

DIRECÇÃO-GERAL DA SAÚDE
DIVISÃO DE SAÚDE MATERNA E PLANEAMENTO FAMILIAR

VIGILÂNCIA PRÉ-NATAL E REVISÃO DO PUERPÉRIO

2.ª Edição Revista

LISBOA
ABRIL 1993

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna e Planeamento Familiar

Vigilância pré-natal e revisão do puerpério/Direcção-Geral da Saúde. Divisão de Saúde Materna e Planeamento Familiar. — 2.ª ed. revista. — Lisboa: Direcção-Geral da Saúde, 1993. — 10 p. (orientações técnicas; 2)

Saúde materno-infantil/Gravidez/Cuidado pré-natal/Cuidado pós-natal/Puerpério

Editor

Direcção-Geral da Saúde
Alameda D. Afonso Henriques, 45
1056 Lisboa Codex

Capa e arranjo gráfico

Leonor Perry

Composição e impressão

Printipo — Ind. Gráficas, Lda.

Tiragem

15 000 exemplares

Depósito legal

66 283/93

ISBN 972-9425-32-9

ISSN 0871-2786

Abril 1993

introdução

A redução da morbilidade e mortalidade materna e perinatal depende essencialmente dos cuidados de saúde prestados à grávida e ao recém-nascido.

É durante a gravidez e o parto que se decide muito da qualidade do futuro desenvolvimento intelectual e físico da criança.

A consulta pré-natal tem como objectivos:

- Avaliar o bem-estar materno e fetal através de parâmetros clínicos e laboratoriais criteriosos.
- Detectar precocemente factores de risco que possam afectar a evolução da gravidez e o bem-estar do feto e orientar correctamente cada situação.
- Promover a educação para a saúde, integrando o aconselhamento e o apoio psicossocial ao longo da vigilância periódica da gravidez.

A finalidade deste documento é fornecer, ao pessoal de saúde dos Centros de Saúde, as orientações técnicas indispensáveis para se conseguir um impacto positivo na qualidade da Saúde Materna e Fetal.

vigilância pré-natal

PERIODICIDADE

O esquema habitualmente recomendado prevê uma consulta mensal até às 36 semanas de gravidez, seguida de consulta quinzenal até ao parto, num total de cerca de 10 consultas.

No entanto, alguns condicionalismos relativos a cada Centro de Saúde po-

dem obrigar a reduzir esse número de consultas para um mínimo de 6.

Na gravidez existem períodos fundamentais para avaliar o bem-estar materno e fetal. Neste contexto a orientação da vigilância deve obedecer ao esquema a seguir indicado, relativo às semanas de gravidez e aos elementos a colher e a avaliar.

ESQUEMA DE VIGILÂNCIA NA GRAVIDEZ

SEMANAS DE GRAVIDEZ	ACTIVIDADES (Elementos a recolher e a avaliar)
8 a 12 semanas	<ul style="list-style-type: none">História clínica e factores de riscoExame físico com exame ginecológico e da mamaEstimativa da idade gestacionalAuscultação do foco fetal com Doppler às 10-12 semanasPedido dos exames laboratoriaisInício do preenchimento do Boletim de Saúde da GrávidaInformação sobre a necessidade do registo, pela grávida, da data dos 1.ºs movimentos fetaisInformação alimentar e de saúde
18 a 22 semanas	<ul style="list-style-type: none">Confirmação do tempo de gestação (às 20 semanas o fundo uterino fica, aproximadamente, ao nível do umbigo)Auscultação do foco fetalRegisto dos 1.ºs movimentos fetais sentidos pela grávidaAvaliação dos exames pedidosEcografia obstétrica
28 a 32 semanas	<ul style="list-style-type: none">Continuação da vigilância do bem-estar materno-fetalEvolução da TA, AU, peso, movimentos fetais e focoRepetição de exames laboratoriais
36 a 40 semanas	<ul style="list-style-type: none">Orientação das grávidas para o registo dos movimentos fetaisAvaliação das condições para o partoInformação sobre contraceção e importância da consulta de revisão do puerpério

BOLETIM DE SAÚDE DA GRÁVIDA (BSG)

- Este documento é fundamental para a correcta orientação e vigilância da saúde materna e fetal, sendo ainda excelente meio de troca de informação entre os dois níveis prestadores de cuidados à grávida.
- O BSG deve ser preenchido e entregue à grávida na 1.ª consulta e actualizado nas consultas seguintes, após o parto e na consulta do puerpério.
- A utilização do BSG é obrigatória.

PROTOCOLO DOS EXAMES

PRIMEIRA CONSULTA

HISTÓRIA CLÍNICA

Numa primeira consulta será elaborada a história clínica, que incluirá:

— **Idade, estado, escolaridade, profissão**

Aceita-se que os grupos etários de < 17 anos e ≥ 35 anos representam grupos de risco na gravidez. A grávidas de 35 anos ou mais pedir amniocentese, a realizar às 12-16 semanas, para diagnóstico pré-natal.

A escolaridade e a profissão permitem avaliar o nível socioeconómico e cultural, bem como a capacidade para interpretar a informação recebida.

A grávida solteira apresenta também um maior risco social.

— **História menstrual e contraceção**

Interessa o registo dos ciclos espontâneos, quer na idade da menarca, quer em relação às datas menstruais recentes.

Fazer sempre referência ao último método contraceptivo utilizado e a data da sua interrupção.

— Antecedentes obstétricos

- Paridade: gestações, partos e abortos anteriores**

Utilizar o Índice reprodutivo de quatro entradas.

0	—	0	—	0	—	0
Partos de termo		Partos Pré-termo		Abortos ou Ectópica		Filhos vivos

Referir se os abortos foram espontâneos ou provocados, e suas complicações (hemorragia, infecção).

Registar o tipo de parto (eutócico, ventosa, forceps, cesariana); o estado do recém-nascido (índice de Apgar, peso ao nascer), o número de filhos falecidos e fetos mortos.

- Complicações em gravidezes anteriores**

Hipertensão induzida pela gravidez / pré-eclâmpsia / eclâmpsia
Diabetes na gravidez
Isoimunização Rh
Hemorragia por via vaginal
Infecções, etc.

- História de infertilidade.**

— Antecedentes pessoais

Patologia anterior, por exemplo: diabetes, hipertensão crónica, doença cardíaca, doença renal, infecções genito-urinárias de repetição, doença hepática, doença da tiroideia, alergias, sífilis, rubéola, cirurgia genital, situações sociais ou psíquicas particularmente graves.

Referir se há consumo habitual de medicamentos.

— Antecedentes familiares

Diabetes, hipertensão, doença genética, gemelaridade, doença psiquiátrica, etc.

— Gravidez actual

• Data da última menstruação

Especificar se ocorreu após contracepção hormonal.

• Data provável do parto

Calculada pela regra de Naegele, somando 7 dias ao 1.º dia da última menstruação e subtraindo 3 meses. Por exemplo: última menstruação — 13.10.91, data provável do parto — 20.7.92.

• Tempo de gestação actual

Em semanas, contando desde o 1.º dia da última menstruação.

• Investigar queixas habituais

Náuseas, vômitos, azia e obstipação.

• Avaliar a saúde mental da grávida e a sua receptividade à gravidez.

• Hábitos nocivos

Especificar o uso habitual e excessivo de medicamentos, álcool, tabaco e outras toxicodependências.

EXAME FÍSICO

• Altura, peso (antes da gravidez e actual), TA, auscultação cardíaca e pulmonar, exame dos membros inferiores.

• Exame ginecológico (relacionar o volume uterino e o tempo de amenorria) e exame da mama.

• Altura do fundo do útero.

• Auscultação dos batimentos cardíacos fetais.

EXAMES LABORATORIAIS

• Grupo sanguíneo e Rh.

Se a grávida é Rh negativo, pedir o grupo sanguíneo e Rh do marido e eventual T. Coombs indirecto.

• Taxa de hemoglobina e hematócrito.

• Glicémia em jejum.

Se glicémia ≥ 105 mg/dl, fará prova de sobrecarga com 50 gr de glicose.

Se o resultado desta prova for > 140 mg/dl, a grávida deverá fazer a dieta adequada e repetir a prova passadas 2 semanas. Se a glicémia continuar acima dos valores normais, pedir prova de tolerância à glicose oral de 3 horas (O' Sullivan). Verificando-se a existência de dois valores acima dos valores normais, referenciar a grávida.

• Creatinínemia e Uricémia.

• VDRL.

• Serologia de:

Sífilis Hepatite B
Rubéola SIDA (eventualmente)
Toxoplasmose.

• Urocultura

VACINAÇÃO ANTITETÂNICA

• De acordo com o Programa Nacional de Vacinação.

ECOGRAFIA

• Na gravidez de baixo risco será realizado um exame ecográfico entre as 16-20 semanas, com o objectivo de detectar malformações fetais.

AValiação DO GRAU DE RISCO

• Avaliar segundo o índice de Goodwin modificado, em todas as consultas, com especial atenção na 1.ª consulta e às 36 semanas de gravidez.

• Se a avaliação for médio ou alto risco, enviar a grávida a uma **consulta de referência**.

AValiação DO RISCO PRÉ-NATAL

(Goodwin modificado)

I	III
HISTÓRIA REPRODUTIVA	GRAVIDEZ ACTUAL
• IDADE	• HEMORRAGIA
≤ 17 e $\geq 40 = 3$	≤ 20 semanas = 1
18 — 29 = 0	> 20 semanas = 3
30 — 39 = 1	• ANEMIA (≤ 10 gr)
	= 1
• PARIDADE	• GRAVIDEZ PROLONGADA
0 = 1	$\geq (42$ semanas)
1 — 4 = 0	= 1
$\geq 5 = 3$	• HIPERTENSÃO = 2
	• ROTURA PREMATURA
HISTÓRIA OBSTÉTRICA ANTERIOR	DAS MEMBRANAS = 2
• ABORTO HABITUAL (≥ 3 consecutivos) = 1	• HIDRÂNNIOS = 2
• INFERTILIDADE = 1	• A C I U = 3
• HEMORRAGIA PÓS-PARTO/DEQUITADURA MANUAL = 1	(Atraso do crescimento
• R N ≥ 4000 gramas = 1	Intra-uterino)
• PRÉ-ECLÂMPSIA/ECLÂMPSIA = 1	• GRAVIDEZ MÚLTIPLA = 3
• CESARIANA ANTERIOR = 2	• APRES. PÉLVICA = 3
• FETO MORTO/MORTE NEO-NATAL = 3	• MÁ APRESENTAÇÃO = 3
• TRABALHO PARTO PROLONGADO OU DIFÍCIL = 1	• ISOIMUNIZAÇÃO Rh = 3
II	
PATOLOGIA ASSOCIADA	
• CIRURGIA GINECOLÓGICA ANTERIOR = 1	
• DOENÇA RENAL CRÓNICA = 2	
• DIABETES GESTACIONAL = 1	
• DIABETES MELLITUS = 3	
• DOENÇA CARDÍACA = 3	
• OUTRAS PERTURBAÇÕES CLÍNICAS (Bronquite crónica, Lúpus, etc.) = 3	
Índice de acordo com a gravidade (1 a 3)	

BAIXO RISCO — 0 — 2
MÉDIO RISCO — 3 — 6
ALTO RISCO — ≥ 7

O risco é determinado em função do somatório das diversas avaliações.

CONSULTAS SEGUINTES

Verificar *em todas as consultas*

- Peso e TA
- Altura uterina (relacionar com tempo de gestação)
- Foco fetal
- Movimentos fetais
- Existência de edema
- Proteinúria, glicosúria, cetonúria e bacteriúria.
 - Avaliar o bem-estar psíquico da grávida, o tipo de alimentação e o exercício físico.
 - Avaliar o gráfico de registo dos

movimentos fetais, efectuado pela grávida, a partir das 35 semanas.

REPETIÇÃO DOS EXAMES LABORATORIAIS

Repetir os exames laboratoriais, pedidos na primeira consulta, com excepção de:

- grupo sanguíneo e Rh;
- serologia da rubéola e toxoplasmose, caso haja imunidade.

O teste de Coombs indirecto (se houver incompatibilidade Rh) será repetido às 28 e às 36 semanas.

O teste da glicémia 1 h após 50 gr de glucose oral será pedido entre as 24 e 28 semanas.

No caso das mulheres em risco de contrair sífilis, hepatite e SIDA, os testes serão repetidos no 3.º trimestre.

EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE DURANTE O PERÍODO PRÉ-NATAL

- Importância da vigilância periódica.
- Regime alimentar: dieta equilibrada, polifracionada — seis refeições por dia — incluindo proteínas, hidratos de carbono de absorção lenta, gorduras e rica em fibras vegetais. O leite deverá ser consumido de meio a um litro por dia.
- Restrição do açúcar e abolição do álcool.
- Importância dos suplementos de ácido fólico e ferro, quando prescritos.
- Aumento de peso: o ganho de peso óptimo no final da gravidez é entre 10 a 15 kg. Um aumento de peso inferior a 7,5 kg numa gravidez de termo pode significar um atraso de crescimento intra-uterino. Excessivo aumento de peso, em relação a um peso inicial, pode indicar desequilíbrio alimentar qualitativo e/ou quantitativo. Um rápido aumento de peso, mais de 1,5 kg numa semana, provavelmente, indica retenção excessiva de líquidos, que deverá alertar para a possibilidade de se desenvolver um quadro de pré-eclâmpsia.
- Tabagismo: efeitos nocivos no feto e no recém-nascido.
- Medicamentos: risco para o feto e para o recém-nascido pelo uso de medicamentos não receitados pelo médico.
- Actividade física: equilíbrio entre a actividade física e períodos de repouso. Actividade física exagerada e más condições no trabalho profissional podem levar a parto pré-termo.
- Rede venosa aparente: uso de meias elásticas e elevação das pernas sempre que possível.
- Cinto de segurança das viaturas: o ramo inferior do cinto deve ser colocado por baixo do abdómen; o ramo superior que vai do ombro para o braço oposto deve ficar frouxo, não muito apertado.
- Relações sexuais: não há restrições desde que não existam contracções ou perdas hemáticas por via vaginal.
- Movimentos fetais: a diminuição dos movimentos fetais (10 movimentos ou menos em 12 horas — das 10 horas da manhã às 22 horas, por exemplo), ou ausência de movimentos fetais pode ser um sinal de alarme do bem-estar fetal. Orientação da grávida, no sentido de fazer a contagem dos movimentos fetais e o seu registo no BSG.
- Sinais de parto pré-termo:
 - contracções ou dores, com a duração de cerca de 30'', ocorrendo quatro ou mais vezes por hora;
 - sensação de estar no período pré-menstrual, isto é, de que está para vir a menstruação;
 - alterações no corrimento vaginal: em maior quantidade e com vestígios de sangue;
 - transtorno gastro-intestinal e/ou diarreia.
- Preparação para o parto hospitalar.
- Preparação para a amamentação.
- Motivação para o planeamento familiar.
- Necessidade da revisão do puerpério.
Procurar integrar na acção educativa outros membros da família e, particularmente, o marido.

revisão do puerpério

A consulta referente à revisão do puerpério (cerca de 6 semanas após o parto) deve incluir:

- Exame clínico e ginecológico.
- Exame da mama.
- Colpocitologia.
- Início da contracepção.

A marcação desta consulta deverá ser efectuada no final da vigilância pré-natal.

bibliografia

- William's Obstetrics, 17th ed. New York, Pritchard and Mc Donald, 1985.
- *Guidelines for perinatal care*. American Academy of Pediatrics and American College of Obstetricians and Gynecologists, 1983.
- *Manual of Obstetrics*. Kenneth Niswander, 1991.
- FURTNEY, J.; NORM, E. White — *The Development of an index of high risk pregnancy*. "Am. J. Obstet. Gynecol." 1, July 1982.
- HUISJES, Hendrik; BNEKENS, P.; REID, Margaret — *Antenatal Screening*. 1988.
- WHO — *Having a baby in Europe*. Copenhagen, World Health Organization, 1988 (Public Health In Europe 26).