



protocolo de
Assistência
ao Pré-Natal



SÃO SEBASTIÃO 2024

Prefeito Municipal
Felipe Augusto

Secretário Municipal de Saúde
Reinaldo Alves Moreira Filho

Secretária Adjunta de Saúde
Maria Ângela Laurito Morais

Diretoria Presidência FSPSS
Carlos Eduardo Antunes Craveiro

Diretoria de Atenção Básica FSPSS
Paulo Henrique Ribeiro Santana

Diretoria de Especialidades
Angélica de Oliveira Costa

Comissão Organizadora
Psicóloga Carla Brasil
Enfª Alana Framba S. Damasceno
Enfª Obst. Juliana Louro Tenório
Enfª Silvia A. Campos Teófilo
Enfª Obst. Elaine R.da Silva

Revisão
Enfª Aline F. Busquetti Coelho
Enfª Felipe M. Rodrigues Moniz
Enfª Izabelle C. O. Gonçalves
Enfª Natália Balera Ferreira Pinto
Dr. Sérgio Luiz Jeremias Júnior
Dr. Lucas Barbosa da Silva
Dr. Alcides de Oliveira Jr.
Nutricionista Paula M. Kosaka
Dr. Rômulo Luigi Maccire
Assist. Farmacêutica Bianca B. Freitas de Souza

Apresentação

A Secretaria Municipal de Saúde (SESAU) de São Sebastião, ao longo do seu processo de organização, produção e oferta de serviços e ações de saúde, busca consolidar o Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse sentido, esforços estão sendo empreendidos para fortalecer a Atenção Primária à Saúde (APS) e qualificar as ações cotidianas das equipes de saúde da família (eSF), o que certamente repercutirá de modo decisivo e positivo em todos os níveis de organização do sistema municipal de saúde. Uma das medidas adotadas para tal fim é a revisão e constituição dos Protocolos Técnicos.

Um protocolo constitui-se em um instrumento que estabelece normas para as intervenções técnicas, uniformiza e atualiza conceitos e condutas referentes ao processo assistencial na rede de serviços, bem como define os fluxos assistenciais dentro do município. O Protocolo reflete, então, a política assistencial assumida pela SESAU, bem como suas opções éticas para organização do trabalho em saúde e escolhas tecnológicas úteis, apropriadas e disponíveis para o processo de enfrentamento de problemas de saúde segundo sua magnitude. Entretanto, um protocolo, por mais abrangente que seja, pode não abordar todas as questões técnicas e/ou clínicas relacionadas a determinadas situações. Assim, para questões mais específicas da prática profissional, o presente Protocolo sugere a consulta às cartilhas e materiais bibliográficos da Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde.

A atividade do cuidar, além de complexa, exige confiabilidade à assistência prestada por meio de procedimentos seguros. A construção de protocolos é imprescindível para a execução das ações de cuidados com nossos clientes e resguardam o serviço, pois: agilizam o atendimento; facilitam condutas descentralizadas; e diminuem a margem de erro, garantindo uma assistência livre de riscos e danos aos pacientes.

O Protocolo de Assistência ao Pré-Natal de Baixo Risco tem por objetivo nortear o trabalho dos profissionais das Unidades de Saúde de São Sebastião envolvidos na assistência ao pré-natal. Este material aborda a organização do processo de trabalho para a assistência ao pré-natal; questões relacionadas ao acompanhamento da gravidez de risco habitual e suas possíveis intercorrências; ações de promoção da saúde na gestação e puerpério; gestação em situações especiais; e assistência ao parto e questões legais relacionadas à gestação, ao parto/nascimento e ao puerpério.

É um potente instrumento para a implementação de boas práticas e deve funcionar efetivamente como material de consulta no dia a dia dos profissionais de saúde eliminando as decisões baseadas no conhecimento adquirido na prática cotidiana individual.



Índice

1. INTRODUÇÃO	9
2. ORGANIZAÇÃO DO PROCESSO DE TRABALHO PARA A ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO	13
3. AVALIAÇÃO DA GESTANTE	25
4. EXAMES COMPLEMENTARES	40
5. AVALIAÇÃO DO RISCO GESTACIONAL E CRITÉRIOS PARA REFERENCIAMENTO AOS DE MAIS NÍVEIS DE ATENÇÃO	49
6. DIREITOS DO CASAL	139
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	145
8. ANEXOS	157



1.



0 1
1 0

1. Introdução

O acesso ao cuidado qualificado no pré-natal tem sido incorporado como indicador de desempenho da Atenção Primária à Saúde (APS), sendo fundamental o envolvimento de toda a equipe para a assistência integral à gestante (BRASIL, 2019a; BRASIL, 2019b). A assistência pré-natal adequada, com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, bem como um sistema ágil de referência hospitalar, além da qualificação da assistência ao parto, são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal.

A captação de gestantes para início oportuno do pré-natal é essencial para o diagnóstico precoce de alterações e para a realização de intervenções adequadas sobre condições que tornam vulneráveis a saúde da gestante e a da criança.

É fundamental abordar a história de vida dessa mulher, seus sentimentos, medos, ansiedades e desejos, pois, nessa fase, além das transformações no corpo, há uma importante transição existencial. É um momento intenso de mudanças, descobertas, aprendizados e uma oportunidade para o profissional de saúde investir em estratégias de educação e cuidado em saúde, visando o bem-estar da mulher e da

criança, assim como a inclusão do pai e/ou parceria (quando houver) e família, desde que esse seja o desejo da mulher.

Além das questões de saúde, a gestante precisa ser orientada sobre questões referentes a seus direitos sexuais, sociais e trabalhistas. E, no caso de uma gestação indesejada, são importantes o acompanhamento e a abordagem multidisciplinares, devendo-se acompanhar a mulher de forma acolhedora, singular e integral, com atenção para a detecção precoce de problemas.

O objetivo deste protocolo é orientar os profissionais da APS para a assistência qualificada e humanizada às gestantes e puérperas, com a abordagem integral em saúde da mulher, desde a saúde sexual e reprodutiva, assistência ao pré-natal, abordagem das intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes, avaliação do risco gestacional e critérios para o encaminhamento ao pré-natal de alto risco e à maternidade, vinculação à maternidade para o parto e nas urgências, incentivo e preparo para o parto normal, aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido.

A meta é padronizar a assistência à gestante dentro do processo de atendimento ao pré-natal, respaldando o profissional às normas descritas neste material.

2.



2. Organização do processo de trabalho para a assistência ao pré-natal de baixo risco

Realizar visitas domiciliares para a identificação das gestantes e desenvolver atividades de educação em saúde para elas e seus familiares, com orientações sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários.

Os profissionais devem realizar ações de atenção integral e de promoção da saúde, prevenção de agravos e escuta qualificada, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo das gestantes e seus parceiros com a equipe de saúde.

As equipes de saúde devem se organizar para propiciar a detecção precoce da gestação até 12 semanas de gestação. A captação precoce da gestante tem como objetivo a realização de intervenções preventivas, educativas e terapêuticas em tempo oportuno. Toda mulher em idade fértil e com história de atraso menstrual de sete dias ou mais deve ser orientada a realizar o teste rápido de gravidez (teste imunológico de gravidez na urina – TIG). O acolhimento deve ser realizado pelo profissional de saúde apto no sentido de garantir informação qua-

lificada e fortalecer o vínculo com a usuária. O TIG é considerado método sensível e confiável, com baixas taxas de resultados falsos positivos. Entretanto, apresenta elevada taxa de resultados falsos negativos, o que pode atrasar o início do pré-natal. Caso o TIG seja negativo, o profissional deverá repetir o teste rápido em 15 dias ou solicitar a dosagem de gonadotrofina coriônica (β HCG), que pode ser detectada em sangue periférico entre 8 e 11 dias após a concepção.



Saúde da Família

Após a confirmação da gravidez pelo TIG, deve ser feita a primeira consulta de pré-natal pelo enfermeiro - ou, na sua ausência, pelo médico da Estratégia Saúde da Família ESF) - e, imediatamente, os testes rápido de HIV, Sífilis e Hepatite. O intervalo máximo entre o exame positivo e a primeira consulta de pré-natal não deve ultrapassar sete dias, sendo recomendado que a mesma seja feita o quanto antes para acolhimento e abordagem da gestante. A organização das agendas dos profissionais deve ser flexível para a realização do pré-natal, de modo a facilitar o acesso da gestante e seu parceiro ao serviço. O Ministério da Saúde recomenda a agenda aberta para a gestante, evitando reservas de dia/período que não permitam que ela escolha o melhor dia/período, evitando o absenteísmo.

• A gestante deve sair de uma consulta com agendamento odontológico e com o retorno já agendado ao pré-natal, sendo necessário a equipe acompanhar possíveis faltas, acionando a gestante por meio telefônico ou presencial (domicílio) para entender o motivo da ausência e realizar a remarcação da consulta. Preconiza-se o mínimo de seis consultas de pré-natal, sendo uma consulta no primeiro trimestre, duas consultas no segundo trimestre e três consultas no terceiro trimestre. Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma:

- Até a 32ª semana – mensalmente (consultas médicas intercaladas com consultas de enfermagem);
- Da 33ª até a 36ª semana – quinzenalmente (consultas médicas intercaladas com consultas de enfermagem);
- Realizar visitas domiciliares para a identificação das gestantes e para desenvolver atividades de educação em saúde para elas e seus familiares, com orientações sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários;
- Da 37ª até a 41ª semana – semanalmente (consultas médicas). Todas as consultas de pré-natal devem ser registradas no Cartão da Gestante e no prontuário da paciente.

Os profissionais devem estar atentos quanto ao registro correto e completo dos dados no prontuário. Para isso, podem usar os formulários propostos em anexo. Os dados devem ser lançados na PEC (Prontuário Eletrônico Cidadão) e/ou CDS (Coleta de Dados Simplificada) eSUS a fim de não prejudicar a contabilização dos indicadores do novo sistema de financiamento Previner Brasil relacionados ao pré-natal pelo Ministério da Saúde.

Atribuições dos profissionais:

AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE:

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Encaminhar toda gestante ao serviço de saúde, buscando promover sua captação precoce para a primeira consulta e monitorar as consultas subsequentes;
- Conferir o cadastramento das gestantes no PEC e/ou CDS eSUS, assim como as informações preenchidas no Cartão da Gestante;
- Acompanhar as gestantes que não estão realizando o pré-natal na unidade básica de saúde local, mantendo a equipe informada sobre o andamento do pré-natal realizado em outro serviço;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar a busca ativa das gestantes faltosas;
- Informar enfermeiros ou médicos de sua equipe caso a gestante apresente algum dos sinais de alarme: febre, calafrios, corrimento com mau cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas fre-



quentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes e dor ao urinar.

- Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica quando necessário;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

AUXILIAR/TÉCNICO(A) DE ENFERMAGEM:

- Verificar/realizar o cadastramento das gestantes no PEC e/ou CDS eSUS;
- Conferir as informações preenchidas no Cartão da Gestante;
- Verificar o peso e a pressão arterial e anotar os dados no Cartão da Gestante;
- Aplicar vacinas antitetânica e contra hepatite B, dTPa, influenza e covid;
- Realizar atividades educativas, individuais e em grupos (deve-se utilizar a sala de espera);



- Informar enfermeiros ou médicos de sua equipe caso a gestante apresente algum sinal de alarme, como os citados anteriormente;
- Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica quando necessário;
- Orientar a gestante sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;

ENFERMEIROS:

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Realizar o cadastramento da gestante no PEC e/ou CDS eSUS e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);
- Realizar a consulta de pré-natal intercalada com a presença médica;
- Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal;
- Realizar testes rápidos;
- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B, dTPa, influenza e covid);
- Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica. Caso seja classificada como de alto risco e houver dificuldade para agendar a consulta médica (ou demora significativa para

este atendimento), a gestante deve ser encaminhada diretamente ao serviço de referência e continuar acompanhando pela USF;

- Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;
- Realizar coleta de cultura para Estreptococos do Grupo Beta Hemolítico nas gestantes com 35 semanas ou até 15 dias antes do parto;
- Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos (grupos ou atividades de sala de espera);
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

MÉDICOS:

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Realizar o cadastramento da gestante no PEC e/ou CDS eSUS e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);
- Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco intercalada com a presença da enfermagem;

- Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário;
- Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico);
- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B, dTPa, influenza e covid);
- Avaliar e tratar as gestantes que apresentam sinais de alarme;
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
- Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência;
- Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

CIRURGIÕES DENTISTAS:

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Verificar o fornecimento do Cartão da Gestante e ver se o documento está devidamente preenchido

(o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta de pré-natal);

- Realizar a consulta odontológica de pré-natal de gestação de baixo risco;
- Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário;
- Orientar a gestante sobre a realização do teste rápido;
- Orientar a vacinação das gestantes (contra tétano e hepatite B, dTPa, influenza e covid);
- Realizar a avaliação geral da gestante observando o período de gravidez;
- Avaliar a saúde bucal da gestante, a necessidade e a possibilidade de tratamento, observando os cuidados indicados em cada período da gravidez;
- Identificar os fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez;
- Atender as intercorrências/urgências odontológicas, observando os cuidados indicados em cada período da gravidez e encaminhar a gestante para níveis de referência de maior complexidade, caso necessário;
- Favorecer a compreensão e a adaptação às novas vivências da gestante, do companheiro e dos familiares, além de instrumentalizá-los em relação aos cuidados neste período;
- Orientar as gestantes e a sua equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade em relação à saúde bucal;

- Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência;
- Desenvolver atividades educativas e de apoio à gestante e aos seus familiares;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas odontológicas e os trimestres de gestação indicados para a realização de tratamento odontológico;
- Realizar busca ativa das gestantes faltosas de sua área de abrangência;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal;
- Acompanhar o processo de aleitamento materno e os cuidados com o futuro bebê, enfatizando a importância do papel da amamentação na dentição e no desenvolvimento do aparelho fonador, respiratório e digestivo da criança;
- Orientar a mulher e seu companheiro sobre hábitos alimentares saudáveis e de higiene bucal.

As unidades de saúde também devem realizar o “pré-natal do parceiro”, uma ferramenta inovadora que busca contextualizar a importância do envolvimento consciente e ativo de homens adolescentes, adultos e idosos em todas as ações voltadas ao planejamento reprodutivo e, ao mesmo tempo, contribuir para a ampliação e a melhoria do acesso e acolhimento desta população aos serviços de saúde.

Não existe “alta” do pré-natal antes do parto. Quando o parto não ocorre até a 41ª semana, é necessário encaminhar a gestante para a Maternidade de Referência para avaliação do bem-estar fetal e assistência ao parto. Em São Sebastião, a maternidade de referência é no Hospital de Clínicas de São Sebastião. A gestante referenciada ao pré-natal de alto risco deverá ser acompanhada pela eSF na atenção básica e monitorada quanto à frequência nas consultas agendadas e as condutas adotadas nesses atendimentos. A modalidade de grupos educativos pode ser usada com as gestantes e seus parceiros de modo a reforçar e potencializar as interações que ocorrem em momentos coletivos e possibilitar trocas de experiências. Dentre os diversos temas a serem abordados na assistência ao pré-natal sugere-se: sintomas comuns e alterações fisiológicas da gestação; alimentação saudável e ganho de peso na gravidez; atividade física e cuidados com a postura durante a gestação; trabalho de parto (boas práticas no nascimento, técnicas de relaxamento e alívio da dor, momento de ir para a maternidade e plano de parto); sinais de alerta (sangramento vaginal, perda de líquido, diminuição ou ausência de movimentos fetais, cefaleia, alterações visuais, epigastralgia, pressão arterial $\geq 160 \times 110$ mmHg); aleitamento materno; cuidados com o recém-nascido (importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, vacina, cuidados com o coto umbilical,

como dar o banho, banho de sol, prevenção de acidentes, reconhecimento de sinais de alerta para a saúde do bebê); direitos da mulher (acompanhante na maternidade, licença maternidade e paternidade, direito à redução de jornada para a amamentação etc.).

Nas reuniões de equipe, é importante que os registros de gestantes sejam discutidos para avaliar a adesão ao pré-natal. Esse momento é oportuno para que a equipe identifique as gestantes que iniciaram tardiamente o pré-natal, as gestantes faltosas nas consultas, aquelas que foram encaminhadas ao alto risco, que já estão próximas do momento do parto ou que o bebê nasceu. É importante também monitorar e avaliar os indicadores e as metas municipais relativas à saúde da gestante, estabelecidas no Plano Municipal de Saúde e em outros instrumentos de gestão, e alimentar os sistemas de informação da saúde de forma contínua. Acompanhar os indicadores é uma das estratégias para identificar fragilidades e permitir planejamento de ações de qualificação do atendimento à gestante e à puérpera.

2.1 Testes rápidos

TESTE RÁPIDO DE SÍFILIS

Os testes rápidos para sífilis são considerados testes treponêmicos, pois envolvem a detecção de anticorpos antitreponêmicos específicos no sangue. Desta forma, em pacientes já tratadas para sífilis, estes testes permanecerão reagentes praticamente pelo resto da vida, o que limita seu uso nestas condições. Frente à possibilidade de recidivas ou reinfecções, a execução do VDRL quantitativo é preferível, pois seus títulos correlacionam-se diretamente com a atividade da doença.

Casos de VDRL reagente e teste rápido para sífilis também reagente podem significar sífilis ativa, latente ou tratada. A diferenciação dependerá da história clínica/epidemiológica e da titulação dos anticorpos obtidos com o VDRL quantitativo. Porém, se nesta mesma condição, o VDRL apresentar-se não reagente, pode-se estar diante de um caso de sífilis primária (com possível cancro) ou sífilis tratada, situações que deverão ser avaliadas pelo médico através

do exame clínico e da história da paciente. Os testes laboratoriais para o diagnóstico da sífilis devem ser feitos em duas etapas: uma de triagem e outra confirmatória. Independentemente da sistemática adotada para a triagem, é fundamental que toda amostra reagente seja submetida a um teste não treponêmico quantitativo e a um teste treponêmico.

Havendo o tratamento correto, há queda progressiva dos títulos, podendo se negatizar em 9 a 12 meses, ou permanecer com títulos residuais baixos (cicatriz sorológica).

Valores baixos na titulação do VDRL podem significar doença recente ou antiga, tratada ou não. Nessa situação, são necessárias sorologias não treponêmicas seriadas e a solicitação de testes treponêmicos.

TESTE RÁPIDO DE HCV E HBSAG

Os testes rápidos para hepatites virais, assim como os para HIV e para sífilis, podem ser realizados no soro, plasma ou sangue total. O teste da hepatite B permite a detecção do antígeno de superfície do HBV (HBsAg) e o da hepatite C detecta o anticorpo do HCV (anti-HCV). A sensibilidade analítica dos testes rápidos é menor que a dos imunoenaios de laboratório. Tal fato irá influenciar diretamente a janela imunológica desses testes, que poderá ser maior do que a observada nas sorologias.

O teste rápido para hepatite B pode ser realizado em gestantes e em menores de 18 meses de idade, mas é um exame de triagem e precisa ser confirmado por exame sorológico (preferencialmente HBsAg).

O teste rápido para hepatite C pode ser usado em gestantes. Mas, por ser um teste que detecta anticorpos, não pode ser usado em indivíduos menores de 18 meses e imunossuprimidos. É um teste de triagem e precisa ser confirmado por exame sorológico (anti-HCV).

TESTE RÁPIDO DE HIV

No Brasil, o diagnóstico do HIV está regulamentado pela Portaria nº 29, de 17 de dezembro de 2013, que aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV. Este manual regulamenta o uso do Teste rápido (TR) para diagnóstico do HIV (BRASIL, 2013). Os TR são imunoenaios (IE) simples que foram desenvolvidos para detectar anticorpos anti-HIV em até 30 minutos, considerado um exame “rápido” se comparado ao IE utilizado em laboratórios, que pode levar até 4 horas. Isso é possível porque os dispositivos são otimizados para acelerar a reação antígeno/anticorpo por meio de uma maior concentração de antígeno e da detecção desse complexo por reagentes sensíveis à cor. Se a amostra contiver anticorpos para HIV, aparece uma linha colorida na região da linha T, indicando resultado reagente. Se a amostra não contiver esses anticorpos, não aparece uma linha

colorida na região da linha de teste, indicando um resultado não reagente. Para servir como controle de procedimento, aparece sempre uma linha colorida na região da linha de controle. Se a linha controle não aparecer, o resultado não será válido. Para realização do teste, podem ser utilizadas amostras de sangue total, soro ou plasma.

Para realização do diagnóstico da infecção pelo HIV através dos TR, deve-se adotar os procedimentos sequenciados de acordo “Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV”, aprovado pela Portaria nº 29, de 17 de dezembro de 2013, do Ministério da Saúde, em que se utilizam dois testes rápidos (TR1 e TR2) de laboratórios diferentes. Quando reagentes os resultados de TR1 e TR2, não é necessário nova coleta para confirmação diagnóstica, devendo ser fornecido laudo com resultado “Amostra Reagente para HIV”. O laudo deverá incluir também a seguinte ressalva: “Resultado definido com o Fluxograma 1, conforme estabelecido pela Portaria nº 29, de 17 de dezembro de 2013”. A utilização de TR HIV como triagem, ou seja, a realização de apenas um TR, não é mais uma prática recomendada. Indica-se a realização do diagnóstico de HIV através da realização de um segundo teste rápido, de fabricante diferente, após um primeiro teste reagente.



Vale ressaltar a obrigatoriedade da preservação do sigilo sobre a condição de pessoa que vive com infecção pelos vírus da imunodeficiência humana (HIV) e das hepatites crônicas (HBV e HCV), assim como das pessoas com hanseníase e com tuberculose, promulgada pela lei federal 14.289/2022 a todos os profissionais que trabalham em serviços de saúde, estabelecimentos de ensino, administração pública, segurança pública, serviços judiciais, setores de mídias e audiovisuais, entre outros.



3.



3. Avaliação da Gestante

1. ANAMNESE

Inicialmente, é importante confirmar dados de identificação, documentos e endereços atuais a fim de busca ativa se necessário, bem como o registro de dados nos programas do governo. Na primeira consulta de pré-natal, deve-se colher um histórico da gestante englobando sua totalidade biopsicossocial.

É preciso avaliar a situação da gravidez atual e verificar sintomas relacionados à gestação (náuseas, vômitos, dor abdominal, constipação intestinal, disúria, perda de sangue ou líquido e presença de movimentos fetais), além de pesquisar aspectos sociais (estado civil, escolaridade e profissão), antecedentes pessoais gerais, ginecológicos e obstétricos e antecedentes familiares.

Deve-se ainda abordar a aceitação da gravidez atual e, se necessário, ajudar a gestante nesse processo. Nas consultas subsequentes, o profissional de saúde deve continuar avaliando a situação da gravidez atual e questionando os sintomas relacio-

nados à gestação. A data da última menstruação (DUM) deve ser anotada e o profissional de saúde deve questionar a gestante quanto à precisão deste dia, com o objetivo de datar corretamente a gestação e calcular a data provável do parto.

Para calcular a Idade Gestacional (IG), o profissional deve somar o número de dias do intervalo entre a DUM e a data da consulta, dividindo o total por sete (resultado em semanas). Calcula-se a Data Provável do Parto (DPP) levando-se em consideração a duração média da gestação normal (280 dias ou 40 semanas, a partir da DUM). A DPP pode ser calculada por meio da regra de Nägele, que consiste em somar sete dias ao primeiro dia da última menstruação e subtrair três meses ao mês em que ocorreu a última menstruação (ou adicionar nove meses, se a última menstruação corresponder aos meses de janeiro a março). Nos casos em que o número de dias encontrado for maior do que o número de dias do mês, passar os dias excedentes para o mês seguinte, adicionando 1 (um) ao final do cálculo do mês.

Na história obstétrica, é importante avaliar a regularidade dos ciclos menstruais, registrar o número de gestações, partos ou abortamentos, detalhar cada gestação (tipo de parto, idade gestacional de nascimento, peso do recém-nascido, amamentação, intercorrências durante a gestação) e o intervalo entre as gestações.

Durante as consultas de pré-natal, a gestante deve ser informada quanto à possibilidade de inserção do DIU na maternidade logo após o parto. Caso a gestante opte por esse método, tal escolha deve ser registrada no cartão de pré-natal.

Na história pregressa pessoal, deve-se investigar sobre hipertensão arterial, diabetes mellitus, cardiopatias ou epilepsia. O profissional também deve pesquisar o uso de medicamentos, cirurgias e internações prévias, alergias, passado de hemotransfusão ou doenças sexualmente transmissíveis e avaliar a situação vacinal.

Na história familiar, deve-se investigar doenças hereditárias (hipertensão arterial, diabetes mellitus, asma, doenças da tireoide), gemelaridade e pré-eclâmpsia. Em relação à história social, é importante pesquisar sobre uso de álcool, tabaco ou outras drogas e exposição a agentes tóxicos no ambiente do trabalho.

Deve ser pesquisada a possibilidade de violência doméstica ou outra vulnerabilidade social. Os hábitos de vida também devem ser indagados, tais como a prática regular de atividade física e a história nu-

tricional. A violência doméstica deve ser abordada na primeira consulta e pelo menos uma vez a cada trimestre e no pós-parto. Em caso de confirmação de violência, deve-se realizar a notificação compulsória, apoiar a gestante, tentar fortalecê-la para que ela consiga se proteger e referenciá-la para a “Casa Poderosa”.

As anotações deverão ser realizadas tanto no prontuário quanto no Cartão da Gestante. O profissional responsável pela realização da primeira consulta de pré-natal deverá certificar-se que a gestante se encontra corretamente cadastrada no sistema de informação da atenção básica (PEC e/ou CDS eSUS). A gestante deve ter o número do Cartão Nacional de Saúde (CNS) e/ou Cadastro de Pessoa Física (CPF) vinculado ao seu cadastro. A gestante deve ser imediatamente encaminhada ao serviço de odontologia da Unidade de Saúde.

Os testes rápidos já colhidos devem ser registrados em prontuário e no cartão de pré-natal, bem como toda e qualquer conduta com a gestante.

As gestantes devem ser suplementadas com ácido fólico para a prevenção de Doenças do Tubo Neural (DTN). A recomendação de ingestão é de 400 microgramas (0,4mg/dia) de ácido fólico, ou seja, 40 gotas de ácido fólico solução oral 0,2mg/mL. Essa quantidade deve ser consumida pelo menos 30 dias antes da data em que se planeja engravidar até a 12ª semana da gestação.

Para o suplemento de ácido fólico, destaca-se a importância da sua oferta na forma de apresen-

tação em solução oral, com o objetivo de atender a recomendação de 0,4 mg diária de ingestão do micronutriente e, assim, evitar o risco de ingestão excessiva do mesmo.

Os casos de mulheres com histórico de fatores de risco para DTN devem ser avaliadas pelo médico, visto que uma dosagem maior de ácido fólico pode ser necessária 30 dias antes do planejamento da gestação até a 12ª semana.

Além disso, a partir do momento da confirmação da gravidez até o 3º mês pós-parto/pós aborto, recomenda-se a administração profilática de sulfato ferroso, na dosagem diária de um comprimido de 40mg de ferro elementar, uma hora antes do horário das refeições, a fim de manter as reservas corporais maternas de ferro.

A suplementação de sulfato ferroso na gestação faz parte da estratégia para a prevenção de anemia do Programa Nacional de Suplementação de Ferro (PNSF, MS). De acordo com o PNSF, o esquema de suplementação de administração profilática de sulfato ferroso e ácido fólico é o seguinte:

O enfermeiro poderá realizar a prescrição de ácido fólico e sulfato ferroso para a gestante no pré-natal, na consulta de enfermagem, utilizando o processo previsto na resolução COFEN Nº 358/2009 e amparado por protocolos e rotinas aprovadas pela instituição.

Nos casos de diagnóstico de anemia, o tratamento deverá ser prescrito de acordo com a conduta clínica definida pelo profissional de saúde responsável.

Público	Conduta	Periodicidade
Gestantes	40mg de ferro elementar	Diariamente após a confirmação da gravidez até o final da gestação
Pré concepção até 12ª semana gestacional	0,4mg de ácido fólico	Diariamente por um mês antes da data em que se planeja engravidar até a 12ª semana de gestação
Mulheres no pós-parto e/ou pós-aborto	40mg de ferro elementar	Diariamente até o 3º mês pós-parto e/ou pós aborto

Fonte: MS, 2022. Caderno dos Programas Nacionais de Suplementação de Micronutrientes.

2. EXAME FÍSICO

Desde a primeira consulta de pré-natal, deve-se avaliar peso, altura, mucosas, extremidades (pesquisar edema), frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial; palpação da tireoide, das mamas e do abdome.

Controle da pressão arterial (PA)

Os guidelines recomendam a medida da PA em todas as consultas de pré-natal.

Conceitua-se hipertensão arterial na gestação a partir dos seguintes parâmetros:

- A observação de níveis tensionais absolutos iguais ou maiores do que 140mmHg de pressão sistólica e iguais ou maiores do que 90mmHg de pressão diastólica, mantidos em medidas repetidas, em condições ideais, em pelo menos três ocasiões. Este conceito é mais simples e preciso. A PA diastólica deve ser identificada pela fase V de Korotkoff.
- O aumento de 30mmHg ou mais na pressão sistólica (máxima) e/ou de 15mmHg ou mais na pressão diastólica (mínima), em relação aos níveis tensionais pré-gestacionais e/ou conhecidos até a 16ª semana de gestação, representa um conceito que foi muito utilizado no passado e ainda é utilizado por alguns. Entretanto, apresenta alto índice de falsos positivos, sendo utilizado de melhor forma como sinal de alerta e para agendamento de controles mais próximos.

A hipertensão arterial sistêmica (HAS) na gestação é classificada nas seguintes categorias principais:

- Pré-eclâmpsia: caracterizada pelo aparecimento de HAS e proteinúria (> 300 mg/24h) após a 20ª semana de gestação em mulheres previamente normotensas;
- Eclâmpsia: corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas;
- Pré-eclâmpsia superposta à HAS crônica: definida pela elevação aguda da PA, à qual se agregam proteinúria, trombocitopenia ou anormalidades da função hepática, em gestantes portadoras de HAS crônica com idade gestacional superior a 20 semanas;
- Hipertensão arterial sistêmica crônica: é definida por hipertensão registrada antes da gestação, no período que precede à 20ª semana de gravidez ou além de 12 semanas após o parto;
- Hipertensão gestacional: caracterizada por HAS detectada após a 20ª semana, sem proteinúria, podendo ser definida como “transitória” (quando ocorre normalização após o parto) ou “crônica” (quando persistir a hipertensão).

As alterações hipertensivas da gestação estão associadas a complicações graves fetais e maternas e a um risco maior de mortalidade materna e perinatal. Nos países em desenvolvimento, a hipertensão gestacional é a principal causa de mortalidade materna, sendo responsável por um grande número de internações em centros de tratamento intensivo.

Procedimentos recomendados para a medida da pressão arterial:

1. Certifique-se de que ela não:
 - Está com a bexiga cheia;
 - Praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos;
 - Ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos;
 - Fumou nos 30 minutos anteriores.
2. Explique o procedimento à gestante e deixe-a em repouso por pelo menos cinco minutos em ambiente calmo. Ela deve ser instruída a não conversar durante a medida. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou após o procedimento.
3. Posicionamento da gestante: ela deve estar na posição sentada, com as pernas descruzadas, com os pés apoiados no chão e o dorso recostado na cadeira e relaxado. O braço deve estar na altura do coração (no nível do ponto médio do esterno ou no 4º espaço intercostal), livre de roupas, apoiado com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido. A PA também pode ser medida no braço esquerdo, na posição de decúbito lateral esquerdo, em repouso, e a gestante não deve diferir da posição sentada.

Para realizar a medida propriamente, após certificar-se de que o esfigmomanômetro esteja calibrado:

1. Obtenha a circunferência aproximadamente no meio do braço. Após a medida, selecione o manguito de tamanho adequado ao braço.

2. Coloque o manguito, sem deixar folgas, a 2 ou 3 cm acima da fossa cubital.
3. Centralize o meio da parte compressiva do manguito sobre a artéria braquial.
4. Estime o nível da pressão sistólica pela palpação do pulso radial. O seu reaparecimento corresponderá à PA sistólica.
5. Palpe a artéria braquial na fossa cubital e coloque a campânula ou o diafragma do estetoscópio sem compressão excessiva.
6. Infla rapidamente o equipamento até ultrapassar 20 a 30mmHg do nível estimado da pressão sistólica obtido pela palpação.
7. Proceda à deflação lentamente (velocidade de 2mmHg por segundo).
8. Determine a pressão sistólica pela ausculta do primeiro som que é em geral fraco, seguido de batidas regulares, e depois aumente ligeiramente a velocidade de deflação.
9. Determine a pressão diastólica no desaparecimento dos sons.
10. Ausculte cerca de 20 a 30mmHg abaixo do último som, para confirmar seu desaparecimento, e depois proceda à deflação rápida e completa.
11. Se os batimentos persistirem até o nível zero, determine a pressão diastólica no abafamento dos sons e anote os valores da sistólica/diastólica/zero.
12. Sugere-se esperar em torno de um minuto para nova medida.
13. Informe os valores de pressões arteriais obtidos para a paciente.
14. Anote os valores exatos sem “arredondamentos” e o braço em que a pressão arterial foi medida.

Conduta conforme a medida da pressão arterial:

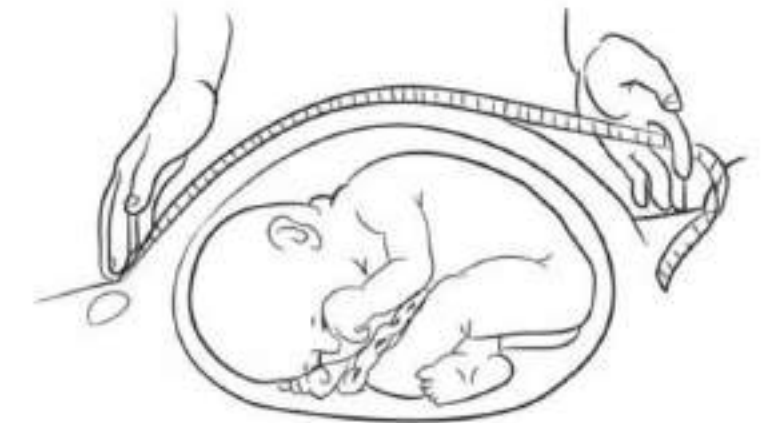
ACHADOS	CONDUTAS
Níveis de PA conhecidos e normais antes da gestação: Manutenção dos mesmos níveis de PA.	Níveis tensionais normais: • Mantenha o calendário habitual; • Cuide da alimentação; • Pratique atividade física regularmente.
Níveis de PA desconhecidos antes da gestação: Valores da pressão < 140/90mmHg.	Considere o aumento dos níveis tensionais em relação aos níveis anteriores à gestação: • Mantenha o calendário habitual; • Cuide da alimentação; • Pratique atividade física regularmente.
Níveis de PA conhecidos e normais antes da gestação: Aumento da PA, mantendo nível < 140/90mmHg.	Sinal de alerta: • Diminua a ingestão de sal; • Aumente a ingestão hídrica; • Pratique atividade física regularmente; • Agende controles mais próximos.
Níveis de PA conhecidos ou desconhecidos antes da gestação: Valores da PA, < 140/90mmHg e < 160/110, sem sintomas e sem ganho ponderal maior do que 500g semanais.	Considere HAS na gestação: • Atente para a possibilidade de erro de cálculo da idade gestacional (IG); • Realize proteinúria; • A gestante deve ser vista pelo médico da unidade e deve ser avaliada a possibilidade de polidrâmnio, macrossomia, gravidez gemelar, mola hidatiforme; • Solicite ultrassonografia, se possível; • Caso permaneça dúvida, marque retorno em 15 dias para reavaliação ou, se possível, faça o encaminhamento da gestante para o serviço de alto risco.
Níveis de PA conhecidos ou desconhecidos antes da gestação: Valores da PA, < 140/90mmHg, proteinúria (teste rápido) positiva e/ou com sintomas clínicos (cefaleia, epigastrealgia, escotomas, reflexos tendíneos aumentados) ou paciente assintomática, porém com níveis de PA > 160/110mmHg.	Paciente com suspeita de pré-eclâmpsia grave: • Deve-se referir imediatamente a gestante ao pré-natal de alto risco e/ou à unidade de referência hospitalar.
Paciente com hipertensão arterial crônica, moderada ou grave, ou em uso de medicação anti-hipertensiva.	Paciente de risco: • Deve-se referir a gestante ao pré-natal de alto risco.

Obs.: O acompanhamento da PA deve ser avaliado em conjunto com o ganho de peso súbito e/ou a presença de edema, principalmente a partir da 24ª semana. Mulheres com ganho de peso superior a 500g por semana, mesmo sem aumento da pressão arterial, devem ter seus retornos antecipados, considerando-se maior risco de pré-eclâmpsia.

O exame ginecológico/obstétrico deve ser realizado pelo menos uma vez de forma completa, a partir da primeira consulta de pré-natal, avaliando-se a genitália externa, vagina e colo uterino. Quando necessário, realizar colpocitologia oncótica cervical a partir de 12 semanas, não coletando amostra endocervical. O rastreamento em gestantes deve seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária para as demais mulheres, devendo sempre ser considerada uma oportunidade a procura ao serviço de saúde para realização de pré-natal. Não é recomendada a realização de toque vaginal de rotina durante o acompanhamento pré-natal. Ele deverá ser realizado apenas quando houver relato de presença de contrações uterinas para avaliar presença de dilatação do colo uterino. O toque vaginal pode ser realizado por médico ou enfermeiro.

Nas consultas subsequentes, deve-se avaliar o peso, pressão arterial, mucosas, frequência cardíaca, frequência respiratória, presença de edema, medir a altura uterina e auscultar os batimentos cardíacos fetais. Também é importante que as mamas sejam examinadas e que este seja um momento oportuno para que a mulher já receba orientações sobre a lactação. Após a 12ª semana, deve-se medir a altura do fundo uterino no abdome (Figura 1).

Figura 1 - Medida da altura uterina



A técnica para medida da altura uterina consiste em: posicionar a gestante em decúbito dorsal, com o abdome descoberto; delimitar a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino; corrigir a comum dextroversão uterina por meio da palpação uterina; fixar a extremidade inicial (0 cm) da fita métrica, flexível e não extensível, na borda superior da sínfise púbica com uma das mãos, passando-a entre os dedos indicador e médio; deslizar a fita métrica entre os dedos indicador e médio da outra mão até alcançar o fundo do útero com a margem cubital da mesma mão; proceder à leitura quando a borda cubital da mão atingir o fundo uterino; anotar a medida (em centímetros) no cartão e marcar o ponto na curva da altura uterina.

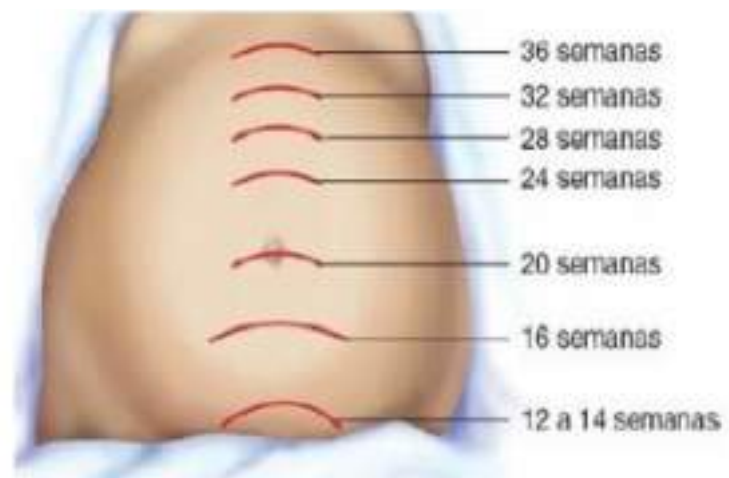
Caso o ponto da curva esteja dentro da normalidade (entre as curvas inferiores e superiores), o profissional deve seguir o calendário de atendimento de rotina. Se o ponto da curva estiver acima da curva superior, o profissional deve ficar atento para a pos-

Fonte: Brasil, 2005e.

sibilidade de erro de cálculo da idade gestacional, polidrâmnio, macrossomia fetal, gestação gemelar e Mola Hidatiforme. Se o ponto da curva estiver abaixo da curva inferior, o profissional deve ficar atento para a possibilidade de erro de cálculo da idade gestacional, oligoâmnio, feto morto ou crescimento intrauterino restrito. Se o ponto da curva estiver fora da normalidade (acima da curva superior ou abaixo da curva inferior), a gestante deve ser avaliada pelo médico de família ou pelo ginecologista o mais rápido possível (de preferência no mesmo dia) para que sejam avaliados os possíveis diagnósticos diferenciais e solicitados os exames necessários, especialmente o ultrassom obstétrico. No caso em que a consulta médica não possa ser realizada no dia da detecção da alteração da medida, o enfermeiro deverá solicitar o ultrassom obstétrico com prioridade alta para auxiliar na tomada de decisão médica posterior.

Se a altura uterina estiver > 4 cm da IG, pensar em:

- Gestação múltipla;
- Macrossomia;
- Polidrâmnio;
- Mioma uterino;
- Doença trofoblástica gestacional.



A ausculta fetal será possível após a 10ª e 12ª semanas com o sonar doppler. A frequência cardíaca fetal normal é de 120 a 160 batimentos por minuto. Caso seja identificado bradicardia (batimentos abaixo de 110 bpm) ou taquicardia (batimentos acima de 160 bpm) fetal persistente (durante 10 minutos), a gestante deve ser referenciada à maternidade com emergência. O profissional também deverá estar atento ao registro dos movimentos fetais. A definição da apresentação fetal deverá ser determinada por volta da 36ª semana de gestação, por meio da realização das manobras de Leopold.



Ausculta do batimento cardiofetal

Objetivo: Constatar a cada consulta a presença, o ritmo, a frequência e a normalidade dos batimentos cardíacos fetais (BCF). Deve ser realizada com sonar, após 12 semanas de gestação, ou com Pinard, após 20 semanas.

É considerada normal a frequência cardíaca fetal entre 120 a 160 batimentos por minuto.

Observação: após uma contração uterina, a movimentação fetal ou o estímulo mecânico sobre o útero, um aumento transitório na frequência cardíaca fetal é sinal de boa vitalidade. Por outro lado, uma desaceleração ou a não alteração da frequência cardíaca fetal, concomitante a estes eventos, é sinal de alerta, o que requer aplicação de metodologia para avaliação da vitalidade fetal. Nestes casos, recomenda-se referir a gestante para um nível de maior complexidade ou à maternidade.

Técnica para ausculta dos batimentos cardiofetais:

- Posicione a gestante em decúbito dorsal, com o abdômen descoberto;

- Identifique o dorso fetal. Além de realizar a palpação, deve-se perguntar à gestante em qual lado ela sente mais os movimentos fetais; o dorso estará no lado oposto;
- Segure o sonar doppler no local previamente identificado como correspondente ao dorso fetal;
- Procure o ponto de melhor ausculta dos BCF na região do dorso fetal;
- Controle o pulso da gestante para certificar-se de que os batimentos ouvidos são os do feto, já que as frequências são diferentes;
- Conte os batimentos cardíacos fetais por um minuto, observando sua frequência e seu ritmo;
- Registre os BCF na ficha perinatal e no Cartão da Gestante;
- Avalie resultados da ausculta dos BCF;

ACHADO

BCF não audíveis com estetoscópio de Pinard, quando a idade gestacional for igual ou maior do que 24 semanas.

Bradicardia e taquicardia.

CONDUTA

Alerta:

- Verifique o erro de estimativa da idade gestacional.
- Afaste as condições que prejudiquem uma boa ausculta: obesidade materna, dificuldade de identificar o dorso fetal.
- Mantenha o calendário mínimo de consulta, se houver percepção materna e constatação objetiva de movimentos fetais e/ou se o útero estiver crescendo.
- Agende consulta médica ou faça a referência da paciente para o serviço de maior complexidade, se a mãe não mais perceber movimentação fetal e/ou se o crescimento uterino estiver estacionário.

Sinal de alerta:

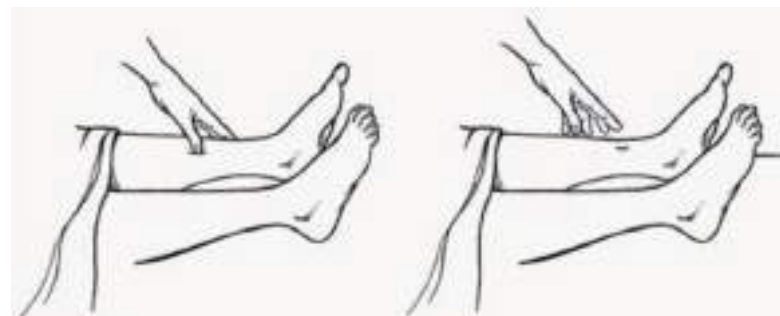
- Afaste a febre e/ou recomende o uso de medicamentos pela mãe.
- Deve-se suspeitar de sofrimento fetal.
- O médico da unidade de saúde deve avaliar a gestante e o feto.
- Na persistência do sinal, encaminhe a gestante para o serviço de maior complexidade ou para o pronto-atendimento obstétrico.

Fonte: Brasil, 2005e.

Verificação da presença de edema

Objetivo: Detectar precocemente a ocorrência de edema patológico. Nos membros inferiores:

- Posicione a gestante em decúbito dorsal ou sentada, sem meias;
- Pressione a pele na altura do tornozelo (região perimaleolar) e na perna, no nível do seu terço médio, face anterior (região pré-tibial). O edema fica evidenciado mediante presença de depressão duradoura no local pressionado.



Fonte: Brasil, 2005e.



Na região sacra:

- Posicione a gestante em decúbito lateral ou sentada;
- Pressione a pele por alguns segundos na região sacra, com o dedo polegar. O edema fica evidenciado mediante presença de depressão duradoura no local pressionado.



Fonte: Brasil, 2005e.



Na face e nos membros superiores, identifique a presença de edema pela inspeção. A presença de edema ocorre em 80% das gestantes e ele é pouco sensível e específico para o diagnóstico de pré-eclâmpsia.

Os quadros a seguir explicitam as condutas de acordo com os achados:

ACHADOS	ANOTE	CONDUTAS
Edema ausente.	-	• Acompanhe a gestante, seguindo o calendário de rotina.
Apenas edema de tornozelo, sem hipertensão ou aumento súbito de peso.	(+)	• Verifique se o edema está relacionado à postura, ao fim do dia, ao aumento da temperatura ou ao tipo de calçado.
Edema limitado aos membros inferiores, porém na presença de hipertensão ou ganho de peso.	(++)	<ul style="list-style-type: none"> • Oriente repouso em decúbito lateral esquerdo. • Verifique a presença de sinais ou sintomas de pré-eclâmpsia grave e interogue a gestante sobre movimentos fetais. • Marque retorno em sete dias, na ausência de sintomas. • A gestante deve ser avaliada e acompanhada pelo médico da unidade, de acordo com o calendário de rotina. • Caso haja hipertensão, a gestante deve ser encaminhada para um serviço de alto risco.
Edema generalizado (face, tronco e membros) ou que já se mostra presente quando a gestante acorda, acompanhado ou não de hipertensão ou aumento súbito de peso.	(+++)	<ul style="list-style-type: none"> • Gestante de risco em virtude de suspeita de pré-eclâmpsia ou outras intercorrências. • A gestante deve ser avaliada pelo médico da unidade e encaminhada para serviço de alto risco.
Edema unilateral de MMII, com dor e/ou sinais flogísticos.		<ul style="list-style-type: none"> • Suspeita de processos trombóticos (tromboflebite, TPV). • A gestante deve ser avaliada pelo médico da unidade e encaminhada para o serviço de alto risco.

Fonte: Brasil, 2005e.

Exame ginecológico e coleta de material para col-pocitologia oncótica.

O exame ginecológico inclui a inspeção vulvar, o exame especular e o toque vaginal. Não se deve perder a oportunidade para a realização do rastreamento do câncer do colo do útero nas gestantes. Não está contraindicada a realização deste exame em mulheres grávidas, podendo ser feito em qualquer período da gestação, preferencialmente até o 7º mês.

Exame ginecológico:

- Inspeção e palpação dos genitais externos: avalie a vulva, o períneo, o introito vaginal e a região anal;
- Palpação da região inguinal à procura de linfonodomegalia;
- Exame especular: introduza o espéculo e analise a mucosa e o conteúdo vaginal, o colo uterino e o aspecto do muco cervical. Pesquise a presença de lesões, sinais de infecção, distopias e incompetência istmo-cervical. Avalie a necessidade de coletar material para bacterioscopia;
- Coleta de material para exame colpocitopatológico;
- Toque bimanual: avalie as condições do colo uterino (permeabilidade), o volume uterino (regularidade e compatibilidade com a amenorreia), a sensibilidade à mobilização do útero e as alterações anexiais.

Coleta do material para exame colpocitopatológico

A coleta do material do colo do útero para exame colpocitopatológico deve ser realizada a partir de uma amostra da parte externa, a ectocérvice. A coleta da parte interna, a endocérvice, não deve ser realizada nas gestantes. Para a coleta do material, é introduzido um espéculo vaginal e procede-se à escamação ou esfoliação da superfície externa do colo por meio de uma espátula de madeira.



Conduta frente ao resultado:

- Citologia normal ou citologia inflamatória: oriente a usuária a realizar o controle anual;
- Citologia com NIC I (neoplasia intra-epitelial cervical), displasia leve: as alterações de diferenciação celular se limitam ao terço do epitélio de revestimento da cérvice, sendo praticamente unânime a presença do efeito citopático compatível com o vírus do papiloma humano (HPV). Em casos de NIC I, deverá ser repetida citologia após seis meses.
- NIC II e III, displasia moderada e displasia intensa ou carcinoma in situ, respectivamente: atualmente, estas lesões são colocadas no mesmo patamar biológico e são chamadas de lesões de alto grau. Alterações como estas devem ser encaminhadas ao especialista.
- Carcinoma escamoso invasivo: trata-se de células escamosas com grande variação de forma e alterações celulares como as descritas anteriormente. Necessita de comprovação histopatológica.

- Adenocarcinoma in situ ou invasivo: representa alterações celulares semelhantes às descritas anteriormente, mas detectadas nas células glandulares do colo do útero. É mínimo o risco da progressão de uma lesão de alto grau para carcinoma invasor durante o período gestacional. Já a taxa de regressão espontânea após o parto é relativamente alta (69%). Mulheres gestantes com o laudo citopatológico alterado devem seguir a mesma conduta recomendada para as mulheres não grávidas na unidade básica de saúde.
- A conduta obstétrica, em princípio, para resolução da gravidez, não deve ser modificada em decorrência dos resultados colposcópicos, citopatológicos e histopatológicos, exceto nos casos de franca invasão ou obstrução do canal do parto.

Após o parto, as reavaliações colposcópica e citopatológica deverão ser feitas em um centro de referência em prazo de seis a oito semanas.



3. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL

A avaliação do estado nutricional da gestante consiste na avaliação do peso e da altura e o cálculo da semana gestacional, o que permite a classificação do índice de massa corporal (IMC) em cada avaliação. O índice de massa corporal é calculado por meio da fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{PESO (KG)}}{\text{ALTURA (M)}^2}$$

Com base no IMC obtido na primeira consulta de pré-natal, é possível conhecer o estado nutricional atual (baixo peso, peso adequado, sobrepeso e obesidade) e, a partir do diagnóstico nutricional realizado, são recomendadas as seguintes condutas:

- Baixo peso (BP): investigue a história alimentar, a hiperemese gravídica, as infecções, as parasitoses, as anemias e as doenças debilitantes. Dê a orientação nutricional (Quadro 1) visando à promoção do peso adequado e de hábitos alimentares saudáveis. Nestes casos, o acompanhamento nutricional individual da gestante será mais frequente.
- Adequado (A): Explique à gestante que seu peso está adequado para a idade gestacional. Ofereça orientação nutricional (Quadro 1) para manutenção do peso adequado e promoção de hábitos alimentares saudáveis;
- Sobrepeso e obesidade (S e O): investigue a obesidade pré-gestacional, casos de edema, polidrâmnio, macrossomia e gravidez múltipla. Ofereça orientação nutricional (Quadro 1) para promoção do peso

adequado e de hábitos alimentares saudáveis. Nestes casos, o acompanhamento nutricional individual da gestante será mais frequente. Recomenda-se que a gestante seja pesada em todas as consultas. A estatura pode ser aferida apenas na primeira consulta desde que não seja gestante adolescente (menor de 20 anos), cuja medida deverá ser realizada pelo menos trimestralmente. O profissional de saúde deve anotar a avaliação nutricional no prontuário, acompanhando o ganho de peso até o final da gestação. Gestantes de alto risco devem ter acompanhamento nutricional do nutricionista da rede.



QUADRO 1 – ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS

- Realizar pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia, evitando ficar mais de três horas sem comer. Evitar “pular” refeições ou “beliscar” entre as refeições;
- Beber água entre as refeições, pelo menos 2 litros (de 6 a 8 copos) por dia;
- Comer devagar, mastigar bem e de forma que evite qualquer tipo de estresse na hora da alimentação;
- Montar um prato colorido e variar os tipos de frutas, legumes e verduras consumidos durante a semana. É recomendado consumir diariamente pelo menos três porções de legumes e verduras e três porções de frutas;
- Consumir hortaliças verdes escuras (couve, brócolis, agrião, taioba, rúcula) e outros alimentos coloridos alaranjados (mamão, abóbora, cenoura, laranja, acerola, tomate, manga);
- Dar preferência a frutas, legumes e verduras crus para obter mais fibras em sua alimentação;
- Lavar em água corrente as frutas, os legumes e as verduras e colocá-los de molho por dez minutos (diluir uma colher de sopa de água sanitária em um litro de água filtrada). Depois, é necessário enxaguar o alimento em água corrente;
- Evitar consumir líquidos durante as refeições para reduzir os sintomas de pirose. Dar preferência às frutas com alto teor de líquidos (laranja, tangerina, abacaxi, melancia) após as refeições;
- Evitar deitar-se logo após as refeições para evitar pirose;
- Evitar acrescentar café ou achocolatado ao leite, pois tais alimentos também reduzem o aproveitamento de cálcio.
- Consumir os cereais na sua forma mais natural, pois oferecem maior quantidade de fibras que auxiliam a regularizar o funcionamento intestinal. Farinha integral, pão integral, arroz integral e aveia são alguns exemplos. É importante que a gestante seja orientada e incentivada a distribuir as seis porções recomendadas desse grupo de alimentos em todas as refeições e lanches do dia.

- Consumir feijão com arroz todos os dias ou pelo menos, cinco vezes na semana;

- Consumir mais peixes e frangos e sempre preferir as carnes magras;

- Não comer carnes cruas ou mal passadas porque podem transmitir doenças como verminose e toxoplasmose. O leite cru e os ovos devem ser submetidos a altas temperaturas de cocção;

- Diminuir o consumo de gorduras. Deve-se consumir, no máximo, uma porção diária (uma colher de sopa de óleos vegetais e azeite de oliva ou meia colher de sopa de manteiga ou margarina). Dar preferência aos óleos vegetais para cozinhar e dar preferência ao azeite de oliva para temperar saladas, sem exagerar na quantidade;

- Preferir preparações assadas, cozidas, ensopadas e grelhadas no lugar das frituras;

- Reduzir para, no máximo, uma vez por semana o consumo de alimentos gordurosos, embutidos (salsicha, linguiça, salame, presunto, mortadela), salgadinhos, chocolates e sorvetes;

- Consumir no máximo uma porção por dia de açúcar (uma colher de sopa), caso deseje consumir açúcares e doces. Valorizar o sabor natural dos alimentos e das bebidas, evitando ou reduzindo o açúcar adicionado a eles;

- Evitar refrigerantes e sucos industrializados com corantes artificiais, aromatizantes e açúcar. O uso de adoçantes e de produtos diet e light durante a gestação deve ser indicado somente em casos de diabetes;

- Diminuir a quantidade de sal na comida e retirar o saleiro da mesa. Deve-se evitar consumir alimentos industrializados com muito sódio, como hambúrguer, charque, salsicha, linguiça, presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas prontas, molhos e temperos prontos;

- Utilizar temperos naturais, como cheiro verde, alho, cebola, ervas frescas ou secas e suco de frutas, como limão, para temperar e valorizar o sabor natural dos alimentos e, com isso, reduzir a quantidade de sal;

- Ler o rótulo, ao comprar produtos industrializados, e escolher aqueles com menor quantidade de sódio.

Além disso, para a orientação nutricional, pode-se também utilizar o material desenvolvido pelo Ministério da Saúde, Fascículo 3. Guia Alimentar para a População Brasileira na orientação alimentar de gestantes (2021), disponível em anexo.



O ideal é que o IMC considerado no diagnóstico inicial da gestante seja o IMC pré-gestacional referido ou o IMC calculado a partir de medição realizada até a 13ª semana gestacional. Caso isso não seja possível, inicie a avaliação da gestante com os dados da primeira consulta de pré-natal, mesmo que esta ocorra após a 13ª semana gestacional.

O ganho de peso recomendado durante a gestação segundo o estado nutricional inicial está mais detalhado no Quadro 2.

Ganho de peso recomendado (em kg) na gestação segundo o estado nutricional inicial.

Estado nutricional inicial (IMC)	Recomendação de ganho de peso (kg) semanal médio no 2º e 3º Trimestre	Recomendação de ganho de peso (kg) total na gestação
Baixo peso (< 18,5 kg/m²)	0,5 (0,44 - 0,58)	12,5 - 18,0
Adequado (18,5 - 24,9 kg/m²)	0,4 (0,35 - 0,50)	11,5 - 16,0
Sobrepeso (25,0 - 29,9 kg/m²)	0,3 (0,23 - 0,33)	7,0 - 11,5
Obesidade (≥ 30 kg/m²)	0,2 (0,17 - 0,27)	5,0 - 9,0

*Ganho de peso no primeiro trimestre entre 0,5 - 2,0kg.
 Fonte: Adaptado de: Brasil, DF: Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013b. 318p. (Recurso eletrônico). (Cadernos de Atenção Básica, nº 32). Disponível em: <http://goo.gl/TODmiyf>

No momento da avaliação nutricional, o profissional pode orientar a gestante sobre prática de atividades físicas. Os exercícios podem contribuir para a redução dos desconfortos comuns durante a gestação, controlam o ganho de peso, diminuem o estresse, melhoram o sono e o desempenho das atividades do cotidiano. Mesmo a mulher que nunca praticou exercício e que tem uma vida sedentária pode se beneficiar com a orientação de atividades e com o acompanhamento do profissional de educação física. Caso seja observada alguma contraindicação para a prática de exercícios físicos durante a avaliação, a gestante será encaminhada para seu médico de referência.

Devem-se evitar as seguintes condições:

- Exercícios na posição de decúbito dorsal após o primeiro trimestre;
- Exercícios de impacto;
- Exercícios em locais muito úmidos e quentes;
- Manobra de valsava durante os exercícios;
- Esportes que possam acarretar perda de equilíbrio e quedas. Em geral, o exercício no período pós-parto pode começar entre 4 a 6 semanas após o parto.

4. EXAMES COMPLEMENTARES

O roteiro para solicitação de exames complementares durante o pré-natal e a interpretação dos resultados e conduta estão descritos, respectivamente, no Quadro 3 e Quadro 4. Caso a gestante não seja captada precocemente, o profissional de saúde deve solicitar os exames na primeira oportunidade de contato com a gestante.

O Ministério da Saúde recomenda um exame ultrassonográfico de rotina durante a gestação de baixo risco, preferencialmente no período entre 13 e 20 semanas. Nesta época, é possível obter ao mesmo tempo a datação da gestação e o estudo da morfologia fetal.



Em São Sebastião, além da UGS Obstétrica Inicial e Ultrassom de Translucência Nucal (que podem ser solicitados pelo médico e enfermeira nas unidades de saúde), estão também disponíveis Ultrassom Morfológico, Perfil Biofísico Fetal e Doppler segundo as indicações abaixo descritas.

A lei 94.406/87, que regulamenta o exercício profissional da Enfermagem, estabelece a consulta de Enfermagem como atividade privativa do enfermeiro e a Resolução Cofen n.º 195/97 reconhece sua competência para solicitar exames de rotina e complementares.

USG Obstétrica Inicial

USG Translucência Nucal

Ultrassom Morfológico

Perfil Biofísico Fetal

Doppler



US Morfológico IG: 20 a 24 semanas;

- Profissionais solicitantes: médico e enfermeiro da ESF;
- Indicações: todas as gestantes;

US Perfil Biofísico Fetal IG: ideal a partir de 28 semanas de gestação;

Ultrassom de translucência nucal (preferencialmente com 12 semanas);

- Profissionais solicitantes: ginecologista (alto risco)
- Indicações: condições maternas como síndromes hipertensivas, diabetes tipo I, nefropatia crônica, doenças cardíacas cianóticas, hemoglobinopatias (SS, CC, talassemia S), lúpus, síndrome antifosfolípides e hiper ou hipotireoidismo.. Condições relacionadas à gestação: pré-eclâmpsia, diminuição de movimento fetal, oligoâmnio, polidrâmnio, crescimento intrauterino restrito, gestação prolongada, alo imunização, perda fetal anterior sem causa aparente e gestações múltiplas (crescimento discrepante).

US com Doppler

- Profissionais solicitantes: ginecologista (alto risco)
- Indicações: Retardo de crescimento intrauterino ou macrosomia, gestante diabética e/ou hipertensa, idade gestacional acima de 32 semanas e síndromes hipertensivas.

Solicitações além das indicações acima descritas só serão agendadas se o médico solicitante anexar uma JUSTIFICATIVA ao pedido, esclarecendo os motivos que o levam a solicitar tal exame.

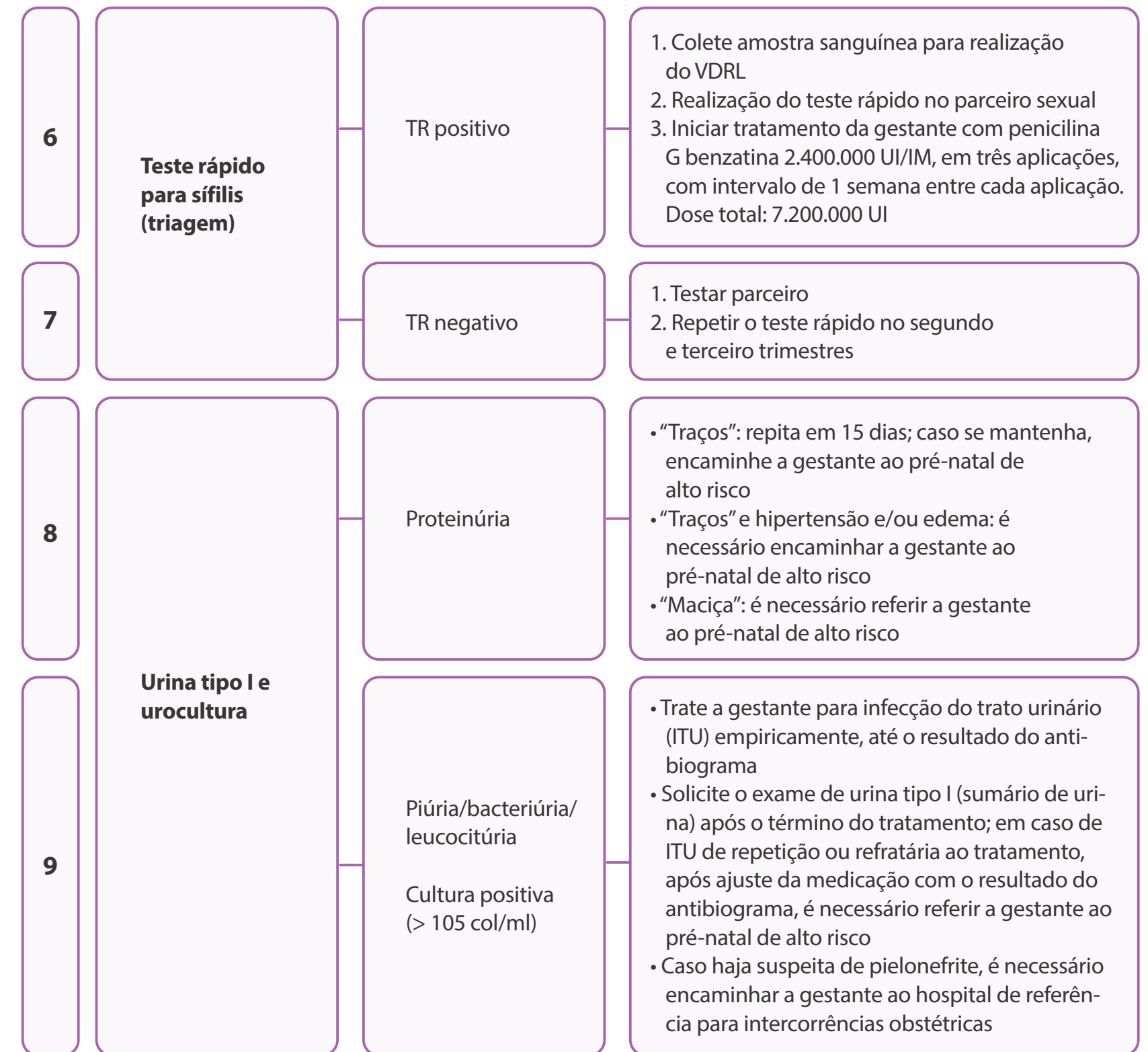
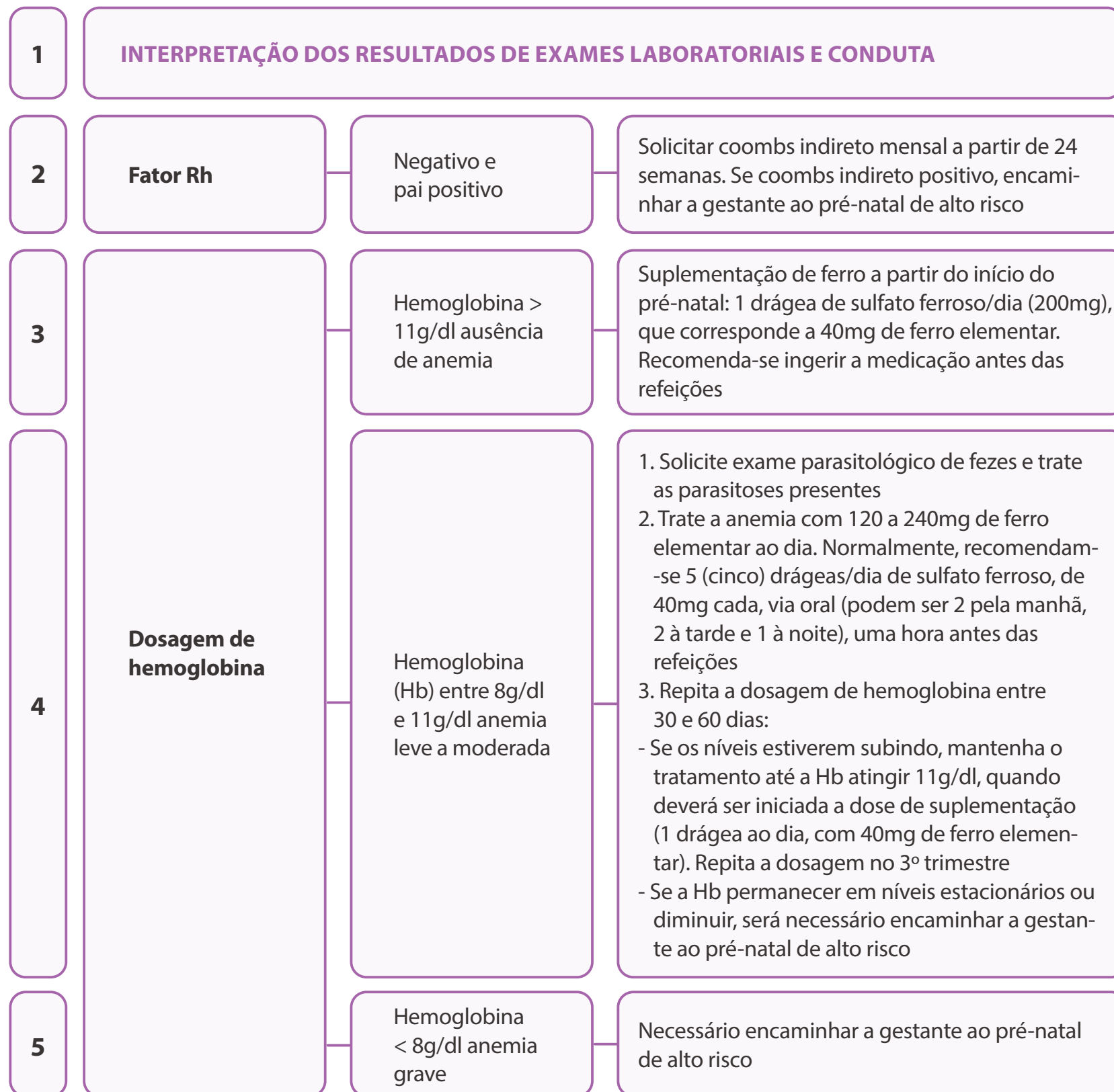
1	ROTEIRO PARA SOLICITAÇÃO DE EXAMES COMPLEMENTARES DURANTE O PRÉ-NATAL DE ACORDO COM A IDADE GESTACIONAL	
2	Primeiro trimestre (no momento da captação da gestante)	<ul style="list-style-type: none"> • Tipagem sanguínea e fator Rh • Coombs indireto se a gestante for Rh negativo • Hemograma • Glicemia de jejum • Teste rápido de triagem para sífilis • Teste rápido para hepatite B e C • Teste rápido de HIV • Sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM) • VDRL • Anti HBsAg, anti HCV e anti HIV • Sorologia para rubéola • TSH e T4 livre • Sorologia para citomegalovírus • Urina I e urocultura; • Citopatológico de colo de útero a partir de 12 semanas • Parasitológico de fezes • Ultrassonografia obstétrica inicial e/ou translucência nucal (a depender da idade gestacional)
3	Segundo trimestre (20 semanas)	<ul style="list-style-type: none"> • Teste rápido de triagem para sífilis • Teste rápido para hepatite B e C • Teste rápido de HIV • VDRL • Sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM) • Hemograma completo • Urina I e urocultura • Glicemia • Ultrassom morfológico (realizar o exame entre 22 e 24 semanas)

4	Preferencialmente com 24 semanas de gestação:	<ul style="list-style-type: none"> • Gestante fator Rh negativo e pai fator Rh positivo: coombs indireto mensal
4	Preferencialmente com 28 semanas de gestação:	<ul style="list-style-type: none"> • Urocultura e antibiograma • Teste de tolerância a glicose • Mãe Rh- com Pai Rh+: encaminhar para receber imunoglobulina na maternidade mesmo que o coombs indireto apresente resultado NEGATIVO
5	30 semanas	<ul style="list-style-type: none"> • Teste rápido de triagem para sífilis • VDRL • Sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM); • Teste rápido para hepatite B e C; • Teste rápido de HIV; • Anti-HIV • PARCEIRO: anti-HIV e VDRL • Ultrassonografia obstétrica
6	32 semanas	<ul style="list-style-type: none"> • Urina I, urocultura e antibiograma • Sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM) • USG obstétrico
7	35 semanas	<ul style="list-style-type: none"> • Cultura para estreptococos do grupo beta hemolítico

¹ Solicitação por médico ou enfermeiro.

² Coombs indireto deve ser repetido mensalmente, a partir de 24 semanas, em gestantes Rh negativo.

³ Por conta do alto grau de miscigenação da população brasileira, todas as gestantes devem ser rastreadas para doença falciforme, conforme Nota Técnica nº 035/2011/CGSH/DAE/SAS/MS da Rede Cegonha.



10	Urina tipo I e urocultura	Hematúria	<ul style="list-style-type: none"> • Se for piúria associada, considere ITU e proceda da mesma forma como foi apresentada no item anterior • Se for isolada, uma vez que tenha sido excluído sangramento genital, é necessário referir a gestante para consulta especializada
11		Outros elementos	Não há necessidade de condutas especiais
12	Glicemia em jejum	85 – 119mg/dl	Realize TTG de 24 a 28 semanas de gestação
13		> 110mg/dl	Repita o exame de glicemia em jejum. Se o resultado for maior do que 110mg/dl, o diagnóstico será de DM gestacional
14	TTGO 75g (2h)	Jejum < 110mg/dl 2h < 140mg/dl	Teste negativo
15		Jejum > 110mg/dl 2h > 140mg/dl	DM gestacional Encaminhar ao pré-natal de alto risco
16	Teste rápido para HIV	TR positivo	Faça o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante ao pré-natal no serviço de atenção especializada em IST/Aids de referência
17		TR negativo	Faça o aconselhamento pós-teste e repita a sorologia no 3º trimestre

18	Sorologia para HIV	Positivo	<ul style="list-style-type: none"> • Faça o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante ao pré-natal no serviço de atenção especializada em DST/Aids de referência • HIV positivo: encaminhar ao CEMIN com resultado sorológico e/ou TR reagente para seguimento no pré-natal de alto risco. Se a paciente HIV positivo com diagnóstico antes da gestação, mantém seguimento com infecto no CEMIN (geralmente com ajuste do TARV) e PNAR no CSII
19		Negativo	Faça o aconselhamento pós-teste repita o exame no 3º trimestre
20	Sorologia para hepatite B	Positivo	Faça o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante ao pré-natal no serviço de referência de atenção especializada em hepatites
21		Negativo	Faça o aconselhamento pós-teste e vacine a gestante caso ela não tenha sido vacinada anteriormente. Em seguida, repita a sorologia no 3º semestre
22	Sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG)	IgG positivo/ IgM negativo: gestante imune	<ul style="list-style-type: none"> • Abandonar rastreamento • Fazer avaliação trimestral em gestantes imunodeprimidas
23		IgG negativo/ IgM negativo: gestante susceptível	Repetir sorologia e orientar medidas de prevenção primária ¹

24	Sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG)	IgG positivo/ IgM positivo: infecção aguda ou IgM residual	<ul style="list-style-type: none"> Solicitar teste de avidéz para IgG² Se < 16 semanas de gestação e alta avidéz, considere infecção aguda, inicie tratamento e encaminhe a gestante ao pré-natal de alto risco Se > 16 semanas, considere infecção aguda, inicie tratamento e encaminhe ao pré-natal de alto risco
25		IgG negativo/ IgM positivo: infecção aguda inicial ou falso positivo	Iniciar espiramicina imediatamente ² . Repetir a sorologia em 3 semanas. Se IgG e IgM positivos, considere infecção aguda, continue tratamento e encaminhe a gestante ao pré-natal de alto risco. Se IgG permanecer negativo, considere IgM falso positivo
26	Cultura para estreptococos do grupo Beta hemolítico	Negativa	Orientações gerais
27		Positiva	Tratamento em ambiente hospitalar. Registre o cartão da gestante e comunique a maternidade
28	Sorologia para hepatite C		<ul style="list-style-type: none"> Sorologia reagente para HCV ou HBs Ag: encaminhe para o CEMIN para acompanhamento com infectologista Durante a gestação, acompanhe a carga viral e condições hepática por meio de USG abdômen e exames laboratoriais. Tratamento após o parto se indicado

¹ Lavar bem as mãos e após o preparo das refeições; manusear carnes cruas com luvas; uso de luvas descartáveis ao manusear dejetos de gatos, trabalhos em jardins e ao limpar caixas de areia de crianças; evitar áreas que possam estar contaminadas com fezes de gato; evitar locais com presença de dejetos de pombos e aves em geral; lavar bem frutas e verduras; as carnes devem ser bem cozidas e ovos não devem ser consumidos crus, proteger alimentos de moscas e baratas.

² Manejo deve ser feito por médico.

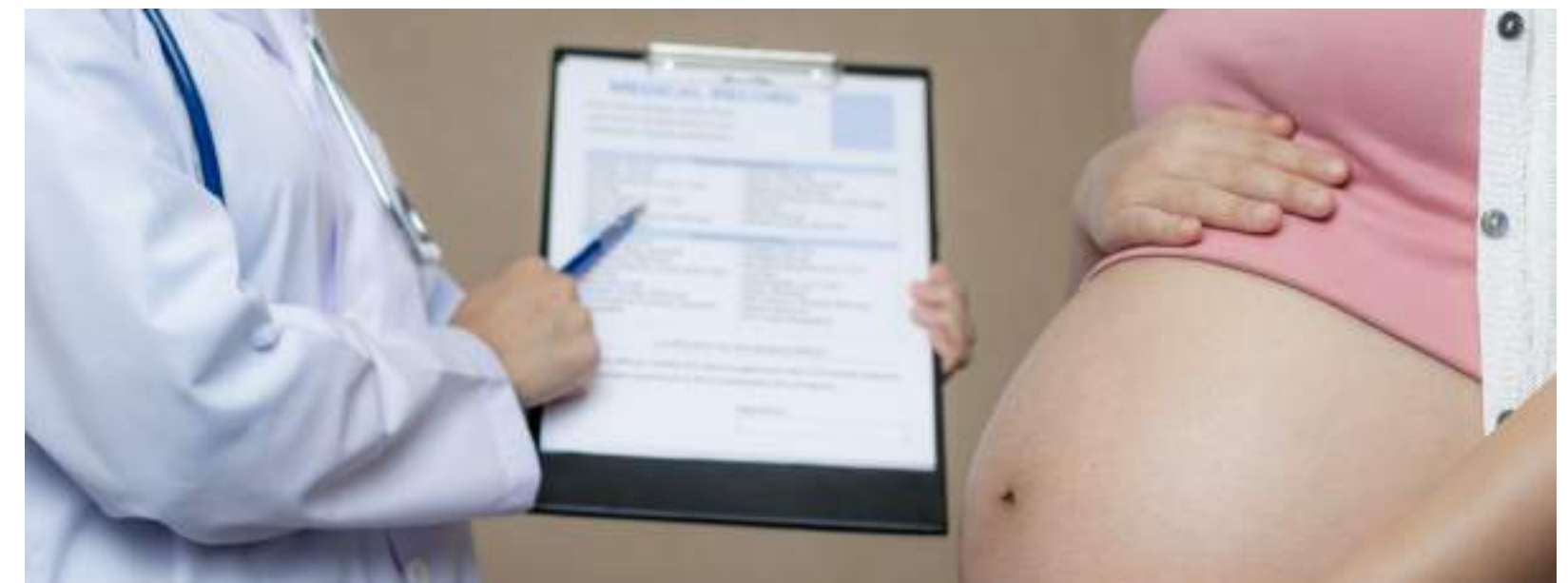
Os enfermeiros podem prescrever a penicilina benzatina conforme protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais, Secretarias Municipais, Distrito Federal ou em rotina aprovada pela instituição de saúde.

5. AVALIAÇÃO DO RISCO GESTACIONAL E CRITÉRIOS PARA REFERENCIAMENTO AOS DEMAIS NÍVEIS DE ATENÇÃO

A maioria das gestações evolui de maneira favorável, porém um percentual apresenta probabilidade de evolução desfavorável, seja pela presença de comorbidades maternas prévias ou pelo aparecimento de complicações clínicas e/ou obstétricas durante a gestação. A identificação de situações de risco para a saúde materna e/ou fetal é imprescindível para garantir o encaminhamento oportuno a níveis de maior complexidade assistencial e diminuir a morbimortalidade materna e infantil.

Outro instrumento é proporcionar uma consulta completa para a gestante, que inclui anamnese e exame físico detalhado. A avaliação do risco gestacional deve ser realizada pelo médico ou pelo enfermeiro em todas as consultas de pré-natal. A identificação de qualquer risco implica em encaminhamento ao PNAR (pré-natal de alto risco) ou à maternidade de referência. As gestantes em acompanhamento no pré-natal de alto risco devem permanecer vinculadas à sua equipe de saúde da família para maior vigilância.

O acolhimento, com escuta qualificada da gestante, compreende importante instrumento na identificação de situações que confirmam risco à saúde materna e/ou fetal.



Quando encaminhar para o pré-natal de alto risco?

1. Fatores de risco para a gestação que indicam atenção especial, com as gestantes permanecendo sob os cuidados de sua equipe de APS, porém com calendário de consultas flexível.

Os enfermeiros podem prescrever a penicilina benzatina conforme protocolos estabelecidos pelo Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais, Secretarias Municipais, Distrito Federal ou em rotina aprovada pela instituição de saúde.

• Fatores de risco relacionados a características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:

- Altura menor que 1,45 m
- Idade menor do que 15 anos ou maior do que 35 anos
- Baixa escolaridade (menos de 5 anos de estudo)
- Gravidez não programada, principalmente em adolescente
- Condições ambientais desfavoráveis
- Ocupação: esforço físico e carga horária excessiva, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas (acompanhamento em conjunto com a Saúde Mental)
- Transtornos mentais (acompanhamento em conjunto com a Saúde Mental)
- Epilepsia controlada, sem uso de medicamento ou uso em monoterapia com baixas doses de medicamentos não teratogênicos
- Hipertensão crônica controlada (pressão arterial menor ou igual a 140/90mmHg) sem uso de anti-hipertensivo

- Asma brônquica intermitente
- Histórico de câncer (doença “curada”)
- Passado de pielonefrite
- Traço falciforme

• Fatores de risco relacionados à história reprodutiva anterior:

- Cirurgia uterina anterior
- Dificuldade para engravidar
- Macrossomia fetal
- Morte perinatal explicada
- Nuliparidade ou multiparidade (pelo menos dois partos anteriores)
- Pré-eclâmpsia prévia
- Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado
- Último parto há menos de dois anos ou mais de cinco anos

• Fatores de risco relacionados à gestação atual:

- Anemia leve / moderada com resposta adequada ao tratamento de prova com sulfato ferroso
- Crescimento uterino inadequado acima ou abaixo do esperado, conforme gráfico de acompanhamento da medida útero-fita (nestes casos devem-se solicitar US obstétrico)
- Egresso hospitalar por pielonefrite na gestação atual
- Ganho ponderal inadequado
- Infecção urinária
- Hipertensão arterial crônica sem uso de anti-hipertensivo (gestantes hipertensas com níveis pressóricos menores ou iguais a 140 x 90mmHg, sem necessidade de hipotensor, deverão ser acompanhadas pelo ginecologista)

2. Fatores de risco que demandam encaminhamento ao pré-natal de alto risco

- Pré-eclâmpsia sem critérios de gravidade confirmada por diagnóstico clínico e laboratorial (níveis pressóricos maiores que 140 x 90 mmHg e menores que 160 x 110 mmHg após 20ª semana de gestação, na ausência de sintomas e com proteinúria de 24h \geq 300 mg)
- Cardiopatias reumáticas, congênitas, hipertensivas, arritmias e valvulopatias
- Pneumopatias: asma persistente e em uso crônico de medicamentos; doença pulmonar obstrutiva crônica
- Doenças tireoidianas: hipertireoidismo (exceto o hipertireoidismo subclínico transitório da gestação, diagnosticado através de TSH baixo e T4 livre normal, até 18 semanas de gestação) e hipotireoidismo (TSH $>$ 2,5 no primeiro trimestre ou TSH $>$ 3 após o primeiro trimestre)
- Diabetes mellitus pré-gestacional ou gestacional
- Epilepsia de difícil manejo e não controlada
- Anemia grave ou anemia leve ou moderada sem resposta ao tratamento de prova com sulfato ferroso
- Doença falciforme
- Nefropatias: insuficiência renal, hidronefrose e rins policísticos
- Doenças autoimunes: lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatoide ou outras collagenoses
- Passado de tromboembolismo pulmonar ou trombose venosa profunda
- Perda gestacional de repetição (três ou mais)
- Morte fetal inexplicada
- Malformações uterinas e miomatose com repercussão na gestação (miomas volumosos)
- Câncer invasor de origem ginecológica ou aqueles em tratamento ou possam repercutir negativamente na gestação
- Portadoras de doenças infecciosas, incluindo toxoplasmose aguda, citomegalovírus, rubéola durante a gravidez e infecção pelo HIV
- Infecção por vírus zika
- USG evidenciando microcefalia ou alterações neurológicas no feto
- Portadoras de hepatite B (HBsAg positivo)
- Passado de cirurgia bariátrica
- Placenta prévia total
- Incompetência istmocervical (passado de incompetência istmocervical ou suspeita diagnóstico na gestação atual)
- Malformações fetais (gastrosquise, defeitos de tubo neural, onfalocele ou cardiopatia)
- Desvios do crescimento uterino confirmados ao ultrassom como gestação gemelar, polidrâmnio, oligodrâmnio e crescimento intrauterino restrito (CIUR). O serviço de PNAR deve reencaminhar à UBS as gestantes referenciadas inadequadamente ao pré-natal de alto risco (em não conformidade com o protocolo), por meio de guia de contrarreferência

3. Critérios de encaminhamento para Medicina Fetal

- Isoimunização materna
- Malformação fetal graves após avaliação no pré-natal de alto risco (quando necessário, por meio de guia de referência)

4. Critérios de encaminhamento à Maternidade de Referência (urgência)

- Trabalho de parto
- Amniorrexe prematura
- Gravidez a partir de 41 semanas
- Hemorragia na gestação
- Suspeita de pré-eclâmpsia
- Suspeita de pielonefrite
- Suspeita de tromboembolismo pulmonar ou trombose venosa profunda
- Febre a esclarecer
- Instabilidade hemodinâmica
- Hiperemese gravídica
- Diminuição de movimentação fetal
- Bradicardia ou taquicardia fetal
- Alteração de bem-estar fetal em exame complementar

A unidade deve realizar encaminhamento responsável à Maternidade de Referência. O médico deve entregar relatório à gestante e fazer contato com o plantonista da Maternidade para comunicar o quadro clínico. Quando necessário, a unidade de saúde deve providenciar o transporte da gestante para a Maternidade. A Maternidade de Referência deverá receber a gestante, independentemente da disponibilidade de vagas.

5. Consulta odontológica

Doenças bucais podem gerar problemas gestacionais, como a indução do parto prematuro, prejudicando potencialmente a saúde e o desenvolvimento do bebê. A saúde bucal deve ser observada na gestante como parte importante do cuidado pré-natal. Melhorar a condição de saúde bucal durante a gravidez pode otimizar não somente a saúde geral da mulher, mas também para a saúde do bebê. Considerando que a mãe e a família têm papel fundamental nos padrões de comportamento apreendidos durante a primeira infância, a realização de ações educativas e preventivas com gestantes, além de qualificar a sua saúde, torna-se fundamental para introduzir bons hábitos desde o início da vida da criança.

A equipe de saúde deve trabalhar de forma articulada, encaminhando a gestante para a consulta odontológica ao iniciar o pré-natal. Deve-se garantir acesso odontológico durante o pré-natal conforme as necessidades individuais da gestante. Para o atendimento das gestantes de alto risco, recomenda-se fazer avaliação conjunta do cirurgião dentista e médico de família de referência da gestante e, caso necessário, solicitar exames específicos para garantir o atendimento seguro.

Gestantes podem e devem ser atendidas nas unidades de saúde, devendo ser inseridas na rotina do pré-natal para consultas regulares de manutenção, controle de possíveis focos de infecção, tratamento da gengivite, orientação de dieta, controle de placa e acompanhamento no território.

As gestantes podem ser atendidas em qualquer período gestacional, entretanto, o segundo trimestre é mais indicado por ser uma fase de mais estabilidade. O primeiro trimestre é o período da embriogênese no qual o feto é mais susceptível à influência teratogênica e ao aborto.

Fazer profilaxia e tratamentos periodontal, restauradores e de eliminação de focos infecciosos. Avaliar sinais vitais. Atentar aos exames hematológicos e glicemia. O segundo trimestre é o melhor período para o tratamento odontológico, podendo-se realizar:

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

No terceiro trimestre, o risco de síncope e hipertensão é maior devido à posição do feto, assim como as demandas cardiovasculares. Há maior risco de anemia, eclâmpsia e hipertensão. Fazer profilaxia e procedimentos restauradores básicos. Em caso de necessidade, intervenções invasivas de urgência, como acessos endodônticos, cirurgias periodontais e exodontias devem ser feitas desde que as condições de segurança para a gestante e o feto sejam estáveis. Programar as grandes reabilitações e cirurgias invasivas eletivas para depois do nascimento do bebê devido ao risco de estresse e bacteremia.

A equipe de saúde poderá organizar atividades educativas com a gestante, como grupos operativos. Estes podem auxiliar na desmistificação de alguns mitos quanto ao atendimento odontológico e esclarecer dúvidas, o que pode influenciar na maior adesão das gestantes à consulta odontológica. O processo de trabalho da equipe deve ser organizado de forma a favorecer o acesso da gestante à consulta odontológica, como a agenda compartilhada ou interconsulta. A consulta com a equipe de saúde bucal já deve ser agendada no primeiro contato pré-natal da equipe de saúde da família, preferencialmente no momento da confirmação da gestação. A equipe de saúde bucal deverá manter vaga aberta na agenda em quantidade proporcional ao total de gestantes acompanhadas pelas equipes de saúde da família (as vagas que não forem ocupadas por gestantes deverão ser destinadas a outras pessoas). O registro das consultas, além do prontuário clínico, deverá ser realizado no Cartão de Pré-natal.

6. Imunização

A vacinação durante a gestação visa tanto a proteção da gestante como do feto. Não há evidências de que, em gestantes, a administração de vacinas de vírus inativados (raiva humana e influenza, por exemplo), de bactérias mortas, toxoides (tetânico e diftérico) e de imunizantes constituídos por componentes de agentes infecciosos (hepatite B, por exemplo) provoque riscos para o feto.

A seguir, estão as recomendações do Programa Nacional de Imunizações (PNI), do Ministério da Saúde, para a vacinação das gestantes.

Vacina dupla do tipo adulto – dT (difteria e tétano)
A vacina dT é indicada para a proteção da gestante contra o tétano acidental e a prevenção do tétano neonatal. Gestante não vacinada e/ou com situação vacinal desconhecida: deve-se iniciar o esquema o mais precocemente possível, independentemente da idade gestacional. No esquema recomendado constam três doses, podendo ser adotado um dos esquemas da tabela abaixo.

Para os vacinados anteriormente com três doses das vacinas DTP, DT ou dT, deve-se administrar reforço dez anos após a data da última dose. Em caso de gravidez e ferimentos graves, deve-se antecipar a dose de reforço, sendo a última dose administrada há mais de cinco anos. A última dose deve ser administrada no mínimo 20 dias antes da data provável do parto. Diante de um caso suspeito de difteria, deve-se avaliar a situação vacinal dos comunicantes. Para os não vacinados, deve-se iniciar esquema com três doses. Nos comunicantes com esquema incompleto de vacinação, este deve ser completado. Nos comunicantes vacinados que receberam a última dose há mais de cinco anos, deve-se antecipar o reforço.

Esquema de vacinação de dT

1ª DOSE	2ª DOSE	3ª DOSE
Precoce	30 a 60 dias depois da 1ª dose	30 a 60 dias depois da 2ª dose
Precoce	60 dias depois da 1ª dose	60 dias depois da 2ª dose

Fonte: (BRASIL, 2001a).

Gestante sem nenhuma dose registrada: inicie o esquema vacinal o mais precocemente possível com três doses, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias.

Gestante com esquema vacinal incompleto (uma ou duas doses): em qualquer período gestacional, deve-se completar o esquema de três doses o mais precocemente possível, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias entre elas.

Gestante com menos de três doses registradas: complete as três doses o mais rápido possível, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo, 30 dias.

Gestante com esquema vacinal completo (três doses ou mais) e última dose há menos de cinco anos: a vacinação não é necessária.

Gestante com esquema vacinal completo (3 doses ou mais), sendo a última dose há mais de 10 anos: aplique uma dose de reforço.

A vacina está contraindicada nas seguintes situações:

- Ocorrência de hipersensibilidade após o recebimento de dose anterior
- História de hipersensibilidade aos componentes de qualquer um dos produtos
- História de choque anafilático após administração da vacina
- Síndrome de Guillain-Barré nas seis semanas após a vacinação anterior contra difteria e/ou tétano

Eventos adversos:

- Manifestações locais: dor, vermelhidão e edema são frequentes
- Manifestação sistêmica: febre, cefaleia, irritabilidade, sonolência, perda do apetite e vômito
- Com menos frequência, podem ocorrer anafilaxia e a síndrome de Guillan Barré, que são extremamente raras

Vacina dTpa (tríplice bacteriana acelular do tipo adulto)

A Sociedade Brasileira de Imunização e a Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia recomendam que a gestante seja vacinada com a dTpa (tríplice bacteriana acelular do tipo adulto) a partir da 20ª semana de gestação. Caso não tenha histórico de vacinação prévia com dT (dupla adulto), fazer duas doses de dT, sendo uma no início da gestação e outra quatro semanas após a primeira dose, e a terceira dose do esquema deverá ser feita após a 20ª sema-

na com dTpa. Se existir história prévia de esquema vacinal incompleto, proceder conforme o número de doses de dT administradas previamente:

- uma dose de dT administrada previamente: fazer uma dose de dT após o primeiro trimestre de gestação e uma dose de dTpa após a 20ª semana
- duas doses de dT administradas previamente: fazer uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação

Caso a gestante tenha histórico de esquema vacinal completo com dT (três doses), fazer somente a vacina dTpa a partir da 20ª semana, independentemente se a gestação anterior ocorreu em um período maior ou menor que cinco anos.

A vacina dTpa aplicada após a 20ª semana de gestação induz produção de anticorpos contra tétano neonatal em gestantes que tenham esquema vacinal previamente completo com dT ou que tenham recebido duas doses de dT. Também resulta na produção de anticorpos contra coqueluche, doença que pode acometer gravemente lactentes. Por isso, é importante que a gestante seja imunizada com uma dose de dTpa após a 20ª semana de gestação a cada nova gravidez. Caso a mulher não receba a dTpa durante a gestação, a dose deverá ser administrada no puerpério imediato.

Vacina contra influenza (fragmentada)

A vacina contra influenza é recomendada a todas as gestantes em qualquer período da gravidez. O PNI disponibiliza doses na rede pública de saúde a todas as gestantes durante a campanha anual contra influenza sazonal. O esquema consta de uma dose no período da campanha.

A recomendação se deve ao ocorrido anteriormente durante a epidemia de influenza sazonal, no decorrer de pandemias anteriores e quando houve pandemia de influenza A (H1N1), em 2009, ocasiões em que a gravidez representou um risco ampliado para as mulheres saudáveis. Gestantes são consideradas de alto risco para a morbidade e a mortalidade, o que reforçou a necessidade de vacinação.

A vacina contra influenza sazonal não deve ser administrada em:

- Pessoas com história de alergia severa à proteína do ovo e aos seus derivados, assim como a qualquer componente da vacina
- Pessoas que apresentaram reações anafiláticas graves a doses anteriores da vacina

Vacinação contra hepatite B (recombinante)

Por considerar os riscos da gestante não vacinada de contrair a doença e de haver transmissão vertical, o PNI reforça a importância de que a gestante receba a vacina contra a hepatite B após o primeiro trimestre de gestação, independentemente da faixa etária. O esquema desta vacina deve ser seguido conforme os calendários de vacinação do adolescente e do adulto.

A seguir, destaca-se a recomendação de acordo com a situação apresentada:

- Gestantes com esquema incompleto (uma ou duas doses): deve-se completar o esquema
- Gestantes com esquema completo: não se deve vaciná-las
- Gestante sem comprovação de nenhuma dose

Vacinação contra covid-19 (recombinante)

Consideradas grupos de risco para a doença, as gestantes foram incluídas como prioritárias nos planos nacional e estadual de vacinação contra a covid-19 para evitar o aumento da mortalidade materna em consequência do novo coronavírus. São necessárias ao menos duas doses do imunizante e existe contraindicação de intercambialidade.

Mulheres grávidas podem ser vacinadas com o imunizante da Pfizer.

Vacinação de rotina para gestantes

Vacina	Hepatite B recombinante (1)	Difteria e tétano (dT)	Difteria, tétano e pertussis acelular (dTpa) (2)
Proteção contra	Hepatite B	Difteria e tétano	Difteria, tétano e coqueluche
Composição	Antígeno recombinante de superfície do vírus purificado	Toxoides diftérico e tetânico	Toxoides diftérico e tetânico purificados e bactéria da coqueluche inativa
Número de doses	Esquema básico	3 doses (iniciar ou completar o esquema de acordo com a situação vacinal, independente da idade gestacional)	3 doses (iniciar ou completar o esquema de acordo com a situação vacinal)
	Reforço	Não se aplica	A cada 10 anos; em caso de ferimentos graves, a cada 5 anos
Intervalo entre doses	Recomendado	2ª dose: 1 mês após a 1ª dose 3ª dose: 6 meses após a 1ª dose	60 dias
	Mínimo	2ª dose: 1 mês após a 1ª dose 3ª dose: 4 meses após a 1ª dose	30 dias
			1 dose para gestantes a partir da 20ª semana de gestação
			1 dose a cada gestação
			60 dias após a dT
			30 dias após a dT

Nota: (1) Administrar três doses da vacina hepatite B, considerando a situação vacinal anterior e os intervalos preconizados entre as doses. Caso não seja possível completar o esquema durante a gestação, a conclusão deverá ocorrer após o parto.
(2) Para grávidas que perderam a oportunidade de vacinação durante o período gestacional, administrar uma dose de dTpa no puerpério em até 45 dias, o mais precocemente possível. A vacina dTpa também será ofertada para todos os profissionais de saúde. Nas gestantes sem histórico vacinal da dT, administrar duas doses da vacina dupla adulto (dT) e uma dose de vacina dTpa a partir de 20ª semana gestacional.

VACINA CONTRA INFLUENZA EM GESTANTES:

Indicação: Gestantes em qualquer período gestacional

Esquema: Dose única durante a campanha anual contra influenza

Vacina contra raiva humana

Em situações de pós-exposição, a vacina contra raiva humana não é contraindicada durante a gestação. Na pré-exposição, a gestante também pode ser vacinada. Entretanto, devido ao risco da ocorrência de eventos adversos, é preferível que ela receba a vacina somente se não puder evitar as situações de possível exposição ao vírus rábico.

Vacina contra febre amarela (atenuada)

Na rotina do serviço de vacinação, a gestante não deve receber a vacina contra febre amarela. Entretanto, em situações de surto, se a gestante reside ou vai se deslocar para área com recomendação de vacinação para febre amarela, ela deve ser vacinada se o risco de adoecer for maior do que o risco de receber a vacina.

É importante ressaltar que as lactantes que amamentam crianças menores de seis meses de idade também não devem ser vacinadas.

Observações gerais:

As vacinas virais vivas que contêm os componentes do sarampo, da rubéola, da caxumba e da febre amarela não são recomendadas em situações normais. Contudo, quando for alto o risco de ocorrer a infecção natural pelos agentes dessas doenças (viagens a áreas endêmicas ou vigência de surtos ou epidemias), deve-se avaliar cada situação, sendo válido optar pela vacinação quando o benefício for considerado maior do que o possível risco.

Após a vacinação com tríplice viral, recomenda-se evitar a gravidez durante um mês, apenas por precaução. Entretanto, se a mulher engravidar antes ou se houver administração inadvertida durante a gestação, não se justifica o aborto em nenhum desses casos, por se tratar apenas de risco teórico. A gestante deverá ser acompanhada pelo serviço de saúde.

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



4.



4. O Pré-Natal do Parceiro

O Pré-Natal do Parceiro é uma ferramenta inovadora que busca contextualizar a importância do envolvimento consciente e ativo de homens em todas as ações voltadas ao planejamento reprodutivo e, ao mesmo tempo, contribuir para a ampliação e a melhoria do acesso e acolhimento desta população aos serviços de saúde.

Independentemente de ser pai biológico ou não, o envolvimento do parceiro pode ser determinante para a criação e fortalecimento de vínculos afetivos saudáveis com as parceiras e crianças. Além disso, o envolvimento integral em tudo o que diz respeito à tomada de decisão reprodutiva, desde a escolha de ser pai à participação solidária na gestação, no parto, no cuidado e na educação das crianças. Isso permite o rompimento e a transformação prática das construções sociais de gênero que direcionam todas as responsabilidades relacionadas à reprodução e aos cuidados das crianças às mulheres e afastam os homens dos compromissos, deveres, prazeres e aprendizados que circundam este universo.

A estratégia Pré-Natal do Parceiro pode constituir-se de uma importante “porta de entrada positiva” para os homens nos serviços de saúde, aproveitando sua presença nas consultas relacionadas à gestação para ofertar exames de rotina e testes rápidos, convidando-os a participarem das atividades educativas e ao exercício da paternidade consciente, buscando a integralidade no cuidado a esta população. Ver link:

[guia_pre_natal_profissionais_saude_1ed.pdf](https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal_profissionais_saude_1ed.pdf)
(https://bvsm.sau.gov.br/bvs/publicacoes/guia_pre_natal_profissionais_saude_1ed.pdf)



Com o teste positivo de gravidez, deve-se iniciar a rotina de pré-natal, parto e puerpério do parceiro. Esse atendimento deve ser feito pelo médico da ESF ou enfermeiro. O pré-natal do parceiro pode ser realizado na mesma ocasião do pré-natal da gestante ou em outro momento, conforme o desejo do casal e a organização do serviço. O atendimento pré-natal do parceiro é composto por cinco passos:

1º PASSO

Primeiro contato com postura acolhedora: incentivar a sua participação nas consultas de pré-natal e nas atividades educativas, informar que poderá tirar dúvidas e se preparar adequadamente para exercer o seu papel durante a gestação, parto e pós-parto. Explicar a importância e ofertar a realização de exames.

2º PASSO

Solicitar os testes rápidos e exames de rotina. O Guia do Pré-Natal do Parceiro do Ministério da Saúde sugere a solicitação dos seguintes exames para o homem:

- Tipagem sanguínea e fator Rh (no caso de a mulher ter Rh negativo)
- Testes rápidos para detecção de sífilis, HIV, hepatites B e C
- Hemograma
- Glicemia em jejum
- Eletroforese da hemoglobina (para detecção da doença falciforme)

Durante a consulta, também deve haver a aferição de pressão arterial, a verificação de peso e altura e cálculo de IMC. Caso seja detectada alguma alteração em algum desses exames, o pai/parceiro deve ser ter o acesso ao tratamento na unidade.

3º PASSO

Vacinar o pai/parceiro conforme a situação vacinal encontrada. O pai/parceiro, durante o acompanhamento do período gestacional, deve atualizar o seu Cartão da Vacina e buscar participar do processo de vacinação de toda família, em especial da gestante e do bebê. As vacinas preconizadas pelo calendário nacional de vacinação são:

- **Hepatite B** – três doses (a depender da situação vacinal anterior)
- **Febre amarela** – uma dose (a depender da situação vacinal anterior)
- **Dupla Adulto (dT)** (previne difteria e tétano) – reforço a cada 10 anos
- **Tríplice viral** (previne sarampo, caxumba e rubéola) – verificar a situação vacinal anterior; se nunca vacinado, receber duas doses com idade entre 20 e 29 anos) e uma dose dos 30 aos 49 anos

4º PASSO

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

materno, prevenção da violência doméstica etc. Seguem algumas sugestões de atividades educativas com temas voltados para o público masculino:

- Orientação de hábitos saudáveis: prática de atividades físicas regulares, alimentação balanceada e saudável, diminuição ou fim do consumo de bebida alcoólica, cigarro e outras drogas
- Realização de palestras e rodas de conversa com a população masculina sobre temas como: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; gênero, socialização masculina e impactos para a vida de homens, mulheres e crianças; sexualidade, direitos sexuais e direitos reprodutivos; paternidade e como ser um pai/parceiro presente; e prevenção de acidentes e de violência entre a população masculina, entre outros

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

5º PASSO

Esclarecer sobre o direito da mulher a um acompanhante no pré-parto, parto e puerpério e incentivar o pai a conversar com a parceira sobre a possibilidade da sua participação nesse momento. Dialogar com o futuro pai sobre a relevância de sua

participação nesses momentos, dando exemplos do que ele poderá fazer, como ser encorajado a clampar o cordão umbilical em momento oportuno, levar o recém-nascido ao contato pele a pele, incentivar a amamentação, dividir as tarefas de cuidados da criança com a mãe etc. Além disso, o profissional deve mostrar ao futuro pai que, ao participar do parto, ele pode ajudar a: garantir um melhor atendimento para a sua parceira, reduzindo a possibilidade de eventuais situações de violência obstétrica e/ou institucional; estimular o parto normal; diminuir a duração do trabalho de parto; diminuir o medo, a tensão e, conseqüentemente, aliviar a dor; aumentar a sensação de prazer e satisfação no parto; diminuir a ocorrência de depressão pós-parto; favorecer o aleitamento materno e fortalecer o vínculo entre pai/parceiro, mãe e bebê.

O atendimento ao pré-natal do parceiro deverá ser registrado no prontuário do paciente e também na caderneta da gestante, que tem uma parte específica para isso no seu final.

Quando nasce um bebê, nascem também um pai, uma mãe e uma família!





5.

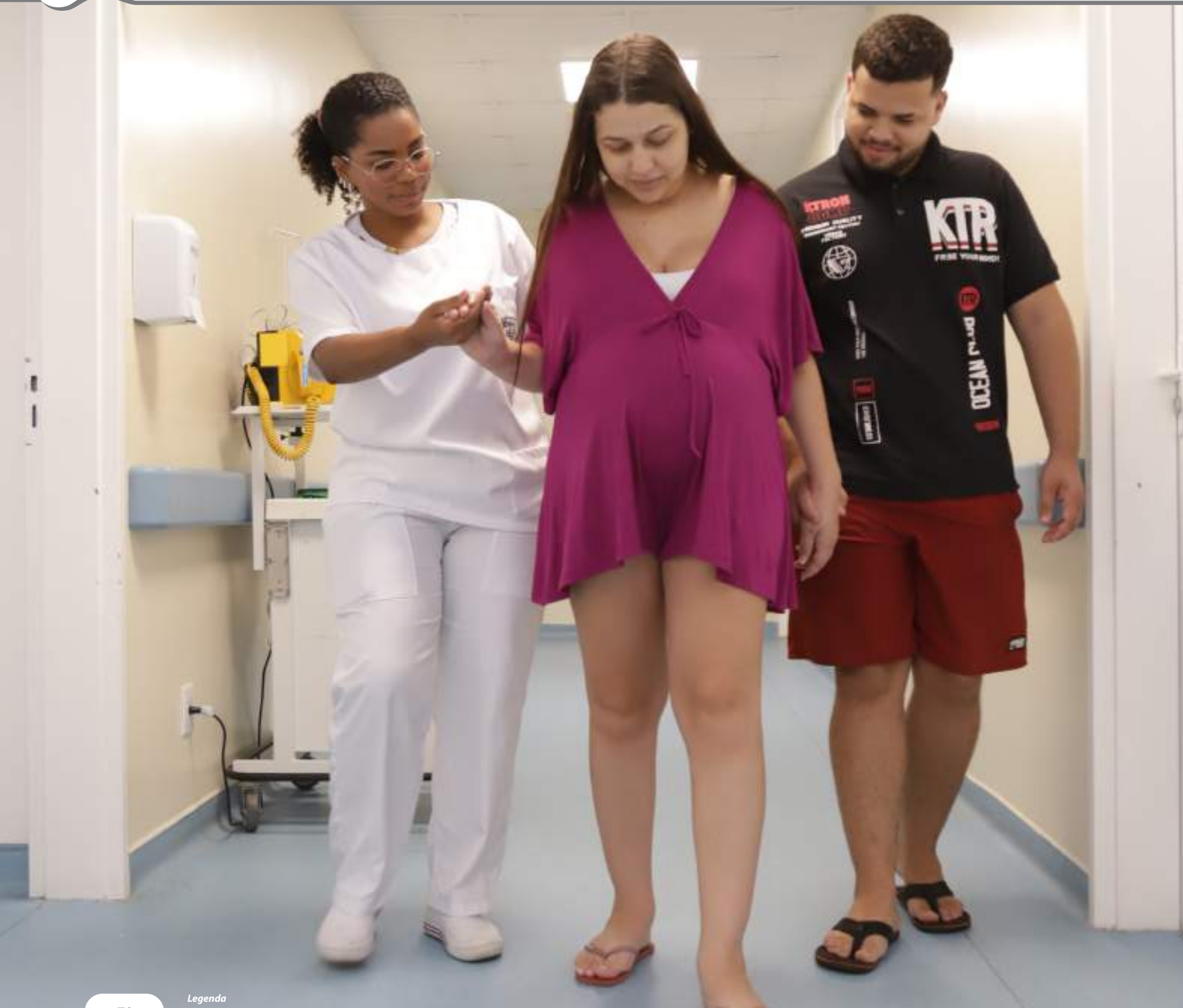
5. Preparo para o Parto

O nascimento é um momento único e especial na vida das mulheres e das famílias. Por ser, na maioria das vezes, um processo saudável, os profissionais de saúde desempenham o importante papel de promotores e facilitadores desta vivência para mulheres e bebês.

Durante o trabalho de parto, a mulher deve se sentir segura e protegida por todos aqueles que a cercam. Deve sentir que está sendo compreendida e acolhida e que participará ativamente do processo do trabalho de parto. Os procedimentos institucionais devem ser oferecidos de acordo com as necessidades individualizadas (físicas, sociais e psicológicas) da mulher e seu filho, estimulando seu protagonismo.

A presença de um acompanhante que lhe ofereça apoio e suporte durante e após o trabalho de parto é fundamental. As decisões devem ser compartilhadas com ela.

A família é uma unidade e não deve ser separada em nenhum momento. Este é o conceito de humanização na assistência obstétrica. Durante o pré-natal, todas as gestantes devem ser orientadas sobre direitos como boas práticas na assistência obstétrica, acompanhante de livre escolha, uso de técnicas não farmacológicas para alívio da dor, permanência com seus filhos e informações e consultas sobre todas as intervenções no processo fisiológico de parturição.



1. PROMOÇÃO DO PARTO NORMAL

Durante o acompanhamento pré-natal, toda mulher deve ser orientada sobre os benefícios do parto normal. A cesariana (extração fetal cirúrgica) só deve ser realizada com indicação precisa, pois expõe a mulher e o bebê a riscos aumentados.

A mulher brasileira está inserida num contexto sociocultural que difunde o parto cirúrgico como se este fosse o mais seguro para ela e seu bebê. Isso acaba se tornando uma crença para muitas famílias.

O acompanhamento pré-natal é uma oportunidade de informação e mobilização para a mudança. A cultura do bom parto deve ser motivada em cada consulta de pré-natal, no diálogo da gestante com profissionais de saúde, nas atividades educativas, nos grupos, em visitas domiciliares e demais oportunidades.

Benefícios do parto normal

- A recuperação após o nascimento é mais rápida, facilitando os cuidados com o bebê após o parto
- As complicações são menos frequentes, favorecendo o contato pele a pele imediato com o bebê e o aleitamento
- A perda de sangue e a possibilidade de infecção são menores
- A dor após o parto é menor que em relação à cesariana
- A amamentação é mais fácil

- Processo fisiológico natural
- Ocorrem menos problemas respiratórios para o bebê
- Existe menor chance de o bebê nascer prematuro
- O tempo de internação no hospital é menor
- Menor risco de complicações na próxima gravidez, tornando o próximo parto mais rápido e fácil
- Na maioria das vezes, o bebê vai direto para o colo da mãe
- Passar pelo trabalho de parto é muito importante para o bebê, pois nasce no tempo certo, com estímulos a sistemas e órgãos por meio das contrações uterinas e da passagem pela vagina
- Para o bebê, a chance de ter doenças como obesidade, hipertensão, asma e diabetes na vida adulta é menor

Riscos da cesariana

- Complicações da anestesia e da cirurgia
- Mais dor e dificuldade para andar e cuidar do bebê após a cirurgia
- Maior risco de hemorragia, infecção e lesão de outros órgãos
- Hospitalização prolongada
- Maior chance de retirada do bebê do útero ainda prematuro e de internação
- Problemas em futuras gestações: ruptura do útero, placenta mal posicionada ou que não desprende do útero
- Separação entre mãe e bebê nas primeiras horas após o parto e demora na descida do leite materno
- Mais riscos de o bebê desenvolver alergias e problemas respiratórios na idade adulta
- Mais riscos do bebê de ter febre, infecção, hemorragia e interferência no aleitamento

Indicações reais de cesariana

- Prolapso de cordão com dilatação não completa
- Descolamento da placenta fora do período expulsivo
- Placenta prévia parcial ou total
- Ruptura de vasa prévia
- Apresentação córmica (situação transversa)
- Herpes genital com lesão ativa no momento em que se inicia o trabalho de parto

Não constituem indicações diretas de cesariana

- Gestante adolescente
- Presença de quadro de anemia
- Baixa estatura materna
- Bebê alto, não encaixado antes do início do trabalho de parto
- Macrossomia
- Ameaça de parto prematuro
- Amniorrexe prematura
- Cesárea anterior
- Circular de cordão umbilical
- Diabetes gestacional
- Desproporção céfalo-pélvica sem nem sequer a gestante ter entrado em trabalho de parto e antes da dilatação de 8 a 10 cm
- Trabalho de parto prematuro
- Pressão arterial alta ou baixa
- Grau da placenta
- Polidrâmnio ou oligodrâmnio
- Infecção urinária
- Presença de grumos no líquido amniótico
- Gravidez prolongada
- Falta de dilatação antes do trabalho de parto

Situações especiais de individualização de conduta

- Apresentação pélvica
- HIV/Aids
- Duas ou mais cesáreas anteriores

Situações que podem acontecer, porém com diagnóstico equivocado

- Desproporção céfalo-pélvica (o diagnóstico só é possível intraparto)
- Sofrimento fetal agudo (frequência cardíaca fetal não tranquilizadora)
- Parada de progressão que não é resolvida com as medidas habituais

Condutas contraindicadas de rotina de assistência ao parto

- Lavagem intestinal
- Episiotomia
- Soro com ocitocina sem necessidade
- Raspagem dos pelos pubianos
- Jejum
- Imobilização durante o trabalho de parto

2. IDENTIFICAÇÃO DO TRABALHO DE PARTO

A presença de contrações sintomáticas no fim da gravidez pode levar ao falso diagnóstico de trabalho de parto, acarretando várias visitas ao hospital, frustração e desconforto para a mulher. Durante o acompanhamento pré-natal, a gestante deve ser orientada sobre como reconhecer a fase ativa do trabalho de parto e quais os sintomas que sinalizam a necessidade de procurar avaliação clínica. Ter este conhecimento irá reduzir a chance de admissão hospitalar precoce e a ansiedade materna.

Orientações às gestantes sobre o momento de se dirigir à maternidade no provável dia do nascimento do bebê:

- Reconhecimento da fase ativa do trabalho de parto: contrações rítmicas e regulares com intervalo menor que cinco minutos entre elas. As mulheres e seus familiares devem ser orientados sobre a diferença entre fase latente e fase ativa do trabalho de parto. A fase latente pode durar horas ou até dias, com contrações irregulares e pouco dolorosas. Na fase ativa, entretanto, as contrações apresentam intervalo progressivamente menor, com intensidade dolorosa progressivamente maior.
- Perda líquida: as mulheres e suas famílias devem ser orientadas que a ruptura de membranas não constitui uma emergência, mas que sempre que houver suspeita de perda de líquido amniótico ou sangue pelos genitais, a gestante deve ir a uma maternidade para uma avaliação obstétrica.

3. PREPARO PARA O ALEITAMENTO MATERNO

Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, na habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e desenvolvimento cognitivo e emocional e em sua saúde no longo prazo, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe.

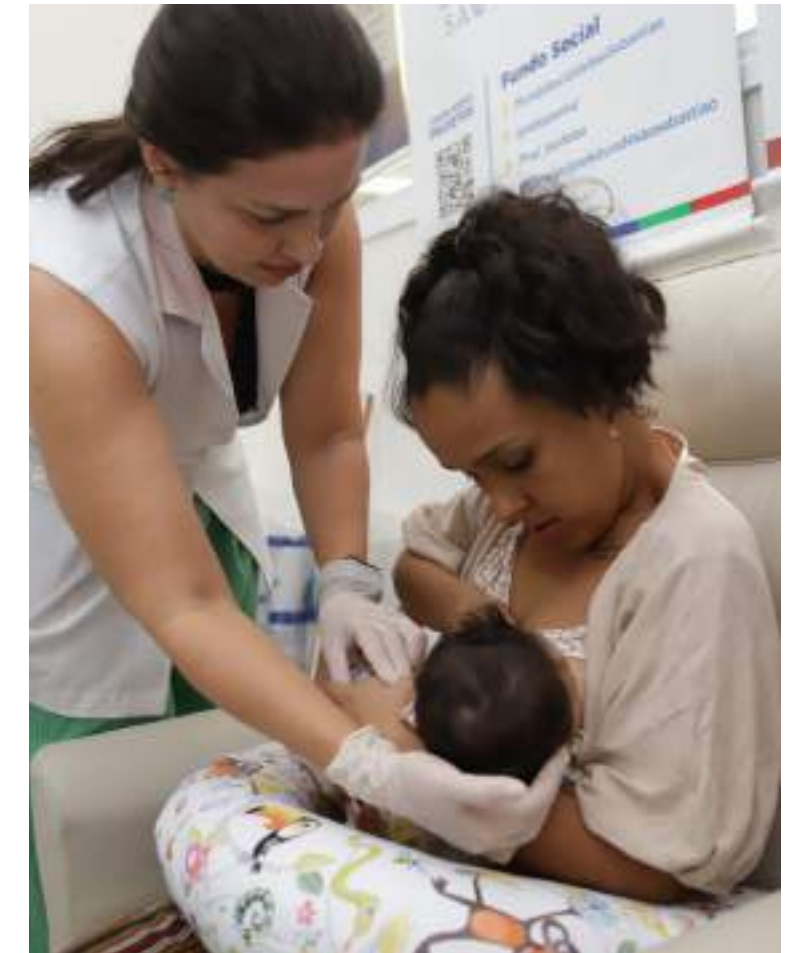


O leite materno contém todos os nutrientes essenciais para o ótimo desenvolvimento da criança e é capaz de suprir, sozinho, as necessidades nutricionais da criança nos primeiros seis meses de vida e continua sendo importante fonte de nutrientes no segundo ano de vida. Por meio do leite materno, a mãe transfere ao bebê anticorpos, imunoglobulinas, fatores antibacterianos e antivirais que conferem ao bebê proteção contra infecções.

O aleitamento materno é considerado, portanto, a primeira imunização da criança. Está relacionado à redução da mortalidade infantil e, na primeira hora de vida, pode ser um fator de proteção aos óbitos neonatais. Há fortes evidências de que o leite materno protege contra diarreia e infecções respiratórias, diminui o risco de alergias e reduz as chances de hipertensão, colesterol alto, diabetes e obesidade na vida adulta. A associação entre o aleitamento materno e redução na prevalência de câncer de mama já está bem estabelecida. Estima-se que, a cada 12 meses de duração da amamentação, o risco de desenvolver a doença diminui 4,3%. A amamentação é uma forma especial de comunicação entre mãe e bebê, fortalecendo os laços afetivos entre eles. Durante o acompanhamento pré-natal em grupo ou no atendimento individual, é importante dialogar com as mulheres, abordando os seguintes aspectos:

- Planos da gestante com relação à alimentação da criança
- Experiências prévias, mitos, crenças, medos, preocupações e fantasias relacionadas ao aleitamento materno
- Importância do aleitamento materno
- Vantagens e desvantagens do uso de leite não humano
- Importância da amamentação logo após o parto, do alojamento conjunto e da técnica adequada de posicionamento e pega na prevenção de complicações relacionadas à amamentação

- Possíveis dificuldades na amamentação e meios de preveni-las (muitas mulheres “idealizam” a amamentação e se frustram com a realidade);
- Comportamento normal de um recém-nascido
- Vantagens e desvantagens do uso de chupeta, mamadeira, sucção digital e descrição de hábitos orais deletérios



4. O PREPARO DAS MAMAS PARA A AMAMENTAÇÃO

Conhecer os aspectos relacionados à prática do aleitamento materno é fundamental 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.

Levando-se em conta que a mulher passa por longo período de gestação até que possa concretamente amamentar seu filho, entende-se que o preparo para a amamentação deva ser iniciado ainda na gravidez.. No caso de gestante adolescente, é importante que a abordagem seja sistemática e diferenciada, já que a jovem está em etapa evolutiva de grandes modificações corporais que são acrescidas daquelas referentes à gravidez e podem dificultar a aceitação da amamentação.

Durante os cuidados no 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 da amamentação.

Vantagens da amamentação:

Para a mulher:

- Fortalece o vínculo afetivo
- Favorece a involução uterina e reduz o risco de hemorragia
- Contribui para o retorno ao peso normal
- Contribui para o aumento do intervalo entre gestações

Para a criança:

- É um alimento completo e não necessita de nenhum acréscimo até os seis meses de idade
- Facilita a eliminação de mecônio e diminui a incidência de icterícia
- Protege contra infecções
- Aumenta o vínculo afetivo
- Diminui as chances de desenvolvimento de alergias

Para a família e a sociedade:

- É limpo, pronto e na temperatura adequada
- Diminui as internações e seus custos
- É gratuito

Manejo da amamentação:

- O sucesso do aleitamento materno está relacionado ao adequado conhecimento quanto à posição da mãe e do bebê e à pega da região mamilo areolar.

Posição:

- É importante respeitar a escolha da mulher, pois ela deverá se sentir confortável e relaxada. A amamentação pode acontecer com a mãe sentada, deitada ou em pé. A criança deve ser posicionada no sentido de garantir o alinhamento do corpo, de forma a manter a barriga junto ao corpo da mãe para facilitar a coordenação da respiração, da sucção e da deglutição.

Pega:

- A pega correta acontece quando o posicionamento é adequado e permite que a criança abra a boca de forma a conseguir abocanhar quase toda, ou toda, a região mamilo areolar. Deste modo, é possível garantir a retirada adequada de leite do peito, capaz de proporcionar conforto para a mulher e o adequado crescimento e desenvolvimento da criança.

Preparando as mamas para o aleitamento:

- Avaliar as mamas na consulta de pré-natal
- Orientar a gestante a usar sutiã durante a gestação
- Orientar sobre a contraindicação do uso de sabões especiais, cremes ou pomadas nos mamilos
- Orientar sobre a contraindicação da pressão do seio (ou ordenha) durante a gestação para a retirada do colostro
- Não realizar nenhuma manobra com utensílios como pedra pomes, buchas vegetais ou de qualquer natureza ou bombas de sucção nos mamilos durante a gestação e no período da amamentação

- Orientar sobre a contraindicação de conchas de amamentação que podem obstruir os ductos mamilos, diminuir a irrigação sanguínea, dificultar a cicatrização das fissuras. Manter sempre o mamilo em ambiente úmido favorece futuras fissuras e facilita a proliferação de candida albicans

É importante identificar os conhecimentos, as crenças e as atitudes que a gestante possui em relação à amamentação, que tipo de experiência possui ou se já vivenciou alguma vez este processo. Além disso, é importante também oferecer às gestantes oportunidades de troca de experiências, por meio de reuniões de grupo, que objetivem informar as vantagens e o manejo para facilitar a amamentação.

Vale ressaltar que a amamentação é contraindicada para gestantes infectadas pelo HIV e pelo HTLV, pelo risco de transmissão do vírus da mãe para o bebê (BRASIL, 2009a).

5. ASPECTOS EMOCIONAIS DA GESTAÇÃO

Atualmente, os aspectos emocionais da gravidez, do parto e do puerpério são reconhecidos. A maioria dos estudos converge para a ideia de que são períodos de grandes transformações psíquicas, o que requer escuta e atenção qualificada por parte dos profissionais da Atenção Primária à Saúde.



A gravidez é considerada, no ciclo vital da mulher, um período de transição, assim como são os períodos da adolescência e do climatério. Durante a gestação ocorrem importantes mudanças metabólicas, época em que a mulher se sente em estado temporário de instabilidade emocional.

Neste período, ela vivencia novas adaptações e reorganizações interpessoais e intrapsíquicas, assim como a perspectiva de mudança no papel familiar e social, pois – além de mulher e filha – ela passa a se perceber e a ser vista como mãe (no caso da primeira gestação) e, quando multípara, surgem novas mudanças com a chegada de outros filhos. A mudança de papéis também pode ser observada no homem, uma vez que a paternidade é considerada como uma transição no desenvolvimento emocional (MALDONADO, 1986).

As transições demarcam a mudança de um período de vida para outro. São marcos importantes na vida de cada pessoa, pois envolvem transformações significativas, reorganizações e aprendizagens. As experiências de ter um filho, iniciar a vida profissional, casar-se, descasar-se, aposentar-se e entrar na menopausa representam exemplos de situações de transição (MALDONADO, 1986).

Também é importante ressaltar os fatores socioeconômicos na saúde mental da gestante. Numa sociedade em que, principalmente nas áreas urbanas, a mulher trabalha fora de casa, é responsável pelo orçamento familiar e mantém interesses diversos (profissionais, sociais etc, o fato de ter um filho acarreta consequências bastante significativas, o que pode gerar o sentimento de ambivalência entre ser mãe e não ser. A preocupação com o futuro pessoal e do filho pode gerar apreensão, raiva e medo, o que dificulta a sensação de gratificação com a gravidez (MALDONADO, 1986).

Um dos temores que acompanham grande parte das gestantes está associado às alterações do esquema corporal: o medo da irreversibilidade, ou seja, a dificuldade de acreditar que as várias partes do corpo têm a capacidade de voltar ao estado anterior à gravidez. Este temor, quando extremo, pode significar um medo que a gestante tem de se transformar em outra pessoa, não mais conseguindo recuperar a sua identidade antiga. A maioria das gestantes também fica muito sensível neste período, necessitando de maior atenção das pessoas ao seu redor. O afeto oferecido é importante para que ela se sinta mais segura e feliz com a gestação (MALDONADO, 1986).

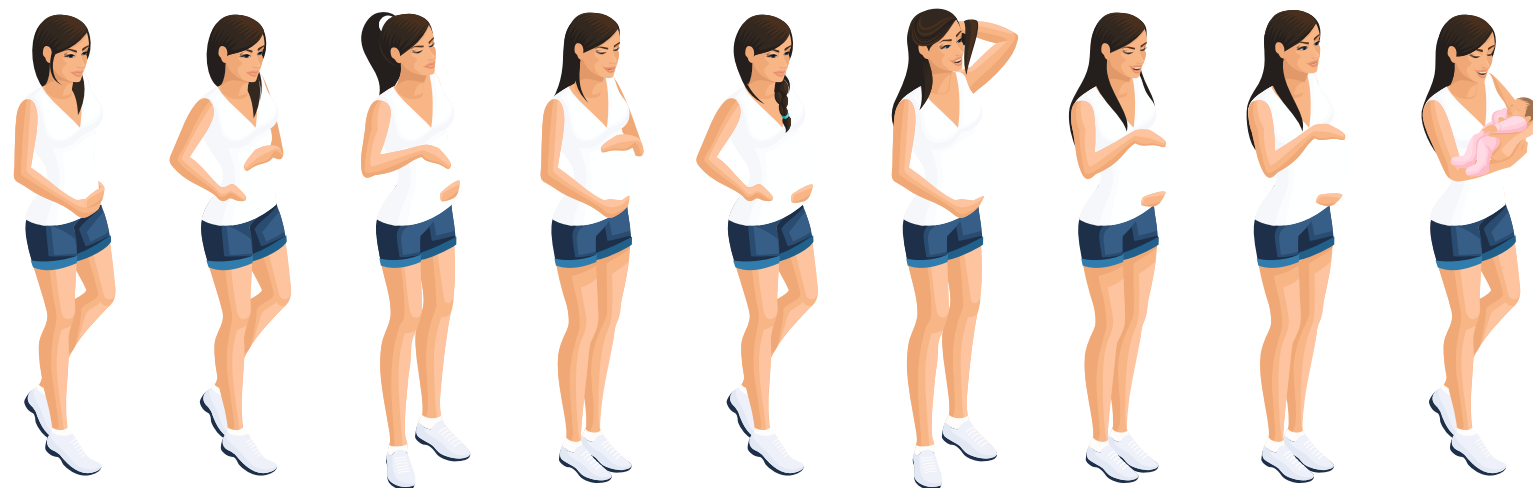
A gravidez representa a possibilidade de uma mudança afetiva na mulher, permitindo seu crescimento emocional. Porém, alguns comportamentos e expectativas com o nascimento do bebê merecem atenção por parte dos profissionais de saúde, tais como a expectativa de que o recém-nascido preencha certas necessidades da mãe ou do companheiro, como evitar a solidão, satisfazer a carência de afeto, trazer a sensação de utilidade, ocupar o lugar de um ente falecido etc. De igual forma, a maneira como a mãe imagina seu bebê pode dar indícios de dificuldades na relação com a futura criança, como na situação de uma mãe que só consegue imaginar seu filho como uma criança mais velha, indicando que provavelmente terá dificuldade de cuidar do recém-nascido.

Em relação ao casamento, a gravidez também pode auxiliar na maior integração e no aprofundamento do relacionamento do casal, mas, por outro lado, pode também despertar ciúmes, sensação de abandono por parte do homem e até provocar rupturas no relacionamento (MALDONADO, 1986).

O nascimento do bebê fornece uma nova dimensão na vida dos pais, solicitando um comprometimento relacional e afetivo que eles vivenciam por intermédio da parentalidade. O termo parentalidade envolve a preparação para o processo de tornar-se pai e mãe e se auto redefina no tempo mediante a interação e a aprendizagem entre as gerações. O conceito de parentalidade contém a ideia da função parental e de parentesco, da história da origem do bebê e das gerações que precedem seu nascimento. Tornar-se mãe ou pai reaviva desejos antigos experimentados na infância em face de seus próprios pais, considerados como adultos “todo poderosos” (DEBRAY, 1988). Significa ocupar o lugar de “pais” na cadeia de gerações, o que implica que se aceite, de certo modo, o caráter finito do tempo de vida, submetendo-se a esta lei da natureza que, quando o indivíduo se torna pai ou mãe, assinala o acesso à maturidade e anuncia, ao mesmo tempo, o futuro desaparecimento por intermédio da morte (THÉVENOT; NAOURI, 2004).

Sendo assim, os profissionais da Estratégia Saúde da Família devem ficar atentos aos aspectos psicofetivos da gravidez, procurando identificar os sinais e sintomas que sugerem dificuldades em aceitar a gestação, expectativas e comportamentos em relação ao bebê, à maternidade e à paternidade. Além disso, é fundamental conhecer os aspectos emocionais que acompanham a maioria das gestantes, a fim de qualificar a atenção no pré-natal e no puerpério.

A seguir, serão listados alguns desses aspectos, tais como ansiedades, medos e mudanças nos vínculos afetivos. De igual forma, serão elencadas possíveis formas de abordá-los no espaço de interação do profissional com a gestante, buscando-se auxiliar o profissional na atenção durante o período gravídico-puerperal. A divisão por trimestre tem o objetivo de destacar as principais características de cada etapa e facilitar a conduta das equipes; porém, destaca-se que este processo não é estático, com algumas características podendo se manifestar no decorrer de outros momentos da gestação.



Na primeira consulta de pré-natal:

Para algumas mulheres, a percepção da gravidez pode ocorrer antes da confirmação do exame clínico ou até mesmo antes da data que a menstruação deveria ocorrer. Mas há outras que somente confirmam a gravidez no quarto ou quinto mês, e os motivos podem ser os mais variados possíveis: ou porque têm pouca sintonia com seu corpo ou porque negam as mudanças corporais provocadas pela gestação ou porque têm histórias ginecológicas de amenorreias prolongadas ou porque confundem com menstruação os sangramentos eventuais do primeiro trimestre (MALDONADO, 1986).

A equipe de Saúde da Família possui papel importante na identificação e captação precoce dessas gestantes, devendo ficar alerta para sinais e sintomas que muitas vezes não são percebidos pelas próprias mulheres.

Ao procurar o profissional para a primeira consulta de pré-natal, pressupõe-se que a mulher já pôde sentir e refletir minimamente sobre o impacto de estar grávida. Nesse momento, já ocorreram reflexões quanto à possibilidade de dar continuidade ou não à gestação. No entanto, existem inseguranças e, no primeiro contato com o profissional, a gestante busca:

- Confirmar sua gravidez
- Amparar suas dúvidas e ansiedades
- Certificar-se de que tem bom corpo para gestar
- Certificar-se de que o bebê está bem
- Apoiar-se para seguir nessa "aventura". É importante que o profissional de saúde acolha a gestante e seu companheiro. O acolhimento pressupõe receber, escutar e tratar as pessoas com respeito e solidariedade, buscando-se formas de compreender suas demandas e expectativas. O acolhimento implica, também, na responsabilização dos profissionais pela condução do cuidado e na corresponsabilização dos usuários pela sua saúde.
- Reconheça o estado normal de ambivalência com relação à gravidez. Toda gestante quer e não quer estar grávida. É um momento em que muitas ansiedades e medos aparecem, razão pela qual é necessário compreender esta circunstância sem julgamentos
- Acolha as dúvidas que surjam na gestante quanto à sua capacidade de gerar um bebê saudável, de vir a ser mãe e desempenhar este novo papel de forma satisfatória
- Identifique as condições emocionais da gestação: se a gestante tem um companheiro, se tem outros

filhos, se conta com o apoio da família ou de amigos, se teve perdas gestacionais, se desejou conscientemente engravidar e se planejou a gravidez, enfim, o contexto em que a gravidez ocorreu e suas repercussões na vida da gestante, de sua família e do seu entorno

- Compreenda este estado de maior vulnerabilidade psíquica da gestante para acolhê-la, sem banalizar suas queixas
- Perceba que a gestante pode estar buscando uma figura de apoio. Assim, o profissional passa a ser mais procurado às vezes por dúvidas que possam ser insignificantes para ele, mas muito ameaçadoras para ela
- Estabeleça uma relação de confiança e respeito mútuos
- Proporcione espaço na consulta para a participação do parceiro, para que ele também se envolva no processo gravídico-puerperal ativamente, favorecendo a reflexão e o diálogo sobre as mudanças que ocorrerão com a chegada de um filho
- Informe a gestante sobre seu direito ao acompanhante no pré-parto, no parto e no pós-parto e informe também a maternidade de referência para que possam visitá-la. Isso os deixará mais tranquilos quanto à hora do parto
- Compreenda que o processo de mudança na identidade e no papel ocorre também com o homem, porque a paternidade também é entendida como um processo de transição emocional e existencial

E quando a gestante menciona que não deseja ter a criança e pensa em aborto?

O QUE O PROFISSIONAL DA ESTRATÉGIA SAÚDE DA FAMÍLIA PODE FAZER?

Primeiramente, é necessário estabelecer uma relação de confiança e, principalmente, respeitar o que está sendo dito. É fundamental escutar as razões, com atitude acolhedora e sem julgamentos morais, a fim de não afastar a gestante e aumentar seu sentimento de culpa e desamparo. É muito importante permitir que a grávida reflita sobre os motivos de não desejar a criança e para auxiliá-la a pensar sobre suas escolhas, ajudando-a a compreender as consequências do aborto em sua vida. A intervenção do profissional deve permitir que a gestante não tome uma atitude desesperada, com alguma solução que coloque sua vida e a do bebê em risco.

Em algumas situações, as equipes de Saúde da Família podem solicitar o apoio matricial dos profissionais de saúde mental – por intermédio do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) – ou de outros profissionais de saúde mental do município, mas é importante acolher sempre a gestante que demonstrar essas ideias e vontades, não a deixando ir embora sem receber amparo.

Nas consultas subsequentes:

Na continuidade do pré-natal, observam-se, ao longo da gestação, algumas ansiedades, medos e sensações que acompanham a maioria das mulheres. São questões emocionais que podem ser percebidas de acordo com o período gestacional.

Primeiro trimestre:

- Ambivalência sobre querer e não querer a gravidez
- Momento de comunicação da gravidez ao parceiro, aos familiares e amigos, o que tem repercussões variadas de acordo com o contexto em que ocorre a gravidez
- Ansiedades e dúvidas sobre estar ou não grávida, uma vez que o feto não é concretamente sentido e as alterações corporais ainda são discretas
- Medo de abortar
- Oscilações do humor e aumento da irritabilidade, vulnerabilidade e sensibilidade
- Instabilidade emocional
- Primeiras modificações corporais e alguns desconfortos: náuseas, vômitos, sonolência, alterações na mama e cansaço. Desejos e aversões por determinados alimentos
- Aumento do apetite
- Ao final do primeiro trimestre, evidenciam-se as características de introspecção e passividade que tendem a aumentar no decorrer da gravidez

Segundo trimestre:

- As alterações do desejo e do desempenho sexual tendem a surgir com maior intensidade. Mais comumente, verifica-se a diminuição do desejo sexual. Em alguns casos, observa-se o aumento da satisfação sexual
- Alteração da estrutura corporal que, para a adolescente, tem uma repercussão ainda mais intensa
- Percepção dos movimentos fetais e seu impacto, pois a presença do filho é concretamente sentida. Tal percepção gera alívio; caso contrário, pode provocar o temor de que algo esteja errado com sua gestação. Instalam-se mais decisivamente na mãe os sentimentos de personificação do feto a partir de seus movimentos
- A interpretação dos movimentos fetais constitui uma etapa da formação da relação mãe-bebê. Na fantasia da mãe, o feto começa a adquirir características peculiares e a se comunicar com ela por intermédio de seus movimentos
- O companheiro também pode desejar sentir os movimentos fetais e comunicar-se com o bebê através da barriga da mãe. Quando isso ocorre, o feto já é incluído na dinâmica do relacionamento familiar
- É o trimestre considerado mais estável do ponto de vista emocional

Terceiro trimestre:

- As ansiedades intensificam-se com a proximidade do parto e da mudança da rotina de vida após a chegada do bebê
- Manifestam-se mais os temores do parto, como medo da dor e da morte
- Aumentam as queixas físicas
- Diminuição do desejo sexual
- Mais facilidade de reviver antigas memórias e conflitos infantis da gestante com os próprios pais ou irmãos. O ressurgimento dessas vivências pode abrir a possibilidade de encontrar novas soluções e resolver conflitos antigos que poderiam interferir na relação mãe-bebê



É importante que o profissional da Atenção Primária à Saúde:

- Evite o excesso de tecnicismo e fique atento para as características comuns das diferentes etapas da gravidez, criando condições para a escuta acolhedora em que os sentimentos bons e ruins possam aparecer
- Identifique as pessoas que dão apoio à gestante
- Fortaleça os grupos de casais e de gestantes. Os grupos são importantes para o suporte emocional, o esclarecimento de dúvidas e as orientações
- Observe e respeite a diferença de significado da ecografia para a mãe e para o médico. Os pais geralmente relacionam a ecografia com as características e a personalidade do filho
- Forneça, para alívio das ansiedades da mulher, orientações sobre a evolução da gestação e do parto: contrações, dilatação, perda do tampão mucoso, rompimento da bolsa e o pós-parto. Deve-se, no entanto, evitar informações excessivas, procurando transmitir orientações simples e claras e buscando observar o seu impacto em cada mulher
- Prepare a gestante para o parto normal, ajudando a diminuir ansiedade, insegurança e os medos do parto, da dor e de que o bebê nasça com problemas, entre outras questões emocionais
- Estimule a presença do companheiro nas consultas de pré-natal, oferecendo escuta atenta aos seus anseios

- Permita a expressão de crenças, sentimentos e emoções, conscientes e inconscientes, a respeito da gestação, do parto, da maternidade e da paternidade
- Realize ações que enfoquem o fortalecimento da família e o desenvolvimento de projeto de vida, levando em consideração os sentidos atribuídos à gestação pela família e pela comunidade
- Estimule a amamentação

Os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) podem auxiliar as equipes de Saúde da Família na atenção integral durante o pré-natal, participando de discussões de casos, momentos de educação permanente, consultas conjuntas, realização de grupos, visitas domiciliares, entre outras funções. Podem ajudar também na identificação, no acolhimento e no atendimento às gestantes que apresentam sofrimento mental durante a gestação.



E quando a gestante menciona desejo de não ficar com a criança?

6. ENTREGA ESPONTÂNEA

A Lei 13.509/2017, chamada de “Lei da Adoção”, trouxe alterações ao Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA) e incluiu a chamada “entrega voluntária”, que consiste na possibilidade de uma gestante ou mãe de entregar seu filho ou recém-nascido para adoção em um procedimento assistido pela Justiça da Infância e da Juventude.

Ao contrário do que muita gente pensa, a mãe que dispõe seu filho para adoção não comete crime. A lei permite a entrega para garantir e preservar os direitos e interesses do menor. Em contrapartida, a mãe que desampara ou expõe seu bebê a perigo comete o crime de abandono de recém-nascido, descrito no artigo 134 do Código Penal.

A Lei 13.509/2017 introduziu o artigo 19-A no ECA, que determina que as gestantes ou mães que demonstrem interesse em entregar seu filho para adoção deverão ser encaminhadas para a Justiça da Infância e Juventude, órgão que deverá realizar o processo para busca de família extensa (termo utilizado pela Justiça para designar parentes ou familiares próximos).

A verbalização desse desejo da mãe pode ocorrer em vários momentos, desde o pré-natal nas unidades de saúde até mesmo na maternidade, no

momento do parto. Esta mulher deve ser acolhida e devidamente orientada. Fluxograma a seguir tem por objetivo apresentar de forma rápida e descomplicada as informações e ações da sequência operacional do processo durante o pré-natal.

Na Política Nacional de Humanização, o acolhimento é considerado a recepção do usuário desde a sua entrada, responsabilizando-se integralmente por ele, ouvindo seu problema, permitindo que ele expresse suas preocupações e angústias, garantindo atenção resolutiva e articulação com outros serviços de saúde, equipes multiprofissionais, serviço social, psicologia e conselho tutelar para a continuidade da assistência quando necessário.



É importante combater os conceitos equivocados de que toda pessoa nasceu para ser mãe e pai e de que os genitores que entregam o filho para adoção estão cometendo um ato reprovável.

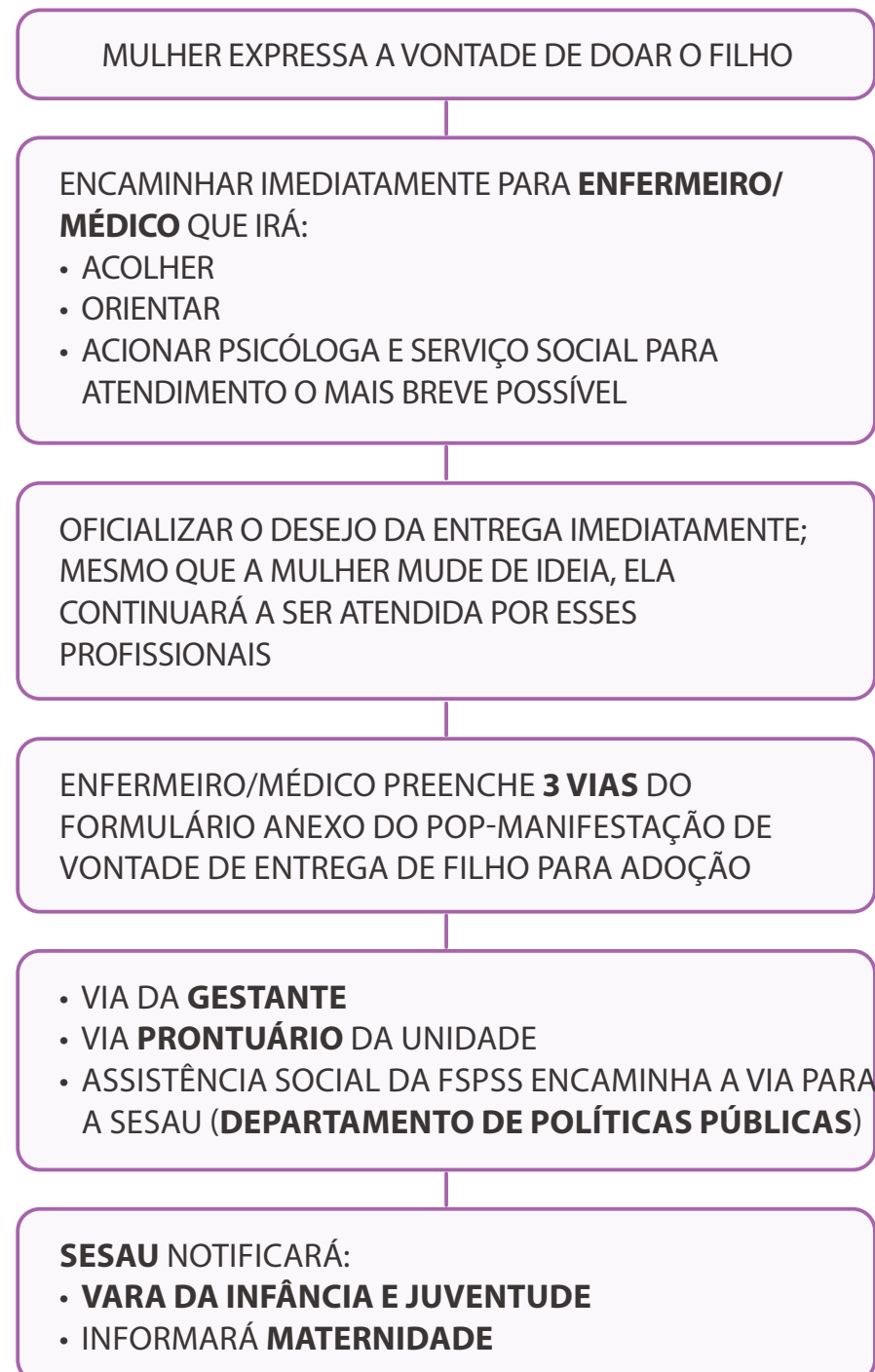
Diversos são os motivos que levam uma mãe ou os pais a entregar o filho para adoção usualmente estão presentes de forma conjunta mais de um motivo, sendo os mais comuns: ausência do desejo de ser mãe e/ou pai, de forma absoluta ou em determinado período da vida; mulheres muito jovens que engravidaram em relacionamentos não estáveis; filhos gerados em relação extraconjugal; mães que usam drogas e precisam controlar a dependência para cuidar dos filhos; vítimas de violência sexual; falta de condições econômicas ou psicológicas para o exercício da maternidade/paternidade e ausência de apoio familiar para criar o filho.

Portanto, qualquer que seja a decisão ou motivação da mãe ou do casal, a lei proíbe qualquer tipo de constrangimento ao longo de todo o processo.

O Formulário e Protocolo de Entrega Espontânea implantado no município segue nos anexos.



FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO PARA GESTANTES/MÃES QUE DESEJAM DOAR SEU FILHO DURANTE O PRÉ-NATAL



7. INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E OBSTÉTRICAS MAIS FREQUENTES DURANTE O PRÉ-NATAL



A maioria das gestantes passa por desconfortos durante a gestação, nada considerado grave e de fácil manejo clínico ou de resolução natural. Porém, em alguns casos, o que seria “coisa de grávida” pode se tornar grave e necessitar de intervenções urgentes e invasivas.

1. 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 devido à perda maior de cloro, acarretando hipocloremia, perda de potássio e alterações no metabolismo das gorduras e dos carboidratos.

Nos casos graves, pode ocasionar insuficiência hepática, renal e neurológica. Aspectos emocionais e adaptações hormonais são apontados como causadores do citado transtorno. A hiperêmese gravídica

pode, também, estar associada a questões como gestação múltipla, mola hidatiforme, pré-eclâmpsia, diabetes e isoimunização Rh.

Há outros fatores que podem acarretar vômitos com a mesma gravidade e que devem ser afastados, tais como: úlcera gástrica, cisto torcido de ovário, gravidez ectópica, insuficiência renal e infecções intestinais. Os vômitos tardios da gravidez não devem ser confundidos com hiperêmese gravídica.

Apoio psicológico e ações educativas desde o início da gravidez, bem como reorientação alimentar, são as melhores maneiras de evitar os casos mais complicados. Nas situações de êmese persistente, o profissional de saúde deve prescrever drogas antieméticas, por via oral ou intravenosa, além de hidratação.

Score para avaliação de hiperêmese gravídica

1. Por quanto tempo se sentiu nauseada nas últimas 24 horas?	Nunca (1) – Até 4 horas (2) – Até 8 horas (3) – Até 12 horas (4) – Mais de 12 horas (5)
2. Quantos episódios de vômitos apresentou nas últimas 24 horas?	Nunca (1) – Até 4 horas (2) – Até 8 horas (3) – Até 12 horas (4) – Mais de 12 horas (5)
3. Em quantos momentos observou intensa salivação e esforço de vômito nas últimas 24 horas?	Nunca (1) – Até 4 horas (2) – Até 8 horas (3) – Até 12 horas (4) – Mais de 12 horas (5)

Classificação – Pontuação
 ≤ 6: forma leve | entre 7 e 11: forma moderada | ≥ 12: forma grave

Fonte: adaptado do Protocolo FEBRASGO Obstetricia, nº 32/2021 Náuseas e vômitos na gravidez

Antieméticos:

- Metoclopramida = 10 mg a cada 4h;
 - Dimenidrato = 50 mg a cada 6h
- Antieméticos injetáveis:
- Metoclopramida = 10 mg (uma ampola = 10 mg) a cada 4h
 - Dimenidrato = 50 mg (uma ampola = 10 ml) a cada 6h

Nos casos de hiperêmese gravídica que não responderam à terapêutica inicialmente instituída ou quando a unidade de saúde não tiver disponibilidade para essas medidas, a internação é necessária. Nessas situações, o profissional de saúde deve encaminhar a gestante imediatamente para um hospital.

Deve-se orientar o uso de bebidas geladas para a melhoria dos sintomas, assim como evitar bebidas com gás e que contenham cafeína.

**2. Síndromes hipertensivas**

As síndromes hipertensivas constituem uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal e associam-se a um risco aumentado de hemorragia, insuficiência renal aguda, descolamento prematuro de placenta, crescimento intrauterino restrito, prematuridade e óbito fetal.

Define-se hipertensão na gravidez como uma pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em pelo menos duas aferições, após intervalo de repouso de 15 minutos. Pressão arterial sistólica maior ou igual a 160 mmHg e/ou pressão arterial diastólica maior ou igual a 110 mmHg configuram hipertensão grave.

As síndromes hipertensivas dividem-se em quatro categorias na gestação: hipertensão arterial crônica, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia/eclâmpsia e pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica.

A classificação, diagnóstico e conduta nas síndromes hipertensivas da gestação estão descritos no Quadro 8. Considera-se como proteinúria positiva um resultado maior ou igual a 300 mg em urina de 24 horas ou um resultado de 1+ no exame de urina de rotina.

Os critérios de gravidade para pré-eclâmpsia e os anti-hipertensivos que podem ser utilizados na gestação e puerpério são descritos, respectivamente, no Quadro 9 e Quadro 10. Na gestante hipertensa crônica, recomenda-se estimular a prática de atividade física aeróbica (caminhada e hidroginástica) com mo-

deração, duas a três vezes por semana. O profissional de saúde também deve orientar a gestante quanto à alimentação saudável.

Gestantes hipertensas crônicas com bom controle pressórico (pressão arterial menor ou igual a 140/90 mmHg), sem uso de anti-hipertensivo, serão acompanhadas nas unidades de saúde. Gestantes hipertensas crônicas em uso de anti-hipertensivo devem ser encaminhadas ao pré-natal de alto risco. As opções de uso de anti-hipertensivos orais são as mesmas apresentadas para as gestantes portadoras de HAS crônica ou preexistente. A metildopa é a droga preferida por ser a mais bem estudada e por não haver evidência de efeitos deletérios para o feto.

Para gestantes portadoras de HAS crônica que estão em uso de anti-hipertensivos e com PA < 120/80 mmHg, recomenda-se reduzir ou mesmo descontinuar o tratamento. Em caso de crise hipertensiva (pressão arterial sistólica maior ou igual a 160 mmHg e/ou pressão arterial diastólica maior ou igual a 110 mmHg), independentemente da idade gestacional, encaminhar a gestante para avaliação na Maternidade de referência.

Gestantes com suspeita de pré-eclâmpsia devem ser, inicialmente, encaminhadas à Maternidade de referência para propedêutica materna e fetal e definição do diagnóstico. Após definição do diagnóstico na maternidade, gestantes com pré-eclâmpsia sem critérios de gravidade retornarão à unidade de saúde e deverão ser encaminhadas para acompanhamento em pré-natal de alto risco (prioridade alta).

A eclâmpsia (convulsão) configura emergência, sendo necessário acionar a ambulância da UPA ou o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU) para transferência imediata à Maternidade de referência. Nestes casos, recomenda-se manter as vias aéreas livres para reduzir o risco de aspiração, oxigenação por cateter nasal ou máscara e puncionar acesso venoso calibroso.

A identificação de pressão arterial sistólica maior ou igual a 160 mmHg e/ou pressão arterial diastólica maior ou igual a 110 mmHg no puerpério (até 42 dias pós-parto) indica o encaminhamento à maternidade de referência para avaliação e propedêutica laboratorial. A persistência de hipertensão arterial (140/90 mmHg) 12 semanas após o parto configura hipertensão arterial crônica.



CLASSIFICAÇÃO, DIAGNÓSTICO E CONDUTA NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GESTAÇÃO

DIAGNÓSTICO	CARACTERÍSTICAS	CONDUTA
Hipertensão arterial crônica	Pressão arterial maior ou igual a 140/90mmHg previamente à gestação ou detectada antes da 20ª semana de gestação.	<ul style="list-style-type: none"> Gestantes em uso de anti-hipertensivo: encaminhar ao pré-natal de alto risco. Gestantes com níveis pressóricos menores ou iguais a 140/90mmHg, sem uso de anti-hipertensivo: acompanhamento na UBS (ginecologias + eSF); aferir pressão 2 a 3 vezes por semana e avaliar necessidade de diminuição do intervalo entre as consultas. Deve-se solicitar na primeira consulta de pré-natal, além dos exames de rotina, proteinúria de 24 horas, eletrocardiograma (ECG) e creatina.
Hipertensão gestacional	Hipertensão após a 20ª semana de gestação, não associada à proteinúria.	<ul style="list-style-type: none"> Acompanhamento na UBS (ginecologias + eSF) com os seguintes cuidados: medir pressão arterial diariamente, reduzir intervalo entre as consultas (no máximo 7 dias), orientar sobre sinais de alerta (cefaleia, escotomas, epigastralgia, dor em hipocôndrio, dispneia).
Pré-eclâmpsia	Hipertensão após a 20ª semana de gestação com proteinúria positiva ($\geq 300\text{mg}$ em 24 horas ou $\geq 1+$ em fita). Na ausência de proteinúria, hipertensão de início súbito associada a qualquer um dos critérios: plaquetas < 100.000 , creatinina maior que $1,1\text{mg/dL}$ ou duas vezes a concentração de creatinina na ausência de doença renal, transaminases duas vezes o valor normal, edema pulmonar, sintomas ou alterações visuais.	<ul style="list-style-type: none"> Encaminhar a gestante inicialmente à Maternidade de referência para avaliação, propedêutica materna e fetal e definição do diagnóstico. Após definição do diagnóstico na maternidade, gestantes com pré-eclâmpsia sem critérios de gravidade retornarão a UBS e deverão ser encaminhadas para acompanhamento em PNAR (prioridade alta). Gestantes com diagnóstico de pré-eclâmpsia com critérios de gravidade permanecerão internadas até o parto.

Eclâmpsia	Presença de convulsões em gestantes com pré-eclâmpsia.	<ul style="list-style-type: none"> Encaminhamento à Maternidade (emergência). Manter vias aéreas livres, oxigenação e puncionar acesso venoso calibroso.
Pré-eclâmpsia sobreposto à hipertensão crônica	Aparecimento de proteinúria após a 20ª semana de gestação em gestantes hipertensas crônicas ou gestantes hipertensas crônicas com proteinúria antes da 20ª semana de gestação e que apresentam: descontrole pressórico com necessidade de aumento progressivo de doses de anti-hipertensivos, manifestação súbita de sinais ou sintomas, como aumento de enzimas hepáticas duas vezes o valor de referência, plaquetas < 100.000 , dor em hipocôndrio direito ou cefaleia, edema ou congestão pulmonar, desenvolvimento de insuficiência renal (creatinina $> 1,1\text{mg/dL}$ na ausência de outra doença renal), aumento súbito da proteinúria.	<ul style="list-style-type: none"> Encaminhar a gestante inicialmente à Maternidade de referência para avaliação, propedêutica materna e fetal e definição do diagnóstico. Após definição do diagnóstico na maternidade, gestantes com diagnóstico de pré-eclâmpsia com critérios de gravidade sobreposta à hipertensão crônica, permanecerão internadas.

AGENTES RECOMENDADOS PARA O TRATAMENTO DA CRISE OU EMERGÊNCIA HIPERTENSIVA EM GESTANTES
(HAURIDO DO PROTOCOLO DA REDE BRASILEIRA DE ESTUDOS DE HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ)

Hidralazina Ampola de 20 mg/mL	A ampola de hidralazina contém 1 mL, na concentração de 20 mg/mL. Diluir uma ampola (1 mL) em 19 mL de água destilada, assim obtém-se a concentração de 1 mg/mL. Dose inicial: 5 mg, via intravenosa Repetir, se necessário: 5 mg a cada 20 minutos Dose máxima: 30 mg
Nifedipino Comprimido de 10mg	Dose inicial: 10 mg, via oral Repetir, se necessário: 10 mg a cada 20 a 30 minutos (via oral) Dose máxima: 30 mg
Nitroprussiato de sódio Ampola 50 mg/2 mL	A ampola de nitroprussiato de sódio contém 2 mL, na concentração de 50 mg/2 mL. Diluir uma ampola (2 mL) em 248 mL de soro glicosado 5%, assim teremos a concentração de 200 mcg/mL. Dose inicial: 0,5 mcg a 10 mcg/kg/min, infusão intravenosa contínua.

ANTI-HIPERTENSIVOS RECOMENDADOS PARA USO NA GESTAÇÃO
(HAURIDO DO PROTOCOLO DA REDE BRASILEIRA DE ESTUDOS DE HIPERTENSÃO NA GRAVIDEZ)

Classe do agente	Agente	Posologia
Simpatolíticos de ação central, α2-agonistas	Metildopa Comprimidos de 250 mg e 500 mg	750 mg a 2.000 mg/dia 2 a 4 vezes/dia
	Clonidina Comprimidos de 0,1 mg e 0,2 mg	0,2 mg a 0,6 mg/dia 2 a 3 vezes/dia
Bloqueadores de canais de cálcio	Nifedipino retard Comprimidos de 10 mg e 20 mg	20 mg a 120 mg/dia 1 a 3 vezes/dia
	Nifedipino de liberação rápida Comprimidos de 10 mg e 20 mg	20 mg a 60 mg/dia 2 a 3 vezes/dia
	Anlodipino Comprimidos de 2,5 mg, 5 mg e 10 mg	5 mg a 20 mg/dia 1 a 2 vezes/dia
Vasodilatador periférico	Hidralazina Drágeas de 25 mg e 50 mg	50 mg a 150 mg/dia 2 a 3 vezes/dia
β-bloqueadores	Metoprolol Comprimidos de 25 mg, 50 mg e 100 mg	100 mg a 200 mg/dia 1 a 2 vezes/dia
	Pindolol Comprimidos de 5 mg e 10 mg	10 mg a 30 mg/dia 2 a 3 vezes/dia
	Carvedilol Comprimidos de 6,25 mg e 12,5 mg	12,5 mg a 50 mg/dia 1 a 2 vezes/dia Recomenda-se iniciar com 12,5 mg/dia por 2 dias e, a partir de então, aumentar a dose.

3. Asma

A asma é uma das doenças crônicas mais comuns e potencialmente mais perigosas durante a gravidez. Nos EUA, a prevalência da asma durante a gravidez tem sido estimada entre 3,7% e 8,4%, e as taxas elevadas de asma em mulheres jovens em idade reprodutiva parecem prever um aumento destas prevalências. Além disso, é admissível que estes números sejam conservadores devido a muitos casos não diagnosticados ou reportados. A relação entre asma e gravidez pode ser encarada de duas formas: por um lado, a asma pré-existente pode afetar ou complicar uma gravidez; por outro, a própria gravidez pode alterar o curso da asma.

Efeitos da asma sobre a gravidez

Apesar de algumas controvérsias, a evidência tem demonstrado que a asma pode aumentar a morbidade materna. As mulheres asmáticas sofrem três vezes mais de hiperêmese gravídica e duas vezes mais de perdas hemáticas uterinas, sobretudo se estiverem medicadas com corticoides sistêmicos. Vários estudos têm demonstrado o aumento do risco de hipertensão gravídica e pré-eclâmpsia. O risco de pré-eclâmpsia é de duas a três vezes superior em mulheres com sintomas moderados a graves de asma, independentemente da terapêutica em curso. Os riscos de placenta prévia e de parto por cesariana estão também aumentados, assim como o número de dias de hospitalização. As mulheres asmáticas são

mais suscetíveis à necessidade de indução do parto. Alguns autores defendem que não existe diferença significativa entre as mulheres não asmáticas e as que têm asma ligeira. Provavelmente, os riscos de morbidade materna estão aumentados apenas em mulheres com asma moderada ou grave, especialmente as que necessitam de corticoterapia oral. Também não está provado um aumento significativo da mortalidade materna relacionado com a asma.

No tocante às complicações fetais relacionadas com a asma materna, parece haver uma relação com o mau controle da doença. Existe um risco aumentado de parto pré- termo baixo peso ao nascer, anomalias congênitas e número aumentado de dias de hospitalização do recém-nascido.

Um estudo revelou que existe uma relação inversa entre a função pulmonar materna (medida por intermédio do FEV1) e o risco de atraso de crescimento intrauterino. Os fatores responsáveis por estas complicações são provavelmente a hiperventilação, a hipoxemia e a hipocapnia maternas ou mesmo a libertação de mediadores inflamatórios e o efeito de medicação para a asma. Vários estudos têm comprovado indiretamente uma relação entre o melhor controle da asma e a redução das complicações materno-fetais, baseados nos resultados semelhantes encontrados em mulheres não asmáticas e em doentes asmáticas seguidas por especialistas.