de cálculo da DPP.....	72

Quadro 20 - Parametrização para distribuição dos atendimentos durante gestação e puerpério.....	73
Quadro 21 - Exames a serem realizados no pré-natal de acordo com o trimestre gestacional.....	74
Quadro 22 - Suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso na gestação, segundo recomendações da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert, Brasil, 2019..	75
Quadro 23 - Calendário de vacinação da gestante adaptado do Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Imunização, 2023.....	76
Quadro 24 - Recomendações sobre esquema de vacinação com dT e dTpa para gestantes, a partir da situação vacinal, segundo recomendações do Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Imunização, 2023.	77

LISTA DE SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
APN	Acompanhamento Pré-Natal
APS	Atenção Primária à Saúde
BCF	Batimento Cardíofetal
bHCG	Hormônio Gonadotrofina Coriônica Humana
DPP	Data Provável do Parto
DUM	Data da Última Menstruação
EF	Exame Físico
eSF	equipe da Estratégia Saúde da Família
eSF-SB	equipe da Estratégia Saúde da Família-Saúde Bucal
IG	Idade Gestacional
IMC	Índice de Massa Corporal
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
OMS	Organização Mundial da Saúde
PA	Pressão Arterial
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNAISH	Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNAR	Pré-Natal de Alto Risco
PNE	Pré-Natal Especializado
PNRH	Pré-Natal de Risco Habitual
PP	Plano de Parto
RAS	Rede de Atenção à Saúde
SSVV	Sinais Vitais
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
USG	Ultrassonografia

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	16
INTRODUÇÃO	18
1. JORNADA DA GESTANTE	20
1.1 O Território	20
1.2 Fases da Jornada da Gestante	21
1.3 Agendamento das consultas	27
2 A COMUNICAÇÃO VERBAL E ESCRITA NO PRÉ-NATAL: estratégias e formas de registro	29
2.1 Comunicação médico-paciente	29
2.2 Anotações e registros no pré-natal	32
2.3 Plano de Parto como estratégia de efetivar a comunicação com a gestante	37
3 ACOLHIMENTO E ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO GESTACIONAL	39
4 AVALIAÇÃO DA GESTANTE	46
4.1 Anamnese Obstétrica	47
4.1.1 Anamnese	47
4.1.2 Materiais de apoio para coleta de anamnese da gestante	48
4.2 Exame Físico Obstétrico	52
4.2.1 Exame Físico	53
4.2.2 Exame Físico Obstétrico	60
4.3 Cálculo da idade gestacional e data provável do parto	67
4.3.1 Identificando a idade gestacional	67
4.3.2 Cálculo da data provável do parto	71
5 EXAMES LABORATORIAIS, SUPLEMENTAÇÃO VITAMÍNICA E VACINAS	74
5.1 Exames laboratoriais no pré-natal	74
5.2 Suplementação Vitamínica	75
5.3 Vacinas para a gestante	76
6. PRÉ-NATAL DO PARCEIRO	80
7 APLICANDO OS CONHECIMENTOS	84
REFERÊNCIAS	88



APRESENTAÇÃO

É com grande entusiasmo que apresento a vocês o "Guia Teórico para Atendimento de Gestantes e Promoção de Educação em Saúde no Pré-Natal", obra cuidadosamente elaborada para fornecer recurso abrangente e essencial para estudantes, professores e profissionais, especialmente da área de enfermagem e medicina. Este trabalho faz parte da Tese de Doutorado Profissional em Enfermagem pela Faculdade de Medicina de Botucatu - Universidade estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho - UNESP/FMB - intitulada "Tecnologia Educativa para o Ensino a Estudantes de Enfermagem e Medicina: aprendizagem sobre a promoção da educação em saúde da gestante", da doutora Arlane Silva Carvalho Chaves, elaborado a partir de um grupo focal, virtual com participação de estudantes de enfermagem e medicina, por meio do qual emergiram os temas principais que nortearam esta escrita.

O resultado foi uma obra cuidadosamente elaborada para fornecer recurso abrangente e essencial para estudantes, professores e profissionais, especialmente da área de enfermagem e medicina, pois traz no escopo ampla gama de detalhes cruciais para o atendimento pré-natal de risco habitual, incluindo a jornada da gestante, comunicação verbal e escrita no pré-natal, acolhimento e classificação de risco gestacional, cálculo da idade gestacional e data provável do parto, exames laboratoriais e suplementação vitamínica, pré-natal do parceiro, um capítulo dedicado a exemplos de casos simples, para que o estudante possa utilizar em simulações de atendimento em práticas laboratoriais, além de materiais e indicações de leitura, roteiros e *checklist*.

A importância deste guia reside na capacidade de integrar teoria e prática de maneira harmoniosa, oferecendo aos profissionais e estudantes da saúde as ferramentas possíveis para proporcionar cuidado de alta qualidade às gestantes.

A jornada da gestante é um período de profundas transformações físicas e emocionais, por isso, compreender essa trajetória é fundamental para oferecer atendimento humanizado e centrado nas necessidades da mulher no ciclo gravídico puerperal. A comunicação, tanto verbal quanto escrita, desempenha papel vital nesse processo, garantindo que as gestantes recebam informações claras e precisas, o que facilita a tomada de decisões informadas e promove a adesão ao cuidado proposto.

A estratificação do risco gestacional é outro ponto central deste guia, permitindo aos profissionais identificarem precocemente possíveis complicações e intervirem de forma oportuna e eficaz. Esse conhecimento é complementado por abordagem detalhada da anamnese e exame físico da gestante, etapas essenciais para construção de um plano de cuidado personalizado e seguro. Além disso, o livro se dedica a elencar também os diversos exames laboratoriais necessários durante o pré-natal, a importância da suplementação vitamínica adequada e vacinação da gestante, como meios de garantir a qualidade da saúde tanto da mãe quanto do bebê.

O pré-natal do parceiro, muitas vezes negligenciado, também recebe a devida atenção, acompanhando a importância do apoio e envolvimento do parceiro no processo gestacional. Essa abordagem holística fortalece os vínculos familiares e contribui para um ambiente mais acolhedor e solidário para a gestante.

Este guia teórico não se limita a ser ferramenta de referência, ele se destaca como verdadeiro aliado no dia a dia dos profissionais de saúde, proporcionando conhecimento sólido e atualizado, fundamental para a prática clínica. Para os estudantes, oferece base sólida para formação acadêmica, preparando-os para enfrentar os desafios do atendimento pré-natal com competência e sensibilidade.

Ademais, este ebook forneceu base sólida de conhecimentos teóricos e científicos para o desenvolvimento de um aplicativo para dispositivo móvel nomeado **“e-Gest: ambiente virtual de aprendizagem do estudante da saúde sobre pré-natal”**, o qual está disponível nas lojas virtuais Play Store e App Store.

Portanto, consiste em recurso indispensável que transcende a mera compilação de informações, tornando-se compêndio vital para melhoria contínua da prática pré-natal. Convido todos a explorarem esta obra com a certeza de que ela trará benefícios significativos para a saúde das gestantes e a prática clínica dos profissionais envolvidos.

Layane Mota de Souza de Jesus



INTRODUÇÃO

A gestação é um momento ímpar e traz consigo diferentes alterações físicas, emocionais, psicológicas e hormonais, que necessitam ser acolhidas, por meio de abordagem holística. O adequado acompanhamento da gestante no serviço de saúde pode determinar gestação com menos riscos e parto mais seguro, sendo possível preparar a mulher para a maternidade, bem como ofertar auxílio clínico necessário e fornecer informações educativas referentes ao processo gestacional, parto, puerpério, cuidados do bebê, autocuidado, direitos que esta possui no ambiente hospitalar e na unidade básica (Brasil, 2013; Leite et al., 2014, Mario et al., 2019).

Nesse contexto, o Acompanhamento Pré-Natal (APN) representa janela de oportunidade, para que o sistema de saúde atue integralmente na promoção e, muitas vezes, na recuperação da saúde das mulheres. Por isso, a atenção prestada deve ser qualificada, humanizada e hierarquizada, de acordo com o risco gestacional. Todos os profissionais envolvidos no cuidado da gestante necessitam aliar conhecimento técnico específico ao compromisso com um resultado satisfatório da atenção para o binômio materno-fetal (Brasil, 2022).

Um bom deve assegurar o desenvolvimento de uma gestação segura, reduzindo riscos, favorecendo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, por meio de abordagem holística, contemplando aspectos psicossociais, atividades educativas e preventivas, com detecção precoce de patologias tanto maternas como fetais (Brasil, 2013).

Médicos e enfermeiros são corresponsáveis pelo acompanhamento da gestante (Till; Everetts; Haas, 2015), diante disso, ao longo do processo de formação desses profissionais, é importante que perfaçam caminho de qualificação e aprendizado que culmine em formação de excelência, e esta precisa ter início ainda na academia.

Para o Ministério da Saúde (Brasil, 2013), o principal objetivo das consultas de pré-natal é preparar a mulher para a maternidade, dando o auxílio necessário, trazendo informações educativas referentes ao parto e pós-parto e fazendo compreender todo o processo evolutivo da gravidez.

A promoção da saúde, por meio da educação em saúde, constitui recurso fundamental, visando divulgação de informações sobre direitos fundamentais, pautando-se em intervenções coletivas, cujo foco principal seja as famílias e comunidades, incentivando os usuários a se tornarem agentes ativos no processo e potenciais disseminadores do conhecimento (Conceição et al., 2020). Essas práticas não devem se restringir ao âmbito assistencialista, mas serem constantemente aprimoradas e inovadas, desempenhando papel eficaz no processo de ensino-aprendizagem da comunidade (Monteiro, 2006).

Nesse contexto, surge a necessidade premente de um guia teórico que auxilie tanto os profissionais de saúde quanto os usuários no processo de atendimento à gestante e promoção na educação em saúde no pré-natal. O cerne dessa demanda reside na compreensão da importância de uma atenção comprometida, humanizada e hierarquizada, que considera não apenas os aspectos clínicos, como também os psicossociais e educativos.

Ao partir desse pressuposto, a questão central que norteia esta pesquisa é: como podemos melhorar o atendimento pré-natal, garantindo gestação segura e saudável para a mãe e o bebê e promovendo a educação em saúde de forma eficaz? Essa indagação reflete a necessidade de preencher lacuna existente na literatura e na prática clínica, buscando integrar teoria e prática, de modo a melhorar os resultados do pré-natal.

Desse modo, investir na formação de estudantes e qualificação dos profissionais de saúde, para que possam promover assistência humanizada e qualificada, pautada na educação dos usuários, é fundamental para garantir gestação segura e saudável, com resultados positivos a longo prazo para a saúde da mulher e da família dela.

O presente guia teórico visa preencher essa lacuna, fornecendo base sólida de conhecimento teórico e prático a estudantes de enfermagem e medicina, e profissionais de saúde interessados na temática. Ademais, pretende-se corroborar para o aprendizado significativo do estudante que irá aprender a realizar APN, fomentando futuros profissionais preocupados em assistir de forma holística e humanizada, com foco promoção do cuidado em saúde baseado em evidência e potencial de transformar o cenário do pré-natal, mediante um cuidado de alta eficácia e qualidade, capaz de promover uma gestação segura e saudável para o binômio.



JORNADA DA GESTANTE

Arlane Silva Carvalho Chaves

Rodrigo Jensen

Wilza Carla Spiri

O Território

Durante a gestação, a paciente percorre uma jornada composta por várias fases, cada uma exigindo assistência específica e qualificada. Por isso, é essencial que a Rede de Atenção à Saúde (RAS) esteja preparada para oferecer o suporte necessário em cada etapa.

O Quadro 1 traz a estrutura operacional da rede de assistência materno-infantil preconizada para o cuidado da mulher no ciclo gravídico puerperal.

Quadro 1 - Estrutura operacional da RAS Materno-infantil, Nota Técnica Para Organização da Rede de Atenção à Saúde, com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério

TERRITÓRIO	ESTRUTURA OPERACIONAL
Município	<ul style="list-style-type: none">● Unidades Básicas de Saúde na APS, preferencialmente organizadas com eSF, eSF-SB e NASF dentro dos parâmetros populacionais propostos pela PNAB;● Apoio diagnóstico laboratorial;
Região de Saúde	<ul style="list-style-type: none">● Ambulatório de referência para o pré-natal de alto risco, referência para as UBS de todos os municípios da região;● Acesso regulado;● Transporte em saúde;● Maternidade de risco habitual no município sede da Região de Saúde ou em outros municípios de maior porte populacional.
Macrorregião de Saúde	<ul style="list-style-type: none">● Maternidade de alto risco no município-sede da região ampliada de saúde (macrorregião);● Casa de apoio à gestante anexa à maternidade de alto risco.
Estado	<ul style="list-style-type: none">● Serviços de referência ambulatoriais e hospitalares especializados.

Fonte: SBIBAE, 2019.

APS: Atenção Primária à Saúde; eSF: equipe da Estratégia Saúde da Família; eSF-SB: equipe da Estratégia Saúde da Família-Saúde Bucal; NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família; PNAB: Política Nacional de Atenção Básica; SUS: Sistema Único de Saúde; RAS: Rede de Atenção à Saúde; UBS: Unidade Básica de Saúde; AAE: Atenção Ambulatorial Especializada.

Ao considerar todos os territórios que a gestante poderá percorrer ao longo da gestação, construiu-se a Jornada da Gestante, representada em cinco fases, com respectivas ações e cuidados a serem realizados em cada uma delas, bem como pontos de contato da gestante na rede.

Figura 1 - Ilustração da Jornada da Gestante



Fonte: Chaves, 2024*.

*Fluxograma desenvolvido utilizando recursos do Canva institucional, incluídas figuras do acervo da pesquisa inseridos no aplicativo móvel e-Gest (link: https://app.vc/e_gest) e fazem parte do acervo do pesquisador.**As imagens inseridas no aplicativo foram desenvolvidas por meio do software online Canva (www.canva.com.br) e, quando necessário, foram inseridas imagens do repositório virtual Freepik (www.freepik.com).

Um ponto de contato é onde as experiências subjetivas do paciente são moldadas, por isso, ele desempenha papel importante no relacionamento da gestante com a rede de saúde, ao longo de cada fase (Bate; Robert, 2006; Girardi; Oliveira, 2021). Os principais pontos de contato da gestante ao longo da gestação são: farmácias, laboratórios, Unidades Básicas de Saúde ou consultórios particulares, sala de vacina, clínicas de imagem, Maternidade e Residência da gestante.

Fases da Jornada da Gestante

Fase 1 - Primeiro atendimento

Geralmente, a porta de entrada da mulher no serviço ocorre pela Unidade Básica de Saúde (UBS), onde será formado o primeiro vínculo e será garantida a

qualidade da assistência para a mulher e o parceiro dela. O início da jornada da gestante começa com a confirmação da gravidez, por esse motivo o primeiro atendimento é o momento ideal para acolhê-la e buscar a confirmação da gestação através de exames.



ATENÇÃO!

Certifique-se quanto à disponibilidade dos testes rápidos (b-HCG, HIV e sífilis) na Unidade de Saúde em que estiver realizando o atendimento, para ofertá-los à gestante nesse atendimento inicial.

Fonte: Canva institucional PRO, 2024.

O acesso aos cuidados pré-natais, informações claras sobre os passos a serem trilhados e estabelecimento de uma relação de confiança com os profissionais de saúde são cruciais nesta fase. Por isso, considerando as ações e os cuidados a serem realizados nessa fase, construiu-se uma lista para auxiliá-lo nesse primeiro atendimento.

Checklist das ações e cuidados a serem realizados na primeira consulta de acompanhamento pré-natal:

- ✓ Acolhimento e Anamnese;
- ✓ Avaliação do Risco gestacional;
- ✓ Cálculo da IG e data provável do parto;
- ✓ Exame físico;
- ✓ Calendário vacinal;
- ✓ Exames do pré-natal;
- ✓ Prescrições pertinentes;
- ✓ Agendamento do retorno;
- ✓ Promoção da educação em saúde, segundo necessidades identificadas.



Importante!

Pode ser que na primeira consulta a gestante não tenha dúvidas ou se sinta envergonhada para tirar suas dúvidas, por isso, lembre-se de questioná-la e permitir que ela fale seus anseios, dúvidas e medos.

Fonte: Canva institucional PRO, 2024.

Acesse a Nota Técnica completa:

Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1223374>

Veja o capítulo “4 – AVALIAÇÃO DA GESTANTE” para acessar os conteúdos do *checklist* para acompanhamento do pré-natal.

Principais pontos de contato na rede

- Unidade Básica de Saúde ou consultórios particulares;
- Clínicas de imagem;
- Laboratórios;
- Farmácia.

Fase 2 - Acompanhamento da gestante

O acompanhamento da gestante consiste em dar continuidade à assistência iniciada na Fase 1. Nessa fase, deve-se destacar a importância da educação sobre saúde materna, incluindo nutrição, exames médicos, vacina, autocuidado etc. Deve-se, ainda, valorizar o envolvimento ativo da gestante na tomada de decisões relacionadas ao cuidado, para que ela viva uma experiência mais positiva.

Por isso, considerando as ações e os cuidados a serem realizados nessa fase, apresenta-se uma lista para auxiliá-lo na realização das consultas subsequentes.

Lista das ações e cuidados a serem realizados nas consultas subsequentes de acompanhamento pré-natal:

- ✓ Reavaliar o risco gestacional;
- ✓ Anamnese e exame físico;
- ✓ Atualização da Idade Gestacional (IG);
- ✓ Solicitar e/ou analisar exames;
- ✓ Orientações educativas, segundo necessidades identificadas;
- ✓ Realizar prescrições pertinentes;
- ✓ Agendar retorno.

Sugestão de temas para ações de educação em saúde:

- ✓ Importância do acompanhamento pré-natal;

- ✓ Vacinas;
- ✓ Exames a serem realizados;
- ✓ Autocuidado (nutrição, repouso, exercício físico);
- ✓ Avaliação odontológica;
- ✓ Aspectos psicológicos e emocionais da gestação;
- ✓ Importância da rede de apoio;
- ✓ Sexualidade na gestação;
- ✓ Direitos da gestante;
- ✓ Amamentação.

Principais pontos de contato na rede

- Unidade Básica de Saúde ou consultórios particulares;
- Clínicas de imagem;
- Laboratórios;
- Farmácia.

Fase 3 - Preparação para o parto

A fase de preparação para o parto inclui informações detalhadas sobre opções de parto, planos de parto personalizados e suporte emocional. A comunicação eficaz e o empoderamento da gestante para tomar decisões informadas são aspectos fundamentais.

O Plano de Parto (PP) é ferramenta de comunicação essencial para o protagonismo da mulher, nele estão contidas as decisões dela acerca do tipo de parto, a condução deste e intervenções permitidas (Trigueiro *et al.*, 2021).

Além da construção do plano de parto, é importante empoderar a gestante acerca de outros temas que envolvem o parto. Sugerem-se alguns temas para as ações educativas nessa fase.

Sugestão de temas para ações de educação em saúde

- ✓ Amamentação;
- ✓ Sinais de parto e fases do trabalho de parto;
- ✓ Sinais de alerta e perigo;
- ✓ Direitos da gestante para o parto;
- ✓ Sala de parto e posições para o parto;
- ✓ Visita à maternidade, autocuidado.

Principais pontos de contato na rede

- Maternidade;
- Residência da gestante;
- Unidade Básica de Saúde; ou
- Consultórios privados.

Fase 4 - Pós-Parto/consulta puerperal

Após o parto, a jornada continua com o acompanhamento pós-parto, enfocando o bem-estar da mãe e do bebê. O puerpério traz consigo adaptações físicas e psicológicas para a mulher, por isso, é necessário suporte profissional e atendimento humanizado, que valorizem a subjetividade de cada mulher.

Nessa fase, a promoção da educação em saúde deve ser ativa e abordar temas variados, segundo a necessidade de cada mulher.



Fonte: Canva institucional PRO, 2024.

Sugestão de temas para ações educativas

- ✓ Nutrição, sono e repouso;
- ✓ Higiene íntima, cuidado com a ferida operatória (se for o caso);
- ✓ Sinais de alerta no pós-parto;
- ✓ Relações sexuais e planejamento familiar;
- ✓ Questões emocionais e psicológicas no puerpério;
- ✓ Rede de apoio.

Principais pontos de contato na rede

- Maternidade;
- Residência da gestante;
- Unidade Básica de Saúde; ou
- Consultórios privados.

SAIBA MAIS!

Veja um folder educativo que poderá ser usado em atividades educativas com as gestantes ou puérperas sobre os aspectos psicossociais.

- ✓ JESUS, L.M.S. *et al.* Aspectos psicológicos na gestação e puerpério (cap 6). In: CHAVES, A.S.C. (org.). **Assistência ao pré-natal: orientações básicas à gestante**. Iguatu, CE: Quipá Editora, 2023. Disponível em: <https://quipaeditora.com.br/pre-natal>.

Assista também a uma palestra sobre Aspectos Psicossociais da Gravidez, parto e puerpério.

- ✓ CHAVES, A.S.C. **Aspectos psicossociais da gravidez, parto e puerpério** (Palestra). [Jornada Digital Médico - Acadêmica da UFMA/ Imperatriz. 2020.](https://www.youtube.com/watch?v=WAFwRBjVapc&t=63s) (Online). Disponível em: <https://www.youtube.com/watch?v=WAFwRBjVapc&t=63s>

Fase 5 - Cuidados com o bebê

Os cuidados do bebê no pré-natal não se restringem apenas à gestação, mas também se estendem ao período pós-parto, por meio de orientações sobre os cuidados fundamentais para garantir a saúde e o bem-estar do bebê. A oferta de suporte teórico e prático, nessa etapa, favorece transição tranquila para a nova fase da vida materna.

Atividades educativas bem estruturadas podem corroborar para maior segurança dos pais e rede de apoio, ao prestarem os primeiros cuidados do bebê.

A promoção de ações educativas devem ser realizadas pelos profissionais de saúde responsáveis pelo acompanhamento da gestante, ainda no pré-natal, através de diversas abordagens.

Figura 2 - Formas de abordagem para atividades de promoção da educação em saúde.



Fonte: Chaves, 2024*.

*Imagens desenvolvidas utilizando recursos do *Canva* institucional para acervo da pesquisa inseridos no aplicativo móvel e-Gest (link: https://app.vc/e_gest).**As imagens inseridas no aplicativo foram desenvolvidas por meio do software online Canva (www.canva.com.br) e, quando necessário, foram inseridas imagens do repositório virtual Freepik (www.freepik.com).

Os temas para promoção de educação em saúde do bebê são diversos, todavia, seguem a necessidade de cada mulher. Sugere-se abordar sobre:

- ✓ *Preparando o enxoval do bebê;*
- ✓ *Cuidados gerais (banho, coto umbilical, higiene íntima, cuidados com a pele);*
- ✓ *Aleitamento;*
- ✓ *Calendário vacinal;*
- ✓ *Acolhimento, sono e repouso.*

Principais pontos de contato na rede

- *Maternidade;*
- *Residência da gestante;*
- *Unidade Básica de Saúde; ou*
- *Consultórios privados.*

Acesse um e-book acerca das principais atividades educativas no pré-natal!

CHAVES, A. S. C. *et al.* (orgs.). **Assistência ao pré-natal:** orientações básicas à gestante /Organizado por. Iguatu, CE: Quipá Editora, 2023. DOI:10.36599/qped-978-65-5376-193-3.

Agendamento das consultas

O contato da gestante com a equipe de saúde é guiado pelo calendário de consultas estabelecido, por isso, em cada atendimento, o profissional deverá realizar o agendamento da próxima consulta, segundo preconizado pela literatura, respeitando o mínimo de seis consultas. Além disso, recomenda-se que o primeiro atendimento seja o mais precoce possível, assim que houver a suspeição da gravidez. O retorno deverá ser agendado para assim que tiver os resultados dos exames solicitados no primeiro atendimento (Brasil, 2013; SBIBAE, 2019).

O agendamento das consultas de pré-natal deverá ocorrer segundo a idade gestacional da gestante, deste modo, no Quadro 2, apresenta-se a parametrização dos atendimento distribuídos ao longo da gestação e puerpério (SBIBAE, 2019).

Quadro 2 - Parametrização para distribuição dos atendimentos, ao longo do pré-natal.

Pré-natal	Até 28ª semana	Mensal
	Da 28ª até a 36ª semana	Quinzenal
	Da 36ª até o parto e nascimento	Semanal
Puerpério	Primeira consulta	Até 7º dia pós-parto
	Segunda consulta	Entre o 30º e 40º dia pós-parto

Fonte: Brasil, 2013; FEBRASGO, 2014; SBIBAE, 2019.

IMPORTANTE!

Independentemente do agendamento, é preciso deixar claro para a gestante que diante de qualquer intercorrência, ela poderá buscar atendimento na Unidade Básica de Saúde, em que realiza o APN ou na maternidade de referência, independente da data agendada para a próxima consulta.



Fonte: Canva institucional PRO, 2024.



A COMUNICAÇÃO VERBAL E ESCRITA NO PRÉ-NATAL: ESTRATÉGIAS E FORMAS DE REGISTRO

Ana Beatriz Mineu Costa Marques
Andreza Cristina Ribeiro Lima
Euzamar de Araújo Silva Santana
Arlane Silva Carvalho Chaves

Comunicação médico-paciente

A relação médico-paciente nasce e cresce – ou pode morrer – durante o exame clínico, ela não traduz apenas a qualidade da prática médica, mas interfere claramente na aplicação dos conhecimentos científicos.

Essa relação consiste no vínculo tecido entre o médico e o paciente desde o instante em que o paciente adentra ao consultório pela primeira vez, cujo principal elemento é a informação, necessitando, também, de cordialidade, respeito e escuta. É pelo compartilhamento de informações sobre condutas, riscos e cuidados necessários que o paciente é capaz de exercer a autonomia de forma plena e, assim, é estabelecida a confiança entre ele e o profissional de saúde (médico, enfermeiro, dentre outros) (Bucker *et al.*, 2018).

A partir da criação desse vínculo de confiança e cooperação mútua, o processo saúde-doença pode ser compreendido em totalidade (Mezzalira *et al.*, 2022). No entanto, vale ressaltar que, no caso específico de mulheres gestantes ou puérperas, esse processo se refere não somente aos aspectos fisiológicos naturais ou patológicos do período gestacional, como também a aspectos sociais e culturais, que têm manifestações íntimas e familiares, incluindo dimensões emocionais e espirituais.

Ao longo do acompanhamento da gestante em todo ciclo gravídico puerperal, uma comunicação aberta e sincera é um elemento fundamental, para que haja troca de informações claras sobre o curso da gravidez, sintomas esperados e possíveis complicações. Além disso, a compreensão dos desafios físicos, emocionais, sociais e culturais enfrentados durante a gestação e o pós-parto permite ao médico e à equipe oferecer o apoio necessário em todos os diferentes ângulos que compõem esses processos complexos, atendendo à mulher e ao bebê de forma integral.

O pré-natal é o momento ideal para estabelecer boa relação com a gestante, por meio do acolhimento de dúvidas e inseguranças, escuta qualificada e oferta dos serviços necessários para uma gestação tranquila e saudável (Brasil, 2012; Brasil, 2017; Peixoto, 2014).

Durante a assistência oferecida às gestantes, existem dificuldades na relação médico-paciente, que pode romper o protagonismo de uma assistência humanizada e integral. Estudo com pacientes de um serviço de atenção domiciliar ligada ao Sistema Único de Saúde (SUS) constatou que a abordagem centrada na pessoa é facilitadora do crescimento e desenvolvimento de autonomia, tanto do profissional quanto do paciente (Oliveira; Cury, 2020).

Por isso, ao longo do acompanhamento pré-natal, deve ser estabelecida uma série de ações direcionadas ao cuidado da gestante e do bebê, primando pela construção de um vínculo respeitoso e que favoreça a autonomia, o protagonismo e permita à gestante estar à vontade para esclarecer dúvidas e receber o apoio necessário.

Diante das inúmeras mudanças fisiológicas e psicológicas que permeiam a gestação, as gestantes necessitam ser orientadas e a equipe de saúde deve ser facilitadora, favorecendo a comunicação e o acolhimento do atendimento inicial ao acompanhamento em todo o ciclo gravídico puerperal. Ademais, a gestante precisa ter espaço para falar sobre queixas, parto, experiência e ter as perguntas respondidas de forma coerente concisa, o que requer do profissional empatia e respeito (Nahsan; Magalhães, 2023). Logo, o acolhimento e o diálogo com essas gestantes nas unidades favorecem um pré-natal seguro, dando conforto tanto para mãe quanto para o bebê.

A escuta qualificada, associada a uma relação profissional-paciente humanizada, são recomendações essenciais, visto que estão relacionadas a resultados mais satisfatórios do processo gestacional (Favero *et al.*, 2019) e a menores taxas prematuridade e morbimortalidade materno-infantil (BRASIL, 2015).

Vale reforçar que as ações educativas e comunicação em saúde devem ser estabelecidas segundo as necessidades específicas de cada gestante, segundo queixas e condições expressas nas consultas, utilizando-se estratégias comunicativas efetivas.

A aplicação de técnicas de comunicação pode favorecer:

- ✓ Relacionamento colaborativo com as pacientes gestantes;
- ✓ Autonomia da gestante;
- ✓ Promoção de uma experiência de cuidado mais positiva e efetiva;
- ✓ Fomento de educação e saúde de forma humanizada, objetiva e personalizada.

IMPORTANTE!

A ausência de espaço para sanar dúvidas, consultas rápidas e engessadas podem gerar lacuna entre profissionais e pacientes, prejudicando a comunicação efetiva, bem como adesão ao plano de cuidados estabelecido ao longo do pré-natal.



Fonte: Canva institucional PRO, 2024.

Veja a seguir algumas **TÉCNICAS COMUNICACIONAIS** que podem ser consideradas no momento do atendimento da gestante.

➤ **Empatia**

Demonstrar empatia é fundamental ao lidar com pacientes gestantes. Isso envolve ouvir atentamente as preocupações, reconhecer emoções e mostrar compreensão genuína em relação às experiências delas.

➤ **Linguagem clara e acessível**

Evite termos técnicos complicados e use linguagem clara e acessível ao se comunicar com pacientes gestantes. Explique os termos técnicos de forma simples e fácil de entender, garantindo que elas compreendam completamente as informações fornecidas.

➤ **Comunicação não verbal**

Preste atenção à linguagem corporal e expressões faciais, ao interagir com pacientes gestantes. Sorria, mantenha contato visual e adote postura aberta e receptiva para transmitir confiança e apoio.

➤ **Estabelecimento de *rapport***

Construir um relacionamento de confiança e respeito mútuo é essencial para uma comunicação eficaz. Dedique tempo para conhecer as pacientes gestantes, mostre interesse nas vidas delas e demonstre que você está ali para apoiá-las na jornada de gravidez e parto.

➤ **Incentivar perguntas e esclarecer dúvidas**

Encoraje as pacientes gestantes a fazerem perguntas e compartilhem preocupações. Esteja preparado para fornecer respostas claras e abrangentes, oferecendo informações adicionais, conforme necessário, para garantir que elas se

sintam completamente informadas e capacitadas para tomar decisões sobre sua saúde e a do bebê.

➤ **Utilização de recursos visuais**

Quando apropriado, utilize recursos visuais, como modelos anatômicos, diagramas ou vídeos educacionais, para ajudar a explicar conceitos complexos ou procedimentos médicos às pacientes gestantes.

➤ **Respeito à autonomia e tomada de decisão informada**

Reconheça e respeite a autonomia das pacientes gestantes, ao tomar decisões sobre a saúde delas e dos bebês. Forneça informações precisas e imparciais, permitindo que elas participem ativamente do processo de tomada de decisão e escolham as opções que melhor atendam às necessidades e preferências.

Ao aplicar essas técnicas de comunicação, os profissionais de saúde podem estabelecer relacionamentos mais significativos e colaborativos com as pacientes gestantes, promovendo experiência de cuidado mais positiva e efetiva que favoreça a autonomia da gestante e promova educação e saúde de forma humanizada, objetiva e personalizada.

Anotações e registros no pré-natal

Ao longo do pré-natal, uma série de ações e cuidados são realizados, a fim de garantir assistência humanizada, completa e segura para a gestante e o conceito. Essas ações configuram e comprovam o acompanhamento pré-natal, por isso, devem ser registradas, tanto no prontuário da unidade (Ficha Clínica de Pré- Natal ou prontuário eletrônico em unidades informatizadas) quanto no Cartão da Gestante (Brasil, 2013).

O Ministério da Saúde destaca diversas ações que devem ser realizadas e registradas pela equipe:

- Preenchimento da ficha de cadastramento da gestante corretamente 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 atualização, se necessário;
- Solicitação dos exames de rotina;
- Realização dos testes rápidos;

- Orientação sobre as consultas subsequentes, as visitas domiciliares e as atividades educativas.



Importante!

- **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.**
- **A carteira da gestante é um documento legal, tenha atenção ao realizar os registros, evite rasuras.**

Fonte: *Canva* institucional PRO, 2024.

No Quadro 3, estão listadas algumas razões e respectivas justificativas acerca da importância dos registros para o acompanhamento pré-natal, segundo nota técnica para organização da rede de atenção à saúde, com foco na Atenção Primária à Saúde e na atenção ambulatorial especializada – saúde da mulher na gestação, parto e puerpério.

Quadro 3 - Razões e respectivas justificativas acerca da importância dos registros para o acompanhamento pré-natal.

Razões	Justificativas
1. Monitoramento do progresso da gestação	As anotações na caderneta da gestante e no prontuário da gestante permitem acompanhar o progresso da gestação, incluindo a evolução do tamanho uterino, ganho de peso materno, resultados de exames laboratoriais e ultrassonografias, além de outras informações relevantes sobre a saúde materna e fetal.
2. Identificação precoce de complicações	Registros precisos e detalhados facilitam a identificação precoce de complicações obstétricas, como hipertensão gestacional, diabetes gestacional, infecções urinárias, entre outras. Isso permite que os profissionais de saúde intervenham prontamente para prevenir ou tratar essas condições, garantindo o bem-estar materno e fetal.
3. Tomada de decisões informadas	As anotações e os registros fornecem base sólida para a tomada de decisões informadas durante o acompanhamento pré-natal. Com base nas informações registradas, os profissionais de saúde podem ajustar o plano de cuidados da gestante, fazer encaminhamentos para especialistas, quando necessário, e fornecer orientações personalizadas para promover gestação saudável.
4. Continuidade do cuidado	Aos registros permitem que diferentes profissionais de saúde tenham acesso às informações relevantes sobre o histórico médico e obstétrico da gestante. Esses registros são ainda mais relevantes e casos de transferência de cuidados para outra unidade de saúde ou equipe médica.
5. Empoderamento da gestante	Manter registros atualizados e acessíveis à gestante permite que ela participe ativamente do seu cuidado pré-natal, compreendendo melhor a condição de saúde e contribuindo para o planejamento e a tomada de decisões relacionadas à gestação e ao parto.
6. Aprendizado para os alunos	Enfatizar aos alunos a importância da precisão, organização e confidencialidade na manutenção desses registros, garantindo a privacidade e o respeito aos direitos da gestante. Além disso, é importante incentivar abordagem centrada na gestante, envolvendo-a ativamente no processo de documentação e garantindo que suas necessidades e preferências sejam consideradas ao manter os registros.

Fonte: SBIBAE 2019.

Além dos registros na carteira e no prontuário da gestante de forma completa e legível (Camargos *et al.*, 2021; Cardoso *et al.*, 2023), os profissionais que realizam o APN realizam prescrições medicamentosas e de autocuidado, requisições de exames etc.

Essas anotações requerem conhecimentos acerca do que irá ser prescrito ou requisitado, bem como das normas de escrita desses documentos. Entretanto, muitos estudantes podem se sentir inseguros diante dessa ação, por falta de conhecimento técnico adequado. Catarino *et al.* (2020) reforçam que a inexistência de informação dos estudantes acerca dos medicamentos prescritos (indicação, posologia, efeitos adversos) também corroboram para a insegurança no momento de prescrever uma correta receita.

Por se tratar de documento, o receituário deve ser prescrito corretamente, ressaltando a farmacêutica (xarope, gotas, comprimido), a dose (número de doses

diárias e volume ou número de comprimidos ou gotas a cada tomada) e o período de duração do tratamento (em dias) (Catarino *et al.*, 2020).

Como redigir receituários e guia de requisição de exames?

Em geral, as unidades de saúde têm os impressos próprios de prescrições medicamentosas (receituários) e de requisição de exames. No entanto, é necessário realizar o preenchimento adequado desses documentos com letra legível, contendo nome completo da paciente, endereço, lista dos exames a serem requisitados, carimbo e assinatura do profissional.

A literatura assinala alguns itens essenciais na composição dos receituários (Catarino *et al.*, 2009; Madrugada, 2011). Um receituário é composto por:

- 1. Identificação da instituição ou do profissional;**
- 2. Superinscrição**, composta pelo nome e endereço do paciente, via de administração do medicamento: uso interno (oral, sublingual, bucal, retal) ou uso externo (percutâneo, intramuscular, intravenoso, subcutâneo, intra-articular, inalatório, submucosa e subperióstia);
- 3. Inscrição**, corresponde ao espaço designado para nome da droga, a forma e concentração farmacêutica;
- 4. Orientações** sobre a forma de uso do medicamento (dose, horário, duração);
- 5. Dados do solicitante**: nome, número de registro e assinatura do profissional;
- 6. Endereço da instituição ou consultório do profissional.**

DICA DE OURO!

O verso do receituário poderá ser **utilizado** para registro de medidas não farmacológicas, como dieta, orientações de autocuidado (atividade física, orientações higiênicas), reações adversas e o aprazamento da consulta de retorno.



Fonte: Canva institucional PRO, 2024.

A seguir, tem-se um modelo e requisição de exames (Figura 3) e prescrição medicamentosa para gestante (Figura 4).

O nome do profissional e paciente, assim como todos os dados referentes a estes são fictícios, criados pelos autores para ilustrar o documento em tela apresentado (Requisição de exames e receituário).

Figura 3 - Modelo de requisição de exames, ilustrando uma ficha preenchida para requisição de alguns exames para acompanhamento pré-natal, segundo preconizado pelo Ministério da Saúde no Caderno 32 da Atenção Básica (BRASIL, 2013).

FRETE	VERSO
 <p>Universidade Federal do Maranhão Centro de Ciências da Saúde de Imperatriz Coordenação de Enfermagem – Disciplina Saúde da Mulher Coordenação de Medicina – Fundamentos da Prática e Assistência Médica III</p> 	<p>ORIENTAÇÕES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Respeitar o jejum de pelo menos 8 horas antes de realizar os exames 2. Para a coleta do material para exame de urina deve-se: <ul style="list-style-type: none"> - higienizar a região antes da coleta - Desprezar o primeiro jato - Coletar o jato intermediário, depositando-o diretamente no pote coletor.
<p>REQUISIÇÃO DE EXAMES</p> <p>PARA</p> <p>Nome da paciente Endereço da paciente</p> <p>Solicito:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Hemograma completo 2. Glicemia em Jejum 3. EAS tipo I 4. Urocultura 5. Tipagem sanguínea + fator Rh 6. Sorologia para sífilis 7. Sorologia para Toxoplasmose 8. Anti-HbsAg <p>Nome do profissional Registro profissional</p> <p style="text-align: right;">Local e data</p> <p>Avenida da Universidade, s/n, Residencial Dom Afonso Felipe Gregory, Imperatriz-MA</p>	

Fonte: Aplicativo “e-Gest”, 2024. Imagens desenvolvidas utilizando recursos do Software Office PowerPoint, da Microsoft Corporation.

Figura 4 - Modelo de receituário ilustrando uma prescrição de suplementação de ferro e ácido fólico, segundo preconizado pelo Ministério da Saúde no Caderno 32 da Atenção Básica (BRASIL, 2013).

FRETE	VERSO
 <p>Universidade Federal do Maranhão Centro de Ciências da Saúde de Imperatriz Coordenação de Enfermagem – Disciplina Saúde da Mulher Coordenação de Medicina – Fundamentos da Prática e Assistência Médica III</p> 	<p>ORIENTAÇÕES</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Evitar ingerir líquidos junto com as refeições. 2. Próxima consulta 02 de junho de 2024.
<p>RECEITUÁRIO</p> <p>Nome da paciente Endereço da paciente</p> <p>Uso interno/Via oral</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ácido fólico 5mg _____ 30 comprimidos Tomar 1 comprimido _____ ao dia, 1 hora antes do almoço, por 30 dias 2. Sulfato Ferroso 40mg _____ 30 comprimidos Tomar 1 comprimido _____ ao dia, 1 hora antes do almoço, por 30 dias <p>Nome do profissional Registro profissional</p> <p style="text-align: right;">Local e data</p> <p>Avenida da Universidade, s/n, Residencial Dom Afonso Felipe Gregory, Imperatriz-MA</p>	

Fonte: Aplicativo “e-Gest”, 2024. Imagens desenvolvidas utilizando recursos do Software Office PowerPoint, da Microsoft Corporation.

IMPORTANTE SABER!

- **Validade territorial das receitas:** a Lei 13.732/2018 torna válido todo receituário de medicamentos, inclusive de fármacos de controle especial, em todo território nacional, independentemente da unidade da Federação em que tenha sido emitido.
- **A exigência do carimbo:** pelo artigo 35 da Lei 5.991/73, não há exigência legal de carimbo em receituário, todavia, o receituário necessita ter data, assinatura do profissional, endereço do consultório/estabelecimento e o número de inscrição no conselho.
- Segundo o **código de ética médica**, artigo de nº 82, é vedado, ao médico, usar formulários institucionais para atestar, prescrever e solicitar exames ou procedimentos fora da instituição a que pertençam tais formulários.

Plano de Parto como estratégia de efetivar a comunicação com a gestante

Criar um Plano de Parto (PP) é uma oportunidade para refletir e discutir assuntos relacionados ao parto e nascimento. Além de ferramenta de protagonismo da mulher, é importante recurso de humanização e espaço de comunicação efetiva e promoção da educação em saúde, devendo ser elaborado pela mulher e o parceiro (a) ou familiar, durante o período gestacional, com auxílio do profissional de saúde (Castelo Branco *et al.*, 2022; Medeiros *et al.*, 2019; Suárez-cortés *et al.*, 2015).

A construção do PP impele a autonomia das gestantes, conduzindo-as a uma postura mais ativa na tomada de decisões acerca do tipo de parto e a condução deste, bem como os cuidados do bebê; em contrapartida, requer que a equipe estabeleça vínculo de confiança, comunicação aberta e respeitosa, provendo informações, de modo que a gestante possa fazer escolhas assertivas e seguras (Santos *et al.*, 2019; Trigueiro *et al.*, 2021).

Desse modo, deve contemplar as escolhas acerca: do tipo de parto e posição para parir, intervenções permitidas (analgesia, ocitocina) no parto, acompanhante desejado, presença da doula, melhor momento para clampeamento do cordão umbilical, cuidados com o bebê etc. (Trigueiro *et al.*, 2021).

O Quadro 4 é um modelo de plano de parto que poderá ser utilizado no APN junto às gestantes.

Quadro 4 - Modelo de Plano de Parto* elaborado pelos autores

MEU PLANO DE PARTO	
Nome: _____ Acompanhante: _____ Doula: _____ Médico (a) responsável pelo pré-natal: _____ Enfermeiro (a) responsável pelo pré-natal: _____ Observações clínicas: _____	
TRABALHAO DE PARTO	APÓS O PARTO E CUIDADOS COM O BEBÊ
<input type="checkbox"/> Preferencialmente sem analgesia <input type="checkbox"/> Desejo ter acesso a métodos não farmacológicos para alívio da dor: <input type="checkbox"/> técnicas de respiração, <input type="checkbox"/> movimentar e/ou andar caso queira <input type="checkbox"/> exercícios na bola de pilates <input type="checkbox"/> banho de chuveiro <input type="checkbox"/> outra _____ <input type="checkbox"/> Desejo que o acompanhante de minha escolha esteja presente (companheiro/a, mãe, irmã, tia, prima ou outro) <input type="checkbox"/> Desejo que minha doula esteja presente <input type="checkbox"/> Desejo não receber toques (apenas se necessário) <input type="checkbox"/> Sem administração de ocitocina <input type="checkbox"/> Quero poder me alimentar (de comidas leves) e ingerir líquidos, caso não haja contra indicação. <input type="checkbox"/> Desejo poder deambular e escolher a posição que me sentir mais confortável.	<input type="checkbox"/> Desejo pegar meu bebê no colo assim que ele nascer <input type="checkbox"/> Quero poder amamentar meu bebê assim que ele nascer. <input type="checkbox"/> Desejo que o cordão umbilical seja clampeado somente quando parar a pulsação. <input type="checkbox"/> Quero que o corte do cordão umbilical seja realizado pelo meu companheiro (a) <input type="checkbox"/> Desejo que a expulsão da placenta ocorra naturalmente <input type="checkbox"/> Desejo que todos os cuidados a serem realizados com meu bebê sejam no meu colo, se estiver tudo bem.
PARTO	CASO A CESÁREA SEJA NECESSÁRIA
<input type="checkbox"/> Desejo parir na posição que me sentir confortável <input type="checkbox"/> Desejo poder experimentar posições verticalizadas para o parto - sentada/banqueta, semissentada na cama, quatro apoios, outra: _____. <input type="checkbox"/> Não quero episiotomia (corte no períneo) <input type="checkbox"/> Sem manipulação do períneo <input type="checkbox"/> Desejo que as luzes estejam diminuídas (pouca luminosidade).	<input type="checkbox"/> Quero a presença do meu acompanhante antes, durante e após o procedimento cirúrgico. <input type="checkbox"/> Desejo que o campo esteja abaixado para ver meu bebê nascendo <input type="checkbox"/> Quero que as luzes sejam apagadas e o ar condicionado desligado na hora que meu bebê nascer. <input type="checkbox"/> Quero poder ficar com os braços livres para poder pegar meu bebê assim que ele nascer <input type="checkbox"/> Desejo poder amamentar meu bebê assim que ele nascer <input type="checkbox"/> Quero que o corte do cordão umbilical seja realizado pelo meu companheiro (a)

Fonte: Aplicativo “e-Gest”, 2024.

*O presente modelo de Plano de Parto é apenas um guia, o estudante ou profissional de saúde poderão adaptá-lo, segundo as particularidades de cada gestante.



ACOLHIMENTO E ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO GESTACIONAL

Arlane Silva Carvalho Chaves
Layane Mota de Souza de Jesus
Jhonata Gabriel Moura Silva
Sílvia Ferreira Costa
Wilza Karla Spiri

Acolhimento no acompanhamento pré-natal

Segundo a Política Nacional de Humanização, acolhimento traduz-se em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo queixa, permitindo que ele expresse preocupações. Implica prestar atendimento com resolutividade e corresponsabilização, orientando, conforme o caso, o usuário e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para continuidade da assistência, quando necessária.

O acolhimento combina **ações** e **cuidados** norteados por protocolos e integra:



ATENÇÃO!

Em obstetrícia, o acolhimento é antes de tudo uma postura exercida por toda equipe para melhor escutar e atender as necessidades singulares e demandas relacionadas ao processo gravídico e puerperal.

Fonte: Canva institucional PRO, 2024.

A avaliação da necessidade de assistência é feita com base no **RISCO** e na **VULNERABILIDADE**, priorizando a atenção em vez de seguir a ordem de chegada, de modo que favoreça a resolutividade, implementando a captação precoce da gestante.

Estratificação de risco gestacional

A estratificação do risco gestacional é uma prática fundamental na obstetrícia que envolve a avaliação e classificação das gestantes, de acordo com o potencial de desenvolver complicações durante a gravidez, parto e pós-parto. Esta abordagem visa identificar as gestantes que podem requerer cuidado mais especializado e atenção médica adicional, a fim de prevenir complicações obstétricas e neonatais, proporcionando acompanhamento personalizado e adequado para cada caso (Brasil, 2017; Brasil, 2022).

Estratificar o risco no pré-natal é um processo de avaliação sistemática e individualizada que classifica as gestantes com base em diversos fatores, como histórico médico, condições de saúde atuais e características socioeconômicas. O objetivo é identificar precocemente potenciais complicações gestacionais e determinar o nível de acompanhamento e intervenções necessárias para garantir gestação saudável e resultado positivo para mãe e bebê estrato (Brasil, 2022; Mendes, 2012).

Identifica-se o risco gestacional no primeiro atendimento de pré-natal de forma dinâmica e contínua, sendo necessário reavaliar a cada consulta. Independentemente da classificação (habitual, intermediário ou alto risco), o cuidado pré-natal, ainda que compartilhado, deve continuar a ser ofertado pela unidade de origem, por meio de consultas médicas e de enfermagem e visitas domiciliares. Isso garante a responsabilidade sobre o cuidado para com a gestante (Brasil, 2022).

Quadro 5 - Dez pontos importantes na estratificação do risco obstétrico

1	Não há alta da gestante da Atenção Primária em Saúde. A gestante deve ser acompanhada periodicamente pela equipe da APS (agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos) do território em que ela está adscrita, independentemente do perfil de risco. Algumas ações que ocorrem na APS não são oferecidas na assistência especializada.
2	A estratificação de risco é contínua e deve ser realizada em todos os atendimentos. Desde a primeira e a cada consulta de pré-natal, a equipe assistente deve buscar sinais de risco.
3	O compartilhamento do cuidado da gestante com as equipes especializadas pode ocorrer em qualquer momento do pré-natal. A partir da identificação de risco, o compartilhamento desse cuidado deve ser solicitado, independentemente de estar no início ou próximo ao termo.
4	A estratificação do risco é absoluta. Isso quer dizer que predomina o critério relacionado ao maior risco e, uma vez diagnosticada a gestante como de maior risco para complicações, ela não volta a ser de risco habitual nessa gestação.
5	A comunicação adequada entre as equipes assistenciais no compartilhamento do cuidado é fundamental para o sucesso do seguimento da gestante de risco. As equipes envolvidas na assistência devem atuar como uma única equipe; para tanto, devem buscar manter claros, ágeis e úteis os canais de comunicação de dupla via, assim como a comunicação deve ser qualificada de maneira que tanto a APS quanto a atenção especializada possam se apoiar na condução dos casos.
6	As gestantes de risco intermediário poderão ser acompanhadas na Atenção Primária em Saúde com suporte de especialistas em obstetrícia. A proposição de uma estratificação de risco intermediário permite que os gestores ofereçam condições, para que as gestantes com essas classificações possam ser acompanhadas pelas equipes de atenção básica, SEMPRE em conjunto com equipes de especialistas que façam o matriciamento e se responsabilizem pelo compartilhamento do cuidado.
7	Quanto maior o número de fatores de risco, maior o risco obstétrico individualizado. Há uma sinergia entre os fatores de risco, portanto a combinação de vários fatores de risco intermediários ou de alto risco aumentam a complexidade da situação, implicando maior vigilância e cuidado.
8	Fatores de risco sociais exigem ações intersetoriais. Fatores de risco como vulnerabilidade social, situação de rua, violência doméstica e de gênero e o uso de drogas são fatores de enfrentamento difícil e exigem atenção redobrada das equipes, além de ações conjuntas com setores da educação, assistência social, economia e justiça, entre outros.
9	Identificar as mulheres com maior risco obstétrico reduz a mortalidade materna e perinatal. Embora a maior parte dos óbitos maternos ocorra em mulheres sem antecedentes de risco obstétrico, a mortalidade materna e perinatal é proporcionalmente maior nas mulheres com risco identificado e, assim, a estratificação de risco no pré-natal permite reduzir as demoras na identificação e no manejo das condições associadas à morte materna.
10	As situações de urgência e emergência obstétrica requerem assistência imediata. A rede de assistência ambulatorial precisa ter aproximação com a rede de urgência e emergência e fluxo bem construído, de maneira que esta possa acolher rapidamente os casos identificados durante o acompanhamento pré-natal.

Fonte: Brasil, 2022.

Como realizar a estratificação de risco do pré-natal?

A estratificação do risco obstétrico no pré-natal consiste em avaliar e classificar as gestantes a partir dos diversos fatores de risco que podem influenciar o curso da gravidez e o resultado tanto para a mãe quanto para o feto. Por meio dela,

os profissionais de saúde podem identificar gestantes em maior risco de complicações e tomar medidas preventivas e intervencionais apropriadas (Brasil, 2022).

Cada gestante avaliada poderá ser classificada em risco habitual ou baixo risco, risco especializado e alto risco (Florianópolis, 2022; Maranhão, 2021) e terá o APN guiado por esse estrato.

✓ **Pré-Natal de risco habitual (PNRH):**

São classificadas em risco habitual as gestantes sem fatores de risco para agravos à saúde materno-perinatal, as que apresentem situações clínicas, sem repercussões sistêmicas, que possam ser manejadas com segurança na atenção primária. A assistência acontece pela equipe de Atenção Primária a Saúde (APS), e as consultas são realizadas de forma intercalada entre médico (a) e enfermeiro (a), além de encaminhamento para avaliação com dentista.

✓ **Pré-Natal especializado (PNE):**

O PNE deverá ser realizado pela equipe de APS, com consultas de forma intercalada entre médico (a) e enfermeiro (a), mais avaliação do especialista (médico obstetra), quando necessário, e avaliação com dentista da equipe de saúde bucal. Corresponde à assistência de complexidade intermediária ao assistência pré-natal, vinculada e ordenada pela atenção primária.

✓ **Pré-Natal de alto risco (PNAR):**

Este é o maior nível de complexidade na assistência pré-natal e caracteriza-se pela assistência realizada pela equipe de APS e referenciada para Ambulatório de Atenção Especializado (AAE) estadual, regional ou municipal e vinculação à maternidade de alto risco de referência para parto e nascimento. O acompanhamento deve ser realizado pela equipe multiprofissional (médico obstetra, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, fisioterapeuta, assistente social, ultrassonografista, entre outros) e compartilhado com a equipe de APS.

Independentemente do nível de complexidade, a gestante pode ser assistida em todos os pontos da rede, ademais, pode ser que a gestante não venha a iniciar o atendimento pré-natal pela complexidade primária, todavia, isso não impede que ela retorne para esse nível da assistência, a depender da classificação de risco realizada (Maranhão, 2021), por isso, para realizar a avaliação de risco da gestante, deve-se considerar **as situações de risco manejadas de forma individual e contínua** em cada atendimento.

Os Quadros 6, 7 e 8 trazem situações de risco manejadas, segundo a classificação de risco pré-natal.

Quadro 6 - Situações de risco a serem manejadas no Pré-natal de Risco Habitual (PNRH) na Atenção Primária

Condições avaliadas	Situações de risco identificadas
Características individuais e condições sociodemográficas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Idade entre 16 e 34 anos ✓ Aceitação da gestação
Condições clínicas prévias à gestação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausência de intercorrências clínicas
Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Ausência de intercorrências ou obstétricas na gravidez anterior e/ou na

FONTE: Brasil, 2013; Brasil, 2019; Brasil, 2022 (adaptado).

Quadro 7 - Situações de risco a serem manejadas compartilhadas com o Pré-natal Especializado (PNE) na Atenção Ambulatorial Especializada

Condições clínicas prévias à gestação	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Depressão e ansiedade leves sem necessidade de tratamento medicamentoso; ✓ Asma controlada sem uso de medicamento contínuo; ✓ Hipotireoidismo subclínico diagnosticado na gestação.
Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Gestação resultante de estupro; ✓ Gestação gemelar dicoriônica diamniótica; ✓ Diabetes gestacional controlada sem medicação e sem repercussão fetal; ✓ Hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia sem sinal de gravidade materno-fetal; ✓ Infecção urinária (até 2 ocorrências) ou 1 episódio de pielonefrite; ✓ Ganho de peso inadequado (insuficiente ou excessivo). ✓ Doenças infecciosas: sífilis (exceto sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina e achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita); toxoplasmose aguda sem repercussão fetal; herpes simples; ✓ Suspeita ou confirmação de dengue, vírus Zica ou Chikungunya (quadro febril exantemático). Restrição de crescimento fetal suspeita; ✓ Feto acima do percentil 90%; ✓ Anemia leve a moderada (hemoglobina entre 9 g/dl e 11 g/dl).

FONTE: Brasil, 2013; Brasil, 2019; Brasil, 2022 (adaptado).

Quadro 8 - Situações de risco a serem manejadas compartilhadas com o Pré-natal de Alto Risco (PNAR)

Condições avaliadas	Situações de risco identificadas
Características individuais e condições sociodemográficas	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Idade menor que 15 anos ou maior que 35 anos; ✓ Condições de trabalho desfavoráveis: esforço físico excessivo, carga horária extensa, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, níveis altos de estresse; ✓ Indícios ou ocorrência de violência doméstica ou de gênero; ✓ Situação conjugal insegura; ✓ Insuficiência de apoio familiar; ✓ Não aceitação da gestação; ✓ Baixa escolaridade (<5 anos de estudo); ✓ Uso de medicamentos teratogênicos; ✓ Altura menor que 1,45 m; ✓ IMC <18,5 ou 30 kg/m² a 39 kg/m²; ✓ Transtorno depressivo ou de ansiedade leve; ✓ Uso ocasional de drogas e ilícitas; ✓ Etilismo sem indicativo de dependência (de acordo com os escores de dependência); ✓ Tabagismo com baixo grau de dependência (de acordo com os escores de dependência); ✓ Gestante em situação de rua ou em comunidades indígenas, quilombolas ou migrantes; ✓ Gestante negra (cor de pele preta ou parda); ✓ Outras condições de saúde de menor complexidade.
História Reprodutiva	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Abortos precoces (até 12 semanas) em gestações anteriores (até 2 abortos consecutivos); ✓ Histórico de pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia em gestação anterior; ✓ Insuficiência istmocervical; ✓ Alterações no crescimento intrauterino (restrição de crescimento fetal e macrosomia); ✓ Malformação fetal; ✓ Nuliparidade ou multiparidade (cinco ou mais partos); ✓ Diabetes gestacional; ✓ Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas sem critérios de gravidade; ✓ Infertilidade; ✓ Cesáreas prévias (2 ou mais); ✓ Intervalo interpartal <2 anos.
Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Infecção urinária de repetição: ≥3 episódios de infecção do trato urinário (ITU) baixa ou ≥2 episódios de pielonefrite; ✓ Doenças infecciosas: sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina ou com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita; toxoplasmose aguda com suspeita de repercussão fetal; rubéola na gestação; citomegalovírus na gestação; diagnóstico de HIV/aids na gestação. ✓ Restrição de crescimento fetal confirmada. Desvios da quantidade de líquido amniótico. Isoimunização Rh; ✓ Insuficiência istmocervical diagnosticada na gestação atual; ✓ Trabalho de parto pré-termo inibido na gestação atual; ✓ Anemia grave (hemoglobina <9 g/dL) ou anemia refratária a tratamento; ✓ Hemorragias na gestação atual; ✓ Placenta prévia (diagnóstico confirmado após 22 semanas); ✓ Acretismo placentário; ✓ Colestase gestacional (prurido gestacional ou icterícia persistente); ✓ Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal; ✓ Qualquer patologia clínica que repercute na gestação ou necessite de acompanhamento clínico especializado; ✓ Outras condições de saúde de maior complexidade. Infecção urinária de repetição: ≥3 episódios de infecção do trato urinário (ITU) baixa ou ≥2 episódios de pielonefrite;

FONTE: Brasil, 2013; Brasil, 2019; Brasil, 2022 (adaptado).

ATENÇÃO: A estratificação deve ocorrer de forma dinâmica e contínua, respeitando o fluxo de atendimento, segundo necessidade identificada em cada consulta. Recomenda-se que as fichas de atendimento pré-natal e estratificação de risco da gestante sejam preenchidas em todas as consultas de rotina (Maranhão, 2021; Peixoto, 2014).

APLICANDO OS CONHECIMENTOS:

Para aplicar os conhecimentos adquiridos acerca da estratificação de risco gestacional, veja o Caso da senhora Joana, no Capítulo 7.



AVALIAÇÃO DA GESTANTE

**Arlane Silva Carvalho Chaves
Benedita Maryjose Gleyk Gomes
Luzia Catarina Chaves de Oliveira
Mariana Grassmann Cavalcante
Manoel Lopes da Silva Neto
Wilza Carla Spiri**

Avaliação da Gestante

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, acelerando o processo necessário para a confirmação da gravidez e o início do pré-natal (Brasil, 2022).

O diagnóstico gestacional (Brasil, 2013) pode ser feito através de:

- Avaliação clínica (sinais de presunção e de certeza);
- Dosagem de gonadotrofina coriônica humana (β HCG);
- Exame ultrassonográfico.

Ao longo do Acompanhamento Pré-Natal (APN) devem ser avaliadas condições clínicas e não clínicas que permeiam as mudanças ao longo da gestação e impactam a saúde do binômio mãe e filho, como:

Após a confirmação da gravidez, em consulta médica ou de enfermagem, inicia-se o acompanhamento da gestante.

Figura 5 - Condições clínicas avaliadas ao longo do pré-natal.



Fonte: Aplicativo “e-Gest”, 2024*.

*Imagens desenvolvidas utilizando recursos do Canva institucional para acervo da pesquisa inseridos no aplicativo móvel e-Gest (link: https://app.vc/e_gest). **As imagens inseridas no aplicativo foram desenvolvidas por meio do software online Canva (www.canva.com.br) e, quando necessário, foram inseridas imagens do repositório virtual Freepik (www.freepik.com).

É importante lembrar de que a avaliação da gestante ocorre de forma sistemática e seguindo as propedêuticas clínicas de ANAMNESE e EXAME FÍSICO.

Anamnese Obstétrica

Anamnese

Ao longo do APN, devem ser avaliadas condições clínicas e não clínicas que permeiam as mudanças ao longo da gestação e impactam a saúde do binômio mãe e filho. Devem ser avaliadas as curvas de peso materno, a pressão arterial e o desenvolvimento uterino, em paralelo a situações clínicas de intercorrências gravídicas complementadas por exames laboratoriais e de imagem (Brasil, 2013; Peixoto, 2014, FEBRASGO, 2019).

A consulta da gestante ou consulta de pré-natal, assim como uma consulta clínica, é composta de **anamnese, exame físico e avaliação dos exames complementares**, cujo objetivo é rastrear possíveis agravos que possam comprometer o bem-estar materno e fetal. O atendimento é dividido em primeiro atendimento ou primeira consulta e consulta de seguimento (acompanhamento) (Brasil, 2013; Peixoto, 2014).

A anamnese obstétrica tem grande valor diagnóstico, por isso, deve ser seguida minuciosamente, de modo a obter o maior número possível de informações (FEBRASGO, 2019) para avaliação materna, identificando alterações e possíveis causas clínicas e/ou não clínicas. Também, é por meio dela que se estabelece a relação entre a gestante e o profissional de saúde, o que requer acolhimento inicial humanizado e personalizado, a fim de favorecer a adesão da gestante ao APN (Brasil, 2013).

O conhecimento completo da história obstétrica é fundamental. Preconiza-se que sejam coletados dados referentes a:

- ✓ Identificação;
- ✓ Dados socioeconômicos;
- ✓ Antecedentes familiares;
- ✓ Antecedentes pessoais gerais;
- ✓ Antecedentes ginecológicos;
- ✓ Sexualidade;
- ✓ Antecedentes obstétricos;
- ✓ Gestação atual (Correa *et al.*, 2011; Brasil, 2013; Rezende, 2014).

Cada tópico coletado tem valor clínico e devem ser registrados no prontuário, na caderneta da gestante, ou fichas padronizadas de cada serviço ou clínica em que o APN é realizado. Ademais, os fatores de risco devem ser destacados (Correa *et al.*, 2011; Brasil, 2013).

Materiais de apoio para coleta da anamnese da gestante

Aqui, você encontrará matérias de apoio para o registro da anamnese (Figura 6), *checklist* de anamnese, roteiro para consulta (Quadros 9,10 e 11) e modelo de registro dos dados coletados na consulta (Quadro 12).

Figura 6 - Recorte da caderneta da gestante, Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde 2023

Agendamento das consultas do pré-natal
Escreva as datas das consultas para as próximas consultas.

1ª consulta	/ /	
2ª consulta	/ /	
3ª consulta	/ /	
4ª consulta	/ /	
5ª consulta	/ /	
6ª consulta	/ /	
7ª consulta	/ /	
8ª consulta	/ /	
9ª consulta	/ /	
10ª consulta	/ /	
11ª consulta	/ /	
12ª consulta	/ /	
13ª consulta	/ /	
14ª consulta	/ /	
Consulta Odontológica	/ /	
Consulta Odontológica	/ /	

TELEFONES ÚTEIS

- Saúde: **192**
- Defesa Civil ou FUR: **136**
- Policia Militar: **190**
- Central de Atendimento à Mulher: **180**
- Centro de Referência: **188**
- Disque Denúncia Nacional de Abuso e Exploração Sexual contra Crianças e Adolescentes: **100**
- Disque Falar de Fumar: **8000 61 1997**

MINISTÉRIO DA SAÚDE

CADERNETA DA GESTANTE

1ª edição

Toda mulher tem direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao parto normal, bem como a consultas em direção ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudável do seu filho.

O Ministério da Saúde, em conjunto com as Secretarias de Saúde Estaduais, Municipais e do Distrito Federal, elaborou esta Caderneta da Gestante pensando em você, que em um dos momentos mais importantes de sua vida, aqui você vai encontrar vários assuntos:

- seus direitos antes e depois do parto;
- a opção de consultas e exames, com espaço para você anotar suas dúvidas;
- dicas para uma gravidez saudável e sinais de alerta;
- informações e orientações sobre a gestação e desenvolvimento do bebê, e sobre alguns cuidados de saúde no parto e no pós-parto;
- informações e orientações sobre amamentação;
- como tirar a Certidão de Nascimento de seu filho.

O profissional de saúde anota nesta caderneta todos os dados de seu pré-natal e registra as consultas, os exames, os valores e o que for importante para um bom acompanhamento do pré-natal.

Aqui tem também espaço para você anotar suas sensações e seus sentimentos, assim como coisas que quer fazer ao seu bebê.

Um pré-natal de qualidade resulta em mais saúde para você e seu bebê. Guarde esta caderneta com carinho e cuidado e carregue-a sempre com você!

Unidade de saúde pré-natal: _____

Serviço de saúde indicado para o parto: _____

Fonte: Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde, 2023.
Acesse: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderneta_gestante_8ed.pdf

Quadro 9 - Checklist para coleta de dados na anamnese da primeira consulta.

Componentes da anamnese	Itens para coleta
1. Identificação da gestante	Nome Idade Sexo Raça Etnia Profissão Naturalidade Procedência Estado civil Escolaridade
2. Dados Socioeconômicos	Água filtrada Coleta regular de lixo Animais de estimação Situação vacinal Renda familiar
3. Antecedentes Familiares	Doenças hereditárias Síndromes Cardiopatias Pré-eclâmpsia Eclâmpsia Deformação Anomalias
4. Antecedentes Pessoais	Hospitalares de internações Transfusão sanguínea ou cirurgias Vacinas Doenças infecciosas ou sistêmicas Hábitos de vida como etilismo, tabagismo ou uso de drogas Alergias em geral Hábitos alimentares alimentar
5. Antecedentes Ginecológicos	Idade da menarca da paciente Características do ciclo menstrual Intensidade do fluxo Alterações no organismo durante o período menstrual Uso de método anticoncepcional (tempo e tipo) Início da vida sexual Número de parceiros Infecções sexualmente transmissíveis - IST
6. Antecedentes Obstétricos	Complicações gestacionais Quadro de diabetes mellitus gestacional Parto pré-termo (prematureo) Pré-eclâmpsia Anomalias Baixo peso ao nascer Óbito fetal Número de gestações Intervalo entre cada uma Dificuldades no parto Tempo de amamentação Evolução neonatal Número de filhos vivos.
7. Gestação Atual	Primeiro dia da última menstruação (DUM) Idade gestacional (IG) Data provável do parto (DPP) Sangramentos e suas características Alterações digestivas Alterações urinárias

Fonte: Brasil, 2013; Peixoto 2014; Rezende, 2014 (adaptado).

ATENÇÃO!



“Na primeira consulta, é comum não existirem queixas, porém esse item deve ser bem questionado e anotado, bem como as queixas existentes devem ser valorizadas e investigadas. Nessa abordagem inicial, o objetivo é excluir doenças associadas, principalmente nas gestantes que não realizaram avaliação pré-concepcional. Os sistemas genitourinário e digestório costumam ser alvo de dificuldades durante a gravidez, portanto, devem receber atenção especial” (PEIXOTO, 2014).

Fonte: Canva institucional PRO, 2024.

Quadro 10 - Checklist para anamnese de consultas subsequentes.

Componentes da anamnese	Itens para coleta
1. Antecedentes Pessoais	Hospitalares de internações Transfusão sanguínea ou cirurgias Vacinas Doenças infecciosas ou sistêmicas Hábitos de vida: etilismo, tabagismo ou uso de outras drogas Alergias em geral Alimentação
2. Gestação Atual e Idade Gestacional (Ig)	Sangramentos e suas características Alterações digestivas Alterações urinárias Revisão da classificação de risco gestacional Atualização da IG
3. Queixas e/ou Dúvidas	

FONTE: Brasil, 2013; Peixoto 2014; Rezende, 2014 (adaptado).

Quadro 11 - Checklist para anamnese de consultas subsequentes.

ITENS A SEREM COLETADOS
<ul style="list-style-type: none">• 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;• Avaliar o resultado dos exames complementares;• Revisão e a atualização do Cartão da Gestante e da Ficha de Pré-Natal.
Itens a serem avaliados
<p>I. Controles maternos:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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.
<p>II. Controles fetais:</p> <ul style="list-style-type: none">• Ausculta dos batimentos cardíofetais;• 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.
<p>III. Condutas:</p> <ul style="list-style-type: none">• 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.

Fonte: Brasil, 2013.

Quadro 12 - Exemplo de redação do texto para registro das informações coletadas na consulta de pré-natal.

Itens coletados na anamnese	Exemplo de registro do atendimento realizado de gestante
Identificação da paciente	Data do atendimento: 25/09/2023
Informações obstétricas atual	Paciente gestante, de risco habitual, comparece à UBS para 2ª consulta pré-natal. Gest 02, P1, A0. DUM: 28/06/2023, IG: 12s e 5d, DPP: 04/04/2024. Refere ansiedade relacionada à gestação, pois a primeira gestação foi complicada (SIC). Trouxe resultados de exames realizados. Está em uso de ácido fólico 5mg e suplementação de ferro 40mg. Já realizou acompanhamento terapêutico por causa de crises de ansiedade. Quanto aos antecedentes obstétricos, teve parto prematuro (32 semanas) há 4 anos, como consequência de infecção urinária. Antecedentes familiares: mãe é diabética e pai hipertenso. Refere ingerir bastante líquido (até 2 litros de água por dia) e ingerir frutas e verduras (1 vez ao dia), nega tabagismo e etilismo. Ao exame físico: pele íntegra, mucosas normocoradas, sem sinais de edema. BCF: 142bpm. Peso: 72, altura: 1,68m, IMC: 25,5 (sobrepeso). Conduta: analisados exames: (aqui inserir os nomes e resultados dos exames). Dado orientações quanto a: aumentar ingestão hídrica, evitar alimentos gordurosos, ingerir mais frutas e verduras, buscar atividades que promovam o relaxamento e maior controle da ansiedade, realizar exercício leve de baixo impacto (por ex.: caminhada ou natação). Encaminhada para atendimento psicológico. Agendado retorno para 28/07/2023.
Queixa principal	
Trouxe exames?	
Medicamentos em uso	
Antecedentes - pessoais - ginecológicos - obstétricos - familiares	
Hábitos sociais e de vida	
Realizar exame físico: - geral (céfalo caudal) - específico (obstétrico)	
Conduta - leitura, interpretação e solicitação de exames. - prescrições. - orientações educativas	

Fonte: Próprio autor, 2024.

Exame Físico Obstétrico

Após a anamnese e a coleta de todas as informações necessárias para o diagnóstico da gravidez, avaliação da gestante e do risco gestacional, deve-se prosseguir ao exame físico (EF).

A realização do EF deve seguir as técnicas propedêuticas: **inspeção, palpação, percussão e ausculta** (Porto, 2019). Nesse contexto para avaliação física da gestante, também segue essa recomendação.

Essa avaliação na gestação é ainda mais importante, pois constitui mecanismo para ratificar problemas identificados durante a anamnese, inferir outros diagnósticos e corroborar na avaliação contínua do paciente (Rezende, 2014).

O ministério da saúde (Brasil, 2013) preconiza que sejam realizadas:

- Avaliação nutricional (peso e cálculo do IMC);
- Avaliação dos sinais vitais e mensuração da pressão arterial;
- Palpação abdominal e percepção dinâmica;
- Medida da altura uterina;
- Ausculta dos batimentos cardíacos;

- Registro dos movimentos fetais;
- Verificação da presença de edema;
- Exame ginecológico e coleta de material para colpocitologia oncótica;
- Exame clínico das mamas e toque vaginal.



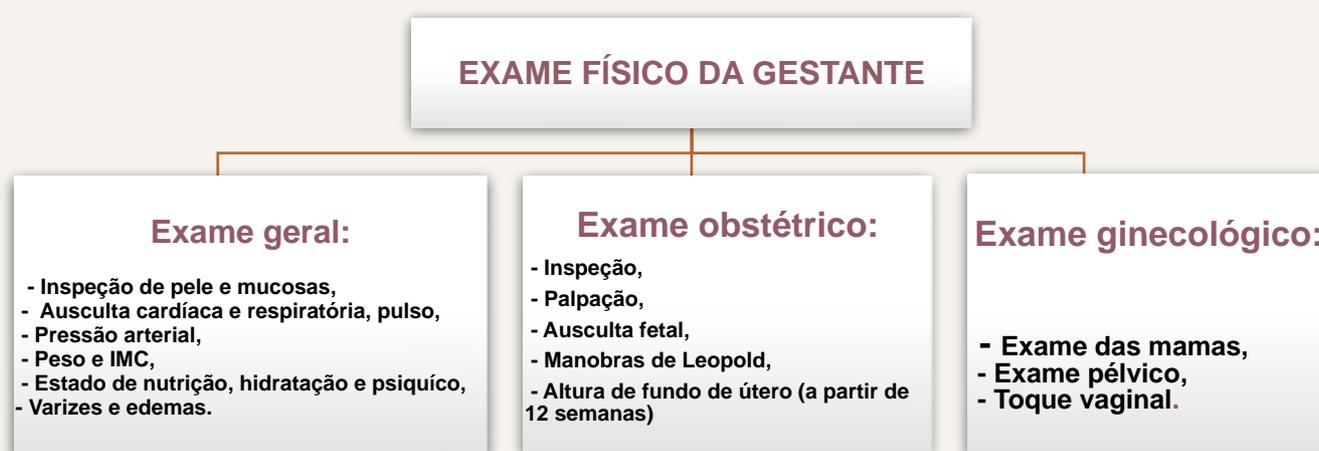
ATENÇÃO!

No exame físico realizado no primeiro atendimento de pré-natal, são investigados: **peso, altura, pressão arterial, avaliação de mucosas, da tireoide, das mamas, dos pulmões, do coração, do abdome e das extremidades** (Brasil, 2013).

Fonte: Canva institucional PRO, 2024.

Pode-se organizar e sintetizar o EF da gestante da seguinte forma gráfica:

Destarte, segue-se essa ordem de avaliação física da gestante no presente guia, respeitando as recomendações do Ministério da Saúde (Brasil, 2013) e literatura clássica (Rezende, 2014; Zugaibe, 2016).



Exame Físico

Inspeção da pele e mucosas

O EFG se inicia pela inspeção geral de pele e mucosas (ocular e oral), investigando coloração, distribuição de pelos e palpação de tireoide.

Ao longo da gestação, há aumento de melanina, por isso, na avaliação do sistema tegumentar, deve-se: buscar presença de cloasmas gravídicos (à esquerda) e linha nigra (à direita).

Figura 7 - Representação de linha alba gestacional.



FONTE: Blogue Mustela, 2025. (Disponível em: <https://www.mustela.com.br/blogs/blog-mustela/linha-nigra-na-gestacao-por-que-ela-aparece>)

Figura 8 - Representação anatomohistológica dos melanócitos e produção de melanina no surgimento do melasma.



Os melanócitos são responsáveis pela produção de melanina e são estimulados pela radiação solar ou pela via endócrina. No caso das gestantes, o nível de progesterona sobe, e aumentam o estímulo dos melanócitos, e conseqüente aumento de melanina, podendo levar a manchas principalmente nas regiões que sofrem maior exposição solar.

Fonte: Melasma: o que é e como tratar. Blog Dra. Tallita Rezende, 2025. Disponível em: dratallitadermatologista.com.br/blog/melasma-o-que-e-e-como-tratar/.

Também, faz parte da avaliação geral, a palpação da tireoide e sinal de halban (Figura 9).

Figura 9 - Representação de palpação da tireoide



A **palpação da tireoide** – na região cervical, supraclavicular e axilar (pesquisa de nódulos ou outras anormalidades).

Fonte: A gravidez e a glândula tireoide na gravidez. Blog Guia infantil, 2025. Disponível em: <https://br.guiainfantil.com/materias/gravidez-gravidez-e-a-glandula-tireoide/>

Além disso, deve-se avaliar:

- A integridade, coloração, hidratação e simetria da pele;
- A presença de nódulos na região das aréolas dos seios;
- **Sinais vitais da gestante** (pulso, ausculta e frequência cardíaca, ausculta pulmonar e frequência respiratória, temperatura axilar, pressão arterial) e queixas algicas.

SAIBA MAIS!

Para relembrar da sociotécnica correta de avaliação dos SSVV e do exame físico, recomenda-se:

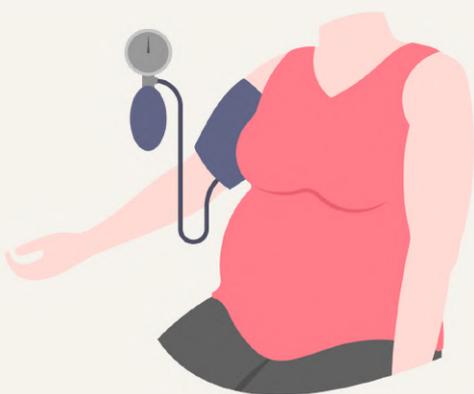
POTTER, P.; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018 (Adaptado à realidade brasileira)

POTTER, P.; PERRY, A.G. Fundamentos de enfermagem. 9. ed. Rio de Janeiro, 2021.

BARROS, A. L.B.L. (org.). **Anamnese e Exame Físico**: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

PORTO, C. C. **Semiologia médica**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

Avaliação da pressão arterial



Fonte: Canva institucional PRO, 2024.

De acordo com a Semiologia Médica do Porto níveis pressóricos maiores que 140x90 mmHg, ou com aumento de até 30 mmHg na sistólica e 15 mmHg, na diastólica, são indicativos de hipertensão gestacional, o que **pode causar complicações, como descolamento precoce da placenta**.

O Ministério da Saúde aponta diversos achados clínicos e condutas para guiar a avaliação da gestante, quanto à pressão arterial (Quadro 13).

Quadro 13 - Avaliação da Pressão Arterial em gestantes, segundo recomendações do Ministério da Saúde.

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 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 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, macrosomia, 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.

Fonte: Brasil, 2013.

Determinação do peso, altura, cálculo do índice de massa corporal (IMC)

Avaliação antropométrica e cálculo do IMC

Para determinar o peso da gestante, recomenda-se utilizar balança eletrônica ou mecânica, certificando-se de que esteja em bom funcionamento, a paciente deve estar vestida com roupas leves e descalça.

Para medida da altura, pode-se utilizar um antropômetro vertical. A paciente deverá estar de costas para a haste, com os braços estendidos ao longo do corpo e cabeça erguida.



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 IMC por semana gestacional.

No primeiro trimestre, por conta de náuseas e vômitos, a grávida pode apresentar perda de até 5% do peso.

Para calcular o IMC, deve-se dividir o peso pela altura ao quadrado, como na fórmula: $IMC = \text{Peso (kg)} / \text{altura}^2 \text{ (m)}$:

$$\text{Índice de Massa Corporal (IMC)} = \frac{\text{Peso (kg)}}{\text{Altura (m)} \times \text{Altura (m)}}$$

Exemplo 1: Supondo que uma paciente pesa 68 kg e tem 1.65 (m) de altura, qual o IMC dela?

Aplicando na fórmula, tem-se:

$$IMC = 68 / 1.65 \times 1.65$$

$$IMC = 24.9 \text{ kg/m}^2$$

Classificação do estado nutricional inicial: adequado.

Exemplo 2: Supondo que uma paciente pesa 72 kg e tem 1.68 (m) de altura, qual o IMC dela?

Aplicando na fórmula, tem-se:

$$IMC = 72 / 1.68 \times 1.68$$

$$IMC = 25,5 \text{ kg/m}^2$$

Classificação do estado nutricional inicial: sobrepeso.

Pela identificação do IMC, é possível avaliar o ganho de peso e **classificar a paciente quando ao estado nutricional** em: baixo peso, adequado, sobrepeso e obesidade (Quadro 14).

Quadro 14 - Ganho de peso recomendado (em Kg) na gestação, segundo estado nutricional inicial, Ministério da Saúde, Brasil, 2013

Estado nutricional inicial (IMC)	Recomendação de ganho de peso (kg) semanal médio no 2º e 3º trimestres*	Recomendação de ganho de peso (kg) total na gestação
Baixo peso (<18,5kg/ m ²)	0,5 (0,4 – 0,58)	12,5 – 18,0
Adequado (18,5 - 24,9 kg/ m ²)	0,4 (0,35 – 0,50)	11,5 – 16,0
Sobrepeso (25,0 – 29,9 kg/ m ²)	0,3 (0,23 – 0,33)	7,0 – 11,5
Obesidade (> 30 kg/ m ²)	0,2 (0,17 – 0,27)	5,0 – 9,0

Fonte: Brasil, 2013.

*Ganho de peso no primeiro trimestre entre 0,5 – 2,0kg



Importante:

O ganho adequado para uma paciente, segundo o Ministério da Saúde, fica no intervalo de 11,5 e 16 kg.

Fonte: Canva institucional PRO, 2024.

Exame dos membros inferiores e pesquisa de edemas

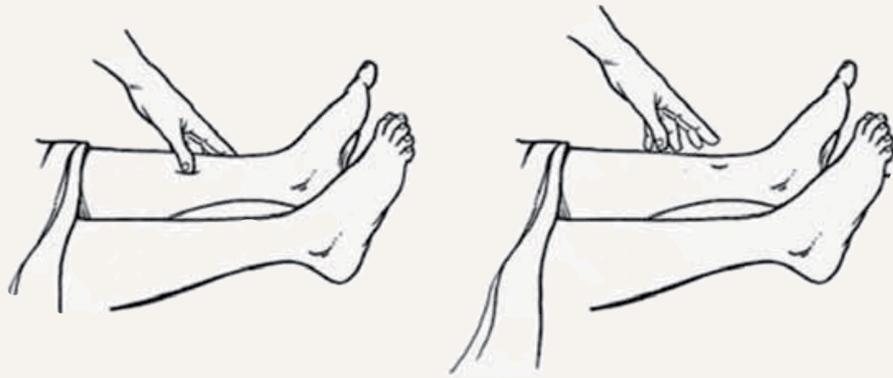
Nos membros inferiores, deve-se avaliar:

- ✓ Dilatação circunscrita de vasos sanguíneos;
- ✓ Varizes;
- ✓ Edemas: deve-se investigar a presença de edemas na face, tronco e membros, identificando-os o mais precocemente possível. O edema ficará evidenciado mediante a presença de depressão duradoura no local pressionado.

Para investigação de edema patológico nos membros inferiores:

- ✓ Posicione a gestante em decúbito dorsal ou sentada, sem meias;
- ✓ Pressione a pele na altura do tornozelo (região perimaleolar) e na perna, no nível do seu terço médio, face anterior (região pré-tibial).

Figura 10 - Palpação de membros inferiores para pesquisa de edema

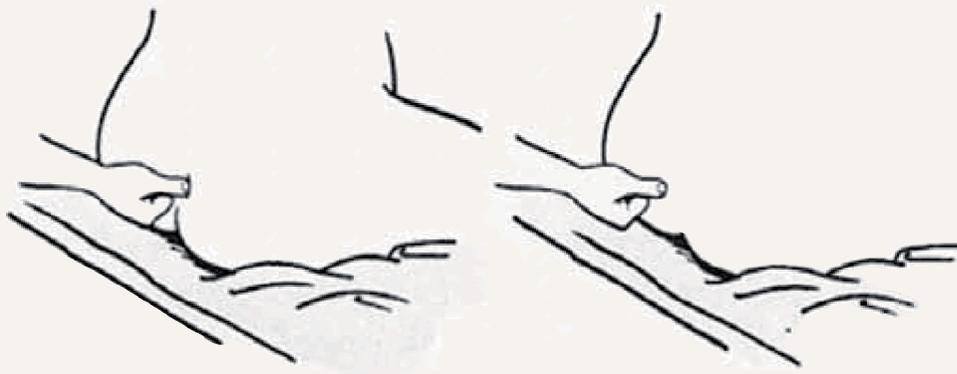


Fonte: Brasil, 2013.

Edema na região sacra:

- Posicione a gestante em decúbito lateral ou sentada;
- Pressione a pele, por alguns segundos, na região sacra, com o dedo polegar.

Figura 11 - Palpação da região sacra para pesquisa de edema



Fonte: Brasil, 2013.

Exame Físico Obstétrico

Inspeção abdominal

Na avaliação do abdome, deve-se observar:

- ✓ Forma: globoso ou ovoide;
- ✓ Cicatrizes;
- ✓ Linea nigra;
- ✓ Estrias.
- Geralmente, aparece no quinto mês de gestação nas primigestas e, em gestações subsequentes, pode aparecer desde o primeiro trimestre e acomete cerca de 90% das gestantes!

Palpação obstétrica

A palpação é feita para criar uma estatística da atitude, situação e apresentação fetal, informações muito importantes para o preparo do parto.

Verificar a consistência uterina:

- ✓ Cística (líquido amniótico);
- ✓ Elástica (parede uterina);
- ✓ Pastosa (placenta).

Durante a palpação, deve-se observar sensibilidade, consistência, integridade e anatomia, se há pontos dolorosos. O método palpatório mais usado na hora de reconhecer o feto, é a manobra de Leopold- Zweifel (Quadro 15), o qual é dividido em quatro tempos (Rezende, 2014).

Quadro 15 - Figuras e descrição da Manobra de Leopold-Zweifel e achados, segundo cada tempo avaliado

Palpação de fundo de útero buscando seus limites	Caracterização de cada tempo e técnica de realização
	<p>Primeiro tempo. Delimita-se o fundo do útero, com ambas as mãos comprimindo a parede abdominal com as bordas cubitais, tendo contato, quanto possível, com a sua face posterior e anterior. As mãos se dispõem encurvadas, procurando reconhecer, com a face palmar, o contorno do fundo do útero e a parte fetal que o ocupa.</p>
	<p>Segundo tempo. Procura-se deslizar as mãos, do fundo uterino em direção ao polo inferior do órgão, com o cuidado de sentir o dorso fetal e as pequenas partes ou membros, de um ou outro lado do útero. A região dorsal do feto apresenta-se como superfície resistente e contínua, plana (no sentido longitudinal) e convexa (no transversal). É mais facilmente percebida nas variedades anteriores</p>
	<p>Terceiro tempo. Conhecida, mais particularmente, por manobra de Leopold ou Pawlick, tem como objetivo a exploração da mobilidade do polo que se apresenta com relação ao estreito superior. Seria um dos tempos da técnica sistematizada por Leopold, e nela procura-se apreender o polo entre o polegar e o dedo médio da mão direita, imprimindo-lhe movimentos de lateralidade que indicam o grau de penetração da apresentação na bacia. Quando ela está alta e móvel, esse polo balança de um lado para outro.</p>
	<p>Quarto tempo. Deve-se explorar a escava em último lugar. Nesse ponto, o polo cefálico é frequentemente encontrado e, ao palpar, apresenta caracteres mais nítidos. O examinador volta suas costas para a cabeça da paciente, colocando as mãos sobre as fossas ilíacas, caminhando em direção ao hipogástrio, paralelas à arcada crural, afastadas uma da outra cerca de 10 cm. Com as extremidades dos dedos, procura penetrar na pelve. Ao abranger o polo que aí se apresenta, verifica pelas suas características se é cefálico (menor, liso, consistente, irreduzível) ou pélvico (maior, irregular, amolecido e deixando-se deprimir). Trata-se, respectivamente, de apresentação cefálica ou pélvica.</p>

Fonte: Rezende, 2014.

Pela Manobra de Leopold, é possível avaliar a situação, apresentação e posição fetal.

A **situação fetal** (Figura 12) é o resultado da relação do corpo fetal ao corpo materno, a qual dá-se pela relação do maior eixo fetal (coluna), com o maior eixo da coluna materna.

Figura 12 - Ilustração da situação fetal



Longitudinal Transversal ou cósmica Oblíquo

Fonte: Blog Sanarsaude, 2024. Disponível em: <https://medpri.me/upload/texto/texto-aula-759.html>

A **apresentação fetal** (figura 13) diz respeito à relação do corpo fetal e à bacia óssea materna (Correa *et al.*, 2011).

Figura 13 - Apresentação fetal



Cefálica

Pélvica

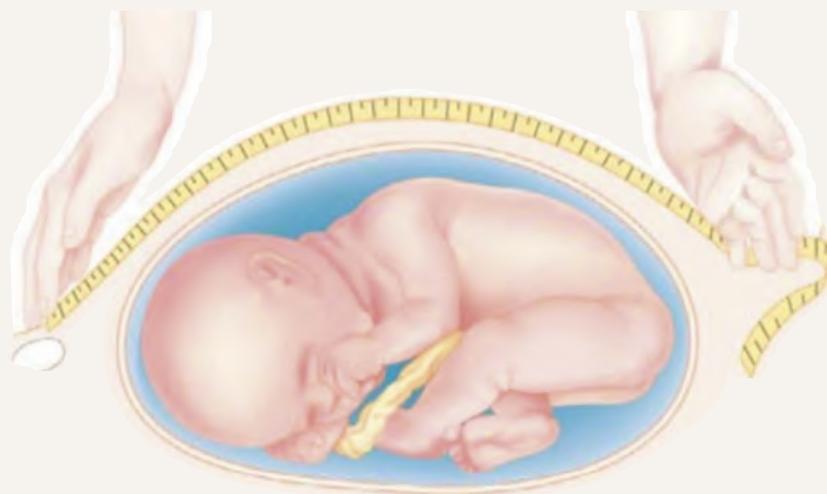
Córmica

Fonte: Blog Sanarsaude, 2024. Disponível em: <https://medpri.me/upload/texto/texto-aula-759.html>

Medida e avaliação da altura uterina

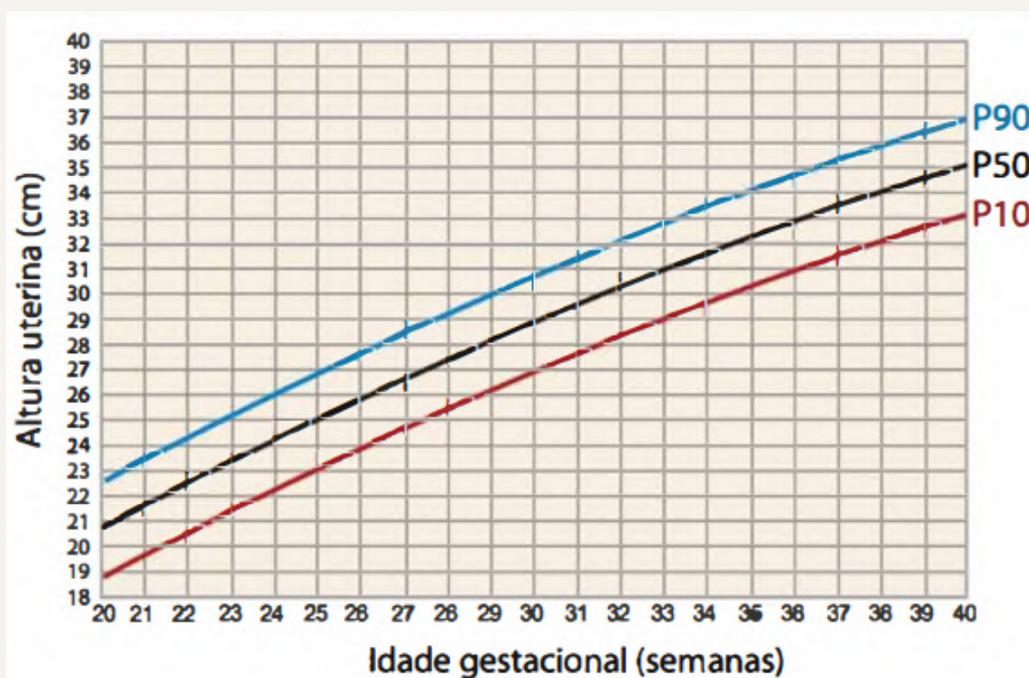
A técnica de medida consiste em aferir a altura uterina para avaliar a evolução do tamanho uterino com auxílio de uma fita métrica (Figura 14), posicionada da sínfise púbica até o fundo uterino, de forma que fique visível em centímetros a altura uterina. Esse achado possibilita avaliar o desenvolvimento fetal.

Figura 14 - Medida da altura uterina da sínfise púbica (esquerda) ao fundo uterino (direita)



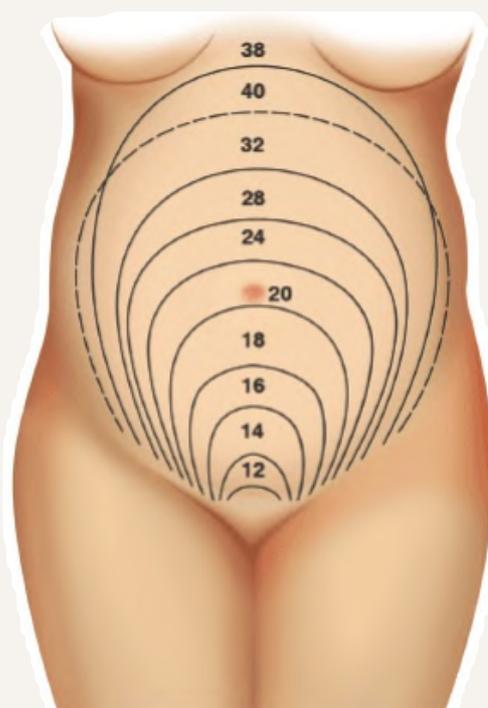
FONTE: Zugaib, 2016.

Figura 15 - Curva de evolução da altura uterina durante a gestação



FONTE: Zugaib, 2016.

Figura 16 - Altura do fundo de útero, durante o evoluir da gestação da 12^a a 38^a semana gestacional.



Fonte: Rezende, 2014.

- ✓ **Na 12^a semana:** útero enche a pelve, de modo que é palpável na borda superior da sínfise púbica; útero se torna abdominal.
- ✓ **Na 16^a semana:** o fundo uterino se encontra entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical.
- ✓ **Na 20^a semana:** o fundo do útero se encontra na altura da cicatriz umbilical. A partir da 20^a semana: existe relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina.

OBS: Esse parâmetro se torna menos fiel a partir da 30^a semana de idade gestacional.

“Após a 20^a semana, são grandes as variações, visto que o crescimento uterino seja de aproximadamente 4cm/mês”.

ATENÇÃO!

- **Quando a medida de fundo uterino está abaixo da IG, deve-se** suspeitar primeiro de erro de data (cálculo da idade gestacional errado), oligodrâmnio ou crescimento intrauterino restrito.
- **Fundo uterino grande para a IG:** erro de data ou polidrâmnio ou diabetes gestacional (feto grande para idade gestacional-GIG).
- Quando a data e o período da **última menstruação são desconhecidos**, pode-se usar a altura uterina para **estimar a idade gestacional**.



Fonte: Canva institucional PRO, 2024.

Ausculata dos batimentos cardíofetais (BCF) e Registro dos movimentos fetais

O batimento cardíofetal é um indicativo de vitalidade fetal, deve ser realizado no intervalo de 60 segundos (1 minuto). A ausculta (Figura 17) é feita utilizando um sonar Doppler, a partir da 12ª semana gestacional ou com auxílio de Estetoscópio de Pinard, por volta da 20ª semana (Brasil, 2013; Rezende, 2014).

Figura 17 - Foco máximo de ausculta na apresentação cefálica



Fonte: Rezende, 2014.

Importante destacar que:

- ✓ A frequência do BCF não acompanha a frequência cardíaca materna e pode oscilar entre 110 e 160bpm, podendo ser facilmente audíveis no foco de auscultação, de acordo com a apresentação fetal (Rezende, 2014);
- ✓ O foco de escuta se encontra nos quadrantes superiores do abdome, à esquerda ou à direita, na apresentação pélvica;
- ✓ Na apresentação còrmica, está na linha média, junto à cicatriz umbilical.

Figura 18 - Sonar Doppler (à esquerda) e estetoscópio de Pinard (à direita), utilizados para ausculta dos batimentos cardíofetal



Fonte: Detector Fetal De Mesa DF 7000 S | Medpej - Medpej Equipamentos Médicos. 2025. Disponível em: <https://www.lojamedpej.com.br/produtos/detector-fetal-de-mesa-df-7000-s-medpej>

Avaliação Ginecológica

Deverá ser realizado o exame clínico das mamas e exame ginecológico (inspeção dos genitais externos, exame especular, coleta de material para exame colpocitopatológico, toque vaginal).

Figura 19 - Avaliação Ginecológica.



Fonte: Aplicativo “e-Gest”, 2024*. *Imagens desenvolvidas utilizando recursos do Canva institucional para acervo da pesquisa inseridos no aplicativo móvel e-Gest (link: https://app.vc/e_gest).**As imagens inseridas no aplicativo foram desenvolvidas por meio do software online Canva (www.canva.com.br) e, quando necessário, foram inseridas imagens do repositório virtual Freepik (www.freepik.com).

O toque vaginal é feito, na intenção de sondar o nível de apagamento, dilatação cervical (Zugaib, 2016) e avaliar o volume uterino, no início da gestação, quando o útero ainda não é palpável; e durante o percurso do parto, é usado para acompanhar a dilatação cervical e progressão fetal (Rezende, 2014), pode ser

unidigital, bidigital ou manual, é indicado ser feito com a paciente em bexiga e reto esvaziado.

Saiba mais!

REZENDE FILHO, J.; MONTENEGRO, C. A. M. **Obstetrícia Fundamental**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

Cálculo da idade gestacional e data provável do parto

Identificar a Idade Gestacional (IG) e a Data Provável Do Parto (DPP) são ações de cuidado básico, que estão inseridos no acompanhamento pré-natal e, portanto, devem ser realizadas por enfermeiros e médicos responsáveis pelo APN.

Identificando a idade gestacional

A percepção segura da IG é fundamental nos cuidados perinatais da gestante e objetiva aferir o tempo de gravidez e a idade do feto (Montenegro; Rezende Filho, 2014). Para obter a IG, é preciso realizar um cálculo, tendo como referência a data da Última menstruação (DUM), considerando o primeiro dia de sangramento do último período menstrual relatado pela gestante (Brasil, 2013).

Como podemos estimar a IG?

Atualmente, tanto para a determinação da idade gestacional quanto para a estimativa da data provável de parto, podem ser utilizados recursos tecnológicos de cálculo rápido específicos, como aplicativos móveis.

Contudo, na ausência desses recursos, esses parâmetros podem ser prontamente obtidos por meio da aplicação da regra de Naegele, calendário ou disco gestograma (Peixoto, 2014).

Com auxílio de um calendário, identifica-se e soma-se o número de dias, do intervalo entre a DUM e a data da consulta, e divide por 7, EM QUE o resultado será identificado por semanas.



Veja a seguir os exemplos de cálculos da IG, a partir da DUM, no Quadro 16.

Quadro 16 - Exemplos de cálculos da IG, segundo a DUM informada, usando dados fictícios.

Exemplo 1	Exemplo 2	Exemplo 3
DUM: 28/06/2023 Data da consulta: 25 de setembro de 2023	DUM: 05/03/2023 Data da consulta: 10 de outubro de 2023	DUM: 25/10/2023 Data da consulta: 21 de dezembro de 2023
Mês – nº de dias	Mês – nº de dias	Mês – nº de dias
Jun – 02 Jul – 31 Ago – 31 Set – 25	Mar – 26 Abr – 30 Mai – 31 Jun – 30 Jul – 31 Ago – 31 Set – 30 Out – 10	Out – 06 Nov – 30 Dez – 21
TOTAL: $89/7 = 12,5$	TOTAL: $219/7 = 31,2$	TOTAL: $57/7 = 8,1$
IG: 12 semanas e 5 dias	IG: 31 semanas e 2 dias	IG: 8 semanas e 1 dia

Fonte: Aplicativo “e-Gest”, 2024.

APRENDA MAIS!

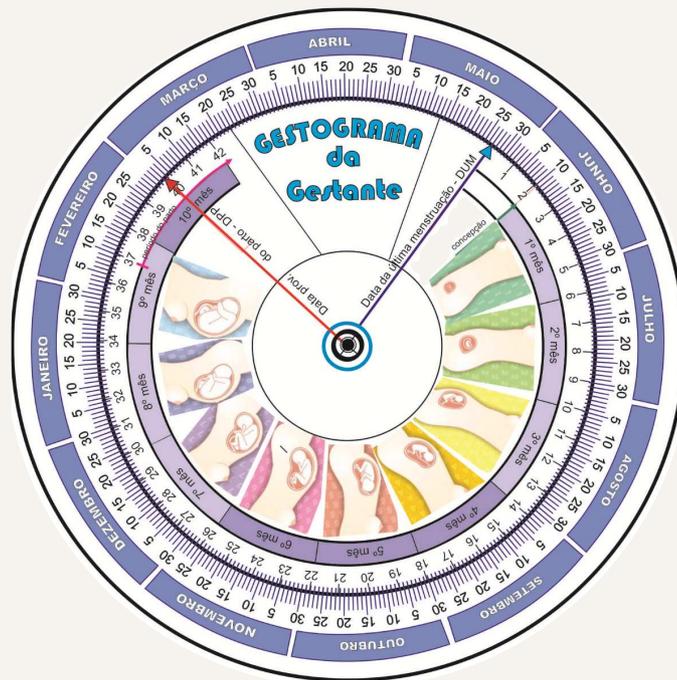
Você pode criar novos exemplos para treino e fixação da aprendizagem, atualizando as datas e ano em que está estudando esse tema.



Fonte: Canva institucional PRO, 2024.

Para identificar a IG, utilizando o gestograma (figura 20), basta colocar a seta apontando para a DUM indicada e verificar a IG, em semanas, na data em que está sendo realizada a consulta atual.

Figura 20 - Gestograma indicando DUM e DPP



Fonte: Blog Casa da Doula, 2019.

O gestograma (figura 20) mostra uma DUM: 27 de maio, (você pode considerar o ano em que estiver estudando o conteúdo) e que a consulta tenha ocorrido no dia 07 de julho de 2023 (ano sugerido para esse exemplo), a paciente está com IG de 15 semanas e a DPP será dia 02 de março de 2024.

ATENÇÃO!

Quando a DUM é desconhecida, mas se conhece o período do mês em que ocorreu, início, meio ou fim, considera-se como data da última menstruação os dias 5, 15 e 25, respectivamente (Brasil, 2013; Maranhão, 2021).



Fonte: Canva institucional PRO, 2024.

É possível ainda prever a IG, ainda que a DUM seja desconhecida, POR MEIO da medida da altura do fundo do útero e toque vaginal pelo profissional, informações relatadas pela gestante acerca do início dos movimentos fetais (com frequência ocorrem entre 18 e 20 semanas gestacionais) e pelo exame de ultrassonografia obstétrica (USG) (Brasil, 2013; Maranhão, 2021).

Quadro 17 - Parâmetros de semanas gestacional, conforme semana gestacional, para presunção de IG, POR MEIO da medida da altura uterina e toque vaginal.

SEMANAS DE GESTAÇÃO	OCORRIDO CONFORME A SEMANA
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 normal
Na 12ª semana	O útero se estende até pelve, de modo que é palpável na sínfise púbica
Na 16ª semana	O fundo do útero está localizado entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical
Na 20ª semana	O fundo uterino se localiza na altura da cicatriz umbilical
A partir da 20ª semana	Há uma vinculação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina

Fonte: Maranhão, 2021.

Esse parâmetro se torna menos confiável a partir da 30ª semana de gestação, quando a IG pode já não mais compatível com o tamanho de fundo de útero. Nesse contexto, a USG se torna essencial e deverá ser realizada o mais breve possível (Maranhão, 2021), posto que ela é tida como meio inovador para estimar a IG, a partir de medidas fetais (Bonilha *et al.*, 2023).

Quando a data da consulta é diferente da data em que foi realizado a USG, também é possível identificar a IG, veja a situação apresentada (Quadro 18).

Quadro 18 - Identificando a IG quando a DUM é desconhecida e tem-se informações de exame de Ultrassonografia

Caso fictício para avaliação da DUM	
“A senhora Maria, não sabia informar a DUM, quando veio à primeira consulta pré-natal, foi-lhe solicitado um exame de USG-transvaginal, o qual ela realizou dia 14 de abril de 2023, em que a IG estimada era de 11 semanas. Ela compareceu à Unidade de Saúde para consulta no dia 28 de maio de 2023, trazendo o exame.”	
Qual a IG dela no dia da consulta? Primeiro, você precisa identificar a IG da paciente	
Informações necessárias Data da Ultrassom: 14/04/2023 IG pela USG: 11 semanas Data da consulta: 28/05/2023	Você deverá identificar o intervalo de dias entre a data da USG e a data da consulta (utilize um calendário). Mês / dias Abr – 16 dias Mai – 28 dias TOTAL: $44/7 = 6,2$ (6 semanas e 2 dias)
Agora sabendo o intervalo de dias entre a data da USG e a consulta, você irá somar as duas idades gestacionais.	
IG pela USG + IG a partir do intervalo entre USG e consulta.	$11 + 6,2 = 17,2$ (17 semanas e 2 dias)
A IG da senhora Maria é de 17 semanas e 2 dias.	

Fonte: Aplicativo “e-Gest”, 2024.

Cálculo da data provável do parto

A identificação da DPP consiste em estimar o período provável para ocorrência do parto e deve-se considerar a duração gestacional normal entre 37 e 42 semanas, sendo a média de 40 semanas.

Há duas formas de calcular a DPP; a primeira é utilizando o disco gestograma, basta colocar a seta sobre o dia e mês correspondente à DUM e observe a seta na data indicada como DPP. A segunda forma é utilizando a chama **Regra de Nägele**. O cálculo consiste em somar 7 dias à DUM e subtrair 3 meses no mês da última menstruação (se a fecundação ocorreu nos meses de abril a dezembro) ou adicionar 9 meses (se a fecundação ocorreu nos meses de janeiro a março (Brasil, 2013; Pereira *et al.*, 2014).

Quadro 19 - Exemplo de cálculo da DPP.

Exemplo 1	Exemplo 2
<p>Neste exemplo, considera-se: DUM: 28/06/2023 +7 -3 +1 } 35 /3/ 2024 DPP: 04/04/2024</p> <p>Obs.: Como não temos 35 dias em março, os dias excedentes passam para o mês seguinte. Desse modo, temos 4 dias excedentes em março que passarão para o mês seguinte (abril). O mesmo ocorre com o ano, não há como retroceder, por isso, adiciona-se 1 ao ano, passando para o ano seguinte (2024).</p>	<p>Neste exemplo, considera-se: DUM: 05/03/2023 +7 +9 DPP: 12/12/2023</p> <p>Perceba que se adicionou 7 aos dias do mês, e 9, ao mês (março).</p>

Fonte: Aplicativo "e-Gest", 2024.

LEITURA COMPLEMENTAR

- ✓ HENRIQUES, L.B. et al. Acurácia da determinação da idade gestacional no Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC): um estudo de base populacional. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v.35, n.3, p.e00098918, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00098918>
- ✓ PEREIRA, A.P.E. et al. Determinação da idade gestacional com base em informações do estudo Nascer no Brasil. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 30 Sup, S59-S70, 2014. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/0102-311X00160313>
- ✓ BONILHA, E.A. et al. Idade gestacional: comparação entre métodos de estimativa e análise do perfil de nascidos vivos. Rev Bras Epidemiol., São Paulo, v.26, p.e230016, 2023. <https://doi.org/10.1590/1980-549720230016.2>

Agendamento das consultas

O agendamento das consultas de pré-natal acontece de acordo com a idade gestacional da gestante, segundo parametrização dos atendimentos distribuídos ao longo da gestação e puerpério (Quadro 20).

Quadro 20 - Parametrização para distribuição dos atendimentos durante gestação e puerpério

	Idade gestacional	Intervalo para consulta
Pré-natal	Até 28ª semana	Mensal
	Da 28ª até a 36ª semana	Quinzenal
	Da 36ª até o parto e nascimento	Semanal
Puerpério	Primeira consulta	Até 7º dia pós-parto
	Segunda consulta	Entre o 30º e 40º dia pós-parto

Fonte: SBIBAE, 2019.



IMPORTANTE!

Independentemente do agendamento, é preciso deixar claro para a gestante que diante de qualquer intercorrência ela poderá buscar atendimento na Unidade Básica de Saúde, aonde realiza o APN ou na maternidade de referência, independente da data agendada para a próxima consulta.

Fonte: Canva institucional PRO, 2024.



EXAMES LABORATORIAIS, SUPLEMENTAÇÃO VITAMÍNICA E VACINAS

Arlane Silva Carvalho Chaves
Layane Mota de Souza de Jesus
Wilza Carla Spiri

Exames laboratoriais no pré-natal

Nesta seção, apresenta-se a lista dos exames a serem solicitados para acompanhamento pré-natal, segundo o trimestre gestacional (Quadro 21).

Quadro 21 - Exames a serem realizados no pré-natal de acordo com o trimestre gestacional.

1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
<ul style="list-style-type: none"> - 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). 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma completo - 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); - Ultrassonografia morfológica de 2º trimestre com Dopplerfluxometria colorida das artérias uterinas maternas e avaliação do colo por via vaginal. 	<ul style="list-style-type: none"> - Hemograma - Glicemia em jejum - Coombs indireto (se for Rh negativo) - Sorologias: sífilis, Anti-HIV, hepatite B (HbsAg) e 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) - Ultrassonografia obstétrica com Dopplerfluxometria colorida; - Ecocardiografia fetal; - Cardiotocografia basal.

Fonte: Brasil, 2013; FEBRASGO, 2014 (adaptado).

SAIBA MAIS!

Para as condutas, diante dos resultados dos exames complementares de rotina, veja quadro 13 do Caderno de Atenção Básica nº13 para Atenção ao pré-natal de baixo risco (Brasil, Ministério da Saúde, 2013).

Suplementação Vitamínica

Anemia mais comum na gestação é a ferropriva, pois o organismo durante esse período necessita de grande quantidade de ferro, devido à rápida expansão dos tecidos e da produção de hemácias. Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), reposição de ferro por via oral é de 40 a 60 mg de ferro elementar diário para profilaxia de complicações tanto para mãe quanto para o feto em todas as gestantes, a partir das 20ª semanas e até 3 meses após o parto (Brasil, 2013b). Orienta-se que a ingestão seja realizada uma hora antes das refeições (Brasil, 2013c).

Achado clínico de hemoglobina (Hb) inferior a 11,0 g / L é o critério diagnóstico nos três trimestres e o tratamento consiste na administração de ferro por via oral ou intravenosa.

O ácido fólico deve ser prescrito na dose de 400 µg (0,4 mg/dia), do período pré-concepcional (pelo 30 dias antes da gestação) para prevenção de defeitos no fechamento do tubo neural, e deve ser mantida até o final da gestação para prevenção de anemia (FEBRASGO, 2012; WHO, 2012; BRASIL, 2013b).

Como deve ser a prescrição de ácido fólico e sulfato ferroso durante a gestação?

Quadro 22 - Suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso na gestação, segundo recomendações da Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert, Brasil, 2019.

Medicamentos	Comentários
Sulfato Ferroso	A suplementação de ferro reduz em 70% o risco de anemia materna na gestação a termo. <ul style="list-style-type: none">✓ Dose: 60mg de ferro elementar/dia;✓ Período: a partir da 20ª semana até o parto.
Ácido fólico	O fechamento do tubo neural se dá ao redor da 6ª semana de gestação e existem evidências de que o ácido fólico é essencial na prevenção dos defeitos de fechamento de tubo neural, como espinha bífida ou meningomielocelo. <ul style="list-style-type: none">✓ Dose: 0,4 a 0,8mg/dia (40 gotas da solução 0,2mg/mL), para gestantes com baixo risco para defeitos de fechamento do tubo neural, e 5,0mg/dia, para gestantes com alto risco para defeitos de fechamento de tubo neural (cirurgia bariátrica; antecedentes de malformações neurológicas; uso concomitante de antagonistas de ácido fólico, como o ácido valproico, em caso de epilepsia).✓ Período: 1 mês antes da gravidez até a 12ª semana gestacional. OBS: Para prevenção de anemia, manter a dose diária até o final da gestação.

Fonte: (SBIBAE, 2019) adaptado.

SAIBA MAIS!

Acerca da segurança na prescrição medicamentosa para gestantes acesse:

- ✓ Fidancı İ. Prescribing Drugs to Pregnant Women in Primary Healthcare. Genel Tıp Derg. 2024;34(1):144-6. DOI: 10.54005/geneltip.1213359. Disponível em: <https://dergipark.org.tr/en/download/article-file/2807749>
- ✓ Silva HB, Souza HPOD, Couto GBF. Medicações na Gestação: incertezas e desinformação. Revista Extensão - 2024 - v.8, n.2. Disponível em: [file:///C:/Users/arian/Downloads/9673-Texto%20do%20artigo-34310-1-10-20240529%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/arian/Downloads/9673-Texto%20do%20artigo-34310-1-10-20240529%20(1).pdf)
- ✓ Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica.
- ✓ Programa Nacional de Suplementação de Ferro: manual de condutas gerais / Ministério da Saúde.
- ✓ Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Vacinas para a gestante

Durante a gestação, a vacinação tem como objetivo a proteção tanto da gestante quanto do feto. É importante destacar que não existem evidências que indiquem riscos para o feto associados à administração de vacinas contendo vírus inativados (raiva humana e a influenza), de bactérias mortas, toxóides (tetânico e diftérico) ou vacinas que contenham componentes de agentes infecciosos (hepatite B). Portanto, a imunização durante a gravidez é segura e fundamental para garantir a saúde tanto da mãe quanto do bebê (Brasil, 2013).

Segundo recomendações do Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Imunização, tem-se, geralmente, quatro vacinas que devem ser aplicadas na gestação: hepatite B, Influenza, dT, dTpa (> 20 semanas de gestação, para proteger o RN contra coqueluche). A vacina de COVID-19 deve ser ministrada segundo campanha vacinal vigente. Outros imunobiológicos podem vir a ser aplicados, segundo a avaliação e orientação da equipe de saúde, a partir das condições saúde da gestante e situação epidemiológica da região (Quadro 23).

Quadro 23 - Calendário de vacinação da gestante, adaptado do Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Imunização, 2023

VACINAS DE ROTINA PARA GESTANTE		
Vacina / proteção contra	Nº de doses	
	Esquema básico	Reforço
Hepatite B (recombinante)/ Hepatite B	Iniciar ou completar 3 doses no esquema 0-1-6 meses.	--
Influenza/ Influenza A (H1N1).	Dose única anual	Em situação epidemiológica de risco (como gestantes imunodeprimidas) considera-se uma 2ª dose após 3 meses da dose anual.
dT/ Difteria e tétano	Iniciar ou completar 3 doses	A cada 10 anos, em ferimentos graves, deve-se reduzir este intervalo para 5 anos.
dTpa/ Difteria, tétano e Coqueluche (por B. Pertussis)	1 dose	1 dose a cada gestação, aplicada a partir da 20ª semana gestacional
COVID-19	1 dose a cada gestação	Intervalo de 6 meses da última dose recebida
	Acesse os dados atualizados sobre os grupos contemplados, segundo o Programa Nacional de Imunização, em: https://www.gov.br/saude/pt-br/vacinacao/calendario-tecnico/calendario-tecnico-nacional-de-vacinacao-gestante	
VACINAS RECOMENDADAS EM SITUAÇÕES ESPECIAIS		
Hepatite A* Hepatite A e B (combinada)* Pneumocócica* Meningocócica Conjugada (ACWY ou C)* Meningocócica B* Febre Amarela	As vacinas para gestantes em condições especiais, podem ser recomendadas segundo avaliação e indicação médica. São vacinas disponíveis para gestante somente através das clínicas privadas de vacinação. Para esquemas vacinal e conduta, acesse o site da SBIm: https://sbim.org.br	
VACINAS CONTRA INDICADAS		
Tríplice Viral (sarampo, caxumba e rubéola), HPV*, Varicela (catapora)* e Dengue**.	Podem ser aplicadas no puerpério e na amamentação, avaliadas as condições. OBS: A vacina da Dengue é contra indicada para imunodeprimidas, gestantes e nutrízes.	

Fonte: SBIm, 2023; Brasil, 2025. *Vacinas não disponíveis na rede básica de saúde para esse público e/ou disponível somente na rede privada.

Quadro 24 - Recomendações sobre esquema de vacinação com dT e dTpa para gestantes, a partir da situação vacinal, segundo recomendações do Ministério da Saúde e Sociedade Brasileira de Imunização, 2023

Situação vacinal	Conduta na gestação
Gestante não vacinada ou passado vacinal ignorado	Duas doses de dT e uma de dTpa (aplicada partir da 20ª semana de gestação), respeitando intervalo mínimo de um mês entre elas; Se em idade gestacional avançada, realizar 2 doses e a 3ª no puerpério; Se não houver tempo para as 2 doses antes do parto, reduzir o intervalo para 2 semanas.
Previamente vacinada, com pelo menos três doses de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação.
Vacinação incompleta, tendo recebido 1 dose de vacina contendo o componente tetânico.	Deverá completar o total de 3 doses respeitando o intervalo mínimo de um mês entre elas; Sendo uma dose de dT e uma dose de dTpa (aplicada partir da 20ª semana de gestação).
Vacinação incompleta, tendo recebido 2 doses de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dTpa (aplicada partir da 20ª semana de gestação).
Vacinadas com esquema completo sendo a última dose há menos de 5 anos	Imunizadas, realizar somente a dTpa habitual.

Fonte: SBIm, 2023; Brasil, 2022.

LEITURA COMPLEMENTAR

- ✓ LOUZEIRO, E.M. et al. A importância da vacinação em gestantes: uma revisão sistemática da literatura no período de 2003 a 2012. Rev Interd., [S.l.], v.7, n.1, p.193-203, 2014.
- ✓ ROCHA, B. C. C. et al. Cobertura vacinal e fatores associados em puérperas de município paulista. Ciência & Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v.21, n.7, p.2287-2292, 2016. DOI: 10.1590/1413-81232015217.16862015.

Aplicando os conhecimentos

A prevenção do tétano neonatal e a proteção da gestante é obtida através da imunização com a vacina dupla tipo adulto (dT), de acordo com um esquema padronizado. Sobre esse esquema vacinal, é **CORRETO** afirmar que:

- a) Gestante não vacinada ou com passado vacinal ignorado deverá receber apenas uma dose de dTpa a partir da 20ª semana gestacional.
- b) Para a gestante que apresenta esquema vacinal incompleto (1 ou 2 doses), é recomendado que seja completado o esquema com dT, apenas.
- c) Para a gestante com esquema vacinal completo, imunizada há menos de 5 anos, deve ser aplicada uma dose de dTpa habitual.
- d) A gestante no sexto mês de gravidez com esquema vacinal incompleto não deve iniciar o esquema vacinal, já que é recomendado um intervalo de oito semanas entre as doses e o restante do período gestacional não permite administrar as três doses.



Fonte: Canva institucional PRO, 2024.



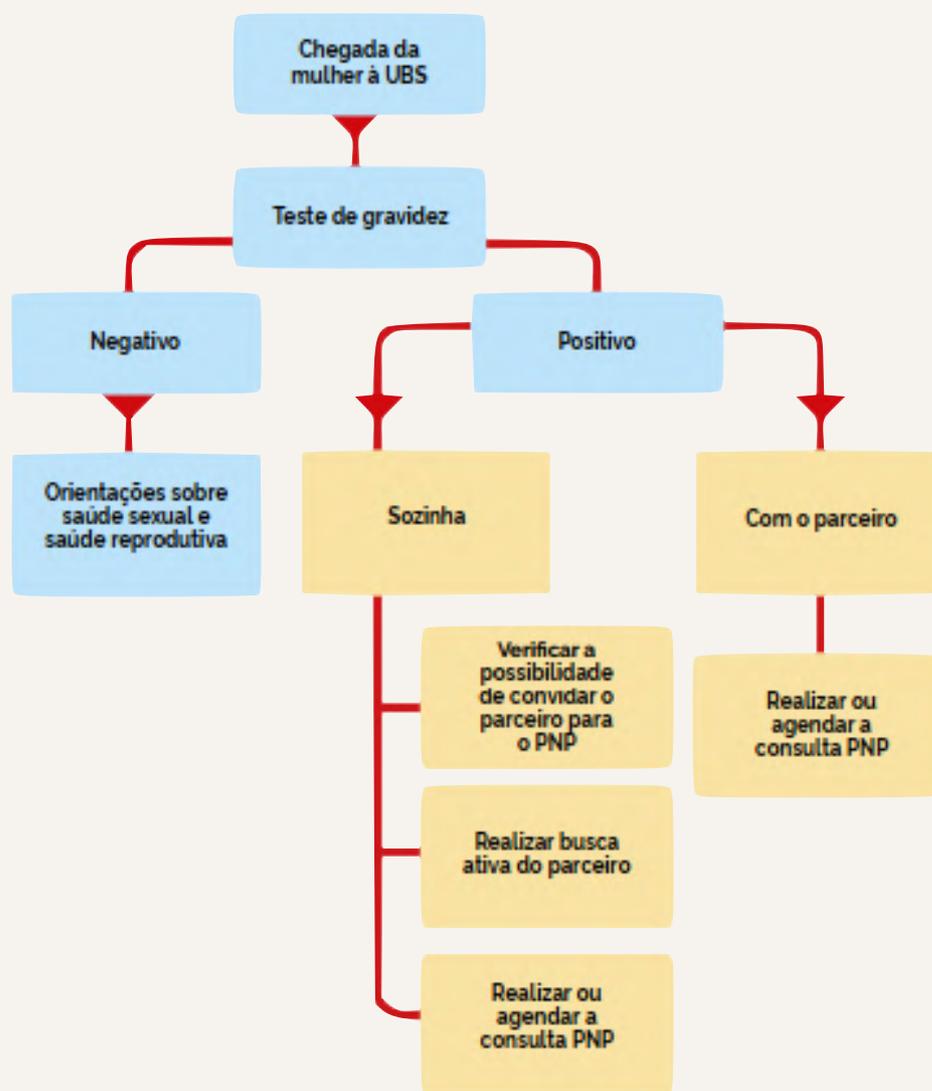
PRÉ-NATAL DO PARCEIRO

**Arlane Silva Carvalho Chaves
Layane Mota de Souza de Jesus
Jhonata Gabriel Moura Silva
Wilza Carla Spiri**

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) tem como principal propósito a facilitação e ampliação do acesso de qualidade da população masculina, com idades compreendidas entre 20 e 59 anos, aos serviços e às ações abrangentes de assistência à saúde disponíveis na Rede SUS. A política insere a temática da paternidade e do cuidado, através da implementação do conceito de Pré-Natal do Parceiro, que é inserido nas discussões e práticas voltadas ao planejamento reprodutivo. Essa abordagem é considerada fundamental para melhoria da atenção à gestação, ao parto e ao nascimento (Coelho *et al.*, 2018).

O Pré-Natal do Parceiro propõe-se a ser uma das principais 'portas de entrada' aos serviços ofertados pela Atenção Básica em Saúde a esta população, ao enfatizar ações orientadas à prevenção, à promoção, ao autocuidado e à adoção de estilos de vida mais saudáveis (Herrmann, 2016). Veja o fluxo de introdução ao pré-natal da gestante e do parceiro (Figura 22).

Figura 21 - Fluxo de introdução ao pré-natal da gestante e do parceiro



Fonte: Brasil, 2023.

Após a confirmação da gravidez, em consulta médica ou de enfermagem, inicia-se a participação do parceiro nas rotinas de acompanhamento da gestante, em cinco passos.

- ✓ 1º passo: acolhimento e incentivo à participação nas consultas de pré-natal e atividades educativas;
- ✓ 2º Passo: solicitar os testes rápidos, exames de rotina e realizar aconselhamento.

O aconselhamento nas Unidades Básicas de Saúde: aprimora as práticas em saúde, favorece a atenção integral e contribui para que o indivíduo participe ativamente do processo de promoção da saúde, da prevenção e do tratamento principalmente das IST, HIV/Aids e das hepatites virais.

Acerca dos exames dos exames e procedimentos de rotina, sugerem-se:

1. Anamnese e exame físico;
2. Tipagem sanguínea e Fator RH (no caso da mulher ter RH negativo);
3. Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da Hepatite B (HBsAg);
4. Teste treponêmico e/ou não treponêmico para detecção de Sífilis por meio de tecnologia convencional ou rápida;
5. Pesquisa de Anticorpos anti-HIV;
6. Pesquisa de anticorpos do vírus da Hepatite C (anti-HCV);
7. Em caso de sintomas presentes, testagem para Covid-19;
8. Hemograma;
9. Lipidograma: dosagem de colesterol total, HDL e triglicerídeos;
10. Dosagem de glicemia de jejum;
11. Eletroforese da hemoglobina (para detecção da doença falciforme);
12. Aferição de Pressão Arterial;
13. Verificação de Peso e altura para cálculo de IMC (índice de massa corporal).
 - ✓ 3º passo: ofertar vacinação ao pai/parceiro, conforme a situação vacinal avaliada;
 - ✓ 4º passo: promover educação em saúde, sobre hábitos saudáveis, importância do envolvimento no pré-natal e cuidados com a mãe e o bebê, autocuidado etc.;
 - ✓ 5º passo: esclarecer acerca dos direitos da mulher a um acompanhante no pré-parto, parto e puerpério, e incentivar a participação dele nesse momento.

A caderneta da gestante conta com campo específico, em que devem ser registrados os resultados de exames e dados vacinais do parceiro (Figura 23).

Figura 22 - Campo para anotações na caderneta da gestante, referentes aos registros do acompanhamento pré-natal do parceiro, Caderneta da Gestante. Ministério da Saúde, 2022

O PRÉ-NATAL DO PARCEIRO

Tem como objetivo preparar o homem para a paternidade ativa e consciente, assim como detectar precocemente doenças, atualizar a carteira vacinal e incentivar a participação em atividades educativas nos serviços de saúde.

A gestação é um momento importante tanto para a mulher quanto para o homem. São emoções intensas que se misturam, e você pode contar com sua equipe de saúde. Nas Unidades Básicas de Saúde do SUS, os homens também têm o direito de cuidar de si ao mesmo tempo em que acompanham suas parceiras. Essa estratégia se chama Pré-Natal do Parceiro.

Converse e apoie a sua parceira! Fale com ela sobre seus sentimentos, emoções e sobre o que vocês esperam desta nova vida!

Troque ideias com outros pais que já viveram essa experiência e aproveite esse momento para se cuidar também!

Afinal, seu bebê precisa de você saudável!

Nome:

Como gosta de ser chamado:

Instrução: Instrução: Pressão arterial:

Peso: IMC: Índice de massa corporal < 15 anos > 35 anos

Altura/cm:

Antecedentes familiares:

	Não	Sim
Diabetes	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hipertensão arterial	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Gemelar:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Outros:	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Exames	Data	Resultado
ABO-RH	/ /	
Glicemia em jejum	/ /	
Sífilis (teste rápido)	/ /	
VDR	/ /	
HIV/Anti-HIV (teste rápido)	/ /	
Hepatite C	/ /	
Hepatite B-HBsAg	/ /	
Hemograma	/ /	
Outros	/ /	
Outros	/ /	
Outros	/ /	

Vacina Antitetânica

Sem informação de imunização

Imunizado há menos de 10 anos

Imunizado há mais de 10 anos

Informe:

Hepatite B Imunizado

Informe:

Informe:

Febre amarela Data / /

Fonte: Caderneta da Gestante, Ministério da Saúde, 2022.

O pré-natal do parceiro desempenha papel crucial na saúde da gestante, do bebê e na coesão da família. A compreensão dos benefícios do envolvimento do parceiro no pré-natal está se expandindo, logo, promover o papel ativo do parceiro no processo de pré-natal, não apenas melhora os resultados de saúde, como também fortalece o relacionamento do casal, preparando-os para a jornada da parentalidade de forma mais saudável e informada. Portanto, incentivar o pré-natal do parceiro deve ser parte integrante da assistência à saúde reprodutiva e do planejamento familiar (Brasil, 2023).

LEITURA COMPLEMENTAR

- ✓ BRAIDE, A.S.G. et al. Sou homem e pai sim! (Re)construindo a identidade masculina a partir da participação no parto. Rev Panam Salud Publica, [S.l.], v.42, p.e190, 2018. DOI: 10.26633/RPSP.2018.190.
- ✓ HERRMANN, A. (org.). Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016.



APLICANDO OS CONHECIMENTOS

Arlane Silva Carvalho Chaves
Sílvia Ferreira Costa
Rodrigo Jensen
Wilza Carla Spiri

Os casos apresentados neste capítulo são fictícios e foram elaborados pelos autores, para que os alunos possam utilizá-los no treino de habilidades comunicacionais e clínicas e em simulações de atendimento pré-natal.

Observações:

- Sugere-se que as datas de DUM possam ser ajustadas, segundo a data em que estiver realizando a simulação;
- Por se tratar de casos simples e para estudo, algumas informações foram suprimidas, para que você, estudante, possa ser instigado a pensar clinicamente;
- Partindo do pressuposto de que as pacientes nem sempre comunicam todas as informações, você deverá usar habilidades comunicacionais, conhecimentos teóricos e raciocínio clínico, para investigar e coletar as informações necessárias ao APN;
- Fique atento, pois, em cada caso, há condições e queixas peculiares a serem investigadas.

Casos simples para treino de habilidades

CASO 1

Gestante MAP, 29 anos, casada, comparece à UBS para segunda consulta de pré-natal, trazendo exames. Segunda gestação, um aborto. DUM 20/04/-----, teve anemia na gravidez anterior, antecedentes familiares: hipertensão e diabetes na família. Vacinada com influenza e 1 dose de dt. E 2 doses de hepatite. É sedentária (deseja fazer exercício físico), não fumante. Peso 61 kg, Alt. 1,60. PA 120x70 mmHg.

CASO 2

Gestante ACB, comparece à UBS para primeira consulta de pré-natal, refere dor de dente. Trouxe exame beta HCG+, DUM 17/07/-----. Nega hipertensão e diabetes na família, esposo tem fator RH-. Histórico vacinal comprovado completo. Faz atividade física diariamente. Não fumante, faz uso de álcool socialmente. Peso 70 kg, Alt. 1,75. PA: 110x60 mmHg.

CASO 3

Gestante DFN, 21 anos, solteira, gravidez não planejada. Comparece à UBS para primeiro atendimento de pré-natal, refere amenorreia, enjoos, náuseas pela manhã e vertigem, corrimento de cor branca e dor pélvica. DUM ignorada (lembra que foi final do mês de ---- de ----). Refere já ter tido 1 aborto. É fumante (6 cigarros por dia). Não etilista. Histórico vacinal desconhecido. Nega hipertensão na família, porém tem de diabetes (avó materna). Peso: 52 kg, Altura: 1,60m. PA: 100x60 mmHg.

CASO 4

D.C.G, 38 anos, GEST. 05, P 03, A 1, DUM: 28/03/____; DPP: _____ IG: _____ comparece à unidade para 3ª consulta de pré-natal. Trouxe exames. Relata que já fez uso de medidas caseiras (evitar escovar perto das refeições, comer biscoitos do tipo crem craker pela manhã antes de escovar) para aliviar os enjoos, mas, não obteve êxito. Não relatou nenhuma patologia relevante na infância, já realizou cirurgia pélvica (ooforectomia direita). Vacinação incompleta, sendo DT há mais de 5 anos (3 doses de DT e 2 doses de Hepatite B). Avó materna era diabética. Alimentação rica em frutas e verduras e pouco sal, ingere refrigerante e bebe pouca água. Ao exame físico: higiene preservada, vestimenta inadequada (shorts jeans apertado), couro cabeludo íntegro, pele ressecada, mucosas hipocoradas, sem edemas. SSVV: PA – 110 x 65 mmHg, Tax: 35 °C, Peso – 64 Kg, Est. – 1,58. IMC - _____.

CASO 5

O caso a seguir trata de uma situação problema de uma paciente fictícia. Por meio deste, o estudante poderá **analisar a estratificação de risco** e avaliar outras condições clínicas expressas no caso, para traçar os cuidados e as condutas necessárias ao atendimento da paciente.

O caso da Sra. Joana

Joana Pereira de Sousa, idade ____ anos, (DN: 20/01/2002) solteira, ensino fundamental incompleto, trabalha como revendedora de cosméticos, residente do município de Coquinhos, comparece à Unidade Básica de Saúde Santa Cruz para iniciar o pré-natal. Data da consulta (31/03/2024): Relata DUM em 12 de _____ de 20____, IG: 15 semanas e 4 dias, G1P0A0, PA: 110/80mmHg, altura: 1,65 m, peso: 88,7 kg, IMC: 32,6kg/m².

Após avaliação completa, o enfermeiro Pablo preencheu a caderneta da gestante, solicitou os exames complementares (Hemograma; Glicemia de jejum; Toxoplasmose IgM e IgG; Exame de urina e Ultrassonografia), prescreveu sulfato ferroso (40mg de ferro elementar/dia) e ácido fólico (5mg/dia) e agendou retorno.

Ao retornar para segunda consulta de pré-natal, um mês depois, apresentou PA: 120/80mmHg, peso: 96,7kg, trouxe os resultados de exames solicitados na

primeira consulta, relata insegurança em relação à gravidez, pois não foi planejada, e afirma muitas dúvidas, principalmente, em relação às alterações corporais. Hemograma: Hb 10,2g/dL; Ht 32%. Glicemia de jejum: 80 mg/dL. Exame de urina: sem alterações. Ultrassonografia: sem alterações.

Ações:

1. Analise e discuta o caso com os colegas e elenque as informações mais relevantes para responder:

Qual a estratificação de risco de J. P. C. S. na segunda consulta e qual a conduta a ser tomada?

Tópicos para condução do caso

- ✓ Estratificação de risco: **gestante de risco habitual com necessidade de maior vigilância;**
- ✓ Critérios da estratificação: estado nutricional, nuliparidade e anemia leve;
- ✓ Calcular a IG da segunda consulta: _____;
- ✓ Calcular IMC da segunda consulta: $96,7/1,65^2 =$;
- ✓ Discutir sobre o estado nutricional e o sobrepeso desde a primeira consulta;
- ✓ Discutir sobre a não realização do exame de toxoplasmose (compreender contexto);
- ✓ Discutir gravidez não planejada e dúvidas sobre as alterações corporais;
- ✓ Tratar anemia leve: 120-240mg Ferro elementar/dia, investigar parasitose e, se necessário, solicitar exame parasitológico de fezes.

2. Elenque as ações educativas pertinentes, segundo as fragilidades percebidas: importância do pré-natal, estado nutricional, medos e anseios relacionadas à gestação etc.

Acesse um e-book acerca das principais atividades educativas no Pré-Natal!

- ✓ CHAVES, A.S. (org.). **Assistência ao pré-natal:** orientações básicas à gestante . Iguatu, CE: Quipá Editora, 2023. DOI:10.36599/qped-978-65-5376-193-3.

SAIBA MAIS!

Acesse os links para ter acesso a modelos de instrumentos de Classificação de Risco Gestacional:

- ✓ Instrumento de Classificação de Risco Gestacional, disponível em:
<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/atencao-basica/manuais-e-publicacoes-ab-aps/20141-instrumento-de-estratificacao-de-risco-gestacional/file>
- ✓ Formulário de estratificação de risco gestacional, do estado do Maranhão, disponível em:
<https://www.saude.ma.gov.br/docsmm/downloads/estratificacao-risco-gestante.pdf>

REFERÊNCIAS

INTRODUÇÃO

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico]. 1. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestão de alto risco** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf.

LEITE, M. G. et al. Sentimentos advindos da maternidade: revelações de um grupo de gestantes. **Psicologia em estudo**, São Paulo, v. 19, p. 115-124, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/pe/a/NYr55pvwCyswPWh9Xh8NNWS/?lang=pt>. Acesso em: 26 jun. 2024.

MARIO, D. et al. Qualidade do Pré-Natal no Brasil: pesquisa nacional de saúde 2013. **Ciência e Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n.3, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.13122017>. Acesso em: 29 maio 2024.

TILL, S. R.; EVERETTS, D.; HAAS, D. M. Incentives for increasing prenatal care use by women in order to improve maternal and neonatal outcomes. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S. l.], v. 2015, n. 12, 2015. DOI: <https://doi.org/10.1002/14651858.CD009916.pub2>

CAPÍTULO 1

BATE, P.; ROBERT, G.. Experience-based design: From redesigning the system around the patient to co-designing services with the patient. **Quality and Safety in Health Care**, [S. l.], v. 15, n. 5, p. 307–310, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico]. 1. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

CHAVES, A. S. C. C. *et al.* (org.). Assistência ao pré-natal : orientações básicas à gestante . Iguatu, CE: Quipá Editora, 2023. DOI:10.36599/qped-978-65-5376-193-3.

GIRARDI, T. F.; OLIEVIRA, B. F. Design em serviços de saúde: a jornada do paciente. *In*: MARCAVISUAL (org.). Porto Alegre: [s. n.], 2021. p. 1–23.

SBIBAE. **Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde da Mulher na Gestaçao, Parto e Puerpério**. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.

TRIGUEIRO, T. H. *et al.* The Use of the Birth Plan By Pregnant Women in Prenatal Care: a Scoping Review. **Reme: Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte , v. 25, e-1391, 2021. Disponível em: DOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20210039>.

CAPÍTULO 2

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico]. 1. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. **Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia_2017.pdf. Acesso em: 10 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 10 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BUCKER, L. C. G. *et al.* Comunicação Acessível na Relação Médico-Paciente Durante a Anam. **REINPEC**, [S. l.], v. 4, n. 1, p. 133–142, 2018. Disponível em: <http://reinpec.cc/index.php/reinpec/article/view/191/153>. Acesso em: 10 jun. 2023.

CAMARGOS, L. F. *et al.* Avaliação da qualidade dos registros de cartões de pré-natal de mulheres urbanas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 1, p. 1–9, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0166>. Acesso em: 10 maio 2024.

CARDOSO, A. C. P. *et al.* Os registros de pré-natal sob a perspectiva dos enfermeiros de unidades básicas de saúde. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, [S. l.], v. 23, n. 10, p. e13192, 2023.

CASTELO BRANCO, J. S. M. *et al.* A importância do plano de parto para autonomia da parturiente. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 7, p. e43911730102, 2022.

CATARINO, K. F. F. *et al.* Como fazer uma correta prescrição medicamentosa e quais os importantes cuidados?. **Revista Fluminense de Odontologia**, [S. l.], n. 55, p. 108–120, 2020.

FAVERO, M. L. D. C. *et al.* Sífilis congênita e gestacional: notificação e assistência pré-natal. **Arquivos de Ciências da Saúde**, [S. l.], v. 26, n. 1, p. 2, 2019. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046031/artigo1.pdf>. Acesso em: 10 jun. 2023.

GONZALEZ, T. N.; CESAR, J. A. Acquisition and completion of pregnant woman's medical booklet in four populational-based surveys. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, [S. l.], v. 19, n. 2, p. 375–382, 2019.
MADRUGADA, C. M. D. **Manual de orientações básicas para prescrição médica**. 2. ed. rev. ampl. Brasília: CRM-PB/CFM, 2011.

MEDEIROS, R. M. K. *et al.* Repercussões da utilização do plano de parto no processo de parturição. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, Porto Alegre, v. 40, n. 7, p. e43911730102, 2019. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/30102>. Acesso em: 10 jun. 2023.

MEZZALIRA, D. P. *et al.* A humanização na educação médica no Brasil. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 1, p. e57711125337, 2022.

NAHSAN, J.L. Q.; MAGALHÃES, F. C. Vínculo entre gestante e equipe no pré-natal: um estudo fenomenológico. **NUFEN: Phenomenology and Interdisciplinarity**, [S. l.], v. 15, n. 2, p. 75–87, 2023. Disponível em: <https://submission-pepsic.scielo.br/index.php/nufen/article/view/24443>. Acesso em: 10 jun. 2023.

OLIVEIRA, A. E. G.; CURY, V. E. a Experiência De Pacientes Assistidos Por Um Serviço De Atenção Domiciliar (Sad). **Psicologia em Estudo**, São Paulo, v. 25, p. 1–15, 2020.

PEIXOTO, S. **Manual de Assistência Pré-Natal**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014.

SANTOS, F. S. Resende *et al.* Meanings of the childbirth plan for women that participated in the Meanings of Childbirth Exhibit. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 35, n. 6, p. 1–11, 2019.

SUÁREZ-CORTÉS, M.; ARMERO-BARRANCO, D.; CANTERAS-JORDANA, M.; MARTÍNEZ-ROCHE, M. E. Uso e influência de los planes de parto y nacimiento en el proceso de parto humanizado. **Rev Latino Americana Enferm.**, São Paulo, v.23, p.520-526, 2015. DOI: 10.1590/0104-1169.0067.2583.

SBIBAE. **Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde da Mulher na Gestaçã, Parto e Puerpério**. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.

TRIGUEIRO, T. H. *et al.* The Use of the Birth Plan By Pregnant Women in Prenatal Care: a Scoping Review. **Reme: Rev. Min. Enferm.**, Belo Horizonte, v. 25, e-1391, 2021. DDOI: <http://dx.doi.org/10.5935/1415.2762.20210039>.

CAPÍTULO 3

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva, Núcleo Técnico da Política Nacional de Humanização **Política Nacional de Humanização**.. Brasília: Ministério da Saúde, 2003.

BRASIL. **Manual de Acolhimento e Classificação de Risco Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_acolhimento_classificacao_risco_obstetricia_2017.pdf. Acesso em: 10 jun. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestaçã de alto risco** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 10 jun. 2023.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de

Planejamento em Saúde. **Instrumento de Estratificação de Risco Gestacional**. 2. ed. Florianópolis: Diretoria de Atenção Primária à Saúde, 2022.

MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. **Assistência ao pré-natal no Maranhão**: modelo de estratificação e linha de cuidado da gestante [recurso eletrônico]. Disponível em: https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/06/1372526/manual-virtual_linha-cuidado-prenatal_dasmu-espma.pdf. Acesso em: 10 jun. 2023.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família**. 1. ed. Brasília: [s. n.], 2012. E-book. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_condicoes_atencao_primaria_saude.pdf. Acesso em: 10 jun. 2023.

PEIXOTO, S. **Manual de assistência pré-natal** /. 2. ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014.

SERAFIM, R. C. *et al.* System for reception and risk classification in obstetrics technical quality assessment. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, [s. l.], v. 28, p. 1–8, 2020. Acesso em: 10 de agosto de 2023. Disponível em: doi: 10.1590/1518-8345.3327.3330.

CAPÍTULO 4

ALBA, L. (org.). **Anamnese e Exame Físico**: avaliação diagnóstica de enfermagem no adulto. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2021.

BONILHA, E.A. *et al.* Gestational age: comparing estimation methods and live births' profile. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, [S. l.], v. 26, p. 1–8, 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestão de alto risco** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 10 jun. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderneta da gestante**. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderneta_gestante_8ed.pdf. Acesso em: 10 jun. 2023.

CORRÊA, M. D.; MELO, V. H.; AGUIAR, R. A. L.P.; CORRÊA-JÚNIOR, M. D. **Noções Práticas de Obstetrícia**. Belo Horizonte: Ed: Coopmed. 2011.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Tratado de Obstetrícia Febrasgo**. 1. ed. Rio de Janeiro: Elsevier, 2019.

MARANHÃO. Secretaria de Estado da Saúde. **Assistência ao pré-natal no Maranhão**: modelo de estratificação e linha de cuidado da gestante [recurso eletrônico]. Organização Mundial da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2022/06/1372526/manual->

virtual_linha-cuidado-prenatal_dasmu-espma.pdf. Acesso em: 10 jun. 2023.

PEIXOTO, S. **Manual de assistência pré-natal**. 2. ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014.

PEREIRA, A. P. E.; LEAL, M. C.; GAMA, S. G. N.. Determinação da idade gestacional com base em informações do estudo Nascer no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, [S. l.], v. 30, n. suppl 1, p. S59–S70, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300014&lng=pt&tlng=pt. Acesso em: 3 nov. 2023.

REZENDE, M.; BARBOSA, C. A. **Obstetrícia Fundamental**. 13. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

POTTER, P.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018. (Adaptado à realidade brasileira).

POTTER, P.; PERRY, A.G. **Fundamentos de enfermagem**. 9. ed. Rio de Janeiro:, 2021.

PORTO, C. C. **Semiologia médica** / 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

ZUGAIB, M. Z. **Obstetrícia**. 3. ed. Barueri, São Paulo: Manole, 2016.

CAPÍTULO 5

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** [recurso eletrônico]. 1. ed. rev. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

BRASIL. Programa Nacional de Suplementação de Ferro. **Manual de Condutas Gerais**. 1. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b. v. 1 E-book. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/programa-nacional-de-suplementacao-de-ferro-manual-de-condutas-gerais/>. Acesso em: 10 jun. 2023.

PEIXOTO, S. **Manual de assistência pré-natal**. 2. ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014.

SBIBAE. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. **Nota Técnica para Organização da rede de atenção à saúde com foco na Atenção Primária Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério**. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.

SBIM. Sociedade Brasileira de Imunizações. **Calendário de Vacinação da Gestante**. [S. l.: s. n.], 2023. Disponível em: <https://sbim.org.br/covid-19/78-perguntas-e-respostas-sobre-as-vacinas/recomendacoes-para->. Acesso em: 10 jun. 2023.

WHO. **Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez**. Organização Mundial da Saúde, [S. l.], v. 1, p. 1–10, 2016. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf;jsessionid=DC4E449D7D2B65270A0CF5206707F720?sequence=2>. Acesso em: 10 jun. 2023.

CAPÍTULO 6

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de saúde** [recurso eletrônico]. Brasília: Ministério da Saúde, 2023. E-book. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal_profissionais_saude.pdf. Acesso em: 10 jun. 2023.

COELHO, E. B. S. *et al.* **Política nacional de atenção integral a saúde do homem** [recurso eletrônico]. Florianópolis: [s. n.], 2018. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_atencao_integral_saude_homem.pdf. Acesso em: 10 jun. 2023.

HERRMANN, A. (org.). **Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de Saúde**. Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 2016.

BRAIDE, A.S.G. et al. Sou homem e pai sim! (Re)construindo a identidade masculina a partir da participação no parto. **Rev Panam Salud Publica**, [S.l.], v.42, p.e190, 2018. Portuguese. DOI: 10.26633/RPSP.2018.190.

Realizado o Depósito legal na Biblioteca Nacional conforme a Lei nº 10.994, de 14 de dezembro de 2004.

TÍTULO	GUIA TEÓRICO PARA ATENDIMENTO DA GESTANTE E PROMOÇÃO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO
ORGANIZAÇÃO	Arlane Silva Carvalho Chaves, Layane Mota de Souza de Jesus, Rodrigo Jensen e Wilza Carla Spiri (Orgs)
PROJETO GRÁFICO, DIAGRAMAÇÃO, CAPA E ILUSTRAÇÃO	Ana Silvia Sartori Barraviera Seabra Ferreira e Arlane Silva Carvalho Chaves
IMAGEM DA CAPA	Ana Silvia Sartori Barraviera Seabra Ferreira. Imagens desenvolvidas utilizando recursos do <i>Canva</i> institucional para acervo da pesquisa do aplicativo móvel e-Gest (link: https://app.vc/e_gest). As imagens foram desenvolvidas por meio do software online Canva (www.canva.com.br) e, quando necessário, foram inseridas imagens do repositório virtual Freepik (www.freepik.com).
LOGOMARCA	FERREIRA, Ana Silvia Sartori Barraviera Seabra. Aplicativo móvel “ e-Gest ”.
PÁGINAS	98
TIPOGRAFIA	Arial CORPO e Arial TÍTULOS

