

Saúde Materna: a importância da assistência pré-natal

Maternal Health: the importance of the antenatal attendance

Marcos Nascimento e Silva¹

Sylvio Costa Junior¹

Nádia Ferreira¹

Daiana Maria Nascimento¹

Julio César Soares Aragão²

Marcelo Genestra³

Artigo
Original

Original
Paper

Palavras-chaves:

Assistência
Pré-natal

Gestação

Saúde Materna

Resumo

Os autores realizaram uma revisão bibliográfica sobre a assistência pré-natal, com o intuito de avaliar e analisar os conceitos trabalhados na literatura. A assistência pré-natal é extremamente importante e deve ser iniciada tão logo seja suspeitada a gravidez e confirmado o seu diagnóstico. Especial atenção foi dedicada à anamnese obstétrica, ao exame físico e ao exame complementar. A atenção à mulher na gestação e ao parto permanece como um desafio para a assistência, tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto aos princípios filosóficos do cuidado, ainda centrado em um modelo baseado em medicações, voltado para o atendimento hospitalar.

Abstract

It was performed a revision about the antenatal attendance, with the aim to evaluate and to analyze its concepts. The antenatal attendance is extremely important and it should be initiated as soon as the pregnancy is suspected. Special attention to obstetric anamnesis was related, as well as to the physical and complementary exams. The attention to the pregnant and to the childbirth is still a challenge for the attendance, as concerning to quality itself as the philosophical concepts of care, which is still centered in a model based on medications and centered to hospital's attendance.

Key words:

Antenatal
Attendance

Gestation

Maternal Health

1. Introdução

A assistência pré-natal é extremamente importante e deve ser iniciada tão logo seja suspeitada a gravidez ou confirmado o seu diagnóstico. A visita ao obstetra promove melhor prognóstico da gestação e tem como objetivo, não só promover a saúde da grávida e do conceito do ponto de vista somático, mas também, conhecer os anseios e desejos da mulher em relação a própria gestação, ao seu parceiro e à maternidade, que está por vir (CORRÊA,1993).

Na consulta de pré-natal, a atenção dedicada às dúvidas e aos relatos é importante, uma vez que quanto mais qualidade tiver a

assistência, maior será a adesão das mulheres ao serviço e este é o caminho para a redução dos índices de mortalidade materna e perinatal.

A anamnese obstétrica - além de ser questionada sobre o seu estado atual, antecedentes pessoais e familiares, sua história fisiológica e hábitos sociais - deve ser fundamentada em relação ao antecedente obstétrico. No exame físico de uma gestante, deve-se realizar a biometria da paciente, isto é, pesar e medir sua altura, para cálculo de índice de massa corporal. O ganho ponderal deve ser avaliado visita a visita, classificando a mulher em função do seu peso ideal e

¹ Discentes do Curso de Pós-graduação em Saúde da Família/UniFOA

² Docente Curso de Medicina/UniFOA e do Curso de Pós-graduação em Saúde da Família/UniFOA

³ In Memoriam

sugerindo o ganho ponderal adequado durante toda a gravidez (FEBRASGO,2000).

A grávida ganha em média cerca de 12,5Kg em toda a gestação,esse ganho ponderal é atribuído ao útero, ao feto, à placenta, ao líquido amniótico, ao crescimento mamário, ao volume sanguíneo, ao líquido extravascular e às alterações metabólicas. O cálculo para o peso ideal para a gestante eutrófica: PESO atual + 7Kg, o peso ideal para gestantes desnutridas é: PESO atual + 9-13Kg, e para as gestantes obesas moderadas (IMC \leq 28) é: PESO atual + 7Kg (REZENDE,2008).

Os sinais vitais da paciente devem ser verificados desde a primeira consulta pré-natal, inspecionar mucosas, examinar o tórax e extremidades. No exame das mamas deve-se proceder à inspeção, observando a presença de sinais de presunção de gravidez, como hipertrofia das glândulas de Montgomery e atentando para a morfologia do complexo areolo-mamilar.

A manobra de Leopold-Zweifel (palpação abdominal) é recomendada a partir do segundo trimestre, através de quatro tempos (REZENDE,2008): Primeiro tempo- com o examinador ao lado direito da paciente e de frente para ela delimita-se o fundo de útero com as duas mãos encurvadas e observa-se o pólo fetal que o ocupa. Pode-se fazer o rechaço fetal.

Segundo tempo - visa determinar a posição fetal. Desliza-se as mãos do fundo em direção ao polo inferior para identificar o dorso fetal de um lado e os membros do outro. O diagnóstico da posição fetal auxilia na procura do foco de ausculta dos batimentos cardíacos do feto. Terceiro tempo- visa à exploração da mobilidade do polo que se relaciona com o estreito superior da pelve, ou seja, a sua apresentação. Procura-se apreender o polo entre o polegar com dedo indicador ou médio, imprimindo-lhe movimentos de lateralidade para verificar o grau de penetração da apresentação na bacia, comparando-o com o outro polo identificado no fundo uterino durante a primeira manobra. Quando a apresentação está alta e móvel, o polo da apresentação balança de um lado para o outro. Quarto tempo - com as costas do examinador voltadas para a paciente, coloca-se as mãos sobre as fossas ilíacas, caminhando em direção ao hipogastro, paralelamente à arcada crural e afastadas uma da outra, cerca

de 10cm. Com a ponta dos dedos, procuramos penetrar na pelve, abarcando o polo que aí se encontra, com o objetivo de averiguar o grau de penetração do concepto no estreito superior da bacia. A entrada dos dedos depende do grau de insinuação do pólo fetal apresentado.

a) Primeiro tempo



b) Segundo tempo



c) Terceiro tempo



d) Quarto tempo



No início da gestação, o útero é ainda um órgão intrapélvico. A partir de 10-12 semanas de gravidez, o útero começa a ser palpado acima da sínfise púbica; com aproximadamente 16 semanas, encontra-se a meio caminho entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical e com 20 semanas, ao nível desta.

A partir daí, a medida do fundo uterino se correlaciona bem com a idade gestacional. Um centímetro corresponde aproximadamente uma semana. Para a medida da altura do fundo uterino, utiliza-se uma fita métrica, fixando seu marco zero na borda superior da sínfise

púbica estendendo-a ao longo do maior eixo uterino e, com a mão esquerda, que delimita o fundo, apreende-se a fita métrica, verificando o comprimento obtido. Podemos também colocar uma ponta da fita métrica na região pubiana e esticar a fita ao longo do eixo uterino, com a fita entre o dedo indicador e médio onde vamos ter um acréscimo de 1,5cm em relação ao método anterior.

As bulhas cardíacas fetais são audíveis a partir de 10-12 semanas com o sonar-doppler e, a partir de 20 semanas, com o estetoscópio de Pinard. O toque pode ser realizado próximo termo para avaliar clinicamente a bacia, a insinuação da apresentação fetal e as características do colo uterino.

Os exames complementares a serem solicitados incluem hemograma completo, glicemia de jejum, reação sorológica para sífilis (VDRL), tipagem sanguínea e fator Rh, oferecer testagem para HIV, urina tipo 1 e urocultura, parasitológico de fezes. As sorologias para HIV e sífilis devem ser solicitadas na primeira consulta e repetidas no terceiro trimestre, pois há risco de infecção durante a gestação e os casos positivos poderão receber quimioprofilaxia antirretroviral para prevenção de transmissão vertical e tratamento adequado (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004).

Durante a realização do pré-natal, são necessárias pelo menos seis consultas, com direito a acompanhante e cartão da gestante. Em toda consulta, deve ser aferido peso, pressão arterial (PA), fundo de útero e batimento cardíaco fetal (BCF), quando já estiver audível.

É preconizado o número de quatro exames ultrassonográficos durante a gravidez. Deve ser realizado o primeiro exame no início da gestação com o objetivo de datar a gestação, identificar gemelar, verificar prenhez ectópica e neoplasia trofoblástica gestacional, sendo realizado por via transvaginal. O segundo exame é feito com doze semanas, tendo como objetivo principal mostrar a transnucência nual, podendo ser realizado por via abdominal ou transvaginal. O terceiro exame é realizado com vinte semanas, com o objetivo de visualizar a morfologia fetal, realizado por via abdominal. O quarto exame é realizado com trinta semanas, com o objetivo de verificar vitalidade fetal, por via abdominal.

A pesquisa de toxoplasmose embora não seja rotineira, é de extrema importância.

A gravidade da infecção fetal reage de forma oposta, piorando o prognóstico quanto menor for a idade gestacional na época da infecção. Geralmente, a infecção materna é assintomática ou cursa com sintomas inespecíficos, como febre e aumento de gânglios (COUTO, 2002).

2. Discussão

Na gestação de baixo risco, as consultas devem ser agendadas mensalmente até 28 semanas, a cada duas semanas, até 36 semanas e, em seguida, semanalmente. Em cada consulta, o obstetra deverá seguir um protocolo, compreendendo: anamnese e exame físico geral, medidas do peso e aferição da pressão arterial, indagação sobre a percepção dos movimentos fetais (lembrar que isto só é possível após 18 semanas) determinação do fundo de útero e ausculta dos batimentos cardíacos fetais (PUCCINI, 2003).

Devemos determinar a apresentação fetal com 30 semanas e recomenda-se ainda a repetição do hematócrito, glicemia, sedimento urinário, urinocultura e sorologia para sífilis e HIV na primeira consulta e por volta da 30ª semana.

Sobre as questões de legislação da gestação, orientar a gestante sobre a licença-maternidade que pode ser solicitada a partir do oitavo mês (36 semanas) de gestação, tendo duração de 120 dias, a paciente tem direito a comparecer às consultas de pré-natal ou atendimentos de urgência, sem receber falta no trabalho, bastando para isso apresentar um termo de comparecimento ou atestado médico.

A avaliação antropométrica é necessária durante o pré-natal. O método rápido e simples que fornece essa avaliação é o índice de massa corpórea (IMC), obtido, dividindo-se o peso pré-gestacional (em kg) pelo quadrado da altura (em m²). Um valor acima de 25 caracteriza obesidade; entre 20 e 25, a gestante é considerada eutrófica, e abaixo de 20, desnutrida.

A desnutrição materna não parece aumentar o risco de morte fetal perinatal, nem de déficit intelectual. No entanto, há uma maior tendência a recém nascidos de baixo peso, enquanto as obesas têm maior risco de parir fetos macrosômicos. A dieta durante a gestação deve ser hiperproteica, normoglicídica

e hipolipídica (CUNNINGHAN *et al.*, 2004).

No período correspondente a 2ª semana antes da gestação até a 15ª semana de gestação, os defeitos do tubo neural são a segunda causa isolada de malformações maiores (a primeira são as causas cardíacas), sendo a anencefalia responsável por cerca da metade destes casos. Neonatos portadores de espinha bífida têm uma taxa de sobrevivência de 80 a 90%, mas com variáveis graus de comprometimento (COSTA, 1999).

A suplementação de vitaminas do complexo B, principalmente a B6 e a B12, é recomendada. Parece que o complexo B também possui importante papel na morfogênese do tubo neural (HONEIN *et al.*, 2001).

As náuseas e vômitos são comuns no 1º trimestre. Os casos leves podem ser controlados com dieta, menor quantidade e maior frequência de alimentação, repouso. A pirose é um distúrbio leve na maioria das vezes, devendo ser tratada com antiácidos. A gestante deve ser orientada a realizar refeições em maior frequência, porém com menor volume.

A constipação decorre da atonia intestinal comum na gravidez. Deve ser tratada com aumento da ingestão de fibras, exercícios e líquidos. Em último caso, podem ser usados agentes que aumentam o volume do bolo fecal. O edema gravitacional deriva do aumento da pressão hidrostática no leito venoso, por compressão da veia cava inferior pelo e pelo útero gravídico. Cede normalmente à noite, com o decúbito lateral. Não está relacionado com retenção hídrica excessiva e não tem qualquer importância clínica. O edema generalizado é, na maior parte dos casos, ocasionado por uma exacerbação da retenção hídrica normal. No entanto, em um pequeno número de casos, a presença de edema generalizado está associada à toxemia gravídica. As vertigens podem ser ocasionadas por instabilidade vasomotora, hipoglicemia ou hipotensão supina. A dor lombar é uma queixa comum, sobretudo no último trimestre. Na maior parte dos casos, as alterações posturais são as responsáveis pelo quadro algico (REZENDE, 2008).

3. Considerações Finais

A atenção à mulher na gestação e parto permanece como um desafio para a

assistência, tanto no que se refere à qualidade propriamente dita, quanto aos princípios filosóficos do cuidado, ainda centrado em um modelo baseado em medicações, voltado para o atendimento hospitalar. Quanto mais precoce a ida ao obstetra, melhores os resultados alcançados, e o prognóstico da gestação tem como objetivo, não só promover a saúde da grávida e do conceito do ponto de vista somático, mas também conhecer os anseios e desejos da mulher em relação a própria gestação. Para diminuir a mortalidade infantil, devemos captar precocemente a gestante, incentivando-a a realizar o pré-natal. A satisfação da clientela no atendimento pré-natal e na maternidade deve se tornar uma atividade constante. Para conseguirmos tal feito, o profissional de saúde deve ser motivado no seu trabalho do dia-a-dia.

4. Referências

CORRÊA S. PAISM: uma história sem fim. Recife: SOS Corpo. 1993.

COSTA AM. Desenvolvimento e implantação do PAISM no Brasil, In: Giffin K, Costa SH, organizadores. Questões da saúde reprodutiva. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz; 1999.

COUTO J.C. Diagnóstico Laboratorial da Toxoplasmose na gestação. Rio de Janeiro: Femina. 2002.

CUNNINGHAN, F. G. *et al.* Willians Obstetrícia. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2000.

FAGUNDES A, CECATTI JG, Morte materna uma tragédia evitável. Campinas: Editora da Unicamp; 1991.

Manual de orientação. Assistência pre-natal. Febrasgo, 2000.

Manual de orientação: Drogas na gravidez. Febrasgo, 2003.

MEDICI AC. Uma década de SUS (1988-1998): progressos e desafios In: Galvão OL, Diaz J, organizadores. Saúde sexual e reprodutiva no Brasil. São Paulo: Editora Hucitec/Population Council, 1999.

Organização Pan-Americana da Saúde. Rede interagencial de informações para a saúde. Indicadores básicos para a saúde no Brasil: conceitos e aplicações. Brasília: Organização Pan-Americanada Saúde, 2002.

OSIS MJD. PAISM: um marco na abordagem da saúde reprodutiva no Brasil. Cad Saúde Pública, 14 Suppl:25-32,1998.

PUCCINI RF *et al.* Eqüidade na atenção pré-natal e ao parto em área da Região Metropolitana de São Paulo, 1996. Cad. Saúde Pública, Fev 2003, vol.19, no.1, p.35-45.

Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia anti retroviral em gestantes – Brasília: Ministerio da Saúde, 2004.

REZENDE, J., MONTENEGRO, B., A., C. Obstetrícia Fundamental. 8 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2008.

TANAKA ACA. Maternidade dilema entre nascimento e morte. São Paulo: Editora Hucitec/São Paulo: ABRASCO, 1995.

Honein MA, Paulozzi LJ, Mathews TJ, Erickson JD, Wong LY. Impact of folic acid fortification of the US food supply on the occurrence of neural tube defects. JAMA. 20;285(23):2981-6, 2001.