

PREFEITURA MUNICIPAL DE ITAJAÍ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE ATENÇÃO A SAÚDE - DAS
SUPERVISÃO DE SAÚDE DA MULHER



Imagem: Brasil, Rede Cegonha

PRÉ NATAL DE RISCO HABITUAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Prefeito
JANDIR BELLINI

Vice-Prefeita
DALVA MARIA ANASTÁCIO RHENIUS

Secretário Municipal de Saúde
RACHEL MARCHETTI LOWENTHAL

Diretora da Atenção à Saúde
MARCIA DALAGO CUNHA

Organizadores
Alessandra Monestel
Ana Paula Pacheco de Souza Gonçalves
Ana Regina Eid Chibatt
Ana Tereza Canziani Pereira Boschi
Bruna Kurz Clasen de Souza
Carla Andrea Hutner
Cristina Mattos Opazo
Fernanda Piccolo
Gabriela Barreto
Ilse Maria Allenstein Gondim Bork
Jonilda Hungen Souza Vieira
Karla Patrícia de Souza Schmoeler
Kelly Mara Oenning
Leandro Zago
Márcio Accioly Sippel Fossari
Muriel Campos Laus
Mylene Lavado
Olivia Maria dos Santos
Silvana Ardenghi Molinari
Suzana Cordeiro
Vanilda da Costa Arruda Souza
Zulmira Pezzini Paes

Colaboradores

- Adriana dos Anjos da Silva
- Alessandra Pitlovancin
- Alessandro da Silva Scholze
- Alexandre Becker Bandt
- Alexandre Pereira
- Alexssander dos Santos
- Alfredo Otero Martinez
- Ana Cassia Fontoura Guimarães
- Ana Maria Santos Viaceli
- Ana Paola Bonatti de Medeiros
- André Luiz Luft
- Angela Maria Camargo Ribeiro
- Betina Klein
- Carmem Lucia Silvério Soares
- Carolina Moreira Amorim
- Cesar Alexandre Ferreira
- Claudia Schnaider
- Claudio Lemos Simosono
- Cyntia de Moraes Rego Soares
- Daniel Felipe Souza Fantini
- Diego Rafael Zvoboder
- Dilvana Rita Drech
- Dimas Ribeiro
- Eduardo Bucciaroni
- Eduardo Martins Coelho
- Efigenia Mena Gonzales
- Emerson da Silveira
- Eneida Mandagará de Oliveira
- Fabiana Ferreira
- Fernanda figueredo da Cunha
- Gabriel Santos Abdel Jalil
- Gilberto Kliemann
- Grasiela Costa
- Jammille Roepcke Cardoso
- Julio Cesar Corazza
- Karina de Aguiar Correa Reiser
- Karla Regina Correa Coelho
- Kelly Cristina Albuquerque S. Carniel
- Leonardo Maiolino Pedro
- Lorena Helena Becker
- Lorian Guarezi
- Lucélia Surdi Bonatti
- Marcia Cristiane Melo Santos
- Maria de Los Angeles Escudero
- Maria Elisabeth Correa Farias
- Maria Teresa de Oliveira
- Mariana Vilela Veiga
- Mariangela Polese
- Meriele de Souza
- Mirela Correa
- Monica Arruda Souza da Costa
- Nara Elizabete Felippi
- Niusa Teresinha Bittencourt Lucas
- Pamela Montibeller Neves
- Patricia Castro Krzyzaniak
- Plinio Augusto Freitas Silveira
- Rafaella Fabiane Rottini
- Regina Ahlf
- Roberta Barros de Souza dos Santos
- Roniely Souza de Oliveira
- Rosangela da Silva Avallone Sanches
- Roseli Trenzol Bisturi
- Samantha Bottino
- Samara Graf do Prado
- Silvana Correa de Barros Lampert
- Silvana Fraga Fulgenco
- Stela Maris Berquenmayer Minuzzi
- Taciana Balança Scheidt
- Tania Alexandra Guttuzzo
- Thais Simas Correa
- Vanessa Simas Weiss
- Viaviane dos Santos Campos
- Yamile Mergal Velasquez
- Yanelis Alba Atencio

Este caderno foi elaborado com base nos seguintes cadernos do Ministério da Saúde:

Atenção ao pré-natal de baixo risco, 2012

Protocolo de atenção à saúde da mulher, pré-natal, 2015.

Estão disponíveis no site: www.saude.itajai.sc.gov.br para pesquisa e complementação.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Atribuições dos profissionais da equipe da ESF no pré-natal	11
Quadro 2 – Avaliação e classificação de risco gestacional.....	27
Quadro 3 – Síntese de atenção à gestante no pré-natal de baixo risco	27
Quadro 4 – Entrevista	35
Quadro 5 – Exame físico geral e específico no pré-natal de baixo risco.....	37
Quadro 6 – Roteiro para solicitação de exames no pré-natal baixo risco	41
Quadro 7 – Interpretação dos exames de rotina no pré-natal de baixo risco	42
Quadro 8 – Solicitação de ultrassonografia no pré-natal de baixo risco	45
Quadro 9 – Antibióticos para tratamento da ITU em gestantes	51
Quadro 10 – Imunização: recomendações de rotina no pré-natal	54
Quadro 11 – Relação de medicamentos essenciais na atenção ao pré-natal	55
Quadro 12 – Vitaminas e minerais recomendados na gestação.....	57

LISTA DE FLUXOGRAMAS

Fluxograma 1 –	Pré-Natal na Atenção Básica.....	26
Fluxograma 2 –	Rastreamento e conduta de anemia na gestação.....	46
Fluxograma 3 –	Rastreamento e investigação de diabetes gestacional	47
Fluxograma 4 –	Realização de teste rápido para triagem de sífilis - TR.....	48
Fluxograma 5 –	Teste rápido para diagnóstico de HIV	49
Fluxograma 6 –	Infecção urinária na gestação.....	50
Fluxograma 7 –	Vigilância e seguimento da gestante com infecção urinária.....	52
Fluxograma 8 –	Toxoplasmose na gestação.....	53
Fluxograma 9 –	Serviço de Nutrição	58

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	8
1 INTRODUÇÃO	9
2 O PAPEL DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA NO PRÉ-NATAL.....	11
3 DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ.....	14
4 GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA.....	17
4.1 Pré-natal na adolescência.....	19
4.2 Exames para gestante adolescente	20
4.3 Aspectos legais do atendimento da gestante adolescente	20
4.4 Sigilo profissional e o atendimento do adolescente	24
5 EDUCAÇÃO EM SAÚDE.....	30
5.1 Direitos sociais.....	33
5.2 Direitos trabalhistas.....	33
5.3 Direitos de proteção à maternidade	35
5.4 Direitos do pai	35
6 ABORDAGEM DE QUEIXAS FREQUENTES NA GESTAÇÃO	59
6.1 Alterações na movimentação fetal	59
6.2 Anemia	59
6.3 Câimbras	59
6.4 Cefaléia	60
6.5 Dor nas mamas (mastalgia).....	60
6.6 Dor lombar.....	60
6.7 Estrias	61
6.8 Epistaxe e congestão nasal	61
6.9 Falta de ar/ dificuldade para respirar.....	61
6.10 Fraqueza/tontura	62
6.11 Hemorroida.....	62
6.12 Náuseas e vômitos	63
6.13 Obstipação/constipação intestinal/flatulência	63
6.14 Pirose/azia.....	64
6.15 Pigmentação/cloasma gravídico	64
6.16 Sangramento na gengiva.....	64
6.17 Sialorreia	65
6.18 Varizes	65
6.19 Dor no baixo ventre	65
6.20 Leucorréia.....	66
6.21 Poliúria/disúria	66
7 AVALIAÇÃO FETAL	67
8 SINAIS INDICATIVOS DE ENCAMINHAMENTO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA.....	69

9 ODONTOLOGIA NA GESTAÇÃO	70
10 ATENÇÃO ÀS INTERCORRÊNCIAS DO PRÉ-NATAL.....	71
10.1 Abortamento.....	71
10.2 Descolamento prematuro da placenta (DPP).....	71
10.3 Outras causas de sangramento.....	72
10.4 Placenta prévia.....	72
10.5 Trabalho de parto prematuro (TPP).....	73
10.6 Hipertensão arterial, pré-eclâmpsia, eclâmpsia	73
10.7 Infecções sexualmente transmissíveis	73
10.8 Alterações do líquido amniótico	74
10.9 Gestação prolongada ou pós-datismo	74
11 PREPARAÇÃO PARA O PARTO.....	75
11.1 Primeiros sinais do trabalho de parto.....	75
11.2 Tipos de parto - vantagens/desvantagens	76
12 ATENÇÃO À MULHER NO PUERPÉRIO	77
12.1 Quadro-síntese de atenção à mulher no puerpério.....	78
12.2 Visita domiciliar	80
12.3 Contraceptivos durante a amamentação	81
12.4 Dificuldades com o aleitamento no período puerperal	82
12.5 Aspectos emocionais no puerpério.....	83
12.6 Sofrimento mental no puerpério.....	85
13 TESTE RÁPIDO PARA TRIAGEM DE SÍFILIS E DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO DO HIV	86
13.1 Acolhimento e aconselhamento.....	86
13.2 Diagnóstico da infecção do HIV utilizando teste rápido	92
13.3 A triagem para sífilis utilizando teste rápido em gestantes.....	94
13.4 Tratamento	97
14 TESTAGEM RÁPIDA PARA GESTANTES NA ATENÇÃO BÁSICA	101
REFERÊNCIAS	103
ANEXOS	105
Anexo 1 – Nota técnica recomendação não realização da rubéola em gestantes.....	106
Anexo 2 – Ficha de classificação de risco.....	108
Anexo 3 – Portaria SVS/MS nº 151, de 14 de outubro de 2009	1091
Anexo 4 – Portaria Nº 3.242, de 30 de dezembro de 2011	111
Anexo 5 – Portaria Nº 77, de 12 de janeiro de 2012	113
Anexo 6 – Portaria Nº 3.161, de 27 de dezembro de 2011	115

APRESENTAÇÃO

O objetivo desse caderno é auxiliar os colegas da atenção básica na consulta e atendimento das necessidades das gestantes de risco habitual que buscam a rede de atenção básica de saúde de nosso município. O interesse da gestão pública foi compartilhar o desenvolvimento e discussão do conteúdo deste caderno, a fim de que estejam presentes os principais assuntos elencados pelos colegas que prestam diretamente o atendimento à gestante. Não há pretensão de que os assuntos se encerrem neste módulo de instrução, mas que seja este um meio de promoção e estímulo a discussão e busca contínua de aprimoramento técnico e científico.

Esperamos que de modo inclusivo e já sob a ótica do que foi discutido na 22ª Conferência Internacional de Promoção em Saúde da UIPES (União Internacional para a Promoção da Saúde e Educação) possamos promover e estimular as interações multiprofissionais e o desenvolvimento das trocas interdisciplinares com a disseminação dos conhecimentos e conteúdos necessários para a prática do dia-a-dia. O caderno tem como principal formato o resumo da identificação, avaliação e o que fazer, levando-se em consideração a possibilidade de temas para discussão e processo de trabalho.

Ressaltamos que alguns documentos que nortearam este caderno estão disponíveis para consulta no site: saude.itajai.sc.gov.br.

Envaidecido por escrever esta apresentação desejo a todas às pessoas que utilizarem esse caderno, possam continuar realizando seus trabalhos diários com apreço, responsabilidade e alegria de sentir-se importante para seu semelhante e toda a sociedade.

Márcio Accioly Sippel Fossari

1 INTRODUÇÃO

O acesso ao cuidado do pré-natal no primeiro trimestre da gestação tem sido incorporado como indicador de avaliação da qualidade da Atenção Básica, sendo fundamental o envolvimento de toda a equipe para a assistência integral à gestante. A captação de gestantes para início oportuno do pré-natal é essencial para o diagnóstico precoce de alterações e para a realização de intervenções adequadas sobre condições que tornam vulneráveis a saúde da gestante e a da criança.

A qualificada da atenção ao pré-natal e parto tem o potencial redutor das mortes, principais causas de morte materna e infantil, principalmente no período neonatal. A detecção e a intervenção precoce nas situações de risco, associadas a um sistema ágil de referência e contra-referência entre os diferentes níveis de atenção materno-infantil são determinantes para a melhoria dos indicadores de saúde nesta área.

Mesmo com a redução importante da mortalidade infantil no Brasil nas últimas décadas, os indicadores de óbitos neonatais apresentaram uma queda aquém do desejado. Um número expressivo de mortes ainda faz parte da realidade social e sanitária de nosso país, não sendo diferente em nosso Município.

A taxa de mortalidade perinatal no município de Itajaí nos últimos cinco anos ainda é alta em comparação com as taxas de Santa Catarina. Tais mortes ainda ocorrem por causas evitáveis, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido.

Conjuntamente, medidas para melhorar a organização da assistência às mulheres durante o período gestacional, parto e puerpério devem ser adotadas, assim como, o comprometimento dos profissionais com os registros e o rigoroso preenchimento dos sistemas, refletirão melhores resultados.

O atendimento no pré-natal deve ser organizado para atender às necessidades de toda a população de gestantes da sua área de atuação, por meio da utilização de conhecimentos técnico-científicos e dos meios e recursos adequados e disponíveis. Além disso, deve proporcionar facilidade e continuidade no acompanhamento do pré-natal e respostas positivas das ações de saúde materna.

A elaboração deste caderno, tem por objetivo apoiar as equipes da atenção

básica, ginecologistas e demais profissionais que atuam nesta área, quanto à promoção e prevenção de doenças na saúde, a organização do cuidado, questões relacionadas ao acompanhamento da gravidez de risco habitual, desfecho da gestação e puerpério.

Ainda, sobre o Caderno de Atenção ao Pré-natal de Risco Habitual para o Município de Itajaí, salientamos que foi elaborado com base em vários quadros-síntese, amparados nos cadernos de pré natal do Ministério da Saúde.

2 O PAPEL DA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA NO PRÉ-NATAL

O profissional de saúde faz parte da rede de apoio da gestante e sua família, assim como todos que atuam na área de abrangência são extremamente importantes, quer no processo de territorialização, mapeamento da área, identificação das gestantes, atualização contínua das informações, realização do cuidado em saúde no domicílio ou em espaços comunitários. Todos os profissionais da equipe devem participar das atividades de planejamento, avaliação das ações da equipe, promoção da mobilização e a participação da comunidade, buscando assim efetivar o controle social, assim como outras atividades de acordo com as prioridades locais.

Quadro 1 - Atribuições dos profissionais da equipe da ESF no pré-natal

Atribuições dos Profissionais	ACS	Auxiliar ou Téc. Enf.	Enfermeiro (a)	Médico (a)	Odontólogo (a)
Encaminhar toda gestante ao serviço de saúde, buscando promover a captação precoce para a primeira consulta e monitorar as consultas subsequentes.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Realizar visitas domiciliares para a identificação das gestantes e para desenvolver atividades de educação em saúde tanto para a gestante como seus familiares.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Acompanhar as gestantes que não estão realizando o pré-natal na unidade básica de saúde local, mantendo a equipe informada sobre o andamento do pré-natal realizado em outro serviço.	Sim	-	-	-	-
Conferir o cadastramento das gestantes no Sispre natal, assim como as informações preenchidas no Cartão da Gestante.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Realizar o cadastramento da gestante no Sispre natal e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta).	-	-	Sim	Sim	-
Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar a busca ativa das gestantes faltosas.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Informar o enfermeiro (a) ou médico (a) de sua equipe, caso a gestante apresente algum dos sinais de alarme: febre, calafrios, corrimento com mau cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas frequentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes e dor ao urinar.	Sim	Sim	-	-	Sim

Atribuições dos Profissionais	ACS	Auxiliar ou Téc. Enf.	Enfermeiro (a)	Médico (a)	Odontólogo (a)
Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário.	Sim	Sim	-	-	Sim
Verificar o peso e a pressão arterial e anotar os dados no Cartão da Gestante.	-	Sim	Sim	Sim	-
Fornecer medicação mediante receita.	-	Sim	-	-	-
Aplicar vacinas: antitetânica, contra hepatite B e contra influenza.	-	Sim	-	-	-
Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (deve-se utilizar a sala de espera).	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada (médico/ enfermeiro).	-	-	Sim	Sim	
Solicitar exames complementares e de ultrasonografia de acordo com o protocolo de pré-natal do Município.	-	-	Sim	Sim	
Realizar testes rápidos como : triagem para sífilis, HIV, testagem para hepatite B e C e realizar o aconselhamento pré e pós teste.	-	-	Sim	Sim	-
Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das DST, conforme protocolo da abordagem síndrome).	-	-	Sim	Sim	-
Orientar a vacinação das gestantes.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco conforme classificação de risco e encaminhá-las para consulta médica.	-	-	Sim	-	Sim
Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero.	-	-	Sim	Sim	-
Orientar as gestantes e a <u>sua equipe</u> quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade.	-	-	Sim	Sim	Sim
Avaliar e tratar as gestantes que apresentam sinais de alarme.	-	-	-	Sim	Sim
Atender as intercorrências e encaminhar as gestantes para os serviços de urgência/emergência obstétrica, quando necessário.	-	-	Sim	Sim	Sim
Identificar as gestantes de alto risco através da tabela de classificação de risco e encaminhá-la ao serviço de AR – Crescem – com documento de referência e ficha de cadastro de sispre natal.	-	-	Sim	Sim	-
Avaliar a saúde bucal da gestante, a necessidade e a possibilidade de tratamento, observando os cuidados indicados em cada período da gravidez.	-	-	-	-	Sim
Adequar o meio bucal e realizar o controle de placa, cujas práticas constituem boas condutas odontológicas preventivas e podem ser indicadas, garantindo conforto à gestante e a continuidade do tratamento após a gravidez	-	-	-	-	Sim
Na consulta odontológica identificar os fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez.	-	-	-	-	Sim
Atender as intercorrências/urgências odontológicas observando os cuidados indicados em cada período da gravidez e encaminhar a gestante para níveis de referência de maior complexidade, caso necessário.	-	-	-	-	Sim

Atribuições dos Profissionais	ACS	Auxiliar ou Téc. Enf.	Enfermeiro (a)	Médico (a)	Odontólogo (a)
Favorecer a compreensão e a adaptação às novas vivências da gestante, do companheiro e dos familiares, além de instrumentalizá-los em relação aos cuidados neste período.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Orientar as gestantes e a sua equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade em relação à <u>saúde bucal</u> .	-	-	-	-	Sim
Acompanhar o processo de aleitamento materno e os cuidados com o futuro bebê, enfatizando a importância do papel da amamentação na dentição e no desenvolvimento do aparelho fonador, respiratório e digestivo da criança.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim
Orientar a mulher e seu companheiro sobre hábitos alimentares saudáveis e de higiene bucal.	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim

Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco, 2013.

3 DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ

Para ampliar a captação precoce das gestantes, o Ministério da Saúde, por intermédio da Rede Cegonha, incluiu o *Teste Rápido de Gravidez (Teste imunológico de gravidez – TIG)* nos exames de rotina do pré-natal, que pode ser realizado na própria UBS, o que acelera o processo necessário para a confirmação da gravidez e o início do pré-natal. 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 (Fluxograma 1).

Se o atraso menstrual for superior a 12 semanas, o diagnóstico de gravidez poderá ser feito pelo exame clínico e torna-se desnecessária a solicitação do TIG. O diagnóstico da gravidez pode ser efetuado em 90% das pacientes por intermédio dos sinais clínicos, dos sintomas e do exame físico em gestações mais avançadas.

As queixas principais são devidas ao atraso menstrual, à fadiga, à mastalgia, ao aumento da frequência urinária e aos enjoos/vômitos matinais.

Sinais de presunção de gravidez:

- Atraso menstrual;
- Manifestações clínicas (náuseas, vômitos, tonturas, salivação excessiva, mudança de apetite, aumento da frequência urinária e sonolência);
- Modificações anatômicas (aumento do volume das mamas, hipersensibilidade nos mamilos, tubérculos de Montgomery, saída de colostro pelo mamilo, coloração violácea vulvar, cianose vaginal e cervical, aumento do volume abdominal).

Sinais de probabilidade:

- Amolecimento da cérvix uterina, com posterior aumento do seu volume;
- Paredes vaginais aumentadas, com aumento da vascularização (pode-se observar pulsação da artéria vaginal nos fundos de sacos laterais);
- Positividade da fração beta do HCG no soro materno a partir do oitavo ou nono dia após a fertilização.

Sinais de certeza:

- Presença dos batimentos cardíacos fetais (BCF), que são detectados pelo sonar a partir de 12 semanas e pelo Pinard a partir de 20 semanas;
- Percepção dos movimentos fetais (de 18 a 20 semanas);
- Ultrassonografia: o saco gestacional pode ser observado por via transvaginal com apenas 4 a 5 semanas gestacionais e a atividade cardíaca é a primeira manifestação do embrião com 6 semanas gestacionais.

Tempo aproximado de gravidez:

- 1º mês - 4 semanas e meia
- 2º mês - 9 semanas
- 3º mês – 13 semanas e meia
- 4º mês – 18 semanas
- 5º mês – 22 semanas e meia
- 6º mês – 27 semanas
- 7º mês – 31 semanas e meia
- 8º mês – 36 semanas
- 9º mês - 40 semanas e meia

Calendário de consultas

As consultas de pré-natal deverão ser realizadas na unidade de saúde mais próxima da residência da gestante ou durante visitas domiciliares. O calendário de atendimento durante o pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal.

O calendário deve ser iniciado precocemente (no primeiro trimestre) antes da 12ª semana de gestação e deve ser regular, garantindo que todas as avaliações propostas sejam realizadas e que tanto o Cartão da Gestante quanto a Ficha de Pré-Natal sejam preenchidos.

O total de consultas deverá ser de, no mínimo, 6 (seis), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma:

- Até 28ª semana – mensalmente;
- Da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente;
- Na 28ª semana é recomendado uma visita domiciliar pelo profissional médico ou enfermeiro;
- Da 36ª até a 41ª semana – semanalmente.

A maior frequência de visitas no final da gestação visa a avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal. Não existe “alta” do pré-natal antes do parto.

Quando o parto não ocorre até a 41ª semana, é necessário encaminhar a gestante para

avaliação obstétrica, no hospital de referência (Hospital e Maternidade Marieta Konder Bornhausen).

O acompanhamento da mulher no ciclo grávido-puerperal deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que a consulta de puerpério deverá ter sido realizada.

IMPORTANTE: realizar a visita domiciliar até o 7º dia de pós parto pelo médico e ou enfermeiro.

4 GESTAÇÃO NA ADOLESCÊNCIA

Adolescência é o período de grandes mudanças biológicas e psicossociais. Maior vulnerabilidade dos adolescentes a DSTs, uso de drogas e violência sexual, com consequência de complexidade de seu atendimento.

A adolescência apresenta definições legais da Organização Mundial da Saúde (OMS); Estatuto da Criança e Adolescente (ECA); Código Civil Brasileiro:

OMS – adolescência como a segunda década da vida sendo entre 10 a 19 anos e juventude como período entre 15 e 24 anos de idade.

ECA – considera-se criança, para efeitos desta Lei, a pessoa até 12 anos de idade incompletos, e adolescente aquela entre 12 e 18 anos de idade.

CÓDIGO CIVIL – 18 anos para a prática de todos os atos da vida civil. A maioridade civil poderá ser alcançada para maiores de 16 anos em face de alguns atos (emancipação, casamento, exercício de emprego público efetivo, etc...).

Adolescentes de ambos os sexos em situação de gravidez não devem ser tratados do mesmo modo que adultos por várias razões:

- Pela complexidade da situação, marcada pela dependência da família, pela falta de autonomia financeira e de espaço próprio, pelas dificuldades nas relações pessoais e sociais e por contextos de violência doméstica e urbana;
- Porque a família geralmente se constitui como um determinante central, exercendo forte pressão sobre as decisões sobre manter ou interromper a gravidez, sobre o processo de assistência, a relação conjugal e o estilo de vida do casal durante e, se for o caso, depois da gravidez e do parto;
- Pelas especificidades da própria faixa etária, em especial a compreendida entre os 10 e os 14 anos, que exige uma assistência à saúde diferenciada tanto para o pré-natal quanto para o parto, o puerpério e a contracepção;
- Por estarem em processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial, adolescentes de ambos os sexos podem apresentar pouca maturidade emocional para as decisões que devem ser tomadas no processo e para as mudanças advindas com a maternidade em condições como as descritas anteriormente.

Frequência de omissão ou negação do atraso menstrual e/ou a sua

atividade sexual, trazendo queixas inespecíficas para a consulta, como dor abdominal, desmaios, sintomas gastrointestinais, até mesmo em caráter de consulta de urgência: deve-se ter muita cautela, a fim de criar um clima de segurança, privacidade e confiabilidade para a efetiva e adequada abordagem clínica, considerando-se a possibilidade de violência sexual.

Durante a assistência pré-natal, a equipe de saúde precisa ter a preocupação de orientar a adolescente sobre os aspectos específicos da gravidez, os hábitos saudáveis de nutrição, bem como sobre os cuidados que devem ser dispensados ao seu filho. Deve ser dada importância ao vínculo mãe/pai/filho, ao aleitamento materno, ao hábito de acompanhar o crescimento e o desenvolvimento do filho, à vacinação e à prevenção de acidentes na infância etc.

Para que a gravidez na adolescência transcorra sem maiores riscos, é importante que a captação para o início do pré-natal seja realizada o mais precocemente possível. Portanto, o momento do diagnóstico da gestação é de fundamental importância.

A adolescente que chega à unidade de saúde com a suspeita de gravidez deve ser imediatamente acolhida por profissional de saúde sensibilizado. Este deve avaliar com a adolescente as expectativas quanto à possível gestação, seus medos e anseios, bem como suas reais possibilidades.

Questões que podem auxiliar o profissional de saúde na abordagem à adolescente:

- Ela tem vida sexual ativa?
- Usa algum método contraceptivo? De que forma?
- Tem atraso menstrual?
- Tem apresentado outros sinais ou sintomas, tais como: alteração das mamas, no abdome, náuseas, alteração do apetite?
- Há sinais de presunção de violência sexual?

A importância do teste imunológico de gravidez (TIG) - para facilitar a captação precoce da adolescente gestante no pré-natal (no primeiro trimestre), deve-se ter disponível o TIG (teste imunológico de gravidez) instantâneo. Este teste com fita, realizado com a adolescente, evita o deslocamento da jovem para um laboratório e pode ser realizado por qualquer profissional de saúde qualificado. Desta forma, é possível, a partir do resultado, encaminhá-la ou admiti-la no pré-natal. Outras

questões devem ser abordadas neste momento tão decisivo, como, por exemplo, a ambivalência no desejo da gravidez.

É imprescindível ressaltar a importância da participação, neste momento, de alguém de sua confiança, seja o companheiro, namorado ou algum familiar. No caso de TIG negativo, é importante enfatizar a necessidade de acompanhamento de contracepção e prevenção de uma possível gravidez.

4.1 PRÉ-NATAL NA ADOLESCÊNCIA

É fundamental que os serviços de saúde desenvolvam mecanismos próprios para a captação precoce das gestantes adolescentes, proporcionando-lhes uma atenção pré-natal “diferenciada”, realizada por profissionais sensibilizados em relação às suas condições específicas e que não precisam, necessariamente, ser especialistas.

As adolescentes grávidas não possuem maior risco clínico e obstétrico em relação às grávidas de outras faixas etárias só pelo fato de que são adolescentes. Uma assistência pré-natal adequada é fundamental para garantir o baixo risco. No entanto, é preciso estar atento às gestantes da faixa etária entre 10 e 14 anos, pois apresentam maiores riscos materno-fetais. Entretanto, quando elas recebem atenção qualificada, os resultados se aproximam daqueles da população em geral.

É importante estar atento aos aspectos psicossociais e econômicos que envolvem a gravidez na adolescência, pois eles podem acarretar os principais riscos à mãe e ao bebê, razão pela qual devem ser cuidadosamente avaliados e monitorados.

Os serviços de saúde de qualquer nível (primário, secundário e terciário), incluindo os agentes de saúde, têm um papel fundamental no acompanhamento deste processo biopsicossocial. É uma oportunidade ímpar de promover, proteger, prevenir e assistir adequadamente os pais adolescentes e a criança. Os serviços e profissionais de saúde precisam reconhecer que a oferta de atenção pré-natal ao grupo de adolescentes requer, apenas, sensibilidade e disponibilidade dos profissionais para exercer tais atribuições como membros da equipe de saúde.

4.2 EXAMES PARA GESTANTE ADOLESCENTE

Os exames para gestante adolescente seguem o mesmo protocolo de gestante normal conforme quadro 6 – “roteiro para solicitação de exames”, e poderá ser coletado sem que a gestante esteja acompanhada. Não há nenhum aspecto legal que a impeça de coletar os exames. Ressaltamos que é pertinente que a equipe de saúde se mobilize para auxiliar a gestante adolescente a comunicar sobre a gestação para sua família.

4.3 ASPECTOS LEGAIS DO ATENDIMENTO DA GESTANTE ADOLESCENTE

A legislação brasileira contempla a atenção integral à saúde dos adolescentes em várias leis. No âmbito dos serviços de saúde, diversas situações envolvendo adolescentes grávidas podem gerar dúvidas éticas e legais além de receios junto aos profissionais de saúde:

- situações que envolvem violência sexual;
- demanda pelo exame de gravidez;
- orientações sobre saúde sexual e reprodutiva, incluindo o fornecimento de anticoncepcionais;
- demanda pelo exame anti-HIV por adolescentes desacompanhados de um responsável;
- realização do pré-natal em adolescente desacompanha.

Inicialmente, é preciso saber que conceitos e normas jurídicas não devem ser interpretadas de forma isolada, mas sim com base em princípios gerais e refletindo um dado momento histórico-social. A interpretação da legislação deve se dar sempre a favor da criança e do adolescente.

A Lei Orgânica da Saúde 8.080/90 em seu *Art. 7*, descreve que as ações e serviços públicos de saúde e os serviços privados contratados ou conveniados que integram o Sistema Único de Saúde (SUS), são desenvolvidos de acordo com as diretrizes previstas no art. 198 da Constituição Federal, obedecendo os seguintes princípios: (...)

III – preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral;

IV – igualdade da assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

V – direito a informação, as pessoas assistidas, sobre sua saúde.

O Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei nº 8.069 de julho de 1990) é um marco e um divisor de águas na história recente da cidadania de meninos e meninas no Brasil. Ele substituiu o Código de Menores (Lei nº 6.697, de 10/10/1979) que restringia às crianças e adolescentes em situação irregular, e ditou regras e normas durante dez anos. Entretanto, ainda perdura a ideia retrograda, impedindo que a própria sociedade reconheça os direitos e deveres das crianças e dos adolescentes.

O **ECA** reconhecer todas as crianças e todos os adolescentes como sujeitos de direitos nas diversas condições sociais e individuais, conforme disposições:

Art. 3º descreve que "a criança e o adolescente gozam de todos os direitos fundamentais inerentes à pessoa humana, sem prejuízo da proteção integral de que trata essa lei, assegurando-se-lhes, por lei ou por outros meios, todas as oportunidades e facilidades, a fim de lhes facultar os desenvolvimentos físico, mental, moral, espiritual e social, em condições de liberdade e de dignidade".

O art. 8º da Lei nº 8.069, de 13 de junho de 1990, tem alteração a partir da Lei nº 13.257 de 8 de março de 2016 com a seguinte redação:

Art. 8º. É assegurado a todas as mulheres o acesso aos programas e às políticas de saúde da mulher e de planejamento reprodutivo e, às gestantes, nutrição adequada, atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério e atendimento pré-natal, perinatal e pós-natal integral no âmbito do Sistema Único de Saúde.

§ 1º O atendimento será realizado por profissionais da atenção primária.

§ 2º Os profissionais de saúde de referência da gestante garantirão sua vinculação, no último trimestre da gestação, ao estabelecimento em que será realizado o parto, garantido o direito de opção da mulher.

§ 3º Os serviços de saúde onde o parto for realizado assegurarão às mulheres e aos seus filhos recém-nascidos alta hospitalar responsável e contrarreferência na atenção primária, bem como o acesso a outros serviços e a grupos de apoio à amamentação.

§ 4º Incumbe ao poder público proporcionar assistência psicológica à gestante e à mãe, no período pré e pós-natal, inclusive como forma de prevenir ou minorar as consequências do estado puerperal.

§ 5º. A assistência referida no §4º deste artigo deverá ser também prestada a gestantes ou mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção.
(.....)

§ 9º A atenção primária à saúde fará a busca ativa da gestante que não iniciar ou que abandonar as consultas de pré-natal, bem como da puérpera que não comparecer às consultas pós-parto.

Art. 11. É assegurado atendimento integral à saúde da criança e do adolescente, por intermédio do Sistema Único de Saúde, garantido o acesso universal às ações e serviços para promoção, proteção e recuperação da saúde.

Art. 13. Os casos de suspeita ou confirmação de maus-tratos contra criança ou adolescente serão obrigatoriamente comunicados ao Conselho Tutelar da respectiva localidade, sem prejuízo de outras providências legais.

Com base no art 13 do ECA todas as adolescentes grávidas menores de 14 anos, tendo relação sexual consentida com parceiro menor de 18 anos ou maior de 19 anos, o profissional de saúde deverá realizar a notificação compulsória como violência sexual e encaminhar imediatamente ao departamento de vigilância epidemiologia, assim como informar o conselho tutelar.

Parágrafo único. As gestantes ou mães que manifestem interesse em entregar seus filhos para adoção serão obrigatoriamente encaminhadas à Justiça da Infância e da Juventude.

Acrescido pela Lei nº 12.010/2009, de 03/08/2009. Vide arts. 8º, §5º, 238 e 258-B, do ECA. O objetivo do legislador foi coibir práticas ilegais, abusivas e mesmo criminosas como a “adoção à brasileira” e a entrega de filho com vista à adoção mediante paga ou promessa de recompensa. As gestantes que manifestam interesse em entregar seus filhos para adoção devem receber a devida orientação psicológica e também jurídica, de modo que a criança tenha identificada sua paternidade (nos moldes do previsto na Lei nº 8.560/1992) e lhe sejam asseguradas condições de permanência junto à família de origem ou, se isto por qualquer razão não for possível, seja então encaminhada para *adoção legal*, junto a pessoas ou casais regularmente habilitados e cadastrados (cf. art. 50, §§ 3º e 13, do ECA).

Art. 17. O direito ao respeito consiste na inviolabilidade da integridade física, psíquica e moral da criança e do adolescente, abrangendo a preservação da imagem, da identidade, da autonomia, dos valores, idéias e crenças, dos espaços e objetos pessoais.

Direitos Fundamentais: a privacidade, a preservação do sigilo e o consentimento informado o “Poder familiar” (antigo Pátrio poder) dos pais ou responsáveis legais não é direito absoluto.

O Ministério da Saúde com o lançamento do Marco Legal da Saúde de Adolescentes, trazendo os instrumentos legais de proteção aos direitos dessa população, especialmente aqueles de garantia do pleno exercício de seu direito fundamental à saúde, em âmbito nacional e internacional, sendo as recomendações:

- Qualquer exigência, como a obrigatoriedade da presença de um responsável para acompanhamento no serviço de saúde, que possa afastar ou impedir o exercício pleno do adolescente de seu direito fundamental à saúde e à liberdade, constitui lesão ao direito maior de uma vida saudável.
- Caso a equipe de saúde entenda que o adolescente não possui condições de decidir sozinho sobre alguma intervenção em razão de sua complexidade, deve, primeiramente, realizar as intervenções urgentes que se façam necessárias, e abordar o adolescente de forma clara a necessidade de que um responsável o assista no acompanhamento.
- Havendo resistência fundada e receio que a comunicação ao responsável legal, implique em afastamento do usuário ou dano à sua saúde, se aceite pessoa maior e capaz indicada pelo adolescente para acompanhá-lo e auxiliar a equipe de saúde na condução do caso.

O Programa Nacional de DST/AIDS traz recomendações quanto a testagem do HIV para crianças e adolescentes: Orienta que sejam adotados os parâmetros de idade reconhecidos pelas áreas médica e jurídica, ou seja, quando se tratar de criança (0 a 12 anos incompletos), a testagem e entrega dos exames anti-HIV só com a presença dos pais ou responsáveis; quando for adolescente (12 à 18 anos), após uma avaliação de suas condições de discernimento, fica restrita à sua vontade a realização do exame, assim como a participação do resultado a outras pessoas.

Em resposta à consulta do Conselho Federal de Medicina (Ofício nº 1.865/96) solicitada ao PNDST/Aids do Ministério da Saúde abordando a testagem anti HIV para menores de 18 anos, argumenta:

- **A testagem deverá ser voluntária e consentida pelo menor, sem necessidade de autorização de responsável, desde que aquele tenha capacidade de avaliar seu problema e atuar (BRASIL, 1999).**

- O Conselho Federal de Medicina 1665/ 2003 – Art 4º: É vedada a realização compulsória de sorologia para HIV.

4.4 SIGILO PROFISSIONAL E O ATENDIMENTO DO ADOLESCENTE

Art. 154 - Código Penal Brasileiro: Revelar alguém, sem justa causa, segredo de que tenha ciência, em razão de função, ministério, ofício ou profissão, e cuja revelação possa produzir dano a outrem. Pena: detenção de três meses a um ano.

Considerando, que a revelação de determinados fatos para os responsáveis legais pode acarretar conseqüências danosas para saúde do jovem e a perda da confiança na relação com a equipe, o Código de Ética Médica não adotou o critério etário, mas o do desenvolvimento intelectual, determinando expressamente o respeito à opinião da criança e do adolescente, e à manutenção do sigilo profissional, desde que o assistido tenha capacidade de avaliar o problema e conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-lo.

É vedado ao médico:

Art. 103 - Código de Ética Médica: Revelar segredo profissional referente a paciente menor de idade, inclusive a seus pais ou responsáveis legais, desde que o menor tenha capacidade de avaliar seu problema e de conduzir-se por seus próprios meios para solucioná-los, salvo quando a não revelação possa acarretar danos ao paciente.

Diversos códigos de ética profissionais e o próprio código penal seguem o mesmo entendimento, e expressamente determinam o sigilo profissional independente da idade do cliente, prevendo sua quebra apenas nos casos de risco de vida ou outros riscos relevantes para o próprio ou para terceiros, como por exemplo: a recusa do paciente em informar para parceiro sexual que é portador do vírus HIV e com quem mantenha relação sem o uso de preservativo; distúrbios psíquicos do paciente que o façam rejeitar tratamento, ou risco de suicídio ou homicídio.

Considerando as dificuldades para o enfrentamento de algumas questões, recomenda-se:

- a) que a equipe de saúde (médico, enfermeiro...) busque sempre encorajar

o adolescente a envolver a família no acompanhamento dos seus problemas, já que os pais ou responsáveis têm a obrigação legal de proteção e orientação de seus filhos ou tutelados;

- b) que a quebra do sigilo, sempre que possível, seja decidida pela equipe de saúde juntamente com o adolescente e fundamentada no benefício real para pessoa assistida, e não como uma forma de “livrar-se do problema”;
- c) no caso de se verificar que a comunicação ao adolescente causar-lhe-á maior dano, a quebra do sigilo deve ser decidida somente pela equipe de saúde com as cautelas éticas e legais.

Código de ética do Profissional de Enfermagem

Art. 27 - Respeitar e reconhecer o direito do cliente de decidir sobre sua pessoa, seu tratamento e seu bem-estar.

Art. 28 - Respeitar o natural pudor, a privacidade e a intimidade do cliente.

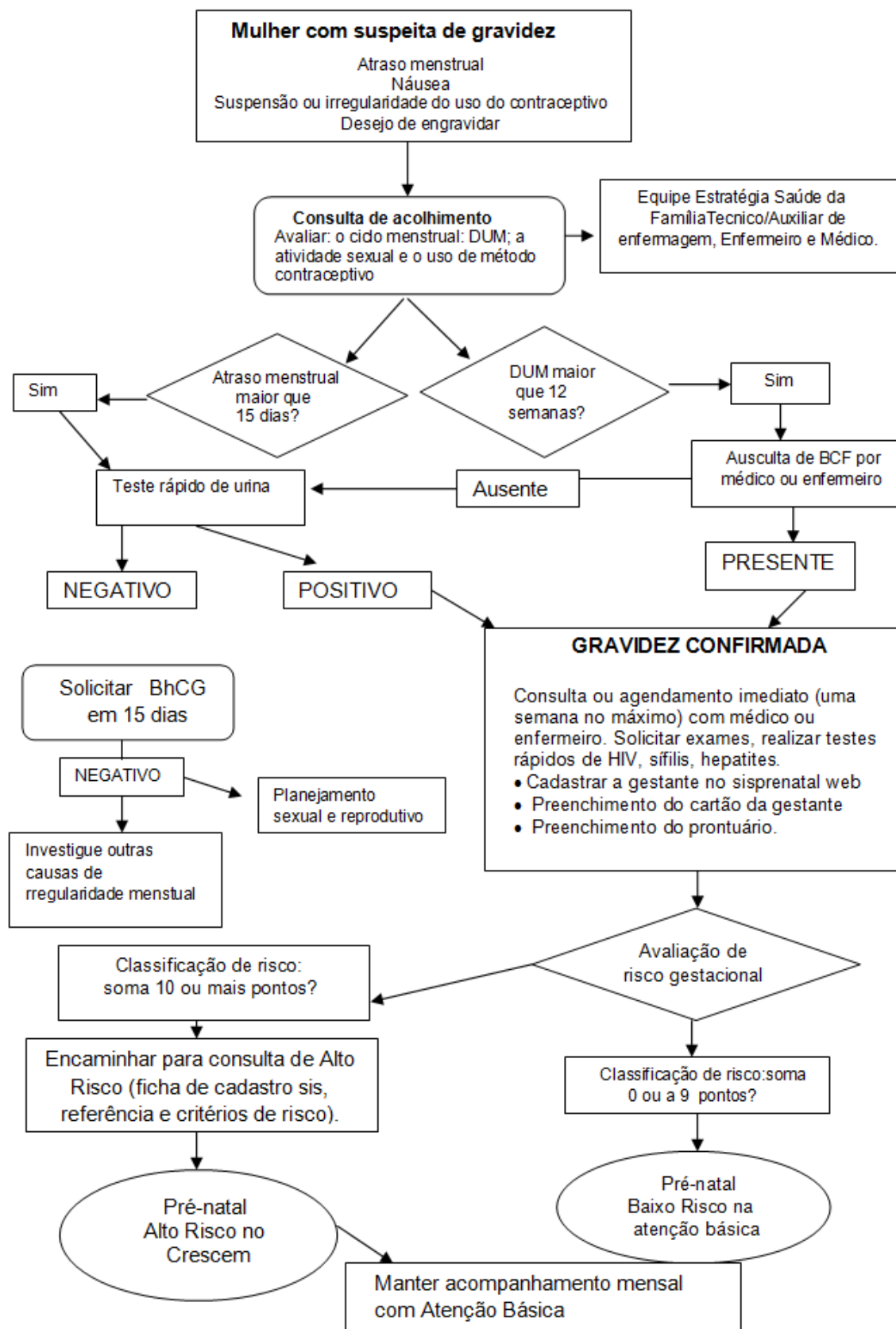
Art. 29 - Manter segredo sobre fato sigiloso de que tenha conhecimento em razão de sua atividade profissional, exceto nos casos previstos em Lei.

Considerações Gerais

Considerando a legislação descrita acima, como regra geral aponta claramente para a possibilidade de atendimento de adolescentes sem a necessidade de um responsável legal presente e lhe garante o sigilo das informações.

- Haverá exceções a esta regra que deverão ser analisadas caso a caso, recomendando a discussão junto a equipe e registro de todo o processo.
- Destaca-se a importância da postura do profissional de saúde, durante o atendimento aos jovens, acolhendo-o e respeitando seus valores morais, sócio- culturais e religiosos.
- Interface com Conselho Tutelar, Ministério Público e Poder Judiciário caso julgue necessário.

Fluxograma 1 – Pré-Natal na Atenção Básica



Fonte: Ministério da Saúde, 2012

Quadro 2 - Avaliação e classificação de risco gestacional

Classificação de Risco Gestacional

Risco	10 ou + pontos	ALTO
Risco	5 a 9 pontos	MÉDIO
Risco	até 4 pontos	BAIXO

1 – IDADE

(-) de 15 anos	1
De 15 a 34 anos	0
(+) de 35 anos	1

2 – SITUAÇÃO FAMILIAR

Situação familiar instável: Não	0	Sim....	1
Aceitação de gravidez: Não	1	Sim	0

3 – ESCOLARIDADE

Sabe ler e escrever:	
Sim	0
Não	1

4 – HABITOS

Tabagismo:	Não	0	Sim.....	2
------------	-----------	---	----------	---

5 – AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

Baixo peso (IMC <18,5 kg/m ² e/ou ganho de peso inadequado e/ou anemia	1
Adequado (IMC <18,5 – 24,9 kg/m ²	0
Sobrepeso (IMC 25 – 29,9 kg/m ²	1
Obesidade (IMC > 30 kg/m ²	5

6 – ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

Aborto até 2	5
Aborto espontâneo + 2	10
Natimorto	5
Prematuro	5
Óbito fetal	5
Eclampsia	10
Pré- eclampsia	5
Placenta prévia	5
Descol. Prem. Placenta	5
Incompetencia Istmo Cervical	5
Restrição de Cresc. Intrauterino	5
Malformação fetal	5
Último parto (-) de 12 meses	2
Mais de 1 filho Prematuro	10

- ✓ Fatores sócio econômicos não são critérios isoladamente para encaminhamento ao **Pré-natal de Alto Risco (PNAR)**.
- ✓ PNAR – deve conter obrigatoriamente itens dos quadros 5 e ou 6 e ou 7 conforme classificação acima (somando 10 ou + pontos)
- ✓ Toda gestante encaminhada ao PNAR deve ser acompanhada simultaneamente na sua Unidade de origem.

7 – PATOLOGIAS DE RISCO ATUAL:

OBSTÉTRICOS + GINECOLÓGICOS

Ameaça de aborto	5
Cancer materno	10
Doença hemolítica	10
Esterilidade tratada	5
Isoimunização	10
Neoplasias ginecológica	10
Mal formações congênitos	10
Crescimento Uterino Retardado	10
Polihidramnio – Oligoidramnio	10
Citologia Cervical Anormal (NIC II – III)	10
Doença hipertensiva na gestação	10
Diabetes gestacional	10
Gemelar	10
Incompetencia Istmo Cervical	10

PATOLOGIAS MÉDICAS e CIRURGICAS

Cardiopatas	10
Varizes .acentuadas	5
Pneumonia grave	10
Diabetes mellitus	10
Doença Auto-imune (Colagenose)	10
Doença psiquiátrica	5
Doença renal grave	10
Epilepsia e Doença neurológica	10
Hemopatias	10
Hipertensão Arterial	10
ITU de repetição (3 ou + infecção)	10
Infecções graves	10
AIDS/HIV	10
Sífilis com suspeita de mal formação fetal	10
Tuberculose	10
Toxoplasmose	10
Dependente de drogas	10
Alcoolismo	10
Trombofilia	10
Endocrinopatias	10
Alterações da Tireóide	10

Quadro 3 - Síntese de atenção à gestante no pré-natal de baixo risco

COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Acolhimento com escuta qualificada: Identificação dos motivos do contato da gestante. Direcionamento para o atendimento necessário.	Equipe multiprofissional
AVALIAÇÃO GLOBAL - Entrevista (quadro 4) <ul style="list-style-type: none"> • Presença de sintomas e queixas • Planejamento reprodutivo; • Rede familiar e social; • Condições de moradia, de trabalho e exposições ambientais; • Atividade física; • História nutricional; • Tabagismo e exposição à fumaça do cigarro; álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas); • Antecedentes clínicos, ginecológicos e de aleitamento materno; • Saúde sexual; • Imunização; • Saúde bucal; • Antecedentes familiares. 	Equipe multiprofissional
Exame físico geral e específico (quadro 5) <ul style="list-style-type: none"> • Atenção para as alterações da pressão arterial; • Avaliar o estado nutricional (peso, altura e cálculo do imc) e do ganho de peso gestacional; • Atenção para as alterações na altura do fundo uterino. 	Enfermeiro(a) médico(a)
Solicitação de exames, conforme o período gestacional (quadro 7)	Enfermeiro(a) médico(a)
Avaliação do risco gestacional (Quadro 2) <ul style="list-style-type: none"> • Fatores de risco indicativos de realização do pré-natal de baixo risco; • Fatores de risco indicativos de encaminhamento ao pré-natal de alto risco; sinais indicativos de encaminhamento à urgência/emergência obstétrica. 	Enfermeiro(a) médico(a)
PLANO DE CUIDADO <ul style="list-style-type: none"> • Cadastramento e preenchimento da Caderneta da Gestante; • Preenchimento da ficha de cadastramento em sistema de informação já na primeira consulta de pré-natal; • Inserir a gestante no Sistema de informação do SISPRENATAL online na primeira consulta e em todas as consultas até o puerpério. 	Enfermeiro(a) médico(a)
<ul style="list-style-type: none"> • Identificação e manejo das queixas e intercorrências do pré-natal (quadro 13) conforme fluxogramas e quadros específicos; estabilização e encaminhamento das situações de urgência, (quadro 14), quando necessário. 	Enfermeiro(a) médico(a)
Observar a utilização de medicação na gestação (quadro 10) <ul style="list-style-type: none"> • Verificar grau de segurança na gestação e na lactação. • Vinculação com a maternidade de referência e direito a acompanhante no parto • Informar a gestante, com antecedência, sobre a maternidade de referência para seu parto e orientá-la para visitar o serviço antes do parto (cf. Lei Federal nº 11.340/2007, da vinculação para o parto). • Orientar sobre a lei do direito a acompanhante no parto (Lei Federal nº 11.108/2005), que garante às parturientes o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, no parto e no pós-parto no SUS. O acompanhante é escolhido pela gestante, podendo ser homem ou mulher (Lei na carteira da gestante). 	Enfermeiro(a) médico(a)
<ul style="list-style-type: none"> • Suplementação de ferro e ácido fólico (quadro 10) • Utilizar no período pré-gestacional até o final da gestação 	Enfermeiro(a) médico(a)

COMO FAZER?	QUEM FAZ?
<ul style="list-style-type: none"> Imunização (quadro 11). 	Equipe de enfermagem médico(a)
<ul style="list-style-type: none"> Busca ativa das gestantes que não comparecem às consultas Identificar os motivos para o não comparecimento. Realizar visita domiciliar. Oferecer novo agendamento. Realizar a consulta em domicílio, caso tenha dificuldade de comparecer a UBS. Notificar para o DVE caso necessário. 	Equipe multiprofissional
Cuidados em saúde mental <ul style="list-style-type: none"> As mudanças no humor são processos normais da gestação, estando associadas ao conjunto de mudanças biopsicossociais relacionadas à gravidez. Na suspeita de depressão ou outros transtornos de humor, realizar avaliação médica para diagnóstico e manejo de acordo com a severidade do quadro. 	Enfermeiro(a) médico(a)
Cuidados em saúde bucal <ul style="list-style-type: none"> Garantir avaliação odontológica a todas as gestantes durante o pré-natal, e anotar no sisprenatal a data em que foi realizada a consulta odontológica. 	Odontólogo (a)

5 EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Oferecer orientações educativas individuais ou coletivas (que podem ter a participação também do pai/parceiro e da família da gestante) acerca dos temas:

a) **modificações fisiológicas da gestação (conforme trimestre);**

b) **importância do acompanhamento pré-natal;**

c) **cuidados em saúde alimentar e nutricional:**

- Orientar sobre os Dez passos para alimentação saudável da gestante, complementando com os Dez passos para uma alimentação adequada e saudável para crianças até dois anos (*ver: Sobre os dez passos para uma alimentação adequada e saudável, leia o Guia alimentar para a população brasileira, páginas 125 a 128*).
- Chamar atenção para a necessidade de vitaminas e minerais (Quadro12);
- Chamar atenção para o consumo de cafeína, álcool e adoçantes.
- Chamar atenção para a segurança alimentar e nutricional (ver: Sobre a alimentação da gestante, leia o Caderno de Atenção Básica nº 32 – Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco, páginas 80 a 88:

d) **Sexo na gestação:**

- Abordar a possibilidade de mudanças no desejo e na disposição sexual devido a fatores psicoafetivos, biológicos, conjugais e culturais durante a gravidez. Se a mulher desejar, as relações sexuais até o momento do parto podem facilitar o nascimento do bebê. Só há contraindicação na presença de placenta prévia e alto risco de prematuridade, sendo as medidas de proteção contra DST indicadas para todas as gestantes e casais. Evitar a atividade sexual na presença de sangramento ou perda de líquido.

e) Atividades físicas e práticas corporais na gestação:

- A gestante deve evitar permanecer em pé ou sentada por muito tempo. Sempre trocar o posicionamento para aliviar dores e edemas.
- Ao deitar-se, a posição mais indicada é em decúbito lateral esquerdo, por diminuir a compressão sobre a aorta e a cava, favorecendo a circulação sanguínea. O uso de um travesseiro preenchendo o espaço entre a cabeça e o ombro, e outro entre as pernas fletidas, está indicado. Antes de se levantar, é importante realizar atividades com as mãos e pés para ativar a circulação.
- Ao conduzir veículos, a gestante deve posicionar o cinto de segurança sobre o quadril mais abaixo no abdome, para prevenir possíveis lesões sobre o útero em caso de acidentes. Para trajetos longos, é indicado realizar paradas para movimentação, alongamento e alívio da pressão sobre a bexiga.

f) Exposição ao tabaco:

- Orientar que há maior risco de partos prematuros, crescimento intrauterino restrito, recém-nascidos com baixo peso e mortes perinatais para gestantes fumantes.
- Orientar sobre a abstinência total ou redução do consumo, quando essa não for possível, apoio de familiares e amigos, retirada de cigarros dos ambientes, participação das atividades de autocuidado apoiado da UBS, estratégias de resolução de problemas e prevenção de uso/recaídas.

g) Exposição ao álcool e outras drogas:

- Alertar sobre os perigos é fundamental, mas não garante mudança radical de comportamento.
- As gestantes e as mulheres que planejam engravidar devem ser aconselhadas a evitar o consumo de álcool durante os primeiros três meses de gravidez, pois o seu consumo pode estar associado ao aumento do risco de aborto.

- h) **Preparo para o parto:** Abordagem nas consultas e em rodas de conversa:
- Vantagens do parto normal;
 - Sinais de trabalho de parto (contrações de treinamento, tampão mucoso, mudança progressiva no ritmo e na intensidade das contrações);
 - Métodos não farmacológicos para alívio da dor, livre movimentação e deambulação, preferência por posições verticalizadas, livre expressão das emoções, liberdade para se alimentar e para ingerir líquidos durante o trabalho de parto.
 - Alertar para a possibilidade de ocorrência de violência institucional: agressões verbais ou físicas, uso de termos que infantilizem ou incapacitem a mulher, privação do direito a acompanhante de livre escolha da mulher, recusa do primeiro atendimento ao trabalho de parto, transferência para outro estabelecimento sem garantia de vaga e de transporte seguro, exame de toque por mais de um profissional, realizar procedimentos exclusivamente para treinamento de estudantes, entre outros; práticas inadequadas (contraíndicadas pelas evidências científicas mais atuais): cuidados com a mulher: tricotomia, lavagem intestinal, manobra de Kristeller ,realização de episiotomia sem indicação precisa, sem anestesia e sem o consentimento da parturiente, confinar a mulher ao leito ou obrigá-la a permanecer em posição ginecológica ou outra durante o trabalho de parto e parto;
 - Cuidados com o recém-nascido: submeter o bebê saudável a aspiração de rotina, injeções ou procedimentos na primeira hora de vida; restrição do contato pele a pele entre mãe e bebê e da amamentação na primeira hora de vida, orientações sobre cuidados com o recém-nascido.
- i) **Preparo para o aleitamento:**
- Aleitamento materno deve ser incentivado durante o pré-natal, investigando o desejo na mulher em amamentar e informando-a sobre os benefícios da amamentação para a saúde da criança e materna.

j) **Direitos sexuais, sociais e trabalhistas na gestação**

Toda gestante em direito a atendimento gratuito e de qualidade nos hospitais públicos e conveniados ao SUS

- **Carteira da Gestante:** a gestante deve recebê-la na primeira consulta de pré-natal e esta deve conter todas as informações sobre o seu estado de saúde, desenvolvimento do bebê e resultados de exames realizados.
- Tem o direito de ter a criança ao seu lado em alojamento conjunto, amamentar e receber orientações sobre amamentação, assim como a presença de um acompanhante durante as consultas de pré-natal, no trabalho de parto, parto e pós parto imediato (Lei nº 11.108/2005).
- Realização gratuita de testes no RN (pezinho, orelhinha, coraçãozinho...) em todos os hospitais e maternidades.

5.1 DIREITOS SOCIAIS

- Prioridade nas filas para atendimentos em instituições públicas ou privadas.
- Prioridade para acomodar-se sentada em transportes coletivos.
- Os pais têm direito de registrar seu bebê e obter a Certidão de Nascimento, gratuitamente, em qualquer cartório.
- A mulher tem direito à creche para seus filhos nas empresas que possuírem em seus quadros funcionais pelo menos 30 mulheres com mais de 16 anos de idade.

5.2 DIREITOS TRABALHISTAS

- **Estabilidade no emprego**

Toda empregada gestante tem direito à estabilidade no emprego, desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto.

- **Licença e salário-maternidade**

A gestante tem direito à licença-maternidade de 120 dias (art. 392), sem prejuízo do emprego e do salário, devendo a gestante notificar o seu empregador da data do início do afastamento, que poderá ocorrer entre o 28º dia antes do parto e a ocorrência deste.

Em caso de aborto não criminoso, comprovado por atestado médico oficial, a mulher terá direito a repouso remunerado de duas semanas, ficando assegurado o direito de retornar à função que ocupava antes do afastamento.

O salário-maternidade é devido às seguradas empregadas, trabalhadoras avulsas, empregadas domésticas, contribuintes individuais, facultativa se seguradas especiais, por ocasião do parto, inclusive o natimorto, aborto não criminoso, adoção ou guarda judicial. O benefício poderá ser pago nos 120 dias em que ficam afastadas do emprego por causa do parto e poderá ter **início até 28 dias antes.**

Nos casos em que a criança venha a falecer durante a licença-maternidade, o salário-maternidade não será interrompido.

Nos abortos espontâneos ou previstos em lei, será pago o benefício por (02) duas semanas.

- **Funções exercidas pela gestante**

Durante a gravidez, a gestante poderá se adequar a outras funções no trabalho, sem prejuízo dos salários e demais benefícios, quando as condições de saúde da mãe e do bebê o exigir assegurada a volta à função anteriormente exercida, logo após o retorno da licença-maternidade, devendo a gestante apresentar ao empregador o atestado médico confirmando que as condições atuais do trabalho podem causar prejuízos à saúde da mãe e do bebê.

- **Licença médica**

Sempre que a gestante comparecer às consultas e aos exames, ela terá direito à dispensa do horário de trabalho. O médico deve fornecer atestado para que a empregada possa justificar a falta. Além disso, o artigo 371, § 4º, inciso II, da consolidação das Leis do Trabalho garante à gestante a dispensa do trabalho pelo tempo necessário para a realização das consultas médicas e dos exames complementares inerentes aos cuidados de uma gestação saudável.

- Aborto

No caso de aborto, a mulher tem direito a duas (02) semanas de repouso, ficando assegurados seu salário e suas funções exercidas. A prova do abortamento faz-se por intermédio do atestado médico oficial, que a empregada deverá encaminhar ao empregador.

5.3 DIREITOS DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE

- Dispensa durante a jornada de trabalho para amamentar o filho, até que este complete 6 meses de idade, sendo dois descansos especiais de meia hora cada um.
- Quando a saúde de seu filho exigir, a licença de seis meses poderá ser dilatada, a critério da autoridade competente.

5.4 DIREITOS DO PAI

- O pai tem direito à licença-paternidade de cinco dias contínuos logo após o nascimento do bebê.
- O pai tem direito a participar do pré-natal.
- O pai tem direito a acompanhar a gestante em assistência hospitalar.

Quadro 4 - Entrevista

ENTREVISTA	QUANDO AVALIAR	O QUE AVALIAR	
Presença de sintomas e queixas	Todas as consultas	<ul style="list-style-type: none"> Náuseas e vômitos; Obstipação e flatulência; Sintomas urinários; Salivação excessiva; Pirose; Corrimento (que pode ou não ser fisiológico); 	<ul style="list-style-type: none"> Dor mamária; Dor lombar; Alterações no padrão de sono; Dor e edema de membros inferiores; Dor pélvica; Tontura.
Planejamento reprodutivo	1ª consulta	<ul style="list-style-type: none"> Gestação desejada e/ou planejada; Métodos contraceptivos utilizados. 	<ul style="list-style-type: none"> Data da última menstruação (DUM).
Rede familiar e social	1ª consulta e nas demais consultas	<ul style="list-style-type: none"> Presença de companheiro; Rede social utilizada e disponibilizada. 	<ul style="list-style-type: none"> Relacionamento familiar conjugal para identificar relações conflituosas; História de violência.
Condições de moradia, de trabalho e exposições ambientais	1ª consulta e nas demais consultas	<ul style="list-style-type: none"> Tipo de moradia; Tipo de saneamento; Grau de esforço físico; Renda; Estresse e jornada de trabalho; 	<ul style="list-style-type: none"> Exposição a agentes nocivos (físicos, químicos e biológicos); Beneficiário de programa social de transferência de renda condicionada (ex: Programa Bolsa família).

ENTREVISTA	QUANDO AVALIAR	O QUE AVALIAR	
Atividade física	1ª consulta e nas demais consultas	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de atividade física; • Grau de esforço; • Periodicidade; 	<ul style="list-style-type: none"> • Deslocamento para trabalho ou curso/escola; • Lazer.
História nutricional	1ª consulta.	<ul style="list-style-type: none"> • História de desnutrição; sobrepeso, obesidade; • Cirurgia bariátrica; • Transtornos alimentares, Carências nutricionais; 	<ul style="list-style-type: none"> • Peso e altura antes da gestação; • Calcular o IMC; • Hábito alimentar; • Uso de substâncias tóxicas para o bebê; • Histórico de criança com baixo peso ao nascer.
Tabagismo e exposição à fumaça do cigarro	1ª consulta.	<ul style="list-style-type: none"> • Status em relação ao cigarro (fumante, exfumante, tempo de abstinência, tipo de fumo); • Exposição ambiental à fumaça de cigarro. 	<ul style="list-style-type: none"> • Para as fumantes, avaliar se pensam em parar de fumar nesse momento.
Álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas)	1ª consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Tratamentos realizados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Padrão prévio e/ou atual de consumo de álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas).
Saúde sexual	1ª consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Idade de início da atividade sexual; • Intercorrências como dor, desconforto. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desejo e prazer sexual; • Práticas sexuais; • Medidas de proteção para DST.
Imunização	1ª consulta e nas demais consultas	<ul style="list-style-type: none"> • Estado vacinal: dT/dTpa, hepatite B, influenza. 	
Antecedentes clínicos, ginecológicos, obstétricos e de aleitamento materno	1ª consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes, HA, cardiopatias; • Trombose venosa; • Alergias, transfusão de sangue, cirurgias, medicamentos de uso eventual ou contínuo (prescritos ou não pela equipe de saúde, fitoterápicos e outros); • Cirurgias prévias (mama, abdominal, pélvica); • Hemopatias (inclusive doença falciforme e talassemia). 	<ul style="list-style-type: none"> • Doenças autoimunes, doenças respiratórias (asma, DPOC), doenças hepáticas, tireoidopatias, doença renal, infecção urinária, DST, tuberculose, hanseníase, malária, rubéola, sífilis, outras doenças infecciosas. • Avaliar sinais de depressão, transtornos mentais, epilepsia, neoplasias, desnutrição, excesso de peso, cirurgia bariátrica.
		<ul style="list-style-type: none"> • Idade na primeira gestação; • Nº de gestações anteriores, partos (termo, pré e pós-termo; tipo e intervalo), abortamentos e perdas fetais; gestações múltiplas; • Número de filhos vivos, peso ao nascimento, recém-nascidos com história de icterícia, hipoglicemia ou óbito neonatal e pós-neonatal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Intercorrências em gestações anteriores como síndromes hemorrágicas ou hipertensivas, isoimunização Rh, diabetes gestacional, incompetência istmocervical, gravidez ectópica; • Intercorrências no puerpério; • Experiência em partos anteriores; • Malformações congênitas; mola hidatiforme, gravidez anembrionada ou ovocego.
		<ul style="list-style-type: none"> • Ciclos menstruais; • História de infertilidade; • Resultado do último exame preventivo de câncer de colo uterino. 	<ul style="list-style-type: none"> • História de útero bicorno, malformações uterinas, miomas submucosos, miomas intramurais com mais de 4 cm de diâmetro ou múltiplos, cirurgias ginecológicas e mamária, implantes, doença inflamatória pélvica.
	1ª consulta	<ul style="list-style-type: none"> • História de aleitamento em outras gestações, tempo, intercorrências ou desmame precoce. 	<ul style="list-style-type: none"> • Desejo de amamentar.

ENTREVISTA	QUANDO AVALIAR	O QUE AVALIAR	
Saúde bucal	1ª consulta	<ul style="list-style-type: none"> Antecedentes ou história atual de sangramento gengival, mobilidade dentária, dor, lesões na boca, infecções, pulpites, cáries, doença periodontal ou outras queixas. 	<ul style="list-style-type: none"> Hábitos de higiene bucal como rotina de escovação e uso de fio dental; Data da última avaliação de saúde bucal.
Antecedentes familiares	1ª consulta	<ul style="list-style-type: none"> Doenças hereditárias; Gemelaridade; Diabetes; Hanseníase; Transtorno mental; Doença neurológica; Grau de parentesco com o pai do bebê. 	<ul style="list-style-type: none"> Pré-eclâmpsia; Hipertensão; Tuberculose; Câncer de mama ou ovário; Deficiência e malformações; Parceiro com DST ou HIV/AIDS.

Quadro 5 - Exame físico geral e específico no pré-natal de baixo risco

QUANDO AVALIAR?	O QUE AVALIAR/COMO AVALIAR?	O QUE FAZER?
1ª consulta 2º trimestre 3º trimestre	Pele e mucosas <ul style="list-style-type: none"> Cor; lesões; hidratação; turgor; cloasma; tumorações; manchas. 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar orientações específicas. Avaliação médica na presença de achados anormais.
1ª consulta	Exame bucal <ul style="list-style-type: none"> Verificar alterações de cor da mucosa, hidratação, esmalte dentário, cáries, presença de lesões, sangramento, inflamação e infecção. Dentes; língua; gengiva; palato. 	<ul style="list-style-type: none"> Encaminhar todas as gestantes para avaliação odontológica, pelo menos uma vez, durante a gestação.
1ª consulta	Região cervical <ul style="list-style-type: none"> Palpação de tireoide. 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar orientações específicas; Avaliação médica na presença de achados anormais.
1ª consulta 2º trimestre 3º trimestre	Tórax <ul style="list-style-type: none"> Avaliação pulmonar. Avaliação cardíaca. 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar orientações específicas. Avaliação médica na presença de achados anormais.
Todas as consultas	Dados vitais Avaliar sentada ou em decúbito lateral esquerdo: <ul style="list-style-type: none"> Pulso; Frequência respiratória; Aferição de pressão arterial (PA); Frequência cardíaca; Temperatura axilar. 	<ul style="list-style-type: none"> Valores persistentes de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou diastólica ≥ 90 mmHg (em três ou mais avaliações de saúde, em dias diferentes, com duas medidas em cada avaliação) caracterizam hipertensão arterial (HA) na gestação e devem ser acompanhadas no alto risco PA entre 140/90 e 160/110 mmHg, assintomática e sem ganho de peso > 500g semanais, fazer proteinúria, agendar consulta médica imediata, solicitar USG e referir ao alto risco para avaliação. Elevação ≥ 30 mmHg da PA sistólica e/ou ≥ 15 mmHg de diastólica em relação à PA anterior à gestação ou até a 16ª sem, controlar com maior frequência para identificar HA. Se assintomática e PA $< 140/90$ mmHg, reavaliar frequentemente e orientar medidas alimentares.

QUANDO AVALIAR?	O QUE AVALIAR/COMO AVALIAR?	O QUE FAZER?
Todas as consultas	Dados vitais (continuação) Avaliar sentada ou em decúbito lateral esquerdo: <ul style="list-style-type: none"> • Pulso; • Frequência respiratória; • Aferição de pressão arterial (PA); • Frequência cardíaca; • Temperatura axilar. 	<ul style="list-style-type: none"> • PA > 160/110 mmHg ou PA > 140/90 mmHg e proteinúria positiva e/ou sintomas de cefaleia, epigastria, escotomas e reflexos tendíneos aumentados, referir com urgência à maternidade. • Gestantes com HAS prévia e em uso de medicação anti-hipertensiva devem ser acompanhadas no pré-natal de alto risco.
1ª consulta	Mamas <ul style="list-style-type: none"> • Inspeção estática e dinâmica, avaliando simetria, alterações do contorno, abaulamento ou espessamento da pele, coloração, textura, circulação venosa, tipo de mamilo. • Palpação de mamas, região supraclavicular e axilar em busca de alterações de textura, nódulos, abaulamentos, entre outros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar orientações específicas. • Para as condutas nos achados anormais, consultar manual de prevenção do câncer de mama.
	Avaliação nutricional 1) Medida de peso em todas as avaliações e medida inicial de altura (a altura em gestantes com menos de 20 anos deverá ser mensurada a cada trimestre). 2) Cálculo do IMC e classificação do estado nutricional baseado na semana gestacional, de acordo com a tabela específica (ao digitar no sispre-natal o cálculo é feito automático).	Baixo peso: <ul style="list-style-type: none"> • Verificar alimentação, hiperêmese gravídica, anemia, parasitose intestinal, outros. • Orientar planejamento dietético e acompanhar em intervalos menores, com apoio do NASF. Excesso de peso: <ul style="list-style-type: none"> • Verificar história, presença de edema, elevação da PA, macrossomia, gravidez múltipla, polidramnion; • Orientar alimentação adequada e saudável e acompanhar em intervalos menores, com apoio do NASF.
1ª consulta 2º trimestre 3º trimestre	Avaliação nutricional 3) Caracteriza-se risco nutricional: extremos de peso inicial (< 45 kg e > 75 kg); curva descendente ou horizontal; curva ascendente com inclinação diferente da recomendada para o estado nutricional inicial. 4) Adolescentes com menarca há menos de dois anos geralmente são classificadas, equivocadamente, com baixo peso; nesse caso, observar o comportamento da curva. Se a menarca foi há mais de dois anos, a interpretação dos achados assemelha-se à de adultas. 5) Monitoramento do ganho de peso de acordo com a classificação inicial nutricional ou pela curva no Gráfico de Acompanhamento Nutricional da Gestante, do Cartão da Gestante, baseado no IMC.	Recomenda-se: Acompanhamento com intervalos menores, apoio do NASF e encaminhamento ao alto risco para os casos que persistem com ganho de peso inadequado.

QUANDO AVALIAR?	O QUE AVALIAR/COMO AVALIAR?	O QUE FAZER?
1ª consulta 2º trimestre 3º trimestre	Edema <ul style="list-style-type: none"> Inspeção na face e membros superiores. Palpação da região sacra, com a gestante sentada ou em decúbito lateral. Palpação de membros inferiores (MMII), região pré-maleolar e pré-tibial, com a gestante em decúbito dorsal ou sentada, sem meias. Observar varizes e sinais flogísticos. 	Resultados <ul style="list-style-type: none"> (-) ou ausente: monitorar rotineiramente. (+) apenas no tornozelo – observar; pode ser postural, pelo aumento de temperatura ou tipo decalçado. (++) em membros inferiores + ganho de peso + hipertensão – orientar decúbito lateral esquerdo, pesquisar sinais de alerta e movimentos fetais, agendar retorno em sete dias; se hipertensão e/ou proteinúria presente, encaminhar ao alto risco. (+++ em face, membros e região sacra, ou edema observado ao acordar pela manhã, independentemente de ganho de peso e hipertensão. Suspeita de pré-eclâmpsia; encaminhar para avaliação médica e ao alto risco. Unilateral de MMII, com sinais flogísticos dor – suspeita de tromboflebite e trombose venosa profunda; encaminhar para avaliação médica e ao alto risco.
De acordo com a necessidade, orientados pela história e queixas da gestante	Região inguinal e perineal <ul style="list-style-type: none"> Inspeção de vulva. Palpação de linfonodos. Região anal. 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar orientações específicas. Avaliação médica na presença de achados anormais.
De acordo com a necessidade orientada pela história e queixas da gestante	Exame Especular	<ul style="list-style-type: none"> Realizar colpocitopatologia oportuna, de acordo com a necessidade. <p>Não há contraindicação no uso da escova endocervical, não havendo mudanças na coleta da gestante.</p> <p>Não há restrição quanto à idade gestacional para a coleta da citologia.</p>
De acordo com a necessidade orientados pela história e queixas da gestante	Toquebimanual <ul style="list-style-type: none"> Avaliar condições do colo uterino (permeabilidade). Sensibilidade à movimentação uterina e anexos. Volume uterino (regularidade e compatibilidade com a amenorreia). 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar orientações específicas e avaliação médica, se necessário.
1ª consulta 2º trimestre 3º trimestre	Abdome <ul style="list-style-type: none"> Palpação abdominal. Palpação obstétrica <ul style="list-style-type: none"> Para identificação da situação e apresentação fetal (polo cefálico, pélvico e dorso fetal) e acompanhamento da altura uterina. Em torno da 36ª s IG, recomenda-se a determinação da apresentação fetal (cefálica e pélvica). Determinar a situação fetal (longitudinal, transversa e oblíqua) colocando as mãos sobre as fossas ilíacas, deslizando-as em direção à escava pélvica e abarcando o polo fetal que se apresenta. A situação longitudinal é a mais comum. 	Recomendação <p>A situação transversa e a apresentação pélvica ao final da gestação podem trazer risco ao parto, e a gestante deve ser encaminhada para a maternidade de referência.</p>

QUANDO AVALIAR?	O QUE AVALIAR/COMO AVALIAR?	O QUE FAZER?
Todas as consultas, após a 12ª semana de gestação	Medida da alturauterina <ul style="list-style-type: none"> Indica o crescimento fetal e a medida deve ficar dentro da faixa que delimita os percentis 10 e 90 do gráfico de crescimento uterino de acordo com a idade gestacional Após delimitar o fundo uterino e aborda superior da sínfise púbica, fixar a extremidade da fita métrica inelástica na primeira e deslizá-la com a borda cubital da mão pela linha mediana do abdome até a altura do fundo uterino. 	Recomendação <ul style="list-style-type: none"> Traçados iniciais abaixo ou acima da faixa devem ser medidos novamente em 15 dias para descartar erro da idade gestacional e risco para o feto. Nas avaliações subsequentes, traçados persiste acima ou abaixo da faixa e com inclinação semelhante indicam provável erro de idade gestacional; encaminhar para avaliação médica para confirmação da curva, verificar a necessidade de solicitação de ultrassonografia ou referência ao alto risco. Se a inclinação for diferente, encaminhar para o alto risco.
Todas as consultas, a partir da 10ª a 12ª semana de gestação	Auscultados batimentos cardio fetais <ul style="list-style-type: none"> Audível com uso de sonar doppler da 10ª/12ª semana até a 20ª semana de gestação. Audível com uso de estetoscópio de Pinard a partir da 20ª semana. Verificar ritmo, frequência e regularidade dos BCF. Contar número de BCF em um minuto. A frequência esperada é de 110 a 160bpm. 	Recomendação <ul style="list-style-type: none"> Alterações persistentes da frequência dos BCF devem ser avaliadas pelo médico ou na maternidade de referência, assim como após a 24ª semana o BCF não audível e não percepção de movimentos fetais e/ou se não ocorreu crescimento uterino. Ocorre aumento transitório da frequência na presença de contração uterina, movimento fetal ou estímulo mecânico. Se ocorrer desaceleração durante e após contração, pode ser sinal de preocupação. Nestas condições, referir para avaliação em serviço de maior densidade tecnológica ou maternidade.
1ª consulta 2º trimestre 3º trimestre	Determinação aproximada da idade gestacional por exame obstétrico <p>Pela medida da altura do fundo do útero, de acordo com os seguintes parâmetros:</p> <ul style="list-style-type: none"> até a 6ª semana, não ocorre alteração do tamanho uterino; 8ª semana – o útero corresponde ao dobro do tamanho normal; 10ª semana – o útero corresponde a três vezes o tamanho habitual; 12ª semana – o útero enche a pelve, de modo que é palpável na sínfise púbica; 16ª semana – o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical; pela percepção do início dos movimentos fetais (entre a 18ª e 20ª semana em geral); 20ª semana – o fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical; 20ª até 30ª semana – relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina; 30ª semana em diante – parâmetro menos fiel. A situação fetal transversa reduz a medida de altura uterina e pode falsear a relação com a idade da gestação. <p>Cálculo da idade gestacional</p>	Recomendação <p>A idade gestacional deve ser calculada a partir da DUM .</p> <p>Na impossibilidade de identificação da idade gestacional por esse parâmetro, a USG no primeiro trimestre é o método mais fidedigno de datação da gestação.</p>

Quadro 6 – Roteiro para solicitação de exames no pré-natal baixo risco

PERÍODO	EXAMES
1ª consulta ou 1º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hemograma ✓ Tipagem sanguínea e fator Rh ✓ Coombs indireto (se for Rh negativo) ✓ Glicemia de jejum ✓ Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL ✓ Teste rápido diagnóstico anti- HIV e/ou Anti HIV ✓ Teste rápido para hepatite B e C ✓ Toxoplasmose IgG e IgM ✓ Sorologia para hepatite B (HbsAg) – Caso não tenha teste rápido ✓ Sorologia para hepatite C (Anti-HCV) – Caso não tenha teste rápido. (Não há tratamento na gravidez, mas é necessário o diagnóstico precoce). ✓ Urina tipo I – urocultura e antibiograma ✓ Ultrassonografia Obstétrica ✓ Parasitológico de fezes (se houver indicação clínica) ✓ Eletroforese de hemoglobina ✓ Tipagem sanguínea e fator Rh do pai, caso gestante Rh (-).
2º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Teste de tolerância para glicose com 75g, se glicemia estiver acima de 85 mg/dl ou se houver fator de risco (realize este exame preferencialmente entre a 24ª e a 28ª semana). ✓ Combs Indireto (se for Rh negativo) ✓ <u>Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL.</u> ✓ Citopatológico de colo de útero (caso não tenha realizado em tempo oportuno) – Realizar este exame após 20ª semana gestação. <p><u>Não há necessidade de exames de rotina neste trimestre, só casos pontuais.</u></p>
3º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Hemograma ✓ Glicemia de jejum ✓ Combs Indireto (se for Rh negativo) ✓ Teste rápido de triagem para sífilis e/ou VDRL ✓ Teste rápido diagnóstico anti- HIV e/ou Anti HIV ✓ Sorologia para hepatite B (HbsAg) - Caso não tenha teste rápido ✓ Urina tipo I – urocultura e antibiograma ✓ Repita o exame de toxoplasmose se IgG não for reagente no 1º trimestre. ✓ Bacterioscopia de secreção vaginal (a partir de 37 semanas de gestação).

Fonte: Brasil, 2005/2012 – Adaptado a realidade do município de Itajaí/SC

Segundo as evidências científicas disponíveis, o rastreamento de condições clínicas pode ser ou não recomendado rotineiramente durante o pré-natal:

- **Vaginose bacteriana assintomática:** não deve ser oferecido, pois as evidências sugerem que a identificação e o tratamento dessa condição não diminuem o risco de parto prematuro e outros problemas reprodutivos.
- **Chlamydia trachomatis assintomática:** não deve ser realizado, porque não há evidência suficiente da sua efetividade e do custo/efetividade.
- **Cytomegalovirus:** a evidência disponível não embasa o rastreamento de rotina.
- **Streptococcus do grupo B:** não deve ser realizado, porque a evidência de sua efetividade clínica permanece incerta.
- **Ecografia Obstétrica:** na ausência de indicações específicas a época ideal é em torno de 16ª a 20ª semanas, quando podemos detectar malformações fetais e calcular a idade gestacional.
- **Rubéola:** Não existem indicações para solicitar o exame de rotina no pré-natal para rubéola em gestantes, somente quando ela for suspeita ou se a mesma for contato com uma pessoa com doença exantemática (NT Nº 21/2011) – Anexo 1.

Quadro 7– Interpretação dos exames de rotina no pré-natal de baixo risco

EXAME	PERÍODO	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	O QUE FAZER?
Hemoglobina e hematócrito	1ª consulta 3º 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, conforme descrito no Fluxograma 2 Se anemia grave, encaminhar ao pré-natal de alto risco.
Eletroforese de hemoglobina*	1ª consulta	<ul style="list-style-type: none"> HbAA: sem doença falciforme; HbAS: heterozigose para hemoglobina S ou traço falciforme, sem doença falciforme. HbAC: heterozigose para hemoglobina C, sem doença falciforme. HbA com variante qualquer: sem doença falciforme; HbSS ou HbSC: doença falciforme. 	<ul style="list-style-type: none"> As gestantes com traço falciforme devem receber informações e orientações genéticas pela equipe de Atenção Básica. As gestantes diagnosticadas com doença falciforme devem ser encaminhadas ao serviço de alto risco.
Tipo sanguíneo e fator Rh	1ª 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 24ª 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: referenciar ao alto risco. Coombs indireto negativo: 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.
Teste de tolerância à glicose (jejum e 2 horas pós-sobrecarga com 75 g de glicose anidro)	24 - 28ª semanas**	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico de DMG na presença de qualquer um dos seguintes valores: em jejum > 110mg/dl; após 2 horas > 140mg/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. Ver Fluxograma 3

EXAME	PERÍODO	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	O QUE FAZER?
Teste rápido para sífilis ou VDRL	1ª consulta 2º trimestre 3º trimestre (28ª sem.)	<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 	Ver Fluxograma 4.
Teste rápido para HIV ou sorologia anti - HIV 1/2	1ª consulta 3º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> • Teste rápido não reagente: normal. • Teste rápido reagente e sorologia positiva: confirmar HIV positivo. 	Ver Fluxograma 5.
Sorologia Hepatite B (HBsAg)	1ª consulta 3º trimestre	<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, independente da idade.
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 > 10mg/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. (ver fluxograma 6)

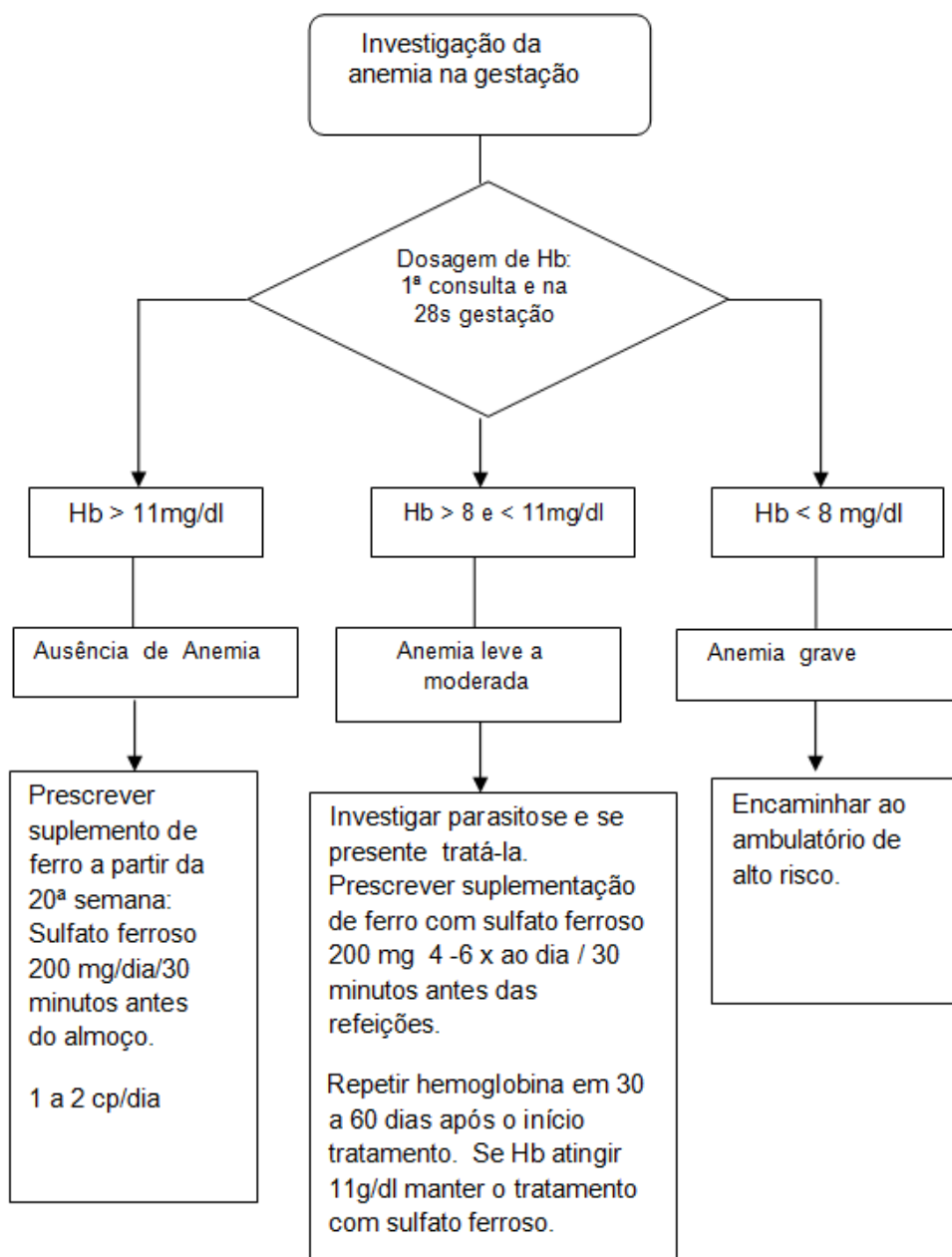
EXAME	PERÍODO	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	O QUE FAZER?
Urocultura e antibiograma	1ª consulta 3º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> • Urocultura negativa: <100.000 und.formadoras de colônias por mL(UFC/mL). • Urocultura positiva: >100.000 UFC/mL. • Antibiograma: indica os antibióticos que podem ser utilizados no tratamento. 	Ver Fluxograma 6 - 7
Parasitológico de fezes	Quando anemia presente ou outras situações sugestivas	<ul style="list-style-type: none"> • Negativo: ausência de parasitos. • Positivo: conforme descrição de parasitos. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
Parasitológico de fezes	Quando anemia presente ou outras situações sugestivas	<ul style="list-style-type: none"> • Negativo: ausência de parasitos. • Positivo: conforme descrição de parasitos. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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.
Toxoplasmose IgG e IgM	1ª consulta 3º trimestre***	<ul style="list-style-type: none"> • IgG e IgM reagentes: 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 exame. • IgM e IgG não reagente: suscetível – orientar medidas de prevenção e repetir o exame no 3º trimestre. 	<p>Fornecer orientações sobre prevenção primária para as gestantes suscetíveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> • 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. <p>Ver Fluxograma 8.</p>

Quadro 8 – Solicitação de ultrassonografia no pré-natal de baixo risco

PERÍODO	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS ECONDUTAS
1º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> Com base nas evidências existentes, a ultrassonografia de rotina nas gestantes de baixo risco não confere benefícios à mãe ou ao recém-nascido (grau de recomendação A). Ultrassonografia precoce pode auxiliar no diagnóstico oportuno das gestações múltiplas, na datação mais acurada da idade gestacional, reduzindo, dessa forma, o número de induções por gestação prolongada, além de evidenciar a viabilidade fetal. Datação da idade gestacional por USG: deverá sempre ser baseada na 1ª USG realizada e nunca ser recalculada com USG posteriores; quanto maior o tempo de gestação, maior a margem de erro no cálculo da IG pelo USG em comparação com a DUM confiável. O desvio esperado no cálculo pelo USG é em torno de 8% em relação à DUM. No primeiro trimestre, o desvio esperado no cálculo da idade gestacional é de três a sete dias (aumentando o intervalo, o número de dias, quanto maior a IG). Se a DUM estiver dentro da variação esperada, considerá-la para cálculo; se a diferença for maior, considerar a USG. Não recalculer durante a gravidez. Rastreamento de aneuploidias no primeiro trimestre: entre a 11ª e a 13ª semana de gestação, a medida da translucência nugal (TN) associada à idade materna identifica cerca de 75% dos casos de trissomia do cromossomo 21. No entanto, a indicação deste exame deve estar sempre sujeita à disponibilidade local de recursos e ao desejo dos pais de realizar o exame após esclarecimentos sobre as implicações do exame, indicação, limitações, riscos de falso-positivos e falso-negativos (grau de recomendação B); deve-se também ponderar, sobre a qualificação da equipe responsável pelo rastreamento, a necessidade de complementar o exame com pesquisa de cariótipo fetal nos casos de TN aumentada, a implicação psicológica do teste positivo (incluindo falso-positivos) e o impacto no nascimento de portadores da síndrome genética.
2º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> Apesar de aumentar a taxa de detecção das malformações congênitas, não existem evidências de que a USG em gestantes de baixo risco melhore o prognóstico perinatal (grau de recomendação A). Entre 18 e 22 semanas, os órgãos fetais já estão formados e são de visualização mais precisa, de modo que este é o momento mais adequado para fazer o rastreamento de malformações, caso se opte por fazê-lo.
3º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> Revisão sistemática disponibilizada pela biblioteca Cochrane sugere que não há benefícios da USG de rotina em gestações de baixo risco após a 24ª semana de gravidez (grau de recomendação A). Em caso de suspeita da alteração do crescimento fetal, por exemplo, quando a medida da AFU está diferente do esperado, a USG pode ser ferramenta útil na avaliação.

Observação: A realização de USG em gestantes de baixo risco tem gerado controvérsias, pois não existem evidências de que melhore o prognóstico perinatal, além da grande variação da sensibilidade do método (grau de recomendação A). O Ministério da Saúde preconiza **1 (uma) ultrassonografia obstétrica por gestante** (Portaria MS/SAS nº 650, de 5 de outubro de 2011, Anexo III), os profissionais da Atenção básica devem conhecer as indicações do exame USG na gestação e estar habilitados para interpretar os resultados, a fim de conjuntamente com a gestante, definir o momento mais apropriado de realizar o exame, caso seja pertinente.

Fluxograma 2 – Rastreamento e conduta de anemia na gestação

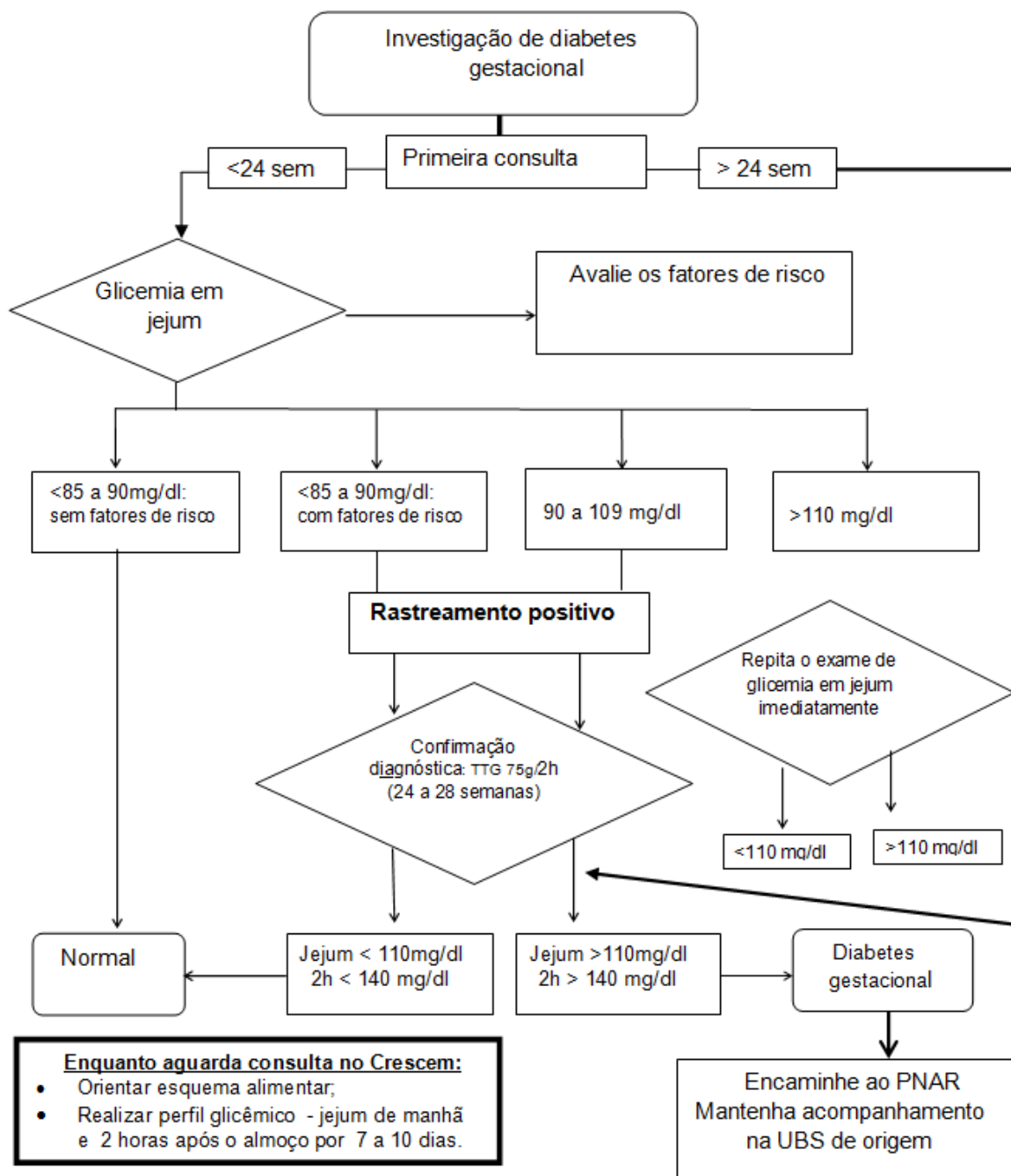


Sulfato ferroso: 1 cp de 200 mg de Fe = 40mg de Fe elementar
 Profilático 1 – 2 cp – tratamento 4 – 6 cp
 Administre longe das refeições e preferencialmente com suco cítrico.

Quando houver prescrição de medicação endovenosa para gestante, a medicação deverá ser realizada na unidade de referencia da gestante (mais próxima de sua casa).

Fonte: Brasil 2012.

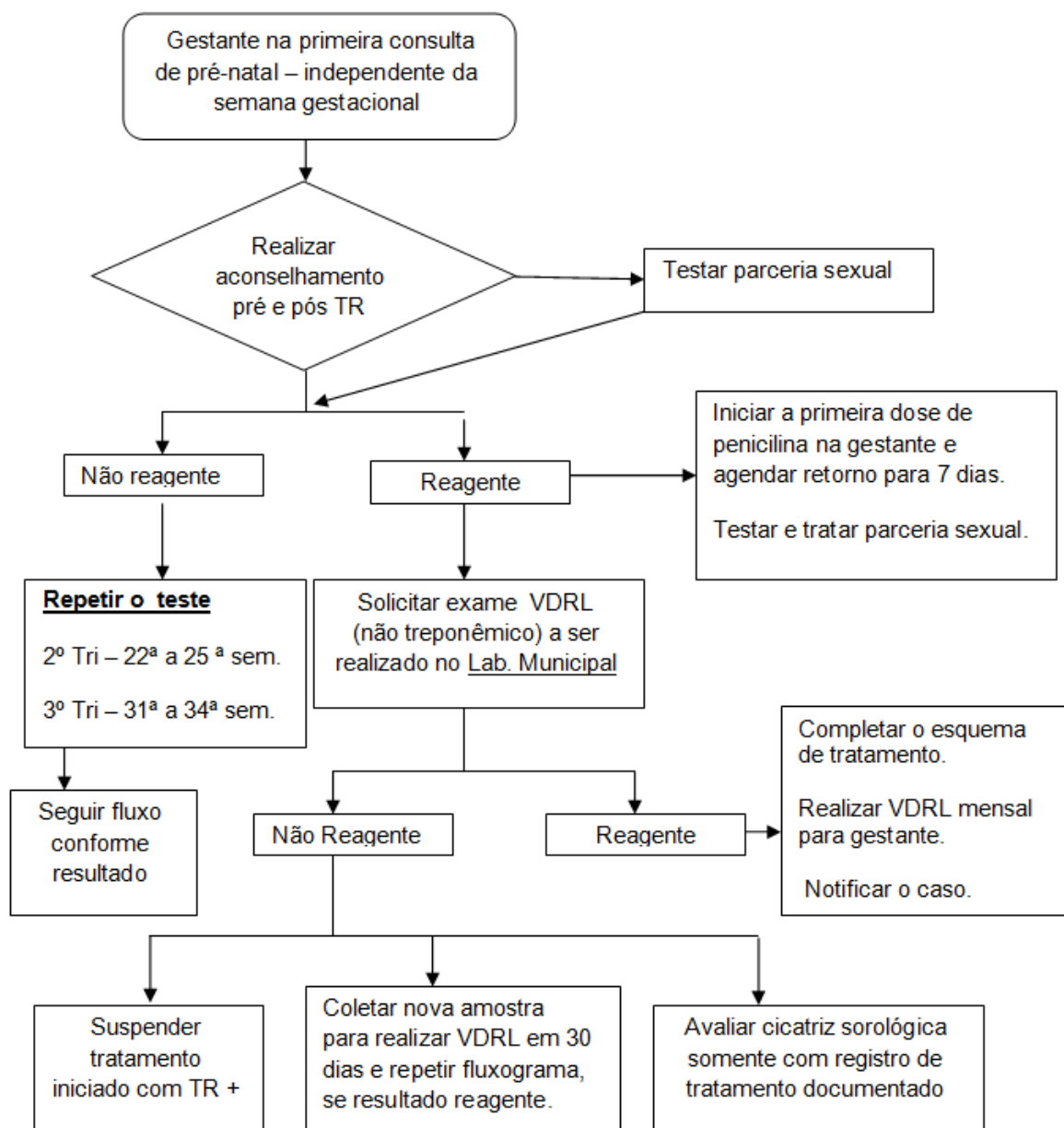
Fluxograma 3 - Rastreamento e investigação de diabetes gestacional



Fatores de risco para diabetes mellitus

- Idade de 35 anos ou mais;
- Sobrepeso, obesidade ou ganho de peso excessivo na gestação atual;
- Deposição central excessiva de gordura corporal;
- Baixa estatura (< 1,50m);
- Crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual;
- Antecedentes obstétricos de abortamento de repetição, malformações, morte fetal ou neonatal, macrosomia (peso > 4,5Kg) ou DMG;
- História familiar de DM em parentes de 1º grau;
- Síndrome de ovários policísticos.

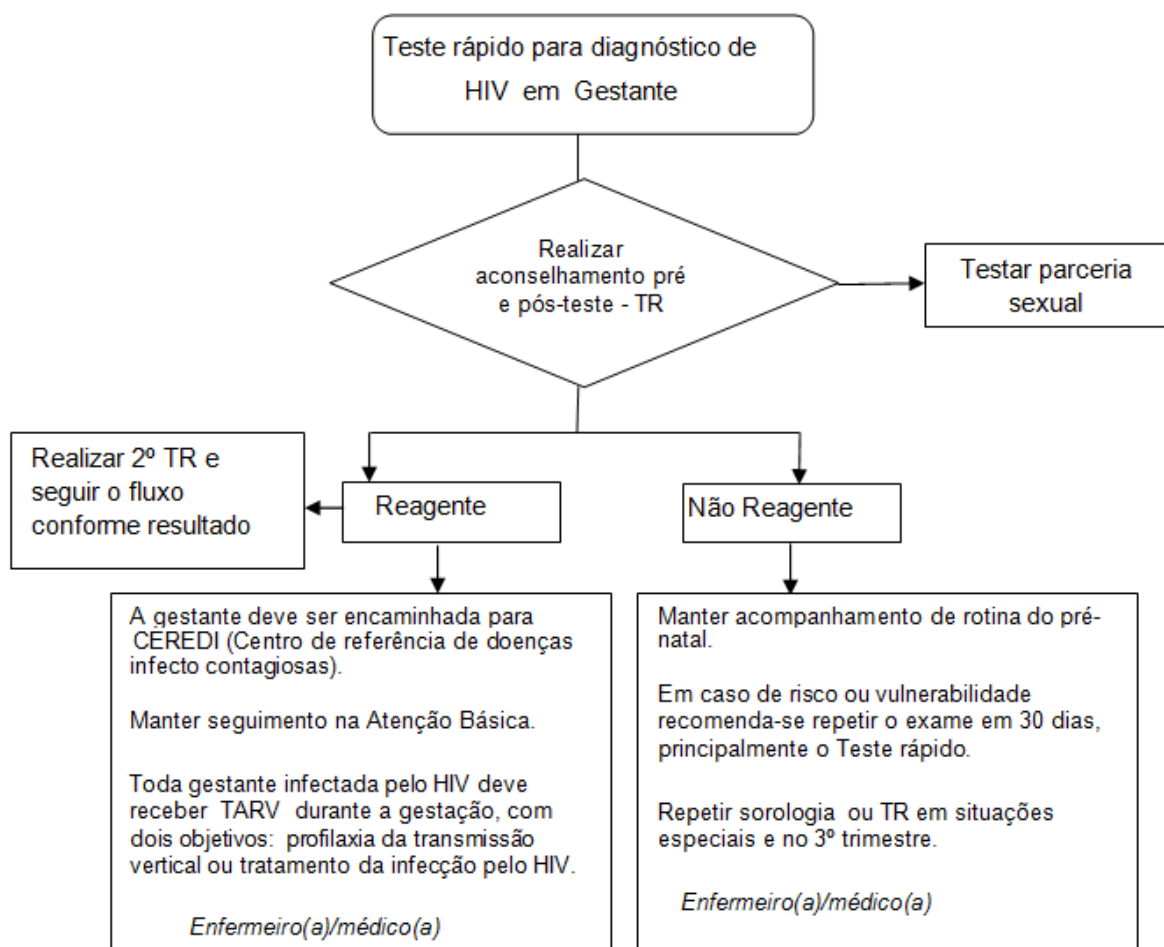
Fluxograma 4 – Realização de teste rápido para triagem de sífilis - TR



Parcerias sexuais de pessoas com sífilis deverão:

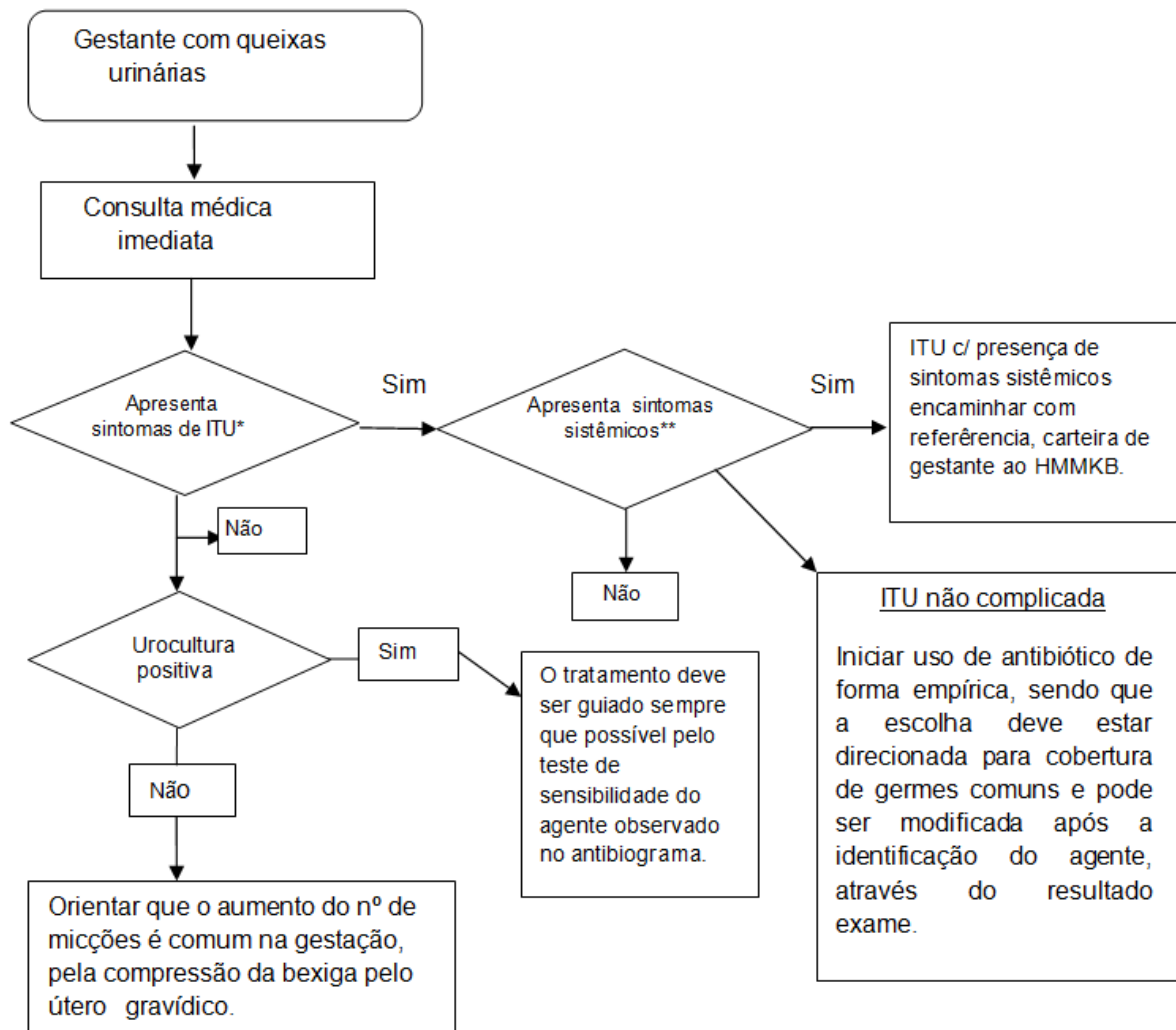
- 1) Realizar testes imunológicos – Teste rápido;
- 2) Realizar tratamento com esquema de sífilis latente tardia, na ausência de sinais e sintomas e quando possível estabelecer a fase da infecção.
- 3) Tratar o parceiro concomitante com a gestante.

Fluxograma 5 – Teste rápido para diagnóstico de HIV



- O diagnóstico reagente da infecção pelo HIV deve ser realizado mediante pelo menos duas etapas de testagem (etapas 1 e 2).
- Eventualmente, podem ocorrer resultados falso-positivos. A falsa positividade na testagem é mais frequente na gestação do que em crianças, homens e mulheres não grávidas e pode ocorrer em algumas situações clínicas, como no caso de doenças autoimunes.
- Diagnóstico com testes rápidos: a possibilidade de realização do diagnóstico da infecção pelo HIV em uma única consulta, com o teste rápido, elimina a necessidade de retorno da gestante ao serviço de saúde para conhecer seu estado sorológico e possibilita a acolhida imediata, no SUS, das gestantes que vivem com HIV.
- Nos casos de gestantes já sabidamente HIV positiva ou em uso de antirretroviral, encaminhar para acompanhamento em serviço de pré-natal de alto risco e atentar para a prevenção de transmissão vertical. As gestantes HIV positivas não devem amamentar, a forma láctea é fornecida gratuitamente no CEREDI até o 6º mês de idade.

Fluxograma 6 – Infecção urinária na gestação



* Sintomas de infecção do trato urinário (ITU):

Dor ao urinar;
Dor suprapúbica;
Urgência miccional;
Aumento da frequência urinária;
Nictúria;
Estrangúria;
Presença de sangramento visível na urina.

** Sintomas sistêmicos:

Febre;
Taquicardia;
Calafrios;
Náuseas;
Vômitos;
Dor lombar com sinal de Giordano +
Dor abdominal.

Quadro 9- Antibióticos para tratamento da ITU em gestantes

Antibiótico	DOSE/DIA	Via admin.	Dose /cápsula	Posologia
Cefalexina	2g/dia	Via oral	500mg	1 drágea 6/6h, por 7 a 10 dias.
Amoxicilina	1,5g/dia	Via oral	500mg	1 cp. de 8/8 h, por 7-10 dias
Nitrofurantoína	400mg/dia	Via oral	100mg	1 cp. de 6/6h, por 10 dias.

CONTROLE DE CURA

Em todos os casos de infecção urinária, deve-se realizar cultura de urina para controle de cura de uma a duas semanas após o término do tratamento.

Na presença de duas infecções de trato urinário baixo, a gestante deve ser mantida com profilaxia de ITU até o final da gestação e realizar urocultura a cada 6 semanas para controle. A profilaxia será feita com Nitrofurantoína 100mg/dia ou Amoxicilina 500 mg/dia.

Após o tratamento de pielonefrite, a mulher deve ingerir nitrofurantoína (100mg/dia) até a 37ª ou a 38ª semana de gravidez .

RECOMENDAÇÕES:

- Solicitar ultrassonografia de vias urinárias em pacientes com duas ou mais ITUs na gestação.
- A solicitação do exame de urina, urocultura e TSA pode ser solicitado pelo profissional enfermeiro e ou médico. O resultado do exame deverá ser avaliado pelo profissional médico .

O Comitê de Mortalidade Materno-infantil do Município de Itajaí/SC após avaliações nos anos de 2013, 2014 e 2015 em vários prontuários de óbitos infantis, constatou que na maioria dos casos estudados esteve presente a **INFECÇÃO URINÁRIA NA GESTANTE**.

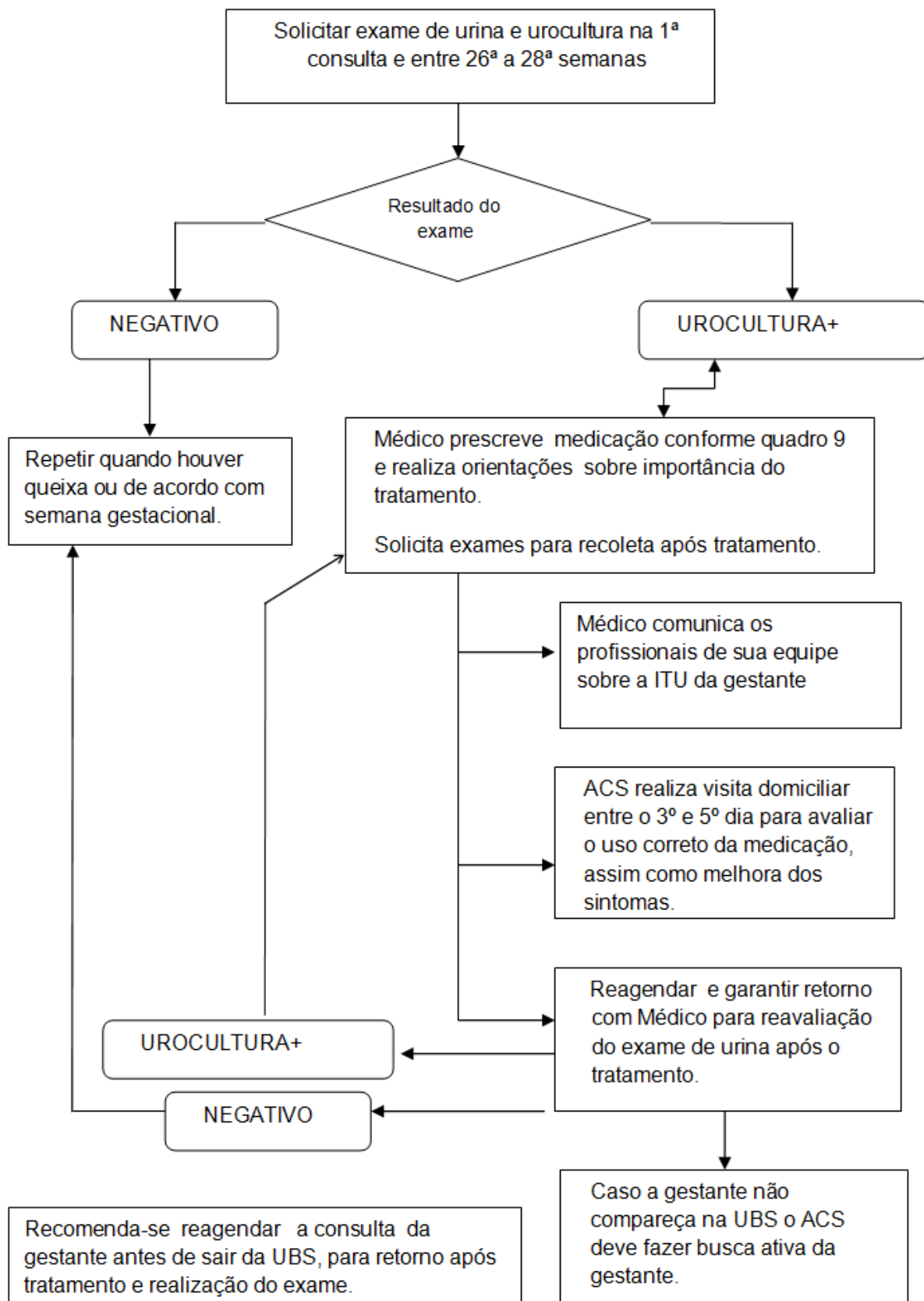
Outro dado importante oriundo do Centro de neonatologia do Hospital Maternidade Marieta Konder Bornhausen, é quanto aos nascimentos prematuros complicados por Infecção Urinária na gestante. Apesar de saber-se que não há apenas uma causa determinante da prematuridade e que apenas a presença da infecção urinária não foi diretamente associada à mortalidade neonatal, porque está tem causa multifatorial, recomendou-se que:

- A ITU na gestação seja acompanhada com maior rigor e prioridade, objetivando a diminuição de óbitos evitáveis e associações aos nascimentos de prematuros.

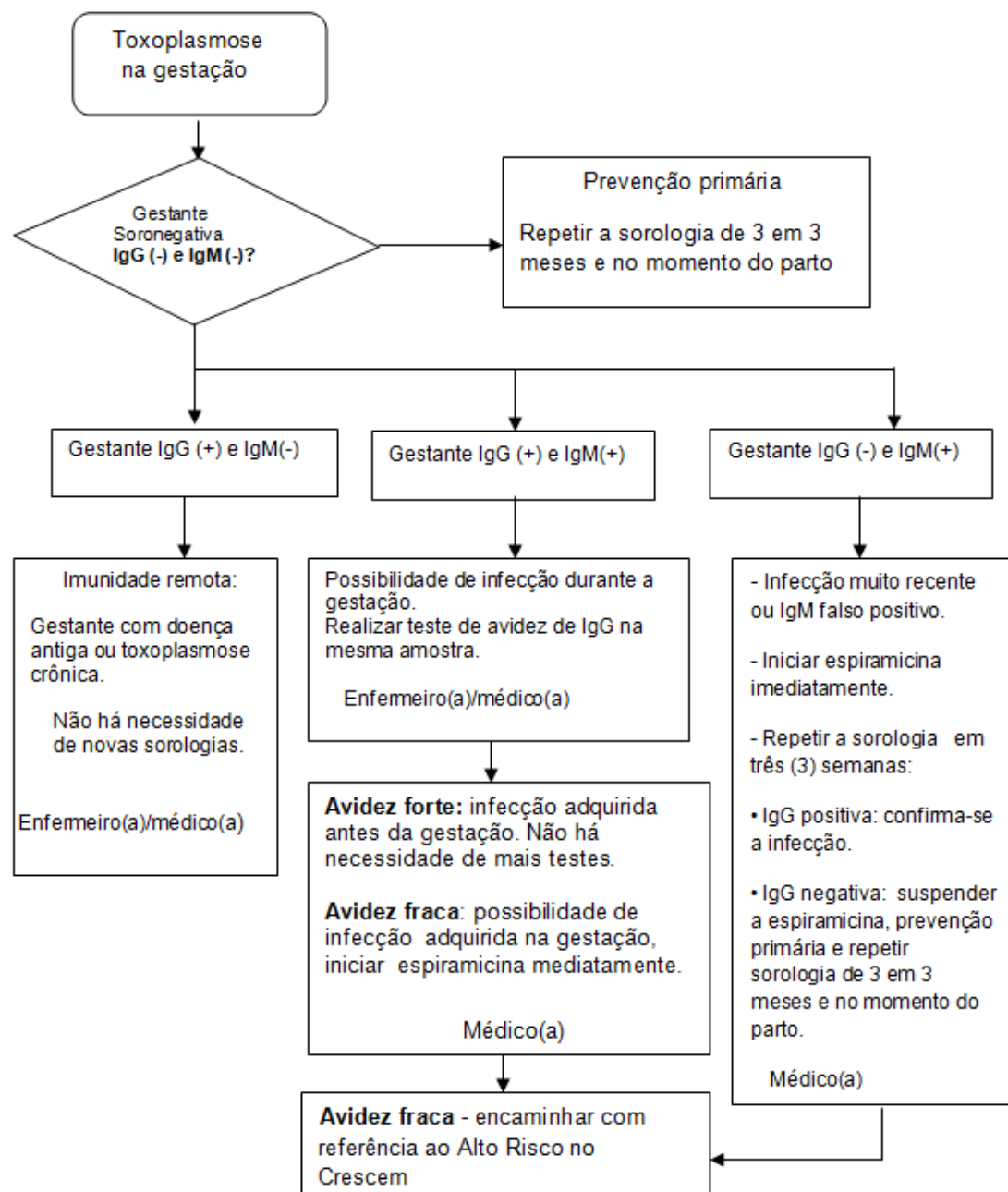
Acatando essa recomendação foi elaborado um fluxograma para o município de Itajaí, onde as gestantes que apresentarem ITU tenham uma vigilância diferenciada.

A seguir, o fluxograma que deverá ser seguido por todos os membros da equipe de saúde.

Fluxograma 7 – Vigilância e seguimento da gestante com infecção urinária



Fluxograma 8 – Toxoplasmose na gestação



Fonte: Brasil, 2012

- Confirmada a infecção aguda antes da 30ª semana, deve-se manter a espiramicina (1g–3.000.000UI) de 8/8 horas, via oral, continuamente até o final da gravidez.
- Se a infecção se der após a 30ª semana, recomenda-se instituir o tratamento triplice materno: pirimetamina (25 mg), de 12/12 horas, por via oral; sulfadiazina (1.500 mg), de 12/12 horas, por via oral; e ácido fólico (10 mg/dia) – este imprescindível para a prevenção de aplasia medular causada pela pirimetamina.
- Em gestantes com infecção aguda, deve-se realizar USG mensal para avaliar alterações morfológicas fetais e, caso haja alterações, encaminhar para o serviço especializado.
- Se há suspeita de infecção aguda materna, deve-se encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco – Crescem.
- Se idade gestacional > 30 semanas, não é necessário avaliar o líquido amniótico. Inicia-se esquema triplice pela alta probabilidade de infecção fetal.

Quadro 10 – 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 em qualquer idade gestacional 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.

Quadro 11 – Relação de medicamentos essenciais na atenção ao pré-natal

MEDICAMENTO	USO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	GRAU DESEGURANÇA	
				Gestação	Lactação
Aciclovir	Herpes simples	Comp. (200mg)	200-400 mg, 5x/dia (10 dias se primo infecção e 5 dias na recorrência)	C	B
Ácido acetilsalicílico	Lúpus eritematoso sistêmico Síndrome antifosfolípide	Comp. (100 mg)	500 mg, 1- 4 x/dia (antipirético e analgésico) 100 mg, 1x/dia (profilaxia de pré-eclâmpsia)	C/D	C
Ácido fólico	Prevenção de defeitos do tubo neural Anemia Anemia megaloblástica	Solução oral (0,2 mg/ml)	40 gotas/dia – dose usual Anemia: até a cura e durante o puerpério. Prevenção de defeitos do tubo neural: pelo menos 30 dias antes da data em que se planeja engravidar até o final da gestação.	A	A
Ácido fólico	Toxoplasmose Feto infectado	Comp (15mg)	1 comprimido, 1x/dia (durante três semanas seguidas, com pausa de três semanas, da época de diagnóstico da infecção fetal até o termo da gestação).	B	B
Alfa-metildopa	Hipertensão arterial	Comp (250mg)	750-2.000mg/dia (na pré-concepção, na gestação e puerpério)	B	B
Amoxicilina	Antibioticoterapia	Cápsula (500mg)	500 mg, 8/8horas (de 7 a 10dias)	B	B
Azitromicina	Antibioticoterapia	Comp (500mg)	500 mg, dose única diária (por 3dias) 1,5-2 g em dose única	C	B
Carbamazepina	Epilepsia	Comp. (200 mg) Xarope (20mg/ml)	200-400 mg, dose única diária	D	B
Cefalexina	Infecção urinária Bacteriúria	Cápsula (500mg) Suspensão oral (50 mg/ml)	500 mg, 6/6horas (por 7 dias)	B	B
Ceftriaxona	Infecção urinária Cervicite Septicemia	Pó para solução injetável (250, 500 e 1.000mg)	2-4 g/dia, EV (de 7 a 10 dias)	B	B
Clindamicina	Vaginose bacteriana Abortamento infectado Infecção puerperal Embolia pulmonar Corioamnionite	Cápsula (300 mg)	300-600 mg/dia (VO, IM ou EV) (de 7 a 10 dias) Creme vaginal 2%, 1x/dia (por 7 dias)	B	B
Diazepam	Depressão	Comp (10 mg)	2-10 mg 2- 4x/dia	D	B
Dipirona	Analgésico Antitérmico.	Comp (500 mg) Solução oral (500 mg/ml) Solução injetável (500mg/ml)	500 mg 1- 4x/dia	B	B
Eritromicina	Antibioticoterapia	Comp. (500 mg) Suspensão oral (50 mg/ml)	250-500 mg, 6/6horas (de 7 a 10dias)	D/B	B
Espiramicina	Infecção fetal por toxoplasmose	Comp (500mg)	3 g/dia (até o término da gravidez)	B	B
Fenitoína	Epilepsia	Comp (100mg)	100 mg, 3x/dia	D	B
Fenobarbital	Epilepsia	Comp (100 mg) Solução oral –gotas (40 mg/ml) Solução injetável (100mg/ml)	100-200 mg, dose única diária	D	D
Furosemida	Diurético	Comp. (40 mg) Solução injetável (10 mg/ml)	20-80 mg, dose única diária	D	D
Hidralazina	Hipertensão arterial	Comp. 50mg Solução injetável (20 mg/ml)	Uma ampola diluída em 20 ml de água destilada, administrar 5 ml da solução EV. Repetir a critério médico.	C	B

MEDICAMENTO	USO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	GRAU DESEGURANÇA	
Hidróxido de alumínio	Pirose	Suspensão oral (61,5 mg)	300-600 mg, 4-6x/dia	C	B
Insulina humana NPH e regular	Diabetes	Solução injetável (100 UI/ml)	NPH: 0,5UI/kg/dia Regular: 0,4 UI/kg/dia Adaptar segundo critério médico.	B	B
Metoclopramida	Hiperêmese	Comp. (10mg) Solução oral (4 mg/ml) Solução injetável (5 mg/ml)	10 mg, 3x/dia (VO,IM ou EV)	B	B
Metronidazol	Infecção puerperal Septicemia Abortamento infectado Corrimento vaginal	Comprimido(250 mg) Geléia 100mg	2 g, dose única; Um aplicador/dia, intravaginal (por 7 dias).	B	B
Nitrofurantoína	Infeção urinária	Comprimido(100 mg) Suspensão oral (5 mg/ml)	100 mg, 6/6horas (por 10 dias)	B/D	D
Paracetamol	Analgésico Antitérmico	Comp (500 mg) Solução oral (100 mg/ml)	500 mg, 1-4x/dia	B/D	B
Penicilina benzatina	Sífilis	Pó para solução injetável (600.000 e 1.200.000UI)	Até 2.400.000 UI(IM) com intervalo de uma semana	B	B
Pirimetamina	Toxoplasmose Feto infectado	Comp. (25mg)	25 mg, 8/8 horas(por três dias), seguidos de 25 mg, 12/12horas (durante três semanas, com intervalo de três semanas, até o termo da gestação)	C	D
Propranolol	Hipertensão arterial Hipertireoidismo	Comp. (40 mg)	20-80mg/dia	C/D	B
Rifampicina	Hanseníase Tuberculose	Cápsula (300mg)	600 mg, dose única diária	C	B
Sulfadiazina	Toxoplasmose Feto infectado	Comp. (500mg)	500 - 1.000 mg, 6/6horas	B/D	D
Sulfametoxazol + trimetoprim	Antibioticoterapia	Compr. (400+ 80mg) Solução injetável (80+ 16mg/ml) Suspensão oral (40+ 8mg/ml)	800 mg de SMZ+160 mg de TMP, 12/12 horas (de 7 a 10 dias)	C/D	D
Sulfato de magnésio a 50%	Eclâmpsia	Solução injetável (500 mg/ml)	Ataque: 4 g, em 10 min (EV); Manutenção: 2 g/hora (EV).	B	B
Sulfato ferroso	Anemia	Comprimido (40mg)	200 mg, dose única (a partir do conhecimento da gravidez até 3º mês pós-parto)	C/D	B

Legenda:

A: Estudos controlados não mostraram riscos.

B: Sem evidência de riscos em humanos.

C: O risco não pode ser afastado, só deve ser prescritos se o benefício terapêutico justificar o potencial terapêutico.

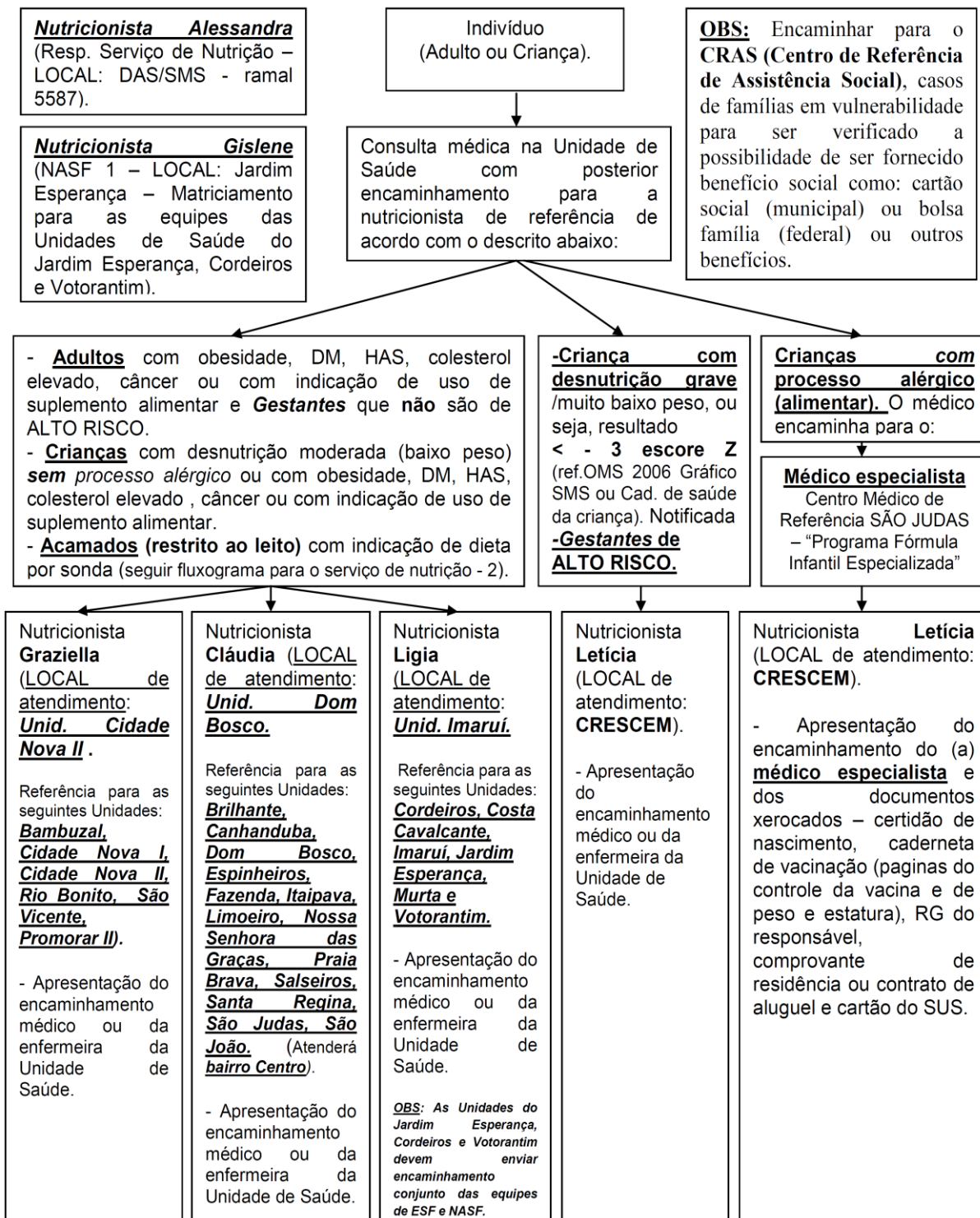
D: Há evidência de risco, porém os benefícios terapêuticos da administração em grávidas/lactantes justificam a utilização.

X: Contra indicados na gestação/lactação.

Quadro 12 – Vitaminas e minerais recomendados na gestação

NUTRIENTE	FUNÇÃO	FONTE	ORIENTAÇÃO DIETÉTICA
Ferro	Prevenção de anemia e nascimento pré-termo	Carnes Miúdos Gema de ovo Leguminosas Vegetais verde-escuros	Priorizar a ingestão de ferro heme (carnes e vísceras) e melhorar a biodisponibilidade de ferro não heme (leguminosas, verduras e ovos) com a ingestão de fruta ou suco de fruta cítrica (limão, laranja, acerola, goiaba). Evitar o consumo, na mesma refeição ou horário próximo ao suplemento de ferro, de alimentos ricos em cálcio, café, chá (reduzem a biodisponibilidade do ferro).
Ácido fólico	Prevenção de defeitos do tubo neural e alterações na divisão celular	Vegetais folhosos verdes Frutas cítricas Alimentos integrais Legumes Bife de fígado	Consumir regularmente alimentos que contenham ácido fólico. As mulheres que planejam engravidar podem iniciar a suplementação de ácido fólico, pelo menos 30 dias antes de engravidar, pois este micronutriente não é facilmente atingido somente pela alimentação.
Cálcio	Manutenção esquelética e função cardíaca	Leite e derivados Vegetais e os feijões contêm pequenas quantidades e sua biodisponibilidade é reduzida	O consumo de café, chá-mate e chá-preto diminui a biodisponibilidade de cálcio. Preferir os desnatados quando a gestante apresentar elevado ganho de peso ou dislipidemia.
Vitamina A	Prematuridade, retardo do crescimento intrauterino, baixo peso, descolamento placentário, mortalidade materna	Leite, Fígado, Gema de ovo: Vegetais folhosos verdes (espinafre, couve, beldroega, bertalha e mostarda) Vegetais amarelos (abóbora e cenoura) Frutas amarelo-alaranjadas (manga, caju, goiaba, mamão e caqui) Óleos e frutas oleaginosas (buriti, pupunha, dendê e pequi)	As necessidades de vitamina A são facilmente alcançadas na alimentação. A suplementação deste micronutriente não deve ser indicada na gestação, salvo em situações específicas (como no pós-parto imediato em áreas endêmicas para deficiência de vitamina A).
Vitamina D	Necessário para formação esquelética do feto	Atum Sardinha Gema de ovos Óleo de peixe Salmão e fígado	A exposição solar regular da pele atinge as recomendações. Não há evidências suficientes de que a suplementação de vitamina D seja necessária.
Vitamina C	Estimula melhora absorção do ferro e reduz o risco de anemia materna	Frutas (laranja, limão, caju, acerola, mexerica/tangerina, mamão, goiaba, morango) Tomate Brócolis	Incentivar o consumo diário de alimentos fonte de vitamina C. Preferir consumir os alimentos ricos em vitamina C de forma in natura, evitando o seu cozimento. A necessidade de vitamina C aumenta em até duas vezes em mulheres fumantes, fumantes passivas, que fazem uso de drogas, consumo significativo de álcool e uso regular de aspirinas.

Fluxograma 9 – Serviço de Nutrição



6 ABORDAGEM DE QUEIXAS FREQUENTES NA GESTAÇÃO

6.1 ALTERAÇÕES NA MOVIMENTAÇÃO FETAL

COMO AVALIAR	O QUE FAZER
<ul style="list-style-type: none"> • Caracterizada pela ausência, diminuição ou parada de movimentação 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar avaliação clínica, com observação cuidadosa dos batimentos cardíacos fetais. <p>Recomenda-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Reduzir o intervalo entre as consultas de rotina. • Orientar a realização do Mobilograma para a gestante. (Mobilograma item 7).

Quem faz: Enfermeiro (a)/ Médico (a).

6.2 ANEMIA

COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Fatores de risco para anemia na gestação:</i> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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, retrovírose, 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 anemia falciforme. • <i>Características:</i> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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, anemia falciforme, entre outros. 	<p><u>Ver Fluxograma 2</u></p>

Quem faz: Enfermeiro (a)/ Médico (a).

6.3 CÂIMBRAS

COMO AVALIAR	O QUE FAZER
<ul style="list-style-type: none"> • Espasmos musculares involuntários e dolorosos que acometem, em especial, os músculos da panturrilha e se intensificam com o evoluir da gestação. • Avaliar sempre: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Uso de medicamentos; ✓ Presença de varizes; ✓ Fadiga muscular por uso excessivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Os cuidados gerais são mais eficazes que a conduta medicamentosa, sendo recomendado: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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; ✓ Não cruzar as pernas por muito tempo; ✓ Realizar alongamentos específicos, com orientação profissional.

Quem faz: Enfermeiro (a)/ Médico (a).

6.4 CEFALÉIA

COMO AVALIAR	O QUE FAZER
<ul style="list-style-type: none"> • É importante afastar as hipóteses de Hipertensão arterial e pré-eclâmpsia. • Avaliar sempre: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sinais de cefaleia secundária; ✓ Sintomas antes da gravidez; ✓ Diagnóstico prévio de enxaqueca; ✓ Uso de medicamentos 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paracetamol (500-750 mg), de 6/6horas; ✓ Dipirona (500-1.000 mg), de 6/6horas..

Quem faz: Enfermeiro (a)/ Médico (a) - a prescrição de medicamentos é conduta médica.

6.5 DOR NAS MAMAS (MASTALGIA)

COMO AVALIAR	O QUE FAZER
<ul style="list-style-type: none"> • Comum na gravidez inicial, provavelmente resultado das ações de hormônios esteroides, fortemente aumentados na gestação. • É frequente, na proximidade do parto, a grávida referir a presença de descarga papilar, que na quase totalidade das vezes, se tratado colostro, fisiológico para a idade gestacional. • Avaliar sempre: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Presença de sinais de alerta; ✓ Descargas papilares purulentas ou sanguinolentas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Esclarecer que o aumento de volume mamário na gestação pode ocasionar desconforto doloroso. • É recomendado realizar exame clínico das mamas para descartar qualquer alteração. • Orientar uso de sutiã com boa sustentação, sem ferro (tipo top). • Aplicação de compressa fria nas mamas.

Quem faz: Enfermeiro (a)/ Médico (a).

6.6 DOR LOMBAR

COMO AVALIAR	O QUE FAZER
<ul style="list-style-type: none"> • A adaptação da postura materna sobrecarrega as articulações da coluna vertebral, sobretudo a lombossacral. • Avaliar sempre: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Características da dor (mecânica ou inflamatória, tempo de evolução, fatores de melhora ou piora, relação como movimento); ✓ Sinais e sintomas associados (alerta para febre, mal-estar geral, sintomas urinários, enrijecimento abdominal e/ou contrações uterinas, déficit neurológico); ✓ História de trauma. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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; ✓ Recomendar a acupuntura; ✓ Indicar atividades de alongamento e orientação postural. • Evitar levantamento de peso em flexão lombar. • Se não melhorar as dores, considerar o uso de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paracetamol (500-750 mg), de 6/6horas; ✓ Dipirona (500-1.000 mg), de 6/6horas.

Quem faz: Enfermeiro (a)/ Médico (a) - a prescrição de medicamentos é conduta médica.

6.7 ESTRIAS

COMO AVALIAR	O QUE FAZER
<ul style="list-style-type: none"> 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. 	<ul style="list-style-type: none"> É recomendado: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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.

Quem faz: Enfermeiro (a)/ Médico (a)

6.8 EPISTAXE E CONGESTÃO NASAL

COMO AVALIAR	O QUE FAZER
<ul style="list-style-type: none"> Geralmente fisiológicos, resultam da embebição gravídica da mucosa nasal provocada pelos hormônios esteroides (vasodilatação, aumento da vascularização e edema do tecido conjuntivo). Avaliar sempre outras patologias que possam cursar com tais sintomas, em especial os distúrbios de coagulação, no caso de epistaxe. 	<ul style="list-style-type: none"> Congestão nasal: instilação nasal de soro fisiológico. Epistaxe: leve compressão na base do nariz. Manter a gestante sentada com a cabeça para traz. Casos mais graves: encaminhar ao especialista ou ao serviço de emergência.

Quem faz: Enfermeiro (a)/ Médico (a).

6.9 FALTA DE AR/ DIFICULDADE PARA RESPIRAR

COMO AVALIAR	O QUE FAZER
<ul style="list-style-type: none"> Embora o fator mecânico (compressão do diafragma pelo útero gravídico) contribua para o agravamento da queixa no final da gestação, é a hiperventilação a maior responsável por esse distúrbio respiratório. Avaliar sempre: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Presença de sinais de alerta ✓ Tosse ✓ Edema ✓ História de asma e outras pneumopatias ✓ Sinais ou história de TVP ✓ História de trauma recente ✓ Febre associada 	<ul style="list-style-type: none"> Orientar que são sintomas frequentes na gestação, em decorrência do aumento do útero ou ansiedade da gestante. É recomendado realizar ausculta cardíaca e pulmonar e, se houver alterações, encaminhar para avaliação médica. Solicitar repouso em decúbito lateral esquerdo. Elevar a cabeceira (ajuda a resolver o fator mecânico).

Quem faz: Enfermeiro (a)/ Médico (a).

6.10 FRAQUEZA/TONTURA

COMO AVALIAR	O QUE FAZER
<ul style="list-style-type: none"> • Tem origem na instabilidade hemodinâmica em decorrência de dois fatores principais: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a pressão arterial. • 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: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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; ✓ Orientar a ingestão de líquidos; ✓ Nos casos recorrentes, o uso de meias elásticas para melhorar o retorno venoso pode estar indicado;

Quem faz: Enfermeiro (a)/ Médico (a).

6.11 HEMORROIDA

COMO AVALIAR	O QUE FAZER
<ul style="list-style-type: none"> • O mais provável é que, na gestação, as hemorroidas preexistentes 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: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumento da intensidade da dor; ✓ Endurecimento do botão hemorroidário; ✓ Sangramento retal. 	<ul style="list-style-type: none"> • É recomendado: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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; <p>Obs.: tratamentos esclerosantes ou cirúrgicos são contraindicados</p>

Quem faz: Enfermeiro (a)/ Médico (a).

6.12 NAUSEAS E VÔMITOS

COMO AVALIAR	O QUE FAZER
<ul style="list-style-type: none"> • Comuns no primeiro trimestre da gravidez, mais intensas pela manhã, ao acordar ou após um período de jejum prolongado. Pioram com estímulos sensoriais, em especial do olfato, como o cheiro de cigarro ou do paladar, como pasta de dentes. • Cerca de 10% mantêm os enjoos durante períodos mais avançados da gravidez, podendo durar até o 3º trimestre. • Avaliar sempre: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Presença de sinais de alerta; queda do estado geral; sinais de desidratação; sinais de distúrbios metabólicos ✓ Grávidas muito jovens, emocionalmente imaturas; ✓ Gestações não planejadas. <p>*Hiperêmese gravídica: caracteriza-se por vômitos contínuos e intensos que impedem a alimentação da gestante, ocasionando desidratação, oligúria, perda de peso e transtornos metabólicos, com alcalose (pela perda maior de cloro, perda de potássio e alterações no metabolismo das gorduras e dos carboidratos).</p>	<p>Orientar:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Fazer alimentação fracionada, pelo menos três refeições e dois lanches por dia; • Alimentar-se logo ao acordar; • Evitar jejum prolongado; • Variar refeições conforme a tolerância individual; • Comer devagar e mastigar bem os alimentos; • Dar preferência a alimentos pastosos e secos (pão, torradas, bolachas); • Evitar alimentos gordurosos e condimentados; • Evitar doces com grande concentração de açúcar; • Evitar alimentos com odor forte; • Manter boa ingestão de água e outros líquidos; • Apoio psicoterápico, se necessário; • Se ocorrer a manutenção do quadro de vômitos, avaliar a necessidade do uso de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Metoclopramida 10mg, de 8/8horas; ✓ Dimenidranato 50mg + cloridrato de piridoxina 10mg, de 6/6 horas (não exceder 400mg/dia). <p>Caso esteja disponível na unidade de saúde e haja indicação, utilizar antieméticos injetáveis: Metoclopramida 10 mg (uma ampola), de 8h/8h; Dimenidranato 50 mg + cloridrato de piridoxina 10 mg (uma ampola), de 6/6horas.</p> <p>Nos casos de hiperêmese gravídica que não respondam à terapêutica inicialmente instituída ou quando a unidade de saúde não tiver disponibilidade para essas medidas, a internação faz-se necessária. Em tais situações, deve-se encaminhar a gestante imediatamente para um hospital com referência, observando os sinais de alerta descrito ao lado.</p>

Quem faz: Enfermeiro (a)/ Médico (a). - a prescrição de medicamentos é conduta médica.

6.13 OBSTIPAÇÃO/CONSTIPAÇÃO INTESTINAL/FLATULÊNCIA

COMO AVALIAR	O QUE FAZER
<ul style="list-style-type: none"> • Comum na gestação, agravada pelo esforço na evacuação ou pela consistência das fezes. • Muitas vezes associada a queixas anais como fissuras e hemorroidas. 	<p>É recomendado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ingerir alimentos que formam resíduos, como legumes e verduras em especial as folhosas, por serem ricas em fibras – 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). • Recomendar caminhadas leves (se não forem contraindicadas). • Prevenção de 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: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dimeticona (40-80 mg), de 6/6 horas, para flatulência; ✓ Hioscina (10 mg), de 8/8 horas, para dor abdominal; ✓ Supositório de glicerina.

Quem faz: Enfermeiro (a)/ Médico (a) – a prescrição de medicamentos é conduta médica.

6.14 PIROSE/AZIA

COMO AVALIAR	O QUE FAZER
<ul style="list-style-type: none"> Embora possa acometer a gestante durante toda a gravidez, é mais intensa e frequente no final da gravidez. Avaliar sempre: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sintomas iniciados antes da gravidez; ✓ Uso de medicamentos; ✓ História pessoal e familiar de úlcera gástrica. 	<p>É recomendado:</p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fazer alimentação fracionada (pelo menos três refeições ao dia e dois lanches); ✓ Evitar líquido durante as refeições e deitar-se logo após as refeições. Ingerir líquido gelado durante a crise; ✓ Elevar a cabeceira da cama ao dormir (dormir com travesseiro alto a partir do Tronco – preferencialmente travesseiro triangular); ✓ Evitar frituras, café, chá mate e preto, doces, alimentos gordurosos e/ou picantes; ✓ Evitar álcool e fumo – preferencialmente, não devem ser utilizados durante a gestação. ✓ Caso essas medidas não resolvam, avaliar a necessidade do uso de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> 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.

Quem faz: Enfermeiro (a)/ Médico (a) – a prescrição de medicamentos é conduta médica

6.15 PIGMENTAÇÃO/CLOASMA GRAVIDICO

COMO AVALIAR	O QUE FAZER
<ul style="list-style-type: none"> 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. 	<ul style="list-style-type: none"> Geralmente estas hiperpigmentações desaparecem lentamente, ou ao menos regridem após o parto. Entretanto, um número considerável de casos exige tratamento dermatológico. É recomendado: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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.

Quem faz: Enfermeiro (a)/ Médico (a)

6.16 SANGRAMENTO NA GENGIVA

COMO AVALIAR	O QUE FAZER
<ul style="list-style-type: none"> 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. 	<ul style="list-style-type: none"> Recomenda-se: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Escovação dentária delicada, como uso de escova de dentes macia e fio dental; ✓ Orientar a realização de massagem na gengiva; ✓ Realizar bochechos com soluções antissépticas, sem álcool na formulação. Agendar atendimento odontológico sempre que possível.

Quem faz: Enfermeiro (a)/ Médico (a)

6.17 SIALORREIA

COMO AVALIAR	O QUE FAZER
<ul style="list-style-type: none"> A sialorreia, ptialismo ou salivação excessiva é uma das queixas que mais incomodam na gravidez. 	<ul style="list-style-type: none"> É recomendado: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Explicar que 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).

Quem faz: Enfermeiro (a)/ Médico (a)

6.18 VARIZES

COMO AVALIAR	O QUE FAZER
<ul style="list-style-type: none"> Manifestam-se, preferencialmente, nos membros inferiores e na vulva, exibindo sintomatologia crescente com o evoluir da gestação. Avaliar sempre: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dor contínua ou ao final do dia; ✓ Presença de sinais flogísticos; ✓ Edema persistente. 	<ul style="list-style-type: none"> Orientar que o tratamento na gestação consiste nas seguintes medidas profiláticas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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.

Quem faz: Enfermeiro (a)/ Médico (a).

6.19 DOR NO BAIXO VENTRE

COMO AVALIAR	O QUE FAZER
<ul style="list-style-type: none"> Avaliar intensidade e local da dor, associado ao esforço ou movimentação; Descartar queixas de disúria, polaciúria (ITU); Distensão abdominal por meteorismo 	<ul style="list-style-type: none"> Uso de analgésico; Diagnóstico diferencial para ITU; Descartar complicações; Orientar que são freqüentes na gestação em decorrência do aumento uterino.

Quem faz: Enfermeiro (a)/ Médico (a) – a prescrição de medicamentos é conduta médica

6.20 LEUCORRÉIA

COMO AVALIAR	O QUE FAZER
<ul style="list-style-type: none"> Avaliar a quantidade, odor e coloração da secreção. Descartar fluxo fisiológico aumentado; Avaliar a sintomatologia como prurido, edema vulvar e dispareunia. 	<ul style="list-style-type: none"> Tratamento medicamentoso nos casos de vaginose bacteriana: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Metronidazol 250 mg vo – 8/8h p/ 7 dias; ✓ Metronidazol 500 mg vo – 12/12h p/ 7 dias. Orientar sobre higiene íntima e relação sexual com uso de preservativo.

Quem faz: Enfermeiro (a)/ Médico (a) – a prescrição de medicamentos é conduta médica.

6.21 POLIÚRIA/DISÚRIA

COMO AVALIAR	O QUE FAZER
<p>Avaliar sinais e sintomas como frequência, odor e cor da urina;</p> <p>Descartar vulvovaginites se queixa única;</p> <p>Descartar sinais de edema, uso de medicação, bem como sintomas de ITU.</p>	<p>Poliúria</p> <ul style="list-style-type: none"> Orientar que são sintomas frequentes na gestação devido ao aumento do útero por compressão da bexiga. Investigar ITU, caso suspeito realizar tratamento imediato.

7 AVALIAÇÃO FETAL

A diminuição do movimento fetal e prova indireta de insuficiência placentária e tem como interpretação a adaptação fetal as condições de balanço negativo.

Assim, o registro diário de movimento fetal e o teste clínico mais simples para avaliação das condições de vitalidade fetal. O Registro diário da movimentação fetal - RDMF - comumente conhecido como mobilograma, deve ser realizado em todas as gestantes que apresentarem fatores de risco para resultados perinatais adversos e deve começar entre 26 e 32 semanas. As gestantes saudáveis, sem fatores de risco, devem ser orientadas a realizar a contagem dos movimentos fetais se perceberem uma diminuição subjetiva dos mesmos e após 36 semanas de gestação.

Metodologia

Várias maneiras são propostas para a execução do RDMF. As mais conhecidas são:

1) Contagem da movimentação fetal até complementarem-se 10 movimentos, valor considerado como limite mínimo diário para fins clínicos. O registro da movimentação pode ser feito com a gestante em repouso, ou exercendo atividade leve, em qualquer período do dia. Valores menores que 10 movimentos em 12 horas sugerem a presença de hipoxia fetal. Também neste caso, diminuição abrupta ou cessação da movimentação são tomadas como sinal de alarme para óbito fetal iminente.

2) Registro dos movimentos fetais por período de uma hora em posição sentada. Valores maiores que seis movimentos/hora correspondem a fetos em boas condições.

3) Contagem de movimentos fetais percebidos pela mãe em 2 horas. O registro dos movimentos devem ser feitos com a mãe em repouso somando 4 períodos de 30 minutos em 24 horas. Valor mínimo normal entre 30–40 semanas = 10 movimentos em 24 horas.

Recomendações

Alguns elementos devem ser considerados para a adequada execução e interpretação do registro diário da movimentação fetal:

- A mãe deve estar em uma posição reclinada (não supina), concentrando-se na contagem dos movimentos.
- A mãe decide por si mesma o que é movimento fetal, tal como ela esteja habituada a sentir.
- Excluem-se movimentos tipo “soluço”.
- Considerar a variação nictêmica – há maior movimentação fetal nas primeiras horas da noite.
- O uso de medicamentos (sedativos, tranquilizantes) e de cigarro podem diminuir a movimentação fetal. Notadamente, os corticosteroídes podem produzir o mesmo efeito por dois dias.
- O RDMF não pode determinar a conduta. Diante de um resultado anormal, o teste sempre deve ser seguido por outro teste mais específico de avaliação da vitalidade fetal. Se o teste for normal, não há necessidade da realização de outros testes.

8 SINAIS INDICATIVOS DE ENCAMINHAMENTO À URGÊNCIA E EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA

- Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia) independente da dilatação cervical e da idade gestacional.
- Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial > 140/90 (medida após no mínimo 5 min de repouso, na posição sentada) e associada à proteinúria. Edema não é mais considerado critério diagnóstico.
- Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaléia 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: cefaléia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma etc.
- 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/ Febre ($\geq 37,8^{\circ}\text{C}$), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de IVAS, descartando outras possibilidades.
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes.
- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas.
- Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre.
- Óbito fetal.

9 ODONTOLOGIA NA GESTAÇÃO

Durante a gestação é de grande importância que a mulher seja acompanhada também pelo cirurgião-dentista. A mulher passa por alterações e adaptações físicas e psicológicas, mudando rotinas e hábitos de vida. Juntamente a isso, freqüentemente observa-se pouca atenção dada aos cuidados e mesmo à higiene bucal. Os principais problemas bucais durante a gestação são:

- Cárie dentária: ocorre um aumento da acidez na cavidade bucal, e aumento da freqüência de ingestão de alimentos;
- Erosões do esmalte dentário: é mais freqüente a exposição da cavidade bucal ao ácido gástrico, principalmente pelos episódios de vômitos. Deve-se dar preferência às escovas de cerdas macias e realização de bochechos com flúor;
- Gingivite: devido às variações dos níveis de hormônios e aumento da vascularização gengival, juntamente a má higiene bucal, é comum o surgimento de gengivite. São importantes, medidas eficientes de higiene bucal, para controlar a placa bacteriana e assegurar gengivas saudáveis;
- Periodontite: as bactérias presentes na placa bacteriana produzem toxinas que pioram o quadro da gengivite, podendo afetar a gravidez, até mesmo podendo iniciar trabalho de parto prematuro.
- O tratamento odontológico pode ser realizado em qualquer período gestacional, entretanto o quarto e sexto mês (segundo trimestre), é o melhor momento para sua realização.
- Devem ser evitadas radiografias no primeiro trimestre, principal período de formação do feto. Em casos onde é necessária a tomada radiográfica, obrigatoriamente deve ser usado avental de chumbo para proteção das pacientes.
- O uso de medicações durante a gestação deve sempre ser orientado, pois existem medicamentos que podem causar problemas na gestação e na dentição das crianças.
- O anestésico local utilizado durante a gravidez deve ser apropriado para a gestação.
- Não se recomenda flúor como complemento, uma vez que já existe na água de abastecimento e cremes dentais.
- A gestante deve visitar regularmente o dentista, a fim de manter a saúde bucal.

10 ATENÇÃO ÀS INTERCORRÊNCIAS DO PRÉ-NATAL

10.1 ABORTAMENTO

COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER
<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sinais de alerta para abortamento. ✓ Atraso menstrual. ✓ Sangramento vaginal. ✓ Presença de cólicas no hipogástrio. ✓ 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 conceptovivo. ✓ Para o diagnóstico de aborto incompleto: presença de restos ovulares. ✓ Para o diagnóstico de aborto retido: presença de conceito morto ou ausência de saco embrionário. ✓ No aborto infectado: secreção fétida endovaginal, dor pélvica intensa à palpação, calor local e febre, além de comprometimento variável do estado geral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Na ameaça de aborto: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Administrar, por tempo limitado, antiespasmódicos (hioscina, 10 mg, um cp, 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: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Encaminhar para o hospital de referência obstétrica. • No abortamento infectado: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Iniciar fluidoterapia, para a estabilização hemodinâmica; ✓ Encaminhar para o hospital de referência obstétrica.

10.2 DESCOLAMENTO PREMATURO DA PLACENTA (DPP)

COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER
<p><i>Características:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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. <p><i>Realização do exame obstétrico:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Na fase inicial, ocorre taqui-hipersistolia (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. 	<ul style="list-style-type: none"> • Na suspeita diagnóstica, encaminhar a gestante, como emergência, ao hospital de referência obstétrica.

10.3 OUTRAS CAUSAS DE SANGRAMENTO

COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER
<ul style="list-style-type: none"> • Doença trofoblástica gestacional <p><i>Características:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Presença de sangramento vaginal intermitente, de intensidade variável, indolor e, por vezes, acompanhado da eliminação de vesículas. ✓ 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 hidroeletrólitos; ✓ A doença trofoblástica pode vir com sangramento volumoso e até choque; ✓ A doença trofoblástica pode vir com DHEG precoce. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar a gestante ao hospital de referência obstétrica.
<ul style="list-style-type: none"> • Descolamento corioamniótico <p><i>Características:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sangramento de pequena intensidade no primeiro trimestre; ✓ A evolução em geral é boa e não representa quadro de risco materno e/ou ovular. <p><i>Realização de exame ultrassonográfico</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Visualização do descolamento corioamniótico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendações: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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.

10.4 PLACENTA PRÉVIA

COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER
<ul style="list-style-type: none"> • Características: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sangramento vaginal, súbito, de cor vermelho-vivo, de quantidade variável, indolor. É episódica, recorrente e progressiva. • Realização do exame obstétrico: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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 <p>e, na suspeita clínica, deve-se evitar a realização de toque vaginal.</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Realização de exame ultrassonográfico, se possível:</i> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • Referenciar a gestante para o alto risco.

10.5 TRABALHO DE PARTO PREMATURO (TPP)

COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER
<p><i>Características:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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.

10.6 HIPERTENSÃO ARTERIAL, PRÉ-ECLÂMPسيا, ECLÂMPسيا

COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER
<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensão arterial: <ul style="list-style-type: none"> ✓ 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; ✓ As consultas pré-natais devem ser mensais até a 30ª semana, quinzenais até a 34ª semana e semanais após essa idade gestacional até o parto. • Pré-eclâmpسيا: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Caracterizada pelo aparecimento de HAS e proteinúria após a 20ª semana de gestação em mulheres previamente normotensas. • Eclâmpسيا: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Corresponde à pré-eclâmpسيا complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Na hipertensão arterial: <ul style="list-style-type: none"> ✓ A metildopa é a droga preferida por ser a mais bem estudada e por não haver evidência de efeitos deletérios para o feto (750-2.000mg/dia); ✓ Outros antagonistas de canais de cálcio (ACC), como nifedipino (10-80 mg/dia), podem ser considerados como alternativas; ✓ Os beta bloqueadores 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-eclâmpسيا: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Referenciar à urgência obstétrica e, caso a gestante não fique internada, encaminhar ao pré-natal de alto risco. • Na eclâmpسيا: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Referenciar à urgência obstétrica.

10.7 INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVES

COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER
<p><i>Características:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ As infecções sexualmente transmissíveis (IST), mais conhecidas como DST, podem ocorrer em qualquer momento do período gestacional; ✓ Abortos espontâneos, natimortos, baixo peso ao nascer, infecção congênita e perinatal estão associados às DST não tratadas em gestantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar conforme diagnóstico, respeitando as particularidades da gestação.

10.8 ALTERAÇÕES DO LÍQUIDO AMNIÓTICO

COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER
<ul style="list-style-type: none"> • OLIGODRÂMIO - clinicamente, a altura uterina é inferior àquela esperada para a idade gestacional estimada, associada a diminuição da movimentação fetal e fácil percepção das pequenas partes fetais à palpação obstétrica. • POLIDRÂMIO - 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. • AMNIOREXE PREMATURA ou 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • OLIGODRÂMIO – suspeição e confirmação diagnósticas: encaminhar imediatamente ao pré-natal de alto risco – (Médico (a)). • POLIDRÂMIO – suspeição e confirmação diagnósticas: encaminhar imediatamente ao pré-natal de alto risco – (Médico (a)). • AMNIOREXE PREMATURA ou ROTURA PREMATURA DAS MEMBRANAS OVULARES – RPMO : <ul style="list-style-type: none"> ✓ Nas gestações a termo encaminhar a gestante a maternidade. ✓ Nas gestações pré-termo, com maior risco de complicações maternas e perinatal, encaminhar a gestante imediatamente para a maternidade de referência - Médico (a)/enfermeiro (a).

10.9 GESTAÇÃO PROLONGADA OU PÓS-DATISMO

COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER
<ul style="list-style-type: none"> • <i>Características:</i> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gestação prolongada é aquela cuja idade gestacional encontra-se entre 40ª e 42ª semanas; ✓ Gestação pós-termo é aquela que ultrapassa 42ª semanas. 	<ul style="list-style-type: none"> • 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.

- No diagnóstico diferencial da RPMO, deve-se distingui-la da perda urinária involuntária e do conteúdo vaginal excessivo. A presença de líquido em fundo de saco vaginal, as paredes vaginais limpas e a visualização de saída de líquido amniótico pelo orifício do colo, espontaneamente ou após esforço materno, indicam a confirmação diagnóstica.
- Na RPMO, embora a USG não permita firmar o diagnóstico, ela pode ser muito sugestiva ao evidenciar, por intermédio da medida do ILA abaixo do limite inferior para a respectiva IG, a presença de oligodrâmio.
- Os casos suspeitos ou confirmados de RPMO não devem ser submetidos ao exame de toque vaginal, pois isso aumenta o risco de infecções amnióticas, perinatais e puerperais.

11 PREPARAÇÃO PARA O PARTO

O momento do parto também pode ser traumatizante ou não, tanto para a mãe quanto para o bebê. Sendo assim, ajudar a gestante a se preparar, realizando os cuidados durante o pré-natal, pode evitar intercorrências na hora do parto.

A preparação da gestante para o parto, assim como o companheiro do desenvolvimento do ciclo gravídico, é extremamente importante para a mãe e bebê, pois além de evitar problemas clínicos também pode atuar em nível de tratamento quando necessário. Quanto mais bem informada, mais calma ficará a mãe. Oriente a preparar tudo com antecedência para evitar correrias de última hora como:

- bagagem com objetos de uso pessoal;
- vestuário para mãe e para o bebê;
- documentação necessária, inclusive o cartão de pré-natal

11.1 PRIMEIROS SINAIS DO TRABALHO DE PARTO

Perda do tampão mucoso: é uma secreção branca, com um pouco de sangue, que sai pela vagina, podendo sair uma única vez, podendo até molhar a roupa ou durante dias. Também podendo sair depois de uma relação sexual ou de um exame de toque.

Contrações: o início do trabalho de parto é diferente para cada mulher. As contrações parecem cólicas menstruais ou uma dor forte que deixa o abdome endurecido (na parte inferior) ou uma forte dor nas costas que se espalham em direção ao quadril. Quando as contrações se tornam regulares, é que se está iniciando o trabalho de parto. Elas têm intervalos regulares, tendem a ir aumentando a intensidade e a frequência, e não reduzem com o repouso. Inicialmente ocorrem de 15 a 30 minutos, com duração de 15 a 20 segundos. Se as contrações ficarem mais frequentes, de 2 a 3 em 10 minutos com duração de 30 a 45 segundos, procurar imediatamente um serviço hospitalar.

11.2 TIPOS DE PARTO - VANTAGENS/DESVANTAGENS

PARTO NORMAL	PARTO CESÁRIO
<ul style="list-style-type: none"> • Recuperação mais rápida, facilitando os cuidados com a mãe após o parto; • Menos riscos de complicações, favorece o contato pele a pele imediato com o bebê, e assim o aleitamento materno; • É um processo fisiológico; • Na maioria das vezes, o bebê vai direto para o colo da mãe; • O bebê nasce em seu tempo certo, e seus órgãos são estimulados para a vida por meio das contrações uterinas e da passagem pela vagina; • Menor o risco de contrações na próxima gravidez, tornando o próximo parto mais rápido e fácil. 	<ul style="list-style-type: none"> • Maior dor e dificuldade para andar após a cirurgia, limitando os cuidados com o bebê; • Maior risco de hemorragia, infecção e lesão de outros órgãos decorrentes da cirurgia; • Maior o risco de complicações na próxima gravidez; • Mais riscos de o bebê nascer prematuro, ficar na incubadora, ser afastado da mãe e demorar a ser amamentado; • Maiores as chances do bebê desenvolver alergias e problemas respiratórios na idade adulta; • Mais riscos de ter febre, infecção, hemorragia e interferência no aleitamento.

12 ATENÇÃO À MULHER NO PUERPÉRIO

O cuidado da mulher no puerpério é fundamental para a saúde materna e neonatal e deve incluir o pai, a família e toda a rede social envolvida nesta fase do ciclo vital e familiar. O puerpério se inicia imediatamente após o parto e dura, em média (visto que o término é imprevisível), seis semanas após este, havendo variabilidade na duração entre as mulheres. Esta variação está relacionada especialmente a mudanças anatômicas e fisiológicas no organismo da mulher, embora questões de ordem psicossocial relacionadas à maternidade, à sexualidade, à autoestima, à reorganização da vida pessoal e familiar estejam ocorrendo concomitantemente e influenciem a passagem desse período.

Para facilitar a organização das ações de saúde, o puerpério pode ser dividido em imediato (do 1º ao 10º após o parto), tardio (do 11º ao 42º dia) e remoto (após o 43º dia, com término imprevisível). Deve ser amplamente monitorado pois neste período podem surgir problemas de saúde ainda relacionados com a gravidez. É importante salientar que neste período, a mulher deve receber informações específicas sobre cuidados consigo mesma e com o bebê, e orientações pertinentes a amamentação, planejamento familiar e sexualidade.

12.1 QUADRO-SÍNTESE DE ATENÇÃO À MULHER NO PUERPÉRIO

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Acolhimento com escuta qualificada	Identificação dos motivos de contato. <ul style="list-style-type: none"> Acolher as demandas da puérpera e sua família e identificar suas necessidades. 	Equipe multiprofissional
Avaliação global	Entrevista – puerpério imediato <ul style="list-style-type: none"> Verificar Cartão da Gestante, dados da gestação (quantidade de consultas, uso de medicamentos, intercorrências no pré-natal), informações do parto e de possíveis intercorrências, uso de imunoglobulina anti-D para as puérperas Rh negativo, uso de megadose de vitamina , informações sobre a alta do RN (caso não tenha ocorrido em conjunto com a mãe, registrar motivos). Verificar dados do recém-nascido (peso, comprimento, Apgar, imunização, registro civil, realização dos testes do reflexo vermelho, do pezinho e da orelhinha, etc.) e identificar RN de risco (baixo peso ao nascer, internação por intercorrência ao nascimento, história de morte de criança menor de cinco anos na família, mãe HIV positivo). Em caso de parto vaginal com lacerações ou realização de episiotomia, perguntar sobre dor em local de sutura, presença de secreções e sinais flogísticos ou outras alteração. Em caso de parto por via abdominal (cesariana), perguntar sobre sinais flogísticos e presença de secreção em ferida operatória. 	Equipe multiprofissional
	Entrevista – puerpério imediato e tardio <ul style="list-style-type: none"> Investigar tipo de aleitamento (materno, misto, artificial), dificuldades em amamentar, experiência prévia com aleitamento. Avaliar higiene, sono, alimentação, uso de medicamentos. Questionar dor, fluxo vaginal e sanguíneo, queixas urinárias e febre. Avaliar condições psicoemocionais (humor, preocupações, desânimos, fadiga e outro) com atenção ao sofrimento mental grave no puerpério (tristeza, depressão e transtorno psicótico puerperais). Avaliar dificuldades no cuidado com a criança pela mãe e demais cuidadores (atentar que muitas queixas apontadas como problemas – de cuidado – com a criança podem estar mais relacionadas com as condições psicossociais da mãe e sua rede de apoio). Abordar condições sociais (rede social de apoio, condições para atendimento das necessidades básicas). Atentar aos sinais de alerta: febre, sangramento vaginal, dor pélvica ou infecção, leucorreia fétida, alteração da pressão arterial, tontura muito frequente, mamas “empedradas” e doloridas. Caso haja a presença de algum desses sintomas, deve ser realizada avaliação médica e, se necessário, solicitar remoção para o serviço hospitalar. 	
	Exame físico geral e específico – puerpério imediato e tardio <ul style="list-style-type: none"> Avaliar mamas e mamilo. Examinar abdome (condição uterina, dor à palpação, aspecto da ferida operatória se parto cesariana). Examinar períneo e genitais externos (verificar a presença e características dos lóquios e avaliar as condições das cicatrizes de lacerações ou episiotomia – não há necessidade de retirada de pontos, pois o fio da episiorrafia é absorvível). 	Enfermeiro(a)/ médico(a)

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Plano de cuidado materno	<p>Abordagem integral – puerpério imediato e tardio</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar, estimular e apoiar a família na amamentação exclusiva, reforçando a importância e benefícios. • Orientar cuidados com as mamas. • Orientar ingestão hídrica frequente, alimentação adequada e dieta fracionada. • Incentivar a prática de atividade física no puerpério tardio. • Compartilhar o cuidado – encaminhar a puérpera aos serviços especializados de saúde mental se detectado sofrimento mental grave, apoiar a família e articular outras redes de apoio social, quando necessário. • Atualizar o calendário vacinal da mulher, dT e tríplice viral, quando necessário. • Retirar os pontos da cesariana entre sete a dez dias após o parto, conforme orientação médica, no puerpério imediato. • No puerpério imediato, tirar dúvidas e orientar quanto ao retorno da atividade sexual e planejamento reprodutivo. • No puerpério tardio, orientar e recomendar métodos contraceptivos de acordo com a preferência e condição clínica da mulher. <p>Orientação exercícios respiratórios, posturais e de fortalecimento muscular</p> <p>- Puerpério imediato (1º ao 10º dia após o parto):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Orientar quanto à postura no leito (decúbito lateral para facilitar a eliminação dos flatos), incentivar a deambulação precoce e evitar posturas antálgicas, que podem gerar dor músculo esquelética. Estimular sempre a postura correta, principalmente para a amamentação (sentada em cadeira com apoio lombar e dos membros superiores), trocas e carregamento. • Os exercícios metabólicos devem ser incentivados a fim de evitar a estase venosa e o edema (postura sentada com apoio lombar e as pernas esticadas – a puérpera deve movimentar os pés cima, para baixo e girar por dez vezes, no mínimo três vezes ao dia). Os exercícios respiratórios visam aumentar a expansibilidade torácica (puxar o ar pelo nariz e soltar pela boca), podendo ser associados a exercícios ativos de membros superiores e membros inferiores, o que também favorece a motilidade gastrointestinal. Em caso de parto cesárea, evitar a contração perineal e abdominal até a cicatrização da sutura. Após a retirada dos pontos, pode-se realizar a automassagem pericicatricial, para prevenir cicatrizes hipertróficas. <p>- Puerpério tardio (11º ao 45º após o parto):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os exercícios para o assoalho pélvico devem ser realizados com frequência e de forma gradativa, garantindo a conscientização e seu fortalecimento (orientar a puérpera a realizar a contração simulando segurar a urina, manter por cinco segundos e relaxar, repetindo por dez vezes, três vezes ao dia). • A puérpera pode ser avaliada para início gradativo de exercícios de fortalecimento da musculatura abdominal, iniciando-se com transversos, evoluindo para oblíquos e, por fim, reto abdominal. <p>- Puerpério remoto (do 45º dia em diante):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Além dos exercícios do puerpério tardio, é possível inserir outros exercícios de reeducação postural e ganho de força dos músculos abdominais, estímulo ao condicionamento físico e relaxamento, observando a intensidade e frequência, variando de acordo com a avaliação individual da puérpera. 	Equipe multiprofissional
	<p>Abordagem medicamentosa e encaminhamentos – puerpério imediato e tardio</p> <p>- Prescrição de sulfato ferroso 40 mg de ferro elementar (comprimido de 200 mg), 30 minutos antes almoço, de preferência com suco de frutas cítricas, até três meses após o parto.</p> <p>- Puérperas que tiveram o pré-natal em serviço de alto risco devem retornar também ao serviço especializado se necessário.</p>	Enfermeiro(a)/médico(a)
	<p>Abordagem medicamentosa e reavaliação de puérpera com comorbidades – puerpério imediato e tardio</p> <p>- Em caso de comorbidades (como DHEG, DMG, outros), revisar terapêutica medicamentosa (quando houver) e outras condutas relacionadas, estando atento às contraindicações devido ao aleitamento.</p>	Médico(a)

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Plano de cuidado com o recém-nascido	Cuidados com recém-nascido no puerpério imediato <ul style="list-style-type: none"> • Orientar sobre imunização e encaminhar para a sala de vacina se necessário - Observar a interação mãe-bebê (carícias, contato visual, expressões não verbais). - Examinar RN (peso, estatura, perímetro cefálico, mucosas, hidratação, fontanelas, condições de coto umbilical, genitália, pele, desenvolvimento neuropsicomotor). - Orientar manejos durante episódios de cólicas, explicar as causas. - Orientar cuidado com coto umbilical. - Orientar o banho de sol diário. - Orientar e estimular ao acompanhamento de puericultura. 	Equipe multiprofissional

12.2 VISITA DOMICILIAR

O Programa Nascer Itajaense tem como objetivo visitar as puérperas no alojamento conjunto, fazer orientações as mães entre outras demandas e comunicar a unidade de saúde sobre o nascimento do bebê, porém ocorre muitos nascimentos nos fins de semana, onde o profissional que atua no alojamento conjunto não realiza a visita. Assim, os profissionais de saúde devem ficar atentos com a data provável do parto da gestante para a realização da visita domiciliar:

- Recomenda-se uma visita domiciliar na primeira semana após a alta do bebê e da mãe da maternidade pelo médico ou enfermeiro;
- Caso o recém-nascido tenha sido classificado como de risco, a visita deverá acontecer nos 3 primeiros dias após a alta da maternidade.
- O retorno da mulher e RN ao serviço de saúde e a visita domiciliar deve ser incentivado desde o pré-natal, contemplando a primeira semana de saúde integral.
- A visita domiciliar nos primeiros 10 dias após o parto tem como objetivos:
 - Avaliar o estado de saúde da mulher e do recém nascido;
 - Orientar e estimular a amamentação;
 - Orientar quanto aos cuidados básicos com o recém nascido;
 - Avaliar interação da mãe com bebê;
 - Identificar situações de risco e/ou Intercorrências e conduzi-las;
 - Orientar o planejamento familiar;
 - Agendar consulta de puerpério até 42 dias depois do parto.
 - Prescrever método anticoncepcional, caso a mulher deseje.

- Em caso de parto vaginal com lacerações ou realização de episiotomia, perguntar sobre dor em local de sutura, presença de secreções e sinais flogísticos ou outras alterações.
- Em caso de parto por via abdominal (cesariana), avaliar a cicatriz, pesquisando sinais flogísticos e presença de secreção em ferida operatória.

12.3 CONTRACEPTIVOS DURANTE A AMAMENTAÇÃO

Para orientar o uso de métodos anticoncepcionais no pós-parto, deve-se considerar o tempo pós-parto, o padrão da amamentação, o retorno ou não da menstruação e os possíveis efeitos dos anticoncepcionais hormonais sobre a lactação e o lactente.

Durante os primeiros seis meses pós-parto, a amamentação exclusiva, à livre demanda, com amenorreia, está associada à diminuição da fertilidade. Porém, este efeito anticoncepcional deixa de ser eficiente quando ocorre o retorno das menstruações e/ou quando o leite materno deixa de ser o único alimento recebido pelo bebê, o que ocorrer primeiro. O efeito inibidor da fertilidade (que o aleitamento exclusivo com amenorreia tem) pode ser utilizado como método comportamental de anticoncepção, chamado de LAM (método da amenorreia da lactação).

Quando este efeito inibidor da fertilidade deixa de ser eficiente ou quando a mulher deseja usar outro método associado, deve-se primeiro considerar os métodos não hormonais, que não interfiram na amamentação. Os métodos de barreira e DIU, neste momento são mais indicados que os hormonais. O uso de preservativos feminino e masculino deve ser sempre estimulado.

METODO CONTRACEPTIVO	INDICAÇÃO/UTILIZAÇÃO
DIU	Pode ser inserido imediatamente após o parto ou a partir de 4 semanas pós parto. Contraindicados em casos que cursaram com infecção puerperal.
Contraceptivo oral hormonal	Só de progesterona - iniciar após 6 semanas do parto. Pode ser utilizado pela mulher que está amamentando.
Contraceptivo injetável trimestral Acetato de medroxiprogesterona 150mg/ml	Iniciar uso 6 semanas após o parto. Pode ser usado pela mulher que está amamentando.
Combinado de contraceptivo oral e injetável	Não deve ser utilizado, pois interferem na qualidade e quantidade do leite, podendo afetar a saúde do bebê.
Os métodos comportamentais – tabelinha, muco cervical, entre outros só poderão se usados após a regularização do ciclo menstrual.	

12.4 DIFICULDADES COM O ALEITAMENTO NO PERÍODO PUERPERAL

Entre as orientações sobre o aleitamento, deve -se observar durante todo o puerpério as seguintes situações:

Pega incorreta do mamilo

A pega incorreta da região mamilo-areolar faz que a criança não consiga retirar leite suficiente, acarretando a agitação e o choro. A pega errada, só no mamilo, provoca dor e fissuras, o que faz a mãe ficar tensa, ansiosa e perder a autoconfiança, pois começa a acreditar que o seu leite seja insuficiente e/ou fraco.

Fissuras (rachaduras)

Habitualmente, as fissuras ocorrem quando a amamentação é praticada com o bebê posicionado errado ou quando a pega está incorreta. Os hábitos de manter as mamas secas, não usar sabonetes, cremes ou pomadas também ajudam na prevenção. Recomenda-se tratar as fissuras com o leite materno do fim das mamadas, com o banho de sol e a correção da posição e da pega.

Mamas ingurgitadas

Na maioria das mulheres, do terceiro ao quinto dia após o parto. As mamas ingurgitadas são dolorosas, edemaciadas (com pele brilhante) e, às vezes, avermelhadas. Nestas situações, a mulher também pode apresentar febre. Para evitar ingurgitamento, a pega e a posição para a amamentação devem estar adequadas e, quando houver produção de leite superior à demanda, as mamas devem ser ordenhadas manualmente. Sempre que a mama estiver ingurgitada, a expressão manual do leite deve ser realizada para facilitar a pega e evitar fissuras. O ingurgitamento mamário é transitório e desaparece entre 24 e 48 horas.

Mastite

É um processo inflamatório ou infeccioso que pode ocorrer na mama lactante habitualmente a partir da segunda semana após o parto. Geralmente, é unilateral e pode ser conseqüente a um ingurgitamento indevidamente tratado. Tal situação exige avaliação médica para o estabelecimento do tratamento medicamentoso apropriado. A amamentação na mama afetada deve ser mantida

sempre que possível. De igual forma, quando necessário, a pega e a posição devem ser corrigidas.

Ordenha manual

É no pré-natal que o aprendizado da ordenha manual deve ser iniciado. Para que haja retirada satisfatória de leite do peito, é preciso começar com massagens circulares com as polpas dos dedos indicador e médio na região mamilo-areolar, progredindo até as áreas mais afastadas e se intensificando nos pontos mais dolorosos. Para a retirada do leite, é importante garantir o posicionamento dos dedos indicador e polegar no limite da região areolar, seguido por leve compressão do peito em direção ao tórax, ao mesmo tempo em que a compressão da região areolar deve ser feita com a polpa dos dedos.

Contraindicações da amamentação:

São raras as situações, tanto maternas quanto neonatais, que contraindicam a amamentação. Entre as maternas, encontram-se as mulheres com câncer de mama que foram tratadas ou estão em tratamento, mulheres HIV+ ou HTLV+, mulheres com distúrbios graves da consciência ou do comportamento. As causas neonatais que podem contraindicar a amamentação são, na maioria, transitórias e incluem alterações da consciência de qualquer natureza e prematuridade. São poucas as medicações que contraindicam a amamentação. Nenhuma medicação deve ser utilizada, sem orientação médica, pela puérpera que está amamentando. Na eventualidade de que a medicação utilizada seja classificada como de uso criterioso ou contraindicada durante a amamentação, o procedimento de escolha é optar por outras alternativas terapêuticas e não suspender o aleitamento.

12.5 ASPECTOS EMOCIONAIS NO PUERPÉRIO

Quando uma criança nasce, ocorrem mudanças na vida da mãe e de sua família e surge a necessidade de adaptação à chegada do novo ser. Adaptar-se não é uma tarefa fácil, especialmente quando se trata do primeiro filho. Os pais também precisam modificar seu sistema conjugal, criando um espaço para o filho, seja ele o primeiro ou não. As tarefas financeiras domésticas e de cuidados com a educação dos pequenos, também precisam ser administradas neste momento.

O puerpério é um momento provisório, de maior vulnerabilidade psíquica, em que há alteração emocional na mulher. Momento que permite às mães ligarem-se intensamente ao recém nascido, adaptando-se ao contato com ele e atendendo suas necessidades básicas. A puérpera adolescente é mais vulnerável nesta fase.

Cabe enfatizar que o nascimento de um filho é uma experiência familiar, portanto, uma atenção de qualidade no puerpério compreende também assistir não só a puérpera e seu recém nascido, mas a organização familiar como um todo.

Ao nascer, a criança se encontra em uma situação de dependência absoluta de cuidados. Cabe a função materna dar continência a criança e acolhê-la. A função materna pode ser exercida por alguma outra pessoa ou instituição que consiga cuidar, acolher, proteger e amparar o bebê, sendo assim, esta função não é necessariamente exercida pela mãe. A mãe deve, através de seus cuidados, passar segurança ao bebê, a fim de que este cresça numa trajetória em relação a sua independência.

A segurança que a mãe/função materna passa ao bebê nos primeiros cuidados, é fundamental para que esta se sinta segura e aos poucos vá crescendo como um ser individualizado.

A chegada do bebê desperta angustias e ansiedades; por tal razão, os sintomas depressivos podem ser comuns na mãe. Os profissionais da atenção primária a saúde devem estar atentos a sinais e sintomas que se configurem como mais desestruturantes e que fujam da adaptação do esperado do puerpério.

As formas de sofrimento mental podem ser mais brandas ou mais graves, dependendo de uma série de fatores, do contexto socioeconômico, do suporte familiar e da história de cada mulher. A chave para um diagnóstico seguro é o reconhecimento da instalação dos sinais, dos sintomas e de seu desenvolvimento, considerando o início no primeiro ano após o parto.

12.6 SOFRIMENTO MENTAL NO PUERPÉRIO

	Tristeza puerperal (baby blues)	Depressão puerperal	Transtorno psicótico puerperal
Conceitos	Alteração psíquica leve e transitória	Transtorno psíquico de moderado a severo, com início insidioso.	Distúrbio de humor psicótico, com apresentação de perturbações mentais graves
Prevalência	50 a 80%	10 a 15%	0,1 a 0,2%
Manifestação	Início no 3º ao 4º dia do puerpério	Início insidioso na 2ª a 3ª semana do puerpério	Início abrupto nas duas ou três semanas após o parto
Sintomas	Choro, flutuação de humor, irritabilidade, fadiga, tristeza, insônia, dificuldade de concentração, ansiedade relacionada ao bebê.	Tristeza, choro fácil, desalento, abatimento, labilidade, anorexia, náuseas, distúrbios do sono, insônia inicial e pesadelos, idéias suicidas, perda do interesse sexual	Confusão mental, delírios ou alucinações, agitação psicomotora; angústia; pensamentos de machucar o bebê, comportamentos estranhos, insônia, sintomas que evoluem para formas maníacas, melancólicas ou até mesmo catatônicas.
Curso e prognóstico	Remissão espontânea em uma semana a dez dias	Desenvolve-se lentamente em semanas ou meses, atingindo assim um limiar; prognóstico está intimamente ligado ao diagnóstico precoce e as intervenções adequadas.	Pode evoluir mais tarde para uma depressão. O prognóstico depende da identificação precoce e das intervenções no quadro.
Ações	Visita domiciliar com frequência. Orientações aos familiares para apoio à mãe.	Visita domiciliar Avaliação médica para avaliar necessidade de medicação. Orientações aos familiares para apoio à mãe.	Encaminhar para o Caps adulto maiores de 18 anos e Caps infantil menores de 18 anos (17 anos 11 meses 29 dias).

- Complemente a leitura sobre os aspectos emocionais no pós parto, no caderno de Atenção Básica – Atenção ao pré natal de baixo risco, nas pág .268 a 276.

13 TESTE RÁPIDO PARA TRIAGEM DE SÍFILIS E DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO DO HIV

Os testes rápidos (TR) são exames cuja metodologia permite a detecção de anticorpos em menos de 30 minutos, têm baixo custo operacional, são altamente sensíveis e específicos e de simples aplicação e interpretação.

A utilização dos testes rápidos para o diagnóstico da infecção pelo HIV e para triagem da sífilis está regulamentada pelas Portarias SVS/MS nº 151, de 14 de outubro de 2009 (sobre diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV) e Portaria nº 3.242, de 30 de dezembro de 2011 (sobre teste de triagem para sífilis).

O diagnóstico precoce da infecção do HIV e sífilis na GESTANTE permite não somente intervenções clínicas e terapêuticas no usuário/paciente e seu parceiro, como também a adoção de medidas efetivas para a redução da transmissão vertical do HIV e ocorrência da sífilis congênita.

13.1 ACOLHIMENTO E ACONSELHAMENTO

Nos serviços de saúde que prestam assistência ao pré-natal e puerpério, as ações de acolhimento e aconselhamento são imprescindíveis para reduzir as infecções e a transmissão vertical.

Considerando este momento, a oferta do teste para o HIV deve ser bem explicada, pois este exame tem um impacto importante, incluindo mudanças necessárias a serem feitas a partir de um resultado positivo, que contrariam expectativas na maternidade para a maioria das mulheres, como a amamentação e parto normal.

O procedimento de aconselhamento prévio à coleta de amostras deverá ser previsto e mantido como na realização dos exames sorológicos convencionais, e a **decisão do indivíduo pela realização ou não dos testes será respeitada.** Uma vez avaliados os riscos destas infecções, todo esforço deverá ser dispendido no sentido da importância da realização dos mesmos.

O aconselhamento a estas gestantes deve:

- I. Promover reflexão da importância da realização das sorologias neste momento da vida (gestação e momento do parto); lembrando sempre que se houve gravidez, o risco está presente;
- II. Discutir possíveis resultados e seus significados, bem como formas e importância do tratamento;
- III. Registrar em prontuário as formas de contato;
- IV. Discutir possíveis formas de manter contato (contrato de sigilo) nos casos em que o serviço de saúde necessitar passar informações;
- V. Discutir a importância do diagnóstico e tratamento do parceiro sexual em caso de resultados reagentes e discutir possíveis formas de manter contato nos casos em que o serviço de saúde necessitar passar informações;
- VI. Monitorar e documentar (prontuários e carteira da gestante) o tratamento administrado na gestante e no seu parceiro sexual.

O envolvimento e abordagem da parceria sexual requer cuidados especiais, pois a mulher em idade reprodutiva ou gestante cujo parceiro sexual não foi diagnosticado e tratado pode reinfectar esta mulher, possibilitando a transmissão da doença para o seu filho.

A convocação do parceiro sexual deve ser voluntária e realizada de modo que toda a informação permaneça confidencial após a paciente/gestante compreender a intenção desta ação. Esta convocação pode ser feita através da gestante, que conversa com seu parceiro sexual, ou por um profissional de saúde quando a gestante não se sentir apta a fazê-lo, fornecendo autorização e informações sobre a melhor forma de convocá-lo.

Nos casos em que a gestante não se sentir apta a convocá-lo, o profissional deve preferencialmente solicitar assinatura em prontuário, para a autorização de contato e da melhor forma de realizá-lo.

Toda convocação deve:

- I. Ser discutida e consentida pela gestante;
- II. Ter resolutividade quando da chegada do parceiro sexual ao serviço;
- III. Garantir aconselhamento a ambos;
- IV. Garantir tratamento concomitante e seguimento ambulatorial a ambos, quando indicado.

O profissional que irá atender deve:

- I. Assumir uma postura acolhedora e não julgadora;
- II. Reafirmar a confidencialidade e o sigilo das informações prestadas;
- III. Identificar as crenças e os valores do cliente acerca das DST, HIV e AIDS;
- IV. Utilizar linguagem compatível com a cultura do usuário/paciente;
- V. Informar sobre o teste que será realizado;
- VI. Informar sobre as possibilidades de resultados, procedimentos e conduta em caso de resultado reagente;
- VII. Conhecer informações específicas sobre a Sífilis Congênita;
- VIII. Explicar as complicações decorrentes da não realização do tratamento ou deste ser incompleto ou da automedicação;
- IX. Monitorar e documentar a realização do tratamento em prontuário e na carteira da gestante.

Roteiro para avaliação de risco e vulnerabilidade**Motivação para testagem e conhecimento**

- 1 – Por que você quer fazer o teste Anti-HIV?
- 2 – Você já fez o teste Anti-HIV alguma vez? Quando? Por quê?
- 3 – O que você sabe sobre o HIV e a AIDS? (Identificar formas de transmissão, prevenção e diferença entre HIV e AIDS).

Avaliação de risco – mapeamento e aprofundamento

- 4 – Você viveu alguma situação em que considera ter se exposto ao risco de infecção pelo HIV? Quando? Qual?
- 5 – Você tem relações sexuais só com homens, só com mulheres ou com homens e mulheres?
- 6 – Que tipos de práticas sexuais você costuma ter: sexo anal, vaginal e ou oral?
- 7 – Dentre essas práticas, em quais você usa preservativo e em quais não usa?
- 8 – E com que parceiros você usa e com quais não usa?
- 9 – Você já teve ou tem sintomas de alguma doença sexualmente transmissível?
- 10 – Você faz uso de drogas (inclusive álcool)? Quais? Em que situações? Com que frequência?
- 11 – Você compartilha equipamentos (seringa, agulha, canudo, cachimbo) para uso de drogas?
- 12 – Algum dos seus parceiros usa drogas? Quais? Como? Em que situações?
- 13 – Você acha que quando você ou seu parceiro está sob efeito de drogas é mais difícil usar o preservativo na relação sexual?
- 14 – Você sabe usar o preservativo? (Demonstrar o uso correto).
- 15 - Você recebeu transfusão de sangue e ou derivados antes de 1993?
- 16 – Você já vivenciou ou vivencia alguma situação de violência física? E de violência sexual?
- 17 – Você conhece a prática sexual, uso de drogas e histórico de DST e HIV de seu parceiro atual?

Entrega do resultado e aconselhamento pós-teste

Neste momento é importante garantir o sigilo ao usuário, explicar o resultado do teste e orientar o usuário individualizando seu significado. É importante utilizar as informações já reveladas no momento anterior, complementando as informações sobre por exemplo orientação e práticas sexuais, uso de álcool e outras drogas, levantando o mínimo necessário de dados para contextualizar as orientações sobre medidas preventivas e redução dos riscos.

Resultado negativo

Nesta situação a prioridade é reforçar as orientações sobre as medidas de prevenção para evitar futuras exposições de risco. Necessário atenção do profissional, pois a sensação de alívio deste momento pode desvalorizar a intervenção para adoção de práticas seguras.

Neste momento é essencial:

- Explicar o significado do resultado negativo, reforçando que a testagem não evita a transmissão em novas exposições.
- Verificar a possibilidade de janela imunológica caso tenha ocorrido alguma exposição de risco nas 4 semanas que antecederam a realização do teste, indicando retorno para retestagem após 30 dias, ressaltando a necessidade de adotar as medidas de prevenção.
- Lembrar que cada usuário tem suas especificidades e a necessidade que as orientações considerem o estilo de vida ou a condição atual como por ex: dificuldades na negociação do preservativo, práticas sexuais sob efeito de drogas (lícitas e /ou ilícitas, inclusive o álcool), uso de preservativo nas diferentes práticas sexuais, com os diferentes tipos de parceiros (fixos ou eventuais).
- Reforçar as informações sobre risco e vulnerabilidade, orientando sobre a prevenção de DST e AIDS. Importante discutir com o usuário estratégias de redução de riscos.
- Para pessoas que fazem uso abusivo de álcool e outras drogas: discutir estratégias de redução de danos, reforçando a necessidade do uso de preservativo e do não compartilhamento de seringas e agulhas - no caso de usuários de drogas injetáveis (UDI). Considerar o encaminhamento para o Centro de Atenção Psicossocial para tratamento da dependência química.
- Apoio emocional deve permear todo o atendimento; quando necessário encaminhar o usuário para manejo na área de saúde mental.

Resultado negativo para gestante

- Informar sobre o significado do resultado.
- Avaliar a possibilidade de janela imunológica.
- Reforçar sobre as medidas preventivas contextualizadas a cada gestante.

Resultado positivo

O impacto do resultado positivo costuma ser intenso, para o usuário e muitas vezes para o profissional. É fundamental que o profissional esteja preparado para oferecer apoio emocional, respeitando o tempo do usuário. Informações sobre o significado do resultado, as possibilidades de tratamento, encaminhamentos necessários e orientação para adoção de medidas de prevenção deverão ser fornecidos de acordo com a condição emocional do usuário.

Neste momento é importante:

- ✓ Reafirmar o sigilo do resultado.
- ✓ Garantir ao usuário o tempo necessário para elaboração do diagnóstico, exposição das dúvidas e expressão dos sentimentos (raiva, ansiedade, depressão, medo, negação, etc).
- ✓ Lembrar que o resultado positivo não significa morte, enfatizando os avanços do tratamento da infecção pelo HIV (melhora da qualidade e expectativa de vida, redução de morbimortalidade).
- ✓ Ressaltar a importância do acompanhamento médico e psicossocial para o controle da infecção e para garantia da qualidade de vida do usuário;
- ✓ Informar a importância da testagem dos parceiros.
- ✓ Indicar grupos de apoio existentes na comunidade, no serviço ou em ONG locais.
- ✓ Discutir estratégias de redução de riscos que levem em conta as informações coletadas no pré-teste, lembrando-se, principalmente, da vulnerabilidade, das questões relacionadas a gênero, de direitos reprodutivos, de diversidade sexual e de uso de drogas.
- ✓ Agendar consulta no Centro de Referência de Doenças Infecto Contagiosas – CEREDI, preencher a ficha de investigação e notificação e enviar ao DVE.

Resultado positivo para gestante

Todas as gestantes positivas para HIV deverão ser encaminhadas para o serviço especializado do Município de Itajaí – CEREDI, com consulta agendada pelo unidade de referencia assim como preencher a Ficha de investigação e notificação e enviar ao DVE.

Toda parceria sexual de gestante com **TESTE RÁPIDO HIV REAGENTE**, deverá coletar amostra venosa para pesquisa **LABORATORIAL do HIV**. Porém analisar a oportunidade e necessidade da realização de testagem rápida da parceria.

O profissional de saúde deve garantir o tempo necessário para que o usuário e somente ele, decida com quem e quando deverá compartilhar esse diagnóstico, prestando-lhe o suporte emocional necessário durante este processo.

13.2 DIAGNÓSTICO DA INFECÇÃO DO HIV UTILIZANDO TESTE RÁPIDO

A Portaria SVS/MS nº 151, de 14 de outubro de 2009, regulamenta o uso dos testes rápidos para o diagnóstico da infecção pelo HIV no Brasil (Anexo 3). Todos os conjuntos de diagnóstico utilizados deverão estar obrigatoriamente registrados na Agência de Vigilância em Saúde – ANVISA, e ter sido validado pelo Ministério da Saúde de acordo com o estudo pré-estabelecido de validação.

13.2.1 Teste Rápido para HIV

As instituições de saúde públicas e privadas que realizam testes rápidos devem manter os processos de qualificação e educação permanente para os profissionais de saúde e utilizar somente os testes rápidos validados pelo Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Até o momento, temos oito testes aprovados nesses processos de validação:

NOTA: Diante dos resultados encontrados, recomendamos que os TR “HIV Rapid Check” e “BD Chek HIV Multi-test” não sejam utilizados simultaneamente em um mesmo fluxograma, pois podem resultar em um diagnóstico falso-positivo devido

as suas idênticas características de desempenho quanto à sensibilidade e especificidade com as amostras utilizadas no estudo.

Os testes rápidos HIV-1/2 são testes qualitativos, de alta especificidade e sensibilidade para a detecção de anticorpos específicos para o vírus da imunodeficiência humana dos tipos 1 e 2. Podem ser realizados com amostras de soro, plasma e sangue total.

13.2.2 Leitura e interpretação do teste rápido - HIV

Com o objetivo de realizar a detecção de anticorpos Anti-HIV para o diagnóstico da infecção pelo HIV, utilizando testes rápidos, é exigido o cumprimento rigoroso dos procedimentos de acordo com o algoritmo abaixo.

a) A amostra que apresentar resultado não reagente no teste rápido 1 (TR1), terá o diagnóstico definido como **"Amostra Não Reagente para HIV"**.

b) A amostra que apresentar **resultado reagente no teste rápido 1 (TR1)** deverá passar obrigatoriamente para a realização do segundo teste (TR2).

b.1) Amostras reagentes nos TR1 E TR2 terão o diagnóstico definido como **"Amostra Reagente para HIV"**.

b.2) Amostras reagentes no TR1 e não reagente no TR2 (**DISCORDANTES**), não terão o resultado definido e uma nova amostra deverá ser solicitada por punção venosa para ser submetida ao Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV.

Considerar a história clínica e epidemiológica da gestante e sua parceria sexual não esquecendo da janela imunológica de 30 dias para possível reavaliação ou realização de novo teste.

NOTA: Caso não apareça a banda controle ou ocorra algum problema no processo de realização e leitura do teste, serão considerados **INVÁLIDOS** e o teste deverá ser repetido com a mesma metodologia e com mesmo conjunto diagnóstico, de preferência com outro lote.

OBSERVAÇÕES:

✓ Os testes rápidos devem ser realizados imediatamente após a coleta da amostra e o indivíduo

orientado a aguardar o resultado no local.

Deverão constar nos laudos do diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV, o nome do ensaio, as metodologias de cada conjunto diagnóstico realizado e a interpretação final da amostra, que será “**AMOSTRA REAGENTE PARA HIV**” ou “**AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA HIV**”. Nenhum resultado de teste deve ser entregue sem o aconselhamento **PÓS – TESTE**. Não há necessidade de confirmação laboratorial caso o T1 e T2 tenham apresentado resultado reagente, como dito a cima, os testes rápidos para HIV definem diagnóstico.

Nota: não decore ou memorize o procedimento de realização dos testes. a cada teste realizado deve-se obrigatoriamente ler a bula do kit. esta medida configura uma boa prática imprescindível para a garantia da qualidade do resultado obtido.

Os procedimentos descritos acima não substituem a bula do conjunto de diagnóstico (kit) que deverá ser lida todas as vezes em que se proceder a realização de um teste. A bula do conjunto de diagnóstico apresenta informações adicionais importantes como instruções de conservação e armazenamento do kit, cuidados e precauções que devem ser observados para garantir a qualidade dos resultados obtidos, instruções sobre a coleta da amostra, limitações do teste e desempenho do produto (sensibilidade e especificidade).

13.3 A TRIAGEM PARA SÍFILIS UTILIZANDO TESTE RÁPIDO EM GESTANTES

A triagem da sífilis no pré-natal tem como prioridade inicial a garantia de acesso às gestantes e suas parecerias sexuais com previsão da ampliação do acesso a toda a população. O teste rápido (TR) para triagem da sífilis é regulamentado pela Portaria GM/MS nº 3.242 de 30 de Dezembro de 2011 (Anexo 4).

Segundo o Ministério da Saúde o teste rápido para sífilis é utilizado em situações especiais e como **triagem**, portanto um resultado de teste rápido de sífilis não define o diagnóstico desta infecção, sendo necessário a coleta de sangue venosa para comprovação do diagnóstico.

O teste rápido para sífilis é um teste imunocromatográfico qualitativo, de fácil execução e que não necessita de estrutura laboratorial para sua utilização. É um **teste treponêmico**, ou seja, detectam anticorpos específicos para *Treponema pallidum* em sangue total, soro ou plasma. Esse teste pode aumentar consideravelmente os esforços da saúde pública em diminuir a disseminação desta infecção especialmente em gestantes e seus parceiros em Unidades Básicas de Saúde, particularmente no âmbito da Rede Cegonha.

Determinações sobre a utilização de testes rápidos treponêmicos

- ✓ A detecção da sífilis utilizando teste rápido treponêmico em situações especiais é feita exclusivamente com testes rápidos com registro vigente na Anvisa.
- ✓ O teste rápido treponêmico somente poderá ser realizado por profissionais capacitados e certificados para a execução, leitura e interpretação dos resultados.
- ✓ A amostra deverá ser submetida ao teste rápido treponêmico seguindo instruções do fabricante (bula) para armazenamento, execução, leitura e interpretação do resultado.
- ✓ Os testes rápidos devem ser realizados imediatamente após a coleta da amostra, orientando o indivíduo a aguardar o resultado no local.

Leitura e interpretação do teste rápido treponêmico

- ✓ Todo teste deve ter uma região para leitura do resultado da amostra e outra para o controle do teste;
- ✓ O teste será considerado válido sempre que aparecer reatividade na região controle;
- ✓ Caso não apareça reatividade na região controle, o teste não é considerado válido e recomenda-se a realização de outro teste rápido treponêmico do mesmo lote ou, se disponível, com número de lote diferente.

NOTA: Caso não apareça a banda controle ou ocorra algum problema no processo de realização e leitura do teste, esses serão considerados **INVÁLIDOS** e o teste deverá ser repetido com a mesma metodologia e com mesmo conjunto diagnóstico, de preferência com outro lote. O teste rápido (TR) é treponêmico.

a) Para a amostra com resultado Não Reagente no teste rápido treponêmico, reportar no laudo o resultado obtido. **"Amostra Não Reagente para Sífilis";**

b) Para a amostra com resultado Reagente no teste rápido treponêmico, reportar no laudo o resultado obtido. **"Amostra Reagente para Sífilis";**

O laudo deverá incluir as seguintes ressalvas:

"Uma amostra por punção venosa deverá ser colhida imediatamente para a realização do Fluxograma Laboratorial da Sífilis."

Como deve ser a interpretação dos resultados

Embora os resultados dos testes laboratoriais sejam interpretados pelo médico, em associação com os dados da história clínica do usuário e com os dados epidemiológicos, é importante saber:

1 Teste não treponêmico (VDRL) reagente e teste treponêmico (TR) reagente: podem significar sífilis ativa, sífilis latente ou sífilis tratada;

O QUE FAZER: para esclarecer o caso, deve-se analisar a história do usuário (dados clínicos e epidemiológicos).

2 Teste não treponêmico (VDRL) reagente (geralmente em títulos baixos) e Teste treponêmico (TR) não reagente: improvável que seja sífilis;

O QUE FAZER: neste caso se deve investigar doenças autoimunes, crônicas ou outras doenças infecciosas agudas e ainda outras situações fisiológicas e biológicas que o médico considerar pertinentes para explicar a positividade do teste não treponêmico.

3 Teste não treponêmico (VDRL) não reagente e Teste treponêmico (TR) reagente: pode significar sífilis primária (com possível presença do cancro) ou sífilis tratada;

O QUE FAZER: o médico deve examinar o usuário buscando a lesão primária e verificar a história clínica e epidemiológica.

4 Teste não treponêmico (VDRL) e teste treponêmico (TR) não reagente: provavelmente o usuário não tem sífilis ou a infecção é muito recente e os anticorpos ainda não são detectáveis pelos testes utilizados;

O QUE FAZER: caso persista a suspeita clínica o teste deve ser repetido após cerca de 20 a 30 dias.

NOTA: NÃO DECORE OU MEMORIZE O PROCEDIMENTO DE REALIZAÇÃO DOS TESTES. A CADA TESTE REALIZADO DEVE-SE OBRIGATORIAMENTE LER A BULA DO KIT. ESTA MEDIDA CONFIGURA UMA BOA PRÁTICA IMPRESCINDÍVEL PARA A GARANTIA DA QUALIDADE DO RESULTADO OBTIDO.

Os procedimentos descritos acima não substituem a bula do conjunto de diagnóstico (kit) que deverá ser lida toda vez que se proceder a realização de um teste. A bula do conjunto de diagnóstico apresenta informações adicionais importantes como instruções de conservação e armazenamento do kit, cuidados e precauções que devem ser observados para garantir a qualidade dos resultados obtidos, instruções sobre a coleta da amostra, limitações do teste e desempenho do produto (sensibilidade e especificidade).

Encaminhamentos pós testagem rápida para os casos reagentes de sífilis: A gestante com teste rápido treponêmico reagente – TR triagem de sífilis - deverá ser avaliada clinicamente, especialmente verificar a presença de lesões características de sífilis. A sorologia laboratorial deve ser realizada para orientação do profissional que está acompanhando a paciente para definição do esquema terapêutico.

A regra geral quando o resultado do teste rápido treponêmico for reagente é de coletar uma amostra venosa para realizar pesquisa LABORATORIAL de sífilis. Somente em situações especiais realiza-se o tratamento imediato (descrita no item 5.1).

13.4 TRATAMENTO

A penicilina é a droga de escolha para o tratamento da sífilis, sendo um medicamento de baixo custo, fácil acesso e ótima eficácia. O tratamento da sífilis é dependente da fase da infecção da doença, sendo preconizado conforme segue:

Resumo dos esquemas terapêuticos para sífilis em gestantes e controle de cura:

ESTADIAMENTO	PENICILINA G BENZATINA	INTERVALO ENTRE AS SÉRIES	CONTROLE DE CURA (SOROLOGIA)
Sífilis primária	1 série Dose total: 2.400.000 UI IM	Dose única	VDRL mensal
Sífilis secundária ou latente com menos de 1 ano de evolução	2 séries Dose total: 4.800.000 UI IM	1 semana	VDRL mensal
Sífilis terciária ou com mais de um ano de evolução ou com duração ignorada	3 séries Dose total: 7.200.000 UI IM	1 semana	VDRL mensal

*1 série de penicilina benzatina = 1 ampola de 1.200.000 UI aplicada em cada glúteo, totalizando 2.400.000 UI.

Após a dose terapêutica inicial na doença recente, poderá surgir a reação de Jarisch-Herxheimer, sendo esta a exacerbação das lesões cutâneas e presença de febre com outros sintomas gerais (adinamia, artralgias, mialgia). Esta reação tem involução espontânea em 12 a 48 horas, exigindo apenas cuidado sintomático. Não se justifica a interrupção do tratamento e não significa alergia à droga. Os pacientes com manifestações neurológicas e/ou cardiovasculares devem ser hospitalizados e ser submetidos a esquemas especiais de penicilina via intravenosa.

NOTA: Casos de sífilis latente com período de duração ignorada devem ser tratados como sífilis latente tardia, a fim de prevenir a sífilis terciária.

Situações de tratamento imediato

Gestantes com teste rápido atual positivo para sífilis, nas situações*:

- ✓ Ausência de histórico de sífilis, cujo diagnóstico tenha sido excluído laboratorialmente por registro de prontuário ou cartão de gestante e/ou,
- ✓ Inexistência de comprovação de tratamento adequado para sífilis no passado, por registro em prontuário ou no cartão da gestante.

Importante: *Além do tratamento imediato deve-se coletar amostra e submetê-la ao fluxograma laboratorial e também realizar o controle de cura mensal, além de adequar o esquema de tratamento à forma clínica.

Tratamento de parceria das gestantes com TR positivo:

- ✓ Toda parceria sempre deve ser testada antes de ser tratado.
- ✓ Se o teste rápido da parceria for negativo: tratar com 2.400.000UI de penicilina.
- ✓ Se o teste rápido da parceria for positivo: tratar conforme fase clínica da infecção (Além do tratamento imediato deve-se coletar amostra e submetê-la ao fluxograma laboratorial e também realizar o controle de cura trimestral, além de adequar o esquema de tratamento à forma clínica).

Controle da cura para sífilis

O controle de cura deve ser feito com teste não treponêmico (VDRL). Com a instituição do tratamento correto, o teste não treponêmico tende a negatar-se 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.

O exame de VDRL apresentando títulos baixos pode também representar uma reação falso positiva, que pode ser uma reação cruzada com as alterações inflamatórias das doenças do colágeno. Pode ainda ser representado por sífilis muito recente, onde os títulos estão em ascensão ou ainda doença muito antiga, tratada ou não, onde os títulos tendem a apresentar declínio naturalmente independente de tratamento.

✓ Os testes não treponêmicos (como VDRL/RPR) devem ser realizados em gestantes mensalmente e, para a população geral a cada 3 meses, segundo o Manual de Controle das DST do Ministério da Saúde (2006);

✓ No caso de sífilis primária e secundária, os títulos devem declinar em torno de 4 vezes em 3 meses e 8 vezes em 6 meses;

✓ Se os títulos se mantiverem baixos e estáveis em 2 oportunidades, após 1 ano, pode ser dado alta.

O teste rápido (TR), sendo um teste treponêmico, **é importante para verificar se a pessoa entrou em contato com o *T. pallidum***, porém não distingue se é uma doença ativa ou cicatriz sorológica. Portanto, há necessidade de se realizar um teste não treponêmico, como VDRL ou RPR, para a confirmação de doença atual, instituição de tratamento adequado para sífilis e seguimento do tratamento.

É preciso ressaltar que alguns segmentos populacionais necessitam de tratamento imediato, somente com o resultado positivo do teste rápido (TR). São situações que o retorno para buscar o resultado pode representar uma importante barreira à continuidade no atendimento ou para os quais há certa urgência de realização do diagnóstico.

14 TESTAGEM RÁPIDA PARA GESTANTES NA ATENÇÃO BÁSICA

As gestantes da Atenção Básica do Município de Itajaí deverão realizar os TESTES RÁPIDOS para diagnóstico do vírus HIV e triagem de SÍFILIS nos seguintes momentos:

- ✓ Gestantes no 1º trimestre de gestação.
- ✓ Na primeira consulta do pré-natal em qualquer idade gestacional ou DUM ignorada.
- ✓ Gestantes que iniciam tardiamente o pré-natal, em razão do espaço de tempo entre a coleta e a chegada do resultado das sorologias para o início da intervenção terapêutica ou profilática.
- ✓ Gestantes que no terceiro trimestre da gestação apresentar sinais e sintomas de DST ou situação de exposição de risco a DST: novo parceiro, parceiro com sintomas de DST, parceiro usuário de drogas (especialmente cocaína e crack).
- ✓ Gestantes que no terceiro trimestre da gestação sejam diagnosticadas com tuberculose, em qualquer de suas apresentações.
- ✓ Toda gestante entre a 28ª semana e 30ª semana de gestação - (3º Trimestre) o de diagnóstico de HIV.
- ✓ Gestantes no 1º trimestre, 2º trimestre 22ª a 25ª semana de gestação; e 3º trimestre entre a 31ª a 34ª semana de gestação, deverão fazer o teste rápido para triagem da sífilis, objetivando a diminuição da sífilis congênita.

OS TESTES RÁPIDOS DEVERÃO SER ANOTADOS NO PRONTUÁRIO DA GESTANTE ASSIM COMO O TRATAMENTO E NA FICHA DO SIS PRE-NATAL PARA INSERIR NO SISTEMA WEB (DATA – HORA E RESULTADO).

Complementação da leitura

Segue algumas sugestões de leitura objetivando complementar os conhecimentos sobre a gestação e puerpério.

- 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
- 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
http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf
- 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
- 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>
- 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
- 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_tecnicoii.pdf
- 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
- 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_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf
- Saúde mental – Caderno de Atenção Básica, nº 14, Ações Programáticas Estratégicas – 2013.

REFERÊNCIAS

AYRES, José Ricardo de Carvalho Mesquita; FRANÇA JÚNIOR, Ivan; CALAZANS, Gabriela Junqueira; SALETTI FILHO, Heraldo César. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: Czeresnia, Dina; Freitas, Carlos Machado de. **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Manual instrutivo. Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf>. Acesso em: 10 dez.2015.

_____. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. ed. rev. Brasília, 2013. (Caderno de Atenção Básica n. 32). Disponível em: <<http://goo.gl/ZhsG6p>>. Acesso em: 12mar. 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/6gQtRF>>. Acesso em: 12 mar.2015.

_____. Ministério da Saúde. **Informe técnico para implantação da vacina adsorvida difteria, tétano e coqueluche (Pertussis Acelular) tipo adulto – dTpa**. Brasília, 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: nutrição infantil – Aleitamento materno e alimentação**. Brasília, 2009. (Caderno de Atenção Básica, n. 23). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_nutricao_aleitamento_alimentacao.pdf>. Acesso em: 12 mar.2015.

_____. Ministério da Saúde. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**. 2. ed. Brasília, 2010. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/amamentacao_uso_medicamentos_2ed.pdf>. Acesso em: 12 mar.2015.

_____. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual**. 5. ed. Brasília, 2012. (SérieA. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf>. Acesso em: 12 mar.2015.

_____. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília, 2005. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº5)

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área de Saúde do Adolescente e do Jovem. Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2007. 60 p.: il. – (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Diretrizes dos Centros de Testagem e Aconselhamento – CTA: manual./Coordenação Nacional de DST e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 1999. 32 p.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de condutas gerais do Programa Nacional de Suplementação de Vitamina A**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_programa_nacional_vitamina_a_2edicao.pdf>. Acesso em: 12 mar.2015.

_____. Código Civil (2002). Código civil brasileiro e legislação correlata. – 2. ed. – Brasília: Senado Federal, Subsecretaria de Edições Técnicas, 2008. 616 p

_____. Aspectos legais do atendimento ao adolescente - em busca da saúde integral. Luiz Claudio Campos. Núcleo de Populações mais vulneráveis. Gerência de Prevenção - CE DST/Aids. Disponível em: www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/.../aspectos_legais.pdf Acessado 10/05/2016 .

_____. Código de Ética Médica e textos legais sobre ética em medicina. 2. ed. São Paulo : Conselho Regional de Medicina do Estado de São Paulo, 2007. 71 p. Acessado: 15/05/2016 em: www.portalmédico.org.br

_____. Código de Ética enfermagem: RESOLUÇÃO COFEN 311/2007. Acessado 15/05/2016 em : portalcofen.gov.br/codigo-de-etica-resolucao-cofen-3112007

_____. Ministério da Saúde. Ações de Prevenção ao HIV e outras DST na Atenção Básica à Saúde. In: **Cadernos de Atenção Básica – Programa de Saúde da Família. Caderno da Atenção Básica as DST e Infecção pelo HIV/Aids**. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. **Aconselhamento em DST/HIV/Aids para a Atenção Básica**. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis – DST. 3 ed.; 1999. Disponível em <http://sifilisdst.blogspot.com/>, acessado em 20/12/2011, as 11h35.

_____. Ministério da Saúde. Portaria nº 3.242, de 30 de dezembro de 2011. Dispõe sobre o Fluxograma Laboratorial da sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em situações especiais e apresenta outras recomendações. Disponível em <http://www.aids.gov.br/pagina/legislacao>

SANTANA, L.R. et al. Teste VDRL para o diagnóstico de Sífilis. Avaliação dos resultados em uma unidade de atenção primária de saúde. RBAC, v.38, n.2, p.71-73, 2006.

ANEXOS

ANEXO 1 – NOTA TÉCNICA RECOMENDAÇÃO NÃO REALIZAÇÃO DA RUBÉOLA EM GESTANTES



MINISTÉRIO DA SAÚDE
SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE
DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA EPIDEMIOLÓGICA
COORDENAÇÃO-GERAL DE DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS
UNIDADE TÉCNICA DAS DOENÇAS DE TRANSMISSÃO RESPIRATÓRIA E IMUNOPREVENÍVEIS
SCS, Quadra 04, Edifício Principal, 2º andar – CEP: 70.304-000
(61) 3213-8092/8097/8098

SIPAR-Ministério da Saúde

Registro Número: 25000

099.213/2011-72

NOTA TÉCNICA N.º 21/2011/URI/CGDT/DEVEP/SVS/MS

Assunto: **Recomendação para não realização de exame de rotina para rubéola em gestantes.**

1. A observação e análises de dados dos Laboratórios Centrais de Saúde Pública - LACEN e Vigilâncias Epidemiológicas de todo o país nos mostrou um acúmulo de casos de rubéola sem encerramento adequado, o que muito provavelmente sejam resultados IgM falsos “positivos” ou “indeterminados” em exames de rotina para rubéola no pré-natal, o que não é uma recomendação da Secretaria de Vigilância da Saúde do Ministério da Saúde.
2. Considerando que:
 - I. Na campanha nacional de vacinação contra a rubéola para homens e mulheres em 2008, as mulheres tiveram cobertura vacinal de 98,4% no país;
 - II. Os últimos casos confirmados de rubéola no Brasil datam de dezembro de 2008 nos estados de São Paulo e Pernambuco;
 - III. O último caso confirmado de Síndrome da Rubéola Congênita no país data de agosto de 2009, proveniente de mãe infectada pelo vírus da rubéola em 2008;
 - IV. Em 2010 o Brasil foi certificado junto a Organização Pan-Americana da Saúde - OPAS como país sem circulação do vírus da rubéola por mais de doze meses;
 - V. No Manual de Vigilância Epidemiológica das Doenças Exantemáticas, editado pelo Ministério da Saúde em 2003, na página 112, já havia recomendação de não se proceder à solicitação de sorologia rotineira para rubéola durante a gestação em virtude da freqüente interferência da gravidez nas sorologias, gerando resultados falsos positivos e desnecessária expectativa e sofrimento para as gestantes como transcrito abaixo.

“3.2.2. ... não existem indicações par solicitar e realizar o exame de rotina no Pré-Natal para rubéola em gestantes. O exame só deve ser solicitado e realizado mediante suspeita de rubéola na gestante ou quando a mesma for contato com uma pessoa com doença exantemática. Caso a gestante não tenha comprovação, na caderneta de vacinação da vacina contra rubéola (rubéola monovalente, dupla viral ou tríplice viral), se necessário, a solicitação deverá ser o da pesquisa de IgG para rubéola (gestante assintomática e sem contato prévio com outra doença exantemática). Caso o resultado seja negativo ou não reagente, indicar a vacinação contra rubéola imediatamente após o parto”.

3. A Secretaria de Vigilância em Saúde, recomenda:

- I. Que não se proceda à sorologia rotineira de rubéola no pré-natal de mulheres gestantes, exceto para aquelas com relato de manifestações clínicas e/ou vínculo epidemiológico (viagem ao exterior ou contato com viajantes nos últimos 30 dias);
- II. Que seja reiterado aos municípios que comuniquem na Ficha de Notificação a possibilidade ou certeza de mulheres estarem gestantes.
- III. Que seja reiterado aos municípios que é obrigatória e absolutamente indispensável à referência na mesma ficha, do estado vacinal de qualquer solicitação de suspeita de sarampo ou rubéola.
- IV. Que seja solicitado que nos casos de pesquisa de infecção congênita de neonatos é indispensável constar na ficha de investigação enviada ao LACEN a situação vacinal da mãe com as vacinas dupla ou tríplice viral.

Brasília, 8 de junho de 2011.



FABIANO MARQUES ROSA

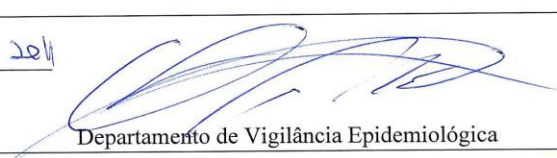
Unidade Técnica das Doenças de Transmissão Respiratória e Imunopreveníveis

Aprovo Nota Técnica.
Em 15 / 06 / 2011



JOSÉ RICARDO PIO MARINS
Coordenador-Geral de Doenças Transmissíveis

De acordo.
Em 14 / 6 / 2011



Departamento de Vigilância Epidemiológica

Claudio Maierovitch Pessanha Henriques
Diretor do Departamento
de Vigilância Epidemiológica

ANEXO 2 – FICHA DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

AVALIAÇÃO E CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

RISCO.....10 ou + pontos	ALTO
RISCO.....5 a 9 pontos.....	MÉDIO
RISCOaté 4 pontos	BAIXO

1 - IDADE	
(-) de 15 anos	1
De 15 a 34 anos	0
(+) de 35 anos	1

2 - SITUAÇÃO FAMILIAR	
Situação familiar instável	
Sim	1
Aceitação de gravidez	
Não aceita	1

3 - ESCOLARIDADE	
Sabe ler e escrever	
Sim	0
Não	1

4 - HÁBITOS	
Tabagista	
Sim	2
Não	0

5 – AVALIAÇÃO NUTRICIONAL	
Baixo peso (IMC <18,5 kg/m²)	1
Peso adequado (IMC 18,5 a 24,9 Kg/m²)	0
Sobrepeso (IMC 25 - 29,9 Kg/m²)	1
Obesidade (IMC > 30Kg/m²)	5

6 – ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	
Aborto até 2	5
Aborto espontâneo + 2 .	10
Natimorto	5
Óbito fetal	5
Mais de 1 filho Prematuro	10
Último parto (-) de 12 meses	2
Eclampsia	10
Pré-eclampsia	5
Placenta prévia	5
Descol. Prem. Placenta.	5
Incompetência Istmo Cervical	5
Malformação fetal	5
Restrição de Cresc. Intrauterino	5

7 Patologias Risco Atual: Obstétrico + Ginecológico	
Ameaça de aborto	5
Anom. Trato Genitourinário	5
Placenta prévia	10
Câncer materno	10
Doença hemolítica	10
Esterilidade tratada	5
Isoimunização	10
Neoplasias ginecológicas	10
Mal formação congênita	10
Crescimento uterino retardado	10
Polihidramnio/Oligoidramnio	10
Citologia cervical anormal (NIC II –III)	10
Hipertensão na gestação	10
Diabetes gestacional	10
Gemelar	10
Cardiopatias	10
Varizes acentuadas	5
Pneumonia grave	10
Diabetes Mellitus	10
Doenças auto imunes (colagenose)	10
Infecção Urinária de repetição (pielonefrite ou infecções 3x ou +)	10
Doença renal grave	10
Epilepsia	10
Doença neurológica	10
Hemopatias	10
Hipertensão Arterial	10
Infecções graves	10
Doença psiquiátrica	5
HIV/AIDS	10
Sífilis c/ suspeita de mal formação fetal	10
Tuberculose	10
Dependente de drogas	10
Alcoolismo	10
Trombofilia	10
Endocrinopatias	10

Assinale no quadrinho ao lado conforme a classificação de risco para enviar ao pré-natal de alto risco.

VERSO DO ANEXO II –**NOTIFICAÇÃO DE GESTANTE PARA O ALTO RISCO - CRESCEM**

Nome da Gestante: _____
Nº Sisprenatal _____ Nº Cartão da Gestante _____
Data de nascimento _____ Idade _____
Endereço: _____ nº _____
Bairro: _____ Fone : _____ Fone contato: _____
Unidade de Saúde que encaminhou _____
DUM ____/____/____ DPP: ____/____/____

1 – Houve internação hospitalar na gestação atual? Sim () Se sim: motivo: _____

- 1 Apresenta outros fatores de risco que não encontram-se na ficha de classificação?
- 1.1 _____
- 1.2 _____
- 1.3 _____

Importante:

Enviar a ficha de referência e contrareferência;

Enviar a ficha do cadastro do sisprenatal;

Preencher toda esta ficha, inclusive assinalar com X as situações quanto à classificação de risco.

CLASSIFICAÇÃO DE ALTO RISCO = 10 PONTOS – CRESCEM

Agendar a consulta por telefone no crescem para a gestante.

ANEXO 3 - PORTARIA SVS/MS Nº 151, DE 14 DE OUTUBRO DE 2009

DOU 16.10.2009

A SECRETÁRIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE SUBSTITUTA, no uso das atribuições que lhe confere o Art. 45, do Decreto nº. 6.860, de 27 de maio de 2009,

Considerando a necessidade de se criar alternativas para a ampliação do acesso ao diagnóstico da infecção pelo HIV, em atendimento aos princípios da equidade e da integralidade da assistência, bem como da universalidade de acesso aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando a necessidade do diagnóstico rápido da infecção pelo HIV em situações especiais;

Considerando que a identificação dos indivíduos infectados pelo HIV é importante porque permite o acompanhamento precoce nos serviços de saúde e possibilita a melhora na qualidade de vida;

Considerando que a definição do estado sorológico de um indivíduo infectado pelo HIV é fundamental para a sua maior proteção e para o controle da infecção e da disseminação do vírus; e Considerando que o diagnóstico sorológico da infecção pelo HIV deve ser realizado em indivíduos com idade acima de 18 meses, resolve:

Art. 1º Aprovar, na forma dos Anexos a esta Portaria, etapas sequenciadas e o Fluxograma Mínimo para o Diagnóstico Laboratorial da Infecção pelo HIV em indivíduos com idade acima de 18 (dezoito) meses, de uso obrigatório pelas instituições de saúde públicas e privadas.

Art. 2º Determinar o uso do teste rápido para o diagnóstico da infecção pelo HIV em situações especiais, conforme disposto no Anexo II a esta portaria.

Art. 3º Definir que as amostras podem ser de soro, plasma, sangue total ou sangue seco em papel filtro e devem ser coletadas em conformidade com o que é preconizado pelo fabricante do teste a ser utilizado.

Parágrafo Único. Fica vedada a mistura de amostras (pool) para a utilização em qualquer teste laboratorial, com o objetivo de diagnosticar a infecção pelo HIV.

Art. 4º Estabelecer que todos os reagentes utilizados para o diagnóstico da infecção pelo HIV devem ter registros vigentes na Agência Nacional de Vigilância Sanitária, de acordo com o disposto na Resolução RDC nº. 302/ANVISA, de 13 de outubro de 2005, suas alterações, ou outro instrumento legal que venha a substituí-la.

Art. 5º O Ministério da Saúde, por intermédio do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis e Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde - DDST/AIDS/SVS/MS, definirá as normas técnicas necessárias aos programas de validação de reagentes para uso no diagnóstico da infecção pelo HIV.

Art. 6º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 7º Revogar a Portaria nº. 34/SVS de 28 de julho de 2005, publicada no Diário Oficial da União nº. 145, Seção 1, pág. 77, de 29 de julho de 2005.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO 4 - PORTARIA Nº 3.242, DE 30 DE DEZEMBRO DE 2011

Dispõe sobre o Fluxograma Laboratorial da Sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em situações especiais e apresenta outras recomendações.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição; e

Considerando a Portaria Nº 699/GM/MS, de 30 de março de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão;

Considerando a Portaria Nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que divulga o Pacto pela Saúde 2006 - Consolidação do SUS e aprova as Diretrizes Operacionais do referido Pacto;

Considerando o Plano Operacional para a Redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis no Brasil;

Considerando a meta de eliminação da sífilis congênita até 2015 (<0,5/1.000 nascidos vivos) de acordo com os objetivos do milênio;

Considerando as recomendações do Manual de Controle das DST, do Ministério da Saúde, referentes ao diagnóstico, tratamento e acompanhamento da sífilis, suas alterações ou outro documento que venha a substituí-lo;

Considerando as recomendações do Manual de Teste Rápido para Sífilis e HIV do Ministério da Saúde, referentes à utilização dos testes rápidos e seguimento do paciente, suas alterações ou outro documento que venha a substituí-lo;

Considerando a sífilis como uma doença milenar, que apresenta métodos de diagnósticos simples e tratamento eficaz;

Considerando que a definição do diagnóstico da sífilis, assim como o seu tratamento oportuno, é fundamental na redução da transmissão vertical e da morbimortalidade;

Considerando a necessidade de se criarem alternativas para ampliar o acesso ao diagnóstico da sífilis e melhorar a qualidade deste, em atendimento aos princípios da equidade e da integralidade da assistência, bem como da universalidade de acesso aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS;

Considerando a rotina estabelecida no Brasil para a definição do diagnóstico laboratorial da sífilis, a necessidade de normatização e as situações especiais que justificam a utilização de testes rápidos para sífilis;

Considerando que a pesquisa sorológica da sífilis deve ser realizada em indivíduos com idade acima de 18 meses, com ressalva para a investigação de sífilis congênita, resolve:

Art. 1º Ficam determinado que as instituições de saúde públicas e privadas utilizem o "Fluxograma Laboratorial da Sífilis em Indivíduos com Idade acima de 18 Meses" e cumpram a sequência de etapas, conforme disposto no anexo I a esta Portaria.

Art. 2º Ficam determinado o uso do teste rápido treponêmico para sífilis em situações especiais, conforme disposto no anexo II a esta Portaria.

Art. 3º As Considerações e Recomendações dispostas no anexo III a esta Portaria devem observadas para pesquisa de Sífilis.

Art. 4º As amostras podem ser de soro, plasma, sangue total, líquido cefalorraquidiano ou amostras colhidas em papel-filtro e devem ser coletadas em conformidade com o que é preconizado pelo fabricante de cada conjunto diagnóstico (kit), não sendo permitidas adaptações de metodologias diagnósticas.

Parágrafo Único. Fica vedada a mistura de amostras (pool) para a utilização em qualquer teste laboratorial, com o objetivo de diagnosticar sífilis.

Art. 5º Todos os reagentes utilizados para o diagnóstico da sífilis devem ter registros vigentes na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA), de acordo com o disposto na Resolução RDC No- 302, de 13 de outubro de 2005, suas alterações ou outro instrumento legal que venha a substituí-la.

Art. 6º O Ministério da Saúde, por intermédio do Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde (SVS), Ministério da Saúde (MS), definirá as diretrizes para os programas de capacitação (formação) profissional visando à realização dos testes rápidos para sífilis.

Art. 7º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO 5 - PORTARIA Nº 77, DE 12 DE JANEIRO DE 2012

DOU nº 10, 13 de janeiro de 2012 – seção II – pág. 42 e 43

Dispõe sobre a realização de testes rápidos, na atenção básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré - natal para gestantes e suas parcerias sexuais.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e Considerando a Portaria nº 399/GM/MS, de 22 de fevereiro de 2006, que aprova as Diretrizes Operacionais do Pacto pela Saúde;

Considerando a Portaria nº 699/GM/MS, de 30 de março de 2006, que regulamenta as Diretrizes Operacionais dos Pactos pela Vida e de Gestão;

Considerando o Plano Operacional para redução da Transmissão Vertical do HIV e da Sífilis no Brasil;

Considerando a Portaria nº 648/GM/MS, de 28 de março de 2006, que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica;

Considerando a Portaria nº 1654/GM/MS, de 19 de junho de 2011, que estabelece o Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica -PMAQ-AB;

Considerando a Portaria nº 151 SVS/MS, de 14 de outubro de 2009, que determina o fluxograma mínimo para definição do diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV e o uso de testes rápidos em situações especiais;

Considerando a Portaria nº 3.242/GM/MS, 30 de dezembro de 2011 que determina o fluxo laboratorial da sífilis e utilização de testes rápidos em situações especiais;

Considerando a meta de eliminação da sífilis congênita (<0,5/1000 nascidos vivos) e a meta de eliminação da transmissão vertical do HIV (taxa < 1%) até 2015 de acordo com os objetivos do milênio;

Considerando a Portaria 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011 que institui no âmbito do SUS a Rede Cegonha;

Considerando a sífilis uma patologia milenar que apresenta métodos de diagnósticos simples e tratamento eficaz;

Considerando que o diagnóstico oportuno da infecção pelo HIV e detecção de sífilis durante a gestação é fundamental para a redução da transmissão vertical;

Considerando as situações especiais que justificam a utilização de testes rápidos para sífilis e HIV;

Considerando a Nota Técnica com os profissionais respaldados para execução do TR;

Considerando a necessidade de se criar alternativas para melhorar a qualidade e ampliar o acesso ao diagnóstico de HIV e detecção da sífilis, em atendimento aos princípios da equidade e da integralidade da assistência, bem como da universalidade de acesso aos serviços de saúde do Sistema Único de Saúde - SUS, resolve:

Art. 1º Compete às equipes de Atenção Básica realizar testes rápidos para o diagnóstico de HIV e detecção da sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção ao pré-natal para as gestantes e suas parcerias sexuais.

Art. 2º Os testes rápidos para HIV e sífilis deverão ser realizados por profissionais da saúde de nível superior, devidamente capacitados para realização da metodologia, de acordo com as diretrizes estabelecidas pelo Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais/ SVS/ MS.

Art. 3º A realização de testes rápidos para HIV e/ou sífilis deverá ser oferecido para as parcerias sexuais das gestantes com resultado reagente.

Art. 4º O manejo da Sífilis e do HIV deverão seguir as recomendações do "Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis", do Ministério da Saúde e "Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Antirretroviral em Gestantes", do Ministério da Saúde ou outros documentos que venham substituí-los;

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA

ANEXO 6 - PORTARIA Nº 3.161, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2011

DOU nº Nº 249 de 28 de dezembro de 2011 – seção 1 página 54

Dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Portaria nº 2.488/GM/MS, de 21 de outubro de 2011, que aprova a Política Nacional da Atenção Básica e que regulamenta o desenvolvimento das ações de Atenção Básica à Saúde no Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha;

Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que institui, no âmbito do SUS, a Rede de Atenção às Urgências; e

Considerando que a administração de penicilina é o tratamento preconizado para doenças de relevante impacto em saúde pública, como febre reumática, sífilis, entre outras, resolve:

Art. 1º Fica determinado que a penicilina seja administrada em todas as unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), nas situações em que seu uso é indicado.

Art. 2º As indicações para administração da penicilina na Atenção Básica à Saúde devem estar em conformidade com a avaliação clínica, os protocolos vigentes e o Formulário Terapêutico Nacional/Relação Nacional de Medicamentos Essenciais (RENAME);

Art. 3º A administração da penicilina deve ser realizada pela equipe de enfermagem (auxiliar, técnico ou enfermeiro), médico ou farmacêutico.

Art. 4º Em caso de reações anafiláticas, deve-se proceder de acordo com os protocolos que abordam a atenção às urgências no âmbito da Atenção Básica à Saúde.

Art. 5º Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Art. 6º Fica revogada a Portaria nº 156/GM/MS, de 19 de janeiro de 2006, publicada no Diário Oficial da União nº 15, de 20 de janeiro de 2006, Seção 1, página 54.

ALEXANDRE ROCHA SANTOS PADILHA