



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

**PROTOCOLO MUNICIPAL DE ATENÇÃO AO  
PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO: NASCER  
COLOMBO**



**Colombo-PR  
2012**

**EQUIPE GESTORA:****Prefeito Municipal**

José Antônio Camargo

**Secretária Municipal de Saúde**

Ivonne Cecília Restrepo Solano

**Diretora Administrativa da Secretaria Municipal de Saúde**

Leise Carla D. Ferreira

**Coordenadora Municipal de Atenção Básica**

Valquíria Clecy Plucheg

**Coordenadora de Saúde da Mulher**

Josiane Lunardon Taverna

**EQUIPE TÉCNICA**

Alexandra Berton Grossi

Carolina Bolfe Poliquesi

Daniel Ignacio da Silva

Daniela de Lima Keretch

Danielle de Mello Cherbiski

Gislei Nery Ferreira

Helena Takatsuji Johnson

Helvo Slomp Junior

Janete Laskowski

José Sebastião da Silva Neto

Juliana Bertolin Gonçalves

Lilian Terezinha Rudek W. Zgoda

Margriet Verburg

Patrícia Ribeiro Bueno Bernert

Paula Cristina Murilo de Vargas

Rosalba Vaz S. Anjos

Riciano do Carmo Calixto Truppel

Rosemeire Francisca de Abreu

Valquíria Clecy Plucheg

Wilma Lucia Pansardi

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	6
<b>2. PROGRAMA NASCER COLOMBO</b>	7
<b>3. DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ</b>	9
<b>4. CONSULTA DE PRÉ-NATAL</b>	10
<b>5. CALENDÁRIO DE CONSULTAS</b>	10
<b>6. PRIMEIRA CONSULTA</b>	11
<b>7. EXAMES COMPLEMENTARES</b>	12
<b>8. SITUAÇÃO VACINAL</b>	18
<b>9. PROCEDIMENTOS TÉCNICOS E CONDU TAS</b>	19
<b>10. HISTÓRIA CLÍNICA</b>	20
<b>11. CÁLCULO DA DATA PROVÁVEL DO PARTO (DPP)</b>	23
<b>12. CÁLCULO DA IDADE GESTACIONAL (IG)</b>	23
<b>13. EXAME FÍSICO</b>	24
<b>14. ROTEIRO DE CONSULTAS SUBSEQÜENTES</b>	31
<b>15. FATORES DE RISCO REPRODUTIVO</b>	31
<b>16. GRUPO DE GESTANTES</b>	33
<b>17. ORIENTAÇÕES GERAIS PARA GESTANTES</b>	34
<b>18. QUEIXAS MAIS COMUNS NA GESTAÇÃO</b>	37
<b>19. DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICOS NA GRAVIDEZ</b>	43
<b>20. AVALIAÇÃO E ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL</b>	46
<b>21. ROTINA PARA O ACOMPANHANTE NO PRÉ-PARTO E NO PARTO</b>	59
<b>22. AVALIAÇÃO OBSTÉTRICA DE URGÊNCIA</b>	60
<b>23. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL</b>	60
<b>24. INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS MAIS FREQUENTES</b>	64
24.1 Anemia	64
24.2 Infecção do trato urinário (ITU)	64
24.3 Bacteriúria assintomática	65
24.4 Cistite	65

24.5	Pielonefrite aguda	66
24.6	Síndromes hemorrágicas	66
24.7	Abortamento	66
24.8	Ameaça de aborto ou abortamento evitável	67
24.9	Gravidez ectópica	67
24.10	Descolamento cório-amniótico	68
24.11	Placenta prévia	68
24.12	Descolamento prematuro da placenta	68
24.13	Hiperêmese	69
24.14	Mola hidatiforme	70
24.15	Hipovitaminose A	70
24.16	Hipertensão arterial na gestação (Toxemia)	71
24.17	Pré-eclâmpsia	74
24.18	Eclâmpsia	75
24.19	Diabetes <i>mellitus</i> na gestação	78
<b>24.20</b>	<b>Hepatite B</b>	<b>82</b>
<b>24.21</b>	<b>Sífilis</b>	<b>83</b>
<b>24.22</b>	<b>Infecção por HIV</b>	<b>85</b>
<b>24.23</b>	<b>Doenças sexualmente transmissíveis em gestantes</b>	<b>90</b>
24.24	Toxoplasmose	93
25	<b>VIOLENCIA CONTRA A MULHER DURANTE A GRAVIDEZ</b>	<b>101</b>
26	<b>DIAGNÓSTICO DO TRABALHO DE PARTO PREMATURO</b>	<b>104</b>
27	<b>ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO</b>	<b>105</b>
28	<b>OBJETIVOS DA ASSISTÊNCIA NO PUERPÉRIO</b>	<b>105</b>
29	<b>REVISÃO PUERPERAL</b>	<b>106</b>
30	<b>AÇÕES EM RELAÇÃO À CONSULTA PUERPERAL</b>	<b>107</b>
31	<b>ASPECTOS EMOCIONAIS NO PUERPÉRIO</b>	<b>109</b>
32	<b>ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL NO PUERPÉRIO</b>	<b>111</b>
33	<b>AÇÕES EM RELAÇÃO AO RECÉM-NASCIDO</b>	<b>112</b>
34	<b>REVISÃO PUERPERAL TARDIA</b>	<b>113</b>

35	AFECÇÕES FREQUENTES NO PUERPÉRIO	114
36	VACINAÇÃO NO PUERPÉRIO	116
37	ANTICONCEPÇÃO PÓS-PARTO E PÓS-ABORTAMENTO	116
38	ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS NO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO	117
	<b>REFERÊNCIAS</b>	123
	<b>FLUXOGRAMAS</b>	125-132
	<b>ANEXOS</b>	133-142

## 1. INTRODUÇÃO

Este protocolo destina-se às equipes de atenção básica da Secretaria Municipal de Saúde de Colombo e tem por objetivo padronizar os procedimentos necessários para uma atenção pré-natal e puerperal de qualidade e humanizada que é fundamental para a saúde materna e neonatal. A atenção à mulher na gravidez e no pós-parto deve incluir ações de prevenção e promoção da saúde, além de diagnóstico e tratamento adequado dos problemas que ocorrem neste período.

Deve-se considerar que um serviço resolutivo no atendimento ao pré-natal, deverá ultrapassar os aspectos burocráticos e mudar a forma de acolhimento a gestante e, para isso, é necessário que o profissional esteja capacitado e sensibilizado e, principalmente, que a unidade reorganize seu processo de trabalho e altere o fluxo de atendimento.

O acompanhamento do pré-natal deve ser realizado com a finalidade de atender às necessidades da gestante, obtendo, assim, melhores efeitos sobre a saúde da mãe e do recém-nascido, sendo considerado um momento privilegiado para discutir e esclarecer questões que são únicas para cada mulher e seu parceiro. A história de cada gravidez, o contexto em que ocorrem, as relações familiares envolvidas, as emoções e sentimentos percebidos são únicos e, devem ser considerados para que se possa desenvolver uma boa assistência à mulher grávida.

Isto significa que deve ser priorizada a humanização da assistência ao pré-natal através do acolhimento da gestante e de seus acompanhantes, de toda a sua história, dúvidas, queixas, temores e sentimentos. O acolhimento requer uma escuta ativa, aberta, sem julgamentos ou preconceitos, e que ofereça segurança e possibilite a esta mulher tranquilidade para gestar e chegar ao parto com informações, cuidado e de forma saudável. A atenção integral à saúde das gestantes e das puérperas é a melhor estratégia para prevenir mortes maternas, abortamentos, nati-mortalidades, óbitos neonatais e seqüelas de intercorrências ocorridas no ciclo grávido-puerperal.

Ivonne Cecília Restrepo Solano  
**Secretária Municipal de Saúde**

## 2. PROGRAMA NASCER COLOMBO

Este Programa tem como objetivo incentivar a participação da gestante nas reuniões de grupo das Unidades de Saúde, promovendo a visita da gestante na Maternidade Maracanã e a assiduidade nas consultas de pré-natal e puerpério, conforme orientações do Ministério da Saúde no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SIS Pré-Natal).

Toda gestante deve sair da Maternidade com a data da consulta de puerpério e de puericultura agendadas na Unidade de Saúde do seu Prè-Natal, estando assim a seu bebê inscrito no programa de crescimento e desenvolvimento da criança (Puericultura), e neste momento ela receberá a bolsa do bebê.

### 2.1 Exigências mínimas para o recebimento da bolsa

A bolsa do **Programa Nascer Colombo** será entregue **SOMENTE** para a gestante que:

- A) Realizar no *mínimo* **07 consultas** de pré-natal, sendo que a **primeira consulta seja antes de completar 90 dias** (até o 3º mês) de gestação;
- B) Realizar no mínimo, 06 consultas com o MÉDICO OU ENFERMEIRO da Unidade de Saúde;
- C) Realizar a **1ª bateria (o mínimo que o Ministério exige) de exames** na primeira consulta de pré-natal
- D) Aplicar a **vacina antitetânica** dose imunizante, dose de reforço ou esquema recomendado das 3 doses (com intervalo entre as doses de 30 a 60 dias);
- E) Realizar a **2ª bateria de exames** na 28º semana de gestação
- F) Realizar a **3ª bateria de exames** na 34º semana de gestação
- G) Realizar (01) **consulta de puerpério** de 7 – 10 dias após o parto.

Toda gestante residente em Colombo sai da Maternidade com duas consultas agendadas:

- **Consulta de Puepério (Pós Parto)** deve acontecer entre 7 – 10 dias ou, no mais tardar, antes de completar 40 dias após o parto), para que neste momento ela receba a bolsa do Programa (de cor verde bebê, de material resistente, com alça longa e com o logotipo do Programa Nascer Colombo e do Ministério da Saúde),

contendo: 1 toalhinha de boca, e informativo sobre os primeiros cuidados o bebê.

- **1ª consulta de seu bebê** para inscrever no programa de Puericultura (Crescimento e Desenvolvimento do bebê) na Unidade de Saúde do seu Pré-Natal ou a mais próxima de sua residência.

A Unidade de Saúde deverá ter o controle absoluto da participação das gestantes nos grupos e no Programa do SIS Pré-Natal, independente do local onde ela realize o pré-natal.

As reuniões deverão ser organizadas pelas Unidades de Saúde e programadas com no mínimo uma reunião por semana, para que as gestantes tenham a oportunidade de participar de todos os grupos e, principalmente na visita à Maternidade Maracanã.

**Se a gestante deixar de completar qualquer uma das estratégias de acompanhamento (reunião de grupo, consulta pré-natal, visita à Maternidade, a não realização dos exames, vacina e etc.), ela NÃO terá direito de ganhar a bolsa do bebê, independente da razão ou justificativa da falta ou falha por parte da gestante neste acompanhamento.**

Se a falta ocorrer na participação da gestante no grupo, esta poderá repor conforme demanda na Unidade de Saúde; porém será de iniciativa da gestante a procura para marcar nova data da reunião do grupo que faltou.

A Unidade de Saúde não será responsabilizada pela Busca Ativa das gestantes que faltarem nas reuniões dos grupos, apenas quanto às faltas nas consultas de Pré-Natal.

**As bolsas e toalhinhas estarão armazenadas na Central de Distribuição de Materiais (CDM) a qual serão distribuídas para cada Unidade de Saúde de acordo com a solicitação da Coordenadora da Unidade de Saúde via planilha mensal do CDM.** após de entregues somente para as Gestantes que concluíram todas as etapas solicitadas no Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (PHPN) preencher o relatório de acompanhamento da gestante identificando nominalmente, transcrevendo as datas de consultas, exames, vacinas e data da consulta puerperal.

Solicitar a assinatura da Parturiente na hora da entregada bolsa. Enviar este o relatório de controle de estoque e para alimentação do Programa para o CEO todo dia 20 de cada mês aos cuidados de Josiane/ – Programa Saúde da Mulher.

### 3. DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ

O teste de gravidez poderá ser solicitado preferencialmente pelo enfermeiro das Unidades Básicas de Saúde após 15 (quinze) dias de atraso menstrual. Se o resultado for negativo e persistir o atraso menstrual, encaminhar ao médico. Em caso de atraso menstrual de 12 semanas, quadro clínico e exame físico compatíveis com gravidez, dispensa o teste. Em caso de dúvidas, solicitar o exame.

São sinais confirmatórios de gravidez:

- Ausculta de BCF;
- Visualização fetal através de exames de imagem;
- Percepção dos movimentos fetais pelo examinador.

#### Quadro 1. Sinais e sintomas compatíveis com quadro de gravidez

##### **Sintomas**

- a) Náuseas e/ou vômitos
- b) Pirose
- c) Aumento do volume uterino
- d) Aumento do volume mamário
- e) Mastalgia
- f) Galactorréia
- g) Sialorréia
- h) Polaciúria
- i) Tontura/fraqueza

##### **Sinais**

- a) Presença de tubérculos de Montgomery
- b) Cloasma gravídico
- c) Presença de linha nigra.

#### 4. CONSULTA DE PRÉ-NATAL

- Para o **pré-natal de baixo risco** está proposto um mínimo de seis (6) consultas, podendo ser alternadas com o (a) médico (a) e com a (o) enfermeira (o) até o término da gestação.
- Ao procurar o profissional para a primeira consulta de pré-natal, pressupõe-se que a mulher já pôde refletir sobre o impacto do diagnóstico da gravidez. Nesse momento, de certa maneira, já ocorreram decisões conscientes quanto a dar continuidade à gestação.
- No entanto, existem inseguranças e, no primeiro contato com o profissional, a gestante busca: Confirmar sua gravidez, amparar suas dúvidas e ansiedades, certificar-se de que tem bom corpo para gestar, certificar-se de que o bebê está bem e apoiar-se para seguir nessa “aventura”.

#### 5. CALENDÁRIO DE CONSULTAS

O calendário de atendimento pré-natal deverá seguir a seguinte escala:

- 1 (uma) consulta no primeiro trimestre
- 2 (dois) consultas no segundo trimestre
- 4 (quatro) consultas no terceiro trimestre

#### ***IDADE GESTACIONAL/AGENDAMENTO DE CONSULTAS***

- Até 33 semanas Mensal
- De 34 a 38 semanas Quinzenal
- De 39 a 40 semanas Semanal
- De 40 a 42 semanas de 03 em 03 dias

Frente a qualquer alteração, ou se o parto não ocorrer até sete dias após a data provável, a gestante deverá ter consulta médica assegurada, ou ser referida para serviço de maior complexidade (Maternidade ou Hospital de Referência).

## 6. PRIMEIRA CONSULTA DE PRÉ-NATAL

A primeira consulta deverá, preferencialmente, ser agendada com o (a) enfermeiro (a), que realizará os seguintes procedimentos, após o resultado do  $\beta$ -HCG positivo:

- Anotar os dados da consulta de pré-natal no prontuário e na carteirinha da gestante, fornecendo o mesmo a usuária;
- Cadastrar no Programa SIS pré-natal;
- Encaminhar para avaliação odontológica;
- Solicitar os exames laboratoriais da primeira rotina de pré-natal;
- Solicitar ecografia obstétrica;
- Coletar ou agendar o exame de citologia oncológica, conforme a necessidade;
- Levantar os antecedentes familiares, pessoais, ginecológicos e obstétricos;
- Calcular a idade gestacional e a data provável do parto;
- Realizar o exame físico;
- Avaliar os fatores de risco;
- Proceder às orientações conforme idade gestacional e queixas; (importância do pré-natal, como proceder em possíveis situações de risco, etc.).
- Realizar diagnósticos e intervenções de Enfermagem conforme a CIPESC®
- Agendar a consulta médica para complementação de critérios de risco, se possível, na data que os resultados de exame estiverem disponíveis.
- Agendar palestras informativas (oficina da gestante), conforme a rotina da Unidade de Saúde.
- Informar a gestante sobre o Programa Nascer Colombo.

## 7. EXAMES COMPLEMENTARES

Este protocolo preconiza a seguinte rotina laboratorial no pré-natal:

### 1ª Rotina de exames laboratorial Pré-Natal (na 1ª consulta)

- Tipagem sanguínea - ABO
- Fator Rh - Teste de Coombs indireto para RH-
- Parcial de Urina
- Cultura de urina
- Proteínuria rápido
- Hemograma completo
- Glicemia de jejum
- Sorologia para Sífilis (VDRL)
- Sorologia para HIV (I e II)
- Sorologia para Toxoplasmose (IgG, IgM)
- Sorologia para Rubéola (IgG, IgM)
- HbsAg, Anti-Hbs,
- Anti-HCV
- PPF (fezes).
- Eletroforese de hemoglobina (para mulheres negras e descendentes de italianas)
- Citopatológico cérvico vaginal.
- Ecografia Obstétrica.

**NOTA: Com relação aos exames de rotina de pré-natal deve-se garantir a realização logo no início da gravidez e a verificação dos resultados na segunda consulta. Especial atenção à necessidade de um controle rigoroso no retorno e entrega dos resultados das sorologias para HIV e sífilis, realizando busca ativa das pacientes que não retornaram para a consulta.**

- **Ecografia Obstétrica** – repetir no 2º e 3º trimestre de gestação para avaliar desenvolvimento do feto e repetir na presença de intercorrências (retardo do crescimento intra-uterino, altura uterina acima do esperado, sangramento, etc.).
- **Exame de citopatologia cérvico–vaginal** – coletar na 1ª consulta, independente do período gestacional, se o último exame foi realizado há mais de um ano.

**Além da rotina acima descrita, deverão ser solicitados em caso de necessidade:**

- **Coombs indireto** – solicitar na 1ª consulta a todas as gestantes RH negativo com companheiro RH positivo ou desconhecido; repetir a cada quatro semanas, a partir

da 28<sup>o</sup> semana. OBS: após administrada a imunoglobulina, o teste de coombs indireto poderá apresentar títulos reagentes até 1:4.

### 2<sup>a</sup> Rotina de exames laboratorial Pré-Natal 28<sup>a</sup> semana

- Parcial de Urina
- Cultura de urina
- Proteínuria rápido
- Hemograma completo
- Glicemia de jejum
- Teste de Tolerância a Glicose
- Sorologia para Sífilis (VDRL)

### 3<sup>a</sup> Rotina de exames laboratorial Pré-Natal 34<sup>a</sup> semana

- Parcial de urina
- Cultura de urina
- Hemograma completo
- Glicemia de jejum
- Teste de Tolerância a Glicose
- HbsAg, Anti-Hbs (para as susceptíveis e não vacinadas no pré natal)
- Anti-HCV
- Sorologia para Sífilis (VDRL)
- Sorologia para HIV (I e II)
- Sorologia para Toxoplasmose (IgM para suscetíveis)
- Ecografia Obstétrica

## 7.1 Interpretação dos resultados e condutas

### • TIPAGEM SANGÜÍNEA/FATOR Rh

Fator Rh positivo: escrever no cartão o resultado e informar à gestante sobre seu tipo sangüíneo;

Fator Rh negativo e parceiro com fator Rh positivo e/ou desconhecido: solicitar teste de Coombs indireto. Se o resultado for negativo, repeti-lo na 28<sup>a</sup> e 34<sup>a</sup> semana de gestação. Quando o Coombs indireto for positivo, encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco.

- SOROLOGIA PARA SÍFILIS (VDRL)

**VDRL negativo:** escrever no cartão e informar à gestante sobre o resultado do exame e o significado da negatividade, orientando-a para o uso de preservativo (masculino ou feminino). Repetir o exame na 28ª e 34ª semana de gestação, no momento do parto ou em caso de abortamento, em virtude dos riscos sempre presentes de infecção/reinfecção;

**VDRL positivo:** solicitar testagem do(s) parceiro(s) e o teste confirmatório (FTA-Abs ou HATP), sempre que possível. Se o teste confirmatório for "não reagente", descartar a hipótese de sífilis e considerar a possibilidade de reação cruzada pela gravidez e outras doenças, como lúpus, e encaminhar a gestante para consulta com especialista. Se o teste confirmatório for "reagente", o diagnóstico de sífilis está afirmado, devendo ser instituído o tratamento e o acompanhamento, segundo o esquema já mencionado.

Na impossibilidade de se realizar teste confirmatório em tempo hábil, e a história passada de tratamento não puder ser resgatada, considerar o resultado positivo em qualquer titulação como sífilis em atividade.

O tratamento será instituído imediatamente à mulher e a seu(s) parceiro(s) sexual(ais) na dosagem e periodicidade adequada, **correspondente a sífilis tardia latente de tempo indeterminado.**

Preencher a ficha de notificação e encaminhar para o setor de Vigilância Epidemiológica.

- URINA TIPO I

**Proteínas: “traços”** sem sinais clínicos de pré-eclâmpsia (hipertensão, ganho de peso) – repetir em 15 dias; **“positivo”** na presença de hipertensão – pré-eclâmpsia leve. Orientar repouso e controle de movimentos fetais, alertar para a presença de sinais clínicos, se possível solicitar proteinúria em urina de 24 horas e agendar retorno em, no máximo, sete dias; e **“maciça”** referir imediatamente ao pré-natal de alto risco;

**Bactérias/leucócitos/piócitos sem sinais clínicos de infecção do trato urinário:** deve-se solicitar urocultura com antibiograma e agendar retorno mais precoce que o habitual para resultado do exame. Se o resultado for positivo, tratar.

**Hemáceas se associadas à bacteriúria:** proceder da mesma forma que o anterior. Se **hematúria** isolada, excluir sangramento genital e referir para consulta especializada;

**Cilindros:** referir ao pré-natal de alto risco.

- HEMATIMETRIA – DOSAGEM DE HEMOGLOBINA E HEMATÓCRITO

**Hemoglobina  $\geq 11$  g/dl: ausência de anemia.** Manter a suplementação de 40 mg/dia de ferro elementar e 5 mg de ácido fólico, a partir da 20ª semana, devido à maior intolerância digestiva no início da gravidez. Recomenda-se ingestão uma hora antes das refeições.

**Hemoglobina  $< 11$  g/dl e  $> 8$  g/dl: diagnóstico de anemia leve a moderada.**

Solicitar exame parasitológico de fezes e tratar parasitoses, se presentes, segundo o item 13.16. Prescrever sulfato ferroso em dose de tratamento de anemia ferropriva (120 a 240 mg de ferro elementar/dia), de três a seis drágeas de sulfato ferroso/dia, via oral, uma hora antes das principais refeições.

- SULFATO FERROSO (ver receita padrão Emanuelle)

Um comprimido = 200 mg, o que corresponde a 40 mg de ferro **elementar**.

**Repetir o exame em 60 dias.** Se os níveis estiverem subindo, manter o tratamento até a hemoglobina atingir 11 g/dl, quando deverá ser mantida a dose de suplementação (60 mg ao dia), e repetir o exame em torno da 30ª semana. Se os níveis de hemoglobina permanecerem estacionários ou em queda, referir a gestante ao pré-natal de alto risco.

**Hemoglobina  $< 8$  g/dl: diagnóstico de anemia grave.** A gestante deve ser referida imediatamente ao pré-natal de alto risco.

- GLICEMIA DE JEJUM

A dosagem da glicemia de jejum é o primeiro teste para avaliação do estado glicêmico da gestante. O exame deve ser solicitado a todas as gestantes na primeira consulta do pré-natal, como **teste de rastreamento para o diabetes *mellitus* gestacional (DMG)**, independentemente da presença de fatores de risco. O resultado deve ser interpretado segundo o esquema a seguir. Se a gestante está no primeiro trimestre, a glicemia de jejum auxilia a detectar alterações prévias da tolerância à glicose.

- TESTE ANTI-HIV

Deve ser **sempre oferecido** e acompanhado do aconselhamento pré e pós-teste, embora a decisão de realizar, ou não, seja da mulher. O aconselhamento pré-teste descrito em anexo. Com o resultado do exame em mãos, o profissional de saúde (que também deverá

estar capacitado para aconselhar adolescentes), fará o aconselhamento pós-teste, conforme segue.

**Resultado negativo:** esse resultado poderá significar que a mulher não está infectada ou que foi infectada tão recentemente que não houve tempo para seu organismo produzir anticorpos em quantidade que possa ser detectada pelo teste utilizado (janela imunológica). Nesses casos, a necessidade de novo teste poderá ser considerada pelo profissional, com base nas informações colhidas durante o processo de aconselhamento pré-teste.

Diante dessa suspeita, o teste anti-HIV deverá ser repetido entre 30 e 90 dias, orientando-se a mulher e seu parceiro para o uso de preservativo (masculino ou feminino) em todas as relações sexuais.

O profissional de saúde deverá colocar-se à disposição da mulher, sempre que necessário, para prestar esclarecimento e suporte durante o intervalo de tempo que transcorrerá até a realização da nova testagem. Em todos os casos, o profissional deverá:

- discutir o significado do resultado;
- reforçar as informações sobre os modos de transmissão do HIV, de outras DST e as medidas preventivas;
- reforçar a informação de que teste negativo não significa prevenção, nem imunidade;
- informar que o teste deve ser repetido a cada nova gestação.

**Resultado indeterminado:** esse resultado poderá significar falso positivo ou verdadeiro positivo de infecção recente, cujos anticorpos anti-HIV circulantes não estão, ainda, em quantidade suficiente para serem detectados pelo teste utilizado. Nessa situação, o teste deverá ser repetido em 30 dias, orientando-se a mulher e seu parceiro para o uso de preservativo (masculino ou feminino) em todas as relações sexuais. Diante desse resultado, o profissional deverá:

- discutir o significado do resultado;
- encorajar para a nova testagem, oferecendo apoio emocional sempre que se fizer necessário;
- orientar para procurar o serviço de saúde, caso surjam sinais e sintomas não atribuíveis à gestação;
- reforçar sobre as medidas para prevenção do HIV e de outras DST.

**Resultado positivo:** diante desse resultado, o profissional deverá:

– discutir o significado do resultado, ou seja, reforçar a informação de que estar infectada pelo HIV não significa portar a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids), que é o estágio avançado da infecção, e que existem remédios para controlar a infecção materna e reduzir muito a possibilidade de transmissão para o bebê, devendo, para isso, a mãe ser avaliada e medicada adequadamente por profissional especializado na assistência a pessoas portadoras do HIV.

- SOROLOGIA PARA HEPATITE B (HBsAg)

Recomenda-se, sempre que possível, a triagem para a hepatite B. O HBsAg – antígeno de superfície do vírus da hepatite B (VHB) – é o primeiro marcador que aparece no curso da infecção aguda pelo VHB e desaparece com a cura. Sua persistência por mais de 6 meses é indicativa de hepatite crônica. Portanto, HBsAg positivo indica presença de infecção pelo VHB, podendo ser aguda ou crônica.

**Nota: se a gestante se enquadrar em um dos seguintes critérios de vulnerabilidade (portadora de alguma DST e usuária ou parceira de usuário de drogas injetáveis em prática de sexo inseguro) e tiver o resultado da nova testagem negativa, o exame deve ser repetido nas próximas baterias de exames e também no momento da internação para o parto (teste rápido anti-HIV).**

- SOROLOGIA PARA TOXOPLASMOSE

Recomenda-se, sempre que possível, a triagem para toxoplasmose por meio da detecção de anticorpos da classe IgM (Elisa ou imunofluorescência). Em caso de IgM positiva, significa doença ativa e o tratamento deve ser instituído.

## 8. SITUAÇÃO VACINAL

### • TÉTANO

A vacinação antitetânica é indicada para a prevenção do tétano no recém-nascido e para a proteção da gestante. É realizada com a vacina dupla do tipo adulto dT, de acordo com esquema a seguir:

#### **CONDUTAS:**

Esquema básico, três doses de dT:

- Esquema de três doses aplicadas com intervalo de dois meses, no mínimo de 30 dias entre elas.
- Caso só haja tempo para aplicação de duas doses: a segunda deverá ser aplicada até 20 dias antes da data provável do parto. Devendo o esquema ser completado no pós-parto.

**Gestante não vacinada** ou não sabe informar o passado vacinal, deve completar o esquema vacinal de 3 doses.

#### **Vacinação incompleta:**

- Há menos de 5 anos não é necessário dose de reforço;
- Há 5 anos ou mais: fazer uma dose de reforço, esta dose deve ser aplicada até vinte dias antes do parto;
- Somente uma dose: completa as três doses com intervalo de dois meses, mínimo de um mês entre a 2<sup>o</sup> e a 3<sup>o</sup>; desde que esta 1<sup>a</sup> dose tenha sido feita a menos de 5 anos.
- Duas doses: Aplicar a 3<sup>o</sup> dose; desde que as duas primeiras doses tenha sido feita no último 5 anos.

### • HEPATITE B

Iniciar ou completar o esquema de vacina contra Hepatite B; com 3 doses. No intervalo de um mês entre a 1<sup>a</sup> e a 2<sup>a</sup> e cinco meses entre a 2<sup>a</sup> e 3<sup>a</sup> dose. Caso a paciente já tenha uma ou duas doses, deve-se completar o esquema vacinal.

## 9. PROCEDIMENTOS TÉCNICOS E CONDUTAS

Os procedimentos e condutas padronizados que se seguem devem ser realizados sistematicamente e avaliados em toda a consulta de pré-natal. As condutas e os achados diagnósticos sempre devem ser anotados na ficha perinatal e no cartão da gestante (prontuário e carteirinha da gestante).

### 9.1 Medida de Peso:

Utilizar a carteirinha elaborada pela Secretaria Municipal de Saúde de Colombo, baseada na carteirinha de Saúde do Estado do Paraná que possui um gráfico com IMC de ganho de peso ideal em relação à altura durante a gestação.

#### **IMC- ÍNDICE DE MASSA CORPOREA**

Para avaliar o estado nutricional da gestante, são necessárias a aferição do peso e da estatura da mulher e o cálculo da idade gestacional.

Na primeira consulta de pré-natal, a avaliação nutricional da gestante, com base em seu peso e sua estatura, permite conhecer seu estado nutricional atual e subsidiar a previsão do ganho de peso até o final da gestação. Esta avaliação deve ser feita conforme descrito a seguir. Calcule o IMC por meio da fórmula:

$$\text{Índice de Massa Corporal (IMC)} = \text{Peso (kg)} / \text{Altura} \times \text{Altura}^2$$

### 9.2 Calcule a semana gestacional:

Atenção: Quando necessário, arredonde a semana gestacional da seguinte forma: 1, 2, 3 dias – considere o número de semanas completas e 4, 5, 6 dias – considere a semana seguinte.

Exemplo: Gestante com 12 semanas e 2 dias = 12 semanas

Gestante com 12 semanas e 5 dias = 13 semanas.

### 9.3 Realize a avaliação nutricional utilizando o Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante localizado na carteirinha da gestante

Localizar na linha horizontal a semana gestacional calculada e pontue com a linha vertical correspondente, o IMC calculado conforme descrito acima.

**Observação importante:** O ideal é que o IMC considerado na avaliação nutricional inicial da gestante seja o IMC pré-gestacional referido (limite mínimo são 2 meses antes) ou o

IMC calculado a partir de medição realizada até a 13ª semana gestacional. Caso isso não seja possível, inicie a avaliação da gestante com os dados da primeira consulta de pré-natal, mesmo que esta ocorra após a 13ª semana gestacional.

## 10. HISTÓRIA CLÍNICA

- **Identificação:**

- ✓ Idade
- ✓ Cor
- ✓ Naturalidade
- ✓ Procedência
- ✓ Endereço atual.

- **Dados Sócio-Econômicos e Culturais:**

- ✓ Grau de instrução;
- ✓ Profissão/ ocupação;
- ✓ Situação conjugal;
- ✓ Nº. e idade de dependentes (avaliar sobrecarga de trabalho doméstico);
- ✓ Renda familiar per capita;
- ✓ Pessoas da família que participam da força de trabalho;
- ✓ Condições de moradia (tipo, n.º de cômodos, alugada/própria);
- ✓ Condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo).

- **Motivos da Consulta:**

- ✓ Assinalar se foi encaminhada pelo agente comunitário ou se procurou diretamente a unidade;
- ✓ Se existe alguma queixa que a fez procurar a unidade, descrevê-la.

- **Antecedentes Familiares - Especial Atenção Para:**

- ✓ Hipertensão
- ✓ Diabetes;
- ✓ Doenças congênitas;

- ✓ Gemelaridade;
- ✓ Câncer de mama;
- ✓ Hanseníase;
- ✓ Tuberculose e outros contatos domiciliares (anotar a doença e o grau de parentesco).

- **Antecedentes Pessoais - Especial Atenção Para:**

- ✓ Hipertensão arterial, cardiopatias;
- ✓ Diabetes;
- ✓ Doenças renais crônicas;
- ✓ Anemia, transfusões de sangue;
- ✓ Doenças neuropsiquiátricas;
- ✓ Viroses (rubéola e herpes);
- ✓ Cirurgia (tipo e data);
- ✓ Alergias;
- ✓ Hanseníase; tuberculose.

- **Sexualidade:**

- ✓ Início da atividade sexual (idade da primeira relação);
- ✓ Desejo sexual (libido/ orgasmo/prazer);
- ✓ Dispareunia (dor ou desconforto durante o ato sexual);
- ✓ Prática sexual nesta gestação ou em gestações anteriores;
- ✓ Número de parceiros.

- **Antecedentes ginecológicos:**

- ✓ Menarca
- ✓ Ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade);
- ✓ Uso de métodos anticoncepcionais (quais, por quanto tempo e motivo do abandono);
- ✓ Infertilidade e esterilidade (tratamento); DST (tratamentos realizados, inclusive do parceiro);
- ✓ Cirurgias ginecológicas (idade e motivo); Mamas (alteração e tratamento);

✓ Última colpocitologia oncótica (Papanicolau ou “preventivo”, data e resultado).

• **Antecedentes obstétricos:**

✓ Número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez ectópica, mola hidatiforme)

✓ Número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, fórceps, cesáreas - indicações);

✓ Número de abortamentos (espontâneos, provocados, complicados por infecções, curetagem pós-abortamento); Número de filhos vivos; idade da primeira gestação; intervalo entre as gestações (em meses);

✓ Número de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37ª semana de gestação), pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação); Número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2500g) e com mais de 4000g;

✓ Mortes neonatais precoces - até 07 dias de vida (número e motivos dos óbitos);

✓ Mortes neonatais tardias - entre 07 e 28 dias de vida (número e motivo dos óbitos);

✓ Natimortos (morte fetal intra-útero e idade gestacional em que ocorreu);

✓ Recém nascidos com icterícia neonatal, transfusão, exsanguinotransfusões;

✓ Intercorrências ou complicações em gestações anteriores (especificar);

✓ Complicações nos puerpérios (descrever); Histórias de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame);

✓ Intervalo entre o final da última gestação e o início da atual.

• **Gestação atual:**

✓ Data do primeiro dia da última menstruação - DUM (anotar certeza ou dúvida);

✓ Data provável do parto - DPP;

✓ Data da percepção dos primeiros movimentos fetais.

✓ Sinais e sintomas na gestação em curso;

✓ Medicamentos usados na gestação;

✓ A gestação foi ou não planejada/ aceitação pessoal familiar;

✓ Hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e uso de drogas ilícitas;

✓ Ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse).

## 11. CÁLCULO DA DATA PROVÁVEL DO PARTO (DPP):

Calcula-se a DPP levando-se em consideração a duração média da gestação normal (280 dias ou 40 semanas a partir da DUM), mediante utilização de calendário comum ou disco.

Outra forma para cálculo da DPP é através da Regra de Nägele:

- Cálculo do dia:

Considerar o dia da data da última menstruação (DUM) e somar 7 para as multíparas ou 10 para as nulíparas.

- Cálculo do mês e do ano:

Para as DUM cujo mês esteja compreendido entre janeiro e março – somar 9 ao mês e manter o ano;

Para as DUM cujo mês esteja compreendido entre abril e dezembro – diminuir 3 do mês e somar 1 ao ano;

Em ambas as situações, se a contagem dos dias ultrapassar o número de dias previsto para o mês (28, 29, 30 ou 31), deve-se somar mais 1 ao mês da DUM.

## 12. CÁLCULO DA IDADE GESTACIONAL (IG):

- Método de Cálculo da Idade Gestacional, quando DUM conhecida:

Calcular o número de dias a partir do 1º. Dia da DUM, até a data da consulta. Ex: DUM: 15/06/02 e Data da Consulta: 18/09/02, somar os dias e dividir por 7. Considerar os números inteiros como o número de semanas de gestação e o primeiro número decimal, considerar como dias. No exemplo a nossa gestante esta com 13 semanas e 3 dias.

- Cálculo de idade Gestacional quando a data da última menstruação é desconhecida, mas se conhece o período do mês em que ela ocorreu: Se o período foi no início, meio ou final do mês, considerar como data da última menstruação os dias 5, 15 e 25, respectivamente; proceder, então, à utilização do método acima descrito.
- Quando a data e o período da última menstruação são desconhecidos:  
Proceder ao exame físico:
  1. Medir a altura uterina e posicionar o valor encontrado na curva de crescimento

uterino. Verificar a IG correspondente a esse ponto. Considerar IG muito duvidosa e assinalar com interrogação na ficha perinatal e no cartão da gestante. A medida da altura uterina não é a melhor forma de calcular a idade gestacional;

2. Quando a data e o período do mês não forem conhecidos, a IG e a DPP serão inicialmente determinadas por aproximação, basicamente, pela medida da altura do fundo do útero e do toque vaginal, além da informação sobre a data de início dos movimentos fetais, que ocorre por volta da 20ª semana.

#### Determinação do Trimestre Gestacional

A idade gestacional possibilita determinar o trimestre da gravidez no momento em que se inicia o pré-natal:

#### SEMANAS GESTACIONAIS POR TRIMESTRE

- Abaixo de 13 semanas                      1º trimestre
- Entre 14 a 27 semanas                      2º trimestre
- Acima de 28 semanas                      3º trimestre

### 13. EXAME FÍSICO

#### GERAL:

Determinação do peso e avaliação do estado nutricional da gestante;

Medida e estatura;

Determinação da frequência do pulso arterial;

Medida da temperatura axilar;

Medida da pressão arterial;

Inspeção da pele e das mucosas;

Palpação da tireóide;

Ausculata cardiopulmonar;

Exame do abdome;

Palpação dos gânglios inguinais;

Exame dos membros inferiores;  
 Pesquisa de edema (face, tronco, membros).

### *ESPECÍFICO: GINECO-OBSTÉTRICO*

Exame mamas (orientando, também, para o aleitamento materno);  
 Medida da altura uterina;  
 Ausculta dos batimentos cardíofetais (acima da 12<sup>a</sup> semana de gestação com auxílio do Sonar Doppler)  
 Identificação da situação e apresentação fetal (3<sup>o</sup> trimestre);  
 Inspeção dos genitais externos;  
 Exame especular;  
 a) inspeção das paredes vaginais;  
 b) inspeção do conteúdo vaginal;  
 c) inspeção do colo uterino;  
 d) coleta de material para exame colpocitológico (preventivo de câncer) conforme necessidade;

- Toque vaginal;
- Outros exames, se necessários.



### *PALPAÇÃO OBSTÉTRICA E MEDIDA DA ALTURA UTERINA (AU)*

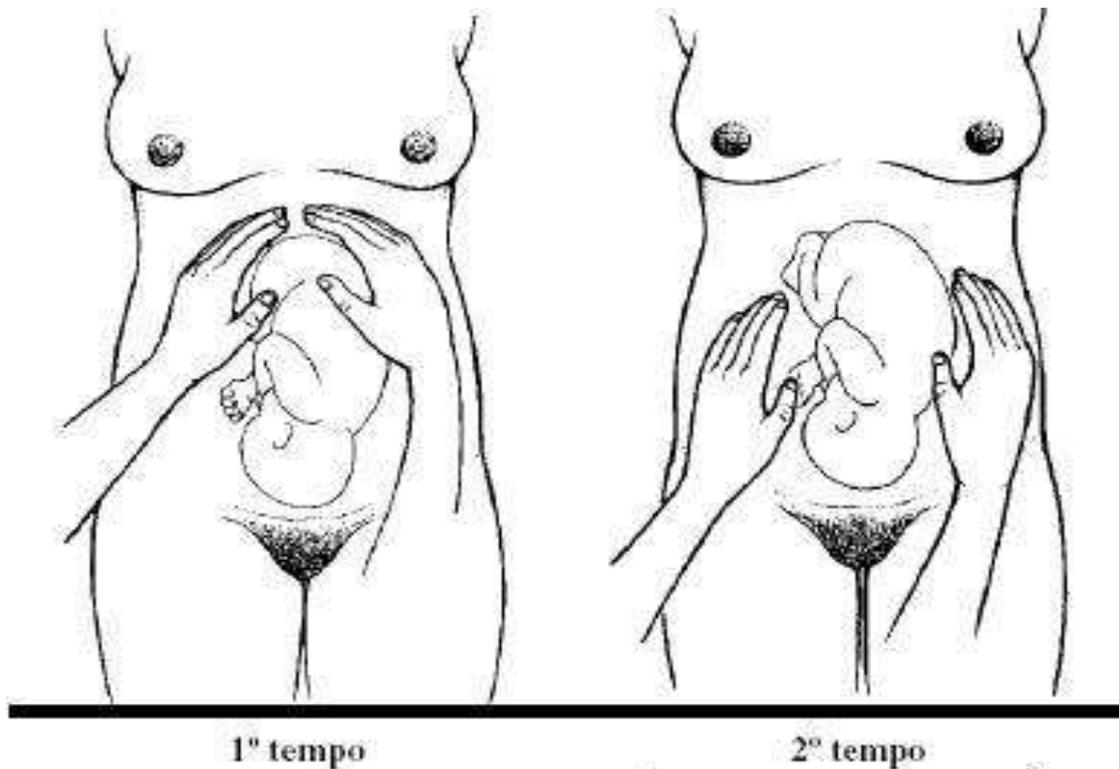
- Identificar o crescimento fetal;
- Diagnosticar os desvios da normalidade a partir da relação entre a altura uterina e a idade gestacional;

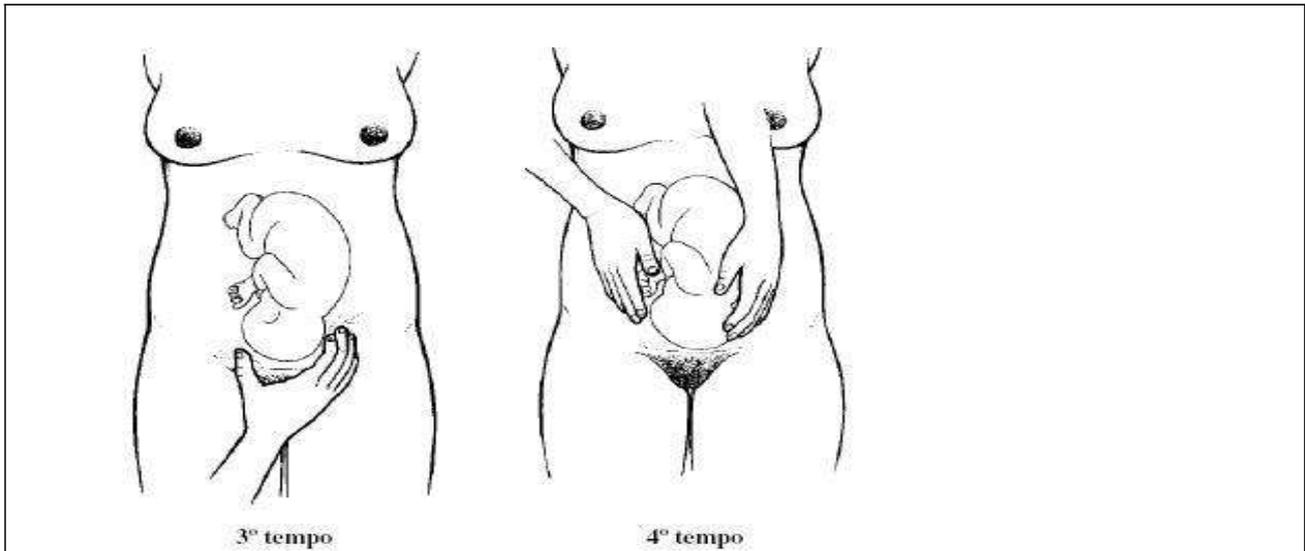
- Identificar a situação e a apresentação fetal.

### *PALPAÇÃO OBSTÉTRICA*

A palpação obstétrica deve ser realizada antes da medida da altura uterina. Ela deve iniciar-se pela delimitação do fundo uterino, bem como de todo o contorno da superfície uterina (**esse procedimento reduz o risco de erro da medida da altura uterina**). A identificação da situação e da apresentação fetal é feita por meio da palpação obstétrica, procurando identificar os pólos cefálico e pélvico e o dorso fetal, facilmente identificados a partir do terceiro trimestre. Pode-se, ainda, estimar a quantidade de líquido amniótico.

#### **Manobras de palpação:**





### *VERIFICAÇÃO E CONTROLE DA PRESSÃO ARTERIAL*

Detectar precocemente os estados hipertensivos que se constituam em risco materno e perinatal. Os níveis tensionais alterados devem ser confirmados em pelo menos duas medidas, estando à gestante em repouso.

Atenção especial deve ser dada para qualquer alteração nos níveis pressóricos das gestantes negras, com o devido acompanhamento e encaminhamento para serviços de alto-risco, quando detectadas alterações significativas. (BRASIL 2006)

### ***CONSIDERA-SE HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA NA GESTAÇÃO***

***O aumento de 30mmHg ou mais na pressão sistólica (máxima) e ou de 15 mmHg ou mais na pressão diastólica (mínima), em relação aos níveis tensionais previamente conhecidos;***

***A observação de níveis tensionais iguais ou maiores que 140mmHg de pressão sistólica, e iguais ou maiores que 90mmHg de pressão diastólica.***

***Aumento da Pressão arterial média (PAM) de 20; em relação aos níveis tensionais previamente conhecidos;***

***Quando a PAM é 95, no 3º trimestre.***

Pacientes de risco: Em virtude de apresentar hipertensão arterial, referir ao pré-natal de alto risco.

Observação: as pacientes com hipertensão diastólica antes da gestação deverão ser consideradas de risco e encaminhadas ao pré-natal de alto risco.

#### *DOENÇA HIPERTENSIVA ESPECÍFICA DA GRAVIDEZ:*

Hipertensão (segundo valores acima citados);

Edema: quando é de aparecimento súbito, ou aumento de peso > 500 g/ semanais;

Proteinúria: quando houver 2g ou mais por 1000 ml de urina (24 horas).

Encaminhar para pré-natal de alto risco.

#### *VERIFICAÇÃO DA PRESENÇA DE EDEMA*

- ✓ Detectar precocemente a ocorrência de edema patológico.
- ✓ O edema fica evidenciado mediante presença de uma depressão duradoura no local pressionado.

Nos membros inferiores:

- ✓ Posicionar a gestante de decúbito dorsal ou sentada, sem meias;
- ✓ Pressionar a pele na altura do tornozelo (região perimaleolar) e na perna, no nível do seu terço médio, face anterior (região pré-tibial), Na região sacra:
- ✓ Posicionar a gestante em decúbito lateral ou sentada;
- ✓ Pressionar a pele por alguns segundos na região sacra com o dedo polegar.

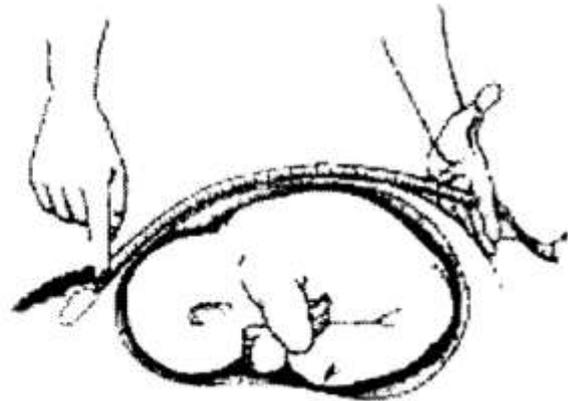
Na face e em membros superiores identificar a presença de edema pela inspeção.

Classificação do Edema:

- ✓ Edema ausente (-)
- ✓ Acompanhar a gestante, seguindo o calendário de rotina.
- ✓ Apenas edema de tornozelo, sem hipertensão ou aumento súbito de peso (+).
- ✓ Verificar se o edema está relacionado à postura, final do dia, temperatura ou tipo de calçado. Orientar repouso mais freqüente, em decúbito lateral. Seguir calendário mínimo. Edema limitado aos membros inferiores, com hipertensão ou aumento do peso (++)
- ✓ Aumentar repouso em decúbito lateral esquerdo. Deve ser avaliada pelo médico da unidade, de acordo com o calendário de rotina. Caso haja hipertensão, a gestante deve ser encaminhada para um serviço de alto risco. Edema generalizado (face, tronco ou membros), ou que já se manifesta ao acordar,

acompanhado ou não de hipertensão ou aumento súbito de peso (+++).

- ✓ Gestante de risco em virtude de suspeita de pré-eclampsia ou outras situações patológicas: referir ao pré-natal de risco anasarca (++++). Internamento e encaminhamento ao pré-natal de alto risco \* anotar no cartão gestante de acordo com a classificação acima.



### *MEDIDA DA ALTURA UTERINA*

#### Como Proceder a Medida da Altura Uterina:

Posicionar a gestante em decúbito dorsal com o abdômen descoberto.

Delimitar a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino.

Fixar a extremidade inicial zero cm da fita métrica sobre a borda superior da sínfise púbica, passando o mesmo entre os dedos indicador e médio;

Proceder à leitura quando a extremidade cubital da mão atingir o fundo uterino;

Anotar a medida em cm no cartão e marcar o ponto na curva altura uterina/ idade gestacional.

#### Padrão de Referência:

Curvas de altura uterina para idade gestacional desenhada a partir dos dados do Centro Latino Americano de Perinatologia (CLAP).

Ponto de corte: Serão considerados *limites de normalidade para o crescimento uterino*, o percentil 10 para o inferior e o percentil 90 para o superior.

Representação do indicador: por meio de gráfico constituído de duas linhas: a inferior representa o percentil 10 e a superior, o percentil 90.

*Parâmetros da Altura Uterina:*

Até a 6ª semana não ocorre alteração do tamanho uterino;

Na 8ª semana o útero corresponde ao dobro do tamanho normal;

Na 10ª semana o útero corresponde a três vezes o tamanho habitual;

Na 12ª semana enche a pelve de modo que é palpável na sínfise púbica;

Na 16ª semana o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical;

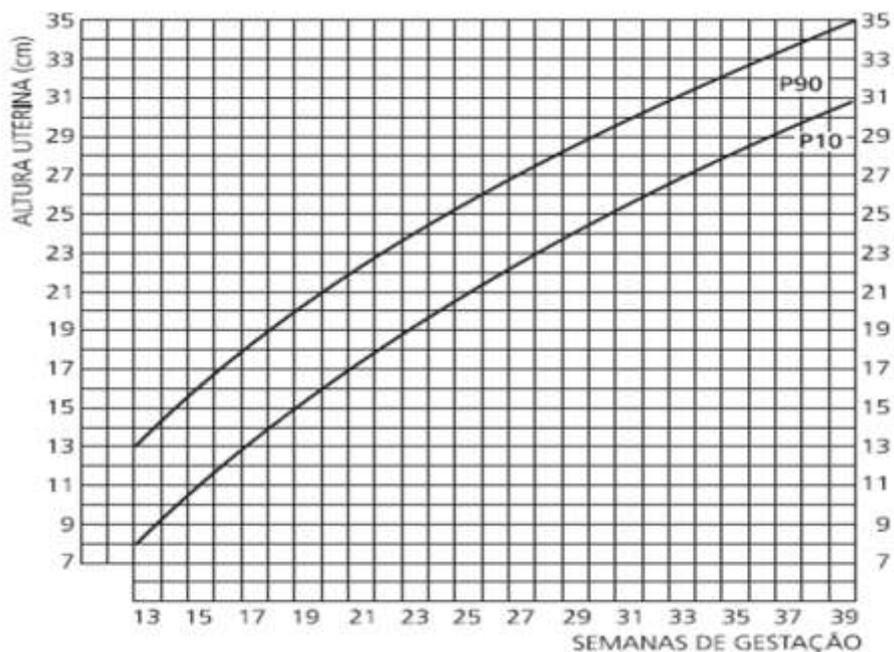
Na 20ª semana o fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical;

A partir da 20ª semana existe uma relação aproximada entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina. Porém, esse parâmetro torna-se menos fiel, à medida que se aproxima o termo.

Padrão de referência: curva de altura uterina para idade gestacional desenhada a partir dos dados do Centro Latino-Americano de Perinatologia (CLAP). Existem, ainda, outras curvas nacionais e internacionais utilizadas por alguns serviços isoladamente.

Ponto de corte: serão considerados parâmetros de normalidade para o crescimento uterino o percentil 10, para o limite inferior, e o percentil 90, para o limite superior.

Representação do indicador por meio de gráfico constituído de duas linhas: a inferior representa o percentil 10 e a superior, o percentil 90.



#### **14. ROTEIRO DE CONSULTAS SUBSEQÜENTES**

- Revisão da ficha perinatal e anamnese atual; registrar na carteirinha da gestante;
- Cálculo e anotação da idade gestacional;
- Controle do calendário de vacinação;
- Exame físico geral e gineco-obstétrico:
- Determinação do peso;
- Medida da pressão arterial;
- Inspeção da pele e das mucosas;
- Inspeção das mamas;
- Palpação obstétrica e medida da altura uterina – anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal;
- Ausculta dos batimentos cardíofetais;
- Pesquisa de edema;
- Toque vaginal, exame especular e outros, se necessários.
- Interpretação de exames laboratoriais e solicitação de outros, se necessários;
- Acompanhamento das condutas adotadas em serviços clínicos especializados;
- Realização de ações e práticas educativas (individuais e em grupos);
- Agendamento de consultas subseqüentes.
- Avaliação de risco em todas as consultas

#### **15. FATORES DE RISCO REPRODUTIVO**

##### ***CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E CONDIÇÕES SÓCIO-DEMOGRÁFICAS DESFAVORÁVEIS:***

Idade menor que 15 e maior que 35 anos;

Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse;

Situação conjugal insegura;

Baixa escolaridade (menos de 05 anos);

Renda familiar baixa;  
Condições ambientais desfavoráveis;  
Altura menor que 1,45 m;  
Peso menor que 45 kg e maior que 75 kg;  
Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;  
Condições psicológicas alteradas.

### **HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR:**

Morte perinatal explicada e inexplicada;  
Recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou mal-formado;  
Abortamento habitual;  
Esterilidade/ infertilidade;  
Intervalo inter-partal menor que dois anos ou maior que cinco anos;  
Nuliparidade e multiparidade;  
Síndrome hemorrágica ou hipertensiva (DHEG);  
Cirurgia uterina anterior.  
Macrossomia fetal

### **DOENÇA OBSTÉTRICA NA GRAVIDEZ ATUAL:**

Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;  
Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;  
Ganho ponderal inadequado;  
Pré-eclâmpsia – eclampsia;  
Amniorrexe prematura;  
Hemorragias da gestação;  
Isoimunização;  
Óbito fetal.

### **INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS:**

Cardiopatias;  
Pneumopatias;  
Nefropatias;  
Endocrinopatias;  
Hematopatias;

Hipertensão arterial;  
Epilepsia;  
Doenças infecciosas (DST)  
Doenças auto-imunes;  
Ginecopatias.  
Infecção Urinária

## **16. GRUPO DE GESTANTES**

Informar á mulher sobre a importância dos grupos de Gestantes, salientando a importância da participação, estes grupos devem ser realizados em todas as Unidades de Saúde com sugestões dos seguintes temas:

- ✓ A importância do Pré-Natal, qual o significado desse acompanhamento, a importância das consultas, de todos os exames, avaliação e orientações sobre dietas, atividade física, e a estimulação do parceiro no pré-natal;
- ✓ Orientações Odontológicas para a mãe e para o feto;
- ✓ O desenvolvimentoda gestação, semanal/ trimestral (alterações físicas e emocionais)
- ✓ Infecções por DSTs;
- ✓ Uso de drogas, tabagismo, alcoolismo, os efeitos no feto e em familiares;
- ✓ Queixas mais comuns;
- ✓ O que é trabalho de parto;
- ✓ Direitos das gestantes;
- ✓ Aleitamento Materno;
- ✓ cuidados com o RN;
- ✓ Paternidade responsável;

**Toda equipe de saúde deve e pode colaborar, identificando na comunidade temas além do sugeridos, envolver o Conselho Local de Saúde no desenvolvimento das ações, organização, e procura de espaço físico.**

## 17. ORIENTAÇÕES GERAIS PARA AS GESTANTES

- Usar linguagem de fácil compreensão; escutar as dúvidas, medos, questionamento e mitos, transmitir confiança e demonstrar que as informações prestadas são baseadas nas experiências e nas evidências científicas.
- Cuidar com as expressões usadas após o exame das mamas com: suas mamas são muito pequenas, seu mamilo é plano ou invertido e você terá dificuldade para amamentar. Está provado que a grande maioria das mulheres com mamilos invertidos podem amamentar com sucesso, porém devem receber assistência pós-natal até que a amamentação esteja estabelecida;
- Orientar o uso de sutiã reforçado para manter os seios elevados;
- A Equipe de Saúde deve orientar os riscos do aleitamento cruzado;
- Orientar sobre a massagem e a ordenha manual para prevenir as complicações mais comuns da lactação, como fissura, ingurgitamento mamário e mastite; esclarecer que o uso de sabão, cremes e pomadas no mamilo deve ser evitado.
- Álcool: além de problemas sociais e nutritivos decorrentes de um excesso, existe um tipo de malformação inerente aos bebês de mulheres que sofrem de alcoolismo crônico. Síndrome Fetal Alcoólica (SFA), caracterizada por uma variedade de malformações, sendo mais importante a anomalia crânio-facial e o retardo do desenvolvimento físico e mental. O melhor conselho é a gestante abster-se do álcool, desde a concepção até a lactação. O álcool passa ao leite materno e pode condicionar intoxicação ao lactente.
- Asseio Corporal: a gravidez não contra-indica o banho diário e as demais medidas de higiene pessoal. A pele deve ser mantida limpa visto que a eliminação cutânea é, sobretudo necessária, e qualquer secreção não removida pode ser origem de dermatoses. Então o banho terá efeito de remoção de secreções, tonificante, relaxante e revigorante. Deverá ser de aspersão (chuveiro), com temperatura não muito elevada, uso de sabonetes neutros, xampus normais. Não fazer duchas ou lavagens intravaginais; não usar desodorantes íntimos. Os banhos de imersão são contra-indicados nas quatro últimas semanas de gestação devido à possibilidade de já existir uma certa dilatação cervical e conseqüente contaminação.
- Atividades Físicas e Viagens: ginásticas podem ser feitas sob orientação.

Andar a pé é saudável, evitando estradas íngremes. Deve-se dormir no mínimo 08 horas por dia. Viagens longas devem ser restritas, pois causam esforço físico, bem como viagens em estradas não pavimentadas.

- Atividade Sexual: as contra-indicações seriam a ameaça de aborto e ameaça de parto prematuro. O desejo sexual pode estar inibido ou exacerbado durante a gestação. Não há contra-indicação uma vez que a gestante e seu companheiro procurem adaptar-se às condições anatômicas mais confortáveis.
- Dentes: A cárie dentária é uma enfermidade que ataca as partes mais externas do dente (esmalte e dentina) e avançando para o interior do dente traz como resultado a destruição total do mesmo. A cárie é causada pela ação dos ácidos que são produzidos na placa bacteriana junto aos dentes. A falta de higiene dentária e a alimentação incorreta são os fatores mais importantes e os que mais contribuem para o elevado número de cárie dental.
- Emprego: evitar fadiga, evitar acidentes aos quais a gestante é especialmente vulnerável devido a alterações em seu centro de gravidade. Diminuir os perigos ambientais, tanto físicos como químicos. Evitar empregos em que haja inversão das cargas horárias de trabalho, ou seja, horário noturno, ou sem intervalo para descanso.
- Fumo: está diretamente relacionado ao peso dos recém-nascidos, bem como elevado índice de natimorto se o índice de mortalidade perinatal que é de 26% mais alto em relação às não-fumantes. Idealmente, a mulher deveria deixar de fumar, quando gestante. Na impossibilidade de fazê-lo deverá reduzir o número de cigarros diários procurando não ultrapassar em qualquer hipótese dez cigarros.
- Higiene do Vestuário: a gestação imprime substanciais modificações anatômicas ao organismo da mulher, exige vestuário adequado, que proporcione comodidade e liberdade de movimentos. É possível aliar conforto e elegância, fato relevante para muitas pacientes. Até o 4<sup>o</sup> (quarto) mês, não há necessidade da vestimenta estereotipada da grávida. São contra-indicadas assim como as cintas e ligas circulares, por serem constrictiva da circulação venosa. Evitar o uso de sapato de salto alto, pois influência sobre o equilíbrio da grávida, modificada pela lordose fisiológica. Havendo varizes, é recomendável o uso de meia elástica, visando facilitar o retorno venoso do

sangue pelos vasos de paredes flácidas.

- Hiperacidez Bucal: desenvolvimento bacteriano - descalcificação do dente. A este fato e não à absorção do cálcio pelo feto é que se deve o aumento de cárie que pode ocorrer na gestação. As mulheres grávidas, principalmente as de baixo nível sócio-econômico, não se alimentam adequadamente, tornando-se comumente gestantes desnutridas ou anêmicas, tanto em virtude de hábitos alimentares inadequados, quanto em consequência de deficiências da mastigação pelo mau estado dos dentes. A gengivite é um processo inflamatório das gengivas causado pela placa bacteriana. A gestação produz, algumas vezes, alterações que contribuem como agravantes deste problema, por exemplo, fatores metabólicos, emocionais, hormonais, que tornam as gengivas mais sensíveis. Sempre que houver necessidade de tratamento odontológico, este deverá ser realizado. O período de eleição para o tratamento dentário é do 4º (quarto) ao 8º (oitavo) mês, acompanhado de uma história clínica obstétrica da paciente.
- Pele: o uso de óleos e cremes hidratantes para proteger a pele e evitar ressecamento não está contra-indicado. Porém não podemos afirmar que irá protegê-la quanto ao aparecimento de estrias, que depende de ação hormonal e da elasticidade da pele. O aparecimento de manchas na pele, principalmente na face, devido a uma hiperpigmentação, chamadas de cloasma gravídico, deverá desaparecer no período pós-gestacional.
- Leucorréia ou Corrimento Vaginal: o aumento das secreções vaginais pode ocorrer por aumento das secreções das glândulas do cérvix uterino, devem ser removidos no banho normal do paciente. A vagina tem capacidade de promover sua auto-limpeza, porém o médico deverá sempre investigar a causa deste aumento de corrimento, pois poderá ser de origem infecciosa ou causada por fungos.
- Repouso e Relaxamento: o repouso e o sono são essenciais para a recuperação da energia. Durante a gravidez, há uma tendência para cansar mais rapidamente e as necessidades de renovar as energias são mais evidentes. A gestante deverá exercer suas atividades, a fim de evitar fadiga que trará como consequência irritabilidade, apreensão, tendência à

preocupação e agitação. Durante o dia, se houver possibilidade, fazer breve intervalo de relaxamento muscular e mental. Lembrá-las de elevar os membros inferiores para melhorar o retorno venoso. Para varizes de vulva e reto, recomenda-se o repouso na posição de Sims.

Ansiedade: dando continuidade ao pré-natal, observam-se, ao longo da gestação, algumas ansiedades típicas, que podem ser percebidas de acordo com o período gestacional.

## 18. QUEIXAS COMUNS NA GESTAÇÃO

O período que corresponde a gestação inicia com a fertilização do óvulo e termina antes do início do trabalho de parto. Reconhecer as queixas que atingem a mulher nesta fase é algo essencial ao trabalho da (o) enfermeira (o) para assegurar um prognóstico materno-fetal favorável e contribuir com a prevenção e o diagnóstico dos problemas associados à gravidez.

Explicar que são sintomas comuns no primeiro trimestre da gestação;

- Náuseas, vômito e tontura.
- Orientar a gestante a consumir alimentos em porções fracionadas, sendo 6 pequenas refeições diárias;
- Ingerir líquidos 30 minutos após comer alimentos sólidos;
- Evitar alimentos gordurosos, frituras, condimentos, fermentáveis e com odores fortes;
- Manter alimentos com carboidratos (biscoitos crocantes ou maçã), à cabeceira da cama e comer antes de levantar-se.
- Orientar a gestante que não faça mudanças bruscas de posição e evitar inatividade;
- Indicar alimentação fracionada evitando jejum prolongado e grandes intervalos entre as refeições;
- Orientar para deitar em decúbito lateral, respirando profunda e pausadamente.
- Orientar que esse é um sintoma comum no início da gestação;
- Aumentar ingestão hídrica;
- Dieta semelhante para náusea e vômitos.
- Refeições menores com intervalos frequentes;

- Mastigar gelo moído ;
- Evitar deitar-se após as refeições, trocar de posição caso o sintoma ocorra;
- Evitar massas, doces, condimentos, frituras, álcool, fumo e substâncias cafeinadas.
- Explicar que o aumento da freqüência de micções é comum devido ao aumento do útero e conseqüente compressão da bexiga;
- Agendar consulta médica caso haja disúria ou hematúria, acompanhada ou não de febre ou resultado de exame de urina alterado.
- Explicar que o fato é comum no primeiro trimestre de gestação devido a alterações hormonais, porém é necessário realizar higiene oral com freqüência, utilizando escova de cerdas macias, evitando problemas bucais decorrentes de higiene precária.
- Orientar gestante para avaliação odontológica.
- Recomendar uso de sutiã com alças curtas que ofereçam boa sustentação.
- Utilizar boné e protetor solar e evitar exposição direta ao sol, evitando manchas na pele Cloasma um problema comum que costuma diminuir ou desaparecer, em alguns casos, após o parto.
- Explicar que elas aparecem com freqüência na gestação e que não há evidência de métodos eficazes para seu tratamento. Não há contra-indicação ao uso de substâncias oleosas para hidratar a pele. (Estrias)
- Orientar para alimentação rica em fibras (consumo de frutas laxativas e com bagaço, verduras de preferência cruas e cereais integrais);
- Recomendar aumento da ingesta hídrica e evite alimentos de alta fermentação;
- Recomendar exercícios físicos moderados;
- Evitar laxantes, catárticos ou enemas.
- Medidas similares às citadas para evitar constipação;
- Aplicar compressas quentes ou realizar banhos de assento;
- Reintroduzir manualmente as hemorróidas protusas no reto;
- Realizar higiene perianal com água e sabão neutro após defecação.
- Massagear área afetada pelas cãibras e aplicar calor local com compressas quentes;
- Evitar excesso de exercícios;
- Flexione os pés para cima e empurre-o em direção ao calcanhar;

- Solicitar avaliação médica com o intuito de excluir a possibilidade de flebite e trombose.
  - Repouso com pernas elevadas, acima do nível do coração, por 20 min;
  - Orientar para que não permaneça muito tempo em pé ou sentada;
  - Não utilizar roupas justas e se possível meias de compressão elástica para gestantes.
  - Evitar esforços excessivos e desnecessários;
  - Conversar com gestante sobre suas tensões, conflitos ou angústias;
- Aferir pressão arterial, verificar se há queixas urinárias para afastar possibilidade de pré-eclampsia. Solicitar avaliação médica.

## 1º TRIMESTRE

Explicar que esses fenômenos são comuns no início da gestação, até 12 semanas.

Orientar a gestante para dieta fracionada (6 refeições ao dia), evitar frituras, gorduras e condimentos fortes ou desagradáveis, evitar líquidos durante as refeições, dando preferência à sua ingestão nos intervalos, ingerir alimentos sólidos antes de levantar pela manhã.

Agendar consulta médica ou referir ao pré-natal de alto risco, em caso de vômitos freqüentes.

- Desmaio, fraqueza.

Explicar à gestante que sentar-se com a cabeça abaixada ou deitar-se em decúbito lateral, respirando profunda e pausadamente, melhora a sensação de fraqueza e desmaio.

Dieta fracionada, sugerir chá ou café com açúcar como estimulante, desde que não sejam contra indicados. Vide orientações nutricionais em **Queixas comuns na gestação**

Orientar a gestante para que não faça mudanças bruscas de posição e evitar inatividade.

- Sialorréia (salivação excessiva)

Explicar que esse é um sintoma comum no início da gestação.

Orientar dieta semelhante à indicada para náusea e vômitos. Tomar líquidos em abundância (especialmente em épocas de calor).

Orientar a gestante para deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância, pois pode ter o

risco de desidratar.

- Azia (pirose)

Dieta fracionada, evitando frituras.

Ingerir leite frio. Evitar massas, doces, condimentos, frituras, álcool e fumo, café, chá preto e mate. Vide orientações nutricionais em Queixas comuns na gestação

- Queixas urinárias

Explicar que o aumento do número de micção é comum no início e no final da gestação. Agendar consulta médica caso haja disúria ou hematúria, acompanhada ou não de febre ou resultado de urina alterado.

- Sangramento da gengiva

Recomendar o uso de escova macia e massagear a gengiva.

Agendar atendimento odontológico

- Dor nas mamas

Recomendar uso constante de sutiã com alças curtas que ofereça boa sustentação.

- Cloasmas gravídicos (manchas escuras no rosto)

Fazer uso de bonés. Fazer uso de protetor solar, se possível.

Recomendar não expor o rosto diretamente ao sol.

Explicar que é comum na gravidez e que costuma diminuir ou desaparecer, em tempo variável, após o parto.

- Estrias

Explicar que são resultados da distensão dos tecidos e que não existe método eficaz de prevenção. As estrias que no início apresentam cor arroxeadas tendem, com o tempo, a ficar de cor semelhante à da pele. Podem ser utilizadas massagens locais com substâncias oleosas, na tentativa de preveni-las.

- Fumo/Álcool/drogas ilícitas

Desaconselhar, devido ao grande número de danos que pode causar ao feto.

- Ansiedade: Ambivalência (querer e não querer a gravidez), medo de abortar, oscilações do humor (aumento da irritabilidade), primeiras modificações corporais e alguns desconfortos: náuseas, sonolência, alterações na mama e cansaço, desejos e aversões por determinados alimentos.

## 2º TRIMESTRE

- Dor abdominal, cólicas, flatulências e obstipação intestinal.

Certificar-se de que não sejam contrações uterinas. Se a gestante apresentar flacidez da parede abdominal, sugerir o uso de cintas, com exceção da elástica e exercícios apropriados.

Se houver flatulências e/ou obstipação intestinal: Orientar dieta rica em resíduos: frutas cítricas, verduras, mamão, ameixa e cereais integrais. Recomendar caminhadas, movimentação e regularização do hábito intestinal.

- Hemorróidas

Fazer dieta a fim de evitar obstipação intestinal; se necessário, aplicar supositórios de glicerina.

Não usar papel higiênico colorido ou áspero.

Fazer higiene perianal com água e sabão neutro após defecação.

Fazer banho de assento (vapor) ou compressas mornas.

### **Agendar a consulta médica, caso haja dor ou sangramento anal persistente.**

- Cãibras

Massagear o músculo contraído e dolorido e aplicar calor local.

Evitar excesso de exercícios. Estimular o consumo de alimentos ricos em potássio, cálcio e vitamina B1. Vide orientações nutricionais em **Queixas comuns na gestação**

- Varizes

Recomendar para que não permaneça muito tempo em pé ou sentada.

Repousar (20 minutos) várias vezes ao dia com os membros inferiores elevados.

Não se utilizar roupas justas e nem ligas nas pernas, e, se possível, utilizar meia calça elástica para gestante.

- Cefaléia

Afastar hipertensão arterial ou pré-eclampsia (se tiver mais de 24 semanas de gestação).

Conversar com a gestante sobre suas tensões, conflitos e temores.

Referir à consulta médica, se persistir o sintoma.

Introspecção e passividade, alteração do desejo e do desempenho sexual, alteração da estrutura corporal, que, para a adolescente, tem uma repercussão ainda

mais intensa, percepção dos movimentos fetais e seu impacto (presença do filho é concretamente sentida).

### 3º TRIMESTRE

- Falta de ar, dificuldade para respirar.

Esses sintomas são freqüentes na gestação, em decorrência do aumento do útero e/ou ansiedades da gestante.

Recomendar repouso em decúbito lateral.

Afastar possível doença cardio-respiratória. Agendar a consulta médica, caso haja dúvida ou suspeita.

Ouvir a gestante e conversar sobre suas angústias, se for o caso.

- Dor lombar

Recomendar a gestante, correção da postura ao andar e ao sentar.

Uso de sapatos com saltos baixos e confortáveis.

Aplicação de calor local.

- Relação sexual

A depender do casal.

Contra indicar em casos de sangramento vaginal.

- Sinais de trabalho de parto e alerta;

Perdas por via vaginal (líquidos, sangue e secreção mucosa)

Endurecimento abdominal tipo contração 02 vezes em 10 minutos

Cessaçã ou diminuição dos movimentos fetais orientar mobilograma)

Edema importante de MMII ao amanhecer

Visualização de pontos escuros (escotomas)

As ansiedades intensificam-se com a proximidade do parto, manifestam-se mais os temores do parto (medo da dor e da morte), aumentam as queixas físicas.

### ORIENTAÇÕES IMPORTANTES PARA O 3º TRIMESTRE

#### *Registro dos Movimentos Fetais – Mobilograma:*

Os movimentos fetais são indicadores da vitalidade do concepto. O contrário, sua diminuição é prova indireta da insuficiência placentária e adaptação do feto às más

condições intra-uterinas.

Um feto em boas condições realiza no mínimo 06 movimentos/hora.

É comum no último trimestre as gestantes relatarem diminuição dos movimentos levando-as muitas vezes a procurarem a maternidade.

Certamente que esta queixa deve ser tomada com cuidado. Porém, considerar que a ansiedade materna é fator importante que deve ser avaliado.

Contudo nunca se deve menosprezar a queixa, mesmo após detecção dos movimentos fetais estarem normais na avaliação obstétrica do serviço.

## 19. DISTÚRBIOS PSIQUIÁTRICOS NA GRAVIDEZ

O acompanhamento pré-natal é uma oportunidade para a prevenção, detecção e tratamento de patologias na área da Saúde Mental, pregressas ou instaladas após o início da gestação. Fatores de riscos: exposição a substâncias psicoativas, desnutrição, infecções, abandono, relações familiares ou profissionais conflitantes, experiências adversas, dificuldades sócio-econômicas. O parto deve ser considerado como um fator de stress.

Quando realizado o acolhimento e acompanhamento da gestante e alta no puerpério imediato ou no seguimento pós parto, a equipe deve estar particularmente atenta para alguns detalhes que podem auxiliar na detecção de distúrbios mentais, como: orientação/ nível de consciência, interação, memória, aparência geral, linguagem, estado

emocional, atividade psicomotora, pensamento (agressividade, conteúdo, velocidade, obsessões, preocupações).

### Os Transtornos podem ser classificados em:

- **Tristeza materna, blues puerperal ou baby blues:** manifestação mais freqüente, acometendo de 50 a 70% das puérperas. É definido como estado depressivo mais brando, transitório, que aparece em geral no terceiro dia do pós-parto e tem duração aproximada de duas semanas. Caracteriza-se por fragilidade, hiperemotividade, alterações do humor, falta de confiança em si própria, sentimentos de incapacidade. A

equipe deve fornecer apoio à mulher e monitorar a evolução do quadro.

- **Depressão pós-parto:** menos freqüente, manifestando-se em 10 a 15% das puérperas. Os sintomas associados incluem perturbação do apetite, do sono, decréscimo de energia, sentimento de desvalia ou culpa excessiva, pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida, sentimento de inadequação e rejeição ao bebê, humor deprimido, redução da autoconfiança e auto-estima, pessimismo, ansiedade e choro fácil, necessitando de abordagem multiprofissional e interconsulta com psiquiatra e/ou psicólogo;
- **Psicose puerperal:** manifestação mais rara, ocorre entre 1,1 e 4 puérperas para cada 1.000 nascimentos. O início é abrupto e os sintomas surgem até 2 ou 3 semanas pós-parto, ou seja, quando a puérpera já se encontra fora da maternidade. Os sintomas incluem quadro alucinatório delirante, grave e agudo; delírios que envolvem seus filhos; estado confusional e comportamento desorganizado. Há risco para a própria mulher e para o bebê, e é necessário que se proceda o encaminhamento para especialista em saúde mental.

### **Aspectos emocionais**

O avanço do conhecimento científico dos fenômenos físicos em obstetrícia tem proporcionado habilidades fundamentais a médicos e enfermeiros, permitindo-lhes a prática de atendimento que gera, realmente, estado de confiança maior na mulher.

No entanto, as condutas baseadas somente nos aspectos físicos não são suficientes. Elas necessitam ser potencializadas, especialmente pela compreensão dos processos psicológicos que permeiam o período grávido-puerperal, notadamente, no caso de gestantes adolescentes que, pelas especificidades psicossociais da etapa evolutiva, vivenciam sobrecarga emocional trazida pela gravidez.

Nesse sentido, faz-se necessário que o profissional de saúde aborde a mulher na sua inteireza, considerando a sua história de vida, os seus sentimentos e o ambiente em que vive, estabelecendo uma relação entre sujeito e sujeito e valorizando a unicidade e individualidade de cada caso e de cada pessoa.

Muitos dos sintomas físicos manifestos mascaram problemáticas subjacentes.

Por isso, em vez de fazer uma série de rápidas perguntas, específicas e fechadas, é importante encorajar a mulher a falar de si. Essa abordagem é chamada de “entrevista

centrada na pessoa”. Saber ouvir é tão importante quanto saber o que dizer, pois essa habilidade pode ser crucial para a elaboração de um diagnóstico correto.

Outra habilidade importante de ser desenvolvida pelos profissionais de saúde é a empatia, que se refere à habilidade de compreender a realidade de outra pessoa, mesmo quando não se teve as mesmas experiências. Uma presença sensível infunde serenidade e confiança à mulher.

Hoje, os aspectos emocionais da gravidez, do parto e do puerpério são amplamente reconhecidos, e a maioria dos estudos converge para a idéia de que esse período é um tempo de grandes transformações psíquicas, de que decorre importante transição existencial.

O presente objetivo aqui, portanto, é enumerar alguns desses aspectos emocionais – ansiedades, medos e mudanças nos vínculos afetivos – e sugerir formas possíveis de abordá-los no espaço de interação do profissional com a gestante, visando, principalmente, aliviar e trabalhar os problemas mais emergentes.

#### **É importante que o profissional de saúde:**

- Reconheça o estado normal de ambivalência com relação à gravidez. Toda gestante quer e não quer estar grávida. É um momento em que muitas ansiedades e medos primitivos afloram, daí a necessidade de compreender essa circunstância, sem julgamentos;
- Acolha as dúvidas que surjam na gestante quanto à sua capacidade de gerar um bebê saudável, de vir a ser mãe e desempenhar esse novo papel de forma adequada;
- Reconheça as condições emocionais dessa gestação: se a gestante tem um companheiro ou está sozinha, se tem outros filhos, se conta com o apoio da família, se teve perdas gestacionais, se desejou conscientemente engravidar e se planejou a gravidez. Enfim, o contexto em que essa gravidez ocorreu e as repercussões dela na gestante;
- Compreenda esse estado de maior vulnerabilidade psíquica da gestante para acolhê-la, sem banalizar suas queixas;
- Perceba que a gestante pode estar buscando figura de apoio; assim, o profissional fica muito idealizado e, por isso, passa a ser constantemente procurado, às vezes por dúvidas que possam ser insignificantes para ele, mas terrivelmente ameaçadoras para ela;

- Estabeleça relação de confiança e respeito mútuos;
- Proporcione espaço na consulta para a participação do parceiro, para que ele possa, também, se envolver no processo gravídico-puerperal ativamente, favorecendo equilíbrio adequado nas novas relações estabelecidas com a chegada de um novo membro à família.

## **20. AVALIAÇÃO E ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL**

### **20.1 Avaliação antropométrica - gestante (> 10 anos e < 60 anos)**

Para avaliar o estado nutricional da gestante, são necessários a aferição do peso e da estatura da mulher e o cálculo da idade gestacional. Na primeira consulta de pré-natal, a avaliação nutricional da gestante, com base em seu peso e sua estatura, permite conhecer seu estado nutricional atual e subsidiar a previsão do ganho de peso até o final da gestação. Esta avaliação deve ser feita conforme descrito a seguir:

#### **1) Calcule o IMC por meio da fórmula:**

**Índice de Massa Corporal (IMC) = Peso (kg)/Altura<sup>2</sup> (m)**

#### **2. Calcule a semana gestacional:**

**Atenção:** Quando necessário, arredonde a semana gestacional da seguinte forma: 1, 2, 3 dias – considere o número de semanas completas e 4, 5, 6 dias – considere a semana seguinte.

Exemplo: Gestante com 12 semanas e 2 dias = 12 semanas

Gestante com 12 semanas e 5 dias = 13 semanas

**3. Realize o diagnóstico nutricional utilizando o Quadro 1. Localizar na primeira coluna a semana gestacional calculada e identifique, nas colunas seguintes, em qual faixa está situado o IMC da gestante, calculado conforme descrito acima.**

#### **OBSERVAÇÃO IMPORTANTE**

O ideal é que o IMC considerado no diagnóstico inicial da gestante seja o IMC pré-gestacional referido (limite mínimo são 2 meses antes) ou o IMC calculado a partir de me-

dição realizada até a 13ª semana gestacional. Caso isso não seja possível, inicie a avaliação da gestante com os dados da primeira consulta de pré-natal, mesmo que esta ocorra após a 13ª semana gestacional.

#### **4. Classifique o estado nutricional da gestante segundo IMC por semana gestacional da seguinte forma:**

**Baixo Peso (BP):** quando o valor do IMC calculado for menor ou igual aos valores correspondentes à coluna do estado nutricional baixo peso.

**Adequado (A):** quando o IMC calculado estiver compreendido na faixa de valores respondentes à coluna do estado nutricional adequado.

**Sobrepeso (S):** quando o IMC calculado estiver compreendido na faixa de valores correspondentes à coluna do estado nutricional sobrepeso.

**Obesidade (O):** quando o valor do IMC for maior ou igual aos valores correspondentes à coluna do estado nutricional obesidade.

**Quadro 1: Avaliação do estado nutricional da gestante segundo Índice de Massa Corporal - IMC por semana gestacional.**

**Fonte:** ATALAH E *et al.* *Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas.* Revista Médica de Chile, 125(12):1429-1436, 1997

**5) Estime o ganho de peso para gestantes utilizando o Quadro 2. Quadro 2: Ganho de peso (kg) recomendado durante a gestação, segundo o estado nutricional inicial.**

Estado Nutricional Inicial (IMC)	Ganho de peso (kg) total no 1º trimestre	Ganho de peso (kg) semanal médio no 2º e 3º trimestres	Ganho de peso (kg) total na gestação
Baixo Peso (BP)	2,3	0,5	12,5 - 18,0
Adequado (A)	1,6	0,4	11,5 - 16,0
Sobrepeso (S)	0,9	0,3	7,0 - 11,5
Obesidade (O)	-	0,3	7,0

**Fonte:** INSTITUTE OF MEDICINE. *Nutrition during pregnancy*. Washington DC. National Academy Press, 1990. WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. *Physical Status: the use and interpretation of anthropometry*. WHO Technical Report Series n. 854. Geneva: WHO, 1995.

Em função do estado nutricional no início do pré-natal (Quadro 1), estime o ganho de peso total até o final da gestação. Para cada situação nutricional inicial (baixo peso, adequado, sobrepeso ou obesidade) há uma faixa de ganho de peso recomendada. Para o 1º trimestre, o ganho de peso foi agrupado para todo período, enquanto que, para o 2º e o 3º trimestres, é previsto por semana. Portanto, já na primeira consulta, deve-se estimar quantos gramas a gestante deverá ganhar no 1º trimestre, assim como o ganho por semana até o final da gestação. Esta informação deve ser fornecida à gestante.

Observe que cada gestante deverá ter ganho de peso de acordo com seu IMC inicial. Para a previsão do ganho de peso ao longo da gestação, faz-se necessário calcular quanto já ganhou de peso e quanto ainda falta até o final da gestação em função da avaliação clínica.

Gestantes de baixo peso (BP) deverão ganhar entre 12,5 e 18,0kg durante toda a gestação, sendo este ganho, em média, de 2,3kg no primeiro trimestre da gestação (até a 14ª semana) e de 0,5kg por semana no 2º e 3º trimestres de gestação. Essa variabilidade de ganho recomendado deve-se ao entendimento de que gestantes com BP acentuado, ou seja, aquelas muito distantes da faixa de normalidade, devem ganhar mais peso (até 18kg) do que aquelas situadas em área próxima à faixa de

normalidade, cujo ganho deve situar-se em torno de 12,5kg.

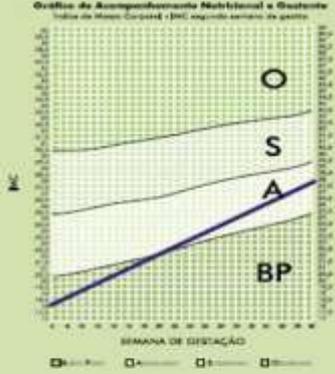
Da mesma forma, gestantes com IMC adequado devem ganhar, ao final da gestação, entre 11,5 e 16,0kg. Aquelas com sobrepeso devem acumular entre 7,0 e 11,5Kg e as obesas devem apresentar ganho em torno de 7,0kg, com recomendação específica de acordo com o trimestre de estação.

Nas consultas Subseqüentes, a avaliação nutricional deve repetir os procedimentos descritos anteriormente. A avaliação continuada permite acompanhar a evolução do ganho de peso durante a gestação e examinar se este ganho está adequado em função do estado nutricional da gestante no início do pré-natal. Esta análise pode ser feita com base em dois instrumentos: o Quadro 2, que indica qual o ganho de peso recomendado segundo o estado nutricional da gestante no início do pré-natal, e o Gráfico 1, no qual se acompanha a curva de Índice de Massa Corporal - IMC, segundo semana gestacional (ascendente, horizontal, descendente).

Realize o acompanhamento do estado nutricional utilizando o Gráfico 1 de IMC por semana gestacional. Este é composto por um eixo horizontal com os valores de semana gestacional e por um eixo vertical com os valores de IMC (peso (Kg)/altura<sup>2</sup> (m)).

O gráfico apresenta o desenho de três curvas, que delimitam as quatro faixas para classificação do estado nutricional: **Baixo Peso** (BP), **Adequado** (A), **Sobrepeso** (S) e **Obesidade** (O).

A inclinação para o traçado da curva irá variar de acordo com o estado nutricional inicial da gestante, conforme o quadro a seguir:

Estado Nutricional da gestante (1ª avaliação)	Inclinação da curva (gráfico 1)	Exemplo
Baixo Peso (BP)	Curva de ganho de peso deve apresentar inclinação ascendente maior que a da curva que delimita a parte superior da faixa de estado nutricional Baixo Peso (BP).	 <p>Gráfico de Acompanhamento Nutricional a Gestante Índice de Massa Corporal (IMC) segundo semana de gestação</p> <p>O S A BP</p> <p>IMC</p> <p>SEMANA DE GESTAÇÃO</p> <p>Legend: <input checked="" type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> BP</p>

<p>Adequado (A)</p>	<p>Deve apresentar inclinação ascendente paralela às curvas que delimitam a área de estado nutricional adequado no gráfico.</p>	
<p>Sobrepeso (S)</p>	<p>Deve apresentar inclinação ascendente semelhante a da curva que delimita a parte inferior da faixa de sobrepeso ou à curva que delimita a parte superior desta faixa, a depender do seu estado nutricional inicial. Por exemplo: se uma gestante de sobrepeso inicia a gestação com IMC próximo ao limite inferior desta faixa, sua curva de ganho de peso deve ter inclinação ascendente semelhante à curva que delimita a parte inferior desta faixa no gráfico.</p>	
<p>Obesidade (O)</p>	<p>Deve apresentar inclinação semelhante ou inferior (desde que ascendente) à curva que delimita a parte inferior da faixa de obesidade.</p>	

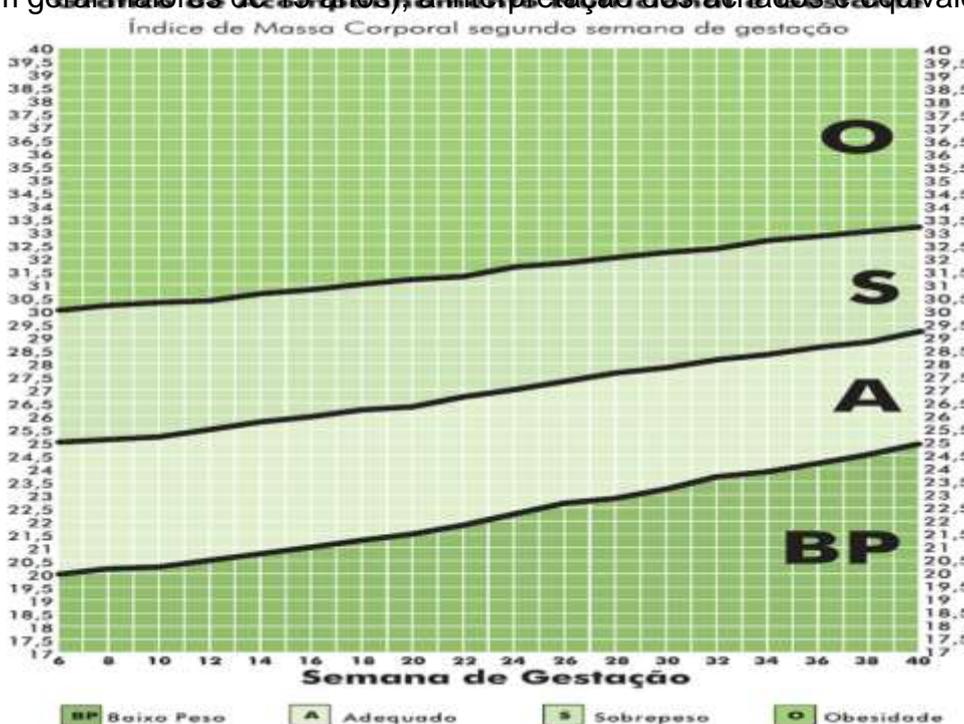
Fonte: INSTITUTE OF MEDICINE. Nutrition during pregnancy. Washington DC. Na-

tional Academy Press, 1990. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Infants and children. In: Physical status: The use and interpretation of anthropometry. Geneva: nº 854, 1995.

É de extrema relevância o registro do estado nutricional tanto na ficha do SIS-VAN/prontuário como no Cartão da Gestante. A avaliação do estado nutricional é capaz de fornecer informações importantes para a prevenção e o controle de agravos à saúde e nutrição. Contudo, vale ressaltar a importância da realização de outros procedimentos complementares ao diagnóstico nutricional ou que podem alterar a interpretação deste, conforme a necessidade de cada gestante. Assim, destacam-se a avaliação clínica para detecção de doenças associadas à nutrição (ex: diabetes), a observação da presença de edema que acarreta aumento de peso e prejudica o diagnóstico do estado nutricional e a avaliação laboratorial para diagnóstico de anemia e outras doenças de interesse clínico.

### Gestante Adolescente

Deve-se observar que a classificação do estado nutricional na gestação aqui proposta não é específica para gestantes adolescentes, devido ao crescimento e imaturidade biológica presentes nesta fase do ciclo de vida. No entanto, esta classificação pode ser usada desde que a interpretação dos achados seja flexível e considere a especificidade deste grupo. Para adolescentes que engravidaram dois ou mais anos após a menarca (em geral maiores de 15 anos), a interpretação dos achados é equivalente a das adultas.



Para as que engravidaram menos de dois anos após a menarca, é provável que se observe que muitas serão classificadas como de baixo peso. Estas devem ter sua altura mensurada em todas as consultas, pois se encontram ainda em fase de crescimento. Também nestes casos, o mais importante é acompanhar o traçado da curva de ganho de peso, que deverá ser ascendente. Deve-se tratar a gestante adolescente como de risco nutricional, reforçar a abordagem nutricional e aumentar o número de visitas a Unidade de Saúde.

### **Passos para o diagnóstico nutricional da gestante:**

**1º PASSO:** Calcular a semana gestacional.

**2º PASSO:** Pesquisar a cada consulta e medir a altura na primeira consulta. No caso de gestantes adolescentes, ver observações contidas no quadro acima. Calcular o IMC conforme descrito no item 1.

**3º PASSO:** Localizar, no eixo horizontal, a semana gestacional calculada e identificar, no eixo vertical, o IMC da gestante.

**4º PASSO:** Marcar um ponto na interseção dos valores de IMC e da semana gestacional.

**5º PASSO:** Classificar o estado nutricional da gestante segundo IMC por semana gestacional, conforme legenda do gráfico 1: **BP, A, S, O**.

**6º PASSO:** Ligar os pontos obtidos e observar o traçado resultante. A marcação de dois ou mais pontos no gráfico (primeira consulta e subsequentes) possibilita construir o traçado da curva por semana gestacional.

### **Considere:**

- traçado ascendente: ganho de peso adequado;
- traçado horizontal ou descendente: ganho de peso inadequado (gestante de risco) (BRASIL 2004);

## **20.2 Orientação nutricional**

A orientação nutricional para a gestante tem como principais objetivos: satisfazer as necessidades nutricionais da mãe, preparar adequadamente o organismo materno para o parto, fazer reserva calórica para o aleitamento materno e satisfazer as necessidades nutricionais do crescimento fetal.

Nas consultas de pré-natal é importante orientar a gestante para:

- Adequar o fracionamento da alimentação para: café da manhã, lanche, almoço, lanche, jantar;

Diminuir o volume das refeições caso haja excesso;

- Moderar o consumo de café, chá e mate e sal iodado;
- Consumir 2 litros de água por dia ou mais, preferencialmente entre as refeições;
- Evitar o consumo de “calorias vazias” como doces, balas, tortas, refrigerantes, chocolates, alimentos gordurosos e salgados, frituras, molhos cremosos e bebidas alcoólicas;
- Recomendar com cautela o uso de aspartame, sucralose estévia pura;
- Aumentar a ingestão de alimentos ricos em vitaminas A, C, E e do complexo B e minerais como ferro, iodo, cálcio, zinco entre outros (quadro 3);
- Suplementar com ácido fólico 5mg/dia e ferro (60 mg de ferro elementar ao dia) rotineiramente para todas as gestantes a partir da 20ª semana de gestação, conforme Programa Nacional de Suplementação de Ferro.
- Recomendar o ácido fólico 5mg/dia iniciando 3 meses antes da concepção até 12 semanas de gestação; visando a redução de anomalias do tubo neural.

Abaixo as principais fontes de vitaminas e minerais.

#### **Vitaminas:**

**B6 ou Piridoxina:** Grãos integrais, levedura, germe de trigo, legumes e miúdos.

**B12 ou Cianocobalamina:** Leite, ovo, queijo e especialmente fígado.

**B1 ou Tiamina:** Carne de músculo, carnes magras e de aves doméstica, gema de ovo, peixe, leguminosas.

**Ácido fólico:** Espinafre, fígado, rins, nozes, cereais integrais, lentilha, ovos, legumes, frutas cítricas, morangos e verduras frescas.

**C ou Ácido Ascórbico:** Frutas cítricas (laranja, limão, acerola e kiwi) e verduras cruas.

**D ou Calciferol:** Peixes e óleo de fígado de bacalhau.

**E ou Tocoferol:** Óleos vegetais (principalmente de germe de trigo e de milho)

**K ou Menadiona:** Espinafre, repolho, tomate e fígado de porco.

**Vitamina A:** Abóbora, verduras verde-escuras, gema de ovo, leite integral, fígado, mamão

e cenoura.

**Minerais:**

**Ferro:** Fígado, carnes, peixes, gema de ovo, leguminosas, grãos integrais ou enriquecidos, Vegetais verde-escuros, melado de cana

**Zinco:** Leguminosas, gema de ovo e carnes em geral

**Iodo:** Sal iodado de cozinha e algas marinhas

**Álcio:** Leite e derivados e gema de ovo

**Fósforo:** Carnes, ovos, leites e seus

derivados **Flúor:** Água tratada

**Magnésio:** Leite, folhas verdes, vagem, mandioca, feijão, nozes, chás

**20.3 Alimentando-se de uma maneira saudável:**

Uma maneira saudável de se alimentar é seguir os **10 PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL**, orientados pelo Ministério da Saúde desde 2004.

1. Aumente e varie o consumo de frutas, verduras e legumes. Coma-os 5 vezes por dia.
2. Coma feijão pelo menos 1 vez por dia, no mínimo 4 vezes por semana.
3. Reduza o consumo de alimentos gordurosos, como carnes com gordura aparente, salsicha, mortadela, frituras e salgadinhos, para no máximo 1 vez por semana.
4. Reduza o consumo de sal. Tire o saleiro da mesa.
5. Faça pelo menos 3 refeições e 1 lanche por dia. Não pule as refeições.
6. Reduza o consumo de doces, bolos, biscoitos e outros alimentos ricos em açúcar para no máximo 2 vezes por semana.
7. Reduza o consumo de refrigerantes e evite o consumo diário. Evite o consumo de álcool.
8. Aprecie sua refeição. Coma devagar. Mastigue bem os alimentos (20 vezes).
9. Mantenha o seu peso dentro dos limites saudáveis para a sua condição.
10. Seja ativa. Acumule 30 minutos de atividade física todos os dias. Caminhe pelo seu bairro. Não passe muitas horas assistindo TV ou no computador.

A gestante deve comer o suficiente para atender às suas necessidades e um pouco a mais para ajudar na quantidade extra de energia, proteínas, vitaminas e minerais que a gravidez exige. Isso gira em torno de 300 calorias a mais. A tabela abaixo auxilia a realizar as escolhas para atingir a quantidade extra de calorias.

Tabela 01 Quantidade de calorias (energia) por porções de alimentos

Alimentos fonte	Medida caseira	Energia (Kcal)
Açúcar	2 colheres de chá	20
Óleo vegetal	1 colher de sobremesa	45
Leite de vaca	1 copo	127

Queijo prato	1 fatia média	59
Pão francês	1 unidade	135
Margarina ou manteiga	1 colher de chá	45
Arroz cozido	2 colheres de sopa	82
Farinha de mandioca	1 colher de sopa	57
Bife	1 unidade média	228
Ovo cozido	1 unidade	73
Feijão cozido	1 concha média	140
Legumes refogados	2 colheres de sopa	50
Bananda prata	1 unidade média	40
Laranja	1 unidade média	86

#### 20. 4 Orientações para adequação do ganho ponderal

As orientações nutricionais deverão ser ajustadas de acordo o ganho de peso verificado nas consultas do pré-natal, conforme orientações abaixo:

##### **Adequado**

- Manter a dieta habitual e seguir orientações gerais para gestantes, bem como os 10 passos para uma alimentação saudável.

##### **Inferior ao recomendado**

- Se alimentação adequada - aumentar a quantidade total dos alimentos;
- Aumentar o consumo de alimentos como pães, massas, arroz;
- Acrescentar 2 colheres de chá de óleo vegetal no almoço e jantar;
- Verificar a necessidade de suplementos e complementos nutricionais.

### **Superior ao recomendado**

- Reduzir o consumo de alimentos como pães, massas, arroz;
- Reduzir alimentos gordurosos; evitar frituras, preparações concentradas em açúcar, óleos e azeite; retirar peles e gorduras visíveis das carnes;
- Optar por grelhados, assados, cozidos e ensopados,
- Restringir açúcar a 2 colheres de chá, 3 vezes ao dia (café da manhã, lanche e ceia);
- Estimular o consumo de saladas no início da refeição (almoço e jantar);
- Utilizar vinagre, ervas, limão e salsa;
- Aumentar a ingestão de fibras, vegetais e frutas, de preferência crus.

## **20.5 Situações específicas da orientação nutricional**

### **ADOLESCENTE**

A gestante adolescente deve ser considerada como de risco nutricional. A interpretação da classificação do estado nutricional deve ser flexível e considerar a especificidade deste grupo. Se a gravidez ocorre a partir de 2 anos da menarca (em geral maiores de 15 anos), a interpretação dos achados é equivalente a das adultas, ao passo que se ocorre há menos de dois anos, muitas gestantes serão classificadas como de baixo peso. Nestes casos, o mais importante é acompanhar o traçado, que deverá ser ascendente.

Deve-se verificar a altura da grávida adolescente a cada 3 meses e se houver parada do crescimento, deve-se orientar o aumento da ingestão calórica e seguir as orientações para ganho de peso inferior ao recomendado.

### **GESTAÇÕES MÚLTIPLAS E GESTANTES COM BAIXA ESTATURA**

Em caso de gestação múltipla, é importante que se esclareça e tranquilize a gestante quanto à necessidade de ganho ponderal maior que na gestação única, com ganho semanal recomendado de 0,75 kg no 2º e 3º trimestres.

Para gestantes com estatura inferior a 1,57 m, o ganho de peso deve estar no

limite mínimo da faixa recomendada.

## **20.6 Prevenção da obesidade e desnutrição**

Para as mulheres de baixo peso, na ausência de doenças associadas, recomenda-se a ingestão de alimentos que forneçam energia, indicando, por exemplo, a adição de lanches entre as principais refeições (pão, bolacha com margarina, etc) e a adição de uma colher de sopa de óleo de soja, farinha de mandioca, meio pãozinho e uma porção maior de arroz.

Recomenda-se ainda a prática de repouso por 20 a 30 minutos no período da manhã e da tarde.

Para as mulheres com sobrepeso, preconiza-se a restrição dos alimentos energéticos, orientando o não consumo de açúcares e doces e a redução ou eliminação de massas, pão, bolachas, frituras.

Recomenda-se ainda a prática de caminhadas diárias.

Estilo de vida.

Padrão de comportamento sexual.

A duração da amenorréia e do período anovulatório no pós-parto relaciona-se com a frequência e duração das mamadas, com a continuidade da amamentação noturna e a administração de outros alimentos ao bebê. No aleitamento materno exclusivo durante os 6 primeiros meses após o parto, as taxas de gestação são em torno de 1,8% em mulheres amenorréicas.

A eficiência anticonceptiva declina nos casos em que a amamentação é parcial, quando houver associação de outros alimentos para o bebê e no retorno da menstruação.

Nos casos em que não houver amamentação, a fertilidade retorna num período estimado de 1 a 2 meses após o parto, sendo que a ovulação pode ocorrer em até 40 dias.

## **20.7 Alimentação pré-parto**

Na fase latente do trabalho de parto, as gestantes de baixo risco para cesárea deverão ser orientadas a ingerir apenas alimentos leves. Como durante essa fase, a

maioria das gestantes permanece em casa, essa orientação deve ser dada ainda durante o pré-natal. Na medida em que ocorre a aproximação da fase ativa do trabalho de parto, todos os alimentos sólidos devem ser suspensos, sendo permitida, para as gestantes de baixo risco, a ingestão de pequenas quantidades de líquidos claros (água, suco de frutas sem polpa, chá, café, refrigerante). Evidentemente, o bom senso e uma decisão conjunta entre o obstetra e o anestesista podem permitir a individualização de cada caso.

Todavia, as gestantes de maior risco para procedimentos anestésicos (obesas, diabéticas, com vias aéreas de difícil acesso) ou para parto cirúrgico devem permanecer em jejum durante todo o trabalho de parto, evitando-se inclusive a ingestão de líquidos claros. Nos casos de cesáreas eletivas, o período de jejum para a realização do procedimento anestésico deve ser similar àquele adotado no serviço para procedimentos cirúrgicos em geral de mulheres não grávidas.

Assim, em condições de normalidade do ato cirúrgico, pode ser permitida a alimentação da puérpera em tempo precoce, utilizando-se inicialmente dietas preferentemente líquidas. Decorrido período de aproximadamente 8 a 12 horas, libera-se a dieta.

## **21. ROTINA PARA O ACOMPANHANTE NO PRÉ-PARTO E NO PARTO**

Sugerimos estimular visita na Maternidade Alto Maracanã para conhecimento da rotina, agendar por telefone.

De modo geral, deve-se orientar a gestante que terá direito a um acompanhante durante todo o trabalho de parto e parto (se normal).

Deve-se orientar e preparar o acompanhante para estar preparado para acompanhar o trabalho de parto e parto, inclusive com agendamento de visita à Maternidade Alto Maracanã para conhecimento da rotina.

Devendo, portanto, escolher alguém de sua preferência e confiança que possa realmente auxiliá-la neste período. Não esquecer documentos e carteira de gestante.

**O acompanhante deve estar presente em pelo menos uma das três oficinas da gestante.**

## 22. AVALIAÇÃO OBSTÉTRICA DE URGÊNCIA

### Fluxo para os casos de urgência obstétrica

#### Encaminhar para Maternidade Alto Maracanã.

- **Hiperêmese Gravídica:** Devem ser avaliadas e medicadas na UBS;
- **Ameaça de Aborto:**
- **Aborto em curso ou aborto retido;**
- **Gestante com intercorrências obstétricas:** *Gestante com diagnóstico de ALTO RISCO devem ser encaminhadas pelo Médico (a) ou pela Enfermeira (o) para o Hospital de referência do Município (Hospital Evangélico, Hospital de Clínicas ou Hospital do Trabalhador) através de encaminhamento (Referência-Contra-Referência) liberado previamente com código de transação pela Central de Marcação de Especialidades.*

## 23. CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

Gestação de risco é “aquela na qual a vida ou a saúde da mãe e/ou do feto e/ou do RN têm maiores chances de serem atingidas que as da média da população considerada” (CALDEYRO-BARCIA, 1973).

Fatores de risco gestacional são características, situações ou patologias que levam a uma maior probabilidade de complicações e, como conseqüência, um maior risco de a mulher e/ou o feto evoluírem para óbito.

### 23.1 Orientações básicas:

- Apesar de inúmeras tentativas, não há ainda um protocolo de risco que seja capaz de prever problemas de forma segura e acurada;
- Diferentes fatores de risco já estão descritos e devem servir como orientadores para as equipes no sentido de monitoramento da gestante, de modo a permitir a identificação precoce de um agravo e a conseqüente intervenção;
- É indispensável à avaliação dinâmica dos fatores de risco e da ocorrência de agravos. A classificação de risco deve, portanto, ser revista a cada consulta;

- A atuação da equipe multiprofissional de forma integrada e coesa é fundamental para a detecção dos fatores de risco e dos possíveis agravos;
- A presença de um ou mais fatores de risco não significa obrigatoriamente a necessidade de utilização de tecnologia mais complexa e, conseqüentemente, o encaminhamento para uma unidade de atenção especializada, podendo a gestante permanecer na atenção básica sempre que devidamente monitorada;
- Intervenções familiares ou ações educativas podem ter um impacto positivo bastante significativo no atendimento de gestantes de risco;
- As equipes das unidades básicas devem estar preparadas para receber gestantes de risco e prestar um primeiro atendimento, antes do encaminhamento para unidades de referência;
- Mesmo encaminhada para outra unidade para acompanhamento clínico, a unidade básica não deve perder seu vínculo com a gestante, o que será garantido por ações de vigilância, instrumentos de referência e contra-referência e programas educativos pelos quais a gestante permaneça em contato com a unidade de origem;
- A gestante deve ser orientada quanto à unidade de referência que deverá recorrer em caso de intercorrências ou de início do trabalho de parto,
- A atenção da gestante que apresente alguma das condições descritas no quadro a seguir, deve ser orientada por linhas de cuidado específicas.

### **23.2 Algumas situações que podem representar risco e, portanto, necessidade de consulta com especialista e encaminhamento ao pré-natal de alto risco.**

#### **Características pessoais e sócio-demográficas:**

- Altura menor que 1,45 m;
- Baixa escolaridade (menor que cinco anos de estudo regular);
- Analfabetismo funcional;
- Condições ambientais desfavoráveis, como vulnerabilidade social;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
- Transtorno mental;
- Idade menor que 15 e maior que 35 anos;
- Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, ex-

posição a agentes físicos, químicos e biológicos, níveis altos de estresse;

- Peso menor que 45 kg ou maior que 75 kg;
- Situação afetiva conflituosa;
- Suporte familiar ou social inadequado;
- Não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente;
- Violência doméstica.

### **Antecedentes obstétricos:**

- Abortamento habitual;
- Cirurgia uterina anterior;
- Esterilidade/infertilidade;
- Intervalo interpartal menor que dois anos ou maior que cinco anos;
- Macrossomia fetal;
- Morte perinatal explicada ou inexplicada;
- Nuliparidade e multiparidade;
- Pré-eclâmpsia/eclâmpsia;
- Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado;
- Síndromes hemorrágicas.

### **Morbidades:**

- Aneurismas;
- Aterosclerose;
- Alterações ósteo-articulares de interesse obstétrico;
  
- Câncer;
- Cardiopatias;
- Doenças auto-imunes (lupus eritematoso sistêmico, outras colagenoses);
- Doenças inflamatórias intestinais crônicas;
- Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus);
- Epilepsia;
- Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras);
- Hemopatias;
- Hipertensão arterial (classificar em leve, moderada ou grave) e/ou fazendo uso de anti-

hipertensivo;

- Infecção urinária;
- Nefropatias;
- Pneumopatias;
- Portadoras de doenças infecciosas (hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis e outras DST);
- Trauma;
- Tromboembolismo.

**Doença obstétrica na gravidez atual:**

- Aloimunização;
- Amniorrexe prematura;
- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
- Ganho ponderal inadequado;
- Hidropsia fetal;
- Malformações fetais;
- Óbito fetal;
- Síndromes hemorrágicas;
- Síndromes hipertensivas;
- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada

## **24. INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS MAIS FREQUENTES**

### **24.1 Anemia**

Conceitua-se anemia na gravidez quando os valores de hemoglobina são iguais ou menores que 11 g/dl (OMS,1974). No entanto, os valores de hemoglobina, assim como os de hematócrito e do número total de glóbulos vermelhos, ficam na dependência do aumento da massa eritrocitária, ambos variáveis nas gestantes. Assim, mesmo as mulheres saudáveis apresentam redução das concentrações de hemoglobina durante a gravidez não complicada. Essa redução manifesta-se em torno da oitava semana, progride lentamente até a 34<sup>a</sup> semana e, então, permanece estabilizada até o parto. Não causa danos à mãe ou ao feto pois, embora a concentração da hemoglobina esteja diminuída, a hipervolemia possibilita a perfusão e a oxigenação adequadas dos tecidos.

Dessa forma, é interessante adotarem-se outros critérios para a conceituação e para o diagnóstico de anemia. Os índices corpusculares, principalmente o Volume Corpuscular Médio (VCM = 81–95 dl) não sofrem variações em relação ao volume plasmático e podem, então, ser tomados com tal finalidade. Para fins práticos, tomando-se o VCM como indicador, identificam-se três tipos de anemia: microcíticas (VCM < 85 dl), normocíticas (VCM entre 85 e 95 dl) e macrocíticas (VCM > 95 dl).

A anemia ferropriva, evidenciada por alterações dos níveis de hemoglobina, deve ser tratada de acordo com esquema terapêutico..

As anemias carenciais são muito freqüentes em nosso meio, principalmente a ferropriva e a megaloblástica. Além delas, a anemia falciforme é a doença hereditária mais comum no Brasil. É predominante entre afrodescendentes em geral. A gravidez é uma situação potencialmente grave para as pacientes com doença falciforme, assim como para o feto e para o recém-nascido. Os efeitos na gravidez podem ser aumento das crises dolorosas, piora do quadro de anemia, abortamento, crescimento intra-uterino retardado, trabalho de parto prematuro e toxemia gravídica. São também relativamente comuns a talassemia e a anemia micro angiopática.

### **24.2 Infecção do trato urinário (ITU)**

Infecção comum em mulheres jovens e representa a complicação clínica mais freqüente na gestação. De 2% a 10% das gestantes apresentam bacteriúria assintomática,

com 25 a 35% desenvolvendo pielonefrite aguda. A gestação ocasiona modificações, algumas mediadas por hormônios que favorecem as ITU: estase urinária pela redução do peristaltismo ureteral, aumento da produção de urina, glicosúria e aminoacidúria favorecendo o crescimento bacteriano e infecções. Os microorganismos envolvidos são aqueles da flora perineal normal, principalmente a *Escherichia coli*, que responde por 80 a 90% das infecções. Outros gram-negativos, como *Klebsiela*, *Enterobacter* e *Proteus*, respondem pela maioria dos outros casos, além do enterococo e do estreptococo do grupo B. A bacteriúria assintomática é a mais freqüente, sendo que as infecções sintomáticas poderão acometer o trato urinário inferior (cistites) ou, ainda, o trato superior (pielonefrite).

### 24.3 Bacteriúria assintomática

É definida como a condição clínica de mulher assintomática que apresenta urocultura positiva, com mais de 100 mil colônias por ml. Se não tratada, 25% das mulheres desenvolverão sintomas e progressão para pielonefrite. Outras complicações são trabalho de parto prematuro (TPP), anemia e restrição do crescimento intra-uterino (RCIU). O rastreamento da bacteriúria assintomática deve ser feito obrigatoriamente pela urocultura, já que, na maior parte das vezes, o sedimento urinário é normal.

O tratamento pode ser realizado, preferencialmente guiado pela suscetibilidade no antibiograma. Entre os efeitos adversos mais comuns da antibioticoterapia está o desenvolvimento de candidíase vaginal, que deve ser tratada o mais precocemente possível.

O controle do tratamento deve ser realizado com urocultura de três a sete dias após o término do tratamento.

### 24.4 Cistite

É caracterizada pela presença de sintomas clínicos evidentes, como disúria, polaciúria e urgência urinária. A análise do sedimento urinário evidencia, geralmente, leucocitúria e hematúria francas, além do grande número de bactérias. O tratamento pode ser realizado com as mesmas opções da bacteriúria, sendo iniciado mesmo antes do resultado da urocultura, já que as pacientes são sintomáticas.

O controle do tratamento deve ser realizado com urocultura de três a sete dias após o término do tratamento:

- Na presença de duas infecções do trato urinário baixo, a gestante deve ser mantida com profilaxia de nova ITU com nitrofurantoína 100 mg/dia, ou amoxicilina 250 mg/dia, até o final da gestação e realizar urocultura de controle a cada seis semanas.

#### 4.5 Pielonefrite aguda

É uma das complicações mais comuns e mais sérias durante a gestação, ocorrendo em 1% a 2% das gestantes. Clinicamente, a sintomatologia é evidente, **com febre alta, calafrios e dor na loja renal**, além da referência pregressa de sintomas de infecção urinária baixa. A presença de náuseas e vômitos, além de taquicardia, dispnéia e hipotensão, podem sugerir evolução para quadro séptico. O tratamento inicial deve ser hospitalar. **Na suspeita de pielonefrite, a gestante deve ser encaminhada para o hospital de referência.**

#### 24.6 Síndromes hemorrágicas

As mais importantes situações hemorrágicas na gravidez são:

**Primeira metade:** abortamento, descolamento cório-amniótico, gravidez ectópica, neoplasia trofoblástica gestacional benigna (mola hidatiforme);

**Segunda metade:** placenta prévia (PP), descolamento prematuro da placenta (DPP).

#### 24.7 Abortamento

É a morte ou expulsão ovular ocorrida antes de 22 semanas ou quando o concepto pesa menos de 500 g. O abortamento é dito precoce quando ocorre até a 13ª semana e tardio quando ocorre entre a 13ª e 22ª semanas.

O diagnóstico é clínico e ultra-sonográfico. O atraso menstrual, a perda sangüínea uterina e a presença de cólicas no hipogástrio são dados clínicos a serem considerados.

O exame genital é de grande importância. O exame especular permite a visualização do colo uterino, constatando-se a origem intra-uterina do sangramento. Eventualmente, detectam-se fragmentos placentários no canal cervical e na vagina.

Pelo toque, é possível a avaliação da permeabilidade do colo.

O exame ultra-sonográfico é definitivo para o diagnóstico de certeza entre um aborto evitável (presença de saco embrionário íntegro e/ou concepto vivo) e um aborto incompleto (presença de restos ovulares) ou aborto retido (presença de concepto morto ou au-

sência de saco embrionário).

#### **24.8 Ameaça de aborto ou abortamento evitável**

Presença de sangramento vaginal discreto ou moderado, sem que ocorra modificação cervical, geralmente com sintomatologia discreta ou ausente (dor do tipo cólica ou peso na região do hipogástrio).

O exame especular identifica sangramento em pequena quantidade proveniente do canal cervical ou apenas coletado no fundo de saco posterior. Ao toque vaginal, o colo uterino apresenta-se fechado e bem formado, o corpo uterino compatível com a idade gestacional e os anexos e fundos de saco normais e livres. Em casos de dúvida, solicitar ultra-sonografia.

O tratamento é discutível. Como regra geral, o repouso no leito é medida aconselhável para todas as situações. O repouso diminui a ansiedade, favorecendo o relaxamento e reduzindo os estímulos contráteis do útero. Preferencialmente, deve ser domiciliar. A administração, por tempo limitado, de antiespasmódicos (hioscina, um comprimido, VO, de 8 em 8 horas) tem sido utilizada. O uso de tocolíticos não é eficiente, uma vez que, nessa fase de gestação, os beta-receptores uterinos não estão adequadamente sensibilizados. Tranqüilizantes e/ou sedativos, em doses pequenas, podem ser administrados.

A ameaça de abortamento pode evoluir para gestação normal ou para abortamento inevitável.

Na admissão hospitalar devido a abortamento, evitável ou não, deve-se solicitar o VDRL para afastar o diagnóstico de sífilis. Em caso de resultado reagente, iniciar o tratamento com antibioticoterapia.

#### **24.9 Gravidez ectópica**

Corresponde à nidação do ovo fora da cavidade uterina. A mulher, freqüentemente, apresenta história de atraso menstrual, teste positivo para gravidez, perda sangüínea uterina e dores no baixo ventre. No exame físico, avaliam-se condições gerais, sinais de irritação peritoneal etc. O exame especular pode mostrar a presença do sangramento. Pelo toque vaginal, verifica-se amolecimento do colo e presença ou não de aumento uterino e a palpação das zonas anexiais pode provocar dor e demonstrar presença de tumor.

**Na suspeita diagnóstica, encaminhar a mulher para hospital de referência pa-**

## **ra exame ultra-sonográfico, definição e tratamento.**

### **24.10 Descolamento cório-amniótico**

Caracteriza-se por sangramento genital de pequena intensidade. É diagnosticado por exame ultra-sonográfico. A evolução em geral é boa, não representando quadro de risco materno e/ou ovular.

A conduta é conservadora e, basicamente, consiste no esclarecimento à gestante.

### **24.11 Placenta prévia**

Corresponde a um processo patológico da segunda metade da gravidez, em que a implantação da placenta, inteira ou parcialmente, ocorre no segmento inferior do útero. As mulheres múltiparas e com antecedentes de cesáreas são consideradas de maior risco.

Na anamnese, é relatada perda sangüínea por via vaginal, súbita, de cor vermelha viva, de quantidade variável, não acompanhada de dor. É episódica, recorrente e progressiva. O exame obstétrico revela volume e tono uterinos normais, freqüentemente 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.

O diagnóstico de certeza é dado pelo exame ultra-sonográfico.

O profissional de saúde deve referenciar a gestante para continuar o pré-natal em centro de referência para gestação de alto risco.

### **24.12 Descolamento prematuro da placenta**

É a separação abrupta da placenta antes do nascimento do feto. Ocorre em cerca de 0,5 a 1% de todas as gestações, sendo responsável por altos índices de mortalidade perinatal e materna.

O diagnóstico é, preferencialmente, clínico. Feito pelo aparecimento de dor abdominal súbita, com intensidade variável, perda sangüínea de cor vermelha escura e em quantidade, às vezes, pequena, que pode ser incompatível com quadro materno de hipotensão ou de choque. Em alguns casos, o sangramento pode ser oculto.

Ao exame obstétrico, o útero, em geral, encontra-se hipertônico, doloroso, sensível às manobras palpatórias; os batimentos cardíacos fetais podem estar alterados ou ausentes.

Há comprometimento variável das condições gerais maternas, desde palidez de pele e mucosas até choque e distúrbios da coagulação sangüínea.

*Na suspeita diagnóstica, encaminhar, como emergência, ao hospital de referência. Deve-se lembrar que, apesar de epidemiologicamente associados à hipertensão arterial, atualmente os casos de descolamento prematuro de placenta, sobretudo aqueles ocorridos entre mulheres vivendo na periferia dos grandes conglomerados humanos, estão frequentemente associados ao uso de drogas ilícitas, notadamente a cocaína e o crack.*

### **24.13 Hiperêmese**

Caracteriza-se por vômitos contínuos e intensos que impedem a alimentação da gestante, ocasionando desde a desidratação e oligúria à perda de peso e transtornos me-

tabólicos, com alcalose (pela perda maior de cloro – hipocloremia, perda de potássio e alterações no metabolismo das gorduras e dos carboidratos). Nos casos graves, pode chegar à insuficiência hepática, renal e neurológica. Aspectos emocionais e adaptações hormonais são apontados como causadores desse transtorno. Pode, também, estar associada à gestação múltipla, mola hidatiforme, pré-eclâmpsia, diabetes e isoimunização Rh.

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

Apoio psicológico, ações educativas desde o início da gravidez, bem como reorientação alimentar, são as melhores maneiras de evitar os casos mais complicados.

Nas situações de emese persistente, o profissional de saúde deve prescrever drogas antieméticas, por via oral ou intravenosa, além de hidratação.

#### Antieméticos orais:

Metoclopramida – 10 mg de 4/4 h;

Dimenidrato – 50 mg de 6/6 h.

#### Antieméticos injetáveis:

Metoclopramida – 10 mg (uma amp. = 10 ml) de 4/4 h;

Dimenidrato – 50 mg (uma amp. = 1 ml) de 6/6 h.

**Nos casos de hiperêmese gravídica que não responderam à terapêutica**

**inicialmente instituída ou quando a unidade de saúde não tiver disponibilidade para essas medidas, a internação faz-se necessária, e o profissional de saúde deve encaminhar a gestante imediatamente para um hospital.**

#### **24.14 Mola Hidatiforme**

O diagnóstico clínico pode ser feito pela presença de sangramento vaginal intermitente, geralmente de pequena intensidade, indolor e, por vezes, acompanhado da eliminação de vesículas (sinal patognômico). A altura uterina ou o volume uterino, em geral, são incompatíveis com o esperado para a idade gestacional, sendo maiores previamente a um episódio de sangramento e menores após (útero em sanfona). A presença de hiperêmese é mais acentuada, podendo levar a estados de desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos. Atentar para a presença de hipertensão arterial precoce, já que essa é a única condição de pré-eclâmpsia previamente à 20ª semana de gestação.

O diagnóstico é ultra-sonográfico e, na suspeita clínica de mola hidatiforme, os casos devem ser encaminhados ao hospital de referência.

#### **24.15 Hipovitaminose A**

A vitamina A é nutriente que atua no sistema imunológico, auxiliando no combate às infecções, tais como diarreia e sarampo. Ajuda também no crescimento e desenvolvimento, além de ser muito importante para o bom funcionamento da visão.

A falta de vitamina A pode resultar em cegueira.

O Programa de Suplementação de Vitamina A acontece em todos os estados da Região Nordeste e municípios do estado de Minas Gerais (região norte e Vales do Jequitinhonha e Mucuri), pois são áreas consideradas endêmicas para a deficiência de vitamina A.

Dados de pesquisas importantes têm correlacionado a adequação das reservas corporais de vitamina A maternas com a redução da mortalidade materna. Dessa forma, nas regiões citadas acima, **toda puérpera no pós-parto imediato, ainda na maternidade, deve receber uma megadose de 200.000 UI de vitamina A (1 cápsula VO)**, garantindo-se, assim, reposição dos níveis de retinol da mãe e níveis adequados de vitamina A no leite materno até que o bebê atinja os 6 meses de idade, diminuindo-se o risco de deficiência dessa vitamina entre as crianças amamentadas.

As mulheres não devem receber suplementação de vitamina A em outros locais (rede básica de saúde, por exemplo) ou em outros períodos de sua vida reprodutiva, para que seja evitado o risco de teratogenicidade para o feto, caso haja nova gravidez em curso.

#### **24.16 Hipertensão arterial na gestação (Toxemia)**

Complicações hipertensivas na gravidez é a maior causa de morbidade e mortalidade materna e fetal; ocorrem em cerca de 10% de todas as gestações; são mais comuns em mulheres nulíparas, em gestação múltipla, mulheres com hipertensão há mais 4 anos, história de hipertensão em gravidez prévia e de doença renal, ou mulheres com história familiar de pré-eclâmpsia.

**É fundamental diferenciar a pré-eclâmpsia, que é uma síndrome de vasoconstrição aumentada com redução da perfusão, de uma hipertensão primária ou crônica preexistente.**

#### ***Classificação da hipertensão arterial em mulheres gestantes***

##### *Hipertensão arterial crônica*

Corresponde à hipertensão de qualquer etiologia (nível da pressão arterial maior ou igual a 140/90 mmHg) presente antes da gravidez ou diagnosticada até a 20ª semana da gestação. Mulheres hipertensas que engravidam têm maior risco de desenvolver pré-eclâmpsia/eclâmpsia.

##### *Pré-eclâmpsia/eclâmpsia*

A pré-eclâmpsia geralmente ocorre após a 20ª semana de gestação, classicamente pelo desenvolvimento gradual de hipertensão e proteinúria.

Apresenta-se quando o nível da pressão arterial for maior ou igual a 140/90 mmHg, com proteinúria (> 300 mg/24h) e após 20 semanas de gestação. Pode evoluir para eclâmpsia. É mais comum em nulíparas ou gestação múltipla.

Mulheres com hipertensão arterial progressiva, por mais de quatro anos, têm aumento do risco de desenvolver pré-eclâmpsia de cerca de 25%.

Outro fator de risco é história familiar de pré-eclâmpsia e de doença renal.

A eclâmpsia caracteriza-se pela presença de convulsões tônico-clônicas generalizadas em mulher com qualquer quadro hipertensivo, não causadas por epilepsia ou qualquer outra doença convulsiva. Pode ocorrer na gravidez, no parto e no puerpério imediato.

Em gestante com quadro convulsivo, o primeiro diagnóstico a ser considerado deve ser a eclâmpsia.

#### *Hipertensão crônica com pré-eclâmpsia associada*

É o surgimento de pré-eclâmpsia em mulheres com hipertensão crônica ou doença renal. Nessas gestantes, essa condição agrava-se e a proteinúria surge ou piora após a 20ª semana de gravidez.

#### *Hipertensão gestacional*

É o desenvolvimento de hipertensão sem proteinúria que ocorre após 20 semanas de gestação. O diagnóstico é temporário e pode representar hipertensão crônica recorrente nessa fase da gravidez. Pode evoluir para pré-eclâmpsia e, se severa, levar a altos índices de prematuridade e retardo de crescimento fetal.

O valor mais alto da sistólica ou diastólica estabelece o estágio do quadro hipertensivo. Quando as pressões sistólica e diastólica situam-se em categorias diferentes, a maior deve ser utilizada para classificação de estágio.

#### **Hipertensão crônica durante a gestação**

Mulheres com estágio 1 de hipertensão arterial têm baixo risco de complicações cardiovasculares durante a gestação e são candidatas a somente modificarem seu estilo de vida como estratégia terapêutica (não existem evidências de que o tratamento farmacológico tenha melhores resultados neonatais).

Além disso, normalmente a pressão arterial cai na primeira metade da gestação, facilitando o controle da hipertensão sem medicamentos ou com suspensão dos medicamentos que estiverem sendo usados.

#### *Tratamento não medicamentoso da hipertensão*

A dieta desempenha um papel importante no controle da hipertensão arterial. Uma dieta com conteúdo reduzido de teores de sódio (< 2,4 g/dia, equivalente a 6 gramas de cloreto de sódio), baseada em frutas, verduras e legumes, cereais integrais, leguminosas,

leite e derivados desnatados, quantidade reduzida de gorduras saturadas, trans e colesterol mostrou ser capaz de reduzir a pressão arterial.

A prática de atividade física regular, além de ajudar no controle da pressão arterial, pode reduzir consideravelmente o risco de doença arterial coronária, acidentes vasculares e mortalidade em geral, facilitando ainda o controle de peso. Na gestação, a caminhada deve ser realizada com moderação, 2 a 3 vezes por semana, e não oferecer sensação de cansaço que, se ocorrer, indica necessidade de interrupção da atividade. O término da caminhada deve ser precedido por uma diminuição gradativa. A frequência cardíaca não deve exceder 140 bpm. O melhor horário para sua realização é antes das 10 h e após as 16 h. É importante a ingestão de líquidos e o uso de roupas leves e calçado adequado durante sua realização.

A hidroginástica é bastante indicada por proporcionar diversas vantagens à condição gestacional, mas é preciso que seja orientada por profissional especializado e com experiência no trabalho com gestantes. Apesar disso, exercícios aeróbicos devem ser restritos com base na possibilidade de fluxo placentário inadequado e aumento do risco de pré-eclâmpsia. É necessária avaliação cuidadosa e individualizada da gestante antes do início da atividade física.

Uso de álcool e/ou cigarro deve ser fortemente desencorajado durante a gestação.

#### *Tratamento medicamentoso na hipertensão*

A meta principal do tratamento da hipertensão crônica na gravidez é reduzir o risco materno, mas a escolha do medicamento é mais dirigida para a segurança do feto. As gestantes que apresentarem HAS leve/moderada podem ser tratadas com metildopa ou beta-bloqueadores, embora seu uso seja controverso devido aos riscos de diminuição da perfusão placentária em relação aos reais benefícios maternos e/ou fetais. Quando houver indicação, deve-se manter os medicamentos utilizados previamente à gravidez.

Sempre que for possível sua suspensão, faz-se necessária rigorosa monitorização dos níveis pressóricos e dos sinais de pré-eclâmpsia.

### 24.17 Pré-eclâmpsia

*Urgência* – pressão arterial diastólica  $\geq 110$  mmHg com ausência de sintomatologia clínica: o não comprometimento de órgãos-alvo permite o controle pressórico em até 24 h, se o quadro não se agravar;

*Emergência* – pressão arterial diastólica  $\geq 110$  mmHg com presença de sintomatologia clínica: o controle pressórico deve ser rápido, em até uma ou duas horas. A impossibilidade de previsão na evolução do quadro impõe, como medida ideal, o encaminhamento e a internação da paciente para acompanhamento hospitalar.

Na presença de PA muito elevada, acompanhada de sintomas, há necessidade de uma adequada avaliação clínica, incluindo exame físico detalhado e exame fundoscópico do olho com pupila dilatada.

Nas emergências hipertensivas, recomenda-se controlar a pressão mais rapidamente, enquanto nas urgências hipertensivas o controle pode ser gradual, num período de até 24 horas. Idealmente, as pacientes em emergência hipertensiva devem ser encaminhadas para internação em unidade de tratamento intensivo, com monitorização da pressão arterial e do eletrocardiograma.

A urgência hipertensiva pode ser tratada com a instituição de tratamento medicamentoso convencional.

*Hidralazina*: o cloridrato de hidralazina é relaxante direto da musculatura arterial lisa, sendo a **droga preferida** para o tratamento agudo da hipertensão arterial grave na gestação. Cada ampola contém 20 mg. Dilui-se o conteúdo de 1 ampola em 9 ml de solução salina ou água destilada. A dose inicial recomendada é de 5 mg ou 2,5 ml da solução por via intravenosa (IV), seguida por período de 20 minutos de observação. Se não for obtido controle da pressão arterial (queda de 20% dos níveis iniciais ou PAD entre 90 e 100

mmHg), pode-se administrar de 5 mg a 10 mg (2,5 ml a 5,0 ml da solução) em intervalos de 20 minutos, até dose cumulativa máxima de 20 mg. A ausência de resposta deve ser considerada como hipertensão refratária. O efeito hipotensor tem duração entre duas e seis horas. Apresenta como efeitos colaterais rubor facial, cefaléia e taquicardia. Obs.: em situações de pré-eclâmpsia grave, quando o profissional não descarta a possibilidade de evolução para eclâmpsia, recomenda-se a administração de sulfato de magné-

sio nas mesmas doses e vias preconizadas para a eclâmpsia (p.98); revisões da literatura indicam a possibilidade de 50% de redução no curso desse agravamento.

*Nifedipina*: bloqueador de canal de cálcio, produz relaxamento da musculatura arterial lisa. A administração é por via oral, na dose de 5 a 10 mg a cada 30 minutos até completar um máximo de 30 mg. A administração da nifedipina de ação rápida (10 mg sublingual) apresenta dificuldade no controle do ritmo e grau de redução da pressão arterial. Seu uso tem sido controverso devido à possibilidade de efeitos colaterais sérios, como HIPOTENSÃO SEVERA, COM RISCO TANTO MATERNO QUANTO FETAL. Outros efeitos colaterais são a taquicardia, cefaléia e rubor facial. Os riscos e a existência de alternativas eficazes tornam **o uso da nifedipina de ação rápida não recomendável nessa situação**.

*Furosemida*: **ATENÇÃO** – não deve ser utilizado na hipertensão aguda, pois reduz o volume intravascular e a perfusão placentária. Somente tem indicação em casos de insuficiência renal aguda comprovada ou em edema agudo de pulmão.

- A alfametildopa e os betabloqueadores orais não são indicados na crise hipertensiva, pois apresentam tempo para início de ação entre quatro e seis horas.
- **Inibidores da enzima conversora da angiotensina (ECA)** – captopril, enalapril e outros – estão **proscritos** na gestação por estarem associados com morte fetal e malformações fetais.

## 24.18 Eclâmpsia

Constitui-se em **emergência** e a paciente deve ser transferida, o mais rápido possível para o hospital de referência. Enquanto se procede a transferência, devem-se tomar algumas providências: medidas gerais, terapia anticonvulsivante e anti-hipertensiva.

### Medidas gerais:

Manutenção das vias aéreas livres para reduzir o risco de aspiração;

Oxigenação com a instalação de cateter nasal ou máscara de oxigênio úmido (cinco litros/minuto);

Sondagem vesical de demora;

Punção venosa em veia calibrosa;  
 Terapia anti-hipertensiva;  
 Terapia anticonvulsivante.

- **Sulfato de magnésio** é a droga anticonvulsivante de eleição (a grande vantagem sobre os demais anticonvulsivantes consiste no fato de não produzir depressão do SNC).

**Mais importante do que interromper uma convulsão já iniciada é a prevenção de nova crise.**

#### ESQUEMA PARA USO DO SULFATO DE MAGNÉSIO

Deve-se estar atento para as diferentes concentrações das **apresentações** existentes no mercado:

MgSO<sub>4</sub>.7H<sub>2</sub>O a 50%: uma amp = 10 ml = 5 g

MgSO<sub>4</sub>.7H<sub>2</sub>O a 20%: uma amp = 10 ml = 2 g

MgSO<sub>4</sub>.7H<sub>2</sub>O a 10%: uma amp = 10 ml = 1 g

#### **Dose de ataque (esquema misto EV e IM) para transferência da gestante**

Administrar sulfato de magnésio 4 g (quatro ampolas a 10% ou duas ampolas a 20%), EV, lentamente, em 20 minutos. Logo após, aplicar mais 10 g de sulfato de magnésio a 50% (duas ampolas) divididas em duas aplicações, IM, uma ampola (5 g) em cada glúteo, profundamente.

**Benzodiazepínicos:** são potentes no controle de convulsões em geral.

- esquema terapêutico: dose de ataque – 10 mg, EV, em um ou dois minutos;
- efeitos indesejáveis: sedação prolongada com risco aumentado para aspiração, dificuldade de controle neurológico, aumento de salivação e secreção brônquica. No recém-nascido, ocorre maior depressão respiratória, hipotermia e hipotensão. Os benzodiazepínicos só devem ser utilizados se não houver outra opção terapêutica.

• **Fenitoína:** droga eficaz para controle e prevenção de convulsões epiléticas.

- esquema terapêutico: dose de ataque – 500 mg diluídos em 200 ml de solução salina para aplicação intravenosa durante 20 minutos;
- efeito colateral: arritmia cardíaca se a infusão for rápida.

### **Transferência e transporte da mulher com eclâmpsia**

O transporte adequado da mulher eclâmpica até hospital de nível secundário ou terciário é de importância capital para a sobrevivência da gestante. Nessa situação, a gestante deve estar sempre com:

- Vaga confirmada em centro de referência, idealmente hospital terciário;
- Veia periférica calibrosa cateterizada (evitando-se a hiper-hidratação);
- Sonda vesical, com coletor de urina instalado;
- Pressão arterial controlada com hidralazina (5–10 mg, EV) ou nifedipina (10 mg, VO);
- Dose de ataque de sulfato de magnésio aplicada, ou seja, 4 g de sulfato de magnésio, EV, em 20 minutos. E manutenção com o esquema IM (10 g de sulfato de magnésio, sendo aplicados 5 g em cada nádega). Esse esquema deve ser o preferido, pois produz cobertura terapêutica por quatro horas após as injeções e evita os riscos de infusão descontrolada de sulfato de magnésio durante o transplante;
- O médico deve, obrigatoriamente, acompanhar a mulher durante a remoção.

### **Estratégias para facilitar a adesão ao tratamento anti-hipertensivo**

Como qualquer portador de hipertensão arterial, a gestante hipertensa, especialmente pela gravidade do impacto na mortalidade e morbidade materna e fetal, deve ser direcionada para adesão ao tratamento e conseqüente controle da hipertensão.

A educação em saúde é o primeiro passo a ser dado na tentativa de desenvolver e estimular o processo de mudanças de hábitos e transformação no modo de viver.

Porém, isso não é tarefa fácil diante de vários fatores que influenciam o comportamento e determinam as mudanças necessárias para o controle efetivo da doença.

O conhecimento da doença e do seu tratamento, apesar de ser o primeiro passo, não implica necessariamente adesão, pois requer mudanças de comportamentos que, muitas vezes, só são conseguidas a médio ou longo prazo.

Toda atividade educacional deve estar voltada para o auto cuidado. O trabalho em grupos de pacientes e equipe de saúde é útil por propiciar troca de informações, favorecer esclarecimentos de dúvidas e atenuar ansiedades, pela convivência com problemas semelhantes.

### **Tratamento da hipertensão arterial durante a lactação**

Mães hipertensas podem amamentar normalmente com segurança, desde que se tenham cuidados e condutas especiais.

Todavia, as drogas anti-hipertensivas estudadas são excretadas pelo leite humano; sendo assim, mulheres hipertensas no estágio 1 e que desejem amamentar por alguns meses podem suspender a medicação anti-hipertensiva com cuidadoso monitoramento da pressão arterial e reinstaurar a medicação logo que suspender o período de amamentação.

Nenhum efeito adverso de curto prazo foi descrito quanto à exposição à metildopa, hidralazina, propranolol e labetalol, que são os preferidos se houver indicação de betabloqueadores. Diuréticos podem reduzir o volume de leite ou até suprimir a lactação.

A mãe hipertensa que amamenta e a criança amamentada no peito devem ser monitoradas para prevenir potenciais efeitos adversos.

### **Hipertensão recorrente**

A hipertensão recorre em larga proporção (20% a 50%) nas gestações subseqüentes. Os fatores de risco são:

- Aparecimento de hipertensão arterial logo na primeira gestação;
- História de hipertensão arterial crônica;
- Hipertensão persistente cinco semanas pós-parto;
- Elevação precoce da pressão na gravidez.

Mulheres que tiveram pré-eclâmpsia têm maior tendência para desenvolver hipertensão arterial do que as que tiveram gestação como normotensas

### **24.19 Diabetes *mellitus* na gestação**

O diabetes *mellitus* é uma síndrome de etiologia múltipla, decorrente da falta de insulina e/ou da incapacidade da insulina de exercer adequadamente seus efeitos. Caracterizam-se por hiperglicemia crônica, freqüentemente acompanhada de dislipidemia, hipertensão arterial e disfunção do endotélio. As conseqüências do diabetes *mellitus* a longo prazo decorrem de alterações micro e macrovasculares que levam à disfunção, dano ou falência de vários órgãos, especialmente olhos, rins, nervos, cérebro, coração e vasos

sangüíneos. A gestação constitui um momento oportuno para o rastreamento do diabetes e pode representar a grande chance de detecção de alterações da tolerância à glicose na vida de uma mulher. Os efeitos adversos para a mãe e para o concepto podem ser prevenidos/atenuados com orientação alimentar e atividade física e, quando necessário, uso específico de insulina.

Os sintomas decorrentes de hiperglicemia acentuada incluem perda inexplicada de peso, poliúria, polidipsia, polifagia e infecções. O diabetes é responsável por índices elevados de morbimortalidade perinatal, especialmente macrosomia fetal e malformações congênitas.

### *Classificação do diabetes*

Diabetes tipo 1 (ex-diabetes juvenil): cerca de 10% dos casos. O termo tipo 1 indica destruição de células beta que pode levar ao estágio de deficiência absoluta de insulina, quando sua administração é necessária para prevenir cetoacidose, coma e morte.

Diabetes tipo 2 (ex-diabetes do adulto): cerca de 90% dos casos. O termo tipo 2 designa deficiência relativa de insulina. Nesses casos, a administração de insulina não visa evitar cetoacidose, mas sim controlar o quadro hiperglicêmico. A cetoacidose é rara e, quando presente, é acompanhada de infecção ou estresse muito graves. A maioria dos casos apresenta excesso de peso ou deposição central de gordura.

Diabetes gestacional é a hiperglicemia diagnosticada na gravidez, de intensidade variada, que geralmente desaparece no período pós-parto, mas pode retornar anos depois. Seu diagnóstico é controverso. A OMS recomenda os mesmos procedimentos diagnósticos empregados fora da gravidez.

### *Estágios de desenvolvimento do diabetes*

É reconhecido que o diabetes passa por estágios em seu desenvolvimento. É importante perceber que os vários tipos de diabetes podem progredir para estágios avançados da doença, em que é necessário o uso de insulina para o controle glicêmico.

Além disso, antes de o diabetes ser diagnosticado, já é possível observar alterações na regulação glicêmica (tolerância à glicose diminuída e glicemia de jejum alterada), e o seu reconhecimento precoce permite a orientação de intervenções preventivas.

### *Principais fatores de risco do diabetes mellitus gestacional*

História prévia de diabetes gestacional;

Diabetes na família com parentesco em 1º grau Baixa estatura (< 1,50 m);

- Idade superior a 25 anos;
- Obesidade ou grande aumento de peso durante a gestação;
- Síndrome do ovário policístico e outras patologias que levam ao hiperinsulinismo;
- Antecedentes obstétricos de morte fetal ou neonatal, macrossomia ou diabetes gestacional;
  
- Hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual, crescimento fetal excessivo e polidrâmnio.

### *Rastreamento e diagnóstico do diabetes gestacional*

Os sintomas clássicos de diabetes são: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso (os “4 Ps”). Outros sintomas que levantam a suspeita clínica são: fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar e infecções de repetição. Algumas vezes, o diagnóstico é feito a partir de complicações crônicas como neuropatia, retinopatia ou doença cardiovascular aterosclerótica.

Entretanto, como já mencionado, o diabetes é assintomático em proporção significativa dos casos, ocorrendo a suspeita clínica a partir de fatores de risco para o diabetes.

**É de fundamental importância detectar precocemente níveis elevados de glicose no sangue no período gestacional.**

Os testes laboratoriais mais comumente utilizados para suspeita de diabetes ou regulação glicêmica alterada são:

- **Glicemia de jejum:** nível de glicose sangüínea após um jejum de 8 a 12 horas;
- **Teste oral de tolerância à glicose (TTG-75 g):** o paciente recebe uma carga de 75 g de glicose, em jejum, e a glicemia é medida antes e 120 minutos após a ingestão;
- **Glicemia casual:** realizada a qualquer hora do dia, independentemente do horário das refeições.

O diagnóstico de diabetes gestacional (DG) deve sempre ser confirmado pela repetição da glicemia de jejum e do teste oral de tolerância à glicose em outro dia, a menos que haja hiperglicemia inequívoca com descompensação metabólica aguda ou sintomas ób-

vios de DM.

Quando os níveis glicêmicos estão acima dos parâmetros considerados “normais”, mas não estão suficientemente elevados para caracterizar um diagnóstico de diabetes, classifica-se a pessoa como portadora de **regulação glicêmica alterada**.

Essas gestantes apresentam alto risco para o desenvolvimento do diabetes.

### **Exames complementares para avaliação do diabetes gestacional:**

- Glicemia de jejum e hemoglobina glicada;
- Colesterol total e HDL-C e triglicerídeos;
- Creatinina sérica e clearance de creatinina;
- TSH;
- Sumário de urina (para verificar infecção urinária, proteinúria, corpos cetônicos, glicosúria) e urocultura;
- Proteinúria de 24 horas ou microalbuminúria;
- Fundoscopia;
- ECG;
- Ultra-sonografia obstétrica – no primeiro trimestre, para determinação da idade gestacional – e ultra-sonografia morfológica, entre 16 e 20 semanas, para rastrear malformações fetais. Quando houver indicação, complementar com ecocardiografia fetal.

**A hemoglobina glicada e o uso de tiras reagentes para glicemia não são utilizadas para o diagnóstico de diabetes e, sim, para o monitoramento do controle glicêmico.**

### *Conduta no diabetes gestacional*

A mulher portadora de diabetes *mellitus* pode ter gestação normal e ter fetos saudáveis, desde que sejam tomadas as seguintes precauções:

1. Planejar a gravidez pela importância da sétima e oitava semanas da concepção, quando ocorre a formação embrionária de vários órgãos essenciais do feto;
2. Controlar rigorosamente o nível de glicose no sangue;
3. Detectar precocemente os fatores de risco, evitando suas complicações;
4. Adotar, de forma sistemática, hábitos de vida saudáveis (alimentação balanceada e controlada, prática de atividades físicas regulares);

Consultar regularmente o médico para adequar a dosagem de insulina, já que ela é variável durante o período gestacional (menor quantidade no início, com tendência a aumentar no decorrer da gestação).

#### *Tratamento do diabetes gestacional*

É fundamental manter adequado controle metabólico, que pode ser obtido pela terapia nutricional (que deve estar baseada nos mesmos princípios básicos de uma alimentação saudável), aumento da atividade física (ver na página 96), suspensão do fumo, associados ou não à insulino-terapia. Os hipoglicemiantes orais são contra-indicados na gestação, devido ao risco aumentado de anomalias fetais.

A insulina deve ser mantida em todas as pacientes que dela já faziam uso e iniciada em diabéticas tipo 2 que faziam uso prévio de hipoglicemiantes, ou em diabéticas gestacionais que não obtêm controle satisfatório com a dieta e os exercícios físicos. Os ajustes de doses são baseados nas medidas de glicemia. O monitoramento da glicemia em casa, com fitas para leitura visual ou medidor glicêmico apropriado, é o método ideal de controle.

**As gestantes com diagnóstico de diabetes devem ser sempre acompanhadas conjuntamente pela equipe da atenção básica e pela equipe do pré-natal de alto risco.**

#### **24.20 Hepatite B**

Caso a gestante seja HBsAg positivo, ela deve ser encaminhada, após o parto, para avaliação em serviço de referência. Para a prevenção da transmissão vertical do VHB, **nas primeiras 12 horas de vida do recém-nascido**, deve-lhe ser administrada a imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) e a imunização ativa (vacina). A criança deve receber doses subseqüentes da vacina, com um e seis meses.

É necessário que se confirme a imunidade pós-vacinal pela realização do anti-HBs – anticorpo contra o HBsAg – na criança até um ano de idade. O anti-HBs aparece de 1 a 3 meses após a vacinação contra a hepatite B, ou após a recuperação de uma infecção aguda.

A garantia da primeira dose da vacina contra a hepatite B nas primeiras 12 horas

de vida do recém-nascido deve ser a meta para todos os serviços e maternidades.

Com relação à amamentação, apesar de o vírus da hepatite B poder ser encontrado no leite materno, o aleitamento em crianças filhas de mães portadoras do VHB está indicado logo após a aplicação da primeira dose do esquema vacinal e da imunoglobulina humana anti-hepatite B. A amamentação só deve ser suspensa se a mulher apresentar fissuras no mamilo.

Notificar a Hepatite B em fichas de notificação próprias do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação);

#### **24.21 Sífilis**

Doença infecciosa, de caráter sistêmico e de evolução crônica, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência. O agente etiológico, o *Treponema pallidum*, é uma espiroqueta de transmissão predominantemente sexual ou materno-fetal (vertical), podendo produzir, respectivamente, a forma adquirida ou congênita da doença.

A sífilis na gestação requer intervenção imediata, para que se reduza ao máximo a possibilidade de transmissão vertical.

**A sífilis congênita é um agravo de notificação compulsória, sendo considerada como verdadeiro evento marcador da qualidade de assistência à saúde materno-fetal,** em razão da efetiva redução do risco de transmissão transplacentária, sua relativa simplicidade diagnóstica e o fácil manejo clínico/terapêutico.

A infecção do feto depende do estágio da doença na gestante, ou seja, quanto mais recente a infecção materna, mais treponemas estão circulantes e, portanto, a realização do VDRL no início do terceiro trimestre permite que o tratamento materno seja instituído e finalizado até 30 dias antes do parto, intervalo mínimo necessário para que o recém-nascido seja considerado tratado intra-útero. Quando o teste é feito durante a internação para o parto, além de interromper a evolução da infecção e suas seqüelas irreversíveis, possibilita o tratamento precoce da criança.

O diagnóstico clínico, na fase primária, é dado pela identificação do cancro duro. Esse sinal, quando localizado internamente (vagina, colo uterino), pode passar desperce-

bido na mulher. Na fase secundária, o diagnóstico clínico é dado por erupções cutâneas generalizadas (roséolas sífilíticas), em especial quando se observam lesões palmo plantares, além de queda de cabelo (alopecia e placas úmidas na região vulvar e perineal (condiloma plano). Na fase terciária, a lesão característica é a goma sífilítica, que pode ocorrer em pele, ossos, cérebro etc.

Na gestação, a sífilis pode ser causa de abortamento tardio (a partir do quarto mês), natimortos, hidropsia fetal e parto prematuro. Estudos mostram fetos abortados com nove semanas de gestação que apresentavam o treponema ao exame histopatológico, indicando que abortamentos precoces também podem ser causados por sífilis.

O exame microbiológico apenas é possível quando da existência de lesões, principalmente, cancro duro e lesões de secundarismo. Placenta, cordão umbilical e lesões cutâneo-mucosas da criança também podem ser ótimas fontes de material para o diagnóstico, utilizando-se a técnica de campo escuro ou a imunofluorescência direta.

O diagnóstico sorológico é realizado pelo VDRL (*Venereal Diseases Research Laboratory*) e o FTA-abs (*Fluorescent Treponema Antigen Absorbent*), MHATp (Microhemaglutinação para *Treponema pallidum*) ou Elisa.

O VDRL, teste diagnóstico mais utilizado, torna-se reativo a partir da segunda semana depois do aparecimento do cancro (sífilis primária) e, em geral, está mais elevado na fase secundária da doença. Os títulos tendem a decrescer gradativamente até a negatização com a instituição do tratamento a partir do primeiro ano de evolução da doença, podendo permanecer baixos por longos períodos.

Seguimento e controle de cura:

Conduta nos títulos baixos de VDRL  $< 1/8$  – Solicitar teste treponêmico (FTA-abs ou T-PHA) sempre que possível.

- Resultado negativo: deve-se investigar colagenoses, o VDRL será chamado de falso-positivo;
- Resultado positivo: investigar história e antecedentes. Se a história for ignorada, gestante e parceiro devem ser imediatamente tratados. Nos casos em que a história for conhecida e o tratamento adequado, considerar como cicatriz sorológica;
- Teste treponêmico não disponível: se a história for ignorada, considerar como sífilis latente de duração indeterminada e efetuar o tratamento da gestante e do parceiro com se-

guimento sorológico.

Cura sorológica:

- Queda dos títulos no VDRL: 2 diluições ou diminuição de 4 vezes os títulos: por exemplo, de 1/8 para 1/2; ou 1/128 para 1/32.

Nas gestantes, o VDRL de seguimento deve ser realizado mensalmente e a duração da gestação pode não ser suficiente para a negatificação.

*Tratamento:*

- Sífilis primária: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, via intramuscular, em dose única (1,2 milhões, IM, em cada glúteo);
- Sífilis secundária e latente recente (menos de um ano de evolução): penicilina benzatina 2,4 milhões UI, via intramuscular, repetida após uma semana. Dose total de 4,8 milhões UI;
- Sífilis latente tardia, terciária ou com evolução por tempo indeterminado: penicilina benzatina 2,4 milhões UI, via intramuscular, semanal, por três semanas. Dose total de 7,2 milhões UI.

*Recomendações:*

- **O(s) parceiro(s) deve(m) sempre ser testado(s) e tratado(s);**

As gestantes tratadas requerem seguimento sorológico quantitativo mensal durante a gestação, devendo ser novamente tratadas, mesmo na ausência de sintomas, se não houver resposta ou se houver aumento de, pelo menos, duas diluições em relação ao último título de VDRL (ex.: de 1/2 para 1/8);

- **As gestantes com história comprovada de alergia à penicilina devem ser encaminhadas para centro de referência para dessensibilização.**

Na impossibilidade, deve ser administrada a eritromicina na forma de estearato, 500 mg, VO, de 6/6 h por 15 dias para sífilis recente e por 30 dias para sífilis tardia. O uso dessa droga exige estreita vigilância, pela menor eficácia, e **o feto não deve ser considerado tratado;**

- Portadoras de HIV podem ter a história natural da sífilis modificada, desenvolvendo neurosífilis mais precoce e facilmente. Nesses casos, está indicada, quando possível, a punção lombar para que se possa definir o esquema terapêutico mais apropriado, devendo

ser encaminhada ao centro de referência. Quando não for possível a realização da punção lombar, deve ser instituído tratamento para neurosífilis;

- Notificar a sífilis materna e a forma congênita (obrigatória) em fichas de notificação próprias do SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação);
- Considerar a associação entre as DST e a infecção pelo HIV. Fazer o aconselhamento pré-teste e oferecer a realização de sorologia anti-HIV, que deverá ser repetida três meses depois, se negativa, caso a infecção tenha sido adquirida no transcorrer da gestação;
- Orientar a abstenção das relações sexuais até a conclusão do tratamento e o desaparecimento dos sintomas (quando presentes), o uso de preservativo, que deve ser mantido, após o tratamento, em todas as relações sexuais.

#### **24.22 Infecção por HIV**

De acordo com dados de estudos sentinelas, a infecção por HIV tem prevalência em gestantes de 0,6%. O diagnóstico durante a gestação, ou ainda no momento do trabalho de parto, com instituição de medidas apropriadas, pode reduzir significativamente a transmissão vertical (da mãe para o filho). O teste anti-HIV deve ser oferecido na primeira consulta de pré-natal e em cada trimestre da gestação

*Conduas diante do diagnóstico de infecção por HIV na gestação:*

- Prestar suporte psicológico necessário, informar sobre o uso da terapia anti-retroviral (TARV) e a necessidade de acompanhamento médico especializado no CTA;
- Na impossibilidade de referência imediata para o serviço especializado, o profissional poderá solicitar avaliação da carga viral e dos níveis de TCD4+, instituir a zidovudina (AZT) oral se a gestante estiver após a 14ª semana e assintomática, encaminhando-a, em caráter prioritário, para profissional que assista portadoras do HIV, informando à gestante sobre a necessidade de acompanhamento médico especializado para avaliação Clínico-laboratorial criteriosa e instituição da terapêutica anti-retroviral mais adequada para o controle de sua infecção. Se disponível, a gestante poderá ser igualmente encaminhada para serviço de pré-natal que seja referência para gestantes infectadas pelo HIV (SAE materno-infantil);
  - Informar sobre os riscos da transmissão vertical pela amamentação, orientando sobre como alimentar o bebê com fórmula infantil (*Guia Prático de Preparo de Alimentos para*

*Crianças Menores de 12 Meses que Não Podem Ser Amamentadas*, disponível no site [www.aids.gov.br/biblioteca](http://www.aids.gov.br/biblioteca));

- Informar também sobre a contra-indicação do aleitamento cruzado (amamentação por outra mulher);
- Discutir a necessidade da testagem do parceiro e do uso de preservativo (masculino ou feminino) nas relações sexuais;
- Informar sobre a necessidade de acompanhamento periódico da criança em serviço especializado de pediatria para crianças expostas ao HIV e oferecer informações sobre onde poderá ser feito esse acompanhamento;
- Continuar o acompanhamento da gestante encaminhada, com atenção para a adesão às recomendações/prescrições.

Obs.: para mais informações, consultar o documento de consenso vigente do Ministério da Saúde/PN-DST/AIDS *Recomendações para Profilaxia da Transmissão Vertical do HIV e Terapia Anti-retroviral em Gestantes*.

*O aconselhamento pré e pós-teste anti-hiv em gestantes, parturientes e puérperas*

- O diagnóstico da infecção pelo HIV no início da gestação possibilita um melhor resultado com relação ao controle da infecção materna e, conseqüentemente, os melhores resultados de profilaxia da transmissão vertical desse vírus.
- Por esse motivo, o teste anti-HIV deverá ser oferecido a todas as gestantes, independentemente de sua situação de risco para o HIV, em dois momentos, tão logo ela inicie seu pré-natal e último trimestre de gestação. O teste anti-HIV, entretanto, deverá ser sempre voluntário e confidencial.

*Aconselhamento*

- O processo de aconselhamento diz respeito ao modo de escuta e de troca de informações entre o profissional de saúde e a mulher, a fim de promover uma relação de confiança entre ambos.
- A qualidade desse intercâmbio promoverá, para o profissional de saúde, maior ou, menor recurso preditor da possibilidade de haver (ou ter havido) no comportamento da mulher, ou de seu parceiro, situações de exposição ao risco de infecção pelo HIV e outras

DST.

- Para a mulher, a qualidade desse intercâmbio promoverá maior ou menor recurso para a percepção de exposição ao risco de infecção pelo HIV e outras DST no presente, ou em épocas passadas.

*Aconselhamento pré-teste anti-HIV:*

- O processo de aconselhamento poderá ser facilitado podendo se coletivo com a realização de palestras em grupos para as gestantes, e seus parceiros, na rotina dos serviços de pré-natal, otimizando tempo e profissionais.
- Dentre outros temas deve-se informar para que serve o teste do HIV, riscos de transmissão e vulnerabilidade da gestante. Essa prática informativa/ educativa fará desse tema, coisa natural e rotineira evitando a banalidade da testagem anti-HIV, como ocorreu com o VDRL.
- Dentre os aspectos que poderão ser introduzidos nesse momento, respeitando-se a linguagem e a profundidade que deverá ser dada para a população de gestantes que se assiste, temos:
  - Agentes etiológicos e mecanismos de transmissão;
  - Abordagem relativa aos conceitos “Comportamento de risco” e “Populações de risco acrescido”, importância de exposição ao risco, em situação atual e/ou pregressa, para a infecção pelo HIV;
  - Colocar a diferença entre ser portador do HIV e desenvolver a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS);
  - Mecanismos de prevenção, tratamento e controle da infecção materna;
  - Ações voltadas para a prevenção da transmissão materno-infantil do HIV.
- Esse espaço possibilitará a gestante rever seu comportamento sexual (e de seu parceiro) no momento atual ou pregresso, possibilitando sua reflexão sobre a possibilidade da aquisição do HIV, sífilis e outras DST, e sobre a chance de evitar a transmissão para seu bebê, contribuindo sobremaneira para sua adesão ao teste anti-HIV.
- Esse espaço tem assim por finalidade, facilitar etapa posterior para a gestante e para o profissional de saúde que fará o aconselhamento pré-teste anti-HIV, e promover o envolvimento interdisciplinar nos serviços de pré-natal.

É importante mencionar que em muitos casos, a gestante desconhece o comportamento de risco do parceiro (uso pregresso ou atual de drogas, outros parceiros), razão pela qual não se poderá descartar o risco para HIV, mesmo que a gestante sinta – se segura.

*Por ocasião do aconselhamento pré-teste anti-HIV, o profissional deverá:*

- Avaliar os conhecimentos assimilados sobre a infecção pelo HIV/AIDS, e outras DST;
- Avaliar os conhecimentos assimilados sobre os demais temas especificados acima, corrigindo o que ficou mal-entendido, e principalmente, reforçar informações que venham à tona na demanda da mulher e julgadas como importantes para a promoção de sua adesão ao teste anti-HIV;
- Explicar o que é o teste anti-HIV; como ele é feito; o que mede e quais são suas limitações, explicando o significado dos resultados negativo, indeterminado e positivo;
- Explicar os benefícios do diagnóstico precoce na gravidez, tanto para a mãe quanto para o bebê, reforçando as chances de prevenção da transmissão vertical;
- Mencionar o caráter confidencial e voluntário do teste anti-HIV.
- É importante lembrar que durante todo esse processo a gestante deverá ser estimulada a expressar seus sentimentos e dúvidas com relação a todas essas informações acima mencionadas.

*Aconselhamento Pós-teste Anti-HIV*

Nesta ocasião o profissional deverá realizar este aconselhamento de forma individual onde irá reforçar e discutir com a gestante o significado do resultado de seu teste e, qualquer que seja o resultado, reforçar as informações sobre modo de transmissão do HIV e outras DST, e sobre as medidas de prevenção.

*Diante de resultado negativo*

- O profissional deverá ter em mente que esse resultado poderá significar, que a mulher não está infectada ou que foi infectada tão recentemente que não houve tempo para seu organismo produzir anticorpos em quantidade que possa ser detectada pelo teste utilizado.
- Nesses casos, a necessidade de um novo teste deverá ser concluída pelo profissional, com base nas informações colhidas durante o processo de aconselhamento pré-teste,

ou seja, as informações apontarão, ou não, a possibilidade da mulher se encontrar em período de “janela imunológica”.

- Sendo esse o motivo pelo qual se realiza a segunda bateria de exames.
- O profissional deverá se colocar à disposição da gestante, tantas vezes quantas forem necessárias para prestar esclarecimentos e suporte psicológico durante o intervalo de tempo que transcorrerá até a realização da nova testagem.

#### *Diante de resultado positivo*

- Preencher Ficha Epidemiológica de notificação SINAN e encaminhar a gestante para o Programa DST/AIDS para consulta com infectologista ( via telefone ), onde a gestante se necessário será encaminhada para “alto risco”, também estará realizando o cadastro do leite para o bebê . Neste momento aproveita-se para ressaltar a impossibilidade futura de amamentação.
- As mulheres identificadas como portadoras assintomáticas do HIV no período pré-concepcional, durante a gestação, ou no parto/puerpério imediato, seguirão a rotina de consultas nas unidades básicas de saúde, em conjunto com os serviços de referência para portadoras do HIV, de acordo com a frequência determinada pelo profissional de saúde assistente. Lembramos que a amamentação está contra-indicada.

### **24.23 Doenças sexualmente transmissíveis em gestantes**

As DST podem ocorrer em qualquer momento do período gestacional.

Atenção especial deve ser dirigida ao parceiro sexual, para tratamento imediato ou encaminhamento para o SAE, sempre que houver indicação. Podemos agrupar as DST em síndromes:

**Síndrome de úlcera genital:** presença de lesão ulcerada em região anogenital, de causa não traumática, única ou múltipla, podendo ser precedida por lesões vesiculosas. As causas mais comuns são, à exceção da sífilis primária, o cancro mole e o herpes genital.

*Tratamento da gestante:*

*Sífilis primária:*

penicilina G benzatina 1.200.000 UI, IM em cada glúteo em dose única, totalizando 2.400.000 UI, ou estearato de eritromicina 500 mg, VO, de 6/6 h, por dez dias ,

*Herpes:*

o tratamento das lesões herpéticas, no decorrer da gestação, poderá ser feito nos casos de primo-infecção ou em situações de grande número de recorrências, especialmente próximo ao parto, com aciclovir 400 mg, VO, de 8/8h, durante sete a dez dias;

*Cancro mole:*

estearato de eritromicina, 500 mg, VO, de 6/6 h, por sete dias ou ceftriaxona, 250 mg, IM, dose única.

*Síndrome de corrimento vaginal:*

corrimento de cor branca, acinzentada ou amarelada, acompanhado de prurido, odor ou dor durante a relação sexual, que pode ocorrer durante a gestação. As causas mais comuns são a candidíase, a tricomoníase e a vaginose bacteriana. Apenas a tricomoníase é considerada de transmissão sexual. Qualquer um dos tratamentos tópicos pode ser usado para candidíase em gestantes, dando-se preferência aos derivados imidazólicos como o miconazol, o isoconazol , o tioconazol e o clotrimazol, por um período de sete dias.

Não deve ser usado nenhum tratamento sistêmico. Para vaginose bacteriana e /ou tricomoníase, está indicado o uso de **metronidazol 2 g, VO, dose única, ou 250 mg 3 vezes ao dia, VO, durante 7 dias, ou metronidazol 400 mg, de 12/12 h, VO, por 7 dias**, após completado o primeiro trimestre. Nos casos de tricomoníase, o parceiro também deve ser tratado.

*Síndrome de corrimento cervical:*

Presença de corrimento mucopurulento proveniente do orifício externo do colo do útero, acompanhado ou não por hiperemia, ectopia ou colpíte. As causas mais comuns são infecção por gonococo e clamídia. O tratamento deve ser feito com: Amoxicilina: 500 mg, VO, de 8/8h, por sete dias; ou Eritromicina (estearato): 500 mg, VO, de 6/6h, por sete dias; ou Azitromicina: 1 g, VO, dose única. Associado a: Cefixima: 400 mg, VO, dose única; ou Ceftriaxona: 250 mg, IM, dose única; ou Espectinomicina: 2 g, IM, dose única.

*Condiloma acuminado:*

Caracterizado por lesões verrucosas, isoladas ou agrupadas, úmidas ou secas e querati-

nizadas, geralmente localizadas na vulva, períneo e região perianal. Podem ser subclínicas e afetar o colo uterino. Alguns subtipos do HPV são fortemente associados a neoplasia cervical (subtipos 16, 18, 31 e 35).

*Tratamento da gestante:* Na gestação, as lesões condilomatosas poderão atingir grandes proporções, seja pelo aumento da vascularização, sejam pelas alterações hormonais e imunológicas que ocorrem nesse período. Como as lesões durante a gestação podem proliferar e tornar-se friáveis, muitos especialistas indicam a sua remoção nessa fase. É importante orientar o uso de preservativo e avaliação do parceiro sexual, com suspensão de atividade sexual durante o tratamento.

Não está estabelecido o valor preventivo da operação cesariana, portanto esta não deve ser realizada baseando-se apenas na prevenção da transmissão do HPV para o recém-nascido, já que o risco da infecção nasofaríngea do feto é muito baixa.

Apenas em raros casos, quando o tamanho e a localização das lesões estão causando obstrução do canal de parto, ou quando o parto vaginal possa ocasionar sangramento excessivo, a operação cesariana deverá ser indicada.

A escolha do tratamento vai se basear no tamanho e no número das lesões:

**Nunca usar PODOFILINA, PODOFILOTOXINA ou IMIQUIMOD durante qualquer fase da gravidez;**

Lesões pequenas, isoladas e externas: eletro ou criocauterização em qualquer fase da gravidez;

Lesões grandes e externas: ressecção com eletrocautério ou cirurgia de alta frequência (exérese por alça diatérmica ou LEEP) em qualquer fase da gravidez. Esse procedimento exige profissional habilitado, visto que pode provocar sangramento considerável;

Lesões pequenas, colo, vagina e vulva: eletro ou criocauterização, apenas a partir do segundo trimestre;

Mulheres com condilomatose durante a gravidez deverão ser seguidas com citologia oncológica após o parto.

*Seguimento das infecções sexualmente transmissíveis após a gestação*

*Sífilis*

A mulher tratada em decorrência de sífilis, durante a gestação ou no momento do parto, deverá ser acompanhada com VDRL no pós-parto em intervalos trimestrais.

A negatificação do teste indica alta ambulatorial, o que, geralmente, acontece no primeiro ano. A elevação dos títulos em duas diluições pode indicar reinfecção (parceiro não tratado ou novo parceiro), neurosífilis ou manifestações tardias por tratamento inadequado, indicando reavaliação clínico-laboratorial completa.

### *Condiloma acuminado*

Mulheres com condilomatose durante a gravidez devem ser acompanhadas com realização da citologia oncótica. Portadora de lesões tratadas durante a gravidez terá seguimento regular para manutenção do tratamento, se necessário. O parceiro deverá ser avaliado para possível tratamento conjunto.

### *Outras DST*

Casos diagnosticados e tratados durante a gestação devem ser reavaliados no puerpério para verificar a necessidade de retratamento. Em casos de recorrências frequentes, o(s) parceiro(s) deve(m) ser avaliado(s) quanto à necessidade de tratamento concomitante, exceto para tricomoníase, em que o parceiro sempre deve ser tratado.

OBS: \*\* ENCAMINHAR PARA CONSULTA MÉDICA COM O CLÍNICO GERAL OU GINECOLOGISTA

## **24.24 Toxoplasmose na gestação**

A toxoplasmose é causada pelo *Toxoplasma gondii* e adquire especial relevância quando atinge a gestante, visto o elevado risco de acometimento fetal.

É uma doença facilmente evitável sendo importante discutir a profilaxia e a triagem de pessoas susceptíveis, as manifestações fetais e a indicação do tratamento da gestante e do neonato.

Dentre os agravos observa-se:

- Retardo de crescimento intra-uterino;
- Morte fetal;
- Prematuridade;
- Toxoplasmose congênita (coriorretinite, microcefalia, com ou sem hidrocefalia, retardo mental, pneumonite

- hepatoesplenomegalia, erupções cutâneas e calcificações cerebrais).

Segundo levantamentos sorológicos no Brasil realizados em ambulatórios de assistência ao Pré-natal, apresentaram taxas de incidência entre 46 e 61% (dados do Duncan).

Estima-se que a toxoplasmose aguda incida em 3 a 5% da população geral. Outros dados apontam que a prevalência da toxoplasmose no Brasil situa-se entre 50% e 80%.

O risco de uma gestante adquirir uma infecção durante a gestação depende de três fatores: prevalência do parasita na comunidade, contatos com fontes de infecção e o número de mulheres grávidas suscetíveis ao toxoplasma.

Quando a gestante adquire mais precocemente a infecção os quadros de comprometimento fetal são mais graves, porém quanto mais tardia a infecção materna, maior a frequência de transmissão para o feto.

No primeiro trimestre, a fetopatia ocorre em 14% dos casos, no segundo em 29% e no terceiro em 59% dos casos.

Portanto, conclui-se que o risco de transmissão aumenta progressivamente com o desenvolvimento da gravidez, enquanto que a gravidade do comprometimento fetal se reduz.

Mulheres suscetíveis à toxoplasmose (apresentam na sorologia IgG negativa), devem ser orientadas sobre a prevenção da infecção e devem ser submetidas a investigação sorológica durante a gestação.

Se esta descoberta for durante a gravidez, deve-se além de serem educadas na prevenção da infecção, devem ser acompanhadas mensalmente a partir da 22 a 26 semanas de gestação, visando a detecção precoce de uma eventual soro-conversão.

### Diagnóstico na Gravidez

Na gestação, somente a primo-infecção constitui um risco de transmissão vertical para o feto e esta costuma ser sub-clínica ou assintomática, às vezes com quadro clínico que pode ser confundido com um quadro gripal, portanto a melhor forma de fazer o diagnóstico é através de exames laboratoriais.

### *Quadro Clínico:*

É muito pouco específico, podendo aparecer febre, adenomegalia, mal-estar, e na

maioria das vezes apresenta um quadro assintomático ou sub-clínico.

*Exames Laboratoriais:*

É realização de pesquisa sorológica de anticorpos específicos tipo IgG e IgM.

O diagnóstico da infecção aguda se caracteriza pelo aumento significativo do título de anticorpos IgG e no achado de anticorpos IgM.

As técnicas mais utilizadas são a imunofluorescência (Elisa) e a hemaglutinação.

O Elisa é a técnica de eleição para diagnóstico tanto da fase aguda como da crônica.

Desta forma tem-se:

Fase da doença imunofluorescência hemaglutinação - Toxoplasmose Aguda

Presença de anticorpos IgM (não considerar títulos) e anticorpos IgG em rápida ascensão apresenta títulos baixos

Fase de transição IgG alto, tendendo a diminuir e IgM negativo. Títulos altos

(1/4000, 1/8000, etc.).

Latente ou crônica IgG positivo com títulos menores que anteriormente e IgM negativo apresenta títulos baixos.

**Avidez fraca (Baixa Avidez) = Infecção aguda (< 2 meses)**

Tratar (Ver Esquema de Tratamento)

**Avidez Intermediária** – tratar tanto os casos de Avidez baixa ou intermediária;

**Avidez forte (Alta Avidez) – Infecção pregressa (crônica) (> 4 meses):**

- Gestação < 17<sup>a</sup> semanas – nada a fazer, considera-se IMUNE;
- Gestação ≥ 17<sup>a</sup> semanas – encaminhar à Referência de Gestação de Alto Risco (pes-quisar infecção fetal: PCR no LA ou Cordocentese/IgM fetal).

**OBS:** Os critérios para determinação da Avidez de IgG específicos para Toxoplasmose é variável a cada metodologia específica de cada Laboratório (ver valores de referência do laboratório), o mais usado é:

- Até 0,20 (20%) – **Avidez Fraca** (Baixa Avidez);
- Entre 0,20 (20%) a 0,25 (25%) – **Avidez Intermediária**;
- Acima de 0,25 (25%) – **Avidez Forte** (Alta Avidez).

### *Diagnóstico da Infecção Congênita*

A toxoplasmose congênita ocorre somente quando a mãe adquire a infecção primária no curso da gestação ou, mais raramente, quando a mãe é imunodeprimida (AIDS) e tem reativado uma infecção previamente adquirida, transmitindo-a verticalmente para o feto.

#### **1º Grupo – IgG e IgM não reagente (negativos):**

Gestante não infectada. Susceptível. Instituir cuidados profiláticos (prevenção primária da Toxoplasmose) e repetir exames (IgG e IgM) a cada trimestre nas gestantes de alto risco de contaminação ou entre a 24<sup>a</sup> e 28<sup>a</sup> semanas nas gestantes de baixo risco de contaminação;

#### **2º Grupo – IgG reagente (positivo) e IgM não reagente (negativo):**

Gestante com infecção pregressa, considerado como doença crônica, ou seja, IMUNE.

Gestantes com risco de imunossupressão: manter prevenção primária da Toxoplasmose.

#### **3º Grupo - IgM reagente(positivo) e IgG não reagente(negativo):**

Considera-se **infecção aguda recente**, orientando-se iniciar **tratamento imediatamente** (Ver Esquema de Tratamento)

#### **- IgM reagente(positivo) e IgG reagente(positivo):**

Solicitar - **Avidez de IgG específico para Toxoplasmose:**

*Conduta:*

Medidas Preventivas:

Além das medidas de prevenção primária deve-se orientar as gestantes, especialmente as suscetíveis a infecção, medidas específicas, tais como:

- **HIGIENE PESSOAL:** lavar as mãos sistematicamente antes da ingestão de alimentos, evitando a transmissão pelo mecanismo mão-boca.
- **PREPARO DE ALIMENTOS:** maior cuidado no preparo dos alimentos, evitando contato com moscas ou baratas, que funcionam como vetores mecânicos de oocistos do parasita. O cozimento adequado dos alimentos (50° C por 30 minutos ou 60° C por 20 minutos) evita a transmissão dos cistos existentes nas mesmas. O manuseio de carnes cruas deve ser feito com luvas protetoras. Verduras e frutas devem ser lavadas corretamente para evitar a ingestão de oocistos.
- **CUIDADO COM GATOS E OUTROS ANIMAIS DOMÉSTICOS,** que devem receber alimentos preparados na própria casa, evitando que estes animais venham ingerir formas infectantes do toxoplasma. A limpeza das fezes destes animais bem como o manuseio dos jardins, onde a terra pode conter oocistos eliminados pelo mesmo, deve ser feita sempre com a proteção de luvas de borracha.

### *Tratamento*

No diagnóstico da infecção aguda materna, independentemente da idade gestacional, iniciar espiramicina 500mg – dose de 3g/dia (2cp 3X/dia), VO, até o final da gravidez. Um trabalho realizado na França demonstrou redução de 60% na transmissão do *T.gondii* para o feto. A espiramicina funciona como um parasitostático.

Se comprovada a infecção fetal deve-se instituir o tratamento tríplice materno – pirimetamina (50 mg/dia) + sulfadizina (50 mg/kg/dia) + ácido folínico 10 mg/dia. O tratamento tríplice alterna com espiramicina por um período de três semanas, até o termo, interromper o uso de sulfadiazina duas semanas antes do parto. Cuidados com esta associação:

Controle de leucocitopenia, trombocitopenia e anemia megaloblástica, por intermédio de hemograma.

Não usar a pirimetamina, antagonista do ácido fólico nas primeiras 14 semanas de gestação.

Não utilizar a sulfadiazina nas últimas semanas de gestação (risco de Kernicterus).

### **Avidez fraca (Baixa Avidez) = Infecção aguda ( < 2 meses)**

Tratar (Ver Esquema de Tratamento)

**Avidez Intermediária** – tratar tanto os casos de Avidez baixa ou intermediária;

**Avidez forte (Alta Avidez)** – Infecção pregressa (crônica) (> 4 meses):

- Gestação < 17<sup>a</sup> semanas – nada a fazer, considera-se IMUNE;
- Gestação ≥ 17<sup>a</sup> semanas – encaminhar à Referência de Gestação de Alto Risco (pesquisar infecção fetal: PCR no LA ou Cordocentese/IgM fetal).

**OBS:** Os critérios para determinação da Avidez de IgG específicos para Toxoplasmose é variável a cada metodologia específica de cada Laboratório (ver valores de referência do laboratório), o mais usado é:

- Até 0,20 (20%) – **Avidez Fraca** (Baixa Avidez);
- Entre 0,20 (20%) a 0,25 (25%) – **Avidez Intermediária**;
- Acima de 0,25 (25%) – **Avidez Forte** (Alta Avidez).

### **Recém nascidos não infectados:**

- ✓ Presença de IgG específicos transmitidos passivamente pela mãe, com desaparecimento em torno de 12 meses;
- ✓ Ausência de IgM específicos.

### **Recém nascidos infectados:**

- Presença de IgG específicos elevados e ascendentes;
- Presença ou ausência de IgM específicos.

Gestantes usuárias de imunossupressores (corticóides e quimioterápicos): risco para imunossupressão como HIV/AIDS, deverão seguir as medidas profiláticas de prevenção primária evitando a reinfecção.

### **Esquema de tratamento da Toxoplasmose na Gestante**

<b>Semanas de</b>	<b>Esquema terapêutico</b>
Diagnóstico até a 13 <sup>a</sup>	Espiramicina
14 <sup>a</sup> a 16 <sup>a</sup> semana	Sulfadiazina + Pirimetamina +
17 <sup>a</sup> a 19 <sup>a</sup> semana	Espiramicina
20 <sup>a</sup> a 22 <sup>a</sup> semana	Sulfadiazina + Pirimetamina +
23 <sup>a</sup> a 25 <sup>a</sup> semana	Espiramicina
26 <sup>a</sup> a 28 <sup>a</sup> semana	Sulfadiazina + Pirimetamina +
29 <sup>a</sup> a 31 <sup>a</sup> semana	Espiramicina
32 <sup>a</sup> a 34 <sup>a</sup> semana	Sulfadiazina + Pirimetamina +
35 <sup>a</sup> semana até o parto	Espiramicina

### ***Medicamentos utilizados e Doses recomendadas para Tratamento da Toxoplasmose na Gestante***

<b>Medicamento</b>	<b>Dose diária</b>	<b>Posologia</b>
Espiramicina (500 mg)	3.000 mg	2 comp. de 8/8 h
Sulfadiazina (500 mg)	3.000 mg	2 cp. de 8/8 h ou 3 cp. de
Pirimetamina (25 mg) (Início = 3 primeiros dias)	100 mg	2 comp. de 12/12 h
Pirimetamina (25 mg) (Manutenção = outros)	50 mg	2 comp. em dose única diária

Ácido Folínico (15 mg)	15 mg	1 comp. ao dia
------------------------	-------	----------------

### **Medidas Profiláticas (Prevenção primária):**

- Evitar contato com felinos (gatos) sempre que possível;
- Caso tenha gatos ou outros felinos, alimentá-los com rações específicas, ou usar carne cozida. Quando manusear os materiais contaminados pelas fezes de gatos ou outros felinos, usar sempre luvas de borracha e em seguida lavar bem as mãos com água e sabão;
- Manter estes animais em casa;
- Não consumir carnes cruas ou mal cozidas, principalmente carnes de carneiro ou porco;
- Evitar o uso de ovos “in natura”, e ao consumi-los sempre sob prévio cozimento (>66 °C);
- Manter os alimentos como verduras, legumes e frutas protegidos, longe do alcance de possíveis contaminações por gatos, ratos, moscas e baratas;
- Procurar retirar a casca das frutas, vegetais e legumes que serão consumidos, além de lavá-los e enxaguá-los adequadamente;
- Usar luvas no manuseio de carnes cruas (profissionais de açougue, frigoríficos e restaurantes);
- Quando for consumir carnes, manuseá-las utilizando luvas, e após seu preparo lavar as mãos, os utensílios, mesas de preparo e pias com água e sabão;
- Quando manusear com terras em jardins, hortas, vasos e floreiras, sempre utilizar luvas de borracha;

São consideradas gestantes de **baixo risco de contaminação**, aquelas que seguem todas as medidas profiláticas para a prevenção primária da Toxoplasmose;

São consideradas gestante de **alto risco de contaminação**, aquelas que estando expostas aos fatores de risco e não realizam a prevenção primária da toxoplasmose, especialmente as de baixo grau de entendimento das Orientações preventivas, ou moradoras de áreas rurais, com múltiplos fatores de risco.

## 25. VIOLÊNCIA CONTRA A MULHER DURANTE A GRAVIDEZ

A violência contra a mulher é fenômeno universal que atinge todas as classes sociais, etnias, religiões e culturas, ocorrendo em populações de diferentes níveis de desenvolvimento econômico e social. A Convenção Interamericana para Prevenir, Punir e Erradicar a Violência contra a Mulher, da qual o Brasil é signatário, define como violência contra a mulher todo ato baseado no gênero que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública, como na privada. As estatísticas sobre violência contra a mulher revelam elevada incidência e prevalência do problema.

No entanto, a maior parte dos casos de violência contra a mulher ainda não é notificada ou registrada, por diferentes motivos, o que invisibiliza o problema. Diversas propostas de intervenção vêm sendo implantadas nos últimos anos, com a finalidade de reconhecer e manejar a questão. Uma delas é perguntar diretamente a todas as usuárias dos serviços de saúde se enfrentam ou sofreram algum tipo de violência. Ao contrário do que se espera, a violência contra a mulher não diminuiu necessariamente durante a gravidez. Adolescentes grávidas são particularmente mais vulneráveis à violência, apresentando risco duas vezes maior de serem estupradas, se comparado ao risco das grávidas adultas.

Há indicadores de que grávidas que sofrem violência sexual não realizam o pré-natal ou postergam seu início. Apresentam maior risco relativo de infecções vaginais e cervicais, de ganho de peso insuficiente, de trabalho de parto prematuro, de baixo peso ao nascer e de infecção do trato urinário. Além disso, a grávida maltratada desenvolve quadro de estresse emocional constante que se associa com baixa estima, isolamento e suicídio, uso excessivo ou abusivo de cigarro, álcool ou drogas.

A violência contra a mulher constitui uma das mais antigas e amargas expressões da violência de gênero, representando inaceitável violação de direitos humanos, sexuais e reprodutivos. Mas é igualmente necessário entendê-la como grave problema de saúde pública. Dados do Banco Mundial revelam que a violência contra a mulher encontra-se entre as principais causas de anos de vida perdidos por incapacidade, superando os efeitos das guerras contemporâneas ou dos acidentes de trânsito.

As conseqüências psicológicas, embora mais difíceis de mensurar, produzem danos intensos e devastadores, muitas vezes irreparáveis. A violência exerce grande

impacto para a saúde da gestante, com conseqüências que podem, também, comprometer a gestação e o recém-nascido.

De toda forma, a violência pode ser mais comum para a gestante do que a pré-eclâmpsia, o diabetes gestacional ou a placenta prévia e, lamentavelmente, pode se afirmar que o ciclo gravídico-puerperal não confere proteção para a mulher. No entanto, a assistência pré-natal é momento privilegiado para identificar as mulheres que sofrem violência e, muitas vezes, a única oportunidade de interromper o seu ciclo. O atendimento apropriado para grávidas que sofrem violência física, sexual ou psicológica representa apenas uma de muitas medidas a serem adotadas para enfrentar o fenômeno da violência. Entretanto, a oferta de serviços permite acesso imediato a cuidados de saúde que podem mudar dramaticamente o destino dessas mulheres.

Destacam-se, a seguir, as principais medidas a serem adotadas no atendimento a gestantes em situação de violência:

- **Doenças sexualmente transmissíveis**
- **Hepatite B**
- **Infecção pelo HIV**
- **Controle laboratorial (Conteúdo vaginal – Coleta Oncótica, Sífilis (VDRL ou RSS), Anti-HIV, Hepatite B e C, Transaminases, Hemograma)**
- **Traumatismos físicos**
- **Aspectos éticos e legais**

**A violência contra a mulher é condição intersetorial e interdisciplinar, com importante interface com questões policiais e judiciais. Embora não seja possível neste capítulo abranger todos os aspectos envolvidos, algumas informações são críticas para os profissionais de saúde que atendem a gestante em situação de violência física e sexual.**

- A Lei nº 10.778/03, de 24 de novembro de 2003, estabelece a **notificação compulsória**, no território nacional, **dos casos de violência contra a mulher** que forem atendidos em serviços de saúde. O cumprimento dessa medida é fundamental para o dimensionamento do problema e de suas conseqüências,

contribuindo para a implantação de políticas públicas de intervenção e prevenção do problema, a notificação deverá ser encaminhada para a Vigilância Epidemiológica, se a gestante não pertence a área de abrangência da Unidade entrar em contato com a Coordenação da Unidade de origem da gestante para acompanhamento;

- Em crianças e adolescentes menores de 18 anos de idade, a **suspeita ou confirmação** de maus-tratos ou abuso sexual deve, obrigatoriamente, ser **comunicada ao Conselho Tutelar ou à Vara da Infância e da Juventude encaminhar para hospital de referência (Pequeno Príncipe menores de 12 anos, Hospital de Clinicas (setor maternidade) e Hospital Evangélico de Curitiba (setor maternidade)**, sem prejuízo de outras medidas legais, conforme art. 13 do Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA). Essa medida é de extremo valor para oferecer a necessária e apropriada proteção para crianças e adolescentes, incluindo-se as gestantes com idade inferior a 18 anos;
- **A palavra da gestante que busca os serviços de saúde afirmando ter sofrido violência** deve ter credibilidade, ética e legalmente, devendo ser recebida como **presunção de veracidade**. O objetivo do serviço de saúde é garantir o exercício do direito à saúde, e não confundir seus procedimentos com aqueles reservados à polícia ou à Justiça;
- O boletim de ocorrência (BO) registra a violência para o conhecimento da autoridade policial, que determina a instauração do inquérito e investigação.
- O laudo do Instituto Médico Legal (IML) é documento elaborado para fazer prova criminal. **A exigência de apresentação desses documentos para atendimento nos serviços de saúde é incorreta e ilegal**. Embora sejam de indiscutível importância, a assistência à saúde da gestante é prioritária.
- Não há impedimento legal ou ético para que o profissional de saúde preste a assistência que avaliar como necessária;
- Após o atendimento médico, se a mulher tiver condições, poderá ir à delegacia para lavrar o BO, prestar depoimento ou submeter-se a exame pelos peritos do IML. Se por alguma razão não for mais possível a realização dos exames periciais

diretamente pelo IML, os peritos podem fazer o exame de forma indireta, com base no prontuário médico. Assim, os dados sobre a violência sofrida e suas circunstâncias, bem como os achados do exame físico e as medidas instituídas, **devem ser cuidadosamente descritos e registrados em prontuário médico.** (BRASIL 2006)

- **Chamar a Polícia sempre que houver;** Lesões graves com risco de vida, lacerações e hemorragias (corpo, face, boca e dentes), queimaduras de maior

gravidade, traumas cranianos ou fraturas que necessitem redução cirúrgica, trauma facial, inclusive maxilar e mandibular, que necessite de redução não cirúrgica, traumatismo dentário, lesão de articulação têmporo mandibular – ATM, suspeita de lesão de órgãos internos, estado de choque emocional.

## 26. DIAGNÓSTICO DO TRABALHO DE PARTO PREMATURO

### **Devem estar presentes os seguintes achados:**

- Atividade uterina regular com contrações em intervalos de 5 a 8 minutos, e duração mínima de 20 segundos, mantendo esse padrão por no mínimo 30 minutos;
- Alteração progressiva da cérvix uterina com dilatação de 2 cm ou mais, apagamento cervical de 80%.

Outros elementos que, se presentes, favorecem o diagnóstico de TPP são: formação da “bolsa das águas”, colo solitado pela apresentação fetal e rotura prematura de membranas.

Toda paciente que persista com atividade uterina, mas sem evolução na dilatação cervical deverá realizar ultrassonografia para medição do colo uterino, já que sua medida menor que 30 mm favorece o diagnóstico.

**A equipe de saúde deve captar precocemente as mulheres no período de puerpério para o programa de planejamento família; incentivar o aleitamento materno; orientar para a consulta de puericultura; iniciar programa educativo; informar sobre**

a importância do período de 24 meses entre as gestações para a saúde materno-infantil; indicar o uso de medidas anticonceptivas assim que o casal/mulher retorne às relações sexuais. A lactação deve ser prioridade e o método anticonceptivo não deve interferir negativamente neste processo tanto.

## **27. ASSISTÊNCIA AO PUERPÉRIO**

O puerpério é o nome dado à fase pós-parto em que as modificações decorrentes da gestação e parto no organismo da mulher retornam ao estado pré-gravídico. O puerpério é dividido em três fases: puerpério imediato (do primeiro ao décimo dia); puerpério tardio (do décimo ao quadragésimo quinto dia); puerpério remoto (além do quadragésimo quinto dia, até retornar a função reprodutiva da mulher).

A atenção à mulher e ao recém-nascido (RN) no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal. O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, depois do parto, deve ser incentivado desde o pré-natal até a maternidade.

### **É importante que o profissional:**

- Esteja atento a sintomas que se configurem como mais desestruturantes e que fujam da adaptação “normal” característica do puerpério;
- Leve em conta a importância do acompanhamento no pós-parto imediato e no puerpério, prestando o apoio necessário à mulher no seu processo de reorganização psíquica quanto ao vínculo com o seu bebê, nas mudanças corporais e na retomada do planejamento familiar.

### *Programa Nascer Colombo*

- Avaliar se a puerpérea concluiu todas as etapas do Programa Nascer Colombo e entregar a bolsa e a toalha de boca.
- Preencher e enviar o relatório de entrega do Kit para a Coordenação da Saúde da Mulher Programa Nascer Colombo

## **28. OBJETIVOS DA ASSISTÊNCIA NO PUERPÉRIO:**

- Avaliar as condições de saúde da mulher e do recém-nascido, verificando o estado de saúde e identificando as possíveis afecções mais frequentes nesse período;
- Identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las;

- Avaliar o retorno às condições pré-gravídicas, controlando a evolução de possíveis afecções manifestadas durante a gestação (anemia, doença hipertensiva);
- Avaliar e apoiar o aleitamento materno;
- Orientar o planejamento familiar e a assistência ginecológica;
- Realizar a primeira consulta com o recém-nascido, a fim de inscrevê-lo no programa de puericultura e imunizações;
- Avaliar interação da mãe com o recém-nascido, orientando-a sobre os cuidados necessários (higienização, cuidados com o coto umbilical, vacinas);
- Complementar ou realizar ações não executadas no pré-natal.

## **29. REVISÃO PUERPERAL**

Tendo em vista que boa parte das situações de morbidade e mortalidade materna e neonatal acontecem na primeira semana após o parto, o retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde deve acontecer logo nesse período. Os profissionais devem estar atentos e preparados para aproveitar a oportunidade de contato com a mulher e o recém-nascido na primeira semana após o parto.

O retorno deve ser marcado na unidade de saúde mais próxima. Neste retorno deve-se ouvir as queixas da puérpera e proceder ao exame físico, com ênfase no estado hematológico, rastreando a infecção puerperal. São fundamentais o exame das mamas e o incentivo ao aleitamento materno.

E importante orientar a mulher sobre seus direitos trabalhistas, quanto a licença maternidade e sobre a licença complementar para a amamentação, após o retorno ao serviço.

**A primeira consulta puerperal poderá ser realizada pelo profissional médico (a) ou enfermeiro(a), conforme a rotina da UBS.**

Esse acolhimento da mulher e do RN por profissional de saúde habilitado, deve priorizar:

- Receber a mulher com respeito e gentileza e apresentar-se;
- Escutar o que ela tem a dizer, incluindo possíveis queixas e estimulando-a a fazer perguntas;
- Informar sobre os passos da consulta e esclarecer dúvidas.

### **30. AÇÕES EM RELAÇÃO À CONSULTA PUERPERAL**

#### **Anamnese**

Verificar o cartão da gestante ou perguntar à mulher sobre:

- a) Condições da gestação;
- b) Condições do atendimento ao parto e ao recém-nascido;
- c) Dados do parto (data; tipo de parto; se cesárea, qual a indicação);
- d) Intercorrências na gestação, no parto ou no pós-parto (febre, hemorragia, hipertensão, diabetes, convulsões, sensibilização Rh);
- e) Uso de medicamentos (ferro, ácido fólico, vitamina A, outros).

#### **Entrevista**

##### **Perguntar como se sente e indagar sobre:**

Aleitamento (frequência das mamadas – dia e noite –, dificuldades na amamentação, satisfação do RN com as mamadas, condições das mamas), alimentação, sono, atividades, dor, fluxo vaginal, sangramento, queixas urinárias, febre;

Planejamento familiar (desejo de ter mais filhos, desejo de usar método contraceptivo, métodos já utilizados, método de preferência);

Condições psico-emocionais (estado de humor, preocupações, desânimo, fadiga, outros);

Condições sociais (pessoas de apoio, enxoval do bebê, condições para atendimento de necessidades básicas).

##### **Avaliação clínico-ginecológica:**

- Verificar dados vitais;
- Avaliar o estado psíquico da mulher;
- Observar estado geral: pele, mucosas, presença de edema, cicatriz (parto normal com episiotomia ou laceração/cesárea) e membros inferiores;
- Examinar mamas, verificando a presença de ingurgitamento, sinais inflamatórios, infecciosos ou cicatrizes que dificultem a amamentação;

- Examinar abdômen, verificando a condição do útero e se há dor à palpação;
- Examinar períneo e genitais externos (verificar sinais de infecção, presença e características de lóquios);
- Verificar possíveis intercorrências: alterações emocionais, hipertensão, febre, dor embaixo ventre ou nas mamas, presença de corrimento com odor fétido, sangramentos intensos. No caso de detecção de alguma dessas alterações, solicitar avaliação médica imediata, caso o atendimento esteja sendo feito por outro profissional da equipe;
- Observar formação do vínculo mãe-filho;
- Observar e avaliar a mamada para garantia do adequado posicionamento e pega da aréola. O posicionamento errado do bebê, além de dificultar a sucção, comprometendo a quantidade de leite ingerido, é uma das causas mais freqüentes de problemas nos mamilos;
- Identificar problemas/necessidades da mulher e do recém-nascido, com base na avaliação realizada.

## **Condutas**

### **Orientar sobre:**

- Higiene, alimentação, atividades físicas;
- Atividade sexual, informando sobre prevenção de DST/Aids;
- Cuidado com as mamas, reforçando a orientação sobre o aleitamento(considerando a situação das mulheres que não puderem amamentar);
- Cuidados com o recém-nascido;
- Direitos da mulher (direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas).
- Orientar sobre planejamento familiar e ativação de método contraceptivo,se for o caso, informação geral sobre os métodos que podem ser utilizados no pós-parto;
- Aplicar vacinas, dupla adulto e tríplice viral, se necessário;
- Oferecer teste anti-HIV e VDRL, com aconselhamento pré e pós-teste, para as puérperas não aconselhadas e testadas durante a gravidez e o parto;
- Prescrever suplementação de ferro: 60mg/dia de ferro elementar, até três meses após o parto, para gestantes sem anemia diagnosticada;
- Tratar possíveis intercorrências;

- Registrar informações em prontuário;
- Agendar consulta de puerpério.

### 31. ASPECTOS EMOCIONAIS NO PUERPÉRIO

- Estado de alteração emocional essencial, provisório, em que existe maior vulnerabilidade psíquica, tal como no bebê, e que, por certo grau de identificação, permite às mães ligarem-se intensamente ao recém-nascido, adaptando-se ao contato com ele e atendendo às suas necessidades básicas. A puérpera adolescente é mais vulnerável ainda, portanto necessita de atenção especial nessa etapa;
- A relação inicial entre mãe e bebê é, ainda, pouco estruturada, com o predomínio de uma comunicação não-verbal e, por isso, intensamente emocional e mobilizadora;
- A chegada do bebê desperta muitas ansiedades, e os sintomas depressivos são comuns;
- O bebê deixa de ser idealizado e passa a ser vivenciado como um ser real e diferente da mãe;
- As necessidades próprias da mulher são postergadas em função das necessidades do bebê;
- A mulher continua a precisar de amparo e proteção, assim como ao longo da gravidez;
- As alterações emocionais no puerpério manifestam-se basicamente das seguintes formas:
  - materno *ou baby blues*: mais freqüente, acometendo de 50 a 70% das puérperas. É definido como estado depressivo mais brando, transitório, que aparece em geral no terceiro dia do pós-parto e tem duração aproximada de duas semanas. Caracteriza-se por fragilidade, hiper emotividade, alterações do humor, falta de confiança em si própria, sentimentos de incapacidade;
  - depressão: menos freqüente, manifestando-se em 10 a 15% das puérperas, e os sintomas associados incluem perturbação do apetite, do sono, decréscimo de energia, sentimento de desvalia ou culpa excessiva, pensamentos recorrentes de morte e ideação suicida, sentimento

de inadequação e rejeição ao bebê, lutos vividos na transição entre a gravidez e a maternidade;

- perda do corpo gravídico e não retorno imediato do corpo original;
- separação entre mãe e bebê.

### **Amamentação:**

- medo de ficar eternamente ligada ao bebê;
- preocupação com a estética das mamas;
- “*e se não conseguir atender às suas necessidades?*”;
- “*o meu leite será bom e suficiente?*”;
- dificuldades iniciais sentidas como incapacitação.
- Puerpério do companheiro: ele pode se sentir participante ativo ou completamente excluído. A ajuda mútua e a compreensão desses estados podem ser fonte de reintegração e reorganização para o casal;
- Se o casal já tem outros filhos: é bem possível que apareça o ciúme, a sensação de traição e o medo do abandono, que se traduz em comportamentos agressivos por parte das outras crianças. Há a necessidade de rearranjos na relação familiar;
- No campo da sexualidade, as alterações são significativas, pois há necessidade de reorganização e redirecionamento do desejo sexual, levando-se em conta as exigências do bebê, as mudanças físicas decorrentes do parto e da amamentação.

### **É importante que o profissional:**

- Evite o excesso de tecnicismo, estando atento, também, para essas características comuns das diferentes etapas da gravidez, criando condições para escuta acolhedora, em que os sentimentos bons e ruins possam aparecer;
- Observe e respeite a diferença de significado da ecografia para a mãe e para o médico. Os médicos relacionam a ecografia com embriologia do feto, e os pais, com as características e a personalidade do filho. Eles necessitam ser guiados e esclarecidos, durante o exame, pelo especialista e pelo obstetra;
- Forneça, para alívio das ansiedades da mulher, orientações antecipatórias sobre a evolução da gestação e do parto: contrações, dilatação, perda do tampão mucoso, rompimento da bolsa. Deve-se, no entanto, evitar informações excessivas, procurando

transmitir orientações simples e claras.

### **Observar o seu impacto em cada mulher, na sua individualidade;**

Prepare a gestante para o parto normal, ajudando a diminuir sua ansiedade e insegurança, assim como o medo do parto, da dor, de o bebê nascer com problemas e outros.

## **32. ORIENTAÇÃO NUTRICIONAL NO PUERPÉRIO**

O processo de lactação tem um custo energético elevado e as necessidades nutricionais diárias são superiores às da gestação, principalmente no aleitamento exclusivo durante vários meses. Recomenda-se um acréscimo diário de 500 calorias neste período. O estado nutricional materno influencia principalmente o volume de leite produzido. No entanto, mesmo para mães desnutridas ou com consumo alimentar inadequado, o aleitamento materno exclusivo continua sendo a melhor forma de alimentação nos primeiros 6 meses de vida do bebê.

A equipe de saúde deve investir na qualificação da alimentação da nutriz e orientar:

- Seguir as recomendações dos 10 PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL;
- O aumento do consumo de líquidos durante a fase de lactação;
- O uso de complementos e/ou suplementos nutricionais, quando indicado, para nutrizas com consumo alimentar inadequado;
- O cuidado com mitos sobre alimentos que provocam alergias alimentares e cólicas do recém-nascido. A eliminação desses alimentos da dieta não é recomendada, a menos que haja evidência de intolerância ou sensibilidade ao alimento consumido;
- A correta substituição de alimentos eliminados da dieta, visto que são, em geral, alimentos ricos em proteínas e em outros nutrientes como é o caso do leite e derivados, peixes e ovos;
- Há controvérsias sobre o consumo de determinados alimentos e sua influência sobre a composição do leite humano como certos condimentos e alimentos ricos em enxofre.
- A nutriz pode ser submetida à dieta de emagrecimento desde que a programação de

perda de peso não seja superior a 2 kg por mês e de forma que se garanta o atendimento às necessidades de micronutrientes. Dietas com menos de 1.800 kcal/dia podem não alcançar as recomendações de vitaminas e minerais;

- Desencorajar a utilização de bebidas alcoólicas, pois pode prejudicar a ejeção do leite, além de haver evidências da passagem do álcool para o leite materno;
- Desencorajar a utilização de café e alimentos com cafeína (refrigerantes à base de cola, chá preto, chocolate), pois podem influenciar no teor de ferro do leite materno; e
- Deve-se dar ênfase à seleção de fontes alimentares de micronutrientes, em especial, vitaminas A e C e minerais como cálcio e fósforo (quadro 3), cujas necessidades são mais expressivas.

### **33. AÇÕES EM RELAÇÃO AO RECÉM-NASCIDO**

- Verificar a existência do cartão da criança e, caso não haja, providenciar abertura imediata;
- Verificar os dados do recém-nascido ao nascer (peso, estatura, apgar, condições de vitalidade);
- Observar as condições de alta da maternidade / unidade de assistência do RN;  
Observar e orientar a mamada, reforçando as orientações dadas durante o pré-natal e na maternidade, destacando a necessidade do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida do bebê;
- Observar e avaliar a mamada para garantia de adequado posicionamento e pega da aréola;
- Observar a criança no geral: peso, postura, atividade espontânea, padrão respiratório, estado de hidratação, eliminações e aleitamento materno, ectoscopia, características da pele (presença de palidez, icterícia e cianose), crânio, orelhas, olhos, nariz, boca, pescoço, tórax, abdômen (condições do coto umbilical), genitália, extremidades e coluna vertebral. Caso seja detectada alguma alteração, solicitar avaliação médica imediatamente e agendamento para o ambulatório para RN de alto risco;
- Realizar o teste do pezinho (conforme necessidade) e registrar o resultado na

caderneta da criança;

- Aplicar vacinas conforme rotina;
- Agendar a consulta de puericultura o mais breve possível;
- Identificar o RN de risco ao nascer: residente em área de risco; baixo peso ao nascer (menor que 2.500g); prematuro (menor que 37 semanas de idade gestacional); asfixia grave (apgar menor que sete no quinto minuto); crianças com intercorrências ou internadas nas maternidades ou unidades de assistência; RN de mãe adolescente (< 18 anos); RN de mãe com baixa instrução (< que oito anos de estudo); história de morte de crianças com menos de cinco anos na família.

***Ver Linha 2 de Cuidado do Protocolo Municipal de Assistência à Criança Colombense: Nascer Colombo***

#### **34. REVISÃO PUERPERAL TARDIA**

Após o atendimento precoce (entre o 7º e 10º dia), deve-se orientar a puérpera para retornar para nova avaliação entre o 30 e o 42 dia pós-parto, ou antes conforme necessidade.

Neste retorno, ouvem-se as queixas da mulher e procede-se ao exame físico. É importante estar novamente discutindo o aleitamento e orientar a mulher para problemas que tenham surgido ou coisas que ela tenha ouvido de outras pessoas, já que alguns desses comentários prejudicam a continuação do aleitamento. Realizar registro das alterações; investigação e registro sobre amamentação, retorno da menstruação e atividade sexual; realização das ações educativas e condução das possíveis intercorrências.

Nesta ocasião pode-se: orientar a prática de exercícios físicos (desde que a mulher se sinta bem e não apresente complicações); em caso de esquema vacinal incompleto, deve-se aproveitar para completá-lo em especial a imunização contra o tétano e rubéola.

Lembrar que este é o momento oportuno para orientações sobre planejamento familiar e prescrição de método contraceptivo.

***Na segunda consulta puerperal, sugerimos que a mulher seja atendida também por profissional médico, para possível prescrição de método contraceptivo.***

### 35. AFECÇÕES FREQUENTES NO PUERPÉRIO

#### Hematomas da vagina, vulva e períneo

Relaciona-se com os partos instrumentados e episiorrafias mal executadas. O tratamento consiste em: abertura da coleção sangüínea; retirada de coágulos; hemostasia cuidadosa; drenagem da região; compressa morna local.

#### Infecção puerperal

O trabalho de parto e o nascimento do bebe diminuem a resistência a infecções causadas por bactérias normalmente encontradas normalmente no corpo. Medidas profiláticas, incluindo a higiene das mãos e a orientação podem diminuir a incidências das infecções puerperais. Devemos estar atentos para os sinais e sintomas de infecção em uma puérpera, principalmente as que apresentam fatores de risco.

#### TABELA – 2

FATORES DE RISCO PARA A INFECÇÃO PUERPERAL
Fatores de risco relacionados com o pré-natal:
- <i>Anemia</i>
- <i>História de trombose venosa</i>
- <i>Falta de assistência pré-natal</i>
- <i>Condições nutricionais precárias</i>
- <i>História de infecção vaginal ou cervical e DST não tratada</i>
Fatores de risco relacionados com o parto:
- <i>Cesária</i>
- <i>Episiotomia; lacerações perianais ou vaginais</i>
- <i>Parto a fórceps</i>
- <i>Ruptura prolongada das membranas</i>
- <i>Monitorização fetal intra-uterina</i>
Fatores de risco relacionados com o pós-parto:
- <i>Hemorragia puerperal</i>
- <i>Retenção de fragmentos placentários</i>
- <i>Técnica inadequada de higiene</i>

### Os principais tipos de infecção são:

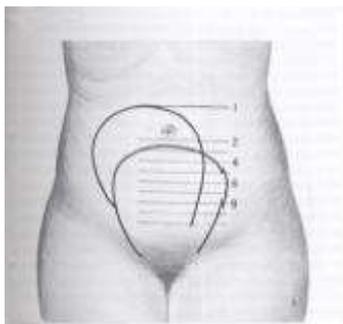
- Infecção das feridas: podem originar-se de uma ferida interna ou externa. As bordas das lesões tornam-se edemaciadas e afastam-se, há drenagem de secreção purulenta; ou necrose e descamação.
- Endometrite: infecção de endométrio, no local da implantação placentária. A infecção resultante pode envolver toda a mucosa e, algumas vezes, impede a involução uterina.
- Salpingite: esta infecção costuma ser causada por gonococos que se desenvolve após a disseminação das bactérias dentro da luz das trompas de falópio
- Parametrite: envolve o tecido conjuntivo pélvico, pode envolver o tecido conjuntivo de todas as estruturas pélvicas. A disseminação ocorre pelos vasos linfáticos provenientes de uma laceração cervical infectada ou de uma incisão ou laceração uterina.
- Tromboflebite: inflamação venosa que ocorre quando uma infecção puerperal se espalha pelo sistema venoso. Formam-se coágulos ou trombos que aderem a parede do vaso, pode ser pélvico (quando envolver as veias uterinas e ovarianas) ou femoral (quando envolver as veias femorais, poplíteas e safenas).

SINAIS DE ALERTA Para avaliar a puérpera revise a história clínica para detectar fatores de risco, suspeite se a paciente apresentar elevação de temperatura acima de 38° em

dois dias seguidos após o parto (com exceção das primeiras 24h), calafrios, mal estar, dor ou desconforto generalizado, porque esses são os sinais e sintomas comuns de infecção. Avalie o tônus e involução uterina. Avalie os lóquios (quantidade, aspecto, odor) para detectar a presença de alterações.

### Involução uterina e lóquios

O processo de regressão uterina se desenrola em ritmo acelerado. Sendo que nas 12 horas após o parto a altura uterina atinge cerca de 12 cm; a partir do 3o dia regride 1cm/ dia; e no 10o dia pós - parto o fundo uterino está em nível da sínfise púbica.



O processo de involução e regeneração da ferida placentária e demais soluções de continuidade sofridas pela genitália do parto, produz e elimina exsudatos e transudatos, os quais, se misturam com elementos celulares descamados e sangue denominado de lóquios. Nos primeiros 3 ou 4 dias, os lóquios são sangüíneos (loquia rubra), depois se tornam serosanguinoletos (loquia fusca), de coloração acastanhada. O corrimento loquial prossegue comumente até meados do pós-parto tardio, passando de sero-sanguinolento a seroso (loquia flava).

## **AÇÕES PARA O ALEITAMENTO MATERNO**

**Ver Linha 4 de cuidado no *Protocolo Municipal de Assistência à Criança Colombense: Nascer Colombo***

### **36. VACINAÇÃO NO PUERPÉRIO**

#### **TRÍPLICE VIRAL (VTV)**

A vacina VTV é indicada para todas as puérperas que não tenham sido vacinadas, ou que não tenham como comprovar a aplicação anterior. A dose é única e tem por objetivo imunizar a mulher em idade fértil, principalmente contra a rubéola, evitando assim, as más formações congênitas do bebê causadas por esta doença durante a gravidez.

### **37. ANTICONCEPÇÃO PÓS-PARTO E PÓS-ABORTAMENTO**

A duração da amenorréia e do período anovulatório no pós-parto relaciona-se com a frequência e duração das mamadas, com a continuidade da amamentação noturna e a administração de outros alimentos ao bebê. No aleitamento materno exclusivo durante os 6 primeiros meses após o parto, as taxas de gestação são em torno de 1,8% em mulheres amenorréicas.

A eficiência anticonceptiva declina nos casos em que a amamentação é parcial, quando houver associação de outros alimentos para o bebê e no retorno da menstruação. Nos casos em que não houver amamentação, a fertilidade retorna num período estimado de 1 a 2 meses após o parto, sendo que a ovulação pode ocorrer em até 40 dias.

***A equipe de saúde deve captar precocemente as mulheres no período de puerpério para o programa de planejamento família; incentivar o aleitamento materno; orientar para a consulta de puericultura; iniciar programa educativo; informar sobre a importância do período de 24 meses entre as gestações para a saúde materno-infantil; indicar o uso de medidas anticonceptivas assim que o casal/mulher retorne às relações sexuais. A lactação deve ser prioridade e o método anticonceptivo não deve interferir negativamente neste processo tanto, é importante considerar as informações descritas na tabela a seguir:***

### **38. ATRIBUIÇÕES DOS PROFISSIONAIS NO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO**

#### **Agente Comunitário De Saúde**

- Realizar as visitas domiciliares, identificando gestantes e orientando sobre os cuidados básicos de saúde como nutrição e higiene;
- Realizar a captação precoce de gestante para a 1ª consulta de pré-natal com até 90 dias, para consultas subseqüentes e para a consulta puerperal priorizando aquelas com risco reprodutivo;
- Cadastrar a gestante na ficha A e acompanhá-la pela ficha B-GES
- Encaminhar a gestante ao serviço de saúde ou comunicar o (a) enfermeiro (a) ou o médico (a) de sua equipe, caso apresente: febre; calafrio; leucorréia com mau cheiro; perda de sangue por via vaginal; palidez; contrações uterinas freqüentes; ausência de movimentos fetais; mamas endurecidas, vermelhas, quentes e dor ao urinar;
- Realizar as visita domiciliar precoce para as puérperas e recém-nascidos preferencialmente até o 5º dia e acompanhar o processo de aleitamento materno;
- Orientar a mulher e seu companheiro sobre a necessidade de planejamento familiar;

- Orientar a mulher sobre a importância da consulta puerperal e da primeira consulta do bebê entre 7 a 10 dias após o parto.
- Incentivar o aleitamento materno exclusivo e o retorno das crianças para vacinações e puericultura;
- Convocar as gestantes para ações educativas.
- Orientar a gestante sobre o Programa Nascer Colombo, cumprindo todas as etapas do Pré-natal ela ganha uma bolsa do programa e uma toalhinha de boca para o bebê.

### **Auxiliar e Técnico (a) De Enfermagem**

- Captar as gestantes o mais precocemente possível;
- No 1º atendimento, realizar a avaliação inicial, com o objetivo de detectar situações de risco ou agravos, tal como perdas por via vaginal, sangramentos, trabalho de parto prematuro, sinais de infecção urinária e outros.
- Auxiliar a enfermeira na inclusão da gestante no Programa SIS pré-natal, registrando no prontuário e na carteira de gestante;
- Preencher os formulários de inscrição no pré-natal, incluindo o cadastro e acompanhamento do SIS pré-natal;
- Agendar consulta com enfermeira (o), para início do pré-natal o mais precoce possível;
- Avaliar e registrar a situação vacinal e administrá-la conforme a necessidade;
- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal e da amamentação;
- Verificar o peso, estatura, dados vitais e anotar os dados no Cartão da gestante e no Controle Diário do SIS pré-natal;
- Fornecer a medicação, mediante receita médica ou medicamentos padronizados para o programa;
- Participar das atividades educativas;
- Captar as puérperas para a consulta no pós-parto, priorizando as com risco reprodutivo;
- Orientar a gestante sobre o Programa Nascer Colombo, cumprindo todas as etapas do Pré-natal ela ganha uma bolsa do programa e uma toalhinha de boca para o

bebê.

- Incentivar o aleitamento materno exclusivo até os seis meses e o retorno das crianças para vacinações e acompanhamento e crescimento da criança.

### **Enfermeiro (a)**

- Solicitar o  $\beta$ -HCG;
- Em caso de  $\beta$ -HCG positivo, iniciar o pré-natal (acolhimento), proceder à abertura do SIS pré-natal, vincular a gestante com a Maternidade e registrar o atendimento na carteira de gestante e prontuário;
- Alimentar o SISPRENATAL com o acompanhamento da gestante.
- Em caso de  $\beta$ -HCG negativo, encaminhar para o programa de planejamento familiar, se não integrante;
- Verificar o peso, estatura, IMC e sinais vitais e anotar os dados no Cartão da gestante e no prontuário;
- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, amamentação, vacinação, vínculo com a Maternidade, preparo para o parto, etc.
- Avaliar e registrar a situação vacinal;
- Encaminhar para tratamento odontológico;
- Solicitar, durante a 1ª consulta da gestante, os exames de rotina da primeira bateria, a ecografia de rotina e orientar tratamento conforme protocolo do serviço;
- Prescrever, durante a 1ª consulta da gestante, a suplementação de ácido fólico conforme descrito neste protocolo;
- Realizar a consulta de pré-natal de gestantes de baixo risco, intercalando os atendimentos com o médico (a) ou enfermeiro (a),
- Realizar a avaliação de risco durante a consulta de enfermagem;
- Identificar as gestantes de risco e encaminhá-la para o médico ou unidade/hospital de referência para avaliação;
- Atender as intercorrências e se necessário encaminhar para avaliação médica ou unidade de referência e/ou Maternidade;
- Monitorar todas as gestantes e com atenção especial (médio ou alto risco) de sua responsabilidade, quanto à frequência nas consultas agendadas para US e serviços de referência e quanto ao uso adequado da medicação instituída;

- Orientar as gestantes quanto aos fatores de risco gestacional.
- Monitorar as gestantes com ITU (Infecção do Trato Urinário) de sua responsabilidade quanto à frequência nas consultas agendadas na US, quanto ao uso adequado da medicação instituída e o controle de cura da infecção;
- Fornecer o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta;
- Garantir o vínculo das gestantes e puérperas de risco com a Unidade de Saúde;
- Realizar a coleta de exame citopatológico endocérvice e ectocérvice;
- Realizar a consulta puerperal, inscrevendo o recém-nato para acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e vinculando-a (puericultura) no programa de Planejamento Familiar;
- Orientar e coordenar a equipe de saúde no monitoramento das gestantes com especial atenção às de risco;
- Orientar e coordenar as atividades educativas com grupos de gestantes;
- Fornecer a declaração de consulta de enfermagem.
- Orientar a gestante sobre o Programa Nascer Colombo, cumprindo todas as etapas do Pré-natal ela ganha uma bolsa do programa e uma toalhinha de boca para o bebê.

### **Médico (a)**

- Realizar a consulta de pré-natal de gestantes de baixo risco, intercalando os atendimentos com a enfermeira (o), dependendo da classificação de grau de risco ou necessidade;
- Complementar a avaliação de risco durante a consulta;
- Identificar as gestantes de risco e encaminhá-la para a unidade de referência;
- Orientar as gestantes quanto aos fatores de risco gestacional;
- Solicitar os exames e avaliar os resultados de todos, inclusive o exame de preventivo de câncer e encaminhar as citologias alteradas a Unidade de Saúde da Mulher;
- Encaminhar para tratamento odontológico;
- Avaliar e tratar as gestantes com intercorrências conforme este protocolo;
- Solicitar os exames e orientar o tratamento conforme as Normas Técnicas e

Operacionais;

- Atender as intercorrências, identificar as gestantes de risco e as encaminhar para a unidade/hospital de referência se necessário;
- Monitorar as gestantes de alto risco de sua responsabilidade quanto à frequência nas consultas agendadas (US e serviços de referência) e quanto ao uso adequado da medicação instituída;

Monitorar as gestantes com ITU de sua responsabilidade quanto à frequência nas consultas agendadas na US, e ao uso adequado da medicação instituída e quanto o controle de cura da infecção;

- Realizar a coleta de exame citopatológico endocérvice e ectocérvice;
- Fornecer o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta;
- Participar com a equipe no monitoramento das gestantes, principalmente as de risco;
- Realizar a consulta puerperal;
- Ao médico integrante do Programa de Saúde da Família cabe também:
  - ✓ Participar de grupos de gestantes e realizar visita domiciliar quando necessário.
  - ✓ Orientar a gestante sobre o Programa Nascer Colombo.

### **Odontologo / Equipe de Saúde Bucal**

- Inscrever todas as gestantes da Unidade de Saúde no atendimento da clínica odontológica;
- Realizar as orientações específicas às gestantes, valorizando o auto-cuidado e o cuidado com o recém-nascido;
- Realizar o tratamento profilático odontológico (profilaxia mecânica, raspagem); até a alta da paciente (tratamento completo).

### **Nutricionista**

Para avaliar o estado nutricional da gestante, são necessárias:

1. a aferição do peso;

2. da estatura da gestante;
3. o cálculo da idade gestacional.

Na primeira consulta de pré-natal, a avaliação nutricional da gestante, com base em seu peso e sua estatura, permite conhecer seu estado nutricional atual e subsidiar a previsão do ganho de peso até o final da gestação. A avaliação deve ser feita conforme descrito no item Avaliação Antropométrico.

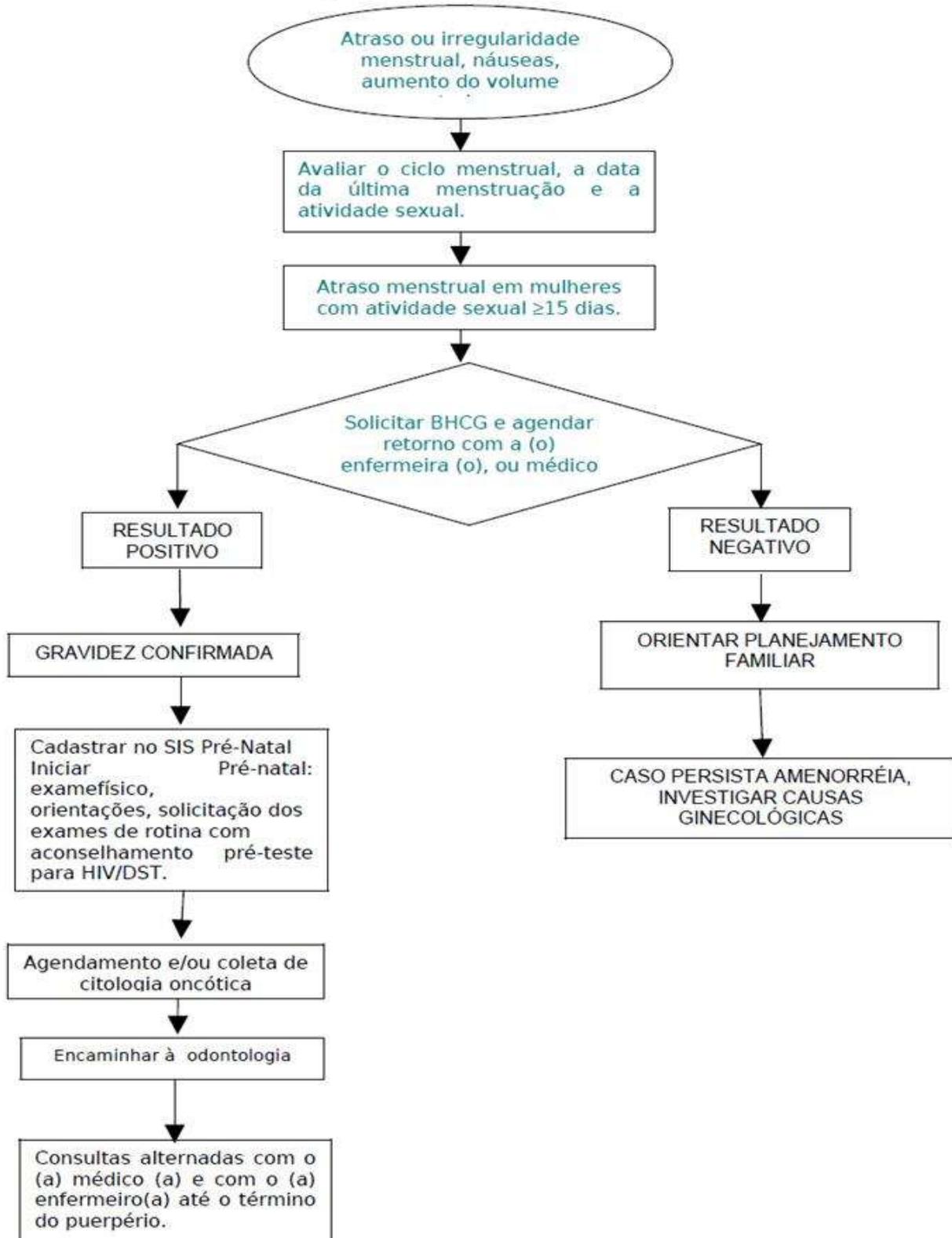
## REFERÊNCIAS

- BRANDEN, P. S. Enfermagem Materno-Infantil. 2.<sup>a</sup> edição. Rio de Janeiro. Reichman e Afonso Editores, 2000.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Assistência ao planejamento familiar. Brasília: MS, 1996. 169p.
- CENTRO NACIONAL, Epidemiologia. Doenças Infecciosas e Parasitárias – Guia de bolso. FNS/ MS. Ano 1999. 01 edição.
- CURITIBA. Planejamento familiar e risco reprodutivo. Curitiba: SMS, 2002. 87p. (Programa Mãe Curitibana).
- DUNCAN, B.B. SCHMIDT, M.I. GIUGLIANI, E. R. J. Medicina Ambulatorial: Conduta Clínica em Atenção Primária. Ed. Artes Médicas, Porto Alegre, 1996. [http://ids-saude.uol.com.br/psf/medicina/tema7/texto106\\_diagnostico.asp](http://ids-saude.uol.com.br/psf/medicina/tema7/texto106_diagnostico.asp) acesso em 05/03/2003
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Projeto Diretrizes. Assistência Pré-Natal. 2001.
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Relatório sobre contraceptivos hormonais orais. São Paulo: FEBRASGO, 1981. 32p. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Anticoncepção: manual de orientação. Rio de Janeiro. FEBRASGO, 1997. 89p.
- FEDERAÇÃO BRASILEIRA DE SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Anticoncepção: manual de orientação. Rio de Janeiro. FEBRASGO, 1997. 127p.
- MARINGÁ, Secretaria da Saúde. Assistência ao pré-natal de baixo risco. Junho de 2000. pág. 49 a 51. MINISTÉRIO DA SAÚDE, Assistência Pré-Natal. Normas e Manuais Técnicos, 2000, Ministério da Saúde.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Gestação de Alto Risco/Secretaria de Políticas. Área técnica da saúde da Mulher. Brasília: Ministério da Saúde, 2000. 164p.

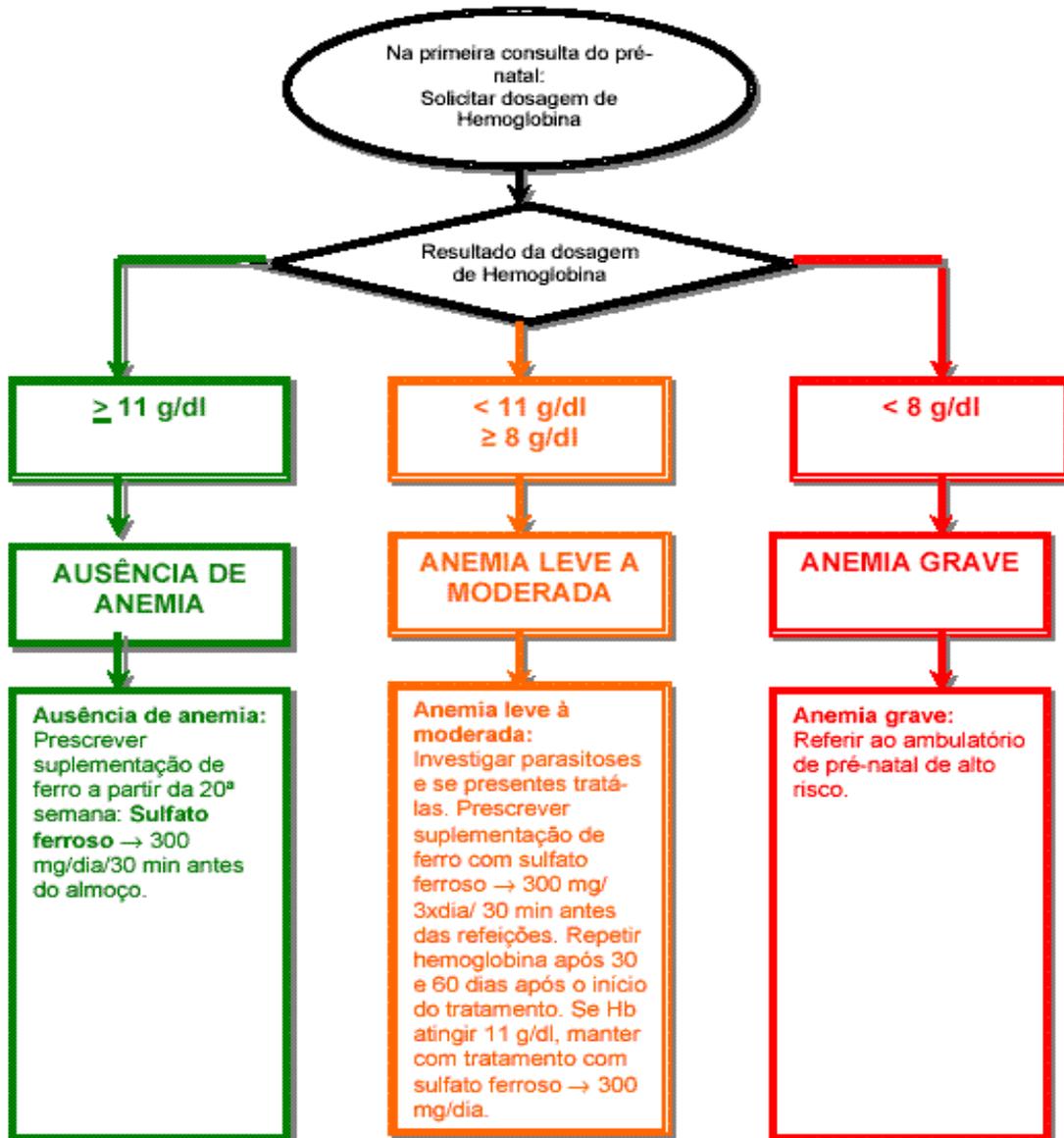
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Manual técnico do Ministério da Saúde / Gestação de Alto Risco. Ano 2000; 04 edição.
- MINISTÉRIO DA SAÚDE. Parto, aborto e puerpério. Assistência humanizada à mulher. Ministério da saúde. Brasília 2001. cap. 20 p. 175 a 181.
- MINISTÉRIO DA SAUDE. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno n . 5. Brasília, 2005.
- MINISTÉRIO DA SAUDE. Secretaria de Atenção a Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Pré-Natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos - Caderno n  5. Brasília, 2005.
- PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Normal é o parto normal: pré- natal, parto e puerpério/ Secretaria de Saúde do Paraná. 3a ed.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CURITIBA – MÃE CURITIBANA – 2005.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE LONDRINA. Secretaria de Saúde. Manual de Assistência ao Pré-Natal e Puerpério de Baixo Risco. Londrina, 2005.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE LONDRINA. Secretaria de Saúde. Manual de Assistência ao Pré-Natal e Puerpério de Baixo Risco. Londrina, 2005. Projeto Diretrizes. Assistência Pré-Natal. 2001.
- REZENDE, Jorge. Obstetrícia. 8a ed. Guanabara Koogan. 1998 Rio de Janeiro, pág. 376 a 377.
- RIBEIRÃO PRETO, PROTOCOLO DO PROGRAMA DE ASSINT NCIA INTEGRAL A MULHER, Secretaria Municipal de Saúde
- TORLONI, M. R. SOUZA, T. A. OLIVEIRA, E. Revista Femina – artigo: “Prematuridade e Infecções Cong nitas”. UFSP/ Escola Paulista de Medicina. Nov/Dez. 2001, vol 29 n . 10.

## FLUXOGRAMAS

### FLUXOGRAMA I – Diagnóstico de gravidez



## FLUXOGRAMA 02 – INVESTIGAÇÃO DA ANEMIA



Obs.: Orientar que a ingestão de sulfato ferroso com suco de limão, laranja ou abacaxi, facilita a absorção do ferro.

**FLUXOGRAMA 03 – INVESTIGAÇÃO FATOR RH GESTANTE RH NEGATIVO**



## FLUXOGRAMA 04 – RASTREAMENTO DE INFECÇÃO URINÁRIA NA GESTAÇÃO

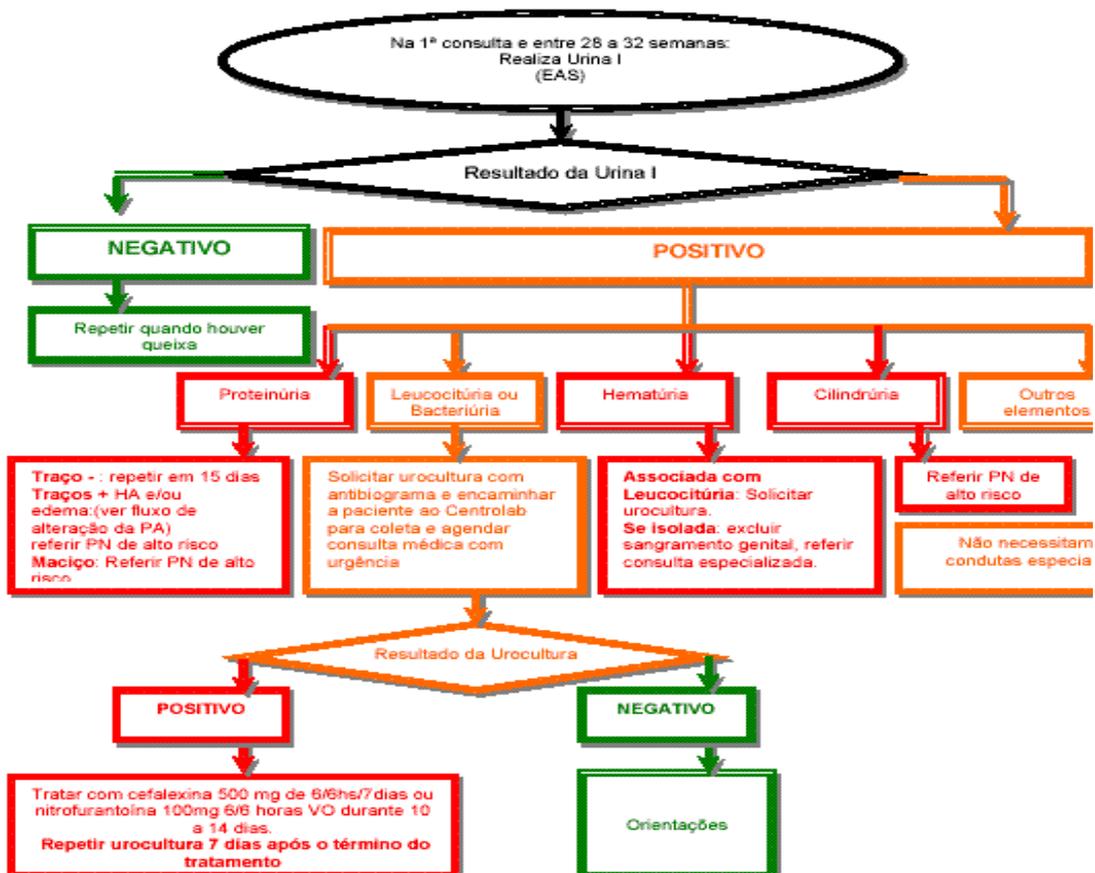
### Proteinúria

\* Devido à gravidade da ITU em gestante, pois desencadeia parto prematuro; é recomendado que se colha urocultura.

\* Gestantes com queixa urinária, independente do resultado do exame, agendar consulta médica com urgência para tratamento.

\* Orientações para a gestante para coletar a urina para o exame:

- De preferência colher em casa
- Realizar higiene íntima antes da coleta
- Orientar a colher o jato médio



## FLUXOGRAMA 05 – INVESTIGAÇÃO DE HIV

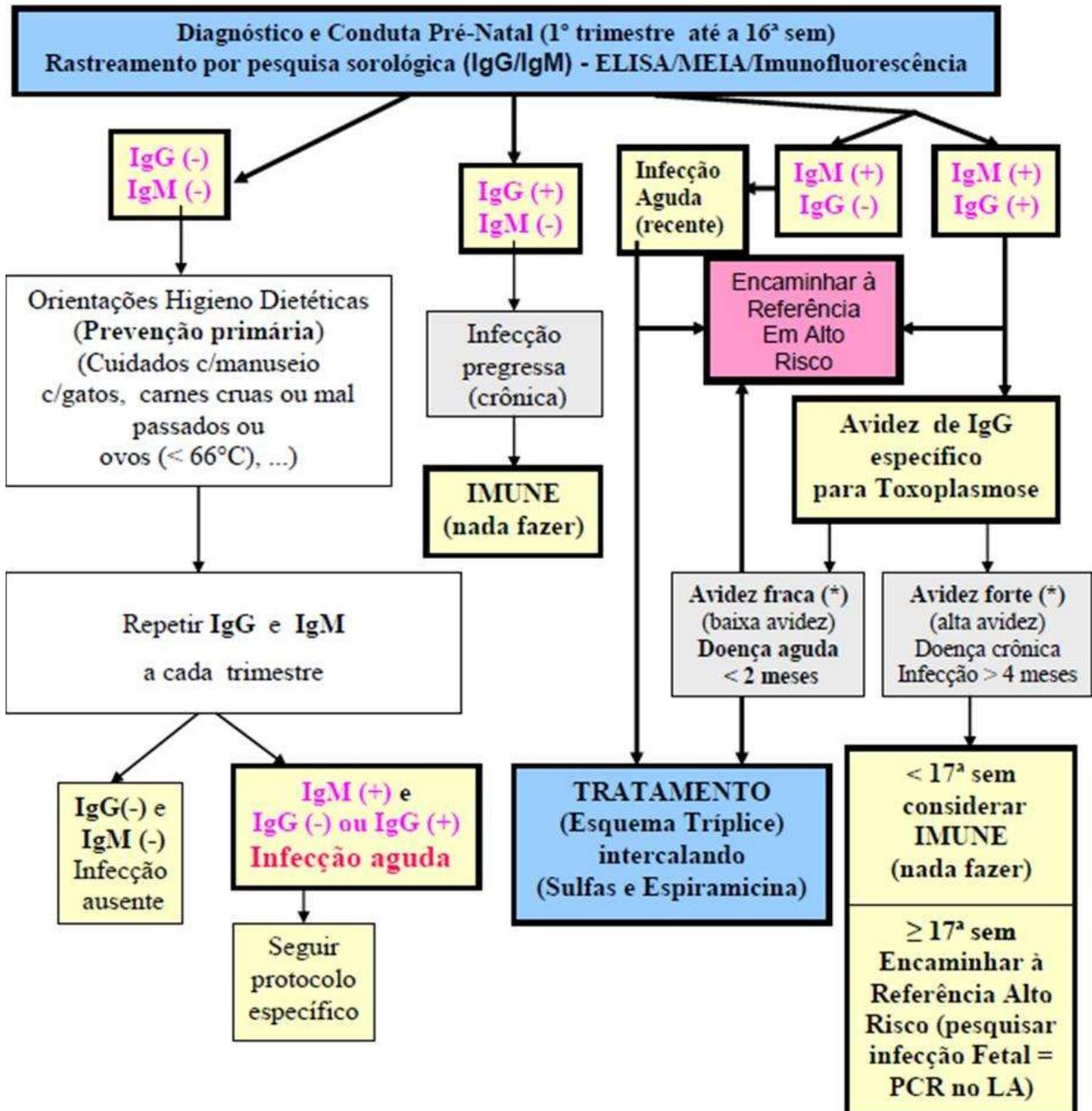


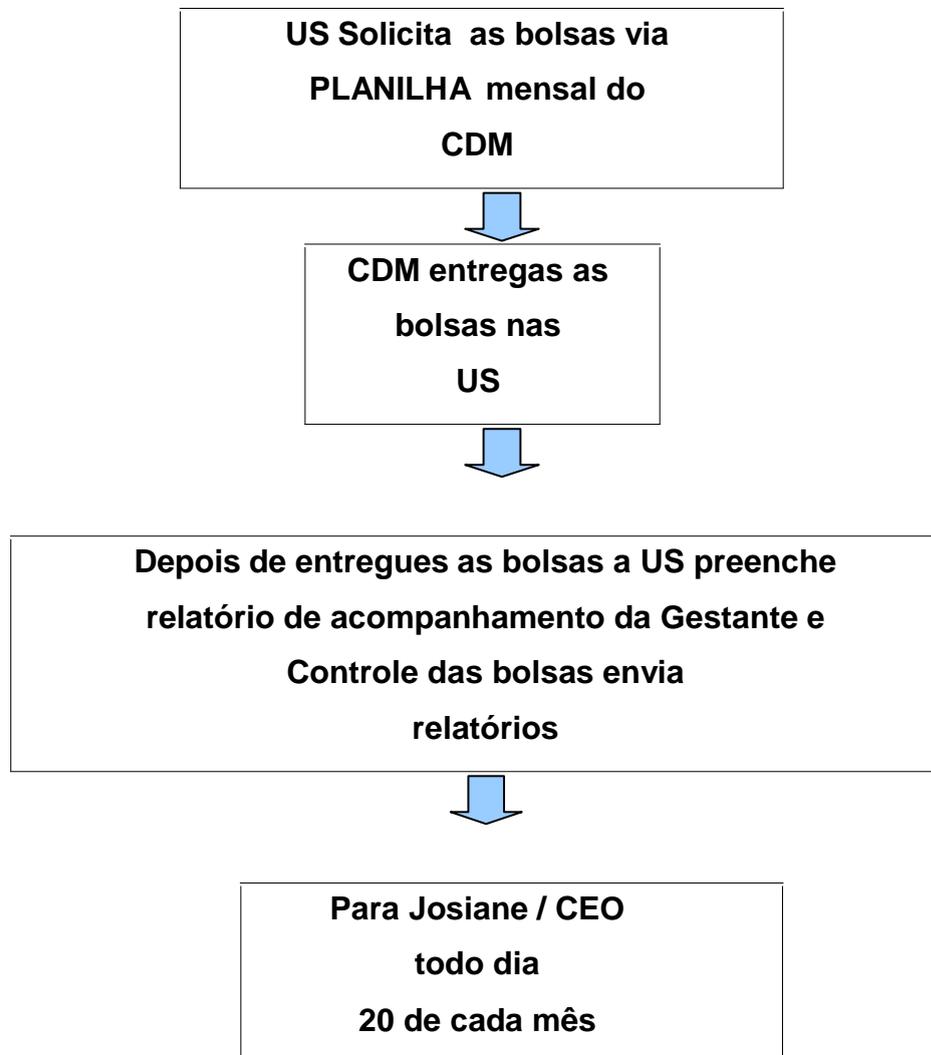
## FLUXOGRAMA 06 – INVESTIGAÇÃO DE SÍFILIS (VDRL)



**FLUXOGRAMA 07 – INVESTIGAÇÃO DA TOXOPLASMOSE GESTACIONAL**  
SOROLOGIA - TRATAMENTO

**FLUXOGRAMA DE DIAGNOSTICO E CONDUTA EM TOXOPLASMOSE CONGÊNITA**



**FLUXOGRAMA 8 - FLUXO PARA A ENTREGA DA BOLSA NASCER COLOMBO**

## ANEXO 1 - FORMULÁRIO MÉDICO DE SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO PARA TOXOPLASMOSE



SECRETARIA DE SAÚDE DO PARANÁ  
CENTRO DE MEDICAMENTOS DO PARANÁ - CEMEPAR  
PROGRAMA SAÚDE DA MULHER  
TOXOPLASMOSE CONGÊNITA - GESTAÇÃO DE ALTO RISCO



REGIONAL DE SAÚDE: \_\_\_\_\_ MUNICÍPIO: \_\_\_\_\_

**DADOS DA PACIENTE:**

NOME COMPLETO: \_\_\_\_\_

IDADE: \_\_\_\_\_

SEMANA GESTACIONAL: \_\_\_\_\_

**RESULTADOS DE EXAMES MÉDICOS:**

Ig G: \_\_\_\_\_ UI/ml

REAGENTE  NÃO REAGENTE

Ig M: \_\_\_\_\_

REAGENTE  NÃO REAGENTE  INDETERMINADO

TESTE DE AVIDEZ DE Ig G: \_\_\_\_\_ %

FRACA  INTERMEDIÁRIA  FORTE

**MEDICAMENTOS PRESCRITOS:** Assinalar com um X

ÁCIDO FOLÍNICO 15 mg COMPRIMIDO	<input type="checkbox"/>
ESPIRAMICINA 1,5 MUI COMPRIMIDO	<input type="checkbox"/>
PIRIMETAMINA 25 mg COMPRIMIDO	<input type="checkbox"/>
SULFADIAZINA 500 mg COMPRIMIDO	<input type="checkbox"/>

OBS: \_\_\_\_\_

**MEDICAMENTOS ENVIADOS: ( Preenchido pelo Cemepar)**

	QUANTIDADE
ÁCIDO FOLÍNICO 15 mg COMPRIMIDO	_____
ESPIRAMICINA 1,5 MUI COMPRIMIDO	_____
PIRIMETAMINA 25 mg COMPRIMIDO	_____
SULFADIAZINA 500 mg COMPRIMIDO	_____

OBS: \_\_\_\_\_

RESPONSÁVEL PELO PREENCHIMENTO DOS DADOS: \_\_\_\_\_

ASSINATURA: \_\_\_\_\_ DATA: \_\_\_\_\_

## ANEXO 2 – CONSULTA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL



**SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE**  
*SAÚDE DA MULHER*

Prontuário do Pré-Natal - Nascer Colombo						
DADOS PESSOAIS				Data	Pront	
Nome					Idade	
Endereço						
Nº SisPrenatal				Unidade de Origem		
Estado Civil:				Profissão:		
Grau de Instrução:			Telefones:			
Médico Responsável					NIS:	
HISTÓRIA OBSTÉTRICA						
DUM	DPP		Peso		Altura	IMC
Gesta	P		C		A	
Ano da última gestação			Nº filhos vivos		Idade da 1ª Gesta	
Nº filhos < 2500g		Nº filhos > 4000g		Nº filhos mortos		
Intercorrências/complicações em gestações anteriores (especificar)						
Gestação atual planejada			( ) SIM	( ) NÃO		
Anti-tetânica (Prescrever esquema vacinal ou aguardar comprovação)						
1ª dose	2ª dose	3ª dose	Reforço	Imune ( )	Ano:	
Hepatite B						
1ª dose	2ª dose	3ª dose	Imune ( )		Ano:	
HISTÓRIA GINECOLÓGICA						
Deve realizar preventivo: ( ) SIM ( ) Não				Idade da Sexarca		
Ano do último preventivo				Idade da Menarca		
Resultado preventivo						
Métodos Anticoncepcionais prévios (quais, quanto tempo e motivo de abandono)						
História de DST's ( ) SIM ( ) NÃO			Observações			
Corrimentos						
Exame Clínico / Exame Físico / Observações						

HISTÓRIA PESSOAL	Sim	Não	Não sabe	Observações
Fumante				
Hipertensão Arterial				
Diabetes				
Cardiopatias				
Doenças Renais Crônicas				
Anemias				
Epilepsia				
Malária				
Viroses (rubéola, hepatite)				
Alergias				
ITU (infecção do trato urinário)				
Doença Neurológica				
Doença Psiquiátrica (atentar para depressão)				
Hanseníase				
Tuberculose				
Portadora do HIV				
Transusão de Sangue				
Usa álcool regularmente				
Usa ou já uso drogas ilícitas				
Mulher e/ou parceiro tem dificuldade em aceitar a gravidez?				
Tentou interromper a atual Gravidez?				

Prontuário do Pré-Natal - Nascido Colombo - COLOMBO - Verso				
História Familiar (pai, mãe ou irmãos):	Sim	Não	Não sabe	Comentário
Hipertensão Arterial				
Diabetes				
Doenças Congênitas				
Gêmeos				
Câncer de mama ou Colo uterino				
Hanseníase				
Tuberculose				
Doença de Chagas				
Parceiro sexual portador do HIV				
Violência				
Outra síndrome relevante:				
Check List Orientações e Observações				
( ) Amamentação				
( ) Alimentação				
( ) Odontologia				
( ) Maternidade				
( ) Tipos de Parto				
( ) Atividade Física				
( ) Atividades Educacionais				
( ) Relação Sexual				

Avaliação do Estado Nutricional (EN) da gestante acima de 19 anos, segundo índice de massa corporal (IMC) por semana gestacional								
Data da consulta	Semana Gestacio-nal	IMC correspondente	Baixo peso IMC(≤)	Adequado IMC entre		Sobrepeso IMC entre		Obesidade IMC (≥)
	6		19.9	20.0	24.9	25.0	30.0	30.1
	8		20.1	20.2	25.0	25.1	30.1	30.2
	10		20.2	20.3	25.2	25.3	30.2	30.3
	11		20.3	20.4	25.3	25.4	30.3	30.4
	12		20.4	20.5	25.4	25.5	30.3	30.4
	13		20.6	20.7	25.6	25.7	30.4	30.5
	14		20.7	20.8	25.7	25.8	30.5	30.6
	15		20.8	20.9	25.8	25.9	30.6	30.7
	16		21.0	21.1	25.9	26.0	30.7	30.8
	17		21.1	21.2	26.0	26.1	30.8	30.9
	18		21.2	21.3	26.1	26.2	30.9	31.0
	19		21.4	21.5	26.2	26.3	30.9	31.0
	20		21.5	21.6	26.3	26.4	31.0	31.1
	21		21.7	21.8	26.4	26.5	31.1	31.2
	22		21.8	21.9	26.6	26.7	31.2	31.3
	23		22.0	22.1	26.8	26.9	31.3	31.4
	24		22.2	22.3	26.9	27.0	31.5	31.6
	25		22.4	22.5	27.0	27.1	31.6	31.7
	26		22.6	22.7	27.2	27.3	31.7	31.8
	27		22.7	22.8	27.3	27.4	31.8	31.9
	28		22.9	23.0	27.5	27.6	31.9	32.0
	29		23.1	23.2	27.6	27.7	32.0	32.1
	30		23.3	23.4	27.8	27.9	32.1	32.2
	31		23.4	23.5	27.9	28.0	32.2	32.3
	32		23.6	23.7	28.0	28.1	32.3	32.4
	33		23.8	23.9	28.1	28.2	32.4	32.5
	34		23.9	24.0	28.3	28.4	32.5	32.6
	35		24.1	24.2	28.4	28.5	32.6	32.7
	36		24.2	24.3	28.5	28.6	32.7	32.8
	37		24.4	24.5	28.7	28.8	32.8	32.9
	38		24.5	24.6	28.8	28.9	32.9	33.0
	39		24.7	24.8	28.9	29.0	33.0	33.1
	40		24.9	25.0	29.1	29.2	33.1	33.2
	41		25.0	25.1	29.2	29.3	33.2	33.3
	42		25.0	25.1	29.2	29.3	33.2	33.3
Usar esta tabela durante todo período gestacional e assinalar com "X" a coluna correspondente. Exemplo:								
9/20/2007	29	25.2	23.1	<del>26.2</del>	<del>27.6</del>	27.7	32.0	32.1
Assinatura e Carimbo:						Data: ___/___/___		

### Consulta do Enfermeiro na Atenção Pré-Natal

Data	Nome:		
Idade Gestacional		Idade	
Controle Vacinal	Antitetânica		
	Hepatite		

#### EXAME FÍSICO

Peso		IMC		Análise do Gráfico
PA				

Pele e mucosas			
Tireóide			
Ausculta Cardiopulmonar			
Mamas, areólas e mamilos			
Abdômen (palpação obstétrica e altura uterina)			
BCF		Genitais Externos	

Membros inferiores		Edema	
--------------------	--	-------	--

Exames complementares (quais e resultados)	
---	--

Diagnóstico de enfermagem CIPESC®	
-----------------------------------	--

Intervenções de enfermagem CIPESC®  Encaminhamentos	
---	--

**ANEXO 3 - ATIVIDADES ESPECÍFICAS NA CONSULTA DE ENFERMAGEM NA PRÉ-NATAL**

IDADE GESTACIONAL	ATIVIDADES	SOLICITAÇÃO DE EXAMES
6-9 semanas ou 1ª Consulta	<p>Acolher e questionar sobre as principais queixa do período fornecendo orientações pertinentes e informações gerais;(em todas as consultas)</p> <p>Esclarecer sobre sintomas da gestação;</p> <p>Determinar a DUM e DPP;</p> <p>Verificar peso e altura (em todas as consultas);</p> <p>Realizar exame físico geral;</p> <p>Realizar exame obstétrico;</p> <p>Fazer aconselhamento pré-teste HIV e VDRL;</p> <p>Realizar ou agendar brevemente exame ginecológico com coleta de C.O, se último exame a mais de 1 ano; (Repetir exame ginecológico quando houver queixa de fluxo vaginal) ver abordagem sindrômica DST);</p> <p>Encaminhar para odontologia;</p> <p>Verificar esquema de Vacina antitetânica.</p>	<p>Tipagem sanguínea;</p> <p>Parcial de urina;</p> <p>Hemograma;</p> <p>Glicemia em jejum;</p> <p>Sorologia para Sífilis (VDRL)</p> <p>Sorologia para HIV;</p> <p>Sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM);</p> <p>Sorologia para Hepatite B.</p>

<p><b>10 -12 semanas ou 2ª Consulta</b></p>	<p><b>Acolher e questionar sobre principais queixas do período fornecendo orientações pertinentes.</b></p>	<p><b>Parcial de urina /urocultura</b></p> <p><b>Sorologia para toxoplasmose (se IgG negativo).</b></p> <p><b>Sorologia para Hepatite B</b></p> <p><b>Sorologia para Sífilis (VDRL)</b></p> <p><b>Sorologia para HIV;</b></p>
<p><b>13 – 21 semanas</b></p>	<p><b>Acolher e questionar sobre as principais queixas do período, fornecendo orientações pertinentes:</b></p> <p><b>Iniciar orientações sobre aleitamento materno (em todas as próximas consultas);</b></p> <p><b>Questionar sobre queixa urinária e fluxo vaginal(em todas as consultas);</b></p> <p><b>Verificar a altura uterina (AU) (em todas as próximas consultas);</b></p> <p><b>Certificar-se dos resultados dos exames laboratoriais.</b></p>	<p><b>Coombs indireto (se gestante RH negativo, que deverá ser repetido cada 04 semanas);</b></p> <p><b>Parcial de urina /urocultura</b></p> <p><b>Sorologia para toxoplasmose (se IgG negativo).</b></p> <p><b>Sorologia para Hepatite B</b></p> <p><b>Sorologia para Sífilis (VDRL)</b></p> <p><b>Sorologia para HIV;</b></p>

22 – 27 semanas	<p>Verificar se a gestante está realizando Coombs indireto, se for o caso:</p> <p>Abordar sobre o planejamento familiar futuro, fornecendo encaminhamento para avaliação de contracepção cirúrgica se for o caso (ver critérios planejamento familiar).</p>	<p>USG obstétrica:</p> <p>Glicemia de jejum (ver fatores de risco);</p> <p>Coombs indireto (se RH negativo).</p>
28 – 33 semanas	<p>Abordar sobre possíveis intercorrências como:</p> <p>Sinais de trabalho de parto e pré-termo;</p> <p>Pré-eclampsia;</p> <p>Ruptura prematura de membranas;</p> <p>Avaliar como cuidado ganho ponderal e riscos para desenvolver pré-eclampsia;</p> <p>Verificar resultado dos exames solicitados na última consulta;</p> <p>Fazer exame especular para investigação de leucorréia e/ou avaliação do tratamento anterior.</p>	<p>Sorologia para Hepatite B;</p> <p>Sorologia para Sífilis (VDRL);</p> <p>Sorologia para HIV;</p> <p>Sorologia para Toxoplasmose (se IgG negativo);</p> <p>Glicemia de jejum ou TTG(ver fluxograma)</p> <p>Parcial de urina.</p>

33 – 37 semanas	<p>Realizar palpação de abdome empregando as manobras de Leopold para confirmação da situação e apresentação fetal (em todas as próximas consultas);</p> <p>Agendar retorno quinzenal;</p> <p>Verificar resultado dos exames solicitados na última consulta com aconselhamento pós-teste HIV;</p> <p>Orientar sobre sinais de trabalho de parto e alerta (ver orientações no terceiro trimestre) (em todas as próximas consultas).</p>	
38 – 39 semanas	<p>Certificar-se do resultado dos exames realizados no último mês;</p> <p>Questionar sobre aparecimento dos sinais de trabalho de parto e de alerta (em todas as próximas consultas);</p> <p>Agendar retorno semanal.</p>	

40 – 42 semanas	<p>Avaliar se presença de dinâmica úterina;</p> <p>Fazer toque vaginal, se suspeita de trabalho de parto;</p> <p>Agendar retorno a cada 3 dias;</p> <p>Encaminhar para a maternidade para avaliação do bem estar materno e fetal. Se o parto não ocorrer até 07 dias da DPP.</p> <p>Atenção caso houver retorno da gestante mantê-la sob avaliação periódica cada 3 dias, encaminhando-a na 42<sup>a</sup> semana, ou antes se necessário.</p>	
-----------------	--	--