

Protocolo de Assistência ao **PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO**

Abril / **2019**



PREFEITURA DE
CAMPOS

SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE

PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO **2019**

Secretaria Municipal
de Saúde



PREFEITURA DE

CAMPOS

Prefeitura Municipal de Campos dos Goytacazes

Prefeito

Rafael Paes Barbosa Diniz Nogueira

Secretário Municipal de Saúde

Abdu Neme Jorge Makhluf

Subsecretária Adjunta de Atenção Básica

Cíntia Ferrini Farias

Protocolo de Assistência ao Pré- Natal, Parto e Puerpério

Colaboradores

- **Camila Silva Silveira** - Responsável Técnica pelo Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente
- **Consuelo Chicralla Martins** - Médica Ginecologista/ Obstetra do Centro de Referência e Tratamento da Mulher e Hospital Plantadores de Cana
- **Cristiane Loysa Ferreira Vasconcelos** - Assistente Social - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Criança e do Adolescente
- **Fátima Vanessa Gomes C. Cabral** - Enfermeira - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Criança e do Adolescente
- **Gessileia Regina Fernandes** - Técnica de Enfermagem - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Criança e do Adolescente
- **Gisele da Silva Escocard** - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Criança e do Adolescente
- **Isabela de Freitas X. Pereira** - Enfermeira da Coordenação de Programas Especiais
- **Jacinta de Aguiar Medeiros** - Enfermeira da Estratégia da Saúde da Família
- **Juliana Garcia Lima** - Enfermeira da Estratégia da Saúde da Família
- **Laila Ayd O. de Lima** - Médica Pediatra - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Criança e do Adolescente
- **Leila Werneck** - Médica Gineco-Obstetra - Hospital Plantadores de Cana e Diretora do Centro de Referência e Tratamento da Mulher
- **Luci Moreira de Almeida** - Médica Gineco-Obstetra - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Criança e do Adolescente
- **Luciana Santos Barbosa** - Cirurgiã Dentista Projeto Portas Abertas - Departamento de Assistência Odontológica
- **Luciane Cruz Sant'Ana** - Assistente Social - Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher, Criança e do Adolescente
- **Vera Piraciaba** - Cirurgiã Dentista Projeto Portas Abertas - Departamento de Assistência Odontológica

SUMÁRIO

1. APRESENTAÇÃO.....	08
2. INTRODUÇÃO.....	09
3. ACOLHIMENTO.....	09
4. ATENDIMENTO AO PRÉ-NATAL.....	10
4.1 Sinais e sintomas de Gravidez.....	14
4.2 Vinculação ao Pré-Natal.....	15
4.3 Fluxograma de Assistência ao Pré-natal/ Parto e Puerpério.....	16
4.4 Rotinas de Atendimento ao Pré-natal.....	18
4.5 Solicitação de exames de rotina no Pré-natal de risco habitual.....	20
4.6 Imunização.....	29
4.7 Suplementação de Ácido Fólico.....	31
4.8 Suplementação de Sulfato Ferroso.....	32
5. PRIMEIRA CONSULTA DE PRÉ-NATAL.....	32
5.1 Anamnese.....	32
5.2 Exame Físico.....	33
5.3 Método de Cálculo da Idade Gestacional.....	33
5.4 Avaliação Nutricional.....	36
5.5 Medida de Altura Uterina.....	42
5.6 Palpação Obstétrica.....	43
5.7 Batimento Cardio Fetal (BCF).....	47
5.8 Gestação e Zika.....	48
6. CONSULTAS DE RETORNO.....	50
6.1 Frequência das consultas de retorno.....	52
7. QUEIXAS FREQUENTES E CONDUTAS NA GESTAÇÃO.....	54
7.1 Náuseas, Vômitos e Tonturas.....	54
7.2 Pirose (Azia).....	55
7.3 Eructação/ Plenitude Gástrica.....	55
7.4 Sialorréia (salivação excessiva).....	55

7.5 Fraqueza e Desmaios.....	56
7.6 Dor Abdominal, Cólicas, flatulências e obstipação intestinal.....	56
7.7 Doenças hemorroidárias.....	56
7.8 Corrimento Vaginal.....	57
7.9 Queixas Urinárias.....	58
7.10 Falta de ar e dificuldade para respirar.....	58
7.11 Mastalgia/descarga papilar.....	58
7.12 Dor Lombar (dores nas costas).....	59
7.13 Cefaléia (dor de cabeça).....	59
7.14 Sangramento de gengivas.....	59
7.15 Varizes.....	59
7.16 Câimbras.....	60
7.17 Cloasma Gravídico (manchas escuras no rosto).....	60
7.18 Estrias.....	60
7.19 Palpitação.....	60
7.20 Edema.....	61
7.21 Epistaxe/ Obstrução nasal.....	61
7.22 Parestesia.....	61
7.23 Insônia/ Hipersonia.....	61
8. AÇÕES EDUCATIVAS.....	63
9. EXAME CLÍNICO DAS MAMAS E PREPARO PARA A AMAMENTAÇÃO.....	64
9.1 Restrição na Amamentação	67
10.SAÚDE BUCAL NA GESTAÇÃO.....	68
11.VISITA Á MATERNIDADE.....	76
12.FATORES INDICATIVOS DE ATENDIMENTO DE PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL E EN-CAMINHAMENTO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO.....	76
13. INTERCORRÊNCIAS DO PRÉ-NATAL.....	79
13.1 Hiperemese.....	80
13.2 Síndromes Hemorrágicas.....	81
13.3 Anemia.....	84

13.4 Hipertensão Arterial na Gestação e Eclâmpsia.....	87
13.5 Diabetes mellitus na Gestação (DMG).....	98
13.6 Hepatite B	102
13.7 Toxoplasmose.....	103
13.8 Infecção do Trato Urinário.....	105
13.9 Sífilis.....	107
13.10 Infecção por HIV.....	110
13.11 Outras IST's.....	111
13.12 Trabalho de Parto Prematuro (TPP).....	113
13.13 Gestação prolongada.....	115
13.14 Varizes e tromboembolismo.....	116
13.15 Parasitoses intestinais.....	116
13.16 Epilepsia.....	118
13.17 Aminiorexe Prematura.....	121
13.18 Gestação Múltipla.....	122
13.19 Gravidez na Adolescência.....	123
14. REFERÊNCIA E CONTRARREFERENCIA.....	124
15. PARTO.....	125
16. PUERPÉRIO E ANTICONCEPÇÃO NO PUERPÉRIO.....	128
16.1 Anticoncepção no Puerpério.....	132
17. PRÉ-NATAL DO PARCEIRO.....	133
18. ANEXO I – REMUME.....	135
ANEXO II – Fluxo de Tratamento da sífilis.....	139
19. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	140

1. APRESENTAÇÃO

O município de Campos dos Goytacazes situa-se na região Norte Fluminense a qual corresponde a 21% da área total do Estado do Rio de Janeiro e 44% da região em destaque. De acordo com último censo realizado pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE, 2010) possuía uma população de 483.970 habitantes naquele ano, com estimativa de 503.424 habitantes para o ano de 2018.

A cidade de Campos dos Goytacazes/RJ é a mais populosa do interior do Rio de Janeiro e ocupa a maior extensão territorial do referido estado, perfazendo uma área de 4.026.696 quilômetros quadrados, com uma cobertura de Atenção Básica de 49,27%. (e-Gestor dez/2018)

O Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher (PAISM) do Ministério da Saúde (MS), tem por objetivo promover a assistência à saúde da mulher de forma global, com vistas à redução da morbimortalidade deste grupo populacional. Além disso, busca também normatizar, organizar e monitorar as ações de atenção à saúde da mulher em todos os níveis de complexidade da Rede Municipal de Saúde.

O município junto ao PAISMCA (Programa de Assistência Integral a Saúde da Mulher, Criança e Adolescente) objetiva, por meio deste protocolo, entre outros aspectos, traçar um referencial para a qualificação da assistência à mulher, norteando a assistência e fortalecendo as boas práticas, garantindo a vinculação profissional e o atendimento humanizado¹.

Recomenda-se que as ações deste documento estejam direcionadas para as linhas de cuidado que compreendam: pré-natal, parto e puerpério, sendo estas fundamentais para a saúde materna e neonatal. Desta forma, destaca-se a importância da assistência de qualidade à mulher no seu ciclo gravídico e puerperal, auxiliando as ações dos profissionais que compõem a rede municipal de saúde de Campos dos Goytacazes/RJ. Por fim, recomenda-se o início precoce do pré-natal, a realização de todos os exames preconizados pelo MS e a referência de assistência ao parto com segurança.

Este protocolo visa apontar as diretrizes para a melhoria do acesso, acolhimento, atenção, definição de linhas de cuidado e melhoria do atendimento e tem por objetivo padronizar as ações de cuidados a fim de organizar e direcionar os trabalhos das equipes de saúde, garantindo uma assistência de qualidade à população.

¹ Política Nacional de Humanização (PNH) existe desde 2003 para efetivar os princípios do SUS no cotidiano das práticas de atenção e gestão. A PNH deve se fazer presente e estar inserida em todas as políticas e programas do SUS. Mais em: www.redehumanizasus.net

2. INTRODUÇÃO

A atenção ao pré-natal consiste em um acompanhamento minucioso durante a gravidez, implica considerar os aspectos sociais, culturais, psicológicos e biológicos da mulher que está incluída no processo gravídico.

O principal objetivo é acolher a mulher desde o princípio da gravidez, assegurando, no fim da gestação, o nascimento de uma criança saudável e a garantia do bem estar materno e neonatal.

Na assistência ao pré-natal é importante que o profissional tenha sensibilidade para compreender o ser humano, suas crenças e valores e o seu modo de vida, que esteja disponível e atento às necessidades da mulher e da família e tenha habilidade de comunicação, baseada na escuta e na ação dialógica. O profissional de saúde faz parte da rede de apoio da gestante, contribui para fortalecer os potenciais desta para que possa conduzir o parto e assumir o protagonismo do processo de nascimento.

A qualificação permanente da atenção ao pré-natal, ao parto e ao puerpério deve sempre ser perseguida na perspectiva de garantir uma boa condição de saúde tanto para a mulher quanto para o recém-nascido, bem como de possibilitar à mulher uma experiência de vida gratificante nesse período.

Para isso, é necessário que os profissionais envolvidos em qualquer instância do processo assistencial estejam conscientes da importância de sua atuação e da necessidade de aliarem o conhecimento técnico específico ao compromisso com um resultado satisfatório da atenção, levando em consideração o significado desse resultado para cada mulher.

A consulta pré-natal, para muitas mulheres, constitui-se na única oportunidade que possuem para verificar seu estado de saúde; assim, deve-se considerá-la também como uma chance para que o sistema possa atuar integralmente na promoção e, eventualmente, na recuperação de sua saúde. (BRASIL, 2012)

3. ACOLHIMENTO

“Inclui a recepção do usuário, desde sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações, angustias, garantindo atenção resolutiva e a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário” (Brasil, 2004).

Acolhimento não é Triagem.

Acolhimento – como diretriz, caracteriza um processo dinâmico, contínuo que integra ações, profissionais, serviços, ferramentas e tecnologias para o alcance do melhor nível de resolubilidade às necessidades das pessoas usuárias, envolvendo todas as etapas da produção do cuidado.

Organiza-se sob orientação decididamente inclusiva, de modo que, ao abordar o usuário e escutá-lo em sua demanda põe em trabalho: O que o usuário busca? Qual é a sua necessidade (o que inclui uma escuta qualificada, uma avaliação técnica)? Como será atendido em sua necessidade? Em que tempo? Como a equipe (e cada profissional dentro da área de sua competência) vai participar? Que oferta de cuidado constitui a melhor resposta à necessidade apresentada? O que pode ser potencializado no encontro com o usuário para além do que se coloca em evidência na situação apresentada? Que outras necessidades e possibilidades podem ser identificadas e trabalhadas?

Todo usuário que busca atendimento na Unidade de Atenção Primária sem estar agendado (programado), portanto, caracterizando demanda espontânea encaminhada de outro ponto de atenção ou por conta própria, deve ser atendido e receber a resposta pertinente à sua necessidade, no tempo adequado, o que pode refletir em consulta ou em outra oferta de cuidado, no mesmo dia ou a ser agendada. Idosos, gestantes, crianças, portadores de necessidades especiais, outros usuários em situação de maior vulnerabilidade, sofrimento, e risco, devem ser priorizados. Não é por ordem de chegada, e sim de necessidade. (BRASIL, 2013).

4. ATENDIMENTO AO PRÉ-NATAL

No acolhimento instituímos o tipo de cuidado a ser relacionado aos pacientes e os profissionais devem estar capacitados a fim de escutar e sanar a necessidade deste ser.

A oferta de cuidados qualificados à gestante, à puérpera e ao recém-nascido exige a definição de estratégias de atendimento que envolvam todas as pessoas que, direta ou indiretamente, desempenham atividades nas unidades de saúde que compõem determinada rede regional de atenção à saúde, em particular nas unidades básicas de saúde. Deve-se, nessas unidades, sempre buscar atender às necessidades das mulheres nesse momento de suas vidas, favorecendo uma relação ética entre as usuárias e os profissionais de saúde. (BRASIL, 2006)

Para a garantia da qualidade, não se pode prescindir, nas unidades de saúde, de infraestrutura adequada, profissionais capacitados e organização dos processos de trabalho ali desenvolvidos. Esses processos devem ser fundamentados em um modelo de gestão participativa que identifique os obstáculos para um clima organizacional eficiente e apure as dificuldades estruturais para possibilitar melhorias, com a garantia de autonomia, privacidade e decisões compartilhadas sobre condutas com a mulher e seus familiares.

A satisfação das usuárias é uma das metas a ser alcançada. Há que se respeitar as normas legais e os parâmetros estabelecidos para adequação do espaço físico, recursos humanos e materiais.

Para o acompanhamento do pré-natal humanizado e em equipe são definidas algumas atribuições para os seguintes profissionais: Agente Comunitário de Saúde; Técnico de Enfermagem; Enfermeiro, Médico e Cirurgião Dentista.

Compete ao Agente Comunitário de Saúde (ACS):

- Auxiliar a equipe de saúde no monitoramento da gestante através da visita domiciliar, priorizando as gestantes de risco;
- Captar todas as gestantes da sua área de atuação e encaminhá-las a Unidade Básica de Saúde para acolhimento e agendamento de consulta de Pré-Natal;
- Captar todas as puérperas para as consultas pós-parto, priorizando aquelas com risco reprodutivo;
- Incentivar o aleitamento materno exclusivo;
- Informar às pessoas de sua área de atuação sobre o Atendimento ao Pré-Natal;
- Orientar o retorno das crianças para vacinações e controle de puericultura;
- Orientar todas as gestantes de sua área de atuação sobre a importância de iniciar precocemente o pré-natal, preferencialmente, até a 12ª semana de gestação, priorizando aquelas em situações de risco;
- Realizar visita domiciliar precoce, entre o 5º ao 7º dia pós-parto, para todos os recém-nascidos e puérperas.

Compete ao Técnico e/ou Auxiliar em Enfermagem:

- No acolhimento realizar avaliação inicial, com o objetivo de identificar situações de risco e/ou emergência, e encaminhar para avaliação do profissional enfermeiro, ou médico;
- Agendar consulta com os profissionais da unidade básica de saúde, para o médico ou enfermeiro, na assistência ao Pré-Natal, o mais precoce possível;
- Avaliar a situação vacinal e atualizar o esquema vacinal se necessário;
- Verificar a pressão arterial, pesar e medir a altura da paciente na primeira avaliação;
- Encaminhar a gestante para a Equipe de Saúde Bucal;
- Participar de grupos de educação em saúde;
- Realizar a busca ativa e o monitoramento das gestantes, principalmente, as de risco;
- Captar as puérperas para as consultas pós-parto, priorizando aquelas com risco reprodutivo;
- Realizar visita domiciliar precoce para os recém-nascidos e puérperas, entre o 5º e o 7º dia pós-parto;
- Incentivar o aleitamento materno exclusivo e o retorno das crianças para vacinações e controle de puericultura;
- Realizar registro dos dados do atendimento no SISPRENATAL/ e-SUS.

Compete ao Enfermeiro:

- Captar a gestante para iniciar o pré-natal precocemente, preferencialmente, até a 12ª semana de gestação;
- Na suspeita de gravidez, ou atraso menstrual, solicitar o teste de gravidez (BHCG) e/ou realizar o Teste Imunológico de Gravidez na própria unidade de saúde;
- Nos casos de teste positivo, cadastrar a gestante no sistema para obter o número do SISPRENATAL e registrá-lo na carteira da gestante (para as unidades de saúde que utilizam SISPRENATAL).
- Aferir a pressão arterial e medida de peso e altura da gestante;
- Realizar a consulta de pré-natal e intercalar as suas consultas com as do médico, dependendo da classificação por grau de risco ou necessidade;
- Identificar situação de risco durante a consulta de enfermagem;
- Solicitar e avaliar os resultados de todos os exames de pré-natal;
- Prescrever medicações conforme o protocolo;

- Se for detectado algum risco, referir a gestante à avaliação médica;
- Monitorar as gestantes de alto risco de sua responsabilidade quanto à frequência nas consultas agendadas (serviços de referência) e ao uso adequado da medicação instituída;
- Estimular e desenvolver atividades educativas, tais como, grupo de gestantes, atividades educativas em sala de espera e roda de conversa;
- Divulgar e convidar as gestantes quanto à programação das atividades educativas;
- Organizar e agendar as visitas à maternidade;
- Promover a vigilância em saúde de todas as gestantes com especial atenção às de risco;
- Realizar notificação compulsória nos diagnósticos necessários;
- Avaliar o esquema de imunização e indicar a realização das vacinas, se necessário;
- Realizar consulta puerperal entre o 7º e 10º dia pós-parto;
- Realizar registro dos dados do atendimento no SISPRENATAL ou e-SUS.

Compete ao Médico:

- Realizar consulta de pré-natal, intercaladas com a consulta do enfermeiro;
- Cadastrar/ acompanhar a gestante no SISPRENATAL ou e-SUS, e realizar a evolução dos registros no prontuário e cartão da gestante;
- Identificar o risco gestacional a cada consulta e, quando identificado e necessário, realizar o encaminhamento por escrito ao serviço de referência de pré-natal de alto risco, após orientação dos cuidados;
- Participar com a equipe na vigilância em saúde das gestantes, principalmente as de risco;
- Monitorar as gestantes de alto risco de sua responsabilidade quanto à frequência nas consultas agendadas (serviços de referência) e ao uso adequado da medicação instituída;
- Monitorar as gestantes de sua responsabilidade com Infecção do Trato Urinário (ITU), quanto à frequência nas consultas agendadas, ao uso adequado da medicação instituída e ao controle de cura da infecção;
- Estimular e desenvolver atividades educativas, tais como, grupo de gestantes; atividades educativas em sala de espera;
- Divulgar e convidar as gestantes quanto à programação das atividades educativas;
- Avaliar o esquema de imunização e indicar a vacinação quando necessário;

- Realizar e/ou participar de grupos de educação em saúde;
- Realizar a consulta puerperal entre o 7º e 10º dia pós-parto e a consulta do 30º ao 45º dia pós-parto;
- Registrar os dados do atendimento no SISPRENATAL ou e-SUS.

Compete ao Cirurgião Dentista:

- Garantir o atendimento odontológico para a gestante que estiver realizando o pré-natal;
- Realizar exame clínico e tratamento curativo básico, profilaxia e adequação do meio bucal;
- Encaminhar às especialidades odontológicas quando necessário;
- Incentivar o aleitamento materno, salientando a importância deste para o desenvolvimento da boca;
- Orientar a gestante sobre a prevenção de doenças bucais;
- Participar, apoiar e realizar as atividades educativas nos grupos;
- Orientar a gestante para retorno à consulta puerperal;
- Garantir o atendimento odontológico da puérpera e mãe até o bebê completar 2 (dois) anos.

4.1 - SINAIS E SINTOMAS DE GRAVIDEZ

Toda mulher, com vida sexual ativa, com história de atraso menstrual superior a 21 (vinte e um) dias, náuseas e aumento de volume abdominal deverá ser acolhida pela Equipe da Unidade Básica de Saúde (UBS) ou Unidade Básica de Saúde da Família (UBSF) e encaminhada para consulta de acolhimento com enfermeiro ou médico para diagnóstico da gestação e solicitação do Teste Rápido de Gravidez (TIG). Em caso positivo dispensa o BHCG sérico.

O TIG é dispensado pelo Departamento de Farmácia, conforme pedido da Unidade e profissional devidamente capacitado.

Nesta consulta de acolhimento, quando resultado positivo, deve ser indicada a suplementação de ácido fólico. Deverá ser agendada a primeira consulta de Pré-Natal com o profissional médico ou enfermeiro, sendo que a captação deve ser precoce (antes de 12 semanas). Em caso de BHCG negativo, repetir em 15 dias, permanecendo negativo, encaminhar para ginecologista avaliar causa de amenorreia.

4.2 - VINCULAÇÃO AO PRÉ-NATAL

O município dispõe de rede de atenção básica responsável pelo pré-natal de risco habitual, onde a gestante é acompanhada na unidade básica de saúde mais próxima de sua residência. E o pré-natal de alto risco é realizado em unidades de referência, sendo a gestante encaminhada pela atenção básica, conforme avaliação de risco gestacional realizada pela equipe responsável.

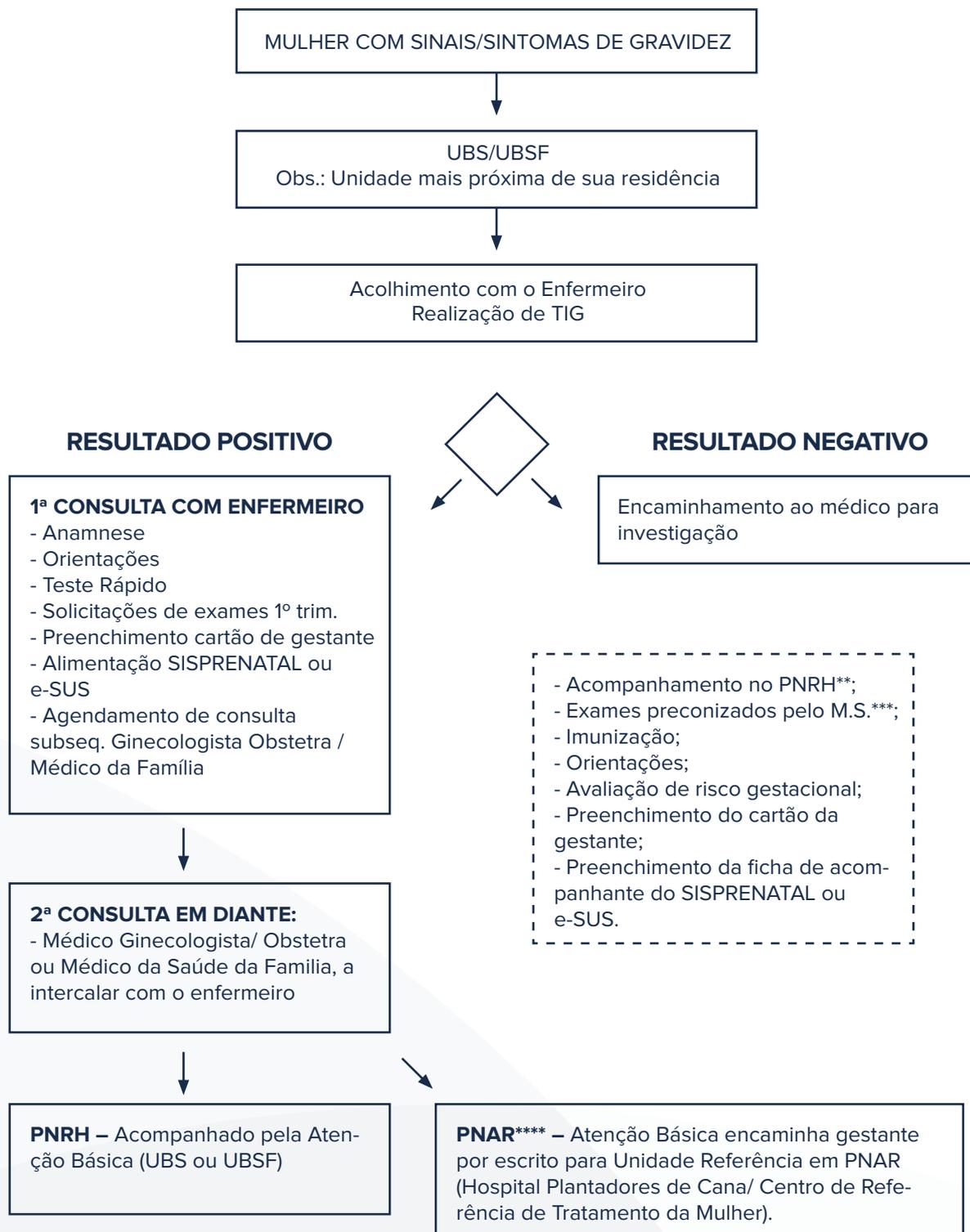
Na primeira consulta de Pré-Natal deverá ser realizado: o cadastro da gestante no SISPRENATAL ou e-SUS (preenchido pelo enfermeiro); o preenchimento do prontuário e do cartão da gestante e solicitação dos exames de rotina. Orientar a mulher para a consulta subsequente com o médico (que deverá preencher a ficha de acompanhamento do SISPRENATAL) e também, para o cirurgião dentista. Estes registros devem ser minuciosamente preenchidos em todas as consultas de pré-natal.

A segunda consulta deverá ser agendada previamente, no prazo máximo de 30(trinta) dias, principalmente para avaliação dos resultados dos exames e classificação do risco gestacional (Vide Fluxograma de Assistência Pré-Natal/ Parto/Puerpério). As demais consultas deverão ser alternadas entre o profissional médico e enfermeiro, garantindo uma consulta médica por trimestre, no mínimo. Em todo o pré-natal deve-se realizar no mínimo 6 (seis) consultas.

O município contempla os exames complementares preconizados pelo Ministério da Saúde, no pré-natal, através da Rede própria e Contratualizada.

Para as urgências/ emergências obstétricas, as gestantes são encaminhadas para a maternidade de alto risco, para avaliação e conduta.

4.3 - FLUXOGRAMA DE ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL/ PARTO/ PUERPÉRIO



SEQUÊNCIA NO PRÉ-NATAL



A partir da 25ª semana gestacional, a gestante é vinculada à maternidade de referência:
- Sociedade Portuguesa de Beneficência de Campos – Referência para gestantes de risco habitual;
- Hospital Plantadores de Cana – Referência para gestantes de alto risco



Conforme Portaria nº 15/2019 publicada em DO em 14 de março de 2019, a partir da 25ª semana gestacional o enfermeiro pode agendar junto à maternidade de referência visita prévia para conhecimento do ambiente e orientação.



A gestante é acompanhada até ser encaminhada para a maternidade vinculada.



Gestante passa pelo acolhimento com classificação de risco e passa por avaliação médica.
Obs.: Regulação de vagas obstétricas respeita o modelo "Vaga Sempre".



No ato da alta hospitalar, a consulta de puericultura é agendada via sistema na unidade saúde mais próxima da residência do RN; a mãe é orientada a retornar para a unidade de saúde de origem para realizar a consulta puerperal.

LEGENDA:

*UBS: Unidade Básica de Saúde
*UBSF: Unidade Básica de Saúde da Família
**PNRH: Pré-natal de risco habitual
***MS: Ministério da Saúde
****PNAR: Pré-natal de alto risco

4.4 - ROTINAS DE ATENDIMENTO AO PRÉ-NATAL

As consultas preferencialmente podem ser intercaladas entre enfermeiro (a) e médico (a) e o acesso ao agendamento das consultas deve ser garantido à gestante. No entanto o enfermeiro pode conduzir todo o Pré-Natal de risco habitual conforme recomendação do Ministério da Saúde. (BRASIL, 2013)

A consulta completa é imprescindível, representando uma oportunidade inadiável de classificar riscos e adotar condutas efetivas. Deve ser composta de anamnese abrangente, com valorização do interrogatório complementar, seguida de exame físico geral, incluindo exame ginecológico e mamário, seguindo o roteiro 4.4.1.

Os retornos pré-natais devem ser adaptados às necessidades de cada caso. O calendário deve seguir o roteiro apresentado a seguir, com a realização de pelo menos seis consultas, distribuídas ao longo da gravidez. A primeira delas deverá ser iniciada o mais precocemente possível (até a 12ª semana), segundo as diretrizes preconizadas pelo Ministério da Saúde.

4.4.1 ROTEIRO PARA CONSULTA DE PRÉ-NATAL:

ENTREVISTA	QUANDO AVALIAR	O QUE AVALIAR
Presença de sintomas e queixas	Todas as consultas	<ul style="list-style-type: none"> • Náuseas e vômitos; • Obstipação e flatulência; • Sintomas urinários; • Salivação excessiva; • Pirose; • Corrimento (que pode ou não ser fisiológico). • Tontura; • Dor mamária; • Dor lombar; • Alterações no padrão de sono; • Dor e edema de membros inferiores; • Dor pélvica.
Planejamento reprodutivo	Primeira consulta	Gestação desejada e/ou planejada; • Métodos contraceptivos utilizados • Data da última menstruação (DUM).
Rede familiar e social	Primeira consulta; nas demais, verificar se houve mudanças.	<ul style="list-style-type: none"> • Presença de companheiro; • Rede social utilizada. • Relacionamento familiar e conjugal para identificar relações conflituosas; • História de violência.
Condições de moradia, de trabalho e exposições ambientais	Primeira consulta; nas demais consultas, verificar se houve mudanças.	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de moradia; • Tipo de saneamento; • Grau de esforço físico; • Renda. • Estresse e jornada de trabalho; • Exposição a agentes nocivos (físicos, químicos e biológicos); • Beneficiário de programa social de transferência de renda com condicionalidades (ex.: Programa Bolsa família).
Atividade Física	Primeira consulta; nas demais consultas, verificar se houve mudança.	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de atividade física; • Grau de esforço; • Periodicidade. • Deslocamento para trabalho ou curso; • Lazer.

ENTREVISTA	QUANDO AVALIAR	O QUE AVALIAR
História nutricional	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> • História de desnutrição, sobrepeso, obesidade, cirurgia bariátrica, transtornos alimentares, carências nutricionais, histórico de criança com baixo peso ao nascer, uso de substâncias tóxicas para o bebê. • Peso e altura antes da gestação; • Hábito alimentar.
Tabagismo e exposição à fumaça do cigarro	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Status em relação ao cigarro (fumante, ex-fumante, tempo de abstinência, tipo de fumo); • Exposição ambiental à fumaça de cigarro. • Para as fumantes, avaliar se pensam em parar de fumar nesse momento.
Álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas)	Primeira consulta; nas demais consultas, verificar se houve mudança.	<ul style="list-style-type: none"> • Padrão prévio e/ou atual de consumo de álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas).
Antecedentes familiares	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Doenças hereditárias; • Gemelaridade; • Diabetes; • Hanseníase; • Transtorno mental; • Doença neurológica; • Grau de parentesco com o pai do bebê. • Pré-eclâmpsia; • Hipertensão; • Tuberculose; • Câncer de mama ou ovário; • Deficiência e malformações; • Parceiro com IST ou HIV/aids.
Antecedentes clínicos(1), ginecológicos(2), obstétricos(3) e de aleitamento materno(4)	(1)Primeira consulta	<p>Diabetes, hipertensão, cardiopatias; Trombose venosa; Alergias, transfusão de sangue, cirurgias, medicamentos de uso eventual ou contínuo (prescritos ou não pela equipe de saúde, fitoterápicos e outros); Cirurgias prévias (mama, abdominal, pélvica); Hemopatias (inclusive doença falciforme e talassemia). Doenças autoimunes, doenças respiratórias (asma, DPOC), doenças hepáticas, tireoidopatias, doença renal, infecção urinária, IST, tuberculose, hanseníase, malária, rubéola, sífilis, outras doenças infecciosas;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Transtornos mentais, epilepsia, neoplasias, desnutrição, excesso de peso, cirurgia bariátrica; • Avaliar sinais de depressão
	(2)Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Ciclos menstruais; • História de infertilidade; • Resultado do último exame preventivo de câncer de colo uterino. • História de útero bicorno, malformações uterinas, miomas submucosos, miomas intramurais com mais de 4 cm de diâmetro ou múltiplos, cirurgias ginecológicas e mamária, implantes, doença inflamatória pélvica. • Diagnóstico de ganho de peso inadequado.

ENTREVISTA	QUANDO AVALIAR	O QUE AVALIAR
Antecedentes clínicos(1), ginecológicos(2), obstétricos(3) e de aleitamento materno(4)	(3)Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Idade na primeira gestação; • Número de gestações anteriores, partos (termo, pré e pós-termo; tipo e intervalo), abortamentos e perdas fetais; • Gestações múltiplas; • Número de filhos vivos, peso ao nascimento, recém-nascidos com história de icterícia, hipoglicemia ou óbito neonatal e pós-neonatal. • Malformações congênitas; • Intercorrências em gestações anteriores como síndromes hemorrágicas ou hipertensivas, isoimunização Rh, diabetes gestacional, incompetência istmocervical, gravidez ectópica; • Mola hidatiforme, gravidez anembrionada ou ovo cego; • Intercorrências no puerpério; • Experiência em partos anteriores. Perdas fetais em idade gestacional regressiva; Peso fetal acima de 4000g; Abortamento de repetição; Pré Eclâmpsia grave e precoce.
	(4)Primeira consulta	História de aleitamento em outras gestações, tempo, intercorrências ou desmame precoce. • Desejo de amamentar
Saúde sexual	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Idade de início da atividade sexual; • Intercorrências como dor, desconforto. • Desejo e prazer sexual; • Práticas sexuais; • Medidas de proteção para IST.
Imunização	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Estado vacinal: dT/dTpa, hepatite B, influenza
Saúde bucal	Primeira consulta	Antecedentes ou história atual de sangramento gengival, mobilidade dentária, dor, lesões na boca, infecções, pulpíte, cáries, doença periodontal ou outras queixas. • Hábitos de higiene bucal como rotina de escovação e uso de fio dental; • Data da última avaliação de saúde bucal.

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

4.5 SOLICITAÇÃO DOS EXAMES DE ROTINA NO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL:

Os exames complementares, de maneira geral, dão apoio ao raciocínio clínico, e os motivos de sua solicitação devem ser explicados à gestante. Particularmente, é necessário realizar aconselhamento informando benefícios e riscos, e avaliando o conhecimento e as expectativas da mulher com os resultados.

A confidencialidade dos resultados deve ser garantida. As condutas sugeridas devem ser informadas à gestante e a seu parceiro. No caso do HIV, sífilis e outras IST's, deve-se orientar sobre a necessidade de diagnóstico e tratamento do seu parceiro sexual. Recomenda-se o oferecimento de pelo menos uma consulta, durante a assistência do pré-natal, para todos os parceiros sexuais de todas as gestantes, independente do seu estado sorológico, o que facilitaria o envolvimento paternal no adequado acolhimento da criança. (BRASIL, 2016)

O profissional que avalia os exames deve estar preparado tecnicamente para orientar sobre limitações nos resultados, possibilitando intervenções eficientes no momento da consulta. Deve também estar habilitado para solicitar pesquisa adicional para conclusão diagnóstica, evitando pânico desnecessário e/ou conduta tardia.

Os exames de rotina para triagem de situações clínicas de maior risco no pré-natal devem ser solicitados no acolhimento da mulher no serviço de saúde, imediatamente após o diagnóstico de gravidez, ou seja, na primeira consulta de enfermagem a gestante deverá receber os pedidos de exames pra serem realizados, e o resultado ser avaliado na consulta subsequente, com o profissional médico.

Muitos desses exames serão repetidos no início do 3º trimestre.

4.5.1 EXAMES PRECONIZADOS POR PERÍODO GESTACIONAL:

Período gestacional/ Exames

PERÍODO GESTACIONAL	EXAMES
Primeira consulta ou 1º Trimestre (pedido realizado pelo médico ou enfermeiro)	Hemograma completo (série branca e vermelha) Tipagem sanguínea e fator RH +coombs indireto se Rh negativo Teste rápido de Sífilis, Teste rápido de Hepatite C Teste rápido HIV ou Anti-HIV Teste rápido de hepatite B + Anti HBS Glicemia em jejum TSH Toxoplasmose IgM e IgG Citomegalovírus IgM e IgG Rubéola IgM e IgG Urina tipo I e Urocultura Antibiograma Colpocitologia oncótica, se indicado Ultrassonografia obstétrica < 12 semanas =USG TV(transvaginal). Caso esteja entre 11 a 13 semanas incluir TN(Translucência Nucal).
2º trimestre (pedido realizado pelo enfermeiro ou profissional médico)	Coombs indireto (se Rh negativo) Curva Glicêmica de 75g, 3 dosagens(24 a 28 semanas) Hemograma completo (série branca e vermelha) Teste rápido sífilis Urina tipo I + Urocultura Toxoplasmose IgM, se paciente suscetível.
ULTRASSONOGRRAFIA MORFOLÓGICA (pedido realizado pelo profissional médico)	Entre 22ª a 24ª semana. Critérios de prioridade conforme o item 4.5.3.

PERÍODO GESTACIONAL	EXAMES
3º trimestre (pedido realizado pelo médico ou enfermeiro)	Hemograma completo (série branca e vermelha) Teste rápido de Sífilis Teste rápido de Hepatite C Teste rápido HIV ou Anti-HIV Teste rápido de hepatite B Repetir Toxo, Rubéola e CMV, se IgG não reagente no 1º trimestre Urina tipo I - Urocultura USG obstétrica

Visto que está preconizada pelo Ministério da Saúde a realização de 1 (uma) ultrassonografia obstétrica por gestante (Portaria MS/SAS nº 650, de 5 de outubro de 2011), os profissionais da Atenção Básica devem conhecer as indicações do exame ultrassonográfico na gestação e estarem habilitados para interpretar os resultados, a fim de, conjuntamente com a gestante, definir o momento mais apropriado de realizar o exame, caso seja pertinente.

4.5.2 RESULTADOS DOS EXAMES LABORATORIAIS NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL E CONDUTAS: (ADAPTADO. BRASIL, 2016)

- **TIPAGEM SANGUÍNEA:**

-Se a gestante for Rh negativo e o pai da criança for Rh positivo ou fator Rh desconhecido: solicitar o teste de Coombs indireto; se negativo, repeti-lo a cada quatro semanas, a partir da 24ª semana. Se positivo, referir ao pré-natal de alto risco.

- **SOROLOGIA PARA LUES:**

- VDRL positivo (Notificação Compulsória) Sífilis primária: tratar com penicilina benzatina* 2.400.000 UI (1.200.000 em cada nádega em dose única, dose total 2.400.000UI.). Sífilis secundária e latente recente (até 1 ano): tratar com penicilina benzatina, 2.400.000 UI (1.200.000 UI cada nádega), repetir em uma semana, dose total 4.800.000. Sífilis terciária tardia (1 ou mais anos de evolução ou de duração desconhecida): tratar com penicilina benzatina 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), em três aplicações com intervalo de uma semana, dose total de 7.200.000 UI. Tratar o parceiro sempre.

OBS: Até ¼ em teste Rápido ou FTA-Abs positivo: Cicatriz Sorológica.(o teste rápido é FTA Abs, o que fará com o que o resultado não dê mais negativo)

-VDRL negativo: Repetir rastreamento no 2º e 3º trimestre e no momento do parto, e em caso de abortamento.

*Medicamento disponível na REMUME conforme Anexo I

**Fluxo de tratamento em Anexo II

• **HIV:**

Resultado negativo: Orientação e repetir no início do 3º trimestre

Resultado positivo: (Notificação Compulsória) Encaminhar para infectologista e Pré-Natal de alto risco.

• **URINA TIPO I:**

-Leucocitúria: presença acima de 10.000 células por ml ou cinco células por campo. Realizar urinocultura para confirmar se há ITU. Caso não estiver disponível a urinocultura, tratar empiricamente;

-Hematuria: presença acima de 10.000 células por ml ou de três a cinco hemácias por campo. Cilindrúria, hematuria sem ITU ou sangramento genital e proteinúria maciça ou dois exames seguidos com traços, passar por avaliação médica e, caso necessário, referir ao alto risco;

-Proteinúria: alterado > 10 mg/dl. Na presença de traços de proteinúria: repetir em 15 dias; caso se mantenha encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco. Na presença de traços de proteinúria e hipertensão e/ou edema: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco. Na presença de proteinúria maciça: é necessário referir a gestante ao pré- natal de alto risco;

-Presença de outros elementos: não necessitam de condutas especiais. Na presença de pielonefrite, referir imediatamente à urgência/emergência obstétrica; se ITU refratária ou de repetição, referir ao alto risco.

• **UROCULTURA + ANTIBIOGRAMA:**

-Negativa (< 100.000 unidades formadoras de colônias por mL (UFC/mL);Repetir a cada trimestre.

-Positiva (> 100.000 UFC/mL.):Tratar conforme antibiograma com antibióticos seguros na gestação. Sem antibiograma, utilizar Cefalosporina ou Nitrofurantoína.

Repetir Urocultura após o tratamento (7 dias).

• **DOSAGEM DE HEMOGLOBINA:**

- Hemoglobina > 11g/dl – normal.

- Hemoglobina entre 8 e 11 g/dl – anemia leve a moderada. Se anemia presente, tratar e acompanhar hemoglobina após 30 / 60 dias, conforme descrito no item 13.3.

- Hemoglobina < 8 g/dl – anemia grave. Encaminhar ao pré- natal de alto risco.

• **GLICEMIA EM JEJUM**

Gestantes diabéticas prévias ou glicemia de jejum acima de 126mg/dl na primeira consulta solicitar ecocardiograma fetal entre 26ª a 28ª semana.

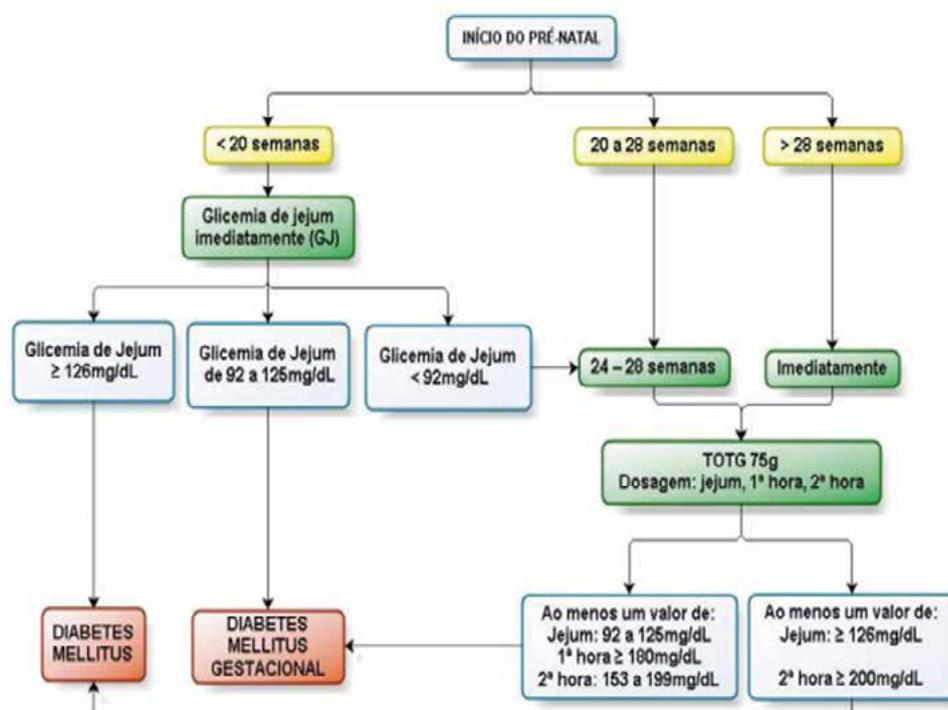
Caso inicie o pré-natal após 24 semanas, solicitar curva glicêmica na primeira consulta.

Considera-se diabetes quando duas glicemias de jejum apresentarem valor maior ou igual a 126 mg/dL, ou dois valores estiverem alterados no TOTG 75 g (2h).

Jejum → 92 mg/dL

1 Hora → 180 mg/dL

2 horas → 153 mg/dL



Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/documents/214336>

• **TSH (HORMÔNIO ESTIMULADOR DA TIREÓIDE):**

Quando o TSH está aumentado e o T4 livre está normal, configura-se o hipotireoidismo subclínico. Na hipotireoxinemia materna isolada, o T4 livre está diminuído (< 0,86 ng/dL) e o TSH permanece normal, geralmente com níveis baixos de anti-TPO. Os valores de TSH variam de acordo com a idade gestacional, sendo considerado normal no primeiro trimestre entre 0,1-2,5 mUI/L, no segundo trimestre de 0,2-3,0 mUI/L e no terceiro trimestre de 0,3-3,0 mUI/L. O hipotireoidismo subclínico está associado ao aumento do risco de complicações na gestação e déficit neurocognitivo, principalmente nos casos em que o anti-TPO é positivo.

• **SOROLOGIA PARA RUBÉOLA:**

IgG negativa: Encaminhar para imunização no puerpério, repetir exame no 3º trimestre e orientar evitar contato com crianças doentes;

IgG positiva: Imune.

• **SOROLOGIA PARA HBSAG:**

Resultado positivo: (Notificação compulsória) Solicitar anti Hbs na 1ª consulta (não havendo necessidade de repetir o exame no terceiro trimestre).

Resultado negativo e anti Hbs positivo: Sem hepatite no momento, imune. Desnecessário reperir sorologia;

Resultado negativo e anti Hbs negativo: Vacinar ainda nesta gestação.

• **SOROLOGIA PARA TOXOPLASMOSE:**

-IgG positiva e IgM negativo- Imunidade remota. Gestante com doença antiga ou toxoplasmose crônica. Não há necessidade de novas sorologias;

-IgG negativo e IgM negativo- Possibilidade de infecção durante a gestação. Realizar teste de avidéz de IgG na mesma amostra. Avidéz forte e gestação < 16 semanas: infecção adquirida antes da gestação, não há necessidade de mais testes; Avidéz forte e gestação > 16 semanas, iniciar espiramicina se antes da 30ª semana e esquema tríplice após a 30ª semana; Avidéz fraca: possibilidade de infecção adquirida na gestação,

• **CMV (CITOMEGALOVÍRUS):**

Vírus de Transmissão Sexual.

Considerando-se que ocorre passagem transplacentária de anticorpos maternos contra o CMV de classe IgG e que o desempenho dos testes de detecção de IgM anti-CMV no recém-nascido é aquém do desejável, o diagnóstico da infecção congênita pelo CMV só é possível quando o vírus é detectado na urina ou em outra amostra clínica (saliva, líquido céfalo-raquidiano, líquido ascítico), durante as 3 primeiras semanas de vida.

A detecção de elevação de títulos de IgG e/ou a detecção de IgM também pode ocorrer na presença de infecção recorrente.

Quando IgG negativo, avaliar parceiro.

• **COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA**

Muitas mulheres frequentam os serviços de saúde apenas para o pré-natal. É im-

prescindível que nessa oportunidade seja realizado esse exame, que pode ser feito em qualquer trimestre, sem a coleta endocervical. (BRASIL, 2005)

Embora não haja evidência contraindicando a coleta da endocérvice na gestação, sugere-se que a mesma não seja realizada uma vez que ocorrências indesejáveis durante a gestação, como sangramentos espontâneos ou mesmo abortamento, podem ser relacionados pela gestante à coleta realizada. Assim, realizar coleta apenas da ectocérvice e inspeção visual do colo uterino, estando atento para alterações anatômicas e IST's.

• **INTERPRETAÇÃO DE RESULTADOS DE ULTRASSONOGRAFIA NO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL:**

1º trimestre:

• Com base nas evidências existentes, a ultrassonografia no primeiro trimestre é o exame mais importante da gestação.

• Quando indicada, a ultrassonografia precoce pode auxiliar no diagnóstico oportuno das gestações múltiplas, na datação mais acurada da idade gestacional, reduzindo, dessa forma, o número de induções por gestação prolongada, além de evidenciar a viabilidade fetal, diagnóstico de mola, gemelar dicoriônico ou monocoriônico, gravidez ectópica. Nestes casos, preferencialmente deve ser realizada por via transvaginal.

• Datação da idade gestacional por ultrassonografia: Deverá sempre ser baseada na 1ª USG realizada e nunca ser recalculada com USG posteriores; Quanto maior o tempo de gestação, maior a margem de erro no cálculo da IG pelo USG em comparação com a DUM confiável. O desvio esperado no cálculo pelo USG é em torno de 8% em relação à DUM. No primeiro trimestre, o desvio esperado no cálculo da idade gestacional é de três a sete dias (aumentando o intervalo, o número de dias, quanto maior a IG). Se a DUM estiver dentro da variação esperada, considerá-la para cálculo; se a diferença for maior, considerar a USG. Não recalculer durante a gravidez.

• Não é indicado rastreamento de aneuploidias de rotina no primeiro trimestre, mas se for solicitado, considerar os seguintes aspectos: Entre a 11ª e a 13ª semana de gestação, a medida da translucência nucal (TN) associada à idade materna identifica cerca de 75% dos casos de trissomia do cromossomo 21. No entanto, a indicação deste exame deve estar sempre sujeita à disponibilidade local de recursos e ao desejo dos pais de realizar o exame após esclarecimentos sobre as implicações do exame, indicação, limitações, riscos de falso positivos e falso-negativos. Deve-se também ponde-

rar sobre a qualificação da equipe responsável pelo rastreamento, a necessidade de complementar o exame com pesquisa de cariótipo fetal nos casos de TN aumentada, a implicação psicológica do teste positivo (incluindo falso positivo) e o impacto no nascimento de portadores da síndrome genética.

2º trimestre:

- Apesar de aumentar a taxa de detecção das malformações congênitas, não existem evidências de que a USG em gestantes de baixo risco melhore o prognóstico perinatal;

- Entre 22 e 24 semanas, os órgãos fetais já estão formados e são de visualização mais precisa, de modo que este é o momento mais adequado para fazer o rastreamento de malformações, caso se opte por fazê-lo.

3º trimestre:

- Na 36ª semana auxilia no diagnóstico de desvios de crescimento fetal, avaliação do volume do líquido amniótico, grau de maturidade, peso e estatura fetal.

4.5.3 CRITÉRIOS DE PRIORIDADE PARA PEDIDO DE ULTRASSOM MORFOLÓGICO:

- 1- Suspeita de má formação diagnóstica em ultrassom obstétrico;
- 2- Idade materna acima de 35 anos;
- 3- História pregressa de má formação fetal e/ou aneuploidia;
- 4- História familiar de má formação congênita e/ou aneuploidia;
- 5- Suspeita de infecção materna aguda de efeito teratogênico;
- 6- Abortamento habitual;
- 7- Uso de drogas teratogênicas;
- 8- Diabetes materna tipo II;
- 9- Gemelaridade;
- 10- Crescimento intrauterino retardado, confirmado no 2º trimestre.

4.6 IMUNIZAÇÃO

É de extrema importância que o profissional investigue a história pregressa de vacinação para proceder à administração de doses subsequentes. Entretanto, a imunização somente deverá ser considerada com a apresentação do comprovante (cartão de vacina).

Caso ocorram eventos adversos à vacina, estes podem manifestar-se na forma de dor, calor, vermelhidão, edema local, ou febrícula de duração passageira, eventualmente ocasionando mal-estar geral. A continuidade do esquema de vacinação está contraindicada quando houver reação de hipersensibilidade (reação anafilática) após a administração de qualquer dose.

TÉTANO:

O tétano neonatal, também conhecido como “mal de sete dias” ou “tétano umbilical”, é uma doença aguda, grave, não transmissível e imunoprevenível, causada pelo “*Clostridium tetani*”, que acomete recém-nascidos, geralmente na primeira semana de vida ou nos primeiros 15 dias.

O problema pode ocorrer por contaminação durante a secção do cordão umbilical, com uso de substâncias e instrumentos contendo esporos do bacilo e/ou pela falta de higiene nos cuidados com o recém-nascido.

A prevenção do tétano neonatal se dá por meio da garantia de atenção pré-natal de qualidade com vacinação das gestantes, do atendimento higiênico ao parto, com uso de material estéril para o corte e clampeamento do cordão umbilical e do curativo do coto umbilical, utilizando solução de álcool a 70%.

A vacinação das mulheres em idade fértil (10 a 49 anos), gestantes e não gestantes, é medida essencial para a prevenção do tétano neonatal. Deve ser realizada com a vacina dupla tipo adulto ou dTpa (Tríplice acelular) Tétano, difteria e coqueluche conforme esquema abaixo:

VACINA	SITUAÇÃO	DOSES	ESQUEMA INDICADO	OBSERVAÇÕES
dT/dTpa	<ul style="list-style-type: none"> Esquema vacinal desconhecido Não vacinada 	Três doses	<ul style="list-style-type: none"> 1ª dose dT (qualquer idade gestacional) 2ª dose dT (após 60 ou no mínimo 30 dias da primeira) 3ª dose dTpa (após 60 dias ou no mínimo 30 dias da segunda, preferencialmente entre a 27ª e 36ª semana de gestação) 	<ul style="list-style-type: none"> Caso iniciado o esquema tardiamente, para prevenção do tétano neonatal, a 2ª ou 3ª dose deve ser realizada pelo menos 20 dias antes do parto, respeitando o intervalo mínimo de 30 dias da 1ª dose, garantindo uma dose de dTpa
	<ul style="list-style-type: none"> Esquema incompleto 	Completar esquema	<ul style="list-style-type: none"> Conforme o número de doses faltantes, sendo uma de dTpa, preferencialmente entre a 27ª e 36ª semana de gestação 	<ul style="list-style-type: none"> A dose de dTpa deve ser administrada em todas as gestações, independentemente de já ter sido realizada em gestações anteriores
	<ul style="list-style-type: none"> Esquema com três doses de dT 	Uma dose dTpa	<ul style="list-style-type: none"> Administrar uma dose de dTpa preferencialmente entre a 27ª e 36ª semana de gestação 	<ul style="list-style-type: none"> Para gestantes em áreas de difícil acesso, administrar dTpa a partir da 20ª semana de gestação, adequando as doses conforme informações nesse quadro, visando não perder a oportunidade
	<ul style="list-style-type: none"> Vacinação completa 	Uma dose dTpa	<ul style="list-style-type: none"> Reforço preferencialmente entre a 27ª e 36ª semana de gestação 	

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

HEPATITE B:

A Hepatite B representa agravo de grande importância em todo o mundo. Graças a seu potencial de cronificação pode conduzir à cirrose hepática e ao carcinoma hepatocelular, após evolução variável que pode representar até três décadas.

O risco de transmissão do vírus da mãe para o filho durante a gestação e o parto chega a 90%, dependendo do estado sorológico da mãe. O potencial de cronificação da doença nos recém-nascidos é de 85 a 95%, e a evolução da doença é mais rápida do que nos adultos. Aos cinco anos de idade, 40% das crianças já apresentam sintomas, e aos dez, muitas já evoluíram para cirrose hepática. Não existe, até o momento, profilaxia medicamentosa para a gestante visando a prevenção da transmissão vertical da hepatite B.

Resumo esquema vacinal contra o Hepatite B	
Sem nenhuma dose registrada	Iniciar o esquema vacinal após o primeiro trimestre, com três doses, com intervalo de 30 dias da 1ª para 2ª dose e 6 meses(180 dias) da 1ª para 3ª dose. Agendar as doses subsequentes no cartão da gestante.

Menos de três doses	Completar as três doses após o primeiro trimestre respeitando o intervalo entre as doses. Agendar as doses subseqüentes no cartão da gestante.
---------------------	--

VACINA CONTRA A INFLUENZA

Observa-se que as gestantes infectadas pelo vírus influenza, principalmente no 3º trimestre da gestação e no puerpério imediato, têm risco aumentado de doença grave e pneumonia.

Considerando a morbimortalidade, a vacina contra influenza está sendo indicada para todas as gestantes, independente da idade gestacional, em dose única. Caso não realize a vacinação na gestação, deverá ser feita no puerpério até 45 dias após o parto e no recém-nascido deverá ser realizada com 6 meses de idade.

VACINA CONTRA A FEBRE AMARELA

Considerando-se o possível risco de infecção dos fetos pelo vírus vacinal, a vacina contra a febre amarela está contraindicada para gestantes e mulheres amamentando, salvo em situações de alto risco de exposição. A vacinação em gestantes deverá ser analisada caso a caso.

Maiores informações poderão ser consultadas no Manual de Vacinas (Manual de normas e procedimentos de vacinação MS/2014), Disponível: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_procedimentos_vacinacao.pdf

4.7 SUPLEMENTAÇÃO DE ÁCIDO FÓLICO

Para a prevenção de defeitos congênitos do tubo neural e principalmente para as mulheres com história de recém-nato com defeito do tubo neural em gestações anteriores; com parentes em 1º grau que apresentaram defeito do tubo neural e aquelas tratadas com ácido valpróico ou carbamazepina.

Deve iniciar a dose profilática um mês antes da concepção (5mg, 1 vez ao dia até a 12ª semana).

Posologia risco habitual: 400 mcg de ácido fólico. Solução oral 0,2mg/ml. Como segunda opção: 1/2 comprimido de 5 mg ao dia até o final da gestação.

A suplementação de ferro e ácido fólico deve ser iniciada o mais precocemente possível (BRASIL 2013).

A prescrição cabe ao profissional enfermeiro ou médico.

4.8 SUPLEMENTAÇÃO DE SULFATO FERROSO

Gestantes: de 30-60 mg de ferro elementar . Diariamente ao iniciar o pré-natal até o final da gestação.

Mulheres no pós-parto e pós-aborto: 40 mg de ferro elementar. Diariamente até o terceiro mês pós-parto e até o terceiro mês pós-aborto. (BRASIL 2013)

*Essas condutas estão de acordo com as recomendações oficiais da Organização Mundial da Saúde (WHO, 2001; 2012); da Sociedade Brasileira de Pediatria (2013), para prevenção e controle da deficiência de ferro, e da Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (2012), para prevenção da ocorrência de defeitos do tubo neural.

A prescrição cabe ao profissional enfermeiro ou médico.

5. PRIMEIRA CONSULTA DE PRÉ NATAL

De acordo com o Ministério da saúde, os cadernos de atenção básica norteiam a assistência no referido nível. Os procedimentos devem ser seguidos por todos os profissionais da equipe com uniformidade dos cuidados prestados, facilitando a avaliação contínua e a comparação dos resultados. (BRASIL, 2016).

5.1 ANAMNESE

Na anamnese deve constar a coleta e o registro da história clínica, social e familiar da mulher e abordando os seguintes aspectos:

História Clínica: identificação; dados socioeconômicos; psicológicos e culturais; antecedentes pessoais e familiares; antecedentes ginecológicos e obstétricos; sexualidade; história prévia de infecções sexualmente transmissíveis; história patológica pregressa; reações alérgicas.

Gestação Atual: queixas, necessidades, sentimentos e conhecimentos sobre a gestação; ocupação habitual; investigação da data da última menstruação (DUM) para cálculo de idade gestacional (IG) e data provável do parto (DPP); dados antropométricos; avaliação nutricional; principais sinais e sintomas relacionados à gravidez (náuseas, vômitos, dor abdominal, constipação, cefaléia, síncope, sangramento ou corrimento

vaginal, disúria, polaciúria e edemas); hábitos alimentares; uso de tabaco, álcool ou drogas lícitas ou ilícitas; situação vacinal.

5.2 EXAME FÍSICO

Durante o exame físico e nas demais etapas da consulta, alguns pequenos gestos contribuem para o cuidado humanizado: lavar as mãos; explicar cada procedimento realizado; informar sobre os seus achados e tranquilizar a gestante.

Ao iniciar o exame, fazê-lo no sentido céfalo-caudal e manter a privacidade da gestante. O exame físico é subdividido em geral e obstétrico.

Exame Geral: determinação do peso e altura; aferir a pressão arterial; inspeção da pele e mucosas; ausculta cardiopulmonar; exame do abdômen; exame dos membros inferiores; pesquisa de edema (face, tronco, membros).

Exame Específico: inspeção e palpação de mamas: avaliar simetria e tipo de mamilos (normais, planos, invertidos); palpação obstétrica e identificação da situação, posição e apresentação fetal (a partir da 28ª semana); medida da altura uterina (AU); ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF) após a 12ª semana; avaliar genitália externa; proceder a coleta do exame colpocitológico para gestantes, cujo último exame tenha sido realizado há mais de um ano (apenas ectocérvice).

5.3 MÉTODOS PARA CÁLCULO DA IDADE GESTACIONAL (IG) E DA DATA PROVÁVEL DO PARTO (DPP)

5.3.1 CÁLCULO DA IDADE GESTACIONAL:

Com a finalidade de estimar a duração da gravidez / idade do feto.

Os métodos para essa estimativa dependem da data da última menstruação (DUM), que corresponde ao primeiro dia de sangramento do último período menstrual referido pela mulher.

A) Quando a data da última menstruação é conhecida e de certeza:

É o método para se calcular a idade gestacional em mulheres com ciclos menstruais regulares, que não estão amamentando nem fazendo uso de métodos anticoncepcionais hormonais.

- Uso do calendário: somar o número de dias do intervalo entre a DUM e a data da consulta, dividindo o total por sete (resultado em semanas).

- Uso de disco (gestograma): colocar a seta sobre o dia e o mês correspondentes ao primeiro dia da última menstruação e observar o número de semanas indicado no dia e mês da consulta atual.

B) Quando a data da última menstruação é desconhecida, mas se conhece o período do mês em que ela ocorreu:

- Se o período foi no início, meio ou fim do mês, considerar como DUM os dias 5, 15 e 25, respectivamente. Proceder então à utilização de um dos métodos descritos anteriormente.

C) Quando a data e o período da última menstruação são desconhecidos:

- Quando a data e o período do mês não forem conhecidos, a idade gestacional e a data provável do parto serão, inicialmente, determinadas por aproximação, basicamente pela medida da altura do fundo do útero e pelo toque vaginal, além da informação sobre a data de início dos movimentos fetais, que ocorrem habitualmente entre 16 e 20 semanas. Pode-se utilizar a altura uterina mais o toque vaginal, considerando os seguintes parâmetros:

- até a 6ª semana não ocorre alteração do tamanho uterino;
- na 8ª semana o útero corresponde ao dobro do tamanho normal;
- na 10ª semana o útero corresponde a três vezes o tamanho habitual;
- na 12ª semana ele ocupa a pelve de modo que é palpável na sínfise púbica;
- na 16ª semana o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical;
- na 20ª semana o fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical;
- a partir da 20ª semana existe relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina. Porém, esse parâmetro torna-se menos fiel a partir da 32ª semana de idade gestacional.

5.3.2 – CÁLCULO DA DATA PROVÁVEL DO PARTO

Objetivo: estimar o período provável para o nascimento.

- Calcula-se a data provável do parto levando-se em consideração a duração média da gestação normal (280 dias, ou 40 semanas a partir da DUM), mediante a utilização de calendário.

- Com o disco (gestograma), colocar a seta sobre o dia e o mês correspondentes ao primeiro dia da última menstruação e observar a seta na data (dia e mês) indicada como data provável do parto.

- Outra forma de cálculo é somar 7 dias ao primeiro dia da última menstruação e subtrair 3 meses ao mês em que ocorreu a última menstruação (ou adicionar 9 meses, se corresponder aos meses de janeiro a março) – Regra de Nägele. Nos casos em que o número de dias encontrado for maior do que o número de dias do mês, passar os dias excedentes para o mês seguinte, adicionando 1 ao final do cálculo do mês.

- Quando a DUM não for conhecida, proceder de forma análoga utilizando a idade gestacional estimada no exame ultrassonográfico mais precoce disponível.

Exemplos:

Data da última menstruação: 13/9/08

Data provável do parto: 20/6/09 ($13+7=20/9-3=6$)

Data da última menstruação: 10/2/09

Data provável do parto: 17/11/09 ($10+7=17/2-9=11$)

Data da última menstruação: 27/1/09

Data provável do parto: 3/11/09 ($27+7=34/34-31=3/1+9+1=11$)

5.4 – AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E DO GANHO DE PESO GESTACIONAL

Objetivo - avaliar e acompanhar o estado nutricional da gestante e o ganho de peso durante a gestação para:

- Identificar, a partir de diagnóstico oportuno, as gestantes em risco nutricional (baixo peso, sobrepeso ou obesidade) no início da gestação;
- Detectar as gestantes com ganho de peso baixo ou excessivo para a idade gestacional;
- Realizar orientação adequada para cada caso, visando à promoção do estado nutricional materno, condições para o parto e peso do recém-nascido.

Atividades:

- Medida do peso e da altura da gestante;
- Avaliação do estado nutricional durante a gestação.

Técnicas para a tomada das medidas do peso e da altura

O peso deve ser aferido em todas as consultas de pré-natal. A estatura da gestante adulta (idade > 19 anos) deve ser aferida apenas na primeira consulta e a da gestante adolescente pelo menos trimestralmente. Recomenda-se a utilização da balança eletrônica ou mecânica, certificando-se se está em bom funcionamento e calibrada. O cuidado com as técnicas de medição e a aferição regular dos equipamentos garante a qualidade das medidas coletadas.

A) Procedimentos para pesagem:

Balança de adulto, tipo plataforma, com escala apresentando intervalos de 100 g, ou eletrônica, se disponível.

- Antes de cada pesagem, a balança deve ser destravada, zerada e calibrada;
- A gestante, descalça e vestida apenas com avental ou roupas leves, deve subir na plataforma e ficar em pé, de costas para o medidor, com os braços estendidos ao longo do corpo e sem qualquer outro apoio.
- Mover o marcador maior (kg) do zero da escala até o ponto em que o braço da balança se inclinar para baixo; voltar, então, para o nível imediatamente anterior (o braço da balança inclina-se para cima).

- Mover o marcador menor (g) do zero da escala até o ponto em que haja equilíbrio entre o peso da escala e o peso da gestante (o braço da balança fica em linha reta e o cursor aponta para o ponto médio da escala).

- Ler o peso em quilogramas na escala maior e em gramas na escala menor. No caso de valores intermediários (entre os traços da escala), considerar o menor valor. Por exemplo: se o cursor estiver entre 200 e 300 g, considerar 200 g.

- Anotar o peso encontrado no prontuário e no cartão da gestante.

B) Procedimentos para medida da altura:

- A gestante deve estar em pé e descalça, no centro da plataforma da balança, com os braços estendidos ao longo do corpo. Quando disponível, poderá ser utilizado o antropômetro vertical.

- Calcanhares, nádegas e espáduas devem se aproximar da haste vertical da balança. Caso se utilize antropômetro vertical, a gestante deverá ficar com calcanhares, nádegas e espáduas encostados no equipamento.

- A cabeça deve estar erguida de maneira que a borda inferior da órbita fique no mesmo plano horizontal que o meato do ouvido externo.

- O encarregado de realizar a medida deverá baixar lentamente a haste vertical, pressionando suavemente os cabelos da gestante até que a haste encoste-se no couro cabeludo.

- Fazer a leitura na escala da haste. No caso de valores intermediários (entre os traços da escala), considerar o menor valor. Anotar o resultado no prontuário.

C) Estado nutricional da gestante:

O primeiro passo para a avaliação nutricional da gestante é a aferição do peso e da altura e o cálculo da idade gestacional, conforme técnicas descritas anteriormente.

Na primeira consulta de pré-natal, a avaliação nutricional da gestante, com base em seu peso e sua estatura, permite conhecer seu estado nutricional atual e subsidia a previsão de ganho de peso até o fim da gestação. Essa avaliação deve ser feita conforme as instruções apresentadas a seguir.

1) Calcule o IMC por meio da fórmula:

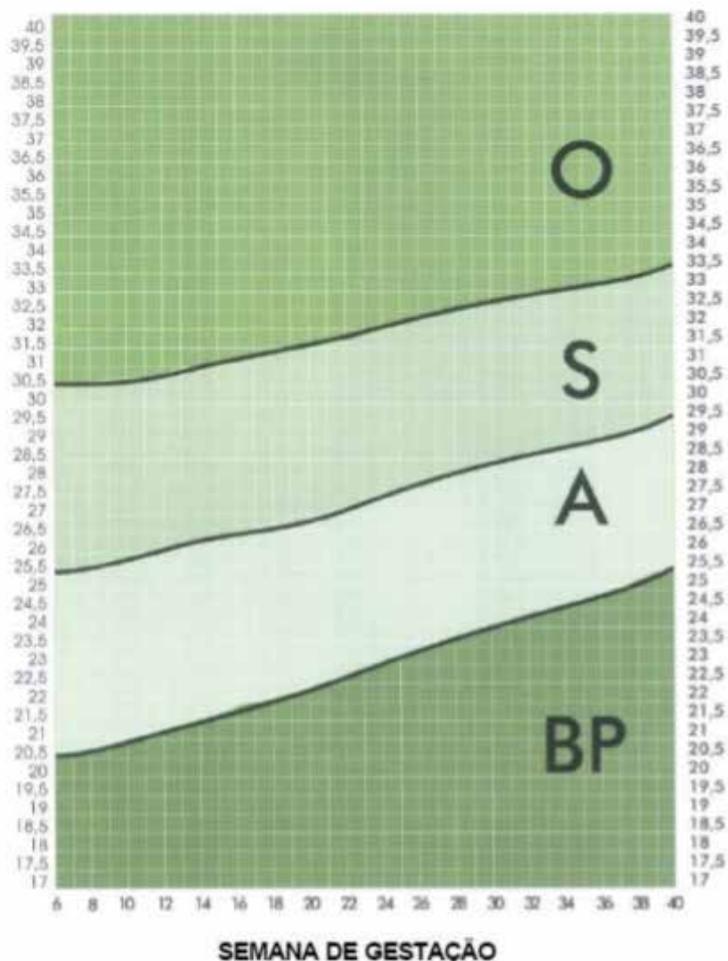
$$\text{Índice de Massa Corporal (IMC)} = \frac{\text{PESO}}{\text{Altura}^2 \text{ (m)}}$$

O ideal é que o IMC considerado no diagnóstico inicial da gestante seja o IMC pré-gestacional referido ou o IMC calculado a partir de medição realizada até a 13ª semana gestacional. Caso isso não seja possível, inicie a avaliação da gestante com os dados da primeira consulta de pré-natal, mesmo que esta ocorra após a 13ª semana gestacional.

O ganho de peso tem uma curva ideal de acordo com o IMC pré-gravídico. A paciente de baixo peso tende a ganhar mais peso que a obesa, que em média engorda menos. Isso é diferente de ganho de peso inadequado entre uma consulta e outra. Se houver perda de peso, mesmo a paciente sendo obesa, deve-se pesquisar as causas (insuficiência placentária). Qualquer gestante que ganhe mais de 500g por semana, mesmo se estiver dentro do peso adequado, deverá ser pesquisado diabetes, edema patológico (pré- eclâmpsia), além de erro alimentar. Solicitar curva de PA diária, orientação dietética e retorno entre 7 e 15 dias para avaliação. Se PA > 140 x 90 mmHg indicar retorno a unidade.

Semana gestacional	Baixo peso	Peso adequado		Sobrepeso		Obesidade
	IMC <=	IMC entre		IMC entre		IMC >=
6	19,9	20,0	24,9	25,0	30,0	30,1
8	20,1	20,2	25,0	25,1	30,1	30,2
10	20,2	20,3	25,2	25,3	30,2	30,3
11	20,3	20,4	25,3	25,4	30,3	30,4
12	20,4	20,5	25,4	25,5	30,3	30,4
13	20,6	20,7	25,6	25,7	30,4	30,5
14	20,7	20,8	25,7	25,8	30,5	30,6
15	20,8	20,9	25,8	25,9	30,6	30,7
16	21,0	21,1	25,9	26,0	30,7	30,8
17	21,1	21,2	26,0	26,1	30,8	30,9
18	21,2	21,3	26,1	26,2	30,9	31,0
19	21,4	21,5	26,2	26,3	30,9	31,0
20	21,5	21,6	26,3	26,4	31,0	31,1
21	21,7	21,8	26,4	26,5	31,1	31,2
22	21,8	21,9	26,6	26,7	31,2	31,3
23	22,0	22,1	26,8	26,9	31,3	31,4
24	22,2	22,3	26,9	27,0	31,5	31,6
25	22,4	22,	27,0	27,1	31,6	31,7
26	22,	22,7	27,2	27,3	31,7	31,8
27	22,7	22,8	27,3	27,4	31,8	31,9
28	22,9	23,0	27,5	27,6	31,9	32,0
29	23,1	23,2	27,6	27,7	32,0	32,1
30	23,3	23,4	27,8	27,9	32,1	32,2
31	23,4	23,5	27,9	28,0	32,2	32,3
32	23,6	23,7	28,0	28,1	32,3	32,4
33	23,8	23,9	28,1	28,2	32,4	32,5
34	23,9	24,0	28,3	28,4	32,5	32,6
35	24,1	24,2	28,4	28,5	32,6	32,7
36	24,2	24,3	28,5	28,6	32,7	32,8
37	24,4	24,5	28,7	28,8	32,8	32,9
38	24,5	24,6	28,8	28,9	32,9	33,0
39	24,7	24,8	28,9	29,0	33,0	33,1
40	24,9	25,0	29,1	29,2	33,1	33,2
41	25,0	25,1	29,2	29,3	33,2	33,3
42	25,0	25,1	29,2	29,3	33,2	33,3

Fonte: Atalah *et al.* Revista Médica de Chile, 1997.



■ Baixo Peso □ Adequado □ Sobrepeso □ Obesidade

Fonte: Atalah *et al.* Revista Médica de Chile, 1997. In: Fagundes AA, et al. Ministério da Saúde, 2004

D) Conduta segundo o estado nutricional encontrado:

- Baixo peso (BP) – investigar história alimentar, hiperêmese gravídica, infecções, parasitoses, anemias e doenças debilitantes; dar orientação nutricional, visando à promoção do peso adequado e de hábitos alimentares saudáveis; remarcar consulta em intervalo menor que o fixado no calendário habitual.

- Adequado (A) – seguir calendário habitual, explicar à gestante que seu peso está adequado para a idade gestacional, dar orientação nutricional, visando à manutenção do peso adequado e à promoção de hábitos alimentares saudáveis.

- Sobrepeso e obesidade (S e O) – investigar obesidade pré-gestacional, edema, polidrâmnio, macrossomia, gravidez múltipla e doenças associadas (diabetes, pré-eclâmpsia, etc.); dar orientação nutricional, visando à promoção do peso adequado e de hábitos alimentares saudáveis, ressaltando que no período gestacional não se deve perder peso; remarcar consulta em intervalo menor que o fixado no calendário habitual.

Estado Nutricional Inicial (IMC)	Ganho de peso (kg) total no 1º trimestre	Ganho de peso (kg) semanal médio no 2º e 3º trimestres	Ganho de peso (kg) total na gestação
Baixo Peso (BP)	2,3	0,5	12,5 - 18,0
Adequado (A)	1,6	0,4	11,5 - 16,0
Sobrepeso (S)	0,9	0,3	7,0 - 11,5
Obesidade (O)	-	0,3	7,0

Fonte: INSTITUTE OF MEDICINE. Nutrition during pregnancy. Washington DC. National Academy Press, 1990.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Physical Status: the use and interpretation of anthropometry, WHO Technical Report Series n. 854. Geneva: WHO, 1995.

É de extrema importância o registro do estado nutricional tanto no prontuário quanto no cartão da gestante. A avaliação do estado nutricional é capaz de fornecer informações relevantes para a prevenção e o controle de agravos à saúde e à nutrição.

Contudo, vale ressaltar a importância da realização de outros procedimentos que possam complementar o diagnóstico nutricional ou alterar sua interpretação, conforme a necessidade de cada gestante.

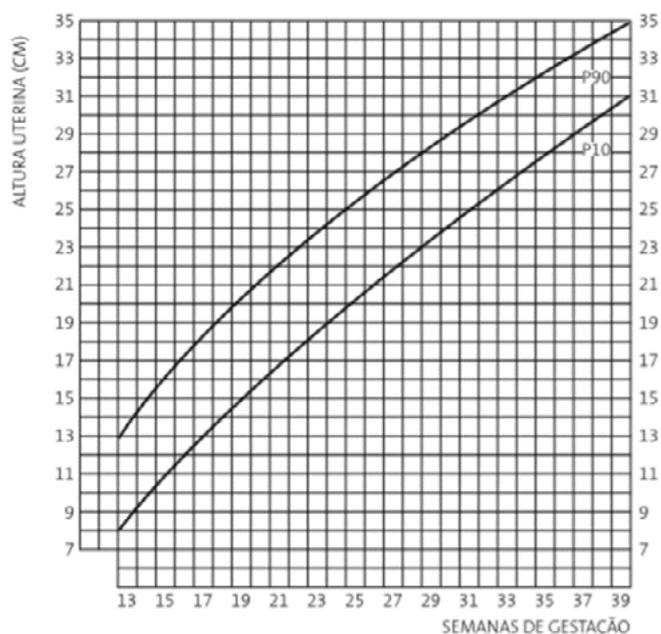
Assim, destaca-se a avaliação clínica para detecção de doenças associadas à nutrição (por exemplo, diabetes); a observação da presença de edema, que acarreta aumento de peso e confunde o diagnóstico do estado nutricional; a avaliação laboratorial, para diagnóstico de anemia e outras doenças de interesse clínico, conforme as normas deste manual.

Essas orientações genéricas são para o profissional de saúde encarregado da atenção pré-natal. Todavia, quando se detectam alterações do estado nutricional, sempre que possível a gestante deverá também ser encaminhada para um especialista de nutrição para avaliação, orientação específica e seguimento conjunto do caso.

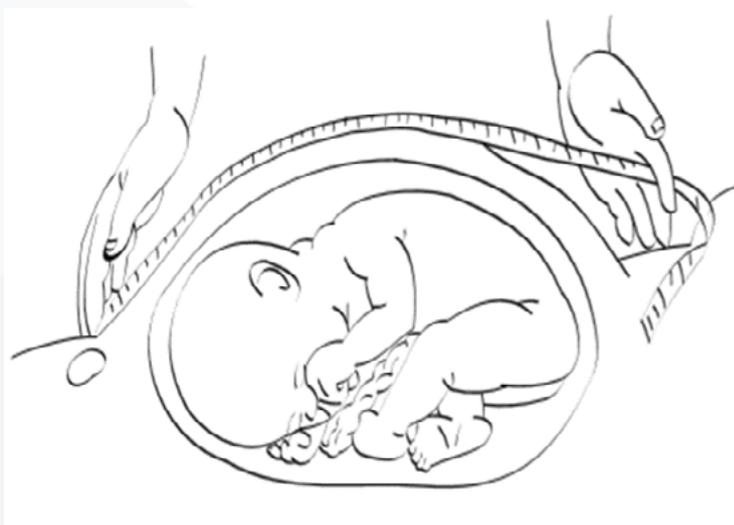
5.5 MEDIDA DA ALTURA UTERINA (AU)

Indica o crescimento fetal e a medida deve ficar dentro da faixa que delimita os percentis 10 e 90 do gráfico de crescimento uterino de acordo com a idade gestacional.

Deverá ser realizado e anotado pelo profissional de saúde no cartão da gestante em todas as consultas, após a 12ª semana de gestação.



Após delimitar o fundo uterino e a borda superior da sínfise púbica, fixar a extremidade da fita métrica inelástica na primeira e deslizá-la com a borda cubital da mão pela linha mediana do abdome até a altura do fundo uterino.



Determinação aproximada da idade gestacional por exame obstétrico pela medida da altura do fundo do útero, de acordo com os seguintes parâmetros descritos no item 5.3.1, letra C.

A situação fetal transversa reduz a medida de altura uterina e pode falsear a relação com a idade da gestação.

Traçados iniciais abaixo ou acima da faixa devem ser medidos novamente em 15 dias para descartar erro da idade gestacional e risco para o feto. Nas avaliações subsequentes, traçados persistentemente acima ou abaixo da faixa e com inclinação semelhante indicam provável erro de idade gestacional; encaminhar para avaliação médica para confirmação da curva, verificar a necessidade de solicitação de ultrassonografia ou referência ao alto risco. Se a inclinação for diferente, encaminhar para o alto risco.

5.6 PALPAÇÃO OBSTÉTRICA:

Avaliar o crescimento fetal e diagnosticar desvios da normalidade a partir da relação entre a altura uterina e a idade gestacional, além de identificar a situação e a apresentação fetal. Deverá ser realizada na primeira consulta, no 2º trimestre e no 3º trimestre.

Inicia-se pela delimitação do fundo uterino, bem como de todo o contorno da superfície uterina (esse procedimento reduz o risco de erro da medida da altura uterina). A identificação da situação e da apresentação fetal é feita por meio da palpação obstétrica, procurando reconhecer os polos cefálico e pélvico e o dorso fetal, o que ocorre facilmente a partir do 3º trimestre.

Em torno da 36ª semana, recomenda-se a determinação da apresentação fetal (cefálica e pélvica). Determinar a situação fetal (longitudinal, transversa e oblíqua) colocando as mãos sobre as fossas ilíacas, deslizando-as em direção a escava pélvica e abarcando o polo fetal que se apresenta. A situação longitudinal é a mais comum.

Situação:



Longitudinal



Transversa

Apresentação:



Cefálica



Pélvica

Fonte: BRASIL, 2006.

A situação transversa e a apresentação pélvica ao final da gestação podem trazer risco ao parto e a gestante deve ser encaminhada para a maternidade de referência.

As manobras de Leopold Zweifel são um método comum e sistemático de se determinar a posição de um feto dentro do útero de uma mulher, em quatro ações distintas. São importantes porque além de determinar a posição e apresentação do feto, com a avaliação correta da forma da pelve materna, podem indicar se o parto será complicado ou se uma cesareana será necessária.

São realizadas em 4 passos :

1º) Delimite o fundo do útero com a borda cubital de ambas as mãos e reconheça a parte fetal que o ocupa, a partir daí, realize medida de fundo de útero;

2º) Deslize as mãos do fundo uterino até o polo inferior do útero, procurando sentir o dorso e as pequenas partes do feto;

3º) Explore a mobilidade do polo, que se apresenta no estreito superior pélvico;

4º) Determine a situação fetal, colocando as mãos sobre as fossas ilíacas, deslizando-as em direção à escava pélvica e abarcando o polo fetal, que se apresenta. As situações que podem ser encontradas são: longitudinal (apresentação cefálica e pélvica), transversa (apresentação córmica) e oblíquas.

As manobras de Leopold são difíceis de serem realizadas em mulheres obesas e em mulheres que tem polidrâmnio.

A palpação pode às vezes ser desconfortável para a mulher caso não esteja relaxada e numa posição adequada.

O profissional deve certificar-se que a mulher esvaziou sua bexiga previamente.

Manobras de palpação:

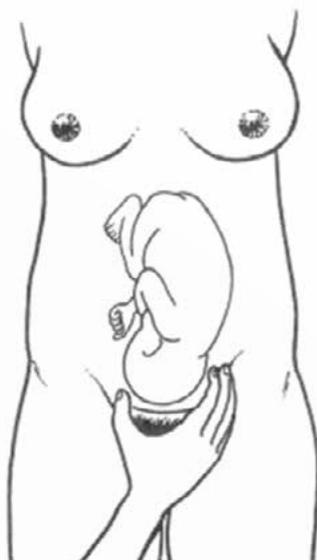
1º tempo



2º tempo



3º tempo



4º tempo



Fonte: BRASIL, 2006.

5.7 BATIMENTO CARDIO FETAL (BCF)

Verifica a vitalidade fetal, atentando para a presença, ritmo, frequência e normalidade dos BCF.

A gestante deverá estar em decúbito lateral ou decúbito a 45° (semissentada).

Após palpação do abdome materno, determinar a apresentação e a posição do dorso fetal, localizando a região de melhor ausculta dos BCF, que corresponderá ao nível do coração do concepto (nos casos em que a equipe já conhece essa localização, o procedimento pode ser efetuado sem nova palpação abdominal).

Colocar gel transdutor do Sonar Doppler e apoiá-lo na região como acima identificada.

Registrar em instrumentos próprios: prontuário médico, cartão da gestante, etc.

Nos casos de gemelaridade, identificar os locais de ausculta de cada coração fetal. Caso haja dúvida de que o batimento auscultado seja cardíaco fetal, palpar o pulso da gestante para verificar se a frequência é diferente, ou trata-se de ausculta de atividade do coração materno.

Ausculta dos batimentos cardíofetais (BCF):

- Audível com uso de sonar doppler a partir da 10^a/12^a semana;
- Audível com uso de estetoscópio de Pinard a partir da 20^a semana;
- Verificar ritmo, frequência e regularidade dos BCF;
- Contar número de BCF em um minuto. A frequência esperada é de 110 a 160 bpm.

Alterações persistentes da frequência dos BCF devem ser avaliadas pelo médico ou na maternidade de referência, assim como BCF não audíveis com Pinard após a 24^a semana e não percepção de movimentos fetais e/ou se não ocorreu crescimento uterino.

Ocorre aumento transitório da frequência na presença de contração uterina, movimento fetal ou estímulo mecânico. Se ocorrer desaceleração durante e após contração, pode ser sinal de preocupação. Nestas condições, referir para avaliação em serviço de maior densidade tecnológica ou maternidade.

5.8 GESTAÇÃO E ZIKA:

O Zika é um vírus transmitido pelo *Aedes aegypti* e identificado pela primeira vez no Brasil em abril de 2015. A gestante com sinais ou sintomas de Zika deverá receber cuidados e orientações complementares em função de uma possível relação com a microcefalia em recém-nascidos de mães que tiveram o vírus.

Diante de uma suspeita de gestante com Zika é importante perguntar e registrar sinais e sintomas, histórico de deslocamento para áreas de circulação de Zika vírus e idade gestacional. Todo caso suspeito deverá ser notificado obrigatoriamente.

a) Sintomatologia/Caso suspeito:

Pacientes que apresentem exantema maculopapular pruriginoso (obrigatoriamente) acompanhado de dois ou mais dos seguintes sinais e sintomas: febre, hipermia conjuntival sem secreção e prurido, poliartralgia, edema periarticular.

Saiba mais em: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/07/Nota-Informativa-zika.pdf>

b) Cuidados:

Repelentes de uso tópico: Orientar a aplicação de produtos repelentes de uso tópico que podem ser utilizados por gestantes desde que estejam devidamente registrados na ANVISA e que sejam seguidas as instruções de uso descritas no rótulo. Estudos conduzidos em humanos durante o segundo e o terceiro trimestre de gestação e em animais durante o primeiro trimestre, indicam que o uso tópico de repelentes a base de n,n-Dietil-meta-toluamida (DEET) por gestantes é seguro.

(<http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2015/dezembro/04/Nota-Anvisa-Repelentes-eSaneantes-02dez2015.pdf>)

Repelentes ambientais e uso de inseticidas: Orientar sobre a utilização de produtos saneantes repelentes e inseticidas em ambientes frequentados por gestantes desde que estejam devidamente registrados na ANVISA e que sejam seguidas as instruções de uso descritas no rótulo. A ANVISA não permite a utilização de substâncias que sejam comprovadamente carcinogênicas, mutagênicas ou teratogênicas em produtos saneantes. Entretanto, como os produtos são destinados a superfícies e ambientes,

não são apresentados estudos com aplicação direta em pessoas, o que significa que uma superexposição da gestante ao produto pode não ser segura. Dessa forma, a segurança para a utilização desses produtos em ambientes frequentados por gestantes depende da estrita obediência a todos os cuidados e precauções descritas nos rótulos dos produtos.

Cuidados ambientais:

- Orientar a utilização de telas, mosquiteiros ou outras barreiras disponíveis em janelas e portas;
- Estimular o uso contínuo de roupas compridas ou que deixem áreas do corpo o menos expostas possível, aplicando repelente nessas áreas.
- Aconselhar que a gestante evite frequentar locais /horários com presença de mosquitos focos ou criadouros em potencial (locais com água parada).

Cuidados sexuais:

- Orientar a prática sexual com uso de preservativos já que se considera que o vírus é capaz de ser transmitido por via sexual, ainda que provas mais contundentes sejam necessárias e devam surgir logo, com estudos mais específicos.
- SEMPRE ALERTE QUE, EM SUSPEITA DE ZIKA, NÃO SEJAM UTILIZADOS AINES OU MEDICAMENTOS CONTENDO AAS. DESENCORAJE A AUTOMEDICAÇÃO.

c)Puerpério e Zika:

Já houve pesquisas que identificaram o vírus em leite materno. Entretanto, não se obteve a sua multiplicação. Como não há evidência científica que demonstre a transmissão do vírus Zika pelo leite materno, o Ministério da Saúde recomenda que seja mantido o aleitamento materno da mesma forma que para as demais crianças.

(<http://portalsaude.saude.gov.br/index.php/links-de-interesse/1225-zika/21869-a-puerperainfectada-com-o-virus-zika-pode-amamentar>)

Observações: Em gestantes com suspeita de doença exantemática, solicite interconsulta com médico; e não se esqueça de notificar e realizar contato imediato com a vigilância epidemiológica.

6. CONSULTAS DE RETORNO

As consultas de Pré-natal de risco habitual podem ser realizadas por Enfermeiros e Médicos, devendo ser avaliado o risco gestacional a cada consulta.

Nas Unidades de Saúde da Família a Equipe Multidisciplinar deve participar ativamente com avaliação dos casos e atendimento conjunto entre os profissionais, podendo intercalar as consultas. Este processo fortalece o atendimento e cria um vínculo entre a equipe e a gestante.

Estas consultas poderão ser realizadas na unidade de saúde ou em visitas domiciliares, quando necessário.

O calendário de atendimento pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal.

Deve ser iniciado precocemente (primeiro trimestre) e deve ser regular e completo (garantindo-se que todas as avaliações propostas sejam realizadas e preenchendo-se o cartão da gestante e a ficha de pré-natal).

Durante o pré-natal, deverá ser realizado o número mínimo de seis consultas, preferencialmente uma no primeiro trimestre, duas no segundo trimestre e três no último trimestre. A maior frequência de visitas no final da gestação visa à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal.(BRASIL, 2012)

A) Revisão da ficha de acompanhamento pré-natal:

- Anamnese/interrogatório complementar;
- Atualização do calendário vacinal;
- Solicitação de outros exames complementares, se necessário;
- Atualização do cartão da gestante e do prontuário da paciente.

B) Monitoramento:

- Cálculo e anotação da idade gestacional;
- Queixas, verificando dúvidas da paciente e dos familiares;

- Estado geral;
- Peso, calculando o índice de massa corporal (avaliar o estado nutricional);
- Pressão arterial;
- Pesquisa de edema;
- Palpação obstétrica e medida da altura uterina (anotar no gráfico, avaliar desvios, segundo curva específica);
 - Avaliação dos resultados de exames laboratoriais adicionais e instituição de condutas específicas;
 - Ausculta dos batimentos cardíacos fetais;
 - Monitoramento da vitalidade fetal, baseando-se nas informações clínicas que podem indicar a evolução da gravidez. Avaliação dos movimentos fetais percebidos pela mulher e/ou detectados no exame obstétrico.

Os padrões da atividade fetal mudam com a evolução da gravidez. Inicialmente, os movimentos são débeis e pouco frequentes, podendo ser confundidos pela gestante com outros fenômenos, como o peristaltismo. Gradativamente, à medida que prossegue a integração do sistema nervoso central com o sistema muscular do feto, os movimentos tornam-se rítmicos, fortes e contínuos.

O ritmo da atividade fetal pode sofrer interferência tanto de fatores endógenos – como a presença de insuficiência placentária, aloimunização pelo fator Rh ou malformações congênitas – quanto de fatores exógenos, como atividade materna excessiva, uso de medicamentos sedativos, álcool, nicotina e outros. A presença de movimentos fetais ativos e frequentes é tranquilizadora quanto ao prognóstico fetal.

Dada a boa correlação entre a subjetividade da percepção materna e a ultrasonografia em tempo real, resulta lógica a utilização do controle diário de movimentos fetais, realizado pela gestante, como instrumento de avaliação fetal simples, de baixo custo, que não requer instrumentalização e não tem contraindicações. Quando necessário, o registro da movimentação fetal pode ser incluído no monitoramento da vitalidade fetal. Não existe na literatura padronização quanto ao método de registro. O importante é utilizar técnica simples e por período não muito longo, para não se tornar exaustivo e facilitar a sua realização sistemática pela mulher.

C) Condutas:

- Interpretação dos dados de anamnese, do exame obstétrico e dos exames laboratoriais com solicitação de outros, se necessários;
- Tratamento de alterações encontradas, ou encaminhamento, se necessário.
- Prescrição de suplementação de sulfato ferroso;
- Orientação alimentar, encaminhando para o serviço de nutrição, se necessário;
- Acompanhamento das condutas adotadas em serviços especializados, pois a mulher deverá continuar a ser acompanhada pela equipe da atenção básica;
- Realização de ações e práticas educativas individuais e em grupos. • Agendamento de consultas subsequente;
- Anotação dos dados da consulta e condutas no prontuário e no cartão da gestante.
- Imunização antitetânica;
- Imunização influenza;
- Profilaxia da pré-eclâmpsia: - orientação sobre dieta rica em cálcio (folhas verdes, leite pouco gorduroso e derivados, no mínimo 1 litro), ou 1 g via oral de carbonato de cálcio, se ingesta deficiente; - prescrição de ácido acetilsalicílico (100 mg/dia) de 14 até 36 semanas para gestantes com maior risco para pré-eclâmpsia, incluindo o antecedente de pré-eclâmpsia ou hipertensão arterial de qualquer etiologia e síndrome antifosfolípide (efeito discreto a moderado).

6.1 FREQUÊNCIA DAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL;

Idade Gestacional	Intervalo entre as consultas
Da 12ª semana até a 28ª semana	Consultas mensais
Da 28ª semana até a 36ª semana e 6 dias	Consultas quinzenais
Da 37ª semana a 40ª e 6 dias semana	Consultas semanais
Na 41ª semana	Encaminhar para maternidade e manter o monitoramento pela Unidade de Saúde responsável pelo pré-natal

Considerando o risco perinatal e as intercorrências clínico-obstétricas, mais comuns no 3º trimestre, é imprescindível que sejam realizadas consultas até a 40ª semana de gestação; Não existe “alta” do pré-natal antes do parto. Se não ocorrer parto até a 41ª semana, a gestante deve ser encaminhada para hospital para interrupção da gravidez. (BRASIL, 2012)

A gestante deverá ser atendida sempre que houver uma intercorrência, independente do calendário estabelecido;

Da mesma forma, retornos para avaliação de resultados de exames ou para outras ações, no âmbito clínico ou não, devem ser considerados fora do calendário de rotina;

Para as gestantes de alto risco, a definição do cronograma de consultas deve ser adequada a cada caso e depende diretamente do agravo em questão;

Recomenda-se visita domiciliar nas localidades que há Estratégia de Saúde da Família para gestantes faltosas, com intercorrências e para todas as puérperas, na 1ª semana pós- parto.

Além dessas seis consultas consideradas como o mínimo adequado, a mulher deve ter ao menos um retorno puerperal. Mais importante que a quantidade de consultas é a sua qualidade. O profissional deve estar atento para identificar em cada consulta o surgimento de riscos para a mulher e o feto, considerando o caráter dinâmico da gestação. A identificação de problemas é oriunda de uma anamnese adequada, que preserve o tempo de fala da mulher, pelo exame físico completo e por vezes pelo auxílio de propedêutica complementar.

É importante que, mesmo com as consultas agendadas, a unidade de saúde seja maleável para atender a gestante toda vez que houver necessidade, seja para orientação nutricional, seja para atendimento odontológico, ou monitoramento de pressão arterial para aquelas com maior risco de pré-eclâmpsia, ou ainda uma consulta médica não agendada.

A avaliação da mulher no puerpério deve ser iniciada o mais precocemente possível, com a visita domiciliar na 1ª semana, e retorno ao serviço entre o 7º e o 10º dia. Além disso, é necessário realizar consulta médica ao redor de 42 dias após o parto. A equipe profissional deve estar atenta para monitorar o absenteísmo das gestantes, empenhar-se em caracterizar o problema e apoiar a solução da dificuldade, segundo a rotina da unidade; o agente comunitário pode, por exemplo, realizar a busca ativa com esse fim.

7. QUEIXAS FREQUENTES E CONDUTAS NA GESTAÇÃO (ADAPTADO: BRASIL,2012)

As alterações fisiológicas da gravidez produzem manifestações sobre o organismo da mulher que, muitas vezes, são percebidas como “doenças”. Cabe ao profissional de saúde a correta interpretação e a devida orientação à mulher, sem a banalização de suas queixas.

As orientações descritas a seguir são válidas para os casos em que os sintomas são manifestações ocasionais e transitórias, não refletindo, geralmente, doenças clínicas mais complexas. A maioria dos sintomas e sinais diminui e/ou desaparece com orientações alimentares, posturais e, na maioria das vezes, sem o uso de medicamentos, que devem ser evitados ao máximo.

No pré-natal de risco habitual, a abordagem de queixa frequente na gestação, pode ser realizada pelo profissional enfermeiro e/ou médico, cabendo a eles prescrição e conduta. Salvo medicamentos injetáveis, que deve ser prescrito apenas pelo médico.

7.1 – NÁUSEAS E VÔMITOS;

- Comuns no primeiro trimestre da gravidez, mais intensas pela manhã, ao acordar ou após um período de jejum prolongado. Pioram com estímulos sensoriais, em especial do olfato, como o cheiro de cigarro ou do paladar, como pasta de dentes. Cerca de 10% mantêm os enjoos durante períodos mais avançados da gravidez, podendo durar até o 3º trimestre.

- Avaliar sempre a presença de sinais de alerta: queda do estado geral, sinais de desidratação, sinais de distúrbios metabólicos.

- Investigar causa, de forma a afastar a Hiperêmese Grávida, e proceder às seguintes orientações:

1. Fazer alimentação fracionada, pelo menos três refeições e dois lanches por dia;
2. Alimentar-se logo ao acordar;
3. Evitar jejum prolongado;
4. Variar refeições conforme a tolerância individual;
5. Comer devagar e mastigar bem os alimentos;

6. Dar preferência a alimentos pastosos e secos (pão, torradas, bolachas);
7. Evitar alimentos gordurosos e condimentados;
8. Evitar doces com grande concentração de açúcar;
9. Evitar alimentos com odor forte;
10. Manter boa ingestão de água e outros líquidos;
11. Adiar o horário de escovação dos dentes, evitando os primeiros instantes após levantar-se pela manhã, pode ser útil;
12. Apoio psicoterápico, se necessário.

- Se ocorrer a manutenção do quadro de vômitos, avaliar a necessidade de referir à urgência/ emergência obstétrica.

7.2 – PIROSE (AZIA);

- Ingestão de alimentos de forma fracionada (pequenas quantidades e com maior frequência);
- Ao dormir, buscar elevar o tronco em relação ao resto do corpo (pode-se elevar a cabeceira da cama);
- Evitar frituras, café, chá preto, mates, alimentos gordurosos e picantes e outros irritantes gástricos, doces, álcool e fumo;
- Após as refeições, deitar-se só após uma ou duas horas.

7.3 ERUCTAÇÃO / PLENITUDE GÁSTRICA;

- Fracionar as refeições;
- Mastigar bem os alimentos;
- Considerar as medidas descritas para pirose.

7.4 – SIALORREIA (SALIVAÇÃO EXCESSIVA);

- Explicar que esse é um sintoma comum no início da gestação;
- Orientar alimentação semelhante à indicada para náuseas e vômitos;
- Orientar a gestante para deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância (especialmente em épocas de calor).

7.5 FRAQUEZAS E DESMAIOS;

- Orientar a gestante para que não faça mudanças bruscas de posição e evite a inatividade;
- Indicar alimentação fracionada, evitando jejum prolongado e grandes intervalos entre as refeições;
- Evitar vestuário desconfortável e que produza calor demais;
- Evitar ambientes pouco ventilados;
- Explicar à gestante que sentar com a cabeça abaixada ou deitar em decúbito lateral, respirando profunda e pausadamente, melhora a sensação de fraqueza e desmaio.

7.6 DOR ABDOMINAL, CÓLICAS, FLATULÊNCIA E OBSTIPAÇÃO INTESTINAL;

- Certificar-se de que não sejam contrações uterinas;
- Se a gestante apresentar flacidez da parede abdominal sugerir exercícios apropriados;
- Nos casos de epigastria ou dor no hipocôndrio direito, principalmente no 3º trimestre, estar alerta para sintomas associados à síndrome HELLP (Hipertensão na Gestação);
- Se houver flatulência (gases) e/ou obstipação intestinal:
 - orientar alimentação rica em fibras, com o consumo de frutas laxativas e com bagaço, verduras, de preferência cruas, e cereais integrais;
 - recomendar que aumente a ingestão de água e evite alimentos de alta fermentação, por exemplo, feijão, repolho, batata, milho, ovo, frituras, etc.;
 - recomendar caminhadas e movimentação leve;
 - solicitar exame parasitológico de fezes, se necessário;
 - incentivar que a paciente aproveite o reflexo gastrocólico (desejo de evacuar após a refeição), evitando horários fixos para as exonerações intestinais;
- Não se devem prescrever óleos minerais porque eles reduzem a absorção de vitaminas lipossolúveis.

7.7 DOENÇA HEMORROIDÁRIA;

Recomendar à gestante:

- Alimentação rica em fibras, a fim de evitar a obstipação intestinal. Se necessário, pres-

crever supositórios de glicerina;

- Dar preferência para higiene perianal com água e sabão neutro, após evacuação;
- Pode causar alívio a aplicação de anestésicos tópicos, se necessário;
- Fazer banhos de vapor ou compressas mornas;
- Agendar consulta médica, caso haja dor ou sangramento anal persistente, encaminhando ao proctologista, se presentes complicações como trombose.

7.8 CORRIMENTO VAGINAL;

- Explicar que aumento de fluxo vaginal é comum na gestação;
- Não prescrever cremes vaginais, desde que não haja diagnóstico de infecção vaginal. A presença de fluxo vaginal pode estar relacionada a complicações consideráveis, como rotura prematura de membranas, parto prematuro ou endometrite pós-parto, entre outras;
- O diagnóstico pode ser clínico e os achados mais comuns são:
 - prurido vulvar e presença de conteúdo vaginal com placas esbranquiçadas e aderidas à parede vaginal – candidíase. Tratar, preferencialmente, com antifúngico tópico por 7(sete) dias (derivados imidazólicos: miconazol, terconazol, clotrimazol) em qualquer idade gestacional. Não usar tratamento sistêmico;
 - secreção vaginal abundante, cinza-esverdeada, com odor fétido – vaginose bacteriana e/ou tricomoníase. Para avaliação durante a consulta, utilizar critérios clínicos de Amsel (três sinais dos seguintes: corrimento branco-acinzentado, pH > 4,7, teste das aminas ou KOH positivo e presença de clue cells). Tratar com metronidazol sistêmico (metronidazol 250 mg, VO, de 8 em 8 horas, por 7 dias);
- Particularmente nas recidivas, realizar ou solicitar bacterioscopia do conteúdo vaginal a fresco e corada pelo método de Gram. Os seguintes achados sugerem os diagnósticos:
 - clue-cells (células-chave) ou flora vaginal com escassez ou ausência de bacilos de Doderlein – vaginose bacteriana;
 - micro-organismos flagelados móveis – tricomoníase;
 - hifas ou esporos de leveduras – candidíase.
- Em outros casos, ver condutas no Manual de Tratamento e Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis/DST-Aids/MS.

7.9 QUEIXAS URINÁRIAS;

- A provável compressão da bexiga pelo útero gravídico, diminuindo a capacidade volumétrica, ocasiona a polaciúria (aumento do ritmo miccional) e a nictúria (aumento do ritmo miccional no período de sono), que se acentua à medida que a gravidez progride, dispensando tratamento e cuidados especiais.

- Avaliar sempre:

* Sintomas de infecção do trato urinário (ITU): dor ao urinar; dor suprapúbica; urgência miccional; aumento da frequência urinária; nictúria; estrangúria; presença de sangramento visível na urina. Se presentes, vide item 13,8.

Presença de sintomas sistêmicos (febre, taquicardia, calafrios, náuseas, vômitos, dor lombar (com sinal de giordano positivo, dor abdominal) = na suspeita, encaminhar a gestante para avaliação hospitalar.

7.10 FALTA DE AR E DIFICULDADE PARA RESPIRAR;

Esses sintomas são frequentes na gestação em decorrência do aumento do útero, elevação do diafragma ou ansiedade da gestante.

- Recomendar repouso em decúbito lateral esquerdo.
- Ouvir a gestante e conversar sobre suas angústias, se for o caso.
- Atentar para outros sintomas associados e para achados no exame cardiopulmonar.

Agendar a consulta médica, caso haja dúvida ou suspeita de problema clínico, podendo ser necessária investigação complementar e/ou consulta com especialista.

7.11 MASTALGIA/DESCARGA PAPILAR;

- Recomendar o uso constante de sutiã com boa sustentação, após descartar qualquer alteração no exame das mamas.
- Não perder a oportunidade de orientar para o preparo das mamas para a amamentação.
- O colostro, principalmente nas fases tardias da gravidez, pode ser eliminado em maior quantidade, obrigando o diagnóstico diferencial com anormalidades.

7.12 DOR LOMBAR (DORES NAS COSTAS);

- Correção de postura ao sentar-se e ao andar.
- Uso de sapatos com saltos baixos e confortáveis, de base larga.
- Aplicação de calor local. Pode ser necessário encaminhar para fisioterapia e investigação complementar, segundo a intensidade do processo.

7.13 CEFALÉIA (DOR DE CABEÇA);

- Afastar hipertensão arterial e pré-eclâmpsia (se idade gestacional maior que 20 semanas).
- Conversar com a gestante sobre suas tensões, conflitos e temores.
- Eventualmente, prescrever analgésico – Enfermeiro/ Médico, por tempo limitado: Dipirona (500 mg), de 6/6 horas.
- Se dor recorrente, agendar consulta médica e orientar sobre os sinais de alerta, como frequência, intensidade, etc.

7.14 SANGRAMENTO NAS GENGIVAS;

- Recomendar o uso de escova de dente macia e orientar a prática de massagem na gengiva e bochechos com soluções antissépticas.
- Agendar atendimento odontológico, sempre que possível.

7.15 VARIZES;

- Recomendar: Não permanecer muito tempo em pé ou sentada e evitar inatividade;
- Repousar pelo menos 20 minutos, várias vezes ao dia, com as pernas elevadas;
- Pode ser útil elevar os pés da cama;
- Não usar roupas muito justas e, se possível, utilizar meia-calça elástica para gestante; podem-se indicar meias de média compressão, com tamanho sugerido a partir da aferição da circunferência da panturrilha.
- As varizes vulvares não requerem tratamento específico e raramente são causas de sangramentos profusos.
- Valorizar a possibilidade de complicações tromboembólicas.

7.16 CÂIMBRAS;

- Os cuidados gerais são mais eficazes que a conduta medicamentosa, sendo recomendado:
 - Evitar o alongamento muscular excessivo ao acordar, em especial dos músculos do pé (ato de se espreguiçar);
 - Na gestação avançada, devem ser evitados o ortostatismo (ficar em pé) prolongado e a permanência na posição sentada por longo período, como em viagens demoradas;
 - Nas crises, a gestante com câimbras nos membros inferiores se beneficia muito do calor local, da aplicação de massagens na perna e da realização de movimentos passivos de extensão e flexão do pé;
 - Evitar excesso de exercício físico e massagear o músculo contraído e dolorido;
 - Realizar alongamentos específicos, com orientação profissional.

7.17 CLOASMA GRAVÍDICO (MANCHAS ESCURAS NO ROSTO);

- Explicar que é comum na gravidez e que costuma diminuir ou desaparecer, em tempo variável, após o parto;
- Recomendar a não exposição do rosto diretamente ao sol;
- Recomendar o uso de filtro solar tópico, se possível.

7.18 ESTRIAS;

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

7.19 PALPITAÇÃO;

- Esclarecer sobre a frequência dessa queixa como resultado de alterações fisiológicas da gestação;
- Atentar para a necessidade de investigação de cardiopatia.

7.20 EDEMA;

- Atentar para a extensão do processo, principalmente em localizações diferentes dos membros inferiores (nesse caso, pensar em pré-eclâmpsia);
- Valorizar a possibilidade de fenômenos trombóticos;
- Se fisiológico, não recomendar dieta hipossódica e a prescrição de diuréticos.

7.21 EPISTAXE/OBSTRUÇÃO NASAL;

- A frequência, a intensidade e a história prévia devem alertar para a necessidade de avaliação por parte de especialistas, para pesquisas de causas não relacionadas às modificações gravídicas.
- Atentar para a possibilidade de crises hipertensivas nos casos de epistaxe.
- O prejuízo ao sono e o desconforto, por vezes limitante de atividades laboriosas, podem indicar o benefício da administração de descongestionantes nasais e lubrificantes das vias aéreas superiores; devem ser usados com cautela (preferencialmente, apenas à noite).

7.22 PARESTESIAS;

- É comum acontecimento de parestesias na gestação.
- Pode ser necessária a administração de analgésicos.
- Diferenciar da síndrome do túnel do carpo, na qual a gravidade do acometimento a limitação dos movimentos é maior.

7.23 INSÔNIA / HIPERSÔNIA;

- Esclarecer e dar apoio, no sentido de facilitar a acomodação da paciente em sua nova condição.
- A administração de medicamentos, embora possa ser utilizada em casos de difícil resolução, deve ter seu benefício avaliado criteriosamente.

Queixas	1ª Conduta	2ª Conduta (sem melhora)	3ª Conduta (sem melhora)
Náuseas e Vômitos	<p>Orientações de hábitos alimentares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentação fracionada; • Evitar frituras, gorduras; • Ingerir alimentos sólidos pela manhã. 	<p>Prescrever antieméticos orais:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Metoclopramida 10 mg de 8/8h (SOS); ou • Bromoprida 10 mg 8/8h (SOS); ou • Dimenidrato 50mg – 1 a 2 compr. – até 4/4h – máximo de 400mg/dia; ou • Meclizina 25 mg ou 50 mg – 8/8h ou 12/12h – dose diária máxima de 100 mg. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar para avaliação médica.
Pirose e Azia	<p>Orientações de hábitos alimentares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentação fracionada; • Evitar chá preto, café, mate, doces, alimentos gordurosos, picantes, álcool e fumo. 	<p>Prescrever Hidróxido de Alumínio ou Sulfato de Magnésio – Suspensão – 1 colher de sopa após as refeições.</p> <p>Melhora do quadro: Reforçar “Orientações de Hábitos Alimentares.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar para avaliação médica.
Flatulência e Obstipação Intestinal	<p>Orientações de Hábitos Alimentares:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Alimentação rica em fibras; • Aumentar a ingestão de água. 	<p>Prescrever Dimeticona – 1 compr. 8/8h.</p> <p>Melhora do quadro: Reforçar “Orientações de Hábitos Alimentares.”</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar para avaliação médica.
Dor abdominal, cólicas	<ul style="list-style-type: none"> • Certificar que não sejam contrações uterinas; • Afastar infecção urinária (excluir disúria ou febre). 	<p>Prescrever Buscopan ou Butilescopolamina – 1 compr. 8/8h.</p>	<p>Encaminhar para avaliação médica.</p>
Corrimento vaginal abundante cinza-esverdeado, com odor fétido	<p>Tratar Vaginose Bacteriana ou Tricomoníase com Metronidazol Tópico ou Sistêmico.</p>	-	-
Corrimento Vaginal Acompanhado de: - Prurido vulvar; - Placas esbranquiçadas aderidas à parede.	<p>Tratar Candidíase com antifúngico tópico por 07 dias.</p>	<p>Outros casos, vide conduta do Manual de Tratamento de Infecções Sexualmente Transmissíveis.</p>	-
Cefaléia	<p>Afastar Hipertensão Arterial e Pré-eclâmpsia.</p>	<p>Dipirona 8/8h (SOS).</p>	<p>Encaminhar para avaliação médica.</p>

8 AÇÕES EDUCATIVAS:

As ações educativas são relevantes para esclarecer as dúvidas das mulheres e contribuir para sua adesão aos procedimentos propostos e possíveis tratamentos.

É importante que as atividades sejam registradas e incluídas como ação assistencial realizada.

Tais atividades podem ser desenvolvidas na forma de discussões em grupo, rodas de conversa, dramatizações ou outros mecanismos que, de maneira dinâmica, possam facilitar a troca de experiências entre todos os envolvidos no processo.

Esse tipo de atividade deve seguir os preceitos de educação para adultos, com base na aprendizagem significativa: quando o aprender faz sentido para cada um dos usuários. Isso geralmente ocorre quando aquilo que se aprende responde a uma pergunta nossa e quando o conhecimento é construído a partir de um diálogo com o que já sabíamos antes.

Dessa forma, é importante que os temas discutidos tenham significado para as usuárias, ou seja, responda às suas dúvidas e inquietações.

Devem ser trabalhados alguns conceitos e cuidados, com a participação ativa da gestante, no contexto social e suas transformações, englobando a família, particularmente o companheiro, se ela assim o desejar.

Durante o pré-natal e no atendimento após o parto, a mulher deve receber algumas informações fundamentais; outras informações devem ser construídas com cada grupo, a partir de questões importantes e escolhidas pelas próprias mulheres participantes. (SÃO PAULO, 2010)

Alguns temas sugeridos são: Importância do pré-natal, Orientação para que a mulher sempre carregue consigo o cartão da gestante e os resultados dos exames complementares; Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do bebê; Alimentação; Amamentação; Ambiente adequado para o bebê; Aspectos emocionais; Atividade física; Auto cuidado e autoestima; Cuidados com RN; Depressão pós-parto; Direitos trabalhistas na gestação; Eliminações vesical, intestinal, vaginal; Evolução do feto; Exames realizados no período pré-natal; Gestação atual, experiências anteriores e expectativas; Gestação de risco; Gestante vítima de violência; Gravidez na adolescência; Importância das Consultas Puerperais; Imunização; Maneiras facilitadoras para realização do parto; Mudança fisiológica do corpo; Planejamento familiar; Risco para saúde do bebê e família (tabagismo, alcoolismo e outras drogas); Saúde bucal; Sexualidade; Sinais e

trabalho de parto; Tipos de parto e Trabalhar mitos e tabus sobre gestação na família; Importância da realização da triagem neonatal (teste do pezinho) na 1ª semana de vida do recém-nascido; Importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, assim como das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente).

9 EXAME CLÍNICO DAS MAMAS E PREPARO PARA A AMAMENTAÇÃO:

O exame clínico das mamas é realizado com a finalidade de se detectar anormalidades nas mamas e/ou avaliar sintomas referidos pelas gestantes para, assim, identificar possíveis lesões malignas palpáveis num estágio precoce de evolução. É também uma boa oportunidade para o profissional de saúde educar a população feminina sobre: o câncer de mama, seus sintomas, seus fatores de risco e sua detecção precoce; sobre a composição e a variabilidade da mama normal; e sobre a importância do aleitamento materno para a criança, para a própria gestante e para a família e a sociedade, pois nesta fase a mulher e sua família estão mais atentas e dispostas a receber informações e realizar atividades de promoção e prevenção à sua saúde.

Deve-se fornecer orientação à mulher e familiares sobre o preparo das mamas e a técnica do aleitamento materno, a fim de criar oportunidade para valorizar o método, favorecer a adesão e prevenir obstáculos para a amamentação.

Conhecer os aspectos relacionados à prática do aleitamento materno é fator fundamental para colaborar para que mãe e criança possam vivenciar a amamentação de forma efetiva e tranquila, recebendo do profissional as orientações necessárias e adequadas para seu êxito.

Considerando que a mulher passa por longo período de gestação até que possa concretamente amamentar seu filho, entende-se que o preparo para a amamentação deva ser iniciado ainda no período de gravidez. No caso de gestante adolescente, é importante que a abordagem seja sistemática e diferenciada, por estar em etapa evolutiva de grandes modificações corporais, que são acrescidas daquelas referentes à gravidez e que podem dificultar a aceitação da amamentação. (BRASIL, 2009)

• **Vantagens da amamentação:**

Para a mulher:

- Fortalece o vínculo afetivo;
- Favorece a involução uterina e reduz o risco de hemorragia;
- Contribui para o retorno ao peso normal;
- Contribui para o aumento do intervalo entre gestações;
- Diminui as chances de a mãe ter câncer de mama e de ovário.

Para a criança:

- É um alimento completo de fácil digestão, não sobrecarrega o intestino e os rins da criança, que não necessita de nenhum acréscimo até os 6 meses de idade;
- Facilita a eliminação de mecônio e diminui a incidência de icterícia;
- Protege contra infecções;
- Diminui as chances de desenvolvimento de alergias;
- Mamando só peito o bebê não precisa de água. Está sempre hidratado.

Para a família e a sociedade:

- É limpo, pronto e na temperatura adequada;
- É prático, não precisa ferver, coar, dissolver ou esfriar. Está pronto, a qualquer hora e lugar;
- Diminui as internações e seus custos;
- É gratuito.

• **Manejo da amamentação:**

O sucesso do aleitamento materno está relacionado ao adequado conhecimento quanto à posição da mãe e do bebê e à pega da região mamilo areolar.

Posição: é importante respeitar a escolha da mulher, pois ela deverá se sentir confortável e relaxada. Desse modo, a amamentação pode acontecer nas posições sentada, deitada ou em pé. O posicionamento da criança deve ser orientado no sentido de garantir o alinhamento do corpo de forma a manter a barriga da criança junto ao corpo da mãe e, assim, facilitar a coordenação da respiração, sucção e deglutição.

Pega: a pega correta acontece quando o posicionamento é adequado e permite que a criança abra a boca de forma a conseguir abocanhar quase toda, ou toda, a região mamilo areolar. Desse modo, é possível garantir a retirada adequada de leite do peito, o que proporciona conforto para a mulher e possibilita o adequado crescimento e desenvolvimento da criança.

Preparo das mamas para o aleitamento:

- Avaliar as mamas na consulta de pré-natal;
- Orientar a gestante a usar sutiã durante a gestação;
- Recomendar banhos de sol nas mamas por 15 minutos, até 10 horas da manhã ou após as 16 horas, ou banhos de luz com lâmpadas de 40 watts, a cerca de um palmo de distância;
- Esclarecer que o uso de sabões, cremes ou pomadas no mamilo deve ser evitado;
- Orientar que a ordenha durante a gestação para a retirada do colostro está contraindicada.

É importante identificar os conhecimentos, as crenças e as atitudes que a gestante possui em relação à amamentação, que tipo de experiência tem ou se já vivenciou alguma vez a amamentação. É importante também oferecer às gestantes oportunidades de troca de experiências, por meio de reuniões de grupo que objetivem informar as vantagens e o manejo para facilitar a amamentação.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef) e o Ministério da Saúde (MS) recomendam que a amamentação seja exclusiva nos primeiros 6 meses de vida e, a partir dos 6 meses até 2 anos de idade, ela seja complementada com a introdução de alimentos sólidos/semisólidos de qualidade e em tempo oportuno. Esse procedimento resulta em inúmeros benefícios para a saúde das crianças em todas as etapas da vida.

No contexto do aleitamento materno, é importante orientar que o leite materno é semelhante para todas as mulheres que amamentam, exceto as mulheres que apresentam desnutrição grave, pois podem ter o seu leite afetado em sua qualidade e quantidade. Nos primeiros dias esse leite é chamado de colostro e contém mais proteínas e menos gordura. Do sétimo ao décimo dia após o parto, o leite é chamado de leite maduro e sua concentração de gordura aumenta no decorrer da mamada. O leite do início da mamada, também chamado de anterior, tem alto teor de água e anticorpos. O

leite do final da mamada, quando a criança esvazia a mama, é chamado de leite posterior, que é rico em energia e sacia por mais tempo a fome do bebê, aumentando o espaçamento entre as mamadas.

9.1 RESTRIÇÕES NA AMAMENTAÇÃO:

São poucas as situações em que pode haver indicação médica para a substituição parcial ou total do leite materno. Nas seguintes situações o aleitamento materno não deve ser recomendado:

- Mães infectadas pelo HIV;
- Mães infectadas pelo HTLV1 e HTLV2 (vírus da leucemia humana T-cell);
- Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação. Alguns fármacos são citados como contraindicações absolutas ou relativas ao aleitamento, como por exemplo os antineoplásicos e radiofármacos, usados no tratamento contra o câncer.
- Criança portadora de galactosemia, doença rara em que ela não pode ingerir leite humano ou qualquer outro que contenha lactose.

Já nas seguintes situações maternas, recomenda-se a interrupção temporária da amamentação:

- Infecção herpética, quando há vesículas localizadas na pele da mama. A amamentação deve ser mantida na mama sadia;
- Varicela: se a mãe apresentar vesículas na pele cinco dias antes do parto ou até dois dias após o parto, recomenda-se o isolamento da mãe até que as lesões adquiram a forma de crosta. A criança deve receber Imunoglobulina Humana Antivaricela Zoster (Ighavz), disponível nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIES), que deve ser administrada em até 96 horas do nascimento, aplicada o mais precocemente possível;
- Doença de Chagas, na fase aguda da doença ou quando houver sangramento mamilar evidente;
- Abscesso mamário, até que o abscesso tenha sido drenado e a antibioticoterapia iniciada. A amamentação deve ser mantida na mama sadia;
- Consumo de drogas de abuso: recomenda-se interrupção temporária do aleitamento materno, com ordenha do leite, que deve ser desprezado. O tempo recomendado de

interrupção da amamentação varia dependendo da droga,

Amamentação e Hanseníase

As mulheres que estiverem amamentando seus filhos não devem parar de tomar a medicação.

A gravidez e o aleitamento não contraindicam o tratamento PQT (Poliquimioterapia) padrão.

Os remédios podem estar presentes no leite materno, mas não causam nenhum problema para a criança.

Às vezes o recém-nascido pode apresentar a pele avermelhada, se a mãe estiver tomando a Clofazimina (medicação utilizada no tratamento), mas esta coloração não prejudica a criança. Quando o tratamento da mãe termina, a cor da pele volta ao normal.

Atenção! Devido aos graves efeitos teratogênicos, o medicamento à base de Talidomida (medicação utilizada no tratamento), somente poderá ser prescrito para mulheres em idade fértil após avaliação médica com exclusão de gravidez através de método sensível e mediante a comprovação de utilização de, no mínimo, 2 (dois) métodos efetivos de contracepção, sendo pelo menos 1 (um) método de barreira (Resolução RDC N° 11, de 22 de Março de 2011).

10 SAÚDE BUCAL NA GESTAÇÃO:

A Promoção de Saúde Bucal é parte da Saúde Integral da gestante e do bebê, o que pressupõe interdisciplinaridade entre as áreas de saúde. Sendo a gravidez um dos estágios da vida da mulher com capacidade de influenciar sua saúde bucal, assim como um período em que os cuidados com a saúde materna e a educação da paciente têm um efeito profundo na sua saúde bucal e na de seu filho, faz-se necessária uma coordenação entre profissionais de saúde, assegurando melhoria na saúde das gestantes e dos seus bebês.

O modelo odontológico de atenção precoce, incluindo atuação hospitalar, abrange o período gestacional e bebês.

No setor público a implantação de ações com ênfase no conceito dos 1000 dias, desde a concepção até o final do segundo ano de vida, torna-se ímpar para a observação e intervenção de frequentes problemas bucais em pacientes na gestação e primeira infância, no manejo clínico da anquiloglossia, aleitamento materno e na redução

de cárie dental tanto na idade assistida, quanto nas idades subsequentes; estabelece dieta, hábitos de higiene e desenvolvimento saudáveis que trarão benefícios por toda a vida (CUNHA et al., 2015). Deste modo, estar inserido em programa de atenção precoce, é uma estratégia preventiva efetiva no controle da cárie dentária, por meio de abordagem transdisciplinar com foco no binômio mãe-filho, adoção de hábitos saudáveis e adesão das orientações pelos responsáveis.

Serão implantados grupos de ação coletiva que garantam prestação sistemática de serviços educacionais e intervenções de apoio visando prevenção das doenças prevalentes durante o período gestacional, desde o princípio do acompanhamento pré-natal. A equipe interdisciplinar deve encaminhar e estimular a participação das gestantes nos grupos de ação coletiva.

Projeto Portas Abertas:

- ATENDIMENTO AMBULATORIAL INDIVIDUAL

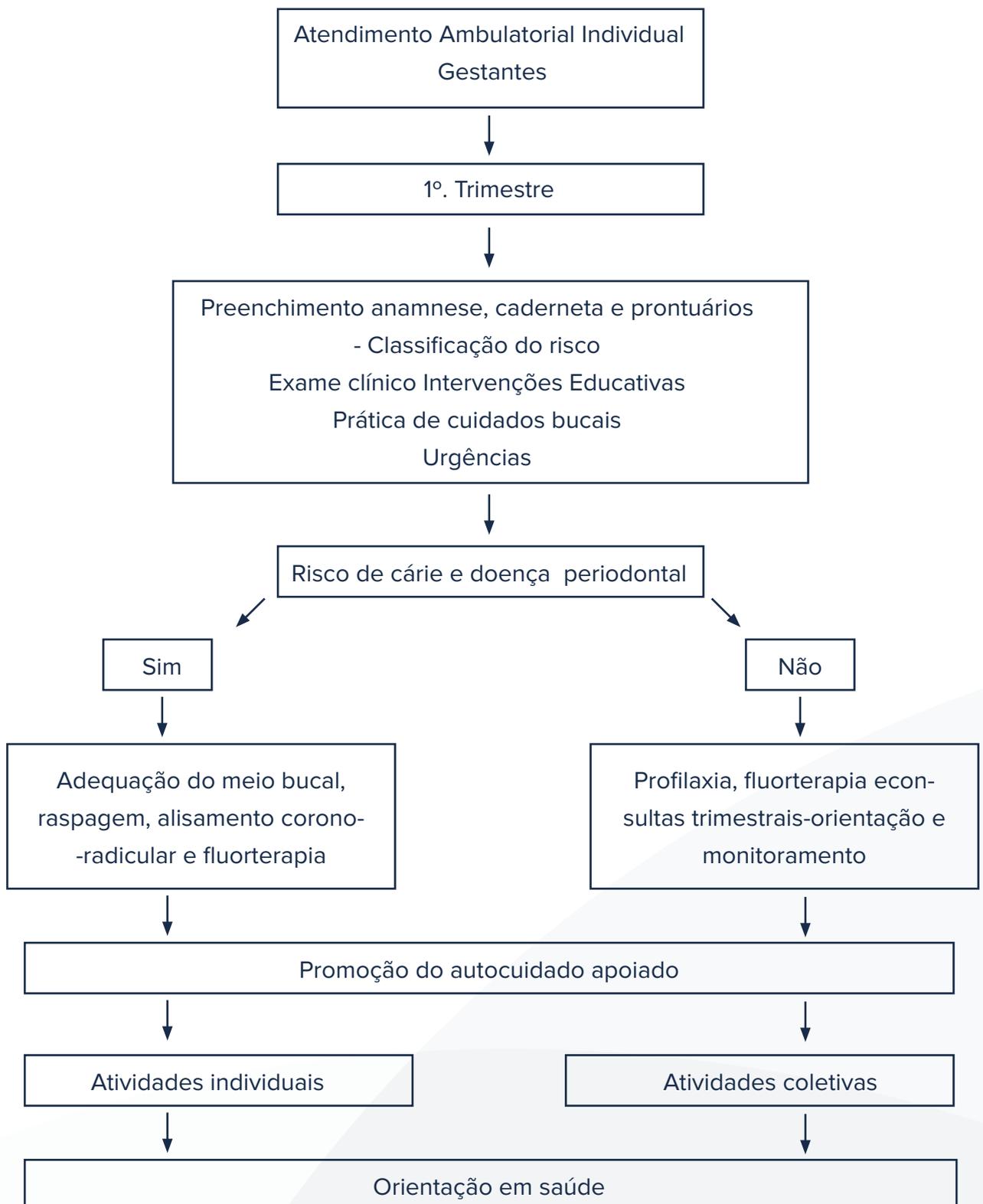
A inclusão da consulta odontológica na assistência pré-natal é fundamental para melhor efetividade da promoção de saúde e resolução de alterações pré-existentes. A consulta deverá ser agendada para o atendimento ambulatorial com o dentista de referência para atendimento às gestantes de cada unidade. À época de sua admissão na rotina de atendimento pré-natal odontológico, serão preenchidos a caderneta da gestante e os prontuários de anamnese, verificando o período gestacional e intercorrências obstétricas. A gestante será submetida a exame para diagnóstico de sua condição de saúde bucal e classificada quanto ao risco de doenças bucais (cárie e doença periodontal). Esse será o elemento articulador da periodicidade de futuras consultas.

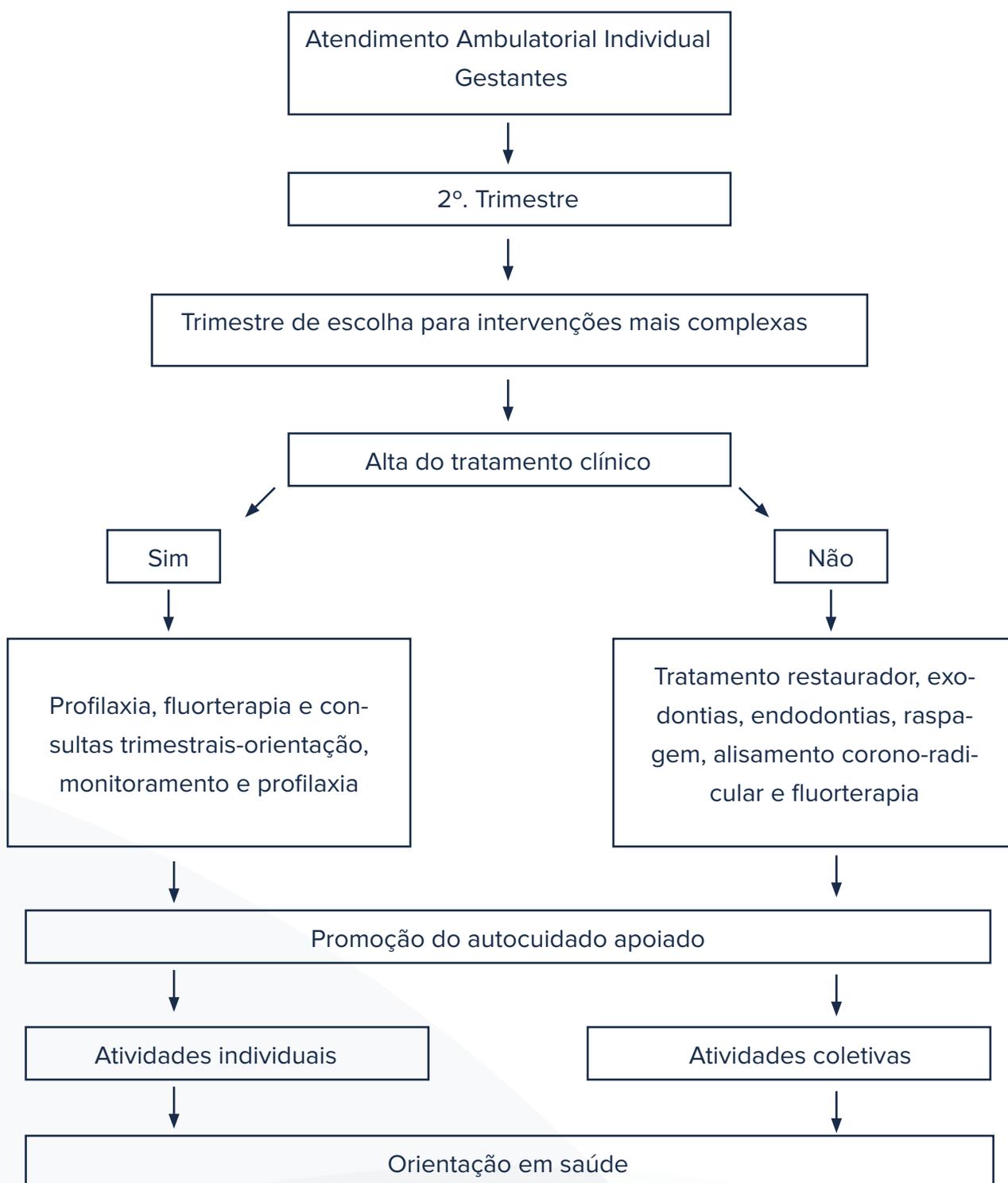
PROTOCOLO CLÍNICO:

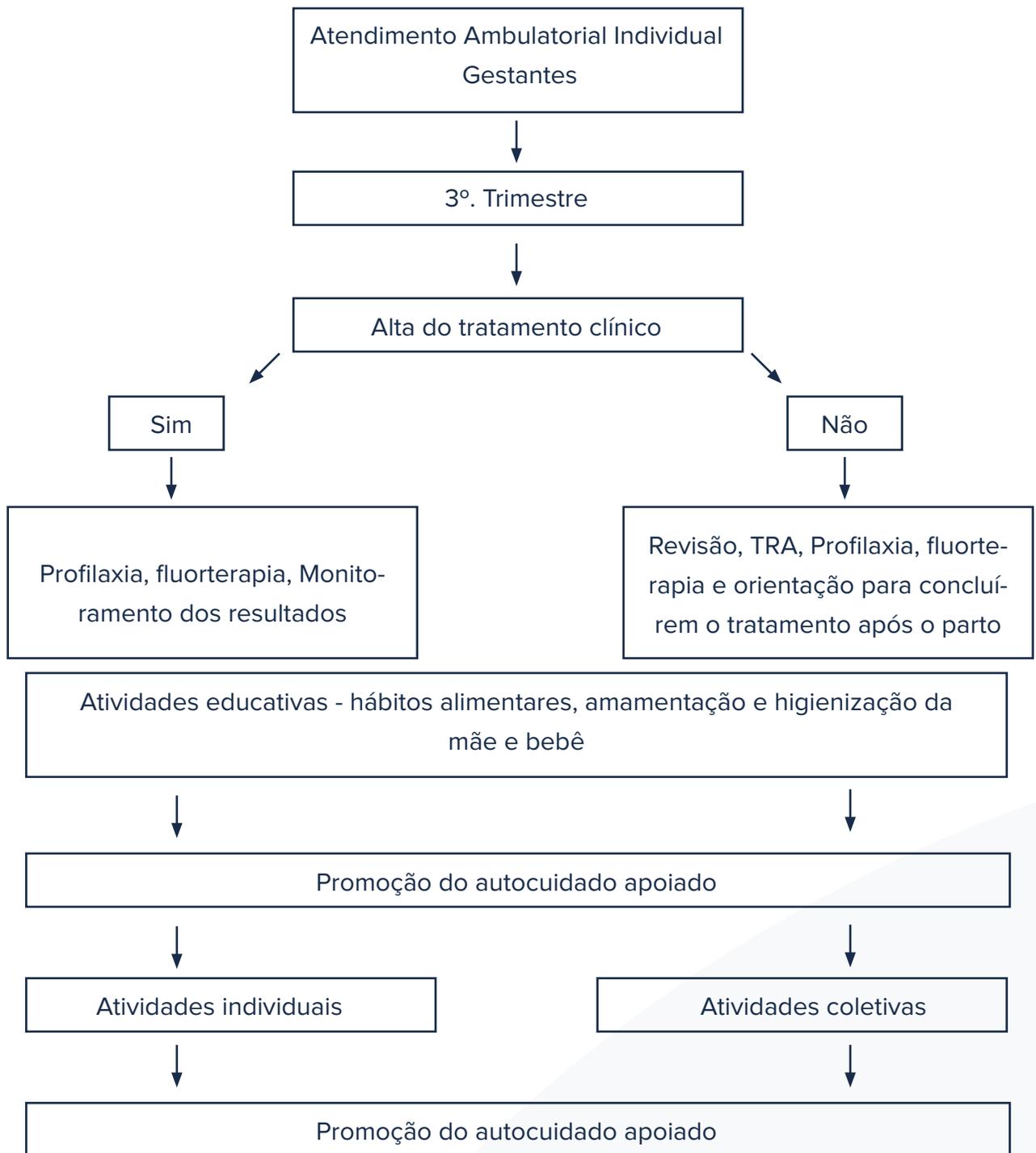
Nenhum medicamento é absolutamente sem risco durante a gravidez. Em casos de dor odontogênica deve ser priorizada a intervenção clínica, sendo a prescrição de medicamentos coadjuvante.	
Analgésico	1ª. escolha – paracetamol. Deve ser evitada Dipirona sódica, pois pode provocar agranulocitose.
Anti-inflamatório	Devem ser evitados, principalmente no 3º. Trimestre. Se houver real necessidade – diclofenaco ou ibuprofeno

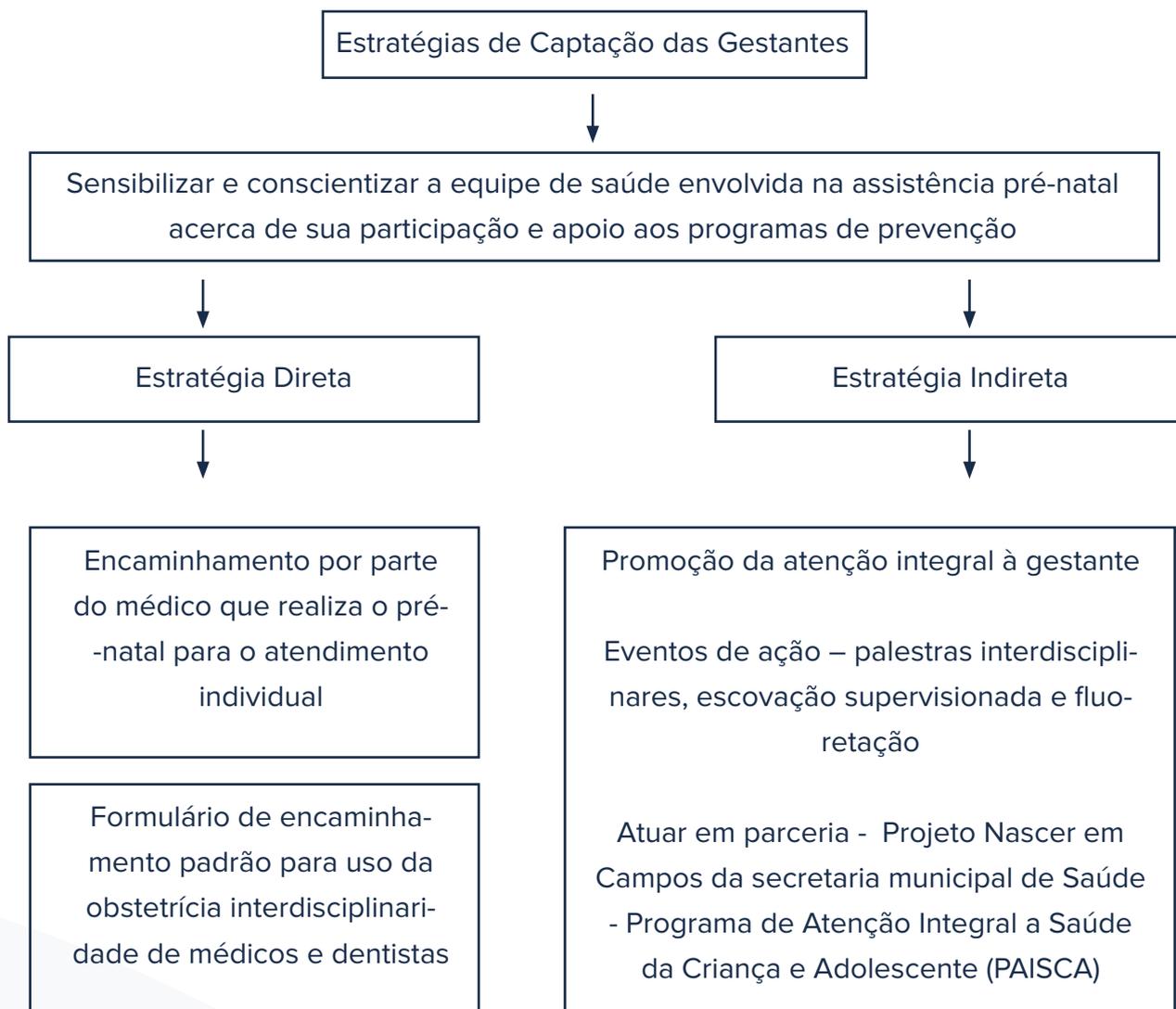
Antibiótico	<p>1ª. Escolha – amoxicilina. Cefalosporina está indicada em pessoas alérgicas à penicilina. As tetraciclinas estão totalmente contraindicadas na gravidez. Metronidazol deve ser evitado.</p>
Anestésico	<p>1ª. Escolha lidocaína 2% com epinefrina como vasoconstritor na concentração de 1:100.000. 2 tubetes é uma dose segura. Em casos de contraindicação absoluta à epinefrina, - mepivacaína 3%, sem vasoconstritor.</p>
Flúor	<p>O uso tópico de fluoretos é indicado para prevenção e controle de cárie dentária</p>
Controle químico do biofilme	<p>Uso de solução de gluconato de clorexedine 0,12%, por no máximo 20 dias consecutivos, está indicado em pacientes em risco para doenças periodontais agressivas, pacientes com diabetes gestacional, imunodeprimidas por doenças sistêmicas ou por uso de medicamentos imunossupressores, pacientes de alto risco para cárie dentária, que usam próteses parciais fixas ou removíveis, com baixo controle de biofilme ou com história pregressa de doenças periodontais.</p>
Exame radiográfico	<p>Complementar ao diagnóstico e relacionado à queixa principal Devem ser utilizadas medidas de proteção (aventail de chumbo) e evitar repetições. Devem ser evitados o exame periapical completo, radiografias de rotina.</p>
Corticosteróides	<p>Uso sistêmico está contraindicado em gestantes. O uso tópico é seguro para gestantes, evitando altas doses e o uso sistemático.</p>

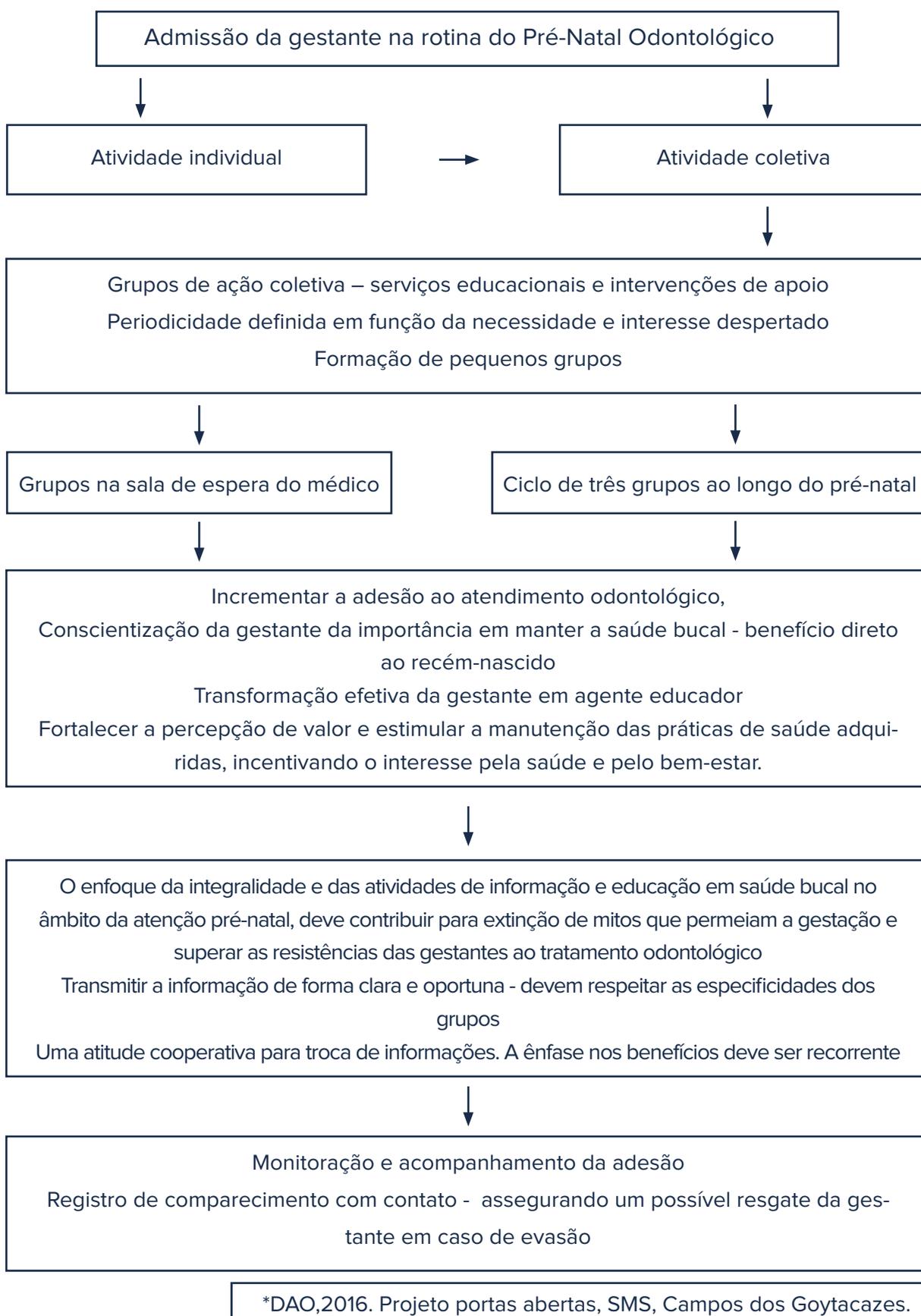
FLUXOGRAMAS POR PERÍODO GESTACIONAL AMBULATORIAL INDIVIDUAL











11 VISITA À MATERNIDADE:

A visita da gestante à maternidade de referência, em torno da 25ª semana, tem como objetivo assegurar maior confiança nos procedimentos realizados durante a internação.

Para a viabilidade desta prática, faz-se necessário que a Unidade de Saúde:

- Estabeleça um calendário de visitas com a Maternidade;
- Realize o agendamento prévio com as gestantes;
- Preencha encaminhamento e anexe ao cartão da gestante;
- Controle o agendamento e realização de visita à maternidade (planilha de marcação), a qual será preenchida pela maternidade.

Faz-se necessário que a Maternidade:

- Designe um profissional da Maternidade e espaço adequado para receber as gestantes;
- Preste as orientações necessárias às gestantes;
- Apresente a estrutura e fluxos hospitalares às gestantes
- Preencha/ envie mensalmente a Planilha de Agendamento/ Realização de Visita da Gestante à Maternidade.

12. FATORES INDICATIVOS DE REALIZAÇÃO DE PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL E FATORES INDICATIVOS DE ENCAMINHAMENTO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO:

Fatores de risco que podem ser acompanhados na Atenção Básica (Risco Habitual):

FATORES RELACIONADOS ÀS CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E ÀS CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DESFAVORÁVEIS

- Idade menor que 15 e maior que 35 anos.
- Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse.
- Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente.
- Situação conjugal insegura.
- Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular).
- Condições ambientais desfavoráveis.
- Altura menor do que 1,45 m.
- IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade.

Atenção: deve ser redobrada a atenção no acompanhamento de mulheres negras, indígenas, com baixa escolaridade, com idade inferior a 15 anos e superior a 35 anos, em mulheres que tiveram pelo menos um filho morto em gestação anterior e nas que tiveram mais de três filhos vivos em gestações anteriores.

FATORES RELACIONADOS À HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR

- Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado.
- Macrossomia fetal.
- Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas.
- Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos.
- Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos).
- Cirurgia uterina anterior.
- Três ou mais cesarianas.

FATORES RELACIONADOS À GRAVIDEZ ATUAL

- Ganho ponderal inadequado.
- Infecção urinária.
- Anemia.
- CMV
- Rubéola

Na identificação de fatores de risco conforme quadro abaixo, o profissional de saúde, enfermeiro ou médico deverá encaminhar a gestante para o serviço de Pré-natal de Alto Risco. O monitoramento e o acompanhamento da gestante devem ter continuidade na UBS ou UBSF, através de consultas com o enfermeiro com a finalidade de manter o vínculo e facilitar o tratamento no puerpério e puericultura.

Fatores de risco indicativos de encaminhamento ao Pré-Natal de Alto risco:

FATORES RELACIONADOS ÀS CONDIÇÕES PRÉVIAS

- Cardiopatias.
- Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica não controlada).
- Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados).
- Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo).
- Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia).
- Doenças neurológicas (como epilepsia).
- Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.).
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses).
- Alterações genéticas maternas.
- Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar.
- Ginecopatias (malformação uterina, tumores anexiais e outras).
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras ISTs (condiloma).
- Hanseníase.
- Tuberculose.
- Anemia grave (hemoglobina < 8).
- Isoimunização Rh.
- Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado.

FATORES RELACIONADOS À HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR

- Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida.
- Abortamento habitual (duas ou mais perdas precoces consecutivas).
- Esterilidade/infertilidade.
- História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome HELLP, eclâmpsia, internação da mãe em UTI).

FATORES RELACIONADOS À GRAVIDEZ ATUAL

- Restrição do crescimento intrauterino.
- Polidrâmnio ou oligodrâmnio.
- Gemelaridade.

- Malformações fetais ou arritmia fetal.
 - Evidência laboratorial de proteinúria.
 - Diabetes *mellitus* gestacional.
 - Desnutrição materna severa.
 - Obesidade mórbida ou baixo peso (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante para avaliação nutricional).
 - NIC III.
 - Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-RADS III ou mais.
 - Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória).
 - Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser inicialmente encaminhada ao hospital de referência para avaliação).
 - Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso.
 - Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras IST (infecções sexualmente transmissíveis, como o condiloma), quando não há suporte na unidade básica.
- Adolescente com fator de risco psicossocial.
 - Placenta Prévia

*BRASIL, 2016.

SINAIS INDICATIVOS DE ENCAMINHAMENTO À URGÊNCIA/EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA
<ul style="list-style-type: none">• Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional.• Nunca realizar toque antes do exame especular, caso o contexto exija avaliação médica.• Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial > 140/90 (medida após um mínimo de cinco minutos de repouso, na posição sentada) e associada à proteinúria.• Pode-se usar o teste rápido de proteinúria. Edema não é mais considerado critério diagnóstico.• Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito.• Eclâmpsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia).• Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular/corioamnionite ou outra infecção que necessite de internação hospitalar.• Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, sinais flogísticos, edema localizado e/ou varicosidade aparente).• Situações que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma etc.• Crise hipertensiva (PA > 160/110)• Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal (consistência líquida, em pequena ou grande quantidade, mas de forma persistente), podendo ser observada mediante exame especular com manobra de Valsalva e elevação da apresentação fetal.• Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 37 semanas).• IG a partir de 41 semanas confirmadas.• Hipertermia (tax \geq 37,8 °C), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de IVAS.• Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes.• Investigação de prurido gestacional/icterícia.• Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas.• Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre.• Restrição de crescimento intrauterino.• Oligodrâmnio.• Óbito fetal.

*BRASIL, 2016.

13 - INTERCORRÊNCIAS NO PRÉ-NATAL:

A gestação é um fenômeno normal e na maioria dos casos sua evolução ocorre sem qualquer complicação, porém, em cerca de 10 a 20% das mulheres a gestação pode ocasionar problemas mais ou menos graves que se enquadram nas gestações de alto risco.

Durante o pré-natal pode-se diagnosticar alguns fatores de riscos que podem comprometer o desenvolvimento da gestação, aumentando significativamente a probabilidade de intercorrências.

Devem ser necessariamente referenciadas as situações que envolvem fatores clínicos mais relevantes e ou fatores preveníveis que demandem intervenções mais complexas.

Cabe ressaltar que ao identificar fatores de risco, o profissional de saúde deverá encaminhar a gestante para o serviço de Pré-natal de Alto Risco. Ainda sim, o monitoramento e o acompanhamento da gestante devem ter continuidade na atenção básica (concomitante com o alto risco), através de consultas com o enfermeiro com a finalidade de manter o vínculo e facilitar o tratamento no puerpério e puericultura.

A gestante classificada como de risco habitual pode ser acometida por intercorrências que modificam o curso da evolução, com isso, a probabilidade de desfechos também se altera e pode indicar encaminhamentos para a referência, por vezes emergencial, e que idealmente deve seguir uma padronização, conforme queixas patológicas a partir do item 13.1. (adaptado BRASIL,2012)

13.1 – HIPERÊMESE

Caracteriza-se por vômitos contínuos e intensos que impedem a alimentação da gestante, ocasionando desde a desidratação e oligúria até perda de peso e transtornos metabólicos, como alcalose (pela perda maior de cloro – hipocloremia, perda de potássio e alterações no metabolismo das gorduras e dos carboidratos), além de hiperbilirrubinemia. Nos casos graves, pode chegar à insuficiência hepática, renal e neurológica. Aspectos emocionais e adaptações hormonais são apontados como causadores desse transtorno.

Pode, também, estar associada à gestação múltipla, mola hidatiforme, pré-eclâmpsia, diabetes e aloimunização Rh. Há outros fatores que podem levar a vômitos com a mesma gravidade e que devem ser afastados, tais como úlcera gástrica, cisto torcido de ovário, gravidez ectópica, insuficiência renal, infecções intestinais, etc.

Os vômitos tardios da gravidez não devem ser confundidos com hiperêmese gravídica. Apoio psicológico, ações educativas desde o início da gravidez e reorientação alimentar são as melhores maneiras de evitar os casos mais complicados.

Nas situações de hiperêmese persistente, o médico deve prescrever drogas antieméticas, por via oral ou intravenosa, além de hidratação e reposição eletrolítica, quando necessária.

Antieméticos orais:

- Metoclopramida – 10 mg de 8 em 8 horas.
- Bromoprida – 10mg de 8 em 8 horas.
- Dimenidrato – 50 mg 1 a 2 comprimidos até 4/4 horas máximo de 400mg dia.
- Meclizina – dose diária máxima de 100mg, fracionadas 8/8horas ou 12/12 horas, comprimidos de 25 ou 50 mg.

Antieméticos injetáveis:

- Metoclopramida – 10 mg (uma ampola = 10 ml) de 8 em 8 horas.
- Dimenidrato – 50 mg (uma ampola = 1 ml) até 4/4 horas.

Nos casos de hiperêmese gravídica, a internação faz-se necessária, quando o tratamento inicialmente instituído com hidratação e antieméticos não teve a resposta esperada, ou quando a gestante já apresentar complicações do equilíbrio eletrolítico e ácido básico. A internação hospitalar também está recomendada quando o tratamento ambulatorial ou na unidade básica de saúde não conseguir controlar a situação.

13.2 – SÍNDROMES HEMORRÁGICAS

Para o sucesso do atendimento é imperativa a realização de um diagnóstico etiológico o mais precoce possível, particularmente nas situações emergenciais. Devendo haver uma ação ágil, eficaz e sistematizada, encaminhando a gestante para a referência de alto risco o mais breve possível. É importante ressaltar que nessas condições, considerando as alterações volêmicas fisiológicas do ciclo gravídico-puerperal, a paciente frequentemente demora em exibir repercussões hemodinâmicas.

Quando elas aparecem, a descompensação circulatória já está instalada.

Na avaliação do caso o exame ginecológico deve ser realizado, particularmente o especular, para o diagnóstico diferencial de outras possíveis causas de hemorragia e como forma de se evitar o toque vaginal, que pode ser prejudicial no caso de placenta prévia.

Nas mulheres identificadas como Rh negativo, valorizar a necessidade de imunoprofilaxia Rh quando o parceiro for Rh positivo ou desconhecido. Nos casos em que houver eliminação de material pelo colo uterino, compatível com restos ovulares, providenciar exame anatomopatológico.

As situações hemorrágicas mais importantes durante a gravidez são:

- Primeira metade – abortamento, gravidez ectópica, neoplasia trofoblástica gestacional;
- Segunda metade – placenta prévia (PP), descolamento prematuro da placenta (DPP).

Abortamento:

Sinais de alerta para abortamento: Sangramento vaginal; Presença de cólicas no hipogástrio. Exame especular e toque vaginal. Visualizar o colo uterino para a constatação da origem intrauterina do sangramento e detecção de fragmentos placentários no canal cervical e na vagina; ao toque vaginal, avaliar permeabilidade do colo uterino e presença de dor.

Ameaça de aborto x abortamento em curso: a diferenciação é pelo colo do útero (se está pérvio ou não).

Em caso de ameaça de abortamento, deve ser solicitado ultrassom transvaginal.

Para o diagnóstico de certeza entre uma ameaça de aborto e abortamento inevitável: presença de saco embrionário íntegro e/ou concepto vivo; para o diagnóstico de aborto incompleto: presença de restos ovulares; para o diagnóstico de aborto retido: presença de concepto morto ou ausência de embrião, com colo uterino impérvio; no aborto infectado: secreção fétida endovaginal, dor pélvica intensa à palpação, calor local e febre, além de comprometimento variável do estado geral.

Na ameaça de aborto: Administrar, por tempo limitado, antiespasmódicos (hioscina, 10 mg, um comprimido, via oral, de 8/8 horas); Recomendar abstinência sexual; Observar evolução do quadro, pois uma ameaça de abortamento pode evoluir para gestação normal ou para abortamento inevitável;

Caso não seja possível realizar USG, encaminhar ao hospital de referência obstétrica.

- No abortamento inevitável e aborto retido: Encaminhar para o hospital de referência obstétrica
- No abortamento infectado: Iniciar fluidoterapia, para a estabilização hemodinâmica; Encaminhar para o hospital de referência obstétrica.

Gravidez ectópica:

• Características: História de atraso menstrual com teste positivo para gravidez; Perda sanguínea uterina e dor pélvica intermitente, na fase inicial, evoluindo para dor contínua e intensa; USG após 5ª semana de gestação não demonstrando gravidez tópica.

• Sinais de alerta: sinais de irritação peritoneal e repercussões hemodinâmicas que podem ser discretas, apenas com lipotímia, até quadros graves com choque hipovolêmico, na dependência do volume de sangramento intracavitário.

Na suspeita diagnóstica, encaminhar a mulher para hospital de referência para exame ultrassonográfico, definição e tratamento.

Mola hidatiforme:

O diagnóstico clínico pode ser feito pela presença de sangramento vaginal intermitente, geralmente de pequena intensidade, indolor e, por vezes, acompanhado da eliminação de vesículas (sinal patognomônico).

A altura uterina ou o volume uterino, em geral, são incompatíveis com o esperado para a idade gestacional, sendo maiores previamente a um episódio de sangramento e menores após (útero em sanfona). A presença de hiperêmese é mais acentuada, poden-

do levar a mulher a estados de desidratação e distúrbios hidroeletrolíticos. Atentar para a presença de hipertensão arterial precoce, já que essa é uma das poucas condições de pré-eclâmpsia previamente à 20ª semana de gestação.

O diagnóstico é ultrassonográfico e, na suspeita clínica de mola hidatiforme, os casos devem ser encaminhados ao hospital de referência.

Placenta prévia:

Também chamada de placenta de inserção baixa, ocorre na proporção de uma para cada 200 gestações. Corresponde a um processo patológico da segunda metade da gravidez, em que a implantação da placenta, inteira ou parcialmente, ocorre no segmento inferior do útero. As mulheres multíparas e com antecedentes de cesáreas e outras manipulações cirúrgicas uterinas, endometrites anteriores e gestantes em idade avançada, são consideradas de maior risco.

Na anamnese é relatada perda sanguínea por via vaginal, súbita, de cor vermelha viva, de quantidade variável, não acompanhada de dor. É episódica, recorrente e progressiva, e com frequência ocorre na 30ª semana (sangramento sentinela).

O exame obstétrico revela volume e tono uterinos normais, frequentemente com apresentação fetal anômala. De maneira habitual, os batimentos cardíacos fetais estão mantidos. O exame especular revela presença de sangramento proveniente da cavidade uterina e, na suspeita clínica, deve-se evitar a realização de toque vaginal.

O diagnóstico de certeza é dado pelo exame ultrassonográfico. O profissional de saúde deve encaminhar a gestante para continuar o pré-natal em centro de referência para gestação de alto risco ou para o hospital, dependendo da intensidade do sangramento durante a avaliação.

Descolamento prematuro da placenta:

É a separação abrupta da placenta antes do nascimento do feto. Ocorre em cerca de 0,5 a 1% de todas as gestações, sendo responsável por altos índices de mortalidade perinatal e materna.

Características: Aparecimento de dor abdominal súbita, com intensidade variável; sangramento vaginal que pode variar de sangramento discreto a volumoso, muitas vezes incompatível com o quadro de hipotensão (ou choque) materno; pode ocorrer “sangramento oculto” quando não há exteriorização do sangramento; pode evoluir para quadro grave caracterizado por atonia uterina (útero de Couvelaire); Causa importante de sangramento

no 3º trimestre.

Realização do exame obstétrico: Na fase inicial, ocorre taquihipersistolia (contrações muito frequentes [$>$ cinco em dez minutos] e intensas), seguida de hipertonia uterina e alteração dos batimentos cardíacos fetais; o útero, em geral, encontra-se hipertônico, doloroso, sensível às manobras palpatórias; os batimentos cardíacos fetais podem estar alterados ou ausentes; comprometimento variável das condições gerais maternas, desde palidez de pele e mucosas até choque e distúrbios da coagulação sanguínea.

Na suspeita diagnóstica encaminhar a gestante, como emergência, ao hospital de referência obstétrica.

13.3 – ANEMIA:

Conceitua-se anemia na gravidez quando os valores de hemoglobina são iguais ou menores que 11 g/dL (Organização Mundial de Saúde, 1975). No entanto, os valores de hemoglobina, assim como os de hematócrito e do número total de glóbulos vermelhos, ficam na dependência do aumento da massa eritrocitária, ambos, variáveis nas gestantes. Assim, mesmo as mulheres saudáveis apresentam redução das concentrações de hemoglobina durante a gravidez não complicada. Essa redução manifesta-se em torno da 8ª semana, progride lentamente até a 34ª semana e, então, permanece estabilizada até o parto. Não causa danos à mãe ou ao feto, pois, embora a concentração da hemoglobina esteja diminuída, a hipervolemia possibilita a perfusão e a oxigenação adequadas dos tecidos.

Dessa forma, é interessante adotarem-se outros critérios para a conceituação e para o diagnóstico de anemia. Os índices corpusculares, principalmente o Volume Corpuscular Médio (VCM = 81–95 dL), não sofrem variações em relação ao volume plasmático e podem, então, ser tomados com tal finalidade. Para fins práticos, tomando-se o VCM como indicador, identificam-se três tipos de anemia: microcíticas (VCM $<$ 85 dL), normocíticas (VCM entre 85 e 95 dL) e macrocíticas (VCM $>$ 95 dL).

As principais causas de anemia na gestação são:

- Deficiência de ferro;
- Deficiência de ácido fólico;
- Deficiência de vitamina B12;
- Hemoglobinopatias (anemia falciforme, talassemias);

- Perda sanguínea crônica (sangramentos gastrointestinais ocultos).

Atentar para a gravidade do caso e a importância do diagnóstico etiológico da anemia, considerando a consulta com hematologista e a transferência para pré-natal de alto risco. A correção dos níveis hematimétricos é importante, inclusive como profilaxia da morbiletalidade pós-parto.

13.3.1 ANEMIA FERROPRIVA:

A anemia ferropriva, evidenciada por alterações dos níveis de hemoglobina, deve ser tratada de acordo com prescrição médica.

- Hemoglobina ≤ 11 g/dL e > 8 g/dL e VCM > 85 dL: diagnóstico de Anemia Leve a Moderada. Manter pré-natal risco habitual;

Solicitar exame parasitológico de fezes e tratar parasitoses, se presente;

Iniciar dose terapêutica de ferro – Sulfato Ferroso 40 mg – 1 comp. 1 hora antes do café da manhã, almoço e jantar; + ácido fólico – 1 vez ao dia;

Entre os efeitos colaterais mais importantes desse regime de alta dosagem de ferro estão os gastrointestinais, tais como: epigastralgia, náuseas, vômitos, diarreia e obstipação. Em caso de gestante com intolerância ao ferro, encaminhar ao pré-natal de alto risco.

Repetir o exame em 60 dias, se os níveis estiverem subindo, manter o tratamento, até a Hb atingir 11g/dL, quando deverá ser mantida a dose de 40 mg/ dia e repetir o exame em torno da 30ª semana.

- Hemoglobina < 8 g/dL e VCM < 85 dL e os outros tipos de anemias citados abaixo: referenciar ao pré-natal de alto risco

13.3.2 – ANEMIA MEGALOBLÁSTICA:

A anemia megaloblástica é causada por um defeito na síntese de DNA, que afeta as células de renovação rápida, às quais se incluem os precursores hematológicos e as células do epitélio gastrointestinal.

As deficiências de folato, de vitamina B12 ou de cobalamina são as causas mais comuns e mais importantes de anemia megaloblástica.

Durante a gestação, a deficiência de folato é a causa mais comum de anemia mega-

loblástica, sendo a deficiência de vitamina B12 uma causa mais rara. A necessidade diária de folato fora do período gestacional é de aproximadamente 50µg, valor que aumenta de três a quatro vezes durante a gestação. Há um declínio na absorção do ácido fólico e em contrapartida um aumento da demanda em decorrência do desenvolvimento fetal.

Em geral, as manifestações clínicas da anemia megaloblástica na gestação ocorrem antes do terceiro trimestre. Como na anemia ferropriva, pode-se suspeitar do diagnóstico de anemia megaloblástica a partir de anamnese e exame físico cuidadosos.

Nesses casos, a gestante deverá ser encaminhada ao serviço de pré-natal de alto risco.

13.3.4 – HEMOGLOBINOPATIAS:

Em termos de estrutura, a hemoglobina é uma proteína tetramérica composta por dois pares de cadeias polipeptídeas ligadas por uma molécula do grupo heme. As cadeias polipeptídeas são chamadas de alpha(α), beta(β), gamma(γ), delta(δ), epsilon(ϵ) e zeta(ζ). A hemoglobina adulta (hemoglobina A) compreende 95% do total da hemoglobina e é formada por duas cadeias α e duas cadeias β . Os outros 5% consistem de hemoglobina A2 (formada por duas cadeias α e duas cadeias δ) e hemoglobina fetal F (formada por duas cadeias α e duas cadeias γ). A hemoglobina F é primária do feto e declina no terceiro trimestre de vida intrauterina atingindo o seu nadir (ponto mais baixo) alguns meses após o nascimento. As hemoglobinopatias ocorrem quando há uma mudança na estrutura da cadeia peptídica ou uma falha em sintetizar uma cadeia específica.

Nesses casos, a gestante deverá ser encaminhada ao serviço de pré-natal de alto risco.

13.3.5 - ANEMIA FALCIFORME:

A doença falciforme é uma alteração genética hereditária causada por uma mutação do gene que produz a hemoglobina. Em vez da hemoglobina A, é produzida a hemoglobina S, que tem formato arredondado e assume uma forma de meia-lua ou foice (daí o nome “falciforme”). Nesse formato, as hemácias não exercem a função de oxigenação do corpo de forma satisfatória e causam diversas complicações em órgãos e sistemas: além da anemia crônica, há episódios de dores osteoarticulares, dores abdominais, infecções, infartos, entre outros agravos. Embora a referida doença não tenha cura, existe tratamento. (BRASIL, 2012)

Mulheres com doença falciforme apresentam maior risco de abortamento e compli-

cações durante o parto (bebê natimorto, prematuridade, toxemia grave, placenta prévia e descolamento prematuro de placenta, entre outras).

A gestante portadora de anemia falciforme deve ser encaminhada para um serviço de referência para a realização do seu pré-natal de alto risco. Embora a referida gestante seja de alto risco, ela continuará a ser atendida, concomitantemente, pela equipe de atenção básica na sua UBS para as demais orientações de saúde.

A indicação para mulheres com doença falciforme é que o parto aconteça no oitavo mês, pois é alta a probabilidade de ocorrer calcificação da placenta no nono mês de gestação. O parto não deve ser natural/fisiológico, pois há risco de hemorragia e outras complicações (como falta de sangue na maternidade, por exemplo), que podem acarretar morte. Os eventos maternos mais graves ocorrem principalmente no terceiro trimestre de gestação, durante o parto e o puerpério.

13.3.6 – TALASSEMIA:

A talassemia caracteriza-se pelo defeito na síntese da cadeia de globina, ocasionando anemia microcítica. As talassemias são classificadas de acordo com a cadeia de globina afetada, sendo as mais comuns a α -talassemia e a β -talassemia. Indivíduos heterozigotos frequentemente são assintomáticos.

Nesses casos, a gestante deverá ser encaminhada ao serviço de pré-natal de alto risco.

Como na anemia falciforme, o parto deve seguir a indicação obstétrica, não havendo indicação de cesárea eletiva.

13.4 – HIPERTENSÃO ARTERIAL NA GESTAÇÃO E ECLÂMPSIA:

Complicação hipertensiva na gravidez é a maior causa de morbidade e mortalidade materna e fetal no Brasil.

Ocorrem em cerca de 10% de todas as gestações e são mais frequentes nos casos de pré-eclâmpsia (PE), que é mais comum em mulheres nulíparas, com gestação múltipla, hipertensão crônica, história de PE anterior, síndrome do anticorpo antifosfolípide, nefropatia, história familiar de PE, diabetes mellitus e hidropisia fetal não imune.

Além de ser uma condição muito frequente, a hipertensão arterial associada à gestação é de fundamental importância porque pode ser prevenida, diagnosticada e tratada já durante o acompanhamento pré-natal, reduzindo a ocorrência de seus efeitos negativos sobre a saúde da mulher e da criança.

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 leve 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 leve 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 leve regularmente. - Agende controles mais próximos.
Negação de Hipertensão Arterial Prévia; Níveis de PA na 1º consulta - PA Sistólica \geq 140mmHg e/ou diastólica \geq 90 mmHg.	Reavaliar a PA após 4h de repouso – paciente devidamente posicionada com uso de manguito adequado
Níveis de PAS \geq 140 mmHg e ou PAD \geq 90mmHg	Avaliação médica; iniciar AAS 100 mg após o almoço, à partir da 12ª semana e referenciar ao pré-natal de alto risco.
Níveis de PAS \geq 150 mmHg e ou PAD \geq 100mmHg	Avaliação médica; Iniciar AAS 100 mg após o almoço, à partir de 12 semanas e Metildopa 250 mg 8/8h. Referenciar ao pré-natal de alto risco.
Níveis de PAS \geq 160 mmHg e ou PAD \geq 110mmHg Ou Sinais e Sintomas	Referenciar imediatamente ao serviço de urgência e emergência obstétrica.

É fundamental classificar a síndrome hipertensiva, diferenciando-se a pré-eclâmpsia, que é uma síndrome de vasoconstrição aumentada com redução da perfusão, de uma hipertensão primária ou crônica pré-existente.

Classificação da hipertensão arterial em mulheres gestantes

Os critérios de classificação da hipertensão arterial em gestantes são diversos. Entre as recomendações adotadas pela International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy, aquela que indica maior especificidade diagnóstica é a do National High Blood Pressure Education Program, que caracteriza:

- Pré-eclâmpsia (PE) – estado hipertensivo acima da 20ª semana de gravidez, acompanhado de proteinúria em 24 horas com valor maior ou igual a 300 mg. Pode surgir mais cedo quando ocorrer concomitantemente à mola hidratiforme e hidropisia fetal. O quadro hipertensivo desaparece até a 12ª semana pós-parto.

- Hipertensão gestacional – hipertensão detectada apenas após a 20ª semana de gravidez, sem proteinúria significativa. É denominada “transitória” quando o estado hipertensivo desaparece após a 12ª semana pós-parto.

- Hipertensão arterial crônica (HAC) – quadro hipertensivo diagnosticado antes da gravidez ou da 20ª semana gestacional e que não desaparece após o parto, sem limitação de tempo.

- Pré-eclâmpsia sobreposta a HAC – diagnóstico de proteinúria significativa, podendo acometer até 30% das grávidas com HAC. Deve-se suspeitar dessa complicação quando ocorrer piora súbita dos níveis tensionais e dos valores de proteinúria, surgimento de plaquetopenia e/ou anormalidades dos valores das transaminases.

O incremento de 30 mmHg na pressão arterial sistólica (PAS) e 15 mmHg na pressão arterial diastólica (PAD) não é reconhecido como critério diagnóstico, mas deve servir de alerta para o surgimento de pré-eclâmpsia, assim como o ganho de peso superior a 2 kg por semana, atribuível a edema, particularmente com instalação súbita, generalizado e sem melhora após repouso.

Será considerado estado hipertensivo o valor de PAS \geq 140 mmHg ou PAD \geq 90 mmHg, repetido em duas medidas separadas por um intervalo mínimo de 4 horas entre elas.

Ao identificar uma grávida com estado hipertensivo, a classificação poderá ser agili-
zada se, durante o atendimento na unidade de saúde, o profissional proceder à pesquisa de proteinúria por fita reagente.

É importante também que a equipe multiprofissional saiba reconhecer os elementos que caracterizam a pré-eclâmpsia grave:

- PAS \geq 160 mmHg e/ou PAD \geq 110 mmHg.
- Proteinúria de 24 horas \geq 2,0 gramas.
- Epigastralgia/dor no hipocôndrio direito.
- Oligúria.(500 ml/ 24 h)
- Creatinina sérica $>$ 1,2 mg/dL.

- Aumento de TGO e TGP (2 a 3 vezes ou de \uparrow 70)
- Acometimento do sistema nervoso central – cefaléia, tontura, perda da consciência, diplopia, visão turva, escotomas cintilantes e agitação psicomotora.
- Plaquetopenia ($<100.000/mm$).
- Insuficiência cardíaca, edema pulmonar.
- Hemólise microangiopática – hiperbilirrubinemia (indireta $>1,2$) aumento de desidrogenase láctica (LDH >600 UI/L), hemácias fragmentadas no sangue periférico.
- Sofrimento Fetal Crônico.

Hipertensão arterial crônica:

A hipertensão arterial crônica durante a gravidez também deve seguir adequações de critérios para adoção de intervenções diagnósticas ou terapêuticas, que não se caracterizem como desnecessárias ou tardias. Os desfechos e a necessidade de medicação podem ser avaliados também a partir de classificação de HAC segundo a pressão arterial diastólica:

- HAC Leve – PAD ≥ 90 mmHg e < 100 mmHg.
- HAC Moderada – PAD ≥ 100 mmHg e < 110 mmHg.
- HAC Grave – PAD ≥ 110 mmHg.

Mulheres com hipertensão arterial crônica leve têm baixo risco de complicações cardiovasculares durante a gestação e são candidatas somente a modificarem seu estilo de vida como estratégia terapêutica.

Não existe evidência científica de que a administração de medicamentos para as pacientes assim classificadas reduza riscos perinatais. Potencialmente, o controle rígido da pressão arterial até poderia causar prejuízo para a perfusão placentária. Além disso, normalmente a pressão arterial cai na primeira metade da gestação, facilitando o controle da hipertensão sem medicamentos ou com suspensão dos medicamentos que estiverem sendo usados.

No entanto, as pacientes com HAC grave, e possivelmente também moderada, poderiam se beneficiar da utilização de anti-hipertensivos.

Os cuidados para a paciente portadora de HAC devem incluir a avaliação clínica e considerar exames complementares para avaliação dos danos sistêmicos, classicamente: sistema nervoso central, cardiovascular, renal, vasculatura periférica e perfusão placentária.

É importante valorizar também a concomitância com casos de hipertensão arterial crônica secundária, cuja suspeição deve ocorrer quando o acometimento se der em pacientes jovens e principalmente se a hipertensão arterial for resistente à terapia padrão, anormalidades da função renal ou endócrina, ou condições sugestivas de doença do colágeno. Em tais situações clínicas, as mulheres deverão ser transferidas para acompanhamento na referência.

Adoção de cuidados:

A literatura médica relacionada tem apontado que a dieta hipossódica não apresenta benefício evidente como prevenção ou tratamento de pré-eclâmpsia, hipertensão arterial na gravidez e complicações perinatais. A redução de ingestão de sal deve ser preconizada apenas para gestantes nefropatas ou portadoras de HAC grave.

É útil estimular a prática de atividade física e desestimular o consumo de álcool e o tabagismo. Para o tratamento medicamentoso é com a alfametildopa, que pode ser utilizada nas doses de 750 mg a 2,0 g/dia (não exceder 8 horas de intervalo entre as tomadas). Os bloqueadores de canal de cálcio (nifedipina retard., intervalo de 8 a 12 horas- disponível) também são uma opção na dose de 20 a 60 mg/dia. Os betabloqueadores, por potencialmente se associarem à restrição de crescimento fetal, têm sua indicação como assunto controverso.

Não existe mais controvérsia sobre o uso de diuréticos em gestantes hipertensas com pré-eclâmpsia. Eles não devem ser utilizados porque a mulher com pré-eclâmpsia geralmente está hemoconcentrada. Existe, porém, a possibilidade da utilização de diuréticos tiazídicos no controle adjuvante da hipertensão arterial crônica, apenas quando o uso isolado de drogas anti-hipertensivas não foi suficiente para o controle pressórico. Além disso, a furosemida pode ter também uma indicação precisa de utilização aguda em quadros mais graves, necessitando de uma redução mais rápida e acentuada do volume plasmático, como no edema agudo de pulmão.

Em qualquer circunstância, a equipe assistencial não deve resumir sua atuação apenas ao controle dos níveis pressóricos, mas buscar classificar o dano endotelial e estar atenta para a sobreposição de pré-eclâmpsia (pois piora o prognóstico). Se for possível a

suspensão dos hipotensores, ou mesmo sua substituição, essa orientação deve ser aliada à monitorização adequada dos níveis pressóricos, bem como à orientação de possíveis sinais e sintomas de gravidade à paciente, para que esta busque avaliação imediata. O controle de casos graves exige internação hospitalar.

Crise hipertensiva:

A PAD ≥ 110 mmHg pode ser diagnosticada em pacientes com HAC grave ou ser a primeira manifestação clínica de pré-eclâmpsia, sendo necessário o controle do quadro com anti-hipertensivos de ação rápida, porém evitando-se os danos de uma redução intempestiva.

A melhor estratégia baseia-se na condição clínica da paciente. É relevante que os cuidadores valorizem a possibilidade de complicações secundárias a esses níveis pressóricos, como acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, edema agudo de pulmão e descolamento prematuro da placenta, entre outras repercussões. A atuação preliminar deve ser seguida de encaminhamento à unidade hospitalar, para observação em local com maior suporte assistencial, e avaliação complementar com terapia adicional.

O plano de ação deve conter avaliação global da paciente, privilegiando uma referência lógica de cuidados que pode seguir a conduta ABC (airway, breathing, circulation). Atentar para a condição respiratória da paciente, administrando oxigênio, se necessário, e providenciando-se venóclise em vaso calibroso antes da transferência da gestante.

Nas emergências hipertensivas (presença de sintomatologia clínica), recomenda-se controlar a pressão mais rapidamente, em até 1 ou 2 horas. Idealmente, as pacientes em emergência hipertensiva devem ser encaminhadas para internação em unidade de tratamento intensivo. Há ainda necessidade de uma adequada avaliação clínica, incluindo exame físico detalhado e exame fundoscópico do olho com pupila dilatada.

A urgência hipertensiva (ausência de sintomatologia clínica) pode ser tratada com a instituição de tratamento medicamentoso convencional, permitindo-se o controle da pressão arterial em até 24 horas, se o quadro não se agravar.

- Hidralazina: o cloridrato de hidralazina é relaxante direto da musculatura arterial lisa, sendo a droga preferida para o tratamento agudo da hipertensão arterial grave na gestação. Cada ampola contém 20 mg. Dilui-se o conteúdo de uma ampola em 9 ml de solução salina ou água destilada. A dose inicial recomendada é de 5 mg ou 2,5 ml da solução por via intravenosa (IV), seguida por período de 20 minutos de observação. Se não for obti-

do controle da pressão arterial (queda de 20% dos níveis iniciais ou PAD entre 90 e 100 mmHg), podem-se administrar de 5 mg a 10 mg (2,5 ml a 5,0 ml da solução) em intervalos de 20 minutos, até dose cumulativa máxima de 20 mg. A ausência de resposta deve ser considerada como hipertensão refratária. O efeito hipotensor tem duração entre 2 e 6 horas. Apresenta como efeitos colaterais rubor facial, cefaléia e taquicardia. Um cuidado útil é aspirar na seringa primeiro o diluente e depois a hidralazina na preparação da solução, evitando-se perda do medicamento.

Em situações de pré-eclâmpsia grave, quando o profissional não descarta a possibilidade de evolução para eclâmpsia, recomenda-se a administração de sulfato de magnésio nas mesmas doses e vias preconizadas para a eclâmpsia.

- Furosemida: atenção – não deve ser utilizado na hipertensão aguda, pois reduz o volume intravascular e a perfusão placentária. Somente tem indicação em casos de insuficiência renal aguda comprovada ou em edema agudo de pulmão.

- Alfametildopa, Nifedipino Retard Oral e betabloqueadores orais: não são indicados na crise hipertensiva, pois apresentam tempo para início de ação superior a 4-6 horas.

- Inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA) disponível na rede – captopril, enalapril e outros: estão proibidos na gestação por estarem associados com morte fetal e malformações fetais.

Pré Eclâmpsia:

- Profilaxia: Gestantes portadoras de quaisquer das condições a seguir apresentam alto risco de desenvolver pré-eclâmpsia:

- Hipertensão Arterial Crônica;

- História de doença Hipertensiva durante a gestação anterior;

- Diabetes tipo 1 e 2;

- Doença renal crônica;

- Doenças autoimunes, tais como Lupus Eritematoso Sistêmico ou Síndrome do Anticorpo Antifosfolípideo.

Essas pacientes devem iniciar AAS 100mg/dia, à noite, a partir das 12 semanas.

Pacientes que apresentam mais de um dos fatores abaixo possuem risco moderado de desenvolver pré-eclâmpsia:

- Primeira Gestação;
- Idade materna maior ou igual a 40 anos;
- Intervalo entre as gestações superior a 10 anos;
- IMC maior ou igual a 35 na primeira consulta;
- História familiar de pré-eclâmpsia;
- Gestação múltipla;

Nesses casos, recomenda-se também o uso de AAS 100mg/dia, desde 12 até 37 semanas.

Conduta Pré-Eclâmpsia:

• Leve:

Tratamento Ambulatorial no serviço de referência de pré-natal de alto risco com intervalos de consultas a critério médico

Período de repouso periódico em decúbito lateral

Dieta normossódica e hiperproteica

Não prescrever diurético

Evitar dieta hipossódica

Avaliação de viabilidade fetal

Avaliação laboratorial: proteinúria de 24horas, clearance de creatinina, hematócrito, contagem de plaquetas, ureia, creatinina, ácido úrico, proteínas totais e frações, enzimas hepáticas e bilirrubinas.

Interromper a gestação apenas se ocorrer comprometimento da viabilidade fetal.

• Grave:

Internação da paciente e estabilização do quadro clínico

Controle rígido de PA e sintomas

Cateterismo venoso e vesical

Dieta normossódica e hiperproteica

Avaliação de viabilidade fetal

Aceleração de maturidade fetal

Avaliação laboratorial conforme pré-eclâmpsia leve, a cada 3 dias

Eclâmpsia:

Em casos de ocorrência de convulsões e/ou coma na paciente com pré-eclâmpsia, ela deverá ser removida imediatamente para o hospital de referência após contato prévio, implementando-se os cuidados preliminares.

Plano de ação:

-Não se ater à convulsão instalada; é necessário atuar de maneira sistematizada e rápida, evitando intervenções como venóclise durante a crise.

-Solicitar ajuda adicional, se necessário.

-Manter vias aéreas pérvias (evitar risco de aspiração; se necessário, aspirar secreções).

-Instalar oxigênio, sob cateter nasal ou máscara (5 litros/minuto);

-Venóclise em veia calibrosa.

-Evitar quedas e traumatismos, incluindo o bucal.

-Providenciar decúbito lateral para a paciente.

-Administrar anticonvulsivante.

-Anti-hipertensivos adequados;

-Evitar politerapia.

-Sondagem vesical de demora (testar proteinúria em fita reagente, se não existir resultado).

• Sulfato de magnésio: é a droga anticonvulsivante de escolha, devido à sua eficácia se comparada aos outros anticonvulsivantes.

A administração dessa droga deve ser seguida por monitorização da frequência respiratória e do reflexo patelar para propiciar o diagnóstico precoce de eventuais sinais de intoxicação, como apneia e parada respiratória. Esses parâmetros clínicos devem ser con-

trolados juntamente com a diurese, que expressa o ritmo de excreção renal desse fármaco, até a transferência da gestante para o serviço hospitalar, onde deverá continuar a vigilância. A unidade deve dispor de gluconato de cálcio a 10%, antídoto do sulfato de magnésio, que deve ser aplicado por via intravenosa em bolus, se houver necessidade de tratamento agudo de efeitos colaterais.

Mais importante do que interromper uma convulsão já iniciada é a prevenção de nova crise.

Esquema para uso do sulfato de magnésio – deve-se atentar para as diferentes concentrações das apresentações existentes no mercado:

MgSO₄.7H₂O a 50% – uma ampola = 10 ml = 5 g

MgSO₄.7H₂O a 20% – uma ampola = 10 ml = 2 g

MgSO₄.7H₂O a 10% – uma ampola = 10 ml = 1 g

Dose de ataque (esquema misto Ev e IM) para transferência da gestante – administrar sulfato de magnésio 4 g (quatro ampolas a 10% ou duas ampolas a 20%), EV, lentamente, em 20 minutos. Logo após, aplicar mais 10 g de sulfato de magnésio a 50% (duas ampolas), divididas em duas aplicações, IM, uma ampola (5 g) em cada glúteo, profundamente, na ausência de bomba de infusão.

- Fenitoína: droga eficaz para controle e prevenção de convulsões epiléticas, não é a melhor escolha para eclâmpsia.

Esquema terapêutico:

Dose de ataque – 500 mg diluídos em 200 ml de solução salina para aplicação intravenosa durante 20 minutos;

Efeito colateral: arritmia cardíaca, se a infusão for rápida.

- Benzodiazepínicos: não devem ser utilizados porque podem causar sedação prolongada, dificultando a avaliação da consciência posteriormente, com risco aumentado para aspiração, aumento da salivagem e produção de secreção traqueobrônquica.

Para o neonato, aumentam o risco de depressão respiratória, hipotensão e hipotermia. Entretanto, se o sulfato de magnésio de fato não estiver disponível, o uso de benzodiazepínicos pode ser cogitado como droga anticonvulsivante.

Transferência e transporte da mulher com eclâmpsia – o transporte adequado da mulher eclâmpica até o hospital de nível secundário ou terciário é de importância capital para sua sobrevivência.

Nessa situação, a gestante deve estar sempre com:

- Vaga confirmada em centro de referência, idealmente hospital terciário. O contato prévio facilita o atendimento adequado na referência;
- Veia periférica calibrosa cateterizada (evitando-se a hiper-hidratação);
- Sonda vesical, com coletor de urina instalado;
- Pressão arterial controlada com hidralazina (5-10 mg, EV) ou nifedipina (10 mg, VO);
- Dose de ataque de sulfato de magnésio aplicada, ou seja, 4 g de sulfato de magnésio, EV, em 20 minutos; e manutenção com o esquema IM (10 g de sulfato de magnésio, sendo aplicados 5 g em cada nádega).
- Acompanhamento obrigatório do médico durante sua remoção.

Tratamento da hipertensão arterial durante a lactação

Mães hipertensas podem amamentar normalmente com segurança, desde que se tenham cuidados e condutas especiais.

Todavia, as drogas anti-hipertensivas estudadas são excretadas pelo leite humano; sendo assim, mulheres hipertensas e que desejem amamentar por alguns meses podem suspender a medicação anti-hipertensiva com cuidadoso monitoramento da pressão arterial e reinstaurar a medicação logo que suspender o período de amamentação.

Nenhum efeito adverso de curto prazo foi descrito quanto à exposição a metildopa, hidralazina, propranolol e labetalol, que são os preferidos se houver indicação de betabloqueadores. Diuréticos podem reduzir o volume de leite ou até suprimir a lactação. A mãe hipertensa que amamenta e a criança amamentada no peito devem ser monitoradas para prevenir potenciais efeitos adversos.

Hipertensão recorrente

A hipertensão recorre em larga proporção (20% a 50%) nas gestações subsequentes. Os fatores de risco são:

- Aparecimento de hipertensão arterial logo na primeira gestação.
- História de hipertensão arterial crônica.

- Hipertensão persistente semanas pós-parto.
- Elevação precoce da pressão na gravidez.

Mulheres que tiveram pré-eclâmpsia têm maior tendência a desenvolver hipertensão arterial do que as que tiveram gestação como normotensas.

13.5 – DIABETES MELLITUS NA GESTAÇÃO (DMG):

É a hiperglicemia diagnosticada na gravidez, de intensidade variada, geralmente se resolvendo no período pós-parto, mas retornando anos depois em grande parte dos casos.

São considerados fatores de risco para o diabetes gestacional: obesidade ou ganho de peso excessivo na gravidez atual; deposição central e excessiva de gordura corporal; historia familiar de diabetes em parentes de primeiro grau; gestantes que nasceram com baixo peso; crescimento fetal excessivo, antecedentes obstétricos de aborto de repetição, de más formações congênitas fetais, de morte fetal ou neonatal, de macrossomia ou de diabetes gestacional.

Os sintomas decorrentes de hiperglicemia acentuada incluem perda inexplicada de peso, poliúria, polidipsia, polifagia e infecções.

A associação entre diabetes e gravidez deve ser enfrentada como um relevante desafio de saúde pública, que exige de todos os profissionais envolvidos no atendimento pré-natal a capacitação adequada para atuar de forma sistematizada, reconhecendo essa endocrinopatia o mais precocemente possível e não adiando intervenções necessárias.

As consequências do diabetes mellitus a longo prazo decorrem de alterações micro e macrovasculares que levam à disfunção, dano ou falência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos sanguíneos.

Sabe-se que a retinopatia diabética pode ser agravada pela gestação e que a nefropatia diabética é uma das principais causas de insuficiência renal crônica. A cetoacidose diabética, embora pouco frequente, constitui causa de morte materna.

Para a mãe, dados da literatura indicam que as gestantes diabéticas apresentarão maior prevalência de pré-eclâmpsia, maior ganho ponderal, infecções do trato urinário, vulvovaginites, infecção puerperal e óbito.

A hipertensão arterial crônica é uma complicação frequente em mulheres diabéticas.

Em pacientes com diabetes tipo 1 (definida a seguir), a HAC geralmente é decorrente

de nefropatia prévia. Em diabéticas tipo 2, associa-se frequentemente com obesidade e hiperlipidemia, integrando a síndrome plurimetabólica.

Para o embrião/feto, os problemas descritos incluem:

- Abortamento;
- Polidrâmnio;
- Macrossomia e recém-nascido grande para a idade gestacional, que pode complicar (distocia de ombro, toco-traumatismo) ou inviabilizar a parturição via vaginal;
- Anomalias congênitas, mais frequentemente as cardíacas (defeitos do septo ventricular, transposição dos grandes vasos e persistência do canal arterial), anomalias do sistema nervoso central, gastrointestinal, geniturinário e musculoesquelético;
- Restrição do crescimento fetal, que pode complicar gestações em mulheres diabéticas com vasculopatias;
- Óbito fetal, relacionado frequentemente à falta de triagem materna para o diabetes, embora para o diagnóstico e adoção tardia de cuidados.

O recém-nascido de mãe diabética frequentemente também apresenta complicações como:

- Hipoglicemia, policitemia, hipocalcemia e hiperbilirrubinemia;
- Prematuridade espontânea, relacionada com o mau controle glicêmico, que provoca maiores incidências de polidrâmnio, macrossomias e infecções, principalmente do trato urinário; e prematuridade eletiva, relacionada à melhora do prognóstico materno e/ou fetal;
- Síndrome do desconforto respiratório, mais frequente em recém-nascido de gestantes com controle irregular de sua glicemia;
- Mortalidade perinatal.

Classificação etiológica

• **Diabetes tipo 1 (ex-diabetes juvenil):** cerca de 10% dos casos. O termo tipo 1 indica destruição de células beta que pode levar ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando sua administração é necessária para prevenir cetoacidose, coma e morte.

• **Diabetes tipo 2 (ex-diabetes do adulto):** cerca de 90% dos casos. O termo tipo 2 designa deficiência relativa de insulina. Nesses casos, a administração de insulina não visa evitar cetoacidose, mas sim controlar o quadro hiperglicêmico. A cetoacidose é rara e quando presente é acompanhada de infecção ou estresse muito graves. A maioria dos casos apresenta excesso de peso ou deposição central de gordura.

• **Diabetes gestacional:** é a hiperglicemia diagnosticada na gravidez, de intensidade variada, que geralmente desaparece no período pós-parto, mas pode retornar anos depois. Essa condição metabólica tem diagnóstico controverso. É importante considerar que, segundo critérios da OMS, a incidência de diabetes gestacional no Brasil alcança cifras de 7,9%, representando, assim, uma complicação consideravelmente frequente, que requer atenção dos profissionais que atendem gestantes.

Principais fatores de risco do diabetes mellitus gestacional:

- História prévia de diabetes gestacional;
- Diabetes na família com parentesco em 1º grau;
- Baixa estatura (< 1,50 m);
- Idade superior a 35 anos;
- Obesidade ou grande aumento de peso durante a gestação;
- Síndrome do ovário policístico e outras patologias que levam ao hiperinsulinismo;
- Uso de drogas hiperglicemiantes: corticoides, diuréticos tiazídicos;
- Antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal, malformação fetal, polidrâmnio, macrossomia ou diabetes gestacional;
- Hipertensão arterial crônica ou pré-eclâmpsia na gravidez atual, crescimento fetal excessivo e polidrâmnio.

Rastreamento e diagnóstico do diabetes gestacional:

Os sintomas clássicos de diabetes são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso (os “4 Ps”). Outros sintomas que levantam a suspeita clínica são: fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar e infecções de repetição. Algumas vezes, o diagnóstico é feito a partir de complicações crônicas como neuropatia, retinopatia ou doença cardiovascular aterosclerótica.

Os testes laboratoriais mais comumente utilizados para suspeita de diabetes ou regulação glicêmica alterada são:

- **Glicemia de jejum (GJ)** – nível de glicose sanguínea após jejum de 8 a 12 horas.

- **Teste oral de tolerância à glicose (TOTG-75 g)** – a paciente recebe uma carga de 75 g de glicose anidra em 250-300 ml de água, após um período de jejum entre 8 e 14 horas; a glicemia é medida antes, com 60 minutos e 120 minutos após a ingestão.

A dosagem da glicemia de jejum é o primeiro teste para avaliação do estado glicêmico da gestante. O exame deve ser solicitado a todas as gestantes na primeira consulta do pré-natal, como teste de rastreamento para o DMG, independentemente da presença de fatores de risco.

O resultado deve ser interpretado conforme o item 4.5.2 (glicemia de jejum). Se a gestante está no 1º trimestre, a glicemia de jejum auxilia a detectar alterações prévias da tolerância à glicose.

- A GJ com valor maior ou igual a 126 mg/dL, iniciar dietoterapia, com acompanhamento nutricional, e referenciar ao pré-natal de alto risco, com o mapa de controle glicêmico.

- Valor entre 92 a 125mg/dL: Fazer Hemoglicoteste (hgt) por 03 dias consecutivos e registrar em mapa de controle glicêmico. Após, retornar ao pré-natal de origem. Se algum valor for >92mg/dL, iniciar dietoterapia, com acompanhamento nutricional, e encaminhar ao pré-natal de alto risco.

- Assim que possível, se esse exame resultar em valores normais, ou pelo menos um alterado, indicar repetição com 28 semanas de idade gestacional.

- Nos casos com glicemia de jejum menor que 92 mg/dL, realizar curva glicêmica 75 (jejum/1h/2h) entre a 24ª a 28ª semana para todas as gestantes.

Conduta inicial para o diabetes durante a gestação:

Feito o diagnóstico de diabetes, a mulher deve ser encaminhada a uma unidade de referência para gestação de alto risco, para acompanhamento do pré-natal. Alguns exames laboratoriais complementares podem ser úteis para a avaliação do diabetes durante a gestação.

Se possível, eles já podem ser solicitados na unidade básica, para evitar demora na avaliação especializada posterior.

- Creatinina sérica;
- TSH;
- Urina tipo I (para verificar infecção urinária, proteinúria, corpos cetônicos, glicosúria) e urocultura;
- Proteinúria de 24 horas;
- Ultrassonografia obstétrica no 1º trimestre, para determinação da idade gestacional;
- Gestantes diabéticas prévias ou glicemia de jejum acima de 126 mg/dL na primeira consulta, solicitar Ecocardiograma Fetal entre a 26ª e 28ª semana.

A insulina deve ser mantida para todas as pacientes que já faziam uso dela, assim como deve ser iniciada para diabéticas tipo 2 que faziam uso prévio de hipoglicemiantes, ou para diabéticas gestacionais que não obtiveram controle satisfatório com dieta e exercícios físicos.

Os ajustes de doses são baseados nas medidas de glicemia. O monitoramento da glicemia em casa, com fitas para leitura visual ou medidor glicêmico apropriado, é o método ideal de controle.

As gestantes com diagnóstico de diabetes devem ser sempre acompanhadas conjuntamente pela equipe da atenção básica e pela equipe do pré-natal de alto risco.

13.6 – HEPATITE B:

A infecção pelo vírus da hepatite B (VHB) é transmitida por via sexual, transfusões de sangue anteriores à triagem sorológica em bancos de sangue (instituída em 1975 pela Resolução da Comissão Nacional de Hemoterapia I e mantida sucessivamente até a RDC nº 153, de 2004), contato com sangue contaminado e pela transmissão vertical.

A taxa de transmissão vertical é de 70 a 90% em mulheres reagentes ao HBsAg e

ao HBeAg (indicativo de replicação viral) e de 10 a 40% nas HBsAg reagentes, mas HBeAg não reagentes. Setenta a 90% dos recém-nascidos filhos de mãe portadora do VHB e contaminados desenvolvem a forma crônica da doença e podem, no futuro, apresentar suas complicações, tais como cirrose e carcinoma hepatocelular.

Com o objetivo de prevenir a transmissão vertical da hepatite B, recomenda-se triagem sorológica durante o pré-natal, por meio do HBsAg – antígeno de superfície do VHB. O resultado deve orientar a decisão sobre imunoprofilaxia para o recém-nascido e também conduta clínica com a gestante.

Caso se detecte a presença de HBsAg na gestante, deve-se referenciá-la ao pré-natal de alto risco e contatar a maternidade onde será realizado o parto para que a mesma entre em contato com a Vigilância Epidemiológica, que disponibilizará a imunoglobulina hiperimune para hepatite B, a ser administrada preferencialmente nas primeiras 12 horas de vida do recém-nascido e no máximo até o 7º dia após o nascimento (disponível nos CRIE - Centro de Imunobiológicos Especiais), além da imunização ativa através da vacina contra hepatite B. A criança deve receber doses subsequentes da vacina, com 1 e 6 meses, conforme esquema básico de vacinação.

Nessa situação específica é necessário que se confirme a imunidade pós-vacinal pela realização do anti-HBs (anticorpo contra o HBsAg) na criança, de 1 a 3 meses após a terceira dose da vacina.

Com relação à amamentação, apesar de o vírus da hepatite B poder ser encontrado no leite materno, o aleitamento em crianças filhas de mães portadoras do VHB está indicado logo após a aplicação da primeira dose do esquema vacinal e da imunoglobulina humana anti-hepatite B.

13.7 – TOXOPLASMOSE

A toxoplasmose, causada pelo *Toxoplasma gondii* (TG), adquire especial relevância quando infecta gestantes, visto o elevado risco de acometimento fetal. Entre as consequências da infecção aguda materna incluem-se a restrição de crescimento intrauterino, morte fetal, prematuridade e/ou toxoplasmose congênita (microftalmia, lesões oculares, microcefalia, com ou sem hidrocefalia, retardo mental, pneumonite, hepatoesplenomegalia, erupção cutânea e calcificações cerebrais).

Diagnóstico

O objetivo principal do rastreamento é a identificação de gestantes suscetíveis, que devem ser orientadas sobre adoção de medidas preventivas para infecção aguda por meio de cuidados higienodietéticos. Outro aspecto relevante é a detecção precoce da infecção materna (soroconversão), visando iniciar terapia para prevenir a transmissão fetal e orientar confirmação de infecção intraútero o mais rápido possível.

Embora não exista consenso sobre o real benefício do rastreamento universal para toxoplasmose na gravidez, recomenda-se a realização da triagem sorológica independentemente de sintomas, se a gestante não tiver confirmação de infecção prévia. Nas gestantes soronegativas no início do pré-natal, o seguimento com repetição da sorologia (IgM e IgG) no 2º e no 3º trimestre poderá confirmar a soroconversão.

A maioria dos casos de toxoplasmose aguda na gestante pode acontecer sem sintomas ou com sintomas inespecíficos. Essa característica clínica respalda a decisão de se realizar triagem sorológica para detectar os casos que soro converteram, com infecção recente, que representam maior risco de infecção congênita. Assim, recomenda-se, para todas as gestantes, a triagem por meio da detecção de anticorpos da classe IgG e IgM (Elisa ou imunofluorescência) na primeira consulta de pré-natal, visto que o diagnóstico é eminentemente laboratorial. Se a gestante é proveniente de região de alta endemicidade, ela deverá ter rastreamento, com pesquisa de anticorpos IgM e IgG a cada trimestre, para detectar possível soroconversão (infecção aguda) durante a gravidez.

Na soroconversão confirmada, diagnostica-se infecção aguda materna e deve-se encaminhar para o infectologista e pré-natal de alto risco.

Se no primeiro exame solicitado detectam-se anticorpos IgM, deve-se coletar amostra para teste de avidéz de IgG o mais rápido possível. No caso de sorologia IgM e IgG positiva antes de 16 semanas deve-se solicitar IgG avidéz para diferenciar infecção pré gestacional(alta avidéz) daquela ocorrida durante a gestação(baixa avidéz). Após 16 semanas, o teste de avidéz não tem valor.

Na presença de anticorpos IgG positivos e IgM negativos, considera-se a gestante provavelmente imune. Recomenda-se dar seguimento ao pré-natal de risco habitual.

Formas de prevenção primária:

- Não ingerir carnes cruas, mal cozidas ou mal passadas.
- Lavar as mãos ao manipular alimentos.

- Após manusear a carne crua, lavar bem as mãos, assim como toda a superfície que entrou em contato com o alimento e todos os utensílios utilizados.
- Lavar bem frutas, legumes e verduras antes de se alimentar.
- Usar luvas e lavar bem as mãos após contato com o solo e terra de jardim.
- Evitar contato com fezes de gato no lixo ou solo.
- Não consumir leite e seus derivados crus, não pasteurizados, seja de vaca ou de cabra.
- Propor que outra pessoa limpe a caixa de areia dos gatos; caso não seja possível, limpá-la e trocá-la diariamente, utilizando luvas e pазinha.
- Alimentar os gatos com carne cozida ou ração, não deixando que estes ingiram sua caça.
- Lavar bem as mãos após contato com os animais.

13.8 – INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU):

A infecção do trato urinário é comum em mulheres jovens e representa a complicação clínica mais frequente na gestação. De 2% a 10% das gestantes apresentam bacteriúria assintomática, com 25 a 35% desenvolvendo pielonefrite aguda.

A gestação ocasiona modificações, algumas delas mediadas por hormônios que favorecem as ITU's: estase urinária pela redução do peristaltismo ureteral, aumento da produção de urina, glicosúria e aminoacidúria, favorecendo o crescimento bacteriano e infecções.

Os microorganismos envolvidos são aqueles da flora perineal normal, principalmente a *Escherichia coli*, que responde por 80 a 90% das infecções. Outros gram-negativos, como *Klebsiela*, *Enterobacter* e *Proteus*, respondem pela maioria dos outros casos, além do enterococo e do estreptococo do grupo B.

A bacteriúria assintomática é a mais frequente, e as infecções sintomáticas poderão acometer o trato urinário inferior (cistites), ou ainda o trato superior (pielonefrite).

Como medida genérica para toda grávida que apresentar qualquer sintoma ou infecção comprovada do trato urinário, a ingestão de grande quantidade de líquidos deve ser recomendada.

Como essa medida parece inclusive prevenir a infecção, durante a gestação toda mulher deve ser orientada a ingerir líquidos e a não postergar a micção.

Bacteriúria assintomática

É definida como a condição clínica de mulher assintomática que apresenta urocultura positiva, com mais de 100 mil colônias por ml. Se não tratada, 25% das mulheres desenvolverão sintomas e progressão para pielonefrite. Outras complicações são trabalho de parto prematuro (TPP), anemia e restrição do crescimento fetal. O rastreamento da bacteriúria assintomática deve ser feito obrigatoriamente pela urocultura, já que, na maior parte das vezes, o sedimento urinário é normal.

Diferentemente de outras situações clínicas, a bacteriúria assintomática durante a gravidez deve ser tratada. O tratamento pode ser realizado, preferencialmente guiado pela suscetibilidade no antibiograma, conforme prescrição médica.

Cistite

É caracterizada pela presença de sintomas clínicos evidentes, como disúria, polaciúria e urgência urinária. Neste caso, realizar exame físico para descartar uretrite e vaginite; solicitar EAS + cultura (Urgente), e encaminhar ao médico para iniciar antibiótico imediatamente.

A análise do sedimento urinário evidencia, geralmente, leucocitúria e hematúria francas, além do grande número de bactérias. O tratamento pode ser realizado com as mesmas opções da bacteriúria, sendo iniciado mesmo antes do resultado da urocultura, já que as pacientes são sintomáticas:

1ª opção: Cefalexina 500 mg 6/6h por 10 dias;

2ª opção: Nitrofurantoína 100 mg 6/6h por 10 dias.

O controle do tratamento deve ser realizado com urocultura 7 dias após o seu término. Na presença de duas infecções do trato urinário baixo, a gestante deve ser mantida com profilaxia de nova ITU com nitrofurantoína 100 mg/dia, até o final da gestação, e realizar urocultura de controle a cada 6 semanas.

Pielonefrite aguda

É uma das complicações mais comuns e mais sérias durante a gestação, ocorrendo em 1% a 2% das gestantes. Clinicamente, a sintomatologia é evidente, com febre alta, calafrios e dor na loja renal (sinal de Giordano), além da referência pregressa de sintomas de infecção urinária baixa. A presença de náuseas e vômitos, além de taquicardia, dispneia e hipotensão, pode sugerir evolução para quadro séptico. O tratamento inicial deve ser hospitalar.

Na suspeita de pielonefrite, a gestante deve ser encaminhada para urgência/ emergência obstétrica.

A pielonefrite aguda durante a gravidez é uma complicação séria que não pode ser subestimada. Atualmente é responsável por uma parcela importante de morbidade grave e até mesmo mortalidade materna.

O controle do tratamento deve ser realizado com urocultura 7 dias após o término da antibioticoterapia.

Após o tratamento de pielonefrite, a mulher deve ingerir nitrofurantoína 100 mg/dia até o final da gestação.

13.9 – SÍFILIS:

A sífilis congênita é um agravo de notificação compulsória. É considerada como evento marcador da qualidade de assistência à saúde materno-fetal, em razão da efetiva redução do risco de transmissão transplacentária, sua relativa simplicidade diagnóstica e o fácil manejo clínico/terapêutico.

A sífilis na gestação, também de notificação compulsória, requer intervenção imediata, para que se reduza o risco de resposta imunológica ao treponema no feto, o que causa muitas das alterações observadas na doença congênita. Quanto mais recente for a infecção materna, maior a carga de treponemas circulantes e mais grave e frequente será o comprometimento fetal, que pode ocorrer em 70% a 100% dos casos. As manifestações clínicas podem variar do abortamento precoce, recém-nascidos sintomáticos extremamente graves e mesmo natimorto.

Entretanto, o nascimento de crianças assintomáticas é o quadro mais comum.

Deve-se realizar triagem rotineira das gestantes (Teste Rápido de Sífilis) três vezes

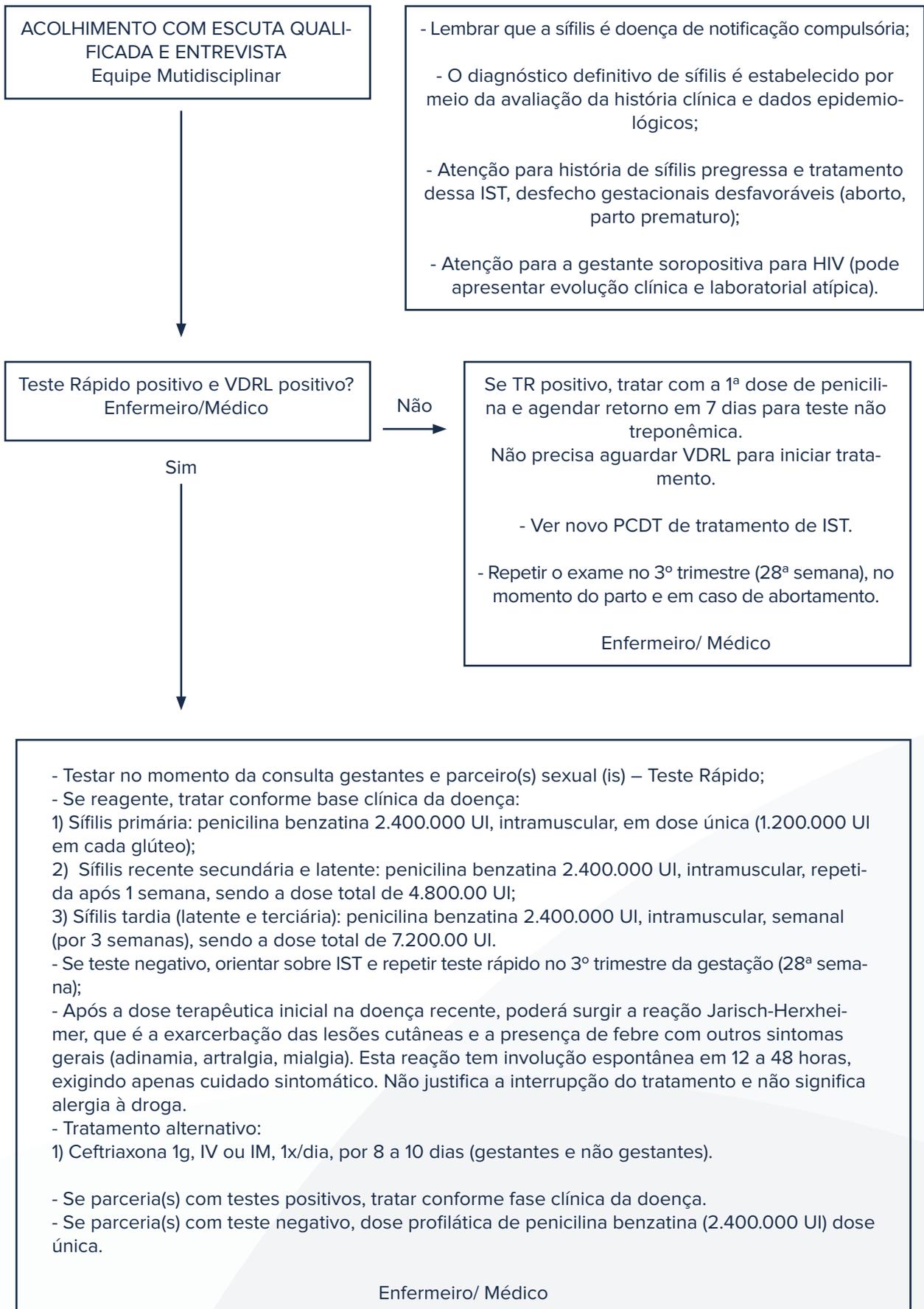
na gestação (início do pré-natal, 2º e 3º trimestre) e no momento da internação hospitalar, seja para parto, seja para curetagem uterina pós-abortamento, segundo a Portaria GM/MS nº 766 /2004.

O teste rápido de sífilis (teste treponêmico) reagente, confirmado pelo teste VDRL, no início do 3º trimestre permite que o tratamento materno seja instituído e finalizado até 30 dias antes do parto, intervalo mínimo necessário para que o recém-nascido seja considerado tratado intraútero.

Classificação da sífilis:

- Adquirida recente: < 1 ano primária, secundária e latente recente
- Adquirida tardia: > 1 ano latente tardia e terciária
- Congênita recente: diagnóstico até o 2º ano de vida
- Congênita tardia: diagnóstico após o 2º ano de vida

O diagnóstico e tratamento da Sífilis seguem conforme fluxograma abaixo:



- As gestantes com história comprovada de alergia a penicilina devem ser encaminhadas para o Centro de Referência, para que se realize a dessensibilização. A penicilina é a única droga treponêmica que atravessa a barreira placentária e, portanto trata também o feto.

- As gestantes com manifestações neurológicas e/ou cardiovasculares devem ser hospitalizadas e submetidas a esquemas especiais de penicilina via intravenosa.

Com a instituição do tratamento correto, o teste não treponêmico (VDRL) tende a se negativar em 6 a 12 meses, podendo, no entanto, permanecer com títulos baixos por longos períodos de tempo ou até por toda vida; é que se denomina memória ou cicatriz sorológica da sífilis.

- Os testes não treponêmicos (VDRL) devem ser realizados trimestralmente para o controle de cura.
- Nos casos de sífilis primária e secundária, os títulos devem declinar em torno de 4 vezes em 3 meses e 8 vezes em 6 meses.
- Se os títulos se mantiverem baixos e estáveis em 2 oportunidades, após 1 ano, pode ser dada a alta.

Adaptado. (BRASIL,2016)

13.10 – INFECÇÃO POR HIV:

O diagnóstico durante a gestação, ou ainda no momento do trabalho de parto, com instituição de medidas apropriadas, pode reduzir significativamente a transmissão vertical (da mãe para o filho). O teste anti-HIV deve ser oferecido na primeira consulta de pré-natal e repetido no 2º e 3º trimestre. Se não for realizada triagem a tempo, ou se houver outro questionamento diagnóstico, deve ser utilizado teste rápido na admissão à maternidade.

Condutas diante do diagnóstico de infecção por HIV na gestação:

- Encaminhar a gestante para unidade de referência em Doença Infecto-Parasitária/pré-natal de alto risco.

- Prestar o suporte psicológico necessário;

- Informar sobre a redução importante da transmissão vertical com uso de terapia antirretroviral múltipla (TARV), com necessidade de acompanhamento médico especializado em serviço de referência durante toda a gestação.

- Discutir a necessidade da testagem do parceiro e do uso de preservativo (masculino ou feminino) nas relações sexuais.

- Continuar o acompanhamento da gestante encaminhada, com atenção para a adesão às recomendações/prescrições.

Para mais informações, consultar o documento de consenso vigente, do Ministério da Saúde, Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes.

13.11 – OUTRAS IST's:

O tratamento de IST's deverá ser realizado na Atenção Básica, sendo a gestante de Risco Habitual, não havendo necessidade de encaminhamento, somente para casos mais complexos.

As IST's podem ocorrer em qualquer momento do período gestacional. Atenção especial deve ser dirigida ao parceiro sexual, para tratamento imediato ou encaminhamento para serviço especializado, sempre que houver indicação, utilizando no Município a referência da rede de atenção a saúde para doenças infecto contagiosas.

As IST's podem ser agrupadas em síndromes, como apresentadas a seguir:

A) Síndrome de úlcera genital: Presença de lesão ulcerada em região anogenital, de causa não traumática, única ou múltipla, podendo ser precedida por lesões vesiculosas. As causas mais comuns são, à exceção da sífilis primária, o cancro mole e o herpes genital.

Tratamento: a gestante deve ser tratada sindromicamente, seguindo os fluxogramas validados pelo PN-IST/Aids – Manual de Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Ministério da Saúde, 2006, 4ª edição.

- **Herpes:** o tratamento das lesões herpéticas, no decorrer da gestação, deve ser feito nos casos de primoinfecção ou em recorrências, para reduzir a duração do episódio – aciclovir 400 mg, VO, de 8 em 8 horas, durante 7 a 10 dias. Também se indica supressão viral para reduzir a transmissão do vírus no momento do parto, prescrevendo-se aciclovir 400 mg, VO, de 8 em 8 horas, a partir da 36ª semana até o parto. Indica-se cesariana apenas se houver lesões ativas no momento do parto, ou se tiver tido lesão ativa há menos de 7 dias.

- **Cancro mole:** produz úlceras em espelho, dolorosas, diferentemente das úlceras da sífilis. Trata-se com estearato de eritromicina, 500 mg, VO, de 6 em 6 horas, por 7 dias, ou ceftriaxona, 250 mg, IM, dose única.

B) Síndrome de corrimento vaginal: Corrimento de cor branca, acinzentada ou amarelada, acompanhado de prurido, odor ou dor durante a relação sexual, que pode ocorrer durante a gestação. As causas mais comuns são a candidíase, a tricomoníase e a vaginose bacteriana. Apenas a tricomoníase é considerada de transmissão sexual.

Qualquer um dos tratamentos tópicos pode ser usado para candidíase em gestantes, dando-se preferência aos derivados imidazólicos como o miconazol, o isoconazol, o tiocanazol e o clotrimazol, por um período de 7 dias. Não deve ser usado nenhum tratamento sistêmico. Para vaginose bacteriana e/ou tricomoníase, está indicado o uso de metronidazol 2 g, VO, dose única; ou 250 mg, 3 vezes ao dia, VO, durante 7 dias; ou metronidazol 400 mg, de 12 em 12 horas, VO, por 7 dias. Nos casos de tricomoníase, o parceiro também deve ser tratado.

C) Síndrome de corrimento cervical: Caracteriza-se pela presença de corrimento mucopurulento proveniente do orifício externo do colo do útero, acompanhado ou não por hiperemia, ectopia ou colpíte. As causas mais comuns são infecção por gonococo e clamídia.

Tratamento da gestante: deve ser feito com azitromicina 1 g, VO, dose única; eritromicina (estearato) 500 mg, VO, de 6 em 6 horas, por 7 dias; ou amoxicilina 500 mg, VO, de 8 em 8 horas, por 7 dias; ou associado a cefixima 400 mg, VO, dose única; ou ceftriaxona 250 mg, IM, dose única; ou espectinomicina: 2 g, IM, dose única.

D) Síndrome do corrimento uretral: Presença de corrimento uretral purulento ou mucopurulento.

Tratamento: para clamídia e gonococo, como proposto para corrimento cervical.

Terapêutica para agentes menos frequentes de corrimentos uretrais: Eritromicina (estearato) 500 mg VO, 6/6 horas por 7 (sete) dias + Metronidazol 2g.VO. dose única.

E) Condiloma acuminado: Caracteriza-se por lesões verrucosas, isoladas ou agrupadas, úmidas ou secas e queratinizadas, geralmente localizadas na vulva, períneo e região perianal, causadas pelo vírus HPV (Papiloma Vírus Humano). A infecção viral pode ser subclínica e afetar o colo uterino. Alguns subtipos do HPV são fortemente associados à neoplasia cervical (subtipos 16, 18, 31 e 35).

Tratamento da gestante: na gestação, as lesões condilomatosas poderão atingir grandes proporções, seja pelo aumento da vascularização, seja pelas alterações hormonais e imunológicas que ocorrem nesse período. Como as lesões durante a gestação podem proliferar e tornarem-se friáveis, muitos especialistas indicam sua remoção em fases precoces da gestação, se for possível, evitando-se intervenção com grande perda de subs-

tância por cauterização (elétrica, térmica ou criocauterização) extensa ou exérese no final do 3º trimestre.

É importante orientar o uso de preservativo e avaliação do parceiro sexual, com suspensão de atividade sexual durante o tratamento.

Não há evidência de benefícios da operação cesariana no risco, que é baixo, de transmissão do HPV para o recém-nascido. Apenas em raros casos, quando o tamanho e a localização das lesões estiverem causando obstrução do canal de parto, ou quando o parto vaginal puder ocasionar sangramento excessivo, a cesariana deverá ser indicada.

A escolha do tratamento vai se basear no tamanho e no número das lesões:

- Nunca usar podofilina, podofilotoxina ou imiquimod durante qualquer fase da gravidez.
- Lesões pequenas, isoladas e externas – cauterização química com ácido tricloracético 70 a 80%, eletro ou criocauterização em qualquer fase da gravidez.
- Lesões grandes e externas – ressecção com eletrocautério ou cirurgia de alta frequência (exérese por alça diatérmica ou LEEP) em qualquer fase da gravidez, evitando-se no final do 3º trimestre. Esse procedimento pode provocar sangramento considerável.
- Lesões pequenas, colo, vagina e vulva – eletro ou criocauterização, apenas a partir do 2º trimestre.
- Mulheres com condilomatose - durante a gravidez deverão ser seguidas com citologia oncológica após o parto.

13.12 – TRABALHO DE PARTO PREMATURO (TPP):

Conceitua-se gravidez pré-termo aquela cuja idade gestacional encontra-se entre 22 (ou 154 dias) e 37 (ou 259 dias) semanas. Para diagnóstico de trabalho de parto prematuro, devem-se considerar a contratilidade uterina e as modificações cervicais. É importante lembrar que existem contrações uterinas durante a gestação, denominadas de Braxton-Hicks, que são diferentes daquelas do trabalho de parto, pela ausência de ritmo e regularidade.

O trabalho de parto é definido pela presença de duas a três contrações uterinas a cada 10 minutos, com ritmo e frequência regulares. Podem ser acompanhadas de modificações cervicais caracterizadas pela dilatação maior ou igual a 2 cm e/ou esvaecimento maior que 50%.

Conduatas:

- Na presença de contrações uterinas rítmicas e regulares, porém sem modificação cervical, caracteriza-se o falso trabalho de parto prematuro. Esses casos costumam evoluir bem apenas com o repouso, principalmente se a causa de base é identificada e tratada. Na eventualidade de as contrações persistirem, há necessidade de uso de tocolíticos e, portanto, a mulher deverá ser encaminhada para hospital de referência.

- Na presença de TPP com colo modificado, encaminhar a mulher para hospital de referência. O trabalho de parto prematuro constitui situação de risco gestacional. Deve, portanto, ser encaminhado para a maternidade. É importante lembrar, para o profissional que faz o acompanhamento pré-natal, que a história de prematuridade anterior é o fator de risco que, isoladamente, tem a maior capacidade de prever a prematuridade na atual gestação.

O TPP com frequência é relacionado a infecções urinárias e vaginais, principalmente a vaginose bacteriana. Por isso, nessas situações, estaria recomendado o rastreamento diagnóstico.

Para a vaginose bacteriana, pode ser feita a abordagem sindrômica ou a realização do exame de bacterioscopia da secreção vaginal, se estiver disponível.

A bacterioscopia da secreção vaginal é uma avaliação de perfil bacteriológico do conteúdo vaginal por critério de Nugent, que possibilita a detecção e o tratamento precoce da vaginose bacteriana. Quando realizada, a pesquisa deve ocorrer idealmente antes da 20ª semana de gestação, o que pode apresentar benefícios para a prevenção da prematuridade (verificar se na região esse exame está sendo executado).

Se a bacterioscopia estiver indisponível, pode-se realizar um diagnóstico presumido, através do exame especular, pela positividade de pelo menos três dos quatro critérios de Amsel:

- 1) corrimento branco-acinzentado;
- 2) medida do pH > 4.5 com fita apropriada aplicada a 2-3 cm do introito vaginal, na parede lateral da vagina;
- 3) liberação de aminas com odor de peixe no teste com hidróxido de potássio a 10% adicionado a uma amostra do conteúdo vaginal;
- 4) visualização de clue cells à microscopia.

Na suspeita de infecção urinária, solicitar Urina tipo I e urocultura. O tratamento dessas condições, quando diagnosticadas, diminui o risco de prematuridade.

A gestante com história de parto prematuro anterior deverá ser encaminhada para a realização de um exame ultrassonográfico, idealmente entre a 20ª e a 24ª semana, quando realizará o exame morfológico para a medida do comprimento cervical.

13.13 – GESTAÇÃO PROLONGADA:

Conceitua-se gestação prolongada, também referida como pós-datismo, aquela cuja idade gestacional encontra-se entre 40 e 42 semanas. Gravidez pós-termo é aquela que ultrapassa 42 semanas.

A incidência de pós-datismo é em torno de 5%. O diagnóstico de certeza somente pode ser feito com o estabelecimento precoce da idade gestacional, que pode estar falseado na presença de irregularidades menstruais, uso de anticoncepcionais hormonais, lactação, entre outros. Nessas situações, o exame ultrassonográfico precoce é recurso eficaz para o correto estabelecimento da idade gestacional.

Conduta:

O controle da gestante nessa situação visa identificar a eventualidade de hipóxia consequente à insuficiência placentária. Dessa forma, os cuidados dirigem-se ao controle das condições de vitalidade fetal. Ela pode ser avaliada na unidade básica de saúde pelo registro materno da movimentação fetal (mobilograma) e pela normalidade na evolução do pré-natal.

Por volta da 40ª semana de idade gestacional, ou antes, se houver diminuição da movimentação fetal, encaminhar a gestante para a maternidade para outros testes de vitalidade fetal. Nesses casos, os profissionais da maternidade devem orientar adequadamente a gestante e a unidade básica de saúde responsável pelo pré-natal, segundo recomendações do manual técnico *Gestação de Alto Risco*.

A paciente deverá ser encaminhada com 41 semanas de gestação para indução do parto ou parto, segundo as características do caso.

É importante enfatizar que, embora seja encaminhada a maternidade para avaliação de vitalidade, nenhuma gestante deve receber alta do pré-natal da unidade básica antes de internação para o parto.

13.14 – VARIZES E TROMBOEMBOLISMO:

As varizes manifestam-se ou agravam-se na gestação por fatores hereditários, pela congestão pélvica, pela compressão mecânica do útero grávido e por alterações hormonais.

São mais frequentes nos membros inferiores, sobretudo no direito, mas podem aparecer também na vulva. Nessa localização, habitualmente desaparecem após o parto.

Na história clínica, é importante perguntar sobre a ocorrência de situação semelhante em familiares. As varizes estão associadas a edema e sensação de desconforto ou dor nas pernas.

A oclusão total ou parcial de uma veia por um trombo, com reação inflamatória primária ou secundária de sua parede, caracteriza-se como tromboembolismo, sendo mais comum nos membros inferiores e como consequência de varizes, da imobilização prolongada no leito, da obesidade e/ou de compressão da musculatura da panturrilha. Podem existir antecedentes de trombose.

A suspeita diagnóstica é feita por meio da história clínica de dor na panturrilha ou na coxa, aumento da temperatura local, edema, dificuldade de deambulação e/ou dor a dorso flexão do pé (sinal de Homans).

13.15 – PARASITOSSES INTESTINAIS:

A incidência de helmintíases e protozooses intestinais continuam altas no Brasil. A maioria das parasitoses tem transmissão a partir de fezes humanas disseminadas no meio ambiente onde predominam condições precárias de higiene, habitação, alimentação e saneamento básico.

Helmintíases: são infecções ou infestações, sintomáticas ou inaparentes, causadas por vermes que passam a habitar o trato intestinal, geralmente limitando-se a essa localização em sua fase adulta. Na fase larvária, os helmintos podem ser encontrados no tubo digestivo e em outros órgãos, de acordo com seu ciclo biológico e com determinadas circunstâncias (imunodepressão).

As helmintíases mais comuns são: ancilostomíase, ascariíase, enterobíase, estrogiloidíase, himenolepiase, teníase e tricuriase.

Embora nenhuma dessas parasitoses, habitualmente, constitua-se em situação de grande importância clínica durante a gestação, é importante lembrar que a anemia delas

decorrente pode agravar a anemia fisiológica ou a ferropriva, tão comum na gravidez. Assim, recomenda-se a realização de exame protoparasitológico de fezes em todas as mulheres grávidas, para o adequado tratamento ainda na vigência da gestação. O momento oportuno para o tratamento é o mais precoce possível, logo após as 16–20 semanas, para evitar os potenciais riscos teratogênicos das drogas e a somatória de seu efeito emético à êmese da gravidez.

Protozooses: causadas por protozoários que passam a habitar o trato intestinal, permanecendo limitados a ele, ou eventualmente invadindo outros órgãos. Alguns protozoários não são considerados patogênicos para o tubo digestivo: Entamoeba coli, Iodamoeba buetschlii, Chilomastix mesnili, Endolimax nana, Trichomonas hominis. Não necessitam, portanto, de nenhum tipo de tratamento específico.

- **Amebíase:** protozoose causada pela Entamoeba histolytica. Pode apresentar-se nas formas intestinal e extraintestinal. A grande maioria dos acometidos apresenta a doença benigna, manifestando-se sob a forma intestinal diarreica.

- **Giardíase:** as manifestações clínicas estão presentes em 50% das vezes ou mais, relacionando-se, possivelmente, com a participação de fatores predisponentes, como alterações da flora intestinal e desnutrição. A manifestação mais comum é a diarreia, as vezes acompanhada de desconforto abdominal ou dor em cólica, flatulência, náuseas e vômitos. Na giardíase não se observam, de modo geral, manifestações sistêmicas e não ocorrem alterações do hemograma, não provocando também a eosinofilia.

Helmintíases	Medicamentos	Posologia
Ancilostomíase Enterobíase Ascaridíase Tricuríase	Mebendazol	100 mg, duas vezes ao dia, por VO, durante 3 dias seguidos.
Esquistossomose	Oxaminiquine Praziquantel Ditioletona	CONTRA-INDICADOS: TRATAR NO PUERPÉRIO
Estrongiloidíase	Tiabendazol	50 mg/kg/dia, por VO, em duas tomadas (manhã/noite), durante 2 dias seguidos.
Himenolepíase	Praziquantel Niclosamida	CONTRA-INDICADOS: TRATAR NO PUERPÉRIO
Teníase	Mebendazol	200 mg, por VO, duas vezes ao dia (manhã/noite), durante 4 dias seguidos.

Protozooses	Medicamento	Posologia
Amebíase	Metronidazol	250 mg, três vezes ao dia, por VO, durante 10 dias.
Giardíase	Metronidazol	250 mg, duas vezes ao dia, por VO, durante 7 dias seguidos.

Fonte: (BRASIL, 2004a)

13.16 – EPILEPSIA:

Por não se tratar de doença ou mesmo de síndrome específica, não há definição satisfatória para epilepsia. No entanto, admite-se como epilepsia um grupo de doenças que têm em comum crise convulsiva que ocorre na ausência de condições tóxico-metabólicas ou febris.

A prevalência da epilepsia é muito variável, estimando-se que cerca de 0,5% das gestantes apresentem essa condição. Em apenas cerca de um terço desses casos, o fator causal ou desencadeante consegue ser identificado.

Epilepsia em mulheres

A epilepsia é afetada pelos hormônios sexuais, o que pode gerar complicações para a saúde reprodutiva da mulher, especialmente durante a gestação. Os esteroides ovarianos alteram a excitabilidade neuronal e a conectividade sináptica. Os estrógenos aumentam a excitabilidade e diminuem o limiar para desencadeamento de crises. A progesterona, por sua vez, diminui a excitabilidade e aumenta o limiar de desencadeamento de crises. Assim, existe uma ação pró-convulsivante do estrógeno e anticonvulsivante da progesterona.

Efeito da gravidez nas crises convulsivas:

Entre 17% e 37% das mulheres grávidas com epilepsia têm aumento da frequência das crises, em especial no 3º trimestre. Isso se deve às alterações sistêmicas próprias da gravidez, como ganho de peso, alterações hormonais e aumento do volume plasmático, que levam a alterações na absorção das drogas, aumento do metabolismo e outras alterações fisiológicas que culminam com a diminuição do seu nível sérico. Outro fator que comumente leva ao aumento da frequência de crises é a suspensão da droga pela própria gestante ou pelo profissional de saúde, por medo de efeitos deletérios ao feto.

Efeito da epilepsia na gravidez:

Tem-se associado inúmeras complicações durante a gestação, o parto e o puerpério de mulheres com epilepsia e uso de anticonvulsivantes. Essas complicações incluem abortamentos espontâneos, morte perinatal, prematuridade, anomalias congênitas e anormalidades de crescimento fetal e no desenvolvimento dessas crianças, em taxas maiores que as da população em geral. No entanto, ainda não está esclarecido se esses efeitos são secundários às crises convulsivas ou às drogas utilizadas para o seu controle.

A convulsão materna isolada raramente se associa ao óbito fetal. No entanto, crises epiléticas de repetição incrementam em duas vezes o risco de óbito materno e em 50% o óbito fetal. A frequência das convulsões no período pré-gestacional pode estar relacionada à frequência das crises também na gestação. As mulheres que provavelmente apresentarão menos crises durante a gravidez são aquelas que, mesmo utilizando esquema anticonvulsivante adequado, não apresentaram convulsões nos últimos meses que antecederam a gestação.

Malformação fetal em gestantes epiléticas medicadas:

De modo geral, pode-se assumir que o risco de malformações fetais dobra quando comparado ao da população em geral. É importante frisar que a monoterapia tem menor associação com alterações fetais. As malformações mais frequentes são o lábio leporino e palato fendido. A fenitoína associa-se com hipertelorismo e hipoplasia digital, e o ácido valproico tem associação de 2% a 3% com defeitos de fechamento do tubo neural.

Conduta:

Não existem evidências de que crises parciais simples ou complexas, crises de ausência ou mioclônicas tenham efeito adverso na gestação ou no feto. No entanto, as crises generalizadas tônico-clônicas podem levar a acidentes graves e, potencialmente, também podem levar à hipóxia materna e fetal. Portanto, nessas situações, está recomendado o tratamento medicamentoso com drogas antiepiléticas (DAE), conforme as recomendações descritas a seguir.

Recomendações para o uso de drogas antiepiléticas durante a gestação:

- Discutir com a mulher os possíveis riscos da gestação para ela mesma e para o feto, além dos potenciais efeitos teratogênicos das DAE. Essa orientação deve ser dada antes da gestação para evitar a ansiedade da gestante e possível interrupção da medicação por falta de informação adequada.

- Uso de ácido fólico na dosagem de 5 mg ao dia. O ideal é que a paciente inicie o uso de ácido fólico pelo menos 3 meses antes da gestação.

- Em pacientes sem crises há mais de 2 anos, discutir a suspensão da droga na periconcepção e 1º trimestre.

- Uso preferencial de DAE em monoterapia e em doses fracionadas. Porém, não alterar o regime terapêutico durante a gestação, a não ser sob orientação de especialista.

- Não existe uma droga ideal para ser usada durante a gestação. Além disso, nenhuma DAE apresenta perfil de teratogenicidade específico. A exceção é para o uso de valproato, que tem sido associado com risco de 1% a 2% de espinha bífida, mas seu uso em combinação com a carbamazepina parece diminuir esse risco (única ocasião em que a politerapia com DAE diminui os efeitos teratogênicos).

- A dosagem será sempre individualizada, na dependência da frequência das crises.

De maneira geral, as drogas atualmente mais utilizadas e com efeitos mais bem conhecidos durante a gestação são a carbamazepina, o clonazepam, a oxcarbazepina, o fenobarbital e a fenitoína.

As gestantes com epilepsia podem ter o acompanhamento pré-natal realizado na unidade básica de saúde. É importante enfatizar que a droga anticonvulsivante não deve ser suspensa só porque a mulher engravidou, ou porque tenha apresentado crises convulsivas mesmo com o uso da droga. Nessa condição, é recomendável referir a gestante para a avaliação de especialista para adequar o tratamento, aumentando a dosagem da droga, trocando-a ou associando-a.

As gestantes epiléticas que já utilizam carbamazepina e apresentam novas crises podem ter a dosagem da droga aumentada pelo profissional da unidade básica antes do encaminhamento para o centro de referência, desde que a dose habitual não esteja ultrapassando o limite de segurança (1.200 mg).

Seria recomendável também, sempre que possível, solicitar exame de ultrassonografia, especificamente para o rastreamento de possíveis malformações fetais. Uma recomendação adicional refere-se, ainda, ao uso de vitamina K, uma ampola, IM/dia, 2 a 4 semanas prévias ao parto, pelo efeito anticoagulante dos anticonvulsivantes.

Durante o atendimento de uma convulsão epilética, segue-se cuidado padrão. Atentar para a necessidade de um atendimento sistematizado, priorizando a manutenção da permeabilidade das vias aéreas.

Amamentação:

As medicações anticonvulsivantes estão presentes no leite, porém não há contraindicação da amamentação. Deve-se ter cuidado especial em usuárias de fenobarbital e benzodiazepínicos, pois causam sonolência e irritação nas crianças. Por se tratar de mulheres que podem ter crises convulsivas enquanto amamentam, sugere-se que o façam sentadas no chão ou em poltrona segura.

13.17 – AMNIOREXE PREMATURA:

Conceitua-se amniorrexe prematura quando a rotura da bolsa se dá antes de instalado o trabalho de parto. Quando ocorre no pré-termo, constitui causa importante de partos prematuros (cerca de 1/3 dos casos), o que contribui para o aumento da morbidade perinatal. A morbidade materna também é agravada pelos riscos de infecção. O diagnóstico é basicamente clínico. A anamnese informa sobre perda líqüida, em grande quantidade (molha roupas), súbita e habitualmente indolor.

O exame físico está dentro dos padrões de normalidade e o exame obstétrico mostra volume uterino adequado para a idade gestacional referida, útero normotônico, partes fetais mais facilmente palpáveis e batimentos cardíacos fetais presentes.

A presença de líquido em fundo de saco vaginal, as paredes vaginais limpas e a visualização de saída de líquido amniótico pelo orifício do colo, espontaneamente ou após esforço materno, indicam a confirmação diagnóstica. Essas informações podem ser facilmente obtidas por meio de exame vaginal com espéculo. Os casos suspeitos ou confirmados de amniorrexe prematura não devem ser submetidos ao exame de toque vaginal, pois isso aumenta o risco de infecções amnióticas, perinatais e puerperais.

Nesses casos, encaminhar a gestante para urgência/ emergência obstétrica.

Utilizam-se também outros métodos para diagnóstico, como:

- **Prova de cristalização** – consiste em colher material do fundo de saco vaginal e próximo do orifício do colo sobre uma lâmina. Após a secagem do material coletado, a observação ao microscópio permite confirmar a presença de líquido amniótico no conteúdo vaginal, se ocorrer cristalização na forma de samambaia. Entretanto, são comuns os resultados falso-negativos, sobretudo quando decorrido maior tempo entre a rotura de membranas e o exame.

- **Verificação de pH do conteúdo vaginal** – a indicação direta ou indireta de valores mais elevados de pH (> 6) sugere o diagnóstico de amniorrexe, embora várias situações estejam relacionadas com resultados falso-positivos e negativos.

- **Exame de ultrassonografia com a medida do índice de líquido amniótico (ILA)** – a estimativa de medida de ILA abaixo do limite inferior para a respectiva idade gestacional em uma curva de valores normais é útil na confirmação diagnóstica.

Conduta:

O elemento fundamental para a conduta em cada caso diagnosticado como de amniorrexe prematura é a idade gestacional. Nas gestações de termo, o profissional de saúde da unidade básica deverá encaminhar a gestante para o hospital ou maternidade já designado para o atendimento ao parto. Nas gestações pré-termo, com maior risco de complicações maternas e perinatais, as mulheres devem ser imediatamente referidas para o hospital incumbido do atendimento às gestações de risco daquela unidade, onde procedimentos propedêuticos e terapêuticos adicionais serão providenciados.

13.18 – GESTAÇÃO MÚLTIPLA:

Cabe ao profissional de saúde ter conhecimento de todas as condições de risco, acompanhar a gestante com consultas mais frequentes e encaminhá-la ao pré-natal de alto risco na presença de qualquer intercorrência clínica. O acompanhamento pré-natal das gestações gemelares (mais de um feto) pode ser realizado nas unidades de saúde, desde que o profissional esteja ciente dos riscos potenciais.

Nas situações de trabalho de parto prematuro ou alterações cervicais que levem a suspeitar de um risco maior de prematuridade, a utilização profilática de corticoide na 32ª semana para acelerar a maturidade pulmonar dos fetos está recomendada. Os casos diagnosticados como monoamnióticos devem ser imediatamente transferidos para o alto risco pela maior frequência de complicações e pela necessidade da interrupção mais precoce da gestação.

Nessa situação específica da gestação gemelar, independente de qualquer risco específico já identificado, justifica-se a realização de outros exames ultrassonográficos no 3º trimestre, a partir das 28 semanas, a fim de monitorar o crescimento dos fetos, pelo maior risco de transfusão feto-fetal.

13.19 – GRAVIDEZ NA ADOLESCÊNCIA:

A unidade básica de saúde pode conduzir a assistência pré-natal da adolescente que não apresentar comorbidade clínica, não caracterizando alto risco.

Os profissionais envolvidos no processo devem aprimorar um perfil de atendimento que englobe uma visão ampla de atenção, na qual aspectos nutricionais, psicológicos, sociais e outros sejam valorizados. O diálogo é um instrumento relevante. Para que a adolescente comunique seus eventuais questionamentos e angústias, é preciso que a consulta proporcione tempo para que ela fale, exigindo do assistente uma postura de ouvinte ativo e interessado.

Nessa fase a sexualidade manifesta-se em novas e surpreendentes necessidades e sensações corporais, em desejos desconhecidos e na busca de relacionamento interpessoal, ocasionados por alterações hormonais, mudanças psicológicas e relações sociais.

A maneira como os adolescentes vão lidar com sua sexualidade, depende de vários fatores, que incluem: características individuais, valores, normas e crenças da família e da sociedade onde estão inseridos.

Os agravos mais significativos desencadeados pela gravidez na adolescência recaem na esfera social pela dificuldade de inserção dessas jovens no sistema educacional, o que as impede de desenvolver o projeto de vida que antes haviam planejado. Isso colabora para a continuidade do ciclo de pobreza, com todas as más consequências para a qualidade de vida dessas jovens. Os homens adolescentes também carregam o ônus de uma gravidez precoce, quando assumem a paternidade sem estrutura econômica, e às vezes emocional, para cuidar e educar um filho, devendo ser contemplados na atenção no âmbito da saúde reprodutiva.

No Brasil, o Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Título dos Direitos Fundamentais, Capítulo I, do Direito à Vida e à Saúde, art. 7º, dispõe o seguinte: “a criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio, harmonioso e em condições dignas de existência”.

O art. 8º assegura o atendimento pré e perinatal no SUS, determinando: acompanhamento para a gestante, vinculação entre serviços e profissionais que fazem o pré-natal e os que realizarão o parto das adolescentes.

O atendimento humanizado e de qualidade no pré-natal, no parto e no puerpério é fundamental para diminuir esses agravos. É importante, ainda, a inclusão de medidas de prevenção e promoção da saúde, em vez da assistência estritamente biológica e curativa. Principalmente, é importante que a adolescente seja informada de seus direitos, como o de ter acompanhante de sua escolha durante toda a gestação e durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto (ECA e Lei nº11.108).

Uma das estratégias para que adolescentes e jovens procurem os serviços é torná-los reservados e confiáveis, assim como caracterizá-los por atendimento que dê apoio, sem emitir juízo de valor. É importante que os profissionais de saúde assegurem serviços que ofereçam:

- **Privacidade** – para que adolescentes e jovens tenham a oportunidade de ser entrevistados e examinados, sem a presença de outras pessoas no ambiente da consulta, se não for estritamente necessário, ou caso assim o desejem;

- **Confidencialidade** – para que adolescentes e jovens tenham a garantia de que as informações obtidas no atendimento não serão repassadas a seus pais e/ou responsáveis, bem como a seus pares, sem a concordância explícita. Entretanto, devem ser informados das situações que requerem a quebra de sigilo, ou seja, quando houver risco de vida ou outros riscos relevantes tanto para o(a) paciente quanto para terceiros, a exemplo de situações de abuso sexual, ideia de suicídio, informação de homicídios e outros.

14.REFERÊNCIA E CONTRARREFERÊNCIA:

Em alguns casos, a necessidade de transferir cuidados pode ocorrer. O encaminhamento da gestante para a rede referenciada não deve ser entendido como uma “resolução do problema” da unidade, mas sim como uma vantagem para a mulher. A unidade que realizou o encaminhamento deve manter a responsabilidade sobre o acompanhamento dos cuidados, ainda que realizados em outra unidade.

A transferência deve representar um legítimo cuidado para com a mulher, ponderando-se sobre as vantagens desse procedimento e os eventuais transtornos que as usuárias e seus familiares podem enfrentar com os deslocamentos.

Todas as condutas devem ser registradas e a unidade deve acompanhar o desfecho do caso, estabelecendo uma estrutura para o fluxo de informações. O relatório de encaminhamento deve conter todos os dados relevantes, tais como motivo do encami-

nhamento, resumo da história clínica, hipóteses diagnósticas, evolução e tratamentos, especificando os medicamentos prescritos e orientações particulares. O texto deve ser legível, sem abreviaturas ou códigos, contendo nome do profissional que encaminhou, seu número de registro profissional e assinatura. A identificação da unidade de referência deve conter endereço, telefone e nome da pessoa que foi contatada, quando for o caso.

15.PARTO:

Parto ou nascimento é quando um ou mais bebês deixam o útero da mulher.

O método de parto mais comum é o parto vaginal. O trabalho de parto divide-se em três períodos: a diminuição da espessura e dilatação do colo do útero; a descida e expulsão do bebê; e, por último a expulsão da placenta. A primeira fase tem geralmente a duração de 12 a 19 horas, a segunda fase de vinte minutos a duas horas e a terceira fase de cinco a trinta minutos. A primeira fase tem início com dores abdominais ou nas costas com a duração de meio minuto e com intervalo entre elas de 10 a 30 minutos. À medida que o tempo passa, as dores tornam-se mais intensas e ocorrem a intervalos cada vez menores. Durante a segunda fase ocorrem as contrações que expulsam o bebê. Na terceira fase é expulsa a placenta e cortado o cordão umbilical. De acordo com a Portaria N° 371, de 7 de maio de 2014, Considera-se:

“Art. 4º Para o RN a termo com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial, recomenda-se:

I – assegurar o contato pele a pele imediato e contínuo, colocando o RN sobre o abdome ou tórax da mãe de acordo com sua vontade, de braços e cobri-lo com uma cobertura seca e aquecida. Verificar a temperatura do ambiente que deverá estar em torno de 26 graus para evitar a perda de calor;

II – proceder ao clampeamento do cordão umbilical, depois de cessadas suas pulsações (aproximadamente de 1 a 3 minutos), exceto em casos de mães isoimunizadas ou HIV/HTLV positivas, nesses casos o clampeamento deve ser imediato;

III – estimular o aleitamento materno na primeira hora de vida, exceto em casos de mães HIV ou HTLV positivas;

IV – postergar os procedimentos de rotina do recém-nascido nessa primeira hora de vida. Entende-se como procedimentos de rotina: exame físico, pesagem e outras medidas antropométricas, profilaxia da oftalmia neonatal e vacinação, entre outros procedimentos.

Na maior parte dos nascimentos é a cabeça a primeira parte do corpo a passar pelo canal de parto. No entanto, em cerca de 4% verifica-se apresentação pélvica, em que o bebê apresenta os pés ou as nádegas virados para o canal de parto. Durante a maior parte do trabalho de parto a mulher geralmente pode comer e caminhar à vontade. Não é recomendado fazer força durante a primeira fase ou durante a passagem da cabeça, nem a utilização de enemas. Embora seja comum a realização de uma pequena incisão na abertura da vagina, denominada episiotomia, geralmente não é necessária. O nascimento através de um procedimento cirúrgico denomina-se cesariana. As cesarianas são recomendadas no caso de gêmeos, sofrimento fetal para o bebê ou no caso de apresentação pélvica. Este procedimento pode levar mais tempo a cicatrizar.

As maternidades de referência do Município estão de acordo com a Lei Federal nº 11.108, de 07 de abril de 2005, mais conhecida como a Lei do Acompanhante, determina que os serviços de saúde do SUS, da rede própria ou conveniada, são obrigados a permitir à gestante o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto. A Lei determina que este acompanhante seja indicado pela gestante, podendo ser o pai do bebê, o parceiro atual, a mãe, um (a) amigo (a), ou outra pessoa que a gestante escolher. A Lei do Acompanhante é válida para parto normal ou cesariana e a presença do (a) acompanhante (inclusive se este for adolescente) não pode ser impedida pelo hospital ou por qualquer membro da equipe de saúde, nem deve ser exigido que o(a) acompanhante tenha participado de alguma formação ou grupo.

Segue abaixo quadro de indicações e contra indicações de cada tipo de parto:

INDICAÇÕES REAIS DE CESARIANA	
<ul style="list-style-type: none"> • Prolapso de cordão – com dilatação não completa • Descolamento da placenta fora do período expulsivo (DPP) • Placenta prévia parcial ou total • Ruptura de vasa prévia 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação cônica (situação transversa) • Herpes genital com lesão ativa no momento em que se inicia o trabalho de parto • As urgências devem ser encaminhadas imediatamente à emergência obstétrica
NÃO SE CONSTITUEM INDICAÇÕES DE CESARIANA	
<ul style="list-style-type: none"> • Gestante adolescente • Presença de quadro de anemia • Baixa estatura materna • Bebê alto, não encaixado antes do início do trabalho de parto • Macrosomia • Ameaça de parto prematuro • Amniorrexe prematura • Cesárea anterior • Circular de cordão umbilical • Diabetes gestacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Desproporção cefalopélvica sem sequer a gestante ter entrado em trabalho de parto e antes da dilatação de 8 a 10 cm • Trabalho de parto prematuro • Pressão arterial alta ou baixa • Grau da placenta • Polidrâmnio ou oligodrâmnio • Infecção urinária • Presença de grumos no líquido amniótico • Gravidez prolongada • Falta de dilatação antes do trabalho de parto
SITUAÇÕES ESPECIAIS EM QUE A CONDUTA DEVE SER INDIVIDUALIZADA	
<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação pélvica • HIV/aids 	<ul style="list-style-type: none"> • Duas ou mais cesáreas anteriores
SITUAÇÕES QUE PODEM ACONTECER, PORÉM FREQUENTEMENTE SÃO DIAGNOSTICADAS DE FORMA EQUIVOCADA	
<ul style="list-style-type: none"> • Desproporção cefalopélvica (o diagnóstico só é possível intraparto) • Sofrimento fetal agudo (frequência cardíaca fetal não tranquilizadora) 	<ul style="list-style-type: none"> • Parada de progressão que não resolve com as medidas habituais
CONDUTAS CONTRAINDICADAS DE ROTINA DE ASSISTÊNCIA AO PARTO	
<ul style="list-style-type: none"> • Lavagem intestinal • Episiotomia • Manobra de Kristeller (consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero com o objetivo de facilitar a saída do bebê) 	<ul style="list-style-type: none"> • Soro com ocitocina • Raspagem dos pelos pubianos • Jejum • Imobilização durante o trabalho de parto • Romper a bolsa das águas

Vantagens e desvantagens de tipo de parto:

CESÁREA	PARTO NORMAL
<ul style="list-style-type: none"> • Para a mãe: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mais dor e dificuldade para andar e cuidar do bebê após a cirurgia; ✓ Maior risco de hemorragia, infecção e lesão de outros órgãos; ✓ Maior risco de complicações na próxima gravidez. • Para o bebê: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mais riscos de nascer prematuro, ficar na incubadora, ser afastado da mãe e demorar a ser amamentado; ✓ Mais riscos de desenvolver alergias e problemas respiratórios na idade adulta; ✓ Mais riscos de ter febre, infecção, hemorragia e interferência no aleitamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Para a mãe: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Rápida recuperação, facilitando o cuidado com o bebê após o parto; ✓ Menos riscos de complicações, favorecendo o contato pele a pele imediato com o bebê e o aleitamento; ✓ Processo fisiológico, natural; ✓ Menor risco de complicações na próxima gravidez, tornando o próximo parto mais rápido e fácil. • Para o bebê: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Na maioria das vezes, ele vai direto para o colo da mãe; ✓ O bebê nasce no tempo certo, seus sistemas e órgãos são estimulados para a vida por meio das contrações uterinas e da passagem pela vagina.

* Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

16. PUERPÉRIO E ANTICONCEPÇÃO NO PUERPÉRIO:

O cuidado da mulher no puerpério é fundamental para a saúde materna e neonatal e deve incluir o pai, a família em seus diversos arranjos e toda a rede social envolvida nesta fase do ciclo vital e familiar.

O puerpério se inicia imediatamente após o parto e dura, em média (visto que o término é imprevisto), seis semanas após este, havendo variabilidade na duração entre as mulheres. Esta variação está relacionada especialmente a mudanças anatômicas e fisiológicas no organismo da mulher, embora questões de ordem psicossocial relacionadas à maternidade, à sexualidade, à autoestima, à reorganização da vida pessoal e familiar estejam ocorrendo concomitantemente e influenciem a passagem desse período.

Para facilitar a organização das ações de saúde, o puerpério pode ser dividido em imediato (do 1º ao 10º dia após o parto), tardio (do 11º ao 45º dia) e remoto (após o 45º dia, com término imprevisto). Esta consulta é de responsabilidade do Gineco-Obstetra ou o Médico da Estratégia de Saúde da Família ou Enfermeiro .

No planejamento das ações da equipe de Atenção Básica (eAB), deve-se garantir o acompanhamento integral da mulher e da criança, além de estimular (desde o pré-natal) o retorno precoce da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde após o parto. Isso pode ser concretizado com:

1) Agendamento do primeiro atendimento na AB antes no momento da alta da maternidade;

2) Realização da visita domiciliar na primeira semana após o recém-nascido (RN) ter recebido alta (em até três dias da alta em caso de recém-nascido de alto risco);

3) Agendamento de consulta de puerpério tardio até 42 dias após o parto.

O cuidado no puerpério remoto deve ser singularizado de acordo com as necessidades da mulher. O pós-parto é um momento muito delicado para a mulher, pois envolve o cuidado do bebê e as mudanças físicas e emocionais, no cotidiano e nas relações sociais. Deve-se dar especial atenção às condições psíquicas e sociais da mulher neste momento, pois uma das características marcantes desse período é a ansiedade despertada com a chegada do bebê, o que pode ocasionar sintomas depressivos.

É preciso continuar apoiando e protegendo essa mulher. Além das frustrações devido às expectativas que podem ter sido criadas em relação à experiência da maternidade confrontadas com a realidade vivida, muitas vezes a família não está preparada ou organizada para tudo que se apresenta nesse momento.

É comum observar nas mulheres, durante o puerpério, sentimentos de ambivalência (medo, frustração, ansiedade, incapacidade), que podem surgir durante os primeiros momentos da mãe com o bebê. São frequentes os episódios de tristeza que, ocasionados pela mudança hormonal brusca logo após o parto, podem perdurar por algumas semanas, devendo ser compreendidos pela família e pela sociedade para não culpabilizar essa mulher. É um momento muito esperado por ela, mas, apesar disso, ela pode não se sentir bem.

Esse estado depressivo mais brando é conhecido como baby blues ou blues puerperal, ocorre em 70% a 90% das mulheres e é transitório, não incapacitante e está associado às mudanças cotidianas – que exigem adaptações –, e às perdas vividas pela mulher nessa fase de transição. Os profissionais da Atenção Básica devem estar atentos e preparados para apoiar a mulher e sua família, para reconhecer condições de risco e vulnerabilidade física, psíquica e social, e para utilizar os recursos das redes de saúde e intersetorial para lidar com os possíveis problemas surgidos nessa fase.

O QUE FAZER?	COMO FAZER?
Acolhimento com escuta qualificada Identificação dos motivos de contato.	<ul style="list-style-type: none"> • Acolher as demandas da puérpera e sua família e identificar suas necessidades. Direcionamento para o atendimento e realização de procedimentos necessários.
Avaliação global	<p>Entrevista – puerpério imediato</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar Cartão da Gestante, dados da gestação (quantidade de consultas, uso de medicamentos, intercorrências no pré-natal), informações do parto e de possíveis intercorrências, uso de imunoglobulina anti-D para as puérperas Rh negativo, uso de megadose de vitamina A e informações sobre a alta do RN (caso não tenha ocorrido em conjunto com a mãe, registrar motivos). • Verificar dados do RN (peso, comprimento, Apgar, imunização, registro civil, realização dos testes do reflexo vermelho, do pezinho e da orelhinha etc.) e identificar RN de risco (baixo peso ao nascer, internação por intercorrência ao nascimento, história de morte de criança menor de cinco anos na família, mãe HIV positivo). • Em caso de parto vaginal com lacerações ou realização de episiotomia, perguntar sobre dor em local de sutura, presença de secreções e sinais flogísticos ou outras alterações. • Em caso de parto por via abdominal (cesariana), perguntar sobre sinais flogísticos e presença de secreção em ferida operatória.
Exame físico geral e específico	<p>Puerpério imediato e tardio - Avaliar mamas e mamilo. - Examinar abdome (condição uterina, dor à palpação, aspecto da ferida operatória se parto cesariana). - Examinar períneo e genitais externos (verificar a presença e características dos lóquios e avaliar as condições das cicatrizes de lacerações ou episiotomia – não há necessidade de retirada de pontos, pois o fio da episiorrafia é absorvível).</p> <p>Atentar aos sinais de alerta: febre, sangramento vaginal, dor pélvica ou infecção, leucorreia fétida, alteração da pressão arterial, tontura muito frequente, mamas “empedradas” e doloridas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Caso haja a presença de algum desses sintomas, deve ser realizada avaliação médica e, se necessário, solicitar remoção para o serviço hospitalar.
Plano de cuidado materno	<p>Abordagem integral – puerpério imediato e tardio - Orientar, estimular e apoiar a família na amamentação exclusiva, reforçando a importância e benefícios - Orientar cuidados com as mamas. - Orientar ingestão hídrica frequente, alimentação adequada e dieta fracionada. - Incentivar a prática de atividade física no puerpério tardio. - Compartilhar o cuidado – encaminhar a puérpera aos serviços especializados de saúde mental se detectado sofrimento mental grave, apoiar a família e articular outras redes de apoio social, quando necessário. - Atualizar o calendário vacinal da mulher, dT e tríplice viral, quando necessário. - Retirar os pontos da cesariana entre sete a dez dias após o parto, conforme orientação médica, no puerpério imediato. - No puerpério imediato, tirar dúvidas e orientar quanto ao retorno da atividade sexual e planejamento reprodutivo. - No puerpério tardio, orientar e recomendar métodos contraceptivos de acordo com a preferência e condição clínica da mulher.</p>

<p>Plano de Cuidado Materno</p>	<p>Orientação de exercícios respiratórios, posturais e de fortalecimento muscular.</p> <p>Puerpério imediato (1º ao 10º dia após o parto):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar quanto à postura no leito (decúbito lateral para facilitar a eliminação dos flatos), incentivar a deambulação precoce e evitar posturas antálgicas, que podem gerar dor musculoesquelética. Estimular sempre a postura correta, principalmente para a amamentação (sentada em cadeira com apoio lombar e dos membros superiores), trocas e carregamento. • Os exercícios metabólicos devem ser incentivados a fim de evitar a estase venosa e o edema (postura sentada com apoio lombar e as pernas esticadas – a puérpera deve movimentar os pés cima, para baixo e girar por dez vezes, no mínimo três vezes ao dia). Os exercícios respiratórios visam aumentar a expansibilidade torácica (puxar o ar pelo nariz e soltar pela boca), podendo ser associados a exercícios ativos de membros superiores e membros inferiores, o que também favorece a motilidade gastrointestinal. Em caso de parto cesárea, evitar a contração perineal e abdominal até a cicatrização da sutura. Após a retirada dos pontos, pode-se realizar a automassagem pericicatricial, a fim de prevenir queloides e cicatrizes hipertróficas. <p>- Puerpério tardio (11º ao 45º após o parto):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os exercícios para o assoalho pélvico devem ser realizados com frequência e de forma gradativa, garantindo a conscientização e seu fortalecimento (orientar a puérpera a realizar a contração simulando segurar a urina, manter por cinco segundos e relaxar, repetindo por dez vezes, três vezes ao dia). • A puérpera pode ser avaliada para início gradativo de exercícios de fortalecimento da musculatura abdominal, iniciando-se com transversos, evoluindo para oblíquos e, por fim, reto abdominal. <p>- Puerpério remoto (do 45º dia em diante):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Além dos exercícios do puerpério tardio, é possível inserir outros exercícios de reeducação postural e ganho de força dos músculos abdominais, estímulo ao condicionamento físico e relaxamento, observando a intensidade e frequência, que devem variar de acordo com a avaliação individual da puérpera.
<p>Plano de cuidado com o recém-nascido</p>	<p>Abordagem medicamentosa e encaminhamentos – puerpério imediato e tardio - Prescrição de sulfato ferroso 40 mg de ferro elementar (comprimido de 200 mg), 30 minutos antes almoço, de preferência com suco de frutas cítricas, até três meses após o parto. - Puérperas que tiveram o pré-natal em serviço de alto risco devem retornar também ao serviço especializado. Enfermeiro/ médico</p> <p>Abordagem medicamentosa e reavaliação de puérpera com comorbidades – puerpério imediato e tardio - Em caso de comorbidades (como DHEG, DMG, outros), revisar terapêutica medicamentosa (quando houver) e outras condutas relacionadas, com atenção às contraindicações devido ao aleitamento. Cuidados com recém-nascido no puerpério imediato</p> <p>Orientar sobre imunização e encaminhar para a sala de vacina se necessário; - Encaminhar o RN para realizar a Triagem Neonatal; - Observar a interação mãe-bebê (carícias, contato visual, expressões não verbais); - Examinar RN (peso, estatura, perímetro cefálico, mucosas, hidratação, fontanelas, condições de coto umbilical, genitália, pele, desenvolvimento neuropsicomotor); - Orientar manejos durante episódios de cólicas, explicar as causas; - Orientar cuidado com coto umbilical; - Orientar o banho de sol diário; - Orientar e estimular ao acompanhamento de pericultura</p>

* Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

16.1 ANTICONCEPÇÃO NO PUERPÉRIO:

A orientação relativa ao Planejamento da Vida Sexual e Reprodutiva deve ser o mais precoce possível, em torno de 40 dias pós-parto. Dentre os métodos indicados está o método de Amenorréia da Lactação (LAM) que é um método temporário que só pode ser utilizado pelas puérperas sob as seguintes condições: em Aleitamento Materno Exclusivo (AME), amenorreia e RN com menos de seis meses de vida. A ausência de qualquer uma das três condições reduz a eficácia do método.

Os métodos disponíveis são:

- Anticoncepcional hormonal oral de progestogênio, seguros mesmo após o Término da amamentação: desogestrel 75mcg, 1 cp ao dia contínuo. Noretisterona 0,35mg, pode ser prescrito, porém deve ser evitado pois só confere anticoncepção eficaz associado a amamentação exclusiva - (Prescrição Médica/ Enfermeiro)

- Anticoncepcional hormonal injetável trimestral (Medroxiprogesterona 150mg) - - (Prescrição Médica/ Enfermeiro):

Utilizadas principalmente no pós-parto, pois não alteram a qualidade nem a quantidade do leite materno, e por mulheres que têm contra-indicações ao estrogênio das pílulas combinadas.

- Anticoncepcional hormonal oral combinado: se não estiver amamentando ou se não for aleitamento materno exclusivo - (Prescrição Médica/ Enfermeiro).
- DIU: logo após o parto na maternidade ou em torno de 40 dias pós-parto (Prescrição Médica).
- Preservativo masculino ou feminino: indicar o uso de preservativo desde a primeira relação sexual pós-parto.

A busca do êxito nas ações desenvolvidas junto à mulher no seu ciclo grávidico puerperal é resultado do envolvimento e compromisso multiprofissional com o binômio mãe/filho no seu contexto.

São métodos definitivos: a laqueadura e a vasectomia, sua indicação deve obedecer aos critérios pré-estabelecidos, respeitando a legislação vigente: Lei nº. 9.263, de 12/01/96. O profissional médico poderá indicar tal procedimento.

17. PRÉ-NATAL DO PARCEIRO:

O procedimento “consulta de pré-natal do parceiro” foi incluído no rol do Sistema Único de Saúde.

A estratégia Pré-natal do Parceiro pode constituir-se de uma importante “porta de entrada positiva” para os homens nos serviços de saúde, aproveitando sua presença nas consultas relacionadas à gestação para ofertar exames de rotina e testes rápidos, convidando-os a participarem das atividades educativas e ao exercício da paternidade consciente, buscando a integralidade no cuidado a esta população.

A consulta avalia o estado geral de saúde do pai/parceiro, devendo ser solicitado os exames de rotina de acordo com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, testes rápidos, atualização do cartão de vacinas (conforme calendário nacional de vacinação), orientações sobre a gravidez, parto, pós-parto, amamentação e direitos pai/parceiro.

No que diz respeito aos exames e aos procedimentos, sugerimos serem solicitados os seguintes:

1. Tipagem sanguínea e Fator RH (no caso da mulher ter RH negativo);
2. Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da Hepatite B (HBsAg);
3. Teste treponêmico e/ou não treponêmico para detecção de Sífilis por meio de tecnologia convencional ou rápida;
4. Pesquisa de Anticorpos anti-HIV;
5. Pesquisa de anticorpos do vírus da Hepatite C (anti-HCV);
6. Hemograma;
7. Lipidograma: dosagem de colesterol HDL, dosagem de colesterol LDL, dosagem de colesterol total, dosagem de triglicerídeos;
8. Dosagem de Glicose;
9. Eletroforese da hemoglobina (para detecção da doença falciforme)⁶ ;
10. Aferição de Pressão Arterial;
11. Verificação de Peso e cálculo de IMC (índice de Massa Corporal).

Lembrando que esses procedimentos e exames devem ser solicitados respeitando os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde. Caso seja detectada alguma

alteração em algum desses exames, o pai/parceiro deve ser referenciado para o tratamento dentro da rede SUS. O mesmo procedimento deve ser adotado caso o profissional verifique a necessidade de outros exames.

Além de incluir a consulta pré-natal, a Portaria 1.474/2017 da Secretaria de Assistência à Saúde/MS modifica a numeração dos procedimentos de testes rápidos para detecção de sífilis e de HIV na gestante, permitindo identificar a inclusão do pai ou parceiro.

O programa de pré-natal do homem foi normatizado pelo Ministério da saúde em 2011 para prevenir doenças e combater essa desigualdade, estimulando a paternidade ativa e cuidadora antes, durante e depois do nascimento.

Há disponível para consulta e orientação o Guia do Pré-natal do Parceiro para profissionais de saúde MS 2016, contendo nele: Legislações que se referem aos direitos dos pais; Instruções de como registrar seu filho; Linhas de cuidados masculinos voltados para saúde sexual, reprodução e a paternidade; e envolvimento do homem no pré-natal, parto e puerpério.

18. ANEXO I

Medicamentos disponibilizados na rede conforme REMUME e publicado em DO, disponível também em: <https://www.campos.rj.gov.br/arquivos/DO/Ago-2018/DiarioOficialEletronicoEdicao-172.pdf>

Farmácia Básica

1. Anti-hipertensivos	
1.1 Agentes que atuam no Sistema Renina Angiotensina	
Captopril	Comprimido 25 mg
Enalapril, maleato	Comprimido 5 mg
Enalapril, maleato	Comprimido 10 mg
Losartana, potássica	Comprimido 50 mg
1.2 Vasodilatador arteriolar	
Hidralazina, cloridrato	Comprimido 25 mg
1.3 Simpaticomiméticos de ação central	
Metildopa	Comprimido 250 mg
1.4 Beta-bloqueadores	
Atenolol	Comprimido 50 mg
Carvedilol	Comprimido 3.125 mg
Carvedilol	Comprimido 12,5 mg
Propranolol, cloridrato	Comprimido 40mg
1.5 Bloqueadores de Canais de Cálcio	
Anlodipino, besilato	Comprimido 5 mg
Anlodipino, besilato	Comprimido 10 mg
Nifedipino	Comprimido 10 mg
Nifedipino	Comprimido 20 mg
Verapamil, cloridrato	Comprimido 80 mg
1.6 Diuréticos	
Espironolactona	Comprimido 25 mg
Furosemida	Comprimido 40 mg
Hidroclorotiazida	Comprimido 25 mg

2- Glicosídeo Cardíaco	
Digoxina	Comprimido 0,25 mg
3- Antianginosos	
Isossorbida, diidrato	Comprimido sublingual 5 mg
Isossorbida, monidrato	Comprimido 20 mg
4- Antiarrítmico	
Amiodarona, cloridrato	Comprimido 200mg
5- Preparação anti-anêmicas	
Acido fólico	Comprimido 5mg
Acido fólico	Solução oral 0,2 mg/mL
Sulfato ferroso	Comprimido 40mg
Sulfato ferroso	Solução oral 0,25 mg/mL
6- Anestésicos Locais	
Lidocaína	Geleia 2% tubo 30g
7- Antibacterianos	
7.1 Aminoglicosídeos	
Gentamicina, Sulfato	Colírio 5mg/mL
Neomicina + Polimixina B + Fluoxinol + Lidocaína	Solução otológica
7.2 Derivados imidazólicos	
Metronidazol	Comprimido 50 mg
Metronidazol	Gel vaginal 100mg/g
Benzolmetronidazol	Sus.oral 40mg/mL

7.3 Macrolídeos	
Azitromicina	Pó sus. Oral 40 mg/ mL
Azitromicina	Comprimido 500mg
Claritromicina	Comprimido 500mg
Espiramicina	Comprimido 500mg
7.4 Quinolonas	
Ciprofloxacino, cloridrato	Comprimido 500 mg
7.5 Sulfanamidas e Trimetropina	
Sulfadiazina	Comprimido 500mg
Sulfadiazina de Prata	Creme 10mg/g
Sulfametoxazol + Trimetoprima	Comp. 400mg + 60mg
Sulfametoxazol + Trimetoprima	SUS. Oral 40+8mg/mL
7.6 Lincosamidas	
Clindamicina, cloridrato	Cápsula 300mg
7.7 Betalactâmicos e Penicilinas	
Amoxicilina	Capsula ou Comp 500mg
Amoxicilina	Sus. Oral 50mg/mL
Amoxicilina + Clav. de potássio	SUS.oral50+12,5 mg/mL
Benzilpenicilinabenzatina	Injetável 1.200.000 UI
Benzilpenicilina procaína + Benzilpenicilina potássica	Injetável 300.000 Ui + 100.000 UI
7.8 Cefalosporinas de 1ª geração	
Cefalexina sódica ou cloridra-to	Capsula 500mg
Cefalexina sódica ou cloridra-to	SUS. Oral 50mg/mL
7.9 Cefalosporina de 3ª geração	
Ceftriaxona	Sol. Inj. IM 1g

8- Antifúngicos	
Nistatina	Sol.oral 100.000IU/mL
Nistatina	Cr.vag 25.000UI/g
Fluconazol	Capsula 150 mg
Itraconazol	Capsula 100 mg
Miconazol, nitrato	Creme 2%
Cetoconazol	Creme 20mg/g
9- Anti-protozoário	
Pirimetamina	Comprimido 25 mg
10- Ectoparasiticidas	
Permetrina	Loção 10mg/ml
11- Anti-helmínicos	
Albendazol	Comp. Mastigável 400 mg
Albendazol	Sus.oral 40mg/ml
Ivermectina	Comprimido 6 mg
12- Antivirais	
Aciclovir	Comprimido 200 mg
13- Antidepressivos	
Amitriptilina, cloridrato	Comprimido 25 mg
Imipramina, cloridrato	Comprimido 10 mg
Clomipramina, cloridrato	Comprimido 25 mg
Flouxetina, cloridrato	Caps ou comp 20mg
14- Antiepiléticos	
Ácido valpróico	Caps. ou comp 250mg
Ácido valpróico	Caps ou comp 600mg
Ácido valpróico	Xarope50mg/mL
Carbamazepina	Comprimido 200 mg
Carbamazepina	Sus.oral 20mg/ml
Fenitoína sódica	Comprimido 100 mg
Fenobarbital	Comprimido 100 mg
Fenobarbital	Sol. Oral40mg/mL

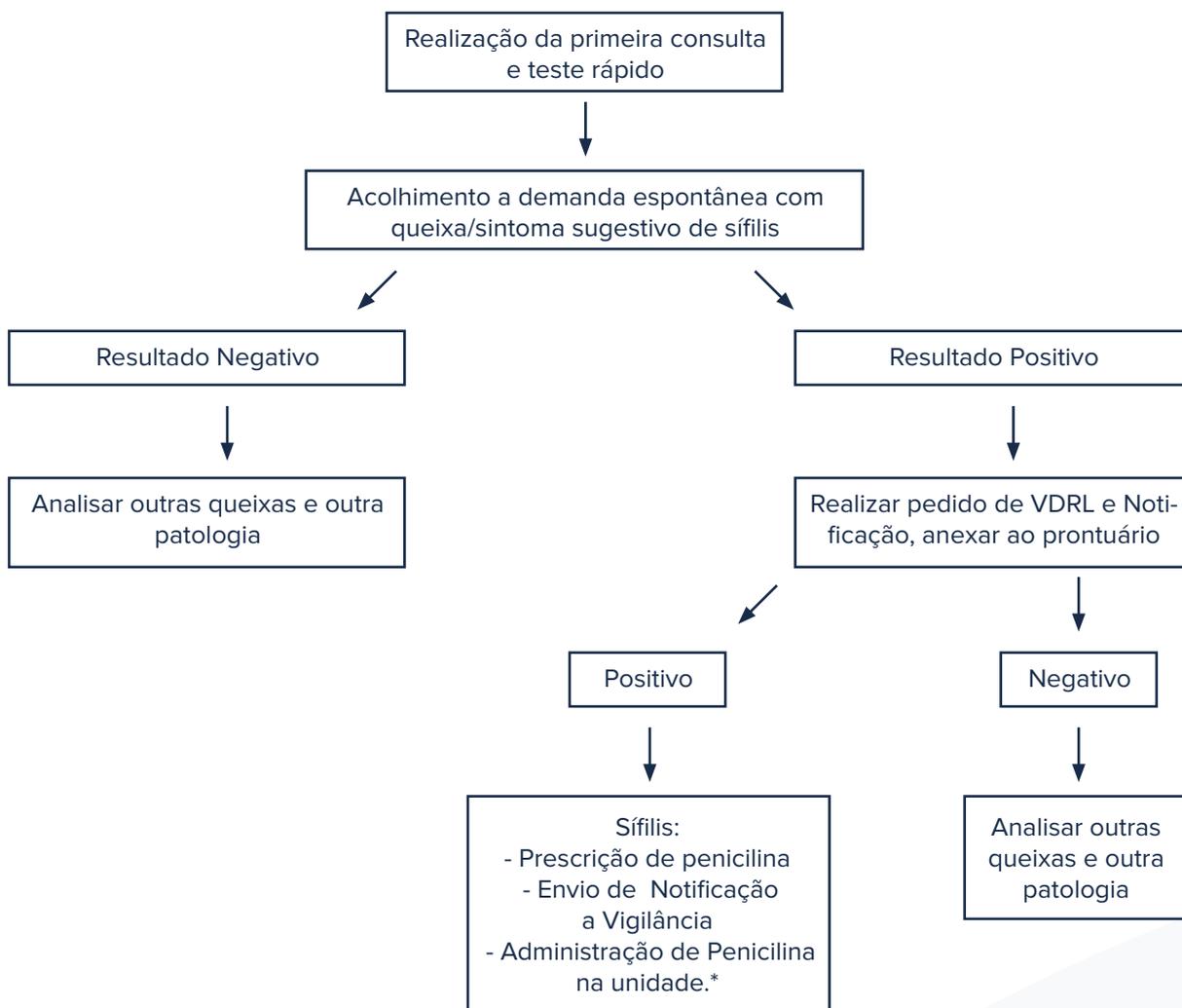
15- Antiparkinsonianos	
Biperarideno, cloridrato	Comprimido 2 mg
Levodopa + benzerazida	Comprimido 100 + 25 mg
Levodopa+carbidopa	Comprimido 250 + 25 mg
16-Antipsicóticos	
Clorpromazina, cloridrato	Comprimido 25 mg
Clorpromazina, cloridrato	Comprimido 100 mg
Clorpromazina, cloridrato	Sol. Oral 40mg/mL
Haloperidol	Comprimido 1mg
Haloperidol	Comprimido 5mg
Haloperidol	Sol. Oral 2mg/mL
17- Ansiolíticos	
Clonazepam	Sus.oral 2,5mg/ml
Clonazepam	Comprimido 2 mg
Diazepam	Comprimido 10 mg
Lorazepam	Comprimido 2 mg
18- Antigotosos	
Alopurinol	Comprimido 100 mg
19- Antialérgicos	
Dexclorfeniramina, maleato	Sol.oral 0.4mg/mL
Loratadina	Comprimido 10 mg
Prometazina, cloridrato	Comprimido 25 mg
20- Anti-inflamatórios e Analgésicos	
20.1 Não Esteroidais	
Ibuprofeno	Comprimido 300 mg
Ibuprofeno	Sus.oral 50mg/ml
20.2 Corticosteróides	
Dexametasona	Comprimido 4 mg

Dexametasona, acetato	Crema1mg/g
Prednisolona, fosfato sódico	Sol.oral 3mg/mL
Prednisona	Comprimido 5 mg
Prednisona	Comprimido 20 mg
20.3 Opióides	
Paracetamol + codeína, fosfato	Comprimido 500 + 30mg
21- Analgésicos e Antipiréticos	
Dipirirona sódica	Sol.oral 500mg/mL
Dipirirona sódica	Comprimido 500 mg
Paracetamol	Sol.oral 200mg/mL
22- Antitrombóticos	
Acido acetilsalicílico	Comprimido 100 mg
Varfarina sódica	Comprimido 5 mg
23- Hipoglicemiantes	
Glibenclamida	Comprimido 5 mg
Glicazida	Comp. 30 mg Lib. Pro-long.
Insulina Humana NPH	Sol. Inj. 100UI/mL
Insulina Humana Regular	Sol. Inj. 100UI/mL
Metformina, cloridrato	Comprimido 500 mg
Metformina, cloridrato	Comprimido 850 mg
24- Agentes desintoxicantes	
Folinato de Cálcio	Comprimido 15 mg
25- Anticonstipantes	
Óleo Mineral	Frasco 100mL
26- Desordens gastrointestinais	
26.1 Propulsivos	
Metoclopramida, cloridrato	Comprimido 10 mg
Bromoprida	Sol. Oral 4mg/mL

26.2 Antiespasmódico	
Escopolamina, butilbrometo	Sol.oral 10mg/mL
26.3 Antigases	
Simeticona	Emulsão oral75mg/mL
26.4 Inibidor de bomba de prótons	
Omeprazol	Cápsula 20mg
26.5 Antagonistas do receptor H2	
Ranitidina, cloridrato	Comprimido 150 mg
27- Antiácidos	
Hidróxido de alumínio	Sus.oral 61,5mg/ml
28- Doenças Ósseas	
Alendronato de sódio	Comprimido 70 mg
29- Desordens respiratórias	
Beclometasona, dipropionato	Spray ou aer. 50mcg/dose
Ipratrópio, brometo	Sol. Inal.0,25mg/mL
Fenoterol, bromidrato	Sol. Inal.5mg/mL
Salbutamol, sulfato	Aerossol 100mcg/dose
30- Fitoterápico	
Isoflavona-de-soja (glycine-max(L.) Merr.)	Capsula ou Comprimido 50 mg
31- Hipolipemiantes	
Sinvastatina	Comprimido 20 mg
32- Suplementos Minerais	
Carbonato de calcio	comp 500mg Ca ++
Carbonato de calcio+ colecalciferol	Comprimido 500 mg + 200 UI
33- Antiglaucomatoso	
Timolol, maleato	Sol.ofthalmica 5mg/mL
34- Reidratação oral	
Sais para reidratação	Pó p/ sol. Oral, env.5g
35- Soluções Salinas	
Cloreto de sódio	Sol.nasal 0,9%

36- Desordens da Tireóide	
Levotiroxina sódica	Comprimido 25 mcg
Levotiroxina sódica	Comprimido 50 mcg
Levotiroxina sódica	Comprimido 100 mcg
Propitiouracila	Comprimido 100 mg
37- Contraceptivos hormonais	
Etinilestradiol + Levonorgestrel	Comp.0,03mg+0,15mg, cartela 21comprimidos
Levonorgestrel	Compr.0,75mg, cartela 2 comprimidos
Medroxiprogesterona, acetato	Sol.inj. 150mg/mL, amp.
Noretisterona	Comp.0,35mg, cart. 35 comprimidos
Noretisterona, enantao+ Estradiol, valerato	Sol.injetável 50mg+ 5mg/mL, ampola
38- Reposição Hormonal	
Estriol	Creme vaginal 1mg/g 50g= aplicador
39-Vitaminas	
Ácido ascórbico	Sol.oral 200mg/mL
Vitaminas do complexo B	Drageas
40- Expectorantes	
Ambroxol, cloridrato	Xpe ped. 3mg/mL
Guaco (Mikaniaglomerata Spreng.)	Sol.oral , tintura ou xarope 100mL
41- Uso dermatológico	
Óxido de zinco + vit. A+D	Pomada dermatológica, tubo 45g
42- Insumos para Diabetes (disponível em farmácia municipal)	
Lancetas para punção digital	Unidade
Seringas com agulha acoplada para aplicação de insulina	Unidade
Tiras reagentes para medição de glicemia capilar	Unidade

ANEXO II: Fluxo de tratamento da Sífilis. OFÍCIO/SAB/SMS/Nº. 026/2018



- A busca da Penicilina deverá ser realizada pelo profissional de UBS e UBSF, na unidade UPH mais próxima, com a prescrição do paciente, contendo número de cartão do SUS.
- Ao abandono do tratamento, deverá ser realizado busca ativa do paciente, pelos ACSs quando UBSF e pelo técnico de enfermagem quando UBS.
- Ao término do tratamento deverá ser solicitado novo VDRL e informar a Vigilância em Saúde.
- As UPHs que realizarem o primeiro atendimento deverão encaminhar o paciente a UBS ou UBSF mais próxima da residência do mesmo.
- Notificação compulsória: • Sífilis em gestante - O-98.1 e Sífilis congênita - A-50.9

19. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R.; PORTO, A. M. F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. *Femina*, Rio de Janeiro, v. 38, n. 8, p. 415-422, 2010. Disponível em: < <http://goo.gl/A2KTYB> >. Acesso em: 12 mar. de 2015.

AMADEI, S.U. et al..Prescrição medicamentosa no tratamento odontológico de grávidas e lactantes. *Ray Gaúcha Odontol*,59, supl. 0, 31-37,2011.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Conselho Federal de Medicina. Projeto Diretrizes: Assistência Pré-Natal. Brasília: AMB, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde/Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher.pdf>. Acesso em 17 jun. 2016.

BRASIL, Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica, Saúde da Criança: Nutrição infantil: Aleitamento Materno e Alimentação complementar. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas – Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – 5. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria N°2.436, de 21 de setembro de 2017. PNAB.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria MS/SAS nº 650, de 5 de outubro de 2011. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Pré-natal do Parceiro, 2016. Disponível em: http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 035/2011/CGSH/DAE/SAS/MS, de 12 de dezembro de 2013. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Guia alimentar para a população brasileira. 2. ed. Brasília, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias. 2. ed. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Procedimentos a serem adotados para a Febre do Zika no Brasil (Nota Informativa). Brasília-DF, 2016. Disponível em: < <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/marco/07/Nota-Informativa-zika.pdf> >. Acesso em: 15 de fev. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica, nº 32: Atenção ao pré-natal de baixo risco. 1ª ed. rev. Brasília: Editora 82 do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação. Brasília-DF, 2014.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede HumanizaSUS. 2003.

Campos dos goytacazes. 2016. Secretaria Municipal de Saúde. Departamento de Assistência Odontológica, Projeto Portas Abertas.

COFEN. Lei Nº 7.498, de 25/06/86. Publicada em DOU 26/06/86. Seção I- fls. 9.273 a 9275.

GARCIA, C. A. O. et al. Diabetes Mellitus. Ceará, 2017. Disponível em: <<http://www2.ebserh.gov.br/documents/214336/1109086/PRO.OBS.007+-+R3+DIABETES+MELLITUS.pdf/25bbca02-16f8-438f-a67d-2f17011951d9>>. Acesso em: 05 de fev. de 2019.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (Febrasgo). Manual de gestação de alto risco. São Paulo: Febrasgo, 2011.

HUÇULAK, M. C.; PETERLINI, O. L. G. Rede Mãe Paranaense – Relato de experiência. Revista Espaço para a Saúde, Londrina, v. 15, n. 1, p. 77-86, 2014.

LIMA, L. A.; GREGOLETTO, M. L. O. Alimentação saudável na gestação e puerpério. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da gestante em APS. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011.

NORONHA NETO, C. et al. Importância da ultrassonografia de rotina na prática obstétrica segundo as evidências científicas. Femina, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 239-245, 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Diretriz: Suplementação diária de ferro e ácido fólico em gestantes. Genebra: OMS, 2013.

Protocolos de Enfermagem na atenção primária à saúde / Prefeitura, Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil, Subsecretaria Geral Rio de Janeiro: Prefeitura, 2012.

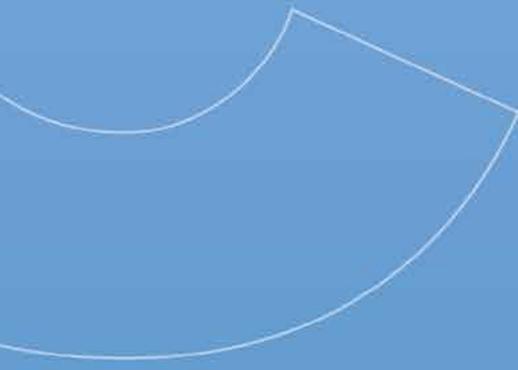
SÃO PAULO (Estado). Secretaria Estadual da Saúde. Atenção à gestante e à puérpera no SUS-SP: manual técnico do pré-natal e puerpério. São Paulo: SES/SP, 2010. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/atencao-a-gestante-e-a-puerpera-no-sus-sp/manual-tecnico-do-pre-natal-e-puerperio/manual_tecnicoii.pdf>. Acesso em: 28 de fev. de 2019.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE FLORIANÓPOLIS. Protocolo de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Florianópolis, 2010.

SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte II: [revisão]. Femina, Rio de Janeiro, v. 38, n. 9, p. 459-468, 2010.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ). Protocolos assistenciais. 2. ed. Rio de Janeiro: PoD, 2013.

CAMPOS DOS GOYTACAZES. Secretaria de Saúde. Resolução CMS nº 015/2018. Relação Municipal de Medicamentos. Diário Oficial do município de Campos dos Goytacazes, 08 de agosto de 2018. Disponível em: <<https://www.campos.rj.gov.br/arquivos/DO/Ago-2018/DiarioOficialEletronicoEdicao-172.pdf>>. Acesso em: 18 de out. 2018.



PREFEITURA DE
CAMPOS

SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE