



PROTOCOLO ESTADUAL DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL

FICHA TÉCNICA

Créditos, distribuição e Informações:

Governo do Estado do Rio de Janeiro | Cláudio Bomfim de Castro e Silva
 Secretaria de Estado de Saúde | Carlos Alberto Chaves de Carvalho
 Subsecretaria de Gestão da Atenção Integral à Saúde | Cláudio José da Silva Menezes
 Superintendência de Atenção Primária à Saúde | Thais Severino da Silva

Organização:

Camila da Cunha Souza Nóbrega
 Raquel de Moraes Barbosa Caprio
 Thais de Andrade Vidaurre Franco

Coordenação e Supervisão Técnica:

Ana Luiza F. Rodrigues Caldas	Thais Façanha Lotfi Silva
Camila da Cunha Souza Nóbrega	Thais Severino da Silva

Elaboração:

Adriana Câmara Colombo	Margareth Magalhães
Ana Caroline Medina e Silva Almeida	Maria Alicia Castells
Camila da Cunha Souza Nóbrega	Maria da Conceição Monteiro Salomão
Cassia Kirsch Lanes	Maria Edea Guerreiro Giovanini
Clarice Gdalevici	Melanie Noel Maia
Claudio Oliveira Soeiro	Jorge Eduardo de Souza Calás
Cristina Tavares dos Santos	Joyce de Andrade das Flores
Débora Fontenelle dos Santos	Juliana Coelho
Giovani S. Dimas Soares	Juliana Sobral de Oliveira
Gleice Melo Moura	Renata Chaves
Katiana dos Santos Teléfora	Renata Costa Jorge
Leandro Teixeira Abreu	Thais de Andrade Vidaurre Franco
Leila Adesse	Waleska Muniz Lopes Guerra
Mara Cristina Demier Freire Ribeiro	Walquiria Baihense de Araujo Couto
Márcia Pereira Alves dos Santos	Ynes Mara
	Zilda Santos

Revisão Técnica:

Cassia Kirsch Lanes	Pedro Braga
Maria Alicia Castells	Renata Chaves
Melanie Noel Maia	Thaís Sayuri Yamamoto
Moises Vieira Nunes	

Projeto Gráfico e Diagramação:

Renata Peres - Coordenação Técnica de Design e Inovação - ASCOM/SES-RJ

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Protocolo estadual de atenção ao pré-natal de risco habitual [livro eletrônico] / organização Raquel de Moraes Barbosa Caprio, Thais de Andrade Vidaurre Franco, Camila Cunha Souza Nóbrega ; coordenação Governo do Estado do Rio de Janeiro... [et al.]. -- 1. ed. -- Rio de Janeiro : Secretaria de Estado de Saúde SES, 2020. -- (Documentos norteadores para atenção primária à saúde ; 1)
PDF

Vários autores.

Outros coordenadores: Secretaria de Estado de Saúde, Subsecretaria de Atenção Integral à Saúde, Superintendência de Atenção Primária à Saúde, Telessaúde -RJ

ISBN 978-65-992327-1-8

1. Atenção básica à saúde 2. Cuidado pré-natal - Política governamental - Brasil - Manuais, guias 3. Cuidados pré-natais - Guias 4. Diagnóstico pré-natal 5. Saúde pública - Brasil I. Caprio, Raquel de Moraes Barbosa. II. Franco, Thais de Andrade Vidaurre. III. Nóbrega, Camila Cunha Souza. IV. Governo do Estado do Rio de Janeiro. V. Série.

20-44913

CDD-618.200218

Índices para catálogo sistemático:

1. Protocolos assistenciais : Obstetrícia : Medicina
618.200218

Maria Alice Ferreira - Bibliotecária - CRB-8/7964

Lista de quadros

Quadro 1 - Número de consultas por período gestacional.....	28
Quadro 2 - Roteiro para anamnese	29
Quadro 3 - Exame físico e obstétrico.....	33
Quadro 4 - Exame obstétrico	33
Quadro 5 - Exemplo da aplicação da regra de Nägele	36
Quadro 6 - Exames de rotina do pré-natal de risco habitual.....	36
Quadro 7 - Avaliação do Risco Gestacional.....	40
Quadro 8 - Calendário vacinal da gestante (2020).....	43
Quadro 9 - Ganho de peso recomendado (em kg) na gestação segundo o estado nutricional inicial	49
Quadro 10 - Calendário vacinal parceria.....	59
Quadro 11 - Exame físico puerpério.....	64
Quadro 12 - Descrição e manejo dos sintomas mais comuns na gestação.....	72
Quadro 13 - Dosagem de hemoglobina - interpretação e conduta	77
Quadro 14 - Sintomas e conduta para queixas de corrimento vaginal, dispareunia e disúria.	96
Quadro 15 - Estágios da Sífilis.....	99
Quadro 16 - Testes diagnósticos imunológicos mais utilizados para sífilis	100
Quadro 17 - Resumo dos esquemas terapêuticos da gestante com sífilis.....	101
Quadro 18 - Interpretação e conduta sorologia para Toxoplasmose.....	109
Quadro 19 - Tratamento para Toxoplasmose na gestação.....	110
Quadro 20 - Orientações para coleta de exame para casos suspeitos de Dengue, Zika ou CHIKV	119
Quadro 21 - Códigos CIAP2 e CID10 que encerram uma gestação	125

Lista de fluxogramas

Fluxograma 1 - Amenorreia e atraso menstrual	25
Fluxograma 2 - Diagnóstico de DMG em situação de viabilidade financeira e disponibilidade técnica total.....	79
Fluxograma 3 - Diagnóstico de DMG em situação de viabilidade financeira e/ou disponibilidade técnica parcial.....	80
Fluxograma 4 - Conduta gestante RH negativo	83
Fluxograma 5 - Conduta para casos de síndrome hemorrágica	88
Fluxograma 6 - Avaliação de queixa de corrimento vaginal e cervicites na gestação.....	95
Fluxograma 7 - Conduta frente ao teste reagente.....	100
Fluxograma 8 - Seguimento da gestante com sífilis	102

Sumário

FICHA TÉCNICA	2
APRESENTAÇÃO	9
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ATENÇÃO AO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL.....	11
ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	12
Agente comunitário de saúde:	13
Auxiliar/técnico(a) de enfermagem:	13
Enfermeiro(a):	14
Médico(a).....	15
Equipes de Saúde Bucal.....	16
Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)	17
ACOLHIMENTO	18
DIREITOS DA MULHER/GESTANTE	19
São Direitos Adquiridos das Gestantes	19
Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei	20
Direitos das gestantes trabalhadoras.....	20
Quando há violação dos direitos?	22
AVALIAÇÃO E CUIDADOS PRÉ-CONCEPÇÃO	23
DIAGNÓSTICO DA GESTAÇÃO	24
ROTINA DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL.....	28
ENTREVISTA E IDENTIFICAÇÃO DE RISCOS:	29
EXAME FÍSICO NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO.....	33
Medida de Altura Uterina	34
Cálculo da data provável do parto (DPP).....	35
EXAMES LABORATORIAIS	36
AVALIAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL.....	39
IMUNIZAÇÃO NA GESTAÇÃO	43
ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL	44
Condutas	46
Medicamentos.....	46

ABORDAGEM NUTRICIONAL DA GESTANTE NO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE	48
ATIVIDADE FÍSICA E GESTAÇÃO	49
PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE	50
ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO.....	51
Diagnóstico da Gravidez	51
Primeiro Trimestre	51
Segundo Trimestre	52
Terceiro Trimestre	52
Parto	53
Puerpério.....	53
Síndrome Depressiva Puerperal (Baby-blues)	53
Depressão pós-parto	53
Puerpério do Parceiro e atenção a rede de apoio.....	55
GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	56
RELAÇÃO SEXUAL NA GESTAÇÃO - ORIENTAÇÕES PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE	57
PRÉ-NATAL DO PARCEIRO, PATERNIDADE RESPONSÁVEL E FAMÍLIA.	57
Participação do Pai Parceiro nas Rotinas de Acompanhamento da Gestante.....	58
ORIENTAÇÕES A SEREM DADAS PARA AS GESTANTES SOBRE O TRABALHO DE PARTO.....	60
ACOMPANHAMENTO NO PUERPÉRIO	64
Avaliação	64
Plano de cuidados no puerpério:	65
Cuidados com o Recém-nascido.....	65
ALEITAMENTO MATERNO.....	66
Contraindicações à amamentação.....	67
Cuidado com as mamas	68
Promoção do aleitamento materno no puerpério	68
PLANEJAMENTO REPRODUTIVO	69
AGRAVOS E INTERCORRÊNCIAS NA GESTAÇÃO	72
MANEJO DOS SINTOMAS MAIS COMUNS NA GESTAÇÃO.....	72
ANEMIA	76
ANEMIA FALCIFORME	77

DIABETES GESTACIONAL	78
DOENÇA HEMOLÍTICA PERINATAL.....	82
SÍNDROMES HEMORRÁGICAS	83
Abortamento	84
Gravidez ectópica.....	86
Doença trofoblástica gestacional (mola hidatiforme)	86
Descolamento córioamniótico.....	87
Descolamento prematuro de placenta (DPP)	87
Placenta prévia (inserção baixa de placenta)	87
HIPERTENSÃO ARTERIAL.....	88
Síndromes hipertensivas na gravidez	88
Conduta na crise hipertensiva.....	91
INFEÇÃO DE TRATO URINÁRIO.....	92
Bacteriúria Assintomática (BA).....	92
Infecção de Trato Urinário.....	93
A Pielonefrite Aguda	93
Infecção Urinária de Repetição	94
INFEÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM GESTANTES.....	94
Alterações ginecológicas inflamatórias: Cervicites e Vaginoses	95
Sífilis	98
Vírus da imunodeficiência humana - HIV	104
Hepatites Virais	105
TOXOPLASMOSE.....	108
TUBERCULOSE	112
SÍNDROME GRIPAL/ CASOS SUSPEITOS DE COVID-19 E INFLUENZA	113
ARBOVIROSES-ATENDIMENTO ÀS GESTANTES COM EXANTEMA.....	115
Dengue.....	116
Zika Vírus.....	117
Chikungunya (CHIKV)	118
ANEXO 01 CADASTRO DO ATENDIMENTO DO PRÉ-NATAL NO E-SUS.....	122
ANEXO 02 GRÁFICO DE ACOMPANHAMENTO NUTRICIONAL.....	133
ANEXO 03 ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS PARA ENVIO PARA AS GESTANTES	134
ANEXO 04 ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-NATAL DE EDIMBURGO	135

APRESENTAÇÃO

A estruturação e organização dos diferentes componentes da Rede de Atenção à Saúde (RAS) constituem elementos centrais para assegurar o acesso, o acolhimento e a resolutividade ao pré-natal, parto, nascimento e puerpério. Neste sentido, a existência de instrumentos que orientem a assistência oferecida às gestantes, neonatos e suas famílias nos diferentes pontos de atenção da RAS, é uma das principais ações para reduzir as taxas de morbimortalidade relacionadas ao ciclo gravídico-puerperal.

A Atenção Primária à Saúde (APS) possui como características definidoras: o acesso oportuno, a territorialização, o vínculo, a longitudinalidade e a coordenação do cuidado, desempenhando, portanto, um papel central na atenção às mulheres e neonatos durante o ciclo gravídico puerperal. A atuação efetiva dos serviços de APS determina a captação e vinculação precoce das gestantes, o manejo das alterações comuns à gestação de risco habitual, a identificação precoce dos agravos e alterações que caracterizam uma gestação de alto risco, bem como o encaminhamento oportuno para outros serviços da RAS, mantendo mesmo assim, a corresponsabilidade pelo acompanhamento e cuidado em saúde da gestante.

Com objetivo de ampliar a qualidade e a resolutividade dos serviços de APS às gestantes, puérperas, neonatos e suas famílias, a Secretaria de Estado de Saúde do Rio de Janeiro (SES/RJ) elaborou o Protocolo Estadual de Pré-Natal de Risco Habitual. O presente documento reúne informações relevantes, pautadas em evidências e baseadas nos protocolos clínicos e diretrizes estabelecidas pelo Ministério da Saúde, para orientar o cuidado oferecido pelos profissionais de saúde no cotidiano das unidades de APS nos municípios do Estado do Rio de Janeiro.

O protocolo possui abrangência estadual e poderá ser utilizado na íntegra pelos gestores estaduais e municipais, ou adequado de acordo com as realidades e especificidades locais. Sendo assim, por meio desse instrumento, a SES/RJ busca fomentar as ações no âmbito da APS que melhorem as práticas de atenção à saúde e, conseqüentemente, os indicadores de saúde, principalmente os relacionados à morbimortalidade por causas preveníveis e evitáveis, com a realização de boas práticas para as mulheres, suas famílias e redes de apoio a qual estão inseridas.



**ATENÇÃO
PRIMÁRIA
À SAÚDE E A
ATENÇÃO AO CICLO
GRAVÍDICO-PUERPERAL**

ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E A ATENÇÃO AO CICLO GRAVÍDICO-PUERPERAL

Nas últimas décadas, no Brasil, ocorreu uma redução importante dos óbitos em menores de um ano de idade. Esses óbitos refletem, de forma geral, as condições de desenvolvimento socioeconômico e infraestrutura ambiental, bem como a atenção ao Pré-Natal, parto e ao neonato. Porém, quando analisamos os diferentes componentes da mortalidade infantil, identificamos que a queda mais expressiva se deu nas mortes no período pós-neonatal, cujas causas estão relacionadas fundamentalmente às condições de saneamento básico (FRANÇA e LANSKY, 2008).

As taxas de mortalidade no período neonatal, ou seja, de crianças durante os primeiros 28 dias de vida, apresentaram um declínio muito lento (BRASIL, 2012). As principais causas de mortalidade nessa faixa etária são relacionadas às afecções originadas no período perinatal, potencialmente evitáveis pela oferta de cuidados de saúde adequados (LANSKY et al., 2014). Dentre as principais causas de mortalidade neonatal, a prematuridade, infecções neonatais e os fatores maternos relacionados à gravidez são diretamente relacionados à qualidade do Pré-Natal.

Assim como a mortalidade neonatal, a mortalidade materna é um desfecho negativo que pode ser reduzido por meio de melhoria nas condições de vida e do sistema de saúde. A morte materna é definida como a **“morte de uma mulher durante a gestação ou até 42 dias após o término da gestação, independentemente da duração ou da localização da gravidez, devido a qualquer causa relacionada com ou agravada pela gravidez ou por medidas em relação a ela, porém não devida a causas acidentais ou incidentais”** (OMS, 1993).

No entanto, o número de mortes maternas no país ainda é superior ao preconizado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) - Razão de Morte Materna (RMM) de 20 para cada 100.000 nascidos vivos. Em 2017, a RMM no Brasil, foi de 58,7 mortes para cada 100.000 nascidos vivos. No Estado do Rio de Janeiro, para o mesmo ano, a RMM foi de 76,6 mortes a cada 100.000 nascidos vivos, ou seja, maior que a nacional, e ainda mais distante do parâmetro estabelecido pela OMS. Estes dados indicam que a qualificação da atenção ao Pré-Natal e parto no Estado é uma ação prioritária, uma vez que confere prevenção à morte perinatal e materna.

Tanto a mortalidade materna, quando a mortalidade neonatal, principalmente a mortalidade neonatal precoce, são eventos de importância para a saúde pública, com graves consequências sociais e humanas, que podem ser evitados por meio de melhorias nos serviços de saúde. É fundamental que as equipes de atenção primária, bem como a gestão de cada município, realizem o monitoramento das condições de saúde da sua população e investiguem os casos de morte neonatal e materna de modo a levantar informações para subsidiar as decisões, agindo com equidade e promovendo modificações necessárias em pontos frágeis da atenção.

A Vigilância em Saúde é uma das atribuições das equipes de APS necessária à garantia de uma atenção integral. Consiste no processo de levantamento, consolidação e análise dos eventos relacionados à saúde da população, inclusive das gestantes e neonatos. Atenção à Saúde e Vigilância em Saúde andam juntas, no cotidiano do trabalho de profissionais da assistência e da gestão. Esses, devem se retroalimentar de informações necessárias para a tomada de decisões visando impactar positivamente nas práticas assistenciais que melhorem as condições de saúde e garantia da vida das pessoas às quais temos responsabilidade sanitária e compromisso de cuidar.

Referências Bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. PORTARIA DE CONSOLIDAÇÃO Nº 2, DE 28 DE SETEMBRO DE 2017. Consolidação das Normas sobre as Políticas Nacionais de saúde do Sistema Único de Saúde ANEXO XXII- Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/prc0002_03_10_2017.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

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.

LANSKY, S. et al. Pesquisa Nascer no Brasil: perfil da mortalidade neonatal e avaliação da assistência à gestante e ao recém-nascido. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 30, supl. 1, p. S192-S207, 2014. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2014001300024&lng=en&nrm=iso

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Classificação estatística internacional de doenças e problemas relacionados à saúde - décima revisão. 3ª Ed. São Paulo: Edusp; 1996.

ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Com relação às atribuições dos profissionais da atenção primária à saúde, enfatizamos a importância de atuação no processo de territorialização, mapeamento da área com a identificação das gestantes, puérperas e suas famílias, incluindo as que estão em situação de vulnerabilidades.

Deste modo, os profissionais das equipes de saúde da família e equipes de atenção primária precisam planejar e realizar o cuidado integral à saúde da população adscrita prioritariamente nas unidades básicas de saúde, no domicílio e nos demais espaços do território (escolas, associações, entre outros), com atenção especial às populações que apresentem necessidades específicas (em situação de rua, em medida socioeducativa, privada de liberdade, etc).

As equipes que atuam na Atenção Primária à Saúde possuem um papel muito importante para a realização de uma escuta qualificada das necessidades das gestantes, puérperas e suas famílias, busca ativa, promoção da saúde, prevenção e notificação de agravos a fim de proporcionar um cuidado humanizado com a construção de vínculo. Ainda cabe ressaltar a relevância da atuação destes profissionais nas atividades de planejamento da

equipe no processo de trabalho, educação em saúde, avaliação das ações desenvolvidas e demais atividades de acordo com as especificidades locais. Isto posto, a atuação destes profissionais no acolhimento, classificação de risco, com a identificação das intervenções necessárias são fundamentais para a continuidade do cuidado.

De acordo com o Ministério da Saúde, apresentamos a seguir as atribuições dos profissionais das equipes de saúde no âmbito da assistência ao pré-natal de risco habitual:

Agente comunitário de saúde:

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal da gestante e do (a) parceiro (a), da amamentação e da vacinação;
- Realizar a busca ativa das gestantes a fim de promover a captação precoce;
- Realizar visitas domiciliares para a identificação das gestantes e para desenvolver atividades de educação em saúde tanto para as gestantes como para seus familiares, orientando-os sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários;
- Encaminhar toda gestante ao serviço de saúde, buscando promover sua captação precoce para a primeira consulta, e monitorar as consultas subsequentes;
- Realizar e conferir o cadastramento das gestantes, assim como as informações preenchidas no Cartão da Gestante;
- Acompanhar as gestantes que não estão realizando o pré-natal na unidade básica de saúde local, mantendo a equipe informada sobre o andamento do pré-natal realizado em outro serviço;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar a busca ativa das gestantes faltosas;
- Informar o(a) enfermeiro(a) ou o(a) médico(a) de sua equipe, caso a gestante apresente algum dos sinais de alarme: febre, calafrios, corrimento com mau cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas frequentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes e dor ao urinar.
- Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

Auxiliar/técnico(a) de enfermagem:

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal da gestante e do (a) parceiro (a), da amamentação e da vacinação;
- Realizar a busca ativa das gestantes a fim de promover a captação precoce;

- Verificar/realizar o cadastramento das gestantes no sistema de informação vigente da Atenção Primária à Saúde – e-SUS Atenção Primária;
- Conferir as informações preenchidas no Cartão da Gestante;
- Verificar o peso e a pressão arterial e anotar os dados no Cartão da Gestante;
- Fornecer medicação mediante receita, assim como os medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico);
- Aplicar vacina antitetânica, contra hepatite B e Influenza;
- Realizar atividades educativas, individuais e em grupos (deve-se utilizar a sala de espera);
- Informar o(a) enfermeiro(a) ou o(a) médico(a) de sua equipe, caso a gestante apresente algum sinal de alarme, como os citados anteriormente;
- Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;
- Orientar a gestante sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

Enfermeiro(a):

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal da gestante e do pré-natal do parceiro (a), da amamentação e da vacinação;
- Realizar a busca ativa das gestantes a fim de promover a captação precoce;
- Realizar o cadastramento da gestante no sistema de informação vigente da Atenção Primária à Saúde e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);
- Realizar a consulta de pré-natal de gestação de risco habitual intercalada com a presença do(a) médico(a);
- Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo de pré-natal;
- Realizar testes rápidos;
- Prescrever medicamentos padronizados para o pré-natal de risco habitual (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das DST, conforme protocolo da abordagem sindrômica);
- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano, hepatite B e influenza);

- Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica. Caso seja classificada como de alto risco e houver dificuldade para agendar a consulta médica (ou demora significativa para este atendimento), a gestante deve ser encaminhada diretamente ao serviço de referência;
- Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;
- Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera);
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento reprodutivo.

Médico(a)

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal da gestante e do(a) parceiro (a), da amamentação e da vacinação;
- Realizar o cadastramento da gestante no sistema de informação vigente da Atenção Primária à Saúde e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);
- Realizar a consulta de pré-natal de gestação de risco habitual intercalada com a presença do(a) enfermeiro (a);
- Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário;
- Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico);
- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano, hepatite B e influenza);
- Avaliar e tratar as gestantes que apresentam sinais de alarme;
- Atender as intercorrências e encaminhar as gestantes para os serviços de urgência/emergência obstétrica, quando necessário;
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
- Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência;
- Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero, quando necessário;

- Realizar testes rápidos;
- Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala da espera);
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento reprodutivo.

Equipes de Saúde Bucal

A equipe de saúde deve trabalhar de forma articulada, encaminhando a gestante para a consulta odontológica ao iniciar o pré-natal. Deve-se garantir, ao menos, uma consulta odontológica durante este período, com agendamento das demais, conforme as necessidades de saúde. Caso haja uma gestante em domicílio, a equipe de Saúde Bucal (eSB) deve conhecer as condições atuais, queixas e o acesso às ações e serviços de saúde.

Além disso, a eSB poderá organizar atividades educativas com a gestante, como grupos operativos. As atividades de educação em saúde podem ser desenvolvidas pelo cirurgião-dentista (CD), mas preferencialmente pelo auxiliar de saúde bucal (ASB) ou técnico em saúde bucal (TSB). Estes podem auxiliar na desmistificação de algumas questões ao atendimento odontológico e esclarecer dúvidas, o que pode influenciar na maior adesão das gestantes ao tratamento odontológico. Exemplos de atividades que podem ser realizadas: higiene bucal supervisionada, orientações sobre o cuidado em saúde bucal, palestras, entre outros.

São atribuições do cirurgião-dentista:

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Verificar o fornecimento do Cartão da Gestante e ver se o documento está devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta de pré-natal);
- Realizar a consulta odontológica de pré-natal de gestação de baixo risco;
- Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário;
- Orientar a gestante sobre a realização do teste rápido;
- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B);
- Realizar a avaliação geral da gestante observando o período de gravidez;
- Avaliar a saúde bucal da gestante, a necessidade e a possibilidade de tratamento,

observando os cuidados indicados em cada período da gravidez;

- Adequar o meio bucal e realizar o controle de placa, cujas práticas constituem boas condutas odontológicas preventivas e podem ser indicadas, garantindo conforto à gestante e a continuidade do tratamento após a gravidez;
- Identificar os fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez;
- Atender as intercorrências/urgências odontológicas observando os cuidados indicados em cada período da gravidez e encaminhar a gestante para níveis de referência de maior complexidade, caso necessário;
- Favorecer a compreensão e a adaptação às novas vivências da gestante, do companheiro e dos familiares, além de instrumentalizá-los em relação aos cuidados neste período;
- Orientar as gestantes e a sua equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade em relação à saúde bucal;
- Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência;
- Desenvolver atividades educativas e de apoio à gestante e aos seus familiares;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas odontológicas e os trimestres de gestação indicados para a realização de tratamento odontológico;
- Realizar busca ativa das gestantes faltosas de sua área de abrangência;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal;
- Acompanhar o processo de aleitamento materno e os cuidados com o futuro bebê, enfatizando a importância do papel da amamentação na dentição e no desenvolvimento do aparelho fonador, respiratório e digestivo da criança;
- Orientar a mulher e seu companheiro sobre hábitos alimentares saudáveis e de higiene bucal.

Núcleos Ampliados de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)

O NASF-AB é uma equipe com profissionais de diferentes áreas de conhecimento que atua com os profissionais das equipes de Saúde da Família e equipes de atenção primária, compartilhando e apoiando as práticas em saúde nos territórios, tendo como referencial teórico-metodológico o apoio matricial.

Constitui-se como um dispositivo estratégico para a melhoria da qualidade da Atenção Primária à Saúde e a ampliação da capacidade de resolutividade clínica das equipes. Nesse sentido, pode-se dizer que o NASF-AB se constitui em retaguarda especializada para as equipes de Saúde da Família e Atenção Primária, atuando no lócus da própria APS.

Deste modo, o NASF-AB é fundamental para contribuir na identificação e enfrentamento

de determinantes sociais da saúde e articular os serviços da rede de atenção à saúde, garantindo a ampliação em escala e escopo de atenção, conferindo robustez para melhoria da resolutividade da APS, com atenção mais adequada à população e melhoria do vínculo entre equipes e pessoas atendidas.

No contexto da assistência ao pré-natal de risco habitual, a equipe NASF-AB, em sua atuação junto às equipes de Saúde da Família e Atenção Primária à Saúde, possui um papel importante para a garantia da atenção integral durante o pré-natal de risco habitual e puerpério, participando de discussões de casos, momentos de educação permanente, consultas conjuntas, realização de grupos, visitas domiciliares, entre outras funções.

Referências Bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico]/Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 32). Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MTlwOQ==>Acesso em 04.03.2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 116 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, n. 39)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 350p

Portaria Nº 2.436, de 21 de setembro de 2017. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

ACOLHIMENTO

O Acolhimento é uma diretriz da Política Nacional de Humanização (PNH) que deve orientar todos os encontros entre profissionais e usuários nos serviços de saúde. Trata-se de uma ação de inclusão, uma postura ética diante do usuário, que não se esgota na etapa da recepção, mas que deve ocorrer em todos os locais e momentos do serviço de saúde (BRASIL, 2010). Essa estratégia tem por objetivos ampliar e qualificar o acesso dos usuários ao serviço de saúde por meio de mudanças no processo de trabalho (SILVA et.al., 2011). Envolve métodos de trocas solidárias, escuta ativa e comprometida, influenciando diretamente nas possibilidades de efetivação do direito à saúde. É importante salientar que todos os profissionais de saúde são responsáveis pelo acolhimento (BRASIL, 2010).

A atitude de acolhimento e classificação de risco à mulher e sua família visa prestar assistência especializada e tem função fundamental na construção de um vínculo de confiança com os profissionais e serviços de saúde, favorecendo seu protagonismo especialmente no momento do parto. Expressa uma ação de aproximação de relação com o usuário que procura os serviços de saúde, a qual não se restringe ao ato em si, mas se constitui

em uma sequência de atos e modos que compõem as metodologias dos processos de trabalho em saúde em qualquer nível de atenção.

Referências Bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Atenção Básica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Política Nacional de Humanização. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

SILVA CRA et al. Acolhimento como estratégia do programa nacional de humanização. *Ciência Cuidado Saúde*. v. 10 n. 1. 2011.

DIREITOS DA MULHER/GESTANTE

Segundo a Constituição brasileira de 1988, todo o cidadão e cidadã têm o direito à saúde! A Carta dos Direitos dos Usuários da Saúde estabelece que as gestantes, como todo cidadão, têm direito ao acesso ordenado e organizado aos sistemas de saúde, ao tratamento adequado e efetivo, ao atendimento humanizado, acolhedor e livre de qualquer discriminação que respeite a sua pessoa, seus valores e seus direitos (BRASIL, 2011). Durante todo o acompanhamento às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, a equipe de saúde deve conhecer e dialogar com a mulher e a sua família sobre seus direitos. Nesse sentido, cada profissional, equipe e serviço de saúde deve agir de forma à:

- Evitar procedimentos invasivos, dolorosos e arriscados, a não ser que eles sejam estritamente indicados;
- Promover o direito à condição de pessoa, a estar livre de tratamento humilhante;
- Informar a mulher sobre seus direitos relacionados à maternidade e à reprodução.

São Direitos Adquiridos das Gestantes

LEI DA VINCULAÇÃO PARA O PARTO • A Lei Federal nº 11.340/2007 garante à gestante o direito de ser informada anteriormente, pela equipe do pré-natal, sobre qual a maternidade de referência para seu parto e de visitar o serviço antes do parto.

GESTANTE SEMPRE TEM O DIREITO AO ATENDIMENTO • No momento do parto, a mulher deve ser atendida no primeiro serviço de saúde que procurar. Em caso de necessidade de transferência para outro serviço de saúde, o transporte deverá ser garantido de maneira segura.

LEI DO DIREITO A ACOMPANHANTE NO PARTO • A Lei Federal nº 11.108/2005 garante às parturientes o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, no parto e no pós-parto, no SUS. Este acompanhante é escolhido pela mulher, e independe do sexo ou gênero do acompanhante escolhido.

AUTONOMIA DA PACIENTE • Esse conceito preconiza a participação do paciente nas decisões que envolvem sua saúde e seu corpo. As práticas em saúde inspiradas por essa compreensão são pautadas por uma perspectiva reflexiva. O consentimento informado

da mulher é imprescindível para que essa autonomia seja exercida de maneira plena e consciente (RESENDE, 2016).

PLANO DE PARTO - O plano de parto é um documento construído pela gestante e sua família, no qual são registradas suas preferências de cuidado durante o trabalho de parto, nos cuidados com o recém-nascido e no pós-parto imediato. O plano de parto é um instrumento potente para garantir a autonomia da gestante, seus direitos fundamentais, bem como de educação em saúde, uma vez que sua produção é um momento para a gestante expor suas dúvidas e medos. Sua construção deverá ocorrer durante o Pré-Natal.

Interrupção de Gravidez nos Casos Previstos em Lei

A Interrupção da gestação é assegurada pela lei nas seguintes situações:

- Quando a gravidez representa risco de vida para a gestante (Código Penal. Decreto-Lei nº 2848/1940. Art. 128).
- Estupro de Vulneráveis - Gestantes menores de 14 anos (Lei No 12.015, de 7 de agosto 2009- Art. 217-A).
- Quando a gravidez é resultado de um estupro (Código Penal. Decreto-Lei nº 2848/1940. Art. 128).
- Quando o feto for anencéfalo (em gestações com mais de 20 semanas o procedimento é considerado como parto antecipado com fins terapêuticos) (Código Penal. Decreto-Lei nº 2848/1940. Art. 128).

Nesses casos, a interrupção da gestação somente poderá ser realizada até 20 semanas de gestação. Não há necessidade de boletim de ocorrência policial, tampouco de laudo pericial para encaminhar para avaliação nas maternidades. Os serviços habilitados para a realização do aborto legal podem ser consultados [AQUI](#).

Direitos das gestantes trabalhadoras

Durante o acompanhamento de pré-natal é fundamental levar em consideração a situação laboral da gestante, tanto para identificar possíveis riscos para a gestação relacionados às condições de trabalho, quanto para orientar a gestante com relação aos direitos trabalhistas que amparam as mulheres que possuem vínculo formal.

São direitos trabalhistas da gestante:

ESTABILIDADE PROVISÓRIA NO EMPREGO - Toda gestante tem direito à estabilidade no emprego, desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto, exceto por justa causa. A gestação, em nenhuma hipótese, pode constituir motivo para rescisão por justa-causa. Mas, se a empresa faz parte do programa “Empresa Cidadã”, a licença maternidade será de 180 dias, sem direito à estabilidade quando do seu retorno.

DIREITO À LICENÇA E SALÁRIO-MATERNIDADE - A gestante (empregadas, trabalhadoras avulsas, empregadas domésticas, contribuintes individuais, facultativas e seguradas especiais, por ocasião do parto, inclusive de natimorto) tem direito à licença-maternidade de 120 dias, sem prejuízo do emprego e do salário, podendo ser solicitada até 28 dias antes do parto. No caso de adoção ou guarda judicial, o tempo da licença maternidade irá variar conforme a idade da criança: 120 dias no caso adoção de criança com até 1 ano; 60 dias para crianças a partir de 1 ano e 4 anos e 30 dias no caso de adoção ou guarda judicial de crianças a partir de 4 até 8 anos de idade.

A gestante deve notificar o seu empregador da data do início do afastamento. Os períodos de repouso, antes e depois do parto, poderão ser aumentados de 2 (duas) semanas cada um, mediante atestado médico.

Em **casos de aborto, comprovado por atestado médico**, a mulher tem direito a um repouso remunerado de duas semanas.

FUNÇÕES EXERCIDAS PELA GESTANTE - Diante de exigências das condições de saúde da gestante e da criança, mediante a apresentação de atestado médico, a gestante poderá se adequar a outras funções no trabalho – sendo garantido o retorno à função anterior após o final da licença maternidade.

Toda gestante deverá ser afastada, sem prejuízo da sua remuneração, de atividades consideradas insalubres em grau máximo, médio ou mínimo, enquanto durar a gestação e a lactação. Para saber mais sobre quais são as atividades e ambientes considerados insalubres, consulte a Norma Regulamentadora 15 no link abaixo: <http://trabalho.gov.br/seguranca-e-saude-no-trabalho/normatizacao/normas-regulamentadoras/norma-regulamentadora-n-15-atividades-e-operacoes-insalubres>.

As **gestantes estudantes têm o direito** - de receber o conteúdo das matérias escolares em casa a partir do oitavo mês de gestação e durante os três meses após o parto, podendo esse período ser prolongado, de acordo com indicação médica. Orientar as gestantes que estão estudando quanto a esse direito é fundamental para evitar a evasão escolar (Lei nº6.202, de 17 de abril de 1975).

DIREITO A DISPENSA PARA REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL - Toda gestante tem direito a dispensa do horário de trabalho, pelo tempo necessário para realização de no mínimo seis consultas e demais exames complementares de pré-natal. Cabe ao serviço de saúde fornecer comprovante do atendimento para que a gestante justifique sua ausência junto ao empregador.

AMAMENTAÇÃO - Após o parto, para amamentar seu filho, inclusive se advindo de adoção, até que este complete 6 (seis) meses de idade, a mulher terá direito, durante a jornada de trabalho, a 2 (dois) descansos especiais de meia hora cada um.

DIREITOS DO PAI - O pai tem direito à licença-paternidade de cinco dias contínuos logo após o nascimento do bebê (Lei 13.257/2016).

Referências Bibliográficas:

BRASIL. Decreto Lei n.º 5.452, de 1.º de maio de 1943. Aprova a consolidação das leis do trabalho. Diário Oficial da União. 1943 [acesso em 2017 Fev. 6]. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/Del5452.htm

____. Lei n. 6.202, de 17 de abril de 1975. Atribui à estudante em estado de gestação o regime de exercícios domiciliares instituído pelo decreto-lei n. 1.044, de 21/10/1969, e dá outras providências. D.O.U., Brasília, 17 abr. 1975.

____. Constituição (1988). Constituição da República Federativa do Brasil. Brasília: Senado, 1988.

____. Ministério do Trabalho e Emprego. Norma Regulamentadora nº. 15 – Atividades e Operações Insalubres.

____. LEI Nº 11.770, DE 9 DE SETEMBRO DE 2008. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a Lei no 8.212, de 24 de julho de 1991.

____. Lei nº 13.257, de 8 de março de 2016. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei no 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei no 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Poder Executivo, Brasília, DF, 9 mar. 2016. p. 1.

Quando há violação dos direitos?

Durante todo o acompanhamento do pré-natal a equipe de saúde deverá estar atenta para identificar se a gestante vivenciou/vivencia qualquer tipo de violência física, sexual ou psicológica por parte de pessoas próximas ou desconhecidas. Caberá ao profissional prestar orientações acerca dos direitos e encaminhamentos que se fizerem necessários.

VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL - é aquela praticada nas instituições prestadoras de serviços públicos como hospitais, postos de saúde, escolas, delegacias, judiciário. É perpetrada por agentes que deveriam proteger as mulheres vítimas de violência garantindo-lhes uma atenção humanizada, preventiva e reparadora de danos. Se manifesta por ação direta (agressões verbais, emocionais ou físicas) ou omissão.

São diretrizes e princípios gerais da política de combate à violência:

- Zelar pela autonomia da mulher sobre os próprios processos fisiológicos, incluindo terapias e procedimentos;
- Buscar o consentimento livre e informado da gestante, parturiente e puérpera para a realização de procedimentos e cuidados propostos pelos profissionais, assegurando a oferta de informações adequadas e suficientes para a tomada de decisão pela mulher;
- Preservar a intimidade, a privacidade e o direito ao sigilo no atendimento e interação com os profissionais de saúde;
- Garantir um ambiente e atenção humanizados que priorizem a visão do parto como um evento fisiológico que deve ser protagonizado pela mulher;
- Observar o estado de vulnerabilidade física e psicológica da mulher no momento do pré-natal, pré-parto, parto e intensificar o rigor pelo cuidado e pela informação por parte dos profissionais e das instituições de saúde.

VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA - a violência obstétrica é uma **violência de gênero**, pode se manifestar como violência institucional, verbal, psicológica, moral e física que ocorrem no pré-natal, trabalho de parto e puerpério. “Os abusos, os maus-tratos, a negligência e o desrespeito durante o parto equivalem a uma violação dos direitos humanos fundamentais das mulheres, como descrevem as normas e princípios de direitos humanos adotados internacionalmente” (OMS, 2014). Em 2014, a OMS publicou documento recomendando medidas para evitar e eliminar o desrespeito e os abusos contra as mulheres durante a assistência institucional ao parto no mundo inteiro, no qual declara:

“Todas as mulheres têm direito ao mais alto padrão de saúde atingível, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez e parto, assim como o direito de estar livre da violência”.

O profissional de saúde que realiza o pré-natal na APS tem um importante papel no vínculo da mulher com o serviço de saúde, e utilizando-se da comunicação entre profissional de saúde e paciente pode fornecer informação e conhecimento essenciais para que essas práticas danosas possam ser evitadas.

Referências Bibliográficas:

- OMS. Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. 2016 WHO/RHR/16.12
- OMS. WHO Recommendations on community mobilization through facilitated participatory learning and action cycles with women's groups during pregnancy 2018.
- BARROS PH. Da titularidade dos direitos fundamentais e saúde - sua aplicação. Revista Âmbito Jurídico. 2015
- OMS. Prevenção e eliminação de abusos, desrespeito e maus-tratos durante o parto em instituições de saúde 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde Gravidez, parto e nascimento com saúde, qualidade de vida e bem-estar / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Área Técnica de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. Área Técnica de Saúde da Mulher. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 19 p.: il.
- RESENDE, FF. 2016. Objeção do médico e autonomia do paciente CFM Portal médico
- GOFFMAN, E. Stigma: notes on the management of spoiled identity. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1963.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Carta dos direitos dos usuários da saúde / Ministério da Saúde. – 3. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 28 p. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_direitos_usuarios_saude_3ed.pdf

AVALIAÇÃO E CUIDADOS PRÉ-CONCEPÇÃO

A avaliação e os cuidados pré-concepcionais devem ser ofertados a todas as mulheres/casais que busquem a unidade de saúde referindo o desejo de gravidez. Nesses casos, devem ser avaliados os fatores de risco que podem influenciar a futura gestação bem como oferecidas as orientações acerca dos cuidados necessários. Fazem parte dos cuidados para a pré-concepção:

- Oferecer consulta para mulher e seu/sua parceiro(a);
- Oferecer orientação nutricional e estímulo de hábitos saudáveis - como prática de atividade física e cessação do tabagismo;
- Identificar condições clínicas preexistentes, como diabetes, hipertensão, cardiopatias, HIV, anemia falciforme, epilepsia, hipertireoidismo, entre outras, buscando o controle e acompanhamento adequado;
- Avaliar e orientar quanto a uso de medicamentos;
- Orientar sobre identificação do período fértil;
- Suplementação com ácido fólico: Doses: 0,4 mg/dia. Na Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME), está disponível a apresentação de ácido fólico 5mg, podendo ser utilizada essa posologia. Idealmente, iniciar, no mínimo, 30 dias antes da concepção e manter até o primeiro trimestre.
- Avaliar necessidade de atualização da caderneta vacinal;
- Oferecer testagem rápida para sífilis, HIV, hepatite B e C para mulher e sua parceria;
- Oferecer IgG e IgM para Toxoplasmose e Rubéola;
- Detectar a mulher com risco de desenvolver isoimunização materno-fetal: solicitação de tipagem sanguínea e fator Rh, se Rh negativo, solicitar Coombs Indireto;
- Suspender métodos anticoncepcionais.

Referências Bibliográficas:

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.

DIAGNÓSTICO DA GESTAÇÃO

As unidades de APS devem oferecer o Teste Rápido de Gravidez (TRG). A oferta do TRG oportuniza o diálogo sobre a saúde sexual e a saúde reprodutiva, com identificação de fatores de risco à saúde e intervenções em tempo oportuno.

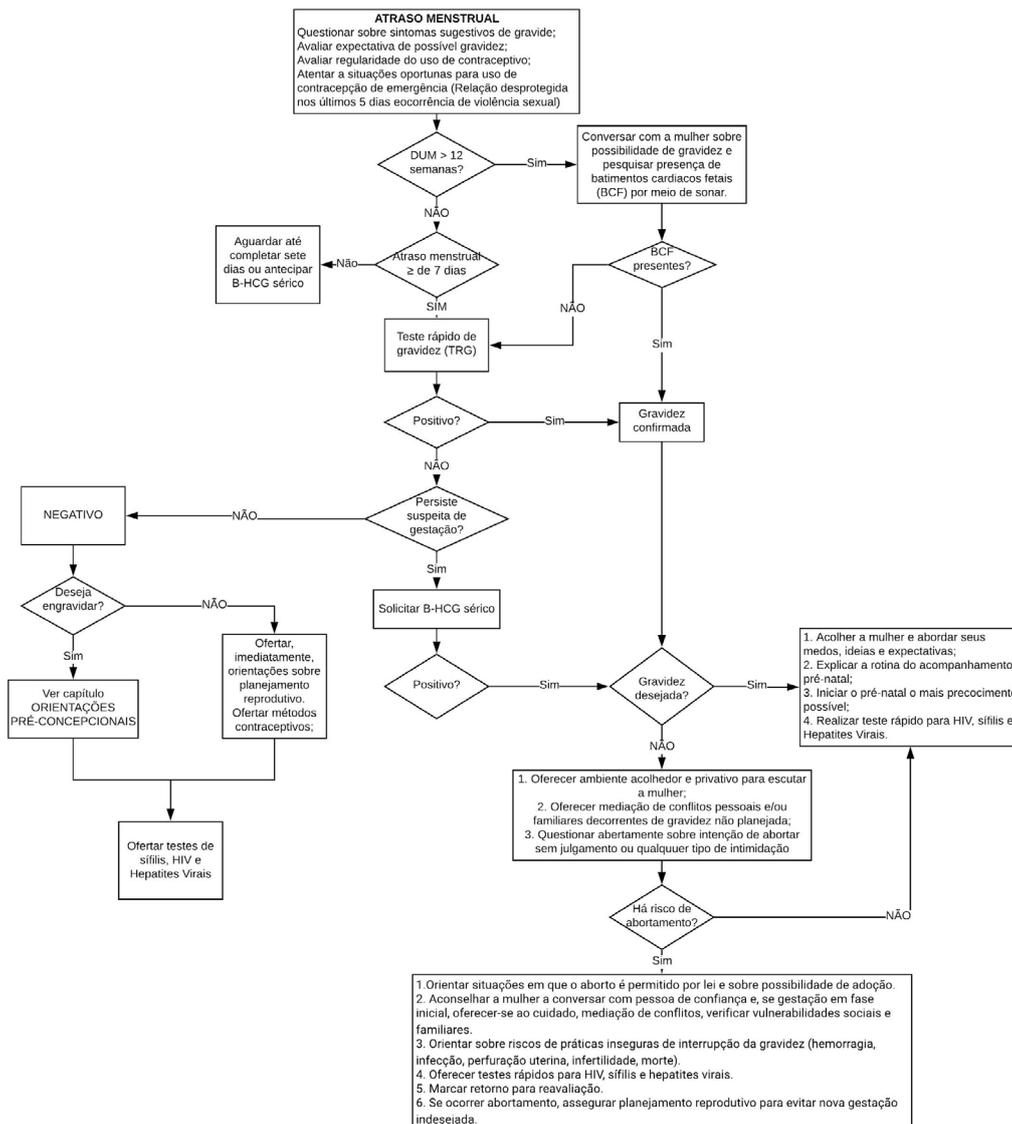
Toda **mulher que refira atraso menstrual maior do que 07 dias** deverá realizar o Teste Imunológico de Gravidez (TIG). O TIG é o teste de escolha pela sua confiabilidade e rapidez diagnóstica. Independentemente do resultado, **a entrega do resultado do teste deve ser associada à realização de orientação sobre o resultado e com a oferta dos testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites virais.**

Orientações para REALIZAÇÃO DO TIG:

- Realizar **sempre aconselhamento pré-teste**, abordando expectativas sobre o exame e gravidez. Conversar sobre o motivo da realização do teste.

- **Mediante resultado negativo**, fazer aconselhamento pós teste, abordando questões como comportamento sexual seguro e saúde reprodutiva. Ofertar testes rápidos para ISTs. Investigar outras causas que justifiquem amenorréia. Se a mulher referir **o desejo de engravidar, oferecer cuidados pré-concepcionais**.
- Se a mulher referir que **não deseja engravidar**, orientar sobre planejamento reprodutivo e ofertar **métodos anticoncepcionais**.
- **Mediante resultado positivo**, proporcionar espaço de escuta e acolhimento para a mulher manifestar seus sentimentos em relação a gravidez, visto que muitas gravidezes são inesperadas ou indesejadas. Recomenda-se uma escuta sensível, evitando julgamentos e críticas. Após concordância da gestante, o início do acompanhamento pré-natal deve ser imediato. Os procedimentos e as condutas que se seguem devem ser realizados sistematicamente, e avaliados em toda consulta de pré-natal.

Fluxograma 1 - Amenorreia e atraso menstrual



Fonte: Adaptado de Brasil (2016).

A partir desse momento, a gestante deverá receber as orientações necessárias referentes ao acompanhamento de pré-natal: consultas conforme calendário, visitas domiciliares e grupos educativos. As condutas e os achados diagnósticos sempre devem ser anotados no prontuário e no Cartão da Gestante.

Nesse primeiro contato, o profissional deve:

- Avaliar o risco de **abortamento inseguro**. Se identificado risco de abortamento inseguro, oferecer ambiente acolhedor e com privacidade, oferecer escuta sobre medos e conflitos e orientar sobre risco de práticas inseguras;
- Realizar os testes rápidos para HIV, Sífilis e Hepatites B e C
- **Fornecer** o Cartão da Gestante, com a identificação preenchida, o número do Cartão Nacional da Saúde, endereço, o hospital ou maternidade de referência para o parto e possíveis intercorrências;
- Avaliar calendário de vacinas (Ver Imunização das Gestantes);
- Avaliar o risco gestacional por anamnese e exame físico em relação à idade gestacional estimada;
- Orientações sobre as atividades educativas (reuniões de planejamento reprodutivo, grupos de gestantes e visitas domiciliares);
- Convocar parceria para consulta.

Observação: No cartão também deverá estar registrado o Hospital ou Maternidade de referência.

Referências Bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il. – (Cadernos de Atenção Básica, nº 32)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Teste rápido de gravidez na Atenção Básica: guia técnico / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013. 16 p. – (Série - Direitos sexuais e direitos reprodutivos; caderno nº 8).

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.



**ROTINA DE
ATENÇÃO AO
PRÉ-NATAL**



ROTINA DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL

A atenção pré-natal deve ser iniciada, preferencialmente, no momento da descoberta da gestação. No primeiro atendimento, o médico e enfermeiro, devem acolher, verificar a aceitação da gestação e esclarecer as queixas, dúvidas e ansiedades das gestantes, buscando construir vínculo. O calendário de consultas deve contar com a realização de, no mínimo, seis consultas, distribuídas ao longo da gravidez, a primeira delas deve ser iniciada o mais precocemente possível, idealmente no momento da procura pela mulher, e até a 12ª semana. O quadro abaixo contém uma sugestão para a programação de consultas da gestante de risco habitual, devendo ser adequado conforme as especificidades de cada mulher:

Quadro 1 - Número de consultas por período gestacional

Idade Gestacional	Periodicidade
Até a 28ª semana	Mensais
Da 28ª até a 36ª semana	Quinzenais
36ª até a 41ª semana	Semanais
Havendo sinal de trabalho de parto e/ou 41 semanas, encaminhar à maternidade - Lembrar que não existe alta do pré-natal.	

- A gestante deverá ser atendida sempre que houver uma intercorrência, independente do calendário estabelecido;
- Gestantes cujo trabalho de parto não se inicie até 41ª semana, devem ser encaminhadas à maternidade/hospital de referência para avaliação da necessidade de indução do parto;
- Não existe alta do Pré-natal, esse se encerra apenas com a realização da consulta puerperal;
- Recomenda-se busca ativa para gestantes faltosas e para as puérperas na 1ª semana pós-parto, caso não retornem ao serviço;
- O controle do comparecimento das gestantes às consultas é de responsabilidade dos serviços. Nesse sentido, devem ser implantadas estratégias de vigilância que permitam a busca ativa de gestantes faltosas.

É fundamental que todas as ações relacionadas ao acompanhamento das gestantes (consultas de pré-natal, visitas domiciliares, entre outras...) sejam **registradas no sistema e-SUS APS**. O monitoramento adequado, a avaliação dos serviços, bem como o repasse financeiro para o seu município dependem do fornecimento dessas informações. Para maiores informações sobre o registro das informações das gestantes no e-SUS veja o **ANEXO 01**.

ENTREVISTA E IDENTIFICAÇÃO DE RISCOS:

Conhecer a gestante e seu contexto de vida é fundamental para uma rotina eficaz de cuidado, predição de risco da gestação atual e manejos de situações clínicas que possam surgir na gravidez. A identificação de problemas é oriunda de uma anamnese adequada, centrada na pessoa, que preserve o tempo de fala da mulher, pelo exame físico completo e por vezes pelo auxílio de propedêutica complementar. O quadro a seguir apresenta os componentes da história clínica que precisam ser abordados durante o pré-natal, especialmente na primeira consulta. 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.

Quadro 2 - Roteiro para anamnese

ASPECTO	O QUE AVALIAR
Centralidade na Mulher	<ul style="list-style-type: none"> • Ideias, sentimentos, expectativas e preocupações sobre a gravidez e maternidade • Gravidez planejada ou desejada • Mudanças esperada na vida • Sentimentos sobre experiências de gravidez e maternidade • Expectativas em relação ao pré-natal • História do próprio nascimento • Expectativas em relação ao parto
Ciclo de vida e Ciclo Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Significado para o companheiro ou companheira e outros membros da família nuclear • Planejamento ou expectativas quanto ao apoio durante a gravidez e compartilhamento das responsabilidades com o novo filho • Alterações esperadas no Ciclo familiar
Idade Gestacional	<ul style="list-style-type: none"> • Data da Última Menstruação (A datação pela DUM pode ser considerada confiável se o primeiro dia da última menstruação for conhecido e os ciclos forem regulares) • Definir Idade Gestacional (IG) utilizando um gestograma ou por meio do seguinte cálculo - somar todos os dias decorridos desde a DUM até a data do atendimento, dividir o total por 7 • Caso a DUM seja desconhecida, a mulher tenha ciclos irregulares, ou haja incompatibilidade entre a IG estimada pela DUM e os achados do exame físico, deve-se solicitar USG para definição da idade gestacional • Definição da Data Provável do Parto (Ver AQUI)

ASPECTO	O QUE AVALIAR
Presença de sinais, sintomas e queixas	<ul style="list-style-type: none"> • Náuseas e vômitos • Prisão de ventre e/ou flatulência • Queixas urinárias • Salivação excessiva • Pirose • Corrimento vaginal • Tontura • Dor mamária • Dor lombar • Alterações no padrão de sono • Dor pélvica (Ver MANEJO DOS SINTOMAS MAIS COMUNS NA GESTAÇÃO)
Antecedentes clínicos	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes, hipertensão, cardiopatias • Trombose venosa • Alergias, transfusão de sangue, cirurgias, medicamentos de uso eventual ou contínuo • Hemopatias • Doenças autoimunes, doenças respiratórias, doenças hepáticas, tireoidopatias, doença renal e infecção urinária • ISTs, tuberculose, hanseníase, malária, rubéola e outras doenças infecciosas • Transtornos mentais, epilepsia, neoplasias e cirurgia bariátrica
Antecedentes ginecológicos	<ul style="list-style-type: none"> • Ciclos menstruais • História de infertilidade • Resultado do último exame preventivo de câncer de colo uterino (mulheres > 25 anos) • Malformações uterinas, cirurgias ginecológicas, mamária, implantes e antecedente de doença inflamatória pélvica

ASPECTO	O QUE AVALIAR
Antecedentes obstétricos	<ul style="list-style-type: none"> • 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 • Intercorrências no puerpério • Experiência em partos anteriores e história de amamentação
Saúde sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Intercorrências como dor, desconforto nas relações sexuais • Desejo e prazer sexual • Práticas sexuais • Medidas de proteção para IST
Estado vacinal	<ul style="list-style-type: none"> • Estado vacinal: dT/dTpa, hepatite B e influenza
Hábitos nutricionais	<ul style="list-style-type: none"> • Peso e altura antes da gestação ou na primeira consulta • Hábitos alimentares
Tabagismo e exposição à fumaça	<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, discutir o uso do tabaco e os riscos para a gestação. Fornecer informações sobre formas de cessar o uso; incentivar participação de grupos de apoio para cessar o tabagismo
Uso de álcool e outras drogas	<ul style="list-style-type: none"> • Padrão prévio e/ou atual de consumo de álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas)
Realização de atividade física	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de atividade física • Grau de esforço • Periodicidade • Deslocamento para trabalho ou curso • Lazer
História Familiar	<ul style="list-style-type: none"> • Doenças hereditárias • Gemelaridade • Diabetes • Hanseníase • Doença neurológica • Grau de parentesco com o pai do bebê • Pré-eclâmpsia • Hipertensão • Tuberculose • Câncer de mama ou ovário • Deficiência e malformações • Parceiro com ISTs

ASPECTO	O QUE AVALIAR
<p>Rede de apoio familiar e social; Situações de vulnerabilidade e violência.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Presença de companheiro ou companheira • Rede social utilizada • Relacionamento familiar e conjugal para identificar relações conflituosas • História de violência <p>Ver <u>PRÉ-NATAL DO PARCEIRO</u></p>
<p>Condições de vida e trabalho</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de moradia · Saneamento • Grau de esforço físico • Renda • Estresse e jornada de trabalho, vínculo empregatício • Exposição a agentes nocivos • Beneficiário de programa social (Benefício de Prestação Continuada (BPC) ou Bolsa Família).
<p>Saúde Bucal</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes ou história atual de sangramento gengival, mobilidade dentária, dor, lesões na boca, infecções, pulpites, 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. <p style="text-align: center;">TODAS AS GESTANTES DEVEM SER ENCAMINHADAS PARA AVALIAÇÃO ODONTOLÓGICA.</p>

Nas consultas seguintes, devem ser abordados aspectos do bem-estar materno e fetal, com atenção para as alterações de risco e das informações coletadas inicialmente. Devem ser escutadas dúvidas e preocupações da mulher, ser observada a evolução dos seus sentimentos, das suas rotinas de vida, alterações alimentares e fisiológicas, surgimento de atividade uterina, movimentação fetal, além de ser estimulada a fala livre e apresentações de eventuais dúvidas e queixas clínicas diretamente relacionada ou não à gravidez.

Faz-se necessário o destaque para a atenção aos aspectos emocionais da gravidez, assim como no parto e puerpério, considerados períodos de grandes transformações psíquicas na mulher. Para saber mais sobre esse tema ver capítulo **“ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO”**

EXAME FÍSICO NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

Quadro 3 - Exame físico e obstétrico

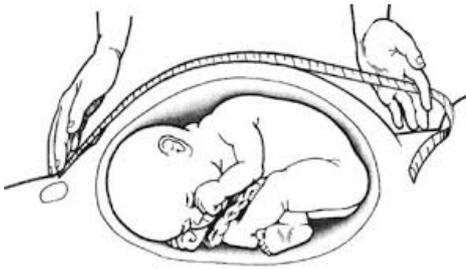
EXAME FÍSICO	
Ganho de peso (Todas as consultas)	Medir sempre o peso da gestante, calculando o índice de massa corporal (IMC – anotar no gráfico de IMC x Idade gestacional, avaliar o estado nutricional, segundo curva específica). Quando o ganho for maior que o esperado, deve-se orientar minuciosamente a gestante quanto aos hábitos alimentares e de vida. O profissional deverá estar atento a este sinal de alerta, que pode evidenciar a possibilidade de pré-eclâmpsia ou diabetes. (Ver <u>ABORDAGEM NUTRICIONAL DA GESTANTE</u>)
Pele e mucosas	<ul style="list-style-type: none"> • Cor • Lesões • Hidratação • Turgor • Cloasma • Tumorações • Manchas.
Pressão arterial (Todas as consultas)	<ul style="list-style-type: none"> • Diante da observação de níveis tensionais iguais ou maiores que 140 mmHg de pressão sistólica, e iguais ou maiores que 90 mmHg de pressão diastólica, aferir novamente, com intervalo de, pelo menos, 4 horas entre as medidas. Ver <u>AGRAVOS CONDIÇÕES DE SAÚDE - HAS</u>. • Elevação ≥ 30 mmHg da PA sistólica e/ou ≥ 15 mmHg de diastólica em relação à PA anterior à gestação ou até a 16ª semana, controlar com maior frequência para identificar HA. Se assintomática e PA $< 140/90$ mmHg, reavaliar frequentemente e orientar medidas alimentares. OU • A presença de pressão arterial sistólica ≥ 160 e/ou diastólica ≥ 110 mmHg em uma única oportunidade ou aferição configura-se como <u>VER CRISE HIPERTENSIVA</u>.
Edema (Todas as consultas)	Avaliar edemas em MMII, abdômen e face em todas as consultas. O edema de MMII é comum na gestação, porém sua instalação súbita, progressão rápida ou acometimento de outros segmentos corporais devem ser encarados como sinal de alerta e correlacionar com patologias possíveis .

Faz parte do exame físico obstétrico o exame do abdome, que inclui sua inspeção, palpação, mensuração da altura uterina e ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF). O fundo uterino torna-se palpável entre a 12^o e a 16^o semana e o BCF audível com sonar a partir de 10-12 semanas. A altura uterina deve ser avaliada e registrada em gráfico, conforme orientação abaixo, em todas as consultas. Depois que o BCF torna-se audível, caso não seja encontrado em alguma consulta a gestante deve ser encaminhada para avaliação na urgência obstétrica de referência.

Quadro 4 - Exame obstétrico

EXAME OBSTÉTRICO	
Altura uterina (Todas as consultas a partir da 12 ^o)	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o crescimento fetal; • Diagnosticar os desvios da normalidade a partir da relação entre a altura uterina e a idade gestacional. • Ver <u>MEDIDA ALTURA UTERINA</u>
Palpação obstétrica (36 ^o semana)	<ul style="list-style-type: none"> • Por meio da Manobra de Leopold identificar a situação e a apresentação fetal; Em torno da 36^a semana, recomenda-se a determinação da apresentação fetal (cefálica e pélvica) e da situação fetal (longitudinal, transversa e oblíqua).
BCF (Todas as consultas, a partir da 10 ^a a 12 ^a semana de gestação)	<ul style="list-style-type: none"> • Contar os batimentos obtidos durante um minuto, considerando normocardia o intervalo entre 110-160 bpm; • 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 se trata de ausculta de atividade do coração materno.

Medida de Altura Uterina

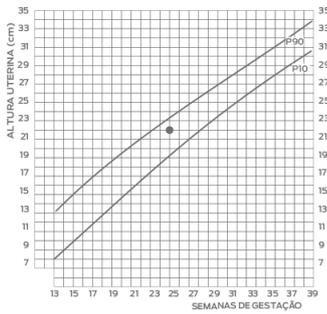
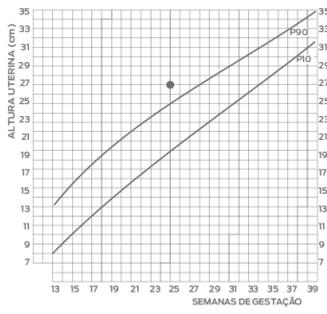
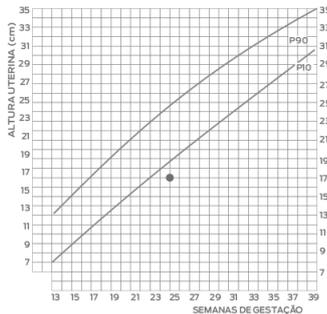


O objetivo da medida de altura uterina é o acompanhamento do crescimento fetal e a detecção precoce de alterações. A medida é feita em centímetros com uma fita métrica flexível e não extensível, do púbis ao fundo do útero, determinado por palpação, com a grávida em decúbito dorsal.

Interpretação do traçado obtido e condutas:

Gráfico	Traçado	Interpretação	Conduta
	Evoluindo entre as curvas superiores.	Crescimento normal.	Siga o calendário de atendimento de rotina.
	Evoluindo acima da curva superior (a) ou abaixo da curva inferior (b) com a mesma inclinação destas.	É possível que a IG seja maior (a) ou menor (b) do que a estimada.	Encaminhe a gestante à consulta médica para: <ul style="list-style-type: none"> • Confirmar tipo de curva; • Confirmar a IG, se possível com USG; • Referir a paciente ao PN de alto risco, na suspeita de desvio do crescimento.
	Evoluindo acima da curva superior e com inclinação maior do que esta.	É possível tratar-se de gestação múltipla, polidrâmnio, macrosomia ou outra situação.	É necessário referir a paciente ao pré-natal de alto risco. Se possível, solicite USG.
	Evoluindo com inclinação persistentemente menor do que a curva inferior.	Se o traçado cruzar a curva inferior ou estiver afastando-se dela, há provável restrição do crescimento.	É necessário referir a paciente ao pré-natal de alto risco.

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

Gráfico	Ponto	Conduta
 <p>Gráfico de altura uterina (cm) versus semanas de gestação. O eixo Y varia de 7 a 35 cm, e o eixo X varia de 13 a 39 semanas. Duas curvas representam o percentil 90 (P90) e o percentil 10 (P10). Um ponto está plotado entre essas duas curvas, aproximadamente na semana 25 e altura de 22 cm.</p>	Entre as curvas inferiores e superiores	<ul style="list-style-type: none"> • Seguir calendário de atendimento de rotina
 <p>Gráfico de altura uterina (cm) versus semanas de gestação. O eixo Y varia de 7 a 35 cm, e o eixo X varia de 13 a 39 semanas. Duas curvas representam o percentil 90 (P90) e o percentil 10 (P10). Um ponto está plotado acima da curva superior (P90), aproximadamente na semana 25 e altura de 28 cm.</p>	Acima da curva superior.	<ul style="list-style-type: none"> • Atente para a possibilidade de erro de cálculo da idade gestacional (IG). A gestante deve ser vista pelo médico da unidade e deve ser avaliada a possibilidade de polidrâmnio, macrossomia, gestação gemelar, mola hidatiforme. • Solicite ultrassonografia, se possível. • Caso permaneça dúvida, marque retorno em 15 dias para reavaliação ou, se possível, faça o encaminhamento da paciente para o serviço de alto risco.
 <p>Gráfico de altura uterina (cm) versus semanas de gestação. O eixo Y varia de 7 a 35 cm, e o eixo X varia de 13 a 39 semanas. Duas curvas representam o percentil 90 (P90) e o percentil 10 (P10). Um ponto está plotado abaixo da curva inferior (P10), aproximadamente na semana 25 e altura de 17 cm.</p>	Abaixo da curva inferior.	<ul style="list-style-type: none"> • Atente para a possibilidade de erro de cálculo da IG. A gestante deve ser vista pelo médico da unidade para se avaliar a possibilidade de feto morto, oligidrâmnio, ou restrição de crescimento intrauterino. • Solicite ultrassonografia, se possível. • Caso permaneça dúvida, marque retorno em 15 dias para reavaliação ou, se possível, faça o encaminhamento da paciente para o serviço de alto risco.

Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – 1. ed. rev. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2013. 318 p.: il.

Cálculo da data provável do parto (DPP)

Calcula-se a data provável do parto levando-se em consideração a duração média da gestação normal, a partir da data da última menstruação (DUM), mediante a utilização de calendário. A DPP pode ser calculada com utilização do gestograma ou por meio do cálculo (aplicação da **Regra de Nägele**).

A forma de cálculo consiste na soma de 7 dias ao primeiro dia da DUM e subtração de 3 meses ao mês da DUM (se DUM entre abril e dezembro) ou somar 9 meses (se DUM entre janeiro e março). 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.

Quadro 5 - Exemplo da aplicação da regra de Nägele

DUM entre abril e dezembro	DUM entre janeiro e março
+ 7 dias e -3 meses+1 ano	+ 7 dias e + 3 meses
01/12/2019 <u>+07/-03/+01</u>	27/02/2019 <u>+07/+9</u>
08/09/2020	34/11/2019 04/12/2019

Caso a gestante não saiba a DUM ou tenha ciclos irregulares: solicitar ultrassonografia.

Orientar as gestantes que o conceito de “Data prevista do parto” refere-se a uma convenção, e corresponde à data em que se completam 40 semanas de gestação. No entanto, a duração habitual de uma gestação refere-se ao intervalo entre 37 e 41 semanas, sendo recomendado informar a gestante e registrar em cartão de pré-natal o período esperado para o parto, ressaltando que se não houver parto espontâneo até a DPP isso não configura uma anormalidade.

EXAMES LABORATORIAIS

Quadro 6 - Exames de rotina do pré-natal de risco habitual

EXAME	QUANDO SOLICITAR	PARÂMETROS	CONDUTA
Teste Rápido Sífilis ou VDRL	1ª consulta 3º trimestre (28ª semana)	<ul style="list-style-type: none"> • Teste rápido não reagente ou VDRL negativo: normal. • Teste rápido reagente e VDRL positivo: verificar titulação para confirmar sífilis. • IMPORTANTE: o teste rápido não deve ser realizado em mulheres com antecedentes de Sífilis, pois sua positividade pode persistir mesmo em mulheres adequadamente tratadas. Para estas mulheres, testar somente com VDRL 	<ul style="list-style-type: none"> • Se negativo, realizar aconselhamento pós-teste. • Se positivo, Ver <u>SÍFILIS</u>
Teste rápido para HIV ou sorologia (anti-HIV I e II)	1ª consulta 3º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> • Não reagente: normal. Reagente (em dois TR com metodologias distintas) e/ou sorologia positiva: HIV positivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se negativo, realizar aconselhamento pós-teste. • Se positivo, Ver <u>HIV</u>,

EXAME	QUANDO SOLICITAR	PARÂMETROS	CONDUTA
Teste Rápido ou Sorologia para HEPATITE B (HbsAg)	1ª consulta 3º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> Positivo ou Negativo 	<ul style="list-style-type: none"> Positivo: encaminhar a gestante para o seguimento ao pré-natal no serviço de referência para atenção especializada em hepatites. Negativo: ver situação vacinal da gestante. Caso ela não tenha sido vacinada anteriormente, vacinar. (ver imunização pg. x)
Teste Rápido ou Sorologia para HEPATITE C (anti-HCV)	1ª consulta	<ul style="list-style-type: none"> Positivo ou negativo 	<ul style="list-style-type: none"> Ver <u>HEPATITE C</u>
Toxoplasmose IgG e IgM	1ª consulta 3º semestre	<ul style="list-style-type: none"> Reagente ou Não Reagente 	<ul style="list-style-type: none"> Ver <u>TOXOPLASMOSE</u>
Tipo sanguíneo e Fator Rh	1ª consulta	<ul style="list-style-type: none"> A(+), B(+), AB(+), O(+) A(-), B(-), AB(-), O(-) 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar Coombs indireto em todas as gestantes Rh negativo.
Coombs Indireto	Mediante gestante Rh negativo realizar Coombs indireto.	<ul style="list-style-type: none"> Positivo ou negativo 	<ul style="list-style-type: none"> Coombs indireto positivo referenciar ao pré-natal de alto risco Se Coombs indireto negativo, após a 24ª semana gestacional, repetir o exame a cada 4 semanas. Encaminhar a qualquer momento se o exame se tornar positivo Ver <u>DOENÇA HEMOLÍTICA PERINATAL</u>
Hemoglobina e hematócrito	1ª consulta 3º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> > 11g/dl – normal (10,5g/dl a partir da 28ª semana). Entre 8 e 11 g/dl – anemia leve a moderada. < 8 g/dl – anemia grave. 	<ul style="list-style-type: none"> Se Anemia Ver <u>ANEMIA</u>
Eletroforese de hemoglobina ¹	1ª consulta	<ul style="list-style-type: none"> HbAA: sem doença falciforme; HbAS: heterozigose para hemoglobina S ou traço falciforme, sem doença falciforme. HbAC: heterozigose para hemoglobina C, sem doença falciforme. HbA com variante qualquer: sem doença falciforme; HbSS ou HbSC: doença falciforme. 	<ul style="list-style-type: none"> As gestantes com traço falciforme devem receber informações e orientações genéticas pela equipe de Atenção Básica. As gestantes diagnosticadas com doença falciforme devem ser encaminhadas ao serviço de referência (pré-natal de alto risco ou hematologista) Ver <u>ANEMIA FALCIFORME</u>

¹ Segundo Nota Técnica nº 035/2011/CGSH/DAE/SAS/MS da Rede Cegonha, devido ao alto grau de miscigenação da população brasileira, todas as gestantes devem ser rastreadas para doença falciforme. Segundo a portaria nº650, de 5 de outubro de 2011 o exame também deve ser ofertado a todas as gestantes.

EXAME	QUANDO SOLICITAR	PARÂMETROS	CONDUTA
Glicemia em jejum	1ª consulta	• ≥ 126 mg/dl: Diabetes Mellitus	• Encaminhar para pré-natal de alto risco
		• 92 a 125 mg/dl: Diabetes Mellitus Gestacional	• Encaminhar para pré-natal de alto risco
		• < 92 mg/dl: Normal	• Realizar o TOTG com 75g de glicose de 24 a 28 semanas. (Ver FLUXOGRAMA DMG)
Teste de tolerância à glicose (TOTG)	24ª-28ª semanas (Nas gestantes sem diagnóstico prévio de DM)	• Jejum: 92 a 125 mg/dL 1ª hora ≥ 180 mg/dL 2ª hora: 153 a 199 mg/dL	• Encaminhar para Pré-natal de Alto Risco
Urina tipo I (EAS)	1ª consulta 3º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> • Leucocitúria: > 10.000 células por ml ou cinco células por campo. • Hematúria: > 10.000 células por ml ou de três a cinco hemácias por campo. • Proteinúria: alterado > 10 mg/dl. • Nitritos: presente ou ausente 	<ul style="list-style-type: none"> • Quando presença de proteinúria: • Na presença de traços de proteinúria: • Repetir em 15 dias; • A partir de 1+: solicitar proteinúria 24 horas. • Proteinúria maciça: encaminhar para pré-natal de alto risco. • Se alteração de PA ou sinais premonitórios, encaminhar para urgência obstétrica para avaliação. • Ver ITU
Urocultura + Antibiograma	1ª consulta 3º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> • Negativa: < 100.000 unidades formadoras de colônias por mL (UFC/mL). • Urocultura positiva: > 100.000 UFC/mL. 	• Ver ITU
Teste rápido de proteinúria	Mulheres com hipertensão na gravidez	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência: < 10 mg/dl (valor normal). • Traços: entre 10 e 30 mg/dl. • (+) 30 mg/dl. • (++) 40 a 100 mg/dl. • (+++) 150 a 350 mg/dl. • (++++) > 500 mg/dl. 	<ul style="list-style-type: none"> • Na presença de traços de proteinúria: repetir em 15 dias; • A partir de 1+: solicitar proteinúria 24 horas. • Proteinúria maciça: encaminhar para pré-natal de alto risco. • Se alteração de PA ou sinais premonitórios, encaminhar para urgência obstétrica para avaliação. • Ver HAS
Parasitológico de fezes	Em casos de anemia ou outras manifestações	<ul style="list-style-type: none"> • Negativo • Positivo 	<ul style="list-style-type: none"> • Nenhuma droga antiparasitária é considerada totalmente segura na gestação. • Mulheres com parasitoses intestinais só devem ser tratadas na gravidez quando o quadro clínico é exuberante ou as infecções são maciças, não sendo recomendado o tratamento durante o primeiro trimestre da gestação.

ULTRASSONOGRAFIA

Atualmente, não existe consenso na literatura sobre os benefícios da realização de ultrassonografia como exame de rotina em mulheres com gestações de risco habitual. No entanto, a portaria do Ministério da saúde que instituiu a Rede Cegonha (BRASIL, 2011) preconiza que todas as gestantes realizem, ao menos, 1 ultrassonografia obstétrica. Dessa forma, os profissionais da Atenção Básica devem avaliar, conjuntamente com a gestante, o momento mais apropriado de realizar o exame, considerando os recursos disponíveis em cada município.

Abaixo as possíveis indicações para a realização de exame ultrassonográfico em cada período da gestação:

- **1º trimestre:** Solicitação na **primeira consulta** com a função de **verificar a idade gestacional** quando não for possível determinar clinicamente a idade gestacional (gestante desconhece a DUM ou refere ciclo irregular), solicitar o mais precocemente possível a ultrassonografia obstétrica. Idealmente, o exame deve ser realizado entre **10 e 13 semanas**. Quanto maior o tempo de gestação, maior a margem de erro no cálculo da IG pelo USG em comparação com a DUM confiável.
- **Benefícios:** Estudos não indicam impacto na redução da mortalidade perinatal, porém a maior acurácia do cálculo da IG, reduzem a indução do trabalho de parto e cesárias e aumentam a identificação de gestações múltiplas (Whitworth, Bricker, Mullan, 2015).
- **2º Trimestre: Se for realizado US para detecção do sexo fetal, este deve ser solicitado a partir da 18ª semana**
- O momento mais adequado para fazer o rastreamento de malformações é entre 18 e 22 semanas, através do **USG Morfológico**
- **3º trimestre:** A literatura não aponta para benefícios da ultrassonografia de rotina em gestações de baixo risco após a 24ª semana de gravidez (Bricker, Medley, Pratt, 2015).

Algumas alterações identificadas ao longo da gestação que sugerem a realização de USG com fins diagnósticos:

- Alterações no ponto ou traçado da curva de crescimento da altura uterina (Acima da curva superior ou abaixo da curva superior): Suspeita de ploidramnia ou oligodramnia, crescimento intrauterino restrito (CIUR). Suspeita clínica de gestação múltipla;

Recomendações da coleta do exame citopatológico do colo do útero na gestante

- O rastreamento deve ser realizado a partir de 25 anos em todas as mulheres que tem ou já tiveram atividade sexual, a cada três anos, se os dois primeiros exames anuais forem normais.
- Se a mulher estiver com o rastreio atualizado, **não é necessário colher novo exame somente por estar grávida**.
- A coleta de espécime endocervical não parece aumentar o risco sobre a gestação quando utilizada uma técnica adequada.
- O rastreamento em gestantes deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres, devendo sempre ser considerada uma oportunidade a procura ao serviço de saúde para realização de pré-natal.
- Sugere-se evitar coleta endocervical apenas em mulheres com sangramento e/ou com ameaça de parto prematuro.

AVALIAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

Em todas as consultas deverão ser observados os fatores que podem significar riscos para o desenvolvimento da gestação e para a saúde da gestante e do RN. Os fatores de risco são condições ou aspectos biológicos, psicológicos ou sociais associados ao aumento da

probabilidade de adoecimento e mortalidade materna, fetal ou neonatal. Sua identificação permite que sejam tomadas as medidas adequadas em tempo oportuno.

A identificação de um único critério é suficiente para definir o estrato de risco da gestante. A presença de algumas dessas condições e agravos indica que a gestante deve ser acompanhada por um serviço de atenção especializada para **gestação de alto risco (GAR)**. Os fatores de risco habitual ou intermediário devem ser acompanhados pelos serviços de atenção primária, cuja identificação serve como orientador dos cuidados ofertados nesse serviço. O quadro a seguir apresenta as condições e agravos que devem ser observados durante o pré-natal.

Quadro 7 - Avaliação do Risco Gestacional

CONDIÇÕES E AGRAVOS		CONDUTA
Características individuais e condições sociodemográficas	<ul style="list-style-type: none"> • 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, • Situação conjugal insegura; • Baixa escolaridade (menor que cinco anos de estudo regular); Condições ambientais desfavoráveis; • Altura menor que 1,45m; • Peso menor que 45kg e maior que 75kg; • Dependência de drogas lícitas ou ilícitas. • Adolescentes com fatores de risco psicossocial. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar pré-natal na Atenção Primária.
História reprodutiva anterior	<ul style="list-style-type: none"> • Histórico de recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado; • Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos; • Nuliparidade e multiparidade; • Síndromes hemorrágicas; • Cirurgia uterina anterior; • Macrossomia fetal; • Pré-eclâmpsia/eclâmpsia; 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar pré-natal na Atenção Primária.
	<ul style="list-style-type: none"> • História de 3 ou mais abortos espontâneos; • Morte perinatal inexplicada, Morte perinatal com causa identificada, com possíveis riscos para a gestação. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar para referência de pré-natal de Alto Risco

CONDIÇÕES E AGRAVOS		CONDUTA
Intercorrências clínicas crônicas	<ul style="list-style-type: none"> • Cardiopatias; • Pneumopatias graves; • Nefropatias; • Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus); • Hematopatias (exceto anemia leve/moderada - Hb > 8g/dl); Trombose venosa profunda; • Hipertensão arterial moderada ou grave e/ou em uso de anti-hipertensivo; • Epilepsia; • Portadoras de doenças infecciosas (hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV); • Pós-cirurgia bariátrica • Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses); • Ginecopatias (malformação uterina, tumores anexiais e outras). 	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar para referência de pré-natal de Alto Risco
Doença obstétrica na gravidez atual	<ul style="list-style-type: none"> • Infecção urinária • Ganho ponderal inadequado; • Anemia leve a moderada • Sífilis e outras ISTs (exceto HIV) 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar pré-natal na Atenção Primária.
	<ul style="list-style-type: none"> • Alteração no crescimento uterino; gestação gemelar, polidrâmnia ou oligodrâmnia (alterações acentuadas devem ser encaminhadas para urgência obstétrica); má-formação fetal; • Hemorragias da gestação (ver cap sobre Síndromes Hemorrágicas); • Pré-eclâmpsia (após avaliação na urgência obstétrica e descartada necessidade de internação); • Isoimunização; • Malformações fetais ou arritmia fetal. • Evidência laboratorial de proteinúria. • Diabetes mellitus gestacional. • Desnutrição materna severa. • Obesidade (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante também para avaliação nutricional). • Lesão Intraepitelial de alto Grau (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). • Anemia grave (Hb < 8g/dl) 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). • Infecções como a rubéola e citomegalovirose adquiridas na gestação atual. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar para referência de pré-natal de Alto Risco

As gestantes que na avaliação possuem algum dos critérios de alto risco devem ser encaminhadas para acompanhamento na unidade de referência de pré-natal de alto risco. Após avaliação no nível secundário ou terciário, a gestante deve ser contra referenciada para a unidade de atenção primária de referência. Nesse caso, esse serviço deverá conduzir o pré-natal com base nas informações especializadas descritas. Em alguns casos, a gestante continuará seus cuidados de pré-natal no serviço de maior complexidade. Para que esse procedimento seja efetivo é necessário reavaliar os riscos potenciais e já estabelecidos a cada consulta, valorizando o caráter dinâmico do ciclo gravídico-puerperal.

As gestantes acompanhadas no AR devem continuar sendo acompanhadas conjuntamente pela APS.

Em todas as consultas os profissionais devem realizar estratificação de risco avaliar a presença de sinais de alerta. Estes estão diretamente relacionados à boa anamnese e ao bom exame físico. Não se pode descartar ou negligenciar nenhum item que deve ser avaliado na consulta de pré-natal.

Sinais indicativos de encaminhamento à urgência/ emergência obstétrica

- Síndromes hemorrágicas (Ver **Síndromes hemorrágicas**)
- Crise hipertensiva (PA \geq 160/110) - iniciar tratamento com antihipertensivo na unidade de saúde (Ver **Síndromes Hipertensivas**)
- Suspeita de pré-eclâmpsia (Ver **Síndromes Hipertensivas**)
- Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastria 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.
- Perda de líquido amniótico, confirmada por exame especular ou por diagnóstico por USG de oligodramnia moderada ou severa, independente da coloração visualizada; Índice de Líquido Amniótico (ILA) $<$ 5 cm ou medida de maior bolsão de líquido amniótico $<$ 2 cm.
- Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 37 semanas).
- Suspeita ou confirmação de incompetência Istmo Cervical (história de partos prematuros), entre 12ª e 16ª semana de gestação, para avaliação quanto à realização de cerclagem.
- Febre, sem conhecimento da causa.
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes.
- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas.
- Suspeita ou confirmação de óbito fetal
- Queixa de ausência de movimentos fetais por mais de 12h, em gestação com mais de 26 semanas;
- Contrações regulares
- Idade gestacional \geq 41 semanas
- Suspeita de Doença Inflamatória Pélvica
- Suspeita ou confirmação ultrassonográfica de gestação ectópica
- Intoxicação exógena (overdose de drogas ilícitas, coma alcoólico, envenenamento ou superdosagem de medicação)
- Trauma abdominal
- Prolapso de cordão
- Agudização de doença falciforme
- Sinais ligados à ferida operatória ou sutura perineal com abscesso ou febre ou sinais de infecção grave;
- Sangramento vaginal puerperal (lóquios) aumentado, associado a odor fétido, febre ou dor pélvica;
- Sinais de mastite grave ou abscesso mamário, febre ou necrose;

Referências Bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011 Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS - a Rede Cegonha. 2011.

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.

BRICKER L, MEDLEY N, PRATT J. Routine ultrasound in late pregnancy (after 24 weeks' gestation). Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 6. Art. No.: CD001451. DOI: 10.1002/14651858.CD001451.pub4. Disponível em: <https://extranet.who.int/rhl/pt-br/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/disorders-affecting-unborn-baby/routine-ultrasound-late-pregnancy-after-24-weeks%E2%80%99-gestation>

WHITWORTH M, BRICKER L, MULLAN C. Ultrasound for fetal assessment in early pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2015, Issue 7. Art. No.: CD007058. DOI: 10.1002/14651858.CD007058.pub3. Disponível em: <https://extranet.who.int/rhl/pt-br/topics/preconception-pregnancy-childbirth-and-postpartum-care/disorders-affecting-unborn-baby/ultrasound-fetal-assessment-early-pregnancy>.

IMUNIZAÇÃO NA GESTAÇÃO

De acordo com o Programa Nacional de Imunizações (PNI) do Ministério da Saúde devem ser ofertadas para gestantes as seguintes vacinas:

Quadro 8 - Calendário vacinal da gestante (2020)

Vacinas	Esquemas e Recomendações	
	Histórico Vacinal	Conduta na Gestação
Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (difteria, tétano e coqueluche) – dTpa ou dTpa- VIP Dupla adulto (difteria e tétano) - dT	Previamente vacinada, com pelo menos três doses de vacina contendo o componente tetânico	Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível.
	Em gestantes com vacinação incompleta , tendo recebido uma dose de vacina contendo o componente tetânico	Uma dose de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível.* Respeitar intervalo mínimo de um mês entre as doses
	Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido duas doses de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível.*
	Em gestantes não vacinadas e/ou histórico vacinal desconhecido.	Duas doses de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação.* Respeitar intervalo mínimo de 1 mês entre elas.
Hepatite B	Em gestantes não vacinadas e/ou histórico vacinal desconhecido	Aplicação de três doses (0, 1 e 6 meses)
	Esquema vacinal anterior não finalizado	Atualizar com as doses necessárias
Influenza (gripe)	Dose única anual	A vacina está recomendada nos meses da sazonalidade do vírus, mesmo no primeiro trimestre de gestação.

Fonte: Brasil (2020)

*Podendo ser realizada até 45 dias após o parto

Gestante suscetível que tenha contato com varicela deve receber a imunoglobulina humana antivaricela-zoster (IGHVAZ)

VACINAS CONTRAINDICADAS NA GESTAÇÃO

Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola): Não vacinar na gestação. Após a vacinação com tríplice viral, recomenda-se evitar a gravidez durante um mês (30 dias), apenas por precaução. Entretanto, se a mulher engravidar antes desse prazo ou se houver administração inadvertida durante a gestação, não se justifica o aborto em nenhum desses casos, por se tratar apenas de risco teórico. A gestante deverá ser acompanhada pelo serviço de saúde;

Febre-amarela: Na rotina do serviço de vacinação, a gestante não deve receber a vacina contra febre amarela. Entretanto, em situações de surto, se a gestante reside ou vai se deslocar para área com recomendação de vacinação para febre amarela, ela deve ser vacinada se o risco de adoecer for maior do que o risco de receber a vacina. **Contraindicações:** É importante ressaltar que as lactantes que amamentam crianças menores de seis meses de idade também não devem ser vacinadas.

HPV Não vacinar na gestação. Se a mulher tiver iniciado esquema antes da gestação, suspendê-lo até puerpério. Pode ser aplicada no puerpério e durante a amamentação.

Referências Bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Calendário nacional de vacinação 2020. <https://www.saude.gov.br/files/imunizacao/calendario/Calendario.Nacional.Vacinacao.2020.atualizado.pdf>

SBIM. Calendário de vacinação SBIM Gestantes: recomendações da sociedade brasileira de imunizações (SBIM). <https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-gestante.pdf>

ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

A atenção à saúde bucal é parte integrante do cuidado pré-natal. **Toda gestante deve ter acesso a, no mínimo, uma consulta odontológica durante o pré-natal**, com agendamento das demais, conforme as necessidades individuais da gestante (BRASIL, 2018). A equipe de saúde deve trabalhar de forma articulada, encaminhando a gestante para a consulta odontológica ao iniciar o pré-natal, **independente de haver alguma queixa bucal ou não**.

O estado da saúde bucal apresentado durante a gravidez tem relação com a saúde geral da gestante e pode influenciar a saúde geral e bucal do bebê (BRASIL, 2006). Considerando que a mãe e a família têm papel fundamental nos padrões de comportamento apreendidos durante a primeira infância, a realização de ações educativas e preventivas com gestantes, além de qualificar a sua saúde, é fundamental para introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança (BRASIL, 2018).

As alterações bucais mais frequentes durante o período gestacional são a cárie dentária, a erosão no esmalte dentário, a mobilidade dentária, a gengivite e a periodontite, sendo a primeira a de maior prevalência. Entretanto, essa disbiose não é predisposta pela gestação, mas por alterações na dieta, hiperacidez do meio bucal e, principalmente, a desinformação sobre higienização bucal (MONTANDON et al, 2001). A gravidez, por si só, também não determina a doença periodontal. A gestação acentua a resposta gengival, modificando o quadro clínico em quem já apresenta falta de controle de placa (BRASIL, 2006). Por isso, toda mulher grávida deve ser avaliada quanto aos hábitos de higiene bucal, ao acesso à água fluoretada e às doenças da boca.

As gestações consideradas de alto risco (pré-eclâmpsia, diabetes gestacional e hipertensão descontrolada) devem realizar o atendimento odontológico nos Centros de Especialidades Odontológicas ou na Atenção Especializada Hospitalar.

O primeiro trimestre é o período da embriogênese no qual o feto é mais suscetível à influência teratogênica e ao aborto.

- **Sempre que possível, postergar a intervenção odontológica para o segundo trimestre.** Realizar profilaxia, tratamento periodontal, eliminar focos infecciosos e tratamentos restauradores.
- Avaliar sinais vitais.
- Atentar aos exames hematológicos e glicemia.

O segundo trimestre é o melhor período para o tratamento odontológico, podendo-se realizar:

- Profilaxia e tratamento periodontal.
- Procedimentos restauradores básicos.
- Endodontias.
- Cirurgias e exodontias, caso seja necessário.

No **terceiro trimestre**, o risco de síncope e hipertensão é maior devido à posição do feto, assim como as demandas cardiovasculares. Há maior risco de anemia, eclâmpsia e hipertensão.

- Realizar profilaxia, fluoroterapia e procedimentos restauradores básicos.
- Programar as grandes reabilitações e cirurgias invasivas eletivas para depois do nascimento do bebê devido ao risco de estresse e bacteremia.

Os profissionais de saúde bucal podem organizar atividades educativas e de apoio à gestante e aos seus familiares, orientar a mulher e seu companheiro sobre hábitos alimentares saudáveis e de higiene bucal; orientar sobre a periodicidade das consultas odontológicas e os trimestres de gestação indicados para a realização de tratamento odontológico (BRASIL, 2012a).

Além disso, a equipe de saúde pode realizar grupos educativos para acompanhamento do processo de aleitamento materno e os cuidados com o futuro bebê, enfatizar a importância do papel da amamentação na dentição e no desenvolvimento do aparelho fonador, respiratório e digestivo da criança, bem como a observação de fatores que podem influenciar neste processo, como limitações no movimento da língua, diagnosticáveis através do teste da linguinha, sendo o dentista, o médico e o enfermeiro alguns dos profissionais mais indicados. É de competência da atenção primária a aproximação com essas famílias, possibilitando a intervenção de forma adequada, ampla e direta, bem como estarem devidamente informados, atualizados e capacitados.

Algumas atividades de educação em saúde podem ser desenvolvidas pelo técnico em saúde bucal (TSB) ou auxiliar de saúde bucal (ASB). Estes podem apoiar na desmistificação do atendimento odontológico e esclarecer dúvidas, o que pode influenciar na maior adesão das gestantes ao tratamento odontológico.

Destacamos também o esquema de Intervenções Odontológicas recomendado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2018):

Condutas

- Realizar anamnese e exame clínico visando buscar informações sobre possibilidade de riscos na gravidez e período gestacional, características da evolução da gestação, existência de alguma doença ou alteração sistêmica concomitante, elaborando o melhor plano de tratamento possível.
- Avaliar sinais vitais antes do atendimento.
- Evoluir no prontuário da paciente.

Medicamentos

- Anestésicos locais com vasoconstritores são considerados seguros.
- A mais indicada é a lidocaína a 2%, com epinefrina 1:1000.000 – limite de 3,6 ml (2 tubetes) por sessão de atendimento.
- **A prilocaína está contraindicada.**
- **Vasoconstritores como felipressina e ocitocina são contraindicados, pois podem levar a contrações uterinas.**
- Os analgésicos indicados são: paracetamol;
- Os antibióticos indicados são: benzilpenicilina benzatina e cefalosporina.
- Evitar anti-inflamatórios.

Cabe valorizar as práticas coletivas e educativas com gestantes, visando a construção do vínculo e adesão à continuidade do atendimento por meio de grupos de gestantes, sala de espera, intervenções comunitárias, entre outros. Corroborando o Ministério da Saúde (BRASIL, 2012), ressaltamos algumas atribuições do cirurgião-dentista no pré-natal:

ATRIBUIÇÕES DO CIRURGIÃO DENTISTA NA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas odontológicas e os trimestres de gestação indicados para a realização de tratamento odontológico;
- Realizar a consulta odontológica de pré-natal de gestação de baixo risco;
- Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência;
- Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário;
- Orientar a gestante sobre a realização do teste rápido;
- Atender as intercorrências/urgências odontológicas observando os cuidados indicados em cada período da gravidez e encaminhar a gestante para níveis de referência de maior complexidade, caso necessário;
- Realizar busca ativa das gestantes de sua área de abrangência;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal;
- Acompanhar o processo de aleitamento materno e os cuidados com o futuro bebê, enfatizando a importância do papel da amamentação na dentição e no desenvolvimento do aparelho fonador, respiratório e digestivo da criança;
- Orientar a mulher e seu companheiro sobre hábitos alimentares saudáveis e de higiene bucal.

Por fim, cabe reafirmar a importância da Atenção Primária à Saúde (APS) no acompanhamento das gestantes e bebês, configurando-a como porta de entrada preferencial no cuidado em saúde, que possui o maior vínculo e capilaridade com os usuários e a família. Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) só devem ser utilizados como um ponto referenciado da rede de atenção em saúde bucal, caso a gestante tenha essa necessidade de saúde. A APS deve realizar a primeira consulta odontológica da gestante e acompanhá-la durante o pré-natal, compreendendo que ela já fazia parte de seu território e por alguns meses passará por um processo natural (mas diferenciado) que requer atenção.

Para tornar mensurável esse atendimento, recomenda-se o registro do item “gestante” na ficha de atendimento odontológico individual no e-SUS APS, via Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB). O monitoramento deste registro pode contribuir para o planejamento e monitoramento das ações realizadas pelas equipes de saúde bucal, particularmente o acesso de gestantes a atendimento odontológico, subsidiar processos de planejamento, gestão e avaliação de políticas e ações voltadas para o acesso ao atendimento odontológico e programação de trabalho (BRASIL, 2012a).

Referências Bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde Bucal / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 92 p. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica; 17)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ-AB). Manual Instrutivo - Anexo. Ficha de qualificação dos indicadores. 2012a. 80p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do

Ministério da Saúde, 2012b. 318 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. A saúde bucal no Sistema Único de Saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. 350 p.

MONTANDON, EM et al.. Hábitos dietéticos e de higiene bucal em mães no período gestacional. *Jornal Brasileiro de Odontopediatria & Odontologia do Bebê*. V. 4, n.8, p.170-3, 2001.

SILK, H. et al. Oral health during pregnancy. *American Academy of Family Physicians*, v. 77, n. 8, p. 1139–1144, 2008. Disponível em: <https://www.aafp.org/afp/2008/0415/p1139.pdf>.

ABORDAGEM NUTRICIONAL DA GESTANTE NO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Um dos componentes essenciais para a integralidade da atenção ao pré-natal é a atenção nutricional. Desvios no estado nutricional antes da gestação e no ganho ponderal durante a gestação associam-se ao aumento de risco para o desenvolvimento de síndrome hipertensiva gestacional, diabetes gestacional, baixo peso ao nascer e prematuridade. Essas condições, em casos extremos, podem contribuir para desfechos como morte infantil ou materna. **A Vigilância Alimentar e Nutricional é uma atribuição das equipes de atenção primária.** Nesse ponto de atenção, o acompanhamento dos dados antropométricos, assim como dos marcadores do consumo alimentar através do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), se fazem necessários, inclusive para compreender as condições de saúde das gestantes considerando o contexto do território em que está inserida. O SISVAN é alimentado através do e-SUS e do próprio sistema inserido no eGestor-AB. Lá é possível consultar informações individualizadas, assim como unidades de saúde e do próprio município.

No início da gestação, preferencialmente até a 13ª semana, deve-se avaliar o estado nutricional das gestantes. Abaixo apresentamos como proceder à avaliação antropométrica e o acompanhamento do ganho de peso da gestante.

- Avaliação Antropométrica baseada na classificação do Índice de Massa Corporal (IMC) por semana gestacional (ATALAH et al, 1997).
- Calcule a idade gestacional em semanas
- Classifique o estado nutricional (EN) da gestante, segundo o IMC, por semana gestacional (ideal que IMC seja calculado até a 13ª semana)
- Insira no gráfico de acompanhamento nutricional o IMC de acordo com a IG (idade gestacional) (**ANEXO 02**)

A evolução do IMC segunda a IG deve apresentar traçado ascendente. Traçado horizontal ou descendente são considerados inadequados. A inclinação da curva varia de acordo com o IMC inicial da gestante (mulheres com baixo peso devem apresentar curva com inclinação maior).

Quadro 9 - Ganho de peso recomendado (em kg) na gestação segundo o estado nutricional inicial

Estado nutricional inicial (IMC)	Recomendação de ganho de peso (kg) semanal médio no 2º e 3º trimestres	Recomendação de ganho de peso (kg) total na gestação
Baixo peso (< 18,5kg/m ²)	0,5 (0,44-0,58)	12,5-18,0
Adequado (18,5 - 24,9Kg/m ²)	0,4 (0,35-0,50)	11,5-16,0
Sobrepeso (25,0 - 29,9 kg/m ²)	0,3 (0,23-0,33)	7,0-11,5
Obesidade (≥30 kg/m ²)	0,2 (0,17-0,27)	5,0-9,0

Fonte: Institute of Medicine, 1990 e WHO, 1995 apud Brasil, 2013

É importante que, nas consultas subsequentes, o ganho de peso seja acompanhado e registrado no Cartão da Gestante. Observe que cada gestante deverá ter um ganho ponderal distintos, de acordo com seu IMC inicial. Para a previsão do ganho, faz-se necessário calcular quanto a gestante já ganhou de peso e quanto ainda deve ganhar até o fim da gestação em função da avaliação clínica.

No **ANEXO 03** você pode consultar orientações gerais sobre alimentação para gestantes.

Referências Bibliográficas:

ACCIOLY, E. *et al* (org) Nutrição e Pediatria. Cultura Médica. Guanabara Koogan, 2 ed. Rio de Janeiro, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção primária. Atenção ao pré-natal de baixo risco. – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção primária. Manual instrutivo das ações de alimentação e nutrição na Rede Cegonha. Brasília, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção primária. Cadernos de Atenção primária, n. 39– Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção primária. Contribuições dos Núcleos de Apoio à Saúde da Família para a Atenção Nutricional. Brasília, 2017.

LAPORTE-PINFILDI, A.S. C. *et al*. Atenção nutricional no pré-natal e no puerpério: percepção dos gestores da Atenção primária à Saúde. Revista de Nutrição de Campinas. 29(1):109-123, jan./fev., 2016

ATIVIDADE FÍSICA E GESTAÇÃO

No âmbito da assistência ao pré-natal, é imprescindível que a Rede de Atenção à Saúde, em especial as equipes de Atenção Básica, estimulem a adoção de modos de vida saudáveis, bem como o empoderamento dos indivíduos sobre suas condições de saúde, de forma a auxiliá-los no processo de autocuidado, de maneira responsável, autônoma e livre nas escolhas das ferramentas para a sua realização.

As práticas corporais e atividades físicas expressam diversos sentidos e significados ao serem vivenciadas e implicam na relação emocional do sujeito com a prática escolhida. Devem ser entendidas como componentes do cuidado, sobretudo durante a gestação.

Para tanto, cabe lembrar que qualquer recomendação de atividades físicas durante este período deve estar contextualizada na realidade e condições biopsicossociais da gestante para que se produz empatia, adesão e efeito.

Durante a gestação de risco habitual, a mulher que já praticava exercícios pode continuar a fazê-lo, adequando a prescrição à gestação. Mulheres que não praticavam atividades físicas anteriormente podem iniciá-las, mediante orientação e supervisão adequadas. É importante atentar para questões relacionadas à hidratação, ao repouso após a atividade e a algum eventual sinal de risco.

Para as gestantes que não têm histórico de prática regular de atividades física, é recomendado atividades de baixo impacto e que podem melhorar a condição cardiorrespiratória, como a hidroginástica e o yoga. Também é recomendada a realização de atividades que envolvam fortalecimento muscular, bem como práticas que promovam lazer, relaxamento, coordenação motora, manutenção do equilíbrio e socialização, diariamente ou sempre que possível. Deste modo, as práticas corporais e atividades físicas durante a gestação favorecem a circulação sanguínea, auxiliam no alívio de dores e edemas. Oriente que são contraindicados esportes que podem levar ao trauma abdominal, quedas ou estresse articular excessivo, além de mergulho com cilindro.

PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES EM SAÚDE

A Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares no SUS foi instituída em 2006 e define diretrizes para a oferta de ações e serviços relativos às Práticas Integrativas e Complementares em Saúde (Pics). As Práticas Integrativas e Complementares em Saúde preconizam abordagens integrais de cuidado na perspectiva da prevenção de agravos e da promoção e recuperação da saúde, com ênfase na atenção básica e voltadas para o cuidado continuado, humanizado e integral em saúde.

Por meio de tecnologias eficazes e seguras, as Pics contemplam abordagens e intervenções terapêuticas que possuem bases próprias de entendimento do processo saúde-doença, como: as práticas da medicina tradicional chinesa (que incluem práticas corporais, como o tai-chi-chuan, práticas mentais, como a meditação, orientação alimentar e uso de plantas medicinais); a acupuntura, as plantas medicinais e fitoterapia, a homeopatia, a arteterapia, a ayurveda, a biodança, a dança circular, a musicoterapia, a ioga, a shantala, dentre outras práticas.

No âmbito da assistência ao pré-natal, as Pics podem ampliar as opções e ofertas de cuidado e promoção da saúde, bem como de possibilidades alternativas a terapêuticas convencionais às gestantes. É de extrema importância ressaltar que os profissionais de saúde precisam estar atentos ao cumprimento dos critérios de qualidade, eficácia e segurança no uso das Pics.

Referências Bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Programa Academia da Saúde: caderno técnico de apoio a implantação e implementação [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria no 971, de 03 de maio de 2006. Aprova a Política Nacional de Práticas Integrativas e Complementares (PNPIC) no Sistema Único de Saúde. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2006/prt0971_03_05_2006.html

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO

Todas as fases do ciclo gravídico-puerperal representam importantes mudanças na vida da mulher e da família. Essas mudanças estão ligadas a modificações físicas, à transição do ciclo de vida, reorganização da vida pessoal, profissional e familiar, além de ser um período de grandes transformações psíquicas, das quais decorre uma importante transição existencial.

Diagnóstico da Gravidez

Desde a primeira consulta, deve ser abordado o impacto dessa gravidez para essa mulher, individualizando a experiência da notícia da maternidade e explorando o contexto no qual essa mulher e essa gestação estão inseridas. Perceber o estado de maior vulnerabilidade psíquica da gestante e não banalizar suas queixas. Muitas vezes, o profissional que acompanha o pré-natal passa a ser uma referência de apoio que pode ser procurado em situações tecnicamente insignificantes que, no entanto, não devem nunca ser desvalorizadas. Deve-se estabelecer uma relação de respeito e confiança mútuos.

Nessa fase é importante reconhecer o estado normal de ambivalência frente à gravidez. Muitas ansiedades e medos primitivos afloram e devem ser acolhidos sem julgamentos. É normal que a gestante tenha dúvidas sobre gerar um bebê saudável e sobre desempenhar seu novo papel de mãe de forma adequada, principalmente frente ao que a própria gestante entende como ser uma “boa mãe”, suas expectativas, medos e dúvidas.

O contexto em que essa gravidez ocorreu e as repercussões dela na mulher devem ser explorados, para um maior entendimento do contexto dessa pessoa e uma abordagem mais integral e humanizada. Se ela tem parceria, se tem outros filhos, se trabalha e no quê, rede apoio, perdas gestacionais prévias e experiências prévias de maternagem.

Primeiro Trimestre

Durante o primeiro trimestre são frequentes a ambivalência, o medo de perder a gestação, oscilações de humor, aumento da irritabilidade, associadas às primeiras modificações corporais. Esse período é marcado por intensa sonolência, este é o sinal do início do pro-

cesso de regressão psicológica e retraimento que acompanha a gravidez. Com frequência a gestante se apresenta mais reservada e pode sentir necessidade de afastar-se dos demais. Se já tem outros filhos pequenos, estes imediatamente reagem ao retraimento da mãe com o possível aparecimento de sintomatologia variada, como transtornos do sono e do apetite, irritabilidade, maior solicitação de cuidados e até o aparecimento de doenças orgânicas. O período entre o segundo e o terceiro mês, correspondendo à etapa de formação da placenta, é reconhecido como a fase em que está mais presente o perigo de aborto e pode ser acompanhado de sonhos com conteúdo persecutório. Nessa fase, o apoio que a equipe de saúde pode prestar à gestante é de inestimável valor para o prosseguimento de uma gestação harmoniosa

Segundo Trimestre

Ocorre uma maior introversão e passividade, com possível alteração do desejo sexual. As alterações corporais evidentes e a percepção dos movimentos fetais trazem concretude à gestação. Representa para a mãe o primeiro sinal de que seu bebê é um ser separado dela, possibilitando o início de um relacionamento para o qual o bebê estará dando sua primeira contribuição. As fantasias da mãe sobre o bebê começam a tomar formas mais precisas. Ela pode começar a idealizar o filho perfeito que terá, como forma de defender-se dos temores que o desconhecido provoca.

Os exames de ultrassom têm um papel importante na ansiedade pela expectativa pelo sexo e vitalidade do feto e podem exercer efeito complexo sobre as emoções nessa fase.

Terceiro Trimestre

Por volta do sétimo mês, ocorre a versão interna, quando o bebê se coloca de cabeça para baixo, posicionando-se em relação ao canal do parto. Os movimentos do feto e do útero podem provocar grande ansiedade, pela percepção de que algo novo está ocorrendo. Algumas vezes esse período é acompanhado de manifestações psicossomáticas como constipação ou diarreia, crises hipertensivas, aumento excessivo de peso, intensificação de câibras dolorosas, etc. A consequência mais grave pode ser o parto prematuro. Pode-se aventar a possibilidade da família ter um acompanhamento psicológico neste momento.

O final da gestação é caracterizado pela ansiedade e temores da gestante associados à proximidade do parto: medo da dor, de complicações nela mesma e no bebê, expectativas com a aparência do bebê. Isso pode implicar inclusive na preferência pela mulher pela via de parto, que pode não ser a melhor opção em termos técnicos. Podem ocorrer fantasias na gestante de não reconhecer o trabalho de parto e não sabe quando procurar atendimento. Nessa fase é vital a manutenção de um ambiente acolhedor, onde esses sentimentos possam aparecer, e as orientações e tranquilizações necessárias sejam oferecidas. A mãe deve estar preparada para as enormes solicitações que a dependência do bebê lhe proporá. O apoio familiar, especialmente da parceria e da equipe de saúde, é fundamental para a boa evolução dessa etapa.

Parto

É um período que pode ser curto de tempo, mas longo em vivências e expectativas. A mulher teme a dor, teme não suportá-la, teme falhar no parto, teme ser dilacerada e perder sua feminilidade, bem como procedimentos médicos desagradáveis. Existem expectativas quanto à via e forma de parto e quanto ao seu desempenho durante o nascimento do filho. Nesse momento, devem ser oferecidas à gestante todas as medidas de conforto disponíveis. É importante acolher a preferência da mulher sobre o acompanhante durante o trabalho de parto e o parto.

Puerpério

Após o nascimento do bebê, ocorre um estado de alteração emocional transitório, que permite às mães ligarem-se intensamente com seu bebê, se as condições externas forem favoráveis a esse encontro. No período puerperal podem ser observados uma miscelânea de sentimento ambíguos, como por exemplo, estar contente e, ao mesmo tempo, podendo estar insegura ou deprimida. Às vezes, essa ambiguidade é vivida em segredo, não sendo compartilhada, tampouco extravasada.

As expectativas e experiências prévias com a **amamentação** devem ser abordadas. Pode aparecer o medo de ficar sempre ligada ao bebê e a preocupação com a estética das mamas. A amamentação sempre deve ser estimulada, no entanto cobrança pessoal e social desenfreada pela amamentação sem o entendimento individualizado do contexto da puérpera pode ter desfecho desfavorável se ela não for estimulada com empatia e sensibilidade.

A chegada do bebê desperta muitas ansiedades e são comuns sintomas depressivos.

Síndrome Depressiva Puerperal (Baby-blues)

Cerca de 70 a 90% das puérperas apresentam um estado depressivo mais brando, transitório, que aparece em geral no terceiro dia pós-parto com duração aproximada de 2 semanas. O baby-blues está associado às adaptações e perdas vivenciadas pela mulher após o nascimento do bebê. A mãe vivencia um luto pela perda do corpo gravídico, mas também pelo não retorno imediato ao corpo original, pela separação mãe/bebê e pelas postergações das necessidades dela em função das necessidades do recém-nascido. Pode se manifestar com sintomas depressivos leves, disforia, insônia, desânimo, dificuldade de concentração

Depressão pós-parto

A prevalência da depressão pós-parto (DPP) é elevada, sendo que no Brasil os resultados variam entre 12 e 39,4% das puérperas. As causas da DPP envolvem fatores biológicos e sociais. Além de ser um quadro altamente prejudicial para a gestante e seus familiares, a DPP geralmente é acompanhada de outras comorbidades, o que aumenta a gravidade

desta condição. Apesar da existência de diversos estudos sobre aspectos epidemiológicos e clínicos da DPP, em muitas situações o diagnóstico não é feito de forma precoce e adequada devido a questões culturais (ex.: a mulher minimiza os sintomas sentindo-se culpada pelo humor depressivo após o parto), metodológicas (ex.: falta de instrumentos com boas propriedades psicométricas e de critérios objetivos para o diagnóstico) e pela própria heterogeneidade das manifestações clínicas da DPP.

- Se manifesta por sintomas como alterações do apetite, perturbações do sono, decréscimo de energia, sentimentos de desvalia ou culpa excessiva, pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida, sentimento de inadequação e rejeição ao bebê. Em geral, ocorre em mulheres com história de fragilidade psíquica, e pode persistir por mais tempo.

Os sintomas depressivos aparecem ainda durante a gestação em 50% das mulheres que apresentam depressão após o nascimento do bebê. O principal fator de risco é história prévia de depressão. A DPP não tratada pode se resolver espontaneamente ou evoluir para depressão crônica.

Os profissionais de saúde também devem estar atentos para os seguintes fatores de risco:

- mães jovens (< 25 anos)
- mães solo
- rede de apoio frágil ou inexistente
- multiparidade
- história familiar de depressão pós parto ou doença psiquiátrica
- violência doméstica e história de abuso físico ou sexual
- gestação indesejada
- medo do parto
- complicações na gestação
- insatisfação com a imagem corporal
- traços de personalidade neurótica
- história de Síndrome pré-menstrual ou transtorno disfórico pré-menstrual
- transtornos e sintomas ansiosos no período perinatal
- distúrbios de sono no período perinatal
- desfechos negativos gestacionais e neonatais
- Baby-blues
- dificuldades ou cessação de amamentação

- dificuldades no cuidado da criança - criança com cólicas ou com dificuldade de sono
- A depressão prejudica o funcionamento materno, e está associada com déficit nutricional e pior saúde geral da criança, além de interferir na amamentação, no estabelecimento do vínculo mãe-bebê, nos cuidados com o recém nascido e com os outros filhos, no desenvolvimento neuropsicomotor da criança e na relação da mulher com o parceiro
- Pensamentos sobre fazer mal ao bebê podem aparecer na depressão pós parto, essas idéias geralmente são descritas como “pensamentos assustadores” ou “negativos” e geralmente não são revelados a não ser que sejam questionados diretamente. Esses pensamentos indicam um quadro de psicose e requerem avaliação imediata da presença de outros sintomas como delírios e alucinações.

Quando suspeitar de depressão pós parto?

- Ansiedade a respeito da saúde do bebê
- Preocupação da mãe com sua habilidade em cuidar do bebê
- Percepção negativa do comportamento ou temperamento do bebê
- Desânimo há pelo menos 2 semanas
- Falta de interesse nas atividades do bebê
- Falta de resposta aos apoios e motivações recebidos
- Uso de álcool, tabaco ou drogas ilícitas
- Falta de adesão aos cuidados pós natais consigo e com a criança
- Consultas frequentes com queixas vagas

O rastreamento de depressão pós parto está indicado em todas as puérperas, o instrumento mais utilizado é o questionário - Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo (**ANEXO 04**). Este questionário auto aplicado pode ser usado como triagem (uma pontuação acima de 10 pontos sugere depressão)

Os critérios diagnósticos para a DPP são os mesmos da depressão. Os casos de depressão leve a moderada podem ser tratados inicialmente com psicoterapia, no entanto, antidepressivos podem ser uma escolha razoável se a psicoterapia não estiver disponível ou não houver tido resultado, ou se a paciente respondeu bem ao uso de antidepressivos previamente.

Puerpério do Parceiro e atenção a rede de apoio

Com as atenções voltadas para o bebê e para a mãe, e a relação intensa da mãe com o bebê, o pai/parceria pode se sentir excluído. Trazer esse pai e a rede familiar e de apoio da mulher como participantes ativos do puerpério e fortalecer a ajuda mútua e compreensão desses estados, pode ser fonte de reintegração e reorganização para o núcleo familiar. Por todos esses motivos, é da maior relevância para a saúde mental do bebê que a parceria e a rede familiar sejam também incluídos no atendimento de pré-natal. O apoio emocional

da parceria da mulher durante a gravidez contribui de forma importante para o seu bom curso e para a adaptação da mulher à nova condição.

Referências Bibliográficas:

DUNCAN, BB. et al. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2013.

VIGUERA, A. Postpartum unipolar major depression: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis. UP TO DATE Literature review current through: Jan 2020. | This topic last updated: Nov 20, 2018.

VIGUERA, A. Postpartum unipolar major depression: General principles of treatment. UP TO DATE Literature review current through: Jan 2020. | This topic last updated: Nov 20, 2018.

SARMENTO, R., SETÚBAL, MSV. Abordagem Psicológica em Obstetrícia: Aspectos emocionais da gravidez, parto e puerpério. Rev. Ciênc. Med. Campinas 12(13)261-268, jul/set 2003.

GRUPOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

A mulher, durante a gestação, vivencia um período de adaptação ou reorganização corporal, bioquímica, hormonal, familiar e social (FALCONE et al, 2005). Diante das particularidades desse momento, o grupo de gestantes configura um dispositivo potente, uma vez que possibilita o intercâmbio de experiências e conhecimentos. Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde (BRASIL, 2006).

As ações educativas durante o pré-natal no grupo de gestantes devem abordar temas sobre a importância do pré-natal, modificações corporais e emocionais, sintomas comuns na gravidez, alimentação saudável, cuidados de higiene, cuidados com as mamas, importância do aleitamento materno, atividade física, sexualidade, benefícios legais a que a mulher tem direito, o parto e o puerpério, importância do planejamento familiar, cuidados com o RN, importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, e questões escolhidas pelas próprias mulheres participantes (AMARAL; SOUSA; CECATTI, 2010).

As atividades de metodologia participativa com gestantes (rodas de conversas) podem representar uma oportunidade para as mulheres discutirem suas necessidades durante a gravidez e as barreiras de acesso ao atendimento. A realização das rodas de conversa tem o potencial de contribuir para uma experiência positiva durante a gravidez – uma gravidez saudável (incluindo a prevenção ou o tratamento dos riscos, doenças e morte) e uma transição eficaz para o trabalho de parto e o parto e uma maternidade positiva (incluindo a autoestima materna, a competência e a autonomia).

Referências Bibliográficas:

AMARAL EM, SOUSA FLP, CECATTI JG. Secretaria da saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério. São Paulo: SES/SP, 2010. Disponível em: <https://www.portaldaenfermagem.com.br/downloads/manual-tecnico-prenatal-puerperio-sus.pdf>

FALCONE, V.M. et al. Atuação multiprofissional e a saúde mental de gestantes. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 39, n. 4, p. 612-618, Ago. 2005. Disponível em: https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102005000400015&lng=en&nrm=iso&tlng=pt

RELAÇÃO SEXUAL NA GESTAÇÃO - ORIENTAÇÕES PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE

Durante o acompanhamento do Pré-Natal é fundamental abordar a história de vida da mulher, seus sentimentos, medos, ansiedades, desejos pois, além das mudanças no corpo, a gestação envolve uma “transição existencial” importante, atravessada por descobertas e aprendizados. Sendo assim, é uma ocasião favorável para que os profissionais utilizem estratégias de educação e cuidado em saúde, com objetivo de possibilitar o bem-estar da mulher, seu bebê e de sua família, bem como a inclusão do pai e/ou parceria e família, sempre respeitando o desejo da mulher. Assim, é fundamental que a gestante seja orientada sobre as questões relacionadas aos seus direitos sexuais e reprodutivos.

Com relação ao sexo na gestação é importante **abordar a chance de alterações no desejo e na disposição sexual devido a fatores psicoafetivos, conjugais, biológicos e culturais durante a gestação**. “Se a mulher desejar, as relações sexuais até o momento do parto podem facilitar o nascimento do bebê. Só há contraindicação na presença de placenta prévia e alto risco de prematuridade, sendo as **medidas de proteção contra IST** indicadas para todas as gestantes e casais. Evitar a atividade sexual na presença de sangramento ou perda de líquido” (BRASIL, 2016, p. 67).

Referências Bibliográficas:

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. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf

PRÉ-NATAL DO PARCEIRO, PATERNIDADE RESPONSÁVEL E FAMÍLIA.

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) tem como objetivo qualificar a saúde da população masculina por meio da organização de linhas de cuidado que garantam a integralidade da atenção (BRASIL, 2009). Um dos eixos prioritários dessa política é a **Paternidade e Cuidado**, relacionado ao engajamento dos homens nas ações do planejamento reprodutivo, no acompanhamento do pré-natal, parto e pós-parto de suas parceiras e nos cuidados com a criança.

A inclusão dos homens e o envolvimento natural nas diversas fases do planejamento reprodutivo e da gestação podem ser decisivos para amadurecer e fortalecer vínculos afetivos saudáveis entre eles, suas parceiras e filhos, independente de ser pai biológico ou não.

A inclusão dos pais nos cuidados de pré-natal possibilita ganhos no que se refere ao cuidado com a saúde do homem e como estímulo o autocuidado masculino. Em relação ao bem estar biopsicossocial da mãe e do bebê, a participação do pai nesse momento, também pode atuar como estímulo ao cuidado e ao vínculo do homem com a parceira e com

seus filhos/ suas filhas; possível estímulo ao aleitamento materno; na prevenção e possível diminuição da transmissão de IST e HIV/AIDS durante a gestação e no aprimoramento do conhecimento dos homens sobre seus direitos e deveres no exercício da paternidade. (BRASIL, 2016)

As equipes de saúde devem incentivar o envolvimento do pai/parceiro e suas participações desde o teste da gravidez, passando pelo puerpério até o acompanhamento do desenvolvimento integral do filho/a.

Participação do Pai Parceiro nas Rotinas de Acompanhamento da Gestante.

O Pré-Natal do parceiro visa integrar os homens na lógica dos serviços de saúde ofertados, possibilitando que eles realizem seus exames preventivos de rotina e testes rápidos, atualizem o cartão de vacinação, participem de atividades educativas desenvolvidas durante o pré-natal, compartilhe com sua/seu parceira(o) os cuidados com a criança e assim exerçam uma paternidade ativa.

1º Passo - Primeiro contato com postura acolhedora: Ouvir do pai ou da mãe, ou de pares do mesmo sexo, suas expectativas em relação à paternidade, ao pré-natal, ao parto e ao pós-parto. Discutir também as expectativas em relação ao planejamento reprodutivo, levando em conta ou não o desejo de geração de outro filho e, se for o caso, métodos contraceptivos. Incentivar a sua participação nas consultas de pré-natal e nas atividades educativas, informar que poderá tirar dúvidas e se preparar adequadamente para exercer o seu papel durante a gestação, parto e pós-parto. Explicar a importância e ofertar a realização de exames.

2º passo - Solicitar os testes rápidos e exames de rotina: Ampliar o acesso e a oferta da testagem e do aconselhamento é uma importante estratégia para prevenção de vários agravos. A institucionalização dessas ações permite a redução do impacto das infecções transmissíveis durante a gestação, a promoção de saúde e a melhoria da qualidade do serviço prestado nas unidades de saúde.

3º Passo - Vacinar o pai/parceiro conforme a situação vacinal encontrada: A vacinação é a medida mais eficaz para prevenção de doenças que podem ser prevenidas. Com esse objetivo o Programa Nacional de Imunização (PNI), disponibiliza para toda família.

Quadro 10 - Calendário vacinal parceria

Vacina	Periodicidade
Hepatite B	3 doses (a depender da situação anterior)
Febre Amarela	Dose única
Tríplice Viral (sarampo, caxumba, rubéola)	Verificar a situação vacinal anterior, se nunca vacinado: 2 doses (20 a 29 anos) e 1 dose (30 a 49 anos)
Dupla adulto (dT) (difteria e tétano)	Verificar situação vacinal. Se nunca vacinado, 3 doses. Se vacinado, reforço a cada 10 anos

4º Passo - Toda a consulta é uma oportunidade de escuta e de criação de vínculo entre os homens e os profissionais de saúde, propiciando o esclarecimento de dúvidas e orientação sobre temas relevantes, tais como relacionamento com a parceira, atividade sexual, gestação, parto e puerpério, aleitamento materno, prevenção de violência doméstica, etc.

- O envolvimento pai/parceiro pode acontecer mesmo quando ele e a gestante não estiverem em um relacionamento afetivo.
- Para isso, é importante conversar com a gestante e saber se ela deseja que ele participe desse momento. Caso ela não deseje, é importante respeitar a sua decisão, buscar informações sobre a mesma e perguntar se ela quer que outra pessoa a acompanhe nesse processo.

5º Passo: Esclarecer sobre os direitos da mulher a um acompanhante do pré-parto, parto e puerpério e incentivar o pai a conversar com a parceira sobre a possibilidade da sua participação nesse momento. Conversar com os futuros pais sobre a relevância de sua participação no pré-parto, parto e puerpério, dando exemplos do que ele irá fazer, como: ser encorajado a clampar o cordão umbilical em momento oportuno, levar o recém-nascido ao contato pele a pele, a incentivar a amamentação, a dividir as tarefas de cuidados da criança com a mãe, etc.

Além disso, o profissional deve orientar sobre os benefícios da participação no momento do parto:

- Garantir um melhor atendimento para a sua parceira, reduzindo com isso a possibilidade de eventuais situações de violência obstétrica/institucional;
- Estimular o parto normal;
- Diminuir a duração do trabalho de parto;
- Diminuir o medo, a tensão e, conseqüentemente, aliviar a dor;
- Aumentar a sensação de prazer e satisfação no parto;
- Diminuir a ocorrência de depressão pós-parto;
- Favorecer o aleitamento materno;
- Fortalecer o vínculo entre pai/parceiro, mãe e bebê.

Referências Bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e estratégicas. Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes/ Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de Saúde / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://www.saude.gov.br/images/pdf/2016/agosto/11/guia_PreNatal.pdf.

ORIENTAÇÕES A SEREM DADAS PARA AS GESTANTES SOBRE O TRABALHO DE PARTO

- Começar a explorar as expectativas da mulher em relação ao parto, no que diz respeito às suas preferências, medos e experiências prévias. Caso a mulher declare não ter opiniões, inseguranças e/ou dúvidas, estimular que reflita a respeito. Oferecer suporte e aconselhamento norteados pelas demandas da mulher.
- Garantir espaço em todas as consultas para a abordagem das expectativas, preferências, medos e/ou experiências prévias da gestante, fornecendo suporte e aconselhamento personalizado e contínuo.
- Informar que o parto é um evento muito seguro para a mulher e o bebê na grande maioria das gestações de risco habitual, mas que não se recomenda que este ocorra sem a presença de um profissional de saúde.
- Informar à gestante que, no Estado do Rio de Janeiro, as instituições públicas preparadas para a realização de partos são maternidades e hospitais, existindo somente uma Casa de Parto, que fica localizada no município do Rio de Janeiro. Esclarecer que, nos hospitais e maternidades, os partos de gestantes de risco habitual podem ser realizados por profissionais médicos ou enfermeiros, e que ambas as categorias estão plenamente habilitadas a realizar esta assistência.
- Informar à gestante a instituição na qual será realizado o seu parto, e o local no qual deverá buscar atendimento em caso de intercorrência. Este é um direito da gestante determinado pela Lei Federal 11.634/2007, que deve ser garantido no primeiro contato do pré-natal.
- Estimular a participação em grupos e rodas de conversa para gestantes, sempre que houver esta oferta na rede de atenção à saúde.
- Fornecer informações específicas sobre os direitos da gestante durante o parto Ver **Direitos da Gestante**.
- **Direito à Doula:** As doulas são uma categoria profissional especializada na prestação de

suporte contínuo às mulheres no ciclo gravídico-puerperal, incluindo trabalho de parto. Caso a gestante tenha o suporte de uma doula, contratada por meios próprios, esta profissional está autorizada a permanecer no hospital ou maternidade durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, conforme prevê a Lei Estadual 7.314/2016, não se confundindo este direito com a presença do acompanhante.

- Benefícios do parto vaginal: Destacar os benefícios do parto vaginal no que diz respeito ao menor período de internação, menor utilização de antibióticos, risco reduzido de admissão em terapia intensiva e de morte materna e neonatal, quando comparado ao parto cesáreo. Lembrar, no entanto, que a cesariana, possui suas indicações médicas e que, caso a mulher apresente indicação durante o trabalho de parto, não deve se sentir inferiorizada de nenhuma maneira.
- Contrações uterinas e fases do trabalho de parto: Esclarecer que “contrações de treinamento” podem acontecer no decorrer de toda a gravidez, sendo mais comuns a partir da transição do segundo para o terceiro trimestre. Essas contrações são irregulares, geralmente curtas e com intervalos superiores a 30 minutos, podendo ser dolorosas ou não. O trabalho de parto costuma iniciar por uma fase conhecida como latente, na qual as contrações tornam-se mais frequentes, geralmente rítmicas, mas geram pouca ou nenhuma alteração do colo uterino (discreto apagamento e dilatação de até 4cm). Já o trabalho de parto ativo é caracterizado por contrações com ritmo e frequência regulares, em geral de no mínimo 1-2 a cada 10 minutos, acompanhados por modificação progressiva do colo uterino a partir de 4cm.
- Duração do trabalho de parto: Esclarecer que a duração da fase latente do trabalho de parto não é bem definida, podendo variar amplamente de uma mulher para outra, e de um parto para outro. Já a fase ativa, que se estende dos 5cm até a dilatação total, não costuma se estender por mais de 12 horas em primíparas, e por mais de 10 horas em múltíparas.
- Mobilização e posição durante o trabalho de parto: Orientar que a mobilidade da mulher e a adoção de posições verticais durante o trabalho de parto são recomendadas para mulheres de risco habitual.
- Alimentação e ingestão de líquidos durante o trabalho de parto: Esclarecer que ingestão de líquidos e alimentação leve durante o trabalho de parto é recomendada para gestantes de risco habitual.
- Técnicas não medicamentosas para o alívio da dor: Informar que técnicas manuais, como massagem e aplicação de calor local, possuem benefício comprovado (ainda que discreto) na redução da dor, da duração do trabalho de parto, e podem melhorar a sensação de controle e a experiência da mulher durante o trabalho de parto. A imersão em água, quando disponível, também pode colaborar para redução da dor e da demanda por

analgésia na fase de dilatação, não acarretando um maior risco de infecções ou outras complicações. Técnicas de relaxamento, respiração, música, *mindfulness* e outras também podem ser utilizadas, conforme disponibilidade e preferências da mulher.

- Participação e engajamento nas decisões sobre a condução do trabalho de parto: Apesar da elevada cobertura pré-natal no Brasil, somente 40% das mulheres afirmam ter recebido orientações sobre práticas benéficas durante o trabalho de parto. É fundamental modificar esta realidade, entendendo a assistência pré-natal como uma oportunidade para preparar a mulher para o trabalho de parto, promovendo sua maior participação nas decisões referentes ao manejo. As mulheres podem adotar um plano de parto por escrito, quando desejado, e a equipe de pré-natal pode ajudá-la a identificar e relatar suas preferências. Deve ser estimulado ainda o estabelecimento de uma relação cordial com a equipe hospitalar, em que a mulher tenha a segurança de expor e ser acolhida em suas preferências, demonstrando que conhece os seus direitos.
- Oferecer informações sobre o Planejamento Reprodutivo - métodos disponíveis e critérios de elegibilidade no pós-parto. (Ver **PLANEJAMENTO REPRODUTIVO**)
- Fornecer informações específicas sobre:
 - **Sintomas e sinais comuns do final da gestação:** Esclarecer que a perda do tampão mucoso é um sinal comum, que costuma sinalizar a proximidade do parto, mas que não tem relação temporal bem definida com o início do trabalho de parto, não configurando necessidade de buscar atendimento de urgência. Da mesma forma, é comum que haja uma redução da movimentação fetal, o que não representa um sinal de alerta, desde que não seja uma cessação completa dos movimentos fetais.
 - **Ruptura da bolsa amniótica:** Esclarecer às gestantes que, em alguns casos, a amniorrexe ocorre antes do início do trabalho de parto, situação conhecida como amniorrexe prematura. Caso a gestação ainda não esteja a termo, recebe o nome de amniorrexe prematura pré-termo, tornando mandatória a ida imediata para o hospital ou maternidade. Nas gestações a termo, é importante orientar a mulher para o reconhecimento da amniorrexe e das características do líquido. Caso haja suspeita de líquido meconial, a ida para a maternidade torna-se urgente. Em caso de líquido claro, informar que 60% das mulheres entram em trabalho de parto espontaneamente nas primeiras 24h após a amniorrexe; nestes casos, a mulher pode optar por permanecer em domicílio por um período de aproximadamente 6 horas antes de encaminhar-se à maternidade, devendo comparecer para uma avaliação caso não entre em trabalho de parto neste período.
 - **Quando ir para a maternidade:** Reconhecer o início do trabalho de parto é algo desafiador, e a decisão de quando ir para a maternidade será afetada ainda pela distância entre o domicílio e a instituição em que será realizado o parto e os meios de transporte disponíveis, não sendo possível fornecer uma orientação exata que se aplique

à todas as realidades do Estado do RJ. Desta forma, é essencial que este tema seja debatido de forma individualizada durante o pré-natal, principalmente a partir do terceiro trimestre. Sempre que possível, a gestante que comece a apresentar contrações deve ser estimulada a procurar a unidade em que realiza o acompanhamento pré-natal, para que seja avaliada e receba uma indicação mais precisa quanto à necessidade de ir para a maternidade, evitando assim deslocamentos desnecessários.

Referências bibliográficas:

BRASIL. Lei nº 11.108, de 7 abril de 2005. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2004-2006/2005/Lei/L11108.htm

BRASIL. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm

BRASIL. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2007-2010/2007/Lei/L11634.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p. Disponível: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf

CLUETT ER, BURNS E, CUTHBERT A. Immersion in water during labour and birth. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 5. Art. No.: CD000111. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000111.pub4/full?highlightAbstract=withdrawn%7Clabor%7Clabour>

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). Intrapartum care for healthy women and babies (CG190) Clinical guideline, 3 December 2014. Disponível em: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg190/resources/intrapartum-care-for-healthy-women-and-babies-pdf-35109866447557>

OMS. WHO recommendations: intrapartum care for a positive childbirth experience. Geneva: World Health Organization; 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/260178/9789241550215-eng.pdf;jsessionid=E5EF22F21219EF34CF4241D36C63ECF5?sequence=1>

RIO DE JANEIRO. Lei nº 7.314 de junho de 2016. Dispõe sobre a obrigatoriedade das maternidades, casas de parto e estabelecimentos hospitalares congêneres da rede pública e privada do estado do Rio de Janeiro em permitir a presença de doulas durante o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, sempre que solicitadas pela parturiente. Disponível em: <http://alerj.ln1.alerj.rj.gov.br/contlei.nsf/c8aa0900025feef6032564ec0060dfff/f6a4bdfe5bb46c4383257fd4005a506>

SMITH CA et al. Relaxation techniques for pain management in labour. Cochrane Database of Systematic Reviews 2018, Issue 3. Art. nº: CD009514. <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD009514.pub2/full?highlightAbstract=withdrawn%7Clabor%7Clabour>

TESSER CD et al. Violência obstétrica e prevenção quaternária: o que é e o que fazer. Rev Bras Med Fam Comunidade. 2015;10(35):1-12. Disponível em: <https://www.rbmfmc.org.br/rbmfmc/article/view/1013/716>

ACOMPANHAMENTO NO PUERPÉRIO

Os cuidados com a mulher não se encerram com o nascimento. A atenção ao puerpério é fundamental para a saúde materna e do recém-nascido e deve envolver toda a rede de apoio e tem como objetivo avaliar o estado de saúde do binômio, orientar e apoiar a família sobre os cuidados básicos e identificar condições de risco e vulnerabilidade. O puerpério pode ser dividido em imediato (1º ao 10º dia após o parto), tardio (10º ao 45º dia) e remoto (após o 45º, com término imprevisível). Durante o pré-natal a equipe deve orientar a gestante da importância da continuidade do acompanhamento após o parto e deve se organizar para (BRASIL, 2016):

1. Agendar o primeiro atendimento na unidade básica de saúde no momento da alta na maternidade; preferencialmente de 7 a 10 dias.
2. Realizar uma visita domiciliar na primeira semana após alta do RN - se RN de alto risco é indicado que a VD ocorra em até 3 dias após a alta.
3. Agendar a consulta de puerpério tardio até 42 dias após o parto.

Avaliação

- Escutar as dúvidas e queixas da mulher;
- Verificar as condições da gestação;
- Verificar no cartão da gestante informações do parto: data; tipo de parto; se cesárea, qual a indicação e possíveis intercorrências;
- Verificar dados do RN - ver cuidados com RN
- Em caso de parto vaginal: avaliar ocorrência de lacerações ou episiotomia, perguntar sobre dor em local da sutura, presença de sinais flogísticos e outras alterações;
- Em caso de cesariana, perguntar sobre sinais flogísticos na ferida operatória;
- Orientar a puérpera sobre sinais de alerta: febre, sangramento vaginal, dor pélvica, leucorreia fétida, alterações na PA tontura e alterações na mama;
- Caso seja identificada uma dessas alterações deve ser realizada a avaliação médica.

Quadro 11 - Exame físico puerpério

EXAME FÍSICO PUERPÉRIO	
Sinais Vitais	Temperatura, Pressão Arterial e Frequência Cardíaca.
Mamas e mamilo	Presença de ingurgitamento, sinais inflamatórios, infecciosos ou cicatrizes que dificultem a amamentação.
Abdome	Condição uterina, dor à palpação, aspecto da ferida operatória (se cesariana)
Períneo e genitais externos	Verificar presença e características dos lóquios; Avaliar as condições das cicatrizes de lacerações ou episiotomia;

Plano de cuidados no puerpério:

- Orientar, estimular e apoiar a mulher e a família na amamentação exclusiva;
- Orientar cuidados com as mamas;
- Orientar ingestão hídrica frequente;
- Incentivar a prática de exercícios físicos durante o puerpério;
- Avaliar sinais de sofrimento psíquico (Ver **ASPECTOS PSICOLÓGICOS DA GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO**);
- Verificar calendário vacinal da mulher;
- Retirar os pontos da cesariana entre 7 e 10 dias após o parto;
- 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 (Ver **PLANEJAMENTO REPRODUTIVO**);
- As puérperas que foram acompanhadas em serviço de referência de alto risco, também devem ser avaliadas pelo serviço especializado;
- Em caso de comorbidades, revisar a terapêutica medicamentosa e outras condutas.

Cuidados com o Recém-nascido

- Orientar sobre imunização e encaminhar para sala de vacina;
- Encaminhar para a realização da Triagem Neonatal (entre o 3º e 5º dia de vida)
- Observar interação mãe-bebê;
- Avaliar posição e pega do RN durante aleitamento (Ver **ALEITAMENTO MATERNO**);
- Examinar RN (peso, estatura, perímetro cefálico, mucosas, hidratação, fontanelas, coto umbilical, genitália, pele e desenvolvimento neuropsicomotor);
- Orientar cuidados com o coto umbilical;
- Orientar manejo em episódios de cólica;
- Orientar banhos de sol diários;
- Orientar sobre a importância do acompanhamento de puericultura;
- PARA MAIS INFORMAÇÕES SOBRE OS CUIDADOS COM O RN VEJA O MANUAL DO MINISTÉRIO DA SAÚDE **AQUI**.

Referência Bibliográfica:

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. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf

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, 2005 Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf

ALEITAMENTO MATERNO

O aleitamento materno traz inúmeras vantagens para mãe, bebê, família, e sociedade, com impacto importante na redução da mortalidade infantil. A atenção primária tem um papel fundamental nos cuidados voltados para o estímulo e a manutenção da amamentação uma vez que esses devem ter início no pré-natal e seguir nas consultas puerperais e de puericultura.

O pré-natal é um momento oportuno para orientar, suprir dúvidas e estimular o aleitamento materno exclusivo nos primeiros seis meses, prevenindo o desmame precoce. Toda a equipe de saúde deve se envolver nas ações e cuidados de estímulo ao aleitamento materno, que podem ocorrer por meio de atividades coletivas, como em grupos de gestantes e puérpera e salas de espera, em consultas e nas visitas domiciliares.

É importante considerar as expectativas da mãe em relação a amamentação, suas vontades, crenças e valores, experiências anteriores e familiares. O envolvimento da família e da parceria é fundamental para garantir melhores condições para o aleitamento, dado que durante o período de amamentação a mulher precisa de suporte e apoio de sua rede.

- **MOMENTOS OPORTUNOS PARA ABORDAR A AMAMENTAÇÃO** Grupos de educação em saúde que possibilitem a interação e troca de experiências entre os componentes, atividades de sala de espera, e durante as consultas de pré-natal.
- Pontos a serem abordados:
 - Abordar com a gestante a amamentação como processo fisiológico e natural, mas que precisa ser aprendido; os benefícios para mãe e filho advindos do aleitamento materno exclusivo.
 - Benefícios da amamentação exclusiva até o sexto mês;
 - Momento para ouvir as expectativas, dúvidas e crenças da gestante e da lactante. Existem muitos mitos sobre a amamentação.
- **NÃO EXISTE LEITE FRACO.** A composição do leite materno modifica-se acompanhando as necessidades da criança.
- Os riscos e malefícios do uso de fórmulas infantis, bicos artificiais, chupetas e mamadeiras;
- Os riscos da amamentação cruzada;
- Oferecer orientações sobre pega e posição corretas;
- Orientações sobre como garantir o aleitamento exclusivo, mesmo nos momentos que a mulher precisar se ausentar do contato do filho pelo retorno ao trabalho ou por outros motivos. Como retirar o leite do peito (ordenha), como manter a produção do leite e como conservá-lo adequadamente.

- Métodos contraceptivos adequados durante o período de aleitamento;
- A importância da participação do parceiro ou parceira ou dos familiares (rede de apoio);
- Orientar sobre os fatores que podem levar ao desmame precoce: como introdução precoce de água, chás e outros alimentos. A oferta de mamadeiras e chupetas pode oferecer risco a continuidade do aleitamento.

Ao completarem 6 meses de idade (180 dias), as crianças precisarão receber outros alimentos para complementar as necessidades de energia e micronutrientes, que já não são mais supridas apenas pelo leite materno. No entanto, o leite materno continua sendo uma importante fonte de nutrientes e de fatores imunológicos, que protegem a criança de doenças após os 6 meses de idade.

Contraindicações à amamentação

Diante de algumas condições maternas o aleitamento é contraindicado. São contra indicações **maternas permanentes** pelo risco de transmissão da mãe para o bebê:

- Mulheres portadoras do vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou do vírus T-linfotrópico humano (HTLV)

Contraindicações maternas relativas ou temporárias:

INFECCIOSAS

- Infecção materna pelo citomegalovírus (contraindica amamentação em prematuros com menos de 32 semanas)
- Infecção pelo vírus herpes-zóster e herpes simples com lesão da mama
- Infecção materna pelo vírus da Hepatite C (nos casos de fissura no mamilo ou carga viral elevada)
- Hanseníase, em caso de lesão na pele da mama e/ou quando a doença for não tratada ou com menos de 3 meses de tratamento;

NÃO INFECCIOSAS

- Mães em quimioterapia ou radioterapia;
- Exposição materna à exposição ocupacional ou ambiental a metais pesados;
- Mães que fazem uso de medicamentos que contraindicam o aleitamento;
- Usuárias de drogas lícitas como tabaco e álcool e ilícitas como anfetamina, cocaína, crack, heroína, inalantes, LSD e maconha (Recomenda-se que as nutrizes não utilizem tais substâncias. Se usadas, deve-se avaliar o risco da droga versus o benefício da amamentação, para orientar sobre o desmame ou a manutenção da amamentação).

Cuidado com as mamas

- Sugere-se o uso de sutiã durante a gestação;
- Banhos de sol nas mamas por 15 minutos (até as 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;
- É desaconselhável o uso de sabões, cremes ou pomadas no mamilo;
- É contraindicada a expressão da mama(ou ordenha) durante a gestação para a retirada do colostro.

Promoção do aleitamento materno no puerpério

Avaliação do posicionamento e da pega:

1. O posicionamento da criança deve garantir o alinhamento do corpo, de forma a manter a barriga dela junto ao corpo da mãe para facilitar a coordenação da respiração, da sucção e da deglutição.
2. A cabeça da criança deve estar mais elevada que o corpo.
3. Na pega correta, a boca do bebê deve estar bem aberta, o lábio inferior fica virado para fora, a aréola fica visível acima da boca do bebê e o queixo toca na mama.
 - Atenção para os sinais que são indicativos de técnica inadequada de amamentação: bochechas do bebê encovadas a cada sucção; ruídos da língua; mama aparentando estar esticada ou deformada durante a mamada; mamilos com estrias vermelhas ou áreas esbranquiçadas ou achatadas quando o bebê solta a mama; dor na amamentação.
 - Quando a mama está muito cheia, a aréola pode estar tensa, endurecida, dificultando a pega. Em tais casos, recomenda-se, antes da mamada, retirar manualmente um pouco de leite da aréola ingurgitada.

Referências bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírío-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf

GERLACH, LENZ, RUPOLO. Aleitamento materno e introdução de novos alimentos. In: GUSSO, LOPES E DIAS. Tratado de Medicina de Família e Comunidade. V. II.

PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

É fundamental para a saúde materna e neonatal a atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto. Nesse contexto, uma das ações que devem ser executadas diz respeito ao planejamento reprodutivo.

O planejamento reprodutivo tem seu escopo de ação definido pela Lei nº 9263, de 12 de janeiro de 1996 (BRASIL, 1996). A fim de garantir o fortalecimento dos direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos, o planejamento reprodutivo se baseia nas ações e orientações clínicas, preventivas, educativas, ofertando informações acerca dos métodos e das técnicas contraceptivas (BRASIL, 2016).

É imprescindível que a escolha do método para regulação de fecundidade seja sempre personalizada. Para o uso de métodos anticoncepcionais no pós-parto, deve-se considerar as características dos seguintes aspectos:

- Tempo pós-parto;
- Padrão da amamentação;
- Padrão do ciclo menstrual;
- Possíveis efeitos dos anticoncepcionais hormonais sobre a lactação e o lactente.
- Critérios de elegibilidade (OMS, 2015)

O chamado método da amenorréia da lactação (LAM) refere-se ao efeito inibidor da fertilidade ocasionado pelo aleitamento materno exclusivo associado a amenorréia. Trata-se de um método comportamental de anticoncepção que ao deixar de ser eficiente - havendo o retorno da menstruação ou a inserção de outros alimentos na rotina do bebê - ou ainda sendo o desejo da mulher em associar outros métodos ao LAM, torna-se necessário escolher um método que não gere prejuízos ao processo da amamentação e à saúde do lactente (BRASIL, 2012).

Os métodos hormonais podem ser utilizados durante o período de amamentação, a partir da sexta semana após o parto, de acordo com a sua composição:

- **Anticoncepcional hormonal oral** que seja a base somente de progesterona (minipílula), como a Noretisterona 0,35 mg;
- **O anticoncepcional injetável trimestral**, o acetato de medroxiprogesterona 150mg/ml;

É importante destacar que o uso tanto do anticoncepcional hormonal oral combinado (Ethinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg) como o injetável mensal (Enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg) **NÃO devem ser utilizados durante o período de amamentação**, considerando as possíveis interferências na qualidade e na quantidade do leite materno assim como os efeitos adversos na saúde do lactente (BRASIL, 2012).

- **Dispositivo intrauterino (DIU)**, sendo possível de **ser inserido imediatamente após o parto (até 48 horas após o parto) ou, ainda, a partir de seis semanas após o parto.**
- **Diafragma;**
- **Preservativo masculino ou feminino.**

Há contraindicação do uso de DIU em situação que envolva casos de infecção puerperal até três meses após a cura. Também não é recomendável o uso de métodos comportamentais, como a tabelinha, enquanto o ciclo menstrual não estiver devidamente regularizado (BRASIL, 2012).

Quanto aos **métodos definitivos**, os mesmos envolvem a esterilização feminina por intermédio da **laqueadura tubária** e a masculina, pela **vasectomia** (BRASIL, 2016).

A realização de **laqueadura tubária no ato do parto é proibida por lei**, sendo autorizada somente nos seguintes casos: mulheres com sucessivas cesáreas anteriores ou presença de risco materno e que cumpram os demais requisitos legais (ser maior de 25 anos **ou** ter dois ou mais filhos vivos).

Caso a mulher tenha interesse em realizar a esterilização cirúrgica, é possível utilizar o curso de planejamento reprodutivo durante o pré-natal para prepará-la, orientando que reúna as declarações necessárias (declaração e confirmação da vontade) e os comprovantes dos filhos nascidos vivos, da ocorrência de cesáreas prévias e da sua participação em atividade educativa de planejamento reprodutivo. A mulher poderá então ser orientada a levar tais documentos para a maternidade, quando entrar em trabalho de parto, e declarar sua intenção de realizar esterilização cirúrgica caso o parto cirúrgico seja indicado por outras causas. É necessário, no entanto, deixar claro que a realização do procedimento não é garantida no ato do parto, em nenhuma circunstância, mesmo quando todos os requisitos estiverem cumpridos.

Referências bibliográficas:

BRASIL. Lei nº 9.263 de 12 de janeiro de 1996. Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União. Acessado em 31 de julho de 2020. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016.

OMS. Roda com os critérios médicos de elegibilidade da OMS para uso de métodos anticoncepcionais - atualização de 2015 [WHO medical eligibility criteria wheel for contraceptive use - 2015 update]. Genebra: Organização Mundial da Saúde; 2018. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/173585/9789248549250-por.pdf?ua=1>



**AGRAVOS E
INTERCORRÊNCIAS
NA GESTAÇÃO**

AGRAVOS E INTERCORRÊNCIAS NA GESTAÇÃO

MANEJO DOS SINTOMAS MAIS COMUNS NA GESTAÇÃO

Os sintomas da gravidez não são iguais para todas as mulheres. Algumas mulheres são mais sensíveis às mudanças hormonais ou possuem condições que favorecem a exacerbação de determinados sintomas. Durante as consultas de pré-natal os profissionais devem avaliar todos os sintomas buscando adotar as medidas necessárias para seu controle e, se necessário, o encaminhamento para acompanhamento em serviço especializado.

As queixas comuns na gestação frequentemente se associam às adaptações do organismo ao período gravídico. Em muitos casos, exibem melhora com orientação emocional ou medidas sintomáticas. É fundamental orientar as gestantes que procurem orientação do enfermeiro, médico ou dentista de referência para o manejo desses sintomas. A automedicação durante a gestação tem riscos adicionais, uma vez que, muitos medicamentos são contraindicados.

O quadro abaixo apresenta uma relação dos sintomas comuns ao período gestacional e as condutas indicadas.

Quadro 12 - Descrição e manejo dos sintomas mais comuns na gestação

Sintomas	Descrição	Orientações e Medicamentos
Náuseas e vômitos	Sintoma mais frequente no início da gestação. Cerca de 1 a 3% desses sintomas podem evoluir para hiperemese gravídica. Esses sintomas tendem a melhorar após o primeiro trimestre, mas em 20% das mulheres podem persistir até o final da gestação.	Evitar o jejum prolongado com dieta fracionada (de cinco a seis refeições por dia). Medicamentos: Dentre os tratamentos mais recentes, a piridoxina (vitamina B6) parece ser a mais efetiva na redução da intensidade da náusea. Podem ser utilizados de forma segura: antieméticos (metoclopramida 10mg, três vezes ao dia, bromoprida 10mg, duas a três vezes ao dia, dimenidrato 50mg, de três a quatro vezes ao dia), anti-histamínicos (prometazina 25mg, de 3 a 4 vezes ao dia, meclozina 25-50mg, de três a quatro vezes ao dia), piridoxina (vitamina B6), 40 mg, de duas a três vezes ao dia). A administração de gengibre em cápsulas (250 mg, quatro vezes ao dia) também tem se mostrado eficiente para reduzir náuseas e vômitos.
Sialorréia ou ptialismo	Algumas gestantes referem aumento da salivação no decorrer do pré-natal. Isso pode estar associado ao consumo de amido, ao estímulo do ramo trigêmeo e à hipertonia vagal. Geralmente, existe um fundo psicológico associado a esse sintoma.	Explicar que é uma queixa comum no início da gestação; Manter dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos. Orientar a gestante a tomar líquidos em abundância (especialmente em época de calor). Diante da manutenção ou piora do quadro deve-se avaliar a necessidade de acompanhamento psicológico.

Sintomas	Descrição	Orientações e Medicamentos
Pirose	Sintoma causado pelo refluxo gastroesofágico, comum principalmente no final da gravidez, devido à compressão do estômago pelo útero gravídico.	<p>Avaliar sempre:</p> <p>Sintomas iniciados antes da gravidez; Uso de medicamentos; História pessoal e familiar de úlcera gástrica</p> <p>Orientações:</p> <p>Evitar o decúbito horizontal logo após as refeições;</p> <p>Fracionar a dieta, evitando a ingestão de alimentos como café, chá, chocolate e frituras, normalmente são suficientes.</p> <p>Medicamentos:</p> <p>Nos casos mais graves, a utilização de hidróxido de alumínio (230 mg) ou de magnésio (300 mg), 2 a 4 comprimidos mastigáveis após as refeições, isolados ou combinados.</p> <p>Bloqueadores H2 (Ranitidina 150 mg, uma a duas vezes ao dia) podem ser prescritos. Se não houver melhora, inibidores da bomba de prótons (Omeprazol 20 mg, uma vez ao dia) também podem ser utilizados.</p>
Sensação de plenitude	Também é frequente no final da gestação pela compressão do estômago pelo útero gravídico.	Orienta-se dieta fracionada com menor volume de alimento em alguns casos, sugerindo a ingestão de substâncias pastosas, não deitar após as refeições, assim como a não ingestão de líquidos na refeição.
Constipação	Queixa comum da gestante durante o pré-natal e deve-se à lentificação do trânsito intestinal, própria desse período.	<p>Orientar quanto o aumento da ingestão de líquidos; Suplementação dietética com fibras vegetais;</p> <p>Fazer caminhadas leves (não havendo contraindicações)</p> <p>Se não houver resposta à suplementação com fibras, podem ser utilizados dimeticona 40 mg, duas a três vezes ao dia, para gases, hioscina 10 mg, três vezes ao dia, para cólicas ou supositório de glicerina.</p>
Hemorróidas	O aumento do volume uterino, que comprime a veia cava inferior e dificulta o retorno venoso, associado à constipação, favorece a dilatação das veias retais, levando ao aparecimento de hemorroidas.	<p>Tratamento consiste na prevenção da constipação, uso de anestésicos locais e, nos casos de trombose da veia retal, retirada desta com anestesia local.</p> <p>Evitar esforço às evacuações</p> <p>Obs.: tratamentos esclerosantes ou cirúrgicos são contraindicados. Diante da ocorrência de complicações a gestante deve ser encaminhada para o hospital de referência.</p>
Picamalácia	A picamalácia é caracterizada pelo desejo de ingerir substâncias atípicas.	Orientar a gestante mostrando o risco de tal atitude no evoluir normal da gravidez, favorecendo a anemia, interferindo na absorção de nutrientes e facilitando o aparecimento de parasitoses.

Sintomas	Descrição	Orientações e Medicamentos
Fraquezas, desmaios, tonturas e vertigens	Esses sintomas aparecem devido à vasodilatação e à hipotonia vascular, comuns na gestação, principalmente no segundo trimestre, pela estase sanguínea nos membros inferiores e pelve e, em algumas situações, pela hipoglicemia em períodos de jejum prolongado. A hipotensão supina que ocorre no terceiro trimestre deve-se à compressão da veia cava inferior pelo útero gravídico.	A simples orientação de, nessas ocasiões, manter-se deitada do lado esquerdo até o cessar dos sintomas, além de adotar uma dieta fracionada e manter-se em ambientes arejados costumam ser tratamentos efetivos. Evitar jejum prolongado; Ingerir líquidos; Nos casos reincidentes, o uso de meias elásticas para melhorar o retorno venoso pode estar indicado; Avaliar a pressão arterial.
Varicosidades	Assim como as hemorróidas, as varizes podem aparecer principalmente no final da gravidez e devem-se à dificuldade do retorno venoso imposto pela compressão do útero gravídico à veia cava inferior. Variam desde a sensação de desconforto ao final do dia até casos mais graves, como trombose e tromboflebite. Manifestam-se nos membros inferiores e na vulva	Orientar quanto ao repouso, com os membros superiores elevados e utilização de meias elásticas. Nos casos mais graves, encaminhar para serviço de referência para parecer do especialista.
Edema	Uma das queixas mais comuns das gestantes na segunda metade da gravidez ocorre devido ao aumento da volemia e da estase sanguínea, com aumento da permeabilidade capilar e da pressão intravascular.	A conduta baseia-se em medidas paliativas, como evitar tempos prolongados na posição ortostática, repouso periódico em decúbito lateral esquerdo e, novamente, uso de meias elásticas e drenagem linfática. ATENÇÃO: Não é indicado tratamento medicamentoso para correção do edema fisiológico na gravidez. Na presença de edema associado a hipertensão ou ganho de peso, edema generalizado ou edema unilateral de MMII com dor e/ou sinais flogísticos (suspeita de TVP) encaminhar para urgência obstétrica.
Câimbras	Sintoma de etiologia incerta, ocorre provavelmente devido ao desequilíbrio iônico de cálcio e fósforo. É mais frequente à noite ou pela manhã.	Evitar o alongamento muscular excessivo ao acordar; Na gestação avançada, devem evitar ficar em pé ou sentada por longo período; Em casos de câimbras aplicar calor no local, massagem na perna e realizar movimentos passivos de extensão e flexão do pé; Evitar excesso de exercício físico; Realizar alongamentos específicos, com orientação profissional.
Dor em baixo ventre ou Lombalgia	Quadro de dor abdominal baixa e lombossacra que resulta da distensão das articulações sacroilíacas e da sínfise púbica.	Seu manejo consiste em corrigir a postura, evitar o ortostatismo prolongado, realizar exercícios de relaxamento, como ioga e hidromassagem, acupuntura e analgésicos. ATENÇÃO: Em casos de dor em baixo ventre de intensidade, duração sugestivas de contração; sangramento vaginal; sintomas sistêmicos ou de abdome agudo (MS,2017). Encaminhar para avaliação de urgência.

Sintomas	Descrição	Orientações e Medicamentos
Queixas urinárias	Representados pela polaciúria e pela nictúria sem disúria, no primeiro trimestre devem-se à compressão do útero na bexiga, e, no final da gravidez, à compressão da apresentação fetal.	Em caso de Disúria ver orientações para ITU .
Sonolência e insônia	A sonolência é um sintoma sem etiologia conhecida, muito frequente e que não necessita de tratamento. A insônia pode ocorrer em gestantes mais ansiosas, pelo medo e pelas incertezas que as mudanças da gravidez podem trazer para a vida cotidiana.	Em casos de insônia: orientar sobre mudanças de hábitos relacionados ao sono. O estabelecimento de rotinas antes de dormir, evitar consumo de alimentos e bebidas com cafeína e realizar exercícios leves.
Síndrome do túnel do carpo	Síndrome que ocorre devido ao edema do túnel do carpo, de etiologia não perfeitamente conhecida. Sua incidência varia de 25 a 50%. Os sintomas são dores nas mãos e parestesia à noite e no início da manhã. Costuma ser autolimitada, com melhora dos sintomas em 60% das pacientes 30 dias após o parto e em 95% 1 ano depois.	O tratamento conservador é feito com imobilização da mão com tala. O tratamento cirúrgico reserva-se aos casos mais graves e, geralmente, não é realizado durante a gestação.
Congestão nasal e epistaxe	Devido à produção aumentada de hormônios esteróides, que levam à vasodilatação e ao aumento da vascularização da mucosa nasal, surge o desconforto da congestão nasal.	Congestão nasal: uso de soro fisiológico. Epistaxe: costuma ser resolvida com leve compressão local.
Gengivorragia	Decorrente da mesma forma da congestão da mucosa oral. Em alguns casos, pode levar a doença periodontal por hipertrofia gengival.	A higiene bucal adequada, com escova de cerdas macias, é o tratamento preconizado.
Corrimento	O corrimento fisiológico da gravidez consiste em conteúdo vaginal de consistência fluida que não causa irritação e deve-se à modificação da flora de Doderlein, maior descamação do epitélio vaginal e transudação acentuada.	Tal situação não requer tratamento, o qual se reserva ao aparecimento de infecções causadas por cândida ou vaginose bacteriana, nesses casos ver orientações para ISTs .
Cefaléia	Diante de relatos de dores de cabeça o profissional deve afastar as hipóteses de HAS e pré-eclâmpsia. Avaliar sempre: Sinais de cefaleia secundária; Sintomas antes da gravidez; Diagnóstico prévio de enxaqueca; Uso de medicamentos.	Orientar repouso; Possibilitar que a gestante exponha suas tensões. Se dor recorrente, orientar sobre os sinais de alerta. Considerar o uso de analgésicos comuns: Paracetamol 500 mg ou 750 mg, quatro vezes ao dia.
Cloasma Gravidico	Trata-se do aparecimento de manchas castanhas e irregulares na face. Essa alteração ocorre em aproximadamente 60% das gestantes.	Geralmente regridem após o parto. Entretanto, um número considerável de casos exige tratamento dermatológico. Esclarecer que as manchas são comuns durante a gravidez. Orientações: Evitar exposição direta ao sol; Utilizar filtro solar .

Sintomas	Descrição	Orientações e Medicamentos
Mastalgia	Queixa frequente no início da gestação e no período próximo ao parto.	Realizar exame clínico das mamas para descartar qualquer alteração. Avaliar: Presença de sinais de alerta; Descargas papilares purulentas ou sanguinolentas. Esclarecer que o aumento de volume mamário na gestação pode ocasionar desconforto doloroso. Orientar uso de sutiã com boa sustentação.

Referências bibliográficas:

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.

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

ANEMIA

A anemia é definida durante a gestação com os valores de hemoglobina (Hb) abaixo de 11g/ dl ou abaixo de 10,5g/dl (a partir de 28 semanas). Quando não diagnosticada e tratada adequadamente está associada ao maior risco de morte para o binômio mãe- feto, além de parto prematuro, baixo peso ao nascer e o surgimento de infecções (BRASIL, 2004).

Portanto, o rastreamento, através da dosagem de hemoglobina e a identificação dos fatores de risco devem ser realizados no pré-natal, em todas as gestantes, o mais precoce possível, e devendo ser repetido na 28ª semana de gestação (Brasil, 2004).

Considera-se o valor de hemoglobina (Hb) maior ou igual a 11g/dl (ou maior ou igual a 10,5g/dl a partir da 28ª semana) como ausência de anemia na gravidez; entre 11 e 8 g/dl como anemia leve a moderada; e menor de 8 g/dl como anemia grave. Neste caso, a paciente deverá ser encaminhada para acompanhamento no pré-natal de alto risco.

A suplementação universal de ferro não evidenciou benefícios em desfechos materno-fetais, apesar de poder melhorar os índices maternos de hemoglobina. A evidência é insuficiente para recomendar a favor ou contra a suplementação de ferro em gestantes não-anêmicas. A OMS recomenda suplementação universal, em gestantes de risco. Os protocolos do Ministério da Saúde ainda recomendam a suplementação profilática. Caso o profissional e a gestante optem pela suplementação de ferro, deve ser prescrito 40 mg/ dia de Fe elementar, a partir da 20ª semana, 1 hora antes das refeições.

O tratamento das anemias deve seguir o quadro sugerido a seguir:

Quadro 13 - Dosagem de hemoglobina - interpretação e conduta

Hemoglobina	Interpretação	Conduta
>11 g/dl (1ª consulta) ou >10,5 g/dl (28 semanas)	ausência de anemia	Avaliar suplementação profilática
Entre 8g/dl e 11 g/dl (10,5 g/dl com 28 semanas)	anemia leve a moderada	Tratar com 120- 200 mg/dia de ferro, uma hora antes das refeições (dois cp. antes do café, dois cp. antes do almoço e um cp. antes do jantar), de preferência com suco de frutas cítricas Sulfato ferroso: um comprimido de 200 mg de Fe = 40 mg de ferro elementar
<8g/dl	anemia grave	Encaminhar ao pré-natal de alto risco.

Se anemia estiver presente, recomenda-se tratar, avaliar a presença de parasitose intestinal (não recomendado tratar durante o primeiro trimestre) e acompanhar com a solicitação de nova hemoglobina e ferritina após 30 dias. O tratamento deve ser mantido até que a hemoglobina alcance níveis superiores a 11g/dl e, a seguir, deve-se voltar a dose profilática (30-60 mg/dia de ferro elementar) até o terceiro mês pós-parto. (CANTOR et al., 2017)

Referências bibliográficas:

CANTOR, AG et al. Routine iron supplementation and screening for iron deficiency anemia in pregnancy: a systematic review for the U.S. Preventive Services Task Force. *Ann Intern Med.* 2015;162(8):566. doi: 10.7326/M14-2932.

SILVA, CF. et al. SUPLEMENTAÇÃO DE SULFATO FERROSO NA GESTAÇÃO E ANEMIA GESTACIONAL: UMA REVISÃO DA LITERATURA FERROUS SULFATE SUPPLEMENTATION IN PREGNANCY AND GESTATIONAL ANEMIA: A SYSTEMATIC REVIEW. *Arq. Catarin Med.* 2018 jan-mar; 47(1):198-206

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária Atenção à saúde da gestante em APS / organização de Maria Lucia Medeiros Lenz, Rui Flores. – 2.ed. – Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2017.

PEÑA-ROSAS JP et al. Daily oral iron supplementation during pregnancy. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Jul22;(7):-CD004736. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD004736.pub5/full>

ANEMIA FALCIFORME

É a patologia hereditária mais comum no Brasil, com uma incidência maior entre afrodescendentes. No período gestacional, torna-se uma situação potencialmente grave, pois pode desencadear aumento nas crises algicas, acentuação do quadro de anemia, abortamento, crescimento intrauterino restrito, trabalho de parto prematuro e pré-eclâmpsia, bem como transtornos respiratórios e digestivos. Portanto colocando em risco o binômio mãe-feto.

A eletroforese de hemoglobina é o único exame capaz de detectar o traço ou doença em adultos, devendo ser realizados em todas as gestantes. Nos casos em que seja feito o diagnóstico, a gestante deve ser encaminhada para realização de pré-natal de alto risco, porém sem perder o vínculo com a equipe de atenção básica na sua UBS para as demais orientações de saúde (BRASIL, 2013).

Referências bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica nº 035/2011/CGSH/DAE/SAS/MS, de 12 de dezembro de 2013. Brasília, 2013. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nt_eleetroforese_hemoglobina_prenatal.pdf

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. 230 p. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf

DIABETES GESTACIONAL

Diabetes mellitus gestacional (DMG) é a intolerância aos carboidratos diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, e que pode ou não persistir após o parto. Sua prevalência é variável, dependendo dos critérios diagnósticos empregados e da população estudada. No Brasil, em torno de 7% das gestações são complicadas pela hiperglicemia gestacional; no entanto, em virtude do aumento da prevalência de fatores de risco na população em geral, como Diabetes Mellitus tipo II, idade materna e obesidade, é provável que este número seja maior.

O risco de desfechos adversos maternos, fetais e neonatais aumenta com a elevação da glicemia materna. As complicações gestacionais mais frequentemente associadas ao diabetes gestacional são: a cesariana, pré-eclâmpsia; prematuridade, macrosomia, distocia de ombro do recém-nascido, hipoglicemia neonatal e morte perinatal.

Além dos casos de pacientes com DMG, há, ainda, os casos de gestação que ocorrem em mulheres portadoras de diabetes tipo 1, tipo 2 ou outros subtipos. Nesses casos, a gravidez deve ser programada para quando a gestante portadora de DM estiver apresentando hemoglobina glicada (HbA1C) normal (< 7,0%) ou, no máximo, até 1,0% acima do valor de referência do laboratório, com o objetivo de prevenir malformações fetais. Inclusive, para estas pacientes, o uso do ácido fólico está recomendado desde o período pré-concepcional até o fechamento do tubo neural, em torno da 12ª semana de gestação. **Ademais, a avaliação e estabilização das complicações crônicas do diabetes, caso presentes, devem ser feitas antes da concepção.**

Fatores de risco

- Idade superior a 35 anos;
- Antecedente de DMG;
- Obesidade, sobrepeso (IMC > que 25kg/m²) ou ganho excessivo de peso na gravidez atual;
- Deposição central excessiva de gordura corporal;
- História familiar de diabetes (parentes de 1º grau);
- Baixa estatura (< 1,50 m);
- **Crescimento fetal excessivo** ou polidrâmnio;
- hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual;
- Antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal, ou de macrosomia (peso ≥ 4,0 kg);
- Antecedentes pessoais de alterações metabólicas (Síndrome do ovário policístico,

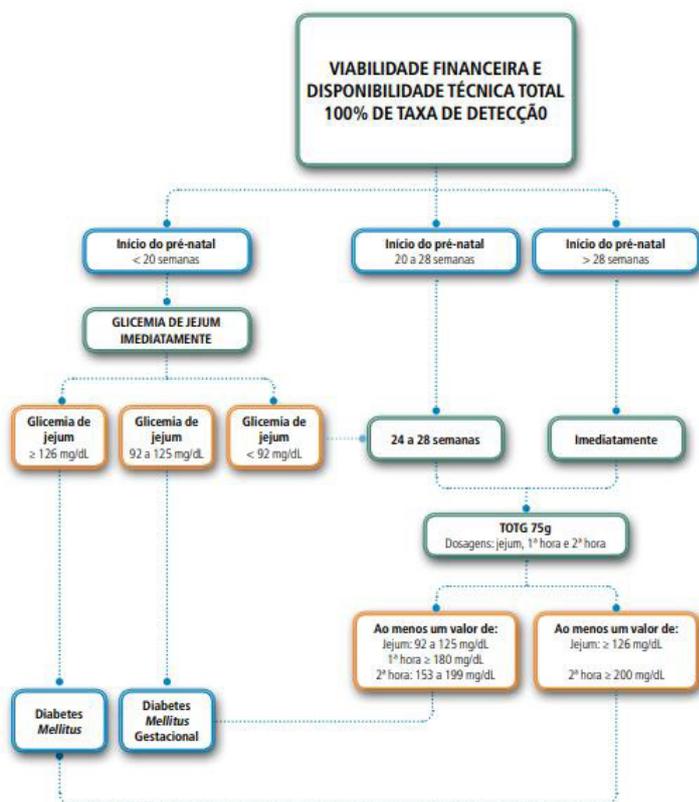
hipertrigliceridemia, acantose nigricans, doença cardiovascular metabólica) e outras patologias que levam ao hiperinsulinismo.

Diagnóstico

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**. Entretanto, como já mencionado, o diabetes é assintomático em proporção significativa dos casos, ocorrendo a suspeita clínica a partir de fatores de risco. A dosagem da **glicemia de jejum** deve ser solicitada 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 rastreamento deve ser explicado a paciente e seu acompanhante informando riscos, benefícios e as possíveis complicações da diabetes.

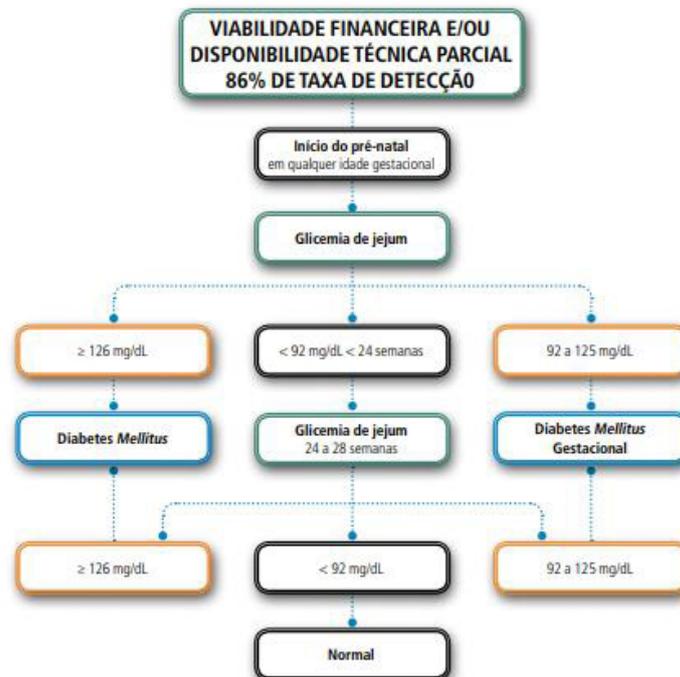
Nos fluxogramas abaixo você encontrará duas estratégias de diagnóstico de DMG propostas pelo Ministério da Saúde em parceria com a OPAS que considera a viabilidade financeira e disponibilidade técnica de cada região. O primeiro fluxograma deve ser aplicado quando for possível realizar TOTG 75g para todas as gestantes e o segundo quando o acesso a esse exame no seu município for mais restrito.

Fluxograma 2 - Diagnóstico de DMG em situação de viabilidade financeira e disponibilidade técnica total



Fonte: Retirado de OPAS; BRASIL (2017)

Fluxograma 3 - Diagnóstico de DMG em situação de viabilidade financeira e/ou disponibilidade técnica parcial



Fonte: Retirado de OPAS; BRASIL (2017)

Conduta Inicial para o Diabetes durante a gestação

Como demonstrado nos fluxogramas, realizado o diagnóstico de diabetes, a **paciente deve ser referenciada para uma unidade de pré-natal de alto risco** e manter, concomitantemente, o acompanhamento na unidade básica de origem. Alguns exames laboratoriais complementares podem ser solicitados ainda na unidade básica de saúde, no sentido de não se perder tempo, quando da avaliação na unidade de alto risco:

- Creatinina sérica e *clearence* de creatinina
- TSH
- Urina tipo I (para verificar infecção urinária, proteinúria, corpos cetônicos, glicosúria) e urocultura.
- Proteinúria de 24 horas ou microalbuminúria.
- Ultrassonografia obstétrica no 1º trimestre, para determinação da idade gestacional; e ultrassonografia morfológica, entre 18-22 semanas, para rastrear malformações fetais. Quando houver suspeita de malformação cardíaca, complementar com ecocardiografia fetal.

Algumas orientações devem ser dadas ainda na unidade de saúde, enquanto se aguarda o início do pré-natal no alto risco. É importante que seja mantido um controle metabólico

adequado, portanto são recomendadas orientações nutricionais (alimentação saudável), estímulo a atividade física (desde que não haja restrições), interrupção do tabagismo, associada ou não a insulinoterapia. Quanto ao uso de hipoglicemiantes, principalmente a metformina e glibenclamida, estudos vêm sendo realizados para uso destas medicações no período gestacional, porém em casos específicos. No entanto, a insulina ainda permanece a medicação de escolha para o tratamento do diabetes na gravidez. Outros agentes orais são contraindicados. A insulina deve ser mantida para todas as pacientes que já faziam uso dela, assim como deve ser iniciada para as gestantes diabéticas tipo 2 que faziam uso prévio de hipoglicemiantes, ou para diabéticas gestacionais que não obtiveram controle satisfatório com dieta e exercícios físicos.

A equipe da atenção básica tem um papel importante no acompanhamento dessas pacientes, seja no período gestacional (acompanhamento compartilhado com o pré-natal de alto risco), como também no período pós-parto, pois sabe-se que metade das pacientes que tiveram diabetes gestacional, em um período de 5 anos, podem desenvolver diabetes mellitus ou algum grau de intolerância a carboidratos. Portanto no pós-parto essa avaliação deve ser realizada por meio da realização de teste de sobrecarga de 75 gramas, 6 semanas após o parto, época na qual o metabolismo apresenta a condição prévia da gestação. Se o teste de sobrecarga não estiver disponível, pode-se solicitar glicemia de jejum. As mulheres que apresentarem resultados normais ou intolerantes ao exame devem ser aconselhadas a repetir anualmente essa pesquisa, pelo risco considerável de se tornarem diabéticas.

Referências bibliográficas:

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012 (disponível http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_pre_natal.pdf)

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). Manual de Orientação, Gestação de Alto Risco. Comissões Nacionais Especializadas Ginecologia e Obstetrícia Gestação de Alto Risco, 2011. Disponível em: https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manuais_Novos/gestacao_alto-risco_30-08.pdf

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré natal e puerpério / organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras – 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)

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diabetes mellitus gestacional: diagnóstico, tratamento e acompanhamento pós-gestação. 2014-2015. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/pdf/diabetes-gestacional/001-Diretrizes-SBD-Diabetes-Gestacional-pg192.pdf>)

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília, DF: OPAS, 2016. 32p. <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/34278/9788579671180-por.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

DOENÇA HEMOLÍTICA PERINATAL

A doença hemolítica perinatal (DHP) caracteriza-se por anemia hemolítica fetal, podendo comprometer a saúde fetal e trazendo repercussões sobre a vitalidade neonatal. (BRASIL, 2012; BAIÃO, 2012). É decorrente da aloimunização materna a antígenos presentes nas membranas das hemácias fetais. Esses anticorpos maternos atravessam a barreira placentária e agem contra antígenos eritrocitários (reação antígeno – anticorpo) levando sua destruição (hemólise), que em maior ou menor grau, desencadeará as diversas manifestações clínicas (como anemia e hipóxia) (BRASIL, 2012; PEIXOTO, 2014). Tem como pré-requisito a transfusão de sangue em que a mãe é Rh negativa e o feto Rh positivo.

Prevenção

Nesta patologia é importante que o diagnóstico se antecipe a DHP. A **ocorrência do diagnóstico de DHP em uma gestação é indicativo de que medidas necessárias deixaram de ocorrer antes da atual gestação**. Portanto, o ideal é que algumas medidas sejam realizadas ainda nos cuidados pré-concepcionais, com a finalidade de identificar as pacientes com risco para desenvolver a DHP, pesquisando a identificação da tipagem sanguínea e o fator RH da gestante e do pai biológico (BRASIL, 2012).

Porém, na maioria dos casos, o momento para realização desta investigação ocorre durante o período gestacional, no pré-natal. Na realização da **primeira consulta** é necessário investigar a existência de incompatibilidade sanguínea entre os pais. A gestante deve fazer um **exame de sangue que determine o seu grupo sanguíneo (ABO) e o tipo de RH** (BRASIL, 2012).

Nos casos em que a gestante seja RH negativo o profissional de saúde deverá solicitar também o grupo sanguíneo e o Rh do pai biológico; se ele for Rh negativo e a mãe for Rh negativa, não existe qualquer risco de incompatibilidade; no entanto, se ele for Rh positivo e a mãe for Rh negativo, poderá existir riscos para o conceito (PEIXOTO, 2014).

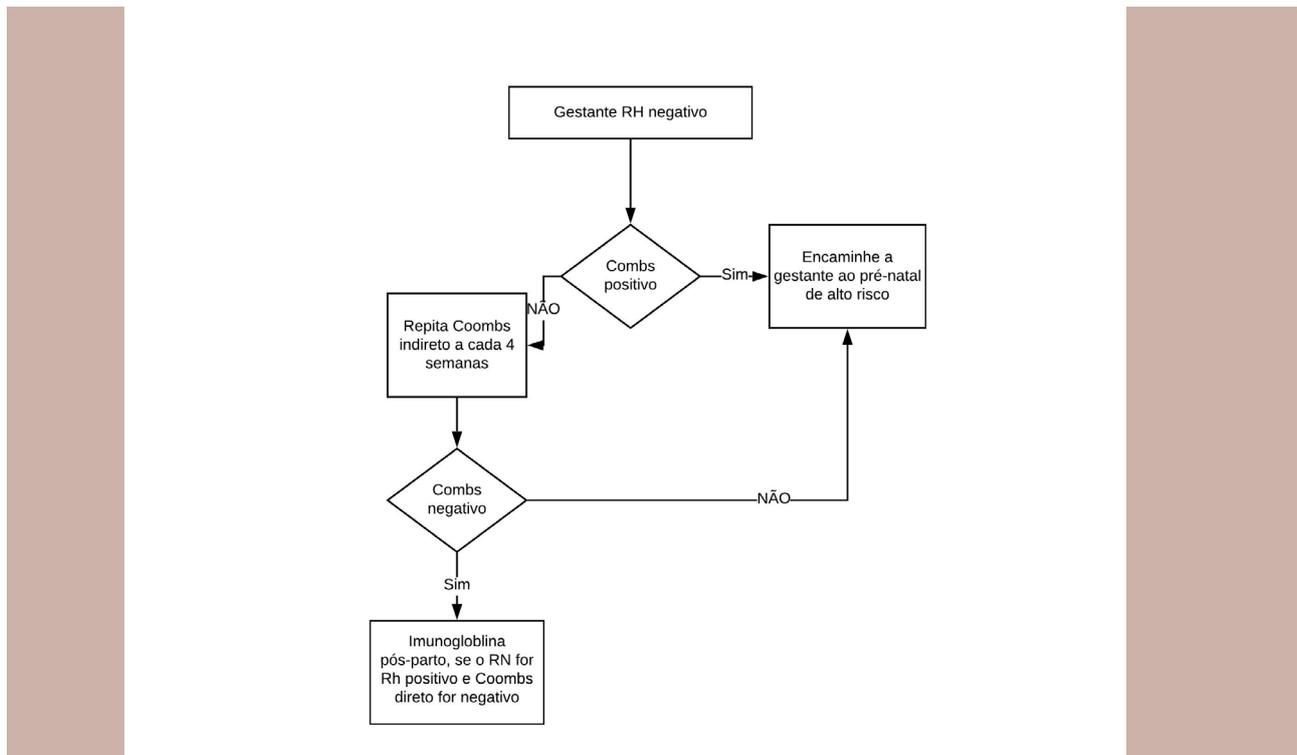
Na existência de incompatibilidade (fluxograma X), ou seja, mulher Rh negativo (negativo) e homem Rh positivo, ou em caso de pai desconhecido, deve-se proceder à imediata investigação da eventual presença de anticorpos anti-Rh no sangue da gestante por meio da realização do Coombs Indireto (BRASIL, 2012).

Na presença de anticorpos anti-D (Coombs indireto positivo) a gestante deve ser referenciada ao pré-natal de alto risco, para determinar o grau de hemólise provocada no feto e a melhor conduta a ser adotada. Caso o Coombs indireto resulte negativo, ele deve ser novamente solicitado a cada 4 semanas, após a 24ª semana gestacional (BRASIL, 2012).

No período pós parto, nos caso que a mãe seja Rh negativo e o recém-nascido Rh positivo, que não tenha sido sensibilizada, ou seja com coombs indireto negativo, com a finalidade de evitar o comprometimento de futuras gestações está indicado o uso de

300 mcg de Imunoglobulina anti Rh intramuscular, até 72 horas após o parto. A administração de Imunoglobulina anti Rh também está indicada nos seguintes casos: abortamento, gestação ectópica, gestação molar, sangramento vaginal ou após procedimentos invasivos (amniocentese, biópsia de vilos coriais, cordocentese) quando a mãe for Rh negativo (BRASIL, 2012; BAIÃO, 2012).

Fluxograma 4 - Conduta gestante RH negativo



Fonte: Adaptado de Brasil (2012).

Referências bibliográficas:

BAIÃO AE. Doença Hemolítica Perinatal. Manual de Perinatologia / Perinatal. – Rio de Janeiro: julho, 2012. [Acessado em 01 outubro de 2019]. Disponível em: https://www.perinatal.com.br/pdf/manual-perinatologia_perinatal.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – ((Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32)

PEIXOTO, S. Manual de Assistência Pré-Natal -- 2a. ed. -- São Paulo : Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014.

SÍNDROMES HEMORRÁGICAS

As principais causas de hemorragias na gestação são:

- **Na primeira metade da gestação:** abortamento, descolamento cório-amniótico, gravidez ectópica e neoplasia trofoblástica gestacional benigna (mola hidatiforme);
- **Na segunda metade da gestação:** placenta prévia (PP) e descolamento prematuro da placenta (DPP).

Outras causas de perda sanguínea na gestação: Infecções Sexualmente Transmissíveis (cervicites/tricomoniase), pólipos cervicais, câncer de colo uterino e vagina, lesões traumáticas, entre outras.

O diagnóstico dos casos de hemorragia, muitas vezes, não é possível de ser realizado na unidade básica de saúde, mas é importante que o profissional de saúde esteja preparado para esse atendimento, estabelecendo as medidas de suporte à vida e um transporte seguro para transferência dessas pacientes a uma unidade hospitalar de referência quando necessário.

A avaliação desses casos exige anamnese, exame clínico-ginecológico e exames complementares, incluído a ultrassonografia. Caso não seja possível realizar a USG, em situações necessárias, encaminhar a avaliação obstétrica de urgência. No exame ginecológico é mandatório constar o **exame especular**, para o diagnóstico diferencial de outras possíveis causas de hemorragia.

O toque vaginal deve ser evitado ou realizado com muita cautela nos casos de suspeita placenta prévia.

As síndromes hemorrágicas devem ser conduzidas conforme a IG e as condições clínicas da gestante.

Abortamento

Definição:

É a morte ou expulsão ovular ocorrida antes de 22 semanas ou quando o concepto pesa menos de 500g. O abortamento é dito precoce quando ocorre até a 12ª semana e tardio quando ocorre entre a 13ª e a 22ª semanas.

Identificação:

O diagnóstico é clínico, podendo ser necessário em alguns casos realizar ultrassonografia. A presença de atraso menstrual, acompanhada de perda sanguínea vaginal, e de dor tipo cólica em região de hipogástrio são sintomas que devem ser considerados. O exame ginecológico deve conter exame especular para identificação da origem intrauterina do sangramento, podendo eventualmente identificar fragmentos de restos ovulares no canal cervical e vagina. O exame ultrassonográfico auxiliará no diagnóstico diferencial entre um aborto evitável (presença de saco embrionário íntegro e/ou concepto vivo), um aborto incompleto (presença de restos ovulares) ou aborto retido (presença de concepto morto ou ausência de saco embrionário).

Clinicamente o aborto pode ser classificado em:

Ameaça de abortamento

Caracteriza-se pela integridade do ovo, com útero compatível com a idade da gravidez e colo impérvio. A queixa referida pela paciente será de sangramento vaginal, podendo variar de discreto a moderado, sem alteração na permeabilidade do colo uterino, geralmente com sintomatologia discreta ou ausente (dor do tipo cólica ou peso na região do hipogástrio). O exame especular identifica sangramento em pequena quantidade proveniente do canal cervical ou apenas coletado no fundo de saco posterior. Ao toque vaginal, o colo uterino apresenta-se fechado e bem formado e os anexos e fundos de saco estão normais e livres. A ultrassonografia define o diagnóstico.

CONDUTA:

a. repouso domiciliar. Não existem evidências de que a medida mude o desfecho. Porém, pode ser aconselhado nessas situações uma vez que pode diminuir a ansiedade, favorecendo o relaxamento e reduzindo os estímulos contráteis do útero.

b. Abstinência sexual. Não existem evidências de que a medida mude o desfecho.

c. Antiespasmódicos. a administração, por tempo limitado, de hioscina, 10mg, um comprimido, VO, de 8 em 8 horas tem sido utilizada.

Caso não seja possível realizar USG, encaminhar ao hospital de referência obstétrica. Observar evolução do quadro, pois uma ameaça de abortamento pode evoluir para gestação normal ou para abortamento inevitável.

Abortamento em curso

Caracteriza-se por perda da integridade do ovo, sangramento moderado a acentuado contendo coágulos e/ou restos ovulares, colo uterino permeável, dor em cólica de forte intensidade e o volume uterino não é compatível com a idade gestacional, onde se observa uma redução do seu volume. Evoluindo para um quadro de abortamento completo ou incompleto. **A conduta inicial nesses casos é oferecer tratamento de suporte, para estabilização hemodinâmica e transferir para unidade de referência para confirmação diagnóstica e em se tratando de aborto incompleto a realização do esvaziamento da cavidade uterina.**

Aborto retido

Caracteriza-se pela interrupção da gestação com permanência do produto conceptual na cavidade uterina. Pode ou não ocorrer discreto sangramento, com colo impérvio, regressão dos fenômenos gravídicos e redução do volume uterino em relação à idade gestacional. Em alguns casos, pode ocorrer sem sintomatologia e o diagnóstico é realizado quando da realização de ultrassonografia de rotina.

CONDUTA: Encaminhar a paciente para o hospital de referência obstétrica, para a realização de conduta expectante ou esvaziamento da cavidade uterina.

Aborto infectado

Caracteriza-se por quadro infeccioso materno, com presença de ovo íntegro ou não e quadro hemorrágico variável. Pode apresentar secreção fétida endovaginal, dor pélvica intensa à palpação, calor local e febre, além de comprometimento variável do estado geral.

CONDUTA: Iniciar na unidade básica de saúde reposição volêmica (para a estabilização hemodinâmica) e encaminhar para o hospital de referência obstétrica, para início de antibioticoterapia.

Gravidez ectópica

Definição: Consiste na implantação do ovo fora da cavidade uterina, sendo mais comum a sua localização na trompa uterina.

Identificação:

História de atraso menstrual, teste positivo para gravidez, sangramento uterino e dor pélvica intermitente, na fase inicial, com progressão para uma dor contínua e intensa, acompanhada de irritação peritoneal.

Portanto, no exame físico, avaliam-se as condições hemodinâmicas e os sinais de irritação peritoneal. O exame especular pode ou não mostrar a presença do sangramento. Pelo toque vaginal, pode se encontrar sinais de gravidez inicial como o amolecimento do colo e a presença ou não de aumento uterino. A palpação dos anexos pode ser dolorosa e demonstrar presença de um tumor.

CONDUTA: encaminhar a paciente para um hospital de referência para diagnóstico e tratamento com a instituição de medidas de suporte a vida e em transporte adequado.

Doença trofoblástica gestacional (mola hidatiforme)

Definição: Caracteriza-se pela degeneração trofoblástica ocorrida após uma gestação.

Identificação:

O diagnóstico clínico pode ser feito pela presença de sangramento vaginal intermitente e de pequena quantidade, indolor, que pode vir acompanhado de vesículas (sinal patognomônico). A hiperêmese é mais frequente e intensa. A doença trofoblástica pode vir com hipertensão gestacional precoce. No exame obstétrico podemos encontrar um volume uterino maior do que o esperado para idade gestacional. O diagnóstico pode ser realizado pela quantificação do β HCG, que apresentam níveis muito elevados. O diagnóstico é ultrassonográfico e é confirmado pelo exame histopatológico do material curetado.

CONDUTA: na suspeita desses casos a paciente deve ser encaminhada ao hospital de referência obstétrica para que se realize a confirmação diagnóstica e o tratamento.

Descolamento córioamniótico

Caracteriza-se por sangramento genital de pequena intensidade. É diagnosticado por exame ultrassonográfico. A evolução em geral é boa e não representa quadro de risco materno e/ou ovular. A conduta é conservadora e, basicamente, consiste no esclarecimento à gestante.

Descolamento prematuro de placenta (DPP)

Definição: É a separação da placenta do seu sítio de implantação no corpo uterino antes do nascimento do feto, em uma gestação de 20 ou mais semanas completas.

Identificação:

Sintomas: Aparecimento de dor abdominal súbita, com intensidade variável; sangramento vaginal pode variar de discreto a volumoso; pode ocorrer “sangramento oculto” quando não há exteriorização do sangramento; pode evoluir para quadro grave caracterizado por atonia uterina; causa importante de sangramento no terceiro trimestre de gestação.

Realização do exame obstétrico: Inicialmente, ocorre contrações frequentes (>5 em 10 minutos) e intensas, seguida de hipertonia uterina e alteração dos batimentos cardíacos fetais (BCF); útero hipertônico, doloroso, sensível às manobras palpatórias; BCF alterados ou ausentes; comprometimento das condições gerais maternas, desde palidez de pele e mucosas até choque e distúrbios da coagulação sanguínea.

CONDUTA: Encaminhar a gestante, como emergência, ao hospital de referência em transporte adequado e com as medidas de suporte à vida.

Placenta prévia (inserção baixa de placenta)

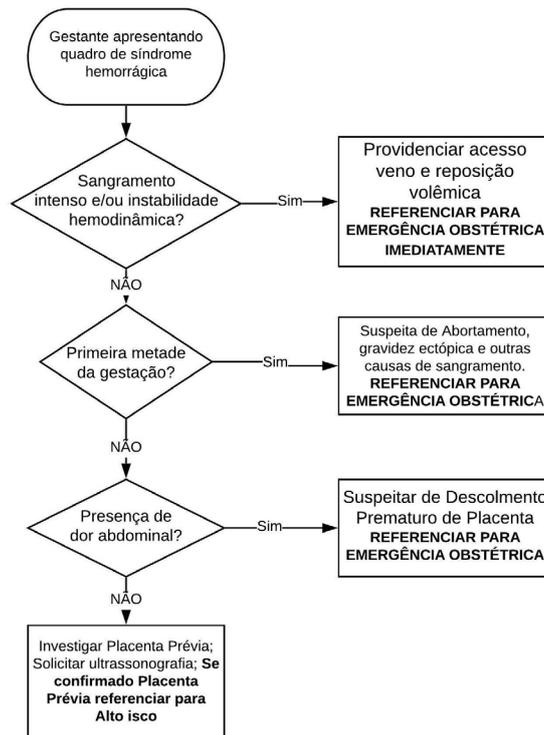
Definição: Corresponde a um processo patológico em que a implantação da placenta, inteira ou parcialmente, ocorre no segmento inferior do útero.

Características: sangramento vaginal, súbito vermelho-vivo, de quantidade variável, indolor. É episódica, recorrente e progressiva.

Realização do exame obstétrico: volume e tônus uterinos normais e frequentemente apresentação fetal anômala; habitualmente, 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 do toque vaginal. A confirmação diagnóstica é dada pelo exame ultrassonográfico.

CONDUTA: Referenciar a gestante para o alto risco

Fluxograma 5 - Conduta para casos de síndrome hemorrágica



Fonte: Adaptado de Brasil (2016)

Referência bibliográfica

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012 (disponível http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_pre-natal.pdf)

HIPERTENSÃO ARTERIAL

Síndromes hipertensivas na gravidez

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) é o agravo mais frequentemente em gestantes, sendo uma das principais causas de morbimortalidade. Portanto, por apresentar risco é necessário, que uma vez identificada no pré-natal, a gestante seja referenciada para acompanhamento no serviço de pré-natal de alto risco.

A hipertensão arterial na gravidez tem como conceito a presença de níveis tensionais iguais ou maiores que 140 mm Hg na pressão sistólica, e iguais ou maiores que 90 mm Hg na pressão diastólica mantidos em 2 ocasiões e resguardado um intervalo de 4 horas entre as mensurações.

Diagnóstico

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.

As classificações da hipertensão arterial em gestantes são diversas. Porém a mais difundida estabelece a possibilidade de cinco formas de síndromes hipertensivas na gestação: **hipertensão arterial crônica, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e hipertensão arterial crônica superposta por pré-eclâmpsia.**

Hipertensão arterial crônica

Estado hipertensivo registrado antes do início da gestação ou que antecede a 20ª semana de gravidez. Esta condição não está associada a proteinúria (salvo se houver dano renal antes da gravidez) e que persiste depois de 12 semanas após o parto.

Hipertensão gestacional:

É a **hipertensão arterial que ocorre após a 20ª semana da gestação**, mais frequentemente perto do parto ou no puerpério imediato, **sem proteinúria**. Normalmente, a PA se normaliza nas primeiras 12 semanas de puerpério, podendo, por isso, ser definida como “transitória”, embora a condição geralmente recorra em 80% das gestações subsequentes. Diante dos conceitos atuais sobre o diagnóstico de pré-eclâmpsia, mesmo na ausência de proteinúria, é preciso estar sempre atento à possibilidade de evolução desfavorável de casos inicialmente diagnosticados como hipertensão gestacional, pois até 25% dessas pacientes apresentarão sinais e/ou sintomas relacionados a pré-eclâmpsia, alterando-se, portanto, o seu diagnóstico.

Pré-eclâmpsia:

Aparecimento de **hipertensão arterial acompanhado de proteinúria (300 mg ou mais de proteína em urina de 24h), após 20 semanas de gestação, em gestante previamente normotensa**. Nos casos de ocorrência anterior a 20ª semanas de gestação investigar a possibilidade de doença trofoblástica gestacional e hidropsia fetal. Importante mencionar que o edema atualmente não faz mais parte dos critérios diagnósticos da síndrome, embora frequentemente acompanhe o quadro clínico.

Embora classicamente associada, a presença de proteinúria não é mandatória para o diagnóstico de pré-eclâmpsia. Assim, deve-se admitir o diagnóstico da doença se a manifestação de hipertensão arterial após a 20ª semana estiver acompanhada de comprometimento sistêmico ou disfunção de órgãos-alvo (trombocitopenia, disfunção hepática, insuficiência renal, edema agudo de pulmão, iminência de eclâmpsia ou eclâmpsia), mesmo na ausência de proteinúria. Além disso, **a associação de hipertensão arterial com sinais de comprometimento placentário, como restrição de crescimento fetal e/ou alterações dopplervelocimétricas, também deve chamar atenção para o diagnóstico de pré-eclâmpsia, mesmo na ausência de proteinúria.**

Eclâmpsia

Corresponde à **pré-eclâmpsia complicada por convulsões e/ou coma** que não podem ser atribuídas a outras causas;

Pré-eclâmpsia sobreposta à HAS crônica

É definida pela **elevação aguda da PA, e dos valores de proteinúria, aparecimento de trombocitopenia ou anormalidades da função hepática em gestantes portadoras de HAS crônica, com idade gestacional superior a 20 semanas.**

Critérios de gravidade para pré-eclâmpsia que devem ser identificados pela equipe multiprofissional

- PAD >110mmHg ou PAS > 160mmHg.
- proteinúria de 24h > 3g.
- perda progressiva da função renal: - oligúria (menor do que 500mL/24h), e aumento da creatinina sérica (especialmente > 2mg/dL);
- disfunção hepática: aumento das enzimas hepáticas (TGO, TGP);
- dor em hipocôndrio direito (iminência de ruptura hepática);
- sinais de hemólise microangiopática, hiperbilirrubinemia (direta)
- aumento da desidrogenase láctica (DHL > 600U/l);
- hemácias fragmentadas no sangue periférico (esquizócitos).
- plaquetopenia (< 100.000/mm³).
- eclâmpsia.

CONDUTA:

Todas as gestantes com diagnóstico de síndromes hipertensivas devem ser referenciadas ao pré-natal de alto risco. Aquelas pacientes que no decorrer do acompanhamento de pré-natal desenvolverem em algum momento da gestação, um quadro de pré-eclâmpsia/eclâmpsia ou crise hipertensiva devem ser encaminhadas para unidade hospitalar de referência, em transporte adequado, para avaliação do bem estar materno-fetal, e necessidade ou não de internação hospitalar, baseado em critérios clínicos e laboratoriais.

Para gestantes com hipertensão crônica, devem ser suspensos o uso de inibidores da enzima conversora de angiotensina ou bloqueadores dos receptores de angiotensina imediatamente após a confirmação da gestação. O atenolol também não deve ser utilizado. As evidências disponíveis são insuficientes para determinar as metas de controle pressórico, mas há uma tendência em se recomendar manutenção da PAS entre 130-155 mmHg e da PAD entre 80-105 mmHg em gestantes hipertensas sem lesão de órgão-alvo. Se houver necessidade de iniciar um anti-hipertensivo antes da avaliação no pré-natal de alto risco, pode-se iniciar o uso de metildopa 250mg, 1 comprimido 2 a 3 vezes ao dia, podendo chegar a uma dose de 2 comprimidos 4 vezes ao dia (2g/dia). A hidroclorotiazida não deve ser iniciada, mas pode ser mantida.

O uso do **ácido acetilsalicílico na prevenção da pré-eclâmpsia**, somente é recomendado para as mulheres com risco elevado para desenvolver pré-eclâmpsia (história de pré-eclâmpsia em gestação anterior, diabetes, hipertensão arterial crônica, doença renal crônica, doença autoimune e gestação múltipla), devendo ser usado **a partir da 12ª a 16ª semanas de gestação, até o final da gestação em doses baixas (100mg/dia)** até a 36ª semana. Outro medicamento que pode ter efeitos favoráveis na prevenção é a **suplementação de cálcio**, principalmente naquelas gestantes que apresentam risco também

elevado e com baixa ingestão desse íon. Nestes casos, o profissional de saúde deve orientar sobre dieta rica em cálcio (folhas verdes, leite pouco gorduroso e derivados, no mínimo 1 litro), ou prescrever a suplementação de carbonato de cálcio (comprimidos de 500mg, 2 a 4 comprimidos 2 vezes ao dia) via oral.

Conduta na crise hipertensiva

A presença de pressão diastólica ≥ 110 mmHg pode ser diagnosticada em pacientes com HAC grave ou ser a primeira manifestação clínica de pré-eclâmpsia. Os profissionais de saúde devem estar atentos à possibilidade de complicações decorrentes desses níveis pressóricos, como acidente vascular cerebral, insuficiência cardíaca, edema agudo de pulmão e descolamento prematuro da placenta, entre outras repercussões.

Portanto, algumas medidas de ação rápida devem ser implementadas para estabilização do quadro clínico, disponibilizando um suporte assistencial avançado, **priorizando as condições respiratórias e, caso necessário, administração de oxigênio, acesso venoso (vaso calibroso) e a utilização de medicações anti hipertensivas até a transferência imediata para unidade hospitalar de referência em transporte avançado .**

Drogas de escolha:

Hidralazina (cloridrato de 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. Diluir 1 ampola (20 mg) em 9ml de água destilada. A dose inicial deve ser de 5mg ou 2,5 ml da solução por via intravenosa . Observar por 20 minutos. Se não atingiu uma queda de 20% dos níveis iniciais ou 90-100 mmHg de diastólica, repetir dose de 20/20 minutos até uma dose máxima de 20mg. Na ausência de resposta considerar como hipertensão refratária. O efeito hipotensor tem duração entre 2 e 6 horas. Apresenta como efeitos colaterais rubor facial, cefaléia e taquicardia.

Nifedipino – bloqueador de canal de cálcio, produzindo relaxamento da musculatura lisa arterial. A administração é por via oral (cápsulas ou comprimidos de liberação intermediária ou prolongada), na dose de 10 mg de 30/30 min (até dose máxima de 30mg). Em virtude de risco de hipotensão severa, com risco materno e fetal, não deve se usar na forma sublingual.

A alfametildopa e betabloqueadores orais NÃO apresentam indicação nas crises hipertensivas, pois apresentam tempo para início de ação superior a 4- 6 horas.

Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (ECA) - captopril e enalapril e outros NÃO PODEM ser prescritos na gestação pelo risco de morte e malformações fetais.

Eclâmpsia

Em casos de ocorrência de convulsões e/ou coma na paciente com pré-eclâmpsia, ela deverá ser transferida imediatamente para o hospital de referência em transporte avançado (médico), implementando-se os cuidados preliminares:

- Acionar ajuda
- Evitar quedas e traumatismos
- Atuar de maneira sistematizada e rápida, não se atendo a convulsão instalada
- Manter vias aéreas pérvias (evitar broncoaspiração)
- Instalar oxigênio em máscara (10 litros/min)
- Veia periférica calibrosa cateterizada (evitando-se a hiper-hidratação);

Referências bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré natal e puerpério / organizado por Karina Calife, Tânia Lago, Carmen Lavras – 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)

INFECÇÃO DE TRATO URINÁRIO

A infecção urinária é uma das patologias mais comuns da gravidez, ocorrendo em 17 a 20% de todas as gestações. A evolução pode ser desfavorável, ocorrendo rotura prematura das membranas ovulares, trabalho de parto prematuro, corioamnionite, febre no pós-parto, sepse materna e infecção/sepse neonatal. A *Escherichia coli* é o patógeno mais frequente, estando presente em 80 a 90% dos casos.

Bacteriúria Assintomática (BA)

Gestantes sem sinais de infecção urinária com urinocultura com crescimento $\geq 10^5$ UFC.

A bacteriúria assintomática (BA) deve ser pesquisada e tratada em todas as gestantes, preferencialmente no primeiro trimestre de gestação. O tratamento deve ser guiado, sempre que possível, pelo teste de sensibilidade do agente observado no antibiograma.

Presença de piúria (> 10 piócitos por campo) e nitrito positivo, solicitar urinocultura e iniciar tratamento. Caso urinocultura negativa suspeitar de gonococo ou clamídia.

Após 7 dias do término do tratamento, deve ser realizada nova urinocultura de controle.

No entanto, o retratamento de bacteriúria assintomática tem valor incerto, e não existem dados suficientes para recomendar antibioticoterapia supressiva ou profilática para bacteriúria assintomática recorrente. Se o resultado da urocultura for negativo e não houver sintomas urinários presentes, esta deve ser repetida mensalmente até o parto.

Infecção de Trato Urinário

A infecção de Trato Urinário (ITU) é a infecção bacteriana mais comum na gravidez. A disúria é o sintoma mais comum. Urgência e incontinência urinárias, polaciúria com micção de pequenos volumes, nictúria, dor suprapúbica ou pélvica são outros sintomas encontrados. A presença de febre é incomum nas ITUs baixas (cistite).

A presença de prurido vulvar, corrimento vaginal e disúria “externa” (dor percebida nos pequenos lábios, provocada pela passagem de urina), na ausência de disúria “interna” (dor percebida dentro do corpo) e de aumento da frequência urinária requerem investigação de causas ginecológicas (Ver **INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM GESTANTES**).

A Pielonefrite Aguda

É caracterizada pelos sintomas supracitados associados a sintomas sistêmicos (febre, taquicardia, calafrios e dor lombar (com punho-percussão lombar positiva). Presença de náuseas, vômitos, taquicardia, dispnéia e hipotensão, podem sugerir evolução para quadro séptico. As pacientes com suspeita de pielonefrite aguda, devem ser encaminhadas para avaliação hospitalar.

CONDUTA:

Quadro 14 - Tratamento de ITU baixa e/ou Bacteriúria Assintomática (BA) em gestantes

Antibiótico	Posologia	Duração	
		ITU	BA
Nitrofurantoína ¹	100 mg VO 6/6h	7-10 dias	7-10 dias
Amoxicilina	500mg VO 8/8h	7 dias	3-7 dias
Cefalexina	500mg VO 6/6h	7 dias	3-7 dias
Amoxicilina + Clavulanato	500+125mg VO 8/8h	7 dias	3-7 dias
Sulfametoxazol + Trimetoprim ²	400mg + 80mg 2cp 12/12h ou 800mg + 160mg 1cp 12/12h	7 dias	3-7 dias

1. Evitar no final da gestação. Não utilizar se houver suspeita de pielonefrite (não atinge níveis terapêuticos nos rins). (NÃO DEVE SER UTILIZADA DEPOIS DA 28ª semana).
2. Devem ser evitados no primeiro trimestre, devido a potencialidade teratogênica da trimetoprima; e no terceiro trimestre, pois pode causar kernicterus no bebê, especialmente nos prematuros. Recomenda-se que toda mulher grávida, que está sendo tratada com esse antibiótico receba concomitantemente 5 a 10 mg de ácido fólico diariamente.

Repetir urocultura sete a dez dias após o término do tratamento. · Verificar se o quadro de infecção urinária é recorrente ou de repetição. Se o resultado da cultura for negativo e não houver sintomas urinários presentes, esta deve ser repetida mensalmente até o parto. Na apresentação de um segundo episódio de bacteriúria assintomática ou ITU não complicada na gravidez, a gestante deverá ser encaminhada para avaliação e acompanhamento médico.

Infecção Urinária de Repetição

A presença de mais de três URC (urocultura) positivas ou três episódios de ITU durante o pré-natal implicará na prescrição de quimioprofilaxia até o final da gestação. Podem ser usados os seguintes regimes:

- Nitrofurantoína 100mg 1cp/dia
- Cefalexina 500mg 1 cp/dia
- Sulfametoxazol + trimetoprim (400mg/80mg 1cp dia. Devem ser evitados no primeiro trimestre -potencialidade teratogênica da trimetoprima - e no terceiro trimestre, pois pode causar kernicterus no bebê).

Solicitar USG de vias urinárias para avaliar patologia do trato urinário que se relacione com a ocorrência de infecção urinária de repetição.

Referências bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária Atenção à saúde da gestante em APS / org Maria Lucia Medeiros Lenz, Rui Flores. – 2.ed. – Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2017.

GLASER, AP. SCHAEFFER, AJ. Urinary Tract Infection and Bacteriuria in Pregnancy Urol Clin N Am 42 (2015) 547–560 <http://dx.doi.org/10.1016/j.ucl.2015.05.004>

HOOTON, TM, GUPTA, K. Urinary tract infections and asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Up to Date Inc.Literature review current through: Dec 2019. | This topic last updated: Dec 17, 2019

SMAILL FM, VAZQUEZ JC. Antibiotics for asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Cochrane Database of Systematic Reviews 2019, Issue 11. Art. No.: CD000490. Disponível em: <https://www.cochranelibrary.com/cdsr/doi/10.1002/14651858.CD000490.pub4/full>

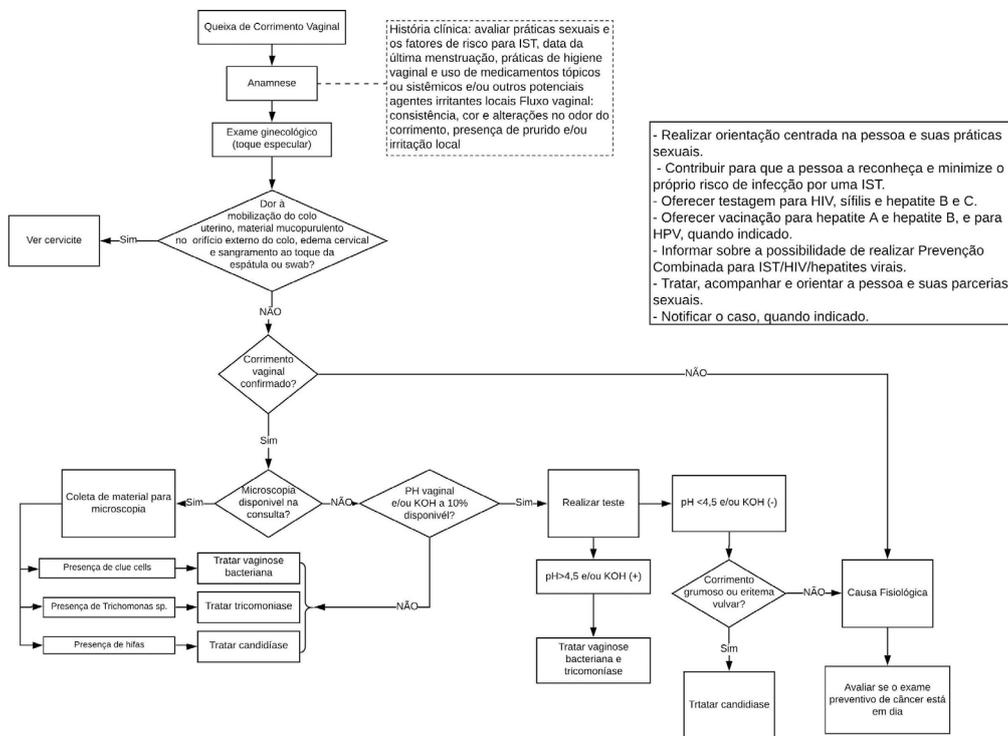
INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS EM GESTANTES

A presença de Infecções Sexualmente Transmissíveis na gestação pode causar abortamentos, parto prematuro, morte fetal, doenças congênitas ou morte do RN. A prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno são fundamentais para que esses problemas sejam evitados. **Todas as gestantes e suas parcerias sexuais devem ser investigadas para IST e informadas sobre a possibilidade de infecções perinatais.**

Alterações ginecológicas inflamatórias: Cervicites e Vaginose

Diante de queixas de corrimento vaginal, dispareunia ou disúria, o médico ou enfermeiro deve buscar diferenciar clinicamente as vaginose e investigar a possibilidade de cervicite mucopurulenta ou endocervicite, que é a inflamação da mucosa endocervical (epitélio colunar do colo uterino) (fluxograma X). Nestes, as principais queixas são corrimento vaginal, dispareunia e disúria. Ao exame físico, podem estar presentes dor à mobilização do colo uterino, material mucopurulento no orifício externo do colo e sangramento ao toque da espátula ou swab.

Fluxograma 6 - Avaliação de queixa de corrimento vaginal e cervicites na gestação



Fonte: Adaptado de Brasil (2020)

Os agentes etiológicos mais frequentes são *Chlamydia trachomatis* e *Neisseria gonorrhoeae*. A infecção por clamídia durante a gravidez poderá estar relacionada a partos pré-termo, ruptura prematura de membrana e endometrite puerperal, além de conjuntivite e pneumonia do RN. A conjuntivite por clamídia é bem menos severa e seu período de incubação varia de cinco a 14 dias.

A infecção gonocócica na gestante poderá estar associada a um maior risco de prematuridade, ruptura prematura de membrana, perdas fetais, retardo de crescimento intrauterino e febre puerperal. No RN, a principal manifestação clínica é a conjuntivite, podendo ocorrer septicemia, artrite, abscessos de couro cabeludo, pneumonia, meningite, endocardite e estomatite.

Quando a gestante apresentar queixas de corrimento vaginal, sangramentos, dispareunia e disúria, avaliar os sintomas e oferecer tratamento e orientações conforme quadro abaixo:

Quadro 14 - Sintomas e conduta para queixas de corrimento vaginal, dispareunia e disúria.

Causa	Sintomas	Exame	Orientações e Tratamento
<p>Candidíase vulvovaginal</p> <p>Candida spp Candida albicans</p>	<p>Secreção vaginal branca, grumosa aderida à parede vaginal e ao colo do útero; Sem odor;</p> <p>Prurido vaginal intenso; Edema de vulva; Hiperemia de mucosa; Dispareunia superficial.</p>	<p>Se disponível, os seguintes exames podem ser realizados como apoio diagnóstico:</p> <p>pH vaginal < 4,5; testes das aminas negativo;</p> <p>Na microscopia a fresco: presença de hifas ou micélios birrefringentes e esporos de leveduras; Leucócitos frequentes.</p>	<p>Orientar para uso de roupas íntimas de algodão, evitar calças apertadas e retirar roupa íntima para dormir.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Miconazol creme a 2% – um aplicador (5 g) à noite, ao deitar-se, por 7 dias; OU • Nistatina 100.000 UI – um aplicador à noite, ao deitar-se, por 14 dias; OU • Clotrimazol creme 1% – um aplicador (5g) à noite ao deitar-se, por 7 dias <p>Em gestante o tratamento oral não está indicado O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado.</p>
<p>Vaginose bacteriana</p> <p>Gardnerella vaginalis; Mobiluncus sp; Bacteroides sp; Mycoplasma hominis; Peptococcus e outros anaeróbios</p>	<p>Secreção vaginal acinzentada, cremosa, com odor fétido, mais acentuado após o coito e durante o período menstrual.</p> <p>Sem sintomas inflamatórios.</p>	<p>Se disponível, os seguintes exames podem ser realizados como apoio diagnóstico:</p> <p>pH vaginal superior a 4,5;</p> <p>Teste das aminas positivo;</p> <p>Liberação de odor fétido com KOH a 10%; Leucócitos escassos;</p>	<p>via oral: Metronidazol, 250 mg, 2cps a cada 12 horas, por sete dias; OU Clindamicina, 300 mg, VO, a cada 12 horas, por sete dias. OU</p> <p>via intravaginal: Metronidazol gel 100mg/g, 1 aplicador (5 g), à noite, por cinco dias.</p> <p><u>O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado</u></p>
<p>Tricomoníase</p> <p>Trichomonas vaginalis</p>	<p>Secreção vaginal amarelo esverdeada, bolhosa e fétida.</p> <p>Outros sintomas: prurido intenso, edema de vulva, dispareunia, colo com petéquias e em “framboesa”.</p> <p>Menos frequente: disúria.</p>	<p>Se disponível, os seguintes exames podem ser realizados como apoio diagnóstico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • No exame a fresco, presença de protozoário móvel e leucócitos abundantes; • Teste das aminas negativo ou fracamente positivo; • pH vaginal > 4,5. 	<p>Via oral: Metronidazol 250mg, 8 comprimidos, dose única; OU Metronidazol 250 mg, 2 comprimidos duas vezes ao dia, por sete dias</p> <p><u>TODOS os parceiros devem ser tratados com dose única</u> (metronidazol 250mg, 8 comprimidos).</p>

Causa	Sintomas	Exame	Orientações e Tratamento
Gonorreia Neisseria gonorrhoeae	Queixas mais frequentes: corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós-coito, dispareunia e disúria. Achados ao exame físico: sangramento ao toque da espátula ou swab, material mucopurulento no orifício externo do colo e dor à mobilização do colo uterino.	Para diagnóstico da cervicite gonocócica, proceder à cultura em meio seletivo, a partir de amostras endocervicais e uretrais	Primeira escolha: Ceftriaxona, 500 mg IM, dose única Segunda escolha: Espectinomicina, 2 g IM, dose única OU Ampicilina 2 ou 3 g + Probenecida, 1 g, VO, dose única OU Cefixima, 400 mg, VO, dose única • <u>TODOS os parceiros dos últimos 60 dias devem ser tratados com dose única</u> • Tratamento combinado de clamídia e gonorreia em TODOS os casos.
Clamídia Chlamydia trachomatis	Queixas mais frequentes: corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós-coito, dispareunia e disúria. Achados ao exame físico: sangramento ao toque da espátula ou swab, material mucopurulento no orifício externo do colo e dor à mobilização do colo uterino.	O diagnóstico laboratorial da cervicite causada por C. trachomatis deve ser feito por biologia molecular e/ou cultura.	Primeira escolha: Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única. Segunda escolha: Amoxiciclina, 500 mg, VO, a cada 8 horas, por 7 dias; OU Eritromicina estearato, 500 mg, VO, a cada seis horas, por 7 dias OU Eritromicina estearato, 500 mg, VO, a cada 12 horas, por 14 dias. • <u>TODOS os parceiros dos últimos 60 dias devem ser tratados com dose única</u> • Tratamento combinado de clamídia e gonorreia em TODOS os casos.

Referências bibliográficas:

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020. disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>

Sífilis

A sífilis é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria *Treponema pallidum*. A transmissão pode acontecer por via sexual, sanguínea e vertical. Não existe vacina contra sífilis e a infecção prévia não confere imunidade protetora. Portanto, a pessoa pode se reinfetar a cada vez que ocorrer exposição, o que justifica o rastreamento mais frequente durante a gestação.

Em gestantes não tratadas ou tratadas inadequadamente, a sífilis pode ser transmitida para o feto (transmissão vertical), mais frequentemente intraútero (com taxa de transmissão de até 80%), embora a transmissão também possa ocorrer na passagem do feto pelo canal do parto. A probabilidade da infecção fetal é influenciada pelo estágio da sífilis na mãe e pela duração da exposição fetal. Dessa forma, a transmissão é maior quando a mulher apresenta sífilis primária ou secundária durante a gestação. Pode haver consequências severas, como abortamento, parto pré-termo, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do RN. Por isso é de suma importância o diagnóstico e tratamento precoces da sífilis na gestação.

Toda gestante deve ser testada duas vezes para sífilis durante o pré-natal. Uma no primeiro trimestre de gravidez e a segunda no terceiro trimestre. A parceria sexual também deve ser testada. Além disso, é obrigatória, ainda, a realização de um teste, treponêmico ou não treponêmico, imediatamente após a internação para o parto na maternidade ou em caso de abortamento (Brasil, 2016).

Quando realizar o rastreamento de Sífilis.?

- Na consulta de orientação pré concepcional
- Primeira consulta do pré-natal (idealmente, no 1º trimestre da gestação);
- Início do 3º trimestre (28ª semana);
- No momento do parto ou aborto, independentemente de exames anteriores;
- Após exposição com risco/violência sexual

O Ministério Saúde recomenda o rastreamento periódico de HIV e outras ISTs conforme estratificação de risco do subgrupo populacional (BRASIL, 2018).

As manifestações clínicas da sífilis em gestantes são semelhantes às da sífilis adquirida que acomete a população geral. A infecção pela sífilis é dividida em estágios de acordo com o quadro clínico. A definição do estágio da patologia é central para a definição do tratamento.

Quadro 15 - Estágios da Sífilis

EVOLUÇÃO	ESTÁGIOS	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS
Sífilis Recente	Primária 10-90 dias (média de 20 dias após o contato)	Geralmente se manifesta como um nódulo indolor único no local do contato, que se ulcera rapidamente, formando o cancro duro. Costuma surgir na genitália, mas também podem ocorrer no períneo, ânus, reto, orofaringe, lábios ou mãos. A lesão primária é rica em treponemas
	Secundária 6 semanas a 6 meses após o contato	Nessa fase da doença, são comuns sinais e sintomas sistêmicos da infecção, mimetizando manifestações clínicas de outras enfermidades e, dessa forma, sendo frequentemente confundida com outros diagnósticos. Podem ocorrer erupções cutâneas em forma de máculas (roséola) e/ou pápulas, principalmente no tronco; lesões eritemato-escamosas palmo-plantares (essa localização, apesar de não patognomônica, sugere fortemente o diagnóstico de sífilis no estágio secundário); placas eritematosas branco-acinzentadas nas mucosas; lesões pápulo-hipertróficas nas mucosas ou pregas cutâneas (condiloma plano ou condiloma lata); alopecia em clareira e madarose (perda da sobrancelha, em especial do terço distal), febre, mal-estar, cefaleia, adinamia e linfadenopatia generalizada. As lesões secundárias são ricas em treponemas
	Latente recente Após 1 ano de infecção	Período em que não se observa nenhum sinal ou sintoma clínico de sífilis, verificando-se, porém, reatividade nos testes imunológicos que detectam anticorpos. A maioria dos diagnósticos ocorre nesse estágio. Aproximadamente 25% dos indivíduos intercalam lesões de secundarismo com os períodos de latência, durante o primeiro ano da infecção.
Sífilis tardia	Latente tardia Após 1 ano da infecção	
	Terciária	Menos frequente na atualidade É comum o acometimento do sistema nervoso e cardiovascular (dilatação aórtica, regurgitação aórtica, estenose do óstio carotídeo). Além disso, verifica-se a formação de gomas sífilíticas (tumorações com tendência a liquefação) na pele, mucosas, ossos ou qualquer tecido

Fonte: Adaptado de Brasil (2019)

Diagnóstico de sífilis na gestação?

Gestante **assintomática** para sífilis que apresente pelo menos um teste reagente - treponêmico **E/OU** não treponêmico com qualquer titulação – e sem registro de tratamento prévio.

Gestante **sintomática** para sífilis que apresente pelo menos um teste reagente - treponêmico **E/OU** não treponêmico com qualquer titulação.

Mulher que durante o pré-natal, parto e/ou puerpério apresenta teste não treponêmico reagente com qualquer titulação **E** teste treponêmico reagente, independente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio.

O diagnóstico de sífilis em gestantes exige um acompanhamento intensivo, com ênfase ao risco de reinfecção. Assim, **recomenda-se a realização de VDRL mensal após tratamento**, devendo o uso de preservativo masculino ou feminino ser sempre estimulado.

Quadro 16 - Testes diagnósticos imunológicos mais utilizados para sífilis

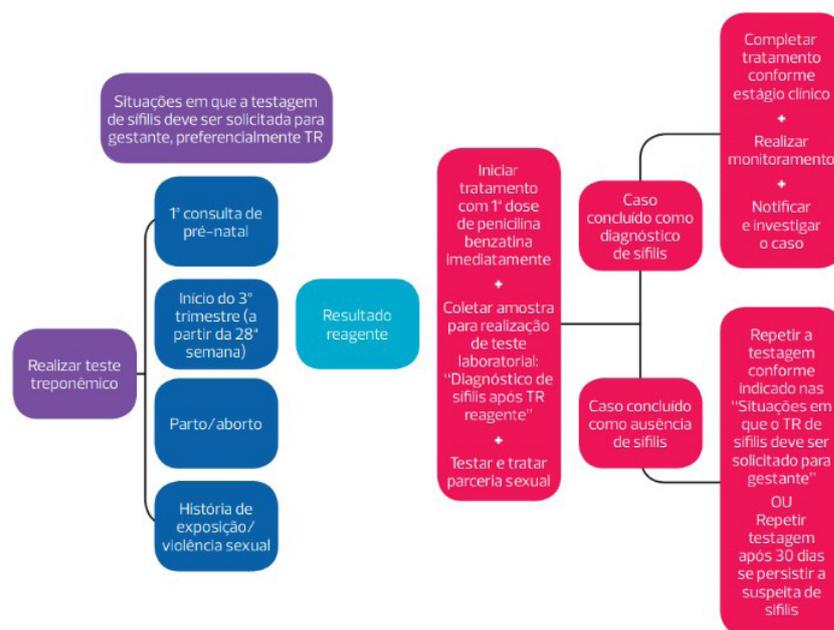
Testes Imunológicos	Não Treponêmicos	VDRL RPR TRUST	Quantificáveis (ex.: 1:2, 1:4, 1:8) Importantes para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento.
	Treponêmicos	FTA-Abs ELISA/EQL THPA/TPPA/MHA-TP Teste Rápido (TR)	Na maioria das vezes permanecem reagentes mesmo após o tratamento, pelo resto da vida da pessoa. Não são indicados para monitoramento da resposta ao tratamento.

Fonte: Retirado de Brasil (2020)

TRATAMENTO E MONITORAMENTO DE SÍFILIS:

Em todos os casos de gestantes, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste.

Fluxograma 7 - Conduta frente ao teste reagente



Fonte: DCCI/SVS/MS.

A penicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para tratamento adequado das gestantes. As doses de **benzilpenicilina benzatina** recomendadas são definidas a partir do diagnóstico de infecção recente ou tardia, conforme o quadro a seguir

Quadro 17 - Resumo dos esquemas terapêuticos da gestante com sífilis

ESTÁGIO CLÍNICO	ESQUEMA TERAPÊUTICO
Sífilis recente (com menos de 1 ano de evolução): sífilis primária, secundária e latente recente.	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhões em cada glúteo)
Sífilis tardia (com mais de 1 ano de evolução): sífilis latente tardia ou latente com duração ignorada e sífilis terciária.	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal por 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM
Neurossífilis	Em ambiente hospitalar: Penicilina cristalina 18-24 milhões UI/dia, IV, administrada em doses de 3-4 milhões de UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias.

IMPORTANTE

A sífilis é considerada inadequadamente tratada se:

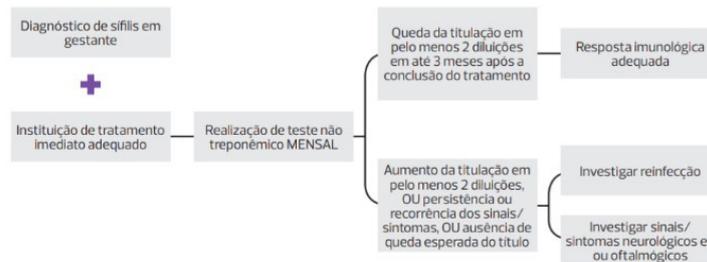
- Tratamento for feito de forma incompleta para o estágio clínico
- O tratamento for feito com outra droga que não a Penicilina Benzatina
- O tratamento for iniciado com menos de 30 dias antes do parto;
- Intervalo maior do que 14 dias entre as doses de Penicilina Benzatina (gestantes que ultrapassarem o intervalo de 14 dias entre as doses devem reiniciar o esquema terapêutico).

É fundamental realizar busca ativa para diagnóstico e tratamento das parcerias sexuais de gestantes com sífilis, bem como fortalecer o pré-natal da parceria nos serviços de saúde. O parceiro sexual deverá ser sempre convocado para orientação, avaliação clínica, realização do teste rápido e tratamento. Mesmo que seu teste rápido tenha resultado não reagente, deve ser realizada 1 dose de 2.400.00 UI de benzilpenicilina benzatina. Caso o teste rápido seja reagente, notificar e realizar tratamento conforme avaliação clínica e solicitar teste não treponêmico.

É importante orientar sobre a importância do uso do preservativo durante o tratamento e registrar o tratamento da gestante no cartão de pré-natal.

O **monitoramento** é realizado com **teste não treponêmico** (VDRL/RPR) comparativamente com teste previamente realizado. As gestantes devem realizar VDRL/RPR mensalmente após o término do tratamento até o final da gestação. A redução de dois ou mais títulos do VDRL (ex.: de 1:32 para 1:8) ou a negatificação após seis a nove meses do tratamento demonstra a cura da infecção. Anotar no cartão da gestante todas as informações necessárias.

Fluxograma 8 - Seguimento da gestante com sífilis



Fonte: DCCI/SVS/MS.

Critérios para retratamento da gestante com sífilis

- Não redução da titulação em duas diluições no intervalo de seis meses (sífilis primária, secundária e sífilis latente recente) ou 12 meses (sífilis tardia) após o tratamento adequado (ex.: de 1:32 para 1:8, ou de 1:128 para 1:32);

OU

- Aumento da titulação em duas diluições (ex.: de 1:16 para 1:64 ou de 1:4 para 1:16) em qualquer momento do seguimento;

OU

- Persistência ou recorrência de sinais e sintomas de sífilis em qualquer momento do seguimento.

NOTIFICAÇÃO

Os casos de sífilis em gestante e sífilis congênita são de notificação compulsória nacional. As mulheres com diagnóstico de sífilis durante o pré-natal, parto e/ou puerpério devem ser notificadas como sífilis em gestantes e não como sífilis adquirida. Essa notificação é de responsabilidade da unidade de saúde que atende a gestante. (Nota Informativa Nº 2/2017-MS e Nota Técnica SVS Nº 11/2019)

ALERGIA A PENICILINA/ DESSENSIBILIZAÇÃO

As gestantes com diagnóstico de sífilis e alérgicas a benzilpenicilina benzatina devem ser encaminhadas a um serviço terciário, para que sejam dessensibilizadas e posteriormente tratadas com benzilpenicilina benzatina, em ambiente hospitalar (BRASIL, 2019)

No entanto, na impossibilidade de realizar a dessensibilização, a gestante poderá ser tratada no ambiente ambulatorial ou na Atenção Primária de Saúde com:

- Ceftriaxona 1 g, IV (intravenoso) ou IM (intramuscular), em dose única diária, por 8 a 10 dias; ou;
- Estearato de Eritromicina 500 mg, por via oral, de 6/6 horas durante 15 dias, para a sífilis recente ou durante 30 dias, para a sífilis tardia).

Nesses casos, será necessário notificar, investigar e tratar o recém-nascido para sífilis congênita, já que tratamento da sífilis materna com outro medicamento que não seja a benzilpenicilina benzatina, é considerado tratamento inadequado para o feto, por não atravessar a barreira placentária (BRASIL, 2013; 2019).

O uso de **tetraciclina, doxiciclina e estolato de eritromicina é contraindicado na gestação** devido ao risco de alterações ósseas e do esmalte dentário do feto, toxicidade para a mãe causados pelas tetraciclinas e doxiciclina e litíase intrahepática fetal, pelo estolato (BRASIL, 2019).

Referências bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. – 1. ed. rev. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, Cadernos de Atenção Básica, nº32. 2013. 318 p.: il. – Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS. Relatório de Recomendação. Ceftriaxona para tratamento da Sífilis em gestantes com alergia confirmada à penicilina. nº153. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2015. 16p. Disponível em: http://www.caism.unicamp.br/PDF/Relatorio_Ceftriaxona_Sfilis_final.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020. 248 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infecoes>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância. Departamento de Vigilância Prevenção e Controle das IST, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV). Nota Informativa Nº 02-SEI/2017 – DIAHV/SVS/MS. 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-02-sei2017-diahvsms>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 52 p. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/manual-tecnico-para-diagnostico-da-sifilis>

Vírus da imunodeficiência humana - HIV

Diagnóstico do HIV na gestação, parto e puerpério.

A gestante deve ser orientada sobre a importância da testagem no pré-natal e os benefícios do diagnóstico precoce, tanto para o controle da infecção materna quanto para a prevenção da transmissão vertical. A testagem para HIV, por meio do teste rápido, deve ser realizada no primeiro trimestre e no início do terceiro trimestre de gestação, podendo ainda ser feita em qualquer outro momento em que haja exposição de risco ou violência sexual. Está recomendada a realização de testagem rápida também na admissão da mulher na maternidade, hospital ou casa de parto, devendo ser ofertada, nessa ocasião, a testagem combinada para HIV, sífilis e hepatite B (caso a gestante não tenha esquema vacinal completo).

O diagnóstico reagente da infecção pelo HIV deve ser realizado mediante pelo menos duas etapas de testagem. Eventualmente, podem ocorrer resultados falso-positivos. Frente um resultado reagente, deve-se realizar outro teste de outro laboratório ou lote. Se os testes apresentarem resultados discordantes, um terceiro teste deve ser realizado com nova amostra. Persistindo a discordância, em relação ao primeiro teste, uma amostra é coletada por punção venosa e encaminhada ao laboratório de referência.

Diagnóstico com testes rápidos: a possibilidade de realização do diagnóstico da infecção pelo HIV em uma única consulta, com o teste rápido, possibilita a acolhida imediata das gestantes que vivem com HIV. Nos casos de **gestantes já sabidamente HIV positivas ou em uso de antirretroviral, encaminhar para acompanhamento em serviço de pré-natal de alto risco e serviço de atendimento especializado** e atentar para a prevenção de transmissão vertical.

As **gestantes diagnosticadas com HIV**, a partir de qualquer metodologia de testagem, e a qualquer momento da gestação, devem ser encaminhadas para o **seguimento pré-natal de alto risco ou serviço de atenção especializada**, de acordo a situação clínica, **devendo manter o vínculo com a Atenção Primária.**

Atendimento à Gestante recém-diagnosticada por infecção pelo HIV na Atenção Primária à Saúde

Um dos objetivos da avaliação inicial de uma pessoa recém-diagnosticada com a infecção pelo HIV é estabelecer uma boa relação profissional-usuário. A linguagem acessível à pessoa é fundamental para explicar os aspectos essenciais da infecção causada pelo HIV, bem como a importância do acompanhamento clínico-laboratorial e da Terapia Antirretroviral (TARV), contribuindo para a adesão ao tratamento e ao seguimento. Os itens

listados a seguir servem como um roteiro para orientar a abordagem no acompanhamento inicial da gestante infectada pelo HIV:

- Avaliar o nível de conhecimento da gestante em relação a infecção e sua evolução para doença, assim como o risco de transmissão vertical e a elevada eficácia das medidas preventivas;
- Avaliar a possível infecção pelo HIV nas parcerias sexuais e filhos(as);
- Abordar aspectos relacionados à saúde sexual e à prevenção combinada.
- Enfatizar o impacto positivo do início do uso de TARV para a Profilaxia de Transmissão Vertical (PTV) e para a qualidade de vida, destacando a importância da adesão nesse processo;
- Identificar alguma condição que exija intervenção imediata, como sinais e sintomas sugestivos de Infecção Oportunista (IO), bem como a necessidade de iniciar profilaxia para a mesma;
- Recomenda-se que toda puérpera vivendo com HIV/AIDS seja orientada a não amamentar, devendo ser informada sobre o direito de receber fórmula láctea infantil.

Referências bibliográficas:

RIO DE JANEIRO. Governo do Estado do Rio de Janeiro Secretaria de Estado de Saúde Subsecretaria de Vigilância em Saúde. Gerência de IST, Aids e Hepatites Virais da Secretaria de Saúde do Estado do Rio de Janeiro, Boletim Epidemiológico HIV e Aids. Rio de Janeiro, 2018.

BRASIL; Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, Brasília, 2015, última modificação em 02/10/19

Hepatites Virais

Hepatite B

A transmissão pode ocorrer por via vertical, sobretudo durante o parto, pela exposição do recém-nascido ao sangue materno contaminado ou ao líquido amniótico e, também, mais raramente, por transmissão transplacentária.

Rastreamento e orientações:

O teste rápido para o diagnóstico da Hepatite B deve ser oferecido para todas as mulheres grávidas na 1ª consulta e no 3º trimestre. O teste rápido positivo assim como HBsAg positivo significam a presença do vírus (conforme fluxograma abaixo).

Gestantes expostas ao HBV em qualquer trimestre, por relação sexual ou acidente com material biológico, deverão receber associação de vacina e IGHAHB.

Encaminhamentos:

Preferencialmente, a indicação e o seguimento do tratamento para hepatite B em gestantes devem ser realizados com orientações de especialistas nessa área.

Todas as gestantes identificadas com HBsAg reagente devem ser encaminhadas ao pré-natal de alto risco e/ou serviço de referência. No entanto, a solicitação de exames complementares e indicação de terapia profilática não deve aguardar a consulta com o especialista.

Orientações quanto ao monitoramento do RN exposto ao vírus da Hepatite B:

Vacinação com a 1ª dose da vacina contra a Hepatite B e administração da imunoglobulina específica contra a Hepatite B preferencialmente nas primeiras 12-24h horas após o nascimento.

Para o binômio mãe-filho em que todas as recomendações foram seguidas – vacina e imunoglobulina na criança exposta e profilaxia medicamentosa com TDF na gestante com indicação – a amamentação não está contraindicada.

Recomenda-se que a criança seja acompanhada pelo serviço especializado pelo menos até os 18 meses.

Referências bibliográficas:

SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: manual técnico do pré-natal e puerpério / organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras – São Paulo: SES/SP, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos) (Cadernos de Atenção Básica, nº 32)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>

Hepatite C

A infecção pelo vírus da hepatite C (HCV) ocorre pela via percutânea, por meio da exposição ao sangue contaminado, por via sexual e por transmissão vertical.

Há evidências de que mulheres com HCV estão sob risco de piores desfechos maternos e neonatais, como diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, restrição de crescimento, hemorragia pré-parto e parto pré-termo (BRASIL, 2019).

Não há evidências científicas que recomendem uma via de parto preferencial com o propósito de prevenir a transmissão vertical do HCV. Orienta-se evitar procedimentos invasi-

vos, trabalho de parto longo e tempo de ruptura de membranas maior que seis horas para minimizar a possibilidade de TV (BRASIL, 2019). Também não existem evidências de que a transmissão do HCV possa ser **evitada com a contra indicação à amamentação, entretanto, à presença de fissuras, a amamentação deve ser suspensa.**

DIAGNÓSTICO

É recomendada a realização da sorologia, por meio do Teste Rápido, para **todas as gestantes**, principalmente, para aquelas com fatores de risco para infecção por HCV, como: infecção pelo HIV, uso de drogas ilícitas, antecedentes de transfusão ou transplante antes de 1993, mulheres submetidas a hemodiálise, aquelas com elevação de aminotransferases sem outra causa clínica evidente e profissionais de saúde com história de acidente com material biológico (BRASIL, 2019).

Ainda **não existem imunoprofilaxias ou intervenções medicamentosas que possam prevenir a transmissão vertical da hepatite C. No entanto**, a principal vantagem de conhecer o quadro clínico e laboratorial da mulher quanto à Hepatite C na gestação é a possibilidade de **referenciar aquelas que forem portadoras da infecção pelo HCV para serviços especializados e de tratá-las após o término da gestação**. Além disso, é possível realizar o acompanhamento das crianças expostas à transmissão vertical do HCV.

CONDUTA PARA HEPATITE C DURANTE A GESTAÇÃO

Os **medicamentos utilizados para o tratamento da hepatite C aguda e crônica são teratogênicos** ou não possuem dados que comprovem segurança na gestação; por isso, **são contraindicados durante esse período** (BRASIL, 2019).

Se for confirmada a gestação durante o tratamento da hepatite C, este deverá ser suspenso. Recomenda-se que mulheres em idade fértil em tratamento de hepatite C sejam submetidas a testes de gravidez com periodicidade e que utilizem contracepção. Após a amamentação, deve ser realizado o tratamento, e há a necessidade de evitar gestação pelos próximos seis meses.

SEGUIMENTO DE CRIANÇAS NASCIDAS DE MÃES HCV REAGENTES

É **recomendado que as crianças expostas nascidas de mães com anti-HCV reagente sejam testadas para anticorpos anti-HCV a partir dos 18 meses de idade**. As crianças expostas ao HCV deverão ser encaminhadas a um serviço de referência para seguimento. No entanto, a investigação diagnóstica não deve aguardar a consulta com especialista, podendo ser iniciada ainda durante a puericultura.

Referências bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2019.

TOXOPLASMOSE

A toxoplasmose é uma zoonose causada pelo *Toxoplasma gondii*. A principal via de transmissão é a oral, quando ocorre ingestão de cistos ou oocistos em alimentos contaminados (carnes mal passadas, vegetais) ou em locais onde eventualmente possa haver fezes de felinos (terra, areia), que são os únicos hospedeiros selvagens definitivos de *T. gondii* (FEBRASGO, 2011). Ocorre também a infecção congênita. Visto o elevado risco de acometimento fetal nos casos de transmissão congênita, essa infecção adquire especial relevância quando atinge mulheres durante a gestação.

A maioria dos casos de toxoplasmose é assintomática ou apresenta sintomas bastante inespecíficos. Mesmo na ausência de sintomatologia, o diagnóstico da infecção pelo *T. gondii* na gravidez é extremamente importante, tendo como objetivo principal a prevenção da toxoplasmose congênita. A sorologia deve ser solicitada na primeira consulta.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico é laboratorial, a partir dos anticorpos IgG e IgM para toxoplasmose. O IgM torna-se positivo de 5 a 14 dias após a infecção. Como o anticorpo IgM pode permanecer positivo por anos após um quadro de infecção aguda, a suspeita diagnóstica de toxoplasmose na gravidez deve-se sempre considerar sorologias realizadas previamente à gestação na interpretação dos exames atuais. O quadro abaixo apresenta a interpretação dos exames sorológicos de acordo com a idade gestacional.

Quadro 18 - Interpretação e conduta sorologia para Toxoplasmose

Quando Solicitar	Resultado	Conduta
1ª Sorologia (Deve ser solicitada na primeira consulta)	IgG reagente IgM não reagente	Imunidade remota: gestante com doença antiga ou toxoplasmose crônica Não há necessidade de novas sorologias
	IgG e IgM não reagentes	Programa de prevenção primária. Repetir sorologia entre 28 e 32 semanas
	IgG e IgM reagentes Possibilidade de infecção durante a gestação Faça o teste avidez da IgG na mesma amostra, se idade gestacional inferior a 16 semanas. (Os laboratórios que realizam sorologia para toxoplasmose devem estar orientados sobre os procedimentos a serem adotados diante da detecção de anticorpos IgM.)	Avidez forte: infecção adquirida antes da gestação. Não há necessidade de mais testes e de tratamento Avidez fraca: possibilidade de infecção adquirida na gestação. Iniciar tratamento.
	IgG não reagente IgM reagente Infecção muito recente ou IgM falso positivo Não são requeridos exames de avidez após a 16ª semana de gestação pois a avidez alta não descarta a infecção adquirida durante a gestação.	Encaminhar para PN de Alto Risco Iniciar tratamento imediatamente Repita a sorologia em 3 semanas, se IgG positiva: confirma-se a infecção. Mantenha o esquema iniciado.
Segunda sorologia 3o trimestre (se a IgG do 1o trimestre foi NÃO REAGENTE)	IgG reagente IgM não reagente Possibilidade de falso negativo da IgG na amostra anterior, por método inadequado. Provável imunidade remota	Se houver possibilidade de infecção adquirida na gestação, inicie o tratamento com esquema tríplice. Investigação completa do recém-nascido.
	IgG não reagente IgM não reagente	Suscetibilidade Mantenha o programa de prevenção primária.
	IgG reagente IgM reagente Certeza de infecção durante a gestação.	Inicie o tratamento diretamente com esquema tríplice.
	IgG não reagente IgM reagente Infecção muito recente ou IgM falso positivo	Inicie o tratamento diretamente com esquema tríplice. Repita a sorologia em 3 semanas: IgG positiva: confirma-se a infecção. IgG negativa: suspenda o tratamento. Prevenção primária. Mantenha sorologia de 2 em 2 meses até o momento do parto.

Toda gestante com suspeita ou diagnóstico de infecção adquirida na gestação deve ser encaminhada ao pré-natal de alto risco. O tratamento inicial na APS é fundamental para evitar infecção fetal enquanto a paciente aguarda atendimento especializado. Caso a infecção por toxoplasmose seja descartada a gestante deve seguir o acompanhamento na APS.

TRATAMENTO

O tratamento parece não diminuir o risco de transmissão vertical, mas reduzir a severidade da toxoplasmose congênita, por isso não apresenta nenhum efeito materno direto. O tratamento depende da idade gestacional na qual é feito o diagnóstico. Não existem evidências suficientes para garantir que o tratamento das mães que sofrem soroconversão durante a gestação, possa prevenir a transmissão fetal. Os objetivos dos esquemas terapêuticos são a profilaxia da transmissão para o feto (espiramicina) e o tratamento fetal, se confirmado ou altamente suspeito.

Em gestantes com infecção aguda, deve-se realizar USG mensal para avaliar alterações morfológicas fetais e, caso haja alterações, encaminhar para o serviço especializado.

TRATAMENTO TOXOPLASMOSE NA GESTAÇÃO

Quadro 19 - Tratamento para Toxoplasmose na gestação

Idade Gestacional	Medicamento	Dose indicada
< 18 semanas	Espiramicina (cp 500mg)	2cp 8/8h , via oral, até o final da gestação
> 18 semanas	Pirimetamina (cp 25mg)	1cp 12/12h , via oral
	Sulfadiazina (cp 500mg)	2cp 8/8h ou 1cp 12/12h
	Ácido Folínico (cp 15mg)*	1cp/di, até 1 semana após o término da pirimetamina

*Ácido fólico não deve substituir ácido folínico, que deve ser administrado até uma semana após a suspensão da pirimetamina.

NOTIFICAÇÃO

Os casos de Toxoplasmose gestacional e congênita são de notificação compulsória segundo portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016.

A notificação deve ser focada nos casos suspeitos de toxoplasmose gestacional e nos casos suspeitos de toxoplasmose congênita. Os serviços de saúde também devem estar atentos às gestantes imunocomprometidas que apresentarem toxoplasmose crônica devido à possibilidade de reativação da doença. Enquanto não há ficha de notificação no Sinan específica para a doença, recomenda-se que o caso provável seja notificado como caso suspeito. O registro da notificação deve ser realizado na “**FICHA DE NOTIFICAÇÃO/ CONCLUSÃO**” e digitada no SinanNet. O fluxo da notificação deve seguir o preconizado na Nota Técnica nº 02/2011 GT-SINAN/CIEVS/DEVEP/SVS/MS, na Nota Informativa nº 8/2015/ CIEVS/DEVIT/SVS/MS e na Nota Informativa nº 26/2016 CGDT/DEVIT/SVS/MS, que orientam quanto à notificação, prazos para encerramento da notificação (300 dias para a forma Gestacional e de 420 dias para a Congênita) e fluxos de retorno.

Orientações para prevenção

- Higienizar corretamente as mãos após manusear lixo, ter contato com animais, manipular alimentos e antes das refeições.
- Utilizar luvas ao manipular carnes cruas.
- Evitar manusear terra ou solo e, caso necessário, utilizar luvas e higienizar as mãos após a atividade.
- Consumir apenas água filtrada ou fervida.
- Higienizar frutas, legumes e verduras em água corrente antes do consumo;
 1. lavar os alimentos, um a um, em água potável corrente;
 2. desinfetar por meio da imersão em solução clorada por 10 minutos: diluir 1 colher de sopa de água sanitária em 1 litro de água;
 3. lavar os alimentos novamente, um a um, em água potável corrente;
 4. mantê-los sob refrigeração até a hora do consumo.
- Higienizar tábuas de corte, facas, balcões e pia após o preparo dos alimentos.
- Evitar contaminação cruzada de alimentos crus com alimentos cozidos.
- Não consumir carnes cruas, mal cozidas ou mal passadas e não provar a carne crua durante seu preparo.
- Evitar ingerir carnes defumadas ou curadas em salmoura (embutidos – salame, copa, linguiça).
- Não consumir leite e seus derivados crus, não pasteurizados, seja de vaca ou de cabra.
- Controlar vetores e pragas, descartando corretamente o lixo doméstico e os dejetos de animais.
- Evitar o contato com cães que andam soltos – os cães também podem transmitir a doença ao sujar o pelo no solo onde haja fezes de gato.
- Alimentar gatos com ração, não deixando que façam ingestão de caça ou carne crua
- Evitar que a gestante troque a caixa de areia de gatos domésticos. Caso não seja possível, ela deve limpar e trocar a caixa diariamente, utilizando luvas e pá, além de colocá-la ao sol com frequência.
- Evitar o contato com fezes de gato no lixo ou no solo e, se houver contato, higienizar corretamente as mãos.

Referências bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, 32). Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/portaldab/biblioteca.php?conteudo=publicacoes/cab32>.

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.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de Notificação e Investigação: Toxoplasmose gestacional e congênita [recurso eletrônico]/ Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_notificacao_toxoplasmose_gestacional.pdf.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL Faculdade de Medicina – Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia TelessaúdeRS/UFRGS. Telecondutas - Toxoplasmose na Gestação. Versão Digital 2019 https://www.ufrgs.br/telessaudeRS/documentos/telecondutas/tc_toxoplasmosegestacao.pdf

PAQUET C, YUDIN MH; Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada. Toxoplasmosis and pregnancy, Literature review current through: Dec 2019. Last updated: Nov 26, 2018. Up to Date.

TUBERCULOSE

As características próprias do período gravídico-puerperal tornam a tuberculose na gestação um desafio para os serviços de saúde. O tratamento da Tuberculose, além de importante para a saúde da gestante, diminui o risco de transmissão ao feto, ao neonato e aos que coabitam na mesma residência. **O Esquema Básico (RHZE/ RH) pode ser administrado nas doses habituais para gestantes. Dado risco de toxicidade neurológica ao feto atribuído à isoniazida, recomenda-se o uso concomitante de piridoxina (50mg/dia).** Gestantes e lactantes devem utilizar os esquemas preconizados, com especial atenção ao monitoramento das reações adversas.

TRATAMENTO DURANTE AMAMENTAÇÃO

Os medicamentos antiTB passam em pequenas quantidades pelo leite materno, por isso a importância do seu uso seguro durante a amamentação (RICH; SEUNG, 2003; WHO, 2014). **Não há contraindicações à amamentação, desde que a mãe não seja portadora de mastite tuberculosa. Enquanto a baciloscopia for positiva, deve-se orientar à mulher utilizar máscara cirúrgica ao amamentar e ao cuidar da criança.**

Tuberculose drogarresistente (TBDR) em gestantes e lactantes

A toda mulher em idade fértil deve ser ofertado o teste de gravidez antes do início do tratamento para TBDR. Para mulheres não gestantes, recomenda-se evitar a gestação durante todo o período de tratamento para TBDR. **As gestantes devem ser cuidadosamente avaliadas levando-se em consideração a idade gestacional e a severidade da doença.** A presença de gravidez, entretanto, **não é contraindicação absoluta para o tratamento de TBDR**, pois a doença, se não tratada, representa grande risco para a grávida e para o concepto. O risco e o benefício do tratamento devem ser cuidadosamente avaliados, sendo o principal objetivo a conversão bacteriológica para proteção da mãe e da criança, antes e depois do nascimento.

Referências bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Manual de Recomendações para o Controle da Tuberculose no Brasil / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_recomendacoes_controle_tuberculose_brasil_2_ed.pdf

SÍNDROME GRIPAL/ CASOS SUSPEITOS DE COVID-19 E INFLUENZA

A infecção humana COVID-19 causada pelo novo coronavírus (SARS-CoV-2) é uma Emergência de Saúde Pública de Importância Internacional, cujo espectro clínico é diverso, variando de sintomas leves à síndrome respiratória aguda grave. A letalidade varia conforme o país, mas está evidenciado que idosos e pessoas com comorbidades crônicas são as que mais apresentam complicações. No momento não foram desenvolvidas vacinas ou medicamentos com comprovada evidência científica para seu tratamento definitivo e, atualmente, o manejo clínico é voltado para suporte e controle de sintomas.

As evidências sobre a associação de infecção por SARS--CoV-2 com desfechos materno infantil desfavoráveis ainda são incertas. Entretanto os cuidados com gestantes e puérperas serão especificados abaixo.

DIAGNÓSTICO E MANEJO CLÍNICO DE SÍNDROME GRIPAL (SG)

Gestantes e puérperas devem ter atendimento prioritário ao chegarem na USF com sintomas de Síndrome Gripal (MS9)

O quadro clínico observado em gestantes com a COVID-19 é semelhante ao observado em adultos não gestantes, bem como taxas de complicações e de evolução para casos graves (aproximadamente 5% dos casos confirmados), mas apresentam maior risco de gravidade se infectadas por Influenza (MS9). Nesse sentido, recomenda-se que o protocolo de diagnóstico da COVID-19 em gestantes siga o protocolo para a população adulta geral. (NT 7 MS)

Algumas orientações específicas para este grupo são importantes como:

Gestantes de alto risco com SG, devem ser consideradas como “condições clínicas de risco”, portanto devem ser avaliadas em centro de referência/atenção especializada.

Mesmo podendo representar manifestação fisiológica da gravidez, a queixa de dispneia deve ser valorizada na presença de SG

Gestantes e puérperas, mesmo vacinas, devem ser tratadas com antiviral, fosfato de oseltamivir, na dose de 75 mg 12/12 horas por 5 dias, independente de sinais de gravidez, incluindo aquelas que tiveram aborto ou perda fetal.

Não se deve protelar a realização de exame radiológico em qualquer período gestacional quando houver necessidade de averiguar hipótese diagnóstica de pneumonia

A elevação da temperatura na gestante deve ser sempre controlada com antitérmico, uma vez que a hipertermia materna determina lesões no feto (a melhor opção é o paracetamol)

Recomenda-se a realização de ultrassonografia morfológica no segundo trimestre em mães com infecção por SARS-CoV-2, visto que não dispomos de dados suficientes para afastar esse risco.

ORIENTAÇÕES PARA AFASTAMENTO DE PROFISSIONAIS DE SAÚDE:

As gestantes que são profissionais de saúde, que atuam na atenção a pessoas potencialmente infectadas com SARS-CoV-2, devem procurar o Serviço de Medicina do Trabalho de sua instituição, para avaliação dos riscos, principalmente em razão de recomendações para que sejam particularmente rigorosas com as medidas de distanciamento social, evitando o contato com os outros, tanto quanto possível. Em caso de gestantes de alto risco, recomenda-se que estas sejam afastadas das atividades laborais. Na impossibilidade de afastamento, estas não deverão realizar atividades de assistência a pacientes suspeitos ou confirmados de Síndrome Gripal. Preferencialmente deverão ser mantidos em atividades de gestão, suporte, assistência nas áreas onde NÃO são atendidos pacientes suspeitos ou confirmados de Síndrome Gripal.

PUÉRPERAS E ALEITAMENTO

O Ministério da Saúde, considerando os benefícios da amamentação para a saúde da criança e da mulher, a ausência de evidências científicas sobre a transmissão do coronavírus por meio da amamentação e que não há recomendação para a suspensão do aleitamento materno na transmissão de outros vírus respiratórios, recomenda que a amamentação seja mantida em caso de infecção pela SARS-CoV-2, desde que a mãe deseje amamentar e esteja em condições clínicas adequadas para fazê-lo.

São recomendadas ainda as seguintes precauções, tendo em vista que a mãe infectada pode transmitir o vírus através de gotículas respiratórias durante o contato com a criança, incluindo a amamentação:

Manter, preferencialmente, o binômio mãe-bebê em quartos separados;

Manter distância mínima do berço do RN e da mãe de 1 metro

Lavar as mãos por pelo menos 20 segundos antes de tocar o bebê ou antes de retirar o leite materno (extração manual ou na bomba extratora);

Usar máscara facial (cobrindo completamente nariz e boca) durante as mamadas e evitar falar ou tossir durante a amamentação;

A máscara deve ser imediatamente trocada em caso de tosse ou espirro ou a cada nova mamada;

Em caso de opção pela extração do leite, devem ser observadas as orientações disponíveis nesta cartilha.

Seguir rigorosamente as recomendações para limpeza das bombas de extração de leite após cada uso;

Deve-se considerar a possibilidade de solicitar a ajuda de alguém que esteja saudável para oferecer o leite materno em copinho, xícara ou colher ao bebê.

É necessário que a pessoa que vai oferecer ao bebê aprenda a fazer isso com a ajuda de um profissional de saúde.

No link abaixo você pode acessar material com informações sobre a Covid-19 para gestantes e lactantes: <https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzEyMjk%2C>

Referências bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Ciclos da Vida. Coordenação de Saúde das Mulheres. Nota Técnica nº 12/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Abr.,2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/covid-19-atencao-as-gestantes/>

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Protocolo de Manejo Clínico do Coronavírus (COVID-19) na Atenção Primária à Saúde, versão 9. Brasília – DF, Maio de 2020. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/protocolo-de-manejo-clinico-do-coronavirus-covid-19-na-atencao-primaria-a-saude/>

RIO DE JANEIRO. Secretaria de Estado de Saúde. Medidas de prevenção e atendimento aos casos suspeitos de infecção pelo novo coronavírus em maternidades no estado do rio de janeiro. Rio de Janeiro; SES/RJ; 06/04/2020. 14 p. (Nota técnica conjunta nº 01 SRUP/SGAIS SES/RJ, 01). Disponível em: <http://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/05/1095863/nota-tecnica-maternidades.pdf>

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. The Royal College of Midwives. Coronavirus (COVID-19) Infection in Pregnancy. Information for health professionals. 24/07/2020. Disponível em: <https://www.rcog.org.uk/globalassets/documents/guidelines/2020-07-24-coronavirus-covid-19-infection-in-pregnancy.pdf>

ARBOVIROSES-ATENDIMENTO ÀS GESTANTES COM EXANTEMA

A ocorrência de Doenças Exantemáticas febris durante a gestação merece atenção diferenciada. **Todas as Unidades de saúde devem OBRIGATORIAMENTE realizar o acolhimento e investigação das gestantes, de qualquer idade gestacional, que apresentem exantema.**

Devido a disseminação de seu vetor, o mosquito *Aedes aegypti* no ERJ, os arbovírus da Dengue, Chikungunya (CHIKV) e Zika têm importância epidemiológica no estado. Considerando sua incidência no estado e as consequências clínicas dessas arboviroses em mulheres grávidas, todas as gestantes e sua rede familiar devem ser orientadas sobre a importância da adoção das seguintes medidas de prevenção:

Medidas de controle do vetor (eliminação de criadouros na região peridomiciliar)

Colocação de telas em portas e janelas;

Uso diário de repelente; Sobre a utilização de repelente em gestantes ver em <https://aps.bvs.br/aps/gestantes-podem-usar-repelentes-para-mosquitos/>

Além disso, todas devem ser orientadas a buscar atendimento na Unidade Básica de Saúde em caso de febre acima de 38,5°C, exantema, artralgia ou artrite.

Dengue

É uma infecção causada por um flavivírus transmitido pela picada da fêmea *Aedes Aegypti*, que apresenta quatro sorotipos diferentes, DENV1, DENV2, DENV3, DENV4. A imunidade é permanente para um mesmo sorotipo. Gestantes, pessoas maiores de 65 anos e pessoas com comorbidades e são considerados parte do grupo de risco. A fisiopatologia da dengue em gestante é igual em gestante e não gestantes, no entanto, por ter transmissão vertical, há o risco de abortamento no primeiro trimestre e de trabalho de parto prematuro, quando adquirida no último trimestre (BRASIL, 2016).

Quando a infecção ocorre no período próximo ao parto, maior a chance do RN apresentar quadro clínico de infecção por dengue e da ocorrência de hemorragia no parto ou pós-parto. A dengue perinatal pode causar sofrimento fetal, prematuridade e morte intraútero; sendo assim, a identificação precoce dessa condição é crucial para prevenir o desenvolvimento de complicações.

Quadro clínico:

Febre alta (acima de 38°C) de início abrupto que geralmente dura de 2 a 7 dias, acompanhada de cefaleia, mialgia, artralgia, prostração, astenia, dor retro-orbital, exantema e prurido cutâneo. Anorexia, náuseas e vômitos são comuns.

Gestantes com sangramento, independente do período gestacional, devem ser questionadas quanto à presença de febre ou ao histórico de febre nos últimos sete dias.

Conduta:

Independente da gravidade do quadro, gestantes com suspeita ou confirmação de dengue devem ser acompanhadas atentamente para o desenvolvimento de sinais de alerta e outras complicações. **O tratamento deve ser de acordo com o estadiamento clínico da dengue.**

Após a solicitação dos exames (Hemograma e PCR ou sorologia* (Ver Quadro 21 - Orientações para coleta de exame para casos suspeitos de Dengue, Zika ou CHIKV*), mesmo sem sinais de alarme, as gestantes devem permanecer em observação até os resultados dos exames complementares.

O diagnóstico diferencial de dengue na gestação, principalmente nos casos de dengue grave, deve incluir pré-eclâmpsia, síndrome HELLP e sepse, lembrando que eles não só podem mimetizar seu quadro clínico, como podem também estar concomitantemente presentes.

Notificação

Por ser uma doença de notificação compulsória, todo caso suspeito e/ou confirmado, deve ser comunicado ao Serviço de Vigilância Epidemiológica.

Zika Vírus

Quadro clínico: pode cursar com febre baixa (ou, eventualmente, sem febre), exantema maculopapular, artralgia, mialgia, cefaleia, hiperemia conjuntival e, menos frequentemente, edema, odinofagia, tosse seca e alterações gastrointestinais, principalmente vômitos.

O tratamento recomendado para os casos sintomáticos de infecção pelo vírus Zika é baseado no uso de **paracetamol para o controle da febre e da dor.**

É considerado caso SUSPEITO, toda grávida, em qualquer idade gestacional, com doença exantemática aguda, excluídas outras hipóteses de doenças infecciosas e causas não infecciosas conhecidas. É considerado caso CONFIRMADO toda grávida, em qualquer idade gestacional, com doença exantemática aguda, excluídas outras hipóteses de doenças infecciosas e causas não infecciosas conhecidas, com diagnóstico laboratorial conclusivo para vírus Zika.

O diagnóstico laboratorial específico de vírus Zika baseia-se principalmente na detecção de RNA viral a partir de espécimes clínicos. Recomenda-se que o exame do material seja realizado, idealmente, até o 5º dia do aparecimento dos sintomas (Ver Quadro 21 - Orientações para coleta de exame para casos suspeitos de Dengue, Zika ou CHIKV).

Deve-se notificar o caso.

O acompanhamento às mulheres com gestações de risco habitual, que tiveram infecção suspeita ou comprovada por zika vírus, deverá continuar sendo realizado pela **unidade de atenção primária.** É importante que, durante o acompanhamento do pré-natal dessas gestantes, mantenha-se a atenção a outros agravos que podem acometer a saúde das gestantes e dos bebês e ao adequado tratamento deles, além da garantia de realização dos demais exames de rotina do pré-natal.

O serviço responsável pelo pré-natal solicitará a **USG obstétrica de seguimento entre 28 e 30 semanas de gestação.**

Caso a ultrassonografia obstétrica da gestante identifique feto com circunferência craniana (CC) aferida menor que dois desvios padrões (<2 dp) abaixo da média para a idade gestacional, ou com alteração no sistema nervoso central (SNC) sugestiva de infecção congênita, o médico pode considerar um **caso SUSPEITO de microcefalia** relacionada ao vírus zika na gestação. A confirmação de microcefalia relacionada ao vírus zika durante a gestação dá-se pelos seguintes critérios:

- **Caso confirmado de feto com microcefalia ou outras alterações pós-infecciosas no SNC relacionadas ao vírus zika:** feto com alterações no SNC características de infecção congênita identificada por ultrassonografia E relato de exantema na mãe durante gestação E excluídas outras possíveis causas, infecciosas e não infecciosas.
- **Caso confirmado de aborto espontâneo relacionado ao vírus zika:** aborto espontâneo de gestante com relato de exantema durante a gestação, sem outras causas identificadas, com identificação do vírus zika em tecido fetal/embrionário ou na mãe.

A equipe de saúde deve estar sensibilizada a acolher a gestante com caso suspeito e suas angústias, dúvidas e medos, por meio de uma escuta qualificada. Quando necessário, as equipes de Saúde da Família podem solicitar o apoio matricial dos profissionais de Saúde Mental, por intermédio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) ou de outros profissionais de Saúde Mental do município (BRASIL, 2016).

Chikungunya (CHIKV)

Quadro clínico:

Na fase aguda os sintomas aparecem de forma brusca e compreendem febre alta (acima de 38°C), artralgia intensa (predominantemente nas extremidades e nas grandes articulações), cefaleia e mialgia. Também é frequente a ocorrência de exantema maculopapular, em geral de 2 a 5 dias após o início da febre em aproximadamente 50% dos doentes

DEFINIÇÃO DE CASO SUSPEITO DE CHIKV EM GESTANTE COM RISCO DE TRANSMISSÃO VERTICAL. Gestantes que até 15 dias antes do parto atendam à definição de caso suspeito de CHIKV: febre acima de $38,5^{\circ}\text{C}$, artralgia ou artrite intensa não explicada por outras causas, residente ou com deslocamento nas últimas duas semanas para áreas onde esteja ocorrendo casos de CHIKV, ou que tenha vínculo epidemiológico com caso confirmado.

A transmissão vertical do CHIKV é rara antes de 22 semanas de gestação, e estudos, também com modelos animais, demonstram uma não permissividade à passagem do vírus pela barreira placentária durante exposição antes do parto. Entretanto, se o feto for acometido nesse período os relatos são de perdas fetais. Após 22 semanas, a infecção ocorre mais em mães que estão com viremia durante o parto. Ainda não se conhece a patogenia da transmissão placentária.

Quando o parto ocorre no período de viremia materna, a taxa de transmissão, neste período, pode chegar a aproximadamente 50%, destes, cerca de 90% podem evoluir para formas graves. O maior risco ocorre nos casos de infecção materna até 04 (quatro) dias antes do parto

CONDUTA

A gestante que se enquadra no caso suspeito de Chikungunya deve ter o diagnóstico laboratorial desta arbovirose realizado pela técnica de RT-PCR até o 5º dia do início dos sintomas ou pela sorologia IgM após o 6º dia (Ver Quadro 21 - Orientações para coleta de exame para casos suspeitos de Dengue, Zika ou CHIKV). A coleta deve ocorrer onde a gestante estiver fazendo pré-natal. A Vigilância Epidemiológica cadastra as amostras no Sistema Gerenciador de Ambiente Laboratorial (GAL) encaminha para o LACEN/RJ. Para a gestante que entrar em trabalho de parto, ou necessitar de interrupção da gestação até 15 dias após o início dos sintomas, é recomendado o encaminhamento à maternidade de alto risco com UTI neonatal para garantir a adequada assistência ao RN.

INFORMAR A MATERNIDADE

RN nascido cuja mãe apresentou Chikungunya no terceiro trimestre de gestação deverá ficar internado sob vigilância por até 07 (sete) dias após o parto.

Quadro 20 - Orientações para coleta de exame para casos suspeitos de Dengue, Zika ou CHIKV

Material	Exame/ Metodologia	Volume	Período da Coleta	Acondicionamento	Transporte
Soro	PCR	Adultos > 7-10ml Crianças: 2ml RN: 1 ml	Até o 5º dia do início dos sintomas	Manter a temperatura entre 2°C a 8°C (envio em até 48h)	Caixa com gelo reutilizável
	Sorologia		A partir do 6º dia do início dos sintomas		
Urina	PCR	Adultos > 5 ml Crianças: 2ml RN: 1 ml	Até o 30º dia do início dos sintomas	Manter a temperatura entre 2°C a 8°C (envio em até 48h)	Caixa com gelo reutilizável

NOTIFICAÇÃO

No estado do Rio de Janeiro os casos de gestantes com síndrome exantemática e os casos de síndrome neurológica, possivelmente associada à doença exantemática prévia, são agravos de notificação compulsória. As notificações devem ser feitas ao CIEVS-RJ através do preenchimento de formulário específico no FormSUS, disponível no link: http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=23642.

CIEVS Telefone: (21) 98596- 6553 (plantão 24 horas, 7 dias por semana) para discussão de casos clínicos, fluxo de encaminhamento de exames laboratoriais. E-mail: notifica@saude.rj.gov.br ou notifica.ses.rj@gmail.com

Referências bibliográficas:

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC) / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_resposta_microcefalia_relacionada_infeccao_virus_zika.pdf

RIO DE JANEIRO. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Plano de contingência para enfrentamento às arboviroses transmitidas pelo aedes aegypti (2018/2019). <http://www.riocomsaude.rj.gov.br/Publico/MostrarArquivo.aspx?C=gCBehtO0ZhI%3d>

RIO DE JANEIRO. SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE. Nota técnica conjunta SVS /SGAIS Nº 10/2019 Orientações quanto à transmissão vertical do Vírus Chikungunya (CHIKV) e manejo clínico da Gestante e do Recém-Nascido (RN).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. Dengue : diagnóstico e manejo clínico : adulto e criança [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. – 5. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: <https://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2016/janeiro/14/dengue-manejo-adulto-crianca-5d.pdf>



ANEXOS



ANEXO 01 | Cadastro do atendimento do pré-natal no e-SUS

Este acompanhamento pode ser realizado por meio do Cartão Pré-Natal sendo possível observar o seu andamento desde a primeira consulta até o seu desfecho. **O Cartão organiza em formato de sumário clínico as principais informações relacionadas à gestação de forma clara e objetiva. É importante enfatizar que o bloco de notas de evolução SOAP é a principal entrada de dados deste módulo, portanto, é indispensável observar todas as informações para o bom uso da ferramenta.** Nas seções que seguem, são destacados alguns pontos específicos de registro e do acompanhamento da gestação de uma cidadã, para potencializar o uso dessa ferramenta pelo profissional por meio do sistema.

Registrando o atendimento do pré-natal

Para dar início ao acompanhamento do pré-natal, é necessário que o profissional registre a condição de gravidez da cidadã por meio da opção “Problemas/Condições e Alergias” inserindo algum dos códigos que identificam essa condição. São eles:

CIAP2:

- W71 – INFECÇÕES QUE COMPLICAM A GRAVIDEZ;
- **W78 – GRAVIDEZ;**
- W79 – GRAVIDEZ NÃO DESEJADA;
- W80 – GRAVIDEZ ECTÓPICA;
- W81 – TOXEMIA GRAVÍDICA – DHEG;
- W84 – GRAVIDEZ DE ALTO RISCO;
- W85 – DIABETES GESTACIONAL;

CID10:

- **Z34 – SUPERVISÃO DE GRAVIDEZ NORMAL** (e subgrupo);
- Z35 – SUPERVISÃO DE GRAVIDEZ DE ALTO RISCO (e subgrupo).

Outra forma de realizar esse registro é a inclusão de algum dos códigos na seção de “Avaliação” do SOAP, por meio do bloco “Problema e/ou Condição detectada” mantendo a situação do problema/condição como “Ativo”. Dessa forma, o sistema dá início ao acompanhamento do pré-natal da gestante captando informações úteis a esta condição de saúde.

Dependendo do problema e ou condição detectada, a gestação pode ser classificada em dois tipos: “alto risco” e “risco habitual”, também conhecida como baixo risco. Esta situa-

ção pode ser modificada ao longo do acompanhamento da gestação por meio de entradas tanto pela avaliação quanto pela Lista de Problemas/Condições e Alergias. Sempre que o registro mais atual for diferente dos códigos W78 e Z34 e houver qualquer outro da lista anterior, a gestação será considerada de “alto risco” e será mostrada no Cartão de Acompanhamento.

Caso o primeiro registro da gravidez seja realizado por profissional médico ou enfermeiro, na seção “Avaliação” do SOAP, será mostrado o bloco “Pré-Natal – Primeira Consulta” (Figura 1).

Figura 1 - Tela primeira consulta de pré-natal - E-SES

AVALIAÇÃO

Caracteres restantes: 4000

Problema e / ou condição detectada *

CIAP2
 CID10 Filtro CIAP2 X CID10
 Notas
 Inserir na lista de problema / condição como ativo.

Confirmar

CIAP2	Descrição da CIAP2	CID10	Descrição do CID10	Nota
W78	GRAVIDEZ	Z34	SUPERVISÃO DE GRAV...	<input type="button" value="✎"/> <input type="button" value="✕"/>

Pré-natal - Primeira consulta

Tipo de gravidez

Edema - + ++ +++
 Altura uterina cm
 Gravidez planejada Sim Não

Batimento cardíaco fetal bpm
 Movimentação fetal Sim Não

Atualize os antecedentes obstétricos.

Nele, é possível realizar os registros de:

- **tipo de gravidez:** especificar a quantidade de gestação na gravidez atual, sendo as opções “Única”, “Dupla/Gemelar”, “Tripla ou mais” e “ignorada”;
- **gravidez planejada:** especificar se foi ou não planejada, clicando em sim ou não;
- **edema:** registrar o resultado da avaliação de presença de edema utilizando a escala de gradação “-” (sem edema), “+”, “++” ou “+++”;
- **altura uterina:** registrar a altura em centímetros (cm);
- **batimento cardíaco fetal:** registrar em batimentos por minuto (bpm);
- **movimentação fetal:** registrar a percepção materna ou do profissional de saúde em relação a presença de movimentos do feto. Para isto, clique em sim ou não.

ATENÇÃO: o sistema sempre irá tornar obrigatório o preenchimento da **DUM** na seção “Objetivo” quando se tratar de uma “primeira consulta de pré-natal”. Esta data pode ser ajustada nas próximas consultas de pré-natal por meio do mesmo campo ou dos resultados de exames específicos, como mencionado anteriormente.

NOTA: caso os antecedentes obstétricos estejam desatualizados, o sistema mostrará a mensagem “Atualize os antecedentes obstétricos”.

A partir da segunda consulta de pré-natal, os dados do bloco “Pré-Natal – Primeira Consulta” serão transferidos da seção “Avaliação” para a seção “Objetivo” do SOAP.

Figura 2 - SOAP – Objetivo – grupo pré-natal

Pré-Natal

Edema
 - + ++ +++

Altura uterina
 cm

Gravidez planejada
 Sim Não

Batimento cardíaco fetal
 bpm

Movimentação fetal
 Sim Não

Junto à seção “Avaliação”, sempre que houver uma entrada de CIAP2 ou CID10 relacionada a uma gravidez, será mostrado o bloco “Pré-Natal” com o item “tipo de gravidez”, como mostrado anteriormente.

Alguns exames requerem o registro de dados específicos dos resultados. Estes resultados

são utilizados em outras seções do PEC, principalmente no acompanhamento a condições específicas, como o pré-natal. São eles:

- 0202010503 – Dosagem de hemoglobina glicosilada / CDS – Hemoglobina glicada;
- 0205020143 – Ultrassonografia obstétrica;
- 0205020151 – Ultrassonografia obstétrica c/ doppler colorido e pulsado;
- 0205010059 – Ultrassonografia c/ doppler de fluxo obstétrico.

Para os resultados de ultrassonografias realizadas durante o pré-natal, é possível registrar a idade gestacional (IG ecográfica) em semanas e dias, além da data provável do parto (DPP ecográfica), como mostra a imagem abaixo:

Figura 3 - Campos específicos do resultado da Ultrassonografia obstétrica

Resultado de exame específico *

Idade gestacional eco semanas e dias

DPP eco

Desfecho de uma gestação

Para realizar o desfecho de uma gestação, por nascimento ou interrupção, o profissional deve informar por meio de código CIAP2 ou CID10. Os códigos que podem ser utilizados para encerrar uma gestação são mostrados no quadro a seguir.

Quadro 21 - Códigos CIAP2 e CID10 que encerram uma gestação

CIAP2	Descrição	CID10 relacionáveis
W82	Aborto espontâneo	O02, O03, O05, O06
W83	Aborto provocado	O04, Z30.3
W90	Parto sem complicações de nascido vivo	O80, Z37.0, Z37.9, Z38, Z39
W91	Parto sem complicações de natimorto	Z37.1, Z37.9
W92	Parto com complicações de nascido vivo	O42, O45, O60, O61, O62, O63, O64, O65, O66, O67, O68, O69, O70, O71, O73, O75.0, O75.1, O75.4, O75.5, O75.6, O75.7, O75.8, O75.9, O81, O82, O83, O84, Z37.2, Z37.5, Z37.9, Z38, Z39
W93	Parto com complicações de natimorto	O42, O45, O60, O61, O62, O63, O64, O65, O66, O67, O68, O69, O70, O71, O73, O75.0, O75.1, O75.4, O75.5, O75.6, O75.7, O75.8, O75.9, O81, O82, O83, O84, Z37.1, Z37.3, Z37.4, Z37.6, Z37.7, Z37.9

O desfecho pode ser informado por meio da inclusão de um desses itens na seção “Avaliação” do SOAP, por meio do bloco “Problema e/ou condição detectada”. Em caso de identificação de algum desses códigos, o sistema mostrará o campo “Data de desfecho da gestação” dentro do bloco “Pré-Natal”, conforme Figura 6.88. Irá também atualizar

a condição de gravidez na Lista de Problemas\Condições e Alergias automaticamente e registrar a data do desfecho como a data da resolução da condição.

Figura 4 - Avaliação - Registro do desfecho da Gestação

Pré-natal

Tipo de gravidez	Data de desfecho da gestação
Única x v	

Se o registro do desfecho da gestação for realizado por meio da Lista de Problema\ Condições e Alergias, é possível marcar a condição de gravidez (W78) como **resolvida**, como pode ser visto na Figura 5. Neste caso, o campo “Data final” torna-se obrigatório, e passa a ser considerada como a “Data de desfecho da gestação”.

Figura 5 - Registro da Gestação na Lista de Problemas

PROBLEMAS / CONDIÇÕES

Problema *

CIAP2

CID10
 Filtro CIAP2 X CID10

Outro

Data inicial do problema

Ano: x x

Idade de início do problema

Anos: Meses:

Observações

Situação *


 ATIVO


 RESOLVIDO


 LATENTE

Data final do problema *

Ano: x x

Idade final do problema

Anos: Meses:

Cancelar

Salvar

ACOMPANHAMENTO DO PRÉ-NATAL

O *Cartão* minimizado apresenta informações essenciais e objetivas ao acompanhamento da gestante como: o risco (habitual ou alto risco); a data da última menstruação (DUM); a idade gestacional (IG) cronológica e data provável do parto (DPP) calculadas a partir da DUM, a IG e

DPP baseadas nos registros dos exames de imagem, além disso, apresenta a data da última consulta de pré-natal e o profissional que realizou a última consulta como mostra a imagem a seguir.

Figura 6- Cartão do Acompanhamento do Pré-natal

PRÉ-NATAL	DUM: 07/06/2016	
	IG cronológica: 11 semanas e 0 dia	DPP cronológica: 14/03/2017
	Para IG e DPP Ecográfica, informe Resultados de Exames para Ultra-sonografia Obstétrica no SOAP. Aqui será exibido resultado de USG com até 13 semanas e 6 dias a partir da DUM	
	Ultima consulta de pré-natal: 22/08/2016	Profissional: [REDACTED]
Risco habitual		

Clicando no Cartão é possível verificar o conjunto de informações completas relacionadas ao acompanhamento do pré-natal. Existem três blocos de informações principais sendo eles “Lista de problemas/condições ativas”, “Medições da gestação” e “histórico da condição” (Figura7).

Figura 7 - Acompanhamento do Pré Natal eSUS

PRÉ-NATAL

DUM: 17/07/2018



IG cronológica: 8 semanas e 0 dia DPP cronológica: 23/04/2019

Para IG e DPP Ecográfica, informe Resultados de Exames para Ultra-sonografia Obstétrica no SOAP. Aqui será exibido resultado de USG com até 13 semanas e 6 dias a partir da DUM

Risco habitual

Ultima consulta de pré-natal: 11/09/2018 Profissional: Joao Geraldo de Oliveira Junior

Lista de problemas / condições ativas:

Problema / Condição	Idade de início
W78 - GRAVIDEZ	31 anos e 10 meses

Medições da gestação:

Tabela
IMC
Glicemia
PA
AU

Consulta	Data	IG	Peso / IMC	Edema	PA	Alt. uterina	BCF / Mov. fet
1ª	11/09/2018	8s e 0d	-- / --	--	--	--	-- / --

s - semanas / d - dias

Histórico da condição:

Consulta	Data	CIAP2 - Descrição do CIAP2	CID10 - Descrição do CID10
1ª	11/09/2018	W78 - GRAVIDEZ	Z34 - SUPERVISÃO DE GRAVIDEZ N...

Imprimir

LISTA DE PROBLEMAS / CONDIÇÕES ATIVAS

Este bloco disponibiliza as condições que estão com status “Ativo” na seção “Problemas/ Condições e Alergias”, informando qual o problema/condição e a idade de início do mesmo, durante o período da gestação, como vemos a seguir.

Figura 8 - Bloco de Lista de problemas do Acompanhamento do Pré-natal - eSUS

Lista de problemas / condições ativas:

Problema / Condição	Idade de início
W78 - GRAVIDEZ	31 anos e 10 meses

MEDIÇÕES DA GESTAÇÃO

Este bloco apresenta aos profissionais as informações das medições realizadas durante as consultas de pré-natal. Cada consulta é identificada em sua sequência pela coluna “Consulta” seguida da data da consulta, IG, peso e IMC calculado, classificação do edema, pressão arterial (PA), altura uterina, batimento cardíaco fetal (BCF) e presença de movimento fetal como mostra a imagem a seguir.

Figura 9 - Bloco de Medições da Gestação

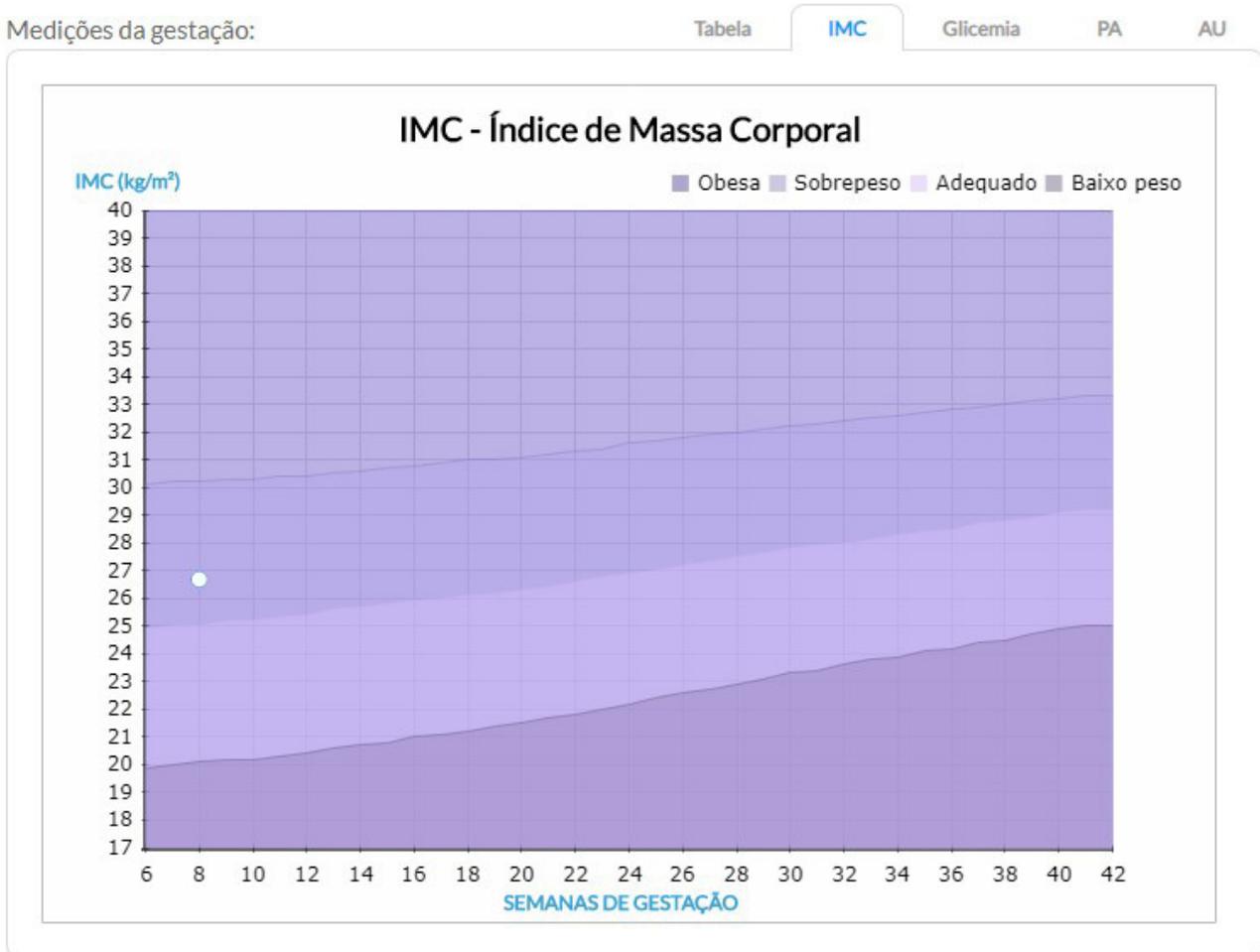
Medições da gestação:

Tabela								IMC	Glicemia	PA	AU
Consulta	Data	IG	Peso / IMC	Edema	PA	Alt. uterina	BCF / Mov. fet				
1º	11/09/2018	8s e 0d	-- / --	--	--	--	-- / --				
2º	11/09/2018	8s e 0d	60.0kg / 26.66k...	(+)	100/60mmHg	12 cm	150bpm / Sim				

s - semanas / d - dias

Neste bloco ainda é possível verificar os gráficos de acompanhamento da evolução de alguns indicadores da saúde da gestante como o Índice de Massa Corporal (IMC), a Glicemia capilar, a Pressão Arterial (PA) e a Altura Uterina (AU). Basta clicar nas abas IMC, Glicemia, PA ou AU, respectivamente.

Figura 10 - Gráfico do IMC - Índice de Massa Corporal -eSUS



HISTÓRICO DA CONDIÇÃO

Neste bloco é possível acompanhar a evolução da condição gravídica por meio da Lista de Problemas/Condições ativas. Caso haja atualização em relação a esta condição ou nova informação no campo de observação será possível acompanhar por meio do botão.

Figura 11-Bloco de Histórico da condição

Histórico da condição:

Consulta	Data	CIAP2 - Descrição do CIAP2	CID10 - Descrição do CID10
1ª	07/08/2016	W78 - GRAVIDEZ	--
2ª	01/09/2016	W78 - GRAVIDEZ	--

Observações

IMPRESSÃO DO ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE

Caso o profissional deseje realizar a impressão do acompanhamento da gestante, seja para arquivamento físico, seja para entregar à gestante, basta clicar no botão. Em seguida aparecerá uma tela onde é possível selecionar os itens que deseja imprimir (Figura 12).

Figura 12 - Como imprimir Acompanhamento da Gestação

IMPRIMIR ACOMPANHAMENTO DA GESTAÇÃO X

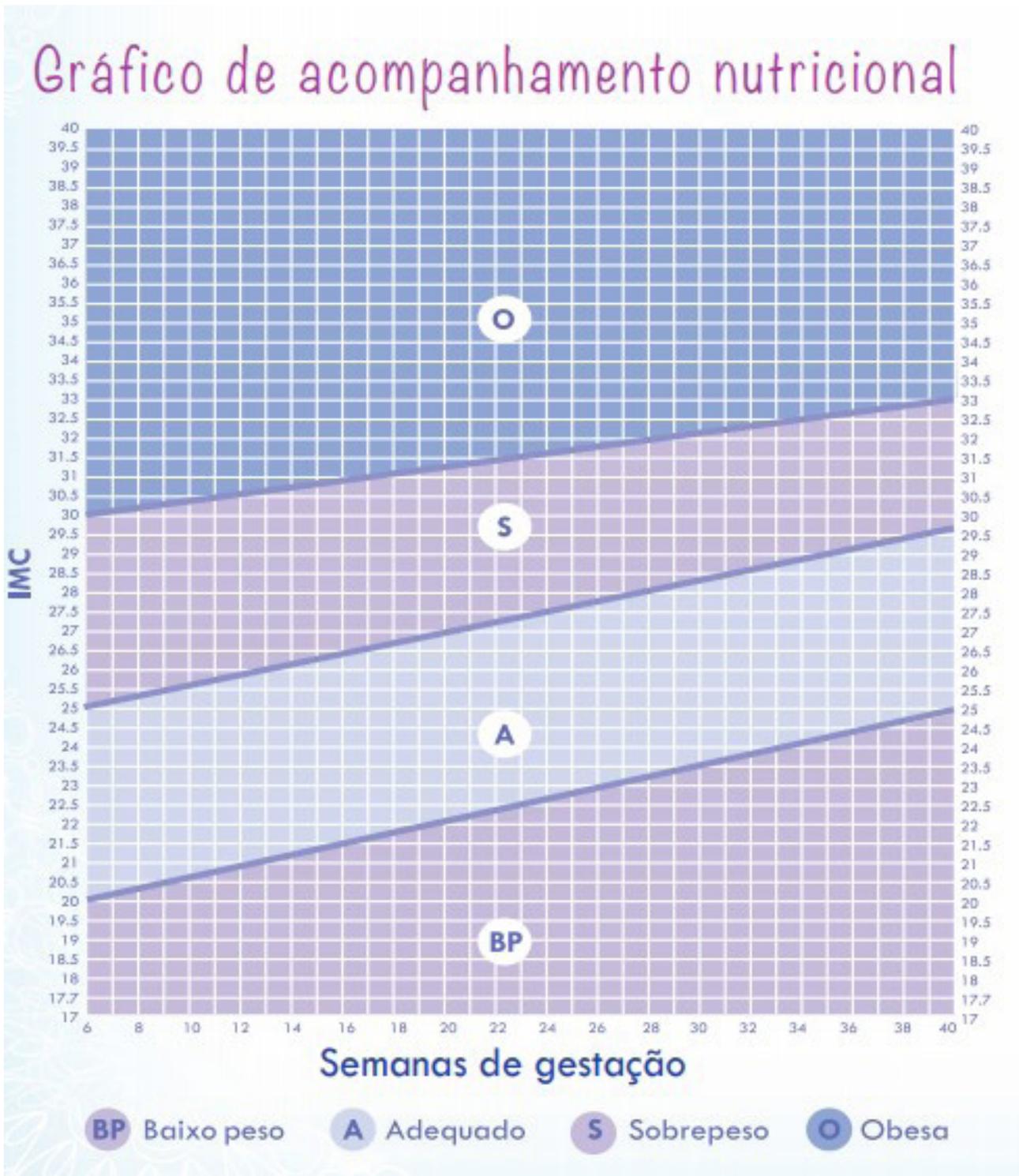
Selecionar todos
Limpar

Selecione os itens que deseja imprimir

- Dados do acompanhamento
- Gráfico de IMC
- Gráfico de PA (Pressão arterial)

Fechar
Imprimir

ANEXO 02 | Gráfico de acompanhamento Nutricional



ANEXO 03 | Orientações Nutricionais para envio para as gestantes

- Fazer pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia, evitando ficar mais de três horas sem comer. Entre as refeições, beba água, pelo menos 2 litros (de 6 a 8 copos) por dia.
- Evitar consumir líquidos durante as refeições, para reduzir os sintomas de pirose. Deve preferir consumir, após as refeições, frutas com alto teor de líquidos, como laranja, tangerina, abacaxi, melancia. E as frutas com vitamina C ainda aumentam a absorção do ferro.
- Os vegetais verdes escuros (couve, espinafre, agrião bertalha, ora-pró-nóbis, taioba), assim como as carnes, vísceras também aumentam a quantidade de ferro ingerido e para os últimos as proteínas também. Para evitar a anemia por deficiência de ferro, deve-se ingerir, juntamente com esses alimentos, aqueles que são fontes de vitamina C, como acerola, laranja, caju e limão, entre outros.
- Bebidas açucaradas (sucos industrializados e refrigerantes) e bebidas à base de cafeínas (chá-mate, chá-preto e café) não devem ser consumidos, pois, além de não contribuírem para o aumento do consumo de líquidos, ainda prejudicam a absorção de nutrientes, como o ferro, tão importante na gestação.
- Utilizar temperos naturais, como cheiro verde, alho, cebola, ervas frescas ou secas e suco de frutas, como limão, para temperar e valorizar o sabor natural dos alimentos e, com isso, reduzir a quantidade de sal (máximo 5 g/dia).
- Diminuir o consumo de gorduras, assim como de alimentos ultraprocessados, pois, além de concentração grande de gorduras, também possuem altas concentrações de açúcar e sódio.
- É importante aumentar o consumo de alimentos fontes de cálcio como leites, queijo e iogurtes. Não é preciso consumir as opções mais caras!
- É interessante estimular o consumo de sementes (girassol, gergelim, abóbora, dentre outras) e castanhas (do Brasil, de caju, nozes, amendoim, amêndoas e outras). A semente de abóbora tostada pode ser feita em casa através da própria abóbora comprada para o consumo. É só lavar e tostar na frigideira ou forno. Uma sugestão de castanha é o amendoim sem casca.
- É desestimulado o consumo de carnes cruas ou mal passadas, porque podem transmitir doenças, como verminose, toxoplasmose, dentre outras;

Para mais informações acesse o guia alimentar para a população brasileira no link: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/guiadebolso2018.pdf>

ANEXO 04 | Escala de Depressão Pós-natal de Edimburgo

Questionário para auto-avaliação de Depressão Pós-Parto

Você teve um bebê há pouco tempo e gostaríamos de saber como você está se sentindo nos últimos sete dias e não apenas hoje:

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas

Como eu sempre fiz

Não tanto quanto antes

Sem dúvida, menos que antes

De jeito nenhum

2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia

Como sempre senti

Talvez, menos que antes

Com certeza menos

De jeito nenhum

3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas

Sim, na maioria das vezes

Sim, algumas vezes

Não muitas vezes

Não, nenhuma vez

4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão

Não, de maneira alguma

Pouquíssimas vezes

Sim, algumas vezes

Sim, muitas vezes

5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo

Sim, muitas vezes

Sim, algumas vezes

Não muitas vezes

Não, nenhuma vez

6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia

Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles

Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes

Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles

Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes

7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir

Sim, na maioria das vezes

Sim, algumas vezes

Não muitas vezes

Não, nenhuma vez

8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada

Sim, na maioria das vezes

Sim, muitas vezes

Não muitas vezes

Não, de jeito nenhum

9. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado

Sim, quase todo o tempo

Sim, muitas vezes

De vez em quando

Não, nenhuma vez

10. A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça

Sim, muitas vezes, ultimamente

Algumas vezes nos últimos dias

Pouquíssimas vezes, ultimamente

Nenhuma vez

Como fazer a pontuação

Questões 1, 2, e 4:

- Se você marcou a primeira resposta, não conte pontos.
- Se você marcou a segunda resposta, marque um ponto.
- Se você marcou a terceira resposta, marque dois pontos.
- Se você marcou a quarta resposta, marque três pontos.

Questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10

- Se você marcou a primeira resposta, marque três pontos.
- Se você marcou a segunda resposta, marque dois pontos.
- Se você marcou a terceira resposta, marque um ponto.
- Se você marcou a quarta resposta, não conte pontos.

telessaúde  RJ

SUS 

Secretaria de
Saúde



GOVERNO DO ESTADO
RIO DE JANEIRO