



Prefeitura Municipal de Brusque
Secretaria Municipal de Saúde
Núcleo de Educação Permanente em Saúde e Humanização
Direção de Serviços Especializados
Grupo Conductor da Rede Cegonha de Brusque

PROTOCOLO

DE ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL



Brusque-SC
2024





Equipe técnica

Adriana Ulber Matos dos Santos
Antonio Marcelo Maciel Rabelo
Bruna Cristina Sgrott
Carline Fernanda Scheeren Veríssimo
Cátia Regina dos Santos Elias
Cleber da Silva Mossini
Cristiane Maria Moraes Schmitz
Danieli Martins
Elisa Remor de Souza
Erika Mauch Vaz
Fabio Martino Otero Avila
Gisele Pruner Koguchi
Katia Cilene Mendes Juliani
Rafaela Lopes Doria
Rosana Gama Pereira Martins
Roselis Krieger
Sheila das Neves Martins
Thaisi da Cunha
Vanessa Mezdri Sauer

**Brusque – SC
2024**





SUMÁRIO

1-APRESENTAÇÃO	05
2-INTRODUÇÃO	06
3-OBJETIVOS	07
4-INDICADORES DE IMPLEMENTAÇÃO	08
5-ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS NO PRÉ-NATAL	09
5.1 <u>Atribuições do agente comunitário de saúde no pré-natal.</u>	09
5.2 <u>Atribuições do técnico de enfermagem no pré-natal.</u>	10
5.3 <u>Atribuições do enfermeiro no pré-natal.</u>	11
5.4 <u>Atribuições do médico no pré-natal.</u>	12
5.5 <u>Atribuições do cirurgião-dentista no pré-natal.</u>	13
5.6 <u>Atribuições do nutricionista no pré-natal.</u>	14
6-ACOLHIMENTO	15
7-DIAGNÓSTICO	16
8-FLUXOGRAMA DE PRÉ-NATAL	18
9-CONSULTA PRÉ-NATAL	19
9.1 <u>Periodicidade da consulta</u>	19
9.2 <u>Roteiro para primeira consulta pré-natal</u>	20
9.3 <u>Roteiro para consultas subsequentes</u>	23
9.4 <u>Roteiro para consulta odontológica</u>	24
9.5 <u>Queixas frequentes na gestação</u>	27
9.6 <u>Intercorrências do pré-natal</u>	34
9.7 <u>Pré-natal masculino</u>	39
10-EXAMES COMPLEMENTARES DE ROTINA E CONDUTAS	40
11-ESQUEMAS BÁSICOS DE VACINAÇÃO	47
12-PROFILAXIAS RECOMENDADAS	48
13-ATENÇÃO NUTRICIONAL NO PRÉ-NATAL	50
14-EXERCÍCIOS FÍSICOS NA GESTAÇÃO	53
15-CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL	55
16-ALEITAMENTO MATERNO	58
17-BUSCA ATIVA GESTANTE	60
18-ATIVIDADES EDUCATIVAS	61
18.1 <u>Sugestões de temas para grupos de gestantes</u>	63
19-VISITA À MATERNIDADE	64
20-DIREITOS SOCIAIS DA GESTANTE	65

21-CONDUTAS FRENTE À GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL	67
20.1 <u>Alternativas frente a gravidez decorrente de violência sexual</u>	68
22-PREPARO PARA O PARTO	69
23-REFERÊNCIAS	70
<u>ANEXOS</u>	
ANEXO A - <u>Fluxograma 2 – O que fazer nos quadros de náusea e vômitos</u>	74
ANEXO B - <u>Fluxograma 3 – O que fazer nas queixas urinárias</u>	75
ANEXO C - <u>Fluxograma 4 – O que fazer nos quadros de dor abdominal e cólicas</u>	76
ANEXO D - <u>Fluxograma 5 – O que fazer nos quadros de edema</u>	77
ANEXO E - <u>Fluxograma 6 – O que fazer na anemia gestacional</u>	78
ANEXO F - <u>Fluxograma 7 – O que fazer nos quadros de sífilis</u>	79
ANEXO G - <u>Fluxograma 8 – O que fazer nos quadros de toxoplasmose</u>	80
ANEXO H - <u>Fluxograma 9 – O que fazer nas síndromes hemorrágicas</u>	82
ANEXO I - <u>Fluxograma 10 – O que fazer nos quadros de alterações do líquido amniótico</u>	83
ANEXO J - <u>Fluxograma 11 – O que fazer no diabetes mellitus gestacional (DMG)</u>	84
ANEXO K - <u>Fluxograma 12 – O que fazer nas síndromes hipertensivas, pré-eclâmpsia e eclâmpsia</u>	86
ANEXO L - <u>Fluxograma 13 – O que fazer nos resultados de sorologia do HIV</u>	88
ANEXO M - <u>Fluxograma direcional de conduta para orientação alimentar da pessoa gestante</u>	89
ANEXO N - <u>Fluxograma de busca ativa gestante – Termo de cooperação Nº 01/2021</u>	91
ANEXO O - <u>Registro de acompanhamento do pré-natal ACS</u>	92
ANEXO P - <u>Requisição de exames laboratoriais gestante</u>	93
ANEXO Q - <u>Requisição de exames – USG Obstétrica</u>	94
ANEXO R - <u>Requisição avaliação c/ Nutricionista</u>	95
ANEXO S - <u>ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS GERAIS NO CASO DE NÁUSEAS E VÔMITOS NA GESTAÇÃO</u>	96
ANEXO T - <u>ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS GERAIS NA ANEMIA GESTACIONAL</u>	97
ANEXO U - <u>CALENDÁRIO VACINAÇÃO (SBIm) GESTANTE</u>	98



1. APRESENTAÇÃO

A Secretaria Municipal Brusque, através do grupo técnico da Rede Cegonha com o objetivo de qualificar a assistência pré-natal no município, elaborou o Protocolo de Pré-natal de Baixo Risco. Este material foi construído por um grupo de especialistas da rede que, através de discussões clínicas baseadas em evidências, buscou revisar e atualizar o protocolo já existente em Brusque. Esta Diretriz já foi revisada pela última vez em 2022 e agora passa por nova atualização.

O Protocolo de Pré-natal é destinado a todos os profissionais de saúde envolvidos nos cuidados a gestante e sua família visando qualificar a rede, garantir o acolhimento e a vinculação aos serviços de saúde, com melhora da resolutividade da atenção e redução da mortalidade materna, infantil e fetal.

O acesso ao pré-natal é o principal indicador de prognóstico do nascimento e a sua qualidade reduz consideravelmente os riscos de intercorrências obstétricas. As condutas clínicas para o acompanhamento do pré-natal de risco habitual e do puerpério devem seguir as orientações do Caderno de Atenção Básica: Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (2012) e dos Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (2016) e suas atualizações. O objetivo desse Guia é complementá-los, apresentando um conjunto de recomendações e cuidados essenciais que devem ser ofertados, independentemente de ser um pré-natal realizado no sistema público ou privado, podendo ser adaptado à realidade local.



2. INTRODUÇÃO

A atenção à mulher na gravidez, parto e puerpério inclui ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período.

Este instrumento destina-se às equipes de Atenção Primária à Saúde e Serviços Especializados, do Município de Brusque, e objetiva a padronização dos fluxos e procedimentos necessários para uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada. Alguns itens deste protocolo poderão sofrer alterações, de acordo com a realidade local.

A finalidade do acompanhamento pré-natal é atender às necessidades da gestante, beneficiando a condição de saúde da mãe e do recém-nascido, além de possibilitar discussão e esclarecimentos de questões que são únicas para cada mulher e seu parceiro. A história de cada gravidez é única, o contexto em que ocorrem, as relações familiares envolvidas, as emoções e sentimentos percebidos são igualmente singulares e, devem ser considerados para que se possa desenvolver uma boa assistência à mulher grávida.

Priorizar a humanização da assistência ao pré-natal por meio do acolhimento da gestante e de seu parceiro, de toda a sua história, dúvidas, queixas e temores, sendo que esta ação requer uma escuta ativa, aberta, sem julgamentos ou preconceitos, e que ofereça segurança e possibilite a esta mulher tranquilidade para gestar e chegar ao parto com informações, cuidado e de forma saudável.

Ressaltamos que a atenção integral à saúde das gestantes e das puérperas é a melhor estratégia para prevenir mortes maternas, abortamentos, nati-mortalidades, óbitos neonatais e sequelas de intercorrências ocorridas no ciclo grávido puerperal.

É importante lembrar que o pré-natal é um indicador de avaliação da qualidade da Atenção Básica com ênfase na captação precoce e oportuna das gestantes.





3. OBJETIVOS

- Tendo como objetivo padronizar condutas e guiar os profissionais de saúde naquilo que é minimamente necessário a ser prestado a gestante durante o pré-natal.
- Aplicar a rotina do protocolo de PN na sua totalidade, realizando todos os exames e consultas programadas. Maiores serão desta forma, as possibilidades de identificar anormalidades e atuar sobre elas, diminuindo a mortalidade materna, neonatal, prematuridade e sífilis congênita (SC), dentre outras.
- Prestar cuidado integral e compartilhado com todos os profissionais da unidade, contemplando a proteção, a promoção da saúde, a prevenção de agravos e a escuta qualificada das necessidades no decorrer da gestação, proporcionando atendimento humanizado e com uma abordagem centrada na pessoa gestante, considerando experiências e representações prévias relacionadas à saúde, doença e maternidade. Buscando sempre a individualidade de cada contexto (família, trabalho e comunidade) e assim estabelecendo o vínculo.





4. INDICADORES DE IMPLEMENTAÇÃO

- Quantas gestantes iniciaram o PN com menos de 12 semanas;
- Número de consultas de PN por gestante;
- Quantas gestante fizeram mais de 6 consultas;
- Quantas gestante realizaram o PN odontológico;
- Quantas gestantes fizerem teste rápido no 1º, 2º e 2º trimestre;
- Gestantes com vacina em dia (hepatite B, Influenza, dtpa e tétano...);
- Parceiros de gestante que fizeram TR;
- Gestante em uso de sulfato ferroso e ácido fólico;
- Gestantes que realizaram exames 1º, 2º e 2º trimestre;
- Consultas de puerpério realizadas;
- Indicadores de mortalidade infantil.



5. ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS NO PRÉ-NATAL

As atribuições dos profissionais são importantes em todo o processo: territorialização, mapeamento da área de atuação da equipe, identificando as gestantes, atualizando permanentemente as informações, realizando o cuidado em saúde prioritariamente no âmbito da Unidade de Saúde, do domicílio e dos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros).

5.1 Atribuições do agente comunitário de saúde no pré-natal.

ATRIBUIÇÕES AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE
• Orientar as mulheres, família e rede de apoio sobre a importância do pré-natal, da amamentação, da vacinação e os cuidados no puerpério;
• Realizar visitas domiciliares para a identificação das gestantes e para desenvolver atividades de educação em saúde tanto para as gestantes como para seus familiares, orientando-os sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários;
• Encaminhar toda gestante ao serviço de saúde, buscando promover sua captação precoce para a primeira consulta, e monitorar as consultas subsequentes;
• Conferir o cadastramento das gestantes nos sistemas vigentes, assim como as informações preenchidas na Cartilha da Gestante;
• Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar a busca ativa das gestantes faltosas;
• Informar o(a) enfermeiro(a) ou o(a) médico(a) de sua equipe, caso a gestante apresente algum dos sinais de alarme: febre, calafrios, corrimento com mau cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas frequentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes e dor ao urinar;
• Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;
• Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar;
• Realizar o cadastro e acompanhamento nos sistemas vigentes, inclusive quando realizado busca ativa.
• Preencher o Registro de acompanhamento do pré-natal conforme ANEXO O.
• Realizar visita domiciliar para realização de busca ativa de gestantes ausentes nas consultas e exames de pré-natal seguindo o fluxo municipal conforme ANEXO N.

5.2 Atribuições do técnico de enfermagem no pré-natal.

ATRIBUIÇÕES TÉCNICO DE ENFERMAGEM

- Orientar as mulheres, família e rede de apoio sobre a importância do pré-natal, da amamentação, da vacinação e os cuidados no puerpério;
- Verificar/realizar/atualizar o cadastramento das gestantes nos sistemas vigentes;
- Orientar as gestantes e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Conferir as informações preenchidas na Cartilha da Gestante;
- Verificar dados antropométricos, sinais vitais e anotar os dados na Cartilha da Gestante;
- Fornecer medicação mediante receita, assim como os medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico);
- Aplicar vacinas antitetânica, dTpa acelular, influenza, contra hepatite B e COVID;
- Informar o(a) enfermeiro(a) ou o(a) médico(a) de sua equipe, caso a gestante apresente algum sinal de alarme, como os citados anteriormente;
- Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;
- Orientar a gestante sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar;
- Realizar atividades educativas, individuais e em grupos, inclusive na sala de espera.
- Realizar testes rápidos sob supervisão do enfermeiro;
- Realizar visita domiciliar para realização de busca ativa de gestantes ausentes nas consultas e exames de pré-natal seguindo o fluxo municipal ANEXO N.

5.3 Atribuições do enfermeiro no pré-natal.

ATRIBUIÇÕES ENFERMEIRO
• Orientar as mulheres, família e rede de apoio sobre a importância do pré-natal, da amamentação, da vacinação e os cuidados no puerpério;
• Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
• Realizar o cadastramento e acompanhamento da gestante nos sistemas vigentes e fornecer a Caderneta da Gestante devidamente preenchida (a caderneta deve ser verificada e atualizada a cada consulta);
• Realizar a consulta de pré-natal de gestação de risco habitual intercalada com as consultas médicas;
• Solicitar exames complementares, de acordo com o protocolo local de pré-natal;
• Realizar testes rápidos;
• Prescrever medicamentos padronizados conforme o protocolo do pré-natal e preferencialmente da relação Municipal de Medicamentos - REMUME conforme vigência;
• Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano, dTpa acelular, influenza, hepatite B e COVID);
• Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou como de alto risco, encaminhá-las para consulta médica. • Na ausência do profissional médico(a) ou dificuldade para agendar a consulta, o enfermeiro(a) deve encaminhá-la ao serviço de referência (atendimento com especialista: Obstetra na Clínica da Mulher). • Se houver demora significativa para este atendimento, nos casos de intercorrências agudas, que necessitam de avaliação obstétrica imediata, a gestante deve ser encaminhada diretamente ao serviço de referência hospitalar;
• Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;
• Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos, inclusive na sala de espera;
• Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
• Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
• Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar;
• Realizar Pré-natal masculino inserindo o parceiro em todas as etapas do processo
• Realizar visita domiciliar para realização de busca ativa de gestantes ausentes nas consultas e exames de pré-natal seguindo o fluxo municipal ANEXO N.

5.4 Atribuições do médico no pré-natal.

ATRIBUIÇÕES MÉDICO	
• Orientar as mulheres, família e rede de apoio sobre a importância do pré-natal, da amamentação, da vacinação e os cuidados no puerpério;	
• Realizar o cadastramento e acompanhamento da gestante no nos sistemas vigentes, e fornecer a Caderneta da Gestante devidamente preenchida (a caderneta deve ser verificada e atualizada a cada consulta);	
• Realizar a consulta de pré-natal de gestação de risco habitual intercalada com a consulta do(a) enfermeiro(a);	
• Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário;	
• Prescrever medicamentos padronizados conforme o protocolo do pré-natal e preferencialmente da relação Municipal de Medicamentos - REMUME conforme vigência;	
• Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano, DTP acelular, influenza, hepatite B e COVID);	
• Avaliar e tratar as gestantes que apresentam sinais de alarme;	
• Atender as intercorrências e encaminhar as gestantes para os serviços de urgência/emergência obstétrica, quando necessário;	
• Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;	
• Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência;	
• Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;	
• Realizar testes rápidos;	
• Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera);	
• Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;	
• Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar;	
• Realizar Pré-natal masculino inserindo o parceiro em todas as etapas do processo	
• Realizar visita domiciliar para realização de busca ativa de gestantes ausentes nas consultas e exames de pré-natal seguindo o fluxo municipal ANEXO N.	

5.5 Atribuições do cirurgião-dentista no pré-natal.

ATRIBUIÇÕES CIRURGIÃO DENTISTA	
• Orientar as mulheres, família e rede de apoio sobre a importância do pré-natal, da amamentação, da vacinação e os cuidados no puerpério;	
• Verificar o fornecimento da Cartilha da Gestante e ver se o documento está devidamente preenchido (a cartilha deve ser verificada e atualizada a cada consulta de pré-natal);	
• Realizar a consulta odontológica de pré-natal de gestação de risco habitual;	
• Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano, dTpa acelular, influenza, hepatite B e COVID);	
• Realizar a avaliação geral da gestante observando o período de gravidez;	
• Avaliar a saúde bucal da gestante, a necessidade e a possibilidade de tratamento, observando os cuidados indicados em cada período da gravidez;	
• Adequar o meio bucal e realizar o controle de placa, cujas práticas constituem boas condutas odontológicas preventivas e podem ser indicadas, garantindo conforto à gestante e a continuidade do tratamento após a gravidez;	
• Identificar os fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez;	
• Atender as intercorrências/urgências odontológicas observando os cuidados indicados em cada período da gravidez e encaminhar a gestante para níveis de referência de maior complexidade, caso necessário;	
• Favorecer a compreensão e a adaptação às novas vivências da gestante, do companheiro e dos familiares, além de instrumentalizá-los em relação aos cuidados neste período;	
• Orientar as gestantes e a equipe de Atenção Básica quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade em relação à saúde bucal;	
• Desenvolver atividades educativas e de apoio à gestante e aos seus familiares;	
• Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas odontológicas e os trimestres de gestação indicados para a realização de tratamento odontológico;	
• Realizar busca ativa das gestantes faltosas de sua área de abrangência;	
• Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal;	
• Acompanhar o processo de aleitamento materno e os cuidados com o futuro bebê, enfatizando a importância do papel da amamentação na dentição e no desenvolvimento do sistema estomatognático;	
• Orientar a mulher e seu companheiro sobre hábitos alimentares saudáveis e de higiene bucal;	
• Informar os procedimentos realizados nos sistemas vigentes e manter a Caderneta da Gestante devidamente preenchida e atualizada com os registros das consultas odontológicas.	

5.6 Atribuições do nutricionista no pré-natal.

ATRIBUIÇÕES DO NUTRICIONISTA
• Avaliar o estado nutricional da mulher;
• Orientar as mulheres, família e rede de apoio sobre a importância da alimentação adequada no pré-natal e puerpério;
• Detectar possíveis inadequações dietéticas;
• Realizar educação alimentar e nutricional e desmistificar mitos;
• Orientações específicas para sinais e sintomas digestivos, intolerâncias alimentares, se presentes e para correções de práticas alimentares errôneas identificadas na anamnese alimentar;
• Promover o ganho de peso adequado na gestação;
• Orientar sobre a prevenção de doenças específicas da gestação como Diabetes Gestacional e Doença Hipertensiva Específica da Gestação;
• Prescrever suplementos vitamínicos preconizados no protocolo do pré-natal, de acordo com a Resolução CFN 656/20 e 731/22 e preferencialmente conforme relação Municipal de Medicamentos – REMUME vigente;
• Investigar tabus, crenças e experiências anteriores relacionadas com o aleitamento materno;
• Orientar as mulheres, família e rede de apoio sobre a importância da amamentação e orientações de técnicas de acordo com as diretrizes do MS;
• Desenvolver atividades educativas, individuais e coletivas.

* As consultas devem ser iniciadas preferencialmente no primeiro trimestre de gestação;

6. ACOLHIMENTO

“Acolhimento traduz-se em recepção do usuário nos serviços de saúde, desde a sua chegada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo sua queixa, permitindo que ele expresse suas preocupações. Implica prestar um atendimento com resolutividade e corresponsabilização, orientando, conforme o caso, o usuário e a família, garantindo a articulação com os outros serviços de saúde para a continuidade da assistência quando necessário”.(PNH/MS, 2006)

Desejado como um processo transversal, permeando todos os espaços do serviço e rede, o acolhimento é, antes de tudo, uma postura a ser exercida por todas as equipes para melhor escutar e atender às necessidades singulares da mulher/gestante.

Pensar também na co-gestão dos processos de trabalho significa acolhimento, das equipes, dos serviços e das redes, sempre se remetendo à perspectiva da clínica ampliada. Assim o acolhimento deixa de ser um ato isolado para ser também um dispositivo de acionamento de redes “internas”, “externas”, multiprofissionais, comprometidas com as respostas às necessidades dos usuários e famílias.

Frequentemente queixas comuns da gestação podem camuflar situações clínicas que demandam ação rápida, o que exige preparo das equipes para uma escuta qualificada e um ganho de habilidade para julgamento clínico criterioso. O acolhimento é decisivo não só no reconhecimento de condições clínicas urgentes como também na potencialização da vivência do parto e nascimento, experiência única na vida da mulher e de sua família. Tem como principal objetivo promover e garantir o acesso e a qualificação do cuidado à saúde das mulheres, bem como dos recém-nascidos durante todo o percurso no serviço, envolvendo a recepção, os espaços assistenciais, as providências para propiciar resposta definitiva e/ou encaminhamento responsável para outros locais.



7. DIAGNÓSTICO

Toda mulher da área de abrangência da Unidade de Saúde e com história de atraso menstrual de 15 dias ou mais, cabe aos profissionais da Equipe (médico(a), enfermeiro(a) ou técnico(a) de enfermagem, realizar o Teste Rápido de Gravidez (TRG). E na impossibilidade deste, somente o(a) médico(a) ou enfermeiro(a) devem solicitar o Teste laboratorial de gravidez (B-HCG).

- TRG ou B-HCG Positivo

Dar início à primeira consulta de Pré-natal precocemente, solicitando os exames necessários.

- TRG ou B-HCG Negativo

Repetir novo exame após 15 dias; Persistindo resultado negativo e atraso menstrual de sete semanas ou mais - agendar consulta com o médico (a) da Unidade de Saúde de referência.

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 cervice 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.



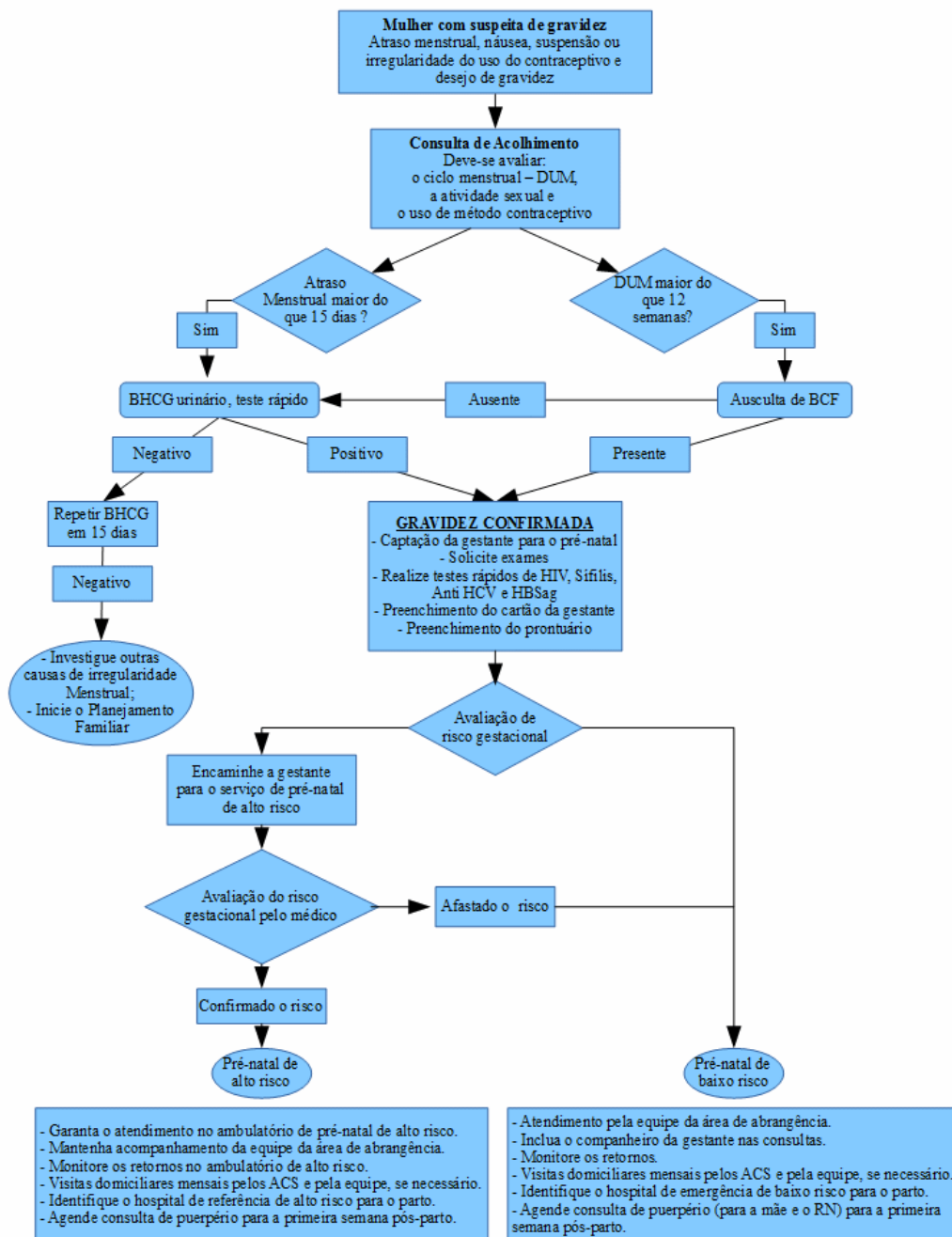


Sinais de certeza:

- 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.



8. FLUXOGRAMA DE PRÉ-NATAL



OBSERVAÇÃO: Solicitar exames laboratoriais previstos no protocolo de PN antes de encaminhar ao especialista com o todos os resultados prontos.

9. CONSULTA PRÉ-NATAL

As consultas de pré-natal deverão ser realizadas a cada 4 semanas até 28 semanas, quinzenalmente de 28 a 36 semanas, e semanalmente a partir de 36 a 41 semanas ou até o parto. Todas as consultas de pré-natal, os exames solicitados e seus resultados devem ser registrados na caderneta da gestante e nos sistemas vigentes e atualizados a cada nova consulta.

9.1 Periodicidade da consulta

Para o Pré-natal de Risco Habitual, o calendário deve ser iniciado precocemente (no primeiro trimestre: até 12ª semana), obtendo-se no mínimo 6 consultas, podendo ser intercaladas entre médico e enfermeiro, conforme quadro abaixo:

PERIODICIDADE DA CONSULTA									
PROFISSIONAL	1ª CONSULTA	2ª CONSULTA	3ª CONSULTA	4ª CONSULTA	5ª CONSULTA	6ª CONSULTA	26ª CONSULTA	>28ª a 36ª QUINZENAL	37ª a 41ª SEMANAL
Enfermeiro	X		X		X		X	X	X
Médico		X		X		X	X	X	X
Cirurgião-dentista		X							

Importante: Na 1ª consulta com o enfermeiro, a gestante deve ser encaminhada para agendar a consulta odontológica. Uma vez encaminhada para acompanhamento em um serviço de referência especializado em pré-natal de alto risco, é importante que a gestante não perca acompanhamento com a sua equipe de atenção básica onde iniciou o seu acompanhamento de pré-natal. Dessa forma, são importantes a busca ativa e o acompanhamento das gestantes em sua área de abrangência, também por meio da visita domiciliar mensal do ACS. Não existe “alta” do pré-natal antes do parto! Quando o parto não ocorrer até a 41ª semana, é necessário encaminhar a gestante para avaliação do bem-estar fetal. 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, com o mínimo de 7 consultas (6 NO PRÉ-NATAL E 1 NO PUERPÉRIO).





Quando a Gestante é acompanhada no Alto Risco (Clínica da Mulher) o acompanhamento deve ser mantido na UBS, intercalando as consultas entre alto e baixo risco, tentando não chocar as agendas evitando consultas excessivas, mas mantendo O MÍNIMO de 1 consulta por mês na atenção primária a saúde, independente das consultas realizadas na Clínica da Mulher.

Lembrando que devido as gestantes serem do grupo de risco é obrigatório o acompanhamento mensal do agente comunitário de saúde com o devido registro em prontuário.

9.2 Roteiro para primeira consulta pré-natal

PRIMEIRA CONSULTA	
IDENTIFICAÇÃO	• Nome; • Número do Cartão Nacional de Saúde; • Idade; • Cor; • Naturalidade; • Procedência; • Endereço atual; • Unidade de referência.
DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS	• Grau de instrução; • Profissão/ocupação (deve-se identificar fatores de risco); • Estado civil/união; • Número e idade de dependentes (avaliar a sobrecarga - trabalho doméstico); • Renda familiar; • Pessoas da família com renda; • Condições de moradia (tipo, nº de cômodos); • Condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo); • Distância da residência até a unidade de saúde.
ANTECEDENTES FAMILIARES	• Hipertensão arterial; • Diabetes mellitus; • Malformações congênitas e anomalias genéticas; • Gemelaridade; • Câncer de mama e/ou do colo uterino; • Hanseníase; • Tuberculose e outros contatos domiciliares (anotar a doença e o grau de parentesco); • Doença de Chagas; • Parceiro sexual portador de infecção pelo HIV.

ANTECEDENTES PESSOAIS GERAIS	• Hipertensão arterial crônica; • Diabetes mellitus; • Cardiopatias, inclusive Doença de Chagas; • Doenças renais crônicas; • Anemias e deficiências de nutrientes específicos; • Desvios nutricionais (baixo peso, desnutrição, sobrepeso, obesidade); • Epilepsia; • Doenças da tireoide e outras endocrinopatias; • Viroses (rubéola, hepatites); • Hanseníase, tuberculose, malária, sífilis ou outras doenças infecciosas; • Infecção do trato urinário; • Portadora de infecção pelo HIV (se a paciente está em uso de antirretrovirais e especificar o esquema utilizado); • Doenças neurológicas e psiquiátricas; Cirurgia (tipo e data); • Transfusões de sangue; • Alergias (inclusive medicamentosas); • Doenças neoplásicas; • Vacinação; • Uso de medicamentos; • Uso de drogas, tabagismo e alcoolismo.
ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS	• Ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade; idade da menarca); • Uso de métodos anticoncepcionais prévios (quais, por quanto tempo e motivo do abandono); • Infertilidade e esterilidade (tratamento); • Infecções sexualmente transmissíveis, inclusive doença inflamatória pélvica (tratamentos realizados, inclusive pelo parceiro); • Cirurgias ginecológicas (idade e motivo); • Malformações uterinas; • Mamas (patologias e tratamento realizado); • Última colpocitologia oncótica (Papanicolau ou “preventivo”, data e resultado).
SEXUALIDADE	• Início da atividade sexual (idade da primeira relação); • Dispareunia (dor ou desconforto durante o ato sexual); • Prática sexual na gestação atual ou em gestações anteriores; • Número de parceiros da gestante e de seu parceiro em época recente ou pregressa; • Uso de preservativos masculinos e/ou femininos (“uso correto” e “uso habitual”)
ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	• Número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez ectópica, mola hidatiforme); • Número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, por fórceps); • Cesáreas – indicações; • Número de abortamentos (espontâneos, provocados, causados por IST's, complicados por infecções, relato de insuficiência istmo cervical,

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS	história de curetagem pós-abortamento); • Número de filhos vivos; • Idade na primeira gestação; • Intervalo entre as gestações (em meses); • Isoimunização Rh; • Número de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37ª semana de gestação), pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação); • Número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500g) e com mais de 4.000g; • Número de recém-nascidos prematuros ou pequenos para a idade gestacional; • Mortes neonatais precoces: até sete dias de vida (número e motivo dos óbitos); • Mortes neonatais tardias: entre sete e 28 dias de vida (número e motivo dos óbitos); • Natimortos (morte fetal intraútero e idade gestacional em que ocorreu); • Recém-nascidos com icterícia, transfusão, hipoglicemia, transfusões; • Intercorrências ou complicações em gestações anteriores (deve-se especificá-las); • Complicações nos puerpérios (deve-se descrevê-las); • Histórias de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame).
GESTÇÃO ATUAL	• Data do primeiro dia/mês/ano da última menstruação – DUM (certeza ou dúvida); • Cálculo da idade gestacional e data provável do parto; • Aferição da pressão arterial; • Peso prévio e altura; • Sinais e sintomas na gestação em curso; • Hábitos alimentares; • Atividade física; • Medicamentos utilizados na gestação; • Internação durante a gestação atual; • Hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e drogas ilícitas; • Ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse); • Aceitação ou não da gravidez pela mulher, pelo parceiro e pela família, principalmente se for adolescente; • Identificar gestantes com fraca rede de suporte social.
CONDUTAS	• Avaliação de Saúde Bucal: encaminhá-la para o agendamento da consulta odontológica; • Convidar para participar das Atividades Educativas (Encontro de Gestantes,...); • Fazer o agendamento das consultas subsequentes; • Prescrição de medicamentos conforme protocolo; • Realizar cadastro nos sistemas vigentes; • Solicitação de exames laboratoriais e realizar testagem rápida.

9.3 Roteiro para consultas subsequentes

CONSULTAS SUBSEQUENTES	
ANAMNESE	- Anamnese atual sucinta: enfatizar a pesquisa das queixas mais comuns na gestação e dos sinais de intercorrências clínicas e obstétricas, com o propósito de se reavaliar o risco gestacional e de se realizar ações mais efetivas; - Exame físico direcionado (avaliar o bem-estar materno e fetal); - Verificar o calendário de vacinação; - Avaliar o resultado dos exames complementares; - Revisar e atualizar a Caderneta de Gestante a cada consulta
CONTROLES MATERNOS	- Cálculo e anotação da idade gestacional; - Determinação do peso e cálculo do índice de massa corporal (IMC): anote no gráfico e realize a avaliação nutricional subsequente e o monitoramento do ganho de peso gestacional; - Medida da pressão arterial (observe a aferição da PA com técnica adequada); - Palpação obstétrica e medida da altura uterina (anote os dados no gráfico e observe o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal); - Pesquisa de edema; - Exame ginecológico, incluindo das mamas, para observação do mamilo.
CONTROLES FETAIS	- Avaliação dos movimentos percebidos pela mulher e/ou detectados no exame obstétrico/registo dos movimentos fetais; - Teste de estímulo sonoro simplificado (Tess), se houver indicação clínica. - Auscultar os batimentos cardíofetais;
CONDUTAS	- Interprete os dados da anamnese e do exame clínico/obstétrico e correlação com resultados de exames complementares; - Avalie os resultados de exames complementares e tratamento de alterações encontradas ou encaminhamento, se necessário; - Prescreva a suplementação de sulfato ferroso (40 mg de ferro elementar/dia) e ácido fólico (5 mg/dia), para profilaxia da anemia; - Oriente a gestante sobre alimentação e faça o acompanhamento do ganho de peso gestacional; - Incentive o aleitamento materno exclusivo até os seis meses; - Oriente a gestante sobre os sinais de risco e a necessidade de assistência em cada caso; - Faça o acompanhamento das condutas adotadas em serviços especializados, pois a mulher deverá continuar a ser acompanhada pela equipe da atenção básica; - Proceda à realização de ações e práticas educativas individuais e coletivas; - Faça o agendamento das consultas subsequentes. - Encaminhar a paciente ao pré-natal de alto risco caso tenha 10 pontos somados conforme o instrumento de estratificação de risco gestacional do

governo de Santa Catarina.

9.4 Roteiro para consulta odontológica

CONSULTA ODONTOLÓGICA DA GESTANTE**ANAMNESE/
CONDUTAS**

- O atendimento odontológico deve ser feito de forma integrada com os demais profissionais de saúde. Para planejamento das ações individuais, é importante organizar o atendimento de acordo com cada período de gravidez.
- É essencial que os agravos bucais e a necessidade de tratamento odontológico sejam identificados e sinalizados, assim como a consulta, na Caderneta da Gestante.
- O primeiro trimestre corresponde ao período menos adequado para o tratamento odontológico, devido as transformações embriológicas que acontecem no momento. É prudente evitar tomadas radiográficas.
- No segundo trimestre é o período mais adequado para a realização de intervenções clínicas e procedimentos.
- No terceiro trimestre é prudente evitar o tratamento neste período. As urgências odontológicas devem ser realizadas em qualquer período da gestação, observando os cuidados indicados para cada período.

Primeiro Trimestre

- Acolhimento e cadastramento da gestante; A gestante será avaliada pelo CD por meio de anamnese e exame clínico.
- Avaliação geral da paciente
- Orientações sobre saúde bucal: Conceito de placa bacteriana; incentivo à adoção de hábitos saudáveis dentro do ambiente familiar.
- Elaboração do plano de tratamento a ser realizado no segundo trimestre (Adequação do meio bucal).
- Caso seja necessário algum procedimento odontológico urgente nesta consulta, este será realizado a fim de aliviar a dor e tratar qualquer infecção. Caso sejam necessárias exodontias ou cirurgias, estas não são contra indicadas, porém devem ser realizadas com precaução.

Segundo Trimestre

- Atendimento clínico Individual, nesta etapa devem ser realizados além de orientações em saúde bucal, os procedimentos clínicos odontológicos com finalidade de adequação bucal.
- Evitar sessões de tratamento prolongadas. As tomadas radiográficas devem ser evitadas durante a gravidez, especialmente no primeiro trimestre;
- Quando necessário usar o avental de chumbo com colete cervical, e evitar erros técnicos.

**ANAMNESE/
CONDUTA**

- A solução anestésica local mais segura é a lidocaína a 2% com adrenalina 1:100.000, no máximo 2 tubetes (3,6 ml).
- Medicamentos devem ser evitados e quando necessários, devem ser selecionados conforme medicação preconizada em anexo.
- Na necessidade de prescrição medicamentosa é importante que o CD entre em contato com o médico responsável pelo acompanhamento da gestante, para avaliação conjunta do risco/benefício.

Terceiro Trimestre

- É prudente evitar o tratamento neste período, devido ao desconforto da cadeira odontológica e hipotensão postural.
- Caso seja necessário algum procedimento clínico de urgência nesta fase gestacional, este também será realizado a fim de aliviar a dor e tratar a infecção.
- Esta consulta consistirá em incentivo e orientações, trabalhando de forma multidisciplinar com os demais profissionais.
- Orientações da importância da amamentação em relação a saúde bucal; Esclarecimento da sucção complementar.
- Orientação da importância dos testes de triagem do recém-nascidos.
- Importância dos cuidados de saúde bucais diários dentro do ambiente familiar e educação da saúde bucal do bebê.
- A transmissibilidade da doença cárie da mãe e/ ou responsável do bebê tem relação com a saúde da criança.
- Estimular a gestante quanto a importância do retorno ao CD para consulta puerperal.



Cartilha - Saúde Bucal da Gestante
do Ministério da Saúde:





RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS DURANTE A GESTAÇÃO PELA ODONTOLOGIA	
<u>Analgésicos</u>	
Apresentação	Posologia
Paracetamol comp.500mg	1 comp. de 6/6h horas enquanto houver dor V.O
Dipirona comp. ou gts 500mg	1 comp. ou 35 gts de 6/6h se dor
* Ácido acetilsalicílico é contraindicado	
<u>Anti-Inflamatórios</u>	
Apresentação	Posologia
Betametasona comp. 2mg	2 comp. dose única V.O
Dexametasona comp. 4 mg	1 comp. dose única V.O
*AINES devem ser usados com precaução e não usar no último trimestre de gravidez. Neste período empregar os corticosteroides em dose única de 4mg. Recentemente,o Food and Drugs Administration (FDA) emitiu um alerta contra o uso de anti-inflamatórios não esteroides (AINES) na última metade da gravidez.	
<u>Antibióticos</u>	
Apresentação	Posologia
Infecções leves Amoxicilina comp. 500mg	1 comp. de 8/8h- 7 dias V.O
Infecções graves Cefalexina comp. 500mg	1 comp. de 6/6h- 7 dias V.O
Alergia a penicilina Clindamicina comp. 500mg	1 comp. de 8/8h- 7 dias V.O
<u>Anestésicos locais</u>	
Apresentação	Nome Comercial
Lidocaína 2% com vaso constritor-adrenalina 1:100.000	Xylocaina, lidocaína com vaso constritor
Evitar uso Prilocaína (Citanest, Biopressin) e Fenilefrina (vasopressor do Novocol): são tóxicos ao feto e ao recém-nascido. SEMPRE contate o Ginecologista/obstetra para troca de informações	

Fonte: Protocolo de atenção à saúde bucal para gestantes-UFMG/2014



9.5 Queixas frequentes na gestação

QUEIXA	COMO AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
NÁUSEAS/ VÔMITOS	Comuns no primeiro trimestre da gravidez, mais intensas pela manhã, ao acordar ou após um período de jejum prolongado. Pioram com estímulos sensoriais, em especial do olfato, como o cheiro de cigarro ou do paladar, como pasta de dentes. Cerca de 10% mantêm os enjoos durante períodos mais avançados da gravidez, podendo durar até o 3º trimestre. <u>Avaliar sempre:</u> • Presença de sinais de alerta; • Grávidas muito jovens, emocionalmente imaturas; • Gestações não planejadas.	Ver Fluxograma 2 Caso disponível nutricionista na APS realizar consulta compartilhada, gestantes com queixas mais severas podem ser encaminhadas para nutricionista via SISREG.	Fluxograma 2
QUEIXAS URINÁRIAS	A provável compressão da bexiga pelo útero gravídico, diminuindo a capacidade volumétrica, ocasiona a polaciúria (aumento do ritmo miccional) e a nictúria (aumento do ritmo miccional no período de sono), que se acentua à medida que a gravidez progride, dispensando tratamento e cuidados especiais. <u>Avaliar sempre:</u> • Presença de sinais de alerta; • Presença de sintomas sistêmicos.	Ver Fluxograma 3	Fluxograma 3
DOR ABDOMINAL/ CÓLICA	Entre as causas mais frequentes das cólicas abdominais que podem surgir na gravidez normal, estão: o corpo lúteo gravídico, o estiramento do ligamento redondo e as contrações uterinas. Geralmente discretas, desaparecem espontaneamente, não exigindo uso de medicação. <u>Avaliar sempre:</u> • Presença de sinais de alerta; • Presença de ITU; • Verificar se a gestante não está apresentando contrações uterinas.	Ver Fluxograma 4	Fluxograma 4
EDEMA	No geral, surge no 3º trimestre da gestação, limitando-se aos membros inferiores e, ocasionalmente às mãos. Piora com o ortostatismo (ficar em pé) prolongado e com a deambulação; desaparece pela manhã e acentua-se ao longo do dia. <u>Avaliar sempre:</u> • A possibilidade do edema patológico, em geral associado à hipertensão e proteinúria, sendo sinal de pré-eclâmpsia; • A maioria das grávidas edemaciadas exibe gestação normal.	Ver Fluxograma 5	Fluxograma 5



PIROSE/ AZIA	Embora possa acometer a gestante durante toda a gravidez, é mais intensa e frequente no final da gravidez. <u>Avaliar sempre:</u> • Sintomas iniciados antes da gravidez; • Uso de medicamentos; • História pessoal e familiar de úlcera gástrica.	É recomendado: 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); 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: Hidróxido de alumínio ou magnésio, após as refeições e ao deitar-se. <u>Apresentação:</u> Comprimido mastigável (200 mg) Suspensão oral (35,6 mg +37 mg/ml) <u>Posologia:</u> 300-600mg, 4-6x/dia Bloqueadores H2 e inibidores da bomba de prótons (prescrição médica). Caso disponível nutricionista na APS realizar consulta compartilhada, gestantes com queixas mais severas podem ser encaminhados para nutricionista via SISREG.	Enfermeiro(a)/ médico(a)/ nutricionista
SIALORREIA	A sialorreia, ptialismo ou salivação excessiva é uma das queixas que mais incomodam na gravidez.	É recomendado: 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). Caso disponível nutricionista	Enfermeiro(a)/ médico(a)/ nutricionista



		na APS realizar consulta compartilhada, gestantes com queixas mais severas podem ser encaminhadas para nutricionista via SISREG.	
FRAQUEZA/ TONTURA	Tem origem na instabilidade hemodinâmica em decorrência de dois fatores principais: Vasodilatação e hipotonia vascular pela ação da progesterona, na musculatura da parede dos vasos; Estase sanguínea nos membros inferiores pela compressão da circulação de retorno pelo útero grávido. Tudo isso conduz à diminuição do débito cardíaco, à hipotensão arterial e à hipóxia cerebral transitória, causa provável das tonturas e desmaios. Também estão associadas à hipoglicemia, alteração frequente quando do jejum prolongado da grávida.	Os episódios são, na maioria das vezes, de breve duração e intensidade, dispensando terapêutica medicamentosa. No geral, as medidas profiláticas assumidas, associadas ao esclarecimento da gestante, são eficazes, sendo recomendado: Evitar a inatividade; Fazer alimentação fracionada (pelo menos três refeições ao dia e dois lanches); Evitar jejum prolongado; Sentar com a cabeça abaixada ou deitar-se de decúbito lateral esquerdo e respirar profunda e pausadamente para aliviar os sintomas; Evitar permanecer, por longo tempo, em ambientes fechados, quentes e sem ventilação adequada; Ingerir líquidos; Nos casos recorrentes, o uso de meias elásticas para melhorar o retorno venoso pode estar indicado; Avaliar a pressão arterial.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
FALTA DE AR/ DIFICULDADE PARA RESPIRAR	Embora o fator mecânico (compressão do diafragma pelo útero grávido) contribua para o agravamento da queixa no final da gestação, é a hiperventilação a maior responsável por esse distúrbio respiratório <u>Avaliar sempre:</u> • Presença de sinais de alerta; • Tosse; • Edema; • História de asma e outras pneumopatias; • Sinais ou história de TVP; • História de trauma recente; • Febre associada.	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).	Enfermeiro(a)/ médico(a)



DOR NAS MAMAS (MASTALGIA)	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 trata de colostro, fisiológico para a idade gestacional. <u>Avaliar sempre:</u> • Presença de sinais de alerta; • Descargas papilares purulentas ou sangüinolentas.	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.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
HEMORROIDA	O mais provável é que, na gestação, as hemorroidas preexistentes e assintomáticas possam ser agravadas. É certo que aquelas previamente sintomáticas se agravam na gestação e, sobretudo, no parto e no pós-parto. <u>Avaliar sempre sinais de gravidade:</u> • Aumento da intensidade da dor; • Endurecimento do botão hemorroidário; • Sangramento retal.	<u>É recomendado:</u> • Dieta rica em fibras, estimular a ingestão de líquidos e, se necessário, supositórios de glicerina; • Higiene local com duchas ou banhos após a evacuação; • Banho de assento com água morna; • Usar anestésicos tópicos, se necessário; Obs.: tratamentos esclerosantes ou cirúrgicos são contraindicados. Se ocorrerem complicações como trombose, encaminhar para o hospital de referência.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
DOR LOMBAR	A adaptação da postura materna sobrecarrega as articulações da coluna vertebral, sobretudo a lombossacral. <u>Avaliar sempre:</u> • Características da dor (mecânica ou inflamatória, tempo de evolução, fatores de melhora ou piora, relação com o movimento); • Sinais e sintomas associados (alerta para febre, mal-estar geral, sintomas urinários, enrijecimento abdominal e/ou contrações uterinas, deficit neurológico); • História de trauma.	<u>Orientar:</u> • 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 acupuntura; • Indicar atividades de alongamento e orientação postural. Se não melhorarem as dores, considerar o uso de medicamentos: Paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas; Dipirona (500-1.000 mg), de 6/6 horas.	Enfermeiro(a)/ médico(a)

Assinado por 1 pessoa: THAYSE ROSA
Para verificar a autenticidade do documento, acesse: <https://brusque.1doc.com.br/verificacao/80C3-7691-C2B9-5649>

Assinado por 1 pessoa: THAYSE ROSA
Para verificar a autenticidade do documento, acesse: <https://brusque.1doc.com.br/verificacao/80C3-7691-C2B9-5649>



CORRIMENTO VAGINAL	O aumento do fluxo vaginal é comum na gestação, sendo importante realizar avaliação adequada, pelo fato de as vulvovaginites infecciosas estarem associadas ao parto prematuro, baixo peso ao nascer, rotura prematura de membranas. <u>Avaliar sempre:</u> Se há queixas de mudanças do aspecto do corrimento, coloração, presença de sintomas associados como prurido, ardência, odor e outros;	<u>Orientar:</u> - O fluxo vaginal normal é comumente aumentado durante a gestação e não causa prurido, desconforto ou odor fétido; - Lembrar que em qualquer momento da gestação podem ocorrer as IST. - Não usar cremes vaginais quando não houver sinais e sintomas de infecção vaginal	Enfermeiro(a)/ médico(a)
CEFALEIA	É importante afastar as hipóteses de hipertensão arterial e pré-eclâmpsia. <u>Avaliar sempre:</u> - Sinais de cefaleia secundária; - Sintomas antes da gravidez; - Diagnóstico prévio de enxaqueca; - Uso de medicamentos.	<u>Orientar:</u> - Repouso em local com pouca luminosidade e boa ventilação; - Conversar com a gestante sobre suas tensões, conflitos e temores; - Se dor recorrente, agendar consulta médica e orientar sobre os sinais de alerta, como frequência, intensidade etc. Considerar o uso de analgésicos comuns: Paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas; Dipirona (500-1.000 mg), de 6/6 horas.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
VARIZES	Manifestam-se, preferencialmente, nos membros inferiores e na vulva, exibindo sintomatologia crescente com o evoluir da gestação. <u>Avaliar sempre:</u> - Dor contínua ou ao final do dia; - Presença de sinais flogísticos; - Edema persistente.	Orientar que o tratamento na gestação consiste nas seguintes medidas profiláticas: - Mudar de posição com maior frequência; - Não permanecer por muito tempo em pé, sentada ou com as pernas cruzadas; - Repousar por 20 minutos com as pernas elevadas, várias vezes ao dia; - Utilizar meia elástica com suave ou média compressão, que pode aliviar o quadro de dor e edema dos membros inferiores; - Não usar roupas muito justas, ligas nas pernas e nem meias 3/4 ou 7/8. - Valorizar a possibilidade de complicações tromboembólicas.	Enfermeiro(a)/ médico(a)

Assinado por 1 pessoa: THAYSE ROSA
Para verificar a autenticidade do documento, acesse: <https://brusque.1doc.com.br/verificacao/80C3-7691-C2B9-5649>

Assinado por 1 pessoa: THAYSE ROSA
Para verificar a autenticidade do documento, acesse: <https://brusque.1doc.com.br/verificacao/80C3-7691-C2B9-5649>



CÂIMBRAS	Espasmos musculares involuntários e dolorosos que acometem, em especial, os músculos da panturrilha e se intensificam com o evoluir da gestação. <u>Avaliar sempre:</u> • Uso de medicamentos; • Presença de varizes; • Fadiga muscular por uso excessivo.	Os cuidados gerais são mais eficazes que a conduta medicamentosa, sendo recomendado: • Evitar o alongamento muscular excessivo ao acordar, em especial dos músculos do pé (ato de se espreguiçar); • Na gestação avançada, devem ser evitados o ortostatismo (ficar em pé) prolongado e a permanência na posição sentada por longo período, como em viagens demoradas; • Nas crises, a grávida com câimbras nos membros inferiores se beneficia muito do calor local, da aplicação de massagens na perna e da realização de movimentos passivos de extensão e flexão do pé; • Evitar excesso de exercício físico e massagear o músculo contraído e dolorido; • Realizar alongamentos específicos, com orientação profissional.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
ESTRIAS	Lesões dermatológicas definitivas que aparecem na segunda metade da gravidez e se localizam, preferencialmente, no abdome inferior, na região glútea, nas coxas e nos seios.	<u>É recomendado:</u> • 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.	Enfermeiro(a)/ médico(a)

Assinado por 1 pessoa: THAYSE ROSA
Para verificar a autenticidade do documento, acesse <https://brusque.sp.br/verificacao/80C3-7691-C2B9-5649>

Assinado por 1 pessoa: THAYSE ROSA
Para verificar a autenticidade do documento, acesse <https://brusque.sp.br/verificacao/80C3-7691-C2B9-5649>





PIGMENTAÇÃO/ CLOASMA GRAVÍDICO	O aparecimento de manchas castanhas e irregulares na face ocorre em torno de 50% a 70% das gestantes, dando origem ao cloasma gravídico. A maioria das gestantes também apresenta grau de hiperpigmentação cutânea, especialmente na segunda metade da gravidez.	Geralmente estas hiperchromias desaparecem lentamente, ou ao menos regridem após o parto. Entretanto, um número considerável de casos exige tratamento dermatológico. <u>É recomendado:</u> • 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 (prescrição médica)	Enfermeiro(a)/ médico(a)
ALTERAÇÃO NA MOVIMENTAÇÃO FETAL	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.	Realizar avaliação clínica, com observação cuidadosa dos batimentos cardíacos fetais. <u>Recomenda-se:</u> • Orientar, a partir de 26 semanas, a realização de “mobiograma” diário: pós-café, almoço e jantar (normal seis ou mais movimentos em uma hora em decúbito lateral esquerdo). • Reduzir o intervalo entre as consultas de rotina.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
SANGRAMENTO NA GENGIVA	Caracterizada por vasodilatação, por aumento da vascularização e por edema do tecido conjuntivo, alterações estas provocadas por acentuado incremento na produção de hormônios esteroides. A hipertrofia gengival e a doença periodontal necessitam de atenção especializada. Avaliar sempre outras patologias que possam cursar com tais sintomas, em especial os distúrbios de coagulação, bem como a síndrome HELLP.	<u>Recomenda-se:</u> • Escovação dentária delicada, com o uso de escova de dentes macia e fio dental; • Orientar a realização de massagem na gengiva; • Realizar bochechos com soluções antissépticas. • Agendar atendimento odontológico sempre que possível.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
EPISTAXE E CONGESTÃO NASAL	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 cur-	Congestão nasal: instilação nasal de soro fisiológico. Epistaxe: leve compressão na base do nariz. Casos mais graves: encaminhar ao especialis-	Enfermeiro(a)/ médico(a)

Assinado por 1 pessoa: THAYSE ROSA
Para verificar a autenticidade do documento, acesse: <https://brusque.1doc.com.br/verificacao/80C3-7661-C2B9-6649>



EPISTAXE E CONGESTÃO NASAL	sar com tais sintomas, em especial os distúrbios de coagulação, no caso de epistaxe.	ta ou ao serviço de emergência.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
-----------------------------------	--	---------------------------------	-----------------------------

FONTE: Protocolo Atenção Básica – Saúde das Mulheres/2016, Ministério da Saúde, páginas 90 a 196.

9.6 Intercorrências do pré-natal

INTERCORRÊNCIA	COMO IDENTIFICA/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
ABORTAMENTO	- 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 conceito vivo. - Para o diagnóstico de aborto incompleto: presença de restos ovulares. - Para o diagnóstico de aborto retido: presença de conceito morto ou ausência de embrião, com colo uterino impérvio. - No aborto infectado: secreção fétida endovaginal, dor pélvica intensa à palpação, calor local e febre, além de comprometimento variável do estado geral.	<u>Na ameaça de aborto:</u> - Administrar, por tempo limitado, a n t i e s p a s m ó d i c o s (hioscina, /escopolamina 10 mg, um comprimido, via oral, de 8/8 horas); - R e c o m e n d a r 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. <u>No abortamento inevitável e aborto retido:</u> - Encaminhar para o hospital de referência obstétrica <u>No abortamento infectado:</u> - Iniciar fluidoterapia, para a estabilização hemodinâmica; - Encaminhar para o hospital de referência obstétrica.	Médico(a)
GRAVIDEZ ECTÓPICA	<u>Características:</u> - História de atraso menstrual com teste positivo para gravidez; - Perda sanguínea uterina e dor pélvica intermitente, na fase inicial, evoluindo para dor contínua e intensa, dor pélvica intermitente; - USG após 5ª semana de gestação não demonstrando gravidez tópica.	Encaminhar a gestante para um hospital de referência obstétrica IMEDIATAMENTE. Se sinais de instabilidade hemodinâmica, acionar SAMU IMEDIATAMENTE.	Médico(a)

Assinado por 1 pessoa: THAYSE ROSA
Para verificar a autenticidade do documento, acesse <https://brusque.1doc.com.br/verificacao/80C3-7691-C2B9-9649>



GRAVIDEZ ECTÓPICA	<u>Sinais de alerta:</u> sinais de irritação peritoneal e repercussões hemodinâmicas que podem ser discretas, apenas com lipotímia, até quadros graves com choque hipovolêmico, na dependência do volume de sangramento intracavitário.		Médico(a)
OUTRAS CAUSAS DE SANGRAMENTO	DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL <u>Características:</u> • Presença de sangramento vaginal intermitente, de intensidade variável, indolor e, por vezes, acompanhado da eliminação de vesículas (sinal patognomônico); • A altura uterina ou o volume uterino, em geral, é incompatível com o esperado para a idade gestacional, sendo maior previamente a um episódio de sangramento e menor após (útero em sanfona); • Não há presença de batimentos cardíacos ou outras evidências de embrião (nas formas completas); • A presença de hiperemese é mais frequente, podendo levar a mulher a estados de desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos; • A doença trofoblástica pode vir com sangramento volumoso e até choque; • A doença trofoblástica pode vir com hipertensão gestacional precoce.	• Encaminhar a gestante ao hospital de referência obstétrica.	Médico(a)
	DESCOLAMENTO CORIOAMNIÓTICO <u>Características:</u> • Sangramento de pequena intensidade no primeiro trimestre; • A evolução em geral é boa e não representa quadro de risco materno e/ou ovular. • Realização de exame ultrassonográfico • Visualização do descolamento corioamniótico.	<u>Recomendações:</u> • 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.	
DESCOLAMENTO PREMATURO DA PLACENTA (DPP)	<u>Características:</u> • 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.	• Na suspeita diagnóstica, encaminhar a gestante, como emergência, ao hospital de referência obstétrica, acionar SAMU IMEDIATAMENTE	Enfermeiro(a)/ médico(a)



DESCOLAMENTO PREMATURO DA PLACENTA (DPP)	<u>Realização do exame obstétrico:</u> • Na fase inicial, ocorre taquihipersistolia (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.		Enfermeiro(a)/ médico(a)
PLACENTA PRÉVIA	<u>Características:</u> • Sangramento vaginal, súbito, de cor vermelho-vivo, de quantidade variável, indolor. É episódica, recorrente e progressiva. <u>Realização do exame obstétrico:</u> • Revela volume e tono uterinos normais e frequentemente apresentação fetal anômala; • Habitualmente, os batimentos cardíacos fetais estão mantidos; • O exame especular revela presença de sangramento proveniente da cavidade uterina e, na suspeita clínica, deve-se evitar a realização de toque vaginal. <u>Realização de exame ultrassonográfico, se possível:</u> • 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.	• Referenciar a gestante para o alto risco EM CASO DE SANGRAMENTO VAGINAL ABUNDANTE, encaminhar a gestante, como emergência, ao hospital de referência obstétrica, acionar SAMU IMEDIATAMENTE.	Médico(a)
TRABALHO DE PARTO PREMATURO (TPP)	<u>Características:</u> • O TPP frequentemente está relacionado a infecções urinárias e vaginais, principalmente à vaginose bacteriana; • Para a vaginose bacteriana, pode ser feita a abordagem sintomática ou a realização do exame de bacterioscopia da secreção vaginal onde estiver disponível; • Na suspeita de infecção urinária, tratar conforme Fluxograma 3 e solicitar urina tipo I e urocultura; • Na presença de contrações uterinas rítmicas e regulares, porém sem modificação cervical, ca-	• 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, se estiver com dinâmica uterina efetiva e dilatação > 4 cm acionar SAMU IMEDIATAMENTE.	Enfermeiro(a)/ médico(a)



TRABALHO DE PARTO PREMATURO (TPP)	racteriza-se o falso trabalho de parto prematuro. Tais casos costumam evoluir bem apenas com o repouso, principalmente se identificada e trata- da a causa de base.		Enfermeiro(a)/ médico(a)
ANEMIA	<u>Fatores de risco para anemia na gestação:</u> • Dieta com pouco ferro, vitaminas ou mine- rais; • Perda de sangue decorrente de cirurgia ou le- são; • Doença grave ou de longo prazo (como cân- cer, diabetes, doença nos rins, artrite reumatoi- de, retrovirose, doença inflamatória do intesti- no, doença no fígado, insuficiência cardíaca e doença na tireoide); • Infecções de longo prazo; • Histórico familiar de anemia herdada, como talassemia e doença falciforme. <u>Características:</u> • A anemia durante a gestação pode estar as- sociada a um risco aumentado de baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e trabalho de par- to prematuro; • Atentar para os diagnósticos prévios ou no pré-natal de talassemia, doença falciforme, en- tre outros.	Ver Fluxograma 6 Caso disponível nutricionista na APS realizar consulta compartilha- da, gestantes com queixas mais se- veras podem ser encaminhados para nutricionista via SISREG.	Ver Fluxo- grama 6
HIPERTENSÃO ARTERIAL, PRÉ-ECLAMPSIA, ECLAMPSIA	<u>Hipertensão arterial:</u> • 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 inter- valo de, pelo menos, quatro horas; <u>Hipertensão arterial crônica:</u> • Estado hipertensivo registrado antes do iní- cio da gestação ou que antecede a 20ª semana de gravidez. Esta condição não está associada a proteinúria (salvo se houver dano renal antes da gravidez) e que persiste depois de 12 semanas após o parto. <u>Hipertensão gestacional:</u> • É a hipertensão arterial que ocorre após a 20ª semana da gestação, mais frequentemente perto do parto ou no puerpério imediato, sem proteinúria. <u>Pré-eclâmpsia:</u> • Caracterizada pelo aparecimento de HA e proteinúria (300 mg ou mais de proteína em uri- na de 24h ou 0,3 MG/DL em relação a PROTEI- NÚRIA/CREATINÚRIA AMOSTRA DE URINA), após a 20ª semana de gestação em mulheres previa- mente normotensas.	<u>Na hipertensão arterial:</u> • A metildopa é a droga preferida por ser a mais bem estudada e por não haver evidência de efeitos de- letérios para o feto (750-2.000 mg/dia prescrição médica); • Outros antagonistas de canais de cálcio (ACC), como nifedipino (20- 60 mg/dia), podem ser considera- dos como alternativas (prescrição médica); • Os betabloqueadores são consi- derados seguros na gravidez, em- bora se atribua a eles redução no crescimento fetal (prescrição médi- ca). Por seus efeitos danosos ao feto, os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA), como cap- topril, e antagonistas da angiotensi- na II, como losartana, devem ser substituídos. <u>Na pré-eclâmpsia:</u> • Referenciar à urgência obstétri- ca e, caso a gestante não fique in-	Enfermeiro(a)/ médico(a)/ nutricionista

Assinado por a pessoa: THAYSE ROSA
Para verificar a autenticidade do documento, acesse <https://brasil.icp.gov.br/verificacao/80C3-7691-C2B9-5649>

Assinado por a pessoa: THAYSE ROSA
Para verificar a autenticidade do documento, acesse <https://brasil.icp.gov.br/verificacao/80C3-7691-C2B9-5649>



HIPERTENSÃO ARTERIAL, PRÉ-ECLAMPSIA, ECLAMPSIA	<u>Eclâmpsia:</u> - Corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas. <u>Pré-eclâmpsia sobreposta à HAS crônica:</u> - Quando a PE ocorre em gestante com HAS crônica, considera-se como tendo pré-eclâmpsia sobreposta (FONTE: FEBRASGO). <u>Definições:</u> <u>Crise hipertensiva:</u> PA >160/110mmHg persistente após 15 minutos de observação em repouso. <u>Emergência Hipertensiva:</u> Crise hipertensiva associada com um ou mais dos seguintes sintomas: cefaleia, epigastralgia, turvamento visual, diplopia, ecotomas cintilantes, convulsões. <u>Urgência Hipertensiva: PA>180/120</u>	ternada, encaminhar ao pré-natal de alto risco. <u>Na eclâmpsia:</u> - Referenciar à urgência obstétrica acionar SAMU IMEDIATAMENTE. Ver Fluxograma 12. Caso disponível nutricionista na APS realizar consulta compartilhada para orientações da gestante ou encaminhá-la para nutricionista via SISREG. Terapia não medicamentosa: - Atividade física de pelo menos 140 minutos pelo menos por semana (baixo impacto) - Dieta Hipossódica - Controles de fatores de risco modificáveis: Cessar tabagismo, IMC, controle de doença de base (diabetes)	Enfermeiro(a)/ médico(a)/ nutricionista
DIABETES MELLITUS GESTACIONAL	Diabetes gestacional costuma ser assintomático ou apresentar sintomas obstétricos: ganho de peso excessivo, altura uterina superior à esperada, entre outros.	Ver Fluxograma 11.	Ver Fluxograma 11
IST	<u>Características:</u> - As infecções sexualmente transmissíveis (IST), podem ocorrer em qualquer momento do período gestacional; - Abortos espontâneos, natimortos, baixo peso ao nascer, infecção congênita e perinatal estão associados às IST não tratadas em gestantes.	Tratar conforme diagnóstico, respeitando as particularidades da gestação	Enfermeiro(a)/ médico(a)
ALTERAÇÃO DO LÍQUIDO AMNIÓTICO	- Polidrâmnio; - Oligodrâmnio; - Amniorrexe prematura; - Ver Fluxograma 10.	Ver Fluxograma 10.	Ver Fluxograma 10
GESTÃO PROLONGADA OU PÓS-DATISMO	<u>Características:</u> - Gestação prolongada é aquela cuja idade gestacional encontra-se entre 40 e 42 semanas; - Gestação pós-termo é aquela que ultrapassa 42 semanas.	- Encaminhar a gestante com IG > 41 para um centro de referência para outros testes de vitalidade fetal. - Monitorar a gestante até a inter-	Enfermeiro(a)/ médico(a)

Assinado por 1 pessoa: CHAYSE ROSA
Para verificar a autenticidade acesse <https://brusque.m.br/verificacao/80C3-7691-C2B9-5649>



		nação para o parto. • <u>Recomenda-se</u> vigilância do bem-estar fetal a partir das 40 semanas de gestação, por meio da contagem dos movimentos fetais (mobilograma) e da avaliação fetal por propedêutica subsidiária a cada dois ou três dias (CARDIOTO-COGRAFIA).	
--	--	---	--

FONTE: Protocolo Atenção Básica – Saúde das Mulheres/2016, Ministério da Saúde, páginas 101 a 108 e Manual de gestação de alto risco (MS, 2024).

9.7 Pré-natal masculino

O Pré-natal do parceiro visa integrar os homens na lógica dos serviços de saúde ofertados, possibilitando que eles realizem seus exames preventivos de rotina, testes rápidos (HEPATITE B, HEPATITE C, HIV E SÍFILIS) e exame de tipagem sanguínea, se gestante Rh negativo.

A participação do pai/parceiro tem relevância no pré-natal, puerpério e período de amamentação e, além de incentivar o homem ao cuidado com sua saúde, constitui-se uma ferramenta de prevenção e tratamento das IST.

Sendo muito importante aproveitar a oportunidade para que atualizem o cartão de vacinação, participem de atividades educativas desenvolvidas durante o pré-natal, compartilhe com sua/seu parceira(o) os cuidados com a criança e assim exerçam uma paternidade ativa.

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



10. EXAMES COMPLEMENTARES DE ROTINA E CONDUTAS

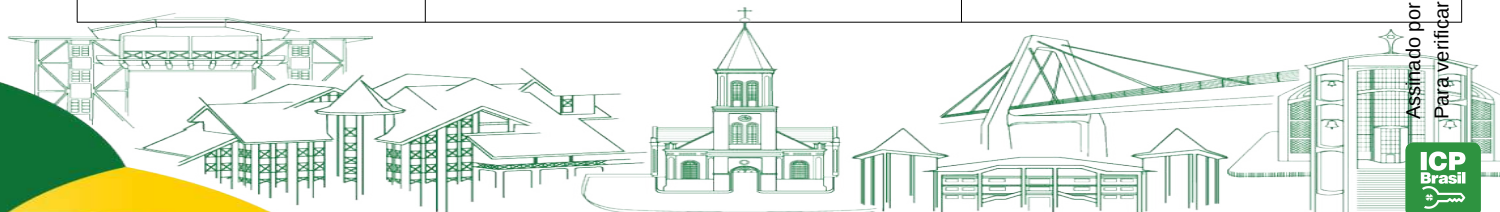
No quadro a seguir está descrito um roteiro para a solicitação de exames que pode ser realizado pelo enfermeiro ou médico no pré-natal de risco habitual, de acordo com a idade gestacional.

1ª CONSULTA OU 1º TRIMESTRE		
EXAMES	SOLICITAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	CONDUTAS
USG OBSTÉTRICO	A Gestante deve realizar um exame de USG, preferencialmente no 1º trimestre. (Realizar a partir das 08 semanas de gestação).	- 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. Nestes casos, preferencialmente deve ser realizada por via transvaginal. - Solicitar outros USGs somente quando houver necessidade, diante das intercorrências na gestação.
HEMOGRAMA	- Hb > 11g/dl: normal - Hb 8 e 10,9g/dl: anemia leve a moderada - Hb < 8g/dl: anemia grave	- Se anemia presente, tratar acompanhar conforme fluxograma 6. - Se anemia grave, encaminhar ao pré-natal de Alto Risco.
ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	HbAA: Normal, 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.	Pessoas gestantes com traço falciforme devem receber informações e orientações sobre a condição genética pela equipe de APS. Doença falciforme: encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco. Todas as gestantes devem receber durante toda a gestação, ácido fólico na dose de 5 mg/dia. Apenas porção muito pequena das gestantes com doença falciforme poderá receber suplementação de ferro, e essa só deve ser prescrita em casos selecionados e baseada na cinética de ferro (MS, 2022).
	- Inferior a 92 mg/dl: normal - Entre 92 mg/dl a 125 mg/dl: DM gestacional - Se > 126 mg/dl: diagnóstico de DM PRÉVIO na gestação	- Normal: orientar medidas não farmacológicas (orientações dietéticas e atividade de física apropriada). Realizar TOTG entre 24 e 28 semanas. - Acima de 92 mg/dl orientar de





GLICEMIA DE JEJUM		DMG + atividade física leve + controle de HGT por 2 semanas. Encaminhar ao Alto Risco se não houver o controle adequado. Caso disponível nutricionista na APS realizar consulta compartilhada para orientações da gestante ou encaminhá-la para nutricionista via SISREG. DMG: o controle glicêmico deve ser realizado diariamente em jejum, antes e 2h após as principais refeições, com os seguintes valores de referência: jejum <95mg/dL e 2h após <120mg/dL. Na ausência de controle glicêmico com medidas não farmacológicas (até 2 semanas) ou associado à hipertensão ou macrosomia fetal: encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco; DM na gestação (prévio): encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco.
TIPAGEM SANGUÍNEA + FATOR Rh	- A(+), B(+), AB(+), O(+): tipo sanguíneo + fator Rh positivo - A(-), B(-), AB(-), O(-): tipo sanguíneo + fator Rh negativo	- Se o fator Rh for negativo e o pai desconhecido ou pai com fator Rh positivo, realizar o exame de Coombs indireto. - Antecedentes de Hidropsia fetal ou neonatal, independentemente do resultado, realizar exame de Coombs indireto.
ANTI-HBs	- Anti-HBs positivo: imunizada - Anti-HBs negativo: não imunizada	- Anti-HBs negativo (esquema vacinal contra Hepatite B incompleto): atualizar esquema. Após 30/40 dias da realização da 3ª dose, repetir anti-HBs. - Anti HBs negativo (esquema vacinal contra Hepatite B completo com 3 doses): encaminhar para fazer 4ª dose. Repetir Anti-HBs em 30/40 dias após a aplicação. Se persistir Anti-HBs negativo: encaminhar para 5ª e 6ª dose. Aguardar 30 dias após a 6ª dose e repetir Anti-HBs.
URINA TIPO I	- Leucocitúria: presença acima de 10.000cél/ml ou 5cél/campo - Hematúria: presença acima de 10.000cél/ml ou 3 – 5hem/campo - Proteinúria: alterado >10mg/dl;	Leucocitúria: realizar urocultura para confirmar se há ITU. Caso não estiver disponível a urocultura, tratar empiricamente. Cilindrúria, hematúria sem ITU ou sangramento genital e proteinúria maciça ou dois exames seguidos com traço passar por avaliação médica e encaminhar para tratamento.





URINA TIPO I	Presença de outros elementos: não necessitam de condutas especiais.	ao Pré-natal de Alto Risco, se necessário. Proteinúria: <u>Traços de proteinúria:</u> repetir em 15 dias; caso se mantenha, encaminhar a gestante ao Pré-natal de Alto Risco. <u>Traços de proteinúria e hipertensão e/ou edema:</u> encaminhar à emergência obstétrica. <u>Proteinúria maciça:</u> encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco. <u>Pielonefrite:</u> encaminhar à emergência obstétrica. <u>ITU refratária ou de repetição:</u> encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco.
UROCULTURA E ANTIBIOGRAMA	- Urocultura negativa: <100.000 unidades formadoras de colônias por mL (UFC/mL) - Urocultura positiva: >100.000UFC/mL - Antibiograma: indica os antibióticos que podem ser utilizados no tratamento.	Tratar conforme antibiograma
TOXOPLASMOSE IgG e IgM	- IgM não reagente e IgG reagente: imunidade remota/gestante com infecção antiga ou toxoplasmose crônica. - IgM e IgG não reagente: suscetível. - IgG e IgM reagentes: possibilidade de infecção. - IgM reagente e IgG não reagente: infecção muito recente ou falso positivo.	- Não é necessário repetir sorologia/manter pré-natal na APS. - Orientar medidas de prevenção/repetir sorologia no próximo trimestre (idealmente a cada mês e no parto)/seguir pré-natal na APS. - Iniciar tratamento/notificar e encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco/solicitar avidez. - Iniciar tratamento/notificar e encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco/solicitar sorologia em 3 semanas. 3,4. Pré-natal de Alto risco confirmará a infecção, no caso de descartar toxoplasmose a gestante retorna para o pré-natal de risco habitual na APS. Orientar medidas de prevenção primária para todas as gestantes
TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS. SOMENTE na falta, solicitar SOROLOGIA PARA VDRL	TR ou VDRL Não reagente: Não reagente para Sífilis. TR de Sífilis (teste treponêmico) e VDRL (não treponêmico) reagente: diagnóstico de sífilis na gestação.	- Prescrever tratamento para gestante e parceiro. - Se parceiro reagente e gestante não reagente, realizar tratamento de ambos e orientar uso de preservativo e realizar teste rápido mensal na gestante. Nota: O início do tratamento não ocorre





TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS. SOMENTE na falta, solicitar SOROLOGIA PARA VDRL		aguardar o resultado do 2º exame. Nas pessoas gestantes, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente (treponêmico ou não treponêmico). Considerar histórico prévio de diagnóstico e tratamento, quando registrados. Para monitoramento da resposta ao tratamento da pessoa gestante, o VDRL deve ser solicitado mensalmente até o final da gestação e, trimestralmente, até completar 12 meses de acompanhamento. Os parceiros(as) sempre devem ser avaliados, tratados e ter VDRL monitorado trimestralmente, no primeiro ano
TESTE RÁPIDO PARA HIV. SOMENTE na falta, solicitar SOROLOGIA PARA ANTI-HIV I e II	<u>Não Reagente:</u> Não Reagente para HIV. <u>Reagente:</u> TR1 reagente, realizar TR2 (diferente marca), TR1 e TR2 reagentes = Amostra Reagente para HIV. <u>Discordante:</u> TR1 reagente, TR2 Não Reagente: Repetir os dois testes rápidos. Permanecendo a discordância, solicitar exames laboratoriais. <u>Diagnóstico confirmado:</u> encaminhar ao SAE para coleta de Carga Viral e CD4, e início de tratamento com Infectologista.	- Se parceiro reagente e gestante não reagente, orientar uso de preservativo e realizar teste rápido mensal na gestante. - Encaminhar para Alto Risco (fará acompanhamento com SAE e Alto Risco).
TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE C. SOMENTE na falta, solicitar SOROLOGIA PARA ANTI-HCV	Testes rápidos de HCV reagente: encaminhar ao SAE para coleta de Carga Viral para confirmação do diagnóstico.	Encaminhar para Alto Risco e SAE.
TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE B. SOMENTE na falta, solicitar HBsAg	- HBsAg não reagente: normal - HBsAg reagente: encaminhar para o SAE para exames complementares e início do acompanhamento com Gastroenterologista.	- HbsAg reagente: deve ser encaminhada ao Alto Risco e SAE. - HBsAg não reagente: se esquema vacinal desconhecido ou incompleto, indicar vacina após 14ª semana da gestação. Toda gestante HBsAg não reagente deve receber a vacina contra Hepatite B ou ter seu calendário vacinal completado.

Assinado por 1 pessoa: THAYSE ROSA
Para verificar a autenticidade do documento acesse:
<https://brasil.icp.gov.br/verificacao/80C3-7691-C2B9-5649>





2º TRIMESTRE		
EXAMES	SOLICITAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	CONDUTAS
HEMOGRAMA	- Hb>11g/dl: normal - Hb 8 e 10,9g/dl: anemia leve a moderada - Hb<8g/dl: anemia grave	- Se anemia presente, tratar e acompanhar conforme fluxograma 6. - Se anemia grave, encaminhar ao pré-natal de Alto Risco.
URINA TIPO I	- Leucocitúria: presença acima de 10.000cél/ml ou 5cél/campo - Hematúria: presença acima de 10.000cél/ml ou 3 – 5hem/campo - Proteinúria: alterado >10mg/dl; - Presença de outros elementos: não necessitam de condutas especiais.	Leucocitúria: realizar urocultura para confirmar se há ITU. Caso não estiver disponível a urocultura, tratar empiricamente. Cilindrúria, hematúria sem ITU ou sangramento genital e proteinúria maciça ou dois exames seguidos com traços: passar por avaliação médica e encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco, se necessário. Proteinúria: <u>Traços de proteinúria:</u> repetir em 15 dias; caso se mantenha, encaminhar a gestante ao Pré-natal de Alto Risco. <u>Traços de proteinúria e hipertensão e/ou edema:</u> encaminhar à emergência obstétrica. <u>Proteinúria maciça:</u> encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco. <u>Pielonefrite:</u> encaminhar à emergência obstétrica. <u>ITU refratária ou de repetição:</u> encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco.
UROCULTURA E ANTIBIOGRAMA	- Urocultura negativa: <100.000unidades formadoras de colônias por mL (UFC/mL) - Urocultura positiva: >100.000UFC/mL - Antibiograma: indica os antibióticos que podem ser utilizados no tratamento.	Tratar conforme antibiograma
TESTE DE TOLERÂNCIA À GLICOSE (TTOG 75 G) DOSAGENS: JEJUM 1ª E 2ª HORA	Somente solicitar TTOG 75 g entre 24 e 28 semanas se glicemia de jejum for inferior a 92 mg/dl no primeiro trimestre. Diabetes Mellitus Ao menos um valor de: jejum: ≥ 126 mg/dl 2ª hora: ≥ 200 mg/dl Diabetes Mellitus Gestacional Ao menos um valor de: jejum: 92 a 125 mg/dl 1ª hora: ≥ 180 mg/dl 2ª hora: 153 a 199 mg/dl	- Encaminhar ao nutricionista sempre que valores de glicose alterados. - Normal: orientar medidas não farmacológicas (orientações dietéticas, atividade física apropriada). - DMG: o controle glicêmico deve ser realizado diariamente em jejum, antes das principais refeições, com seguintes valores de referência: jejum <100 mg/dL e 2h após <120 mg/dL. Na ausência de controle glicêmico, encaminhar ao pré-natal de Alto Risco para medidas não farmacológicas (até



		semanas) ou associado à hipertensão ou macrosomia fetal: encaminhar ao Pré-Natal de Alto Risco. DM na gestação (prévio): encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco
TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS. SOMENTE na falta, solicitar SOROLOGIA PARA VDRL	TR ou VDRL Não reagente: Não reagente para Sífilis. TR de Sífilis (teste treponêmico) e VDRL (não treponêmico) reagente: diagnóstico de sífilis na gestação.	- Prescrever tratamento para gestante e parceiro. - Se parceiro reagente e gestante não reagente, realizar tratamento de ambos, orientar uso de preservativo e realizar teste rápido mensal na gestante. Nota: O início do tratamento não deve aguardar o resultado do 2º exame. Nas pessoas gestantes, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente (treponêmico ou não treponêmico). Considerar histórico prévio de diagnóstico e tratamento, quando registrados. Para monitoramento da resposta ao tratamento da pessoa gestante, o VDRL deve ser solicitado mensalmente até o final da gestação e, trimestralmente, até completar 12 meses de acompanhamento. Os parceiros(as) sempre devem ser avaliados, tratados e ter VDRL monitorado trimestralmente, no primeiro ano
TESTE RÁPIDO PARA HIV. SOMENTE na falta, solicitar SOROLOGIA PARA ANTI-HIV I e II	- Teste rápido não reagente: normal - Teste rápido reagente: utilizar teste confirmatório para diagnóstico. Diagnóstico confirmado: encaminhar ao SAE para coleta de Carga Viral e CD4, e início de tratamento com Infectologista.	- Se parceiro reagente e gestante não reagente, orientar uso de preservativo e realizar teste rápido mensal na gestante. - Encaminhar para Alto Risco (fará acompanhamento com SAE e Alto Risco).
TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE C. SOMENTE na falta, solicitar SOROLOGIA PARA ANTI-HCV	Testes rápidos de HCV reagente: encaminhar ao SAE para coleta de Carga Viral para confirmação do diagnóstico.	Encaminhar para Alto Risco e SAE.
TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE B. SOMENTE na falta, solicitar HBsAg	- HBsAg não reagente: normal - HBsAg reagente: encaminhar para o SAE para exames complementares e início do acompanhamento com Gastroenterologista.	- HbsAg reagente: deve encaminhada ao Alto Risco e SAE. - HBsAg não reagente: se esquema vacinal desconhecido ou incompleto, indicar vacina após 14ª semana de gestação. Toda gestante HBsAg





		reagente deve receber a vacina contra Hepatite B ou ter seu calendário completado.
CITOPATOLÓGICO DE COLO DE ÚTERO	A realização deste exame em mulheres grávidas, podendo ser feito em qualquer período da gestação, preferencialmente até o 7º mês.	Recomenda-se análise caso a caso, pesando riscos e benefícios da ação. Gestantes aderentes ao programa de rastreamento com últimos exames normais podem ser acompanhadas de forma segura sem a coleta endocervical durante a gravidez. Por outro lado, para mulheres com vínculo frágil ao serviço e/ou não aderentes ao programa de rastreamento, o momento da gestação se mostra como valiosa oportunidade para a coleta do exame, devendo, portanto, ser completa.

3º TRIMESTRE		
EXAMES	SOLICITAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	CONDUTAS
HEMOGRAMA	- Hb>11g/dl: normal - Hb 8 e 10,9g/dl: anemia leve a moderada - Hb<8g/dl: anemia grave	- Se anemia presente, tratar e acompanhar conforme fluxograma 6. - Se anemia grave, encaminhar ao pré-natal de Alto Risco.
URINA TIPO I	- Leucocitúria: presença acima de 10.000cél/ml ou 5cél/campo - Hematúria: presença acima de 10.000cél/ml ou 3 – 5hem/campo - Proteinúria: alterado >10mg/dl; - Presença de outros elementos: não necessitam de condutas especiais.	Leucocitúria: realizar urocultura para confirmar se há ITU. Caso não estiver disponível a urocultura, tratar empiricamente. Cilindrúria, hematúria sem ITU ou sangramento genital e proteinúria maciça ou dois exames seguidos com traços: passar por avaliação médica e encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco, se necessário. Proteinúria: <u>Traços de proteinúria:</u> repetir em 15 dias, caso se mantenha, encaminhar a gestante ao Pré-natal de Alto Risco. <u>Traços de proteinúria e hipertensão e/ou edema:</u> encaminhar à emergência obstétrica. <u>Proteinúria maciça:</u> encaminhar ao pré-natal de Alto Risco. <u>Pielonefrite:</u> encaminhar à emergência obstétrica. <u>ITU refratária ou de repetição:</u> encaminhar ao Pré-natal de Alto Risco.
UROCULTURA E	Urocultura negativa: <100.000unidades	Tratar conforme antibiograma





ANTIBIOGRAMA	formadoras de colônias por mL (UFC/mL) • Urocultura positiva: >100.000UFC/mL • Antibiógrama: indica os antibióticos que podem ser utilizados no tratamento.	
PESQUISA DE STREPTOCOCCUS B-HEMOLÍTICO	• <i>Entre 35 e 37 semanas</i> -Não realizar higiene íntima. Não fazer uso de creme, óvulo vaginal nas últimas 48 horas. No uso de antibióticos, informar o nome do medicamento. Não manter relação sexual nas últimas 48 horas. Ficar 2 horas sem urinar.	
TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS. SOMENTE na falta, solicitar SOROLOGIA PARA VDRL	TR ou VDRL Não reagente: Não reagente para Sífilis. TR de Sífilis (teste treponêmico) e VDRL (não treponêmico) reagente: diagnóstico de sífilis na gestação.	• Prescrever tratamento para gestante e parceiro. • Se parceiro reagente e gestante não reagente, realizar tratamento de ambos, orientar uso de preservativo e realizar teste rápido mensal na gestante. Nota: O início do tratamento não deve aguardar o resultado do 2º exame. Nas pessoas gestantes, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente (treponêmico ou não treponêmico). Considerar histórico prévio de diagnóstico e tratamento, quando registrados. Para monitoramento da resposta ao tratamento da pessoa gestante, o VDRL deve ser solicitado mensalmente até final da gestação e, trimestralmente, até completar 12 meses de acompanhamento. Os parceiros(as) sempre devem ser avaliados, tratados e ter VDRL monitorado trimestralmente, no primeiro ano
TESTE RÁPIDO PARA HIV. SOMENTE na falta, solicitar SOROLOGIA PARA ANTI-HIV I e II	• Teste rápido não reagente: normal • Teste rápido reagente: utilizar teste confirmatório para diagnóstico. Diagnóstico confirmado: encaminhar ao SAE para coleta de Carga Viral e CD4, e início de tratamento com Infectologista.	• Se parceiro reagente e gestante não reagente, orientar uso de preservativo e realizar teste rápido mensal na gestante. • Encaminhar para Alto Risco (fará acompanhamento com SAE e Alto Risco).
TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE C. SOMENTE na falta, solicitar SOROLOGIA PARA ANTI-HCV	Testes rápidos de HCV reagente: encaminhar ao SAE para coleta de Carga Viral para confirmação do diagnóstico.	Encaminhar para Alto Risco e SAE.
TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE B. SOMENTE na	• HBsAg não reagente: normal	• HbsAg reagente: deve encaminhada ao Alto Risco e SAE.



falta, solicitar HBsAg	HBsAg reagente: encaminhar para o SAE para exames complementares e início do acompanhamento com Gastroenterologista.	HBsAg não reagente: se esquema vacinal desconhecido ou incompleto, indicar vacina após 14ª semana de gestação. Toda gestante HBsAg não reagente deve receber a vacina contra Hepatite B ou ter seu calendário completado.
-------------------------------	--	---

OBS: Todos os exames descritos anteriormente podem ser solicitados pelo profissional médico e enfermeiro. Os testes rápidos para gestantes e parceiro, no estado de Santa Catarina, seguem as orientações da Nota técnica nº 011/DIVE/SES/2014 e Parecer COFEN nº 016/2013 anexos a este instrumento. Os demais exames seguem as orientações dos pareceres do COREN nº 016/CT/2013 e do COFEN Resolução 194/1997 e o Parecer Normativo nº 001/2013.



11. ESQUEMAS BÁSICOS DE VACINAÇÃO

VACINA	ESQUEMA BÁSICO	REFORÇO	IDADE RECOMENDADA
Vacina do COVID	De acordo com as orientações do Ministério da Saúde		
Vacina contra Influenza	Período sazonal	Dose única	Qualquer idade gestacional para todas as pessoas gestantes e até 42 dias após o parto.
Vacina contra Hepatite B	3 doses (iniciar ou completar o esquema, de acordo com situação vacinal, independentemente da idade gestacional)		
Difteria e Tétano (dT)	3 doses, sendo uma delas com dTpa (iniciar ou completar o esquema, de acordo com situação vacinal)	A cada 10 anos ou a cada 5 anos em caso de ferimentos graves	
Difteria, Tétano e Pertussis acelular (dTpa)	1 dose para gestantes a partir da 20ª semana de gestação e puérperas até 45 dias.	1 dose a cada gestação	

Fonte: SES-RS (2023), adaptado de Ministério da Saúde (2023c)

Observação: O esquema vacinal no pré-natal seguirá a atualização do calendário nacional e/ou estadual de vacinação.

12. PROFILAXIAS RECOMENDADAS

As gestantes devem ser suplementadas com ácido fólico para a prevenção de defeitos do tubo neural (DTN). A recomendação de ingestão é de 0,4mg de ácido fólico, todos os dias. Essa quantidade deve ser consumida pelo menos 30 dias antes da data em que se planeja engravidar até a 12ª semana da gestação. Com o objetivo de repor as reservas corporais maternas, todas as mulheres até o terceiro mês pós-parto devem ser suplementadas apenas com ferro (40 mg ferro elementar/dia até o terceiro mês pós-parto). A suplementação com ferro também é recomendada nos casos de abortos (40 mg ferro elementar/ dia até o terceiro mês pós-aborto). Casos de anemia já diagnosticados: o tratamento deve ser prescrito de acordo com a conduta clínica para anemia definida pelo profissional de saúde responsável (BRASIL, 2022).

Para as mulheres com alto risco de desenvolvimento da pré-eclâmpsia, a ingestão diária de ácido acetilsalicílico (AAS) em doses de 100mg ou mais, iniciada antes de 16 semanas de gestação, demonstrou redução de 62% do risco do aparecimento da pré-eclâmpsia antes da 37ª semana de gestação e de 80% antes da 34ª semana de gestação. A suplementação de cálcio para mulheres com as mesmas características foi capaz de reduzir a incidência de pré-eclâmpsia em 55% (Rio Grande do Sul, 2024).





MEDICAMENTO	PERÍODO DE USO	DOSAGEM	INDICAÇÃO	QUEM FAZ
ÁCIDO FÓLICO	30 dias antes da concepção até a 12ª semana de gestação.	400µg ou 0,4 mg,	• Prevenção de defeitos do tubo neural • Anemia • Anemia megaloblástica	Médico/ Enfermeiro
SULFATO FERROSO	Diariamente após a confirmação da gravidez até o final da gestação. Mulheres no pós-parto e/ ou pós-aborto: Diariamente até o terceiro mês pós-parto e/ou pós-aborto.	1cp de 40mg de ferro elementar	• Anemia	Médico/ Enfermeiro
CÁLCIO	A suplementação de cálcio deve ser iniciada na 12ª semana de gestação até o parto.	A dose recomendada é de dois comprimidos de carbonato de cálcio 1.250 mg por dia. 1cp no café da manhã e 1 cp no jantar.	-Reduzir a incidência de pré-eclâmpsia em todas gestantes. -A administração concomitante dos suplementos de cálcio e do ferro deve ser evitada. Recomenda-se que a ingestão do suplemento de cálcio ocorra com intervalo mínimo de 2 horas do suplemento de ferro (sulfato ferroso) ou de polivitamínicos contendo ferro, pois a biodisponibilidade de cálcio varia de acordo com a ingestão com outros alimentos e nutrientes que podem reduzir a absorção ou excreção. -Sugere-se que o cálcio não seja ingerido em jejum.	Médico Enfermeiro Nutricionista Farmacêutico



MEDICAMENTO	PERÍODO DE USO	DOSAGEM	INDICAÇÃO	QUEM FAZ
PRÉ-ECLÂMPsia	Ácido acetilsalicílico (AAS)	AAS 100 mg, VO, 1 cp à noite. (A partir de 12 semanas até 36 semanas)	• Reduzir a incidência de pré-eclâmpsia em gestante que apresente 1 fator de risco alto e/ou 2 fatores de risco moderados	Médico
PRÉ-ECLÂMPsia	Cálcio	Carbonato de cálcio na dosagem de 1 a 2 g/dia, sendo VO, 1 ou 2 cp no café da manhã e 1 ou 2 cp no jantar.	Reduzir a incidência de pré-eclâmpsia em todas gestantes com 1 ou mais fatores de risco.	Médico

* Consultar Quadro X: Fatores de risco que indicam necessidade de profilaxia para pré-eclâmpsia.





Quadro 7: Fatores de risco que indicam necessidade de profilaxia para pré-eclâmpsia

Apresentação Clínica/Obstétrica	Condição	Risco Considerado
Identificação	Idade ≥ 35 anos	MODERADO
	Nuliparidade	
	Raça/cor negra	
Antecedentes pessoais e familiares	História familiar de pré-eclâmpsia (mãe e/ou irmã)	ALTO
	Hipertensão arterial crônica	
	Diabetes tipo 1 ou 2	
	Doença renal	
	Doenças autoimunes (Ex: Lúpus erimatoso sistêmico, síndrome antifosfolípide, artrite reumatoide)	
	Obesidade (IMC ≥ 30)	
Antecedentes obstétricos	Intervalo > 10 anos desde a última gestação	MODERADO
	Gestação prévia com desfecho adverso (DPP, baixo peso a moderado, nascer com > 37 s e trabalho de parto pré-termo)	
	História de pré-eclâmpsia em gestação anterior	ALTO
	Gestação múltipla	
	Pós-reprodução assistida	

Fonte: SES-RS (2023), adaptado de Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein (2023), Febrasgo (2017, 2023) [47,48].

13. ATENÇÃO NUTRICIONAL NO PRÉ-NATAL

As orientações nutricionais durante a gestação tem a finalidade de promover a saúde e o bem-estar da mulher gestante e o perfeito desenvolvimento fetal, visando prevenir o surgimento de agravos, como desnutrição, obesidade, diabetes gestacional, hipertensão, complicações obstétricas ou neonatais e doenças cardiovasculares através da realização da avaliação nutricional que consiste em: avaliação antropométrica, clínica, dietética, bioquímica, cálculo das necessidades nutricionais durante a gestação a cada consulta pré-natal de acordo com a semana gestacional.

É de extrema importância o consumo adequado de alimentos variados, in natura e minimamente processados, e, água, a fim de suprir as necessidades fundamentais de nutrientes que estão aumentadas nessa fase da vida. A alimentação da gestante deve ser pautada nos princípios e recomendações do Guia Alimentar para a População Brasileira (BRASIL, 2014) e no Protocolo de uso do Guia Alimentar para a População Brasileira na Orientação Alimentar da Gestante (BRASIL, 2021).

É importante que a equipe realize o questionário de marcadores de consumo alimentar do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN) a fim de conhecer o consumo alimentar das gestantes e posteriormente propor ações educativas individuais e coletivas. O 2 Fluxograma direcional de conduta para orientação alimentar da pessoa gestante (ANEXO M - Fig.2) também é instrumento que pode e deve ser utilizado pelos profissionais durante o cuidado dessa população (BRASIL, 2021).

O organismo da gestante sofre inúmeras mudanças fisiológicas e anatômicas para benefício da saúde materna e fetal. Por essa razão, além de uma dieta adequada, é necessário considerar a suplementação vitamínica de ferro, ácido fólico, cálcio, Vit. A e D, entre outros, evitando deficiência nutricional (ALKIMIN et al., 2023).

Cabe ressaltar que a realização de dietas não assistidas por profissional de saúde, com intuito de perda de peso corporal, não é recomendada durante a gestação, considerando os potenciais malefícios que as restrições e erros alimentares podem causar ao bebê. (CONITEC, 2020).

Na gestação, é particularmente relevante o consumo de uma grande variedade de alimentos





in natura e minimamente processados e água, para suprir a necessidade de nutrientes fundamentais para esse evento da vida, como ferro, ácido fólico, cálcio, vitaminas A e D, entre outros. A alimentação saudável na gestação favorece o bom desenvolvimento fetal e a saúde e o bem-estar da gestante, além de prevenir o surgimento de agravos, como diabetes gestacional, hipertensão e ganho de peso excessivo.

Para uma orientação alimentar mais adequada, é essencial que o profissional de saúde esteja atento a aspectos relacionados à vulnerabilidade social e renda, à rede de apoio, à idade das gestantes e às condições de trabalho da pessoa gestante atendida. Outros fatores que necessitam de atenção no período gestacional são as alterações fisiológicas e sintomatologias que podem influenciar o consumo alimentar nesse evento da vida. São comuns entre gestantes: náuseas, vômitos e tonturas; azia; plenitude gástrica; constipação intestinal; fraqueza; desmaios; dores físicas, inchaço e alterações bucais. Essas sintomatologias podem variar ao longo dos trimestres da gestação e são passíveis de manejo com orientação alimentar adequada para esse evento da vida. Em casos de alto risco gestacional ou casos mais complexos (como diabetes gestacional e hipertensão arterial), é necessário envolver uma equipe multiprofissional ou equipes da atenção secundária especializada para que o diagnóstico e a escolha da conduta mais adequada sejam realizados na perspectiva de um cuidado integral.

Para apoiar à prática clínica no cuidado individual na Atenção Primária à Saúde (APS), o Ministério da Saúde (2021) propôs o Protocolo de Uso do Guia Alimentar para a População Brasileira na Orientação Alimentar de Gestantes (BRASIL, 2021)





14. EXERCÍCIOS FÍSICOS NA GESTAÇÃO

Os exercícios físicos (EF) apresentam benefícios comprovados na promoção de saúde materno-fetal, porém as mulheres, principalmente as que têm comorbidades, acabam reduzindo as atividades físicas ou permanecem sedentárias na gestação, com receio das complicações clínicas e obstétricas. Portanto, há a necessidade de ratificação das vantagens dos EF na melhora da capacidade funcional, na redução da fadiga, na diminuição do risco de depressão, na prevenção do ganho de peso excessivo, no auxílio ao controle dos distúrbios metabólicos e cardiovasculares, como, por exemplo, pré-eclâmpsia, distúrbios hipertensivos e diabetes melito desenvolvidos na gestação. Estes são hoje considerados fatores de risco emergentes ou específicos para o sexo e estão associados ao maior risco de doenças cardiovasculares (DCV).

Mulheres previamente ativas devem manter os EF aeróbicos de forma habitual ou adequar para o tempo de pelo menos 30 minutos, 4 a 5 vezes por semana. As sedentárias podem iniciar, por exemplo, com 15 minutos de EF aeróbicos 3 vezes por semana e aumentar gradativamente o tempo até atingir a recomendação de 150 minutos/semana ou 30 minutos diariamente.





Tabela 1 – Recomendações para a prática de exercícios durante a gravidez: qualidade e força das evidências para atividade física durante a gestação

Indicações	Recomendação	Qualidade das evidências
Todas as mulheres sem contraindicações devem ser fisicamente ativas durante todo o período gestacional (subgrupos a, b, c)	Forte	Moderada
Mulheres previamente inativas	Forte	Moderada
Mulheres com diabetes gestacional	Fraca	Baixa
IMC pré-gestacional ≥ 25 Kg/m ²	Forte	Baixa
Gestantes devem acumular o mínimo de 150 min de exercícios de moderada intensidade/semana, pelo menos 3 dias/semana	Forte	Moderada
Gestantes devem incorporar atividades aeróbicas e de resistência variadas. Exercícios de alongamento e ioga podem ser adicionados	Forte	Alta
Treinamento para “assoalho pélvico” (exercícios de Kegel) diários (reduzir risco de incontinência urinária)	Fraca	Baixa

Modificada de Mottola et al.³

Fonte: Campos et al.. 2021.





15. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

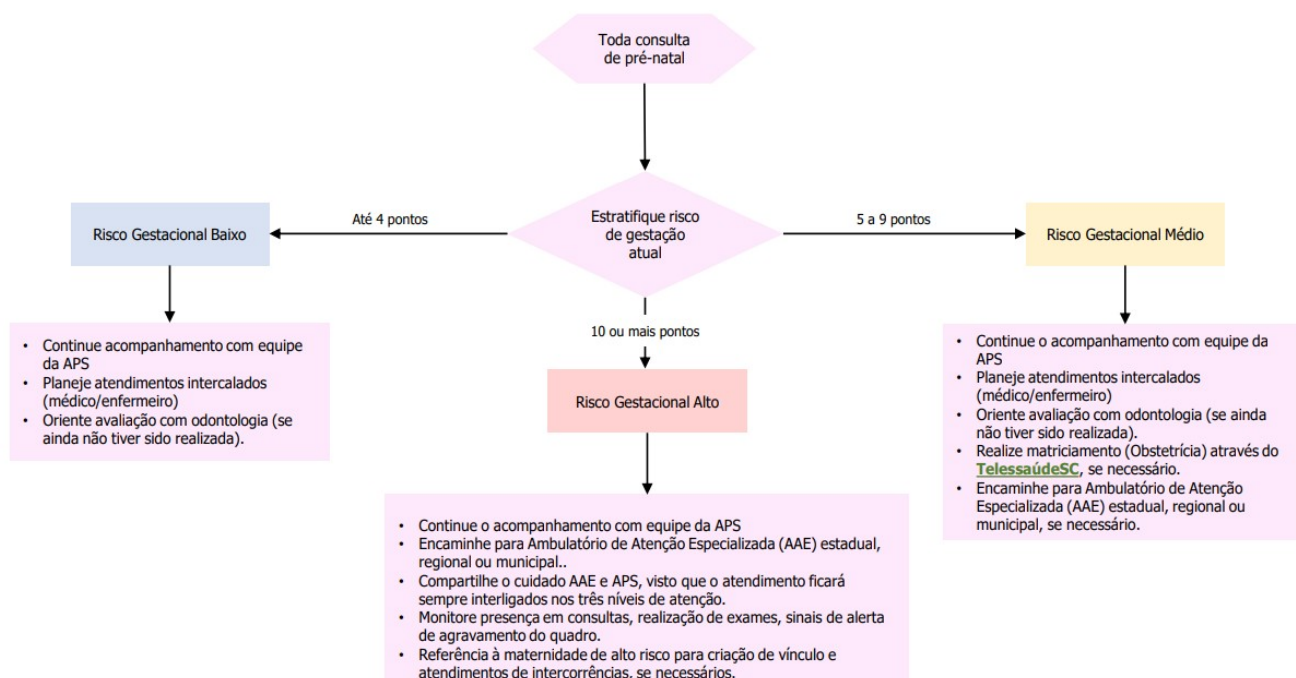
“A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável que envolve mudanças dinâmicas do olhar físico, social e emocional”, entretanto, vários fatores de risco, apresentam maior probabilidade de evolução desfavorável da gestação.

A redução da morbimortalidade materno-infantil e ampliação do acesso com qualidade é a meta do acompanhamento na gestação de alto risco, sendo necessário a identificação dos fatores de risco gestacional precocemente.

Realizar o acolhimento, determinando a classificação de risco define a necessidade de cuidado e a densidade tecnológica a serem ofertadas às gestantes. O profissional médico(a) deve identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência. Na ausência do profissional médico(a) ou dificuldade para agendar a consulta, o enfermeiro(a) deve encaminhá-la ao serviço de referência (atendimento com especialista: Obstetra na Clínica da Mulher). Se houver demora significativa para este atendimento, nos casos de intercorrências agudas, que necessitam de avaliação obstétrica imediata, a gestante deve ser encaminhada diretamente ao serviço de referência hospitalar.



FLUXO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO E ENCAMINHAMENTOS



INSTRUMENTO DE CLASSIFICAÇÃO DE RISCO

O avaliação do risco gestacional deve ser realizado a cada consulta e anexada à caderneta da gestante para ser apresentado por ela nos outros pontos de atenção da rede.

A gestante de **baixo risco** (risco habitual) deve ser acompanhada pela equipe de Atenção Primária à Saúde (APS) durante toda a assistência ao pré-natal com consultas intercaladas entre médico(a) e enfermeiro(a). Deve também realizar avaliação com o dentista da equipe saúde bucal;

A gestante de **médio risco** (risco intermediário) deve ser acompanhada pela equipe de APS durante toda a assistência ao pré-natal com consultas médicas e de enfermagem e avaliação do especialista (médico obstetra) quando necessário. Deve também realizar avaliação com o dentista da equipe de saúde bucal.

A gestante de **alto risco** deve ser atendida pela equipe de APS e referenciada para o Ambulatório de Atenção Especializada (AAE) estadual, regional ou municipal para acompanhamento por equipe multiprofissional (médico obstetra, enfermeiro, nutricionista, psicólogo, assistente social, entre outros). O AAE deve compartilhar o cuidado com a equipe de APS por meio da elaboração e monitoramento do plano de cuidados, monitoramento dos marcadores clínicos de estabilização, vigilância para rápida identificação e intervenção nas intercorrências clínicas e obstétricas, realização e avaliação dos exames especializados, visitas domiciliares mais frequentes e vigilantes, vinculação à maternidade de alto risco de referência para o parto e nascimento e ações de rotina do pré-natal descritas para todos os estratos de risco.

Observação: Independente do nível de atendimento (baixo, médio e alto) risco, independente da morosidade ou disponibilidade de vagas de qualquer natureza do encaminhamento, a gestante sempre estará sendo assistida na APS, sempre utilizando referência e contra-referência, realizando se necessário o matriciamento no telessaúde/SC.

Até 4 pontos	Baixo Risco (Risco Habitual)
5 a 9 pontos	Médio Risco
10 ou mais pontos	Alto Risco

Tabela 1 - Instrumento de Classificação de Risco Gestacional por pontos

CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO: GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

Até 4 pontos: RISCO HABITUAL (BAIXO) - (APS)
5 a 9 pontos: RISCO INTERMEDIÁRIO (APS ou
Atenção Especializada)
10 ou + pontos: ALTO RISCO (APS + Atenção
Especializada)

CONDIÇÕES INDIVIDUAIS, SOCIOECONÔMICAS E FAMILIARES	INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS/OBSTÉTRICAS NA GESTAÇÃO ATUAL	CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉVIAS À GESTAÇÃO
Idade menor que 15 anos..... 2	Doença hipertensiva da gestação/Pré-eclâmpsia..... 10	Hipertensão arterial descompensada (encaminhar também a Cardiologia)..... 10
Idade maior que 40 anos..... 2	Diabetes gestacional com necessidade de insulino-terapia..... 10	DM 1 ou DM 2 descompensado (encaminhar também à Endocrinologia)..... 10
Mulher de raça Negra (preta ou parda)..... 2	Infecção urinária de repetição (3 ou mais) ou pielonefrite..... 10	Tireoidopatias (hipotireoidismo ou hipertireoidismo)..... 10
Baixa escolaridade (<5 anos de estudo)..... 2	Cálculo renal com obstrução..... 10	Doença Psiquiátrica Grave (como psicoses e depressão grave)..... 10
Tabagista ativa..... 2	Restrição de crescimento fetal..... 10	Doenças Hematológicas (doença falciforme, PTI e PTT, talassemias, coagulopatias); antecedentes de tromboembolismo, AVC, IAM, TEP e TVP; tratamento com anticoagulantes..... 10
Indícios de sofrer de violência..... 2	Feto acima do percentil 90% ou suspeita de macrossomia..... 10	Cardiopatias com repercussão hemodinâmica..... 10
Gestantes imigrantes, em situação de rua ou em comunidades indígenas ou quilombola..... 2	Polidrâmnio/Oligodrâmnio..... 10	Pneumopatia Graves (DPOC, asma, doenças intersticiais pulmonares, hipertensão pulmonar)..... 10
Baixo Peso no início da gestação (IMC<18 kg/m²)..... 2	Suspeita de incompetência istmo cervical (colo curto em USG a partir de 18 semanas)..... 10	Doenças autoimunes (Colagenoses, Graves, Hashimoto, LES, SAF)..... 10
Sobrepeso (IMC: 25-29,9 kg/m²)..... 1	Placenta prévia com diagnóstico a partir de 14 semanas 10	Uso de medicamentos teratogênicos (barbitúricos, carbamazepina, lamotrigina, fenitoína, primidona, fenobarbital, carbonato de lítio, ácido valproico)..... 10
Obesidade (IMC > 30-39,9 kg/m²)..... 4	Hepatopatias (exemplo: cirrose, hepatites agudas e crônicas, colestase e esteatose gravídica)..... 10	Doença renal crônica (TFG<60 ou terapia de substituição renal) 10
Obesidade grau 3..... 10	Anemia grave (Hb<8g/dL) ou refratária ao tratamento (após 30-60 dias com sulfato ferroso por via oral)..... 10	Hemopatias e anemia grave (Hb <8g/dL) ou refratária ao tratamento (por 30-60 dias)..... 10
HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR	Isoimunização Rh (Rh negativo e Coombs indireto positivo) 10	Hepatopatias crônicas (hepatites virais, cirrose)..... 10
Abortamento espontâneo de repetição (2 ou mais perdas precoces consecutivas)..... 2	Câncer materno com diagnóstico durante gestação..... 10	Transplantes..... 10
Acretismo placentário..... 2	Alta suspeita clínica de câncer de mama ou MMG com BI-RADS 3 ou mais..... 10	Cirurgia bariátrica há menos de 6 meses..... 10
Restrição de crescimento fetal na gestação anterior..... 2	Lesão de alto grau em colo uterino - NIC 2 ou 3 (encaminhar também a colposcopia para definir o tratamento). 10	Epilepsia..... 10
Isoimunização Rh (Rh negativo e Coombs indireto positivo) 5	Suspeita de malformação fetal ou arritmia Fetal. 10	Anormalidades do trato genitourinário (malformações mullerianas, miomas sintomáticos, massas anexiais complexas após 18 semanas, histórico de ruptura uterina)..... 10
Parto pré-termo após 34 semanas de gestação... 2	Gemelaridade..... 10	Histórico de conização ou traquelectomia..... 10
Parto pré-termo até 34 semanas de gestação... 10	Doenças infecciosas agudas com potencial de transmissão fetal (sífilis terciária, sífilis com falha terapêutica ou em caso de reinfecção, AIDS, HIV, HTLV, tuberculose, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, hanseníase. Dengue, Zika, Chikungunya)..... 10	Infecção por HIV com má adesão ao tratamento e/ou CV detectável e/ou cd4<250 e/ou coinfeção..... 10
História prévia de doença hipertensiva da gestação com desfecho obstétrico ou perinatal ruim (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome HELLP, eclâmpsia, internação da mãe em UTI) 10	Condiloma acuminado..... 10	
Óbito fetal de causa não identificada..... 10	Dependência e/ou uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas..... 10	
Incompetência istmo cervical..... 10	Hiperêmese gravídica refratária ao tratamento (perda de >5% peso corporal)..... 10	
Psicose puerperal anterior..... 10		
Descolamento prematuro de placenta..... 10		
Histórico de cardiomiopatia periparto..... 10		

16. ALEITAMENTO MATERNO

O exame clínico das mamas é realizado com a finalidade de se detectar anormalidades nas mamas e/ou avaliar sintomas referidos pelas gestantes para, assim, identificar possíveis lesões malignas palpáveis num estágio precoce de evolução.

É também uma boa oportunidade para o profissional de saúde educar a população feminina sobre:

- O câncer de mama, seus sintomas, seus fatores de risco e sua detecção precoce;
- A composição e a variabilidade da mama normal;
- A importância do aleitamento materno para a criança, para a própria gestante e para a família e a sociedade, pois nesta fase a mulher e sua família estão mais atentas e dispostas a receber informações e realizar atividades de promoção e prevenção à sua saúde.

INCENTIVO À AMAMENTAÇÃO

- Durante os atendimentos individuais e atividades coletivas a equipe de saúde deve incentivar e apoiar o aleitamento materno exclusivo, informando e esclarecendo a gestante/família em relação aos benefícios da AM exclusivo até os 6 meses e complementar até os dois anos ou mais.

EXAMES CLÍNICO DAS MAMAS

- O exame clínico das mamas faz parte do exame da mulher e deve ser realizado de rotina ou, pelo menos, uma vez por trimestre na gestação, visto que as alterações mamárias na gestação e a amamentação podem ofuscar o diagnóstico precoce do câncer de mama.
- Na inspeção estática e dinâmica, identifique visualmente achatamentos dos contornos da mama, abaulamentos ou espessamentos da pele das mamas, assimetrias, diferenças na cor da pele, na textura e no padrão da circulação venosa.
- Na palpação, utilizar os dedos para examinar todas as áreas do tecido mamário e linfonodos axilares e supraclaviculares, em busca de nódulos, espessamentos, modificações na textura e temperatura da pele.





ORIENTAÇÕES GERAIS PARA A AMAMENTAÇÃO

- Conhecer os aspectos relacionados à prática do aleitamento materno é fator fundamental, no sentido de colaborar para que a mãe e a criança possam vivenciar a amamentação de forma efetiva e tranquila, recebendo do profissional as orientações necessárias e adequadas para o seu êxito.
- Observar se a mulher passa por longo período de gestação até que possa concretamente amamentar seu filho, entende-se que o preparo para a amamentação deve ser iniciado ainda no período de gravidez, através de informações.
- Durante o pré-natal, é importante conversar sobre as vantagens da amamentação para a mulher, a criança, a família e a comunidade, além de garantir orientações sobre o manejo.



17. BUSCA ATIVA GESTANTE

A busca ativa da gestante deverá ser realizada, prioritariamente nas seguintes circunstâncias:

- Quando não comparecer à consulta médica, de enfermagem e/ou odontológica;
- Esquema vacinal incompleto;
- Parceiro que não compareceu para a coleta dos testes rápidos ou das sorologias;
- Gestantes que não compareceram para a realização dos exames laboratoriais no Laboratório Municipal;
- Demais situações consideradas de busca ativa.

Todos os profissionais da Equipe de Estratégia Saúde da Família (ESF) – médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, odontólogo, auxiliar/técnico de saúde bucal e o agente comunitário de saúde são responsáveis por realizar a busca ativa. Esse procedimento deve ser evoluído no prontuário da gestante. No município de Brusque foi pactuado entre as secretarias de saúde e a secretaria de desenvolvimento social um termo de cooperação visando o trabalho conjunto de ambas as secretarias para a realização dessa busca ativa em anexo para consulta (ANEXO N).

1º Realizar contato telefônico para saber o motivo da ausência, caso o contato não seja possível, ou a ausência continue nas consultas/exames.

Deve-se:

2º Visita domiciliar do agente de saúde, relatório da visita deve ser repassado ao enfermeiro que por sua vez, caso constante alguma situação de perigo/vulnerabilidade ou a persistência da gestante ausente nas consultas/exames.

Precisa:

3º Enfermeiro ou técnico de enfermagem realizar visita domiciliar.

Após as 3 tentativas acima: enviar um relatório com as datas dos contatos e descrição da situação visualizada nas visitas para o e-mail: gestaodosuas@brusque.sc.gov.br



18. ATIVIDADES EDUCATIVAS

É imprescindível no atendimento pré-natal a realização de ações educativas. Essa possibilidade de intercâmbio de experiências e conhecimentos é considerada a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação.

O profissional de saúde tem um papel fundamental na educação e saúde, socializando conhecimentos e experiência no âmbito coletivo ou individual sobre o ciclo grávido puerperal, preparando a mulher e o homem para o parto e exercício da maternidade e paternidade, proporcionando um espaço para as mulheres expressarem seus sentimentos, tabus e medos. Em nível coletivo, isto pode ser feito por meio de grupo de gestantes e casais grávidos, atividades em sala de espera ou em escolas. A programação deve ser feita em conjunto com os participantes, devendo ser flexível com as necessidades desta clientela.

A Rede Cegonha preconiza que todas as gestantes participem de quatro (04) Atividades Educativas além de uma Visita na Maternidade de Referência, sendo estes dados considerados como indicadores do acompanhamento de Pré-natal.

Muitas estratégias podem ser adotadas para realizar atividades educativas com gestantes:

São exemplos de tais estratégias:

Atividades Educativas na Sala de Espera: Propiciam o esclarecimento de dúvidas e o afastamento de medos que surgem no cotidiano em relação ao processo de gestar, parir e amamentar; oportunizam troca de conhecimentos e aquisição de novos saberes, estabelecimento de novas amizades, conhecimento dos membros da equipe de saúde, expressão de sentimentos e dúvidas e diminuição da ociosidade e ansiedade oriundas ao longo tempo de espera para participar da consulta (ZAMPIERI, 2007).

Encontro – Grupo de Gestantes e ou Casais Grávidos: O grupo de gestantes e ou casais grávidos possibilita o intercâmbio de experiências e conhecimentos, por isso é considerado a melhor forma de promover a compreensão do processo de gestação. Informações sobre as diferentes vivências devem ser trocadas entre os participantes e os profissionais de saúde (MS 2006).

Visitas na Maternidade de Referência: Com a implantação da Rede Cegonha preconiza-se uma integração das gestantes com o ambiente hospitalar a partir de visitas à





maternidade, antes do trabalho de parto. O objetivo é integrar os níveis de atenção hospitalar e garantir a vinculação da gestante no serviço que atenderá ao parto, com o acolhimento imediato da gestante, evitando a peregrinação em busca de assistência.

É importante que em toda ação planejada para as gestantes sejam valorizados os seus conhecimentos, sua realidade, seus saberes, suas necessidades e suas experiências prévias.

Recomenda-se que devem ser evitadas as palestras com metodologias tradicionais, estimular espaços para a troca de informações, experiências e expressão de sentimentos.



18.1 Sugestões de temas para grupos de gestantes

TEMAS
• Levantamentos de temas pertinentes para as gestantes baseados na realidade local;
• Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do bebê;
• Alimentação;
• Amamentação;
• Ambiente adequado para o bebê;
• Aspectos emocionais;
• Atividade física;
• Autocuidado e autoestima;
• Cuidados com RN;
• Alterações psicológicas da gestação, parto e puerpério;
• Direitos trabalhistas na gestação;
• Eliminações vesical, intestinal, vaginal;
• Evolução do feto;
• Exames realizados no período pré-natal;
• Gestação atual, experiências anteriores e expectativas;
• Gestação de risco;
• Gravidez na adolescência;
• Gestante vítima de violência;
• Importância da Consultas Puerperais;
• Importância e adesão ao pré-natal;
• Imunização;
• Maneiras facilitadoras para realização do parto;
• Mudança fisiológica do corpo;
• Planejamento familiar;
• Risco para saúde do bebê e família (tabagismo, alcoolismo e outras drogas);
• Saúde bucal;
• Sexualidade;
• Sinais e trabalho de parto;
• Tipos de parto e trabalhar mitos e tabus sobre gestação na família.
• Sintomas digestivos na gestação (azia, Sialorreia ou Ptialismo, pirose, hiperemese, náuseas, constipação)
• Alimentação da gestante no Pré-Natal e Puerpério
• Introdução Alimentar na infância a partir do 6º mês.
• Higienização e cuidado dos Alimentos
• Violência obstétrica





19. VISITA À MATERNIDADE

A gestante tem direito ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do SUS, conforme a Lei nº 11.634 de 27.12.2007. No município de Brusque para a realização da visita à Maternidade, o agendamento deve ser feito via sistema de regulação (SISREG), na unidade de saúde de referência da gestante. Vale lembrar, que não é necessária a solicitação do médico e/ou enfermeiro, somente o interesse da gestante. É direito da gestante levar uma acompanhante de escolha.



20. DIREITOS SOCIAIS DA GESTANTE

A GESTAÇÃO NO ÂMBITO DO TRABALHO, DIREITOS SOCIAIS E TRABALHISTAS.

DIREITO À SAÚDE
Toda gestante tem direito a atendimento gratuito e de qualidade nos hospitais públicos e conveniados ao SUS
• Carteira de gestante devidamente preenchida: 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. • Realização gratuita de testes do RN (pezinho, orelhinha, olhinho e coraçãozinho, linguinha) em todos os hospitais e maternidades ou de acordo com os protocolos municipais. • Direito a um acompanhante, de livre escolha, durante as consultas de pré-natal, no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (Lei nº 11.108/2005). • LEI DA VINCULAÇÃO PARA O PARTO • A Lei Federal nº 11.340/2007 garante à gestante o direito de ser informada anteriormente, pela equipe do pré-natal, sobre qual a maternidade de referência para seu parto e de visitar o serviço antes do parto

DIREITOS SOCIAIS
• Prioridade nas filas para atendimentos em instituições públicas ou privadas. • Prioridade para acomodar-se sentada em transportes coletivos. • As gestantes estudantes têm o direito - de receber o conteúdo das matérias escolares em casa a partir do oitavo mês de gestação e durante os três meses após o parto, podendo esse período ser prolongado, de acordo com indicação médica. Orientar as gestantes que estão estudando quanto a esse direito é fundamental para evitar a evasão escolar (Lei nº 6.202, de 17 de abril de 1975). • 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 possuem em seus quadros funcionais pelo menos 30 mulheres com mais de 16 anos de idade.



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.
 - o salário-maternidade é devido às seguradas empregadas, trabalhadoras, avulsas, empregadas domésticas, contribuintes individuais, facultativas e seguradas especiais, por ocasião do parto, inclusive o natimorto, aborto, 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.
 - em casos de aborto, será pago o benefício por duas semanas, a licença varia entre 14 a 30 dias de acordo com a prescrição médica.
- 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.

DIREITOS DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE

- Dispensa do horário de trabalho para realização de no mínimo seis consultas médicas e demais exames complementares.
- 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.

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 durante o pré-parto, parto e pós-parto.

21. CONDUTAS FRENTE À GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL

A observação cuidadosa no pré-natal, as perguntas corretas e uma escuta qualificada podem ajudar a identificar casos de violência e trabalhar formas de enfrentamento e fortalecimento da mulher, para que ela possa reagir positivamente em sua autodefesa e na proteção do bebê.

A violência, seja ela física, sexual, psicológica ou emocional, torna-se ainda mais séria quando a mulher se encontra grávida, pois traz consequências significativas para a saúde do binômio mãe-filho, tais como baixo peso ao nascer, abortos, parto e nascimento prematuros e até mortes materna e fetal, conforme estudos revelados pela OMS no “Informe Mundial sobre a Violência e a Saúde”.

Ao contrário do que se espera, a violência contra a mulher não diminui necessariamente durante a gravidez. Adolescentes grávidas são particularmente mais vulneráveis à violência, pois existe um risco duas vezes maior de que elas sejam estupradas, se comparado ao risco das grávidas adultas.

Há indicadores de que grávidas que sofrem violência sexual não realizam o pré-natal ou postergam seu início.

No entanto, a assistência pré-natal é momento privilegiado para identificar as mulheres que sofrem violência e, muitas vezes, a única oportunidade de interromper o seu ciclo.

As representações da violência que acometem também as mulheres em seu período gestacional podem ocasionar diversos transtornos à saúde, entre eles: as dores crônicas, as infecções urinárias recorrentes, os transtornos de comportamento, as depressões e as tendências ao suicídio.

Todas as mulheres em situações concretas de violência ou vulneráveis a ela devem ser orientadas (pelos serviços que as atenderem) a denunciar seus agressores diretamente à autoridade policial.

Para os casos de violência contra a gestante adolescente, o serviço de saúde deverá acionar imediatamente os conselhos tutelares da localidade.



A notificação da violência é compulsória para todos os serviços de saúde, devendo ser preenchida a ficha de notificação, conforme estabelecido pelo Ministério da Saúde.

Às mulheres deve ser garantido o acesso à informação e à orientação humana e solidária; ao abortamento previsto em lei; à atenção de qualidade em complicações derivadas de abortos; e ao planejamento reprodutivo pós-aborto para, inclusive, evitar abortos repetidos.

20.1 Alternativas frente a gravidez decorrente de violência sexual

Existem ainda os casos de gestação decorrentes de violência sexual. A mulher em situação de gravidez decorrente de violência sexual, bem como a adolescente e seus representantes legais, devem ser esclarecidos sobre as alternativas legais quanto ao destino da gestação e sobre as possibilidades de atenção nos serviços de saúde. É direito dessas mulheres e adolescentes serem informadas da possibilidade de interrupção da gravidez, conforme Decreto-Lei 2848, de 7 de dezembro de 1940, artigo 128, inciso II do Código Penal brasileiro.

Da mesma forma e com mesma ênfase, devem ser esclarecidas do direito e da possibilidade de manterem a gestação até o seu término, garantindo-se os cuidados pré-natais apropriados para a situação. Nesse caso, também devem receber informações completas e precisas sobre as alternativas após o nascimento, que incluem a escolha entre permanecer com a futura criança e inseri-la na família, ou proceder com os mecanismos legais de doação. Nessa última hipótese, os serviços de saúde devem providenciar as medidas necessárias junto às autoridades que compõem a rede de atendimento para garantir o processo regular de adoção.

Os fluxos de encaminhamentos e acompanhamentos de qualquer gestante deve seguir o protocolo municipal, tendo como referência o SAVS – Serviço de Atenção Integral as Pessoas em Situação de Violência Sexual.



22. PREPARO PARA O PARTO

O plano de parto é um documento feito pela grávida e recomendado pela Organização Mundial de Saúde, que inclui as preferências da mulher em relação ao seu processo de parto, procedimentos médicos de rotina e cuidados com o recém-nascido e que tem por objetivo personalizar o momento do parto e mantê-los o mais informados possível acerca dos procedimentos que serão realizados.

Esse documento serve para atender às preferências da mãe em relação a todo o processo de parto, incluindo a execução de alguns procedimentos médicos, desde que sejam baseadas em informações cientificamente comprovadas e atualizadas.

No plano de parto, a grávida pode mencionar:

- Condições do ambiente em que vai ser realizado o parto, como iluminação, música, entre outros;
- Acompanhantes que deseja que estejam presentes;
- Se aceita ou não a presença de estudantes e estagiários na sala de parto;
- Intervenções médicas que deseja ou não fazer, episiotomia, remoção de pelos pubianos ou manejo ativo da placenta;
- Tipo de alimentação ou bebidas que vai ingerir;
- Se deseja a realização de uma ruptura artificial da bolsa amniótica;
- Posição de parto;
- Quando deseja começar a amamentar;
- Quando clampear e cortar o cordão umbilical.

Para elaborar o plano de parto, pode-se recorrer a um modelo de plano de parto fornecido por um profissional de saúde (e que pode ser encontrado na internet) ou a grávida pode optar por escrever o próprio plano de forma personalizada. O plano de parto deve ser impresso em duas vias: uma que deve ser entregue para a equipe do hospital no momento do parto e outra que deve ficar com o/a acompanhante da gestante, para que possa consultar sempre que surgir alguma dúvida sobre as escolhas da mulher.

Segue uma sugestão de plano parto que podem ser discutidas com os profissionais de saúde durante as consultas de pré-natal e, após finalizado o plano de parto, ambos devem assinar:





			PREFEITURA DE BRUSQUE	SECRETARIA DE SAÚDE		
UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE - SANTA TEREZINHA						
PLANO DE PARTO				Realizado em: / /		
NOME						
ACOMPANHANTE				PARENTESCO		
NOME BEBÊ						
ACOMPANHAMENTO						
UBS						
VISITA	SIM ☐			NÃO ☐		
MATERNIDADE						
EXAMES						
STREPTOCOCOS B	SIM ☐			NÃO ☐		
SUS OFERECE O PARTO NORMAL. A CESÁREA SERÁ REALIZADA SOMENTE QUANDO INDICADA PELO PROFISSIONAL						
PLANEJAMENTO						
ACOMPANHANTE	PERMANECER TODO O TEMPO: SIM ☐ NÃO ☐			CORTAR CORDÃO UMBILICAL SIM ☐ NÃO ☐		
GOSTARIA	MUSICOTERAPIA: SIM ☐ NÃO ☐		AROMATERAPIA: SIM ☐ NÃO ☐		LUZ: BAIXA ☐ NORMAL ☐	
VONTADES	ME MOVIMENTAR: SIM ☐ NÃO ☐		USAR BOLA PILATES: SIM ☐ NÃO ☐		BANHO QUENTE: SIM ☐ NÃO ☐	
ALIMENTAÇÃO	JEJUM ☐		PADRÃO HOSPITAL ☐		VEGETARIANA ☐ VEGANA ☐	
MASSAGEM	SIM ☐ NÃO ☐		MASSAGEM DEVERÁ SER FEITO PELO ACOMPANHANTE			
DOULA	TENHO: SIM ☐ NÃO ☐ CASO TENHA ACOMPANHAMENTO DE DOULA A MESMA DEVE SER CADASTRADA NO HOSPITAL.					
POSIÇÃO	DE CÓCORAS ☐ APOIO NO ACOMPANHANTE ☐ SENTADA NA BOLA ☐ DE 4 APOIOS ☐ DEITADA ☐					
AMAMENTAÇÃO	SIM ☐ NÃO ☐		CONTATO PELE A PELE		SIM ☐ NÃO ☐	
ÁRVORE DA VIDA	SIM ☐ NÃO ☐		MEDICAÇÃO PARA DOR		SIM ☐ NÃO ☐	
FOTOGRAFIA	SIM ☐ NÃO ☐ O ACOMPANHANTE DEVERÁ TRAZER O SEU EQUIPAMENTO PARA TIRAR FOTOS.					
GOSTARIA MAIS DE :						
Em situações de urgência/emergência obstétrica o plano de parto poderá não ser executado com o objetivo de assegurar atendimento seguro ao binômio materno-fetal.						
ASSINATURA DA GESTANTE			ASSINATURA DO PROFISSIONAL DE SAÚDE			
ELABORADO PELOS ACADÊMICOS: BRUNO COSTA FORTUNATO, GUILHERME JOSÉ ROSA, JOHNSTON ANDREW THOMPSON LEMER E RODRIGO MATHEUS ROTAVA DO CURSO DE MEDICINA DO CENTRO UNIVERSITÁRIO DE BRUSQUE - UNIFEU NO ÂMBITO DA CURRICULARIZAÇÃO NA DISCIPLINA DE INTERAÇÃO EM SAÚDE NA COMUNIDADE (IESC) SOB ORIENTAÇÃO DAS PROFESSORAS ENFERMEIRA FERNANDA OLIVEIRA E ENFERMEIRA ANA PAULA BUCHELE						

23.REFERÊNCIAS

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Caderno dos programas nacionais de suplementação de micronutrientes [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Promoção da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022. 44 p.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir as parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Criança: Nutrição Infantil Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2009.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria nº 2.351, de 05 de outubro de 2011. Altera a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui, no âmbito do SUS, a Rede Cegonha.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Portaria Nº 650, De 5 de Outubro de 2011. Dispõe sobre os Planos de Ação regional e municipal da Rede Cegonha.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Teste Rápido de Gravidez. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento das Ações dos Programas Estratégicos. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Manual Técnico de Gestação de Alto Risco. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 5 edição. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento da Demanda Espontânea. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 1 Edição, volume I. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Acolhimento da Demanda Espontânea. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. 1 Edição, volume II. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Estado de Santa Catarina. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Vigilância em Saúde Diretoria de Vigilância Epidemiológica. Gerência de Vigilância das DST/HIV/AIDS/HV. Nota Técnica Nº. 001/DIVE/SES/2013. Utilização dos testes rápidos para infecção pelo HIV, Hepatites virais e Sífilis nos serviços de saúde no Estado de Santa Catarina.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014. Redefine os critérios de habilitação da Iniciativa Hospital Amigo da Criança (IHAC).

Brasil. Ministério da Saúde. Fascículo 3 Protocolos de uso do Guia Alimentar para a população brasileira na orientação alimentar de gestantes [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Universidade de São Paulo. Brasília; Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde & Instituto Sírio-Libanês de ensino e pesquisa. Protocolos de Atenção Básica - Saúde das Mulheres. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2015.

COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. Parecer Normativo COFEN nº 001/2013. Legislação profissional. Competência do Enfermeiro para realizar Teste Rápido para detecção de HIV, Sífilis e outros agravos.

COSTA, H. de P. F. Prevenção da doença perinatal por estreptococos do grupo B. Departamento de Neonatologia da Sociedade Brasileira de Pediatria. São Paulo: 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde & Instituto Sírio-Libanês de ensino e pesquisa. Protocolos de Atenção Básica - Saúde das Mulheres. Brasília. Editora do Ministério da Saúde, 2016.

Campos MDSB, Buglia S, Colombo CSSS, Buchler RDD, Brito ASX, Mizzaci CC, Feitosa RHF, Leite DB, Hossri CAC, Albuquerque LCA, Freitas OGA, Grossman GB, Mastrocola LE. Position Statement on Exercise During Pregnancy and the Post-Partum Period - 2021. Arq Bras Cardiol. 2021 Jul;117(1):160-180. English, Portuguese. doi: 10.36660/abc.20210408. PMID: 34320089; PMCID: PMC8294738.

Pré-eclâmpsia nos seus diversos aspectos. --São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2017.

Guia do Pré-natal e puerpério na Atenção Primária à Saúde (APS)/Célia Adriana Nicolotti, Franciele Masiero Vasconcellos, Gabriela Dalenogare, Isaine Hoffmann Vargas, Luciane da Silva, Paulo Sergio da Silva Mario, Talita Donatti (organizadores) – Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde/RS, 2024. 97p. il.

BRASIL. Ministério da Saúde; UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Fascículo 3: Protocolos de uso do Guia alimentar para a população brasileira na orientação alimentar de gestantes. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. 1ª Ed. Versão Eletrônica. Disponível em:
<<https://nutricao.saude.ms.gov.br/files/nutricao/arquivos/3d6a048bf01758a5.pdf>>
Acesso em: 13 jun.2024.



- FIOCRUZ, Alimentação na gravidez: nutricionistas orientam sobre hábitos saudáveis. 2014. Disponível em: <<https://portal.fiocruz.br/noticia/alimentacao-na-gravidez-nutricionistas-orientam-sobre-habitos-saudaveis#:~:text=A%20gestante%20dever%C3%A1%20ter%20acompanhamento,no%20primeiro%20trimestre%20da%20gesta%C3%A7%C3%A3o>> Acesso em: 12 junho 2024.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO. Resolução CFN N° 656/2020. Prescrição dietética, pelo nutricionista, de suplementos alimentares.

CONSELHO FEDERAL DE NUTRIÇÃO. Resolução CFN N° 731/2022. Altera as Resoluções CFN nº 656, de 15 de junho de 2020, que dispõe sobre a prescrição dietética, pelo nutricionista, de suplementos alimentares e fitoterápicos.

Guia alimentar para a população brasileira/ ministério da saúde, secretaria de atenção à saúde, departamento de atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : ministério da saúde, 2014.

ALKMIM, BF; et al. Suplementação vitamínica durante a gestação: revisão sistemática. Revista Brasileira de Revisão de Saúde , [S. l.] , v. 3, pág. 13125–13142, 2023. DOI: 10.34119/bjhrv6n3-369. Disponível em: <https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/60763>. Acesso em: 13 jun. 2024.

CENTRO UNIVERSITÁRIO DA FUNDAÇÃO EDUCACIONAL DE BRUSQUE. Interação em Saúde na Comunidade I, II, III e IV. Caderno do Preceptor. 2025. Centro Universitário da Fundação Educacional de Brusque. Brusque.



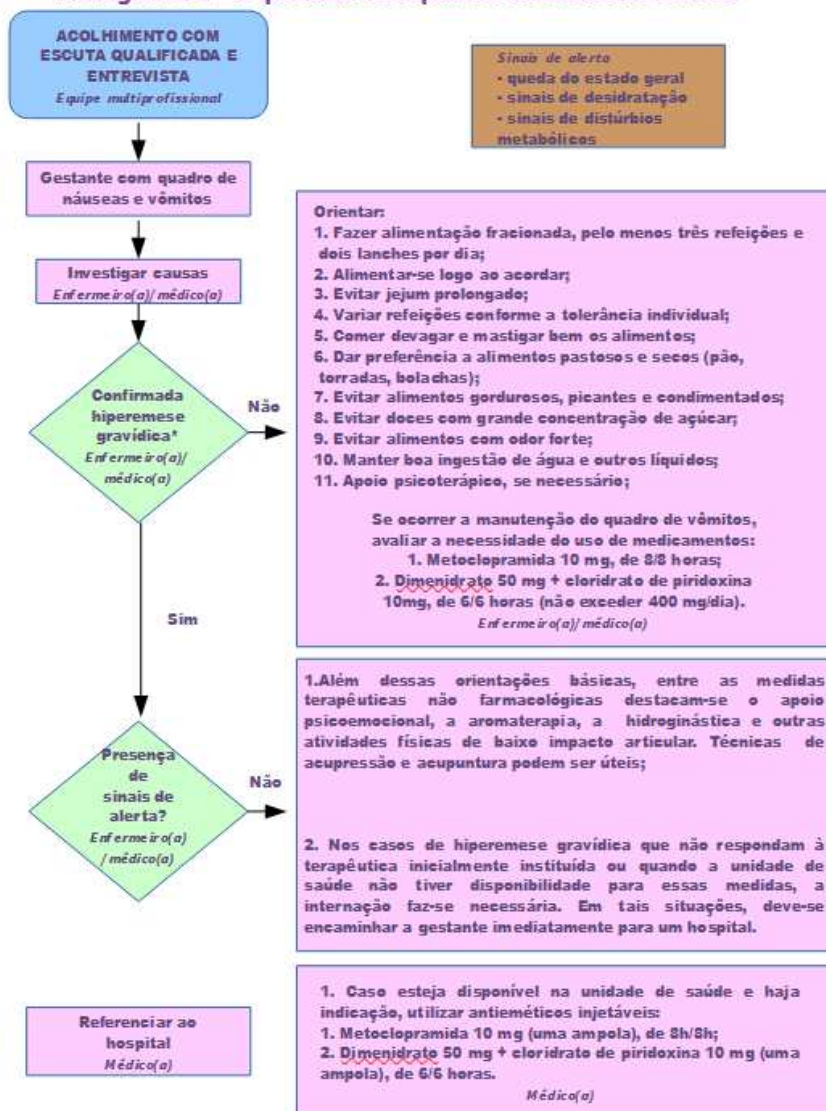


ANEXOS

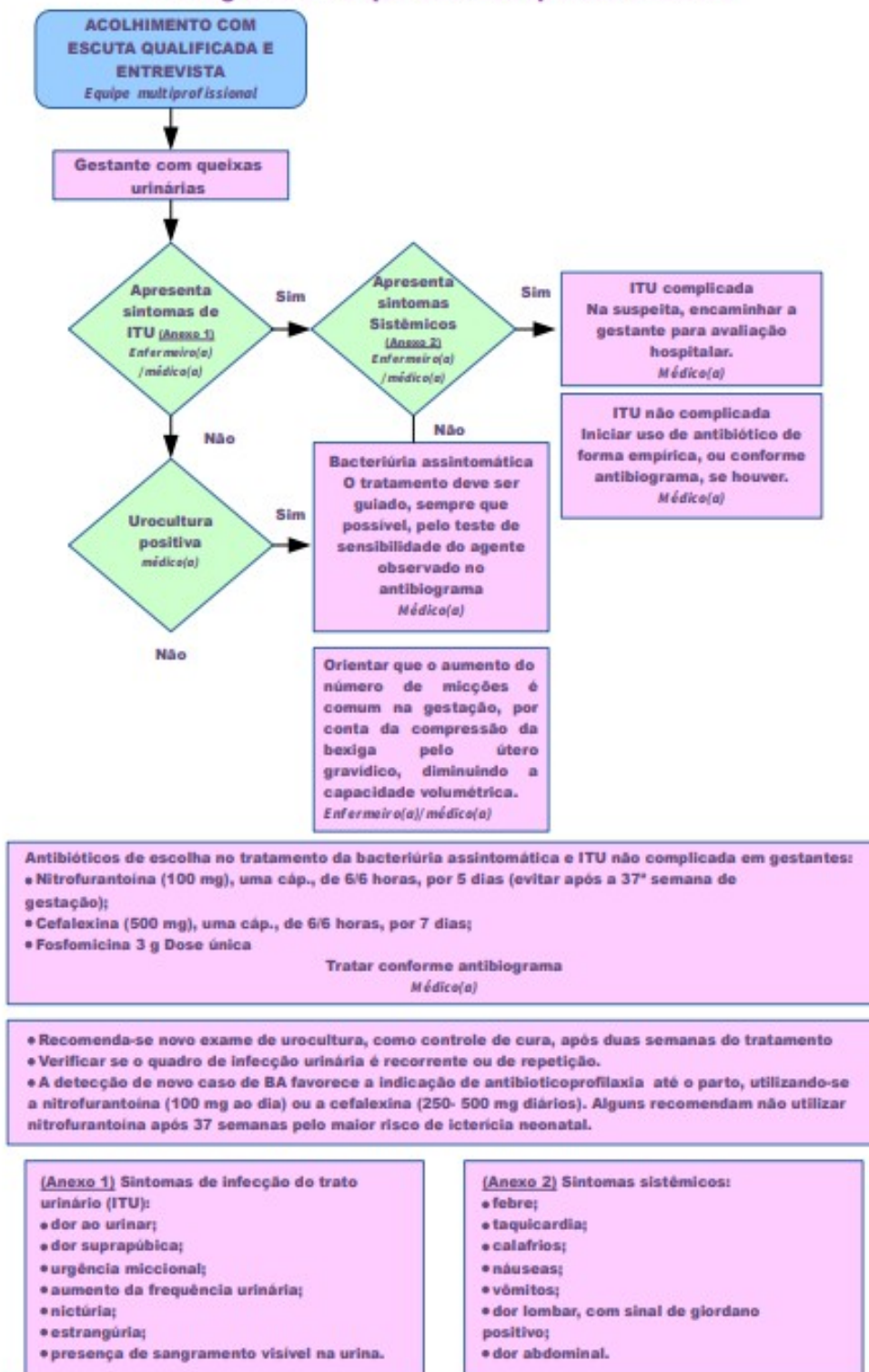


ANEXO A

Fluxograma 2 – O que fazer nos quadros de náusea e vômitos

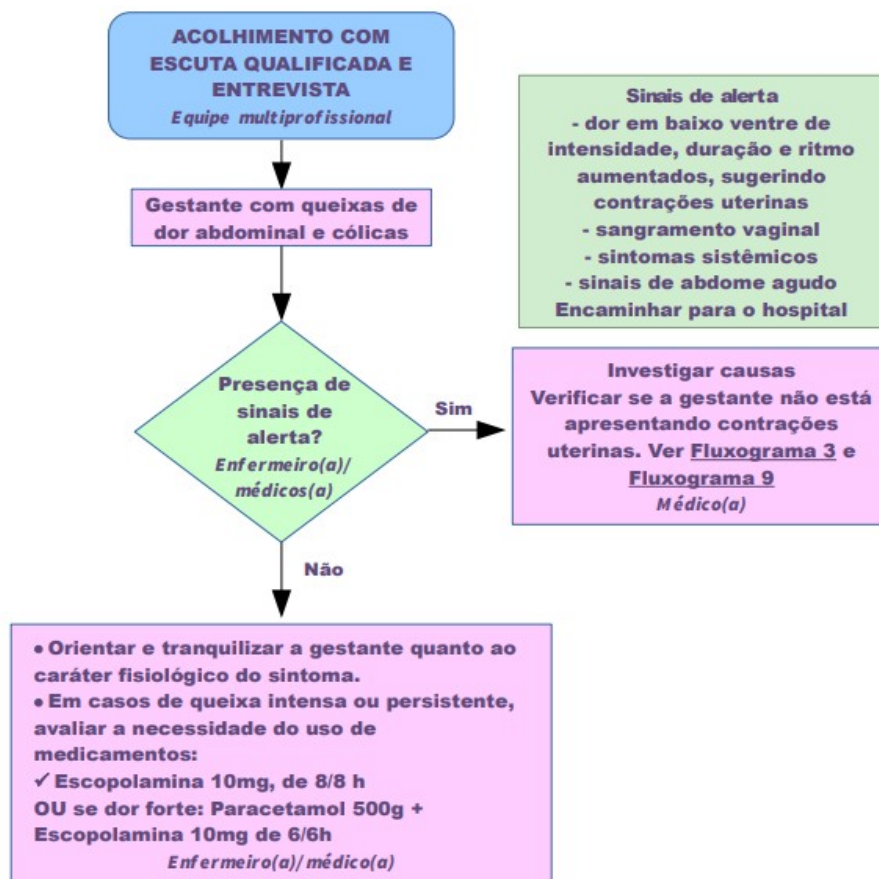


* Hiperemese gravídica: caracteriza-se por vômitos contínuos e intensos que impedem a alimentação da gestante, ocasionando desidratação, oligúria, perda de peso e transtornos metabólicos, com alcalose (pela perda maior de cloro, perda de potássio e alterações no metabolismo das gorduras e dos carboidratos).

ANEXO B**Fluxograma 3 - O que fazer nas queixas urinárias**

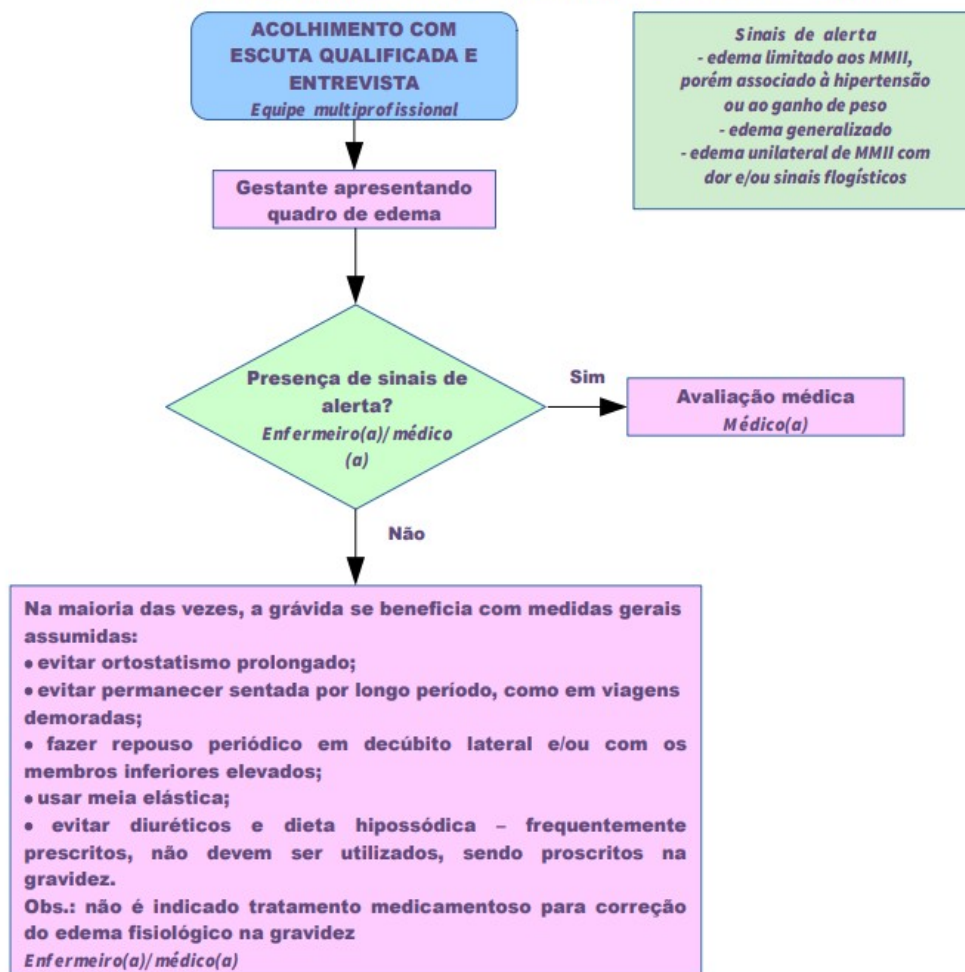
ANEXO C

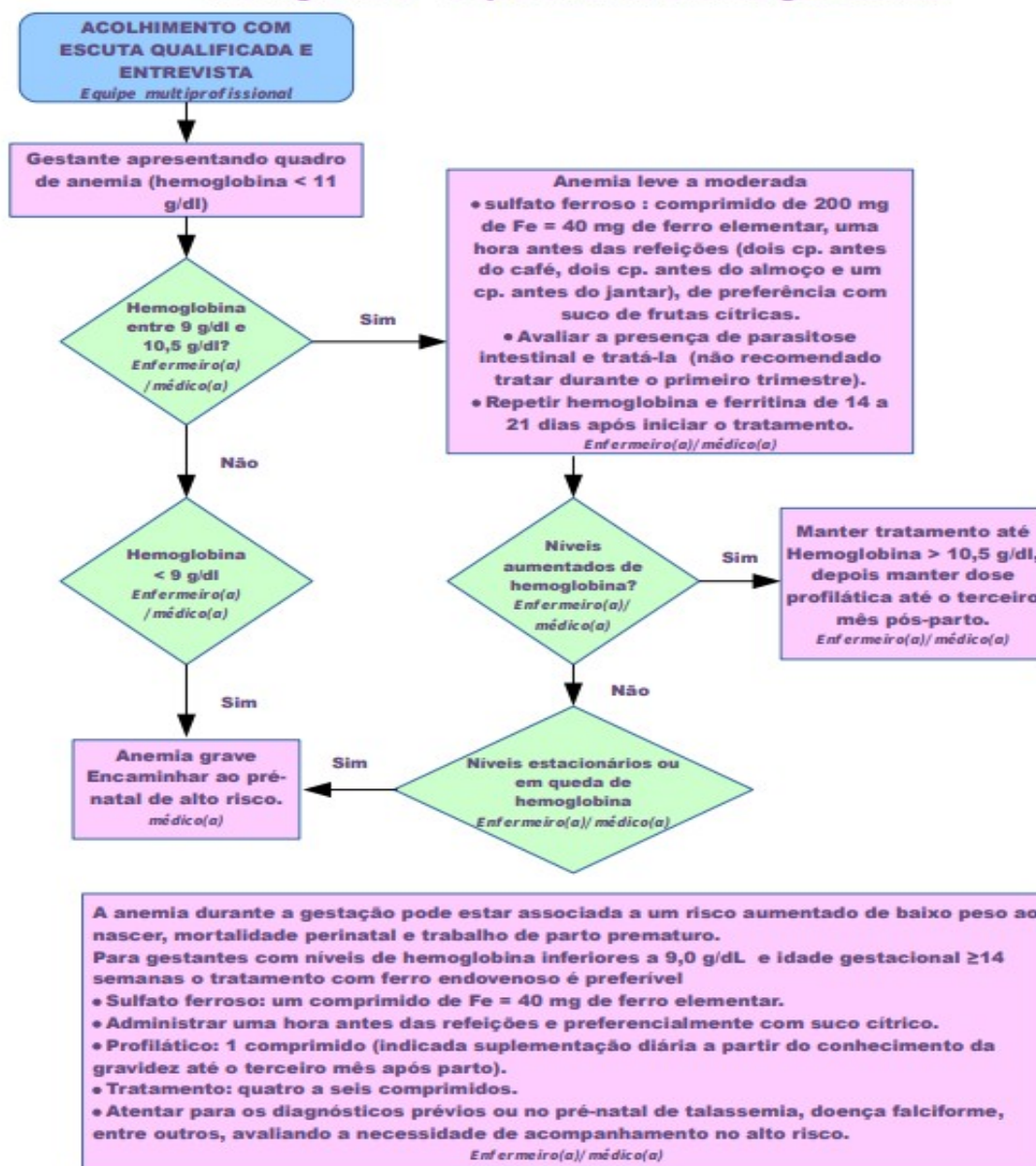
Fluxograma 4 – O que fazer nos quadros de dor abdominal e cólicas

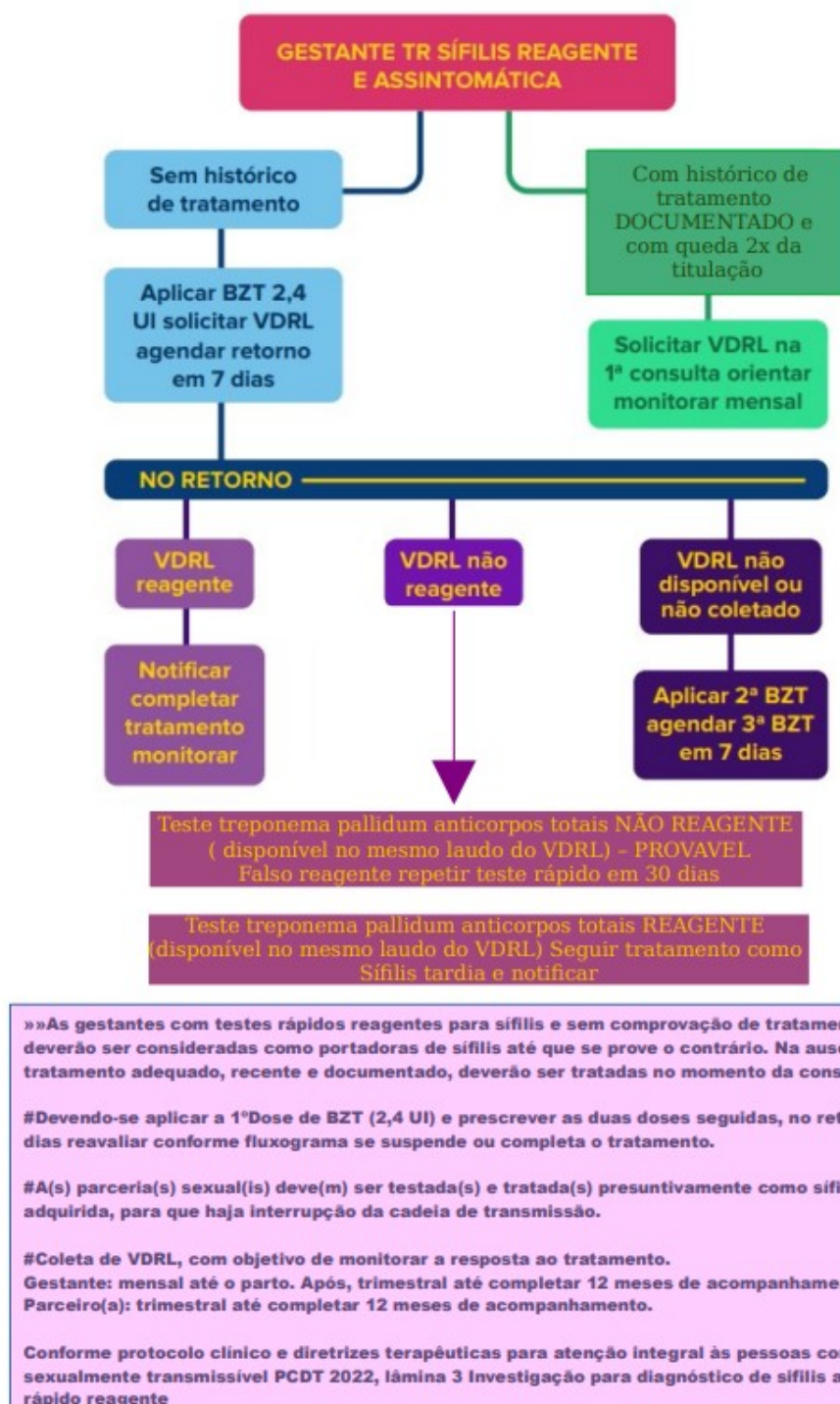


ANEXO D

Fluxograma 5 – O que fazer nos quadros de edema

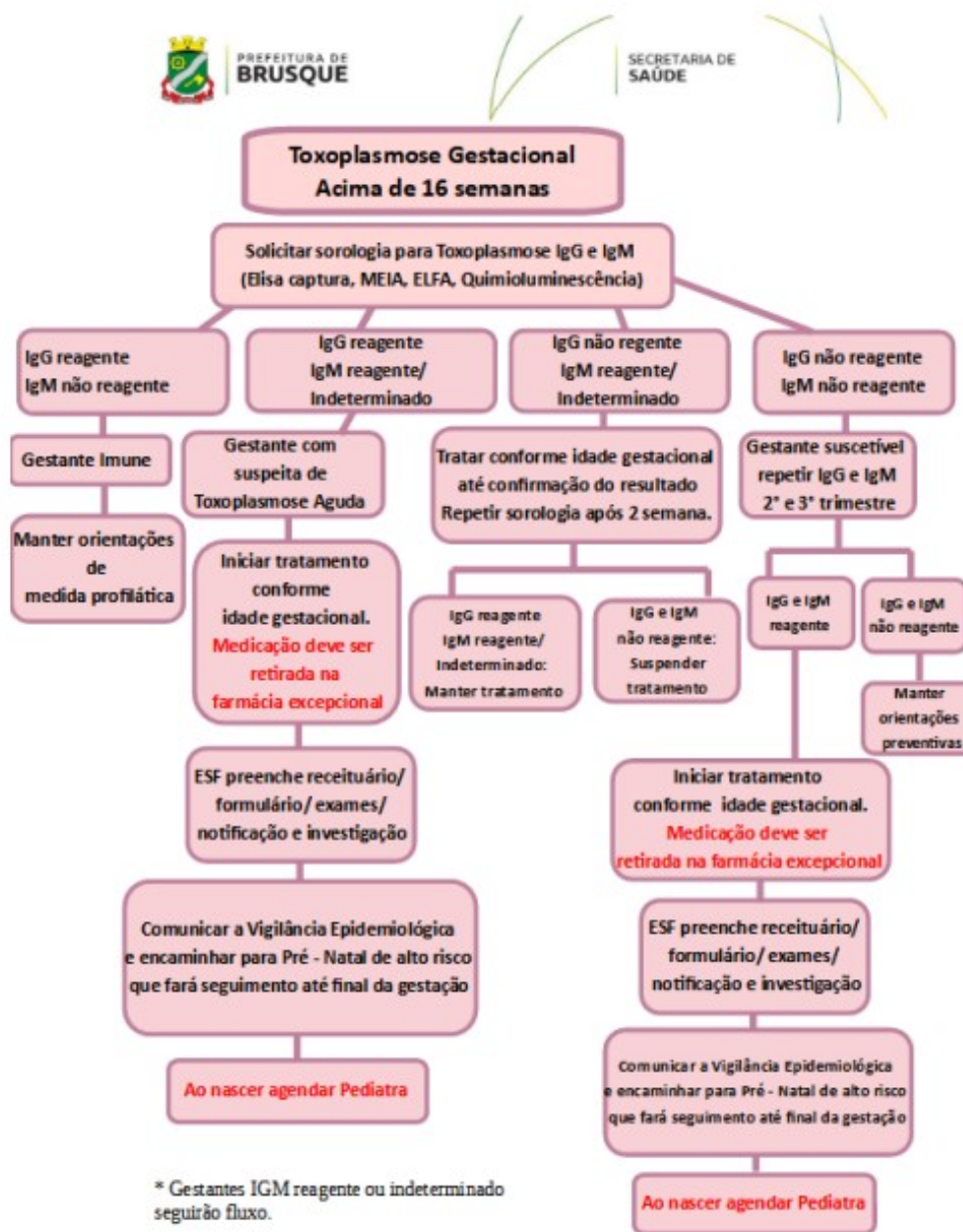


ANEXO E**Fluxograma 6 – O que fazer na anemia gestacional**

ANEXO F- Fluxograma 7 – O que fazer nos quadros de sífilis

ANEXO G

Fluxograma 8 – O que fazer nos quadros de toxoplasmose



ANEXO G

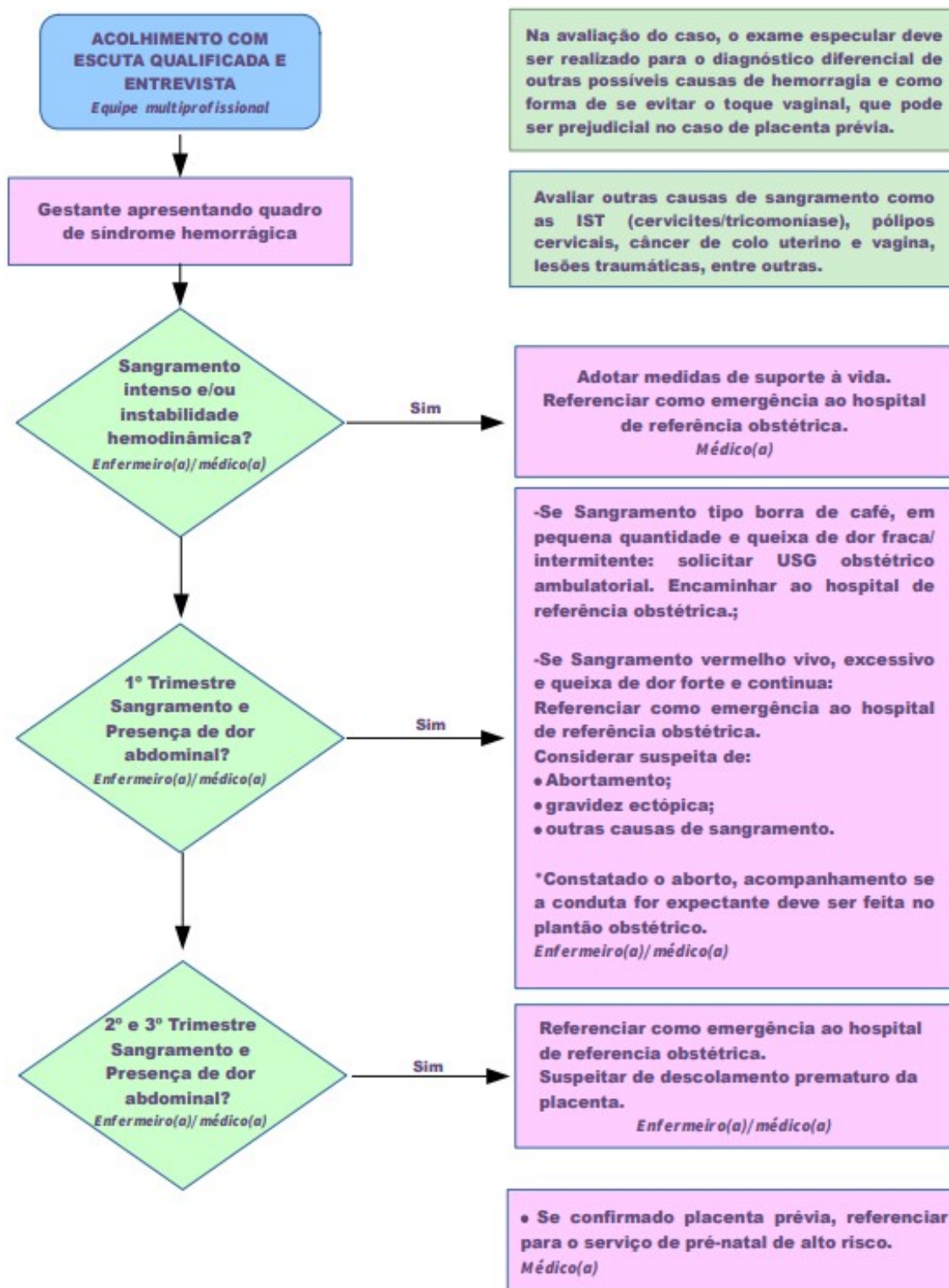
Fluxograma 8 – O que fazer nos quadros de toxoplasmose



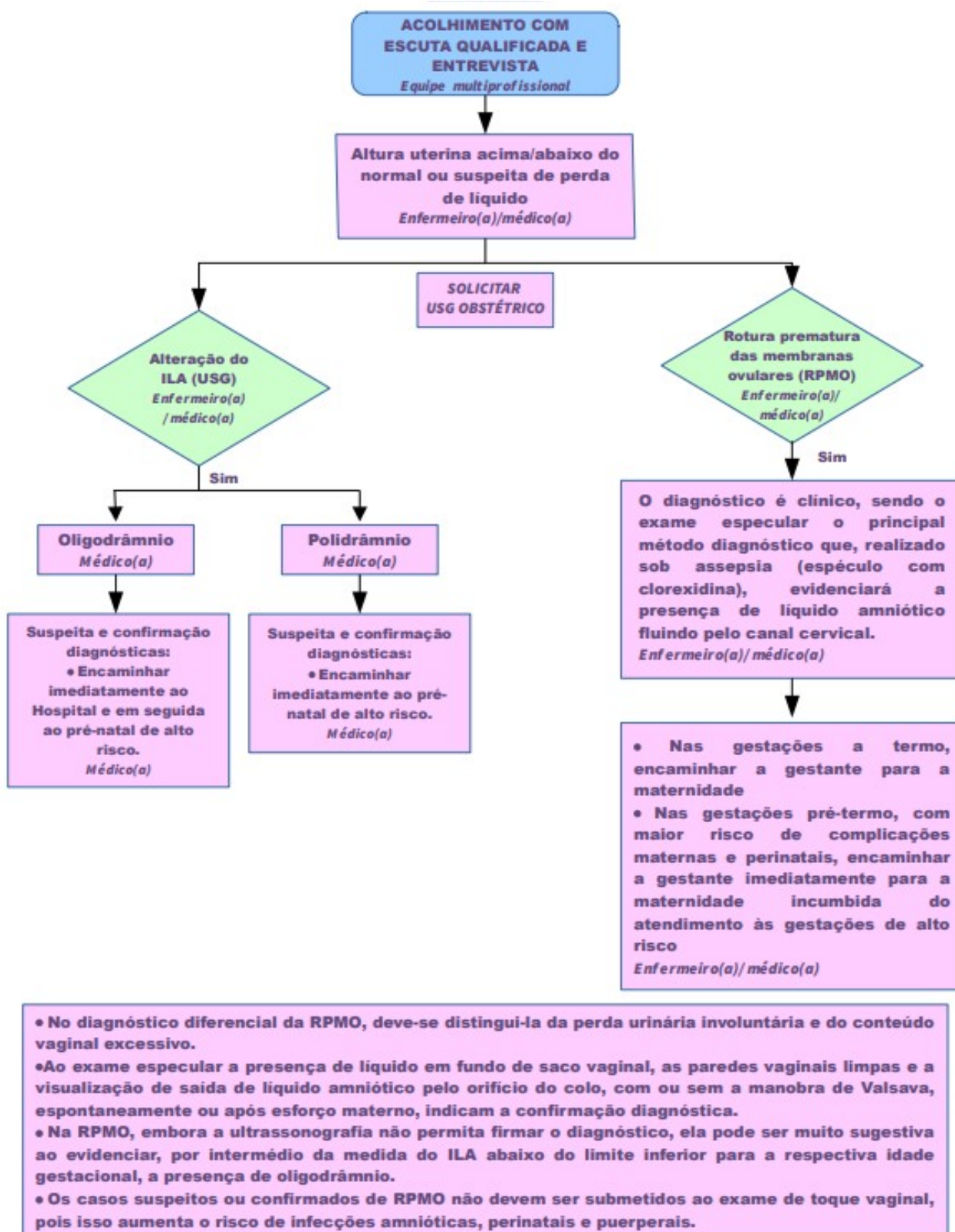
- * Gestante IGM reagente ou indeterminado seguirá fluxo.
- * Refazer Toxo Avidex no laboratório onde a amostra foi reagente.

ANEXO H

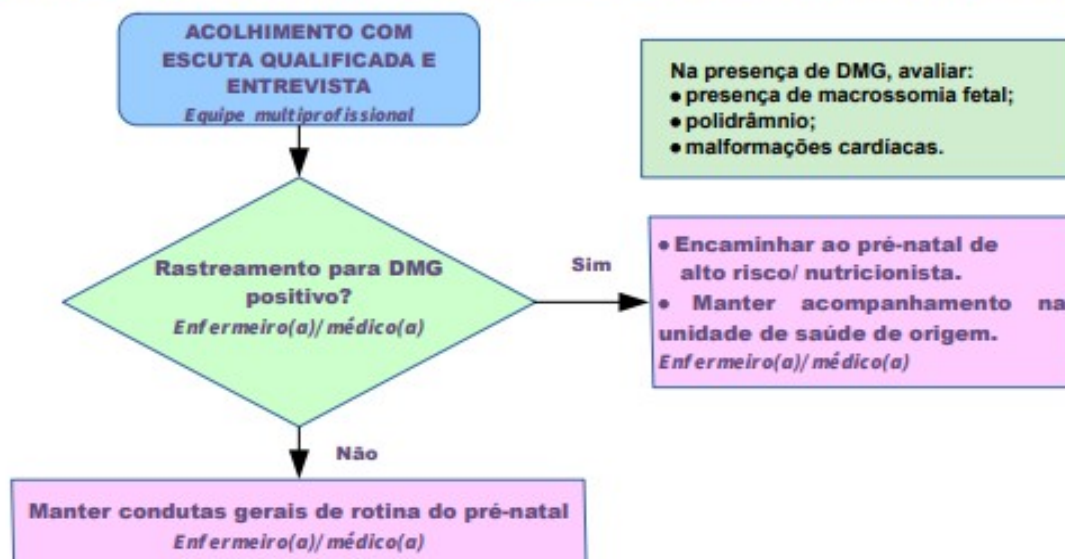
Fluxograma 9 – O que fazer nas síndromes hemorrágicas



ANEXO I-
Fluxograma 10 – O que fazer nos quadros de alterações do líquido amniótico



ANEXO J -
Fluxograma 11 – O que fazer no diabetes mellitus gestacional (DMG)



Recomendações:

•Adequação nutricional e prática de exercício constituem o primeiro passo do tratamento clínico. Cerca de 70% das mulheres com diagnóstico de DMG conseguirão controlar os seus níveis glicêmicos com essas medidas.

•As gestantes devem ser encorajadas a continuar ou a iniciar a prática de exercício na gestação, se não houver contraindicações para isso. Recomenda-se a caminhada orientada – de intensidade moderada, 5 ou mais dias na semana, por 30 a 40 minutos.

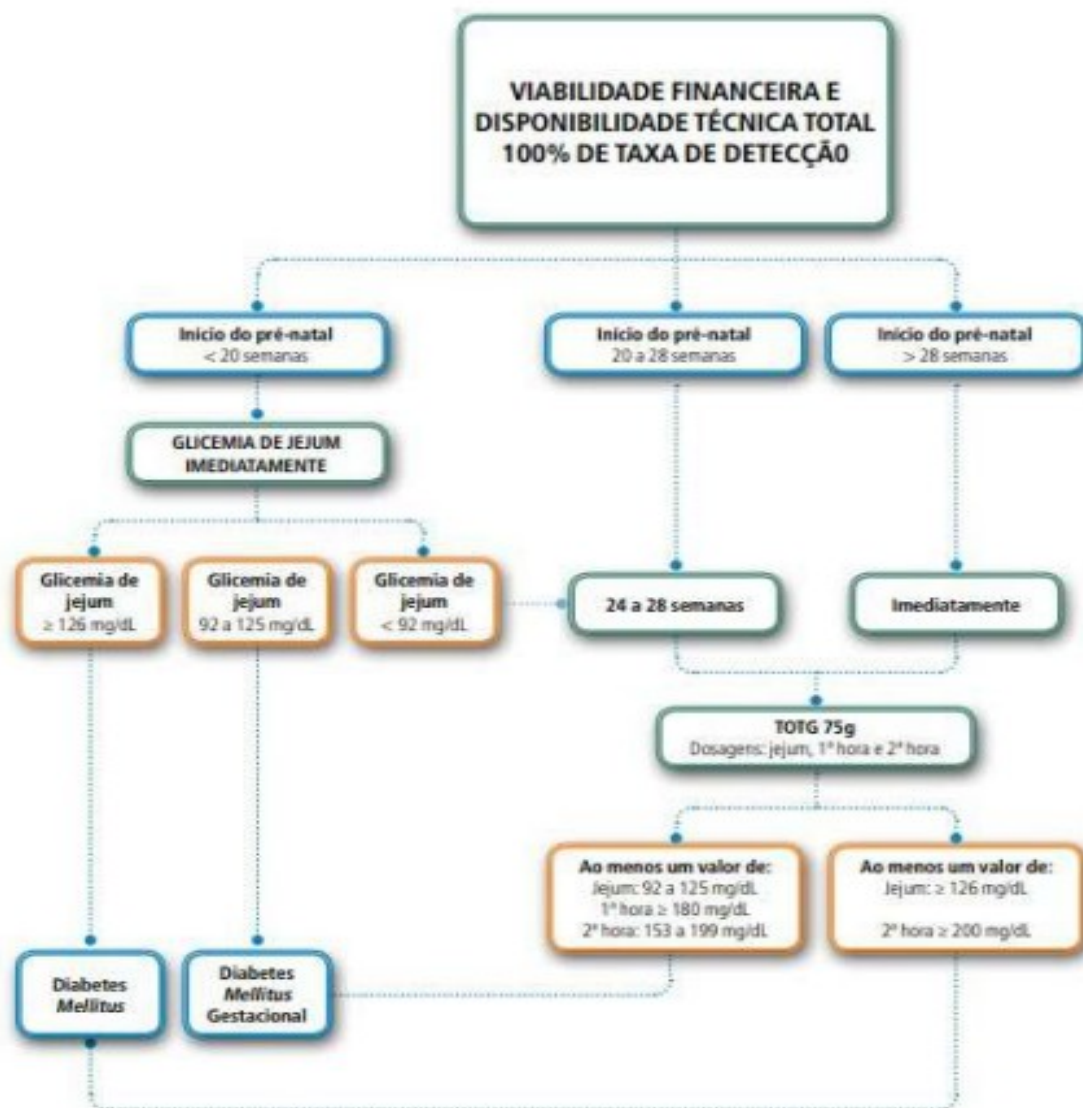
•A insulina se destaca como primeira escolha entre as medidas farmacológicas no controle da hiperglicemia na gestação. A associação de insulina está indicada sempre que as medidas não farmacológicas (adequação nutricional e exercício) não forem suficientes para atingir as metas do controle glicêmico materno (30% ou mais dos valores glicêmicos alterados).

•A automonitorização da glicemia capilar, por glicosímetro, fita reagente e punção em ponta de dedo, é o método mais utilizado para avaliar os níveis glicêmicos na gestação, mais especificamente nos casos de DMG os ajustes de doses de insulina são baseados nas medidas de glicemia.

•O controle da glicemia materna tem como meta alcançar e manter níveis:
de normoglicemia:
-Jejum <95 mg/dL
-Uma hora pós-prandial <140 mg/dL
-Duas horas pós-prandial <120 mg/dL

•Os hipoglicemiantes orais são contraindicados na gestação devido ao risco aumentado de anomalias fetais.

Figura 2. Diagnóstico de DMG em situação de viabilidade financeira e disponibilidade técnica total



ANEXO K

Fluxograma 12 – O que fazer nas síndromes hipertensivas, pré-eclâmpsia e eclâmpsia

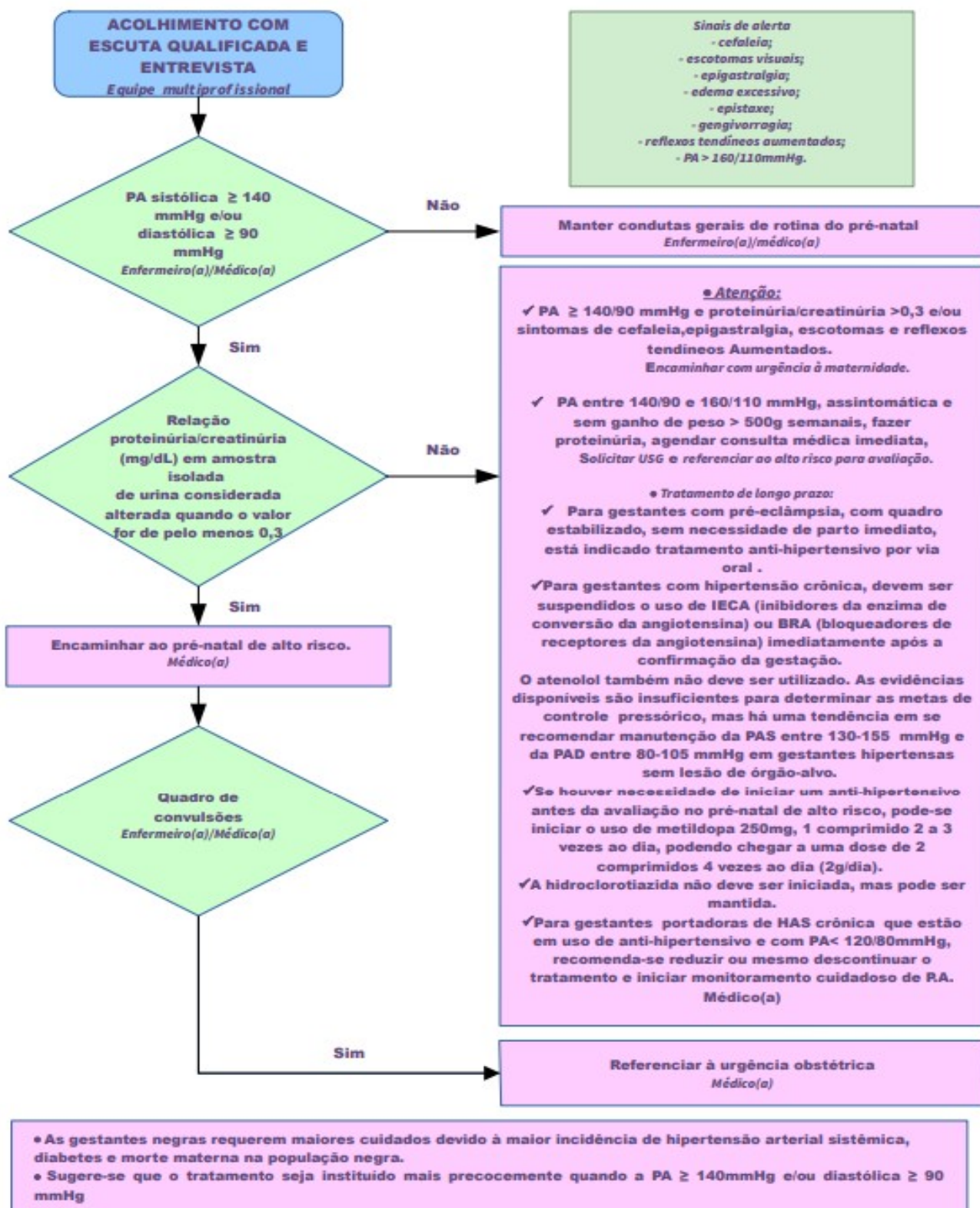


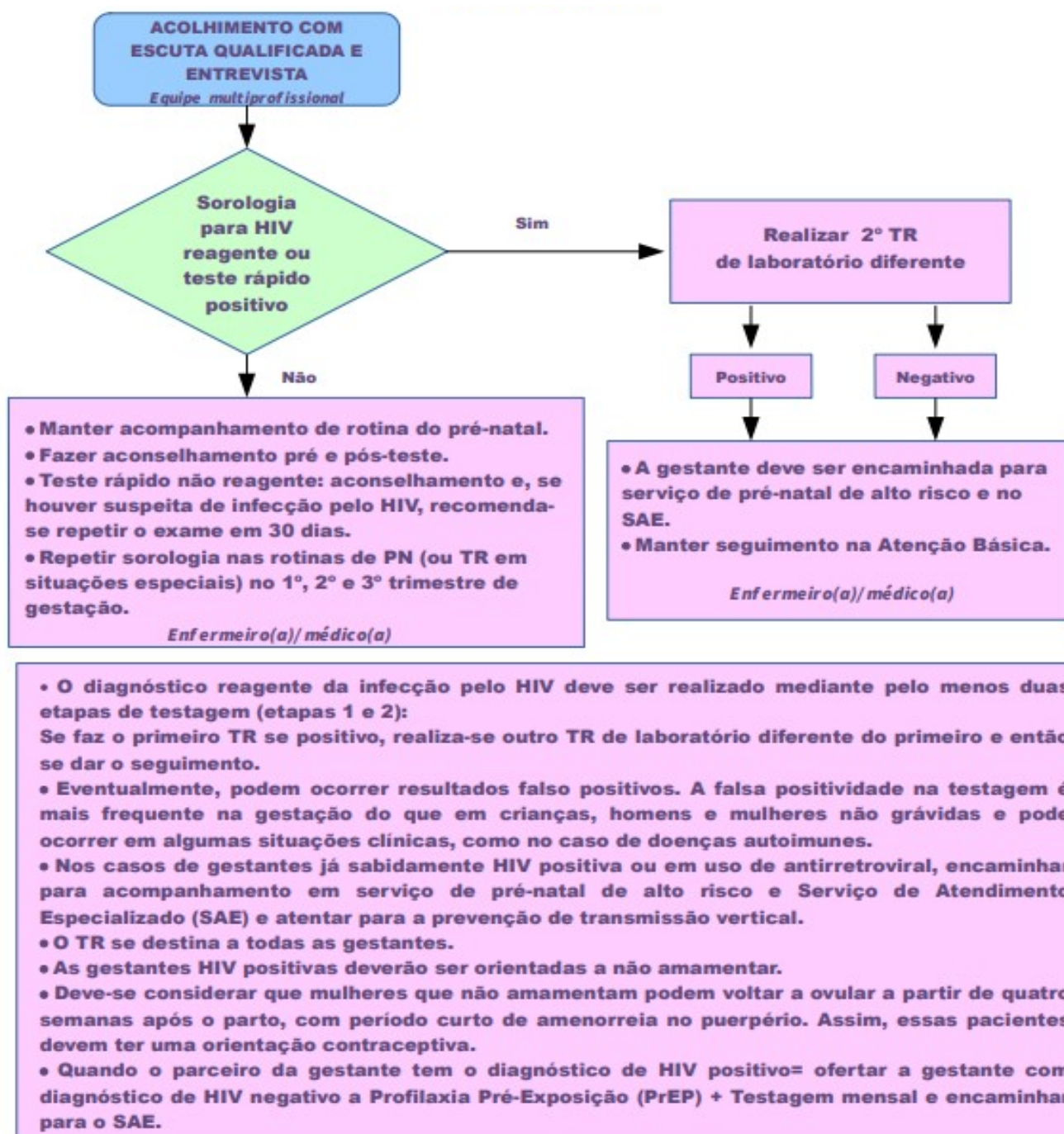
Figura 1 – Modelo de fluxograma assistencial

Fonte: extraído de KORKES *et al.*, 2018.

Fonte: Manual de Gestão de Alto Risco, pag.465

ANEXO L

Fluxograma 13 – O que fazer nos resultados de sorologia do HIV

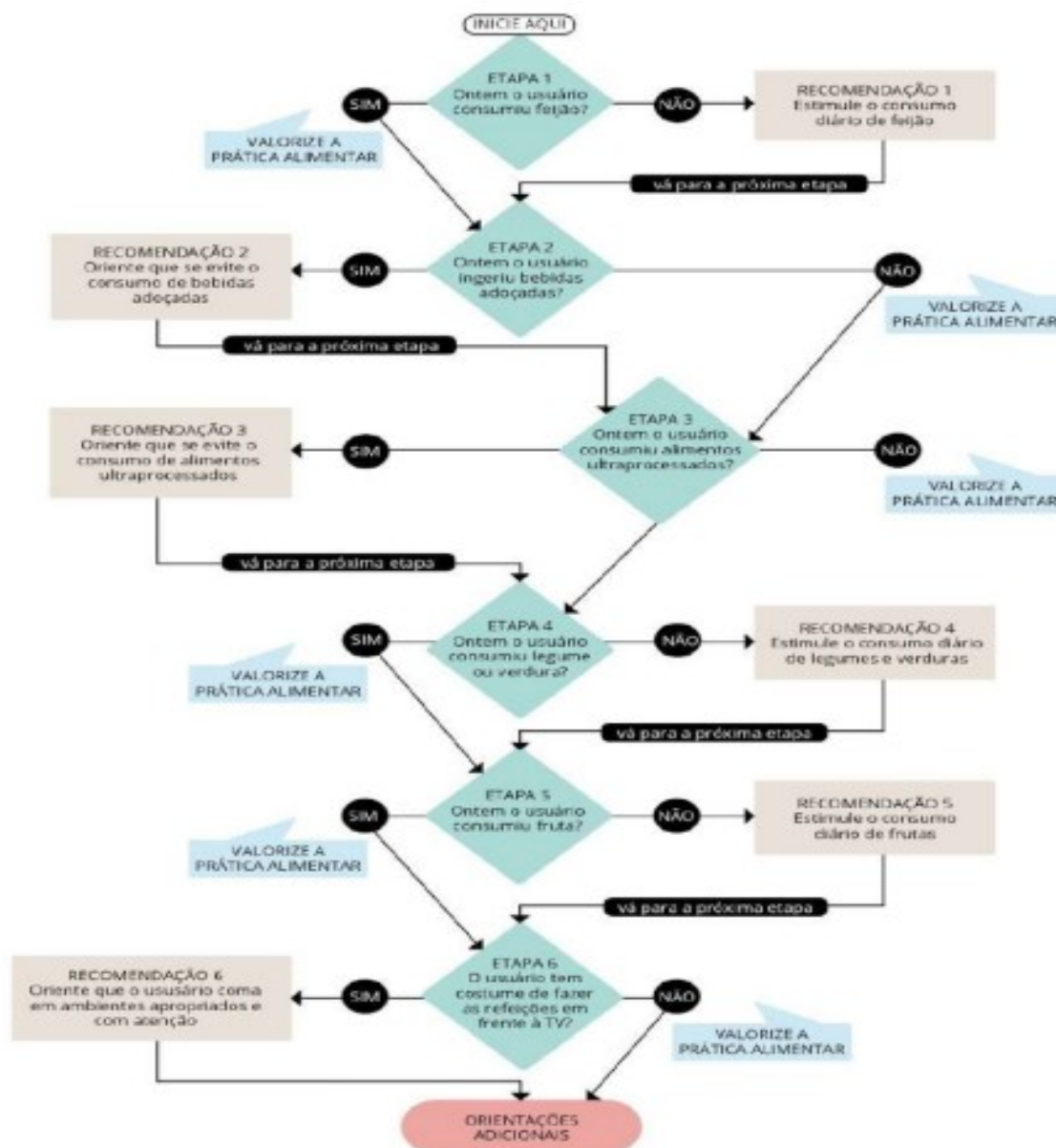


ANEXO M

Fluxograma direcional de conduta para orientação alimentar da pessoa gestante

FASCÍCULO 3 | GUIA ALIMENTAR PARA A POPULAÇÃO BRASILEIRA NA ORIENTAÇÃO ALIMENTAR DE GESTANTES

Figura 2 – Fluxograma direcional de conduta para orientação alimentar da pessoa gestante



Fonte: Elaborado pelos autores.

Fonte: Ministério da Saúde, 2021

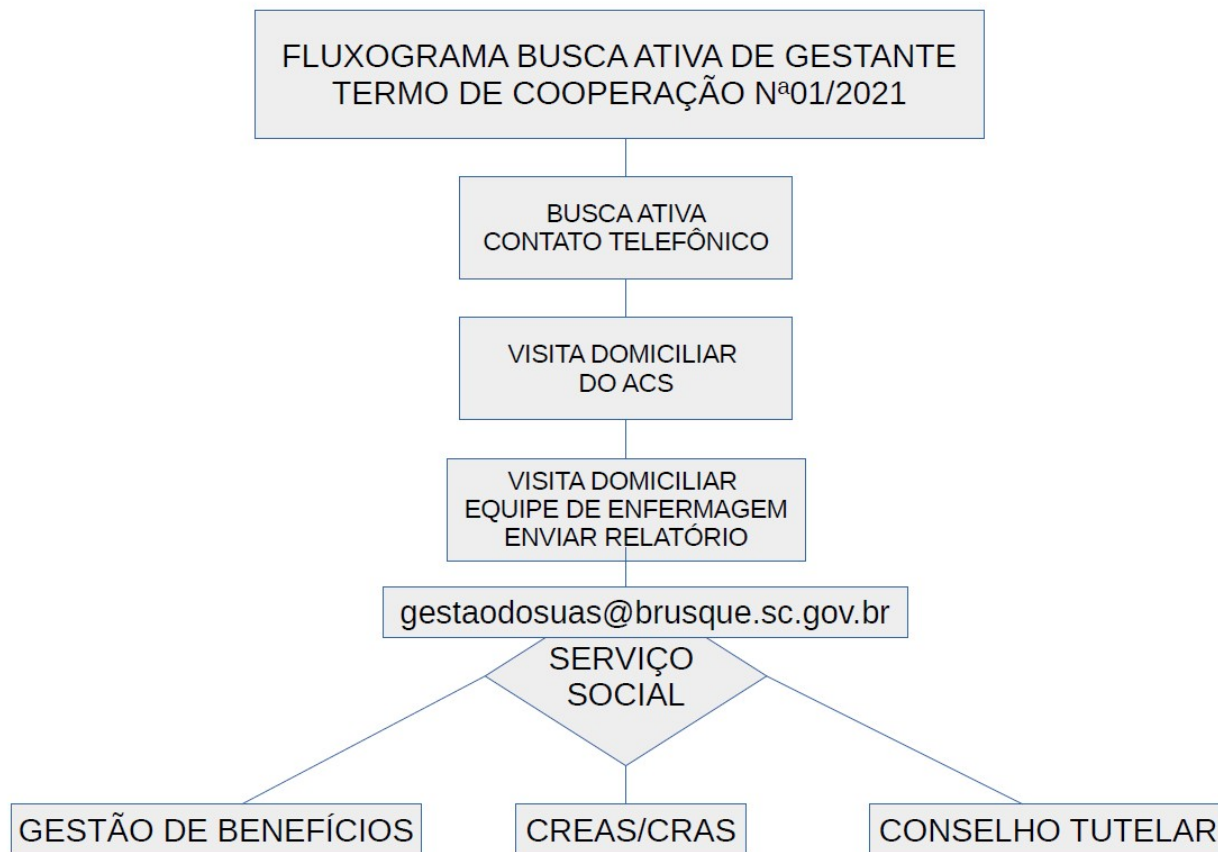


<i>Semana gestacional</i>	<i>Baixo peso IMC</i>	<i>Adequado IMC entre</i>	<i>Sobrepeso IMC entre</i>	<i>Obesidade IMC</i>
6	19,9	20,0 e 24,9	25,0 e 30,0	30,1
8	20,1	20,2 e 25,0	25,1 e 30,1	30,2
10	20,2	20,3 e 25,2	25,3 e 30,2	30,3
11	20,3	20,4 e 25,3	25,4 e 30,3	30,4
12	20,4	20,5 e 25,4	25,5 e 30,3	30,4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





ANEXO N
Fluxograma de Busca Ativa Gestante – Termo de cooperação Nº 01/2021







ANEXO P

		PREFEITURA DE BRUSQUE		SECRETARIA DE SAÚDE		 SUS Sistema Único de Saúde	
REQUISIÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS GESTANTE							
Nome: _____							
DN: ____/____/____		Sexo: _____		Material a examinar: _____			
Dados Clínicos:							
	1º Trimestre (Até 12 semanas)		2º Trimestre (12 a 28 semanas)		3º Trimestre (Após 28 semanas)		
	JEJUM DE 8 A 12H () TIPAGEM SANGÜÍNEA (ABO/ RH) () HEMOGRAMA COMPLETO () GLICEMIA JEJUM () ANTI HBS () PARCIAL DE URINA * () URO CULTURA COM TSA * () TOXOPLASMOSE IGG ** () TOXOPLASMOSE IGM ** () ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA		JEJUM DE 8 A 12H () HEMOGRAMA COMPLETO () TTGO 75 g (<i>Entre 24 e 28 semanas</i>) () PARCIAL DE URINA * () URO CULTURA COM TSA *		JEJUM DE 8 A 12H () HEMOGRAMA COMPLETO () PARCIAL DE URINA * () URO CULTURA COM TSA * () PESQUISA DE STREPTOCOCCUS B-HEMOLÍTICO (<i>Entre 35 e 37 semanas</i>)***		
OUTROS EXAMES (CONFORME QUADRO CLÍNICO): () TOXOPLASMOSE IGG** () TOXOPLASMOSE IGM** () VDRL () COOMBS INDIRETO () PARASITOLÓGICO DE FEZES () HEMOGLOBINA GLICADA () TSH () OUTROS: _____							
* Coletar a primeira urina da manhã e levar ao laboratório em até 1h após a coleta. Antes da coleta, realizar uma higiene íntima (mulheres: afastar os grandes lábios para evitar contaminação); Desprezar a primeira porção de urina e coletar o jato intermediário. ** Repetir estes exames no 2º e 3º trimestre caso resultado IGM e IGG no 1º (não reagentes). *** Não realizar higiene íntima. Não fazer uso de creme, óvulo vaginal nas últimas 48 horas. No uso de antibióticos, informar o nome do medicamento. Não manter relação sexual nas últimas 48 horas. Ficar 2 horas sem urinar.							
Carimbo e assinatura do profissional solicitante: Data da consulta: _____						TOTAL DE EXAMES _____	

		PREFEITURA DE BRUSQUE		SECRETARIA DE SAÚDE		 SUS Sistema Único de Saúde	
REQUISIÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS							
Nome: _____							
DN: ____/____/____		Sexo: _____		Material a examinar: _____			
Dados Clínicos:							
	1º Trimestre (Até 12 semanas)		2º Trimestre (12 a 28 semanas)		3º Trimestre (Após 28 semanas)		
	JEJUM DE 8 A 12H () TIPAGEM SANGÜÍNEA (ABO/ RH) () HEMOGRAMA COMPLETO () GLICEMIA JEJUM () ANTI HBS () PARCIAL DE URINA * () URO CULTURA COM TSA * () TOXOPLASMOSE IGG ** () TOXOPLASMOSE IGM ** () ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA		JEJUM DE 8 A 12H () HEMOGRAMA COMPLETO () TTGO 75 g (<i>Entre 24 e 28 semanas</i>) () PARCIAL DE URINA * () URO CULTURA COM TSA *		JEJUM DE 8 A 12H () HEMOGRAMA COMPLETO () PARCIAL DE URINA * () URO CULTURA COM TSA * () PESQUISA DE STREPTOCOCCUS B-HEMOLÍTICO ***		
OUTROS EXAMES (CONFORME QUADRO CLÍNICO): () TOXOPLASMOSE IGG** () TOXOPLASMOSE IGM** () VDRL () COOMBS INDIRETO () PARASITOLÓGICO DE FEZES () HEMOGLOBINA GLICADA () TSH () OUTROS: _____							
* Coletar a primeira urina da manhã e levar ao laboratório em até 1h após a coleta. Antes da coleta, realizar uma higiene íntima (mulheres: afastar os grandes lábios para evitar contaminação); Desprezar a primeira porção de urina e coletar o jato intermediário. ** Repetir estes exames no 2º e 3º trimestre caso resultado IGM e IGG no 1º (não reagentes). *** Não realizar higiene íntima. Não fazer uso de creme, óvulo vaginal nas últimas 48 horas. No uso de antibióticos, informar o nome do medicamento. Não manter relação sexual nas últimas 48 horas. Ficar 2 horas sem urinar.							
Carimbo e assinatura do profissional solicitante: Data da consulta: _____						TOTAL DE EXAMES _____	



ANEXO Q



PREFEITURA DE
BRUSQUE

SECRETARIA DE
SAÚDE

REQUISIÇÃO DE EXAME	
Nome: _____	Idade: _____
DN: ____/____/____	GESTANTE () 1ª () 2ª () 3ª trimestre
Dados Clínicos: 1º US OBSTÉTRICO () SIM () NÃO	
IG PELA DUM: _____	
ALTURA UTERINA: _____	BCF: _____
US ANTERIOR: () NÃO () SIM ____/____/____	AGENDAR A PARTIR DE: ____/____/____
Outros Dados Clínicos: _____	

USG OBSTÉTRICA	
____/____/____ DATA	
Carimbo e assinatura do profissional solicitante	



PREFEITURA DE
BRUSQUE

SECRETARIA DE
SAÚDE

REQUISIÇÃO DE EXAME	
Nome: _____	Idade: _____
DN: ____/____/____	GESTANTE () 1ª () 2ª () 3ª trimestre
Dados Clínicos: 1º US OBSTÉTRICO () SIM () NÃO	
IG PELA DUM: _____	
ALTURA UTERINA: _____	BCF: _____
US ANTERIOR: () NÃO () SIM ____/____/____	AGENDAR A PARTIR DE: ____/____/____
Outros Dados Clínicos: _____	

USG OBSTÉTRICA	
____/____/____ DATA	
Carimbo e assinatura do profissional solicitante	



ANEXO R

SECRETARIA DE SAÚDE



SECRETARIA DE
SAÚDE



REQUISIÇÃO GESTANTE	
Nome: _____	Idade: _____
DN: ____/____/____	_____
Dados Clínicos: _____ _____ _____	
AVALIAÇÃO C/ NUTRICIONISTA	
____/____/____ DATA	_____ Carimbo e assinatura do profissional solicitante



SECRETARIA DE
SAÚDE



REQUISIÇÃO GESTANTE	
Nome: _____	Idade: _____
DN: ____/____/____	_____
Dados Clínicos: _____ _____ _____	
AVALIAÇÃO C/ NUTRICIONISTA	
____/____/____ DATA	_____ Carimbo e assinatura do profissional solicitante

ANEXO S

**ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS GERAIS NO CASO DE
NÁUSEAS E VÔMITOS NA GESTAÇÃO**

Esses sintomas podem variar ao longo dos trimestres da gestação e são passíveis de manejo com orientação alimentar adequada para esse evento da vida. Para gestantes que relatem desconfortos gastrointestinais, como plenitude gástrica, náuseas, vômitos e indigestão explique que esses sintomas podem ser comuns nesse período, pois existe a redução do tamanho e da motilidade do trato gastrointestinal.

A gestante deve ser orientada:

- ◆ Evitar tempo de jejum prolongado;
- ◆ Realizar uma dieta fracionada (6 refeições leves ao dia com três refeições principais e três pequenos lanches, baseados em alimentos *in natura* e minimamente processados);
- ◆ Evitar o consumo de alimentos gordurosos, picantes, frituras, doces, café, alimentos com cheiro forte ou desagradável;
- ◆ Recomenda-se a ingestão de alimentos sólidos leves antes de se levantar pela manhã, bem como a ingestão de alimentos gelados;
- ◆ Não ingerir líquidos durante as refeições;
- ◆ Incentive o consumo de água, própria para o consumo, pura ou, como preferido por algumas pessoas, “temperada” com rodela de limão, folhas de hortelã, gengibre, casca de abacaxi.
- ◆ Estimule o consumo da água temperada e/ou gelada;
- ◆ Se a pessoa não come frutas por causa de náuseas e enjoos, oriente que frutas cítricas ou frutas geladas/congeladas podem ser mais bem toleradas – Exemplos: fruta batida sem leite, picolés e sucos gelados de fruta natural
- ◆ Desestimular as bebidas adoçadas (refrigerantes, suco pó/caixa por não serem recomendadas para gestantes, pois, em geral, são adicionadas de muito açúcar, aromatizantes, corantes e outros aditivos, além de muitas apresentarem cafeína na composição. Tais compostos podem piorar os sintomas comuns na gestação, como náuseas e vômitos.
- ◆ Atenção para a quantidade de sal utilizado na preparação desses alimentos. Estimule o uso de temperos naturais (cheiro-verde, alho, cebola, manjeriço, gengibre, cominho, louro, hortelã, orégano, coentro, alecrim, entre outros) para dar mais sabor às preparações e reduzir o uso excessivo de sal e temperos prontos, que podem intensificar as náuseas e favorecer o aumento da pressão.
- ◆ É importante ter calma e paciência na hora das refeições e mastigar muito bem os alimentos. Além de otimizar o processo de digestão, o momento da refeição será mais prazeroso.
- ◆ **Não deitar após a refeição também pode melhorar os sintomas.**



ANEXO T**ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS GERAIS NA
ANEMIA GESTACIONAL**

Para prevenção ou tratamento de anemia

- ◆ Estimular o consumo de frutas ricas em vitamina C junto às grandes refeições na forma de sucos ou sobremesa (como a laranja, acerola, limão e morango);
- ◆ Desestimular o consumo de café, chá, mate e refrigerantes;
- ◆ Estimular o consumo de alimentos fontes de ferro como: carnes, vegetais verde-escuros, leguminosas, miúdos e vísceras.
- ◆ Consumir diariamente alimentos de origem animal ricos em ferro, tais como: carnes em geral, vísceras (fígado, coração, moela), entre outros.
- ◆ Estimular o consumo de alimentos de origem vegetal: feijão, lentilha, grão-de-bico, soja, folhas verde-escuras (exemplo: brócolis, couve, espinafre e rúcula), grãos integrais, nozes e castanhas, goiaba, carambola, açaí, entre outros.
- ◆ Outra questão que merece atenção é o consumo de fitatos, substâncias consideradas antinutricionais que estão presentes nas leguminosas (feijões, lentilhas, ervilhas secas, grão-de-bico), mas que são removidas com a demolhagem dos grãos. A demolhagem é processo de deixar estes alimentos de molho de 08 h a 12 horas, trocando a água a cada 4 horas.
- ◆ **Gestantes também devem ter cuidado com alimentos que podem diminuir a absorção do ferro, como a suplementação de cálcio durante as refeições com maior consumo de ferro (almoço e jantar) e o consumo de chás, cafés e chocolates logo após as refeições**





ANEXO U CALENDÁRIO VACINAÇÃO (SBI_m) GESTANTE

CALENDÁRIO DE VACINAÇÃO SBI_m GESTANTE

Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunizações (SBI_m) – 2024/2025

Os comentários devem
ser consultados.

Algumas vacinas podem estar especialmente recomendadas para
pacientes portadores de comorbidades ou em outra situação especial.
Consulte os Calendários de vacinação SBI_m pacientes especiais.

Vacinas	Esquemas e recomendações	Comentários	DISPONIBILIZAÇÃO DAS VACINAS	
			Gratuitas nas UBS*	Clínicas privadas de vacinação
ROTINA				
Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (difteria, tétano e coqueluche) – dTpa ou dTpa-VIP Dupla adulto (difteria e tétano) – dT	Histórico vacinal	Conduta na gestação	SIM, dT e dTpa	SIM, dTpa e dTpa-VIP
	Previantemente vacinada, com pelo menos três doses de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação.		
	Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido uma dose de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação. Respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas.		
	Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido duas doses de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação.		
	Em gestantes não vacinadas e/ou histórico vacinal desconhecido.	Duas doses de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação. Respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas.		
Hepatite B	Três doses, no esquema 0-1-6 meses.	A vacina hepatite B deve ser aplicada em gestantes não anteriormente vacinadas e suscetíveis à infecção.	SIM	NÃO
Influenza (gripe)	Dose única anual. Em situação epidemiológica de risco, especialmente para gestantes imunodeprimidas, pode ser considerada uma segunda dose a partir de 3 meses após a dose anual.	- A gestante é grupo de risco para complicações da infecção pelo influenza. A vacina está recomendada durante a sazonalidade do vírus, mesmo no primeiro trimestre da gestação. - Se a composição da vacina disponível for concordante com os vírus circulantes, poderá ser recomendada aos viajantes internacionais para o hemisfério norte e/ou brasileiros residentes nos estados do norte do país no período pré-temporada de influenza.	SIM, 3V	SIM, 3V e 4V
Covid-19	Acesse os dados atualizados sobre a disponibilidade de vacinas e os grupos contemplados pelo PNI em gov.br/saude/gt-br/assuntos/coronavirus			
RECOMENDADAS EM SITUAÇÕES ESPECIAIS				
Hepatite A	Dois doses, no esquema 0-6 meses.	É vacina inativada, portanto sem risco teórico para a gestante e o feto. Já que no Brasil as situações de risco de exposição ao VHA são frequentes, a vacinação deve ser considerada.	NÃO	SIM
Hepatite A e B	Para menores de 16 anos: duas doses, aos 0-6 meses. A partir de 16 anos: três doses, aos 0-1-6 meses.	A vacina combinada é uma opção e pode substituir a vacinação isolada das hepatites A e B.	NÃO	SIM
Pneumocócicas	Esquema sequencial de VPC13 ou VPC15 e VPP23 pode ser feito em gestantes de risco para doença pneumocócica invasiva (DPI) (consulte os Calendários de vacinação SBI _m pacientes especiais).	VPC13, VPC15 e VPP23 são vacinas inativadas, portanto sem riscos teóricos para a gestante e o feto.	NÃO	SIM VPC13, VPC15 e VPP23
Meningocócicas conjugadas ACWY ou C	Uma dose. Considerar seu uso avaliando a situação epidemiológica e/ou a presença de comorbidades consideradas de risco para a doença meningocócica (consulte os Calendários de vacinação SBI _m pacientes especiais).	- As vacinas meningocócicas conjugadas são inativadas, portanto sem risco teórico para a gestante e o feto. - Na indisponibilidade da vacina meningocócica conjugada ACWY, substituir pela vacina meningocócica C conjugada.	NÃO	SIM
Meningocócica B	- Considerar seu uso avaliando a situação epidemiológica e/ou a presença de comorbidades consideradas de alto risco para a doença meningocócica invasiva (DMI). Consulte os Calendários de vacinação SBI_m pacientes especiais. - Dois doses com intervalo mínimo de 1 mês (Bexsero®) ou 6 meses (Trumenba®).	- As vacinas meningocócicas B são inativadas, portanto sem risco teórico para a gestante e o feto. - Bexsero® licenciada até os 50 anos de idade. Trumenba® licenciada até os 25 anos. - As duas vacinas não são intercambiáveis.	NÃO	SIM
Febre amarela	- Normalmente contraindicada em gestantes. Porém, em situações em que o risco da infecção supera os riscos potenciais da vacinação, pode ser feita durante a gravidez. - Recomendação do PNI: se recebeu a primeira dose antes dos 5 anos de idade, indicada uma segunda dose. Se aplicada a partir dos 5 anos: dose única. - Recomendação da SBI_m: Duas doses. Como há possibilidade de falha vacinal, está recomendada uma segunda dose com intervalo de 10 anos.	- Gestantes que viajam para países que exigem o Certificado Internacional de Vacinação e Profilaxia (CIVP) devem ser isentadas da vacinação pelo médico assistente, se não houver risco de contrair a infecção. - É contraindicada em nutrízes até que o bebê complete 6 meses; se a vacinação não puder ser evitada, suspender o aleitamento materno por dez dias.	SIM	SIM
CONTRAINDICADAS				
Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola)	Não vacinar na gestação.	Pode ser aplicada no puerpério e durante a amamentação.	SIM, para puerperas de até 59 anos	SIM, para puerperas e lactantes
HPV	Não vacinar na gestação. Se a mulher tiver iniciado esquema antes da gestação, suspender-lo até puerpério.	Pode ser aplicada no puerpério e durante a amamentação.	NÃO	SIM, para puerperas e lactantes
Varicela (catapora)	Não vacinar na gestação.	Pode ser aplicada no puerpério e durante a amamentação.	NÃO	SIM, para puerperas e lactantes
Dengue	Não vacinar na gestação.	Contraindicada para imunodeprimidas, gestantes e nutrízes. Na vacinação inadvertida de lactantes que amamentam bebês de até 6 meses de idade, suspender a amamentação por 15 dias.	NÃO	NÃO

13/03/2024 • Sempre que possível, preferir vacinas combinadas • Sempre que possível, considerar aplicações simultâneas na mesma visita • Qualquer dose não administrada na idade recomendada deve ser aplicada na visita subsequente • Eventos adversos significativos devem ser notificados às autoridades competentes.

* UBS – Unidades Básicas de Saúde

Assinado por 1 pessoa: THAYSE ROSA
Para verificar a autenticidade do documento, acesse <https://brusque.1doc.com.br/verificacao/80C3-7691-C2B9-5649>



VERIFICAÇÃO DAS ASSINATURAS



Código para verificação: 80C3-7691-C2B9-5649

Este documento foi assinado digitalmente pelos seguintes signatários nas datas indicadas:



THAYSE ROSA (CPF 042.XXX.XXX-84) em 28/03/2025 14:36:22 GMT-03:00

Papel: Parte

Emitido por: AC FCDL SC v5 << AC SOLUTI v5 << Autoridade Certificadora Raiz Brasileira v5 (Assinatura ICP-Brasil)

Esta versão de verificação foi gerada em 28/03/2025 às 14:37 e assinada digitalmente pela MUNICIPIO DE BRUSQUE:83102343000194 para garantir sua autenticidade e inviolabilidade com o documento que foi assinado pelas partes através da plataforma 1Doc, que poderá ser conferido por meio do seguinte link:

<https://brusque.1doc.com.br/verificacao/80C3-7691-C2B9-5649>



Nome: _____ Idade: _____

Telefone: _____

G ____ P ____ A ____ Idade gestacional: _____ DUM: ____/____/____ DPP: ____/____/____

CONDIÇÕES INDIVIDUAIS, SOCIOECONÔMICAS E FAMILIARES (MARCAR APENAS 1 FATOR DE MAIOR PONTUAÇÃO)	
Idade menor que 15 anos.....	2
Idade maior que 40 anos.....	2
Mulher de raça Negra (preta ou parda).....	2
Baixa escolaridade (<5 anos de estudo).....	2
Tabagista ativa.....	2
Indícios de sofrer de violência.....	2
Gestantes imigrantes, em situação de rua ou em comunidades indígenas ou quilombola.....	2
Baixo Peso no início da gestação (IMC<18 kg/m²).....	2
Sobrepeso (IMC: 25-29,9 kg/m²).....	1
Obesidade (IMC > 30-39,9 kg/m²).....	4
Obesidade grau 3.....	10

HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR	
Abortamento espontâneo de repetição (2 ou mais perdas precoces consecutivas).....	2
Acretismo placentário.....	2
Restrição de crescimento fetal na gestação anterior.....	2
Isoimunização Rh (Rh negativo e Coombs indireto positivo).....	5
Parto pré-termo após 34 semanas de gestação.....	2
Parto pré-termo até 34 semanas de gestação.....	10
História prévia de doença hipertensiva da gestação com desfecho obstétrico ou perinatal ruim (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome HELLP, eclâmpsia, internação da mãe em UTI).....	10
Óbito fetal de causa não identificada.....	10
Incompetência istmo cervical.....	10
Psicose puerperal anterior.....	10
Histórico de cardiomiopatia periparto.....	10
Óbito fetal de causa não identificada.....	10
Histórico de cardiomiopatia periparto.....	10

INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS/OBSTÉTRICAS NA GESTAÇÃO ATUAL	
Doença hipertensiva da gestação/Pré-eclâmpsia (P.A: _____ Data: ____/____/____) Em uso de quais medicações: _____ Troca de medicação na APS: () sim () não	10
Diabetes gestacional com necessidade insulinoterapia..... Glicemia de jejum: _____ Data: ____/____/____ Orientada medidas não farmacológicas: Dieta, atividade física leve e controle de HFG por 15 dias () sim () não - Encaminhar ao Alto Risco se não houver o controle adequado	10
Infecção urinária de repetição (3 ou mais) ou pielonefrite.....	10
Cálculo renal com obstrução.....	10
Restrição de crescimento fetal.....	10
Feto acima do percentil 90% ou suspeita de macrosomia.....	10
Polidrâmnio/Oligodrâmnio - Altura uterina acima () ou abaixo () do normal - USG: descrever no encaminhamento	10
Suspeita de incompetência istmo cervical (colo curto em USG a partir de 18 semanas).....	10
Placenta prévia com diagnóstico a partir de 14 semanas	10
Hepatopatias (exemplo: cirrose, hepatites agudas e crônicas, colestase e esteatose gravídica).....	10
Anemia grave (Hb<8g/dL) ou refratária ao tratamento (após 30-60 dias com sulfato ferroso por via oral).....	10
Isoimunização Rh (Rh negativo e Coombs indireto positivo).....	10



Câncer materno com diagnóstico durante gestação.....	10
Alta suspeita clínica de câncer de mama ou MMG com BI-RADS 3 ou mais.....	10
Lesão de alto grau em colo uterino - NIC 2 ou 3 (encaminhar também a colposcopia para definir o tratamento).	10
Suspeita de malformação fetal ou arritmia Fetal.....	10
Gemelaridade.....	10
Doenças infecciosas agudas com potencial de transmissão fetal (sífilis terciária, sífilis com falha terapêutica ou em caso de reinfecção, AIDS, HIV, HTLV, tuberculose, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, hanseníase. Dengue, Zika, Chikungunya) Toxoplasmose acima ()16 semanas ou abaixo()de 16 semanas. Medicação: _____	
Avidez solicitado:() sim () não.....	10
Condiloma acuminado.....	10
Dependência e/ou uso abusivo de drogas lícitas e ilícitas.....	10
Hiperêmese gravídica refratária ao tratamento (perda de >5% peso corporal).....	10

CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉVIAS À GESTAÇÃO

Hipertensão arterial descompensada (encaminhar também a Cardiologia).....	10
DM 1 ou DM 2 descompensado (encaminhar também à Endocrinologia)	10
Tireoidopatias (hipotireoidismo ou hipertireoidismo) – Exame: _____ Medicação: _____.....	10
Doença Psiquiátrica Grave (como psicoses e depressão grave).....	10
Doenças Hematológicas (doença falciforme, PTI e PTT, talassemias, coagulopatias); antecedentes de tromboembolismo, AVC, IAM, TEP E TVP; tratamento com anticoagulantes.....	10
Cardiopatias com repercussão hemodinâmica.....	10
Pneumopatia Graves (DPOC, asma, doenças intersticiais pulmonares, hipertensão pulmonar).....	10
Doenças autoimunes (Colagenoses, Graves, Hashimoto, LES, SAF).....	10
Uso de medicamentos teratogênicos (barbitúricos, carbamazepina, lamotrigina, fenitoína, primidona, fenobarbital, carbonato de lítio, ácido valproico)	10
Doença renal crônica (TFG<60 ou terapia de substituição renal).....	10
Hemopatias e anemia grave (Hb <8g/dL) ou refratária ao tratamento (por 30-60 dias).....	10
Hepatopatias crônicas (hepatites virais, cirrose).....	10
Transplantes.....	10
Cirurgia bariátrica há menos de 6 meses.....	10
Epilepsia.....	10
Anormalidades do trato genitourinário (malformações mullerianas, miomas sintomáticos, massas anexiais complexas após 18 semanas, histórico de ruptura uterina).....	10
Histórico de conização ou traquelectomia.....	10
Infecção por HIV com má adesão ao tratamento e/ou CV detectável e/ou cd4<250 e/ou coinfeção.....	10

Fonte: Governo do Estado de Santa Catarina – “INSTRUMENTO DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL”, 3ª Edição – 06/2025.

PONTUAÇÃO	RISCO
Até 4 pontos	RISCO HABITUAL (BAIXO) - (APS)
5 a 9 pontos	RISCO INTERMEDIÁRIO (APS ou Atenção Especializada)
10 ou + pontos	ALTO RISCO (APS + Atenção Especializada)

PONTUAÇÃO TOTAL: _____ DATA: ____ / ____ / ____

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL PELA CLASSIFICAÇÃO: _____

OBSERVAÇÕES :
