

PREFEITURA MUNICIPAL DE BRUSQUE  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

## PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL



BRUSQUE/SC

FEVEREIRO, 2019

### **Equipe técnica/colaboradores**

Alessandra Maass  
Michele Manzon Coelho Goedert  
Luciana Marconcini  
Arnaldo Munhoz  
Joslaine Rafaela Menegazzo  
Patrícia de Souza Campos Silva  
Juliana Tenfen

### **Apoiadores técnicos municipais**

Adriana Ulber Matos dos Santos  
Bruno Giudice D' Ávila  
Camila Granemann de Souza  
Carline Fernanda Sheeren  
Carmen Sylvia Schaider Pedrini  
Cátia Regina dos Santos Elias  
Cleber da Silva Mossini  
Danieli Martins  
Eduardo Samuel Haubert  
Francine Zorzo  
Getúlio de Almeida  
Gisele Pruner Koguchi  
Larinete de Fátima Chagas dos Santos  
Maristela Morandi  
Michele Manzon Coelho Goedert  
Nathalia Zandrez Quintão Reis  
Nestor Daniel Huaco Palomino  
Renata Maria Costa  
Rosana Gama Pereira Martins  
Rosecler Ceratti Foletto  
Sheila das Neves Martins  
Thaisi da Cunha

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b>	<b>05</b>
<b>1. ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS NO PRÉ-NATAL</b>	<b>06</b>
1.1 Atribuições do agente comunitário de saúde no pré-natal	06
1.2 Atribuições do técnico de enfermagem no pré-natal	06
1.3 Atribuições do enfermeiro no pré-natal	07
1.4 Atribuições do médico no pré-natal	08
1.5 Atribuições do cirurgião-dentista no pré-natal	09
<b>2. ACOLHIMENTO</b>	<b>10</b>
<b>3. DIAGNÓSTICO</b>	<b>11</b>
<b>4. FLUXOGRAMA DE PRÉ-NATAL</b>	<b>12</b>
<b>5. AVALIAÇÃO GLOBAL</b>	<b>13</b>
<b>6. CONSULTA PRÉ-NATAL</b>	<b>15</b>
6.1 Periodicidade da consulta	15
6.2 Roteiro para primeira consulta pré-natal	16
6.3 Roteiro para consultas subsequentes	18
6.4 Roteiro para consulta odontológica	19
6.5 Queixas frequentes na gestação	19
6.6 Intercorrências do pré-natal	23
6.7 Pré-natal masculino	25
6.8 Orientações de acordo com a Idade Gestacional	26
<b>7. ALEITAMENTO MATERNO</b>	<b>28</b>
<b>8. HABILIDADES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DURANTE O PRÉ-NATAL</b>	<b>29</b>
<b>9. EXAMES COMPLEMENTARES DE ROTINA E CONDUTAS</b>	<b>30</b>
<b>10. ESQUEMAS BÁSICOS DE VACINAÇÃO</b>	<b>39</b>
<b>11. SUPLEMENTAÇÃO DE SULFATO FERROSO E ACIDO FÓLICO</b>	<b>41</b>
<b>12. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL</b>	<b>42</b>
12.1 Fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe de Atenção Básica	42
12.2 Fatores de risco que podem indicar encaminhamento ao pré-natal de alto risco	43
12.3 Fatores de risco que indicam encaminhamento à urgência/emergência obstétrica	45
<b>13. BUSCA ATIVA</b>	<b>47</b>
<b>14. ATIVIDADES EDUCATIVAS</b>	<b>48</b>
14.1 Sugestões de temas para grupos de gestantes	49
<b>15. VISITA À MATERNIDADE</b>	<b>50</b>
<b>16. DIREITOS SOCIAIS DA GESTANTE</b>	<b>51</b>
<b>17. CONDUTAS FRENTE À GRAVIDEZ DECORRENTE DE VIOLÊNCIA SEXUAL</b>	<b>53</b>
17.1 Alternativas frente a gravidez decorrente de violência sexual	54
<b>18. PREPARO PARA O PARTO</b>	<b>55</b>

18.1 Plano de parto	55
18.2 Cesárea e Parto Normal	56
<b>REFERÊNCIAS</b>	<b>58</b>
ANEXO A - Fluxograma 2 – O que fazer nos quadros de náusea e vômitos	60
ANEXO B - Fluxograma 3 – O que fazer nas queixas urinárias	61
ANEXO C - Fluxograma 4 – O que fazer nos quadros de dor abdominal e cólicas	62
ANEXO D - Fluxograma 5 – O que fazer nos quadros de edema	63
ANEXO E - Fluxograma 6 – O que fazer na anemia gestacional	64
ANEXO F - Fluxograma 7 – O que fazer nos quadros de sífilis	65
ANEXO G - Fluxograma 8 – O que fazer nos quadros de toxoplasmose	66
ANEXO H - Fluxograma 9 – O que fazer nas síndromes hemorrágicas	67
ANEXO I - Fluxograma 10 – O que fazer nos quadros de alterações do líquido amniótico	68
ANEXO J - Fluxograma 11 - O que fazer no diabetes mellitus gestacional (DMG)	69
ANEXO K - Fluxograma 12 - O que fazer nas síndromes hipertensivas, pré-eclampsia e eclampsia	70
ANEXO L - Fluxograma 13 - O que fazer nos resultados de sorologia do HIV	71
ANEXO M - Nota técnica N° 007/DIVE/SES/2016	72
ANEXO N - Guia para solicitação de exames laboratoriais da gestante	75
ANEXO O - Guia para solicitação de testes rápidos da gestante e parceiro	76
ANEXO P - Guia para solicitação de US obstétrico	77
ANEXO Q - Guia para solicitação de Consulta Nutricionista	78

## 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 ESF, Unidade Básica de Saúde e Serviço Especializado, 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.

O Protocolo do pré-natal do Município de Brusque teve como referência o Protocolo do Médio Vale do Itajaí, na qual é um resumo do Caderno da Atenção Básica nº32 do Ministério da Saúde, somado as orientações do Caderno de Gestação de Alto Risco, Cadernos da Atenção Básica nº28 volume 1 e 2, Caderno de Atenção Básica Nº33, Protocolos da Atenção Básica saúde das mulheres (2016). E, ainda teve como base os protocolos locais dos municípios de Gaspar, Timbó e Blumenau, considerando a legislação vigente.

## 1. 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).

### 1.1 Atribuições do agente comunitário de saúde no pré-natal.

<b>ATRIBUIÇÕES AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar as mulheres, família e rede de apoio sobre a importância do pré-natal, da amamentação, da vacinação e os cuidados no puerpério;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encaminhar toda gestante ao serviço de saúde, buscando promover sua captação precoce para a primeira consulta, e monitorar as consultas subsequentes;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conferir o cadastramento das gestantes nos sistemas vigentes, assim como as informações preenchidas na Cartilha da Gestante;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar a busca ativa das gestantes faltosas;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar o cadastro e acompanhamento nos sistemas vigentes, inclusive quando realizado busca ativa.</li> </ul>

### 1.2 Atribuições do técnico de enfermagem no pré-natal.

<b>ATRIBUIÇÕES TÉCNICO DE ENFERMAGEM</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar as mulheres, família e rede de apoio sobre a importância do pré-natal, da amamentação, da vacinação e os cuidados no puerpério;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar/realizar/atualizar o cadastramento das gestantes nos sistemas vigentes;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar as gestantes e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da</li> </ul>

amamentação e da vacinação;
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conferir as informações preenchidas na Cartilha da Gestante;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar dados antropométricos, sinais vitais e anotar os dados na Cartilha da Gestante;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornecer medicação mediante receita, assim como os medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico);</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aplicar vacinas antitetânica, dTpa acelular, influenza e contra hepatite B;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar a gestante sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar atividades educativas, individuais e em grupos, inclusive na sala de espera.</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar testes rápidos sob supervisão do enfermeiro;</li> </ul>

### 1.3 Atribuições do enfermeiro no pré-natal.

<b>ATRIBUIÇÕES ENFERMEIRO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar as mulheres, família e rede de apoio sobre a importância do pré-natal, da amamentação, da vacinação e os cuidados no puerpério;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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);</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar a consulta de pré-natal de gestação de risco habitual intercalada com as consultas médicas;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar exames complementares, de acordo com o protocolo local de pré-natal;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar testes rápidos;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescrever medicamentos padronizados conforme o protocolo do pré-natal e preferencialmente da relação Municipal de Medicamentos - REMUME conforme vigência;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano, dTpa acelular, influenza e hepatite B);</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou como de alto risco, encaminhá-las para consulta médica.</li> <li>• 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).</li> </ul>

<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos, inclusive na sala de espera;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar Pré-Natal masculino inserindo o parceiro em todas as etapas do processo</li> </ul>

#### 1.4 Atribuições do médico no pré-natal.

<b>ATRIBUIÇÕES MÉDICO</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar as mulheres, família e rede de apoio sobre a importância do pré-natal, da amamentação, da vacinação e os cuidados no puerpério;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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);</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar a consulta de pré-natal de gestação de risco habitual intercalada com a consulta do(a) enfermeiro(a);</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescrever medicamentos padronizados conforme o protocolo do pré-natal e preferencialmente da relação Municipal de Medicamentos - REMUME conforme vigência;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano, DTP acelular, influenza e hepatite B);</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar e tratar as gestantes que apresentam sinais de alarme;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atender as intercorrências e encaminhar as gestantes para os serviços de urgência/emergência obstétrica, quando necessário;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar testes rápidos;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera);</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;</li> </ul>



<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar Pré-natal masculino inserindo o parceiro em todas as etapas do processo</li> </ul>

### 1.5 Atribuições do cirurgião-dentista no pré-natal.

<b>ATRIBUIÇÕES CIRURGIÃO DENTISTA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar as mulheres, família e rede de apoio sobre a importância do pré-natal, da amamentação, da vacinação e os cuidados no puerpério;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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);</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar a consulta odontológica de pré-natal de gestação de risco habitual;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar a gestante sobre a realização do teste rápido;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano, dTpa acelular, influenza e hepatite B);</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar a avaliação geral da gestante observando o período de gravidez;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar a saúde bucal da gestante, a necessidade e a possibilidade de tratamento, observando os cuidados indicados em cada período da gravidez;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar os fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar as gestantes e a equipe de Atenção Básica quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade em relação à saúde bucal;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Desenvolver atividades educativas e de apoio à gestante e aos seus familiares;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas odontológicas e os trimestres de gestação indicados para a realização de tratamento odontológico;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar busca ativa das gestantes faltosas de sua área de abrangência;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal;</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> </ul>

- |   |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Orientar a mulher e seu companheiro sobre hábitos alimentares saudáveis e de higiene bucal;</li></ul> |
| <ul style="list-style-type: none"><li>• Informar os procedimentos realizados nos sistemas vigentes;</li></ul>                                 |

## 2. 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.

### 3. 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:

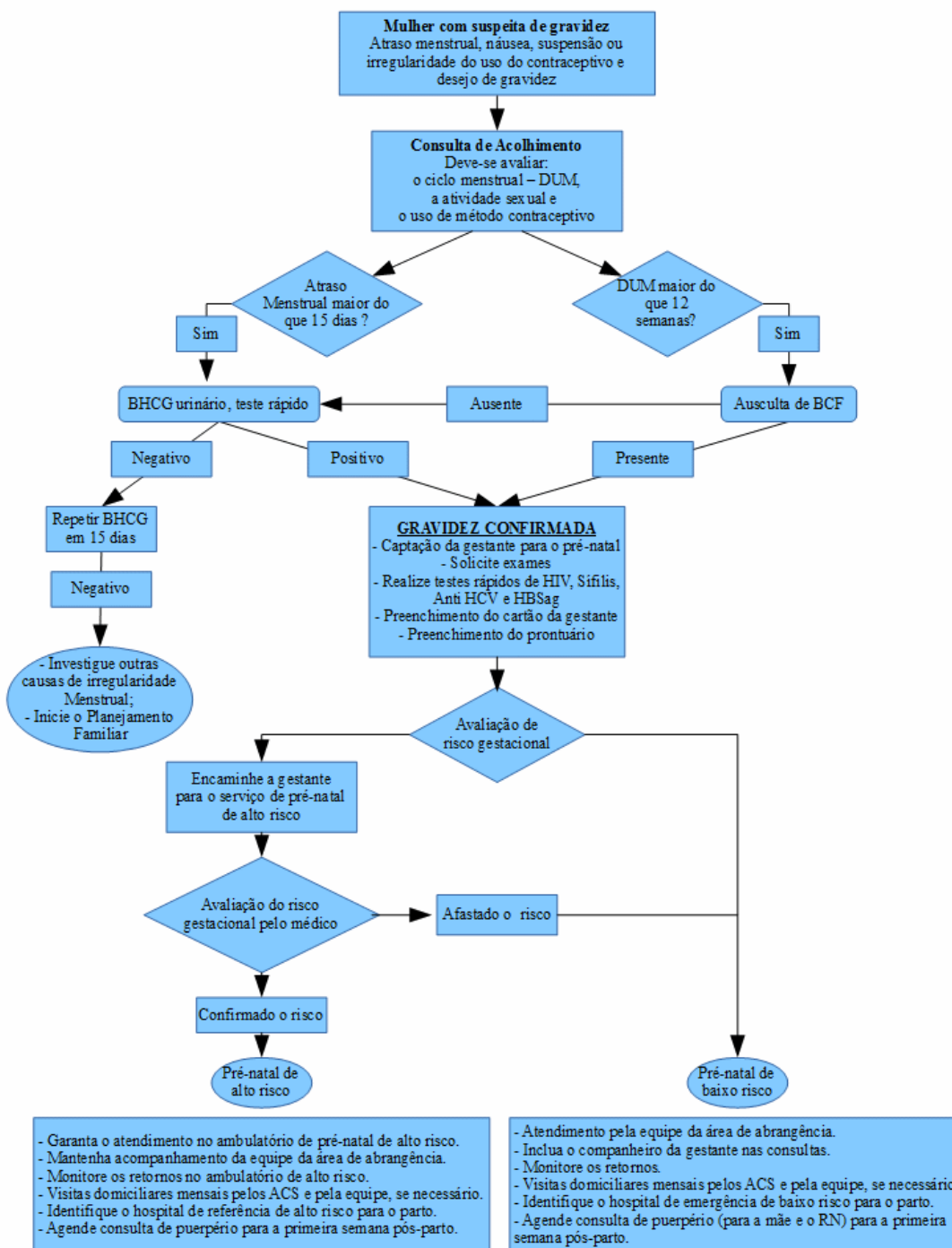
- Amolecimento da cervix uterina, com posterior aumento do seu volume;
- Paredes vaginais aumentadas, com aumento da vascularização (pode-se observar pulsação da artéria vaginal nos fundos de sacos laterais);
- Positividade da fração beta do HCG no soro materno a partir do oitavo ou nono dia após a fertilização.

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.

#### 4. FLUXOGRAMA DE PRÉ-NATAL-PN



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

## 5. AVALIAÇÃO GLOBAL

A avaliação global refere-se à avaliação geral da gestante, abordando anamnese, exame físico, solicitação/interpretação dos exames e avaliação do risco gestacional.

<p><b>ANAMNESE</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* presença de sinais e sintomas</li> <li>* planejamento reprodutivo</li> <li>* rede familiar e social</li> <li>* condições de moradia, de trabalho e exposições ambientais</li> <li>* atividade física</li> <li>* história nutricional</li> <li>* tabagista ativa ou passiva</li> <li>* álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas)</li> <li>* antecedentes clínicos, ginecológicos e de aleitamento materno</li> <li>* saúde sexualmente</li> <li>* imunização</li> <li>* saúde bucal</li> <li>* antecedentes familiares</li> </ul>
<p><b>EXAME FÍSICO (geral e específico)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* atenção para as alterações da pressão arterial</li> <li>* avaliar o estado nutricional (peso, altura, IMC) e do ganho de peso gestacional</li> <li>* atenção para as alterações na altura do fundo uterino</li> </ul>
<p><b>EXAMES (conforme o período gestacional)</b></p> <p><b>EXAMES (conforme o período gestacional)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Hemograma completo</li> <li>* Tipagem sanguínea e fator Rh</li> <li>* Glicemia de jejum</li> <li>* EQU + Urocultura com antibiograma</li> <li>* Anti hbs</li> <li>* Toxoplasmose IgG e IgM</li> <li>* Citomegalovírus IgG e IgM</li> <li>* Teste rápido de Sífilis ou sorologia (VDRL)</li> <li>* Teste rápido de HIV ou sorologia (Anti-HIV I e II)</li> <li>* Teste rápido de Hepatite B ou sorologia (HBsAg)</li> <li>* Teste rápido de Hepatite C</li> <li>* Coombs indireto</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Teste de tolerância à glicose</li> <li>* USG Obstétrico</li> <li>* Citopatológico do colo do útero</li> <li>* Pesquisa de Streptococos B – Hemolítico ( Swab anal e vaginal)</li> <li>* Parasitológico de fezes (casos específicos)</li> <li>* Teste de proteinúria (casos específicos)</li> <li>* Eletroforese de Hb</li> </ul>
<b>RISCO GESTACIONAL</b>	<p>Presença de sinais de alerta na gravidez: cefaleia, contrações regulares, diminuição da movimentação fetal, edema excessivo, epigastria, escotomas visuais, febre, perda de líquido, sangramento vaginal.</p> <p>Risco gestacional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>* fatores de risco indicativos de realização do pré-natal de baixo risco</li> <li>* fatores de risco indicativos de encaminhamento ao pré-natal de alto risco</li> <li>* sinais indicativos de encaminhamento à urgência/emergência obstétrica</li> </ul>



## 6. 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;

### 6.1 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	>28 a 36 QUINZENAL	37ª a 41ª SEMANA
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 o vínculo 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, 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**).

## 6.2 Roteiro para primeira consulta pré-natal

<b>PRIMEIRA CONSULTA</b>	
<b>IDENTIFICAÇÃO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Nome;</li> <li>● Número do Cartão Nacional de Saúde;</li> <li>● Idade;</li> <li>● Cor;</li> <li>● Naturalidade;</li> <li>● Procedência;</li> <li>● Endereço atual;</li> <li>● Unidade de referência.</li> </ul>
<b>DADOS SÓCIO-ECONÔMICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Grau de instrução;</li> <li>● Profissão/ocupação (deve-se identificar fatores de risco);</li> <li>● Estado civil/união;</li> <li>● Número e idade de dependentes (avaliar a sobrecarga - trabalho doméstico);</li> <li>● Renda familiar;</li> <li>● Pessoas da família com renda;</li> <li>● Condições de moradia (tipo, nº de cômodos);</li> <li>● Condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo);</li> <li>● Distância da residência até a unidade de saúde.</li> </ul>
<b>ANTECEDENTES FAMILIARES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hipertensão arterial;</li> <li>● Diabetes mellitus;</li> <li>● Malformações congênitas e anomalias genéticas;</li> <li>● Gemelaridade;</li> <li>● Câncer de mama e/ou do colo uterino;</li> <li>● Hanseníase;</li> <li>● Tuberculose e outros contatos domiciliares (anotar a doença e o grau de parentesco);</li> <li>● Doença de Chagas;</li> <li>● Parceiro sexual portador de infecção pelo HIV.</li> </ul>
<b>ANTECEDENTES PESSOAIS GERAIS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hipertensão arterial crônica;</li> <li>● Diabetes mellitus;</li> <li>● Cardiopatias, inclusive Doença de Chagas;</li> <li>● Doenças renais crônicas;</li> <li>● Anemias e deficiências de nutrientes específicos;</li> <li>● Desvios nutricionais (baixo peso, desnutrição, sobrepeso, obesidade);</li> <li>● Epilepsia;</li> <li>● Doenças da tireoide e outras endocrinopatias;</li> <li>● Vírus (rubéola, hepatites);</li> <li>● Hanseníase, tuberculose, malária, sífilis ou outras doenças infecciosas;</li> <li>● Infecção do trato urinário;</li> <li>● Portadora de infecção pelo HIV (se a paciente está em uso de antirretrovirais e especificar o esquema utilizado);</li> <li>● Doenças neurológicas e psiquiátricas; Cirurgia (tipo e data);</li> <li>● Transfusões de sangue;</li> <li>● Alergias (inclusive medicamentosas);</li> <li>● Doenças neoplásicas;</li> <li>● Vacinação;</li> <li>● Uso de medicamentos;</li> <li>● Uso de drogas, tabagismo e alcoolismo.</li> </ul>
<b>ANTECEDENTES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade; idade da</li> </ul>

<b>GINECOLÓGICOS</b>	<p>menarca);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Uso de métodos anticoncepcionais prévios (quais, por quanto tempo e motivo do abandono);</li> <li>● Infertilidade e esterilidade (tratamento);</li> <li>● Infecções sexualmente transmissíveis, inclusive doença inflamatória pélvica (tratamentos realizados, inclusive pelo parceiro);</li> <li>● Cirurgias ginecológicas (idade e motivo);</li> <li>● Malformações uterinas;</li> <li>● Mamas (patologias e tratamento realizado);</li> <li>● Última colpocitologia oncótica (Papanicolau ou “preventivo”, data e resultado).</li> </ul>
<b>SEXUALIDADE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Início da atividade sexual (idade da primeira relação);</li> <li>● Dispareunia (dor ou desconforto durante o ato sexual);</li> <li>● Prática sexual na gestação atual ou em gestações anteriores;</li> <li>● Número de parceiros da gestante e de seu parceiro em época recente ou pregressa;</li> <li>● Uso de preservativos masculinos e/ou femininos (“uso correto” e “uso habitual”)</li> </ul>
<b>ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez ectópica, mola hidatiforme);</li> <li>● Número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, por fórceps);</li> <li>● Cesáreas – indicações;</li> <li>● Número de abortamentos (espontâneos, provocados, causados por IST’s, complicados por infecções, relato de insuficiência istmo cervical, história de curetagem pós-abortamento);</li> <li>● Número de filhos vivos;</li> <li>● Idade na primeira gestação;</li> <li>● Intervalo entre as gestações (em meses);</li> <li>● Isoimunização Rh;</li> <li>● Número de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37ª semana de gestação), pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação);</li> <li>● Número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500g) e com mais de 4.000g;</li> <li>● Número de recém-nascidos prematuros ou pequenos para a idade gestacional;</li> <li>● Mortes neonatais precoces: até sete dias de vida (número e motivo dos óbitos);</li> <li>● Mortes neonatais tardias: entre sete e 28 dias de vida (número e motivo dos óbitos);</li> <li>● Natimortos (morte fetal intraútero e idade gestacional em que ocorreu);</li> <li>● Recém-nascidos com icterícia, transfusão, hipoglicemia, transfusões;</li> <li>● Intercorrências ou complicações em gestações anteriores (deve-se especificá-las);</li> <li>● Complicações nos puerpérios (deve-se descrevê-las);</li> <li>● Histórias de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame).</li> </ul>
<b>GESTAÇÃO ATUAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Data do primeiro dia/mês/ano da última menstruação – DUM (certeza ou dúvida);</li> <li>● Cálculo da idade gestacional e data provável do parto;</li> <li>● Aferição da pressão arterial;</li> <li>● Peso prévio e altura;</li> <li>● Sinais e sintomas na gestação em curso;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hábitos alimentares;</li> <li>● Atividade física;</li> <li>● Medicamentos utilizados na gestação;</li> <li>● Internação durante a gestação atual;</li> <li>● Hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e drogas ilícitas;</li> <li>● Ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse);</li> <li>● Aceitação ou não da gravidez pela mulher, pelo parceiro e pela família, principalmente se for adolescente;</li> <li>● Identificar gestantes com fraca rede de suporte social.</li> </ul>
<b>CONDUTAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Avaliação de Saúde Bucal: encaminhá-la para o agendamento da consulta odontológica;</li> <li>● Convidar para participar das Atividades Educativas (Encontro de Gestantes,...);</li> <li>● Fazer o agendamento das consultas subsequentes;</li> <li>● Prescrição de medicamentos conforme protocolo;</li> <li>● Realizar cadastro nos sistemas vigentes;</li> <li>● Solicitação de exames laboratoriais e testagem rápida.</li> </ul>

### 6.3 Roteiro para consultas subsequentes

<b>CONSULTAS SUBSEQUENTES</b>	
<b>ANAMNESE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• 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;</li> <li>• Exame físico direcionado (avaliar o bem-estar materno e fetal);</li> <li>• Verificar o calendário de vacinação;</li> <li>• Avaliar o resultado dos exames complementares;</li> <li>• Revisar e atualizar a Caderneta de Gestante</li> </ul>
<b>CONTROLES MATERNOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cálculo e anotação da idade gestacional;</li> <li>• 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;</li> <li>• Medida da pressão arterial (observe a aferição da PA com técnica adequada);</li> <li>• Palpação obstétrica e medida da altura uterina (anote os dados no gráfico e observe o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal);</li> <li>• Pesquisa de edema;</li> <li>• Exame ginecológico, incluindo das mamas, para observação do mamilo.</li> <li>• Auscultar os batimentos cardio-fetais;</li> </ul>
<b>CONTROLES FETAIS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliação dos movimentos percebidos pela mulher e/ou detectados no exame obstétrico/registo dos movimentos fetais;</li> <li>• Teste de estímulo sonoro simplificado (Tess), se houver indicação clínica.</li> </ul>
<b>CONDUTAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Interprete os dados da anamnese e do exame clínico/obstétrico e correlação com resultados de exames complementares;</li> <li>• Avalie os resultados de exames complementares e tratamento de</li> </ul>

	<p>alterações encontradas ou encaminhamento, se necessário;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescreva a suplementação de sulfato ferroso (40 mg de ferro elementar/dia) e ácido fólico (5 mg/dia), para profilaxia da anemia;</li> <li>• Oriente a gestante sobre alimentação e faça o acompanhamento do ganho de peso gestacional;</li> <li>• Incentive o aleitamento materno exclusivo até os seis meses;</li> <li>• Oriente a gestante sobre os sinais de risco e a necessidade de assistência em cada caso;</li> <li>• Faça o acompanhamento das condutas adotadas em serviços especializados, pois a mulher deverá continuar a ser acompanhada pela equipe da atenção básica;</li> <li>• Proceda à realização de ações e práticas educativas individuais e coletivas;</li> <li>• Faça o agendamento das consultas subsequentes.</li> </ul>
--	--

#### 6.4 Consulta odontológica

<b>CONSULTA ODONTOLÓGICA DA GESTANTE</b>	
<b>ANAMNESE/ CONDUTAS</b>	<p>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.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• 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.</li> <li>• No segundo trimestre é o período mais adequado para a realização de intervenções clínicas e procedimentos.</li> <li>• 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.</li> </ul> <p><b>Primeiro Trimestre</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Acolhimento e cadastramento da gestante; A gestante será avaliada pelo CD por meio de anamnese e exame clínico.</li> <li>• Avaliação geral da paciente</li> <li>• Orientações sobre saúde bucal: Conceito de placa bacteriana; incentivo à adoção de hábitos saudáveis dentro do ambiente familiar.</li> <li>• Elaboração do plano de tratamento a ser realizado no segundo trimestre (Adequação do meio bucal).</li> <li>• Caso seja necessário algum procedimento odontológico urgente nesta</li> </ul>

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.
- 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 bucal 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.

RELAÇÃO DE MEDICAMENTOS UTILIZADOS DURANTE A GESTAÇÃO PELA ODONTOLOGIA	
Analgésicos	
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	
Anti-Inflamatórios	
Apresentação	Posologia
Betametazona comp. 2mg	2 comp. dose única V.O
Dexametazona 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.	
Antibióticos	
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
Anestésicos locais	
Apresentação	Nome Comercial
Lidocaína 2% com vaso constritor-adrenalina	Xylocaina, lidocaína com vaso constritor 1:100.000
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

## 6.5 Queixas frequentes na gestação

QUEIXA	COMO AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
<b>NÁUSEAS/ VÔMITOS</b>	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> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presença de sinais de alerta;</li> <li>• Grávidas muito jovens, emocionalmente imaturas;</li> <li>• Gestações não planejadas.</li> </ul>	Ver Fluxograma 2	Ver Fluxograma 2
<b>QUEIXAS URINÁRIAS</b>	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> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presença de sinais de alerta;</li> <li>• Presença de sintomas sistêmicos.</li> </ul>	Ver Fluxograma 3	Ver Fluxograma 3
<b>DOR ABDOMINAL/ CÓLICA</b>	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> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presença de sinais de alerta;</li> <li>• Presença de ITU;</li> <li>• Verificar se a gestante não está apresentando contrações uterinas.</li> </ul>	Ver Fluxograma 4	Ver Fluxograma 4
<b>EDEMA</b>	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> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A possibilidade do edema patológico, em geral associado à hipertensão e proteinúria, sendo sinal de pré-eclâmpsia;</li> <li>• A maioria das grávidas edemaciadas exibe gestação normal.</li> </ul>	Ver Fluxograma 5	Ver Fluxograma 5
<b>PIROSE/ AZIA</b>	Embora possa acometer a gestante durante toda a gravidez, é mais intensa e frequente no final da gravidez. <u>Avaliar sempre:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sintomas iniciados antes da gravidez;</li> <li>• Uso de medicamentos;</li> <li>• História pessoal e familiar de úlcera gástrica.</li> </ul>	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)	Enfermeiro(a)/ médico(a)
<b>SIALORREIA</b>	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).	Enfermeiro(a)/ médico(a)
<b>FRAQUEZA/ TONTURA</b>	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.	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:	Enfermeiro(a)/ médico(a)



	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.	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.	
<b>FALTA DE AR/ DIFICULDADE PARA RESPIRAR</b>	Embora o fator mecânico (compressão do diafragma pelo útero gravídico) contribua para o agravamento da queixa no final da gestação, é a hiperventilação a maior responsável por esse distúrbio respiratório. <u>Avaliar sempre:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presença de sinais de alerta;</li> <li>• Tosse;</li> <li>• Edema;</li> <li>• História de asma e outras pneumopatias;</li> <li>• Sinais ou história de TVP;</li> <li>• História de trauma recente;</li> <li>• Febre associada.</li> </ul>	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)
<b>DOR NAS MAMAS (MASTALGIA)</b>	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> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presença de sinais de alerta;</li> <li>• Descargas papilares purulentas ou sanguinolentas.</li> </ul>	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)
<b>OBSTIPAÇÃO/ CONSTIPAÇÃO INTESTINAL/ FLATULÊNCIAS</b>	Comum na gestação, agravada pelo esforço na evacuação ou pela consistência das fezes. Muitas vezes associada a queixas anais como fissuras e hemorroidas.	<u>É recomendado:</u> * Ingerir alimentos que formam resíduos, como legumes e verduras – em especial as folhosas, por serem ricas em fibras – e frutas cítricas. * Aumentar a ingestão de água para seis a oito copos/ dia (caso não haja nenhuma patologia que a restrinja). * Reavaliar alimentação rica em fibras e evitar alimentos que causem muita fermentação. * Evitar alimentos flatulosos (feijão, grão-de-bico, lentilha, repolho, brócolis, pimentão, pepino e couve). * Fazer caminhadas leves (se não forem contraindicadas). * Prevenir fissuras anais (não usar papel higiênico, usar água e sabão para limpeza após as evacuações). Caso essas medidas não resolvam, avaliar a necessidade do uso de medicamentos: Dimeticona (40-80 mg), de 6/6 horas, para flatulência; Hioscina/Escopolamina (10 mg), de 8/8 horas, para dor abdominal; Supositório de glicerina.	Enfermeiro(a)/ médico(a)
<b>HEMORROIDA</b>	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> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento da intensidade da dor;</li> <li>• Endurecimento do botão hemorroidário;</li> <li>• Sangramento retal.</li> </ul>	<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)
<b>DOR LOMBAR</b>	A adaptação da postura materna sobrecarrega as articulações da coluna vertebral, sobretudo a lombossacral. <u>Avaliar sempre:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Características da dor (mecânica ou inflamatória, tempo de evolução, fatores de melhora ou piora, relação com o movimento);</li> </ul>	<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	Enfermeiro(a)/ médico(a)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sinais e sintomas associados (alerta para febre, mal-estar geral, sintomas urinários, enrijecimento abdominal e/ou contrações uterinas, deficit neurológico);</li> <li>História de trauma.</li> </ul>	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.	
<b>CORRIMENTO VAGINAL</b>	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> <ul style="list-style-type: none"> <li>Se há queixas de mudanças do aspecto do corrimento, coloração, presença de sintomas associados como prurido, ardência, odor e outros;</li> </ul>	<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)
<b>CEFALEIA</b>	É importante afastar as hipóteses de hipertensão arterial e pré-eclâmpsia. <u>Avaliar sempre:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Sinais de cefaleia secundária;</li> <li>Sintomas antes da gravidez;</li> <li>Diagnóstico prévio de enxaqueca;</li> <li>Uso de medicamentos.</li> </ul>	<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)
<b>VARIZES</b>	Manifestam-se, preferencialmente, nos membros inferiores e na vulva, exibindo sintomatologia crescente com o evoluir da gestação. <u>Avaliar sempre:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dor contínua ou ao final do dia;</li> <li>Presença de sinais flogísticos;</li> <li>Edema persistente.</li> </ul>	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)
<b>CÂIMBRAS</b>	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> <ul style="list-style-type: none"> <li>Uso de medicamentos;</li> <li>Presença de varizes;</li> <li>Fadiga muscular por uso excessivo.</li> </ul>	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)
<b>ESTRIAS</b>	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	Enfermeiro(a)/médico(a)

		amamentação.	
<b>PIGMENTAÇÃO/ CLOASMA GRAVÍDICO</b>	O aparecimento de manchas castanhas e irregulares na face ocorre em torno de 50% a 70% das gestantes, dando origem ao cloasma gravídico. A maioria das gestantes também apresenta grau de hiperpigmentação cutânea, especialmente na segunda metade da gravidez.	Geralmente estas hiperpigmentações desaparecem lentamente, ou ao menos regredem 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 permitida na gestação (prescrição médica)	Enfermeiro(a)/ médico(a)
<b>ALTERAÇÃO NA MOVIMENTAÇÃO FETAL</b>	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 “mobilograma” 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)
<b>SANGRAMENTO NA GENGIVA</b>	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)
<b>EPISTAXE E CONGESTÃO NASAL</b>	Geralmente fisiológicos, resultam da embebição gravídica da mucosa nasal provocada pelos hormônios esteroides (vasodilatação, aumento da vascularização e edema do tecido conjuntivo). Avaliar sempre outras patologias que possam cursar com tais sintomas, em especial os distúrbios de coagulação, no caso de epistaxe.	Congestão nasal: instilação nasal de soro fisiológico. Epistaxe: leve compressão na base do nariz. Casos mais graves: encaminhar ao especialista ou ao serviço de emergência.	Enfermeiro(a)/ médico(a)

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

## 6.6 Intercorrências do pré-natal

INTERCORRÊNCIA	COMO IDENTIFICA/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
<b>ABORTAMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sinais de alerta para abortamento.</li> <li>Atraso menstrual.</li> <li>Sangramento vaginal.</li> <li>Presença de cólicas no hipogástrio.</li> <li>Realização de exame especular e toque vaginal.</li> <li>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.</li> <li>Ameaça de aborto x abortamento em curso: a diferenciação é pelo colo do útero (se está pérvio ou não).</li> <li>Idade gestacional acima de 12 semanas: risco de perfuração uterina por partes ósseas fetais, necessita de exame ultrassonográfico.</li> <li>Realização de exame ultrassonográfico, se possível.</li> <li>Para o diagnóstico de certeza entre uma ameaça de aborto e abortamento inevitável: presença de saco embrionário íntegro e/ou conceito vivo.</li> <li>Para o diagnóstico de aborto incompleto: presença de restos ovulares.</li> <li>Para o diagnóstico de aborto retido: presença de conceito morto ou ausência de embrião, com colo uterino impérvio.</li> </ul> <p>• No aborto infectado: secreção fétida endovaginal, dor pélvica intensa à palpação, calor local e febre, além de comprometimento variável do estado geral.</p>	<p><u>Na ameaça de aborto:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Administrar, por tempo limitado, antiespasmódicos (hioscina/escopolamina 10 mg, um comprimido, via oral, de 8/8 horas);</li> <li>Recomendar abstinência sexual;</li> <li>Observar evolução do quadro, pois uma ameaça de abortamento pode evoluir para gestação normal ou para abortamento inevitável;</li> <li>Caso não seja possível realizar USG, encaminhar ao hospital de referência obstétrica.</li> </ul> <p><u>No abortamento inevitável e aborto retido:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Encaminhar para o hospital de referência obstétrica</li> </ul> <p><u>No abortamento infectado:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Iniciar fluidoterapia, para a estabilização hemodinâmica;</li> <li>Encaminhar para o hospital de referência obstétrica.</li> </ul>	Médico(a)
<b>GRAVIDEZ ECTÓPICA</b>	<p><u>Características:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>História de atraso menstrual com teste positivo para gravidez;</li> <li>Perda sanguínea uterina e dor pélvica intermitente, na fase</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encaminhar a gestante para um hospital de referência obstétrica.</li> </ul>	Médico(a)

	<p>inicial, evoluindo para dor contínua e intensa, dor pélvica intermitente;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• USG após 5ª semana de gestação não demonstrando gravidez tópica.</li> </ul> <p><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.</p>		
<b>OUTRAS CAUSAS DE SANGRAMENTO</b>	<p><b>DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL</b></p> <p><u>Características:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presença de sangramento vaginal intermitente, de intensidade variável, indolor e, por vezes, acompanhado da eliminação de vesículas (sinal patognomônico);</li> <li>• 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);</li> <li>• Não há presença de batimentos cardíacos ou outras evidências de embrião (nas formas completas);</li> <li>• A presença de hiperemese é mais frequente, podendo levar a mulher a estados de desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos;</li> <li>• A doença trofoblástica pode vir com sangramento volumoso e até choque;</li> <li>• A doença trofoblástica pode vir com hipertensão gestacional precoce.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encaminhar a gestante ao hospital de referência obstétrica.</li> </ul>	Médico(a)
<b>OUTRAS CAUSAS DE SANGRAMENTO (CONTINUAÇÃO)</b>	<p><b>DESCOLAMENTO CORIOAMNIÓTICO</b></p> <p><u>Características:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangramento de pequena intensidade no primeiro trimestre;</li> <li>• A evolução em geral é boa e não representa quadro de risco materno e/ou ovular.</li> <li>• Realização de exame ultrassonográfico</li> <li>• Visualização do descolamento corioamniótico.</li> </ul>	<p><u>Recomendações:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendar abstinência sexual;</li> <li>• Caso haja disponibilidade de USG, a condução pode ser realizada na UBS.</li> </ul> <p>Caso não seja possível realizar USG, encaminhar ao hospital de referência obstétrica.</p>	
<b>DESCOLAMENTO PREMATURO DA PLACENTA (DPP)</b>	<p><u>Características:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparecimento de dor abdominal súbita, com intensidade variável;</li> <li>• 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);</li> <li>• Causa importante de sangramento no 3º trimestre.</li> </ul> <p><u>Realização do exame obstétrico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Na fase inicial, ocorre taquihipersístolia (contrações muito frequentes [ &gt; cinco em dez minutos] e intensas), seguida de hipertonia uterina e alteração dos batimentos cardíacos fetais;</li> <li>• Útero, em geral, encontra-se hipertônico, doloroso, sensível às manobras palpatórias;</li> <li>• Os batimentos cardíacos fetais podem estar alterados ou ausentes;</li> <li>• Comprometimento variável das condições gerais maternas, desde palidez de pele e mucosas até choque e distúrbios da coagulação sanguínea.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Na suspeita diagnóstica, encaminhar a gestante, como emergência, ao hospital de referência obstétrica.</li> </ul>	Enfermeiro(a)/ médico(a)
<b>PLACENTA PRÉVIA</b>	<p><u>Características:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangramento vaginal, súbito, de cor vermelho-vivo, de quantidade variável, indolor. É episódica, recorrente e progressiva.</li> </ul> <p><u>Realização do exame obstétrico:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revela volume e tono uterinos normais e frequentemente apresentação fetal anômala;</li> <li>• Habitualmente, os batimentos cardíacos fetais estão mantidos;</li> <li>• O exame especular revela presença de sangramento proveniente da cavidade uterina e, na suspeita clínica, deve-se evitar a realização de toque vaginal.</li> </ul> <p><u>Realização de exame ultrassonográfico, se possível:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visualização de placenta em localização baixa, confirmando o diagnóstico;</li> <li>• 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.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Referenciar a gestante para o alto risco.</li> </ul>	Médico(a)

<b>TRABALHO DE PARTO PREMATURO (TPP)</b>	<p><u>Características:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O TPP frequentemente está relacionado a infecções urinárias e vaginais, principalmente à vaginose bacteriana;</li> <li>• Para a vaginose bacteriana, pode ser feita a abordagem sintomática ou a realização do exame de bacterioscopia da secreção vaginal onde estiver disponível;</li> <li>• Na suspeita de infecção urinária, tratar conforme Fluxograma 3 e solicitar urina tipo I e urocultura;</li> <li>• Na presença de contrações uterinas rítmicas e regulares, porém sem modificação cervical, caracteriza-se o falso trabalho de parto prematuro. Tais casos costumam evoluir bem apenas com o repouso, principalmente se identificada e tratada a causa de base.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Solicitar avaliação especializada, quando possível.</li> <li>• O trabalho de parto prematuro constitui situação de risco gestacional, portanto a gestante deve ser encaminhada para um centro ou maternidade de referência.</li> </ul>	Enfermeiro(a)/médico(a)
<b>ANEMIA</b>	<p><u>Fatores de risco para anemia na gestação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta com pouco ferro, vitaminas ou minerais;</li> <li>• Perda de sangue decorrente de cirurgia ou lesão;</li> <li>• Doença grave ou de longo prazo (como câncer, diabetes, doença nos rins, artrite reumatoide, retrovírose, doença inflamatória do intestino, doença no fígado, insuficiência cardíaca e doença na tireoide);</li> <li>• Infecções de longo prazo;</li> <li>• Histórico familiar de anemia herdada, como talassemia e doença falciforme.</li> </ul> <p><u>Características:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A anemia durante a gestação pode estar associada a um risco aumentado de baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e trabalho de parto prematuro;</li> <li>• Atentar para os diagnósticos prévios ou no pré-natal de talassemia, doença falciforme, entre outros.</li> </ul>	Ver Fluxograma 6	Ver Fluxograma 6
<b>ANEMIA (CONTINUAÇÃO)</b>	<p><u>Hipertensão arterial:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Define-se como hipertensão arterial quando a pressão arterial sistólica atinge valor <math>\geq 140</math> mmHg e/ou a pressão arterial diastólica atinge valor <math>\geq 90</math> mmHg, em duas medidas com intervalo de, pelo menos, quatro horas;</li> <li>• As consultas pré-natais devem ser mensais até a 30ª semana, quinzenais até a 34ª semana e semanais após essa idade gestacional até o parto.</li> </ul> <p><u>Pré-eclâmpsia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Caracterizada pelo aparecimento de HAS e proteinúria após a 20ª semana de gestação em mulheres previamente normotensas.</li> </ul> <p><u>Eclâmpsia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas.</li> </ul>	<p><u>Na hipertensão arterial:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A metildopa é a droga preferida por ser a mais bem estudada e por não haver evidência de efeitos deletérios para o feto (750-2.000 mg/dia prescrição médica);</li> <li>• Outros antagonistas de canais de cálcio (ACC), como nifedipino (10-80 mg/dia), podem ser considerados como alternativas (prescrição médica);</li> <li>• Os betabloqueadores são considerados seguros na gravidez, embora se atribua a eles redução no crescimento fetal (prescrição médica).</li> </ul> <p>Por seus efeitos danosos ao feto, os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA), como captopril, e antagonistas da angiotensina II, como losartana, devem ser substituídos.</p> <p><u>Na pré-eclâmpsia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Referenciar à urgência obstétrica e, caso a gestante não fique internada, encaminhar ao pré-natal de alto risco.</li> </ul> <p><u>Na eclâmpsia:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Referenciar à urgência obstétrica.</li> </ul> <p>Ver Fluxograma 12.</p>	Enfermeiro(a)/médico(a)
<b>DIABETES MELLITUS GESTACIONAL</b>	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
<b>IST</b>	<p><u>Características:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• As infecções sexualmente transmissíveis (IST), podem ocorrer em qualquer momento do período gestacional;</li> <li>• Abortos espontâneos, natimortos, baixo peso ao nascer, infecção congênita e perinatal estão associados às IST não tratadas em gestantes.</li> </ul>	Tratar conforme diagnóstico, respeitando as particularidades da gestação	Enfermeiro(a)/médico(a)
<b>ALTERAÇÃO DO LÍQUIDO AMNIÓTICO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Polidrâmnio;</li> <li>• Oligodrâmnio;</li> <li>• Amniorrexe prematura;</li> <li>• Ver Fluxograma 10.</li> </ul>	Ver Fluxograma 10.	Ver Fluxograma 10
<b>GESTAÇÃO PROLONGADA OU</b>	<p><u>Características:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestação prolongada é aquela cuja idade gestacional encontra-se</li> </ul>	• Encaminhar a gestante com IG > 41 para um centro de referência para outros testes de	Enfermeiro(a)/médico(a)

PÓS-DATISMO	<ul style="list-style-type: none"> <li>entre 40 e 42 semanas;</li> <li>Gestação pós-termo é aquela que ultrapassa 42 semanas.</li> </ul>	vitalidade fetal. <ul style="list-style-type: none"> <li>Monitorar a gestante até a internação para o parto.</li> </ul>	
-------------	--	---	--

FONTE: Protocolo Atenção Básica – Saúde das Mulheres/2016, Ministério da Saúde, páginas 101 a 108.

### 6.7 Pré-natal masculino

Realizar coleta de testes rápidos (HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C) no parceiro precocemente, com foco no rastreamento/identificação dessas infecções. Encaminhar para avaliação e conduta médica, caso necessário.

**IMPORTANTE:** Somente solicitar triagem sorológica no Laboratório Municipal, se não houver os testes rápidos disponíveis no momento (é necessário SOMENTE a requisição específica, sem agendamento no SISREG).

Incentivar o parceiro a participar das atividades educativas junto a gestante, bem como a visita à maternidade.

### 6.8 Orientações de acordo com a idade gestacional

1 A 12 SEMANAS – ORIENTAR
• Importância do acompanhamento Pré-natal;
• Estimular a participação do companheiro (a) e dos familiares durante o processo de gestação;
• Esclarecer quanto aos sinais e sintomas comuns e risco na gravidez;
• Importância e orientações quanto ao aleitamento materno;
• Orientar sobre os hábitos alimentares e ganho de peso;
• Orientar sobre exercícios físicos e respiratórios;
• Hábitos de vida: uso de álcool, fumo, drogas, higiene, vestuário;
• Autocuidado da gestante (incentivar o uso do protetor solar) e do parceiro;
• Atividade sexual;
• Aspectos psicológicos da gravidez;
• Participação em atividades educativas;
• Realização do exame colpocitológico;
Consulta odontológica.

13 A 25 SEMANAS – REFORÇAR E ORIENTAR
• A importância da participação do(a) companheiro(a) e dos familiares durante o processo de gestação;
• O sono e repouso;
• Exercícios e relaxamento;
• Sexualidade e lazer;
• Importância do aleitamento materno e preparo da mama;
• Higiene, vestuário e trabalho;
• Alimentação;
• Importância da vacinação;
• As modificações e distúrbios gravídicos relativos a este período e cuidados necessários;

- Participação em atividades educativas.

### **26 A 35 SEMANAS – REFORÇAR E ORIENTAR**

- Exercícios respiratórios e abdominais;
- Cuidados com a postura;
- Sexualidade;
- Atividade física;
- Modificações e distúrbios gravídicos relativos a este período e cuidados necessários;
- Capacidade de o bebê perceber as sensações auditivas;
- Os cuidados com recém-nascido;
- Contracepção pós-parto.

a

### **36 A 41 SEMANAS – REFORÇAR E ORIENTAR**

- Possíveis intercorrências como: rompimento da bolsa, contrações; ocorrência de sangramentos;
- Sinais e sintomas do trabalho de parto;
- Movimentação fetal
- Amamentação;
- Cuidados com o RN,
- Direitos trabalhistas;
- Puericultura.

## 7. 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 amamentação.

### EXAMES CLÍNICO DAS MAMAS

- 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.
- 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.



## 8. HABILIDADES DOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DURANTE O PRÉ-NATAL

<b>OUVIR E APRENDER</b>	
<b>COMUNICAÇÃO NÃO VERBAL ÚTIL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter a cabeça no mesmo nível que a da mulher e ficar próximo a ela;</li> <li>• Prestar atenção à mulher e evitar distrair-se;</li> <li>• Assentir com a cabeça, sorrir e usar gestos que demonstrem aceitação;</li> <li>• Remover barreiras físicas;</li> <li>• Dedicar tempo, ou seja, não apressar a conversa;</li> <li>• Tocar na mulher de forma apropriada.</li> </ul>
<b>FAZER PERGUNTAS ABERTAS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Como? Qual? Conte-me? Fale-me?</li> </ul>
<b>USAR EXPRESSÕES E GESTOS QUE DEMONSTREM INTERESSE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Demonstrar interesse no que a gestante diz, utilizando gestos e palavras que incentivem a exposição de situações consideradas importante para mulher.</li> </ul>
<b>DEMONSTRAR EMPATIA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Procurar entender como a mulher se sente, observando a situação sob o ponto de vista da pessoa.</li> </ul>
<b>EVITAR PALAVRAS QUE SOAM COMO JULGAMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar expressões como: certo, errado, bem, mal, bom, ruim, suficiente, adequado, apropriado.</li> </ul>

<b>AUMENTAR A CONFIANÇA E OFERECER APOIO</b>	
<b>ACEITAR O QUE A MULHER PENSA E SENTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estabelecer o vínculo, incentivando a gestante expor suas dúvidas.</li> </ul>
<b>RECONHECER E ELOGIAR A MULHER</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• O elogio é uma importante ferramenta de comunicação, capaz de encorajar a mulher e fazer com que ela se sinta confiante e aceite sugestões para adotar novas atitudes e práticas durante e após o pré-natal.</li> </ul>
<b>OFERECER AJUDA PRÁTICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seja gentil e disponível durante a permanência da gestante no Serviço.</li> </ul>
<b>DAR POUCAS INFORMAÇÕES ENFATIZANDO AS MAIS RELEVANTES NO MOMENTO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Selecionar o que a gestante precisa saber naquele momento, não exagerando na quantidade de informações.</li> </ul>
<b>USAR LINGUAGEM SIMPLES</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Transmitir as informações em linguagem simples e adequadas, evitando utilizar termos técnicos.</li> </ul>
<b>DAR SUGESTÕES E NÃO ORDENS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Discutir com a gestante, levando em conta a situação familiar, tempo e recursos disponíveis, saúde da gestante e práticas culturais, não tomar decisões pela mulher e sim oferecer sugestões.</li> </ul>
<b>INCLUIR A REDE DE APOIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Acompanhantes, familiares, rede social nas atividades individuais e coletivas.</li> </ul>

## 9. 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	MODELO DE REQUISIÇÃO	SOLICITAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	CONDUTAS
<b>USG OBSTÉTRICO</b>	Específica de USG Obstétrica.	A Gestante deve realizar um exame de USG, preferencialmente entre 16ª – 20ª semana de gestação.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Inserir-lo na regulação com todos dados clínicos.</li> <li>* Solicitar outras USG somente quando houver necessidade, diante das intercorrências na gestação.</li> </ul>
<b>HEMOGRAMA</b>	Específica de gestante.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Hb &gt; 11g/dl: normal</li> <li>* Hb 8 e 11g/dl: anemia leve a moderada</li> <li>* Hb &lt; 8g/dl: anemia grave</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Se anemia presente, tratar e acompanhar hemoglobina após 30 e 60 dias.</li> <li>* Se anemia grave, encaminhar ao hospital de referência e ao pré-natal de Alto Risco.</li> </ul>
<b>ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA</b>	Específica de gestante.	Se a gestante for negra, tiver antecedentes familiares de anemia falciforme ou apresentar história de anemia crônica	Encaminhar para Alto risco.
<b>GLICEMIA DE JEJUM</b>	Específica de gestante.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Inferior a 92 mg/dl: normal</li> <li>* Entre 92 mg/dl a 125 mg/dl: DM gestacional</li> <li>* Se &gt; 126 mg/dl: diagnóstico de DM na gestação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Inferior a 92 mg/dL devem realizar o TOTG com 75g de glicose de 24 a 28 semanas.</li> <li>* Se o início do pré-natal for tardio (após 20 semanas de idade gestacional) deve-se realizar o TOTG com a maior brevidade possível.</li> <li>* Acima de 92 mg/dl orientar medidas de prevenção primária e referenciar ao Alto Risco.</li> </ul>
<b>TIPAGEM SANGUÍNEA + FATOR Rh</b>	Específica de gestante.	<ul style="list-style-type: none"> <li>* A(+), B(+), AB(+), O(+): tipo sanguíneo + fator Rh positivo</li> <li>* A(-), B(-), AB(-), O(-): tipo sanguíneo + fator Rh negativo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>* Se o fator Rh for negativo e o pai desconhecido ou pai com fator Rh positivo, realizar o exame de Coombs indireto.</li> <li>* Antecedentes de Hidropsia fetal ou neonatal, independentemente do Rh realizar exame de</li> </ul>

			Coombs indireto.
<b>ANTI-HBs</b>	Específica de gestante.	<p>* Anti-HBs positivo: imunizada</p> <p>* Anti-HBs negativo: não imunizada</p>	<p>* Anti-HBs negativo (esquema vacinal contra Hepatite B incompleto): atualizar esquema. Após 30/40 dias da realização da 3ª dose, repetir anti-HBs.</p> <p>* 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.</p>
<b>URINA TIPO I</b>	Específica de gestante.	<p>* Leucocitúria: presença acima de 10.000cél/ml ou 5cél/campo</p> <p>* Hematúria: presença acima de 10.000cél/ml ou 3 – 5hem/campo</p> <p>*Proteinúria: alterado &gt;10mg/dl</p> <p>*Presença de outros elementos: não necessitam de condutas especiais</p>	<p>*Tratar conforme urocultura.</p> <p>* Cilindrúria, hematúria sem ITU ou sangramento genital e proteinúria maciça ou dois exames seguidos com traços, passar por avaliação médica e, caso necessário, referir ao alto risco.</p> <p>* Na presença de traços de proteinúria: repetir em 15 dias, caso se mantenha, encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco.</p> <p>* Na presença de traços de proteinúria e hipertensão e/ou edema: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.</p> <p>* Na presença de proteinúria maciça: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.</p> <p>* Na presença de pielonefrite, referir ao alto risco.</p>
<b>UROCULTURA E ANTIBIOGRAMA</b>	Específica de gestante.	<p>* Urocultura negativa: &lt;100.000unidades formadoras de colônias por mL (UFC/mL)</p> <p>* Urocultura positiva: &gt;100.000UFC/mL</p> <p>* Antibiograma: indica os antibióticos que podem ser utilizados no tratamento.</p>	<p>* Conduta médica própria.</p>

<p><b>TOXOPLASMOSE IgG e IgM</b></p>	<p>Específica de gestante.</p>	<p>* IgG e IgM reagentes: - avidez de IgG fraca ou gestação &gt;16 semanas: possibilidade de infecção na gestação – iniciar tratamento imediatamente; - avidez forte e gestação &lt;16 semanas: doença prévia – não repetir exame.</p> <p>* IgM reagente e IgG não reagente: doença recente – iniciar tratamento imediatamente e repetir o exame após três semanas.</p> <p>* IgM não reagente e IgG reagente: doença prévia – não repetir o exame.</p> <p><b>* IgM e IgG não reagente:</b> suscetível – orientar medidas de prevenção e <b>repetir o exame no 3º trimestre.</b></p>	<p>* Fornecer orientações sobre prevenção primária para as gestantes suscetíveis: - lavar as mãos ao manipular alimentos; - lavar bem frutas, legumes e verduras antes de se alimentar; - não ingerir carnes cruas, mal cozidas ou mal passadas, incluindo embutidos (salame,.) - evitar o contato com o solo e a terra de jardim, se isso for indispensável, usar luvas e lavar bem as mãos após a atividade; - evitar contato com fezes de gato no lixo ou no solo; - após manusear carne crua, lavar bem as mãos; - não consumir leite e seus derivados crus, não pasteurizados, sejam de vaca ou de cabra; - lavar bem as mãos após o contato com os animais; - alimentar os gatos com carne cozida ou ração, não deixando que eles façam a ingestão de caça.</p>
<p><b>TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS. SOMENTE na falta, solicitar SOROLOGIA PARA VDRL</b></p>	<p>Se TR: utilizar requisição específica de TR</p>	<p>* Teste rápido não reagente ou VDRL negativo: normal * Teste rápido reagente: tratar (gestante e parceiro) e solicitar VDRL.</p>	<p>* Prescrever tratamento para gestante e parceiro (conforme Nota técnica N° 007/DIVE/SES/2016) para Sífilis. * Se parceiro reagente e gestante não reagente, realizar tratamento de ambos, orientar uso de preservativo e realizar teste rápido mensal na gestante.</p>
<p><b>TESTE RÁPIDO PARA HIV. SOMENTE na falta, solicitar SOROLOGIA PARA ANTI-HIV I e II</b></p>	<p>Se TR: utilizar requisição específica de TR</p>	<p>* 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.</p>	<p>* 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).</p>
<p><b>TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE C. SOMENTE na falta, solicitar SOROLOGIA PARA ANTI-HCV</b></p>	<p>Se TR: utilizar requisição específica de TR</p>	<p>Testes rápidos de HCV reagente: encaminhar ao SAE para coleta de Carga Viral para confirmação do diagnóstico.</p>	<p>Encaminhar para Alto Risco e SAE.</p>

<b>TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE B. SOMENTE na falta, solicitar HBsAg</b>	Se TR: utilizar requisição específica de TR	* 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, <b>indicar vacina após 14ª semana de gestação.</b> Toda gestante HBsAg não reagente deve receber a vacina contra Hepatite B ou ter seu calendário completado.
--	---	--	---

2º TRIMESTRE			
EXAMES	MODELO DE REQUISIÇÃO	SOLICITAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	CONDUTAS
<b>HEMOGRAMA</b>	Específica de gestante.	* Hb > 11g/dl: normal * Hb 8 e 11g/dl: anemia leve a moderada * Hb < 8g/dl: anemia grave	* Se anemia presente, tratar e acompanhar hemoglobina após 30 e 60 dias. * Se anemia grave, encaminhar ao hospital de referência e ao pré-natal de Alto Risco.
<b>TESTE DE TOLERÂNCIA À GLICOSE (TTOG 75 G) DOSAGENS: JEJUM 1ª E 2ª HORA</b>	Específica de gestante.	Somente solicitar TTOG 75 g entre 24 e 28 semanas se glicemia de jejum for inferior a 92 mg/dl no primeiro trimestre.  Se o início do pré-natal for tardio (após 20 semanas de idade gestacional) deve-se realizar o TOTG com a maior brevidade possível.  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	* Diabetes Mellitus ou Diabetes Mellitus Gestacional referenciar ao Alto Risco.  * Encaminhar ao nutricionista e realizar orientações sobre dieta
<b>COOMBS INDIRETO</b>	Específica de gestante.	<b>Solicitar somente se a gestante for Rh negativo e</b>	* Coombs indireto positivo: referenciar Alto Risco

	Acrescentar período 24 semanas.	o pai desconhecido, pai com fator Rh positivo ou antecedentes de Hidropsia fetal ou neonatal, independentemente do Rh. * Coombs indireto positivo: gestante sensibilizada * Coombs indireto negativo: gestante não sensibilizada	* Coombs indireto negativo: - repetir exame de 4/4semanas; - imunoglobulina anti-D pós-parto, se o RN for Rh positivo e coombs direto for negativo, após abortamento, gestação ectópica, gestação molar, sangramento vaginal ou após procedimentos invasivos (amniocentese), se mãe Rh (-) e pai Rh(+).
<b>URINA TIPO I</b>	Específica de gestante.	* Hematúria: presença acima de 10.000cél/ml ou 3 – 5hem/campo *Proteinúria: alterado >10mg/dl *Presença de outros elementos: não necessitam de condutas especiais	*Tratar conforme urocultura. * Cilindrúria, hematúria sem ITU ou sangramento genital e proteinúria maciça ou dois exames seguidos com traços, passar por avaliação médica e, caso necessário, referenciar ao alto risco. * Na presença de traços de proteinúria: repetir em 15 dias, caso se mantenha, encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco. * Na presença de traços de proteinúria e hipertensão e/ou edema: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco. * Na presença de proteinúria maciça: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco. * Na presença de pielonefrite, referir ao alto risco.
<b>UROCULTURA E ANTIBIOGRAMA</b>	Específica de gestante.	* 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.	* Conduta médica própria.
<b>TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS*. SOMENTE na falta, solicitar SOROLOGIA PARA VDRL</b>	Se TR: utilizar requisição específica de TR	* Teste rápido não reagente ou VDRL negativo: normal * Teste rápido reagente: tratar (gestante e parceiro) e solicitar VDRL.	* Prescrever tratamento (conforme Nota técnica N° 007/DIVE/SES/2016) para Sífilis.
<b>CITOPATOLÓGICO DE COLO DE ÚTERO</b>	Não é necessária	A realização deste exame em mulheres grávidas, podendo ser feito em qualquer período da gestação, preferencialmente até o 7º mês, somente da	A coleta deve ser avaliada: realizar em gestantes não assíduas na prevenção do CA de colo de útero.

## ECTOCÉRVICE.

\* Realizar no segundo trimestre teste rápido para Sífilis conforme Plano para enfrentamento da Sífilis Congênita em Santa Catarina (DIVE2017)

3º TRIMESTRE			
EXAMES	MODELO DE REQUISIÇÃO	SOLICITAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	CONDUTAS
<b>HEMOGRAMA</b>	Específica de gestante.	* Hb > 11g/dl: normal * Hb 8 e 11g/dl: anemia leve a moderada * Hb < 8g/dl: anemia grave	* Se anemia presente, tratar e acompanhar hemoglobina após 30 e 60 dias. * Se anemia grave, encaminhar ao hospital de referência e ao pré-natal de Alto Risco.
<b>GLICEMIA DE JEJUM</b>	Específica de gestante.	* Inferior a 92 mg/dl: normal * Entre 92 mg/dl a 125 mg/dl: DM gestacional * Se > 126 mg/dl: diagnóstico de DM na gestação	* Inferior a 92 mg/dL devem realizar o TOTG com 75g de glicose de 24 a 28 semanas. * Se o início do pré-natal for tardio (após 20 semanas de idade gestacional) deve-se realizar o TOTG com a maior brevidade possível. * Acima de 92 mg/dl orientar medidas de prevenção primária e referenciar ao Alto Risco.
<b>TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS. SOMENTE na falta, solicitar SOROLOGIA PARA VDRL</b>	Se TR: utilizar requisição específica de TR	* Teste rápido não reagente ou VDRL negativo: normal * Teste rápido reagente: tratar (gestante e parceiro) e solicitar VDRL.	* Prescrever tratamento para Sífilis (conforme Nota técnica N° 007/DIVE/SES/2016) ou outra que vier em substituição.
<b>TESTE RÁPIDO PARA HIV. SOMENTE na falta, solicitar SOROLOGIA PARA ANTI-HIV I e II</b>	Se TR: utilizar requisição específica de TR	* 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.	Encaminhar para Alto Risco ( <u>fará acompanhamento com SAE e Alto Risco</u> ).
<b>TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE C. SOMENTE na falta, solicitar SOROLOGIA PARA ANTI-HCV</b>	Se TR: utilizar requisição específica de TR	Testes rápidos de HCV reagente: encaminhar ao SAE para coleta de Carga Viral para confirmação do diagnóstico.	Encaminhar para Alto Risco ( <u>fará acompanhamento no SAE e Alto Risco</u> ).
<b>TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE B.</b>	Se TR: utilizar	* HBsAg não reagente: normal	* HbsAg reagente: deve ser encaminhada ao Alto Risco

<b>SOMENTE na falta, solicitar HBsAg</b>	requisição específica de TR	* HBsAg reagente: encaminhar para o SAE para exames complementares e início do acompanhamento com Gastroenterologista.	( <u>fará acompanhamento no SAE e Alto Risco</u> ). * 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.
<b>CITOMEGALOVÍRUS IgG e IgM</b>	Específica de gestante.	- IgG e IgM reagentes: encaminhar o RN ao Pediatra, logo após o nascimento para tratamento.	NÃO há tratamento durante a gestação!
<b>PESQUISA DE STREPTOCOCCUS B HEMOLÍTICO (SWAB VAGINAL E ANAL)</b>	Específica de gestante.	Exame deve ser feito entre a 35 à 37ª semana de gestação para pesquisa de Estreptococo do grupo B (EGB)	Não existe vantagem em se tratar a gestante colonizada pelo EGB antes do parto. Resta-nos o uso adequado de antimicrobiano no intraparto ou no período de latência do trabalho de parto prematuro.
<b>URINA TIPO I</b>	Específica de gestante.	* 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	* Tratar conforme urocultura. * Cilindrúria, hematúria sem ITU ou sangramento genital e proteinúria maciça ou dois exames seguidos com traços, passar por avaliação médica e, caso necessário, referir ao alto risco. * Na presença de traços de proteinúria: repetir em 15 dias, caso se mantenha, encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco. * Na presença de traços de proteinúria e hipertensão e/ou edema: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco. * Na presença de proteinúria maciça: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco. * Na presença de pielonefrite, referir ao alto risco.
<b>UROCULTURA E ANTIBIOGRAMA</b>	Específica de gestante.	* 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.	* Conduta médica própria.
<b>TOXOPLASMOSE</b>	Específica de	IgG e IgM recentes:	* Fornecer orientações sobre



<p><b>IgG e IgM</b> (Realizar quando IgG e IgM: NÃO REAGENTE no primeiro trimestre).</p>	<p>gestante.</p>	<p>- avidéz de IgG fraca ou gestação &gt;16 semanas: possibilidade de infecção na gestação – iniciar tratamento imediatamente;</p> <p>- avidéz forte e gestação &lt;16 semanas: doença prévia – não repetir exame.</p> <p>* IgM reagente e IgG não reagente: doença recente – iniciar tratamento imediatamente e repetir o exame após três semanas.</p> <p>* IgM não reagente e IgG reagente: doença prévia – não repetir o exame.</p> <p>* IgM e IgG não reagente: suscetível – orientar medidas de prevenção.</p>	<p>prevenção primária para as gestantes suscetíveis:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- lavar as mãos ao manipular alimentos;</li> <li>- lavar bem frutas, legumes e verduras antes de se alimentar;</li> <li>- não ingerir carnes cruas, mal cozidas ou mal passadas, incluindo embutidos (salame,..)</li> </ul> <p>- evitar o contato com o solo e a terra de jardim, se isso for indispensável, usar luvas e lavar bem as mãos após a atividade;</p> <p>- evitar contato com fezes de gato no lixo ou no solo;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- após manusear carne crua, lavar bem as mãos;</li> <li>- não consumir leite e seus derivados crus, não pasteurizados, sejam de vaca ou de cabra;</li> <li>- lavar bem as mãos após o contato com os animais;</li> <li>- alimentar os gatos com carne cozida ou ração, não deixando que eles façam a ingestão de caça.</li> </ul>
--	------------------	---	--

EXAMES ESPECIAIS			
EXAMES	MODELO DE REQUISIÇÃO	SOLICITAÇÃO E INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	CONDUTAS
<p><b>TESTE RÁPIDO DE PROTEINÚRIA</b></p>	<p>Específica de gestante. ( Campo: outros exames).</p>	<p>Solicitar em casos de DHEG.</p> <p>* Ausência: &lt;10mg/dl (valor normal)</p> <p>* Traços: entre 1 e 3mg/dl (+) 30mg/dl (++) 40 a 100mg/dl (+++ ) 150 a 350mg/dl (++++ ) &gt;500mg/dl</p>	<p>A presença de proteinúria (+) ou mais deve ser seguida de uma determinação de proteinúria de 24horas, sendo um dos sinais para diagnóstico de pré-eclâmpsia. Encaminhar ao Alto Risco.</p>
<p><b>PARASITOLÓGICO DE FEZES</b></p>	<p>Específica de gestante. ( Campo: outros exames).</p>	<p>Quando anemia presente ou outras manifestações sugestivas.</p>	<p>* O diagnóstico e o tratamento de gestantes com parasitoses intestinais deveriam ser realizados antes da gestação.</p> <p>* Nenhuma droga antiparasitária é considerada totalmente segura na gestação.</p> <p>* Mulheres com parasitoses</p>

			<p>intestinais só devem ser tratadas na gravidez quando o quadro clínico é exuberante ou as infecções são maciças, não sendo recomendado o tratamento durante o primeiro trimestre da gestação.</p> <p>* Medidas profiláticas, como educação sanitária, higiene correta das mãos, controle da água, dos alimentos e do solo, devem ser encorajadas, devido ao impacto positivo que geram sobre a ocorrência de parasitoses intestinais.</p>
--	--	--	---

*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.*

## 10. ESQUEMAS BÁSICOS DE VACINAÇÃO

VACINA	SITUAÇÃO	DOSES	ESQUEMA INDICADO	OBS
<b>Vacina contra Influenza</b>	– Esquema vacinal desconhecido – Não vacinada	Dose única	Durante a campanha anual, independente da idade gestacional.	
<b>Vacina contra Hepatite B</b>	– Esquema vacinal desconhecido – Não vacinada – HBsAg (-) e Anti-HBs < 10	Três doses	1ª dose: após a 12ª semana de gestação 2ª dose: após 30 dias da primeira 3ª dose: após 6 meses da primeira	
	– Esquema incompleto	Completar esquema	Conforme o número de doses faltantes.	
<b>dT/ dTp acelular</b>	– Esquema vacinal desconhecido – Não vacinada	Três doses	<b>1ª dose (dT):</b> em qualquer idade gestacional <b>2ª dose (dT):</b> após 60 ou no mínimo 30 dias da primeira <b>3ª dose (dTpa):</b> após 60 dias ou no mínimo 30 dias da segunda, preferencialmente entre a 20ª semana de gestação até 40 dias pós-parto.	-Caso iniciado o esquema tardiamente, para prevenção do Tétano neonatal, a 2ª e a 3ª dose deve ser realizada pelo menos 20 dias antes do parto, respeitando o intervalo mínimo de 30 dias da 1ª dose, garantindo uma dose de dTpa. -A dose de dTpa deve ser administrada em todas as gestações, independentemente de já ter sido realizada em gestações anteriores. -Para gestantes em áreas de difícil acesso, administrar dTpa a partir da 20ª semana de gestação, adequando as doses conforme informações nesse quadro, visando não perder a oportunidade.
	-Esquema incompleto	Completar esquema	Conforme o número de doses faltantes, sendo uma de dTpa, preferencialmente entre a 20ª semana de gestação até 40 dias pós-parto.	
	-Esquema com três doses de dT (completo)	Uma dose dTpa	Reforço preferencialmente entre a 20ª semana de gestação até 40 dias pós-parto.	

Mesmo com esquema completo (três doses de dT) e ou reforço com dT, a gestante deverá receber uma dose de dTpa a cada gestação. Esta dose de dTpa deve ser considerada

como reforço. Esta dose deverá ser administrada mesmo nos casos em que a gestante já tenha recebido anteriormente um reforço, em período inferior a cinco anos.

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

## 11. SUPLEMENTAÇÃO DE SULFATO FERROSO E ÁCIDO FÓLICO

A suplementação de ferro deverá ser feita para todas as gestantes, independente do estado nutricional, pois há queda no nível de hemoglobina com o evoluir da gestação.

As gestantes devem ser suplementadas também com ácido fólico, pois esta vitamina também tem papel importante na gênese da anemia em gestantes, de acordo com a conduta estabelecida pela Área Técnica Saúde da Mulher do Ministério da Saúde. O Ácido Fólico para a prevenção dos defeitos congênitos do tubo neural deverá ser instituído preferencialmente no período pré-gestacional de 60 a 90 dias antes da concepção.

Segundo o Manual Operacional do PNSF do Ministério da Saúde, a distribuição dos suplementos é de caráter preventivo e não para tratamento. Segundo a Portaria nº 40/1998 da Secretaria de Vigilância Sanitária/MS, que estabelece normas para Níveis de Dosagens Diárias de Vitaminas e Minerais em Medicamentos, tanto o xarope quanto o comprimido de sulfato ferroso nas dosagens preconizadas pelo PNSF são dispensados de prescrição médica.

No município de Brusque, a prescrição deverá ser realizada pelo profissional médico e/ou enfermeiro.

MEDICAMENTO	PERÍODO DE USO	DOSAGEM	PERIODICIDADE	INDICAÇÃO	QUEM FAZ
ÁCIDO FÓLICO	90 dias antes da concepção até a 12ª semana de gestação. Se IG duvidosa, manter até 20ª semana.	1 cp de 5 mg	Diariamente	– Prevenção de defeitos do tubo neural -Anemia -Anemia megaloblástica	Médico/ Enfermeiro
SULFATO FERROSO	A partir do conhecimento da gravidez até 3 meses pós-parto.	1cp de 109mg/40mg	Diariamente	-Anemia	Médico/ Enfermeiro

OBS: O período de uso e a dosagem do medicamento Sulfato Ferroso podem ser alterado, de acordo com os resultados dos exames.

## 12. 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 os 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.

12.1 Fatores de risco que permitem a realização do pré-natal pela equipe de Atenção Básica (risco habitual).

<b>FATORES DE RISCO QUE PERMITEM A REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL PELA EQUIPE DE ATENÇÃO BÁSICA</b>
• Qualquer faixa etária sem outros fatores de risco;
• Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse;
• Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente;
• Situação conjugal insegura;
• Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular);
• Condições ambientais desfavoráveis;
• Altura menor do que 1,45m;
• IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade;
• Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado;
• Macrossomia fetal;
• Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas;
• Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos;
• Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos);
• Cirurgia uterina anterior;
• Três ou mais cesarianas;
• Ganho ponderal inadequado;
• Infecção urinária;
• Anemia.

## 12.2 Fatores de risco que podem indicar encaminhamento ao pré-natal de alto risco

O pré-natal de alto risco abrange cerca de 10% das gestações que cursam com critérios de risco, o que aumenta significativamente nestas gestantes a probabilidade de intercorrências e óbito materno e/ou fetal. Atenção especial deverá ser dispensada às grávidas com maiores riscos, a fim de reduzir a morbidade e a mortalidade materna e perinatal.

<b>FATORES DE RISCO QUE PODEM INDICAR ENCAMINHAMENTO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO</b>
• Cardiopatias;
• Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica);
• Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados);
• Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo);
• Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia);
• Hipertensão arterial crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo (PA>140/90mmHg antes de 20 semanas de idade gestacional – IG);
• Doenças neurológicas (como epilepsia);
• Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.);
• Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses);
• Alterações genéticas maternas;
• Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar;
• Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras);
• Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras ISTs (condiloma);
• Síndrome Congênita do Zika Vírus;
• Hanseníase;
• Tuberculose;
• Isoimunização Rh
• Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
• Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado;
• Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior acima de 20 semanas, principalmente se for de causa desconhecida;
• História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome Hellp, eclâmpsia, internação da mãe em UTI);
• Abortamento habitual duas ou mais perdas precoces consecutivas;
• Esterilidade/infertilidade;
• Restrição do crescimento intrauterino;
• Polidrâmnio ou oligoidrâmnio;
• Gemelaridade;
• Malformações fetais ou arritmia fetal;
• NIC III;
• <u>OBSERVAÇÃO:</u> É necessário que haja evidência de medidas consecutivas que sugiram hipertensão. Nestas situações, não se deve encaminhar o caso com medida isolada. Em caso de suspeita de pré-

eclâmpsia/eclâmpsia, deve-se encaminhar a paciente à emergência obstétrica.
• Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser inicialmente encaminhada ao hospital de referência, para avaliação);
• Anemia grave (hemoglobina menor <8) ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso;
• Infecções como a rubéola e o citomegalovírus, adquiridos na gestação atual;
• Evidência laboratorial de proteinúria;
• Diabetes mellitus gestacional;
• Desnutrição materna severa;
• Obesidade mórbida ou baixo peso (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante para avaliação nutricional);
• Distúrbios hipertensivos da gestação (HAS crônica preexistente, gestacional ou transitória);
• Suspeita clínica importante de câncer de mama ou mamografia com BI-RADS III ou mais;
• Avaliação de fatores de risco psicossocial.

### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

RISCO..... 10 ou mais pontos: **ALTO**

RISCO..... 5 a 9 pontos: **MÉDIO**

RISCO..... até 4 pontos: **BAIXO**

**IMPORTANTE: Classificação ALTO RISCO, encaminhar imediatamente para o Especialista. Caso a somatória dos riscos da gestante, for classificada em MÉDIO RISCO, a paciente deve ser encaminhada ao Especialista, após a 26ª semana.**

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.



## CRITÉRIOS PARA ENCAMINHAMENTO: GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

<p style="text-align: center;"><b>1. IDADE:</b></p> <p>(-) de 15 anos..... 1 De 15 a 34 anos..... 0 (+) de 35 anos..... 1</p>	<p style="text-align: center;"><b>5. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL:</b></p> <p>Baixo Peso (IMC&lt;18, 5kg/m<sup>2</sup>) e/ou ganho de peso inadequado e/ou anemia .....1 Peso Adequado (IMC 18, 5-24,9kg/m<sup>2</sup>).....0 Sobrepeso(25-29, 9kg/m<sup>2</sup>)..... 1 Obesidade (IMC&gt;30kg/m<sup>2</sup>). ..... 5</p>	<p style="text-align: center;"><b>7 - PATOLOGIAS DE RISCO ATUAL: OBST. + GINEC.</b></p> <p>Ameaça de Aborto..... 5 Anom. do trato Geniturinário.....5 Placenta Prévia.....10 Câncer Materno.....10 Doença Hemolítica.....10 Esterilidade Tratada.....5 Isoimunização.....10 Neoplasias Ginecológicas..... 10 Mal Formações Congênitas.....10 Crescimento Uterino Retardado.....10 Polidrâmnio/Oligoidrâmnio.....10 Citologia Cervical Anormal (NICI-II-III) .....10 Doença Hipertensiva da Gestação ..... 10 Diabetes Gestacional..... 10 Gemelar.....10 Incomp. Istmo Cervical.....10</p>
<p style="text-align: center;"><b>2. SITUAÇÃO FAMILIAR:</b></p> <p>Situação Familiar Instável: Não..... 0 Sim .....1</p> <p>Aceitação de GRAVIDEZ: Aceita..... 0 Não Aceita..... 1</p>	<p style="text-align: center;"><b>6. ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:</b></p> <p>Abortos até 2 .....5 Abortos espontâneos + 2. .... 10 Natimorto ..... 5 Prematuro .....5 Óbito Fetal ..... 5 Eclampsia ..... 10 Placenta Prévia ..... 5 Descol. Prem. de Placenta..... 5 Incompetência Istmo Cervical ..... 10 Restrição de Cresc. Intrauterino ..... 5 Malformação Fetal ..... 5 Último Parto (-) de 12 meses..... 2 + 1 Filho Prematuro .....10 Pre eclâmpsia ..... 5</p>	<p style="text-align: center;"><b>MÉDICAS + CIRURG.</b></p> <p>Cardiopatias..... 10 Varizes acentuadas..... 5 Pneumopatia Grave.....10 Diabetes Mellitus.....10 Doenças Autoimune (Colagenose).....10 Doença Psiquiátrica..... 5 Doença Renal Grave.....10 Epilepsia e Doença Neurológica.....10 Hemopatias.....10 Hipertensão Arterial.....10 Infecção Urinária de repetição (pielonefrite ou infecções 3x ou +) .....10 Infecções Grave.....10 AIDS/HIV.....10 Sífilis com malformação.....10 Tuberculose .....10 Toxoplasmose.....10 Dep. de Drogas.....10 Alcoolismo..... .....10 Trombofilia ..... .....10 Endocrinopatias.....10 Alterações da Tireoide.....10</p>
<p><b>3. ESCOLARIDADE:</b></p> <p>Sabe Ler e Escrever: Sim.....0 Não..... 1</p>		
<p style="text-align: center;"><b>4. HÁBITOS:</b></p> <p>Tabagista: Sim.....2 Não..... 0</p>		
<p>* Fatores socioeconômicos não são critérios isoladamente para encaminhamento ao Pré Natal de Alto Risco (PNAR). Merecem atendimento diferenciado na Atenção Básica.</p> <p><b>PNAR:</b> Deve conter obrigatoriamente itens dos quadros 5 e\ou 6 e\ou 7 da classificação acima (somando 10 ou mais pontos).</p> <p><b>Médio Risco:</b> Somatório de 5 a 9 pontos deve receber atendimento de Pré Natal na Atenção Básica pelo médico intercalado com o enfermeiro.</p> <p><b>Baixo Risco:</b> Somatório de até 4 pontos deve receber atendimento intercalado de Pré Natal na Atenção Básica pelo enfermeiro e pelo médico.</p> <p style="text-align: center;"><b>Seguir fluxograma de pré natal.</b></p>		

Baseado nas publicações do MS: Manual Técnico Gestação de Alto Risco e Caderno de Atenção Básica Nº 32- Atenção ao Pré Natal de Baixo Risco e Material Fundação SESP.

### 12.3 Fatores de risco que indicam encaminhamento à urgência/emergência obstétrica

Os profissionais de saúde dos hospitais regionais e da emergência obstétrica deverão avaliar as gestantes encaminhadas e confirmar, ou não, o diagnóstico inicial, assim como determinar a conduta necessária para cada caso: internação hospitalar ou contra referência para acompanhamento pela Atenção Básica.

<b>SINAIS INDICATIVOS DE ENCAMINHAMENTOS À URGÊNCIA/EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA</b>
• Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional;
• Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito;
• Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial > 140/90, medida após um mínimo de 5 minutos de repouso, na posição sentada. Quando estiver associada à proteinúria, pode-se usar o teste rápido de proteinúria;
• Obs.: Edema isolado não é mais considerado critério diagnóstico.
• Eclâmpsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia);
• Crise hipertensiva (PA > 160/110);
• Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular ou outra infecção que necessite de internação hospitalar;
• Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal (consistência líquida, em pequena ou grande quantidade, mas de forma persistente), podendo ser observada mediante exame especular com manobra de Valsava e elevação da apresentação fetal;
• Isoimunização Rh;
• Anemia grave (hemoglobina < 8);
• Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 37 semanas);
• IG a partir de 41 semanas confirmadas;
• Hipertermia (Tax > = 37,8C), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de IVAS;
• Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes;
• Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, sinais flogísticos, edema localizado e/ou varicosidade aparente);
• Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas;
• Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre;
• Restrição de crescimento intrauterino;
• Oligodrômio;
• Casos clínicos que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma etc. Nos casos com menos de 20 semanas, as gestantes podem ser encaminhadas à emergência clínica.
• Investigação de prurido gestacional/icterícia/exantema;
• Óbito fetal.

### **13. BUSCA ATIVA**

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.

## 14. 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.

#### 14.1 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.

## **15. 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.

## 16. 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: 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) em todos os hospitais e maternidades.
- 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).

### DIREITOS SOCIAIS

- Prioridade nas filas para atendimentos em instituições públicas ou privadas.
- Prioridade para acomodar-se sentada em transportes coletivos.
- Os pais têm direito de registrar seu bebê e obter a Certidão de Nascimento, gratuitamente, em qualquer cartório.
- A mulher tem direito à creche para seus filhos nas empresas que 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.



## **17. 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.

## 17.1 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.

## 18. PREPARO PARA O PARTO

### 18.1 Plano de parto

#### *Plano de Parto*

O que seria importante para mim nesse momento? Como eu gostaria que fosse meu parto? Essas são algumas questões que surgem quando começamos a refletir sobre o Plano de Parto.

1. Já visitei o local onde será meu parto?
2. Quero ter acompanhante? Meu acompanhante deve permanecer todo tempo?
3. Como quero o ambiente ? (música, aromas, luminosidade)
4. Quero fotografar/filmar o parto?
5. Quero ficar em jejum?
6. Quero me movimentar (andar, fazer exercícios) durante o trabalho de parto?
7. O que desejo utilizar para o alívio da dor durante o trabalho de parto?
8. Quero ser informada sobre as condutas a serem tomadas durante meu trabalho de parto? (rompimento de bolsa, episiotomia, uso de medicação)
9. Qual posição quero ter o parto ?
10. Quem cortará o cordão umbilical?
11. Quero ficar com meu bebê no colo logo após o nascimento?
12. Quero amamentar?
13. O que mais gostaria ter no meu parto?



## 18.2 Cesárea e Parto Normal

<b>INDICAÇÕES REAIS DE CESARIANA</b>	
* Prolapso de cordão – com dilatação não completa	* Apresentação córmica (situação transversa)
* Descolamento prematuro de placenta fora do período expulsivo	* Herpes genital com lesão ativa no momento em que se inicia o trabalho de parto
* Placenta prévia parcial ou total	* As urgências devem ser encaminhadas imediatamente à emergência obstétrica
* Ruptura de vaso prévia	

<b>NÃO SE CONSTITUEM INDICAÇÕES DE CESARIANA</b>	
* Gestante adolescente	* Desproporção cefalopélvica sem sequer a gestante ter entrado em trabalho de parto e antes da dilatação de 8 a 10cm
* Presença de quadro de anemia	
* Baixa estatura materna	
* Bebê alto, não encaixado antes do início do trabalho de parto	* Trabalho de parto prematuro
* Macrosomia	* Pressão arterial alta ou baixa
* Ameaça de parto prematuro	* Grau da placenta
* Amniorrexe prematura	* Polidrâmnio ou oligodrâmnio
* Cesárea anterior	* Infecção urinária
* Circular de cordão umbilical	* Presença de grumos no líquido amniótico
* Diabetes gestacional	* Gravidez prolongada
	* Falta de dilatação antes do trabalho de parto

<b>SITUAÇÕES ESPECIAIS EM QUE A CONDUTA DEVE SER INDIVIDUALIZADA</b>	
* Apresentação pélvica	* HIV/AIDS

<b>SITUAÇÕES QUE PODEM ACONTECER, PORÉM FREQUENTEMENTE SÃO DIAGNOSTICADAS DE FORMA EQUIVOCADA</b>	
* Desproporção cefalopélvica (o diagnóstico só é possível intraparto)	* Sofrimento fetal agudo (frequência cardíaca fetal não tranquilizadora)

<b>CONDUTAS CONTRAINDICADAS DE ROTINA DE ASSISTÊNCIA AO PARTO</b>	
* Lavagem intestinal	* Manobra de Kristeller (consiste na aplicação de

* Episiotomia	pressão na parte superior do útero com o objetivo de facilitar a saída do bebê).
---------------	--

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

## REFERÊNCIAS

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

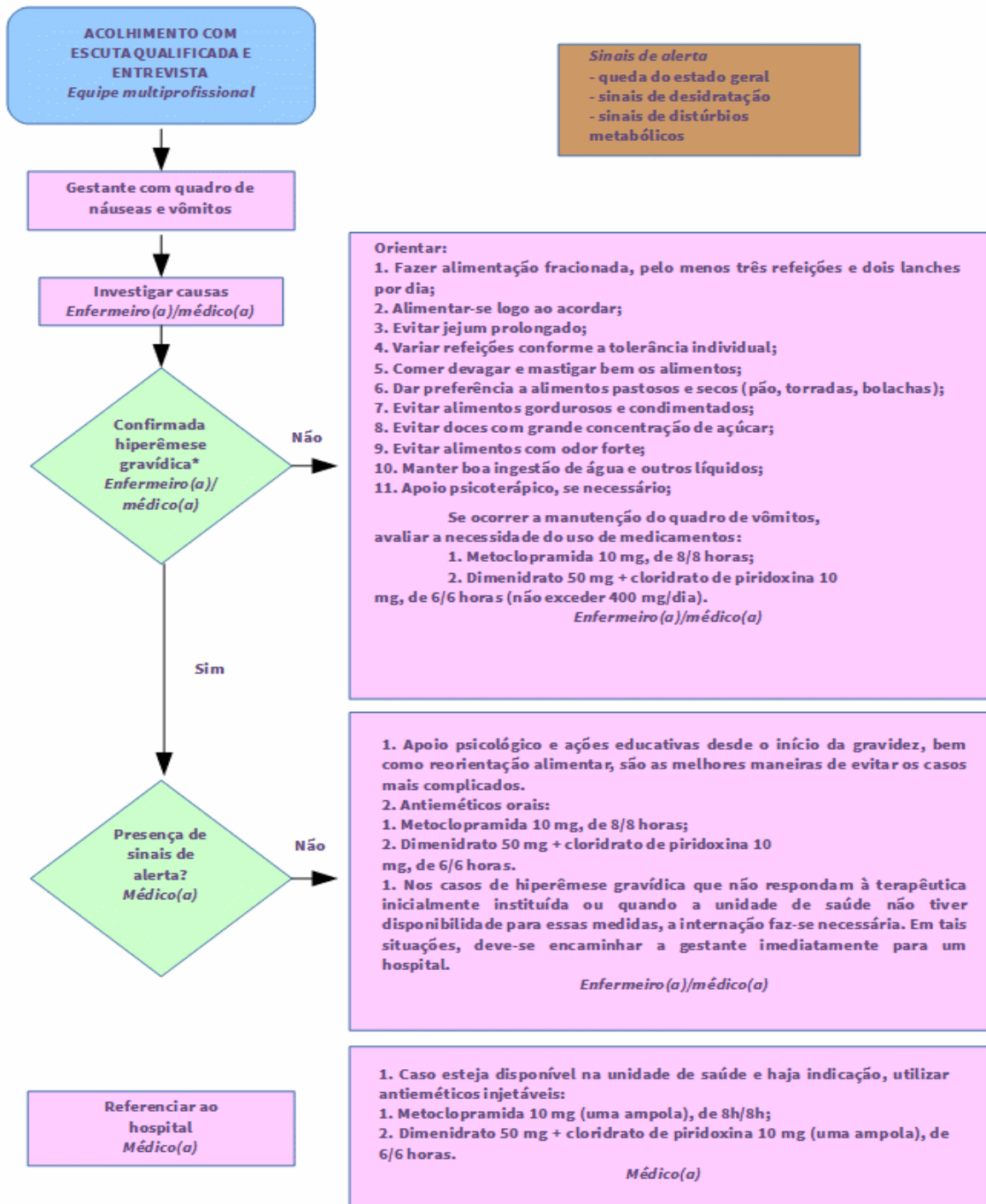
COFEN. Conselho Federal de Enfermagem. **Parecer Normativo COFEN nº 001/2013**. Legislação profissional. Competência do Enfermeiro para realizar Teste Rápido para detecção de HIV, Sífilis e outros agravos.

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.

## ANEXO A

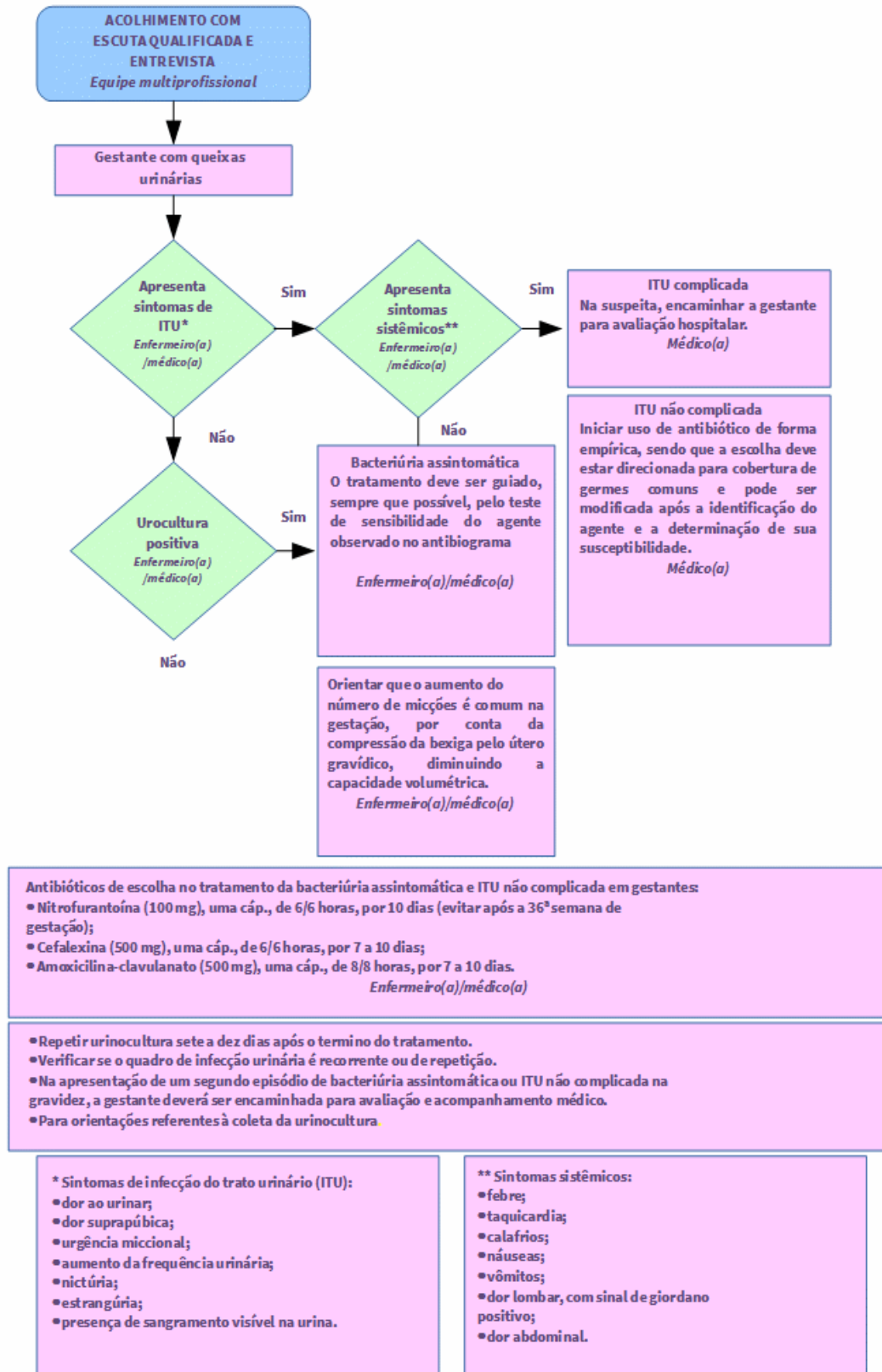
### Fluxograma 2 – O que fazer nos quadros de náusea e vômitos



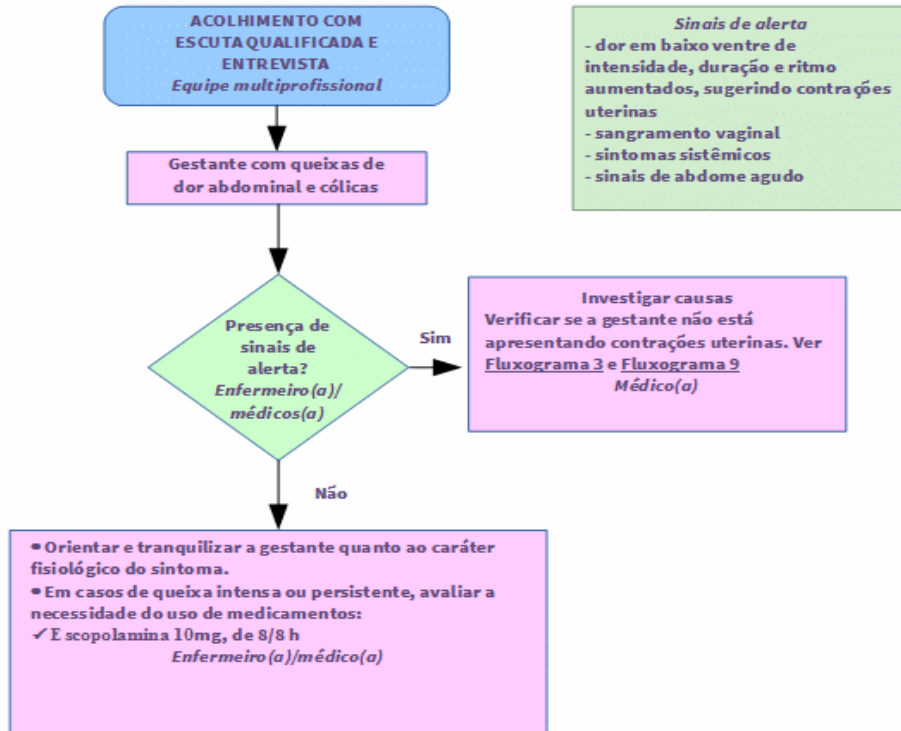
\* Hiperêmese gravídica: caracteriza-se por vômitos contínuos e intensos que impedem a alimentação da gestante, ocasionando desidratação, oligúria, perda de peso e transtornos metabólicos, com alcalose (pela perda maior de cloro, perda de potássio e alterações no metabolismo das gorduras e dos carboidratos).



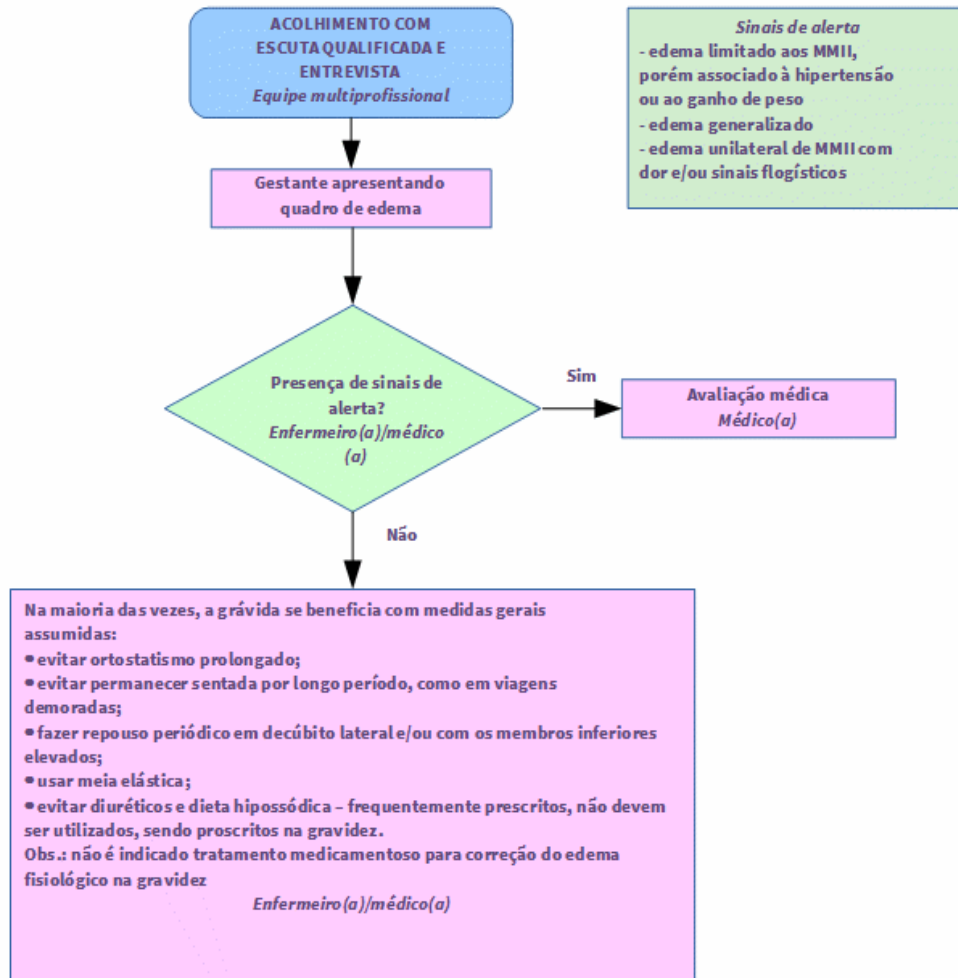
## ANEXO B - Fluxograma 3 - O que fazer nas queixas urinárias



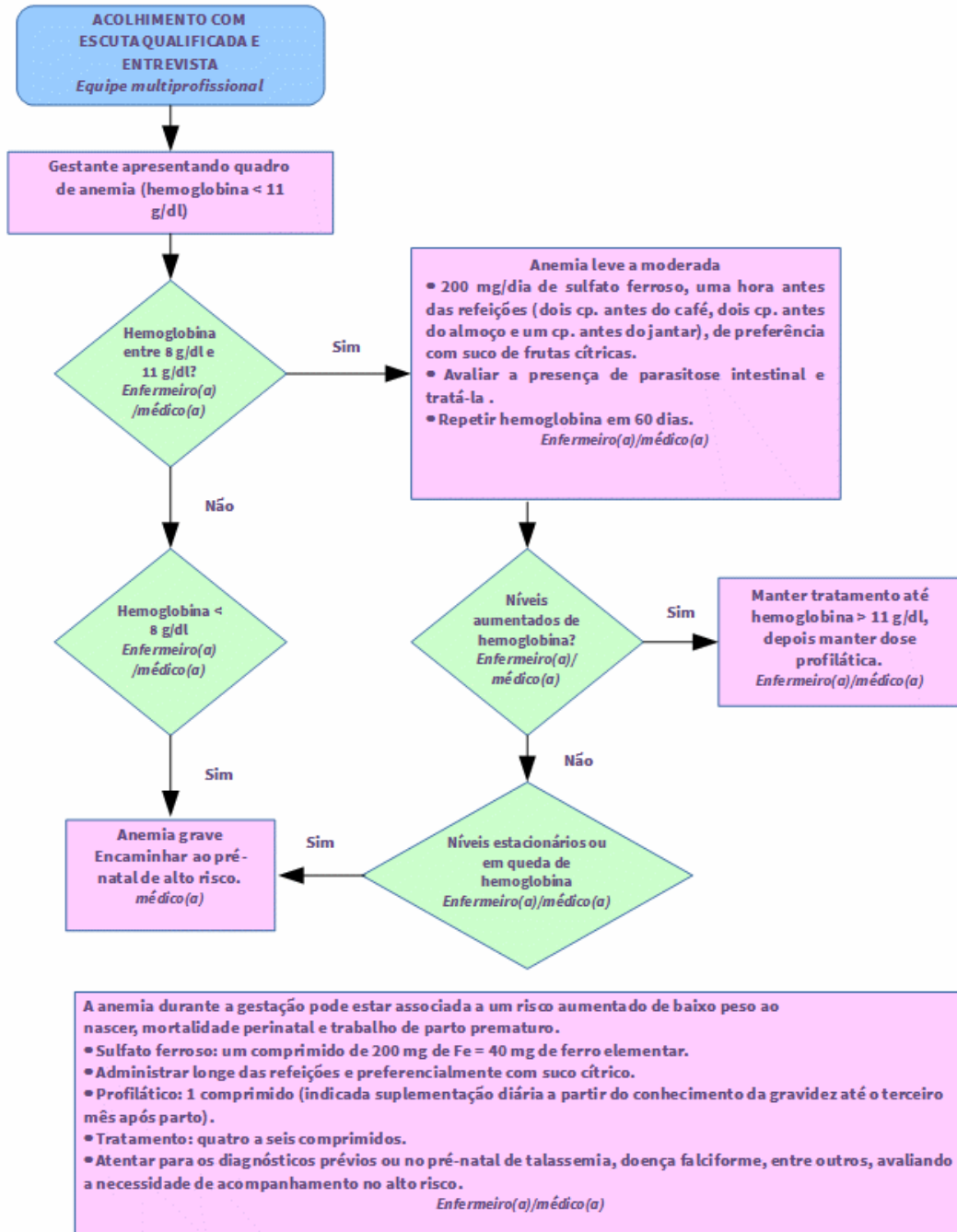
### ANEXO C- Fluxograma 4 – O que fazer nos quadros de dor abdominal e cólicas



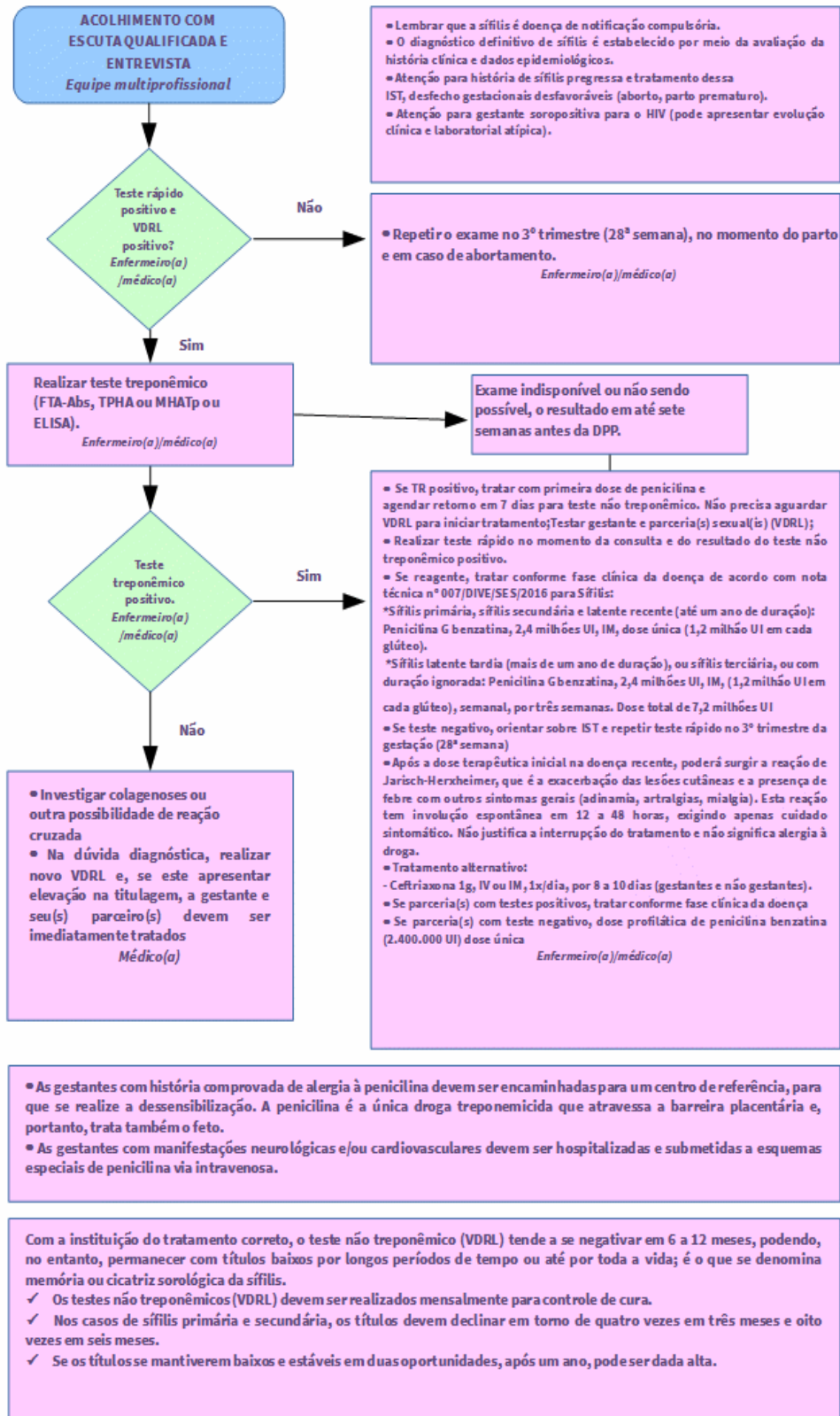
## ANEXO D- Fluxograma 5 – O que fazer nos quadros de edema



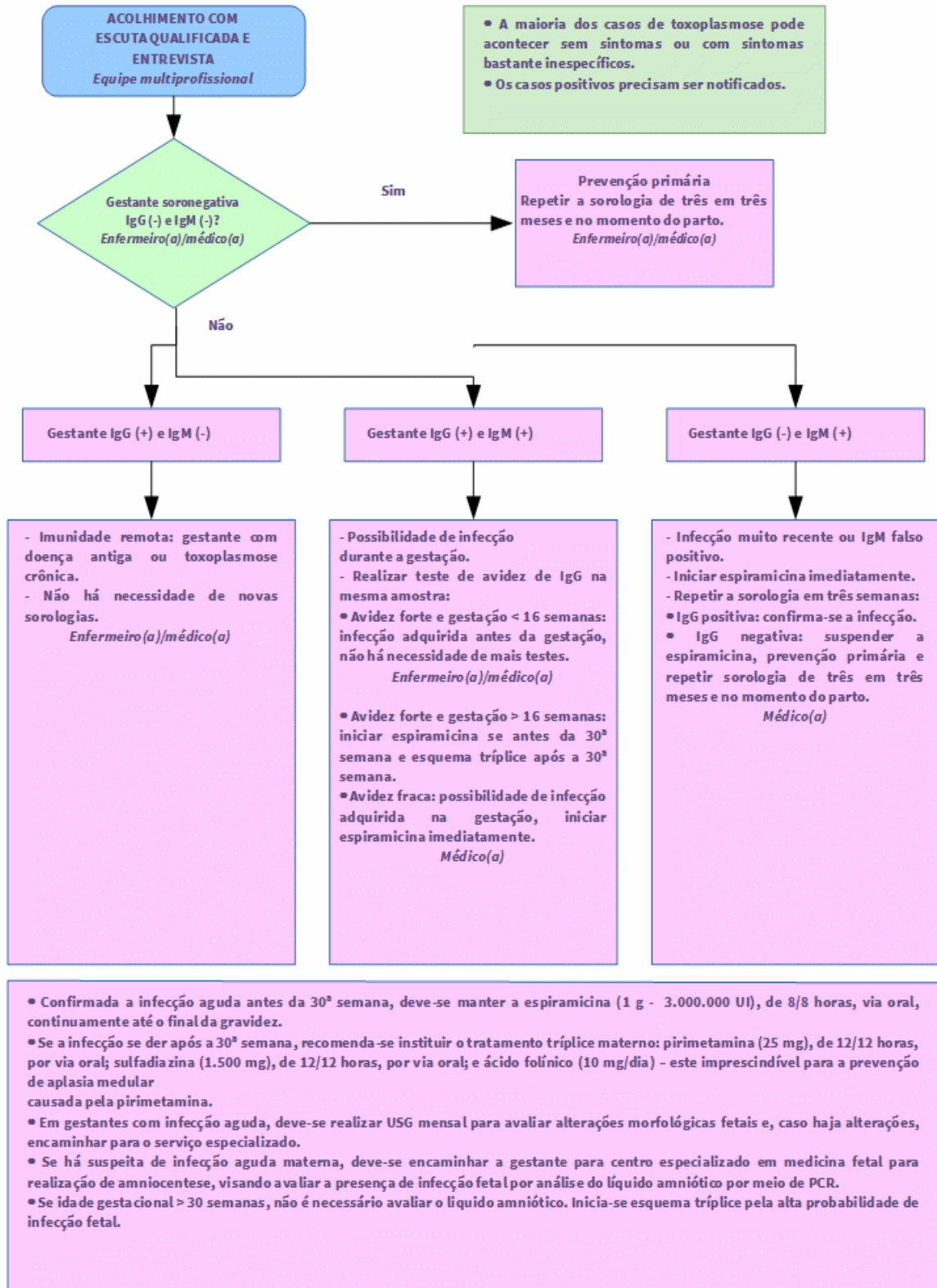
## ANEXO E- Fluxograma 6 - O que fazer na anemia gestacional



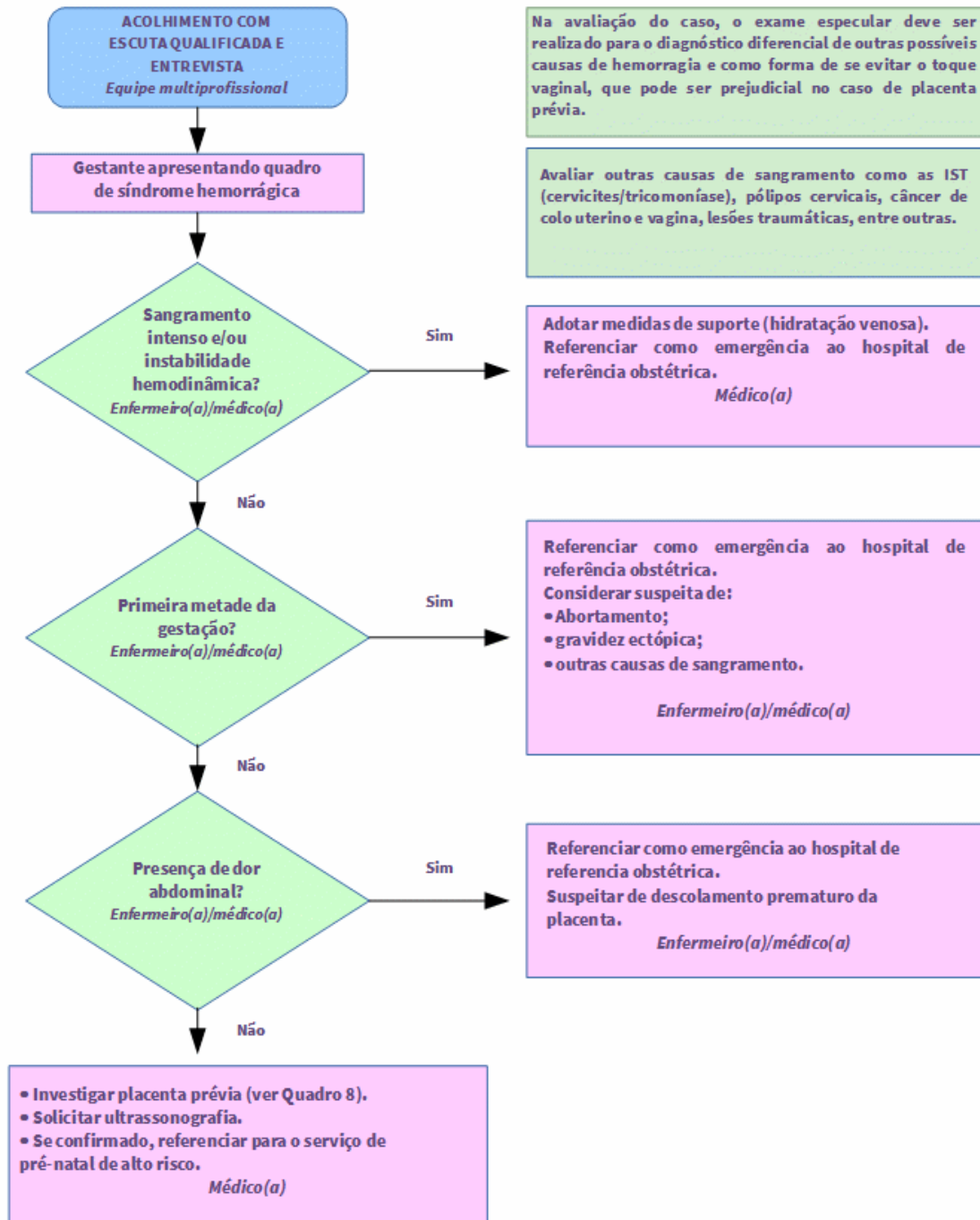
## ANEXO F- Fluxograma 7 - O que fazer nos quadros de sífilis



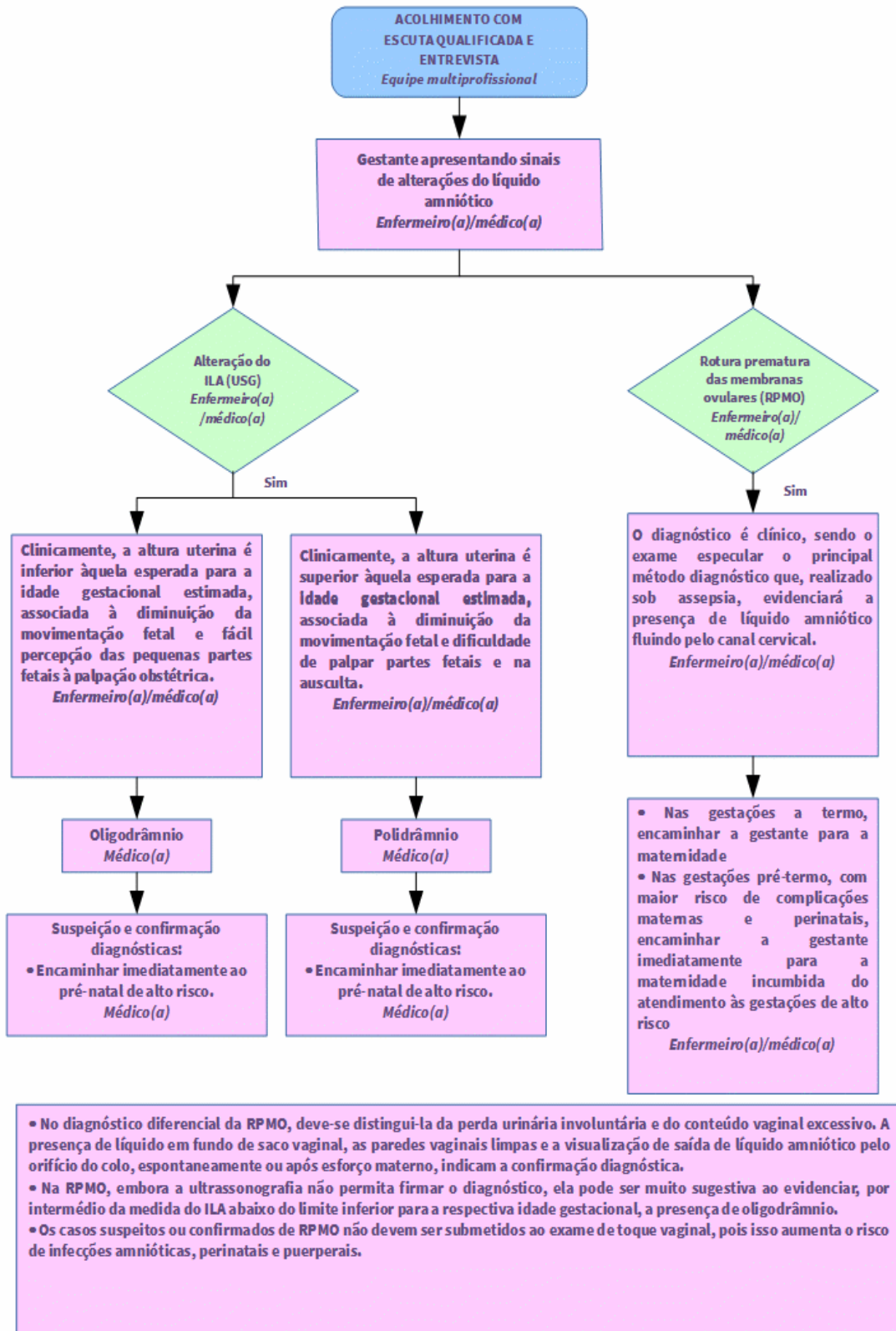
## ANEXO G- Fluxograma 8 – O que fazer nos quadros de toxoplasmose



## ANEXO H- Fluxograma 9 - O que fazer nas síndromes hemorrágicas

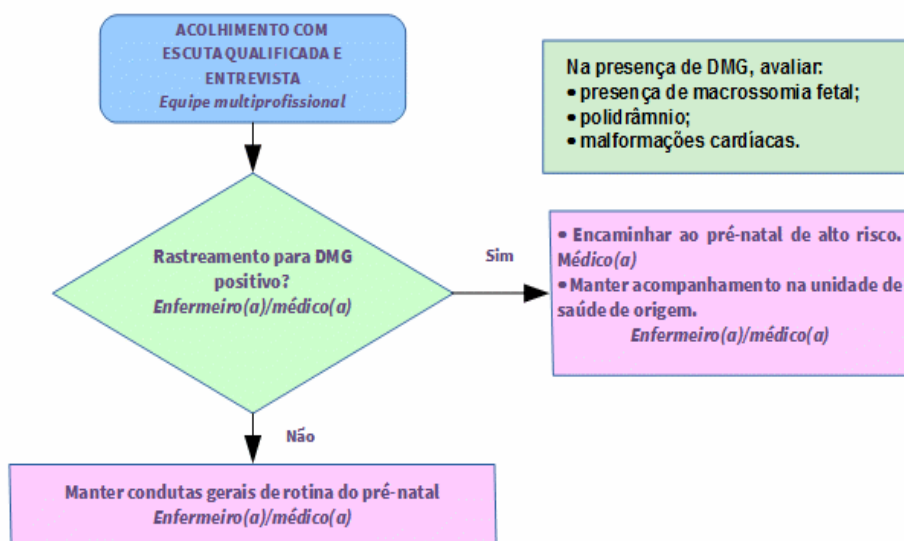


**ANEXO I- Fluxograma 10 – O que fazer nos quadros de alterações do líquido amniótico**





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



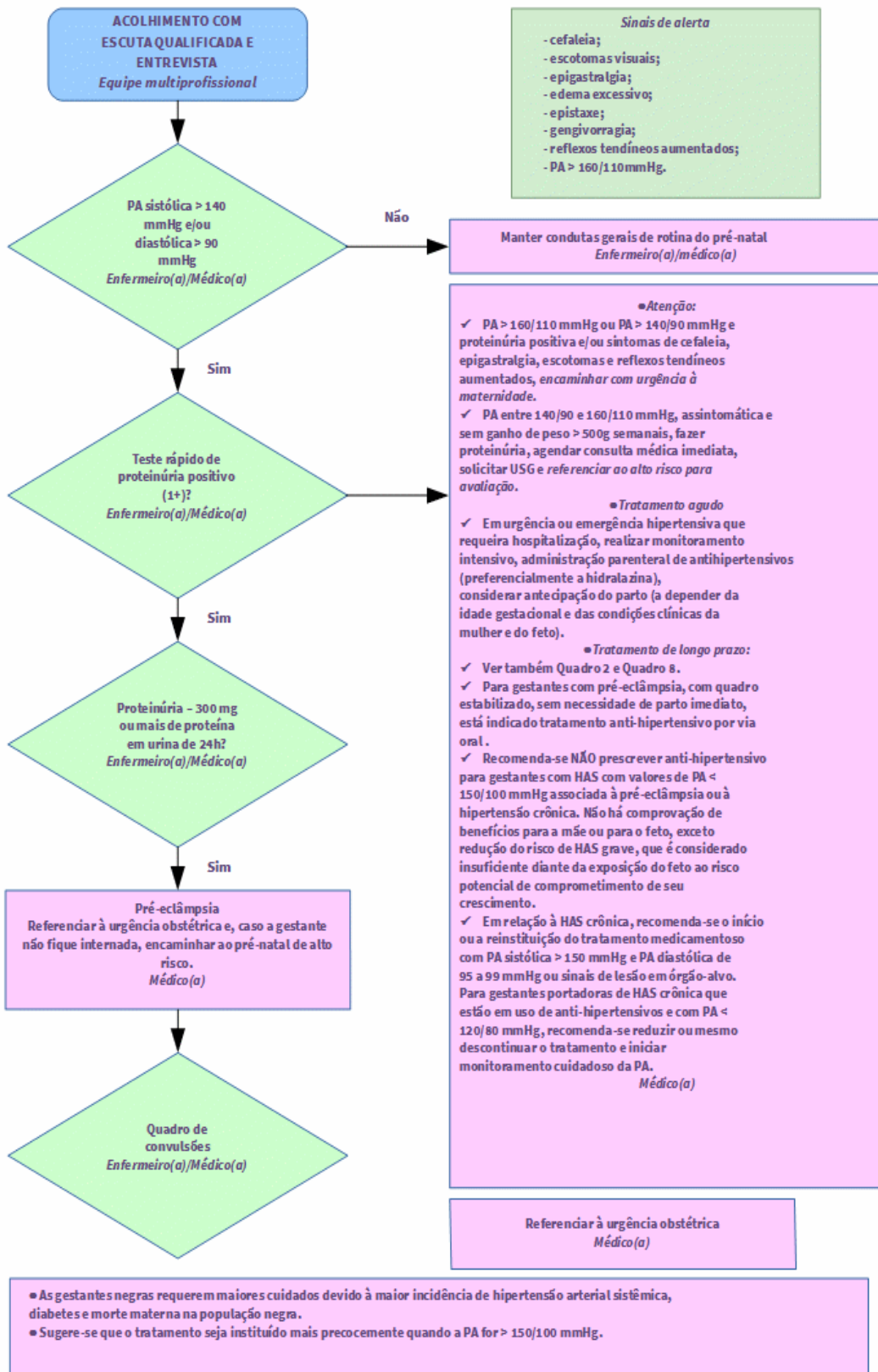
### Manifestação do DMG:

- idade de 35 anos ou mais;
- sobrepeso, obesidade ou ganho de peso excessivo na gestação atual;
- deposição central excessiva de gordura corporal;
- baixa estatura ( $\leq 1,50$  m);
- crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual;
- antecedentes obstétricos de abortamentos de repetição, malformações, morte fetal ou neonatal, macrosomia (peso  $\geq 4,5$  kg) ou DMG;
- história familiar de DM em parentes de 1º grau;
- síndrome de ovários policísticos.

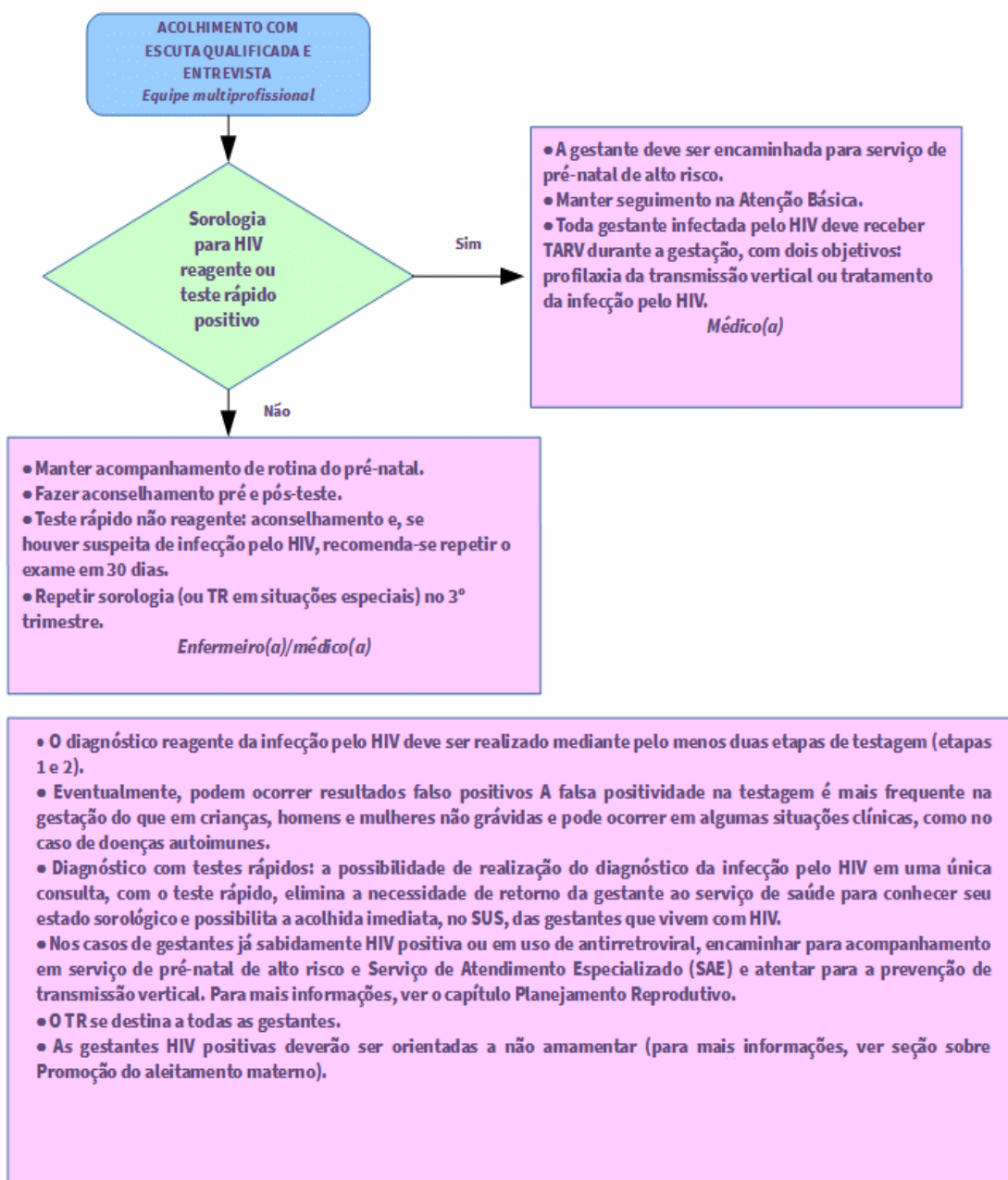
### Recomendações

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

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



## ANEXO L- Fluxograma 13 – O que fazer nos resultados de sorologia do HIV





## NOTA TÉCNICA N°. 007/DIVE/SES/2016

*Assunto: Recomendação para tratamento imediato da gestante com teste treponêmico positivo (reagente) para sífilis, frente ao atual cenário epidemiológico.*

### INTRODUÇÃO

A GEDST e a GEABS, no uso de suas atribuições, e

Considerando o aumento alarmante da sífilis congênita no último ano no Estado de Santa Catarina;

Considerando que o Estado de Santa Catarina apresenta as maiores proporções de não tratamento de gestante com sífilis (14,1%) entre os entes federativos ( Boletim Sífilis 2015);

Considerando que o diagnóstico da sífilis em tempo oportuno, bem como o tratamento adequado da gestante propiciará inegável benefício à paciente e ao conceito;

Considerando as graves consequências da sífilis congênita para o conceito com aumento da morbimortalidade fetal e neonatal;

Considerando que há disponibilidade, no SUS, de Testes Rápidos (TR) para o diagnóstico da sífilis e que os mesmos já são oferecidos às gestantes nas UBS;

Considerando que há disponibilidade, no SUS, de insumos para realização do tratamento da sífilis nas UBS;

Considerando as bases técnicas contidas no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, Brasília, 2015, e

Considerando a PORTARIA N° 1.459, DE 24 DE JUNHO DE 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha, que apresenta em seu Anexo III a inclusão do teste rápido para sífilis no componente pré-natal, financiado pelo Ministério da Saúde a partir da adesão à Rede Cegonha,

Recomendam que:

- 1) Seja realizado TR para sífilis no momento da confirmação da gestação (exame positivo para gravidez) ou na primeira consulta de pré-natal da gestante, independentemente da realização de exames anteriores.

- 2) Na presença de um teste treponêmico (TR ou sérico) positivo para sífilis, que a gestante receba a primeira dose de Penicilina Benzatina imediatamente, sem que se espere o resultado do teste não-treponêmico (VDRL), que deverá ser solicitado no mesmo atendimento.
- 3) O parceiro da gestante com teste positivo para sífilis, quando presente no momento do atendimento à gestante, seja igualmente tratado com a primeira dose de Penicilina Benzatina, independentemente da realização de exames diagnósticos.
- 4) O parceiro da gestante com TR positivo para sífilis, se ausente no momento do diagnóstico, já receba a prescrição da primeira dose de Penicilina Benzatina, independentemente da realização de exames diagnósticos, o mais rapidamente possível.
- 5) Os esquemas de tratamento para sífilis na gestante sejam:
  - a. Sífilis primária, sífilis secundária e latente recente (até um ano de duração): Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo).
  - b. Sífilis latente tardia (mais de um ano de duração), ou sífilis terciária, ou com duração ignorada: Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), semanal, por três semanas. Dose total de 7,2 milhões UI.

Salienta-se que, na impossibilidade da confirmação do diagnóstico da sífilis primária e secundária, a gestante deverá ser tratada como sífilis latente tardia.

Observações:

- a. Para fins de definição da dose da penicilina, os títulos de VDRL não devem ser levados em consideração para identificação da fase da doença, e sim a presença ou não de sinais e sintomas, ou a definição do tempo de evolução;
- b. Na gestação, tratamentos não penicilínicos são considerados inadequados e só devem ser considerados como opção nas contraindicações absolutas ao uso da penicilina. Para as gestantes comprovadamente alérgicas à penicilina, recomenda-se a dessensibilização, em serviço terciário, de acordo com protocolos existentes.
- c. O tratamento imediato da gestante com teste treponêmico positivo apenas poderá ser dispensado se esta tiver comprovação de tratamento completo registrado em prontuário e/ou caderneta da gestante. Nesse caso, pode-se aguardar o resultado do VDRL para definir o diagnóstico e o tratamento, quando necessário.
- d. O teste para sífilis, seu resultado e o tratamento realizado deverão ser registrados no prontuário e na caderneta da gestante.

A notificação da gestante com sífilis é compulsória, conforme a Portaria nº 205 de 17/02/2016. Deve ser realizada através do preenchimento da ficha de notificação e investigação (FNI), e posterior envio à Vigilância Epidemiológica municipal, para digitação no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação).

**Fontes de consulta:**




1. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais. 2015. Departamento de DST/AIDS/HV. Brasília, DF.
2. Portaria Nº 1.459, de 24 de Junho de 2011, que institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS, a Rede Cegonha.

Florianópolis, 21 de setembro de 2016.









Eduardo Marques Macário  
Diretor de Vigilância Epidemiológica

ANEXO N

 PREFEITURA DE <b>BRUSQUE</b>		SECRETARIA DE <b>SAÚDE</b>			
<b>REQUISIÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS</b>					
Nome:					
DN: _/_/____		Sexo:		Material a examinar:	
Dados Clínicos:					
	<b>1º Trimestre</b>	<b>2º Trimestre</b>	<b>3º Trimestre</b>		
	<b>JEJUM DE 8 A 12H</b> <input type="checkbox"/> TIPAGEM SANGUÍNEA (ABO/ RH) <input type="checkbox"/> HEMOGRAMA COMPLETO <input type="checkbox"/> GLICEMIA JEJUM <input type="checkbox"/> ANTI HBS <input type="checkbox"/> PARCIAL DE URINA* <input type="checkbox"/> UROCULTURA COM TSA* <input type="checkbox"/> TOXOPLASMOSE IGG** <input type="checkbox"/> TOXOPLASMOSE IGM** <input type="checkbox"/> ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA	<b>JEJUM DE 8 A 12H</b> <input type="checkbox"/> HEMOGRAMA COMPLETO <input type="checkbox"/> TTGO 75 g <input type="checkbox"/> PARCIAL DE URINA* <input type="checkbox"/> UROCULTURA COM TSA*	<b>JEJUM DE 8 A 12H</b> <input type="checkbox"/> HEMOGRAMA COMPLETO <input type="checkbox"/> GLICEMIA JEJUM <input type="checkbox"/> PARCIAL DE URINA* <input type="checkbox"/> UROCULTURA COM TSA* <input type="checkbox"/> CITOMEGALOVÍRUS IGG <input type="checkbox"/> CITOMEGALOVÍRUS IGM <input type="checkbox"/> PESQUISA DE STREPTOCOCCUS B-HEMOLÍTICO***		
<b>OUTROS EXAMES ( CONFORME QUADRO CLÍNICO):</b>					
<input type="checkbox"/> TOXOPLASMOSE IGG**		<input type="checkbox"/> COOMBS INDIRETO			
<input type="checkbox"/> TOXOPLASMOSE IGM**		<input type="checkbox"/> PARASITOLÓGICO DE FEZES			
<input type="checkbox"/> VDRL		<input type="checkbox"/> OUTROS:			
*Coletar a primeira urina da manhã e levar ao laboratório em até 1 h após a coleta: 1. Antes da coleta, realizar uma higiene íntima (mulheres: afastar os grandes lábios para evitar contaminação); 2. Desprezar a primeira porção de urina e coletar o jato intermediário. ** Repetir estes exames no terceiro trimestre caso resultado IGM e IGG no primeiro trimestre não reagentes. ***Solicitar exame em guia separada. Realizar higiene íntima. Não fazer uso de creme 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:				<b>TOTAL DE EXAMES</b> _____	

**ANEXO O**

 PREFEITURA DE <b>BRUSQUE</b>		SECRETARIA DE <b>SAÚDE</b>		
<b>REQUISIÇÃO DE TESTES RÁPIDOS</b>				
Nome:				
DN: ___/___/___		Sexo:		Material a examinar:
Dados Clínicos:				
<b>GESTANTE ( ) 1º trimestre ( ) 2º trimestre* ( ) 3º trimestre</b>				
 <small>Desenvolvido pela</small>	<b><u>GESTANTE</u></b>		<b><u>PARCEIRO</u></b>	
	( ) ANTI HCV		( ) ANTI HCV	
	( ) HIV		( ) HIV	
	( ) SÍFILIS		( ) SÍFILIS	
	( ) HBSAG		( ) HBSAG	
* Realizar no segundo trimestre teste rápido para Sífilis conforme Plano para enfrentamento da Sífilis Congênita em Santa Catarina (DIVE2017)				
Carimbo e assinatura do profissional solicitante: Data da consulta:				<b>TOTAL DE EXAMES</b> _____

 PREFEITURA DE <b>BRUSQUE</b>		SECRETARIA DE <b>SAÚDE</b>		
<b>REQUISIÇÃO DE TESTES RÁPIDOS</b>				
Nome:				
DN: ___/___/___		Sexo:		Material a examinar:
Dados Clínicos:				
<b>GESTANTE ( ) 1º trimestre ( ) 2º trimestre* ( ) 3º trimestre</b>				
 <small>Desenvolvido pela</small>	<b><u>GESTANTE</u></b>		<b><u>PARCEIRO</u></b>	
	( ) ANTI HCV		( ) ANTI HCV	
	( ) HIV		( ) HIV	
	( ) SÍFILIS		( ) SÍFILIS	
	( ) HBSAG		( ) HBSAG	
* Realizar no segundo trimestre teste rápido para Sífilis conforme Plano para enfrentamento da Sífilis Congênita em Santa Catarina (DIVE2017)				
Carimbo e assinatura do profissional solicitante: Data da consulta:				<b>TOTAL DE EXAMES</b> _____



**ANEXO P**



SECRETARIA DE SAÚDE



REQUISIÇÃO DE EXAME	
Nome: _____	Idade: _____
DN: ____/____/____	<b>GESTANTE ( )1° ( )2° ( )3° trimestre</b>
Dados Clínicos: 1° US OBSTÉTRICO ( ) SIM ( ) NÃO IG PELA DUM: _____ ALTURA UTERINA: _____ BCF: _____ US ANTERIOR: ( ) NÃO ( ) SIM ____/____/____ <b>AGENDAR A PARTIR DE: ____/____/____</b>	
Outros Dados Clínicos: _____ _____ _____	
<h2 style="margin: 0;">USG OBSTÉTRICA</h2>	
____/____/____ DATA	_____ Carimbo e assinatura do profissional solicitante



SECRETARIA DE SAÚDE



REQUISIÇÃO DE EXAME	
Nome: _____	Idade: _____
DN: ____/____/____	<b>GESTANTE ( )1° ( )2° ( )3° trimestre</b>
Dados Clínicos: 1° US OBSTÉTRICO ( ) SIM ( ) NÃO IG PELA DUM: _____ ALTURA UTERINA: _____ BCF: _____ US ANTERIOR: ( ) NÃO ( ) SIM ____/____/____ <b>AGENDAR A PARTIR DE: ____/____/____</b>	
Outros Dados Clínicos: _____ _____ _____	
<h2 style="margin: 0;">USG OBSTÉTRICA</h2>	
____/____/____ DATA	_____ Carimbo e assinatura do profissional solicitante

ANEXO Q



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

