

Protocolo Prima Qualitá Saúde

Pré-natal e Puerpério na Atenção Primária à Saúde

Rio de Janeiro
Novembro/2019

www.primaqualitasaude.com

Prima Qualitá Saúde - CNPJ: 40.289.134/0001-99

Travessa do Ouvidor nº 21, Sala 503 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP 20040-040

Sumário

1 Introdução	7
2 Princípios básicos do cuidado pré-natal na atenção primária da Prima Qualitá Saúde.....	10
3 Primeiro Contato da gestante.....	11
Pré natal do Parceiro	20
4 Calendário de consultas.....	21
4.1 Primeira Consulta (idealmente até 12 semanas)	22
4.1.1 Anamnese e Exame Físico na Primeira Consulta de Pré-Natal.....	22
Anamnese	23
Determinação aproximada da idade gestacional por exame obstétrico	25
Cálculo da data provável do parto	27
Exame Físico:.....	27
Exame Geral:.....	28
Exame Gineco-obstétrico:.....	29
Exame das mamas.....	29
Orientações específicas quanto à amamentação	30
Exame pélvico.....	34
Recomendações da coleta do exame citopatológico do colo do útero na gestante:.....	35
Exame físico obstétrico.....	36
4.1.2 Avaliação de Risco Gestacional	38
Fatores de risco indicativos de realização do pré-natal de baixo risco	39
Fatores de risco indicativos de encaminhamento ao pré-natal de alto risco.....	40

Sinais indicativos de encaminhamento à urgência/emergência	
obstétrica.....	42
4.1.3 Avaliação dos exames.....	43
Sífilis gestacional	44
Condutas frente aos resultados dos exames.....	47
4.1.4 Formulação das hipóteses diagnósticas.....	51
4.2 Consultas Subsequentes.....	51
Calendário de Exames subsequentes:	53
4.3 Plano de Parto	53
5 Manejo de situações comuns na gestação	56
Náuseas e vômitos na gestação (NVG).....	56
Pirose.....	58
Sialorreia	58
Cãibras nas pernas.....	59
Dores lombares e pélvicas.....	59
Obstipação/ constipação intestinal/ flatulências.....	60
Veias varicosas.....	60
Queixas urinárias	61
Dor abdominal/ cólica.....	62
Edema.....	62
Síndrome do túnel do carpo.....	63
Hemorroidas	63
Corrimento vaginal.....	64
Fraqueza/tontura	64
Cefaleia.....	65
Estrias.....	65

Pigmentação/ cloasma gravídico	66
Alterações na movimentação fetal	66
Sangramento na gengiva	68
Epistaxe e congestão nasal	69
6 Manejo do ganho de peso na gestação	69
7 Intercorrências do pré-natal.....	74
7.1. Infecções sexualmente transmissíveis na gestação (IST)	74
7.1.1 Prevalência IST em gestantes.....	74
7.1.2 Triagem de IST na gestação.....	76
7.2 Abortamento.....	79
7.3 Gravidez ectópica.....	80
7.4 Outras causas de sangramento.....	81
7.5 Descolamento prematuro da placenta (DPP)	82
7.6 Placenta prévia	83
7.7 Trabalho de parto prematuro (TPP)	84
7.8 Anemia	84
7.9 Hipertensão arterial, pré-eclâmpsia, eclâmpsia	85
7.10 Diabetes mellitus gestacional.....	86
7.11 Alterações do líquido amniótico.....	87
7.12 Gestação prolongada ou pós-datismo	88
8 Acompanhamento no puerpério	88
Atenção à puérpera	89
Assistência ao recém-nascido na primeira consulta:	91
Referências.....	95
ANEXOS.....	100

APRESENTAÇÃO

A publicação deste protocolo integra um conjunto de ações da Prima Qualidade Saúde para melhorar a organização da assistência às mulheres durante os períodos de gravidez, parto e puerpério.

A assistência pré-natal é um importante componente da atenção à saúde das mulheres no período gravídico-puerperal. Práticas realizadas rotineiramente durante essa assistência estão associadas a melhores desfechos perinatais.

Segundo recomendações do Ministério da Saúde, a assistência pré-natal deve se dar por meio da incorporação de condutas acolhedoras; do desenvolvimento de ações educativas e preventivas, sem intervenções desnecessárias; da detecção precoce de patologias e de situações de risco gestacional; de estabelecimento de vínculo entre o pré-natal e o local do parto; e do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar de alto risco.

Dificuldades no acesso, início tardio, número inadequado de consultas e realização incompleta dos procedimentos preconizados, afetam sua qualidade e efetividade.

A falta de vínculo entre os serviços que prestam a assistência pré-natal e ao parto é outro problema identificado, resultando na peregrinação da gestante em trabalho de parto na busca de uma vaga para internação, trazendo riscos adicionais à saúde da parturiente e do recém-nato.

Dessa forma, a não realização ou a realização inadequada dessa assistência na atenção à gestante tem sido relacionada a maiores índices de morbimortalidade materna e infantil.

Os novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) convocam para um esforço de eliminação das mortes evitáveis entre os anos de 2016 e 2030. As experiências de vários países têm demonstrado que há diferenças entre a mortalidade relacionada às condições socioeconômicas e variáveis sociais como: escolaridade da mãe, etnia e acesso aos serviços de saúde em tempo oportuno. Por

isso, a identificação dos fatores de risco para a mortalidade materna e infantil é fundamental para orientar o planejamento das ações para a mudança desses indicadores.

Este protocolo propõe um conjunto de ações e procedimentos técnicos que compõem a assistência que se quer oferecer a todas as usuárias do SUS ao longo da gestação e do puerpério. Ele foi elaborado a partir dos textos do Manual Técnico do Caderno de Atenção Básica, nº 32 – Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, editado pelo Ministério da Saúde em 2013, Protocolos da Atenção Básica - Saúde das Mulheres/Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016 e Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez, 2016.

Por esse motivo, partes do texto reproduzem os originais. As mudanças introduzidas visam adequá-lo à realidade específica do Estado, principalmente ao enfrentamento dos fatores que se relacionam às causas mais frequentes de mortalidade materna e neonatal nas várias regiões de saúde do Estado.

Vale, finalmente, ressaltar que as propostas contidas neste documento estão em consonância com as recomendações dos órgãos regulatórios brasileiros e da Organização Mundial de Saúde (OMS). É importante reiterar que a abordagem proposta, embora apoiada em referências qualificadas dos Protocolos da atenção básica | Saúde das Mulheres do Ministério da Saúde e de publicações científicas de reconhecimento nacional e internacional, não contempla todas as possibilidades de cuidado e nem resolve, isoladamente, as questões inerentes ao cuidado em saúde. Tais questões dependem de qualificada formação técnica, ético-política e humanitária em saúde, de um processo de educação permanente em saúde e do julgamento clínico judicioso com respeito à autonomia dos usuários.

Este material deve ser entendido como oferta da Prima Qualitá Saúde para os profissionais e gestores da AB e é importante que esteja atrelado a outras iniciativas para potencializar e qualificar o cuidado na Atenção Básica pelos três entes federativos (governo federal, unidades da federação e municípios).

1 Introdução

A assistência pré-natal tem como objetivo o acolhimento da mulher desde o início de sua gravidez garantindo a integridade das condições de saúde materno-fetal e o nascimento de uma criança saudável, influenciando assim as taxas de mortalidade materna e infantil.

Um pré-natal de qualidade pressupõe um equilíbrio entre atenção humanizada, acesso a exames e existência de mecanismos formais de referência e contra-referência entre os diferentes níveis de atenção à saúde.

O pré-natal é uma oportunidade crucial para os provedores de saúde oferecerem cuidado, apoio e informação para a gestante. Isso inclui a promoção de um estilo de vida saudável, a detecção e prevenção de doenças, aconselhamento sobre planejamento familiar e apoio às mulheres que podem estar sofrendo violência de seus parceiros.

No ano 2000, o Ministério da Saúde (MS) instituiu o Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN), modelo que uniformizou a assistência às gestantes e propôs a vinculação entre os serviços de pré-natal e parto. Após uma década, foi instituída, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha (RC), ambos com o objetivo de melhorar a saúde da mulher no ciclo gravídico puerperal e reduzir as taxas de mortalidade materna e neonatal. Entre as recomendações propostas por estes programas na atenção pré-natal, incluem-se o atendimento acolhedor, captação precoce das gestantes (até o final do 1º trimestre), busca ativa de faltosas, mínimo de seis consultas, garantia de realização de exames complementares, prática de ações educativas, incentivo ao parto normal e redução da cesárea desnecessária, vínculo com o local do parto e registro adequado das informações no cartão da gestante. Além disso, a equipe da Atenção Primária à Saúde (APS) tornou-se responsável pela estratificação de risco, que classifica a gestante como de risco habitual, risco intermediário ou alto risco. Esta avaliação é permanente, devendo ser feita em toda consulta de pré-natal.

No entanto, segundo dados da Organização Mundial de Saúde (OMS), mortes e doenças relacionadas à gravidez ainda estão inaceitavelmente elevadas.

Em 2015, cerca de 303.000 mulheres morreram de causas relacionadas à gravidez, 2,7 milhões de bebês morreram durante os primeiros 28 dias de vida e 2,6 milhões de bebês nasceram mortos. A qualidade dos cuidados durante a gravidez e no parto pode evitar muitas dessas mortes. No entanto, globalmente, apenas 64% das mulheres recebem cuidados pré-natais quatro ou mais vezes ao longo da gravidez.

Apesar desde indicadores, nas últimas duas décadas, o acesso a cuidados de saúde, de melhor qualidade durante a gravidez e o parto, preveniu muitas destas mortes e doenças, bem como melhorou a experiência da gravidez.

Em 2016, a Organização Mundial da Saúde (OMS) emitiu uma nova série de recomendações para melhorar a qualidade da atenção pré-natal, com o objetivo de reduzir o risco de natimortos e complicações na gravidez, além de proporcionar às mulheres uma experiência positiva da gestação.

O novo modelo de atenção pré-natal da OMS aumenta o número de contatos (consultas) que uma mulher grávida deve ter com profissionais de saúde ao longo de sua gravidez de quatro para oito. Evidências recentes indicam que uma maior frequência de contatos na atenção pré-natal de mulheres e adolescentes com o sistema de saúde é associada a uma menor probabilidade de natimortos. Isso acontece devido ao aumento das oportunidades para detectar e gerir potenciais problemas. Um mínimo de oito contatos pode reduzir as mortes perinatais em até 8 para cada mil nascidos quando comparado ao mínimo de quatro visitas.

Além disso, o novo modelo aumenta as avaliações da mãe e do feto para detectar problemas, melhora a comunicação entre os prestadores de saúde e as gestantes e amplia a possibilidade de resultados positivos na gravidez. A recomendação da OMS é de que mulheres grávidas tenham seu primeiro contato nas 12 primeiras semanas de gestação, com visitas subsequentes na 20^a, 26^a, 30^a, 34^a, 36^a, 38^a e 40^a semana de gestação.

As novas diretrizes contêm recomendações que descrevem os cuidados que as gestantes devem receber a cada contato com o sistema de saúde, incluindo aconselhamento sobre uma dieta saudável e nutrição ideal; atividade física; uso de tabaco e outras substâncias; prevenção da malária e HIV; exames de sangue e vacinação contra tétano; medições fetais, inclusive por meio de ultrassom; e

conselhos sobre como lidar com sintomas fisiológicos comuns, como náusea, dor nas costas e constipação.

Ao recomendar um aumento na quantidade de contatos que uma mulher deve ter com seus provedores de saúde, a OMS está buscando melhorar a qualidade da atenção pré-natal e reduzir a mortalidade materna e perinatal entre todas as populações, incluindo adolescentes e aquelas que habitam áreas de difícil acesso ou em situação de conflito.

As recomendações da OMS permitem flexibilidade para que os países empreguem diferentes opções para a prestação de cuidados pré-natais, com base em suas necessidades específicas. Isso significa, por exemplo, que o cuidado pode ser fornecido por profissionais de saúde capacitados (médicos e enfermeiros) e entregue em unidades de saúde ou serviços de proximidade com a comunidade. O contato de uma mulher com seu provedor de saúde pré-natal deve constituir mais que uma simples visita, mas sim a prestação de cuidados e apoio durante a gravidez.

O fortalecimento dos sistemas de saúde, com a melhora do acesso aos prestadores de saúde e a qualificação do cuidado, são fundamentais nos locais que implementarão essas orientações.

Estão entre as recomendações:

- Modelo de atenção pré-natal com o mínimo de oito contatos recomendados para reduzir a mortalidade perinatal e melhorar a experiência de atendimento às mulheres.
- Aconselhamento sobre alimentação saudável e manutenção de atividades físicas durante a gravidez.
- Suplementação diária por via oral de ferro e ácido fólico com 30 mg para 60 mg de ferro elementar e 400 µg (0.4 mg) de ácido fólico para as gestantes evitarem anemia materna, sepsis puerperal, baixo peso do bebê e nascimento pré-termo.
- A vacinação contra tétano é recomendada para todas as gestantes, dependendo da exposição anterior à vacinação, para evitar a mortalidade neonatal por tétano.

- Uma ultrassonografia antes das 24 semanas da gestação é recomendada às mulheres grávidas para estimar a idade gestacional, melhorar a detecção de anomalias fetais e gravidezes múltiplas, reduzir a indução do parto em uma gravidez pré-termo e melhorar a experiência da gestação para mulheres.
- Os profissionais de saúde devem perguntar a todas as mulheres grávidas se fazem uso de álcool e outras substâncias (passado e presente) o mais cedo possível durante a gravidez e em cada visita pré-natal.

2 Princípios básicos do cuidado pré-natal na atenção primária da Prima Qualidade Saúde

Os profissionais de atenção primária em saúde (APS) devem realizar o pré-natal de baixo risco, provendo cuidado contínuo no decorrer da gravidez. Serviços de atenção secundária e/ou terciária devem ser envolvidos apenas quando se faz necessário cuidado adicional, e a gestante deve permanecer em acompanhamento pela APS, responsável pela coordenação do cuidado.

Todos os membros das equipes devem envolver-se no cuidado à gestante. Idealmente, as consultas devem ser alternadas entre médico e enfermeiro. Os agentes comunitários de saúde (ACS) devem realizar visitas domiciliares mensais à gestante.

O calendário de consultas recomendado pela prima Qualidade é:

Primeiro contato nas 12 primeiras semanas de gestação, com visitas subsequentes mensais até a 32^a/34^a, semana, quinzenais da 32^a/34^a semana de gestação até a 36^a, e semanais até o nascimento. O risco gestacional deve ser reavaliado a cada encontro.

Em nenhuma hipótese deverá haver alta do pré-natal. As consultas devem ser intercaladas entre médico e enfermeiro.

O acompanhamento iniciado precocemente, no primeiro trimestre, é um indicador de qualidade do cuidado pré-natal.

A cada consulta avaliar:

- a) presença de sintomas e queixas
- b) avaliar risco
- c) verificar pressão arterial (PA)
- d) altura uterina
- e) peso
- f) batimentos cardíacos (BCF)
- g) exames solicitados e a solicitar
- h) tratamentos instituídos e sua adesão.

Os atendimentos no início da gestação podem ser mais longos, a fim de prover informações e tempo para discussão sobre rastreamentos, de forma que a mulher possa tomar decisões informadas.

Não existe alta do pré-natal. O acompanhamento da mulher no ciclo gravídico-puerperal encerra-se apenas após a realização de pelo menos uma consulta puerperal, que deverá ocorrer até o 20º dia pós-parto. O seguimento poderá ser prolongado se forem observados riscos no período puerperal.

Os registros da atenção pré-natal devem ser completos e estruturados, com todas as informações contidas no prontuário, no cartão da gestante, nas fichas padronizadas, que são importantes ferramentas para a coordenação do cuidado.

3 Primeiro Contato da gestante

A maternidade e a paternidade fazem parte do ciclo vital e são marcos do desenvolvimento psicológico. A gravidez exige, para a mulher, a reestruturação e o reajustamento de sua vida, tanto em primíparas, como em múltiparas, a fim de que essa experiência ocorra de modo saudável tanto para a mãe como para o bebê (Dornelles & Lopes, 2011; Winnicott, 1999).

Na sociedade atual, em razão da crescente presença feminina no mercado de trabalho, ter um filho pode acarretar consequências significativas, dificultando

que as mulheres possam encontrar gratificações na gravidez. Assim, o acolhimento com uma escuta qualificada para as queixas da gestante, seus anseios, suas preocupações, esclarecendo os mitos que se cria em torno da fase que vive, estimular a participação do (a) acompanhante durante as consultas do pré-natal, no trabalho de parto, no parto e pós-parto, em um pré-natal humanizado, possibilita a criação de um elo entre os profissionais de saúde e as gestantes.

Alguns sintomas são comuns na gravidez, mas nem todas as mulheres os apresentam. O atraso menstrual é geralmente o sinal que mais chama a atenção da mulher para a possibilidade de uma gravidez. Além disso, pode-se perceber os seguintes sinais e sintomas: aumento dos seios; enjoos/vômitos; mais sono; mais fome; aumento da frequência urinária; maior sensação de cansaço.

Já no primeiro trimestre os sintomas podem ser observados pelas mulheres. Alguns podem permanecer até o final da gestação.

Para ampliar a captação precoce das gestantes, o Ministério da Saúde, por intermédio da Estratégia Rede Cegonha, incluiu o Teste Rápido de Gravidez nos exames de rotina do pré-natal, que pode ser realizado na própria Unidade Básica de Saúde (UBS), o que acelera o processo necessário para a confirmação da gravidez e o início do pré-natal.

IMPORTANTE: Toda mulher da área de abrangência da unidade de saúde e com história de atraso menstrual de mais de 15 dias deverá ser orientada pela equipe de saúde a realizar o Teste Imunológico de Gravidez (TIG), que será solicitado pelo médico ou enfermeiro. Este teste é considerado o método mais sensível e confiável.

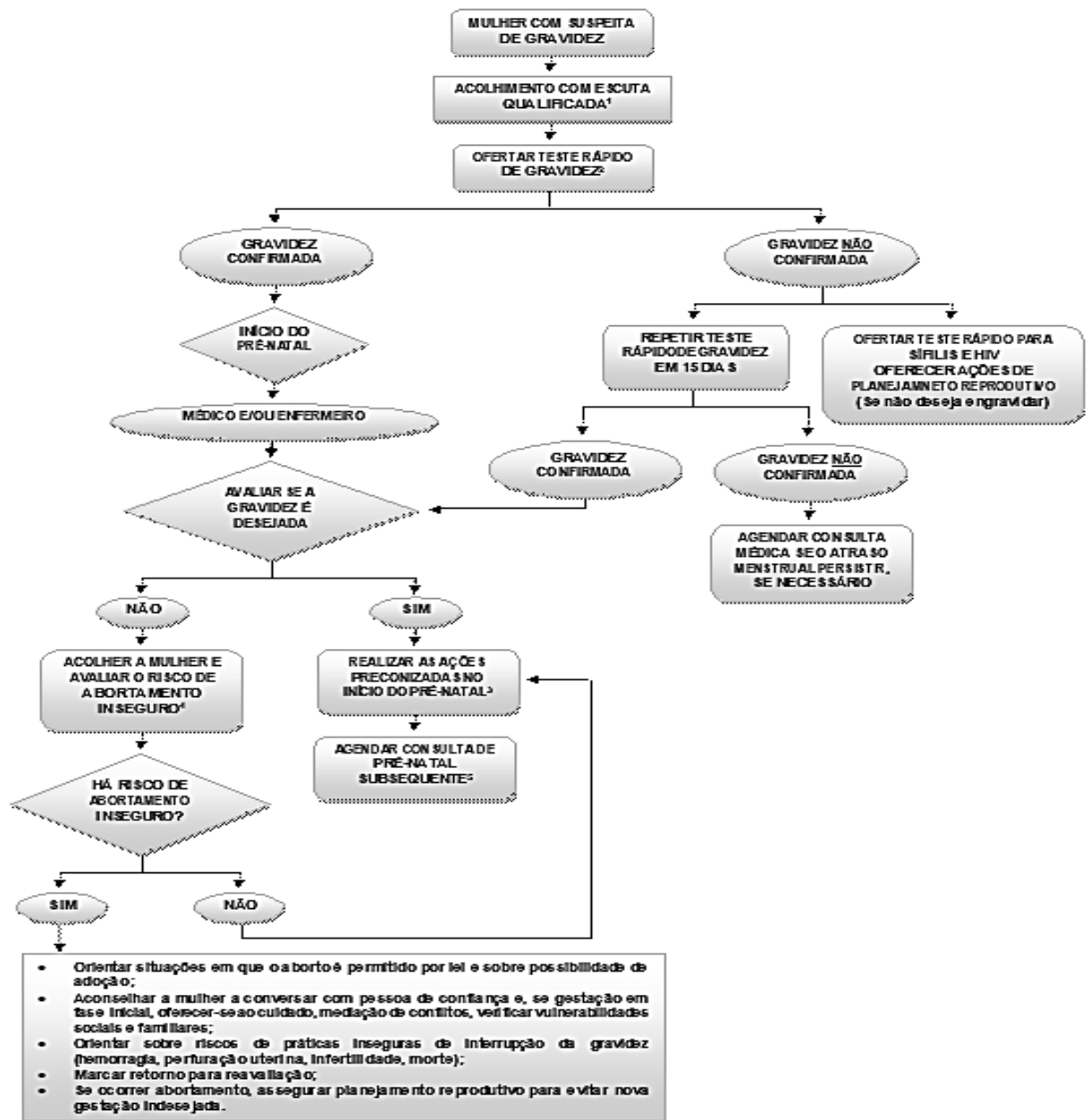
A Unidade Básica de Saúde acolherá a gestante desde o primeiro momento, quando estiver com suspeita de gravidez, através da realização de teste rápido. Após confirmação, solicitará exames de triagem da gestante, fará o controle de vacinas na gestação bem como o acompanhamento do Pré Natal recebendo todos os encaminhamentos necessários. No momento da alta hospitalar, após o parto, a mãe e o seu filho serão novamente encaminhados para a equipe de saúde da UBS na qual os dois estejam vinculados.

O diagnóstico da gravidez deve ser feito com base na história da mulher, aliada ao exame físico e teste laboratorial, segundo o fluxograma apresentado na Figura 1. A unidade de saúde deve criar um fluxo de atendimento ágil para a mulher que procura a confirmação da gravidez, buscando não postergar o diagnóstico, garantir o sigilo e possibilitar o acolhimento precoce para atenção pré-natal.

As mulheres no menacme, em atividade sexual, com atraso menstrual que não ultrapasse 15-16 semanas, devem ser imediatamente submetidas a um teste de gravidez. O teste imunológico de gravidez (TIG) é uma excelente opção, pois pode ser feito na hora, na unidade de saúde. É necessário que os profissionais estejam treinados para a correta realização técnica do TIG, com registro adequado de seu resultado no prontuário da mulher, com assinatura e registro profissional de quem o realizou.

Além dessa idade gestacional (15-16 semanas) não há necessidade de exame imunológico e a gravidez deve ser confirmada por avaliação clínica (palpação, ausculta de batimentos cardíacos fetais, etc.). Em algumas situações (suspeita de gestação sem atraso menstrual, possibilidade de gestação ectópica ou molar, situações de ameaça de abortamento, hipótese clínica de gestação com TIG negativo, etc.), a dosagem do β HCG sérico pode ser solicitada.

FLUXOGRAMA 1 – ENTRADA NO PRÉ-NATAL



1 Questionar sobre sintomas sugestivos de gravidez; avaliar a regularidade de uso de contraceptivo; atentar a situações oportunas para uso de contraceptivos de emergência (relação desprotegida nos últimos 5 dias e ocorrência de violência sexual).

2 O teste rápido deve ser feito em mulher adulta, jovem ou adolescente e sempre acompanhado de aconselhamento pré e pós-teste.

3 AÇÕES PRECONIZADAS NO INÍCIO DO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL:

- Acolher a mulher e abordar sobre os seus medos, ideias e expectativas;
- Explicar a rotina do acompanhamento pré-natal;
- Estimular a participação do (a) parceiro (a) durante o acompanhamento pré-natal;
- Iniciar o pré-natal o mais precocemente possível com a realização da 1ª consulta;
- Preencher e entregar à mulher a Caderneta da Gestante;
- Realizar os testes rápidos para Sífilis e HIV;
- Solicitar os exames em amostra de sangue ou soro, análise imunohematológicas e de análise clínica convencional;
- Realizar exame físico completo;
- Realizar avaliação de risco e/ou vulnerabilidade obstétrica;

- Verificar a situação vacinal da mulher.
- 4 Oferecer ambiente acolhedor e privativo para escutar a mulher de forma aberta e não julgadora; oferecer mediação de conflitos pessoais e/ou familiares decorrentes de gravidez não planejada; e questionar abertamente sobre intenção de abortar sem julgamento ou intimidação.
- 5 As consultas de pré-natal devem acontecer mensalmente para gestantes até 32ª/34ª semanas de IG, quinzenalmente até a 36ª semana e semanalmente da 36ª até o parto. Em nenhuma hipótese deverá haver alta do pré-natal. As consultas devem ser intercaladas entre médico e enfermeiro.

O primeiro contato da mulher grávida com o profissional de saúde na unidade constitui o acolhimento, cuja responsabilidade é do (a) enfermeiro (a). Nesse momento, a gestante e, a seu critério, também seus familiares receberá as orientações sobre o acompanhamento pré-natal, tendo a possibilidade de conhecer todo o plano de ação, tirar dúvidas e expressar opiniões.

É muito importante que a equipe seja sensível a esse momento especial da vida da mulher, verificando a aceitação da gestação e avaliando a necessidade de apoio adicional à grávida.

***EXAMES DE ROTINA INDICADOS PARA INICIAR O PRÉ-NATAL**

Anotar em prontuário o resultado do BHCG e/ou teste imunológico de gravidez e solicitar os exames necessários para o início do pré-natal, que estão relacionados abaixo:

- Hemograma
- Eletroforese de hemoglobina
- Urina tipo I
- Urinocultura e antibiograma
- Glicemia de Jejum
- Sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM)
- Teste rápido para HIV ou sorologia (anti- HIV I e II) – (após

esclarecimento e concordância verbal da mulher).

Se o teste rápido para a detecção de anticorpos anti-HIV (TR1) for reagente realizar imediatamente o TR número 2 para o HIV para complementação diagnóstica. Diante de dois resultados reagentes nos testes rápidos (TR1 e TR2), a amostra é considerada "Reagente para o HIV". Todos os indivíduos que apresentarem resultados reagentes em dois testes rápidos devem realizar imediatamente o exame de quantificação da carga viral do HIV, cujo resultado confirma a presença do vírus, e contagem de linfócitos T-CD4+

- Sorologia de Hepatite B (HBsAg)
- Teste rápido para sífilis ou VDRL

Quando TR (teste treponêmico) para sífilis for reagente, realizar VDRL quantitativo para complementação diagnóstica e monitoramento do tratamento. Amostras com resultados reagentes nos dois testes (TR e VDRL) tem seu resultado definido como “Amostra reagente para sífilis”. Em amostras que apresentarem resultados discordantes entre os dois testes (TR e VDRL) deve-se sempre que possível realizar um terceiro teste. Este 3º teste deve ser treponêmico e sua metodologia deve ser diferente do primeiro teste treponêmico realizado (que foi o teste rápido).

- Tipagem sanguínea (ABO) com fator Rh

*No caso de Rh negativo comprovado solicitar Coombs Indireto; se negativo repeti-lo a cada 4 semanas, a partir da 24ª semana. Quando o Coombs for positivo, referir ao pré-natal de alto risco.

- Ultrassonografia obstétrica.
- Citopatológico do Câncer de colo (se indicação clínica);
- Exame de secreção vaginal (se houver indicação clínica);
- Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica);

NESSA OPORTUNIDADE DEVEM SER FORNECIDOS AINDA:

- O cartão da gestante, devidamente identificado e preenchido;
- As solicitações dos exames complementares*, segundo o protocolo;
- Recomendação sobre atividades profissionais e físicas na gravidez;
- Orientações diversas sobre atividades educativas, visitas domiciliares, visita à maternidade de referência e demais programas;
- Aconselhamento sobre o estilo de vida, incluindo cessação do fumo, do uso de drogas recreativas e do consumo de álcool;
- Orientação sobre hábitos e higiene alimentar, incluindo como reduzir o risco de infecções alimentares (atentar para condições e limpeza dos alimentos), toxoplasmose (evitar contato com fezes de gatos e manipulação de terra) e outras doenças infectocontagiosas;

- Orientação sobre imunizações (conforme Quadro 1) que podem ser recomendadas na gestação e solicitar trazer comprovantes vacinais na primeira consulta;

A vacinação na gestação tem o objetivo de proteger não somente a gestante, mas também o feto. Não há evidências de que, em gestantes, a administração de vacinas de vírus inativados, bactérias mortas, toxóides (tetânico e diftérico) e de vacinas constituídas por componentes de agentes infecciosos acarrete qualquer risco para o feto. Segundo as recomendações do Programa Nacional de Imunizações, as seguintes vacinas devem ser administradas na gestação:

- ✓ *Vacina contra influenza (fragmentada)*
- ✓ *Vacina dupla do tipo adulto – dT (difteria e tétano)*
- ✓ *Vacina contra hepatite B (recombinante)*

Outras vacinas que também podem ser administradas no período gestacional:

- ✓ *Vacina contra raiva humana, em situações de pós-exposição ao vírus; e*
- ✓ *Vacina contra febre amarela (atenuada), se o risco de adoecer for maior do que o risco de receber a vacina.*

- Primeira consulta neste momento, se já tiver completado 12 semanas de gestação;
- Fornecer informações sobre exames de rastreamento, incluindo riscos, benefícios e limitações dos testes recomendados. Oferecer realização imediata dos testes rápidos disponíveis.

No momento da confirmação da gestação, ofereça e realize teste rápido para sífilis e HIV na própria Unidade de saúde da Família, mesmo antes da primeira consulta.

- Orientações sobre consulta odontológica ou atividade educativa em grupo sobre saúde bucal, que pode ocorrer em qualquer momento durante a gestação. O período mais adequado para procedimentos odontológicos é o segundo trimestre.
- Orientações sobre intervenções dietéticas e suplementos vitamínicos e minerais (Quadro 2).

Feito esse contato inicial, a próxima consulta de pré-natal deve ser agendada para o quanto antes possível, idealmente entre 2 e 3 semanas, período suficiente para receber os resultados das provas laboratoriais solicitadas. A partir desses resultados, será possível estabelecer as condutas recomendadas o mais rápido possível.

Quadro 1 Imunização: recomendações de rotina no pré-natal

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

	<ul style="list-style-type: none"> Esquema incompleto 	Completar esquema	<ul style="list-style-type: none"> Conforme o número de doses faltantes, sendo uma de dTpa, preferencialmente entre a 27ª e 36ª semana de gestação 	
	<ul style="list-style-type: none"> Esquema com três doses de dT 	Uma dose dTpa	<ul style="list-style-type: none"> Administrar uma dose de dTpa preferencialmente entre a 27ª e 36ª semana de gestação 	
	<ul style="list-style-type: none"> Vacinação completa 	Uma dose dTpa	<ul style="list-style-type: none"> Reforço preferencialmente entre a 27ª e 36ª semana de gestação 	
Hepatite B	<ul style="list-style-type: none"> Esquema vacinal desconhecido Não vacinada HBsAg (-) e Anti-HBs < 10 	Três doses	<ul style="list-style-type: none"> 1ª dose (após a 14ª semana de gestação) 2ª dose (após 30 dias da primeira) 3ª dose (após seis meses da primeira) 	
	<ul style="list-style-type: none"> Esquema incompleto 	Completar esquema	<ul style="list-style-type: none"> Conforme o número de doses faltantes 	
Influenza	<ul style="list-style-type: none"> Em qualquer período gestacional 	Dose única	<ul style="list-style-type: none"> Dose única 	Caso não tenha tomado a vacina no período gestacional, recomenda-se tomar no puerpério

Fonte: Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016.

Quadro 2 • Orientações sobre intervenções dietéticas e suplementos vitamínicos e minerais

Orientações	Recomendação	Tipo de recomendação
Intervenções dietéticas	Recomenda-se às mulheres grávidas uma alimentação saudável e atividade física durante a gravidez, para que se mantenham saudáveis e evitem o ganho de peso excessivo ¹ .	Recomendada
Suplementos de ferro	É recomendado um suplemento oral diário de ferro com 30 mg a 60 mg de ferro elementar para as mulheres grávidas, a fim de evitar anemia das mães, infecção puerperal, baixo peso à nascença e parto prematuro.	Recomendada
Suplementos de ácido fólico	É recomendado um suplemento oral diário de ácido fólico, com 400 µg (0,4 mg) de ácido fólico para as mulheres grávidas. O ácido fólico deverá ser iniciado o mais cedo possível (em termos ideais antes da concepção) para evitar malformações do tubo neural e ser mantido até 12 semanas	Recomendada

Fonte: Organização Mundial da Saúde, 2016.

Pré natal do Parceiro

Gravidez não é um assunto exclusivo das mulheres. O homem também precisa estar envolvido com a gestação da parceira desde o planejamento do filho. O pré-natal do parceiro começa no momento em que o casal pensa em ter um filho ou no momento em que a mulher descobre que está grávida. A participação do pai nesse processo é fundamental para o bem-estar biopsicossocial da mãe, da criança e dele próprio.

Estudos mostram que o homem que participa de pelo menos uma consulta de pré-natal, do parto ou de uma consulta de cuidados no pós-parto torna-se mais motivado e cooperativo. Com esse apoio, a mulher sente-se mais estimulada também a seguir as orientações médicas e o papel dele passa a ser o de pai, não só de marido/parceiro. Para o recém-nascido, há benefícios no vínculo pai-bebê e no desenvolvimento cognitivo.

O procedimento “Consulta Pré-Natal do Parceiro” foi incluído no rol do Sistema Único de Saúde, sob o número 03.01.01.023-4. A consulta avalia o estado geral de saúde do pai/parceiro, devendo ser solicitado os exames de rotina de acordo com os protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, testes rápidos,

atualização do cartão de vacinas (conforme calendário nacional de vacinação), orientações sobre a gravidez, parto, pós-parto, amamentação e direitos do pai/parceiro.

Além de munir o homem com informações sobre a gestação, o pré-natal estendido a ele possibilita o diagnóstico precoce de HIV, hepatites B e C e sífilis, infecções que podem ser transmitidas para a mulher e dela para o bebê. Outros exames incluem aferição da pressão arterial, glicemia para diabetes e lipidograma para identificar colesterol elevado.

É necessário que as unidades de atenção primária em saúde implantem/implementem a “Estratégia Pré-Natal do Parceiro” e uma sensibilização da população sobre o assunto, o que contribuirá significativamente para aumentar os vínculos entre pai, mãe e filhos, prevenir e diminuir a transmissão de IST/HIV, ampliar e melhorar o acesso e acolhimento dos homens nos serviços de saúde, diminuindo os índices de morbimortalidade da população masculina e, ao mesmo tempo, contribuindo com a equidade de gênero.

4 Calendário de consultas

A estratificação da população perinatal por estratos de riscos é um elemento central da organização da atenção à saúde da mulher e criança, possibilitando uma atenção diferenciada segundo as necessidades de saúde, ou seja, a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa.

Os critérios normalmente utilizados para a estratificação de risco gestacional referem-se às características individuais da gestante, como idade, estatura, peso; às condições socioeconômicas, como escolaridade, ocupação e uso de substâncias psicoativas; à história reprodutiva anterior, como intervalo interpartal, prematuridade e abortamento; e às intercorrências clínicas e obstétricas na gravidez atual, como gestação múltipla, ganho ponderal, patologias controladas ou não e fatores de risco fetais.

Segundo preconizado pelo Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento (PHPN), do Ministério da Saúde do Brasil, o número mínimo de

consultas pré-natais em gestantes de risco habitual não deve ser inferior a seis, e dependerá da idade gestacional na primeira consulta. Qualquer número abaixo desse é tido como atendimento deficiente. Considerando as seis consultas, elas deveriam ser assim distribuídas: uma no primeiro trimestre, duas no segundo e três no terceiro. Vale ressaltar que esse é o mínimo preconizado e que, muitas vezes, é necessário um número bem maior de consultas.

Pensando uma situação ideal para o calendário das consultas de pré-natal para gestantes sem risco reprodutivo adicional, é razoável manter retornos mensais até a 32^a/34^a semana, quinzenais até a 36^a, e semanais até o nascimento.

4.1 Primeira Consulta (idealmente até 12 semanas)

Orientamos que a primeira consulta de pré-natal seja realizada por profissional médico, para a classificação de risco do caso ou da paciente. Quanto mais cedo o risco gestacional (baixo e alto) for calculado, mais rapidamente a gestante poderá efetivar as eventuais correções necessárias e usufruir os benefícios auferidos pela assistência pré-natal precoce, já sabendo se será um pré-natal de baixo ou alto risco.

4.1.1 Anamnese e Exame Físico na Primeira Consulta de Pré-Natal

Durante a primeira consulta, além da anamnese completa e de calcular a idade gestacional e a data provável do parto, o profissional deve estar atento para patologias prévias assim como para as que possam desenvolver-se precocemente durante o período gravídico e avaliar o risco gestacional.

A anamnese deve ser bem elaborada, e nela deve-se obter o maior número possível de informações. Os serviços de pré-natal administrados pela prima Qualidade Saúde contam com fichas padronizadas para guiar o atendimento e permitir o registro dessas informações (anexo).

O exame físico da gestante na primeira consulta deve ser dividido em exame físico completo e gineco-obstétrico. Nas consultas subsequentes, a avaliação deve ser mais dirigida aos aspectos específicos da gestação. Além disto, profissionais de saúde devem estar alerta para sinais e sintomas de violência doméstica e a mulher deve ser dada oportunidade de expor-se, em um local onde se sinta segura.

Anamnese

Etimologicamente, a palavra anamnese se origina de aná= trazer de volta, recordar e mnese = memória. Significa trazer de volta à mente todos os fatos relacionados com o caso e com a pessoa. Em sua essência, a anamnese é uma entrevista que tem objetivo e finalidade preestabelecidos.

Como a anamnese é uma entrevista, são necessárias a ela a comunicação não verbal, a verbal e a escrita. Uma anamnese verdadeira sai da boca do paciente, mas o profissional de saúde deve ser cooperativo, atento, cuidadoso e direcionador. A valorização do contato com o paciente qualifica uma boa anamnese.

O roteiro da anamnese é uma forma padronizada de registrar a entrevista. Para a realização de uma boa anamnese, acima de tudo é necessário saber ouvir.

A anamnese deve servir como uma oportunidade para a mulher e seu parceiro se familiarizarem com o profissional que acompanha a gestação. Para esse profissional é importante saber como a mulher e seu parceiro se sentem em relação à gestação. A gravidez é planejada e desejada? A mulher está ansiosa, ou está indiferente? A anamnese deve também servir para obter um bom panorama do estado atual. Além disso, o procedimento também é uma importante ferramenta para a avaliação de riscos materno-fetais. Essa parte da anamnese serve para listar os fatores de risco médicos e/ou psicossociais da mulher, antecedentes familiares, antecedentes obstétricos e para o adequado manejo da paciente. Finalmente, durante as consultas, devem ser discutidos aspectos como grupos de gestantes, local onde o parto vai ocorrer e o método de parto desejado, bem como sinais, sintomas e procedimentos do trabalho de parto (o que esperar e quando dirigir-se

ao serviço de referência), cuidados com o neonato e amamentação. Isso tudo não tem necessariamente que ocorrer durante a primeira consulta, mas deve ser muito bem discutido antes do parto.

Na primeira consulta é importante falar sobre os assuntos que são mais importantes do ponto de vista da mulher e do seu parceiro, porque esses assuntos podem afetar a evolução da gravidez e do parto. Informações importantes são: Sinais e sintomas da gestação em curso; Hábitos alimentares; Hábitos atuais: fumo (nº de cigarros/dia), álcool e drogas ilícitas; Medicamentos usados na gestação; Internação durante essa gestação; Ocupação habitual - esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos à gestação, estresse; Aceitação ou não da gravidez pela mulher, pelo parceiro e pela família, principalmente se for adolescente; Rede de suporte social;

Antecedentes obstétricos: número de gestações – incluindo abortamentos, gravidez ectópica e mola hidatiforme; Nº de partos – domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, fórceps, cesáreas e indicações; Nº de abortamentos – espontâneos, provocados, complicados por infecções, curetagem pós-abortamento; Nº de filhos vivos; Idade da 1ª gestação; Intervalo entre as gestações; Isoimunização Rh; Nº de RN: prematuros (<37 Sem) ou pós-termo (= ou > de 42 Sem); Nº de RN com peso ao nascimento < 2.500g ou > 4.000g; Mortes neonatais precoces – até 7 dias de vida (nº e motivo do óbito); Mortes neonatais tardias – entre 7 de 28 dias de vida (nº e motivo do óbito); Natimortos – morte intra-útero e idade gestacional em que ocorreu; Recém-nascidos com icterícia, transfusão, hipoglicemia, ex- sanguíneo-transfusões; Intercorrências ou complicações em gestações anteriores (especificar); Complicações em puerpérios anteriores (descrever); História de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame); Intervalo entre o final da última e o início da gestação atual.

Antecedentes ginecológicos: Ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade); Métodos anticoncepcionais – qual método utiliza, há quanto tempo e motivo do abandono; Tratamento para infertilidade e esterilidade; DST, testes realizados, inclusive puerpério; Doença inflamatória pélvica; Cirurgias

ginecológicas – idade e motivo; Mamas (alteração e tratamento); Papanicolau ou “preventivo” – data e resultado).

Antecedentes pessoais: HAS; Cardiopatias, inclusive doença de Chagas; DM; Doenças renais crônicas; Anemias e deficiências de nutrientes específicos; Desvios nutricionais (baixo peso, desnutrição, sobrepeso, obesidade); Epilepsia; Doenças da tireoide e outras endocrinopatias; Viroses (rubéola, hepatite); Alergias; Hanseníase, tuberculose ou outras doenças infecciosas; Infecção pelo HIV (em uso de retrovirais? Quais?); Infecção do trato urinário; Doenças neurológicas e psiquiátricas; Cirurgias (tipo e data); Transfusões de sangue.

Antecedentes familiares: HAS; DM; Doenças congênitas; Gemelaridade; Câncer de mama e/ou colo uterino; Hanseníase; Tuberculose e outros contatos domiciliares (anotar a doença e o grau de parentesco); Doença de Chagas; Parceiro sexual portador de infecção pelo HIV.

Sexualidade: Início da atividade sexual (idade da primeira relação); Dor ou desconforto durante o ato sexual; Prática sexual nessa gestação ou em gestações anteriores; Num de parceiros da gestante e de seu parceiro, em época recente ou pregressa; Uso de preservativo masculino ou feminino (uso correto? Uso habitual?).

Determinação aproximada da idade gestacional por exame obstétrico

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

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

Os métodos para se calcular a idade gestacional em mulheres com ciclos menstruais regulares, que não estão amamentando nem fazendo uso de métodos anticoncepcionais hormonais são:

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

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

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

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

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

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

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

- Lembrar que o exame de ultrassonografia obstétrica pode ser um excelente meio de confirmação da idade gestacional, sobretudo quando realizado precocemente durante a gravidez.

Cálculo da data provável do parto

Objetivo: estimar o período provável para o nascimento.

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

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

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

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

Exemplos	Data da última menstruação: 13/9/08
	Data provável do parto: 20/6/09 (13+7=20/9-3=6)
	Data da última menstruação: 10/2/09
	Data provável do parto: 17/11/09 (10+7=17/2-9=11)
	Data da última menstruação: 27/1/09
	Data provável do parto: 3/11/09(27+7=34/34-31=3/1+9+1=11)

Exame Físico:

Em termos gerais, no tocante ao componente materno, a anamnese e o exame físico permitem reconhecer de imediato as gestantes com alguma doença, seu estado atual e os riscos inerentes ao quadro.

Com base em critérios de rastreamentos primários, que abrangem a anamnese e o exame clínico e ginecológico, criteriosamente conduzidos e interpretados, e os exames laboratoriais complementares, individualiza-se uma abordagem global da paciente, que permitirá classificá-la em alto ou baixo risco com relação à evolução materno-fetal.

Na primeira consulta de pré-natal, o exame físico tem dois papéis básicos: buscar anormalidades não mencionadas durante a anamnese e conferir as alterações indicadas na anamnese.

Dividimos o exame físico na primeira consulta de pré-natal em geral e gineco-obstétrico para nortear sua sistematização.

Como esses exames são, de certa forma, invasivos para algumas mulheres, é prudente ter como norma a prévia explicação de seus objetivos e como serão realizados. Também é adequado lembrar de contar com a presença de outro profissional da equipe de saúde durante esse exame, além do acompanhante da gestante. Essa medida pode evitar problemas ético-profissionais no futuro.

Todas as informações devem ser anotadas nas fichas padronizadas, no prontuário e no cartão de pré-natal.

**A gestante deverá ser orientada a sempre carregar consigo o
cartão de pré-natal**

Exame Geral:

Avaliar o estado nutricional, o peso e a altura, variáveis que permitem o cálculo do índice de massa corporal (IMC). Após o cálculo, o resultado deve ser transcrito para o gráfico específico existente na ficha de pré-natal. Esse cálculo é fundamental nessa primeira visita, pois, independentemente da idade gestacional, será o valor de referência para os exames prospectivos da avaliação nutricional da gestante. A aferição do pulso, da pressão arterial (PA) e da presença de edema é item obrigatório nessa fase do exame (pesquisa de edema – face, tronco e membros). Inspeção da pele e das mucosas; Palpação da tireoide e de todo o pescoço, região cervical e axilar (pesquisa de nódulos ou outras anormalidades); Ausculta cardiopulmonar; Exame do abdome; Palpação dos gânglios inguinais; Exame dos membros inferiores;

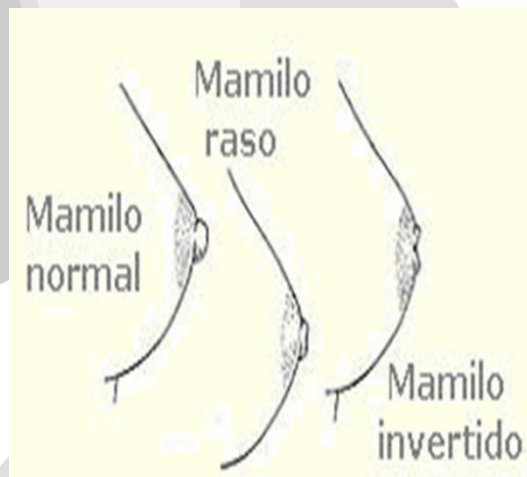
Para a medida da PA, a paciente deve estar sentada comodamente há pelo cinco minutos (sem compressão da veia cava inferior), com o antebraço direito apoiado na altura do precórdio, com o manguito colocado cerca de 3 a 5 cm acima da prega cubital. A detecção de cifras tensionais iguais ou maiores

que 140 mmHg na pressão sistólica e iguais ou maiores que 90 mmHg na pressão diastólica exigem confirmação no final da consulta e após 30 minutos de repouso em decúbito lateral esquerdo. Caso se mantenha, afastando-se todas as causas emocionais, confirma-se que a paciente é hipertensa, caracterizando-a como gestante de risco acrescido.

Exame Gineco-obstétrico:

Exame das mamas

Na gravidez, as mamas apresentam importantes modificações, como proliferação das glândulas, aumento do volume, edema, vasodilatação (rede venosa de Haller), aumento da pigmentação da aréola primária, aparecimento da aréola secundária e hipertrofia das glândulas sebáceas do mamilo (tubérculos de Montgomery). O profissional de saúde deve avaliar se os mamilos estão invertidos ou não, o que vai ditar as orientações e informações que ele precisa fornecer à gestante quanto aos cuidados com as mamas e a amamentação.



Deve-se verificar cicatrizes e fazer a associação com as informações da anamnese, lembrando que algumas intervenções cirúrgicas podem dificultar a amamentação, o que deve ser discutido com a gestante, aclarando suas dúvidas e reduzindo sua ansiedade.

O exame das mamas inicia-se com a inspeção estática, seguida da inspeção dinâmica. A palpação das glândulas mamárias e do segmento axilar e da axila é um ponto fundamental nesse exame. Em seguida, procede-se a expressão mamária. A

eventual detecção de qualquer tipo de anormalidade mamária merecerá análise conjunta com o mastologista.

Orientações específicas quanto à amamentação

A orientação para a amamentação durante a gestação merece uma atenção especial uma vez que pode aumentar a sua incidência e prolongar o período de aleitamento. É importante orientar também as gestantes que não poderão amamentar sobre formas de inibir a produção de leite e a alimentação a ser instituída.

As gestantes que poderão amamentar devem ser orientadas sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida, enfatizar a livre demanda, não oferecer bicos ou chupetas, iniciar a amamentação preferencialmente na primeira hora de vida do bebê e sobre as vantagens do aleitamento materno exclusivo para a mulher, criança, família e sociedade. As vantagens serão listadas a seguir:

Para a mãe: Fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho, favorecimento da involução uterina, contribui para o retorno do peso normal, contribui para o aumento dos intervalos entre os partos, previne osteoporose, reduz risco para câncer de mama.

Para a criança: fortalecimento do vínculo afetivo, alimento completo, facilita eliminação de mecônio e diminui incidência de icterícia no RN, protege contra infecções, diminui riscos para alergias, diarreias, asma, bronquiolite, obesidade infantil. Ocasiona um melhor desenvolvimento cognitivo e melhor desenvolvimento motor-oral (mastigação, deglutição, fala, respiração). Reduz hospitalizações, doenças em geral e óbitos. Diminui as internações hospitalares e seus custos. Desde já se deve enfatizar que para amamentar é importante escolher um lugar mais tranquilo, uma posição confortável para ambos (mãe e bebê) e uma boa pega.

São poucas as condições clínicas maternas que necessitam de avaliação quanto à manutenção ou contra-indicação do aleitamento materno, conforme descrito no quadro abaixo:

CONDIÇÃO CLÍNICA MATERNA	RECOMENDAÇÃO	OBSERVAÇÕES
Infecção por HIV	Contraindicado	Pelo risco de transmissão da mãe para o bebê.
Infecção pelo HTLV (vírus linfotrópico humano de células T)	Contraindicado	Pelo risco de transmissão da mãe para o bebê.
Infecção pelo vírus da hepatite B	Manter aleitamento materno	A administração da imunoglobulina específica após o nascimento praticamente elimina o risco de transmissão via leite materno.
Infecção pelo vírus da hepatite C	Manter aleitamento materno, com restrição*	* Contraindicado somente quando a mãe apresenta fissura no mamilo ou carga viral elevada.
Tuberculose pulmonar	Permitido	A mãe não tratada, ou que esteja tratando a menos de duas semanas, deve higienizar as mãos e proteger boca e nariz com uma máscara ou lenço em todas as mamadas. A criança deverá ser avaliada e receber quimioprofilaxia, conforme CAB 23, p. 58.
Doença de Chagas	Manter aleitamento materno, com restrição **	** Contraindicado na fase aguda ou na ocorrência de sangramento nos mamilos.
Uso drogas ilícitas: anfetaminas, cocaína, crack, fenciclidina, heroína, inalantes, LSD, maconha e haxixe	Contraindicado	Recomenda-se que as nutrizes não utilizem tais substâncias. Se usadas, deve-se avaliar o risco da droga <i>versus</i> o benefício da amamentação, para orientar sobre o desmame ou a manutenção da amamentação.
Drogas consideradas lícitas, como: tabaco e álcool	Manter aleitamento materno, com restrição***	*** Devem ser evitadas durante a amamentação. Contudo, nutrizes tabagistas devem manter a amamentação, pois a suspensão da amamentação pode trazer riscos ainda maiores à saúde do lactente.
Em tratamento quimioterápico e radioterápico	Contraindicado	

O quadro a seguir demonstra as intercorrências ou complicações no aleitamento materno e seu manejo:

INTERCORRÊNCIA	MANEJO	QUEM FAZ?
Bebê que não suga ou tem sucção fraca Atentar para o ganho de peso do recém-nascido	<ul style="list-style-type: none"> Orientar a ordenha (no mínimo cinco vezes ao dia) para garantir a continuidade da produção do leite. Suspender o uso de chupeta ou mamadeira. Estimule o bebê introduzindo o dedo mínimo na sua boca, com a ponta tocando a junção do palato duro e o mole. Oferecer o leite ordenhado em colher ou copo. 	Equipe multiprofissional

	<ul style="list-style-type: none"> Atenção: crianças prematuras e com malformações orofaciais podem ter mais dificuldade inicial, porém não há contraindicação. 	
Demora na apojadura ou “descida do leite”	<ul style="list-style-type: none"> Orientar que normalmente ocorre em 30 horas após o parto, podendo se estender este tempo no parto cesárea. Estimular a autoconfiança da mãe. Orientar medidas de estímulos como a sucção frequente do bebê e a ordenha. A nutrição suplementar do RN (translactação) pode ser realizada por meio de uma sonda fixada junto ao mamilo, para continuar estimulando a mama. ⁵ Para mais informações, ver CAB 23, parte 1.² 	Equipe multiprofissional
Mamilos planos ou invertidos	<ul style="list-style-type: none"> Orientar que esta condição pode dificultar, mas não impedir a amamentação, pois o bebê faz o “bico” com a aréola. Promover a confiança para mãe; ajudar o bebê a abocanhar o mamilo e parte da aréola; tentar diferentes posições para escolher a melhor. Ensinar manobras que auxiliam a aumentar os mamilos, como compressas frias e sucção por 30 a 60 segundos, com bomba manual ou seringa de 10 ou 20 ml cortada na parte estreita e com o êmbolo inserido na extremidade cortada. Manter a ordenha para garantir a produção do leite e oferecer em copinho para a criança. 	Equipe multiprofissional
Ingurgitamento mamário (“leite empedrado” – quando há a compressão dos ductos lactíferos, que impede a saída de leite dos alvéolos)	<ul style="list-style-type: none"> Ordenha manual antes da mamada. Massagens delicadas, com movimentos circulares. Mamadas frequentes, sem horários preestabelecidos. Uso de sutiã com alças largas e firmes. Compressas frias de, no máximo, 20 minutos entre as mamadas. 	Equipe multiprofissional
	<ul style="list-style-type: none"> Uso de analgésico: dipirona, 500 mg, VO, 6/6 horas, se dor. Paracetamol 500 mg, VO, 6/6 horas, se dor. 	Enfermeiro(a)/médico(a)

<p>Dor dos mamilos/ fissuras</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar posicionamento e pega correta, que normalmente são as causas do problema. • Manter os mamilos secos, banho de sol e trocas frequentes dos forros úmidos. • Não utilizar produtos como sabão, álcool, pomada, creme ou outro produto secante. • Introduzir o dedo mínimo pelo canto da boca do bebê para a sucção ser interrompida antes de a criança ser retirada do seio. • Ordenhar manualmente antes da mamada. • Passar o leite do final das mamadas nas lesões. 	<p>Equipe multiprofissional</p>
<p>Candidíase (monilíase)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar o problema na mãe e no bebê, que devem ser tratados simultaneamente. Manifesta-se por coceira, sensação de queimadura e dor em agulhadas nos mamilos, aréolas e mamilos avermelhados, brilhante com fina descamação. Na criança, aparecem placas brancas na região oral. • O tratamento inicial da mãe é tópico, após cada mamada, com nistatina, clotrimazol, miconazol, ou cetoconazol, por 14 dias. • Orientar manter os mamilos secos, expor à luz alguns minutos no dia. • Chupetas são fontes importantes de reinfecção. 	<p>Enfermeiro (a) /médico (a)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Caso o tratamento seja ineficaz, recomenda-se a prescrição via oral de fluconazol, 150 mg/dia, por 14 a 18 dias, ou cetoconazol, 200 mg/dia, por 10 a 20 dias. 	<p>Médico(a)</p>
<p>Reflexo de ejeção do leite exagerado</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar a ordenha antes de cada mamada. • Estimular a doação de leite materno. 	<p>Equipe multiprofissional</p>
<p>Galactocele</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Por tratar de formação cística nos ductos mamários, o tratamento é feito com aspiração, no entanto frequentemente tem que ser extraído cirurgicamente. 	<p>Médico(a)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Identificar a condição geralmente caracterizada por: mama dolorosa, vermelha, quente e edemaciada. Trata-se de processo inflamatório de um ou mais segmentos da mama, pode ou não progredir para infecção bacteriana. • A prevenção é semelhante ao ingurgitamento mamário e fissuras. • Não suspender o aleitamento. 	

<p>Mastite</p> <p>Caso não haja regressão do quadro com o tratamento em 48 horas, considerar a possibilidade de abscesso</p>	<ul style="list-style-type: none"> Esvaziar adequadamente as mamas; caso não ocorra na mamada, realizar a ordenha manual. Oferecer suporte emocional, repouso da mãe, líquidos abundantes, iniciar amamentação na mama não afetada. Se dor ou febre, orientar dipirona, 500-1.000 mg, VO, 6/6 horas, OU paracetamol, 500-750 mg, VO, 6/6 horas, OU ibuprofeno, 300-600 mg, 6/6 horas. 	<p>Enfermeiro (a) /médico (a)</p>
	<p>Opções terapêuticas (antibioticoterapia):</p> <ul style="list-style-type: none"> Cefalexina, 500 mg, VO, 6/6 horas - 10 dias; Amoxicilina, 500 mg, VO, 8/8 horas - 10 dias; Amoxicilina + ácido clavulânico (500 mg/125 mg), VO, 8/8 horas - 10 dias; Eritromicina, 500 mg, VO, 6/6 horas - 10 dias, em pacientes alérgicas aos demais medicamentos. 	<p>Médico (a)</p>
<p>Abscesso mamário</p> <p>Dor intensa, febre, mal-estar, calafrios, presença de áreas de flutuação a palpa</p>	<ul style="list-style-type: none"> Reconhecer precocemente os sinais de alerta. Exige intervenção rápida, geralmente é causada por mastite não tratada ou início tardio do tratamento. Drenagem cirúrgica. Antibioticoterapia e esvaziamento da mama afetada regularmente (descritos no manejo da mastite infecciosa). Interrupção da amamentação na mama afetada até a drenagem do abscesso e o início da antibioticoterapia. Manutenção da amamentação na mama sadia. 	<p>Médico(a)</p>

Mais informações disponíveis em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf

Exame pélvico

O primeiro passo desse exame também é a inspeção, verificando detalhes da anatomia genital (malformações, rupturas, cicatrizes), alterações da coloração, lesões vegetantes e ulcerações.

Na realidade, essa inspeção deve ser ampliada, avaliando-se também o períneo e a região anal. O segundo passo é o exame com espéculo vaginal, que permite avaliar as paredes vaginais, as características físicas do conteúdo vaginal e o colo uterino, verificando a eventual presença de lesões como pólipos ou outras potencialmente sangrantes.

Na sequência, orienta-se a coleta de exames, de acordo com os protocolos. O único exame laboratorial cérvico-vaginal orientado pelo Ministério da Saúde é o colpocitológico (Papanicolaou), para o qual não há restrição de coleta durante a gravidez.

O toque vaginal é realizado após o exame físico obstétrico, como o último item propedêutico do exame físico na primeira consulta do pré-natal.

No Brasil, o câncer de colo do útero, também chamado de câncer cervical, é o quarto tipo de câncer mais comum entre as mulheres. Com exceção do câncer de pele, esse tumor é o que apresenta maior potencial de prevenção e cura quando diagnosticado precocemente.

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

- Seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres.
- Há recomendações conflitantes quanto à coleta de material endocervical em grávidas. Apesar de não haver evidências de que a coleta de espécime endocervical aumente o risco sobre a gestação quando utilizada uma técnica adequada, outras fontes recomendam evitá-la devido ao risco em potencial.
- Recomenda-se análise caso a caso, pesando riscos e benefícios da ação. Gestantes aderentes ao programa de rastreamento com últimos exames normais podem ser acompanhadas de forma segura sem a coleta endocervical durante a gravidez. Por outro lado, para mulheres com vínculo frágil ao serviço e/ou não aderentes ao programa de rastreamento, o momento da gestação se mostra como valiosa oportunidade para a coleta do exame, devendo, portanto, ser completa.

Estes cuidados são enfatizados, visto que a atenção pré-natal pode ser o único contato que uma mulher em idade reprodutiva tem com o serviço de saúde.

Exame físico obstétrico

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). Durante a inspeção do exame obstétrico abdominal, buscam-se alterações da coloração (linha nigrans), de estrias, cicatrizes, tensão (polidrâmnio) e outras alterações. Durante a palpação do abdome, complementa-se o exame do aparelho digestivo tentando a palpação do fígado, do baço e de possíveis massas abdominais intestinais.

Considerando os parâmetros obstétricos, a palpação abdominal busca a identificação de eventuais massas ovarianas e avaliação do útero. Geralmente, na primeira consulta de pré-natal, o útero ainda está nos limites da pequena pelve, atingindo a cicatriz umbilical em torno da vigésima semana de gravidez.

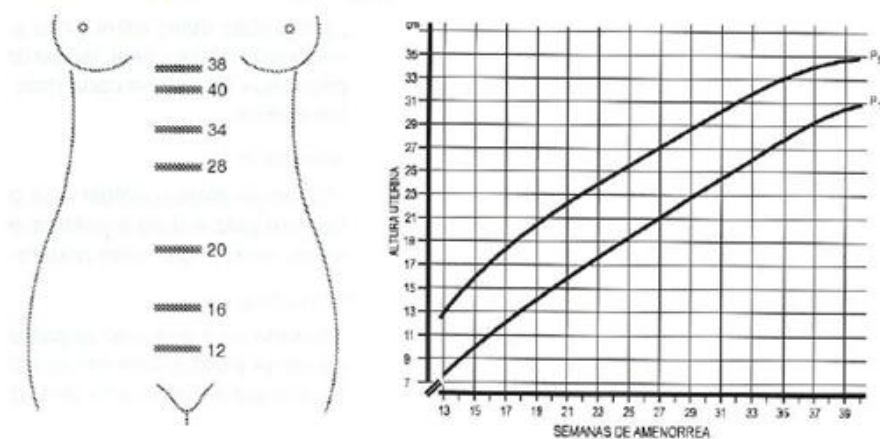
A mensuração da altura uterina (AU) é um método propedêutico fácil, barato e acessível. Quando realizada de forma seriada pelo mesmo examinador, reflete com relativa exatidão o desenvolvimento fetal intra-útero após a 16a a 18a semana de gravidez.

Para sua realização, a gestante deve permanecer em decúbito dorsal, com o útero na linha média e a bexiga vazia. A fita métrica deverá ser estendida do bordo superior da sínfise púbica até o fundo uterino, delimitado pela borda cubital da mão esquerda durante a primeira manobra de Leopold- Zweifel (delimitação do fundo uterino (situação), sem comprimir o fundo uterino). Durante esse tempo, é preciso cuidado para definir com exatidão o fundo uterino antes de sua mensuração. Essa confusão é o principal motivo de erro nessa medida. A anotação das medidas da AU em gráfico específico no cartão de pré-natal proporciona uma visão do desenvolvimento fetal nas curvas dos percentis 10, 50 e 90, de especial importância quando o seguimento do pré-natal for operado pela equipe do serviço. Da mesma forma, será fundamental ao examinador nas consultas subsequentes. Medidas isoladas, abaixo do percentil 10 ou acima do percentil 90, devem atentar

para a possibilidade de erro de cálculo da idade gestacional. Se possível, deve-se solicitar ecografia e retorno em 15 dias para reavaliação. Deverá ainda ser avaliada, quando acima do percentil 90, a possibilidade de polidrâmnio, macrossomia, gemelar, mola hidatiforme, miomatose e obesidade. Quando abaixo do percentil 10, deverá ser descartado feto morto, oligodrâmnio ou crescimento fetal restrito (CFR). Nas situações de crescimento fetal restrito evidenciado por ecografia, deverá ser realizado dopplervelocimetria para avaliar vitalidade fetal. A gestante deverá ser encaminhada para o alto-risco, conforme a situação encontrada.

A figura abaixo evidencia a curva da altura uterina de acordo com a idade gestacional e a localização do fundo uterino de acordo com as semanas aproximadas da gestação.

Curva de altura uterina (AU) e idade gestacional e desenho da posição aproximada da AU de acordo com a idade gestacional:



Fontes: Curva de Altura uterina e idade gestacional. Fonte Clap, 2007
Posição aproximada da AU de acordo com idade gestacional.
Fonte: Xunta de Galicia; Servizo Galego de Saúde, 2008



INCORRETO

CORRETO

Na ausculta de BCF (frequência e foco), consideram-se normais variações dos batimentos cardíacos do feto (BCF) entre 110 e 160 bpm, os quais não guardam nenhuma sincronia com os batimentos cardíacos maternos. Na prática ambulatorial, essas variações podem ser aferidas utilizando aparelho portátil baseado no efeito Doppler (sonar Doppler), que consegue detectar os BCF a partir da 12ª semana de gravidez (exceto em mulheres obesas). Para aferição dos BCF em idades gestacionais mais precoces, o exame ecográfico é o melhor recurso propedêutico. Após a 18ª semana de gravidez, em localidades desprovidas de recursos financeiros e tecnológicos, o estetoscópio de Pinnard, instrumento antigo e de baixo custo, é uma opção.

Complementa-se o exame físico obstétrico com o toque vaginal (na maioria das vezes, bidigital), combinado com a palpação uterina. No início da gravidez ele permite detectar eventual encurtamento cervical e dilatação não detectada no exame com espéculo vaginal. É necessário frisar que o toque pode indicar encurtamento uterino, mas o método propedêutico para seu diagnóstico preciso é o exame ecográfico.

4.1.2 Avaliação de Risco Gestacional

A caracterização do risco gravídico se inicia com anamnese e exame clínico, aliado à complementação laboratorial. Durante a assistência pré-natal, muitos

fatores implicados no risco gravídico devem ser lembrados e identificados mediante procedimentos de rastreamento e diagnóstico.

Fatores de risco indicativos de realização do pré-natal de baixo risco

1. Fatores relacionados às características individuais e às condições sociodemográficas desfavoráveis

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

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

2. FATORES RELACIONADOS À HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR

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

3. FATORES RELACIONADOS À GRAVIDEZ ATUAL

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

Fatores de risco indicativos de encaminhamento ao pré-natal de alto risco

1. FATORES RELACIONADOS ÀS CONDIÇÕES PRÉVIAS

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

- Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado.

2. FATORES RELACIONADOS À HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR

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

3. FATORES RELACIONADOS À GRAVIDEZ ATUAL

- Restrição do crescimento intrauterino.
- Polidrâmnio ou oligodrâmnio.
- Gemelaridade.
- Malformações fetais ou arritmia fetal.
- Evidência laboratorial de Proteinúria.
- Diabetes mellitus gestacional.
- Desnutrição materna severa.
- Obesidade mórbida ou baixo peso (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante para avaliação nutricional).
- NIC III.
- Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-RADS III ou mais.
- Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória).
- Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser inicialmente encaminhada ao hospital de referência para avaliação).

- Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso.
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras IST (infecções sexualmente transmissíveis, como o condiloma), quando não há suporte na unidade básica.
- Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual.
- Adolescentes com fatores de risco psicossocial.

Sinais indicativos de encaminhamento à urgência/emergência obstétrica

- Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional.
- Nunca realizar toque antes do exame especular, caso o contexto exija avaliação médica.
- Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial > 140/90 (medida após um mínimo de cinco minutos de repouso, na posição sentada) e associada à proteinúria.
 - Pode-se usar o teste rápido de proteinúria. Edema não é mais considerado critério diagnóstico.
 - Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito.
 - Eclâmpsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia).
 - Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular/corioamnionite ou outra infecção que necessite de internação hospitalar.
 - Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, sinais flogísticos, edema localizado e/ou varicosidade aparente).

- Situações que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma etc.

- Crise hipertensiva (PA > 160/110)

- Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal (consistência líquida, em pequena ou grande quantidade, mas de forma persistente), podendo ser observada mediante exame especular com manobra de Valsalva e elevação da apresentação fetal.

- Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 37 semanas).

- IG a partir de 41 semanas confirmadas.

- Hipertermia (tax $\geq 37,8$ °C), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de IVAS.

- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes.

- Investigação de prurido gestacional/icterícia.

- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas.

- Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre.

- Restrição de crescimento intrauterino.

- Oligodrâmnio.

- Óbito fetal.

4.1.3 Avaliação dos exames

Condutas frente aos resultados dos exames:

Para informações sobre condutas frente aos resultados dos exames acessar o Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf

Para diagnóstico, tratamento e seguimento da sífilis na gestação sugere-se a leitura do PCDT 2019: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST):

<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infeccoes>

Sífilis gestacional

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) de caráter sistêmica, curável e exclusiva do ser humano. Os profissionais de saúde devem estar aptos a identificar as manifestações clínicas e classificar os estágios da sífilis, assim como a interpretar os resultados dos testes que desempenham função importante no controle do agravo, permitindo a definição do diagnóstico e o monitoramento da resposta terapêutica. A prevenção, o diagnóstico e o tratamento de gestantes e parcerias sexuais com sífilis devem ser priorizados.

O Estado do Rio de Janeiro está em situação de epidemia por sífilis e os dados da sífilis congênita são alarmantes. A Atenção primária tem um papel fundamental nas ações de promoção e prevenção da sífilis adquirida, gestacional e congênita. No caso dessa última, o pré-natal realizado de acordo com as recomendações é um poderoso aliado das equipes de saúde no combate a essa epidemia.

Para isso, é fundamental que as equipes realizem os testes rápidos já no diagnóstico da gravidez ou no máximo na primeira consulta de pré-natal, para as gestantes e parceiros. Ao diagnóstico, também a importância de realizar o tratamento com a penicilina benzatina na Unidade de Saúde, a qual deve disponibilizar esse insumo de forma rápida.

Tratamento da sífilis na gestação

A penicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para tratamento adequado das gestantes. Embora outros antibióticos (como as tetraciclina orais e os macrolídeos) tenham sido utilizados para tratamento de sífilis em adultos, estes não são recomendados no período da gestação por causa da toxicidade ao feto, ou por não atravessarem a barreira placentária. Não existem estudos controlados em gestantes que tenham determinado a eficácia da ceftriaxona no tratamento do feto, e por isso esta não é uma medicação recomendada para o tratamento de sífilis na gravidez.

O quadro 3 seguinte apresenta um resumo dos esquemas terapêuticos utilizados para sífilis em gestante.

ESTÁGIO CLÍNICO	ESQUEMA TERAPÊUTICO
Sífilis recente (com menos de 2 anos de evolução): sífilis primária, secundária e latente recente	<p>Aplique, na mesma consulta, dose única de penicilina benzatina 2,4M UI IM.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se história de reação leve/moderada sem anafilaxia após uso de penicilina, aplique dose única de penicilina benzatina 2,4MUI IM. • Se história de reação grave/anafilaxia após uso de penicilina, encaminhe/discuta com especialista.
Sífilis tardia (com mais de 2 anos de evolução): sífilis latente tardia ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	<p>Aplique, na mesma consulta, primeira dose de penicilina benzatina 2,4M UI IM e repita semanalmente por mais 2 semanas.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se história de alergia leve/moderada sem anafilaxia após aplicação de penicilina, aplique penicilina primeira dose de penicilina benzatina 2,4MUI IM e repita semanalmente por mais 2 semanas. • Se história de reação grave/anafilaxia após uso de penicilina, encaminhe/discuta com especialista.
Neurossífilis	<p>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</p>

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Notas:

- Esquemas alternativos não são recomendados durante a gestação. Qualquer outro tratamento realizado durante a gestação, para fins de definição de caso e abordagem terapêutica da sífilis congênita, é considerado tratamento não adequado da mãe, e o RN será submetido a avaliação clínica e laboratorial. Febre, dor de cabeça, dor muscular e rash podem ocorrer após tratamento e melhoram em até 24-48h espontaneamente. Prescreva paracetamol ou dipirona 500mg a cada 6 horas, se necessário.
- Trate parceria(s) (dos últimos 3 meses) para sífilis recente (independente de sinais/sintomas/resultado dos testes) e teste para sífilis na mesma semana. Interprete resultados para decidir se continua tratamento para sífilis tardia.
- Se tratando para sífilis tardia e perdeu dose por > 14 dias: reinicie o tratamento de paciente e parceria(s).
- Se tratamento completo para o estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina e INICIADO até 30 dias antes do parto, registre tratamento adequado na carteira de pré-natal.

A administração de penicilina benzatina pode ser feita com segurança na Atenção Básica. A probabilidade de reação adversa às penicilinas, em especial as

reações graves, é muito rara. Diversos medicamentos normalmente prescritos e utilizados na prática clínica diária (ex.: AINE, lidocaína etc.), bem como alimentos (ex.: nozes, frutos do mar, corantes etc.) apresentam maiores riscos de anafilaxia; todavia, não há tanto temor quanto à sua administração ou consumo. Infelizmente, o receio de reações adversas à penicilina por profissionais de saúde, em especial a raríssima reação anafilática, tem contribuído para a perda do momento oportuno de tratamento de pessoas infectadas por sífilis, colaborando para a manutenção da cadeia de transmissão da doença, inclusive sua faceta mais triste, a sífilis congênita.

A possibilidade de reação anafilática à administração de penicilina benzatina é de 0,002%, segundo levantamento das evidências científicas constante no relatório de recomendação elaborado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS (CONITEC).

Para saber mais, acessar o relatório completo pelo link: http://conitec.gov.br/images/Relatorios/2015/Relatorio_Penicilina_SifilisCongenita_final.pdf

O receio de ocorrência de reações adversas não é impeditivo para a administração de penicilina benzatina nos serviços de saúde, especialmente na Atenção Básica. A anafilaxia, como discutido anteriormente, não é exclusiva das penicilinas e, portanto, os serviços devem estar cientes dos procedimentos a serem adotados em tal situação. A adrenalina é a droga de escolha para tratamento da reação de anafilaxia, caso esta ocorra, e a pessoa deverá receber atendimento conforme preconizado pelo Caderno da Atenção Básica nº 28, Volume II, Acolhimento à Demanda Espontânea, Capítulo 2: Queixas comuns no atendimento à demanda espontânea e urgências/emergências, pág. 25, disponível em:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/acolhimento_demanda_espontanea_cab28v1.pdf

Destaca-se também a Decisão nº 0094/2015 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que reforça a importância da administração da penicilina benzatina pelos profissionais de enfermagem na Atenção Básica. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/decisao-cofen-no-00942015_32935.html

Condutas frente aos resultados dos exames

EXAME	PERÍODO	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	O QUE FAZER?
Hemograma	1 ^a consulta 3 ^o trimestre	<ul style="list-style-type: none"> Hemoglobina > 11g/dl – normal. Hemoglobina entre 8 e 11 g/dl – anemia leve a moderada. Hemoglobina < 8 g/dl – anemia grave. 	<ul style="list-style-type: none"> Se anemia presente, tratar e acompanhar hemoglobina após 30 e 60 dias. Se anemia grave, encaminhar ao pré-natal de alto risco.
Eletroforese de hemoglobina*	1 ^a 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, hematologista ou outra oferta que a rede de saúde ofertar).
Tipo sanguíneo e fator Rh	1 ^a consulta	<ul style="list-style-type: none"> A(+), B(+), AB(+), O(+): tipo sanguíneo + fator Rh positivo. A(-), B(-), AB(-), O(-): tipo sanguíneo + fator Rh negativo. 	<ul style="list-style-type: none"> Se o fator Rh for negativo e o pai desconhecido ou pai com fator Rh positivo, realizar exame de Coombs indireto. Antecedente de hidropsia fetal ou neonatal, independentemente do Rh, realizar exame de Coombs indireto.
Coombs indireto	A partir da 24 ^a semana	<ul style="list-style-type: none"> Coombs indireto positivo: gestante sensibilizada. Coombs indireto negativo: gestante não sensibilizada. 	<ul style="list-style-type: none"> Coombs indireto positivo: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Referenciar ao alto risco. Coombs indireto negativo: <ul style="list-style-type: none"> ✓ repetir exame de 4/4 semanas; ✓ imunoglobulina anti-D pós-parto, se o RN for Rh positivo e coombs direto for negativo, após abortamento, gestão ectópica, gestação molar, sangramento vaginal ou após procedimentos invasivos (biópsia de vilo, amniocentese, cordocentese), se mãe Rh (-) e pai Rh (+).

Glicemia em jejum	1ª consulta 3º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> Entre 85-90 mg/dl sem fatores de risco: normal. Entre 85-90 mg/dl com fatores de risco ou 90-110 mg/dl: rastreamento positivo. Se > 110 mg/dl: confirmar diagnóstico de <i>diabetes mellitus</i> gestacional (DMG). 	<ul style="list-style-type: none"> Entre 85-90 mg/dl com fatores de risco ou 90-110 mg/dl: realizar o teste de tolerância à glicose na 24ª-28ª semana gestação. Orientar medidas de prevenção primária (alimentação saudável e atividade física regular). Se > 110, repetir o exame de glicemia de jejum. Se o resultado for maior que 110 mg/dl, o diagnóstico será de DMG. Orientar medidas de prevenção primária e referir ao alto risco, mantendo o acompanhamento na UBS.
--------------------------	-----------------------------	--	---

EXAME	PERÍODO	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	O QUE FAZER?
Teste de tolerância à glicose (jejum e 2 horas pós-sobrecarga com 75 g de glicose anidro)	24ª-28ª semanas**	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico de DMG na presença de qualquer um dos seguintes valores: <ul style="list-style-type: none"> ✓ em jejum > 110 mg/dl; ✓ após 2 horas > 140 mg/dl. 	<ul style="list-style-type: none"> No diagnóstico de DMG, orientar medidas de prevenção primária e referir ao alto risco, mantendo o acompanhamento na UBS.
Urina tipo I	1ª consulta 3º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> Leucocitúria: presença acima de 10.000 células por ml ou cinco células por campo. Hematúria: presença acima de 10.000 células por ml ou de três a cinco hemácias por campo. Proteinúria: alterado > 10 mg/dl. Presença de outros elementos: não necessitam de condutas especiais. 	<ul style="list-style-type: none"> Leucocitúria: realizar urinocultura para confirmar se há ITU. Caso não estiver disponível a urinocultura, tratar empiricamente. Cilindrúria, hematúria sem ITU ou sangramento genital e proteinúria maciça ou dois exames seguidos com traços, passar por avaliação médica e, caso necessário, referir ao alto risco. Na presença de traços de proteinúria: repetir em 15 dias; caso se mantenha, encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco. Na presença de traços de proteinúria e hipertensão e/ou edema: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco. Na presença de proteinúria maciça: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco. Na presença de pielonefrite, referir imediatamente à maternidade; se ITU refratária ou de repetição, referir ao alto risco.

Urocultura e antibiograma	1ª consulta 3º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> • Urocultura negativa: < 100.000 unidades formadoras de colônias por mL (UFC/mL). • Urocultura positiva: > 100.000 UFC/mL. • Antibiograma: indica os antibióticos que podem ser utilizados no tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar
Teste rápido de proteinúria***	Indicado para 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. 	A presença de proteinúria (+) ou mais deve ser seguida de uma determinação de proteinúria de 24 horas, sendo um dos sinais para diagnóstico de pré-eclâmpsia.

EXAME	PERÍODO	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	O QUE FAZER?
Teste rápido para 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • As gestantes com testes rápidos reagentes para sífilis deverão ser consideradas como portadoras de sífilis até prova em contrário; • Na ausência de tratamento adequado, recente e documentado, deverão ser tratadas no momento da consulta; • Existe evidência de que os benefícios suplantam o custo e o risco do tratamento com benzilpenicilina benzatina; • Ainda nesse momento, deve ser solicitado, ou preferencialmente colhido, teste não treponêmico (linha de base), para seguimento sorológico; • Ver: PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS PARA ATENÇÃO INTEGRAL ÀS PESSOAS COM INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (IST), 2019 http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-atencao-integral-pessoas-com-infecoes
Teste rápido para HIV ou sorologia (anti-HIV I e II)	1ª consulta 3º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> • Teste rápido não reagente: normal. • Teste rápido reagente e sorologia positiva: confirmar HIV positivo. 	As gestantes diagnosticadas com HIV, a partir de qualquer metodologia de testagem, devem ser encaminhadas para o seguimento pré-natal de alto risco, devendo manter o vínculo com a Atenção Básica.

<p>Sorologia hepatite B (HBsAg)</p>	<p>1ª consulta 3º trimestre</p>	<ul style="list-style-type: none"> • HBsAg não reagente: normal. • HBsAg reagente: solicitar HBeAg e transaminases (ALT/TGP e AST/TGO). 	<ul style="list-style-type: none"> • Fazer aconselhamento pré e pós-teste. • HBsAg reagente e HBeAg reagentes: deve ser encaminhada ao serviço de referência para gestação de alto risco. • HBsAg não reagente: se esquema vacinal desconhecido ou incompleto, indicar vacina após 1º trimestre. Toda gestante HBsAg não reagente deve receber a vacina para hepatite B ou ter seu calendário completado, independentemente da idade.
--	-------------------------------------	---	--

EXAME	PERÍODO	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	O QUE FAZER?
<p>Toxoplasmose IgG e IgM</p>	<p>1ª consulta 3º trimestre****</p>	<ul style="list-style-type: none"> • IgG e IgM reagentes: <ul style="list-style-type: none"> ✓ avidez de IgG fraca ou gestação > 16 semanas: possibilidade de infecção na gestação - iniciar tratamento imediatamente; ✓ avidez forte e gestação < 16 semanas: doença prévia - não repetir exame. • IgM reagente e IgG não reagente: doença recente - iniciar tratamento imediatamente e repetir o exame após três semanas. • IgM não reagente e IgG reagente: doença prévia - não repetir o exame. • IgM e IgG não reagente: suscetível - orientar medidas de prevenção e repetir o exame no 3º trimestre. 	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Fornecer orientações sobre prevenção primária para as gestantes suscetíveis: ✓ lavar as mãos ao manipular alimentos; ✓ lavar bem frutas, legumes e verduras antes de se alimentar; ✓ não ingerir carnes cruas, mal cozidas ou mal passadas, incluindo embutidos (salame, copa etc.); ✓ evitar o contato com o solo e a terra de jardim; se isso for indispensável, usar luvas e lavar bem as mãos após a atividade; ✓ evitar contato com fezes de gato no lixo ou no solo; ✓ após manusear carne crua, lavar bem as mãos, assim como também toda a superfície que entrou em contato com o alimento e todos os utensílios utilizados; ✓ não consumir leite e seus derivados crus, não pasteurizados, sejam de vaca ou de cabra; ✓ propor que outra pessoa limpe a caixa de areia dos gatos e, caso isso não seja possível, tentar limpá-la e trocá-la diariamente utilizando luvas e pzinha; ✓ alimentar os gatos com carne cozida ou ração, não deixando que eles façam a ingestão de caça; ✓ lavar bem as mãos após o contato com os animais.

EXAME	PERÍODO	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	O QUE FAZER?
Parasitológico de fezes	Quando anemia presente ou outras manifestações sugestivas	<ul style="list-style-type: none"> Negativo: ausência de parasitos. Positivo: conforme descrição de parasitos. 	<ul style="list-style-type: none"> O diagnóstico e o tratamento de gestantes com parasitoses intestinais deveriam ser realizados antes da gestação. 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. Medidas profiláticas, como educação sanitária, higiene correta das mãos, controle da água, dos alimentos e do solo, devem ser encorajadas devido ao impacto positivo que geram sobre a ocorrência de parasitoses intestinais.

Fonte: Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Disponível em: http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf

4.1.4 Formulação das hipóteses diagnósticas

Encerrando o exame clínico/ginecológico/obstétrico chega-se à terceira parte da consulta, que é a formulação do(s) diagnóstico(s). De modo geral, durante o atendimento de gestantes hígdas, a hipótese diagnóstica é apenas o de gravidez com indicação da idade gestacional e sua avaliação do risco.

4.2 Consultas Subsequentes

Nas consultas subsequentes de pré-natal, o roteiro de atendimento deve ser similar ao da primeira consulta, porém mais simplificado, buscando basicamente as queixas e alterações apontadas pela grávida, especialmente aquelas que surgiram ou se intensificaram após a última consulta. Cabe ao profissional médico ou enfermeiro revisar a ficha de pré-natal, indagar sobre algum ponto obscuro ou que necessite de mais detalhes, confrontar a idade gestacional cronológica com a idade gestacional ecográfica, e conferir os pareceres de outras especialidades nos

casos em que essas avaliações forem solicitadas. Também deverão ser avaliados todos os resultados dos exames complementares e, obviamente, tomadas as medidas corretivas necessárias.

Em todas as consultas subsequentes realizar:

1) Exame físico geral e gineco-obstétrico:

- ✓ verificar o peso;
- ✓ calcular o IMC (índice de massa corporal),
- ✓ anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do estado nutricional;
- ✓ verificar PA;
- ✓ realizar inspeção da pele e das mucosas;
- ✓ inspeção das mamas;
- ✓ pesquisa de edemas;
- ✓ palpação obstétrica e medida da altura uterina, anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal; auscultar os batimentos cardíofetais.

2) Verificar exames complementares, avaliar os resultados dos exames laboratoriais e instituir condutas específicas. Solicitar novos exames, conforme calendário preconizado;

3) Realizar ações complementares para gestação:

- ✓ reavaliar o risco gestacional em todas as consultas;
- ✓ acompanhar as condutas adotadas em serviços clínicos especializados;
- ✓ realizar ações e práticas educativas individuais e em grupos,
- ✓ registrar os dados da consulta no cartão da gestante, na ficha perinatal e agendar as consultas subsequentes.

Reafirma-se aqui a importância do registro atualizado e legível do cartão de pré-natal, com todas as informações e exames realizados. Essa iniciativa facilita a assistência adequada em situações de atendimento de urgência e no momento do

parto. Lembre-se de assinalar no cartão a maternidade para a qual a gestante deverá ir em casos de emergência ou de trabalho de parto, evitando que ela se desloque desnecessariamente para maternidades não referenciadas, aumentando a ansiedade e o risco de parto sem assistência.

Calendário de Exames subsequentes:

- Repetir mensalmente após 24^a sem o Coombs indireto – se fator Rh negativo
- EPF – se anemia ferropriva ou eosinofilia importante
- Perfil glicêmico se confirmado diagnóstico de DG
- Repetir toxoplasmose a cada 3 meses em pacientes susceptíveis
- USG morfológico - Entre 18 e 22 semanas
- Caso TOTG não esteja disponível e glicemia de Jejum (< 20 semanas) teve resultado normal, repetir entre 24 e 28 semanas, independente do risco
- TOTG, se estiver disponível, realizar para todas as gestantes entre 24 e 28 semanas ou se PN de início tardio, tão logo seja possível.

Rotina do 3º trimestre (28-30 sem)

- Hemograma
- TR ou laboratorial para HIV
- TR ou laboratorial para Sífilis
- Urinocultura
- Glicemia de Jejum ou TOTG
- HBsAg
- Toxoplasmose - em pacientes susceptíveis
- Coombs indireto – em paciente Rh negativo

4.3 Plano de Parto

A atenção obstétrica e neonatal prevalente na grande maioria das instituições brasileiras está pautada no modelo biomédico de assistência, voltado à

utilização de tecnologias complexas, organização hierárquica, centrado na figura do médico e da instituição hospitalar, na sistematização rígida das rotinas; esta organização faz com que o processo do parto seja usualmente percebido como patológico e não como um evento natural, fisiológico e intuitivo.

Na tentativa de enfrentar esta problemática, a Política Nacional de Humanização, por meio do Caderno HumanizaSus- Humanização do Parto e do Nascimento discorre acerca da necessidade de que a atenção pré-natal e puerperal seja qualificada e humanizada e que isso se dá por meio da incorporação de condutas acolhedoras e sem intervenções desnecessárias; do fácil acesso a serviços de saúde de qualidade, com ações que integrem todos os níveis da atenção: promoção, prevenção e assistência à saúde da gestante e do recém-nascido, desde o atendimento ambulatorial básico ao atendimento hospitalar para alto risco, compreendendo que gestação e parto são eventos fisiológicos que devem ser vivenciados de forma plena.

Nesse sentido, é preciso estimular a participação das mulheres na tomada de decisões, para que, conhecendo seus direitos e estando orientadas acerca das boas práticas de atenção à gestação e parto, possam solicitar aos profissionais, auxílio para a construção do Plano de Parto (PP).

Um Plano de Parto e Nascimento é um documento escrito, de caráter legal, em que a mulher grávida, após receber informações sobre a gravidez e o processo de parto, e considerando seus valores e desejos pessoais, além das expectativas criadas sobre seu parto ao longo da gravidez, e atendendo também a suas necessidades particulares, deve combinar com os profissionais da Atenção Primária de Saúde e posteriormente com os da Atenção hospitalar, quais alternativas, dentro da boa prática, prefere durante seu parto, sob condições normais. O Plano de Parto e Nascimento é o eixo da relação clínica estabelecida entre a mulher grávida e os profissionais, e deve servir para orientar a atenção de saúde prestada ao longo de todo o processo.

A importância dos Planos de Parto e Nascimento originam-se no respeito ao Princípio Bioético de Autonomia, aumentando assim o controle das mulheres sobre o processo do parto, contribuindo para produzir um efeito positivo sobre a

satisfação, servindo como ferramenta importante na preparação para o parto e diminuindo “os medos” da mulher graças à informação e comunicação proporcionadas; constituindo um processo de reflexão para as mulheres.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 1996, recomenda a elaboração do plano de parto e o compreende como mecanismo de incentivo às mulheres pela busca por informações qualificadas, instrumento para a construção das expectativas e dos desejos com relação à experiência da maternidade e um exercício de protagonismo. No rol de recomendações da OMS, presente no guia prático da OMS para o cuidado ao parto normal, o plano de parto se enquadra como categoria A: Práticas que são “*Demonstradamente Úteis e Devem ser Encorajadas*”.

Há estudos mostrando que, quanto maior o cumprimento do plano de parto, melhores são os resultados relacionados à saúde materna e neonatal.

Contudo, apesar de as mudanças em relação ao parto e ao nascimento estarem em pauta desde o fim do século passado, e de o plano de parto ser recomendado pela OMS, o seu uso nos países de baixa e média renda ainda é frágil se comparado aos países de alta renda.

O PP deve ser construído com os enfermeiros da APS e discutido com os profissionais que realizarão o atendimento hospitalar. Os enfermeiros que realizam a atenção pré-natal são elos importantes, para orientar, estimular e empoderar a mulher para que esta possa expressar suas necessidades e desejos, assumindo, dessa forma, o protagonismo durante a gestação, parto e puerpério.

No PP as mulheres podem decidir sobre acompanhante, ingesta alimentar, o uso ou não de analgesia, posição para o trabalho de parto (TP) e parto (P), entre outras questões.

O PP é orientado pelo Ministério da Saúde (MS), e a sua construção pode ajudar a mulher a compreender a vivência do parto e do nascimento, assim como ajudá-la no exercício de sua autonomia, evitando intervenções indesejadas ou desnecessárias.

O PP pode ser elaborado em qualquer momento da gestação, ainda que o momento ideal seja entre a 28^a e 32^a semana de gestação, durante o pré-natal,

considerando que, nesse período da gestação, a mulher começa a pensar mais ativamente na experiência do parto e a ansiedade intensifica-se, entretanto, ainda terá algumas semanas para refletir sobre suas preferências.

Para que atividades como o PP possam ser inseridas no cotidiano da atenção pré-natal, é imprescindível que os profissionais da APS estejam atentos às novas diretrizes e preparados para tal planejamento, outrossim, é fundamental que entendam o porquê de sua realização. Ainda que o contexto local da atenção no ciclo gravídico-puerperal seja de práticas intervencionistas, por meio do conhecimento as mulheres poderão ser ajudadas a modificar a atenção ao parto.

Defendemos a inclusão do PP nos protocolos assistenciais, mas enfatizamos que a construção deste não deve ser vista como uma imposição, e sim como oportunidade para que os profissionais qualifiquem sua prática e a gestante tenha seus direitos e desejos respeitados, garantindo melhor qualidade da assistência para o binômio mãe e filho.

“Um modelo de Plano de Parto inspirado no guia “Assistência ao Parto Normal: um guia prático”, da Organização Mundial de Saúde – 2000 e no livro “Parto Normal ou Cesárea: tudo o que as mulheres deveriam saber” da Ana Cris Duarte e Simone Grilo Diniz – Ed. Unesp – 2000, esta disponibilizado em anexo.

Sugerimos que as equipes utilizem o documento como modelo orientador para a construção de um PP adequado para a utilização no território, respeitando a oferta de serviços e cultura local da atenção ao pré-natal, parto e nascimento e pensando o tema da atenção às mulheres grávidas abarcando a multiplicidade de cenários, as contingências das situações em que as mulheres brasileiras vivem e as singularidades de cada mulher e cada gravidez.

5 Manejo de situações comuns na gestação

Náuseas e vômitos na gestação (NVG)

A náusea e os vômitos são o principal sintoma que acometem as gestantes no início da gravidez. Cerca de 1 a 3% desses sintomas podem evoluir para o quadro mais grave, que é a hiperemese gravídica.

A orientação é para evitar o jejum prolongado e fazer uma dieta fracionada (de cinco a seis refeições por dia). Evitar frituras, gorduras, alimentos condimentados e com odor forte; evitar líquidos durante as refeições; ingerir alimentos sólidos (ex., biscoito salgado) ao levantar.

Gengibre em cápsulas (250 mg, quatro vezes ao dia), camomila, vitamina B6 e/ou acupuntura são recomendados para aliviar as náuseas no início da gravidez, com base nas preferências da mulher e nas opções disponíveis.

Abordagem farmacológica

Terapia com antieméticos: Em razão da elevada prevalência do quadro de NVG, é compreensível que mais de 30% de todas as gestações tenham em algum momento sido exposta ao uso deste grupo farmacológico. No quadro 4 estão apresentados de forma resumida os principais antieméticos utilizados.

Nas formas leves das náuseas e vômitos da gestante (≤ 6 do escore de PUQE - (Pregnancy Unique Quantification of Emesis), as medidas não farmacológicas e farmacológicas por via oral apresentam bons resultados rapidamente e o tratamento deve ser ambulatorial. Nas formas moderadas e graves do quadro de NVG (> 6 do escore de PUQE), a gestante deve ser abordada de maneira multidisciplinar em ambiente hospitalar.

Escore de PUQE - (Pregnancy Unique Quantification of Emesis)

1 - Por quanto tempo se sentiu nauseada nas últimas 24 horas?
Nunca (1) – Até 4 horas (2) – Até 8 horas (3) – Até 12 horas (4) - > de 12 horas (5)
2 - Quantos episódios de vômitos apresentou nas últimas 24 horas?
Nenhum (1) – Um episódio (2) – Até 3 episódios (3) Até 4 episódios (4) – mais de cinco (5)
3 - Quantos momentos observou intensa salivação e esforço de vômito nas últimas 24 horas?
Nenhum (1) – Até 3 vezes (2) – Até 5 vezes (3) – Até 8 vezes (4) – Todo tempo (5)
Classificação – Pontuação ≤ 6 forma Leve; entre 7 e 11 forma moderada; ≥ 12 forma grave.

Fonte: Adaptado de Koren G, et al. 2005.

Quadro 4 - Principais antieméticos utilizados

GRUPO FARMACOLÓGICO	MEDICAMENTO	TERATOGENESE (FDA)	SEGURANÇA NO NEURODESENVOLVIMENTO DO CONCEPTO	EFEITOS COLATERAIS	DOSE
Antagonista da serotonina (5-HT3)	Ondansetrona	Classe B	Seguro	Rubor facial, constipação intestinal	4,0 mg e 8,0 mg 8/8 horas
Antagonista da dopamina e serotonina (5-HT2)	Metoclopramida	Classe B	Não Testado	Manifestações extra-piramidais	10 mg 8/8 horas
Anti-histaminicos	Medizina, dimenidrato	Classe B	Não Testado	Sonolência	25 mg 8/8 horas

Fonte: Febrasgo, 2018

Pirose

Sintoma causado pelo refluxo gastroesofágico, comum principalmente no final da gravidez, devido à compressão do estômago pelo útero gravídico.

Recomenda-se aconselhamento sobre dieta e estilo de vida para evitar e aliviar a azia na gravidez. Orientações sobre evitar o decúbito horizontal logo após as refeições, assim como fracionar a dieta, evitando a ingestão de alimentos como café, chá, chocolate e frituras, normalmente são suficientes.

Podem ser oferecidos preparados antiácidos às mulheres com sintomas incômodos que não possam ser aliviados pela mudança de estilo de vida. Nos casos mais graves, a utilização de hidróxido de alumínio ou de magnésio, isolados ou combinados, é indicada.

Hidróxido de alumínio ou magnésio, dois a quatro comprimidos mastigáveis após as refeições e ao deitar-se. Bloqueadores H2 e inibidores da bomba de prótons.

Sialorreia

A sialorreia, ptialismo ou salivação excessiva é uma das queixas que mais incomodam na gravidez. É uma queixa comum no início da gestação.

Manter dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos.

Orientar a gestante a deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância (especialmente em época de calor).

Cãibras nas pernas

Espasmos musculares involuntários e dolorosos que acometem, em especial, os músculos da panturrilha e se intensificam com o evoluir da gestação.

Avaliar sempre:

Uso de medicamentos; Presença de varizes; Fadiga muscular por uso excessivo.

Os cuidados gerais são mais eficazes que a conduta medicamentosa, sendo recomendado:

Evitar o alongamento muscular excessivo ao acordar, em especial dos músculos do pé (ato de se espreguiçar);

Na gestação avançada, devem ser evitados o ortostatismo (ficar em pé) prolongado e a permanência na posição sentada por longo período, como em viagens demoradas;

Nas crises, a grávida com câimbras nos membros inferiores se beneficia muito do calor local, da aplicação de massagens na perna e da realização de movimentos passivos de extensão e flexão do pé;

Evitar excesso de exercício físico e massagear o músculo contraído e dolorido; Realizar alongamentos específicos, com orientação profissional.

A suplementação com cloreto de sódio ou cálcio, ou vitaminas e sais minerais não é efetiva para reduzir as câimbras na gravidez, segundo relatos da literatura. Entretanto, o lactato ou citrato de magnésio mostrou redução significativa das câimbras, o que se baseia apenas em evidência clínica.

Dores lombares e pélvicas

A adaptação da postura materna sobrecarrega as articulações da coluna vertebral, sobretudo a lombossacral. Avaliar sempre: Características da dor (mecânica ou inflamatória, tempo de evolução, fatores de melhora ou piora, relação com o movimento); Sinais e sintomas associados (alerta para febre, mal-estar geral, sintomas urinários, enrijecimento abdominal e/ou contrações uterinas, déficit neurológico); História de trauma.

Orientar corrigir a postura ao se sentar e andar; Observar a postura adequada, evitando corrigir a lordose fisiológica; Recomendar o uso de sapatos confortáveis e evitar saltos altos; Recomendar a aplicação de calor local e massagens especializadas; Existem várias opções de tratamento que podem ser usadas, como a fisioterapia, cintas de suporte e acupuntura, com base nas preferências da mulher e nas opções disponíveis.

Se não melhorarem as dores, considerar o uso de medicamentos: Paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas; Dipirona (500-1.000 mg), de 6/6 horas.

Obstipação/ constipação intestinal/ flatulências

Comum na gestação, agravada pelo esforço na evacuação ou pela consistência das fezes. Muitas vezes associada a queixas anais como fissuras e hemorroidas.

É recomendado:

Ingerir alimentos que formam resíduos como legumes e verduras e frutas cítricas. Aumentar a ingestão de água para seis a oito copos/ dia (caso não haja nenhuma patologia que a restrinja). Reavaliar alimentação rica em fibras e evitar alimentos que causem muita fermentação. Evitar alimentos flatulosos (feijão, grão-de-bico, lentilha, repolho, brócolis, pimentão, pepino e couve). A sêmola de trigo ou outras podem ser usadas para aliviar a obstipação durante a gravidez, se não houver resposta à modificação da dieta, com base nas preferências da mulher e nas opções disponíveis.

Fazer caminhadas leves (se não forem contraindicadas). Prevenir fissuras anais (não usar papel higiênico, usar água e sabão para limpeza após as evacuações). Caso essas medidas não resolvam, avaliar a necessidade do uso de medicamentos: Dimeticona (40-80 mg), de 6/6 horas, para flatulência; Hioscina (10 mg), de 8/8 horas, para dor abdominal; Supositório de glicerina.

Veias varicosas

Manifestam-se, preferencialmente, nos membros inferiores e na vulva, exibindo sintomatologia crescente com o evoluir da gestação.

Avaliar sempre:

Dor contínua ou ao final do dia;

Presença de sinais flogísticos;

Edema persistente.

Orientar que o tratamento na gestação consiste nas seguintes medidas profiláticas:

Mudar de posição com maior frequência;

Não permanecer por muito tempo em pé, sentada ou com as pernas cruzadas;

Repousar por 20 minutos com as pernas elevadas, várias vezes ao dia;

Utilizar meia elástica com suave ou média compressão, que pode aliviar o quadro de dor e edema dos membros inferiores;

Não usar roupas muito justas, ligas nas pernas e nem meias 3/4 ou 7/8.

Valorizar a possibilidade de complicações tromboembólicas.

Queixas urinárias

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

Avaliar sempre:

Presença de sinais de alerta; Presença de sintomas sistêmicos.

Apresenta sintomas de ITU:

- ITU não complicada: iniciar uso de antibiótico de forma empírica, sendo que a escolha deve estar direcionada para cobertura de germes comuns e pode ser modificada após a identificação do agente e a determinação de sua susceptibilidade. Antibióticos de escolha no tratamento da bacteriúria assintomática e ITU não complicada em gestantes:

- Nitrofurantoína (100 mg), uma cáp., de 6/6 horas, por 10 dias (evitar após a 36ª semana de gestação);
- Cefalexina (500 mg), uma cáp., de 6/6 horas, por 7 a 10 dias;

- Amoxicilina-clavulanato (500 mg), uma cáp., de 8/8 horas, por 7 a 10 dias.

- ITU complicada: paciente apresenta sintomas sistêmicos (febre; taquicardia; calafrios; náuseas; vômitos; dor lombar, com sinal de giordano positivo; dor abdominal): na suspeita, encaminhar a gestante para avaliação hospitalar.

Dor abdominal/ cólica

Entre as causas mais frequentes das cólicas abdominais que podem surgir na gravidez normal, estão: o corpo lúteo gravídico, o estiramento do ligamento redondo e as contrações uterinas. Geralmente discretas, desaparecem espontaneamente, não exigindo uso de medicação.

Avaliar sempre:

- Presença de sinais de alerta;
- Presença de ITU;
- Verificar se a gestante não está apresentando contrações uterinas.

Descartados os sinais de alerta: (dor em baixo ventre de intensidade, duração e ritmo aumentados, sugerindo contrações uterinas, sangramento vaginal, sintomas sistêmicos, sinais de abdome agudo), orientar e tranquilizar a gestante quanto ao caráter fisiológico do sintoma. Em casos de queixa intensa ou persistente, avaliar a necessidade do uso de medicamentos: Hioscina 10 mg, de 8/8 horas.

Edema

No geral, surge no 3º trimestre da gestação, limitando-se aos membros inferiores e, ocasionalmente às mãos. Piora com o ortostatismo (ficar em pé) prolongado e com a deambulação; desaparece pela manhã e acentua-se ao longo do dia.

Avaliar sempre:

- A possibilidade do edema patológico, em geral associado à hipertensão e proteinúria, sendo sinal de pré-eclâmpsia;

No entanto, a maioria das grávidas edemaciadas exibe gestação normal.

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.

Síndrome do túnel do carpo

Síndrome que ocorre devido ao edema do túnel do carpo, de etiologia não perfeitamente elucidada. 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.

Hemorroidas

O mais provável é que, na gestação, as hemorroidas preexistentes e assintomáticas possam ser agravadas. É certo que aquelas previamente sintomáticas se agravam na gestação e, sobretudo, no parto e no pós-parto. Avaliar sempre sinais de gravidade:

Aumento da intensidade da dor; Endurecimento do botão hemorroidário; Sangramento retal.

É recomendado: Dieta rica em fibras, estimular a ingestão de líquidos e, se necessário, supositórios de glicerina; Higiene local com duchas ou banhos após a evacuação; Banho de assento com água morna; Usar anestésicos tópicos, se necessário;

Obs.: tratamentos esclerosantes ou cirúrgicos são contraindicados.

Se ocorrerem complicações como trombose, encaminhar para o hospital de referência.

Corrimento vaginal

O aumento do fluxo vaginal é comum na gestação, sendo importante realizar avaliação adequada, pelo fato de as vulvovaginites infecciosas estarem associadas ao parto prematuro, baixo peso ao nascer, rotura prematura de membranas.

Avaliar sempre:

- Se há queixas de mudanças do aspecto do corrimento, coloração, presença de sintomas associados como prurido, ardência, odor e outros;

Orientar:

O fluxo vaginal normal é comumente aumentado durante a gestação e não causa prurido, desconforto ou odor fétido; Lembrar que em qualquer momento da gestação podem ocorrer as IST. Não usar cremes vaginais quando não houver sinais e sintomas de infecção vaginal.

Fraqueza/tontura

Tem origem na instabilidade hemodinâmica em decorrência de dois fatores principais: Vasodilatação e hipotonia vascular pela ação da progesterona, na musculatura da parede dos vasos; Estase sanguínea nos membros inferiores pela compressão da circulação de retorno pelo útero grávido. Tudo isso conduz à diminuição do débito cardíaco, à hipotensão arterial e à hipóxia cerebral transitória, causa provável das tonturas e desmaios. Também estão associadas à hipoglicemia, alteração frequente quando do jejum prolongado da grávida.

Os episódios são, na maioria das vezes, de breve duração e intensidade, dispensando terapêutica medicamentosa. No geral, as medidas profiláticas assumidas, associadas ao esclarecimento da gestante, são eficazes, sendo recomendado:

- Evitar a inatividade;
- Fazer alimentação fracionada (pelo menos três refeições ao dia e dois lanches);

- Evitar jejum prolongado; Sentar com a cabeça abaixada ou deitar-se de decúbito lateral esquerdo e respirar profunda e pausadamente para aliviar os sintomas;
- Evitar permanecer, por longo tempo, em ambientes fechados, quentes e sem ventilação adequada; Ingerir líquidos;
- Nos casos recorrentes, o uso de meias elásticas para melhorar o retorno venoso pode estar indicado;
- Avaliar a pressão arterial.

Cefaleia

É importante afastar as hipóteses de hipertensão arterial e pré-eclâmpsia.

Avaliar sempre:

- Sinais de cefaleia secundária;
- Sintomas antes da gravidez;
- Diagnóstico prévio de enxaqueca;
- Uso de medicamentos.

Orientar:

Repouso em local com pouca luminosidade e boa ventilação;

Conversar com a gestante sobre suas tensões, conflitos e temores;

Se dor recorrente agendar consulta médica e orientar sobre os sinais de alerta, como frequência, intensidade etc.

Considerar o uso de analgésicos comuns: Paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas; Dipirona (500-1.000 mg), de 6/6 horas.

Estrias

Lesões dermatológicas definitivas que aparecem na segunda metade da gravidez e se localizam, preferencialmente, no abdome inferior, na região glútea, nas coxas e nos seios.

É recomendado:

Orientar que são frequentes após o 5º mês de gestação, geralmente no quadril, abdome e mamas, ocasionadas pela distensão dos tecidos, e que não existe

método eficaz de prevenção; Ainda que polêmica, na tentativa de preveni-las, pode ser recomendada a massagem local, com óleos e cremes hidratantes compatíveis com a gravidez, livre de conservantes ou qualquer outro alergênico. Qualquer tratamento de estrias está contraindicado na gestação, inclusive o uso de ácido retinoico, também contraindicado na amamentação.

Pigmentação/ cloasma gravídico

O aparecimento de manchas castanhas e irregulares na face ocorre em torno de 50% a 70% das gestantes, dando origem ao cloasma gravídico. A maioria das gestantes também apresenta grau de hiperpigmentação cutânea, especialmente na segunda metade da gravidez.

Geralmente estas hiperpigmentações desaparecem lentamente, ou ao menos regridem após o parto. Entretanto, um número considerável de casos exige tratamento dermatológico. É recomendado:

- Orientar que é comum na gravidez e costuma diminuir ou desaparecer após o parto;
- Evitar exposição direta ao sol (usar boné, chapéu ou sombrinha);
- Utilizar filtro solar, aplicando no mínimo três vezes ao dia. O uso de ácido azelaico (despigmentante) é permitido na gestação.

Alterações na movimentação fetal

Movimentos fetais começam a ser observados pelas primigestas por volta da 18ª semana de gestação e pelas múltíparas em torno da 16ª semana. Inicialmente, são percebidos como pequenas vibrações, que aumentam de intensidade e se tornam perceptíveis à ectoscopia. Nos últimos 15 dias de gravidez são menos perceptíveis.

O relato de diminuição ou parada da movimentação fetal pode significar comprometimento da vitalidade fetal. A movimentação fetal se reduz ante a hipoxemia.

Quando são relatadas mudanças abruptas no padrão de movimentação do conceito, elas podem revelar comprometimento fetal.

Recomenda-se: Realizar avaliação clínica, com observação cuidadosa dos batimentos cardíacos fetais.

- Orientar, a partir de 26 semanas, a realização de “mobilograma” (ver Saiba Mais) diário: pós-café, almoço e jantar (normal seis ou mais movimentos em uma hora em decúbito lateral esquerdo).
- Reduzir o intervalo entre as consultas de rotina.

O Mobilograma é um método clínico de contagem e controle diário dos movimentos fetais (MFs) realizado pela própria gestante e esporadicamente pelo profissional de saúde assistente, em 1 ou mais horas. O objetivo é avaliar de forma indireta o bem estar- fetal à partir de seus movimentos.

Indicações:

- Gestação de alto risco à partir da 26^a. Semana;
- Gestação de risco habitual à partir da 34^a. Semana;
- Diminuição dos MFs relatados pela mãe (pode ser usado a partir 26^a. Semana);
- Gestação a termo, sem sinal de trabalho de parto;
- Ansiedade materna relacionada ao bem estar fetal

Vários estudos já demonstraram que os MFs de um feto hígido podem variar entre quatro (4) a cem (100) por hora. Contudo, o Ministério da Saúde (MS) coloca um corte mínimo de 6 MFs/hora. O método a seguir é recomendado por sua praticidade (BRASIL, 2012 p.101) visando sua melhor aplicação:

- Determinar com a gestante o padrão do movimento fetal que está acostumada a sentir;
- Recomenda-se observação no período de 60 minutos iniciando cerca de 30 minutos após as refeições para evitar a falsa diminuição dos MFs devido a hipoglicemia materna;
- Não fazer uso de cigarro por no mínimo 30 minutos antes;
- Escolha um período do dia em que possa estar mais atenta aos movimentos fetais;
- Alimente-se previamente cerca de 30 minutos antes do início da observação;

- Procurar um ambiente calmo e sem ruídos;
- Sente-se com a mão sobre o abdome. Se deitada escolha a posição de decúbito lateral esquerdo, sempre mantendo a mão espalmada sobre o abdômen;
- Excluem-se movimentos tipo “soluços”;
- A contagem dos movimentos é realizada por período máximo de uma hora. Caso a gestante consiga registrar seis movimentos em menos tempo, não é necessário manter a observação durante uma hora completa.
- Registre os movimentos do feto nos espaços demarcados pelo formulário, anotando o horário de início e de término do registro conforme exemplo abaixo.

REGISTRO DOS MOVIMENTOS FETAIS. MFs.		
Data	Horário de início e término	Número MFs (1 hora ou menos)
<i>EX: 18/09/16</i>	<i>12:30-13:30</i>	<i>08</i>
<i>EX: 18/09/16</i>	<i>12:30-13:00</i>	<i>06</i>

Sangramento na gengiva

Caracterizada por vasodilatação, por aumento da vascularização e por edema do tecido conjuntivo, alterações estas provocadas por acentuado incremento na produção de hormônios esteroides. A hipertrofia gengival e a doença periodontal necessitam de atenção especializada. Avaliar sempre outras patologias que possam cursar com tais sintomas, em especial os distúrbios de coagulação, bem como a síndrome HELLP.

Escovação dentária delicada, com o uso de escova de dentes macia e fio dental; Orientar a realização de massagem na gengiva; Realizar bochechos com soluções antissépticas.

Agendar atendimento odontológico sempre que possível.

Epistaxe e congestão nasal

Devido à produção aumentada de hormônios esteroides, que levam à vasodilatação e ao aumento da vascularização da mucosa nasal, surge o desconforto da congestão nasal, que é tratado geralmente com uso de soro fisiológico.

A epistaxe costuma ser resolvida com leve compressão local. Casos mais graves: encaminhar ao especialista ou ao serviço de emergência.

6 Manejo do ganho de peso na gestação

Deve ser realizado de acordo com o IMC pré-gestacional ou da primeira consulta, com recomendações claras acerca das alterações de peso e ajustes dietéticos necessários. Desvios do estado nutricional da gestante associam-se com aumento de morbidade materna e fetal.

A alimentação deve ser saudável e balanceada, estimulando a ingestão de água e fibras. A gestante deve ingerir frutas, verduras e legumes, leite e derivados, o qual contém nutrientes importantes para o crescimento fetal, da mesma forma que podem contribuir para evitar o ganho excessivo de peso. A gravidez requer aumento médio de 15% na ingestão calórica.

O ganho de peso ideal na gestação é baseado nas recomendações do Institute of Medicine (IOM2009) e leva em consideração o IMC pré-concepcional da paciente (Tabela 1).

Tabela 1 Ganho de peso recomendado de acordo com o IMC materno pré-gestacional

Estado nutricional antes da gestação	IMC (kg/m²)	Ganho de peso durante a gestação (Kg)	Ganho de peso por semana no 2º e 3º trimestre (Kg)
Baixo peso	<18,5	12,5 – 18	0,5
Peso adequado	18,5-24,9	11 – 16	0,4
Sobrepeso	25,0-29,9	7 – 11,5	0,3
Obesidade	≥30,0	5 – 9	0,2

Fonte: *Institute of Medicine (IOM-2009)*

De acordo com a situação nutricional inicial da gestante (baixo peso, adequado, sobrepeso ou obesidade) há uma faixa de ganho de peso recomendada por trimestre. É importante que na primeira consulta a gestante seja informada sobre o peso que deve ganhar. Pacientes com baixo peso devem ganhar 2,3 kg no primeiro trimestre e 0,5 kg/semana nos segundo e terceiro trimestre. Da mesma forma, gestantes com IMC adequado devem ganhar 1,6 kg no primeiro trimestre e 0,4 kg/semana nos segundo e terceiro trimestres. Gestantes com sobrepeso devem ganhar até 0,9 kg no primeiro trimestre e gestantes obesas não necessitam ganhar peso no primeiro trimestre. Já no segundo e terceiro trimestre as gestantes com sobrepeso e obesas devem ganhar até 0,3 kg/semana e 0,2 kg/semana, respectivamente.

Mulheres que ganham peso dentro dos limites propostos têm menor chance de ter filhos nos extremos de peso para idade gestacional. No entanto, cerca de 2/3 das mulheres ganham mais peso que o recomendado, o que leva a complicações durante a gestação além de contribuir para a retenção de peso pós-parto e, assim, para o desenvolvimento da obesidade e suas complicações ao longo da vida.

O diagnóstico do estado nutricional da gestante pode ser realizado, conforme a idade gestacional, utilizando a tabela desenvolvida por Atalah et al. em 1997 (Tabela 2).

Tabela 2 Diagnóstico nutricional da gestante conforme o índice de massa corporal (IMC) e a idade gestacional

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

Fonte: Anahí et al. Revista Médica de Chile, 1997.

Efeito da Obesidade na Fertilidade e Concepção

Mulheres obesas apresentam diminuição da fertilidade e a redução do peso em obesas inférteis aumenta a frequência de ovulação e probabilidade de gravidez. Em mulheres obesas a diminuição da fertilidade é decorrente de disfunção ovulatória, marcadamente pela maior prevalência da síndrome dos ovários policísticos (SOP). A SOP ocorre pela maior resistência à insulina inerente à obesidade, que leva a acúmulo de andrógenos no microambiente ovariano, o que dificulta a maturação folicular e a ovulação.

O tratamento de pacientes portadoras de SOP com metformina aumenta a possibilidade de ovulação, corroborando o conceito de que a resistência à insulina tem importante papel no desenvolvimento da SOP.

Em gestantes obesas ocorre um maior risco de abortamento espontâneo. Estudos que analisaram fertilidade após cirurgia bariátrica comprovaram que a perda de peso melhora a fertilidade e a regularidade dos ciclos menstruais na maioria das pacientes.

Efeito da Obesidade na Gestação

A incidência de Diabetes Mellito gestacional (DMG) em gestantes obesas é três vezes maior que na população geral. No período gestacional as mulheres, mesmo com peso adequado, apresentam fisiologicamente aumento da resistência à insulina. Nas grávidas obesas essa característica fisiológica ocorre de forma exacerbada, favorecendo o desenvolvimento de DMG. A prevalência de DM 2 pré-gestacional também é maior nessa população. Assim, recomenda-se o rastreamento de diabetes nas gestantes obesas já no primeiro trimestre através glicemia de jejum, com o objetivo de detectar pacientes previamente diabéticas não diagnosticadas. Mulheres obesas com antecedente de DMG têm um risco duas vezes maior de desenvolver DM2 no futuro, quando comparadas às magras com o mesmo antecedente.

O peso materno é um fator de risco independente para pré-eclâmpsia, assim evidências comprovam que o risco de pré-eclâmpsia dobra a cada aumento de 5 a 7 kg/m² no IMC pré-gestacional.

Gestantes obesas também estão expostas a maior risco de parto pós-termo e infecções do trato urinário durante a gestação. Por outro lado, as obesas têm menor risco de parto pré-termo e anemia.

Consequências da Obesidade no Parto e Puerpério

A probabilidade de trabalho de parto prolongado é maior em gestantes obesas provavelmente devido a um menor tônus miométrial. A prevalência de parto operatório também é maior nessas pacientes, independente de complicações

pré-natais, tamanho materno ou idade gestacional. Os fatores contribuintes para a maior frequência dessa via de parto são desproporção céfalo-pélvica e distocia por aumento de tecidos moles depositado na pelve materna. O parto cesárea está sabidamente associado a maior risco de complicações, tais como infecção de ferida, tromboembolismo e endometrite, se comparado ao parto via vaginal. Pela maior prevalência de macrossomia, também há maior risco de distocia de ombro em partos vaginais nessas pacientes, o que pode acarretar lacerações perineais e paralisias do plexo braquial no recém-nascido.

Comparadas a não obesas, parturientes obesas têm maior risco de hospitalização prolongada e infecção puerperal (independente da via de parto). Essas pacientes também apresentam maior dificuldade para amamentar e o possível mecanismo que explica esse fato seria uma menor resposta da prolactina à sucção na primeira semana de puerpério.

Consequências da Obesidade no Recém-Nascido

A macrossomia fetal é a complicação mais frequente em filhos de gestantes obesas. Existe uma associação direta entre IMC e risco de macrossomia, o que é decorrente da resistência à insulina aumentada em grávidas obesas, o que leva à hiperinsulinemia fetal, importante fator para o crescimento intrauterino. Além disso, a presença de lípases placentárias que clivam triglicerídeos presentes em excesso nas pacientes resistentes à insulina leva a maior aporte de ácidos graxos livres para o feto. Fetos macrossômicos têm mais distocia de ombro e predisposição à obesidade na vida adulta.

Uma maior incidência de anomalias congênitas parece ocorrer em filhos de mulheres obesas, sendo as anomalias mais importantes os defeitos do tubo neural. Isso ocorre porque o excesso de tecido adiposo pode interferir na metabolização dos folatos e, assim, o efeito protetor da suplementação com ácido fólico não é eficiente nessas pacientes.

7 Intercorrências do pré-natal

7.1. Infecções sexualmente transmissíveis na gestação (IST)

São infecções causadas por vírus, bactérias ou fungos, transmitidas, principalmente, por meio das relações sexuais. As Infecções Sexualmente Transmissíveis são um grave problema de saúde pública.

A presença de IST na gestação, além do sofrimento materno e do risco aumentado de se contaminar com o vírus do HIV, pode causar aborto, parto prematuro, morte fetal, doenças congênitas ou morte do RN. A prevenção, o diagnóstico precoce e o tratamento oportuno são de fundamental importância 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.

7.1.1 Prevalência IST em gestantes

IST são frequentemente assintomáticas e quando não detectadas, acarretam complicações graves, como sífilis congênita, DIP, infertilidade, cirrose hepática e aids.

O estudo publicado pelo MS em 2008, “Prevalências e frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005” apresentou dados relevantes para avaliar a situação das IST no país. As pessoas que procuraram atendimento em clínicas de IST apresentaram alta prevalência de IST sintomáticas e assintomáticas associadas. A prevalência de IST bacterianas foi de 14,4%, e a das virais, 41,9%. Os resultados mostraram que a prevalência da infecção pelo HPV é elevada e afeta fundamentalmente os adolescentes e jovens, sugerindo que a infecção produz-se em geral em idade mais precoce, no início das relações sexuais. As maiores taxas de infecção gonocócica e por clamídia foram observadas nas pessoas mais jovens. Dados desse mesmo estudo apontaram que, do total das gestantes estudadas, 11% (365/3303) tinham uma infecção bacteriana; 37% (1224/3303) apresentavam uma infecção viral; e 42 % pelo menos uma das IST analisadas (1288/23303).

Dado que muitas destas gestantes eram supostamente assintomáticas para IST, podemos inferir que a elevada prevalência dessas infecções possa estar desempenhando um papel importante na morbidade e mortalidade materno-infantil, o que justifica o fortalecimento das ações de vigilância e atenção a esse grupo de infecções nas clínicas de atendimento pré-natal.

Na tabela 3 abaixo podemos verificar a prevalência de IST em gestante por Cidade encontrada no Estudo.

Tabela 3 Prevalência de IST e síndromes em gestantes segundo cidade.

Prevalência de DST e síndromes em gestantes segundo cidade, Brasil, 2005.									
DST/Síndromes	Cidades / Prevalência (%)						Brasil		
	Fortaleza	Goiânia	Manaus	P. Alegre	R. Janeiro	S. Paulo	N	+	%
Síndrome									
Cor. vaginal	29,8	45,7	38,5	34,0	23,0	19,6	3278	1051	32,0
Cor. cervical	4,8	41,3	7,4	1,8	2,9	2,8	3277	359	10,9
Verrugas	4,3	11,8	5,2	7,8	3,6	1,8	3303	188	5,7
Úlceras	1,4	19,2	5,5	1,5	1,2	2,0	3303	180	5,4
Vesículas	1,0	1,5	1,7	1,3	1,7	0,8	3303	44	1,3
DST									
Sífilis	2,3	1,0	3,2	2,8	4,4	2,3	3231	85	2,6
Gonorréia	1,3	1,1	1,0	4,3	2,8	0,2	2913	43	1,5
Clamídia	2,7	9,3	11,6	7,8	14,8	9,1	2913	273	9,4
HIV	0,9	0,3	0,3	1,0	NR	0,3	2461	12	0,5
HBV	NR	0,7	0,8	0,8	0,5	1,3	2337	20	0,9
HPV TOTAL	36,8	39,7	45,3	40,9	49,8	35,2	2980	1203	40,4
HPV AR	29,6	34,3	36,9	31,9	42,6	27,3	2981	998	33,5
HPV MBR	19,1	15,3	18,2	22,5	19,7	13,0	2986	521	17,4
Outras infecções do trato genito-urinário									
Lact. acidófilos	47,8	41,8	45,3	77,1	16,9	NR	3042	965	31,7
<i>Gardnerella/Bacteroides sp</i>	27,5	31,3	51,7	NE	63,3	NR	2892	1281	44,3
<i>Mobiluncus</i>	2,2	0,0	8,2	NE	0,2	NR	2874	199	6,9
Cândida	23,6	32,3	19,4	23,4	41,8	NR	2463	727	29,5

- A porcentagem de prevalência para cada DST é obtida com base no número de testes realizados e não no total do grupo.
- Para o cálculo de prevalência de sífilis em Manaus e Porto Alegre inverteram-se os campos 2 e 4, e para o Rio de Janeiro, o campo 4 ("não realizada") passou a ser o 2 (negativa)
- HPV AR: alto risco; MBR: médio e baixo risco
- NR: Não realizou
- Prevalência de HVB estimada com base em resultados de teste para HBsAg
- HIV: Confirmação por W.B. e prevalência estimada sobre o número que realizou primeiro o Eliza
- *Lactobacillus*, *Gardnerella* e *Mobiluncus* para positivo e valor de prevalência foi considerado mais de 30 bacilos por campo
- A elevada taxa de candidíase vaginal de São Paulo está enviesada porque reporta somente 66 amostras realizadas para cândida, pelo que é provável que somente tenham sido estudadas as que tinham suspeita clínica.

Fonte: Brasil, 2005.

Em relação à Vigilância epidemiológica das IST, a notificação é obrigatória no caso de sífilis adquirida, sífilis em gestante, sífilis congênita, hepatites virais B e C, AIDS, infecção pelo HIV, infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV, conforme a Portaria vigente. A síndrome do corrimento uretral masculino é de notificação compulsória,

a ser monitorada por meio da estratégia de vigilância em unidades-sentinela e suas diretrizes, de acordo com a Portaria vigente. As demais IST, se considerado conveniente, podem ser incluídas na lista de notificação dos estados/municípios.

A sífilis congênita é de notificação compulsória nacional desde o ano de 1986; a sífilis em gestante, desde 2005; e a sífilis adquirida, desde 2010. Os casos de gestante vivendo com HIV/AIDS e criança exposta ao HIV passaram a integrar o Sistema Nacional de Vigilância em 2000; os casos de hepatite B, em 1998, e os de hepatite C, em 1999.

7.1.2 Triagem de IST na gestação

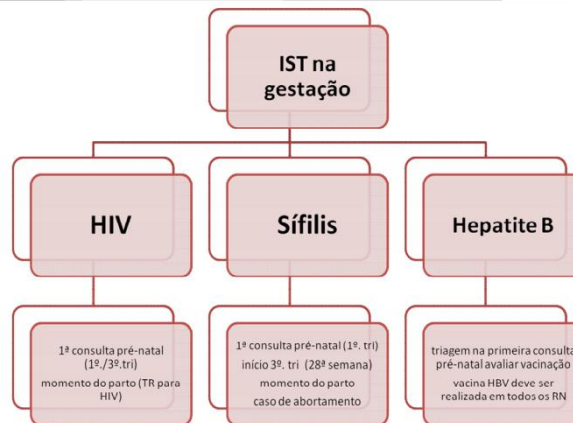
A presença de IST na gestação, além do sofrimento materno, pode causar aborto, parto prematuro, morte fetal, doenças congênitas ou morte do RN. Todas as gestantes e suas parcerias sexuais devem ser investigadas para IST e informadas sobre a possibilidade de infecções perinatais. A triagem de IST durante a gravidez é uma intervenção eficaz, mas cuja efetividade depende de vários fatores (ex.: agravo/doença, acesso ao serviço de saúde, ampliação da cobertura de testagem e tratamento, entre outros).

Seguem informações relevantes sobre a triagem de IST na gestação:

- HIV: na primeira consulta do pré-natal, idealmente no primeiro e no terceiro trimestre da gestação. Porém, no caso de gestantes que não tiveram acesso ao pré-natal, o diagnóstico pode ocorrer no momento do parto, na própria maternidade, por meio do TR para HIV;
- Sífilis: na primeira consulta do pré-natal, idealmente no primeiro trimestre da gravidez, no início do terceiro trimestre (28^a semana), no momento do parto (independentemente de exames anteriores), e em caso de abortamento;
- Hepatite B: deve-se proceder à investigação da infecção pelo HBV na gestante com pesquisa do HbsAg, durante o primeiro trimestre da gestação ou quando do início do pré-natal. A conduta diante do resultado positivo ou negativo deve seguir o PCDT para prevenção da transmissão de HIV, sífilis e hepatites virais do Ministério da Saúde. <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>

- Hepatite C: não é recomendada a pesquisa de anti-HCV de rotina no pré-natal, devido ao baixo índice de detecção do agravo em gestantes e à ausência de imunoprofilaxia ou intervenção medicamentosa que possam prevenir a transmissão vertical da hepatite C. Assim sendo, a pesquisa do HCV deve ser realizada apenas em gestantes com fator de risco, como: infecção pelo HIV, uso de drogas, antecedentes de transfusão ou transplante antes de 1993, hemodiálise, alteração de provas de função hepática sem outra causa clínica evidente e profissionais de saúde com história de acidente com material biológico.
- Vaginose bacteriana: diagnóstico na gestação com risco de parto pré-termo, visando à redução dos efeitos adversos perinatais;
- Tricomoníase: não é recomendada;
- Infecção pelo HSV-2: não é recomendada;
- Clamídia: quando disponível, para gestantes de 15 a 24 anos;
- Gonorreia: quando disponível, para gestantes de 15 a 24 anos.

Triagem de IST na gestação



O que fazer

HIV

- **Sorologia para HIV reagente ou teste rápido positivo**
- A gestante deve ser encaminhada para serviço de pré-natal de alto risco.

- Manter seguimento na Atenção Básica.
- Toda gestante infectada pelo HIV deve receber TARV durante a gestação, com dois objetivos: profilaxia da transmissão vertical ou tratamento da infecção pelo HIV.

SÍFILIS

- **Teste rápido ou sorologia para sífilis positivo**
 - Se TR positivo, tratar com primeira dose de penicilina e agendar retorno em 7 dias para teste não treponêmico. Não precisa aguardar VDRL para iniciar tratamento;
- **Teste rápido positivo e VDRL positivo**

Realizar teste treponêmico (FTA-Abs, TPHA ou MHATp ou ELISA).

Se reagente, tratar conforme fase clínica da doença:

- ✓ Sífilis primária: penicilina benzatina, 2.400.000 UI, intramuscular, em dose única (1.200.000 UI em cada glúteo);
- ✓ Sífilis recente secundária e latente: penicilina benzatina, 2.400.000 UI, intramuscular, repetida após 1 semana, sendo a dose total de 4.800.000 UI;
- ✓ Sífilis tardia (latente e terciária): penicilina benzatina 2.400.000 UI, intramuscular, semanal (por 3 semanas), sendo a dose total de 7.200.000 UI. Teste treponêmico positivo.

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

Os testes não treponêmicos (VDRL) devem ser realizados mensalmente para controle de cura.

Nos casos de sífilis primária e secundária, os títulos devem declinar em torno de quatro vezes em três meses e oito vezes em seis meses.

Se os títulos se mantiverem baixos e estáveis em duas oportunidades, após um ano, pode ser dada alta.

HEPATITE B

Gestantes portadoras de exame **HBsAg reagente** deverão ser orientadas e referenciadas já durante o pré-natal a unidades obstétricas que assegurem a administração de vacina hepatite B e da imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) ao RN.

A referência e contrarreferência devem ser documentadas no cartão da gestante.

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

Cada IST tem um tratamento específico e seu manejo está contemplado nos capítulos específicos do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde disponível em:

http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeutica_atencao_integral_pessoas_infecoes_sexualmente_transmissiveis.pdf

7.2 Abortamento

Sinais de alerta para abortamento: atraso menstrual, sangramento vaginal, presença de cólicas no hipogástrio.

- **Como identificar/avaliar:**
 - Realização de exame especular e toque vaginal. Visualização do colo uterino, para a constatação da origem intrauterina do sangramento e detecção de fragmentos placentários no canal cervical e na vagina; ao toque vaginal, avaliar permeabilidade do colo uterino e presença de dor.
 - Ameaça de aborto x abortamento em curso: a diferenciação é pelo colo do útero (se está pérvio ou não).
 - Idade gestacional acima de 12 semanas: risco de perfuração uterina por partes ósseas fetais, necessita de exame ultrassonográfico.

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

O QUE FAZER

- **Na ameaça de aborto:**
 - Administrar, por tempo limitado, antiespasmódicos (hioscina, 10 mg, um comprimido, via oral, de 8/8 horas);
 - Recomendar abstinência sexual;
 - Observar evolução do quadro, pois uma ameaça de abortamento pode evoluir para gestação normal ou para abortamento inevitável;
 - Caso não seja possível realizar USG, encaminhar ao hospital de referência obstétrica.
- **No abortamento inevitável e aborto retido:**
 - Encaminhar para o hospital de referência obstétrica
- **No abortamento infectado:**
 - Iniciar fluidoterapia, para a estabilização hemodinâmica;
 - Encaminhar para o hospital de referência obstétrica.

7.3 Gravidez ectópica

- **Características:**
 - História de atraso menstrual com teste positivo para gravidez;

- Perda sanguínea uterina e dor pélvica intermitente, na fase inicial, evoluindo para dor contínua e intensa, dor pélvica intermitente;
- USG após 5ª semana de gestação não demonstrando gravidez tópica.
- **Sinais de alerta:**
 - Sinais de irritação peritoneal e repercussões hemodinâmicas que podem ser discretas, apenas com lipotimia, até quadros graves com choque hipovolêmico, na dependência do volume de sangramento intracavitário.

O QUE FAZER

- Encaminhar a gestante para um hospital de referência obstétrica.

7.4 Outras causas de sangramento

- **Doença trofoblástica gestacional**

Características:

- Presença de sangramento vaginal intermitente, de intensidade variável, indolor e, por vezes, acompanhado da eliminação de vesículas (sinal patognomônico);
- A altura uterina ou o volume uterino, em geral, é incompatível com o esperado para a idade gestacional, sendo maior previamente a um episódio de sangramento e menor após (útero em sanfona);
- Não há presença de batimentos cardíacos ou outras evidências de embrião (nas formas completas);
- A presença de hiperêmese é mais frequente, podendo levar a mulher a estados de desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos;
- A doença trofoblástica pode vir com sangramento volumoso e até choque;
- A doença trofoblástica pode vir com hipertensão gestacional precoce.

O QUE FAZER

- Encaminhar a gestante ao hospital de referência obstétrica.

- **Descolamento corioamniótico**

Características:

- Sangramento de pequena intensidade no primeiro trimestre;
- A evolução em geral é boa e não representa quadro de risco materno e/ou ovular.
- Realização de exame ultrassonográfico
- Visualização do descolamento corioamniótico.

O QUE FAZER

- Recomendar abstinência sexual;
- Caso haja disponibilidade de USG, a condução pode ser realizada na UBS.
- Caso não seja possível realizar USG, encaminhar ao hospital de referência obstétrica.

7.5 Descolamento prematuro da placenta (DPP)

Características:

- Aparecimento de dor abdominal súbita, com intensidade variável;
- Sangramento vaginal que pode variar de sangramento discreto a volumoso, muitas vezes incompatível com o quadro de hipotensão (ou choque) materno; pode ocorrer “sangramento oculto” quando não há exteriorização do sangramento; pode evoluir para quadro grave caracterizado por atonia uterina (útero de Couvelaire);
- Causa importante de sangramento no 3º trimestre.

Realização do exame obstétrico:

- Na fase inicial, ocorre taqui-hipersístolia (contrações muito frequentes [$>$ cinco em dez minutos] e intensas), seguida de hipertonia uterina e alteração dos batimentos cardíacos fetais;

- Útero, em geral, encontra-se hipertônico, doloroso, sensível às manobras palpatórias;
- Os batimentos cardíacos fetais podem estar alterados ou ausentes;
- Comprometimento variável das condições gerais maternas, desde palidez de pele e mucosas até choque e distúrbios da coagulação sanguínea.

O QUE FAZER

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

7.6 Placenta prévia

Características:

Sangramento vaginal, súbito, de cor vermelho-vivo, de quantidade variável, indolor. É episódica, recorrente e progressiva.

Realização do exame obstétrico:

- Revela volume e tono 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 de toque vaginal.
- Realização de exame ultrassonográfico, se possível:
- Visualização de placenta em localização baixa, confirmando o diagnóstico;
- Frequentemente, as placentas no início da gestação encontram-se localizadas na porção inferior do útero. Entretanto, somente 10% das placentas baixas no segundo trimestre permanecem prévias no termo.

O QUE FAZER

- Referenciar a gestante para o alto risco.

7.7 Trabalho de parto prematuro (TPP)

O TPP frequentemente está relacionado a infecções urinárias e vaginais, principalmente à vaginose bacteriana; Para a vaginose bacteriana, pode ser feita a abordagem sintômica ou a realização do exame de bacterioscopia da secreção vaginal onde estiver disponível;

Na suspeita de infecção urinária, tratar e solicitar urina tipo I e urocultura;

Na presença de contrações uterinas rítmicas e regulares, porém sem modificação cervical, caracteriza-se o falso trabalho de parto prematuro.

Tais casos costumam evoluir bem apenas com o repouso, principalmente se identificada e tratada a causa de base.

O QUE FAZER

- Solicitar avaliação especializada, quando possível.
- O trabalho de parto prematuro constitui situação de risco gestacional, portanto a gestante deve ser encaminhada para um centro ou maternidade de referência.

7.8 Anemia

- Fatores de risco para anemia na gestação:
- Dieta com pouco ferro, vitaminas ou minerais;
- Perda de sangue decorrente de cirurgia ou lesão;
- Doença grave ou de longo prazo (como câncer, diabetes, doença nos rins, artrite reumatoide, retrovirose, doença inflamatória do intestino, doença no fígado, insuficiência cardíaca e doença na tireoide);
- Infecções de longo prazo;

Histórico familiar de anemia herdada, como talassemia e doença falciforme.

Características:

- A anemia durante a gestação pode estar associada a um risco aumentado de baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e trabalho

de parto prematuro; Atentar para os diagnósticos prévios ou no pré-natal de talassemia, doença falciforme, entre outros.

O QUE FAZER

- Hemoglobina entre 8 g/dl e 11 g/dl - Anemia leve a moderada
 - 200 mg/dia de sulfato ferroso, 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.
 - Avaliar a presença de parasitose intestinal e tratá-la
 - Repetir hemoglobina em 60 dias.
- Hemoglobina < 8 g/dl - Anemia grave
 - Encaminhar ao pré-natal de alto risco.

7.9 Hipertensão arterial, pré-eclâmpsia, eclâmpsia

Hipertensão arterial:

Define-se como hipertensão arterial quando a pressão arterial sistólica atinge valor ≥ 140 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica atinge valor ≥ 90 mmHg, em duas medidas com intervalo de pelo menos quatro horas;

Pré-eclâmpsia:

Caracterizada pelo aparecimento de HAS e proteinúria após a 20^a semana de gestação em mulheres previamente normotensas.

Eclâmpsia:

Corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas.

O QUE FAZER

- **Na hipertensão arterial:**
 - A metildopa é a droga preferida por ser a mais bem estudada e por não haver evidência de efeitos deletérios para o feto (750-2.000 mg/dia);

- Outros antagonistas de canais de cálcio (ACC) como nifedipino (10-80 mg/dia), podem ser considerados como alternativas;
- Os betabloqueadores são considerados seguros na gravidez, embora se atribua a eles redução no crescimento fetal.

Por seus efeitos danosos ao feto, os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA), como captopril, e antagonistas da angiotensina II, como losartana, devem ser substituídos.

- **Na pré-eclâmpsia:**
 - Referenciar à urgência obstétrica e, caso a gestante não fique internada, encaminhar ao pré-natal de alto risco.
- **Na eclâmpsia:**
 - Referenciar à urgência obstétrica.

7.10 Diabetes mellitus gestacional

Diabetes gestacional costuma ser assintomático ou apresentar sintomas obstétricos: ganho de peso excessivo, altura uterina superior à esperada, entre outros.

O QUE FAZER

Rastreamento para DMG positivo?

- Encaminhar ao pré-natal de alto risco.
- Manter acompanhamento na unidade de saúde de origem

Manifestação do DMG:

- idade de 35 anos ou mais;
- sobrepeso, obesidade ou ganho de peso excessivo na gestação atual;
- deposição central excessiva de gordura corporal;
- baixa estatura ($\leq 1,50$ m);
- crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual;

- antecedentes obstétricos de abortamentos de repetição, malformações, morte fetal ou neonatal, macrosomia (peso \geq 4,5 kg) ou DMG;
- história familiar de DM em parentes de 1º grau;
- síndrome de ovários policísticos.

Recomendações:

- Para a maioria das gestantes, o DMG responde bem somente com o controle alimentar, baseado nos mesmos princípios de uma alimentação saudável, com exercícios físicos e com suspensão do fumo.
- Algumas mulheres, entre 10% e 20%, necessitarão usar insulina, principalmente as de ação rápida e intermediária, caso as medidas não farmacológicas não controlem o DMG.
- Os hipoglicemiantes orais são contraindicados na gestação devido ao risco aumentado de anomalias fetais.
- Na grande maioria dos casos, os efeitos relacionados ao DMG para a mãe e para o feto em formação não são graves.
- O uso de insulina deve ser mantido nas gestantes que já faziam uso antes da gravidez e iniciado nas diabéticas tipo 2 que faziam uso prévio de hipoglicemiantes orais.
- Os ajustes de doses são baseados nas medidas de glicemia, cujo monitoramento pode ser realizado diariamente em casa, com uso de fitas para leitura visual ou medidor glicêmico apropriado – método ideal de controle.

7.11 Alterações do líquido amniótico

Gestante apresentando sinais de alterações do líquido amniótico.

Alteração do índice do líquido amniótico ILA (USG)

- Oligodrâmnio - Clinicamente, a altura uterina é inferior àquela esperada para a idade gestacional estimada, associada à diminuição da movimentação fetal e fácil percepção das pequenas partes fetais à palpação obstétrica.

Suspeição e confirmação diagnósticas:

- Encaminhar imediatamente ao pré-natal de alto risco.
- Polidrâmnio - Clinicamente, a altura uterina é superior àquela esperada para a idade gestacional estimada, associada à diminuição da movimentação fetal e dificuldade de palpar partes fetais e na ausculta.

Suspeição e confirmação diagnósticas:

- Encaminhar imediatamente ao pré-natal de alto risco

Rotura prematura das membranas ovulares (RPMO)

O diagnóstico é clínico, sendo o exame especular o principal método diagnóstico que, realizado sob assepsia, evidenciará a presença de líquido amniótico fluindo pelo canal cervical.

O QUE FAZER

- Nas gestações a termo, encaminhar a gestante para a maternidade.
- Nas gestações pré-termo, com maior risco de complicações maternas e perinatais, encaminhar a gestante imediatamente para a maternidade incumbida do atendimento às gestações de alto risco.

7.12 Gestação prolongada ou pós-datismo

• Características:

- Gestação prolongada é aquela cuja idade gestacional encontra-se entre 40 e 42 semanas;
- Gestação pós-termo é aquela que ultrapassa 42 semanas

O QUE FAZER

- Encaminhar a gestante com IG > 41 para um centro de referência para outros testes de vitalidade fetal.
- Monitorar a gestante até a internação para o parto.

8 Acompanhamento no puerpério

A atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal. Esse atendimento deve ser o mais criterioso possível no âmbito hospitalar e na avaliação posterior, na unidade de saúde.

Objetivos:

- Avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido.
- Orientar e apoiar a família para a amamentação.
- Orientar os cuidados básicos com o recém-nascido.
- Avaliar a interação da mãe com o recém-nascido.
- Identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las.
- Orientar o planejamento familiar.

Uma vez que boa parte das situações de morbidade e mortalidade materna e neonatal acontece na 1ª semana após o parto, o retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde deve acontecer logo nesse período. Os profissionais e os serviços devem estar atentos e preparados para aproveitar a oportunidade de contato com a mulher e o recém-nascido na 1ª semana após o parto para instituir todo o cuidado necessário.

Recomenda-se uma visita domiciliar na 1ª semana após a alta do bebê. Caso o RN tenha sido classificado como de risco, essa visita deverá acontecer nos primeiros 3 dias após a alta.

O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, de 7 a 10 dias após o parto, deve ser incentivado desde o pré-natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde na visita domiciliar e a quantidade de contatos deve ser individualizada de acordo com o risco da puérpera e as necessidades da família.

Atenção à puérpera

Na anamnese, verificar o cartão da gestante e o resumo de alta hospitalar e/ou perguntar à mulher sobre:

- ✓ Condições do atendimento ao parto e ao recém-nascido;
- ✓ Dados do parto (data, tipo de parto, se cesárea, qual a indicação);
- ✓ Se houve alguma intercorrência na gestação, no parto ou no pós-parto (febre, hemorragia, hipertensão, diabetes, convulsões, sensibilização Rh);
- ✓ Se recebeu aconselhamento e realizou testagem para sífilis ou HIV durante a gestação e/ou parto;
- ✓ Uso de medicamentos;

- ✓ Perguntar como se sente e indagar sobre: aleitamento – frequência das mamadas (dia e noite), dificuldades na amamentação, satisfação do RN com as mamadas, condições das mamas; alimentação, sono, atividades; dor, fluxo vaginal, sangramento, queixas urinárias, febre; planejamento familiar – desejo de ter mais filhos, desejo de usar método contraceptivo, métodos já utilizados, método de preferência, valorizando a consulta pré-concepcional e desestimulando intervalo intergestacional inferior a 6 meses; condições psicoemocionais – estado de humor, preocupações, desânimo, fadiga, entre outros, estando alerta para quadros de depressão ou de blues puerperal; condições sociais (pessoas de apoio, enxoval do bebê, condições para atendimento a necessidades básicas);
- ✓ Verificar dados vitais;
- ✓ Observar estado geral – pele, mucosas, presença de edema, cicatriz (parto normal com episiotomia ou laceração/cesárea) e membros inferiores;
- ✓ Examinar mamas, verificando a presença de ingurgitamento, sinais inflamatórios, infecciosos ou cicatrizes que dificultem a amamentação;
- ✓ Examinar abdômen, verificando a condição do útero e se há dor à palpação;
- ✓ Examinar períneo e genitais externos (verificar sinais de infecção, presença e características de lóquios);
- ✓ Retirar os pontos da cicatriz cirúrgica, quando necessário, e orientar sobre os cuidados locais;
- ✓ Oferecer orientações e suporte efetivo para o aleitamento materno exclusivo, salvo em casos de contraindicações.
- ✓ Orientar sobre retorno da atividade sexual (não existe prazo definido, mas geralmente recomenda-se aguardar 2 a 3 semanas após o parto), retorno da fertilidade e instituir as medidas contraceptivas pertinentes.

- ✓ Atentar para os sinais de alerta, que demandam encaminhamento para atendimento na maternidade de referência: hipertensão arterial grave ou acompanhada de sintomas premonitórios de eclampsia; perda sanguínea aumentada ou acompanhada de sinais de acometimento sistêmico; sinais de trombose venosa profunda ou tromboembolismo pulmonar; febre persistente por 4 a 6 horas, ou acompanhada de calafrios, dor abdominal, subinvolução uterina ou sangramento aumentado.

Assistência ao recém-nascido na primeira consulta:

- ✓ Verificar a existência da Caderneta de Saúde da Criança e, caso não haja, providenciar abertura imediata;
- ✓ Verificar se a Caderneta de Saúde da Criança está preenchida com os dados da maternidade. Caso não esteja, verificar se há alguma informação sobre o peso, comprimento, índice de Apgar, idade gestacional e condições de vitalidade;
- ✓ Verificar as condições de alta da mulher e do RN;
- ✓ Observar e orientar a mamada, reforçando as orientações dadas durante o pré-natal e na maternidade, com destaque para a necessidade de aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida do bebê, não havendo necessidade de oferecer água, chá, ou qualquer outro alimento;
- ✓ Observar e avaliar a mamada para garantir o adequado posicionamento e pega da aréola;
- ✓ Observar a criança no geral – peso, postura, atividade espontânea, padrão respiratório, estado de hidratação, eliminações e aleitamento materno, características da pele (presença de palidez, icterícia e cianose), crânio, orelhas, olhos, nariz, boca, pescoço, tórax, abdômen (condições do coto umbilical), genitália, extremidades e coluna vertebral;
- ✓ Identificar o RN de risco ao nascer, de acordo com os critérios apresentados a seguir:

Critérios principais:

- Baixo peso ao nascer (menor que 2.500 g);
- Recém-nascidos que tenham ficado internados por intercorrências após o Nascimento;
- História de morte de criança < 5 anos na família.
- RN de mãe HIV positivo.

Dois ou mais dos seguintes critérios associados:

- Família residente em área de risco;
- RN de mãe adolescente (< 16 anos);
- RN de mãe analfabeta;
- RN de mãe portadora de deficiência ou distúrbio psiquiátrico, ou drogadição que impeça o cuidado da criança;
- RN de família sem fonte de renda;
- RN manifestamente indesejado;
 - ✓ Verificar o resultado do teste do pezinho e registrá-lo na Caderneta de Saúde da Criança.
 - ✓ Verificar se foram aplicadas, na maternidade, as vacinas BCG e de hepatite B. Caso não tenham sido, aplicá-las na unidade e registrá-las no prontuário e na Caderneta de Saúde da Criança.

Agendar as próximas consultas de acordo com o calendário previsto para seguimento da criança: 2º; 4º; 6º; 9º; 12º; 18º e 24º mês de vida.

SAIBA MAIS

- Para aprofundar o conhecimento acerca dos cuidados durante o pré-natal de risco habitual, leia o Caderno de Atenção Básica nº 32 – *Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco*: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf
- Sobre suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso, leia a Diretriz: Suplementação Diária de Ferro e Ácido Fólico em Gestantes: www.who.int/iris/bitstream/10665/77770/9/9789248501999_por.pdf
- Sobre a avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional, leia o Caderno de Atenção Básica nº 32 – *Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco*, páginas 74 a 80, e o Caderno de Atenção Básica nº 38 – *Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica: Obesidade*, páginas 58 a 65: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf e http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf
- Para saber mais sobre monitoramento de ganho de peso, leia Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf
- Sobre os dez passos para uma alimentação adequada e saudável, leia o *Guia alimentar para a população brasileira*, páginas 125 a 128: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/05/Guia-Alimentar-para-a-pop-brasiliera-Miolo-PDF-Internet.pdf>
- Sobre a alimentação da gestante, leia o Caderno de Atenção Básica nº 32 – *Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco*, páginas 80 a 88: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf
- Sobre atenção no pré-natal e puerpério, leia o *Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério SES-SP*, páginas 203 a 229: 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_tecnicooii.pdf
- Sobre os efeitos da exposição à fumaça do cigarro na gestação, acesse: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage/tratamento_fumo_consenso.pdf
- Sobre educação em saúde no pré-natal, leia o Caderno de Atenção Básica nº 32 – *Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco*, páginas 146 a 148: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
- Sobre segurança alimentar e nutricional, leia a publicação *O direito humano à alimentação adequada e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional*: <http://www.mds.gov.br/segurancaalimantar/publicacoes%20sisan/dhaasisan-miolo-030413.pdf/download>
- Sobre o consumo de adoçantes, bebidas alcoólicas e cafeína, leia o capítulo 6 do Documento de Atenção à Saúde da Gestante em APS do Grupo Hospitalar Conceição, páginas 53 a 68: <http://www2.>

ghc.com.br/GepNet/publicacoes/atencaosaudedagestante.pdf

- Sobre o acompanhamento de mulheres em gestação de alto risco, consulte o *Manual técnico de gestação de alto risco* do Ministério da Saúde: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecni-co_gestacao_alto_risco.pdf
- Sobre doença falciforme, consulte: Doença Falciforme: Condutas Básicas Para o Tratamento: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doenca_falciforme_condutas_basicas.pdf



www.primaqualitasaude.com

Prima Qualitá Saúde - CNPJ: 40.289.134/0001-99

Travessa do Ouvidor nº 21, Sala 503 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP 20040-040

Referências

- Atalah SE, Castillo CL, Castro RS. Propuesta de un nuevo estandar de evaluación nutricional em embarazadas. Rev Med Chile. 1997; 125:1429-36.
- Atenção à gestante e à puerpéra no SUS – SP: manual técnico do pré natal e puerpério / organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras – São Paulo: SES/SP, 2010. 234p. : il. + CD-ROM
- Brasil. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. 1. ed. rev. Brasília, 2013. (Caderno de Atenção Básica n. 32).
Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf. Acesso em: 12 nov. 2019.
- Brasil . Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Prevalências e frequências relativas de Doenças Sexualmente Transmissíveis (DST) em populações selecionadas de seis capitais brasileiras, 2005. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- Brasil: Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis, 2016.
- 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. : il.
- 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). Brasília : Ministério da Saúde, 2019. 248 p. : il.

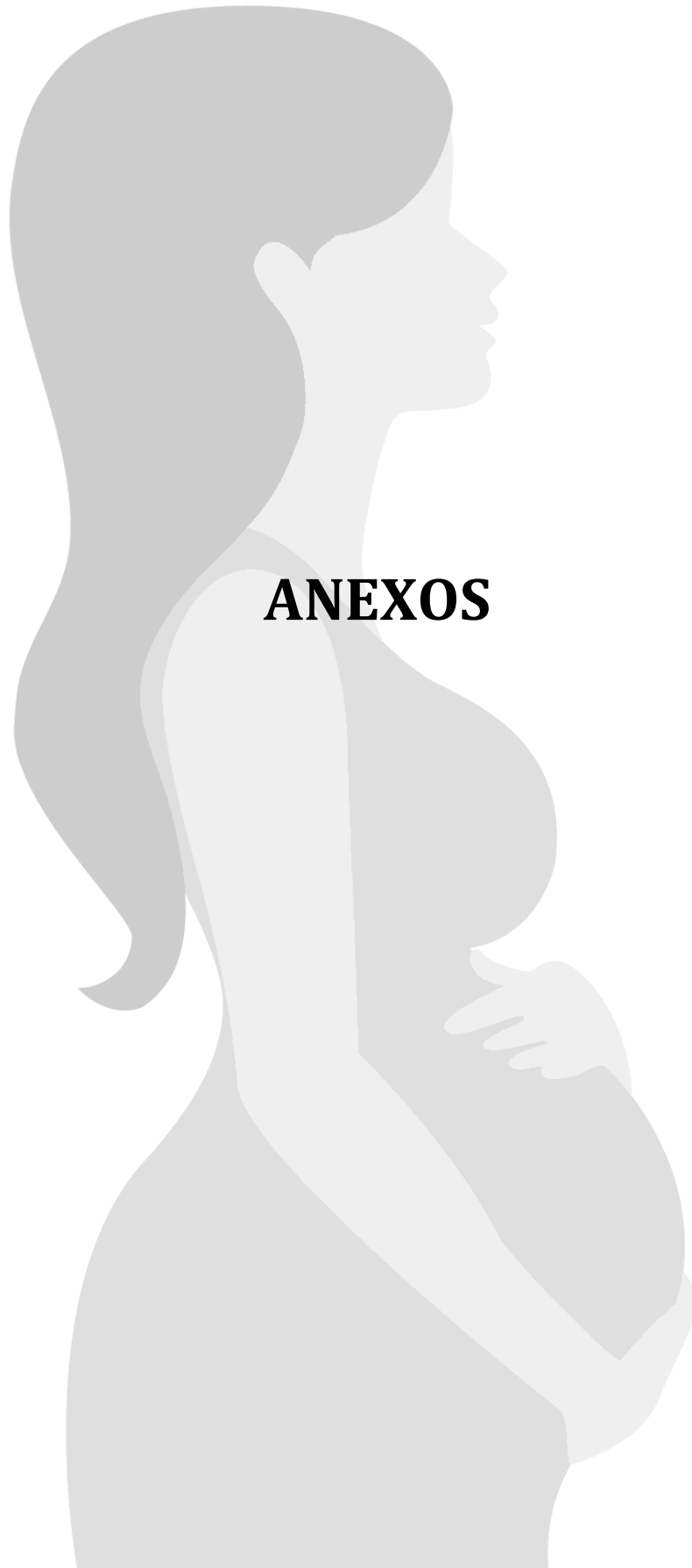
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais / Ministério da Saúde – Brasília : Ministério da Saúde, 2019. 248 p. : il.
- Brasil. Ministério da Saúde. Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças/Ministério da Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids, das Hepatites Virais.- Brasília: Ministério da Saúde, 2016.
- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Saúde da mulher e da criança: CFM recomenda o uso de ácido fólico para gestantes. 2013. Disponível em:
https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24374:saude-da-mulher-e-da-crianca-cfm-recomenda-o-uso-de-acido-folico-para-gestantes&catid=3
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília; 2012. Disponível em:
http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf
- Brasil. Conselho Federal de Medicina. Saúde da mulher e da criança: CFM recomenda o uso de ácido fólico para gestantes. 2013. Disponível em:
https://portal.cfm.org.br/index.php?option=com_content&view=article&id=24374:saude-da-mulher-e-da-crianca-cfm-recomenda-o-uso-de-acido-folico-para-gestantes&catid=3
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília; 2012. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf

- Cabral AC, Duarte G, Moraes Filho OB, Vaz JO. Êmese da gravidez. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; 2018. Capítulo 4, Classificação e tratamento; p.16-23. [Orientações e Recomendações FEBRASGO, no.2/Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal].
- DELIBERAÇÃO 286-CIB SANTA CATARINA. Aprova a linha de cuidado materno infantil em Santa Catarina, 28-11-2018. Disponível em:
<http://www.saude.sc.gov.br/index.php/legislacao/deliberacoes-cib/deliberacoes-2018-cib?limit=20&limitstart=40>. Acesso em: 15 de nov de 2019.
- DORNELLES, L. M. N., & LOPES, R. C. S. (2011). Será que eu consigo levar essa gestação até o fim? A experiência materna da gestação no contexto da reprodução assistida. Estudos de Psicologia, 28(4), 489-499.
- Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. Assistência pré-natal. Manual de orientação. Disponível em:
https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manualis_Novos/Manual_Pre_natal_25SET.pdf
- Gadelha PS, Cercato C. Obesidade e Gestação. In: Mancini MC, Geloneze B, Salles JEN, Lima JG, Carra MK. Tratado de Obesidade. Itapevi: AC Farmacêutica. 2010; 356-358.
- GONCALVES, Mariana Faria et al . Pré-natal: preparo para o parto na atenção primária à saúde no sul do Brasil. Rev. Gaúcha Enferm., Porto Alegre , v. 38, n. 3, e0063,2017. Disponível em:
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000300401&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 11 Nov. 2019.

- GONCALVES, Carla Vitola et al . Avaliação da frequência de realização do exame físico das mamas, da colpocitologia cervical e da ultrassonografia obstétrica durante a assistência pré-natal: uma inversão de valores. Rev. Assoc. Med. Bras., São Paulo, v. 55, n. 3, p. 290-295, 2009. Available from <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-42302009000300021&lng=en&nrm=iso>. access on 14 Oct. 2019. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302009000300021>.
- Herrmann, Angelita. Guia do Pré-Natal do Parceiro para profissionais de Saúde /Angelita Herrmann, Michelle Leite da Silva, Eduardo Schwarz Chakora, Daniel Costa Lima. - Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 55 p.: il.
- Kashan AS, Kenny LC. The effects of maternal body mass index on pregnancy outcome. Eur J Epidemiol. 2009; 24:697–705.
- Kathleen M. Rasmussen and Ann L. Yaktine, Editors. Weight Gain During Pregnancy: Reexamining the Guidelines. Institute of Medicine; National Research Council. <http://www.nap.edu/catalog/12584.html>
- Organização Mundial da Saúde. Diretriz: suplementação diária de ferro e ácido fólico em gestantes. Genebra; 2013. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/7777/9789248501999_por.pdf;jsessionid=37C29320A872152B8BE9D63C7E CF4A79?sequence=9
- Neumann NA, Tanaka OU, Victora CG, César JÁ. Qualidade e equidade da atenção ao pré-natal e ao parto em Criciúma, Santa Catarina, Sul do Brasil. Rev Bras Epidemiol. 2003;6:307-18.
- Protocolos de Atenção Integral à Saúde da Mulher Tocantinense, 2012.
- Rastreamento e Diagnóstico do Diabetes Gestacional no Brasil, OPAS, MS, Febrasgo, Sociedade Brasileira de Diabetes, 2017

- Suárez-Cortés M, Armero-Barranco D, Canteras-JordanaM, Martinez-Roche ME. Uso e influência dos planos de parto e nascimento no processo de parto humanizado. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2015;23(3):520-6
- Trevisan MR, Lorenzi DRS, Araújo NM, Ésber K. Perfil da assistência pré-natal entre usuárias do sistema único de saúde em Caxias do Sul. Rev Bras Ginecol Obstet. 2002;24:293-9
- WHO recommendations: WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience. Geneva: World Health Organization; 2016. Disponível em: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/maternal_perinatal_health/anc-positive-pregnancy-experience/en/, Acesso em: 11 nov 2019).
- WHO. World Health Organization. Antenatal care randomized trial. Geneve: WHO; 2002



www.primaqualitasaude.com

Prima Qualitá Saúde - CNPJ: 40.289.134/0001-99

Travessa do Ouvidor nº 21, Sala 503 - Centro - Rio de Janeiro - RJ - CEP 20040-040

CHECK LIST DA PRIMEIRA CONSULTA

Preencha com (S) se a ação foi realizada e (N) se a ação não foi realizada

Identificação:

- () Nome () Idade () Cor () Naturalidade
 () Procedência
 () Endereço atual
 () Num. e-SUS AB
 () Unidade de referência

Gestação atual:

- () DUM: dia, mês e ano (certeza ou dúvida);
 () Peso prévio, altura e IMC;
 () DPP;
 () Sinais e sintomas da gestação em curso;
 () Hábitos alimentares;
 () Hábitos atuais: fumo (nº de cigarros/dia), álcool e drogas ilícitas;
 () Medicamentos usados na gestação;
 () Internação durante essa gestação;
 () Ocupação habitual - esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos à gestação, estresse;
 () Aceitação ou não da gravidez pela mulher, pelo parceiro e pela família, **principalmente se for adolescente;**
 () Identificar gestantes com rede de suporte social insuficiente.

Antecedentes obstétricos:

- () Nº de gestações – incluindo abortamentos, gravidez ectópica e mola hidatiforme;
 () Nº de partos – domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, fórceps, cesáreas e indicações;
 () Nº de abortamentos – espontâneos, provocados, complicados por infecções, curetagem pós-abortamento;
 () Nº de filhos vivos;
 () Idade da 1ª gestação;
 () Intervalo entre as gestações;
 () Isoimunização Rh;
 () Nº de RN: prematuros (<37 Sem) ou pós-termo (= ou > de 42 Sem);
 () Nº de RN com peso ao nascimento < 2.500g ou > 4.000g;
 () Mortes neonatais precoces – até 7 dias de vida (nº e motivo do óbito);
 () Mortes neonatais tardias – entre 7 de 28 dias de vida (nº e motivo do óbito);
 () Natimortos – morte intra-útero e idade gestacional em que ocorreu;
 () Recém-nascidos com icterícia, transfusão, hipoglicemia, ex- sanguíneo-transfusões.
 () Intercorrências ou complicações entre o final de gestações anteriores (especificar);
 () Complicações em puerpérios anteriores (descrever);
 () História de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame);

Intervalo entre o final da última e o início da gestação atual

Exame Físico:

Geral:

- Peso e estado nutricional; Estatura; IMC; FC; PA; Inspeção da pele e das mucosas;
- Palpação da tireoide e de todo o pescoço, região cervical e axilar (pesquisa de nódulos ou outras anormalidades);
- Ausculta cardiopulmonar;
- Exame do abdome;
- Palpação dos gânglios inguinais;
- Exame dos membros inferiores;
- Pesquisa de edema – face, tronco e membros.

Gineco-obstétrico:

- Inspeção e palpação das mamas;
- Palpação obstétrica e, **principalmente no 3º trimestre, identificação da situação e apresentação fetal;**
- Medida altura uterina;
- Ausculta dos BCF;
- Inspeção dos genitais externos;

De acordo com a necessidade, orientados pela história e queixas da paciente, e quando for realizada coleta de material para exame colpocitológico:

- Exame especular;
- Toque vaginal

CALENDÁRIO DOS EXAMES COMPLEMENTARES DO PRÉ-NATAL

Solicitar na 1º consulta e repetir após 28 semanas ou caso necessário:

GS e fator Rh;

Hemograma

Ultrassonografia obstétrica:

1º trimestre, via transvaginal para datação, diagnóstico precoce de Gemelaridade. Se há riscos de alterações cromossômicas, realizar entre 11 e 13 semanas para avaliar TN, em local com equipe competente para tal avaliação;

TR para HIV/ Sorologia anti-HIV, após “aconselhamento pré-teste” e consentimento da mulher;

TR para sífilis/VDRL;

Sorologia para hepatite B (HBsAg e HBeAg);

Sorologia para Toxoplasmose (IgM, IgG)

Exame sumário de urina (Tipo I) ;

Urocultura com antibiograma

Eletroforese de hemoglobina

Glicemia de Jejum

Exames com outra periodicidade de solicitação:

Coombs indireto:

- Na 1ª consulta, se RhD (-) com companheiro RhD (+) ou desconhecido;
- Repetir a cada 04 semanas, após a 24ª semana;
- Não solicitar após o uso da imunoglobulina anti-RhD.

Colpocitologia oncótica -, a partir da 13 semanas até o 28 semanas, sem a coleta endocervical, seguindo as recomendações vigentes.

se Glicemia de Jejum < 20 semanas normal, repetir entre 24 e 28 semanas, independente do risco, se TOTG não está disponível;

TOTG, se disponível realizar para todas as gestantes entre 24 e 28 semanas ou se PN de início tardio, tão logo seja possível;

USG MORFOLÓGICO - Entre 18 e 22 semanas, pois os órgãos fetais já estão formados e são de visualização mais precisa, de modo que este é o momento mais adequado para fazer o rastreamento de malformações

Solicitar de acordo com a necessidade:

Citopatológico do Câncer de colo (se indicação clínica);

Exame de secreção vaginal (se houver indicação clínica);

Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica);

Repetir na presença de intercorrências:

Teste rápido de Proteinúria: mulheres com hipertensão na gravidez;

Proteinúria de 24 Horas, se TR de Proteinúria for positivo;

Teste e avidéz de IgG para Toxoplasmose;

Ações Complementares para Gestação:

- Referenciar para o atendimento odontológico;
- Referenciar para vacinação antitetânica/ DTPa;
- Referenciar para vacinação contra hepatite B, quando a gestante não estiver imunizada;
- Encaminhar para vacinação contra influenza, gestante em qualquer período gestacional, com dose única durante campanha anual;
- Registrar todos os dados da consulta no Cartão da Gestante, na Ficha Perinatal e no prontuário e na ficha do e-SUS AB;
- Registrar no Cartão da Gestante o nome da maternidade de referência para o parto
- Agendar as consultas subsequentes

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO GESTACIONAL PELA EQUIPE DA ATENÇÃO BÁSICA

INDICATIVOS DE PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

Características Individuais e as condições Sócias demográficas desfavoráveis:

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

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

Fatores relacionados à história reprodutiva anterior

- RN com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado.
- Macrossomia fetal.
- Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas.
- Intervalo interpartal < que 02 anos ou > que 05 anos.
- Nuliparidade e multiparidade (05 ou + partos).
- Cirurgia uterina anterior.
- >ou =03 cesarianas.

Fatores relacionados à gravidez atual

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

INDICATIVOS DE PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

Associados a condições prévias

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

Fatores relacionados à história reprodutiva anterior

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

Fatores relacionados à gravidez atual

- RCIU ou CIUR, Polidrâmnio ou oligodrâmnio., Gemelaridade;
- Malformações fetais ou arritmia fetal.
- Evidência laboratorial de proteinúria.
- Diabetes mellitus gestacional.
- Desnutrição materna severa.
- Obesidade mórbida ou baixo peso (nestes casos deve-se encaminhar a gestante

- para avaliação nutricional).
- NIC III.
 - Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com BI-RADS III ou mais.
 - Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória).
 - Infecção urinária de repetição (2 ou + episódios de pielonefrite);
 - Anemia grave ou não responsiva a 30-60D de tratamento com sulfato ferroso.
 - Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras IST (infecções sexualmente transmissíveis, como o condiloma), quando não há suporte na unidade básica.
 - Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual.
 - Adolescentes com fatores de risco psicossocial

INDICATIVOS DE ATENDIMENTO NA URGÊNCIA/EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA

- Síndromes hemorrágicas (DPP/PP), independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional. (Nunca realizar toque antes do exame especular, caso o contexto exija avaliação médica).
- Suspeita de pré-eclâmpsia: PA > 140/90 (medida após um mínimo de cinco minutos de repouso, na posição sentada) e associada à proteinúria. OU teste rápido de proteinúria. Edema não é mais considerado critério diagnóstico.
- Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito.
- Eclâmpsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia).
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular/corioamnionite ou outra infecção que necessite de internação hospitalar.
- Suspeita de TVP em gestantes (dor no membro inferior, sinais flogísticos, edema localizado e/ou varicosidade aparente).
- Situações que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma etc.
- Crise hipertensiva (PA > 160/110)
- Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal (consistência líquida, em pequena ou grande quantidade, mas de forma persistente), podendo ser observada mediante exame especular com manobra de Valsalva e elevação da apresentação fetal.
- Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 37S).
- IG A PARTIR DE 41S confirmadas.
- T ax $\geq 37,8$ °C), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de IVAS.
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes.
- Investigação de prurido gestacional/icterícia.
- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas.
- Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre.
- RCIU ou CIUR ou Oligodrâmnio.
- Óbito fetal.

SINAL DE ALERTA - Avaliação médica imediata.

- Sangramento vaginal - Anormal em qualquer época da gravidez
- Cefaleia
- Escotomas visuais
- Epigastralgia

- Edema excessivo
- Contrações regulares
- Perda de líquido
- Diminuição da movimentação fetal
- Febre

CHECK LIST DAS CONSULTAS SUBSEQUENTES:

Preencha com (S) se a ação foi realizada e (N) se a ação não foi realizada

Anamnese:

- Revisar a Ficha Perinatal - anamnese atual sucinta;
- Calcular e anotar a idade gestacional;
- Verificar o calendário de vacinação;

Exame Físico: -

✓ Realizar o exame físico geral e gineco-obstétrico:

- Verificação do peso; Calcular o IMC (Índice de Massa Corporal) anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do estado nutricional;
- PA;
- Inspeção da pele e das mucosas;
- Inspeção das mamas;
- Pesquisa de edemas;
- Palpação obstétrica e medida da altura uterina, anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal;
- Ausculta dos batimentos cardíacos;
- Avaliação dos resultados dos exames laboratoriais e instituição de condutas específicas;
- Solicitação rigorosa de exames conforme calendário preconizado;

Ações Complementares para Gestação:

- Reavaliação do Risco Gestacional EM TODAS AS CONSULTAS;**
- Acompanhamento das condutas adotadas em serviços clínicos especializados;
- Realização de ações e práticas educativas individuais e em grupos.
- Registro dos dados da consulta no Cartão da Gestante, na Ficha Perinatal e no prontuário;
- Todas as consultas deverão ser registradas na Ficha do e-SUS AB;
- Agendamento das consultas subsequentes.

Meu Plano de Parto

Dados iniciais

Meu nome é: _____

Nome do meu bebê: _____

Data provável do parto (40 semanas): _____

Meu parto será acompanhado por:

Meu médico obstetra contratado: _____

Enfermeira obstetra/obstetriz contratada:

Pediatra contratado: _____

Equipe plantonista da Maternidade: _____

Hospital de escolha: _____

Terei o apoio das seguintes pessoas:

Meu acompanhante de escolha no parto (garantido pela Lei Federal 11.108) será: _____

Minha doula será: _____

Gostaríamos de ter a visita dos nossos outros filhos:

durante o trabalho de parto

depois do nascimento do bebê

em nenhum momento

Estamos frequentando ou pretendemos frequentar os seguintes cursos:

curso de pré-natal da maternidade

curso de pré-natal oferecido por _____

grupo de gestantes / grupos de apoio ao parto _____

yoga pré-natal ou preparação corporal

visita ao hospital

Estou informada baseada dos seguintes estudos (livros / artigos / sites):

Existe algo que gostaria que soubessem de nós (colocar aqui, se preciso, questões importantes, medos específicos ou preocupações):

Condução no Parto e Pós-Parto

Estamos cientes de que o parto pode tomar diferentes rumos. Abaixo listamos nossas preferências em relação ao parto e nascimento do nosso filho, caso tudo transcorra bem. Sempre que os planos não puderem ser seguidos, gostaríamos de ser previamente avisados e consultados a respeito das alternativas.

Trabalho de parto (fase latente e ativa):

- Não quero tricotomia (raspagem dos pelos pubianos) e enema (lavagem intestinal);
- Gostaria de usar minhas próprias roupas e não avental do hospital;
- Sem perfusão de soro com ocitocina ou outros hormônios;
- Liberdade de alimentar-me e beber líquidos;
- Sem rompimento artificial da bolsa amniótica;
- Gostaria de ter o menor número de exames de toque possíveis;
- Gostaria que a monitoração dos batimentos cardíacos do bebê fosse feito com frequência adequada e preferencialmente na posição que eu estiver, pois sei que deitar de barriga para cima para ser avaliada não será uma posição muito confortável para mim.

Para alívio da dor: As medidas abaixo são comprovadamente eficazes para o alívio da dor, portanto gostaria de:

- usar medidas de apoio e de conforto dadas pela pessoa de apoio (doula, enfermeira, acompanhante), entre elas:
- uso do chuveiro
- caminhar
- massagem
- bolsa de água quente na lombar ou baixo ventre
- liberdade para movimentar-me
- ouvir a minha própria música
- uso da banheira (banho de imersão)
- escolher posição que quero ficar
- usar a bola de parto

- usar analgesia farmacológica adicionalmente às medidas de apoio e de conforto
- preferencialmente não usar analgesia farmacológica. Pedirei se sentir necessidade.
- outras medidas: _____

Parto (fase expulsiva e nascimento do bebê):

- Não gostaria de mudar de sala (ir para o centro cirúrgico) para o bebê nascer;
- Prefiro a posição vertical: ficar de cócoras, na banqueta de parto ou semissentada (costas apoiadas), tendo a possibilidade de escolher a posição que me sentir melhor no momento;
- Se deitada não colocar minhas pernas nas perneiras;
- Prefiro fazer força só durante as contrações, quando eu sentir vontade, em vez de ser guiada;
- Gostaria de um ambiente especialmente calmo nesta hora;
- Não permito que minha barriga seja empurrada para baixo;
- Episiotomia: só se for realmente necessário. Não gostaria que fosse uma intervenção de rotina;
- Gostaria que as luzes fossem apagadas (penumbra) e o ar condicionado desligado na hora do nascimento;
- Gostaria que meu bebe nascesse em ambiente calmo e silencioso;
- Gostaria de ter meu bebe colocado imediatamente no meu colo após o parto no contato pele a pele, com liberdade para amamentar;
- Quero que se espere o cordão parar de pulsar para só depois ser cortado
- Gostaria que o pai cortasse o cordão.

Após o Parto

Cuidados comigo:

- Aguardar a expulsão espontânea da placenta, ou ter o manejo ativo se necessário, se possível com o auxílio da amamentação;
- Não receber sedação após o parto;
- Liberação para a enfermaria/apartamento o quanto antes com o bebê junto comigo. Quero estar ao seu lado nas primeiras horas de vida;
- Alta hospitalar o quanto antes.

Cuidados com o bebê:

- Não quero que meu bebê receba aspiração das vias aéreas, apenas se estiver com dificuldade de estabelecer a respiração;
- Não quero que meu bebê receba aspiração gástrica, apenas se realmente

necessário depois das primeiras horas de vida;

- Administração de vitamina K injetável (eficaz para evitar doença hemorrágica do recém-nascido) preferencialmente no meu colo;
- Administração da vacina da hepatite B preferencialmente no meu colo;
- Ter o bebê comigo o tempo todo enquanto eu estiver na sala de parto, mesmo para exames e avaliação;
- Caso o bebê precise de atendimento e seja levado, o pai deverá acompanhá-lo o tempo todo

Primeiro BANHO do bebê:

Observação: hoje se sabe que é importante o bebê ser contaminado pela flora bacteriana da mãe e do pai. O banho feito no berçário traz outras bactérias que não serão familiares ao meio em que o bebê irá ficar, por isso mesmo a própria OMS recomenda não dar o banho no hospital ou se o fizer, que seja após no mínimo 6 horas de vida após contato prioritário com os pais. O bebê nasce apenas com secreções do parto que geralmente são facilmente limpas com um pano macio e seco.

- não gostaria que meu bebê tomasse banho no hospital, o darei em casa.
- eu darei o banho no quarto, conto com o apoio de uma enfermeira.
- prefiro que a enfermagem dê o banho no berçário.
- gostaria de fazer as trocas (ou eu ou meu marido/acompanhante).

Amamentação e alojamento conjunto:

- quero fazer a amamentação sob livre demanda.
- em hipótese alguma, oferecer água glicosada, bicos ou qualquer outra coisa ao bebê.
- alojamento conjunto o tempo todo. Pedirei para levar o bebê caso esteja muito cansada ou necessite de ajuda.

Caso a cesárea seja necessária:

- Quero o início do trabalho de parto antes de se resolver pela cesárea;
- Quero a presença da doula e de marido na sala de parto;
- Gostaria que as luzes e ruídos fossem reduzidas e o ar condicionado desligado;
- Na hora do nascimento gostaria que o campo fosse abaixado para que eu possa vê-lo nascer e se possível passar o bebê por debaixo do campo;
- Após o nascimento, gostaria que colocassem o bebê sobre meu peito no contato PELE a PELE e que minhas mãos estejam livres para segurá-lo;
- Gostaria de permanecer com o bebê no contato PELE a PELE enquanto

- estiver na sala de cirurgia sendo costurada;
- Também gostaria de tentar amamentar o bebê com a ajuda de um profissional neste momento;
- Não quero ser sedada após a cesárea;
- Gostaria que meu bebê e meu acompanhante (ou doula) estivessem comigo na recuperação cirúrgica;
- Não ter meu bebê levado para o berçário;
- Ter alojamento conjunto o quanto antes.