

Protocolo de Atenção Básica

PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO



CANOAS

Criar, construir e viver
Prefeitura Municipal



PROTOCOLO DE PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA DO MUNICÍPIO DE CANOAS

PREFEITURA MUNICIPAL DE CANOAS

Luiz Carlos Busato

Prefeito Municipal

Gisele Uequed

Vice-prefeita Municipal

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CANOAS

Fernando Ritter

Secretário Municipal de Saúde

Fernanda Santos Fernandes

Secretária Adjunta

Patrícia Urrutigaray

Secretária Adjunta

Eloir Antonio Vial

Diretor do DPAS

Neusa Tereza da Silva Dahlem

Médica Responsável Técnica

Paulo Cesar Pinto

Enfermeiro Responsável Técnico

FUNDAÇÃO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CANOAS

Paulo Ricardo Accinelli

Diretor Presidente

Viviana Covatti

Superintendente Executiva

Thais Fernanda Barreto

Diretora Técnica

Cléber Gonçalves Jardim

Médico Responsável Técnico

Janaína Zatti

Enfermeira Responsável Técnica



ELABORAÇÃO/REVISÃO

Ana Paula Pereira Barbosa

Médica

CRM-RS: 38.972

Alessandra Fabris Valdez

Cirurgiã Dentista

CRO-RS: 9773

André Victoria Mouta

Cirurgião Dentista

CRO-RS: 13.916

Caroline Huber Rosa

Cirurgiã Dentista

CRO-RS: 24.425

Cássia Oliveira Klein

Cirurgiã Dentista

CRO-RS: 24.484

Cléber Gonçalves Jardim

Médico

CRM-RS: 39.157

Cristiane de Mello Vatam

Enfermeira

COREN-RS: 501.895

Cristiane Steinmetz Campos

Enfermeira

COREN-RS: 344.078

Elisabete Kirchmann Kondach

Enfermeira

COREN-RS: 62.671

Fernanda Varnier Seminoti

Enfermeira

COREN-RS: 94.326

Gabriela Guardiola Müller

Cirurgiã Dentista

CRO-RS: 21.274

Hélio David Borges Nascente

Médico

CRM-RS: 13268

Janaina Zatti

Enfermeira

COREN-RS: 233.736

Jaqueline Silva Rebhahn

Médica

CRM-RS: 19.900

Maiara Mundstock Jahnke

Cirurgiã Dentista

CRO-RS: 20.524

Marcelina Zacarias Ceolin

Enfermeira

COREN-RS: 89.364

Márcia de Oliveira

Enfermeira

COREN-RS: 324.470

Mauro Sérgio Furtado de Souza

Médico

CRM-RS: 36.347

Michele Araújo da Rosa Martins

Enfermeira

COREN-RS: 84.176

Nadiesca Maria Lazzari Miotto

Cirurgiã Dentista

CRO-RS: 6628

Rafael Boone

Médico

CRM-RS: 33.022

Raquel Fantinel Rodrigues

Médica

CRM-RS: 33981

Taliane Moura de Carvalho Biazus

Enfermeira

COREN-RS: 126.447

Liara Araujo Madruga

Enfermeira

COREN-RS: 466942



SUMÁRIO

ATENÇÃO ÀS MULHERES NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO	7
Quadro síntese de atenção à gestante no pré-natal de baixo risco.....	8
Fluxograma 1 – Pré-natal na Atenção Básica	14
Fluxograma 2 – Pré-natal odontológico na Atenção Básica.....	15
Quadro 2 – Entrevista	16
Quadro 3 – Exame físico geral e específico no pré-natal de baixo risco	18
Abordagem da gestante no pré-natal odontológico	23
Quadro 4 – Solicitação dos exames de rotina no pré-natal de baixo risco	27
Quadro 5 – Interpretação dos resultados e condutas.....	28
Quadro 6 – Interpretação de resultados de ultrassonografia no pré-natal de baixo risco	32
Quadro 7 – Principais sinais de alerta na gestação.....	33
Quadro 8 – Avaliação do risco gestacional pela equipe de Atenção Básica.....	34
Quadro 9 – Abordagem de queixas frequentes na gestação.....	39
Fluxograma 3 – O que fazer nos casos de náusea e vômitos	46
Fluxograma 4 – O que fazer nas queixas urinárias	47
Fluxograma 5 – O que fazer nos quadros de dor abdominal e cólicas.....	48
Fluxograma 6 – O que fazer nos quadros de edema	49
Quadro 10 – Atenção às intercorrências do pré-natal.....	50
Fluxograma 7 – O que fazer na anemia gestacional	58
Fluxograma 8 – O que fazer nos quadros de sífilis.....	59
Fluxograma 9 – O que fazer nos quadros de toxoplasmose.....	59
Fluxograma 10 – O que fazer nas síndromes hemorrágicas	62
Fluxograma 11 – O que fazer no diabetes mellitus gestacional (DMG)	63
Fluxograma 12 – O que fazer nas síndromes hipertensivas, pré-eclâmpsia e eclâmpsia.....	64
Fluxograma 13 – O que fazer nos resultados de sorologia do HIV.....	65
Quadro 11 - Relação de medicamentos essenciais na atenção ao pré-natal	66
Quadro 12 – Imunização: recomendações de rotina no pré-natal	70
Quadro 13 – Vitaminas e minerais, suas funções, fonte e recomendações durante o período gestacional.....	71
Quadro 14 – Preparo para o parto.....	73
CUIDADO PUERPERAL	74
Quadro 15 –Atenção à mulher no puerpério.....	75
CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES	78





PRÉ-NATAL PARCEIRO	79
Fluxograma 14 – Pré-natal parceiro.....	80
SAIBA MAIS	81
REFERÊNCIAS	82






APRESENTAÇÃO

Este protocolo nasceu da necessidade de regulamentar condutas a serem seguidas pela equipe multidisciplinar nos serviços de atenção primária à saúde no município de Canoas. Entendemos que a unidade básica tem papel fundamental na ordenação do sistema e possui tarefa organizadora dos serviços, tornando-os verdadeiramente acessíveis e resolutivos com equidade. Com o propósito de aumentar a resolutividade das equipes de saúde, ampliar o escopo de práticas e apoio ao processo de trabalho a partir da oferta de tecnologias assistenciais e educacionais, a Secretaria Municipal de Saúde, em conjunto com a Fundação Municipal de Saúde de Canoas disponibiliza material técnico norteador para o processo de trabalho das equipes na atenção primária. Para isto, foi criado um Grupo de Trabalho Multidisciplinar, envolvendo núcleos médicos, de enfermagem e de odontologia que buscou adaptar o “Caderno de Protocolo de Saúde das Mulheres” do Ministério da Saúde à realidade do nosso município, atento às necessidades da nossa população, bem como às particularidades da rede instalada.

Na elaboração deste material fomos guiados pelos preceitos da Política Nacional de Atenção Básica (PNAB), e tivemos como modelo o caderno da atenção básica publicado no portal da saúde, do Ministério da Saúde – “Saúde das Mulheres”. O documento elaborado cumpre a função primordial de oferecer respaldo ético-legal para a atuação dos(as) trabalhadores(as) da Atenção Básica, conforme disposto em suas atribuições comuns e específicas constantes na PNAB, particularmente no que se refere a profissionais de enfermagem. Compondo a equipe mínima da Saúde da Família – juntamente com médico, odontólogos, técnicos em enfermagem, técnicos e auxiliares de saúde bucal e agentes comunitários de saúde, enfermeiras e enfermeiros desenvolvem atividades clínico-assistenciais e gerenciais, conforme as atribuições estabelecidas na Portaria nº 2.488/2011, obedecendo também à regulamentação do trabalho em enfermagem, estabelecida pela Lei nº 7.498/1986 e pelo Decreto nº 94.406/1987, bem como às Resoluções do Conselho Federal de Enfermagem (Cofen) nº 159/1993 e nº 358/2009. A ênfase aqui se justifica pelo fato de que, observadas as disposições legais da profissão, algumas de suas atividades são referendadas pela existência de protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelo gestor municipal.

Em face da grande extensão do protocolo original de “saúde das mulheres”, optou-se pela fragmentação do mesmo em temas abrangentes, possibilitando assim, implantação destes junto aos profissionais da rede, possibilitando ampla discussão entre os próprios profissionais que o aplicarão no seu dia a dia, favorecendo revisão periódica participativa. O primeiro tema a ser abordado é o “Pré-natal”. Foi escolhido por tratar-se de tema de primordial importância para o nosso município, e visa a redução das alarmantes taxas de mortalidade infantil e mortalidade materna.





ATENÇÃO ÀS MULHERES NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

O acesso ainda no primeiro trimestre gestacional ao cuidado de pré-natal é indicador de qualidade da atenção primária à saúde, e envolve toda a equipe de estratégia de saúde da família para a assistência integral à gestante. Este início oportuno ao cuidado pré-natal possibilita diagnóstico precoce de alterações e permite intervenção adequada sobre condições impactantes na saúde materna e da criança.

Conhecer o ambiente em que está inserida a mulher e a forma como a gravidez transforma este ambiente doméstico, familiar, de trabalho e as relações humanas pré-estabelecidas, possibilita abordar essa transformação de forma mais humanitária, pessoal e afetiva. Com isso, as estratégias de educação e cuidado em saúde terão maior adesão pela gestante e inclusão do pai e/ou parceiro, sendo este o desejo e consentimento da mulher.

A abordagem da mulher grávida deverá ser de forma acolhedora, singular e integral sempre! Orientando-a sobre a importância da realização do pré-natal e as questões de direitos sexuais, trabalhistas e sociais durante a gestação. Porém, quando tratar-se de gravidez resultante de ato de violência sexual, deve-se orientá-la quanto à possibilidade de interrupção da gestação, e para tal, deve-se estar atento à detecção precoce do problema.



Quadro 1 - Síntese de atenção à gestante no pré-natal de baixo risco

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Acolhimento com escuta qualificada	Identificação dos motivos do contato da gestante. Direcionamento para o atendimento necessário.	Equipe multiprofissional
Avaliação global	Entrevista (ver quadro 2): <ul style="list-style-type: none"> • presença de sintomas e queixas; • planejamento reprodutivo; • rede familiar e social; • condições de moradia, de trabalho e de exposições ambientais; • atividade física; • história nutricional; • tabagismo ou exposição à fumaça do cigarro; • álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas); • antecedentes clínicos, gineco-obstétricos e de aleitamento materno; • saúde sexual; • imunização; • saúde bucal; • antecedentes familiares. 	Equipe multiprofissional
Plano de cuidado	Exame físico geral e específico [gineco-obstétrico] (ver Quadro 3): <ul style="list-style-type: none"> • atenção para as alterações da pressão arterial. • avaliar o estado nutricional (peso, altura e cálculo do IMC) e ganho de peso gestacional. • atenção para as alterações na altura do fundo uterino. 	Enfermeiro(a)/médico(a)

continua

continuação

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
	<p>Solicitação de exames, conforme o período gestacional (ver Quadros 4, 5 e 6):</p> <ul style="list-style-type: none">• Hemograma;• Grupo sanguíneo + fator Rh;• Coombs indireto (se for Rh negativo);• Glicemia em jejum;• Anti HBs• Teste rápido para sífilis (se teste rápido positivo ou indisponível, solicitar VDRL. Se VDRL positivo, solicitar FTABS IgM – IgG);• Teste rápido anti-HIV (se teste rápido indisponível, solicitar sorologia anti-HIV I e II);• Teste rápido Hepatite B e C (se teste rápido indisponível, solicitar anti-HCV e anti-HBC IgM);• Sorologia para hepatite B (HbsAg);• Toxoplasmose IgM e IgG;• Urocultura com antibiograma;• Urina tipo I (EQU);• Ultrassonografia obstétrica;• Citopatológico de colo de útero (se último exame há mais de um ano);• Teste de tolerância para glicose;	Enfermeiro(a)/médico(a)
	<p>Presença de sinais de alerta na gravidez (ver Quadro 7):</p> <ul style="list-style-type: none">• cefaleia;• contrações regulares;• diminuição da movimentação fetal;• edema excessivo;• epigastralgia;• escotomas visuais;• febre;• perda de líquido;• sangramento vaginal.	

Continua

Continuação

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
	<p>Avaliação do risco gestacional (ver Quadro 8):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Sinais de alerta no pré-natal de baixo risco; • fatores de risco indicativos de encaminhamento ao pré-natal de alto risco; • sinais indicativos de encaminhamento à urgência/emergência obstétrica. 	Enfermeiro(a)/médico(a)
	<p>Cadastramento e preenchimento da Caderneta da Gestante:</p> <ul style="list-style-type: none"> • preenchimento do cartão da gestante; • preenchimento da ficha de cadastramento em sistema de informação já na primeira consulta de pré-natal. 	Enfermeiro(a)/médico(a)
	<p>Identificação e manejo das queixas e intercorrências do pré-natal (ver Quadro 10):</p> <ul style="list-style-type: none"> • conforme fluxogramas e quadros específicos; • estabilização e encaminhamento das situações de urgência, quando necessário. 	Enfermeiro(a)/médico(a)
	<p>Observar a utilização de medicação na gestação (ver Quadro 11)</p> <ul style="list-style-type: none"> • verificar o grau de segurança na gestação e na lactação. 	Enfermeiro(a)/médico(a)
	<p>Encaminhamento para serviço de referência:</p> <ul style="list-style-type: none"> • manter o acompanhamento da gestante com sua equipe de Atenção Básica; • solicitar contrarreferência para manter as informações a respeito da evolução da gravidez e dos tratamentos administrados à gestante; • realizar busca ativa e acompanhamento das gestantes por meio da visita domiciliar mensal do ACS. 	Equipe multiprofissional
	<p>Vinculação com a maternidade de referência e direito a acompanhante no parto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informar a gestante, com antecedência, sobre a maternidade de referência para seu parto e orientá-la para visitar o serviço antes do parto (cf. Lei nº 11.634/2007, da vinculação para o parto). • Orientar sobre a lei do direito a acompanhante no parto (Lei Federal nº 11.108/2005), que garante às parturientes o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, no parto e no pós-parto no SUS. O acompanhante é escolhido pela gestante, podendo ser homem ou mulher. 	Equipe multiprofissional
	<p>Suplementação de ferro e ácido fólico:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ferro elementar (40 mg/dia) - Utilizar no período pré-gestacional até o fim da gestação. • ácido fólico (400 µg/dia ou 0,4 mg/dia) - Utilizar no período pré-gestacional até a 12ª semana da gestação. 	Enfermeiro(a)/médico(a)
	<p>Imunização (ver Quadro 12):</p> <ul style="list-style-type: none"> • dT/dTpa; • hepatite B; • Influenza. 	Equipe de enfermagem /médico(a)

continua

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
	<p>Busca ativa das gestantes que não compareceram às consultas</p> <ul style="list-style-type: none"> identificar os motivos para o não comparecimento realizar visita domiciliar; oferecer novo agendamento realizar a consulta em domicílio 	Equipe multiprofissional
	<p>Educação em saúde</p> <ul style="list-style-type: none"> Oferecer orientações educativas individuais/coletivas (podendo ter a participação também do pai/parceiro e família da gestante) acerca dos temas: <ol style="list-style-type: none"> Modificações fisiológicas da gestação (conforme trimestre); Importância do acompanhamento pré-natal; Cuidados em saúde alimentar e nutricional: <ul style="list-style-type: none"> Orientar sobre os <i>Dez passos para alimentação saudável da gestante</i>, complementando com os <i>dez passos para uma alimentação adequada e saudável para crianças até dois anos</i>. Chamar atenção para a necessidade de vitaminas e minerais (ver Quadro 13). Chamar atenção para o consumo de cafeína, álcool e adoçantes. Chamar atenção para a segurança alimentar e nutricional. Sexo na gestação: <ul style="list-style-type: none"> Abordar a possibilidade de mudanças no desejo e na disposição sexual devido a fatores psicoafetivos, biológicos, conjugais e culturais durante a gravidez. Se a mulher desejar, as relações sexuais até o momento do parto podem facilitar o nascimento do bebê. Só há contra-indicação na presença de placenta prévia e alto risco de prematuridade, sendo as medidas de proteção contra IST indicadas para todas as gestantes e casais. Evitar a atividade sexual na presença de sangramento ou perda de líquido. Atividades físicas e práticas corporais na gestação: <ul style="list-style-type: none"> Durante uma gestação de risco habitual, a mulher que já praticava exercícios pode continuar a fazê-lo, adequando a prescrição à gestação. Mulheres que eram sedentárias podem iniciar uma prática de atividade física, desde que com adequada orientação e supervisão. Observar sempre a hidratação durante a atividade, o repouso após atividade e os sinais de risco, quando a prática deverá ser suspensa até uma avaliação médica. As contra-indicações absolutas são: o sangramento uterino de qualquer causa, a placentação baixa, o trabalho de parto pré-termo, o retardo de crescimento intrauterino, os sinais de insuficiência placentária, a rotura prematura de membranas e a incompetência istmocervical. Entre as opções disponíveis, o <i>yoga</i> e a hidroginástica são atividades bem recomendadas para mulheres grávidas e que não tinham histórico de prática regular de atividade física, pois são atividades de baixo impacto e que podem melhorar a condição cardiorrespiratória. A gestante deve evitar permanecer em pé ou sentada por muito tempo. Sempre trocar o posicionamento para aliviar dores e edemas Ao se deitar, a posição mais indicada é em decúbito lateral esquerdo, por diminuir a compressão sobre a aorta e a veia cava, favorecendo a circulação sanguínea. O uso de um travesseiro preenchendo o espaço entre a cabeça e o ombro, e outro entre as pernas fletidas, está indicado. Antes de se levantar, é importante realizar atividades com as mãos e pés para ativar a circulação. Ao conduzir veículos, a gestante deve posicionar o cinto de segurança sobre o quadril mais abaixo no abdome, para prevenir possíveis lesões sobre o útero em caso de acidentes. Para trajetos longos, é indicado realizar paradas para movimentação, alongamento e alívio da pressão sobre a bexiga. Exposição ao tabaco: <ul style="list-style-type: none"> Orientar que há maior risco de partos prematuros, crescimento intrauterino restrito, recém-nascidos com baixo peso e mortes perinatais para gestantes fumantes. Orientar sobre a abstinência total ou redução do consumo, quando essa não for possível, apoio de familiares e amigos, retirada de cigarros dos ambientes, participação das atividades de autocuidado apoiado da UBS, estratégias de resolução de problemas e prevenção de uso/recaídas. Exposição ao álcool e outras drogas: <ul style="list-style-type: none"> Alertar sobre os perigos é fundamental, mas não garante mudança radical de comportamento. As gestantes e as mulheres que planejam engravidar devem ser aconselhadas a evitar o consumo de álcool durante toda gravidez, pois o seu consumo pode estar associado ao aumento do risco de aborto, malformações fetais, prematuridade, retardo mental, microcefalia. Ainda não está identificado um limiar de consumo seguro. 	Equipe multiprofissional
	<p>g) Exposição ao álcool e outras drogas:</p> <ul style="list-style-type: none"> Alertar sobre os perigos é fundamental, mas não garante mudança radical de comportamento. As gestantes e as mulheres que planejam engravidar devem ser aconselhadas a evitar o consumo de álcool durante toda gravidez, pois o seu consumo pode estar associado ao aumento do risco de aborto, malformações fetais, prematuridade, retardo mental, microcefalia. Ainda não está identificado um limiar de consumo seguro. 	Equipe multiprofissional

continuação

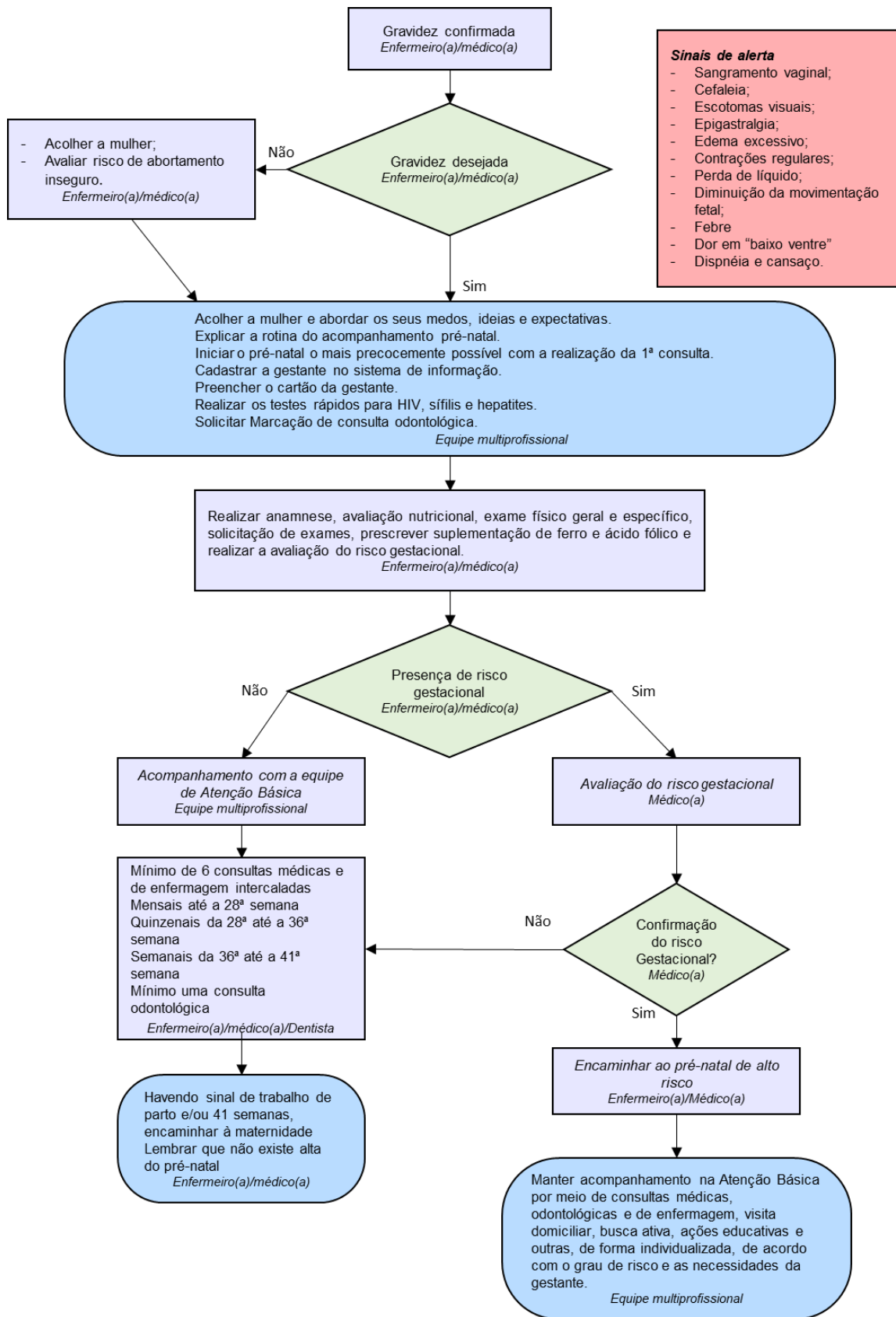
O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
	<p>h) Preparo para o parto:</p> <p>- Abordagem nas consultas e em rodas de conversa:</p> <ul style="list-style-type: none">• O parto é um momento intenso que marca para sempre a vida da mulher e da criança;• Esclarecer as vantagens do parto normal: rápida recuperação da mulher, menor risco de complicações, favorecimento do contato pele a pele e o estabelecimento de vínculo entre mãe e recém-nascido, além de facilitar a amamentação na primeira hora de vida; sinais de trabalho de parto (contrações de treinamento, tampão mucoso, mudança progressiva no ritmo e na intensidade das contrações);• Processo fisiológico do trabalho de parto;<ul style="list-style-type: none">a) Pródromos (pré-parto): podem durar dias ou semanas. A duração e a intensidade das contrações costumam variar bastante, pode haver perda do tampão mucoso (às vezes, com rajadas de sangue) e sensação dolorosa nas costas. Nessa fase, a mulher pode procurar posições confortáveis, tomar um banho morno, repousar; ainda é cedo para se dirigir ao serviço de saúde.b) Fase latente: Inicia no ponto em que a gestante consegue contrações uterinas regulares e, para muitas mulheres, termina ao atingir entre 3 e 5 cm de dilatação. Nas primigestas, pode durar até 14 horas, enquanto nas multíparas o limite normal pode ser de até 8 horas.c) Fase ativa: caracterizada pelas contrações rítmicas e regulares, com intervalo de 3 a 5 minutos e duração de cerca de 60 segundos. São essas contrações as responsáveis pela dilatação do colo uterino e pela descida do bebê no canal de parto. Elas podem vir acompanhadas de dor lombar e em baixo ventre. Essa é a fase ideal para se dirigir a um serviço de saúde.d) Transição: período intermediário entre a fase ativa e a dilatação total (10 cm) e o período expulsivo propriamente dito. As contrações costumam ficar mais intensas e podem ocorrer em intervalos menores. Pode ser o período mais desafiador do trabalho de parto, com ocorrência de sensação de exaustão, náuseas e vômitos, entre outros.e) Expulsivo: conforme o bebê desce pelo canal de parto, é comum a sensação de pressão cada vez maior na vagina e no reto, associada aos puxos espontâneos (vontade incontrolável de fazer força). A distensão máxima do períneo, que ocorre quando a cabeça do bebê coroar, pode vir acompanhada de uma sensação de ardência de intensidade variável.f) Expulsão da placenta: acontece, em média, de 5 a 30 minutos depois do nascimento do bebê. As contrações são mais leves e espaçadas. Podem ser necessários procedimentos, algumas vezes desconfortáveis, para acelerar o desprendimento da placenta e evitar hemorragias.• Métodos não farmacológicos para alívio da dor, livre movimentação e deambulação, preferência por posições verticalizadas, livre expressão das emoções, liberdade para se alimentar e para ingerir líquidos durante o trabalho de parto.	<p>Equipe multiprofissional</p>

continua

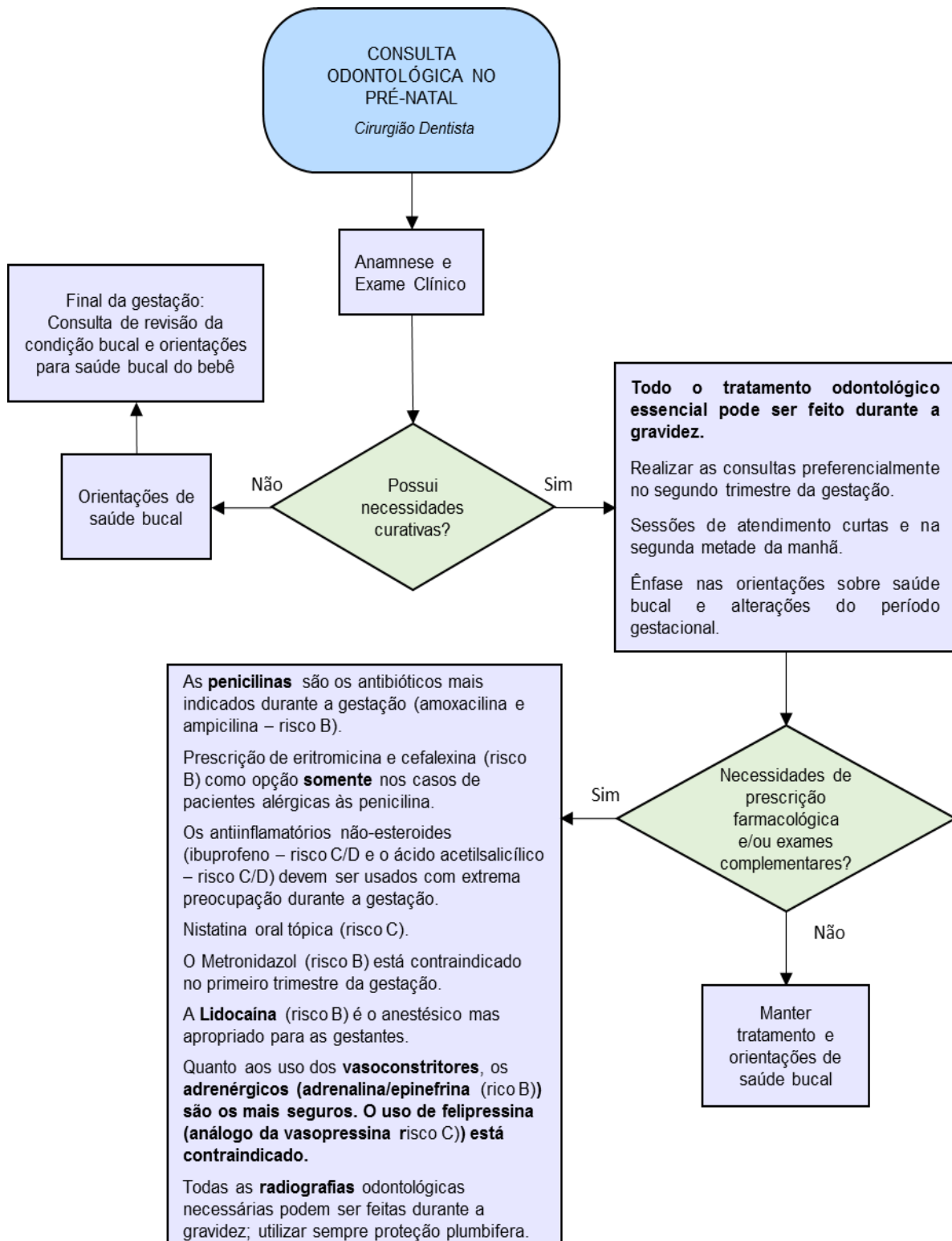
continuação

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
	<p>- Alertar para a possibilidade de ocorrência de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Violência institucional: agressões verbais ou físicas, uso de termos que infantilizam ou incapacitem a mulher, privação do direito a acompanhante de livre escolha da mulher, recusa do primeiro atendimento ao trabalho de parto, transferência para outro estabelecimento sem garantia de vaga e de transporte seguro, exame de toque por mais de um profissional, realizar procedimentos exclusivamente para treinamento de estudantes, entre outros;• Práticas inadequadas (contraindicadas pelas evidências científicas mais atuais):<ul style="list-style-type: none">• com a mulher: tricotomia, lavagem intestinal, manobra de Kristeller, realização de episiotomia sem indicação precisa, sem anestesia e sem o consentimento da parturiente, confinar a mulher ao leito ou obrigá-la a permanecer em posição ginecológica ou outra posição durante o trabalho de parto e parto;• com o recém-nascido: submeter o bebê saudável a aspiração de rotina, injeções ou procedimentos na primeira hora de vida; restrição do contato pele a pele entre mãe e bebê e da amamentação na primeira hora de vida. <p>i) preparo para o aleitamento:</p> <ul style="list-style-type: none">– O aleitamento materno deve ser incentivado durante o pré-natal, investigando o desejo na mulher em amamentar e informando-a sobre os benefícios da amamentação para a saúde da criança e materna.– Reconhecer a importância de se iniciar o aleitamento na primeira hora de vida para recém-nascidos saudáveis.– Orientar que é comum a ocorrência de cólicas durante as mamadas. <p>j) Direitos sexuais, sociais e trabalhistas na gestação.</p> <p>Cuidados em saúde mental</p> <ul style="list-style-type: none">• As mudanças no humor são processos normais da gestação, estando associadas ao conjunto de mudanças biopsicossociais relacionadas à gravidez. Na suspeita de depressão ou outros transtornos de humor, realizar avaliação médica para diagnóstico e manejo de acordo com a severidade do quadro. <p>Cuidados em saúde bucal</p> <ul style="list-style-type: none">• Garantir avaliação odontológica a todas as gestantes durante o pré-natal.	

Fluxograma 1 – Pré-natal na Atenção Básica



Fluxograma 2 – Pré-natal odontológico na Atenção Básica



Quadro 2 – Entrevista

ENTREVISTA	QUANDO AVALIAR	O QUE AVALIAR
Presença de sintomas e queixas	Todas as consultas	<ul style="list-style-type: none"> Náuseas e vômitos; Obstipação e flatulência; Sintomas urinários; Salivação excessiva; Pirose; Corrimento (que pode ou não ser fisiológico); Tontura; Dor mamária; Dor lombar; Alterações no padrão de sono; Dor e edema de membros inferiores; Dor pélvica.
Planejamento reprodutivo	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> Gestação desejada e/ou planejada; Métodos contraceptivos utilizados; Data da última menstruação (DUM).
Rede familiar e social	Primeira consulta e nas demais consultas verificar se houve mudanças	<ul style="list-style-type: none"> Presença de companheiro; Rede social utilizada; Relacionamento familiar e conjugal para identificar relações conflituosas; História de violência.
Condições de moradia, de trabalho e exposições ambientais	Primeira consulta e nas demais consultas verificar se houve mudanças	<ul style="list-style-type: none"> Tipo de moradia; Tipo de saneamento; Grau de esforço físico; Renda; Estresse e jornada de trabalho; Exposição a agentes nocivos (físicos, químicos e biológicos); Beneficiário de programa social de transferência de renda com condicionalidades (ex: Programa Bolsa família).
Atividade física	Primeira consulta e nas demais consultas verificar se houve mudanças	<ul style="list-style-type: none"> Tipo de atividade física; Grau de esforço; Periodicidade; Deslocamento para trabalho ou curso; Lazer.
História nutricional	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> História de desnutrição, sobrepeso, obesidade, cirurgia bariátrica, transtornos alimentares, carências nutricionais, histórico de criança com baixo peso ao nascer, uso de substâncias tóxicas para o bebê; Peso e altura antes da gestação; Hábito alimentar.
Tabagismo e exposição à fumaça do cigarro	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> Status em relação ao cigarro (fumante, ex-fumante, tempo de abstinência, tipo de fumo); Exposição ambiental à fumaça de cigarro; Para as fumantes, avaliar se pensam em parar de fumar nesse momento.
Álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas)		<ul style="list-style-type: none"> Padrão prévio e/ou atual de consumo de álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas).

Continua

ENTREVISTA	QUANDO AVALIAR	O QUE AVALIAR
Antecedentes clínicos, ginecológicos, obstétricos e de aleitamento materno	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Diabete, hipertensão, cardiopatias; • Trombose venosa; • Alergias, transfusão de sangue, cirurgias, medicamentos de uso eventual ou contínuo (prescritos ou não pela equipe de saúde, fitoterápicos e outros); • Cirurgias prévias (mama, abdominal, pélvica); • Hemopatias (inclusive doença falciforme e talassemia); <ul style="list-style-type: none"> • Doenças autoimunes, doenças respiratórias (asma, DPOC), doenças hepáticas, tireoidopatias, doença renal, infecção urinária, IST, tuberculose, hanseníase, rubéola, sífilis, outras doenças infecciosas; • Transtornos mentais, epilepsia, neoplasias, desnutrição, excesso de peso, cirurgia bariátrica; • Avaliar sinais de depressão.
	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Idade na primeira gestação; • Número de gestações anteriores, partos (termo, pré e pós-termo; tipo e intervalo), abortamentos e perdas fetais; • Gestações múltiplas; • Número de filhos vivos, peso ao nascimento, recém-nascidos com história de icterícia, hipoglicemia ou óbito neonatal e pós-neonatal; <ul style="list-style-type: none"> • Malformações congênitas; • Intercorrências em gestações anteriores como síndromes hemorrágicas ou hipertensivas, isoimunização Rh, diabetes gestacional, incompetência istmocervical, gravidez ectópica; • Mola hidatiforme, gravidez anembrionada ou ovo cego; • Intercorrências no puerpério; • Experiência em partos anteriores.
	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Ciclos menstruais; • História de infertilidade; • Resultado do último exame • Preventivo de câncer de colo uterino; <ul style="list-style-type: none"> • História de útero bicornio, malformações uterinas, miomas submucosos, miomas intramurais com mais de 4 cm de diâmetro ou múltiplos, cirurgias ginecológicas e mamária, implantes, doença inflamatória pélvica.
	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> • História de aleitamento em outras gestações, tempo, intercorrências ou desmame precoce; <ul style="list-style-type: none"> • Desejo de amamentar.
Saúde sexual	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Idade de início da atividade sexual; • Intercorrências como dor e desconforto; <ul style="list-style-type: none"> • Desejo e prazer sexual; • Práticas sexuais; • Medidas de proteção para IST.
Imunização	Primeira consulta	Estado vacinal: dT/dTpa, hepatite B, influenza.
Saúde bucal	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Antecedentes ou história atual de sangramento gengival, mobilidade dentária, dor, lesões na boca, infecções, pulpites, cáries, doença periodontal ou outras queixas. <ul style="list-style-type: none"> • Hábitos de higiene bucal como rotina de escovação e uso de fio dental; • Data da última avaliação de saúde bucal.
Antecedentes familiares	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Doenças hereditárias; • Gemelaridade; • Diabetes; • Hanseníase; • Transtorno mental; • Doença neurológica; • Grau de parentesco com o pai do bebê. <ul style="list-style-type: none"> • Pré-eclâmpsia; • Hipertensão; • Tuberculose; • Câncer de mama ou ovário; • Deficiência e malformações; • Parceiro com IST ou HIV/aids.

Quadro 3 – Exame físico geral e específico no pré-natal de baixo risco

QUANDO AVALIAR?	O QUE AVALIAR/COMO AVALIAR?	O QUE FAZER?
Primeira consulta 2º trimestre 3º trimestre	Pele e mucosas <ul style="list-style-type: none"> • Turgor; • Cloasma; • Tumorações; • Manchas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar orientações específicas; • Avaliação médica na presença de achados anormais.
Primeira consulta	Exame bucal <ul style="list-style-type: none"> • Verificar alterações de cor da mucosa, hidratação, esmalte dentário, cáries, presença de lesões, sangramento, inflamação e infecção; • Dentes; • Língua; • Gengiva; • Palato. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar todas as gestantes para avaliação odontológica, pelo menos uma vez, durante a gestação. • Ver página 23 - Abordagem da gestante no pré-natal odontológico
Todas as consultas	Dados vitais <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar sentada ou em decúbito lateral esquerdo: • Pulso; • Frequência respiratória; • Aferição de pressão arterial (PA); • Frequência cardíaca; • Temperatura axilar. 	<ul style="list-style-type: none"> • Valores persistentes de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou diastólica ≥ 90 mmHg (em três ou mais avaliações de saúde, em dias diferentes, com duas medidas em cada avaliação) caracterizam hipertensão arterial sistêmica (HAS) na gestação. Iniciar tratamento*, manter controle pressórico e encaminhar ao alto risco. • PA $> 160/110$ mmHg ou PA $> 140/90$ mmHg, e proteinúria positiva e/ou sintomas de cefaleia, dor em hipocôndrio direito, vômitos, escotomas e reflexos tendíneos aumentados, referir com urgência à maternidade. • Elevação ≥ 30 mmHg da PA sistólica e/ou ≥ 15 mmHg de diastólica em relação à PA anterior à gestação ou até a 16ª semana, controlar com maior frequência para identificar HA. Se assintomática e PA $< 140/90$ mmHg, reavaliar frequentemente e orientar medidas alimentares. • Gestantes com HAS prévia e em uso de medicação anti-hipertensiva devem ser acompanhadas no pré-natal de alto risco. • Ver também o Quadro 10 (Atenção às intercorrências do pré-natal) e Fluxograma 12 (o que fazer nas síndromes hipertensivas, pré-eclâmpsia e eclâmpsia).

continua

*Medicação Anti-hipertensiva: se PAS estiver ≥ 140 mmHg e a PAD ≥ 90 mmHg, sendo sua escolha individualizada, de acordo com a experiência do profissional.

MEDICAMENTO	DOSE	
Metildopa	50 mg - 3 g/dia	2 - 4 / dia
Nifedipina	30 - 120 mg/dia	3 - 4 / dia
Hidralazina	50 - 200 mg/dia	2 - 4 / dia
Metoprolol	50 - 200 mg/dia	2 / dia



continuação

QUANDO AVALIAR?	O QUE AVALIAR/COMO AVALIAR?	O QUE FAZER?
<p>Primeira consulta 2º trimestre 3º trimestre</p>	<p>Avaliação nutricional</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Medida de peso em todas as avaliações e medida inicial de altura (a cada trimestre, em gestantes com menos de 20 anos). 2) Cálculo do IMC e classificação do estado nutricional baseado na semana gestacional, de acordo com a tabela específica. 3) Caracteriza-se risco nutricional: extremos de peso inicial (< 45 kg e > 75 kg); curva descendente ou horizontal; curva ascendente com inclinação diferente da recomendada para o estado nutricional inicial. 4) Adolescentes com menarca há menos de dois anos geralmente são classificadas, equivocadamente, com baixo peso; nesse caso, observar o comportamento da curva. Se a menarca foi há mais de dois anos, a interpretação dos achados assemelha-se à de adultas. 5) Monitoramento do ganho de peso de acordo com a classificação inicial nutricional ou pela curva no Gráfico de Acompanhamento Nutricional da Gestante, do Cartão da Gestante, baseado no IMC semanal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Baixo peso: <ul style="list-style-type: none"> - Verificar alimentação, hiperêmese gravídica, anemia, parasitose intestinal, outros. - Orientar planejamento dietético e acompanhar em intervalos menores, com apoio do NASF. • Excesso de peso: <ul style="list-style-type: none"> - Verificar história, presença de edema, elevação da PA, macrossomia, gravidez múltipla, polidrâmnio; - Orientar alimentação adequada e saudável e acompanhar em intervalos menores, com apoio do NASF; • Recomenda-se: <ul style="list-style-type: none"> - Acompanhamento com intervalos menores, apoio do NASF e encaminhamento ao alto risco para os casos que persistem com ganho de peso inadequado.
<p>Primeira consulta</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Região cervical Palpação de tireoide 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar orientações específicas; • Avaliação médica na presença de achados anormais.
<p>Primeira consulta</p>	<p>Mamas</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inspeção estática e dinâmica, avaliando simetria, alterações do contorno, abaulamento ou espessamento da pele, coloração, textura, circulação venosa, tipo de mamilo. • Palpação de mamas, região supraclavicular e axilar em busca de alterações de textura, nódulos, abaulamentos, entre outros. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar orientações específicas.
<p>Primeira consulta 2º trimestre 3º trimestre</p>	<p>Tórax</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação pulmonar. • Avaliação cardíaca. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar orientações específicas. • Avaliação médica na presença de achados anormais.

continua





continuação

QUANDO AVALIAR?	O QUE AVALIAR/COMO AVALIAR?	O QUE FAZER?
<p>Primeira consulta</p> <p>2º trimestre</p> <p>3º trimestre</p>	<p>Edema</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inspeção na face e membros superiores. • Palpação da região sacra, com a gestante sentada ou em decúbito lateral. • Palpação de membros inferiores (MMII), região pré-maleolar e pré-tibial, com a gestante em decúbito dorsal ou sentada, sem meias. • Observar varizes e sinais flogísticos. 	<p>Resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> • (-) ou ausente – monitorar rotineiramente. • (+) apenas no tornozelo – observar; pode ser postural, pelo aumento de temperatura ou tipo de calçado. • (++) em membros inferiores + ganho de peso + hipertensão – orientar decúbito lateral esquerdo, pesquisar sinais de alerta e movimentos fetais, agendar retorno em sete dias; se hipertensão e/ou proteinúria presente, encaminhar ao alto risco. • (+++) em face, membros e região sacra, ou edema observado ao acordar pela manhã, independentemente de ganho de peso e hipertensão. Suspeita de pré-eclâmpsia; encaminhar para avaliação médica e ao alto risco. • Unilateral de MMII, com sinais flogísticos e dor – suspeita de tromboflebite e trombose venosa profunda; encaminhar para avaliação médica e ao alto risco.
<p>De acordo com a necessidade, orientados pela história e queixas da gestante</p>	<p>Região inguinal e perineal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Inspeção de vulva. • Palpação de linfonodos. • Região anal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar orientações específicas. • Avaliação médica na presença de achados anormais.
<p>De acordo com a necessidade, orientados pela história e queixas da gestante</p>	<p>Exame especular</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar colpocitopatologia oportuna, de acordo com a necessidade. • Não há contraindicação no uso da escova endocervical, não havendo mudanças na coleta da gestante. • Não há restrição quanto à idade gestacional para a coleta da citologia.
<p>De acordo com a necessidade, orientados pela história e queixas da gestante</p>	<p>Toque bimanual</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar condições do colo uterino (permeabilidade). • Sensibilidade à movimentação uterina e anexos. • Volume uterino (regularidade e compatibilidade com a amenorreia). 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar orientações específicas e avaliação médica, se necessário.

continua





continuação

QUANDO AVALIAR?	O QUE AVALIAR/COMO AVALIAR?	O QUE FAZER?
<p>Primeira consulta</p> <p>2º trimestre</p> <p>3º trimestre</p>	<p>Abdome</p> <ul style="list-style-type: none">• Palpação abdominal. <p>Palpação obstétrica</p> <ul style="list-style-type: none">• Manobra de Leopold, após 12ª semana: Para identificação da situação e apresentação fetal (polo cefálico, pélvico e dorso fetal) e acompanhamento da altura uterina.• Em torno da 36ª semana, recomenda-se a determinação da apresentação fetal (cefálica e pélvica).• Determinar a situação fetal (longitudinal, transversa e oblíqua) colocando as mãos sobre as fossas ilíacas, deslizando-as em direção à escava pélvica e abarcando o polo fetal que se apresenta. A situação longitudinal é a mais comum.	<p>Recomendação</p> <ul style="list-style-type: none">• A situação transversa e a apresentação pélvica ao final da gestação podem trazer risco ao parto, e a gestante deve ser encaminhada para a maternidade de referência.
<p>Todas as consultas, após a 12ª semana de gestação</p>	<p>Medida da altura uterina</p> <ul style="list-style-type: none">• Indica o crescimento fetal e a medida deve ficar dentro da faixa que delimita os percentis 10 e 90 do gráfico de crescimento uterino de acordo com a idade gestacional.• Após delimitar o fundo uterino e a borda superior da sínfise púbica, fixar a extremidade da fita métrica inelástica na primeira e deslizá-la com a borda cubital da mão pela linha mediana do abdome até a altura do fundo uterino.	<p>Recomendação</p> <ul style="list-style-type: none">• Traçados iniciais abaixo ou acima da faixa devem ser medidos novamente em 15 dias para descartar erro da idade gestacional e risco para o feto.• Nas avaliações subsequentes, traçados persistentemente acima ou abaixo da faixa e com inclinação semelhante indicam provável erro de idade gestacional; encaminhar para avaliação médica para confirmação da curva, verificar a necessidade de solicitação de ultrassonografia ou referência ao alto risco. Se a inclinação for diferente, encaminhar para o alto risco.

continua





conclusão

QUANDO AVALIAR?	O QUE AVALIAR/COMO AVALIAR?	O QUE FAZER?
<p>Primeira consulta</p> <p>2º trimestre</p> <p>3º trimestre</p>	<p>Determinação aproximada da idade gestacional por exame obstétrico</p> <ul style="list-style-type: none">• Pela medida da altura do fundo do útero, de acordo com os seguintes parâmetros:<ul style="list-style-type: none">✓ até a 6ª semana, não ocorre alteração do tamanho uterino;✓ 8ª semana – o útero corresponde ao dobro do tamanho normal;✓ 10ª semana – o útero corresponde a três vezes o tamanho habitual;✓ 12ª semana – o útero enche a pelve, de modo que é palpável na sínfise púbica;✓ 16ª semana – o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical;✓ pela percepção do início dos movimentos fetais (entre a 18ª e 20ª semana em geral);✓ 20ª semana – o fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical;✓ 20ª até 30ª semana – relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina;✓ 30ª semana em diante – parâmetro menos fiel• A situação fetal transversa reduz a medida de altura uterina e pode falsear a relação com a idade da gestação. <p>Cálculo da idade gestacional</p>	<p>Recomendação:</p> <ul style="list-style-type: none">• A idade gestacional deve ser calculada a partir da DUM. Na impossibilidade de identificação da idade gestacional por esse parâmetro, a USG no primeiro trimestre é o método mais fidedigno de datação da gestação (ver Quadro 6).
<p>Todas as consultas, a partir da 10ª a 12ª semana de gestação</p>	<p>Ausulta dos batimentos cardíofetais (BCF)</p> <ul style="list-style-type: none">• Audível com uso de sonar doppler a partir da 10ª/12ª semana;• Audível com uso de estetoscópio de Pinard a partir da 20ª semana;• Verificar ritmo, frequência e regularidade dos BCF. Contar número de BCF em um minuto. A frequência esperada é de 110 a 160 bpm.	<p>Recomendação</p> <ul style="list-style-type: none">• Alterações persistentes da frequência dos BCF devem ser avaliadas pelo médico ou na maternidade de referência, assim como BCF não audíveis com Pinard após a 24ª semana e não percepção de movimentos fetais e/ou se não ocorreu crescimento uterino.• Ocorre aumento transitório da frequência na presença de contração uterina, movimento fetal ou estímulo mecânico. Se ocorrer desaceleração durante e após contração, pode ser sinal de preocupação. Nestas condições, referir para avaliação no PNAR.





Abordagem da gestante no pré-natal odontológico

Diante de um quadro de ansiedade e de insegurança que costuma se instalar durante o período gestacional, a equipe de saúde bucal deve direcionar sua atenção à gestante de forma a minimizar angústias, sempre transmitindo segurança e tranquilidade para a paciente. Existem algumas ferramentas que podem ser colocadas em prática para que a confiança e o vínculo profissional-paciente sejam estabelecidos e fortalecidos. Nesse sentido, a anamnese é um momento bastante rico, em que o dentista tem a oportunidade de iniciar esta construção, já que é nesta etapa da consulta em que muitas dúvidas sobre o atendimento odontológico podem ser esclarecidas (ROSITO, SLAVUTZKY, SILVEIRA, 2016).

Os grupos operativos também propiciam às gestantes e a seus familiares um momento especial de acolhida. Esta ferramenta proporciona a troca de experiências e a escuta de problemas, bem como contribuem para a desmistificação de tabus e de crenças. Cabe à equipe respeitar e responder os questionamentos dos participantes de forma clara, mostrando as mudanças que ocorrem na boca durante a gravidez, enfatizando a importância da higiene, estimulando o autocuidado e os hábitos de vida saudável (BRASIL, 2006).

Ao longo das consultas de pré-natal odontológico, a equipe de saúde bucal deve seguir abordando temas relacionados a cuidados odontológicos durante a gestação, ressaltando a considerável influência da mãe nos padrões de comportamento apreendidos durante a primeira infância, dentre os quais se incluem os cuidados e hábitos em saúde bucal (FAUSTINO-SILVA *et al.*, 2008). A importância da realização do tratamento odontológico durante a gestação deve ser frisada, já que se sabe que a presença de focos infecciosos na cavidade oral da gestante traz prejuízos para a gestação e para a saúde geral, causando dores frequentes, alteração do estado de ânimo, dificuldades na mastigação – que podem interferir na sua nutrição e na do seu bebê. As sessões de atendimento devem ser curtas e agendadas, preferencialmente, para a segunda metade do período da manhã, quando os episódios de enjoo são menos comuns (FERREIRA, 1998). O preenchimento da Caderneta da Gestante pela equipe de saúde bucal faz-se necessário para que estas informações estejam acessíveis para a equipe multiprofissional.

A seguir, apresentamos algumas dúvidas frequentes apresentadas tanto pelos profissionais de saúde quanto pela população em geral sobre o tratamento odontológico da gestante. É importante que todos os trabalhadores da equipe multiprofissional tenham conhecimento acerca destes conteúdos, de forma que eventuais inseguranças e dúvidas apresentadas pela gestante possam ser sanadas por membros de todos os núcleos profissionais. Compete a todos os integrantes da equipe de saúde transmitir as informações às gestantes do seu território. Estes conteúdos podem ser abordados em atividades educativas voltadas para os profissionais das equipes de saúde (educação permanente) e para as gestantes e seus familiares.

- **A gestante pode receber tratamento odontológico?**

Não só pode, como deve. É muito importante, tanto para a gestante, quanto para o bebê que irá nascer, realizar o tratamento dentário. As consequências da não realização também podem afetar ambos.

- **Quais procedimentos odontológicos podem ser realizados durante a gestação?**

Todos os que forem essenciais. Podem ser realizadas extrações dentárias simples, tratamento periodontal (de gengivas), restaurações dentárias, tratamento endodôntico (tratamento de canal) e colocação de próteses. As cirurgias mais invasivas, sempre que possível, devem ser programadas para o período pós-parto (CODATO, NAKAMA, MELCHIOR, 2008).

- **Qual o melhor momento da gestação para realizar tratamento dentário?**

A gestante pode receber atendimento odontológico em qualquer fase da gestação. No entanto, prefere-se que os procedimentos não urgentes sejam realizados no segundo trimestre da gestação (HAAS, 2002).

- **Existem riscos quanto à utilização da anestesia dentária?**

Não. Existem apenas alguns tipos anestésicos que não devem ser utilizados em gestantes. O cirurgião-dentista sabe qual o tipo mais indicado e qual a dose segura para a gestante e para o bebê.

- **Anestésico com vasoconstritor durante a gestação: pode ser utilizado?**

Sim. O emprego de doses baixas de vasoconstritores adrenérgicos em Odontologia é considerado apropriado e seguro em gestantes (YAGIELA; NAFTALIN, 2002). As doses e as vias empregadas não determinam efeitos hemodinâmicos placentários (WANNMACHER; FERREIRA, 2007).

- **Qual o anestésico mais apropriado para uso em gestantes?**

Na gestante, lidocaína e mepivacaína são empregadas. Entretanto, tem-se dado preferência para a lidocaína. O uso de prilocaína e de articaína em gestantes deve ser limitado. (WANNMACHER; FERREIRA, 2007; MALAMED, 2004).


- **Há riscos em realizar tomadas radiográficas odontológicas durante a gestação?**

Não, desde que os cuidados necessários sejam tomados (utilização de avental de chumbo com protetor de tireoide). Todas as radiografias odontológicas necessárias podem ser feitas durante a gravidez, sem que isso prejudique o bebê (WRZOSEK; EINARSON, 2009). A quantidade de radiação usada costumeiramente nas radiografias dentárias é bem inferior à dose limiar aceitável. Em função disso, a quantidade de radiação que o feto recebe é quase insignificante (TARSITANO; ROLLINGS, 1993). O ideal é realizar esse procedimento dentro do segundo trimestre de gravidez (FERNANDES *et al.*, 2006).

- **Quais são as patologias bucais mais frequentes em gestantes?**

Cárie e queda de restaurações

A cárie dentária é uma doença infecciosa que progride de forma muito lenta na maioria dos indivíduos, raramente é autolimitante e, na ausência de tratamento, progride até destruir totalmente a estrutura dentária (FEJERSKOV; KIDD, 2005). A doença cárie, bem como a queda de restaurações por cárie secundária, podem exibir uma incidência aumentada no período gestacional. No entanto, sabe-se que a gestação, por si só, não determina um risco maior para



o desenvolvimento destas patologias. Acontecem, na verdade, modificações nos hábitos alimentares e de higiene bucal, associadas ao aumento da acidez bucal devido aos enjoos e aos vômitos que acometem algumas gestantes. Estes fatores contribuem para o aumento da incidência destas patologias dentárias durante o período gestacional (BRASIL, 2011).

Doença Periodontal

A doença periodontal é uma doença infecto-inflamatória que acomete os tecidos de suporte (gengiva) e sustentação (cimento, ligamento periodontal e osso) dos dentes. A gravidez, por si só, não determina quadro de doença periodontal. Alterações na composição da placa subgengival, na resposta imune da gestante e na concentração de hormônios sexuais são fatores que influenciam a resposta do periodonto durante o período gestacional. A gravidez acentua a resposta gengival, modificando o quadro clínico em usuárias que já apresentam falta de controle de placa (TARSITANO; ROLLINGS, 1993; BRASIL, 2006).

O granuloma piogênico é uma lesão semelhante a um tumor, de natureza não neoplásica. Considera-se que represente uma resposta tecidual exacerbada a uma irritação local (como, por exemplo, o acúmulo de placa bacteriana) ou trauma (NEVILLE, 2002). Em gestantes, essa patologia é comumente denominada granuloma gravídico ou tumor gravídico, podendo ter início ou ser exacerbada durante a gravidez, sendo normalmente apenas monitorada, pois regride após o parto. Em alguns casos, a lesão interfere no desenvolvimento da função mastigatória ou estética, necessitando de intervenção (PURI; KAMAL; DAHIYA, 2012). O granuloma piogênico também pode estar associado com a ingestão de contraceptivos orais, indicando que os hormônios sexuais femininos desempenham um importante papel na patogênese dessa lesão (WATANABE; KANDA, 2005).


A etiologia dos partos prematuros é multifatorial. No entanto, sabe-se que a inflamação é um dos fatores que contribuem para a ocorrência dos mesmos. Alguns estudos relacionam a presença de infecção sistêmica materna com parto prematuro. No que tange à relação existente entre doença periodontal em gestantes e parto prematuro, as evidências ainda não são conclusivas. Para Moreira e colaboradores (2002), fatores ainda desconhecidos podem explicar a associação entre doença periodontal, parto prematuro e baixo peso ao nascer. Seguindo as evidências, o tratamento periodontal deve ser realizado em qualquer momento da gestação (MELCHIOR; CODATO; NAKAMA, 2008), pois reduz a inflamação periodontal, o que pode evitar a ocorrência de parto prematuro e de baixo peso ao nascer.

- **As gestantes podem apresentar maiores riscos de perder dentes?**

Não. A gestação, por si só, não provoca perdas dentárias. O dente não enfraquece, nem perde cálcio durante a gestação. O que ocorre durante este período são algumas mudanças de hábitos alimentares e de higiene bucal, que favorecem o desenvolvimento da cárie e das doenças de gengiva.

- **Existem cuidados especiais para a higiene bucal?**

Não. Os cuidados com a higiene bucal devem ser exatamente os mesmos para mulheres grávidas e não grávidas: escovação com escova de cerdas macias e cabeça pequena (três vezes por dia, no mínimo), escovação da língua, uso do fio dental diariamente. Durante a gestação, algumas mudanças comportamentais podem ocorrer. Não raro, o número de refeições por dia aumenta (a mulher alimenta-se mais vezes ao dia) e surgem os “desejos”, os quais podem envolver a ingestão de alimentos ricos em açúcar. Estas mudanças no padrão alimentar alteram o pH da cavidade bucal, tornando-o mais ácido, o que favorece o



desenvolvimento da doença cárie. Entretanto, realizando uma adequada higiene oral e controlando a ingestão de alimentos cariogênicos, pode-se evitar o desenvolvimento desta doença.

- **A gestante deve usar suplemento de flúor?**

Não. Isto não traz benefícios para os dentes do bebê. Se houver necessidade, o dentista fará uso desta substância em sua forma tópica durante o tratamento dentário da criança após o seu nascimento.

- **Existe algum fortificante que assegure uma boa dentição para o bebê?**

Não. Uma alimentação balanceada costuma ajudar nesse sentido, pois deficiências vitamínicas podem prejudicar o desenvolvimento dentário. Carências de vitaminas e eventuais necessidades de reposições devem ser avaliadas pelo médico da Unidade de Saúde.

- **Quando começam a se formar os dentes do bebê?**

Na 6ª semana de vida intrauterina inicia-se a formação dos dentes “de leite”. Os dentes permanentes começam a ser formados durante o 5º mês de vida intrauterina. É por este motivo que alguns medicamentos podem causar alterações nos dentes do bebê.

Quadro 4 – Solicitação dos exames de rotina no pré-natal de baixo risco

PERÍODO	EXAMES
1ª consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma; • Grupo sanguíneo e fator Rh; • Coombs indireto (se for Rh negativo); • Glicemia em jejum; • Anti HBs; • TSH; • Teste rápido para sífilis (se teste rápido positivo ou indisponível, solicitar VDRL. Se VDRL positivo, solicitar FTABS IgM – IgG); • Teste rápido anti-HIV (se teste rápido indisponível, solicitar sorologia anti-HIV I e II); • Teste rápido Hepatite B e C (se teste rápido indisponível, solicitar anti-HCV e anti-HBC IgM); • Sorologia para hepatite B (HbsAg); • Toxoplasmose IgM e IgG; • Eletroforese de hemoglobina; • Urocultura com antibiograma; • Urina tipo I (EQU); • Ultrassonografia obstétrica; • Citopatológico de colo de útero (se último a exames mais de um ano).
2º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> • Teste de tolerância para glicose; • Coombs indireto (se for Rh negativo); • Urocultura com antibiograma; • Teste rápido para sífilis (se teste rápido positivo ou indisponível, solicitar VDRL. Se VDRL positivo, solicitar FTABS IgM – IgG); • Toxoplasmose IgM e IgG (se IgG não reagente no primeiro exame).
3º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> • Hemograma; • Coombs indireto (se for Rh negativo); • Teste rápido para sífilis (se teste rápido positivo ou indisponível, solicitar VDRL. Se VDRL positivo, solicitar FTABS IgM – IgG); • Teste rápido anti-HIV (se teste rápido indisponível, solicitar sorologia anti-HIV I e II); • Teste rápido Hepatite B e C (se teste rápido indisponível, solicitar anti-HCV e anti-HBC IgM); • Toxoplasmose IgM e IgG (se resultado do 1º trimestre IgM e IgG não reagentes); • Urocultura com antibiograma; • Urina tipo I (EQU); • Ultrassonografia obstétrica;

* Quando anemia presente ou outras manifestações sugestivas, solicitar Exame Parasitológico de Fezes.

Quadro 5 – Interpretação dos resultados e condutas

EXAME	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	O QUE FAZER?
Hemoglobina e hematócrito	<ul style="list-style-type: none"> • Hemoglobina > 11g/dl – normal; • Hemoglobina entre 8 e 11 g/dl – anemia leve a moderada; • Hemoglobina < 8 g/dl – anemia grave. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se anemia presente, tratar e acompanhar hemoglobina após 30 e 60 dias, conforme descrito no Fluxograma 7; • Se anemia grave, encaminhar ao pré-natal de alto risco.
Eletroforese de hemoglobina*	<ul style="list-style-type: none"> • HbAA: sem doença falciforme; • HbAS: heterozigose para hemoglobina S ou traço falciforme, sem doença falciforme; • HbAC: heterozigose para hemoglobina C, sem doença falciforme; • HbA com variante qualquer: sem doença falciforme; • HbSS ou HbSC: doença falciforme. 	<ul style="list-style-type: none"> • As gestantes com traço falciforme devem receber informações e orientações genéticas pela equipe de Atenção Básica; • As gestantes diagnosticadas com doença falciforme devem ser encaminhadas ao pré-natal de alto risco.
Tipo sanguíneo e fator Rh	<ul style="list-style-type: none"> • A(+), B(+), AB(+), O(+): tipo sanguíneo + fator Rh positivo; • A(-), B(-), AB(-), O(-): tipo sanguíneo + fator Rh negativo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se o fator Rh for negativo, realizar exame de Coombs indireto; • Antecedente de hidropsia fetal ou neonatal, independentemente do Rh, realizar exame de Coombs indireto.
Coombs indireto	<ul style="list-style-type: none"> • Coombs indireto positivo: gestante sensibilizada; • Coombs indireto negativo: gestante não sensibilizada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coombs indireto positivo: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Referenciar ao alto risco • Coombs indireto negativo: <ul style="list-style-type: none"> ✓ repetir exame de 4/4 semanas; ✓ imunoglobulina anti-D pós-parto, se o RN for Rh positivo e coombs direto for negativo, após abortamento, gestação ectópica, gestação molar, sangramento vaginal ou após procedimentos invasivos (biópsia de vilo, amniocentese, cordocentese), se mãe Rh (-) e pai Rh (+).
Glicemia em jejum	<ul style="list-style-type: none"> • < 92mg/dl: normal. • Entre 92 – 125 mg/dl – Diabetes Mellitus Gestacional; • ≥ a 126 mg/dl – Diabetes Mellitus na Gestação (prévia). 	<ul style="list-style-type: none"> • Normal: realizar o teste de tolerância à glicose na 24^a - 28^a semana gestação. Orientar medidas de prevenção primária (alimentação saudável e atividade física regular); • Diabetes Mellitus Gestacional: encaminhar ao pré-natal de alto risco; • Diabetes na Gestação: encaminhar ao pré-natal de alto risco.

Continua

EXAME	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	O QUE FAZER?
<p>Teste de tolerância à glicose (jejum, 1 e 2 horas pós sobrecarga com 75 g de glicose anidro)</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de DMG na presença de qualquer um dos seguintes valores: <ul style="list-style-type: none"> ✓ em jejum ≥ 92 a 125 mg/dl; ✓ Após 1 hora ≥ 180 mg/dl; ✓ após 2 horas ≥ 153 a 199 mg/dl. • Diagnóstico de DM na gestação presença de qualquer um dos seguintes valores: <ul style="list-style-type: none"> ✓ em jejum ≥ 126 mg/dl; ✓ após 2 horas ≥ 200 mg/dl. 	<ul style="list-style-type: none"> • No diagnóstico de DMG, orientar medidas de prevenção primária e referir ao alto risco, mantendo o acompanhamento na UBS. (ver Fluxograma 11).
<p>Urina tipo I</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Leucocitúria: presença acima de 10.000 células por ml ou cinco células por campo. • Hematúria: presença acima de 10.000 células por ml ou de três a cinco hemácias por campo. • Proteinúria: alterado > 10 mg/dl. • Presença de outros elementos: não necessitam de condutas especiais. 	<ul style="list-style-type: none"> • Leucocitúria: realizar urinocultura para confirmar se há ITU. Caso não estiver disponível a urinocultura, tratar empiricamente; • Cilindrúria, hematúria sem ITU ou sangramento genital e proteinúria maciça ou dois exames seguidos com traços, passar por avaliação médica e, caso necessário, referir ao alto risco; • Na presença de traços de proteinúria: repetir em 15 dias; caso se mantenha, encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco; • Na presença de traços de proteinúria e hipertensão e/ou edema: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco; • Na presença de proteinúria maciça: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco; • Na presença de pielonefrite, referir imediatamente à maternidade; • Se ITU refratária, encaminhar a ao pronto atendimento para tratamento EV; • Se ITU de repetição, após 2º episódio iniciar profilaxia e referir ao alto risco; • Ver Fluxograma 4.
<p>Urocultura e antibiograma</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Urocultura negativa: < 100.000 unidades formadoras de colônias por mL (UFC/mL); • Urocultura positiva: > 100.000 UFC/mL; • Antibiograma: indica os antibióticos que podem ser utilizados no tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ver Fluxograma 4.
<p>Teste rápido de proteinúria**</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Ausência: < 10 mg/dl (valor normal); • Traços: entre 10 e 30 mg/dl; • (+) 30 mg/dl; • (++) 40 a 100 mg/dl; • (+++) 150 a 350 mg/dl; • (++++) > 500 mg/dl. 	<p>A presença de proteinúria (+) ou mais deve ser seguida de uma determinação de proteinúria de 24 horas, sendo um dos sinais para diagnóstico de pré-eclâmpsia.</p>



continuação

EXAME	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	O QUE FAZER?
Teste rápido para sífilis ou VDRL	<ul style="list-style-type: none">• Teste rápido não reagente ou VDRL negativo: normal;• Teste rápido reagente e VDRL positivo: verificar titulação para confirmar sífilis.	<ul style="list-style-type: none">• Ver Fluxograma 8.
Teste rápido para HIV ou sorologia (anti-HIV I e II)	<ul style="list-style-type: none">• Teste rápido não reagente: normal;• Teste rápido reagente e sorologia positiva: confirmar HIV positivo.	<ul style="list-style-type: none">• Ver Fluxograma 13.
Sorologia hepatite B (HBsAg)	<ul style="list-style-type: none">• HBsAg não reagente: normal;• HBsAg reagente: solicitar HBeAg e transaminases (ALT/TGP e AST/TGO).	<ul style="list-style-type: none">• Fazer aconselhamento pré e pós-teste. HBsAg reagente e HBeAg reagentes: deve ser encaminhada ao serviço de referência para gestação de alto risco;• HBsAg não reagente: se esquema vacinal desconhecido ou incompleto, indicar vacina após 1º trimestre. Toda gestante HBsAg não reagente deve receber a vacina para hepatite B ou ter seu calendário completado, independentemente da idade.

continua





continuação

EXAME	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	O QUE FAZER?
<p>Toxoplasmose IgG e IgM</p>	<ul style="list-style-type: none"> • IgG e IgM reagentes: <ul style="list-style-type: none"> ✓ avidez de IgG fraca ou gestação > 16ª semanas: possibilidade de infecção na gestação – iniciar tratamento imediatamente; ✓ avidez forte e gestação < 16ª semanas: doença prévia – não repetir exame. • IgM reagente e IgG não reagente: doença recente – iniciar tratamento imediatamente e repetir o exame após três semanas. • IgM não reagente e IgG reagente: doença prévia – não repetir o exame. • IgM e IgG não reagente: suscetível – orientar medidas de prevenção e repetir o exame no 3º trimestre. 	<ul style="list-style-type: none"> • Ver Fluxograma 9. • Fornecer orientações sobre prevenção primária para as gestantes suscetíveis: <ul style="list-style-type: none"> ✓ lavar as mãos ao manipular alimentos; ✓ lavar bem frutas, legumes e verduras antes de se alimentar; ✓ não ingerir carnes cruas, mal cozidas ou mal passadas, incluindo embutidos (salame, copa, etc.); ✓ evitar o contato com o solo e a terra de jardim; se isso for indispensável, usar luvas e lavar bem as mãos após a atividade; ✓ evitar contato com fezes de gato no lixo ou no solo; ✓ após manusear carne crua, lavar bem as mãos, assim como também toda a superfície que entrou em contato com o alimento e todos os utensílios utilizados; ✓ não consumir leite e seus derivados crus, não pasteurizados, sejam de vaca ou de cabra; ✓ propor que outra pessoa limpe a caixa de areia dos gatos e, caso isso não seja possível, tentar limpá-la e trocá-la diariamente utilizando luvas e pazinha; ✓ alimentar os gatos com carne cozida ou ração, não deixando que eles façam a ingestão de caça; ✓ lavar bem as mãos após o contato com os animais.

Notas:

*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.

**Conforme Nota Técnica da Rede Cegonha de 12 de dezembro de 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nt_teste_rapido_gravidez_ab.pdf>.



Quadro 6 – Interpretação de resultados de ultrassonografia no pré-natal de baixo risco

PERÍODO	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS
1º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> • Com base nas evidências existentes, a ultrassonografia de rotina nas gestantes de baixo risco não confere benefícios à mãe ou ao recém-nascido (grau de recomendação A). • Quando indicada, a ultrassonografia precoce pode auxiliar no diagnóstico oportuno das gestações múltiplas, na datação mais acurada da idade gestacional, reduzindo, dessa forma, o número de induções por gestação prolongada, além de evidenciar a viabilidade fetal. Nestes casos, preferencialmente deve ser realizada por via transvaginal. • Datação da idade gestacional por ultrassonografia: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Deverá sempre ser baseada na 1ª USG realizada e nunca ser recalculada com USG posteriores; ✓ Quanto maior o tempo de gestação, maior a margem de erro no cálculo da IG pelo USG em comparação com a DUM confiável. O desvio esperado no cálculo pelo USG é em torno de 8% em relação à DUM. No primeiro trimestre, o desvio esperado no cálculo da idade gestacional é de três a sete dias (aumentando o intervalo, o número de dias, quanto maior a IG). Se a DUM estiver dentro da variação esperada, considerá-la para cálculo; se a diferença for maior, considerar a USG. Não recalculer durante a gravidez. • Não é indicado rastreamento de aneuploidias de rotina no primeiro trimestre, mas se for solicitado, considerar os seguintes aspectos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Entre a 11ª e a 14ª semana de gestação, a medida da translucência nugal (TN) associada à idade materna identifica cerca de 75% dos casos de trissomia do cromossomo 21. No entanto, a indicação deste exame deve estar sempre sujeita à disponibilidade local de recursos e ao desejo dos pais de realizar o exame após esclarecimentos sobre as implicações do exame, indicação, limitações, riscos de falso-positivos e falso-negativos (grau de recomendação B). ✓ Deve-se também ponderar sobre a qualificação da equipe responsável pelo rastreamento, a necessidade de complementar o exame com pesquisa de cariótipo fetal nos casos de TN aumentada, a implicação psicológica do teste positivo (incluindo falso-positivos) e o impacto no nascimento de portadores da síndrome genética.
2º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> • Apesar de aumentar a taxa de detecção das malformações congênitas, não existem evidências de que a USG em gestantes de baixo risco melhore o prognóstico perinatal (grau de recomendação A). • Entre 20 e 23 semanas, os órgãos fetais já estão formados e são de visualização mais precisa, de modo que este é o momento mais adequado para fazer o rastreamento de malformações, através do USG morfológico, caso se opte por fazê-lo.
3º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> • Revisão sistemática disponibilizada pela biblioteca Cochrane sugere que não há benefícios da ultrassonografia de rotina em gestações de baixo risco após a 24ª semana de gravidez (grau de recomendação A). • Em caso de suspeita da alteração do crescimento fetal, por exemplo, quando a medida da AFU está diferente do esperado, a USG pode ser ferramenta útil na avaliação.

A decisão de incorporar ou não a ultrassonografia obstétrica à rotina do pré-natal deve considerar recursos disponíveis, qualidade dos serviços de saúde, bem como características e expectativas dos casais. A realização de ultrassonografia em gestantes de baixo risco tem gerado controvérsias, pois não existem evidências de que melhore o prognóstico perinatal, além da grande variação da sensibilidade do método (grau de recomendação A).

Visto que está preconizada pelo Ministério da Saúde a realização de 1 (uma) ultrassonografia obstétrica por gestante (Portaria MS/SAS nº 650, de 5 de outubro de 2011, Anexo III), os profissionais da Atenção Básica devem conhecer as indicações do exame ultrassonográfico na gestação e estar habilitados para interpretar os resultados, a fim de, conjuntamente com a gestante, definir o momento mais apropriado de realizar o exame, caso seja pertinente.

Quadro 7 – Principais sinais de alerta na gestação

SINAL DE ALERTA	INTERPRETAÇÃO	O QUE FAZER
<ul style="list-style-type: none">Sangramento vaginal	Anormal em qualquer época da gravidez (ver Quadro 10).	Avaliação médica imediata.
<ul style="list-style-type: none">CefaleiaEscotomas visuaisEpigastralgiaEdema excessivo	Esses sintomas, principalmente no final da gestação, podem sugerir pré-eclâmpsia (ver Quadro 10).	Avaliação médica e avaliação da PA imediata.
<ul style="list-style-type: none">Contrações regularesPerda de líquido	Sintomas indicativos de início do trabalho de parto (ver Quadro 10).	Avaliação médica imediata e encaminhamento para a maternidade de referência.
<ul style="list-style-type: none">Diminuição da movimentação fetal	Pode indicar sofrimento fetal (ver Quadro 9).	Avaliação médica no mesmo dia, avaliação do BCF e orientação acerca do mobilograma. Considerar possibilidade de encaminhamento ao serviço de referência.
<ul style="list-style-type: none">Febre	Pode indicar infecção.	Avaliação médica no mesmo dia e encaminhamento a urgência, caso necessário.

Quadro 8 – Avaliação do risco gestacional pela equipe de Atenção Básica

SINAIS DE ALERTA NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO
<p>FATORES RELACIONADOS ÀS CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E ÀS CONDIÇÕES SOCIODEMO-GRÁFICAS DESFAVORÁVEIS</p> <ul style="list-style-type: none">• Idade entre 15 e 20 e entre 35 e 40 anos.• Situação ocupacional: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse.• Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente.• Situação conjugal insegura.• Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular).• Condições ambientais desfavoráveis.• IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade.• Atenção: deve ser redobrada a atenção no acompanhamento de mulheres negras, indígenas, com baixa escolaridade, em mulheres que tiveram pelo menos um filho morto em gestação anterior e nas que tiveram mais de três filhos vivos em gestações anteriores.• Gestante com transtornos mentais grave (psicose, depressão grave, ou transtorno de humor bipolar – realizar acompanhamento compartilhado com o CAPS e/ou NASF).
<p>FATORES RELACIONADOS À HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR</p> <ul style="list-style-type: none">• Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado.• Macrossomia fetal.• Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas.• Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos.• Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos).• Cirurgia uterina anterior.• Duas cesarianas prévias – encaminhar ao HU na 39ª semana
<p>FATORES RELACIONADOS À GRAVIDEZ ATUAL</p> <ul style="list-style-type: none">• Ganho ponderal inadequado.• Infecção urinária.• Anemia.
<p>GESTAÇÃO DECORRENTE DE ESTUPRO</p> <ul style="list-style-type: none">• Atenção para gestação em menores de 14 anos (13 anos, 11 meses e 29 dias): se configura situação de crime estupro de vulnerável, a despeito de ter havido sexo consentido, ou seja, sem violência ou grave ameaça e mesmo que a vítima já seja sexualmente ativa. É obrigatória a notificação no SINAN e a comunicação ao conselho tutelar.• Na gestação resultante de estupro, a interrupção da gravidez até 20ª semana (ou até a 22ª quando o feto pesar menos de 500g) é uma opção, com direito previsto em lei. A equipe da AB deve encaminhar com maior brevidade possível ao Hospital Universitário – Canoas.

Continua



continuação

FATORES DE RISCO INDICATIVOS DE ENCAMINHAMENTO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

FATORES RELACIONADOS ÀS CONDIÇÕES PRÉVIAS

- Idade menor que 15 e maior que 40 anos.
- Altura menor que 1,45 m.
- Infarto do miocárdio prévio ou cardiopatia grave.
- Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica não controlada).
- Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados).
- Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo).
- Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia).
- Doenças neurológicas (como epilepsia).
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses).
- Alterações genéticas maternas.
- Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar.
- Ginecopatias (malformação uterina, tumores anexiais e outras).
- USG com malformação fetal.
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, sífilis terciária (USG com malformação fetal).
- Hanseníase.
- Tuberculose.
- Anemia grave (hemoglobina < 8).
- Isoimunização Rh.
- Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado.
- Deformidade esquelética materna grave.

FATORES RELACIONADOS À HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR

- Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida.
- Óbito Fetal no 3º trimestre.
- Abortamento habitual:
 - Três ou mais perdas antes da 20ª semana; ou
 - Perda espontânea e consecutiva de 2 ou mais gestações antes da 20ª semana em mulheres com idade > 35 anos.
- História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome HELLP, eclâmpsia, internação da mãe em UTI, incompetência istmo-cervical).
- Uma ou mais mortes inexplicáveis de feto morfológicamente normais a partir da 10ª semana de gestação.
- Uma perda gestacional com mais de 20 semanas;
- Acretismo placentário.
- Cesariana prévia com incisão uterina longitudinal.
- História de parto prematuro com menos de 34 semanas.

➤ **Gestantes com HIV e/ou condiloma, realizar pré-natal compartilhado com o SAE.**

continua





continuação

FATORES DE RISCO INDICATIVOS DE ENCAMINHAMENTO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

FATORES RELACIONADOS À GRAVIDEZ ATUAL

- Restrição do crescimento intrauterino (peso fetal com $P < 10$ e macrossomia $P > 90$).
- Polidrâmnio ou oligodrâmnio.
- Gemelaridade.
- Malformações fetais ou arritmia fetal.
- Evidência laboratorial de proteinúria.
- Diabetes *mellitus* gestacional.
- Desnutrição materna severa.
- IMC entre 35 e 39 com comorbidades e acima de 40 todas.
- IMC < 16 .
- NIC III.
- Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica pré-existente, hipertensão gestacional ou transitória).
- Infecção urinária de repetição, dois ou mais episódios (iniciar tratamento)
- Pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser inicialmente encaminhada ao hospital de referência para avaliação).
- Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso.
- Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual.
- Adolescentes com fatores de risco psicossocial.
- Suspeita ou diagnóstico de toxoplasmose gestacional.
- Diagnóstico de neoplasia maligna (exceto neoplasia de pele não melanoma).
- Sífilis – Gestantes com infecção resistente (títulos aumentam 4 vezes após tratamento apropriado, da gestante e do parceiro com penicilina benzatina, ou achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita.
- Placenta prévia.

Continua

Suspeita clínica de câncer de mama → Conforme Fluxo Estabelecido no Município, encaminhar para Mastologista como PRIORIDADE.

Mamografia com Bi-RADS III ou mais → Conforme Fluxo Estabelecido no Município (atual).

NIC III → encaminhar Centro de Referência em Saúde da Mulher.

HIV e Condiloma → encaminhar para SAE.



SINAIS INDICATIVOS DE ENCAMINHAMENTO À URGÊNCIA/EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA

- Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional.
- Nunca realizar toque antes do exame especular, caso o contexto exija avaliação médica.
- Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial > 140/90 (medida após um mínimo de cinco minutos de repouso, na posição sentada) e associada à proteinúria.
- Pode-se usar o teste rápido de proteinúria. Edema não é mais considerado critério diagnóstico.
- Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito.
- Eclâmpsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia).
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular/corioamnionite ou outra infecção que necessite de internação hospitalar.
- Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, sinais flogísticos, edema localizado e/ou varicosidade aparente).
- Situações que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma etc.
- Crise hipertensiva (PA > 160/110)
- Gestante com sífilis e alergia à penicilina (para dessensibilização) ou com suspeita de neurosífilis por sinais ou sintomas neurológicos ou oftalmológicos.
- Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal (consistência líquida, em pequena ou grande quantidade, mas de forma persistente), podendo ser observada mediante exame especular com manobra de Valsalva e elevação da apresentação fetal.
- Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 37 semanas)
- Paciente imunossuprimida com sintomas de toxoplasmose gestacional.
- IG de 41 semanas; 39 semanas se duas cesáreas prévias ou apresentação anômala.
- Hipertermia (tax $\geq 37,8$ °C), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de IVAS.
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes.
- Investigação de prurido gestacional/icterícia.
- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas.
- Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre.
- Restrição de crescimento intrauterino (acima de 34 semanas).
- Oligodrâmnio (acima de 34 semanas).
- Pielonefrite.
- Gravidez ectópica.
- Aborto infectado.
- Óbito fetal.

Estratificação de Risco da Gestante

A estratificação de Risco está de acordo com o protocolo de encaminhamento para a Obstetrícia, do Telessaúde (2016), Caderno de Atenção Básica: Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco (Ministério da Saúde, 2013) e Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres (Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016).

A estratificação de risco a cada consulta é um processo dinâmico de identificação de gestante que necessitam de tratamento imediato e/ou especializado, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento.

De acordo com o Guia do Pré-natal na Atenção Básica do Estado do Rio Grande de Sul, 2018, a estratificação de risco pode ser realizada a partir da classificação por cores (Azul, Verde, Amarelo, Laranja e Vermelho), conforme segue:

- **AZUL:** gestante sem fatores de risco identificado no momento, devem realizar o pré-natal na AB e ter o risco reavaliado em todas as consultas;
- **VERDE:** gestantes com fatores de risco, mas que não necessitam de encaminhamento para o alto risco, devem receber atendimento pelo pré-natal de risco habitual na AB. O risco reavaliado em as consultas;
- **AMARELO:** gestantes que não necessitam do pré-natal de alto risco, mas necessitam de acompanhamento em outros pontos da rede, devido a necessidades clínicas específicas. O alto risco, nestes casos, só será indicado se houverem outros critérios de risco que o indiquem.
- **LARANJA:** gestantes que apresentem fatores de risco que necessitam encaminhamento para o pré-natal de alto risco (estima-se que 15% das gestantes estejam nesta categoria). O encaminhamento será via regulação. O vínculo entre a AB e gestante deve ser mantido durante o pré-natal de alto risco.
- **VERMELHO:** está relacionado a fatores de risco que demandam encaminhamento imediato para emergência ginecológica-obstétrica. Após estabilização, quando houver a alta hospitalar, a AB deve priorizar o atendimento, fazendo assim a avaliação de risco e encaminhamento para o pré-natal de alto risco, se for necessário.

Quadro 9 – Abordagem de queixas frequentes na gestação

QUEIXA	COMO AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Náuseas/vômitos	Comuns no primeiro trimestre da gravidez, mais intensas pela manhã, ao acordar ou após um período de jejum prolongado. Pioram com estímulos sensoriais, em especial do olfato, como o cheiro de cigarro ou do paladar, como pasta de dentes. Cerca de 10% mantêm os enjoos durante períodos mais avançados da gravidez, podendo durar até o 3º trimestre. Avaliar sempre: Presença de sinais de alerta; grávidas muito jovens, emocionalmente imaturas e gestações não planejadas.	Ver Fluxograma 3	Ver Fluxograma 3
Queixas urinárias	A provável compressão da bexiga pelo útero gravídico, diminuindo a capacidade volumétrica, ocasiona a polaciúria (aumento do ritmo miccional) e a nictúria (aumento do ritmo miccional no período de sono), que se acentua à medida que a gravidez progride, dispensando tratamento e cuidados especiais. Avaliar sempre: Presença de sinais de alerta; Presença de sintomas sistêmicos.	Ver Fluxograma 4	Ver Fluxograma 4
Dor abdominal/cólica	Entre as causas mais frequentes das cólicas abdominais que podem surgir na gravidez normal, estão: o corpo lúteo gravídico, o estiramento do ligamento redondo e as contrações uterinas. Geralmente discretas, desaparecem espontaneamente, não exigindo uso de medicação. Avaliar sempre: Presença de sinais de alerta; Presença de ITU; Verificar se a gestante não está apresentando contrações uterinas.	Ver Fluxograma 5	Ver Fluxograma 5
Edema	No geral, surge no 3º trimestre da gestação, limitando-se aos membros inferiores e, ocasionalmente às mãos. Piora com o ortostatismo prolongado e com a deambulação; desaparece pela manhã e acentua-se ao longo do dia. Avaliar sempre: A possibilidade do edema patológico, em geral associado à hipertensão e proteinúria, sendo sinal de pré-eclâmpsia; A maioria das grávidas edemaciadas exibe gestação normal.	Ver Fluxograma 6	Ver Fluxograma 6

Continua



Continuação

QUEIXA	COMO AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Pirose/azia	Embora possa acometer a gestante durante toda a gravidez, é mais intensa e frequente no final da gestação. Avaliar sempre: Sintomas iniciados antes da gravidez; Uso de medicamentos; História pessoal e familiar de úlcera gástrica.	É recomendado: Fazer alimentação fracionada (pelo menos três refeições ao dia e dois lanches); Evitar líquido durante as refeições e deitar-se logo após as refeições. Ingerir líquido gelado durante a crise; Elevar a cabeceira da cama ao dormir (dormir com travesseiro alto); Evitar frituras, café, chá mate e preto, doces, alimentos gordurosos e/ou picantes; Evitar álcool e fumo – preferencialmente, não devem ser utilizados durante a gestação. Caso essas medidas não resolvam, avaliar a necessidade do uso de medicamentos: Hidróxido de alumínio ou magnésio, dois a quatro comprimidos mastigáveis após as refeições e ao deitar-se; Bloqueadores H2 e inibidores da bomba de prótons.	Enfermeiro(a)/médico(a)
Sialorreia	A sialorreia, ptialismo ou salivação excessiva é uma das queixas que mais incomodam a gestante.	É recomendado: Explicar que é uma queixa comum no início da gestação; Manter dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos. Orientar a gestante a deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância (especialmente em época de calor).	Enfermeiro(a)/médico(a)
Fraqueza/tontura	Tem origem na instabilidade hemodinâmica em decorrência de dois fatores principais: Vasodilatação e hipotonia vascular pela ação da progesterona, na musculatura da parede dos vasos; Estase sanguínea nos membros inferiores pela compressão da circulação de retorno pelo útero grávido. Tudo isso conduz à diminuição do débito cardíaco, à hipotensão arterial e à hipóxia cerebral transitória, causa provável das tonturas e desmaios. Também estão associadas à hipoglicemia, alteração frequente quando do jejum prolongado da grávida.	Os episódios são, na maioria das vezes, de breve duração e intensidade, dispensando terapêutica medicamentosa. No geral, as medidas profiláticas assumidas, associadas ao esclarecimento da gestante, são eficazes, sendo recomendado: Evitar a inatividade; Fazer alimentação fracionada (pelo menos três refeições ao dia e dois lanches); Evitar jejum prolongado; Sentar com a cabeça abaixada ou deitar-se de decúbito lateral esquerdo e respirar profunda e pausadamente para aliviar os sintomas; Evitar permanecer, por longo tempo, em ambientes fechados, quentes e sem ventilação adequada; Ingerir líquidos; Nos casos reincidentes, o uso de meias elásticas para melhorar o retorno venoso pode estar indicado; Avaliar a pressão arterial.	Enfermeiro(a)/médico(a)

continua





continuação

QUEIXA	COMO AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Falta de ar/ dificuldade para respirar	Embora o fator mecânico (compressão do diafragma pelo útero gravídico) contribua para o agravamento da queixa no final da gestação, é a hiperventilação a maior responsável por esse distúrbio respiratório. Avaliar sempre: Presença de sinais de alerta; Tosse; Edema; História de asma e outras pneumopatias; Sinais ou história de TVP; História de trauma recente; Febre associada.	Orientar que são sintomas frequentes na gestação, em decorrência do aumento do útero ou ansiedade da gestante. É recomendado realizar ausculta cardíaca e pulmonar e, se houver alterações, encaminhar para avaliação médica. Solicitar repouso em decúbito lateral esquerdo. Elevar a cabeça (ajuda a resolver o fator mecânico).	Enfermeiro(a)/médico(a)
Dor nas mamas (mastalgalia)	Comum na gravidez inicial, provavelmente resultado das ações de hormônios esteroides, fortemente aumentados na gestação. É frequente, na proximidade do parto, a grávida referir a presença de descarga papilar, que, na quase totalidade das vezes, se trata de colostro, fisiológico para a idade gestacional. Avaliar sempre: Presença de sinais de alerta; Descargas papilares purulentas ou sanguinolentas – atentar para sinais flogísticos.	Esclarecer que o aumento de volume mamário na gestação pode ocasionar desconforto doloroso. É recomendado realizar exame clínico das mamas para descartar qualquer alteração. Orientar uso de sutiã com boa sustentação. Em caso de descargas papilares purulentas ou sanguinolentas, encaminhar para a avaliação médica.	Enfermeiro(a)/médico(a)
Obstipação/ constipação intestinal/ flatulências	Comum na gestação, agravada pelo esforço na evacuação ou pela consistência das fezes. Muitas vezes associada a queixas anais como fissuras e hemorroidas.	É recomendado: Ingerir alimentos que formam resíduos, como legumes e verduras – em especial as folhosas, por serem ricas em fibras – e frutas cítricas. Aumentar a ingestão de água para seis a oito copos/ dia (caso não haja nenhuma patologia que a restrinja). Reavaliar alimentação rica em fibras e evitar alimentos que causem muita fermentação. Evitar alimentos flatulosos (feijão, grão-de-bico, lentilha, repolho, brócolis, pimentão, pepino e couve). Fazer caminhadas leves (se não forem contraindicadas). Prevenir fissuras anais (não usar papel higiênico, usar água e sabão para limpeza após as evacuações). Caso essas medidas não resolvam, avaliar a necessidade do uso de medicamentos: Dimeticona (40-80 mg), de 6/6 horas, para flatulência; Hioscina (10 mg), de 8/8 horas, para dor abdominal; Supositório de glicerina.	Enfermeiro(a)/médico(a)

continua





continuação

QUEIXA	COMO AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Hemorroida	<p>O mais provável é que, na gestação, as hemorroidas pré-existentes e assintomáticas possam ser agravadas. É certo que aquelas previamente sintomáticas se agravam na gestação e, sobretudo, no parto e no pós-parto.</p> <p>Avaliar sempre sinais de gravidade: Aumento da intensidade da dor; Endurecimento do botão hemorroidário; Sangramento retal.</p>	<p>É recomendado: Dieta rica em fibras, estimular a ingestão de líquidos e, se necessário, supositórios de glicerina; Higiene local com duchas ou banhos após a evacuação; Banho de assento com água morna; Usar anestésicos tópicos, se necessário; Obs.: tratamentos esclerosantes ou cirúrgicos são contraindicados. Se ocorrerem complicações como trombose, encaminhar para o hospital de referência.</p>	Enfermeiro(a)/médico(a)
Dor lombar	<p>A adaptação da postura materna sobrecarrega as articulações da coluna vertebral, sobretudo a lombossacral.</p> <p>Avaliar sempre: Características da dor (mecânica ou inflamatória, tempo de evolução, fatores de melhora ou piora, relação com o movimento); Sinais e sintomas associados (alerta para febre, mal-estar geral, sintomas urinários, enrijecimento abdominal e/ou contrações uterinas, déficit neurológico); História de trauma.</p>	<p>Orientar: Corrigir a postura ao se sentar e andar; Observar a postura adequada, evitando corrigir a lordose fisiológica; Recomendar o uso de sapatos confortáveis e evitar saltos altos; Recomendar a aplicação de calor local e massagens especializadas; Recomendar acupuntura; Indicar atividades de alongamento e orientação postural. Se não melhorarem as dores, considerar o uso de medicamentos: Paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas; Dipirona (500-1.000 mg), de 6/6 horas. Atentar para Hipotensão.</p>	Enfermeiro(a)/médico(a)
Corrimento vaginal	<p>O aumento do fluxo vaginal é comum na gestação, sendo importante realizar avaliação adequada, pelo fato de as vulvovaginites infecciosas estarem associadas ao parto prematuro, baixo peso ao nascer, rotura prematura de membranas.</p> <p>Avaliar sempre: Se há queixas de mudanças do aspecto do corrimento, coloração, presença de sintomas associados como prurido, ardência, odor e outros.</p>	<p>Orientar: O fluxo vaginal normal é comumente aumentado durante a gestação e não causa prurido, desconforto ou odor fétido; Lembrar que em qualquer momento da gestação podem ocorrer as IST. Não usar cremes vaginais quando não houver sinais e sintomas de infecção vaginal.</p>	Enfermeiro(a)/médico(a)

continua





continuação

QUEIXA	COMO AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Cefaleia	É importante afastar as hipóteses de hipertensão arterial e pré-eclâmpsia. Avaliar sempre: Sinais de cefaleia secundária; Sintomas antes da gravidez; Diagnóstico prévio de enxaqueca; Uso de medicamentos.	Orientar: Repouso em local com pouca luminosidade e boa ventilação; Conversar com a gestante sobre suas tensões, conflitos e temores; Se dor recorrente, agendar consulta médica e orientar sobre os sinais de alerta, como frequência, intensidade, etc. Considerar o uso de analgésicos comuns: Paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas; Dipirona (500-1.000 mg), de 6/6 horas. Avaliar hipotensão.	Enfermeiro(a)/médico(a)
Varizes	Manifestam-se, preferencialmente, nos membros inferiores e na vulva, exibindo sintomatologia crescente com o evoluir da gestação. Avaliar sempre: Dor contínua ou ao final do dia; Presença de sinais flogísticos; Edema persistente.	Orientar que o tratamento na gestação consiste nas seguintes medidas profiláticas: Mudar de posição com maior frequência; Não permanecer por muito tempo em pé, sentada ou com as pernas cruzadas; Repousar por 20 minutos com as pernas elevadas, várias vezes ao dia; Utilizar meia elástica com suave ou média compressão, que pode aliviar o quadro de dor e edema dos membros inferiores; Não usar roupas muito justas, ligas nas pernas e nem meias 3/4 ou 7/8. Valorizar a possibilidade de complicações tromboembólicas.	Enfermeiro(a)/médico(a)
Câimbras	Espasmos musculares involuntários e dolorosos que acometem, em especial, os músculos da panturrilha e se intensificam com o evoluir da gestação. Avaliar sempre: Uso de medicamentos; Presença de varizes; Fadiga muscular por uso excessivo.	Os cuidados gerais são mais eficazes que a conduta medicamentosa, sendo recomendado: Evitar o alongamento muscular excessivo ao acordar, em especial dos músculos do pé (ato de se espreguiçar); Na gestação avançada, devem ser evitados o ortostatismo prolongado e a permanência na posição sentada por longo período, como em viagens demoradas; Nas crises, a grávida com câimbras nos membros inferiores se beneficia muito do calor local, da aplicação de massagens na perna e da realização de movimentos passivos de extensão e flexão do pé; Evitar excesso de exercício físico e massagear o músculo contraído e dolorido; Realizar alongamentos específicos, com orientação profissional.	Enfermeiro(a)/médico(a)

continua





continuação

QUEIXA	COMO AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Estrias	Lesões dermatológicas definitivas que aparecem na segunda metade da gravidez e se localizam preferencialmente, no abdome inferior, na região glútea, nas coxas e nos seios.	É recomendado: Orientar que são frequentes após o 5º mês de gestação, geralmente no quadril, abdome e mamas, ocasionadas pela distensão dos tecidos, e que não existe método eficaz de prevenção; Ainda que polêmica, na tentativa de preveni-las, pode ser recomendada a massagem local, com óleos e cremes hidratantes compatíveis com a gravidez, livre de conservantes ou qualquer outro alergênico. Qualquer tratamento de estrias está contraindicado na gestação, inclusive o uso de ácido retinóico também contraindicado na amamentação.	Enfermeiro(a)/médico(a)
Pigmentação/ Cloasma gravídico	O aparecimento de manchas castanhas e irregulares na face ocorre em torno de 50% a 70% das gestantes, dando origem ao cloasma gravídico. A maioria das gestantes também apresenta grau de hiperpigmentação cutânea, especialmente na segunda metade da gravidez.	Geralmente estas hiperchromias desaparecem lentamente, ou ao menos regridem após o parto. Entretanto, um número considerável de casos exige tratamento dermatológico. É recomendado: Orientar que é comum na gravidez e costuma diminuir ou desaparecer após o parto; Evitar exposição direta ao sol (usar boné, chapéu ou sombrinha); Utilizar filtro solar, aplicando no mínimo três vezes ao dia. O uso de ácido azelaico (despigmentante) é permitido na gestação	Enfermeiro(a)/médico(a)
Alterações na Movimentação fetal	Caracterizada pela ausência, diminuição ou parada de movimentação fetal. A movimentação fetal se reduz ante a hipoxemia. Quando são relatadas mudanças abruptas no padrão de movimentação do concepto, elas podem revelar comprometimento fetal.	Realizar avaliação clínica, com observação cuidadosa dos batimentos cardíacos fetais (normal entre 110 e 160 bpm). Recomenda-se: Orientar, a partir de 26 semanas, a realização de "mobilograma" diário: pós-café, almoço e jantar (normal seis ou mais movimentos em uma hora em decúbito lateral esquerdo). Reduzir o intervalo entre as consultas de rotina. Quando evidenciadas mudanças abruptas no padrão de movimentação do concepto, encaminhar à emergência obstétrica.	Enfermeiro(a)/médico(a)
Sangramento na gengiva	Caracterizada por vasodilatação, por aumento da vascularização e por edema do tecido conjuntivo, alterações estas provocadas por acentuado incremento na produção de hormônios esteroides. A hipertrofia gengival e a doença periodontal necessitam de atenção especializada. Avaliar sempre outras patologias que possam cursar com tais sintomas, em especial os distúrbios de coagulação, bem como a síndrome HELLP.	Recomenda-se: Escovação dentária delicada, com o uso de escova de dentes macia e fio dental; Orientar a realização de massagem na gengiva; Realizar bochechos com soluções antissépticas. Agendar atendimento odontológico.	Enfermeiro(a)/médico(a)

continua





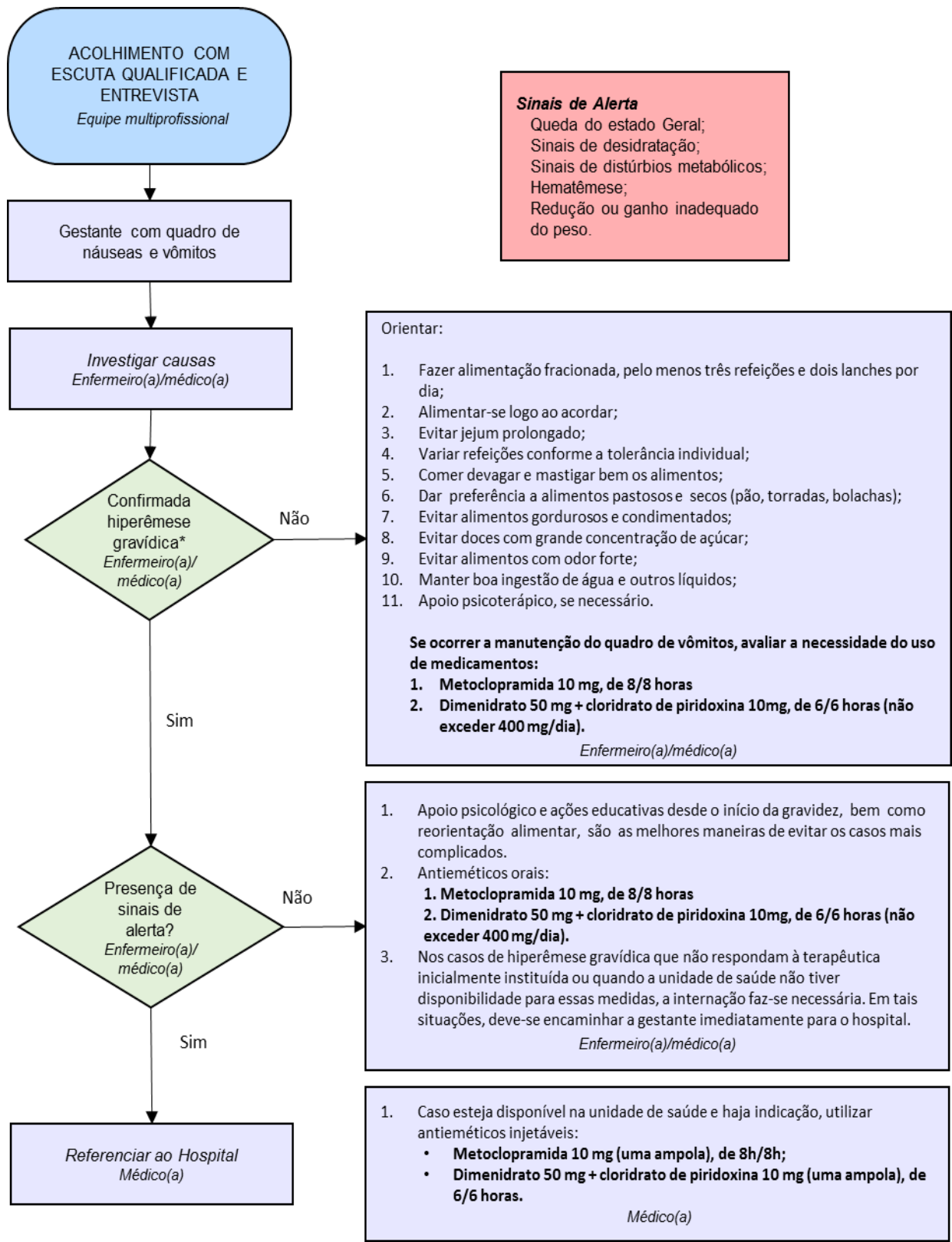
continuação

QUEIXA	COMO AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Epistaxe e congestão nasal	Geralmente fisiológicos, resultam da embebição gravídica da mucosa nasal provocada pelos hormônios esteroides (vasodilatação, aumento da vascularização e edema do tecido conjuntivo). Avaliar sempre outras patologias que possam cursar com tais sintomas, em especial os distúrbios de coagulação, no caso de epistaxe.	Congestão nasal: instilação nasal de soro fisiológico. Epistaxe: leve compressão na base do nariz. Casos mais graves: encaminhar ao serviço de emergência.	Enfermeiro(a)/médico(a)

conclusão

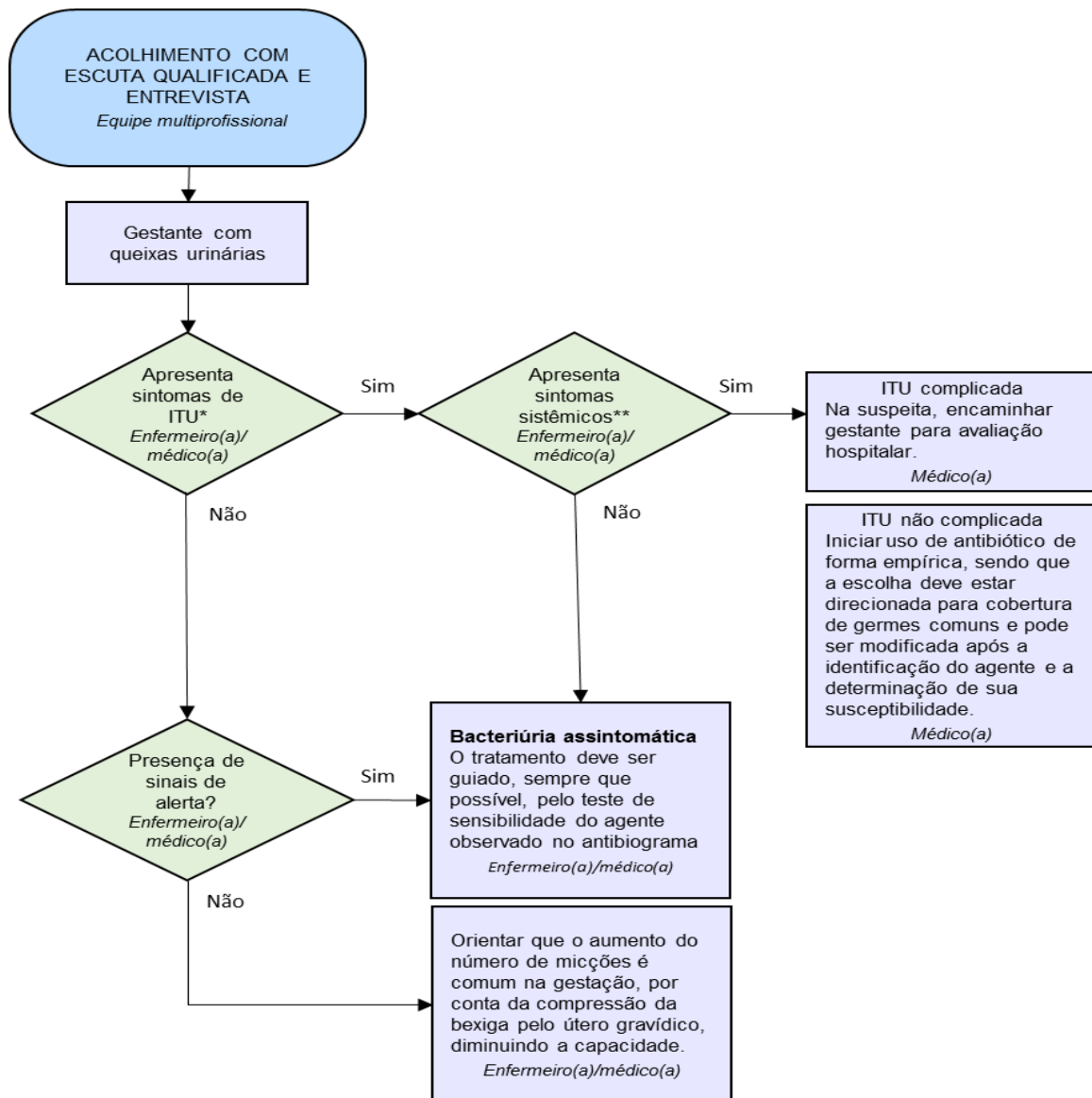


Fluxograma 3 – O que fazer nos casos de náusea e vômitos



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

Fluxograma 4 – O que fazer nas queixas urinárias



Antibióticos de escolha no tratamento da bacteriúria assintomática e ITU não complicada em gestantes:

- Nitrofurantoína (100 mg), uma cáp., de 6/6 horas, por 7 dias (evitar após a 36ª semana de estação);
- Fosfomicina (3 g), dose única;
- Ampicilina (500mg), uma cáp., 6/6 horas, por 7 dias;
- Cefalexina (500 mg), uma cáp., de 6/6 horas, por 7 dias;
- Amoxicilina (500 mg), uma cáp., de 8/8 horas, por 7 dias.

Enfermeiro(a)/médico(a)

- Repetir urinocultura sete a dez dias após o término do tratamento.
- Verificar se o quadro de infecção urinária é recorrente ou de repetição.
- Se ITU refratária, encaminhar a ao pronto atendimento para tratamento EV.
- Se ITU de repetição, após 2º episódio iniciar profilaxia e referir ao alto risco.
- Para orientações referentes à coleta da urinocultura.

Médico(a)

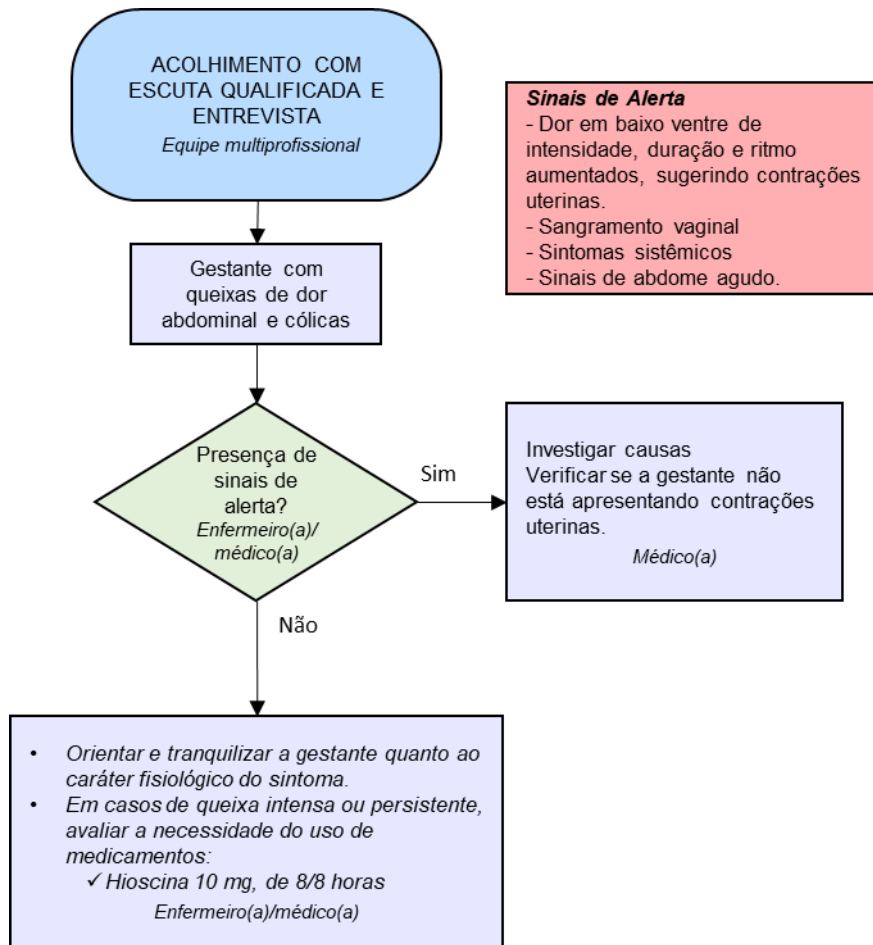
* Sintomas de infecção do trato urinário (ITU):

- dor ao urinar;
- dor suprapúbica;
- urgência miccional;
- aumento da frequência urinária;
- nictúria;
- estrangúria;
- presença de sangramento visível na urina.

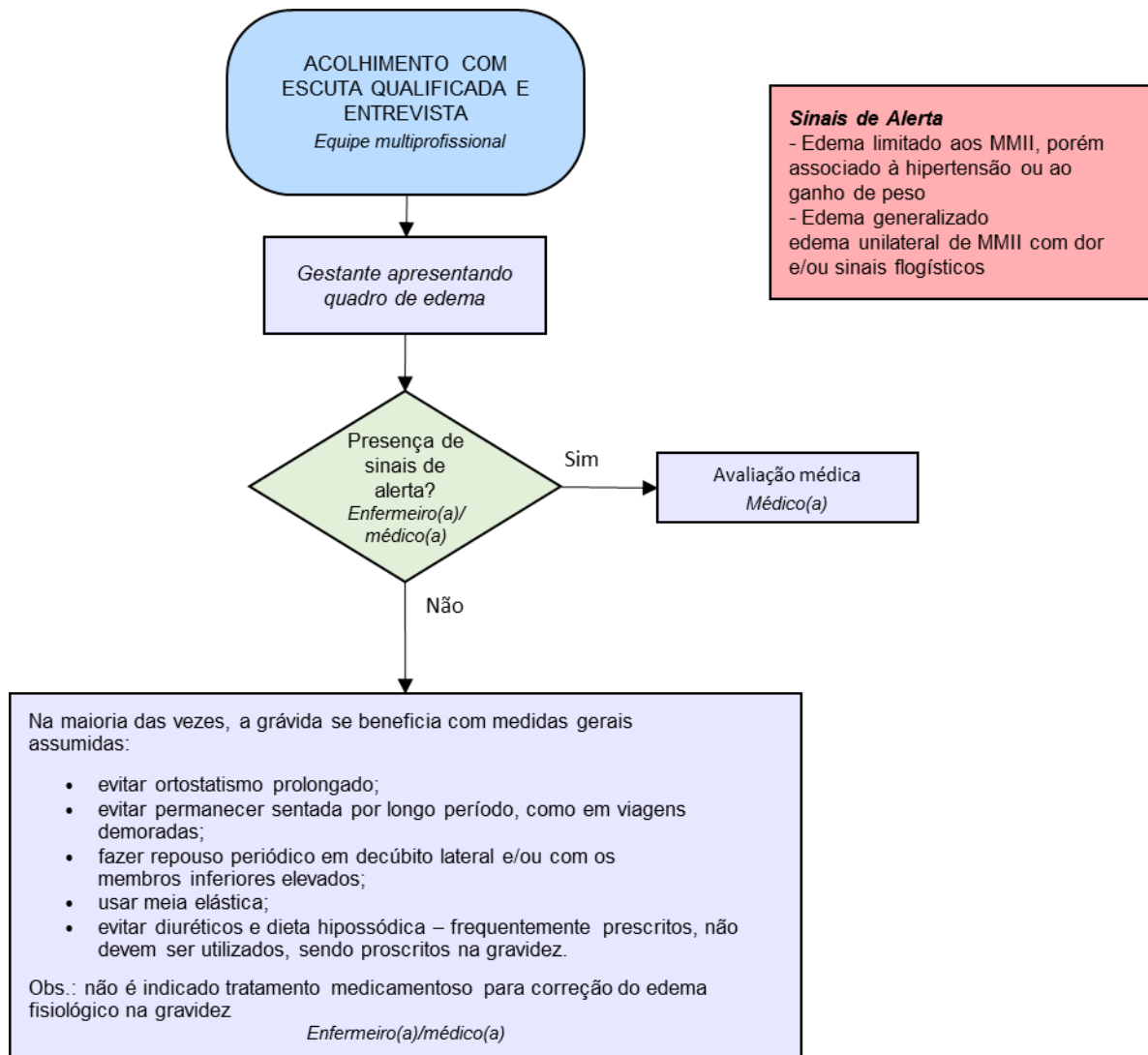
** Sintomas sistêmicos:

- febre;
- taquicardia;
- calafrios;
- náuseas;
- vômitos;
- dor lombar, com sinal de Giordano positivo;
- dor abdominal.

Fluxograma 5 – O que fazer nos quadros de dor abdominal e cólicas



Fluxograma 6 – O que fazer nos quadros de edema



Quadro 10 – Atenção às intercorrências do pré-natal

INTERCORRÊNCIA	COMO IDENTIFICAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
<p>Abortamento</p>	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Sinais de alerta para abortamento. ✓ Atraso menstrual. ✓ Sangramento vaginal. ✓ Presença de cólicas no hipogástrico. ✓ Realização de exame especular e toque vaginal. ✓ Visualização do colo uterino, para a constatação de origem intrauterina do sangramento e detecção de fragmentos placentários no canal cervical e na vagina; ao toque vaginal, avaliar permeabilidade do colo uterino e presença de dor. ✓ Ameaça de aborto X abortamento em curso: a diferenciação é pelo colo do útero (se está pérvio ou não). ✓ Idade gestacional acima de 12 semanas: risco de perfuração uterina por partes ósseas fetais, necessita de exame ultrassonográfico. ✓ Realização de exame ultrassônico, se possível. ✓ Para o diagnóstico de certeza entre uma ameaça de aborto e abortamento inevitável: presença de saco embrionário íntegro e/ou conceito vivo. ✓ Para o diagnóstico de aborto incompleto: presença de restos de ovulares. ✓ Para o diagnóstico de aborto retido: presença de conceito morto ou ausência de embrião, com colo uterino impérvio. <ul style="list-style-type: none"> • No aborto infectado: secreção fétida endovaginal, dor pélvica intensa à palpação, calor local e febre, além de comprometimento variável do estado geral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Na ameaça de aborto: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Administrar, por tempo limitado, antiespasmódicos (hioscina, 10 mg, um comprimido, via oral, de 8/8 horas). ✓ Recomendar abstinência sexual; ✓ Observar evolução do quadro, pois uma ameaça de abortamento pode evoluir para gestação normal ou para abortamento inevitável; ✓ Caso não seja possível realizar USG, encaminhar ao hospital de referência obstétrica. <ul style="list-style-type: none"> • No abortamento inevitável: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Encaminhar para o hospital de referência obstétrica. <ul style="list-style-type: none"> • No abortamento infectado; <ul style="list-style-type: none"> ✓ Iniciar fluidoterapia para a estabilização hemodinâmica. ✓ Encaminhar para o hospital de referência obstétrica. 	<p>Médico(a)</p>

Continua



continuação

INTERCORRÊNCIA	COMO IDENTIFICAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Gravidez ectópica	<ul style="list-style-type: none">• Características<ul style="list-style-type: none">✓ História de atraso menstrual com teste positivo para gravidez;✓ Perda sanguínea uterina e dor pélvica intermitente, na fase inicial, evoluindo para dor contínua e intensa, dor pélvica intermitente;✓ USG após 5ª semana de gestação não demonstrando gravidez tópica;• Sinais de alerta: sinais de irritação peritoneal e repercussões hemodinâmicas que podem ser discretas, apenas com lipotimia, até quadros grave com choque hipovolêmico, na dependência do volume de sangramento intracavitário.	<ul style="list-style-type: none">• Encaminhar a gestante para o hospital de referência obstétrica.	Médico(a)

continua





continuação

INTERCORRÊNCIA	COMO IDENTIFICAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Outras causas de sangramento	<ul style="list-style-type: none">• Doença trofoblástica gestacional <p><i>Características</i></p> <ul style="list-style-type: none">✓ Presença de sangramento vaginal intermitente, de intensidade variável, indolor e, por vezes, acompanhado da eliminação de vesículas (sinal patognomônico);✓ A altura uterina ou o volume uterino, em geral, é incompatível com o esperado para a idade gestacional, sendo maior previamente a um episódio de sangramento e menor após (útero em sanfona);✓ Não há presença de batimentos cardíacos ou outras evidências de embrião (nas formas completas);✓ A presença de hiperêmese é mais frequente, podendo levar a mulher a estados de desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos;✓ A doença trofoblástica pode vir com sangramento volumoso e até choque;✓ A doença trofoblástica pode vir com hipertensão gestacional precoce.	<ul style="list-style-type: none">• Encaminhar a gestante ao hospital de referência obstétrica.	Médico(a)
Descolamento corioamniótico	<p><i>Características</i></p> <ul style="list-style-type: none">✓ Sangramento de pequena intensidade no primeiro trimestre;✓ A evolução em geral é boa e não representa quadro de risco materno e/ou ovular. <p><i>Realização de exame ultrassonográfico</i></p> <ul style="list-style-type: none">✓ Visualização do descolamento coriamniótico.	<ul style="list-style-type: none">• Recomendações<ul style="list-style-type: none">✓ Recomendar abstinência sexual;✓ Encaminhar ao hospital de referência obstétrica.	Médico(a)

continua





continuação

INTERCORRÊNCIA	COMO IDENTIFICAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Descolamento prematuro da placenta (DPP)	<p><i>Características:</i></p> <ul style="list-style-type: none">✓ Aparecimento de dor abdominal súbita, com intensidade variável;✓ Sangramento vaginal que pode variar de sangramento discreto a volumoso, muitas vezes incompatível com o quadro de hipotensão (ou choque) materno; pode ocorrer “sangramento oculto” quando não há exteriorização do sangramento;✓ pode evoluir para quadro grave caracterizado por atonia uterina (útero de Couvelaire);✓ Causa importante de sangramento no 3º trimestre. <p><i>Realização do exame obstétrico:</i></p> <ul style="list-style-type: none">• Na fase inicial, ocorre taqui-hipersístolia (contrações muito frequentes [$>$ cinco em dez minutos] e intensas), seguida de hipertonia uterina e alteração dos batimentos cardíacos fetais;• Útero, em geral, encontra-se hipertônico, doloroso, sensível às manobras palpatórias;• Os batimentos cardíacos fetais podem estar alterados ou ausentes;• Comprometimento variável as condições gerais maternas, desde palidez de pele e mucosas até choque e distúrbios da coagulação sanguínea.	<ul style="list-style-type: none">• Na suspeita diagnóstica encaminhar a gestante, como emergência, ao hospital de referência obstétrica.	Enfermeiro(a)/ médico(a)

continua



INTERCORRÊNCIA	COMO IDENTIFICAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
<p>Placenta prévia</p>	<p><i>Características</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sangramento vaginal, súbito, de cor vermelho-vivo, de quantidade variável, indolor. É episódica, recorrente e progressiva. <p><i>Realização do exame obstétrico:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Revela volume e tono uterinos normais e frequentemente apresentação fetal anômala; ✓ Habitualmente, os batimentos cardíacos fetais estão mantidos; ✓ O exame especular revela presença de sangramento proveniente da cavidade uterina e, na suspeita clínica, deve-se evitar a realização de toque vaginal. <p><i>Realização de exame ultrassonográfico, se possível:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Visualização de placenta em localização baixa, confirmando o diagnóstico; ✓ Frequentemente, as placentas no início da gestação encontram-se localizadas na porção inferior do útero. Entretanto, somente 10% das placentas baixas no segundo trimestre permanecem prévias no termo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se sangramento, encaminhar para emergência obstétrica. • Referenciar a gestante para o alto risco. 	<p>Médico(a)</p>
<p>Trabalho de parto prematuro (TPP)</p>	<p><i>Características</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ O TPP frequentemente está relacionado a infecções urinárias e vaginais, principalmente à vaginose bacteriana; ✓ Para a vaginose bacteriana, pode ser feita a abordagem sintômica ou a realização do exame de bacterioscopia da secreção vaginal; ✓ Na suspeita de infecção urinária tratar conforme Fluxograma 4 e solicitar EQU e urocultura; ✓ Na presença de contrações uterinas rítmicas e regulares, porém sem modificação cervical, caracteriza-se o falso trabalho de parto prematuro. Tais casos costumam evoluir bem apenas com o repouso, principalmente se identificada e tratada a causa de base. 	<ul style="list-style-type: none"> • O trabalho de parto prematuro constitui situação de risco gestacional, portando a gestante deve ser encaminhada para um centro ou hospital de referência. 	<p>Enfermeiro(a)/ médico(a)</p>

continua



continuação

INTERCORRÊNCIA	COMO IDENTIFICAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Anemia	<p><i>Fatores de risco para anemia na gestação:</i></p> <ul style="list-style-type: none">✓ Dieta com pouco ferro, vitaminas ou minerais;✓ Perde de sangue decorrente de cirurgia ou lesão;✓ Doença grave ou de longo prazo (como câncer, diabetes, doença nos rins, artrite reumatoide, retrovirose, doença inflamatória do intestino, doença no fígado, insuficiência cardíaca e doença na tireoide);✓ Infecções de longo prazo;✓ Histórico familiar de anemia herdada como talassemia e doença falciforme. <p><i>Características</i></p> <ul style="list-style-type: none">✓ A anemia durante a gestação pode estar associada a um risco aumentado de baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e trabalho de parto prematuro;✓ Atentar para os diagnósticos prévios ou no pré-natal de talassemia, doença falciforme, entre outros.	Ver Fluxograma 7.	Ver Fluxograma 7

continua



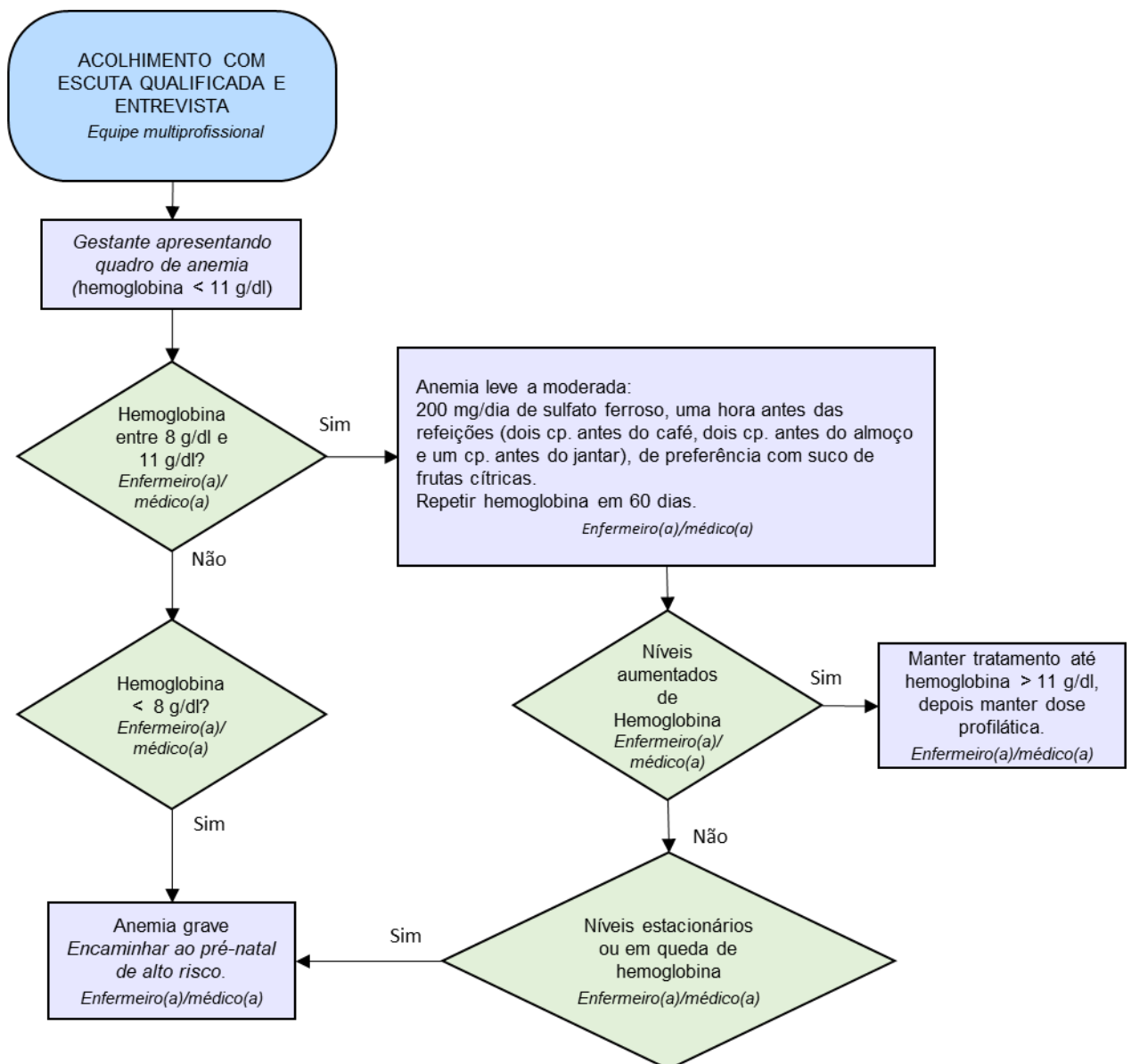
INTERCORRÊNCIA	COMO IDENTIFICAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
<p>Hipertensão arterial, pré-eclâmpsia, eclâmpsia</p>	<p><i>Hipertensão arterial:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Define-se como hipertensão arterial quando a pressão arterial sistólica atinge valor ≥ 140 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica atinge valor ≥ 90 mmHg, em três ou mais avaliações de saúde, em dias diferentes, com duas medidas em cada avaliação; ✓ As consultas pré-natais devem ser mensais até a 30ª semana, quinzenais até a 34ª semana e semanais após essa idade gestacional até o parto. <p><i>Pré-eclâmpsia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Caracterizada pelo aparecimento de HAS e proteinúria após a 20ª semana de gestação em mulheres previamente normotensas. <p><i>Eclâmpsia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Corresponde à pré-eclâmpsia complicado por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Na hipertensão arterial: <ul style="list-style-type: none"> ✓ A metildopa é a droga preferida por ser a mais bem estudada e por não haver evidência de efeitos deletérios para o feto (500-3.000 mg/dia); ✓ Outros antagonistas de canais de cálcio (ACC), como nifedipino (10-80 mg/dia) podem ser considerados como alternativas; ✓ Os betabloqueadores são considerados seguros na gravidez, embora se atribua a eles redução no crescimento fetal. • Por seus efeitos danosos ao feto, os inibidores da enzima de conversão de angiotensina (IECA), como captopril e antagonistas da angiotensina II, como losartana, devem ser substituídos. • Na pré-eclâmpsia: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Referenciar à urgência obstétrica e encaminhar ao pré-natal de alto risco. • Na eclâmpsia: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Referenciar à urgência obstétrica. • Ver Fluxograma 12. 	<p>Médico(a)</p>
<p>Diabetes mellitus gestacional</p>	<p>Diabetes gestacional costuma ser assintomática ou apresentar sintomas obstétricos: ganho de peso, excessivo de altura uterina superior à esperada, entre outros.</p>	<p>Ver Fluxograma 11</p>	<p>Ver Fluxograma 11</p>
<p>Hipotireoidismo ou Hipertireoidismo</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hipotireoidismo: controlado com até 2,5mcg/kg/dia de levotiroxina. • Diagnóstico de hipotireoidismo durante o pré-natal e/ou suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo e T4 livre ou total baixo) ou paciente com hipotireoidismo usando mais de 2,5mcg/kg/dia de levotiroxina. 	<p>Manter pré-natal na UBS: Realizar controle com dosagem de TSH a cada 4 semanas na primeira metade da gestação, diminuindo a frequência quando avançado o controle.</p> <p>Alvos de TSH na gestação:</p> <ul style="list-style-type: none"> - 1º Trimestre: 0,1 a 0,25mU/l; - 2º Trimestre: 0,2 a 3,0mU/l; - 3º Trimestre: 0,3 a 3,0mU/l <p>Referenciar gestante ao PNAR;</p>	<p>Médico(a)</p>



IST	<p><i>Características:</i></p> <ul style="list-style-type: none">✓ As infecções sexualmente transmissíveis (IST), podem ocorrer em qualquer momento do período gestacional;✓ Abortos espontâneos, natimortos, baixo peso ao nascer, infecção congênita e perinatal estão associados às IST não tratadas em gestantes.	Tratar conforme diagnóstico, respeitando as particularidades da gestação e protocolos de cuidados preconizados pelo Ministério da Saúde.	Enfermeiro(a)/ médico (a)
Alteração do líquido amniótico	<ul style="list-style-type: none">• Polidrâmnio;• Oligoidrâmnio• Amniorrexe prematura;	Encaminhar ao serviço de referência.	Médico(a)
Gestação prolongada ou pós-datismo	<ul style="list-style-type: none">• <i>Características:</i><ul style="list-style-type: none">✓ Gestação prolongada é aquela cuja idade gestacional dura até 41 semanas.✓ Gestação pós-data é aquela que ultrapassa 41 semanas.	<ul style="list-style-type: none">• Encaminhar a gestante com IG > 41 para o serviço de referência para outros testes de vitalidade fetal.• Monitorar a gestante até a internação para o parto.	Enfermeiro(a)/ médico(a)



Fluxograma 7 – O que fazer na anemia gestacional

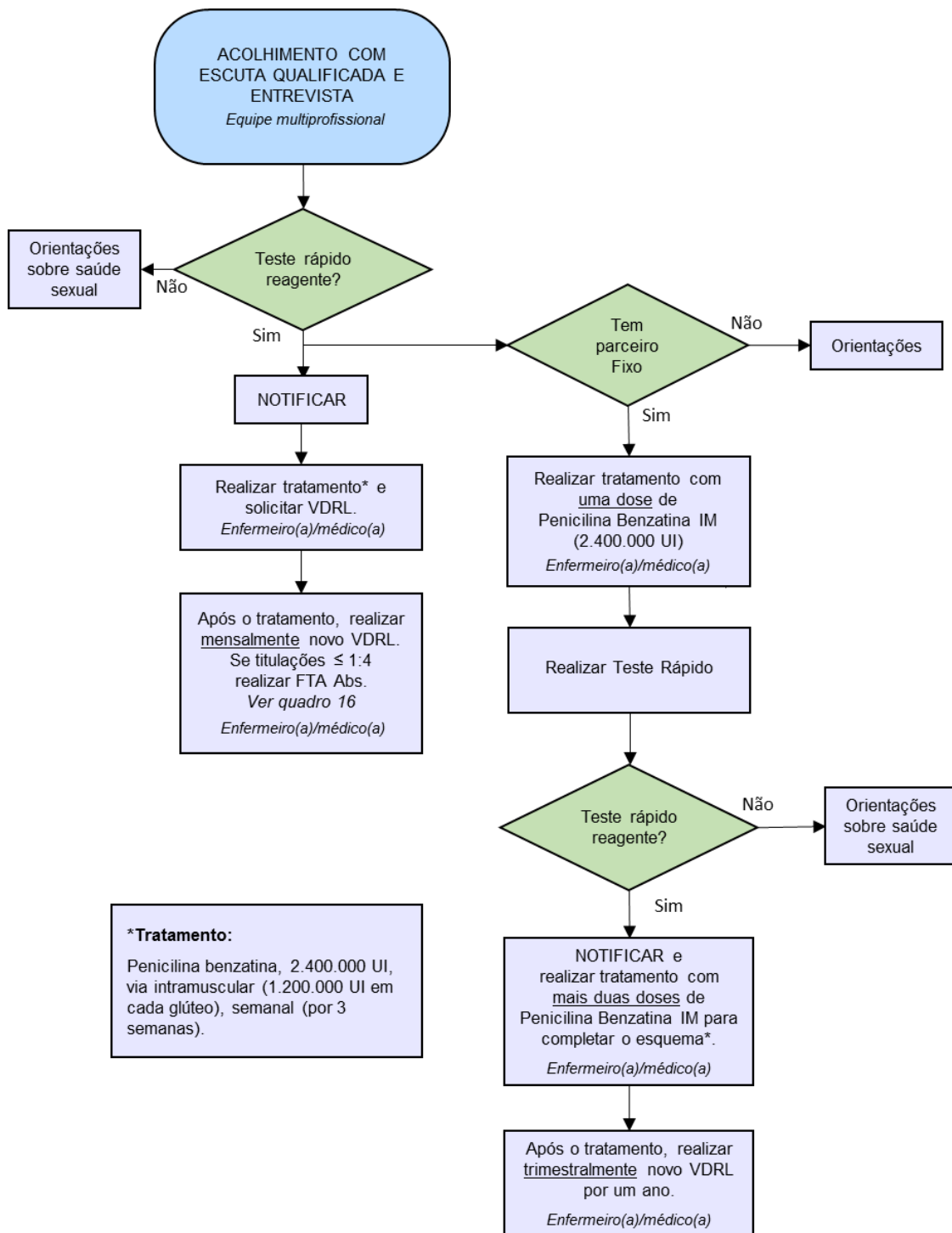


A anemia durante a gestação pode estar associada a um risco aumentado de baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e trabalho de parto prematuro.

- Sulfato ferroso: um comprimido de 200 mg de Fe = 40 mg de ferro elementar.
- Administrar longe das refeições e preferencialmente com suco cítrico.
- Profilático: 1 comprimido (indicada suplementação diária a partir do conhecimento da gravidez até o terceiro mês após parto).
- Tratamento: quatro a seis comprimidos.
- Atentar para os diagnósticos prévios ou no pré-natal de talassemia, doença falciforme, entre outros, avaliando a necessidade de acompanhamento no alto risco.

Enfermeiro(a)/médico(a)

Fluxograma 8 – O que fazer nos quadros de sífilis



- As gestantes com história comprovada de alergia à penicilina devem ser encaminhadas para o hospital de referência, para que se realize a dessensibilização. A penicilina é a única droga treponemicida que atravessa a barreira placentária e, portanto, trata também o feto.
- As gestantes com manifestações neurológicas e/ou cardiovasculares devem ser hospitalizadas e submetidas a esquemas especiais de penicilina via intravenosa.

- Atentar para história de sífilis progressa e tratamento dessa IST – desfechos gestacionais desfavoráveis (aborto, parto prematuro).



Quadro 16 – Resultado de testes treponêmicos e não treponêmicos, interpretação e conduta para gestante.

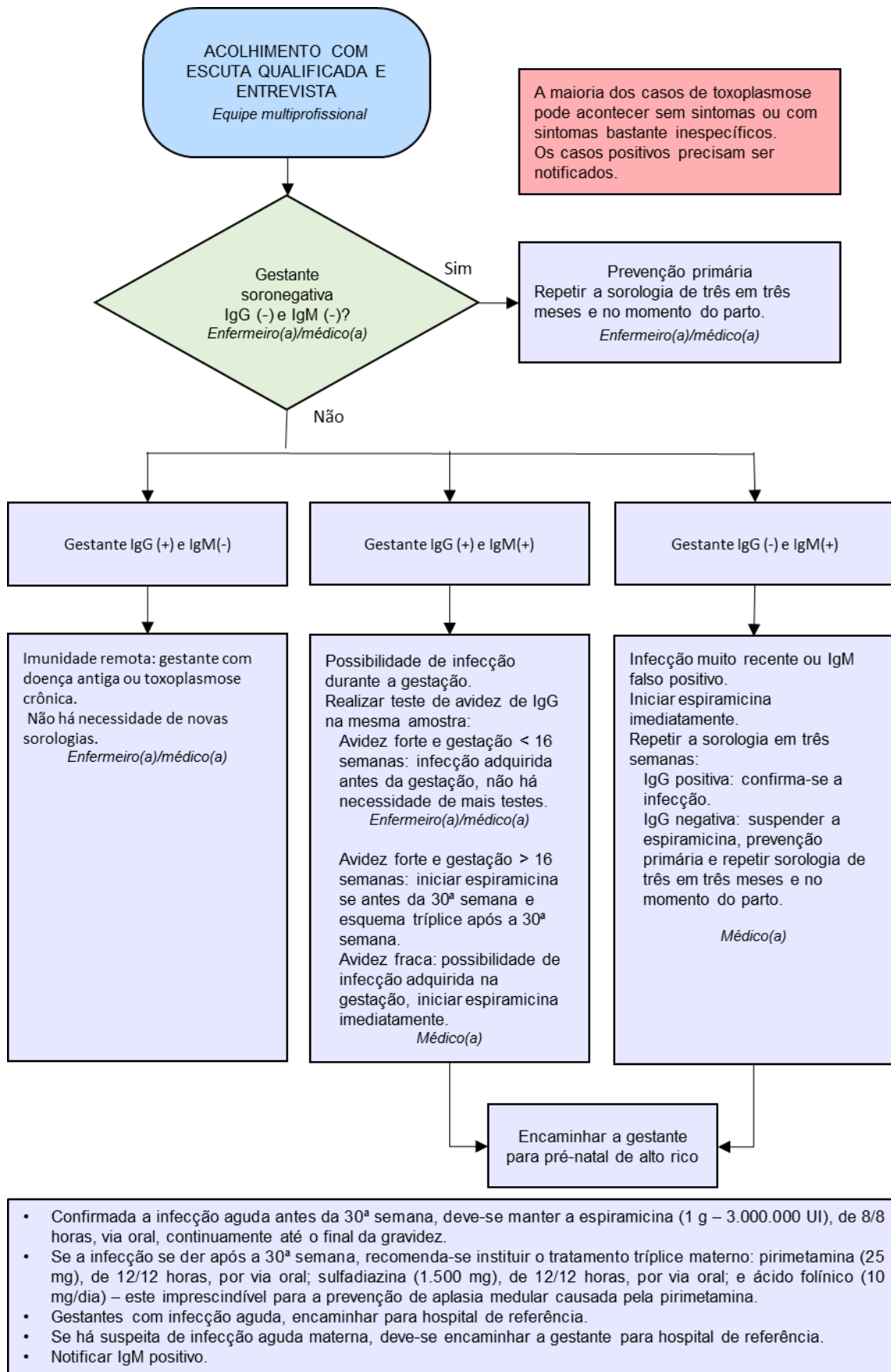
PRIMEIRO TESTE	+	TESTE COMPLEMENTAR	POSSÍVEIS INTERPRETAÇÕES	CONDUTA
Teste treponêmico REAGENTE (TR, ELISA, FTA-Abs etc.)	+	Teste não treponêmico REAGENTE (VDRL, RPR, TRUST)	Diagnóstico de sífilis. Classificação a ser definida de acordo com tempo de infecção e histórico de tratamento*.	Tratar e realizar monitoramento do tratamento. Realizar seguimento mensal com teste não treponêmico para gestante. Notificar e investigar o caso de sífilis em gestante.
Teste treponêmico REAGENTE (TR, ELISA, FTA-Abs etc.)	+	Teste não treponêmico NÃO REAGENTE (VDRL, RPR, TRUST)	Realiza-se um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro. Se não reagente, considera-se resultado falso reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis. Se reagente, suspeita-se de sífilis recente ou de sífilis tratada, caso haja documentação de tratamento adequado.	No caso de suspeita de sífilis primária, aguardar 30 dias para repetir teste não treponêmico. Porém, nas situações especiais, como em gestantes, recomenda-se tratar com penicilina benzatina. Notificar e investigar o caso de sífilis em gestante.
Teste não treponêmico REAGENTE (VDRL, RPR, TRUST)	+	Teste treponêmico REAGENTE (TR, TPPA, FTA-Abs etc.)	Diagnóstico de sífilis. Classificação a ser definida de acordo com tempo de infecção e histórico de tratamento*.	Tratar e realizar monitoramento do tratamento. Realizar seguimento mensal com teste não treponêmico para gestante. Notificar e investigar o caso de sífilis em gestante.
Teste não treponêmico REAGENTE (VDRL, RPR, TRUST)	+	Teste treponêmico NÃO REAGENTE (Teste rápido, TPPA, FTA-Abs etc.)	Provável falso-reagente no teste não treponêmico, principalmente nos casos em que a titulação for menor ou igual a 1:4. Quando a titulação for maior que 1:4, realizar teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro teste treponêmico realizado. O resultado final do fluxograma será definido pelo resultado desse terceiro teste.	Nas situações com novo teste treponêmico reagente: <ul style="list-style-type: none"> • Tratar e realizar monitoramento do tratamento; • Realizar seguimento mensal com teste não treponêmico para gestante; • Notificar e investigar o caso de sífilis em gestante.
Teste não treponêmico NÃO REAGENTE (VDRL, RPR, TRUST) ou Teste treponêmico NÃO REAGENTE (Teste rápido, ELISA, FTA-Abs etc.)	+	Não realizar teste complementar se o primeiro teste for NÃO REAGENTE e não houver suspeita clínica de sífilis primária	Ausência de infecção ou período de incubação (janela imunológica) de sífilis recente.	Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica, solicitar nova coleta de amostra em 30 dias. Isso não deve, no entanto, retardar a instituição do tratamento, caso o diagnóstico de sífilis seja o mais provável ou o retorno da pessoa ao serviço de saúde não possa ser garantido.

*Se houver histórico de tratamento adequado e resposta imunológica adequada, pode representar cicatriz sorológica.

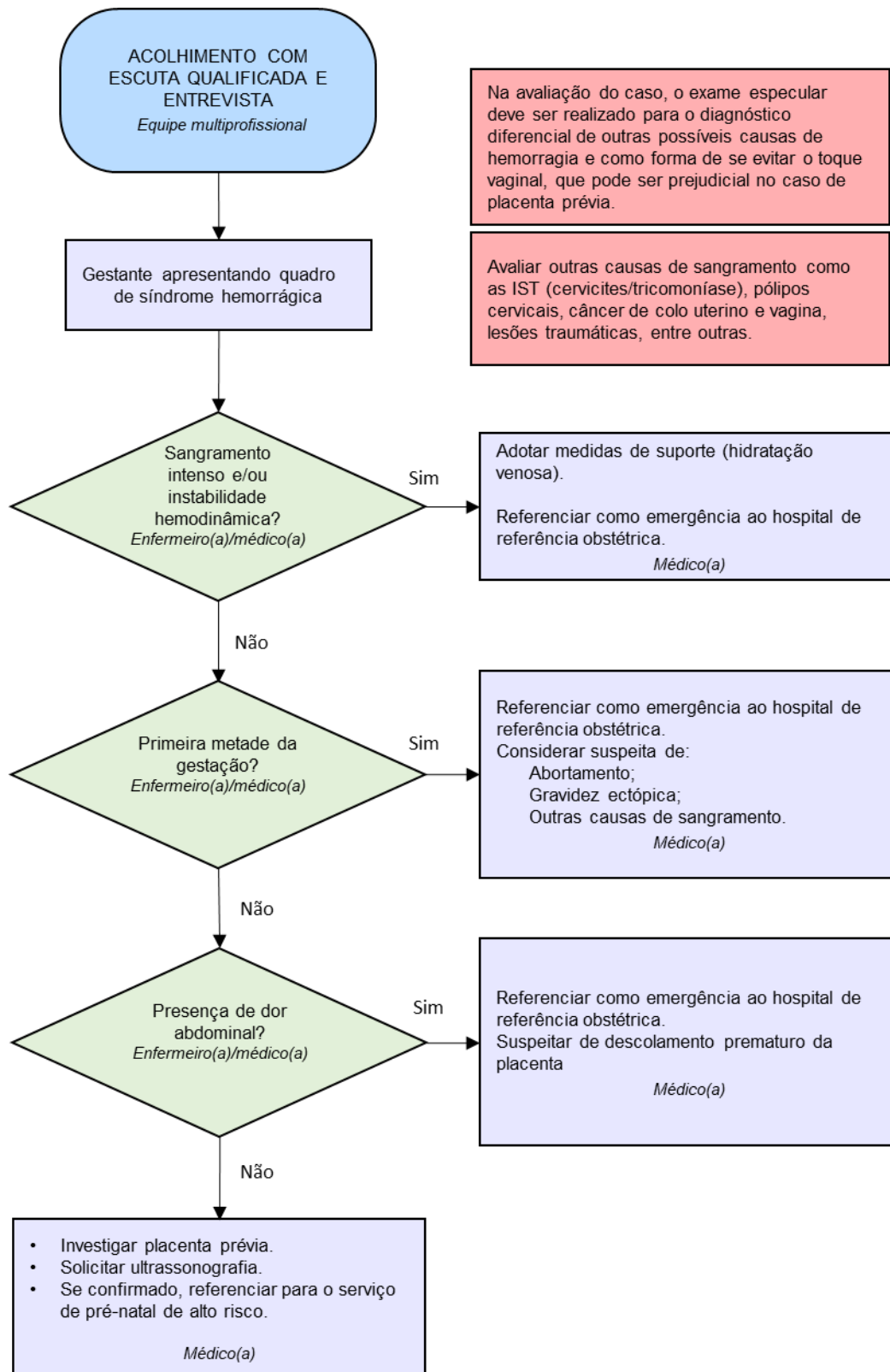
Fonte: DIAHV/SVS/MS



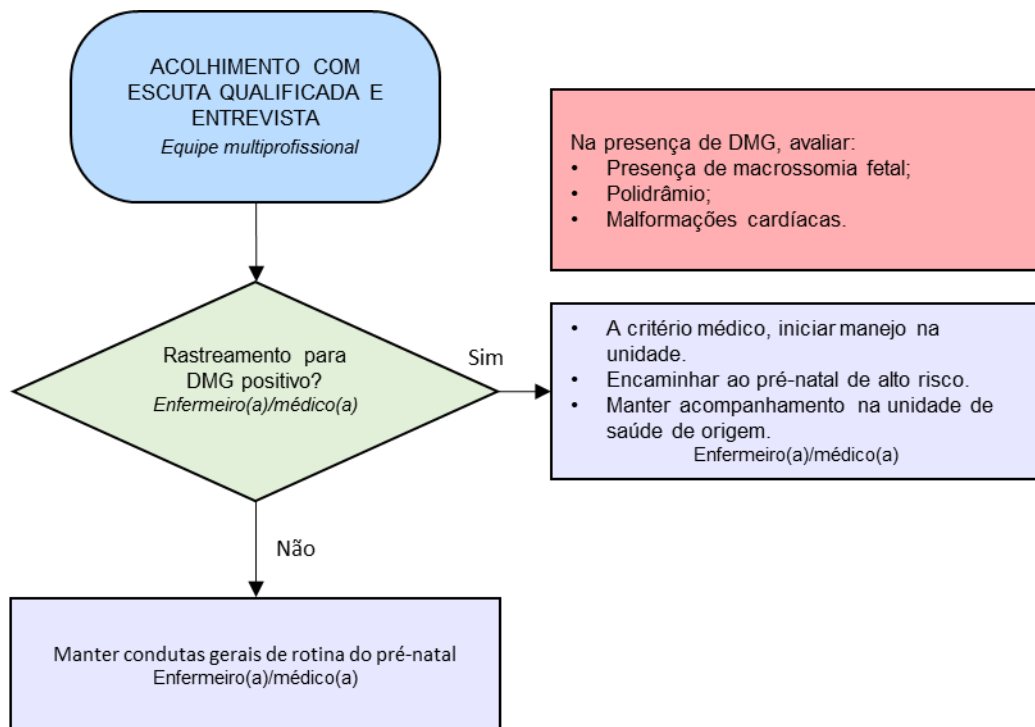
Fluxograma 9 – O que fazer nos quadros de toxoplasmose



Fluxograma 10 – O que fazer nas síndromes hemorrágicas



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



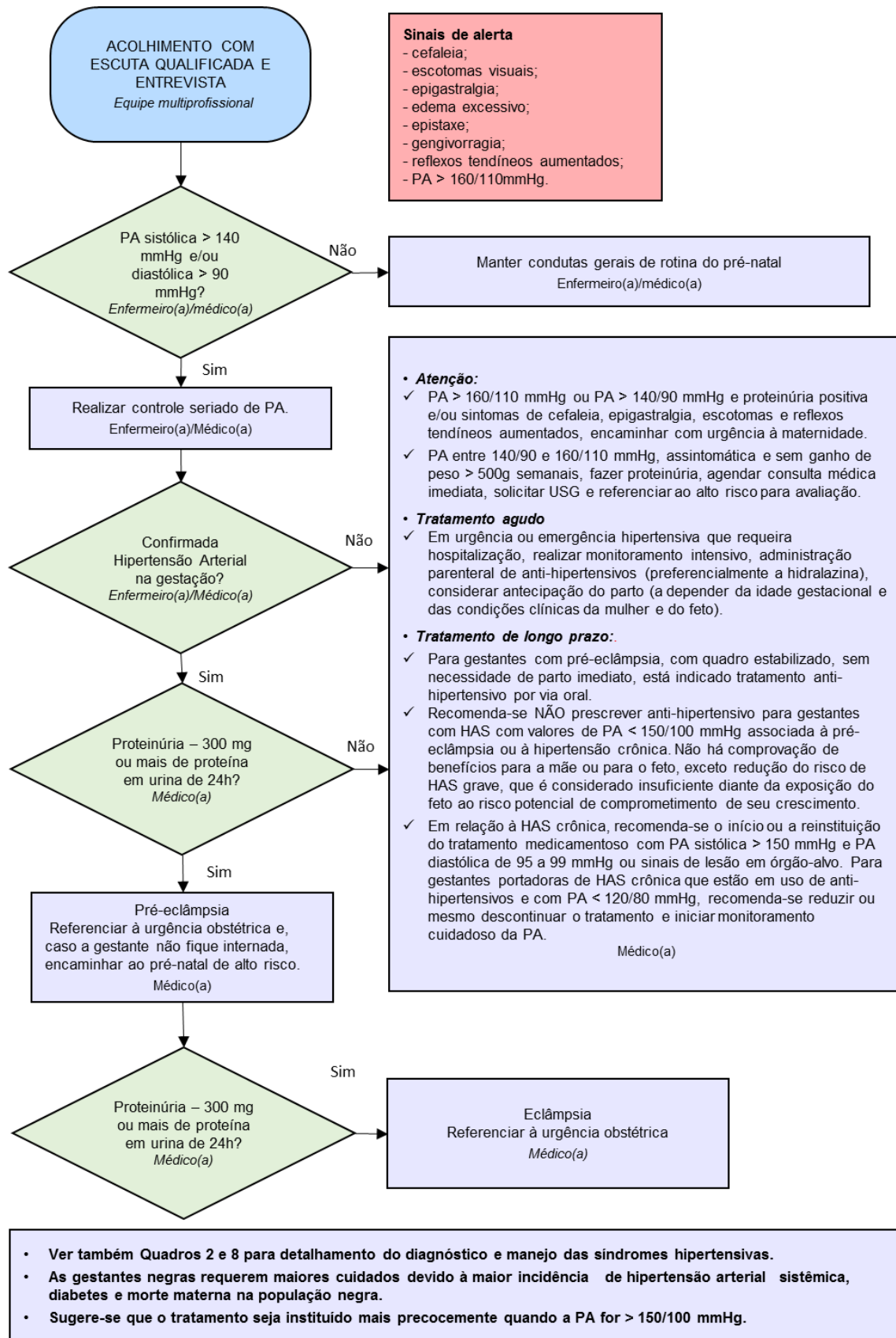
Fatores de Risco:

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

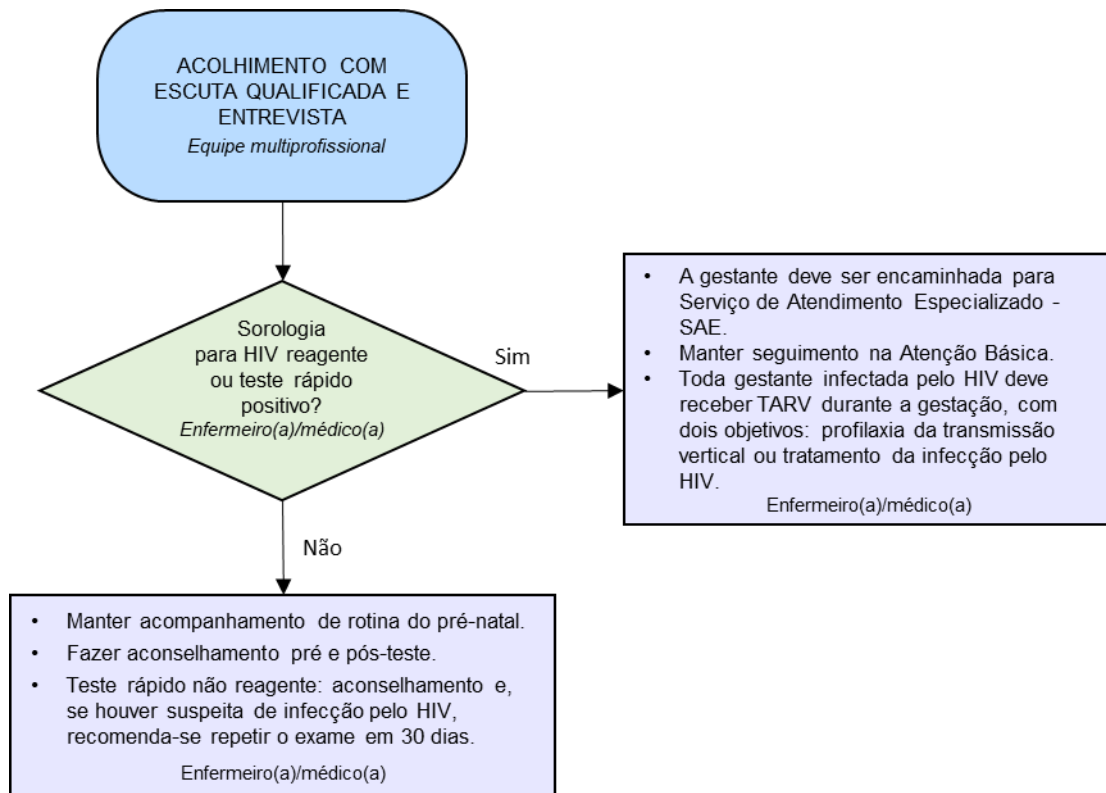
Recomendações

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

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



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



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

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

MEDICAMENTO	USO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	GRAU DE SEGURANÇA	
				Gestação	Lactação
Aciclovir	<ul style="list-style-type: none"> • Herpes simples 	Comprimido (200 mg)	200-400 mg, 5x/dia (10 dias se primo-infecção e 5 dias na recorrência)	C	B
Ácido acetilsalicílico	<ul style="list-style-type: none"> • Lúpus eritematoso sistêmico • Síndrome antifosfolípide 	Comprimido (100 mg e 500 mg)	<ul style="list-style-type: none"> • 500 mg, 1-4/dia (antipirético e analgésico); • 100 mg, 1x/dia (profilaxia de pré-eclâmpsia). 	C/D	C
Ácido fólico	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenção de defeitos do tubo neural • Anemia • Anemia megaloblástica 	<p>Solução oral (0,2 mg/ml)</p> <p>Cápsula gelatinosa mole (400µg ou 0,4 mg)</p>	<p>400µg ou mg, dose única diária.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Anemia: até a cura e durante o puerpério. • Prevenção de defeitos do tubo neural: pelo menos 30 dias antes da data em que se planeja engravidar até 12^a semana da gestação. 	A	A
Ácido folínico	<ul style="list-style-type: none"> • Toxoplasmose • Feto infectado 	Comprimido (15 mg)	1 comprimido, 1x/dia (durante três semanas seguidas, com pausa de três semanas, da época de diagnóstico da infecção fetal até o termo da gestação).	B	B
Alfa-metildopa	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensão arterial 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimido (250 mg) 	750-2.000 mg/dia (na preconcepção, na gestação e puerpério).	B	B
Amoxicilina	<ul style="list-style-type: none"> • Antibioticoterapia 	<ul style="list-style-type: none"> • Cápsula (500 mg) • Pó para suspensão oral (50 mg/ml) 	500 mg, 8/8 horas (de 7 a 10 dias).	B	B
Ampicilina	<ul style="list-style-type: none"> • Infecção urinária • Infecções RN • Abortamento Infectado • Infecção puerperal • Endocardite bacteriana 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimido (500 mg) • Pó para solução injetável (500-1.000 mg) 	500 mg, 6/6 horas (VO, IM e EV) (de 7 a 10 dias).	A	A
Azitromicina	<ul style="list-style-type: none"> • Antibioticoterapia 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimido (500 mg) 	500 mg, dose única diária (por 3 dias); 1,5-2 g em dose única.	C	B
Carbamazepina	<ul style="list-style-type: none"> • Epilepsia 	Comprimido (200mg) Xarope (20 mg/ml)	200-400 mg, dose única diária.	D	B

Continua

continuação

MEDICAMENTO	USO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	GRAU DE SEGURANÇA	
				Gestação	Lactação
Cefalexina	<ul style="list-style-type: none"> • Infecção urinária • Bacteriúria 	<ul style="list-style-type: none"> • Cápsula (500 mg) • Suspensão oral (50 mg/ml) 	500 mg, 6/6 horas (por 7 dias).	B	B
Ceftriaxona	<ul style="list-style-type: none"> • Infecção urinária • Cervicite • Septicemia 	Pó para solução injetável (250, 500 e 1.000 mg)	2-4 g/dia, EV (de 7 a 10 dias).	B	B
Cilindamicina	<ul style="list-style-type: none"> • Vaginose bacteriana • Abortamento infectado • Infecção puerperal • Embolia pulmonar • Corioamnionite 	Cápsula (75 e 150 mg)	<ul style="list-style-type: none"> • 300-600 mg/dia (VO, IM ou EV) (de 7 a 10 dias); • Creme vaginal 2%, 1x/dia (por 7 dias). 	B	B
Diazepam	<ul style="list-style-type: none"> • Depressão 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimido (2 e 5 mg) • Solução injetável (5 mg/ml) 	2-10 mg, 2-4x/dia.	D	B
Dilmeticona	<ul style="list-style-type: none"> • Flatulência 	Comprimido (40 e 120 mg)	40-80 mg, 4x/dia.	B	B
Dipirona	<ul style="list-style-type: none"> • Analgésico; • Antitérmico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimido (500 mg) • Solução oral (500 mg) • Solução injetável (500 mg/ml) 	500 mg, 1-4x/dia.	B	B
Eritromicina	<ul style="list-style-type: none"> • Antibioticoterapia 	<ul style="list-style-type: none"> • Cápsula (500 mg) • Comprimido (500 mg) • Suspensão oral (25 mg/ml) 	250-500 mg, 6/6 horas (de 7 a 10 dias).	D/B	B
Espiramicina	<ul style="list-style-type: none"> • Infecção fetal por toxoplasmose 	Comprimido (500 mg)	3 g/dia (até o término da gravidez).	B	B
Fenitoína	<ul style="list-style-type: none"> • Epilepsia 	Comprimido (100 mg)	100 mg, 3x/dia.	D	B
Fenobarbital	<ul style="list-style-type: none"> • Epilepsia 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimido (100 mg) • Solução oral – gotas (40 mg/ml) • Solução injetável (100 mg/ml) 	100-200 mg, dose única.	D	D
Furosemida	<ul style="list-style-type: none"> • Diurético 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimido (25 e 40 mg) • Solução injetável (10 mg/ml) 	20-80 mg, dose única diária.	D	D

continua

continuação

MEDICAMENTO	USO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	GRAU DE SEGURANÇA	
				Gestação	Lactação
Gentamicina	<ul style="list-style-type: none"> • Abortamento infectado • Infecção puerperal • Corioamnionite • Septicemia 	<ul style="list-style-type: none"> • Solução injetável (10 a 40 mg/ml) • Solução injetável (50 a 250 mg/ml) 	240 ml/dia (EV ou IM (de 7 a 10 dias).	D	B
Hidralazina	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensão arterial 	Solução injetável (20 mg/ml)	Uma ampola diluída em 20 ml de água destilada, administrar 5 ml da solução EV. Repetir a critério médico.	C	B
Hidróxido de alumínio	<ul style="list-style-type: none"> • Pirose 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimido mastigável (200 mg) • Suspensão oral (35,6 mg + 37 mg/ml) 	300-600 mg, 4-6x/dia.	C	B
Hioscina/ Butilescopolamina	<ul style="list-style-type: none"> • Cólicas 	Comprimido (10 mg)	10-20 mg, 3-5x/dia.	B	D
Insulina humana NPH e regular	<ul style="list-style-type: none"> • Diabetes 	Solução injetável (100 UI/ml)	<ul style="list-style-type: none"> • NPH: 0,5 UI/kg/dia; • Regular: 0,4 UI/kg/dia; • Adaptar segundo critério médico. 	B	B
Mebendazol	<ul style="list-style-type: none"> • Helmintíase 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimido (150 mg) • Solução oral (20 mg/ml) 	20 mg/dia (por três dias).	C	C
Metoclopramida	<ul style="list-style-type: none"> • Hiperêmese 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimido (10 mg) • Solução oral (4 mg/ml) • Solução injetável (5 mg/ml) 	10 mg, 3x/dia (VO, IM ou EV).	B	B
Metronidazol	<ul style="list-style-type: none"> • Infecção puerperal • Septicemia • Abortamento infectado • Corrimento vaginal 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimido (250 mg) • Creme vaginal 5% 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 g, dose única; • Um aplicador/dia, intravaginal (por sete dias). 	B	B
Nifedipina	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensão arterial 	Comprimido (20 mg)	10-80 mg/dia (segundo critério médico).	C	B
Nitrofurantoína	<ul style="list-style-type: none"> • Infecção urinária 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimido (100 mg) • Suspensão oral (5 mg/ml) 	100 mg, 6/6 horas (por 10 dias).	B/D	D

Continuação

continuação

MEDICAMENTO	USO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	GRAU DE SEGURANÇA	
				Gestação	Lactação
Paracetamol	<ul style="list-style-type: none"> • Analgésico • Antitérmico 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimido (500 mg) • Solução oral (100 mg/ml) 	500 mg, 1-4x/dia.	B/D	B
Penicilina benzatina	<ul style="list-style-type: none"> • Sífilis 	Pó para solução injetável (600.000 e 1.200.000 UI)	Até 2.400.000 UI (IM) com intervalo de uma semana.	B	B
Pirimetamina	<ul style="list-style-type: none"> • Toxoplasmose • Feto infectado 	Comprimido (25 mg)	25 mg, 8/8 horas (por três dias), seguidos de 25 mg, 12/12 horas (durante três semanas, com intervalo de três semanas, até o termo da gestação).	C	D
Propranolol	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensão arterial • Hipertireoidismo 	Comprimido (40 e 80 mg/ml)	20-80 mg/dia.	C/D	B
Rifampicina	<ul style="list-style-type: none"> • Hanseníase • Tuberculose 	Cápsula (300 mg)	600 mg, dose única diária.	C	B
Sulfadiazina	<ul style="list-style-type: none"> • Toxoplasmose • Feto infectado 	Comprimido (500 mg)	500-1.000 mg/ 6/6 horas.	B/D	D
Sulfametoxazol + trimetoprim	<ul style="list-style-type: none"> • Antibioticoterapia 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimido (400 + 80 mg) • Solução injetável (80 + 16 mg/ml) • Suspensão oral (40 + 8 mg/ml) 	800 mg de SMZ+ 160 mg de TMP, 12/12 horas (de 7 a 10 dias).	C/D	D
Sulfato de magnésio a 50%	<ul style="list-style-type: none"> • Eclâmpsia 	Solução injetável (500 mg/ml)	<ul style="list-style-type: none"> • Ataque: 4 g, em 10 min (EV); • Manutenção: 2 g/hora (EV). 	B	B
Ferro elementar	<ul style="list-style-type: none"> • Anemia 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimido (40 mg) • Solução oral (25 mg/ml) 	200 mg, dose única (a partir do conhecimento da gravidez até a 3º mês pós parto).	C/D	B
Tiabendazol	<ul style="list-style-type: none"> • Estrongiloidíase 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimido (500 mg) • Suspensão oral (50 mg/ml) 	50 mg/kg/dia (dois dias seguidos).	C	B

Legenda:

A: Estudos controlados não mostraram risco.

B: Sem evidência de riscos em humanos.

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

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

X: Contraindicados na gestação/lactação.

Quadro 12 – Imunização: recomendações de rotina no pré-natal

VACINA	SITUAÇÃO	DOSES	ESQUEMA INDICADO	OBSERVAÇÕES
dT/dTpa	<ul style="list-style-type: none"> Esquema vacinal desconhecido Não vacinada 	Três doses	<ul style="list-style-type: none"> 1ª dose dT (qualquer idade gestacional); 2ª dose dT (após 60 ou no mínimo 30 dias da primeira); 3ª dose dTpa (após 60 dias ou no mínimo 30 dias da segunda, preferencialmente entre a 27ª e 36ª semana de gestação). 	<ul style="list-style-type: none"> Caso iniciado o esquema tardiamente, para prevenção do tétano neonatal, a 2ª ou a 3ª dose deve ser realizada pelo menos 20 dias antes do parto, respeitando o intervalo mínimo de 30 dias da 1ª dose, garantindo uma dose de dTpa; A dose de dTpa, deve ser administrada em todas as gestações, independentemente de já ter sido realizada em gestações anteriores.
	<ul style="list-style-type: none"> Esquema incompleto 	Completar esquema	<ul style="list-style-type: none"> Conforme o número de doses faltantes, sendo uma de dTpa, preferencialmente entre a 27ª e 36ª semana de gestação. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Esquema com três doses de dT 	Uma dose dTpa	<ul style="list-style-type: none"> Administrar uma dose de dTpa preferencialmente entre a 27ª e 36ª semana de gestação. 	
	<ul style="list-style-type: none"> Vacinação completa 	Uma dose dTpa	<ul style="list-style-type: none"> Reforço preferencialmente entre a 27ª e 36ª semana de gestação. 	
Hepatite B	<ul style="list-style-type: none"> Esquema vacinal desconhecido Não vacinada HBsAg (-) e Anti-HBs <10* 	Três doses	<ul style="list-style-type: none"> 1ª dose (após a 14ª semana de gestação); 2ª dose (após 30 dias da primeira); 3ª dose (após seis meses da primeira). 	
	<ul style="list-style-type: none"> Esquema incompleto 	Completar esquema	<ul style="list-style-type: none"> Conforme o número de doses faltantes. 	
Influenza	<ul style="list-style-type: none"> Em qualquer período gestacional 	Dose única	<ul style="list-style-type: none"> Dose única. 	Caso não tenha tomado a vacina no período gestacional, recomenda-se tomar no puerpério.

*Observar valor de referência do laboratório.

*Seguir calendário atual de vacinação preconizado pelo Ministério da Saúde.

Quadro 13 – Vitaminas e minerais, suas funções, fonte e recomendações durante o período gestacional

NUTRIENTE	FUNÇÃO	FONTE	ORIENTAÇÃO DIETÉTICA
Ferro	Prevenção de anemia e nascimento pré-termo	<ul style="list-style-type: none"> • Carnes • Miúdos • Gema de ovo • Leguminosas • Vegetais verde-escuros 	<ul style="list-style-type: none"> • Priorizar a ingestão de ferro heme (carnes e vísceras) e melhorar a biodisponibilidade de ferro não heme (leguminosas, verduras e ovos) com a ingestão de fruta ou suco de fruta cítrica (limão, laranja, acerola, goiaba). • Evitar o consumo, na mesma refeição ou horário próximo ao suplemento de ferro, de alimentos ricos em cálcio, café, chá (reduzem a biodisponibilidade do ferro).
Ácido fólico	Prevenção de defeitos do tubo neural e alteração na divisão celular	<ul style="list-style-type: none"> • Vegetais folhosos verdes • Frutas cítricas • Alimentos integrais • Legumes • Bife de fígado 	<ul style="list-style-type: none"> • Consumir regularmente alimentos que contenham ácido fólico. • As mulheres que planejam engravidar podem iniciar a suplementação de ácido fólico, pelo menos 30 dias antes de engravidar, pois este micronutriente não é facilmente atingido somente pela alimentação.
Cálcio	Manutenção esquelética e função cardíaca	<ul style="list-style-type: none"> • Leite e derivados • Vegetais e os feijões contêm pequenas quantidades e sua biodisponibilidade é reduzida 	<ul style="list-style-type: none"> • O consumo de café, chá-mate e chá-preto diminui a biodisponibilidade de cálcio. • Preferir os desnatados quando a gestante apresentar elevado ganho de peso ou dislipidemia
Vitamina A	Prematuridade, retardo do crescimento intraterino, baixo peso, descolamento placentário, mortalidade materna	<ul style="list-style-type: none"> • Leite • Fígado • Gema de ovo • Vegetais folhosos verdes (espinafre, couve e mostarda) • Vegetais amarelos (abóbora e cenoura) • Frutas amarelo-alaranjadas (manga, caju, goiaba, mamão e caqui) • Óleos e frutas oleaginosas (buriti, pupunha, dendê e pequi) 	<ul style="list-style-type: none"> • As necessidades de vitamina A são facilmente alcançadas na alimentação. • A suplementação desse micronutriente não deve ser indicada na gestação, salvo em situações específicas.
Vitamina D	Necessário para formação esquelética do feto	<ul style="list-style-type: none"> • Atum • Sardinha • Gema de ovos • Óleo de peixe • Salmão e fígado 	<ul style="list-style-type: none"> • A exposição solar regular da pele atinge as recomendações. • Não há evidências suficientes de que a suplementação de vitamina D seja necessária.

continua

continuação

NUTRIENTE	FUNÇÃO	FONTE	ORIENTAÇÃO DIETÉTICA
Vitamina C	Estimula melhor a absorção do ferro e reduz o risco de anemia materna	<ul style="list-style-type: none">• Frutas (laranja, limão, caju, acerola, mexerica/tangerina, mamão, goiaba, morango)• Tomate• Brócolis	<ul style="list-style-type: none">• Incentivar o consumo diário de alimentos fonte de vitamina C.• Preferir consumir os alimentos ricos em vitamina C de forma <i>in natura</i>, evitando o seu cozimento.• A necessidade de vitamina C aumenta em até duas vezes em mulheres fumantes, fumantes passivas, que fazem uso de drogas, consumo significativo de álcool e uso regular de aspirinas.

Quadro 14 – Preparo para o parto

INDICAÇÕES DE CESARIANA	
<ul style="list-style-type: none"> • Prolapso de cordão – com dilatação não completa • Descolamento da placenta fora do período expulsivo (DPP) • Placenta prévia parcial ou total • Ruptura de vasa prévia • Incisão uterina longitudinal • Macrossomia fetal (>4500g) 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação córmica (situação transversa) • Herpes genital com lesão ativa no momento que se inicia o trabalho de parto ou até 21 dias antes do parto. • As urgências devem ser encaminhadas imediatamente à emergência obstétrica. • Miomectomia previa
NÃO SE CONSTITUEM INDICAÇÕES DE CESARIANA	
<ul style="list-style-type: none"> • Gestante adolescente • Presença de quadro de anemia • Baixa estatura materna (<1,45m) • Bebê alto, não encaixado antes do início do trabalho de parto • Macrossomia • Ameaça de parto prematuro • Amniorrexe prematura • Cesária anterior • Circular de cordão umbilical • Diabetes Gestacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Desproporção cefalopélvica sem 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 de placenta • Polidrâmnio ou oligrâmnio • Infecção urinária • Presença de grumos no líquido amniótico • Gravidez prolongada • Falta de dilatação antes do trabalho de parto
SITUAÇÕES ESPECIAIS EM QUE A CONDUTA DEVE SER INDIVIDUALIZADA	
<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação pélvica • HIV/aids 	<ul style="list-style-type: none"> • Duas ou mais cesáreas anteriores
SITUAÇÕES QUE PODEM ACONTECER, PORÉM FREQUENTEMENTE SÃO DIAGNOSTICADAS DE FORMA EQUIVOCADA	
<ul style="list-style-type: none"> • Desproporção cefalopélvica (o diagnóstico só é possível intraparto) • Sofrimento fetal agudo (frequência cardíaca fetal não tranquilizadora) 	<ul style="list-style-type: none"> • Parada de progressão que não resolve com as medidas habituais
CONDUTAS CONTRAINDICADAS DE ROTINA DE ASSISTÊNCIA DE PARTO	
<ul style="list-style-type: none"> • Lavagem intestinal • Episiotomia • Manobra de Kristeller (consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero com o objetivo de facilitar a saída do bebê) 	<ul style="list-style-type: none"> • Soro com ocitocina • Raspagem dos pelos pubianos • Jejum • Imobilização durante o trabalho de parto • Romper a bolsa das águas

CUIDADO PUERPERAL

O cuidado da mulher no puerpério é fundamental para a saúde materna e neonatal, e deve incluir o pai, a família em seus diversos arranjos e toda a rede social envolvida nesta fase. O puerpério se inicia imediatamente após o parto e dura em média seis semanas. Esta variação está relacionada especialmente a mudanças anatômicas e fisiológicas no organismo da mulher, embora questões de ordem psicossocial relacionadas à maternidade, sexualidade, autoestima, reorganização da vida pessoal e familiar estejam ocorrendo concomitantemente e influenciem a passagem desse período. O puerpério pode ser dividido em imediato (do 1º ao 10º dia após o parto), tardio (do 11º ao 45º dia) e remoto (após o 45º dia, com término imprevisível).

A equipe de Atenção Básica deve garantir o acompanhamento integral da mulher e da criança, além de estimular (desde o pré-natal) o retorno precoce da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde após o parto.

O pós-parto é um momento muito delicado para a mulher, pois envolve o cuidado do bebê e as mudanças físicas e emocionais, no cotidiano e nas relações sociais. É comum observar nas mulheres, durante o puerpério, sentimentos de ambivalência (medo, frustração, ansiedade, incapacidade), que podem surgir durante os primeiros momentos da mãe com o bebê. São frequentes os episódios de tristeza que, ocasionados pela mudança hormonal brusca logo após o parto, podem perdurar por algumas semanas, devendo ser compreendidos pela família e pela sociedade para não culpabilizar essa mulher. Esse estado depressivo mais brando é conhecido como *baby blues* ou *blues puerperal*, ocorre em 70% a 90% das mulheres e é transitório, não incapacitante e está associado às mudanças cotidianas, que exigem adaptações, e às perdas vividas pela mulher nessa fase de transição. Os profissionais da Atenção Básica devem estar atentos e preparados para apoiar a mulher e sua família, para reconhecer condições de risco e vulnerabilidade física, psíquica e social, e para utilizar os recursos das redes de saúde e intersetorial para lidar com os possíveis problemas surgidos nessa fase.

O acompanhamento da mulher no ciclo gravídico puerperal encerra-se após a realização de ao menos uma consulta puerperal, que deverá ocorrer até o 20º dia pós-parto. O seguimento poderá ser prolongado se forem observados riscos no período puerperal. A consulta deve ser garantida, contemplando avaliação de sintomas preditivos de infecções e hemorragias, dificuldades com aleitamento materno, cuidados com recém-nascido, aspectos emocionais relacionados ao puerpério, apoio familiar e planejamento sexual reprodutivo. Se a mulher não comparecer no serviço de saúde para consulta puerperal, a equipe deve realizar busca ativa.

Como a transmissão vertical do HIV também pode ocorrer através do aleitamento materno, a consulta puerperal deve ser uma oportunidade para testagem rápida de HIV, sífilis e hepatites virais. A puérpera deve ser orientada sobre estratégias de prevenção combinada, com o uso de preservativos, avaliada a necessidade de Profilaxia Pós-Exposição (PEP) no caso de uma exposição de risco em até 72 horas, entre outras. Preconiza-se que a consulta na UBS do recém-nascido, ocorra entre o terceiro e o quinto dia de vida.

Quadro 15 –Atenção à mulher no puerpério

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Acolhimento com escuta qualificada	<p>Identificação dos motivos de contato.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Acolher as demandas da puérpera e sua família e identificar suas necessidades. • Direcionamento para o atendimento e realização de procedimentos necessários. 	Equipe multiprofissional
Avaliação global	<p>Entrevista – puerpério imediato</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verificar Cartão da Gestante, dados da gestação (quantidade de consultas, uso de medicamentos, intercorrências no pré-natal), informações do parto e de possíveis intercorrências, uso de imunoglobulina anti-D para as puérperas Rh negativo, informações sobre a alta do RN (caso não tenha ocorrido em conjunto com a mãe, registrar motivos). • Verificar dados do RN (peso, comprimento, Apgar, imunização, registro civil, realização dos testes do reflexo vermelho, do pezinho e da orelhinha etc.) e identificar RN de risco (baixo peso ao nascer, internação por intercorrência ao nascimento, história de morte de criança menor de cinco anos na família, mãe HIV positivo). • Em caso de parto vaginal com lacerações ou realização de episiotomia, perguntar sobre dor em local de sutura, presença de secreções e sinais flogísticos ou outras alterações. • Em caso de parto por via abdominal (cesariana), perguntar sobre sinais flogísticos e presença de secreção em ferida operatória. 	Equipe multiprofissional
	<ul style="list-style-type: none"> • Atentar aos sinais de alerta: febre, sangramento vaginal, dor pélvica ou infecção, leucorreia fétida, alteração da pressão arterial, tontura muito frequente, mamas “empedradas” e doloridas. • Caso haja a presença de algum desses sintomas, deve ser realizada avaliação médica e, se necessário, solicitar remoção para o serviço hospitalar. 	
	<p>Exame físico geral e específico – puerpério imediato e tardio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar mamas e mamilo. - Examinar abdome (condição uterina, dor à palpação, aspecto da ferida operatória se parto cesariana). - Examinar períneo e genitais externos (verificar a presença e características dos lóquios e avaliar as condições das cicatrizes de lacerações ou episiotomia – não há necessidade de retirada de pontos, pois o fio da episiorrafia é absorvível). 	Enfermeiro(a)/ médico(a)

continua

continuação

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Plano de cuidado materno	<p>Abordagem integral – puerpério imediato e tardio</p> <ul style="list-style-type: none">- Orientar, estimular e apoiar a família na amamentação exclusiva, reforçando a importância e benefício.- Orientar cuidados com as mamas.- Orientar ingestão hídrica frequente, alimentação adequada e dieta fracionada.- Incentivar a prática de atividade física no puerpério tardio.- Compartilhar o cuidado – encaminhar a puérpera aos serviços especializados de saúde mental se detectado sofrimento mental grave, apoiar a família e articular outras redes de apoio social, quando necessário.- Atualizar o calendário vacinal da mulher, dT e tríplice viral, quando necessário.- Retirar os pontos da cesariana entre sete a dez dias após o parto, conforme orientação médica, no puerpério imediato.- No puerpério imediato, tirar dúvidas e orientar quanto ao retorno da atividade sexual e planejamento reprodutivo.- No puerpério tardio, orientar e recomendar métodos contraceptivos de acordo com a preferência e condição clínica da mulher. <p>Orientação exercícios respiratórios, posturais e de fortalecimento muscular</p> <ul style="list-style-type: none">- Puerpério imediato (1º ao 10º dia após o parto):• Orientar quanto à postura no leito (decúbito lateral para facilitar a eliminação dos flatos), incentivar a deambulação precoce e evitar posturas antálgicas, que podem gerar dor musculoesquelética. Estimular sempre a postura correta, principalmente para a amamentação (sentada em cadeira com apoio lombar e dos membros superiores), trocas e carregamento.• Os exercícios metabólicos devem ser incentivados a fim de evitar a estase venosa e o edema (postura sentada com apoio lombar e as pernas esticadas – a puérpera deve movimentar os pés para cima, para baixo e girar por dez vezes, no mínimo três vezes ao dia). Os exercícios respiratórios visam aumentar a expansibilidade torácica (puxar o ar pelo nariz e soltar pela boca), podendo ser associados a exercícios ativos de membros superiores e inferiores, o que também favorece a motilidade gastrointestinal. <p>Em caso de parto cesárea, evitar a contração perineal e abdominal até a cicatrização da sutura. Após a retirada dos pontos, pode-se realizar a automassagem pericicatricial, a fim de prevenir queloides e cicatrizes hipertróficas.</p> <ul style="list-style-type: none">- Puerpério tardio (11º ao 45º dia após o parto):• Os exercícios para o assoalho pélvico devem ser realizados com frequência e de forma gradativa, garantindo a conscientização e seu fortalecimento (orientar a puérpera a realizar a contração simulando segurar a urina, manter por cinco segundos e relaxar, repetindo por 10 vezes, 3 vezes/dia).• A puérpera pode ser avaliada para início gradativo de exercícios de fortalecimento da musculatura abdominal, iniciando-se com transversos, evoluindo para oblíquos e, por fim, reto abdominal.	Equipe multiprofissional

continua

continuação

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
	<p>- Puerpério remoto (do 45º dia em diante):</p> <ul style="list-style-type: none"> • Além dos exercícios do puerpério tardio, é possível inserir outros exercícios de reeducação postural e ganho de força dos músculos abdominais, estímulo ao condicionamento físico e relaxamento, observando a intensidade e frequência, que devem variar de acordo com a avaliação individual da puérpera. 	
Plano de cuidado com o recém-nascido	<p>Abordagem medicamentosa e encaminhamentos – puerpério imediato e tardio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Para a puérpera: Prescrever sulfato ferroso 40 mg de ferro elementar (comprimido de 200 mg), 30 minutos antes almoço, de preferência com suco de frutas cítricas, até três meses após o parto. - Avaliar uso de medicamentos conforme o Quadro 11. - Puérperas que tiveram o pré-natal em serviço de alto risco devem retornar também ao serviço especializado. 	Enfermeiro(a)/ médico(a)
	<p>Abordagem medicamentosa e reavaliação da puérpera com comorbidades – puerpério imediato e tardio</p> <ul style="list-style-type: none"> - Em caso de comorbidades (como DHEG, DMG, outros), revisar terapêutica medicamentosa (quando houver) e outras condutas relacionadas, com atenção às contraindicações devido ao aleitamento. 	Médico(a)
	<p>Cuidados com recém-nascido no puerpério imediato</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar sobre imunização e encaminhar para a sala de vacina se necessário; - Encaminhar o RN para realizar a Triagem Neonatal; - Observar a interação mãe-bebê (carícias, contato visual, expressões não verbais); - Examinar RN (peso, estatura, perímetro cefálico, mucosas, hidratação, fontanelas, condições de coto umbilical, genitália, pele, desenvolvimento neuropsicomotor); - Orientar manejos durante episódios de cólicas, explicar as causas; - Orientar cuidado com coto umbilical; - Orientar o banho de sol diário; - Orientar e estimular ao acompanhamento de puericultura. 	Equipe multiprofissional

CONSIDERAÇÕES IMPORTANTES

- O início oportuno do pré-natal é essencial para o diagnóstico precoce de alterações e para a realização de intervenções adequadas, a Atenção Básica deve estar atenta ao território, para a captação precoce das gestantes, preferencialmente até 12ª semana. A busca ativa é fundamental, e nas equipes de Estratégia de Saúde da Família, os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) devem realizar visitas domiciliares mensais as gestantes. Nos municípios onde o Primeira Infância Melhor (PIM/RS) estiver implantado o visitador também pode contribuir na busca ativa.
- Minimamente devem ser realizadas três consultas médicas (Médico de Família e Comunidade ou Generalista), três consultas de enfermagem e uma consulta odontológica.
- O cuidado pré-natal deve ser compartilhado entre todos os profissionais da equipe, buscando assim, contemplar suas necessidades biopsicossociais.
- Devem-se garantir consultas mensais até a 28ª semana, quinzenais até 36ª semana e semanais até o parto.
- Independentemente da idade gestacional deve ser realizado o exame clínico das mamas durante o pré-natal e caso seja identificado alguma alteração suspeita para câncer de mama, deve ser encaminhado para o serviço de referência.
- Toda gestante deve ter conhecimento do serviço de referência para realização do parto e direito à vinculação – Deve-se ofertar a visita à maternidade.
- As gestantes estratificadas como de alto risco devem manter o acompanhamento regular na UBS, uma vez que a equipe de saúde da Atenção Básica é a coordenadora e responsável do seu cuidado longitudinal.
- Não existe alta do pré-natal: o acompanhamento da mulher no ciclo gravídico puerperal encerra-se após a realização de ao menos uma consulta puerperal, que deverá ocorrer até o 20º dia pós-parto. O seguimento poderá ser prolongado se forem observados riscos no período puerperal.
- Gestantes em situação de rua e/ou usuárias de álcool e outras drogas devem ser referenciadas com plano de cuidado para ações compartilhadas e integradas à Unidade de Saúde, Consultório na Rua e, quando necessário, também com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), dos serviços de Urgência e Emergência e de outros pontos de atenção, de acordo com a necessidade da gestante.
- Gestantes em situação de vulnerabilidade social devem ser referenciadas para o Centro de Referência de Assistência Social (CRAS).
- A violência doméstica durante a gestação é um problema social que acarreta diversos agravos à saúde das gestantes e nascituros. Dentre as formas de violência, a mais prevalente é psicológica, seguida de física e sexual. É importante uma postura vigilante por parte dos profissionais da AB, que podem atuar positivamente afim de evitar desfechos desfavoráveis.
- Gravidez resultante de estupro deve ser encaminhada para atendimento em violência sexual onde terá direito a decidir sobre interrupção da gestação nos casos previstos em lei.



PRÉ-NATAL PARCEIRO

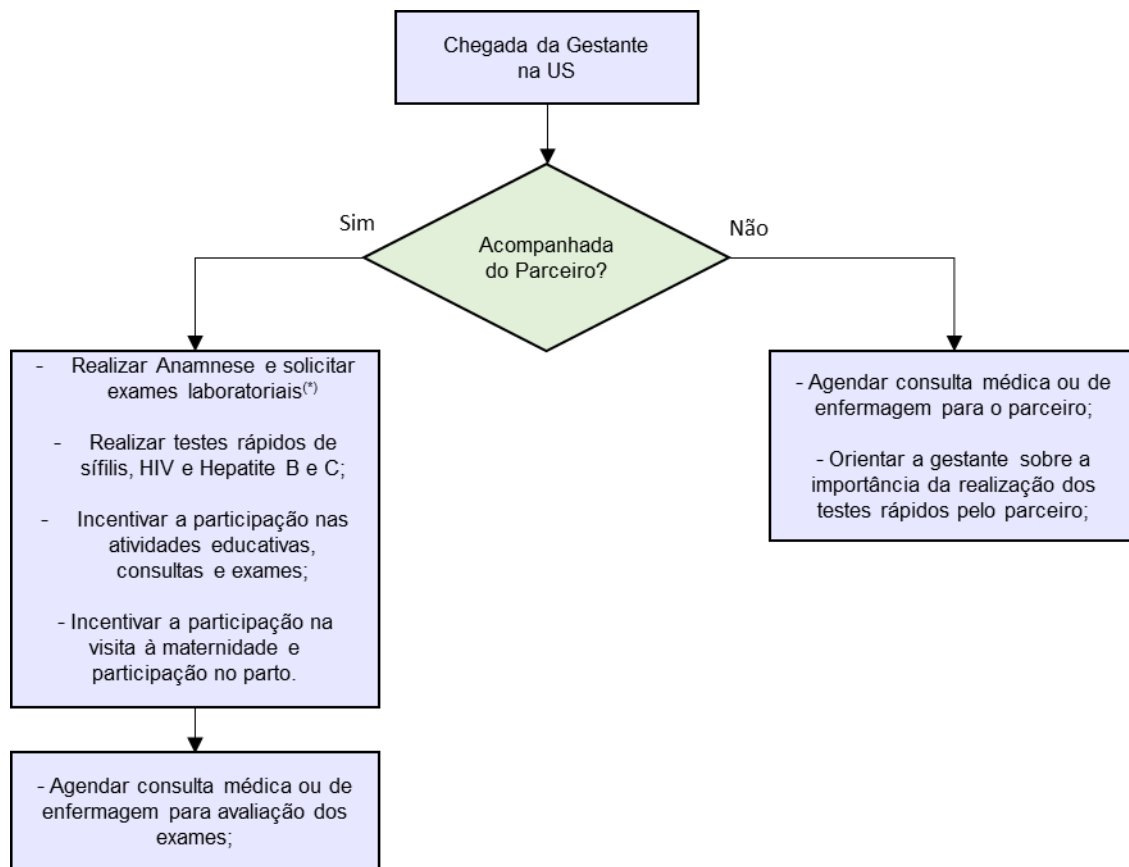
A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) instituída pela Portaria GM/MS nº 1.944, de 27 de agosto de 2009, foi desenvolvida a partir de cinco (05) eixos temáticos: Acesso e Acolhimento; Saúde Sexual e Reprodutiva; Paternidade e Cuidado; Doenças Prevalentes na População Masculina e Prevenção de Violência e Acidentes.

De maneira ampla, o tema paternidade e cuidado abrange o envolvimento ativo dos homens em todo o processo de gestação, pré-parto, parto, puerpério e cuidados com o filho, dando oportunidade para a criação de vínculos mais fortes e saudáveis entre pais, mães e filhos(as).

Para a PNAISH, o pré-natal do parceiro é uma estratégia para os promover acesso às Unidades de Saúde. Sabemos que o público masculino, em relação as mulheres, se cuida menos e não procura os serviços para a prevenção e/ou o cuidado.

Desta forma a implantação do pré-natal do parceiro pretende integrar os homens na lógica dos sistemas de saúde ofertados, na realização de exames de rotina, como HIV, sífilis, hepatites, hipertensão e diabetes, dentre outros, com fins de gerar o bem estar deste homem, sua família e comunidade (ver fluxograma 14).

Fluxograma 14 – Pré-natal parceiro



*Sugestões de exames laboratoriais a serem solicitados (considerar faixa etária, fatores de risco, critérios para solicitação, avaliação clínica):

- Glicemia de jejum;
- Hemograma;
- Testes rápidos;
- Tipagem sanguínea (se gestante Rh negativo);
- Perfil lipídico;
- Eletroforese de hemoglobina

Lembretes:

- É preconizado que o parceiro participe de pelo menos uma consulta no primeiro trimestre e uma no terceiro trimestre, bem como realize os testes rápidos;
- Orientar a gestante quanto a participação do parceiro nas consultas do pré-natal.

Carteira de atendimento do pré-natal do parceiro:

- Realizar os devidos registros na carteira de atendimento do pré-natal do parceiro;
- A carteira de atendimento do pré-natal do parceiro sugere a realização de outros exames que podem ser solicitados à critério médico.

SAIBA MAIS

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

REFERÊNCIAS

Abordagem e tratamento do fumante – Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001. Disponível em: <<http://goo.gl/OiUCuo>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R.; PORTO, A. M. F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 8, p. 415-422, 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/A2KTYB>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Conselho Federal de Medicina. **Projeto Diretrizes: Assistência Pré-Natal**. Brasília: AMB, 2006. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/5_volume/02-AssistPre.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.

BARACHO, Elza. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia: aspectos da ginecologia e neonatologia**. Rio de Janeiro: Medsi, 2007BRASIL. Instituto Nacional do Câncer (Inca).

BRASIL. Ministério da Saúde. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**. 2. ed. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/17dbrf>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

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

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária. **Atenção à saúde da gestante em APS**. Porto Alegre: 2011. Disponível em: www2.ghc.com.br/GepNet/publicacoes/atencaosaudedagestante.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/xs8Ktp>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

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

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 035/2011/CGSH/DAE/SAS/MS, de 12 de dezembro de 2013**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nt_eletroforese_hemoglobina_prenatal.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério: atenção qualificada e humanizada: manual técnico**. Brasília, 2005. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos – Caderno nº 5)

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília, 2012. (Caderno de Atenção Básica, n. 33). Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/cadernos_ab/caderno_33.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/SAS no 650, de 5 de outubro de 2011**. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/DkWgRg>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Manual instrutivo. Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT): Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa**. Brasília: 2008. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_atencao_mulher_climaterio.pdf

CODATO, L. A. B.; NAKAMA, L.; MELCHIOR, R. Percepções de gestantes sobre atenção odontológica durante a gravidez. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 3, p. 1075-80, 2008.

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. **Pré-natal, parto, puerpério e atenção ao recém-nascido**. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/vJqZRT>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

DERTKIGIL et al. Líquido amniótico, atividade física e imersão em água na gestação. **Revista Brasileira de Saúde Materno Infantil**, Recife, v. 5, n. 4, p. 403-410, out/dez 2005.

EDITORIAL. The classification, diagnosis and management of hypertensive disorders of pregnancy: A revised statement from the ISSHP. **Pregnancy Hypertension: An International Journal of Women's Cardiovascular Health** 4 (2014) 97-104.

FAUSTINO-SILVA, D. D. *et al.* Cuidados de saúde bucal na primeira infância: percepções e conhecimentos de pais ou responsáveis de crianças de um centro de saúde de Porto Alegre, RS. **Revista Odonto Ciência**, v. 23, n. 4, p. 357-79, 2008.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (Febrasgo). **Manual de gestação de alto risco**. São Paulo: Febrasgo, 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/Npm89p>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

FERREIRA, M. B. C. Anestésicos locais. In: FUCHS, F. D.; WANNMACHER, L. (Ed.). **Farmacologia clínica: fundamentos da terapêutica racional**. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998. p. 15-64.

GAIO, D. S. M. Assistência pré-natal e puerpério. In: DUNCAN, B.B. et al. **Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidência**. 3. ed. Porto Alegre: Artmed, 2004. p. 357-67.

HAAS, D. A. Drugs in dentistry. In: ITO, S.; MASSICOTTE, A. **Compendium of pharmaceuticals and specialties**. 37th. ed. Toronto: Canadian Pharmaceutical Association, p. 26-29, 2002.

Hypertension in pregnancy. American College of Obstetricians and Gynecologists - Practice Guideline, 2013

HUÇULAK, M. C.; PETERLINI, O. L. G. Rede Mãe Paranaense – Relato de experiência. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 15, n. 1, p. 77-86, 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/IVH1bO>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

KAMAL R.; DAHIYA P.; PURI A. Oral pyogenic granuloma: various concepts of etiopathogenesis. **J Oral and Maxillofac - Pathol**. v. 16, p. 79-82, 2012.

LEITÃO et al. Posicionamento oficial da Sociedade Brasileira de Medicina do Esporte: atividade física e saúde na mulher. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 6, n. 6, nov./dez. 2000

LIMA, L. A.; GREGOLETTO, M. L. O. Alimentação saudável na gestação e puerpério. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da gestante em APS**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/Ts3ICB>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

MAGEE, L.A, et al. The hypertensive disorders of pregnancy. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics and Gynaecology* 29 (2015) 643-657.

MALAMED, S. F. **Manual de anestesia local**. 5. ed. São Paulo: Elsevier, 2004.

MARQUES, A. A.; SILVA, M. P. P.; AMARAL, M. T. P. **Tratado de fisioterapia em saúde da mulher**. São Paulo: Rocca, 2011.

MARTINS-COSTA, S. H. et al. (Org.). Rotinas em obstetrícia. 7. ed. Porto Alegre: Artmed, 2017

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CLINICAL EXCELLENCE. **Antenatal care**. London: Nice, [2008] 2014. (Nice Clinical Guideline, n. 62). Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg62/resources/guidance-antenatal-care-pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

NORONHA NETO, C. et al. Importância da ultrassonografia de rotina na prática obstétrica segundo as evidências científicas. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 239-245, 2009. Disponível em: <<http://goo.gl/4WqOua>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Diretriz**: Suplementação diária de ferro e ácido fólico em gestantes. Genebra: OMS, 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/uqJg8t>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Linha Guia da Rede Mãe Paranaense**. Curitiba, 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/K9pckU>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

PATEL, Shivani et al. *Williams Obstetrics*. McGraw-Hill Education / Medical, 2018.

RESOLUÇÃO Nº 251/18 – Comissão Intergestores Bipartite/RS.

Rio Grande do Sul. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Departamento de Assistência Hospitalar e Ambulatorial, Assessoria Técnica de Planejamento. **Guia do Pré-natal na Atenção Básica** / Aline Coletto Sortica, Gabriela Hartmann Cardozo, Gisleine Lima da Silva, Melissa de Azevedo, Nadiane Albuquerque Lemos (organizadores) – Porto Alegre: Secretaria de estado da Saúde/RS, 2018. 40p.II.

ROSITO D. B.; SLAVUTZKY S. M. B.; SILVEIRA A. M. S. **Protocolo de Atendimento Odontológico a Gestantes**. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Odontologia. Curso de Saúde Oral Materno-Infantil. 2016. Não publicado.



FREITAS, F.; MARTINS-COSTA, S. H.; RAMOS, J.G.L.; MAGALHAES. **Rotinas em Obstetrícia**. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

Síndromes Hipertensivas na Gestação. Protocolo clínico da EBSEH, revisado em 05/09/2017.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria Estadual da Saúde. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS-SP**: manual técnico do pré-natal e puerpério. São Paulo: SES/SP, 2010.

SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 10, p. 507-516, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n10/a1708.pdf>>.

SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte II: [revisão]. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 9, p. 459-468, 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/QN0Tyx>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

SOUZA B.A.; COSTA J.F.; SEABRA B.; FERNANDES P.; Atualização sobre medidas principais de proteção em radiologia intra-oral: uma revisão. **Rev Port de Estomat**, v. 47, n. 4, p. 1-7, 2006.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria Estadual da Saúde. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS-SP**: manual técnico do pré-natal e puerpério. São Paulo: SES/SP, 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/CRqOw2>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

TARSITANO, B. F.; ROLLINGS, R. E. The pregnant dental patient evaluation and management. **General Dentistry**, v. 41, p. 226-34, 1993.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ). **Protocolos assistenciais**. 2. ed. Rio de Janeiro: PoD, 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/Bpju2o>>. Acesso em: 12 mar. 2015.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Assistência ao Puerpério. In: BORNIA, Rita Guérios; COSTA JUNIOR, Ivo Basílio; AMIM JUNIOR, Joffre (Org.). **Protocolos assistenciais**: Maternidade Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Coletânea de artigos: anestesiologia, neonatologia, obstetrícia. Rio de Janeiro: PoD, 2013. Disponível em: http://www.me.ufrj.br/portal/images/stories/pdfs/obstetricia/assistencia_ao_puerperio.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.

VITOLLO, M. R. **Nutrição**: da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Rúbio, 2008.

WANNMACHER L.; FERREIRA, M. B. S. **Farmacologia clínica para dentistas**. 3 ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2007.