

# *Atenção ao Pré-Natal, Parto e Puerpério*



2ª Edição

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Belo Horizonte, 2006

**GOVERNO DO ESTADO DE MINAS GERAIS**  
Governador  
Aécio Neves da Cunha

**SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS**  
Secretário  
Marcelo Teixeira Gouvêa

**SUPERINTENDÊNCIA DE ATENÇÃO À SAÚDE**  
Superintendente  
Benedito Scaranci Fernandes

**DIRETORIA DE NORMALIZAÇÃO DE ATENÇÃO À SAÚDE**  
Diretor  
Marco Antônio Bragança de Matos

**PROGRAMA VIVA VIDA**  
Coordenadora  
Marta Alice Venâncio Romanini

**Belo Horizonte, 2006**

# *Produção, Distribuição e Informações:*

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DE MINAS GERAIS

Superintendência de Atenção à Saúde

Diretoria de Normalização de Atenção à Saúde

Programa Viva Vida

Produção, Distribuição e Informações

Rua Sapucaí, 429 - Floresta

CEP 30150 - 050

Telefone (31) 3273-2051

Fax (31) 3273-2318

E-mail: [secr.ses@saude.mg.gov.br](mailto:secr.ses@saude.mg.gov.br)

Site: [www.saude.mg.gov.br](http://www.saude.mg.gov.br)

2ª Edição. 2006

Ficha Catalográfica

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde  
Atenção ao pré-natal, parto e puerpério: protocolo Viva Vida.  
2 ed. Belo Horizonte: SAS/SES, 2006. 84 p.

1. Pré-natal, parto e puerpério  
I. Protocolo Viva Vida. II. Título

(NLM classification WA 310)

# *Agradecimento*

Agradecemos a todos os profissionais da Secretaria de Estado de Saúde de Minas Gerais que participaram da elaboração deste Protocolo.

Às sociedades científicas, universidades e Secretarias Municipais de Saúde e todos os que contribuíram para esta realização, nosso reconhecimento.

## *Agradecimento Especial*

À Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Minas Gerais, nosso agradecimento especial por colaborarem na revisão deste Protocolo.

“Nos aspectos gerais, o presente manual atende às necessidades dos profissionais atuando na rede pública, como guia inicial de consultas. Cabe ressaltar que os recursos citados deverão estar disponíveis a todos para validação deste trabalho.”

SOGIMIG - Sociedade de Obstetrícia e Ginecologia de Minas Gerais

# Apresentação

Este é o protocolo de procedimentos técnicos para o pré-natal, parto e puerpério do **Programa Viva Vida**.

Faz parte de uma proposta mais ampla de educação permanente destinada aos profissionais que cuidam da mulher e da criança, seja nas equipes de saúde da família, como nas maternidades.

A primeira parte - **O PRÉ-NATAL** – percorre todos os passos da gestante de risco habitual e de alto risco, facilmente visualizados no Fluxograma da Gestante, o seu acolhimento e acompanhamento, os fatores de risco e critérios para encaminhamento e a abordagem das doenças obstétricas mais freqüentes.

A segunda parte – **O PARTO** – apresenta os principais cuidados a serem tomados, desde o acolhimento da gestante na maternidade, até as condições mínimas para a mesma realizar o parto.

A terceira parte – **O PUERPÉRIO** – chama a atenção, antes de tudo, para a grande importância da consulta puerperal, definindo o período das consultas e dos procedimentos a serem realizados. Além disso, esta seção fala também da prevenção do câncer de mama e do colo uterino.

As duas partes finais – **A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA** e **SISTEMA DE INFORMAÇÃO** – têm o objetivo de contribuir para o planejamento das ações a serem realizadas pelas equipes de saúde nas suas áreas de abrangência. Apresenta as competências dos vários profissionais envolvidos na assistência, nas unidades de saúde e nas maternidades, o fluxo da informação, os sistemas informatizados do Ministério da Saúde e os indicadores de processo e resultado, possibilitando o dimensionamento, a avaliação e a regulação do atendimento das gestantes e puérperas.

Porém, a aplicação de todos estes procedimentos, por si só, não é suficiente para que os resultados que esperamos sejam alcançados. O cuidado com uma gestante ou puérpera implica, antes de tudo, no cuidado com a sua pessoa, com as suas necessidades, com a sua história, com a sua responsabilidade para com a criança que carrega. Tendo este cuidado como ponto de partida, esperamos que este protocolo seja de grande valia para o trabalho de cada profissional.

Benedito Scaranci Fernandes

Superintendente de Atenção à Saúde

# Sumário

INTRODUÇÃO .....	1
Sobre a Humanização e a Interdisciplinaridade .....	2
I. O PRÉ-NATAL .....	3
1.1 O Acolhimento .....	3
1.2 A Gestação de Risco Habitual .....	5
1.2.1 A Consulta .....	5
1.2.2 A Avaliação Nutricional da Gestante .....	10
1.2.3 O Acompanhamento do Crescimento Fetal .....	16
1.3 A Gestação de Alto Risco .....	19
1.3.1 Os Fatores de Risco .....	19
1.3.2 O Pré-Natal de Alto Risco .....	21
1.4 As Doenças Obstétricas .....	22
1.4.1 Síndrome Hipertensiva da Gravidez .....	22
1.4.2 Diabetes Gestacional .....	30
1.4.3 Infecção do trato Urinário .....	35
1.4.4 Toxoplasmose .....	38
1.4.5 HIV .....	41
1.4.6 Sífilis .....	46
1.5 As Orientações .....	47
1.5.1 Condutas nas Queixas mais Freqüentes .....	47
1.5.2 Alimentação – Nutrição .....	51
1.5.3 Aleitamento Materno .....	53
1.5.4 Vacinação Antitetânica .....	55
1.5.5 Saúde Bucal .....	56
II. O PARTO .....	61
III. O PUERPÉRIO .....	63
3.1 As Consultas Puerperais .....	63
3.2 A Prevenção do Câncer de Mama .....	64
3.3 A Prevenção do Câncer de Colo Uterino .....	65
IV. A ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA .....	68
4.1 Competência da Unidade de Saúde .....	68
4.1.1 Responsabilidades da Equipe de Saúde .....	68
4.1.2 Cuidados Básicos para o Pré-Natal de Baixo Risco, Parto e Puerpério .....	70
4.2 Competência da Maternidade na Assistência à Gestante de Risco Habitual .....	73
V. SISTEMA DE INFORMAÇÃO .....	74
5.1 Os Sistemas Informatizados do Ministério da Saúde .....	75
5.2 Os Endereços Eletrônicos .....	77
5.3 O Sistema de Informação Gerencial .....	78
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	82
EQUIPE RESPONSÁVEL .....	84

# Introdução

*Minas Gerais vê nascer a cada ano 300.000 novos mineiros. Este fato, por si só, já coloca para cada um de nós, profissionais ligados à saúde, uma grande responsabilidade: cuidar de cada gestante e de cada criança que nasce e começa a crescer.*

*Esta responsabilidade aumenta ainda mais diante do fato de que muitas dessas crianças morrem antes de completar um ano de idade. Os números relativos à mortalidade infantil e também à mortalidade materna, apesar de estarem em declínio nos últimos anos, são ainda preocupantes.*

*A taxa de mortalidade infantil em 2000 chegou a 20,8 mortes de crianças menores de um ano para cada 1.000 nascidas vivas, sendo que em algumas microrregiões chegou a mais 40.*

*O diagnóstico desta situação evidencia que as causas, de um lado, são relativas a agravos da gestação que levam ao nascimento prematuro e complicações no momento do parto e, de outro lado, diarreias, pneumonias e desnutrição, todas elas, na maioria dos episódios, causas evitáveis.*

*A mortalidade materna é também considerada alta, segundo os parâmetros da Organização Mundial da Saúde. Em 2000, para cada 100.000 nascidos vivos, 42,5 mulheres morreram durante a gravidez, parto e puerpério, também por causas consideradas evitáveis: hipertensão, hemorragias, infecções.*

*Falar de causas consideradas evitáveis é falar de um trabalho a ser realizado.*

*O Programa Viva Vida foi proposto exatamente para enfrentar esta situação. A meta prioritária de reduzir a mortalidade infantil em 25% nos próximos quatro anos e diminuir a mortalidade materna vai se desdobrar em uma série de ações voltadas à melhoria da assistência à gestante, ao recém-nascido e à criança no seu primeiro ano de vida.*

*Cuidar da vida de cada gestante e de cada criança significa alguém que cuida. Para garantir um acompanhamento adequado durante o pré-natal e o controle no primeiro ano de vida está previsto o fortalecimento do Programa de Saúde da Família através da ampliação do número de equipes em todos os municípios, a aquisição de equipamentos para a atenção básica e a capacitação de todos os profissionais em um sistema de educação continuada.*

*Cuidar da vida de cada gestante e de cada criança implica em alguém próximo. Para isto, foi elaborado um novo plano de regionalização da saúde, identificando pólos microrregionais com maternidades, UTIs neonatais, ambulatórios de especialidades e serviços de exames complementares de referência equipados e capacitados para atendimento de mulheres e crianças com maior gravidade.*

*Cuidar da vida de cada gestante e de cada criança significa defender a vida contra diversos fatores que a colocam em risco. O programa prevê a instalação e funcionamento de Comitês de prevenção da mortalidade materna e infantil em todas as regiões e municípios do estado, que se responsabilizarão pela investigação dos óbitos ocorridos, além do Comitê Estadual de Defesa da Vida, que reunirá várias instituições governamentais e da sociedade civil na realização de ações contínuas de promoção de saúde.*

*Enfim, o Programa Viva Vida quer cuidar da vida. E para alcançar este objetivo precisa da colaboração e do empenho de cada profissional.*

Dr. Marcus Vinícius Pestana

Secretário de Saúde do Estado de Minas Gerais

# *Sobre a Humanização e a Interdisciplinaridade*

Trabalhar em uma instituição de saúde com diversos profissionais de categorias e especialidades diferentes nos leva a pensar em um trabalho coletivo em saúde.

Como é trabalhar com o outro?

De que maneira o trabalho do outro interfere no meu? Ajuda, acrescenta ou possibilita algo?

A interdisciplinaridade é construída com conhecimentos diferentes, olhares diferentes no nosso trabalho diário, no cotidiano, através da nossa prática, da comunicação clara e democrática onde todos podem e devem participar, e através de parcerias. Não se trabalha mais isolado e sim integrado. Então o outro é meu parceiro.

Para isso precisamos estar abertos a ouvir e aprender algo novo, respeitando as diferenças, reconhecendo os limites, a identidade e as particularidades de cada disciplina.

A interdisciplinaridade vai nos permitir a troca de conhecimentos diferentes, um enriquecimento dos profissionais, possibilitando uma visão mais ampla do paciente diante da qual poderemos oferecer uma assistência mais qualitativa e eficaz.

Na verdade estamos falando de uma humanização para as relações interpessoais, envolvendo profissionais, pacientes, família e instituição.

Um ambiente de trabalho humanizado vai permitir ao profissional dar significado ao que faz, ser reconhecido e considerado como sujeito. Um ambiente humanizado para a mulher e o RN vai proporcionar a integração mãe-filho, fortalecendo o vínculo afetivo e minimizando os efeitos negativos da doença, quando houver. Um espaço humanizado para a família, permite que ela possa receber as informações sobre os procedimentos realizados e as condições do estado de saúde da mãe e seu filho; permite dialogar, expressar e elaborar sentimentos.

É importante que o profissional que trabalha na maternidade ou na equipe de saúde da família internalize estes conceitos de forma sistematizada e cotidiana.

Espera-se profissionais mais satisfeitos e integrados, uma redução de conflitos, um baixo índice de infecções, diminuição do tempo de internação e uma economia em medicamentos, impactando positivamente a atenção à saúde.

Não queremos aqui negar as dificuldades que esse tipo de trabalho implica, mas afirmar que ele é possível.

Equipe de Humanização

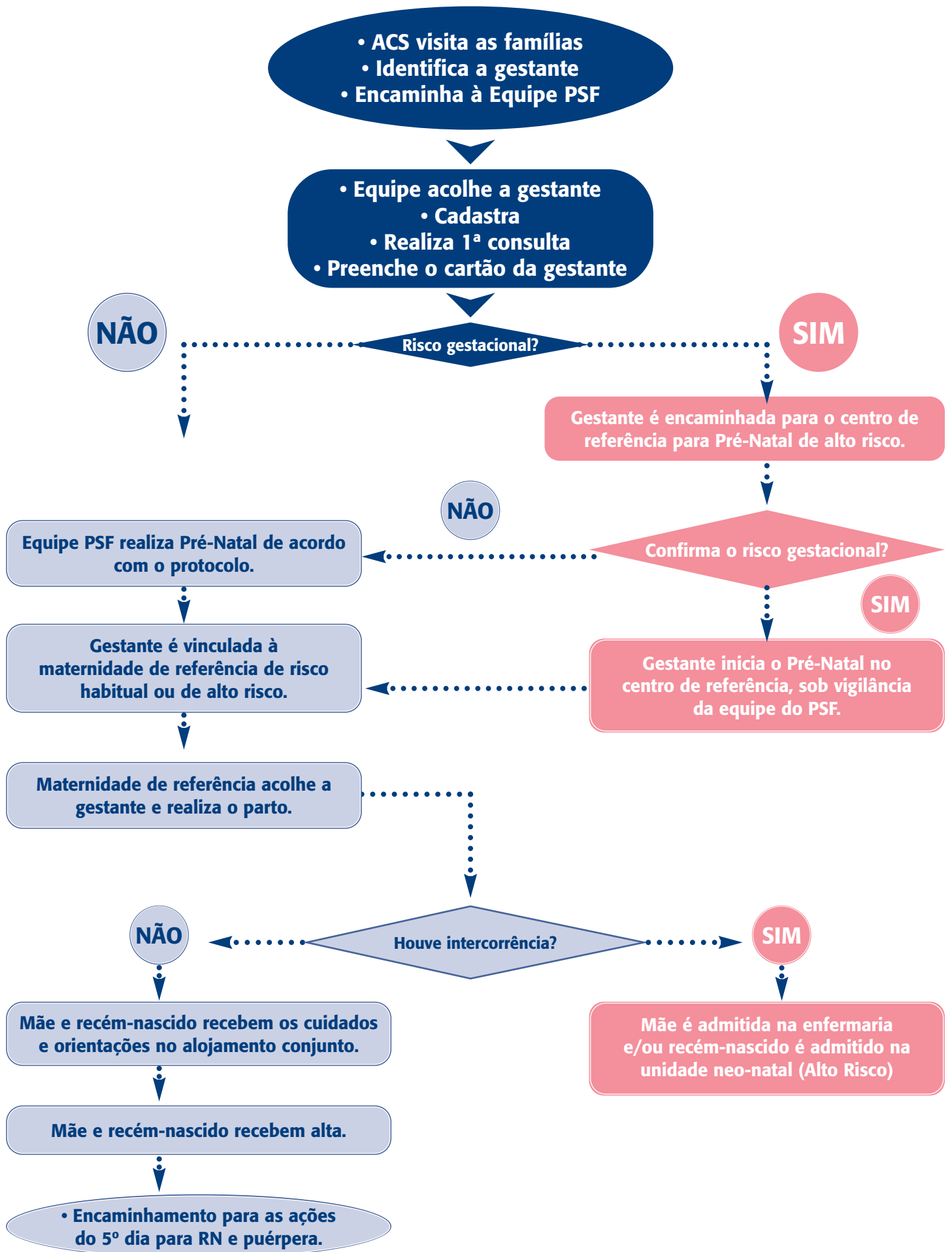


# I. O Pré-Natal

## 1.1 O Acolhimento

- A equipe do PSF é a responsável pelo acolhimento da gestante de sua micro-área;
- A captação para o pré-natal deve ocorrer o mais rápido possível, até o 4º mês de gestação, pelo ACS ou através da procura direta da mulher com suspeita de gravidez, acessando diretamente a equipe de saúde;
- Confirmada a gravidez, o enfermeiro ou o médico realiza o cadastro da gestante no Programa de Humanização do Pré-Natal – PHPN, através do preenchimento da Ficha de Cadastramento do SISPRENATAL, fornecendo o número e anotando-o no Cartão da Gestante;
- A gestante deve ser vinculada à maternidade de referência no início do pré-natal, sendo orientada a procurar este serviço quando apresentar intercorrências clínicas ou quando estiver em trabalho de parto;
- O profissional responsável pela vinculação deve registrar o nome da maternidade no Cartão da Gestante e realizar agendamento de visita à maternidade por volta do sexto mês de gestação;
- O profissional deve proceder a abertura do prontuário, preencher a ficha com a história clínica perinatal, além do Cartão da Gestante, atentando para a importância do preenchimento correto, uma vez que este último é o meio de comunicação entre a gestante, equipe PSF e profissionais da maternidade;
- Em toda a consulta, o médico e/ou o enfermeiro devem proceder à avaliação do risco gestacional;
- A equipe deve desenvolver atividades educativas, orientando sobre a importância do pré-natal e os cuidados necessários, preparando a gestante para o aleitamento materno e para o parto, além dos cuidados com o bebê;
- A equipe deve realizar visitas domiciliares, com o objetivo de monitorar a gestante, orientar os cuidados adequados, identificar possíveis fatores de risco e realizar os encaminhamentos necessários.

# Fluxograma da Gestante



## 1.2 A Gestação de Risco Habitual

### 1.2.1 A Consulta

- ▶ Para o Pré-Natal de Risco Habitual, preconizam-se, no mínimo, 6 consultas, sendo:
  - 1 consulta no 1º trimestre;
  - 2 consultas no 2º trimestre;
  - 3 consultas no 3º trimestre.
- ▶ Recomenda-se que o intervalo entre as consultas seja de 4 semanas até a gestação completar 36 semanas e, a partir deste período, que os intervalos sejam de 15 dias.

#### 1.2.1.1 Roteiro para a 1ª Consulta

##### *História Clínica*

---

- ▶ Identificação: idade, cor, naturalidade, procedência e endereço atual;
- ▶ Gestação Atual:
  - Data da última menstruação – DUM: dia, mês e ano (certeza ou dúvida);
  - Data provável do parto – DPP;
  - Sinais e sintomas da gestação em curso;
  - Hábitos atuais – fumo, álcool e drogas ilícitas;
  - Medicamentos usados durante a gestação;
  - Ocupação habitual – esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos à gestação, estresse.
- ▶ Antecedentes Obstétricos:
  - Nº de gestações – identificar e registrar se houve problemas anteriores, como aborto, gravidez ectópica e mola hidatiforme;
  - Nº de partos – domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, fórceps, cesáreas e indicações;
  - Nº de abortamentos – espontâneos, provocados, complicados por infecções, curetagem pós-abortamento;
  - Nº de filhos vivos;

- Idade da 1ª gestação;
  - Intervalo entre as gestações;
  - Nº de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37ª semana) ou pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação);
  - Nº de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500 g) e com mais de 4.000 g;
  - Mortes neonatais precoces – até 7 dias de vida (nº e motivos de óbitos);
  - Mortes neonatais tardias – entre 7 e 28 dias de vida (nº e motivos de óbitos);
  - Natimortos – morte intra-útero e idade gestacional em que ocorreu;
  - Identificar e especificar se houve intercorrências ou complicações em gestações anteriores;
  - Identificar e descrever se houve complicações nos puerpérios anteriores;
  - Registrar o intervalo entre o final da última e o início da gestação atual.
- ▶ Antecedentes Ginecológicos:
- Métodos anticoncepcionais – quais, quanto tempo, motivo do abandono;
  - Pesquisar se houve tratamento para infertilidade e esterilidade;
  - Pesquisar doenças sexualmente transmissíveis (DST), teste realizados, inclusive puerpério;
  - Identificar se realizou cirurgias ginecológicas – idade e motivo;
  - Identificar patologias mamárias – quais e tratamento;
  - Pesquisar a última citologia oncótica (Papanicolaou) – data e resultado.
- ▶ História Progressiva Pessoal:
- Pesquisar doenças crônicas e agudas passadas.
- ▶ Antecedentes Familiares:
- Pesquisar doenças como hipertensão arterial, diabetes e outras.

## *Exame Físico*

---

- ▶ Geral:
- Peso e estado nutricional;
  - Estatura;
  - Frequência cardíaca materna;
  - Temperatura axilar;
  - Pressão arterial – PA;
  - Inspeção da pele e mucosas;
  - Palpação da tireóide;
  - Ausculta cardiopulmonar;

- Exame do abdome;
- Palpação dos gânglios inguinais;
- Exame dos membros inferiores;
- Pesquisa de edema – face, tronco e membros.

➤ Gineco-Obstétrico:

- Exame das mamas;
- Medida da altura uterina;
- Ausculta dos batimentos cardio fetais – BCF;
- Inspeção dos genitais externos;
- Exame especular;
  - Inspeção das paredes vaginais;
  - Inspeção do conteúdo vaginal;
  - Inspeção do colo uterino;
  - Coleta de material para citologia oncótica, caso a última tenha sido há mais de 1 ano;
  - Teste de Schiller;
  - Toque vaginal;
  - Outros exames necessários.

### *Exames Laboratoriais*

---

- Grupo sanguíneo e fator RH;
- Coombs indireto, se necessário;
- Hemograma;
- Glicemia jejum;
- VDRL;
- Toxoplasmose;
- Urina rotina;
- Urocultura;
- Colpocitologia oncótica;
- Teste anti HIV, após aconselhamento e consentimento da paciente;
- HBsAg.

- Referência para atendimento odontológico;
- Referência para vacinação antitetânica, quando a gestante não estiver imunizada;
- Registro dos dados da consulta no Cartão da Gestante e no prontuário;
- Registro da consulta na Ficha de Atendimento Diário do SISPRENATAL;
- Agendamento de consultas subseqüentes.

### *1.2.1.2 Roteiro para Consultas Subseqüentes*

- Revisão da ficha perinatal e anamnese atual;
- Cálculo e anotação da idade gestacional;
- Controle do calendário de vacinação;
- Exame físico geral e gineco-obstétrico:
  - Determinação do peso;
  - Calcular o ganho de peso – anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do estado nutricional;
  - 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 edemas;
  - Toque vaginal, exame especular e outros, se necessário.
- Interpretação de exames laboratoriais e solicitação de outros se necessários;
- Solicitar glicemia de jejum, VDRL e urina rotina na 30ª semana;
- Acompanhamento das condutas adotadas em serviços clínicos especializados;
- Realização de ações e práticas educativas individuais e em grupos;
- Registro dos dados da consulta no Cartão da Gestante e no prontuário;
- Todas as consultas deverão ser registradas na Ficha de Atendimento Diário do SISPRENATAL;
- Agendamento de consultas subseqüentes.

## *Cálculo da Idade Gestacional*

---

- ▶ Quando a data da última menstruação (DUM) é conhecida:
  - Uso do calendário: contar o número de dias a partir do 1º dia da última menstruação até o dia da consulta e dividir por sete, obtendo-se o número de semanas da gestação;
  - Uso do Disco ou Gestograma.
- ▶ Quando a DUM 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 e proceder a utilização do método acima descrito.
- ▶ Quando a data e o período da última menstruação são desconhecidos:
  - Proceder ao exame físico, medindo a altura uterina e posicionando o valor encontrado na curva de crescimento uterino, considerando o P50. O ponto encontrado corresponde à provável idade gestacional que deve ser considerada muito duvidosa e assinalada com interrogação na ficha perinatal e Cartão da Gestante;
  - Solicitação de ultra-som, caso não seja possível a determinação a partir do exame físico.

## *Método para 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;
- ▶ Outro método para o cálculo é somar 7 dias ao primeiro dia da última menstruação e adicionar 9 meses ao mês em que ela ocorreu.

Exemplo:

DUM: 14/9/1995

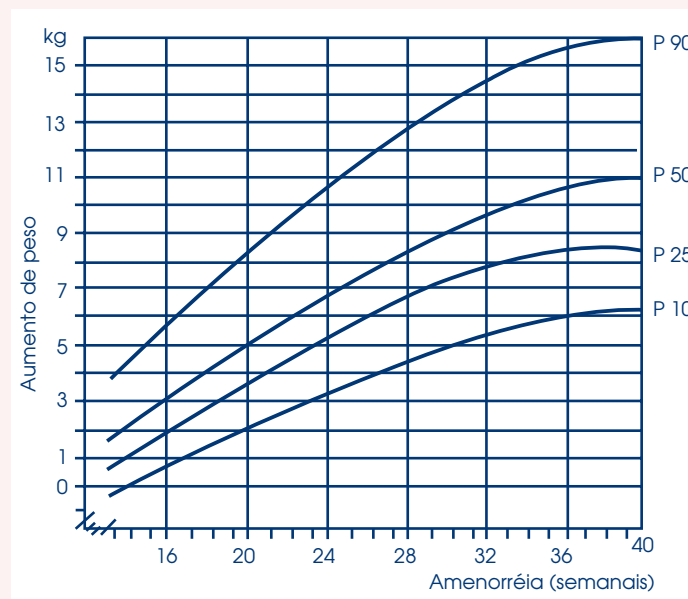
14 + 7 dias = 21

9 meses a partir de setembro de 1995 = junho de 1996

DPP: 21/6/1996

## 1.2.2 A Avaliação Nutricional da Gestante

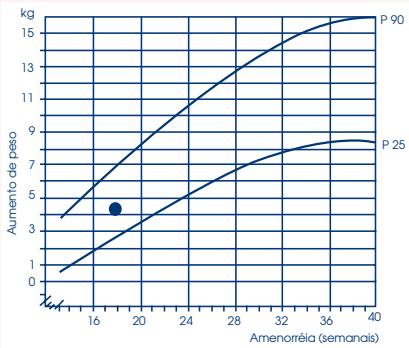
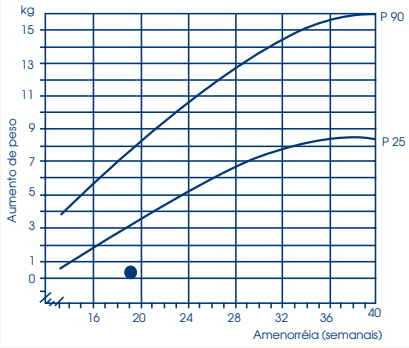
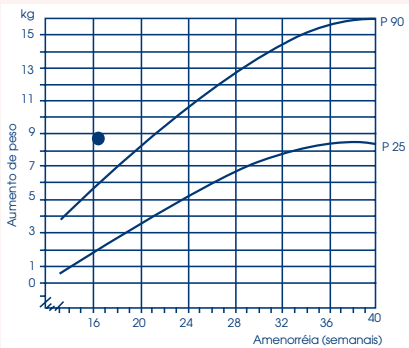
- ▶ Deve-se aferir o peso em todas as consultas de pré-natal, com a gestante usando roupa leve e descalça;
- ▶ Na primeira consulta, a estatura também deve ser medida. A gestante deve estar em pé descalça, com os calcanhares juntos, o mais próximo possível da haste vertical da balança, erguida, com os ombros para trás e olhando para frente;
- ▶ O ganho de peso da gestante será avaliado tomando como referência o Gráfico de Peso/Idade Gestacional que apresenta os limites máximos – P 90 – e mínimo – P 25 – para cada idade gestacional;
- ▶ Para avaliação, recomenda-se:
  - Confirmar a idade gestacional;
  - Diminuir do peso atual da gestante o peso pré-gravídico, obtendo-se o aumento de peso para essa idade gestacional;
  - Registrar esse valor no Gráfico de Peso/Idade Gestacional;
  - Nas consultas subseqüentes, interligar os pontos marcados, obtendo-se um traçado cuja inclinação pode auxiliar na avaliação nutricional da gestante;



- ▶ O ganho de peso considerado normal para uma determinada idade gestacional é aquele que estiver entre os Percentis 25 e 90;
- ▶ A curva de ganho de peso também deverá ser avaliada:
  - O traçado esperado deve ser ascendente, mas paralelo às linhas dos percentis do gráfico, o que significa que está ganhando peso adequadamente;
  - Uma curva com inclinação superior indicará um ganho excessivo de peso;
  - Uma curva horizontal ou descendente indicará um ganho insuficiente de peso;

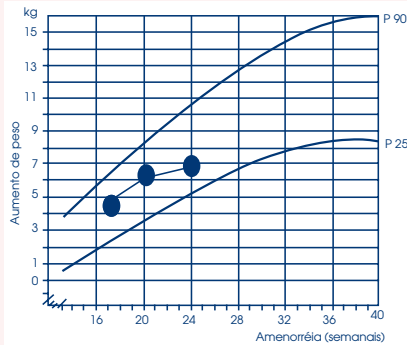


- ▶ O aumento excessivo do peso materno predispõe a macrosomia fetal e o aumento insuficiente está associado ao crescimento intrauterino retardado (CIUR);
- ▶ Deve-se suspeitar de desnutrição materna quando o aumento de peso for inferior a P25 e excesso de ingestão ou de retenção hídrica se o valor for maior que P90;
- ▶ Os gráficos abaixo representam as várias situações de ganho de peso na primeira e nas consultas subseqüentes e as condutas a serem tomadas em cada caso.

ACHADOS	CONDUTAS
<p>Ponto situado entre as curvas que se iniciam no percentil 25 e percentil 90 do peso padrão para a idade gestacional.</p> 	<p>Bom estado nutricional:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• seguir calendário habitual;</li> <li>• explicar à gestante que seu peso está adequado para a idade gestacional;</li> <li>• dar orientação alimentar.</li> </ul>
<p>Ponto situado abaixo da curva que se inicia no percentil 25 do peso padrão para a idade gestacional.</p> 	<p>Gestante de risco, em vista de apresentar peso insuficiente para a idade gestacional (desnutrição):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• investigar história alimentar, hiperêmese gravídica, infecções, parasitoses, anemias, doenças debilitantes;</li> <li>• remarcar consulta médica em intervalo menor que o fixado no calendário habitual.</li> </ul>
<p>Ponto situado acima da curva que se inicia no percentil 90 do peso padrão para a idade gestacional.</p> 	<p>Gestante de risco, em face de apresentar peso superior ao aceito como normal para essa idade gestacional; tanto maior será o risco quanto mais elevado for o seu sobrepeso:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• afastar possíveis causas – obesidade, edema, polidrâmnio, macrosomia, gravidez múltipla;</li> <li>• remarcar consulta médica em intervalo menor que o fixado no calendário habitual;</li> <li>• o peso ganho durante toda a gestação não deve ultrapassar a faixa de 16 kg (P90).</li> </ul>

## ACHADOS

Traçado com inclinação ascendente entre as curvas que se iniciam no percentil 25 e no percentil 90 do peso padrão para a idade gestacional.



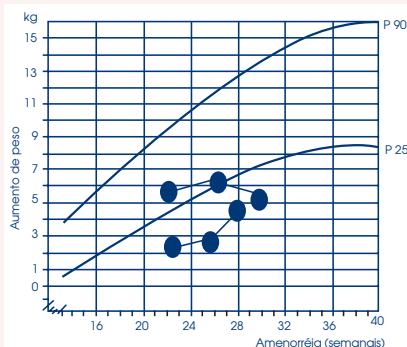
## CONDUTAS

Bom estado nutricional (ganho de peso adequado):

- seguir calendário habitual;
- dar orientação alimentar, para que a gestante se mantenha dentro da faixa de normalidade.

## ACHADOS

Traçado entre as curvas do percentil 25 e 90, com inclinação horizontal ou descendente, ou traçado abaixo da curva do percentil 25, com inclinação horizontal, descendente ou ascendente, sem atingir, porém, a faixa considerada normal (P25).



## CONDUTAS

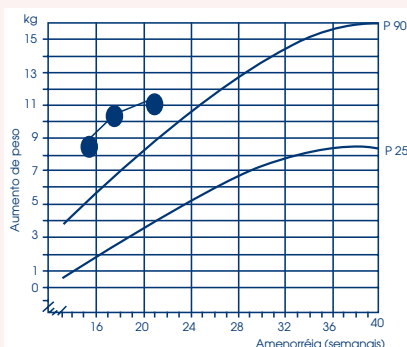
Gestante de risco, em vista de apresentar ganho de peso inadequado:

- identificar causas-déficit alimentar, infecções, parasitoses, anemia entre outras, e tratá-las quando presentes e dar orientação alimentar;
- marcar consulta médica na unidade.

Essas medidas visam a que a gestante chegue ao término da gestação com ganho de peso mínimo de 8 kg.

## ACHADOS

Traçado acima da curva que se inicia no percentil 90 do peso padrão para a idade gestacional (P90).



## CONDUTAS

Gestante de risco, visto que seu ganho de peso é superior ao ideal para sua idade gestacional; quanto mais alto for o sobrepeso, maior será o risco.

- investigar possíveis causas obesidade, diabetes e edema;
- avaliar e tratar;
- ao persistir, encaminhar para o serviço de alto risco;
- caso exista a hipótese de polidrâmio, macrossomia, gravidez múltipla, entre outras, está indicado o encaminhamento para o serviço de alto risco.

Essas medidas visam a que a gestante chegue ao término da gestação com o peso final dentro da faixa de normalidade (máximo de 16 kg)

## Observações:

- gestantes que iniciam o pré-natal dentro do 1º trimestre e apresentam peso acima da curva que se inicia no percentil 90 do padrão peso / idade gestacional não necessitam ganhar mais de 8 kg em toda a gestação;
  - gestantes adolescentes (menores de 19 anos) devem ganhar, aproximadamente, 1 kg a mais do que o estabelecido pela norma;
  - gestantes com altura inferior a 140 cm devem chegar ao final da gestação com um ganho de peso de cerca de 10 a 11 kg.
- Considera-se como ganho súbito de peso um aumento superior a 500 g em uma semana (essa ocorrência deve ser considerada como sinal de edema patológico, devendo ser investigado).

► Uma outra maneira de avaliar o ganho de peso da gestante, quando o peso pré-gravídico não é conhecido, é a relação peso-altura segundo a idade gestacional:

- Confirmar a idade gestacional;
- Pesquisar a gestante;
- Avaliar o peso atual de acordo com a tabela abaixo: o ponto de intersecção entre a idade gestacional por semana e altura em centímetros indica os percentis 10 e 90 do peso esperado.

<i>Idade gestacional por semana</i>		<i>Centímetros de altura</i>									
		140	143	146	149	152	155	158	161	164	167
		142	145	148	151	154	157	160	163	166	169
13	P10	38.6	40.0	41.3	42.8	42.8	42.2	45.6	47.2	49.0	52.2
	P90	51.3	53.1	54.9	57.0	58.8	60.7	62.7	65.1	67.2	69.4
14	P10	39	40.9	42.3	43.8	45.2	46.7	48.3	50.1	51.8	53.4
	P90	52.7	54.5	56.4	58.5	60.3	62.3	64.4	66.8	69.0	71.2
15	P10	40.4	41.8	43.3	44.9	46.3	47.8	49.4	51.3	53.0	54.6
	P90	53.1	55.0	56.9	59.0	60.8	62.8	64.9	67.4	69.6	71.8
16	P10	41.3	42.8	44.2	45.9	47.3	48.9	50.5	52.4	54.1	55.9
	P90	53.6	55.5	57.3	59.5	61.4	63.4	65.5	68.0	70.2	72.5
17	P10	42.4	43.7	45.2	46.9	48.4	49.9	51.6	53.6	55.3	57.1
	P90	54.0	55.9	57.8	60.0	61.9	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1
18	P10	42.7	44.2	45.7	47.4	48.9	50.5	52.2	54.1	55.9	57.7
	P90	54.0	55.9	57.8	60.0	61.9	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1
19	P10	43.6	45.1	46.1	48.4	49.9	51.6	53.3	55.3	57.1	58.9
	P90	54.0	55.9	57.8	60.0	61.6	63.9	66.0	68.5	70.8	73.1
20	P10	44.5	46.1	47.6	49.4	51.0	52.6	54.4	56.4	58.3	60.2
	P90	51.5	56.4	58.3	60.5	62.3	64.4	66.6	69.1	71.4	73.7
21	P10	45.4	47.0	48.6	50.4	52.0	53.7	55.5	57.6	59.5	61.4
	P90	54.5	56.4	58.3	60.5	62.4	64.4	66.6	69.1	71.4	73.7
22	P10	45.9	47.5	49.1	50.9	52.5	54.2	56.1	58.2	60.1	62.0
	P90	54.9	56.9	58.8	61.0	62.9	65.0	67.2	69.7	72.0	74.3
23	P10	46.3	47.9	49.6	51.4	53.0	54.8	56.6	58.8	60.7	62.6
	P90	54.9	56.9	58.8	61.0	62.9	65.0	67.2	69.7	72.0	74.3
24	P10	46.8	48.4	50.1	51.9	53.6	55.3	57.2	59.3	61.3	63.2
	P90	55.4	57.3	59.3	61.5	63.4	65.5	67.7	70.3	72.6	74.9

*Idade gestacional por semana*

*Centímetros de altura*

		140	143	146	149	152	155	158	161	164	167
		142	145	148	151	154	157	160	163	166	169
25	P10	47.2	48.9	50.5	52.4	54.1	55.8	57.7	59.9	61.9	63.9
	P90	55.8	57.8	59.8	62.0	64.0	66.1	68.5	70.8	73.2	75.5
26	P10	47.2	48.9	50.5	52.4	54.1	55.8	57.7	59.9	61.9	63.9
	P90	56.3	58.3	60.3	62.5	64.5	66.6	68.8	71.4	73.8	76.1
27	P10	47.7	49.3	51.0	52.9	54.6	56.4	58.3	60.5	62.5	64.5
	P90	56.3	58.3	60.3	62.5	64.5	66.6	68.8	71.4	73.8	76.1
28	P10	47.7	49.3	51.0	52.9	54.6	56.4	58.3	60.5	62.5	64.5
	P90	56.8	58.8	60.8	63.0	65.0	67.1	69.4	72.0	74.4	76.8
29	P10	47.7	49.3	51.0	52.9	54.6	56.4	58.3	60.5	62.5	64.5
	P90	56.8	58.8	60.8	63.0	65.0	67.1	69.4	72.0	74.4	76.8
30	P10	48.1	49.8	51.5	53.4	55.1	56.9	58.8	61.6	63.1	65.1
	P90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4
31	P10	48.1	49.8	51.5	53.4	55.1	56.9	58.8	61.1	63.1	65.1
	P90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4
32	P10	48.6	50.3	52.0	53.9	55.6	57.5	59.4	61.6	63.7	65.7
	P90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	57.7	69.9	72.6	75.0	77.4
33	P10	48.6	50.3	52.0	53.9	55.6	57.5	59.4	61.6	63.7	65.7
	P90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4
34	P10	48.6	50.3	52.0	53.9	55.6	57.5	59.4	61.6	63.7	65.7
	P90	57.2	59.2	61.2	63.5	65.5	67.7	69.9	72.6	75.0	77.4
35	P10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	66.3
	P90	58.1	60.2	62.2	64.5	66.6	68.7	71.0	73.7	76.2	78.6
36	P10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	66.3
	P90	58.1	60.2	62.2	64.5	66.6	68.7	71.0	73.7	76.2	78.6
37	P10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	66.3
	P90	58.1	60.2	62.2	64.5	66.6	68.7	71.0	73.7	76.2	78.6
38	P10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	67.1
	P90	59.0	61.1	63.2	65.5	67.6	69.8	72.1	74.9	77.3	80.7
39	P10	49.0	50.8	52.5	54.4	56.2	58.0	59.9	62.2	64.3	67.1
	P90	59.5	61.6	63.7	66.0	68.1	70.3	72.7	75.5	77.9	81.4

### Interpretação:

- Normal: se para uma idade gestacional determinada o peso alcançado pela mãe estiver entre P10 e P90 da tabela de referência;
  - Anormal: o peso materno é superior a P90 ou inferior a P10.
- Este último procedimento não permite conhecer o aumento de peso, mas pode-se saber se o peso atingido pela gestante, de acordo com a sua altura, é ou não adequado para a sua idade gestacional em que se encontra
- Toda a gestante com ganho insuficiente de peso ou peso insuficiente para a estatura deve receber aconselhamento nutricional e suplementação alimentar.

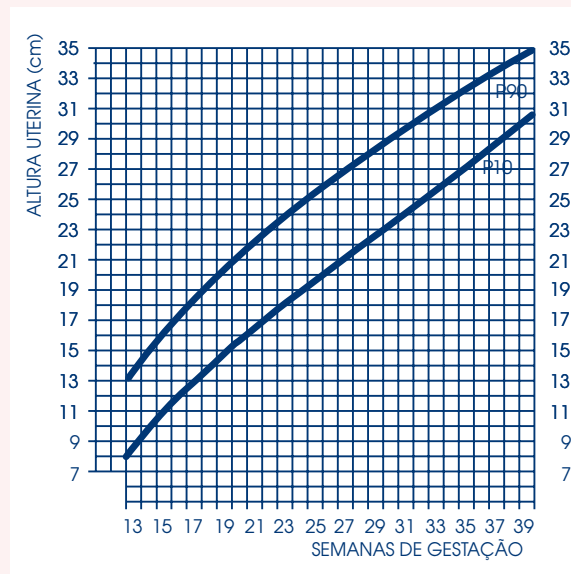
### Observações

---

- Os casos com suspeita clínica de CIUR, excluindo o oligoâmnio, o erro da amenorréia, etc, deverão ser confirmados por ultra-som para afastar os falsos positivos. A gestante deve então ser referida para acompanhamento no pré-natal de alto risco;
- Antes da definição das condutas, deve ser afastado o erro de idade gestacional;
- Muitas gestantes não conhecem seu peso antes da gravidez. Nesses casos, pode-se fazer o controle do aumento de peso, registrando os aumentos semanais, aceitando como normal o aumento médio de 400 g por semana no 2º trimestre e 300 g no 3º trimestre;
- A avaliação do ganho de peso materno também poderá ser obtida observando-se o verso do disco obstétrico ou o reverso da fita métrica;
- A variação do peso durante a gestação é muito grande e oscila entre 06 e 16 kg ao final da gravidez. O aumento máximo ocorre entre a 12ª e 24ª semanas da amenorréia;
- Gestantes que iniciam o pré-natal dentro do 1º trimestre e apresentam peso acima da curva que se inicia no Percentil 90 do Padrão Peso/Idade Gestacional, não necessitam ganhar mais de 8 kg em toda a gestação;
- Gestantes adolescentes, menores de 19 anos, devem ganhar, aproximadamente 1 kg a mais do que o estabelecido pela norma;
- Gestantes com altura inferior a 140 cm devem ao final ganhar cerca de 10 a 11 kg;
- O ganho súbito de peso, com aumento superior a 500 g/semana: considerar como sinal precoce de edema patológico, devendo ser investigado.

### 1.2.3 O Acompanhamento do Crescimento Fetal

- ▶ Em todas as consultas de pré-natal, o profissional deve verificar a altura uterina, procedimento que permite o acompanhamento do crescimento fetal, a detecção de desvios e a orientação de condutas apropriadas;
- ▶ Quando os dados da amenorréia são confiáveis e se descarta a possibilidade de feto morto e oligoâmnio, a medida da altura uterina permite diagnosticar o crescimento intra-uterino retardado com uma sensibilidade de 56% e uma especificidade de 91%. Permite ainda o diagnóstico de macrosomia fetal, quando excluídas a gravidez gemelar, o polidrâmio e miomatose uterina;
- ▶ A medida é feita usando uma fita métrica flexível e não extensível, com a grávida em decúbito dorsal. A extremidade da fita métrica é fixada na margem superior da sínfise púbica com uma mão, deslizando a fita entre os dedos indicador e médio da outra mão pela linha mediana do abdome até alcançar o fundo do útero com a margem cubital dessa mão. Fazer a leitura em centímetros e anotar a medida no cartão e no gráfico;
- ▶ Os valores de referência podem ser encontrados na Curva da Altura Uterina/Idade Gestacional que apresenta como, limites de normalidade os percentis 10 e 90;
- ▶ A cada consulta, o valor encontrado deve ser anotado no gráfico e, nas consultas subsequentes, unido à marca precedente, formando o traçado do aumento do tamanho do útero.



Posição do ponto obtido na primeira medida em relação às curvas

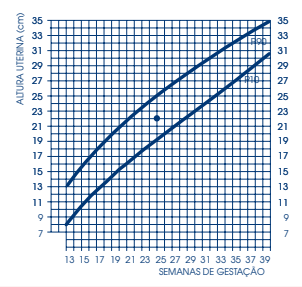
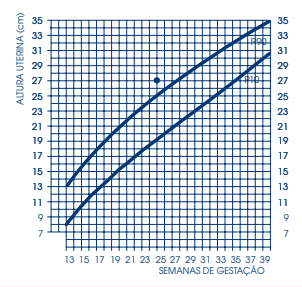
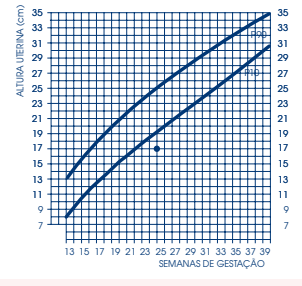
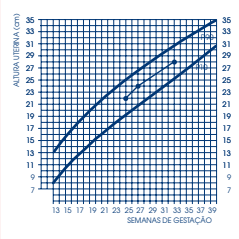
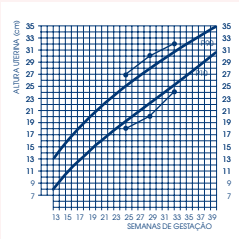
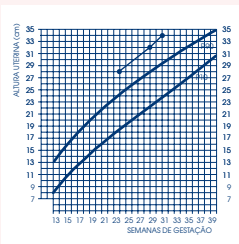
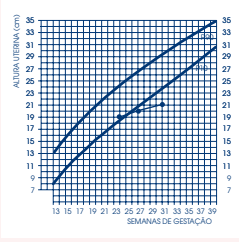
Gráfico	Ponto	Conduta
 <p>Gráfico de altura uterina (cm) versus semanas de gestação. O eixo vertical varia de 7 a 35 cm, e o eixo horizontal varia de 13 a 39 semanas. Duas curvas representam o intervalo normal. Um ponto está plotado entre as duas curvas, aproximadamente em 25 semanas e 23 cm.</p>	<p>Entre as curvas inferiores e superiores.</p>	<p>Seguir calendário de atendimento de rotina.</p>
 <p>Gráfico de altura uterina (cm) versus semanas de gestação. O eixo vertical varia de 7 a 35 cm, e o eixo horizontal varia de 13 a 39 semanas. Duas curvas representam o intervalo normal. Um ponto está plotado acima da curva superior, aproximadamente em 25 semanas e 27 cm.</p>	<p>Acima da curva superior.</p>	<p>Atentar para a possibilidade de erro de cálculo da idade gestacional (IG). Deve ser vista pelo médico da unidade e avaliada a possibilidade de polidrâmnio, macrossomia fetal, gemelaridade, mola hidatiforme, miomatose uterina e obesidade.</p> <p>Caso permaneça dúvida, marcar retorno em 15 dias para reavaliação ou, se possível, encaminhamento para o serviço de alto risco.</p>
 <p>Gráfico de altura uterina (cm) versus semanas de gestação. O eixo vertical varia de 7 a 35 cm, e o eixo horizontal varia de 13 a 39 semanas. Duas curvas representam o intervalo normal. Um ponto está plotado abaixo da curva superior, aproximadamente em 25 semanas e 17 cm.</p>	<p>Abaixo da curva superior.</p>	<p>Atentar para a possibilidade de erro de cálculo da IG. Deve ser vista pelo médico da unidade para avaliar possibilidade de feto morto, oligoâmnio ou retardo de crescimento intra-uterino. Caso permaneça dúvida, marcar retorno em 15 dias para reavaliação ou, se possível, encaminhamento para serviço de alto risco.</p>

Gráfico	Traçado	Interpretação	Conduta
	<p>Evoluindo entre as curvas superiores e inferiores.</p>	<p>Crescimento normal.</p>	<p>Seguir calendário básico.</p>
	<p>Evoluindo acima da curva superior e com a mesma inclinação dessa.</p> <p>Ou</p> <p>Evoluindo abaixo da curva inferior e com a mesma inclinação dessa.</p>	<p>É possível que a IG seja maior que a estimada.</p> <p>É possível que a IG seja menor que a estimada.</p>	<p>Encaminhar gestante à consulta médica, para:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• confirmar tipo de curva;</li> <li>• confirmar a IG;</li> <li>• referir ao pré-natal de alto risco e serviço especializado, caso haja suspeita de desvio do crescimento fetal.</li> </ul>
	<p>Evoluindo acima da curva superior e com inclinação maior que dessa.</p>	<p>É possível tratar-se de gestação múltipla, polidrâmnio, macrossomia ou outra situação.</p>	<p>Referir ao pré-natal de alto risco.</p>
	<p>Evoluindo com inclinação persistentemente menor que a curva inferior.</p>	<p>Se o traçado cruzar a curva inferior ou estiver afastando-se dela, provável retardo do crescimento fetal.</p>	<p>Referir ao pré-natal de alto risco.</p>

**Observações:** deve-se pensar em erro de medida quando ocorrer queda ou elevação em curva que vinha evoluindo normalmente.



## 1.3 A Gestação de Alto Risco

- ▶ Em todas as consultas do pré-natal, a gestante deve ser avaliada quanto a situações de risco;
- ▶ A presença de alguns destes fatores indica uma gestação de risco, podendo, porém, ser acompanhada pela própria equipe do PSF, mantendo-se uma vigilância maior;
- ▶ Na presença de um segundo grupo de fatores de risco, a gestante deve ser encaminhada para o serviço de referência;
- ▶ O serviço de referência é aquele que está sob a responsabilidade de um obstetra com as condições mínimas para acompanhar uma gestação de risco, ou seja, um local de atendimento, pré-definido pelo fluxo de atendimento, com acesso fácil a cardiocardiografia, ultra-sonografia, exames laboratoriais e consultas de especialidade.

### 1.3.1 Os Fatores de Risco

- ▶ Os fatores de risco são as características ou as circunstâncias que levam a uma probabilidade maior da mulher e do recém-nascido desenvolverem alguma complicação e, como consequência, evoluírem para óbito, necessitando, portanto, de ações de maior complexidade.

#### *Fatores de Risco Gestacional que Permitem a Realização do Pré-Natal pela Equipe do PSF*

---

- ▶ Compreendem situações anteriores ou decorrentes da gestação atual que exigem uma atenção especial no decorrer do pré-natal:
  - Idade menor de 17 e maior de 35 anos;
  - Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse;
  - Situação conjugal insegura;
  - Baixa escolaridade;
  - Condições ambientais desfavoráveis;
  - Altura menor que 1,45 m;
  - Peso menor que 45 kg ou maior que 75 kg;
  - Recém-nascido com crescimento retardado, pré-termo ou mal formado, em gestação anterior;
  - Intervalo interpartal menor que 2 anos;
  - Nuliparidade e multiparidade;
  - Síndrome hemorrágica ou hipertensiva, em gestação anterior;
  - Cirurgia uterina anterior;
  - Ganho ponderal inadequado.

## *Fatores de Risco Gestacional que Indicam a Realização do Pré-Natal em Serviços de Referência*

---

- Dependência de drogas lícitas e ilícitas;
- Morte perinatal anterior;
- Abortamento habitual;
- Esterilidade / Infertilidade;
- Desvio quanto ao crescimento uterino, número de fetos e volume de líquido amniótico;
- Trabalho de parto prematuro e gravidez prolongada;
- Pré-eclâmpsia e eclâmpsia;
- Diabetes gestacional;
- Amniorrexe prematura;
- Hemorragias da gestação;
- Isoimunização;
- Óbito fetal;
- Hipertensão arterial;
- Cardiopatias;
- Pneumopatias;
- Nefropatias;
- Endocrinopatias;
- Hemopatias;
- Epilepsia;
- Doenças infecciosas;
- Doenças auto-imunes;
- Ginecopatias.

## 1.3.2 O Pré-Natal de Alto Risco

### *Quanto ao Encaminhamento ao Serviço de Referência*

---

- ▶ Antes de tudo, a gestante deve ser orientada quanto ao encaminhamento e esclarecida de que o vínculo com a equipe continua;
- ▶ A equipe do PSF deve acionar a Central de Regulação para agendar a primeira consulta;
- ▶ O formulário de encaminhamento deve ser adequadamente preenchido;
- ▶ Até que aconteça a primeira consulta no serviço de referência, a equipe do PSF deve manter o acompanhamento da gestante;
- ▶ A equipe do PSF deve manter uma vigilância sobre a gestante, realizando visitas domiciliares, atividades educativas e assegurando que ela compareça a todas as consultas agendadas.

### *Quanto às Consultas*

---

- ▶ As consultas devem ser mais freqüentes, sendo o intervalo definido de acordo com o fator de risco identificado e a condição da gestante no momento;
- ▶ O profissional deve estar atento a todos os cuidados da anamnese, exame físico e exame gineco-obstétrico;
- ▶ A gestante deve ser continuamente orientada quanto ao andamento da sua gravidez.

## *1.4 As Doenças Obstétricas*

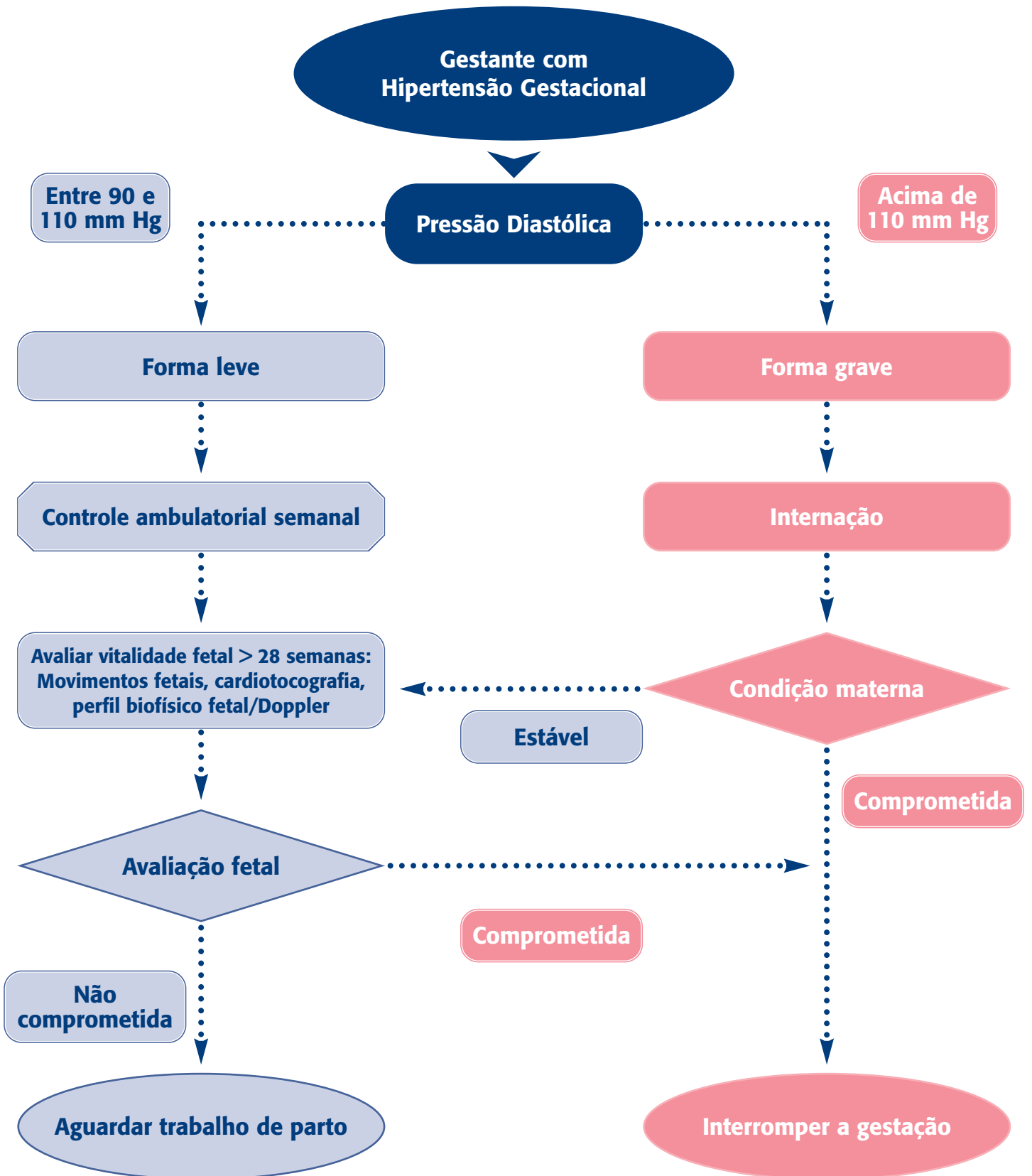
### *1.4.1 Síndrome Hipertensiva da Gravidez*

É importante detectar precocemente os estados hipertensivos que se constituam em risco materno e perinatal. Toda a gestante com quadro hipertensivo deve ser encaminhada para realização do pré-natal de alto risco no serviço de referência.

#### *1.4.1.1 Hipertensão Gestacional*

- ▶ A hipertensão aparece em consequência da própria gravidez, geralmente após a 20ª semana de gestação;
- ▶ O diagnóstico se faz através dos seguintes dados:
  - Presença de PA diastólica  $\geq 90$  mm Hg;
  - Aumento da PA diastólica acima de 15 mm Hg do valor previamente conhecido;
  - Ausência de proteinúria.
- ▶ A normalização dos níveis pressóricos acontece no puerpério remoto após 6 semanas.
- ▶ Pode evoluir para:
  - Pré-eclâmpsia quando a hipertensão associa-se a proteinúria;
  - Hipertensão arterial latente ou transitória, principalmente em multíparas.

# Fluxograma - Hipertensão Gestacional



### *1.4.1.2 Hipertensão Arterial Crônica*

▶ **Medicações recomendadas:**

- $\alpha$  Metildopa: 750 mg a 2 g/dia, em 3 tomadas diárias;
- Nifedipina: início com 10 mg/dia e o máximo de 40 mg/dia, de 6/6 horas ou Retard 20 mg de 12/12 horas;
- Pindolol: início com 5 mg/dia e o máximo de 30 mg/dia, de 8/8 horas;
- Pode haver associação, respeitando as doses terapêuticas;
- Os inibidores ECA são contra-indicados;

▶ **Repouso relativo;**

▶ **Dieta hipossódica e hiperproteica nos casos graves;**

▶ **Aumentar a ingestão de líquidos, principalmente água.**

### 1.4.1.3 Doença Hipertensiva Específica da Gravidez

#### Pré-eclâmpsia

---

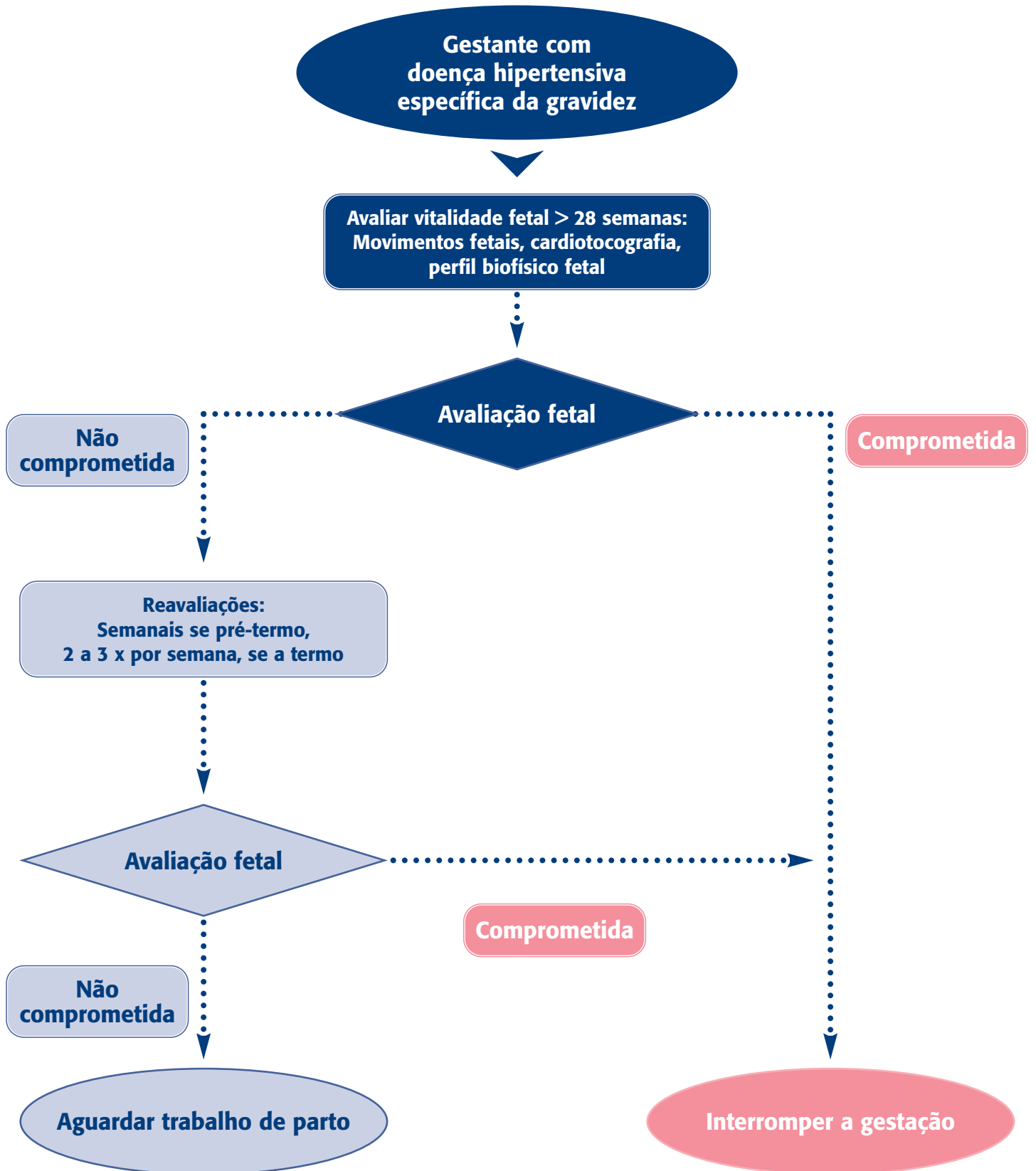
- ▶ De acordo com o grau de comprometimento, a Pré-eclâmpsia é classificada em leve ou grave:

#### Pré-eclâmpsia Leve

---

- ▶ Critérios para diagnóstico:
  - Aumento de 30 mm Hg na PA Sistólica;
  - Aumento de 15 mm Hg na PA Diastólica;
  - PA Sistólica entre 140 e 160 mm Hg;
  - PA Diastólica entre 90 e 110 mm Hg;
  - Edema;
  - Peso: aumento > 500 g/semana;
  - Proteinúria < 2 g/24 horas.
- ▶ Avaliação da vitalidade fetal:
  - Deve ser feita semanalmente;
  - Registro dos movimentos fetais;
  - Cardiotocografia;
  - Perfil biofísico fetal.
- ▶ Conduta:
  - Rastrear CIUR a cada 3 semanas;
  - Medir AU;
  - US;
  - Dieta normosódica e hiperproteica;
  - Repouso em decúbito lateral esquerdo pelo menos 4hs por dia;
  - Com níveis tensionais  $\geq 100$  mm Hg avaliar internação e uso de hipotensores;
  - Obs: Entre 26 e 34 semanas, usar corticóide quando indicada a interrupção da gestação.
- ▶ Avaliação Materna:
  - Hemograma, contagem de plaquetas, proteinúria 24 horas, função renal, ácido úrico, creatinina, uréia, urina I;
  - Oftalmoscopia, LDH.

# Fluxograma - Pré-eclâmpsia Leve





### ▶ Critérios para diagnóstico:

PA sistólica  $\geq$  160 mm Hg ou PA diastólica  $\geq$  110 mm Hg associada a um ou mais dos seguintes fatores:

- Proteinúria  $\geq$  2 g/24hs;
- Oligúria: diurese  $\leq$  500 ml/24hs;
- Hemoconcentração;
- Edema pulmonar ou cianose;
- Sinais de eclâmpsia iminente: cefaléia, agitação psicomotora, distúrbios visuais, epigastralgia;
- Níveis séricos de creatinina  $>$  1,2 mg/dl;
- Sinais de encefalopatia hipertensiva;
- Sinais de insuficiência cardíaca congestiva;
- Dor epigástrica e/ou no hipocôndrio direito;
- Plaquetopenia  $<$  100.000/ mm<sup>3</sup>;
- Aumento das enzimas TGO, TGP, DHL e de bilirrubinas;
- Presença de esquizócitos no esfregaço de sangue periférico – Anemia hemolítica micro-angiopática;
- Presença de CIUR e/ou oligoâmnio;
- Evidência clínica e/ou laboratorial de coagulopatia.

### ▶ Monitoramento da vitalidade fetal:

- Frequência: de 3 em 3 dias;
- Registro diário dos movimentos fetais;
- CTB;
- Perfil biofísico fetal/Doppler.

### ▶ Tratamento sob internação hospitalar:

- Observação clínica: PA, FC, diurese – controle de 3/3 horas;
- Exames complementares: hemograma, uréia, creatinina, ac. úrico, TGP, TGO, DHL, plaquetas;
- Dieta normosódica e hiperproteica;
- Repouso em DLE.

▶ Controle PA:

- Hidralazina – 5 mg, IV – repetida a cada 20 minutos até o máximo de 50 mg; ou
- Nifedipina – diluir 1 cápsula em 10 ml de água destilada e dar 5 gotas sublingual, a cada 5 minutos;
- Controle rigoroso da PA a cada 10 minutos.

▶ Iminência de eclâmpsia:

- Sulfato de magnésio hepta-hidratado;
- Dose de ataque: 4 g, EV lento,  $\pm 10$  min, a 20%;
- Dose de manutenção: 2 g, EV, a cada 2 horas, a 20%.

## *Eclâmpsia*

---

▶ Clínica: convulsão ou coma podendo levar ao óbito materno fetal;

▶ Manter as condutas para a pré-eclâmpsia grave, acrescidas de:

- Internação em UTI;
- Vigilância permanente;
- Contenção no leito;
- Aspiração orotraqueal;
- Cânula de Guedel.

Após estabilização do quadro, interromper a gestação pela via mais rápida.

## *Hellp Síndrome*

---

▶ O termo Hellp Síndrome é caracterizado por agravamento da pré-eclâmpsia grave com alterações de hemólise (H-Hemolysis), elevação das enzimas hepáticas (EL – Elevated liver functions test) e plaquetopenia grave (LP – Low platelets count):

▶ Ocorre em 2 a 12% das pacientes com pré-eclâmpsia;

▶ Em 70% dos casos, ocorre durante o parto e em 30%, no pós-parto.

➤ Diagnóstico:

- Náuseas, vômitos, mal estar com poucos dias de duração, dor epigástrica ou no quadrante superior direito, dor abdominal no ombro ou no flanco, icterícia, hematúria, poliúria, sangramento gastro-intestinal;
- A hipertensão pode estar ausente em 20% dos casos;
- Hemólise – encontro no esfregaço de esquizócitos no sangue periférico;
- Aumento de bilirrubina > 1,2 mg/ml;
- Aumento de desidrogenase láctica > 600 u/L;
- Aumento das enzimas hepáticas TGO, TGP;
- Plaquetopenia < 100.000/ml;
- Anemia hemolítica micro-angeopática.

➤ Conduta:

*Antes do Parto*

---

- Avaliar e estabilizar o quadro clínico materno e bem estar fetal;
- Sulfato de magnésio hepta-hidratado;
- Tipagem e prova cruzada (sangue);
- Cateterismo vesical de demora – medir volume urinário;
- Restrição líquida a 100 ml/hora para evitar edema pulmonar;
- Em caso de suspeita de edema pulmonar: RX tórax e uso de diurético;
- Monitoração PA, P, FR, reflexos, proteinúria;
- Monitorar sinais de intoxicação pelo sulfato de magnésio;
  - Em caso de: reflexo patelar ausente ou FR > 16 m/min ou diurese < 25 ml/hora;
  - Administrar: Gluconato de cálcio 10%, 10 ml, EV lentamente;
- Determinar magnésio sérico a cada 12 horas;
- Monitorização fetal contínua;
- Em caso de idade gestacional ≥ 32 semanas e índice Bishop favorável (> 6), induzir parto vaginal com ocitocina;
- Se idade gestacional < 32 semanas, índice Bishop desfavorável, fazer cesariana ou uso de prostraglandina (PGE2);
- Se trombocitopenia presente, essa deve ser corrigida antes da cirurgia, transferindo 10 unidades de plaquetas em paciente com menos  $50 \times 10^3 / \text{mm}^3$ ;

- Observação materna na sala de recuperação 12 a 24 horas em uso de Sulfato de Magnésio;
- A resolução da maioria dos casos de Hellp Síndrome ocorre dentro das primeiras 24 horas, mas a monitorização destas pacientes deve persistir por 2 a 4 dias;
- Na alta hospitalar, a maioria das pacientes está normotensa.

### ▶ Complicações:

- Edema agudo no pulmão;
- Descolamento prematuro da placenta;
- Insuficiência renal;
- Hemorragia pós-parto;
- C.I. disseminada;
- Hematoma hepático;
- Rotura hepática;
- Hematoma intra-abdominal ou de parede;
- Falência de múltiplos órgãos;
- Hellp recidiva em cerca de 5% dos casos.

## *1.4.2 Diabetes Gestacional*

▶ É uma doença metabólica caracterizada por hiperglicemia e por intolerância aos carboidratos, de intensidade variada, diagnosticada durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto.

### ▶ Fatores de risco:

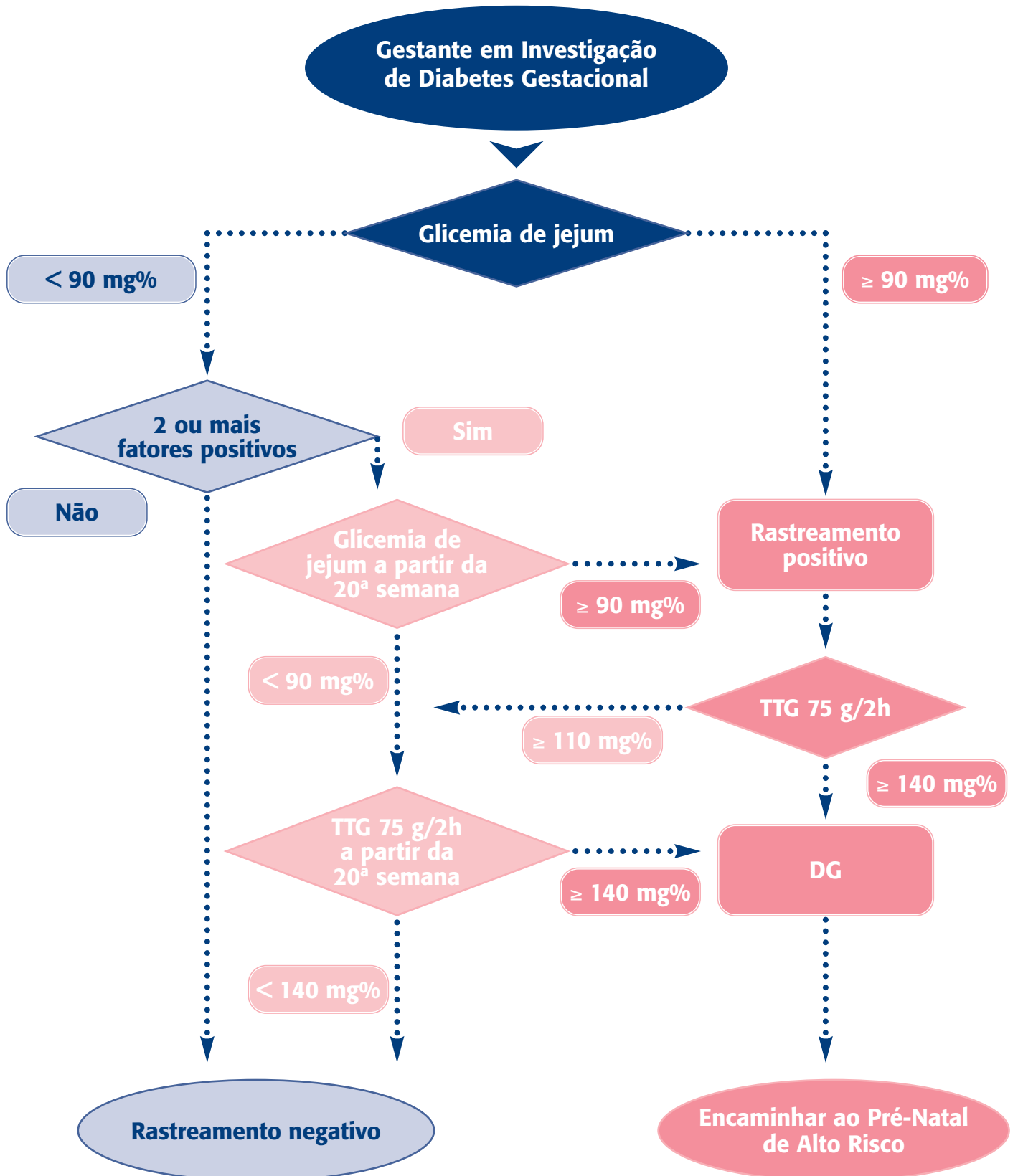
- Idade superior a 25 anos;
- História pessoal;
- Parentes próximos com diabetes tipo I;
- Antecedentes obstétricos: macrossomia, polidrâmnio, morte fetal inexplicada ou neonatal, más formações, retardo do crescimento fetal.

▶ Exame físico geral: baixa estatura, hipertensão arterial, disposição de gordura corporal central e excessiva.

### ▶ Exame obstétrico atual:

- Ganho de peso excessivo;
- Altura uterina maior que a esperada;
- Crescimento fetal excessivo;
- Polidrâmnio, pré-eclâmpsia.

# Fluxograma Rastreamento de Diabetes Gestacional



TTG – Teste de Tolerância à Glicose  
DG – Diabetes Gestacional

### 1.4.2.1 Conduta

- A gestante que apresentar diabetes gestacional deve ser encaminhada para o serviço de referência.

#### Dieta

- Deve ser orientada de acordo com o estado nutricional da gestante, avaliado pelo IMC pré-gravídico, de tal maneira a permitir um ganho adequado de peso.

#### Cálculo de IMC Pré-Gravídico

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso pré-gravídico}}{\text{altura} \times \text{altura}}$$

#### Ganho de Peso Recomendado para a Gestante com Diabetes Gestacional

Estado nutricional	IMC Pré-Gravídico ( kg/m <sup>2</sup> )	Ganho de peso recomendado ( kg)	
		Total	Semanal
Peso baixo	< 19,8	12,5 a 18	0,5
Normal	19,9 a 26	11,5 a 16	0,4
Sobrepeso	26 a 29	7,0 a 11,5	0,3
Obesidade	> 29	< 7,0	–

- Quando o índice for normal, a ingestão calórica diária pode ser estimada por aquela pré-gravídica, acrescentando 300 Kcal/dia a partir do 2º trimestre.
- Em gestantes com sobrepeso ou obesas, pequenas reduções calóricas podem ser recomendadas – dietas com até 1800 Kcal/dia não parecem induzir efeitos adversos ao feto.
- A dieta deve ser fracionada em 5 a 6 refeições diárias.
- Evitar o jejum prolongado e não omitir refeições.
- Aumentar a ingestão de água no intervalo das refeições

- ▶ A gestante com bom controle, caso seja permitido, pode ingerir carboidratos de absorção rápida, como o açúcar, dentro do cálculo total da dieta.
- ▶ Diminuir o consumo de gorduras saturadas (creme de leite, manteiga, maionese, frituras, carnes gordas, etc) e aumentar o consumo de fibras (vegetais folhosos, cereais integrais e frutas).
- ▶ Adoçantes artificiais não calóricos podem ser utilizados, evitando-se aqueles com sacarina.

### *Atividade Física*

---

- ▶ Pacientes sedentários devem ser orientados a iniciar um programa de caminhadas regulares e/ou exercícios de flexão dos braços.

### *Controle Glicêmico*

---

- ▶ É feito, sempre que possível, com glicemias de jejum e pós-prandiais semanais.
- ▶ A glicosúria não é útil na monitorização do controle metabólico na gravidez.

### *Tratamento com Insulina*

---

- ▶ Será indicado se, após 2 semanas de dieta, os níveis glicêmicos permanecerem elevados:
  - Glicemia de jejum:  $\geq 105$  mg%;
  - 2 horas pós-prandiais:  $\geq 120$  mg%.
- ▶ O crescimento fetal exagerado (circunferência abdominal fetal  $\geq$  percentil 75), evidenciada em ecografia obstétrica realizada nas 29ª e 33ª semanas de gestação, também é critério para uso de insulina.
- ▶ A dose inicial de insulina deve ser em torno de 0,3 a 0,5 U/ kg, administrada várias vezes ao dia. Pode ser feita associação de insulina de ação intermediária e rápida para uso individual. Recomenda-se o uso de insulina humana.
- ▶ Recomenda-se, caso haja possibilidade, monitorização domiciliar da glicemia capilar, que deve ser feita 3 a 5 vezes ao dia.
- ▶ A necessidade insulínica tende a aumentar progressivamente durante a gravidez.
- ▶ É contra indicado o emprego de antidiabéticos orais na gravidez.

## *Conduta Obstétrica*

---

- ▶ O controle é o mesmo para uma gestação de risco: até 36 semanas de gestação, o exame deve ser semanal ou a cada duas semanas, de acordo com a evolução clínica; após a 36ª semana, deverá ser semanal.
- ▶ Ocorre um aumento na incidência de alterações hipertensivas na gestação com diabetes, exigindo cuidados especiais para sua identificação e manejo.
- ▶ Para as gestantes em uso de insulina, deverá ser indicada a ultra-sonografia e a cardiotocografia anteparto, a partir de 32-34 semanas.

## *Parto*

---

- ▶ Nas gestantes com ótimo controle do metabolismo, deve ser aguardada a evolução espontânea do parto.
- ▶ A via de parto é uma decisão obstétrica após estimar peso fetal por avaliação clínica e ultra-sonografia.
- ▶ Gestantes em uso de insulina requerem atenção especial:
  - Se o parto for acontecer antes de 39 semanas de gestação, deve ser feita amniocentese para avaliar a maturidade pulmonar, com dosagem de Fosfatidilglicerol e avaliação da relação entre Lecitina e Esfingomielina ou dosagem de corpos lamelares;
  - Quando o parto for programado, a gestante deve ficar em jejum e não receber a dose diária de insulina;
  - O controle da glicemia capilar deve ser feito de hora em hora e, quando o metabolismo estiver bem e estável, a monitorização deve ser de 2 a 4 horas e devendo ser mantida entre 70 e 110 mg%;
  - Recomenda-se a monitorização fetal intraparto e também a presença do neonatologista.

## *Pós-Parto*

---

- ▶ O aleitamento natural deve ser estimulado.
- ▶ Observar os níveis glicêmicos nos primeiros dias pós-parto, pois muitas mulheres não necessitam mais usar insulina.
- ▶ Seu uso está indicado quando ocorrer hiperglicemia no período de amamentação.
- ▶ O estado de regulação da glicose deve ser reavaliado a partir de 06 semanas após o parto, empregando-se glicemia de jejum ou teste oral de tolerância com 75 g de glicose.



### 1.4.3 Infecção do Trato Urinário

- Aproximadamente 5 a 10% das mulheres grávidas têm infecção do trato urinário inferior, com urocultura apresentando mais de 100.000 colônias de bactérias/ml.
- Em mais de 85% destas infecções, o microorganismo predominante é a *E. coli*.
- O sistema urinário alterado na gravidez pode estar relacionado com a alta incidência.
- Os fatores predisponentes na gravidez são: infecções urinárias prévias, anomalias do trato urinário, litíase renal e cateterismos prévios.

#### *Classificação*

---

- Bacteriúria assintomática – se as ITU assintomáticas não forem tratadas, 25% dos casos evoluirão para pielonefrite; do contrário, somente 2,5%.
- Cistite.
- Pielonefrite.

#### *Quadro Clínico:*

---

- Cistite: disúria, urgência miccional, polaciúria, sensação de esvaziamento vesical incompleto, dor supra púbica, hematúria terminal e nictúria;
- Pielonefrite Aguda: febre ( $\geq 38^{\circ}\text{C}$ ), calafrios, queda do estado geral, náuseas e vômitos, urgência miccional, urina turva e fética, dor lombar, Giordano (+); abscesso renal e síndrome de angústia respiratória do adulto podem ocorrer nos casos mais graves. A hipersensibilidade do ângulo costo-vertebral é sugestiva de pielonefrite aguda.

#### *Complicações*

---

- Trabalho de parto prematuro, prematuridade, amniorrexe prematura, choque séptico (30%) e infecção do recém nascido.

#### *Profilaxia*

---

- Aumento da ingestão de líquidos, esvaziamento vesical freqüente e antibioticoterapia profilática nas recidivas.

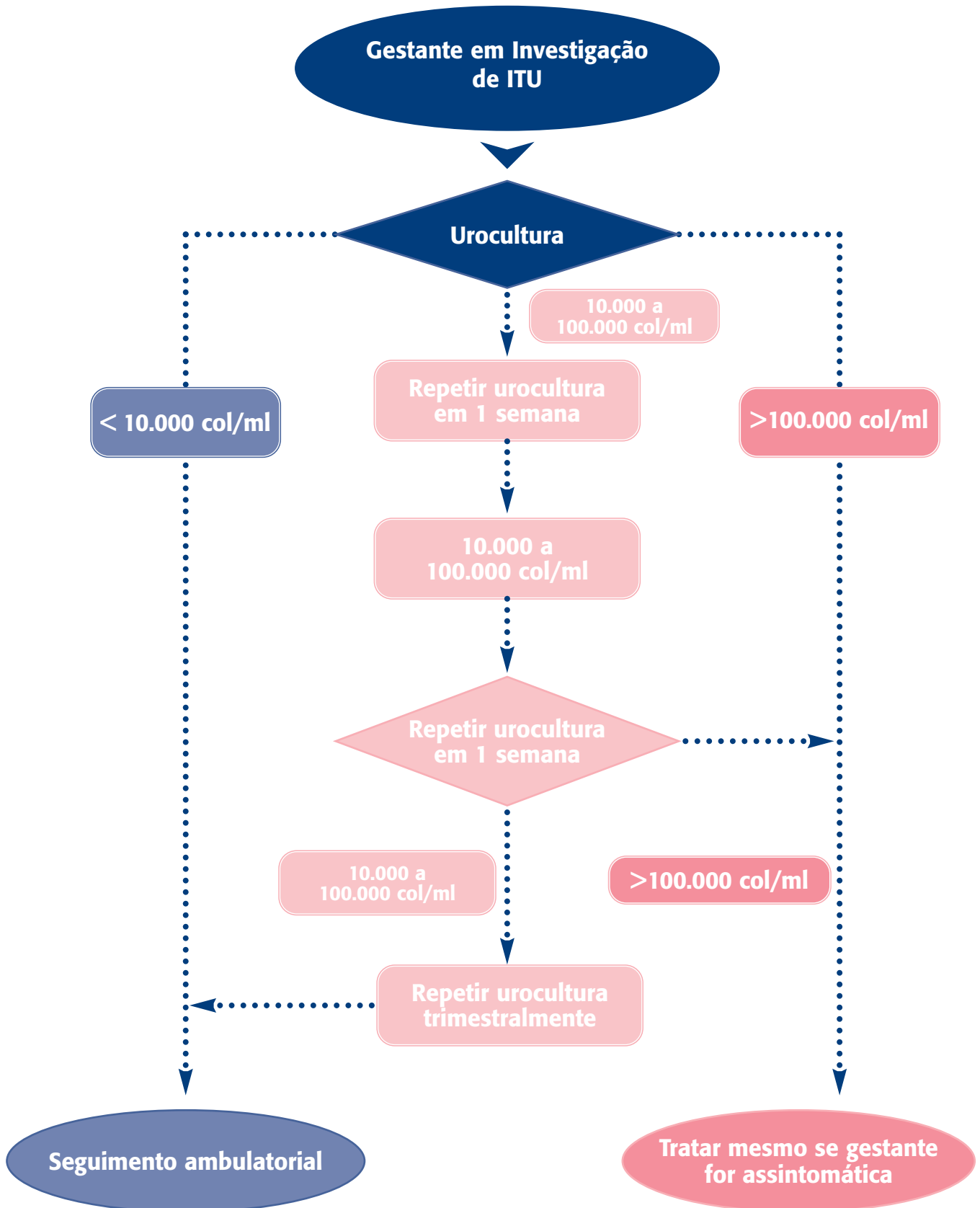
#### *Diagnóstico*

---

- É dado pelo exame do sedimento urinário e pela cultura de urina.

# Fluxograma

## Infeção do Trato Urinário - ITU



## Conduta

---

### ▶ Casos leves – Infecção urinária baixa:

- Tratamento ambulatorial com antibioticoterapia por via oral durante 7 a 10 dias;

## Medicação

---

### ▶ Como primeira escolha:

- Ampicilina – 500 mg, VO, de 6/6 horas, 7 a 10 dias;
- Cefalosporina 1ª geração – 500 mg, VO, de 6/6 horas, 7 a 10 dias.

### ▶ Em casos de não resposta ao tratamento ou caso recidivante:

- Nitrofurantoína – 100 mg, VO, de 6/6 horas, 10 a 14 dias;
- Iniciar o tratamento frente ao diagnóstico declarado sem esperar a realização dos exames laboratoriais, que devem ser feitos 7 a 15 dias após o término do tratamento;
- A bacteriúria assintomática requer o mesmo tratamento dos casos leves.

### ▶ Casos graves – Infecção urinária alta:

- Internação com controle dos sinais vitais, hidratação e antibioticoterapia;
- Medicação:
  - Cefazolina – 1 g, IV, de 8/8 horas;
  - Cefalotina – 1 g, IV, de 6/6 horas;
- A eficácia do tratamento é avaliada a cada 24 horas;
- Administrar a medicação parental até 48 horas após cessar a febre e complementar o tratamento com medicação oral;
- Após a fase aguda: cefalosporina de 1ª geração, 500 mg, VO, de 6/6 horas, durante 10 a 14 dias;
- Em casos de não resposta ao tratamento:
  - Gentamicina – 1 mg/kg, IV, de 8/8 horas;
  - Ceftriaxona – 1 a 2 g/dia, dose única;
  - Nestes casos, após a fase aguda, complementar o tratamento com medicação oral, de acordo com o antibiograma;
- Deve ser realizada urocultura de controle, 7 a 10 dias após o término do tratamento;
- Em todos os casos de recidiva, administrar Nitrofurantoína, 100 mg diariamente à noite, até o final da gravidez.

## 1.4.4 *Toxoplasmose*

- ▶ A toxoplasmose é causada pelo *Toxoplasma gondii* e a ocorrência da priminfecção na gestação pode acarretar o acometimento fetal.
- ▶ A infecção fetal pelo *T. gondii* pode provocar abortamento, crescimento intra-uterino restrito (CIUR), morte fetal, prematuridade e a síndrome da toxoplasmose congênita: retardo mental, calcificações cerebrais, microcefalia, hidrocefalia, retinocoroidite, hepato-esplenomegalia.
- ▶ Quanto mais precoce a idade gestacional, na qual a mulher apresenta a priminfecção, mais grave será o acometimento fetal, entretanto o risco da transmissão para o feto é maior nas idades gestacionais mais avançadas.

Para os serviços que disponibilizarem o rastreamento sorológico na gravidez, é imprescindível a garantia da

- ▶ medicação para a gestante, bem como a referência para Unidades que possam realizar a pesquisa da infecção fetal e o acompanhamento dos fetos infectados.
- ▶ Como a infecção pelo *T. gondii* é, na maioria das vezes, assintomática, a identificação dos fetos em risco se faz pelo rastreamento sorológico materno.

### *Rastreamento Sorológico Materno*

---

- ▶ Diagnóstico: o método mais utilizado para dosagem de IgG e IgM é o ELISA. É um teste muito sensível, podendo acarretar algumas dificuldades de interpretação, por exemplo, devido à persistência da positividade da IgM que tem sido descrita até 18 meses após a infecção aguda (chamada IgM residual).
- ▶ Outros métodos utilizados são imunofluorescência indireta e hemaglutinação.

## *Com o perfil sorológico, identificamos quatro grandes grupos de gestantes:*

### *Gestante Imune – IgG Positiva e IgM Negativa*

---

#### **Conduta:**

- Neste caso, não existe necessidade de acompanhamento especial, nem de repetição de exames laboratoriais.
- Em caso de re-infecção, não existe risco fetal se a gestante é imunocompetente.
- No entanto, gestantes com imunossupressão (p.ex. gestantes HIV positivas) podem ter re-infecção na gestação com risco fetal, devendo, portanto, ser acompanhadas com sorologia seriada.

### *Gestante Susceptível – IgG Negativa e IgM Negativa*

---

#### **Conduta:**

- Orientação higiênico-dietética para profilaxia de contato com o T.gondii:
  - Evitar contato com felinos;
  - Evitar ingestão de carnes cruas ou “mal-passadas”;
  - Evitar manusear terra (jardins, canteiros, etc) sem a proteção de luvas.
- Repetir sorologia trimestralmente. Antecipar repetição da sorologia em caso de gestante com linfadenomegalia, mal-estar e febre.

### *Gestante com Infecção Aguda – IgG Negativa e IgM Positiva*

---

#### **Conduta:**

- Iniciar Espiramicina, 1 g, de 8/8 horas, via oral;
- Encaminhar para serviço de referência para investigação de infecção fetal.

### *Gestante com Infecção Aguda – IgG Positiva e IgM Positiva*

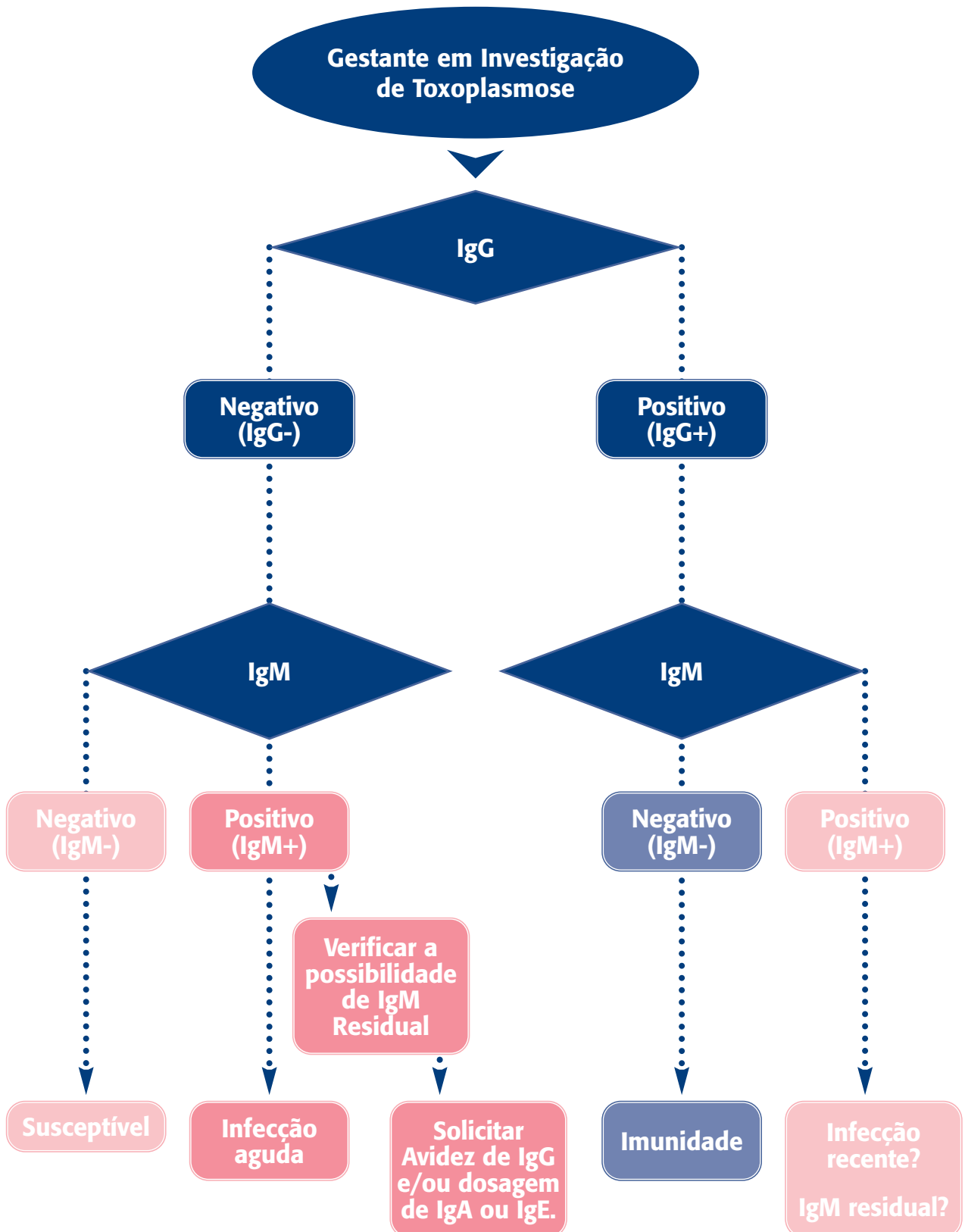
---

- Quando os valores de IgG e IgM estão próximos dos pontos de corte do Kit do laboratório, esse resultado pode equivaler à infecção aguda ou IgM residual.

#### **Conduta:**

- Repetir sorologia com intervalo mínimo de 10 dias;
- Se houver disponibilidade pode ser solicitada dosagem de IgA, IgE (marcadores de fase aguda) ou teste de avidéz da IgG (IgG de baixa avidéz é indicativa de infecção aguda), até 18 semanas de gestação;
- Em casos de IgM em títulos altos, iniciar com espiramicina, enquanto aguarda a repetição do exame (Obs.: colher antes de iniciar);
- Nos casos de dosagem de IgG ou IgM ascendentes na repetição, iniciar com Espiramicina e encaminhar para o serviço de referência para investigação de infecção fetal.

# Fluxograma - Rastreamento Sorológico Materno para Toxoplasmose



### **Diagnóstico:**

- Realizado nos casos de gestante com infecção aguda.
- Realiza-se pesquisa do microorganismo no líquido amniótico (por meio da técnica da PCR) ou, menos frequentemente, pela dosagem de anticorpos no sangue do cordão umbilical.
- Ultra-sonografia com detecção de hidrocefalia, calcificações cerebrais, ascite, alterações hepáticas (calcificações, alterações da ecotextura) são achados tardios que, quando presentes em fetos de gestante com infecção aguda comprovada, são confirmatórios de doença fetal.

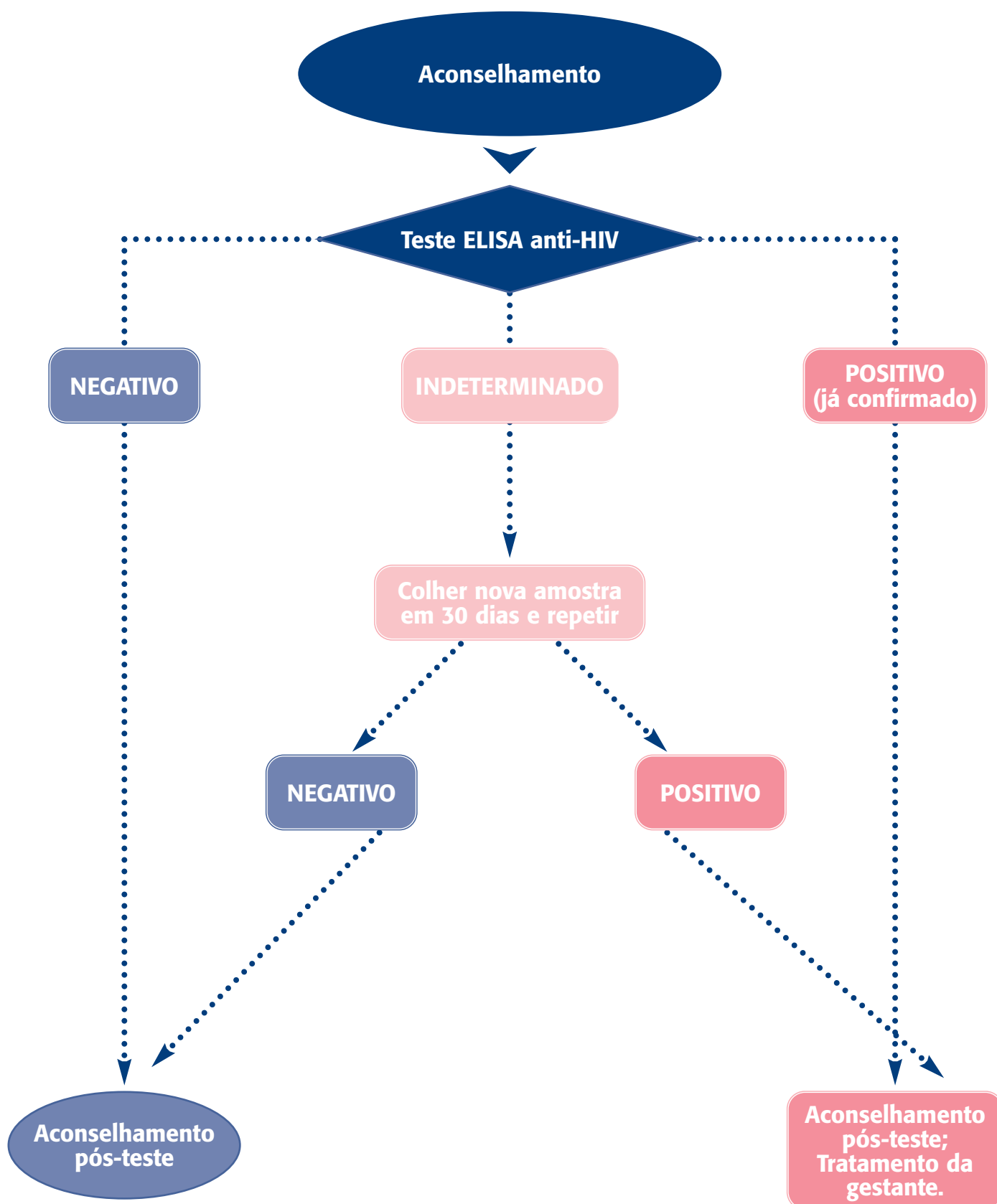
### **Tratamento:**

- Sulfadiazina (1 g, de 8/8 horas) + pirimetamina (25 mg, de 12/12 horas) + ácido fólico (15 mg/dia) por quatro semanas, intercalado com espiramicina (3 g/dia).
- Nas gestantes em tratamento para infecção fetal, realizar hemograma mensal para avaliação de complicações hematológicas.
- Não utilizar o esquema tríplice no último mês de gestação, devido ao risco de hiperbilirrubinemia neonatal.

## *1.4.5 HIV*

- A epidemia da Aids em Minas Gerais tem apresentado as mesmas características de feminização, pauperização e interiorização observada nos demais estados do país.
- Cada vez mais, as mulheres estão se infectando e, como consequência direta desta "feminização", elas têm transmitido o vírus para seus filhos.
- Para o ano 2000, estimou-se que 0,47% das gestantes do país estava infectada pelo HIV. Isso representa aproximadamente, 1.300 gestantes infectadas neste ano no Estado.
- Entretanto, só foram notificadas cerca de 10% das gestantes estimadas como portadoras do HIV em 2002, apesar de 20% deste quantitativo ter sido identificado e recebido o AZT injetável durante o parto. Portanto, não estão sendo identificados todos os casos e apenas alguns desses casos identificados estão sendo notificados.
- A transmissão vertical do HIV é a forma mais freqüente entre as crianças (90% dos casos). Essa transmissão pode ser evitada se a gestante portadora do vírus for identificada, receber medicamentos na gestação e parto e não amamentar seu filho.
- O teste ELISA anti-HIV deve ser oferecido a toda gestante na 1ª consulta do pré-natal. Deve ser sempre voluntário e confidencial. Durante o aconselhamento, é importante ressaltar para a mãe os benefícios do diagnóstico precoce do HIV, tanto para ela quanto para o seu filho.

# Fluxograma Investigação HIV na Gestante



Obs.: sempre aconselhar testar o parceiro;  
Avaliar a necessidade de repetir exame negativo posteriormente.



# *Prevenção da Transmissão Vertical do HIV durante a Gestação e Puerpério*

## *Monitoramento da Gestação*

---

- ▶ A gestante portadora do HIV deve ser acompanhada em serviço especializado ou por médico capacitado em terapia antiretroviral. Deve ser referenciada, sempre que possível, para maternidade ou hospital cadastrados para o atendimento de gestantes portadoras do HIV, onde se encontra AZT injetável para a parturiente, AZT solução e fórmula láctea para seu RN. Em casos de urgência, se não for serviço cadastrado, é possível solicitar estes medicamentos a este serviço.
- ▶ A gestante portadora do HIV deve ter sua carga viral quantificada e sua contagem de linfócitos CD4/CD8 o mais precocemente possível e, sempre que necessário, durante a gestação. É imprescindível, nas 34 semanas de gestação, ter estes parâmetros reavaliados para decidir pela via de parto e da necessidade de alterar a terapia (terapia tríplice).
- ▶ Se a carga viral for desconhecida ou, se estiver  $> 1.000$  cópias, com idade gestacional  $> 34$  semanas, a recomendação é de que seja feita cesariana eletiva; se for  $< 1.000$  cópias poderá ser feito o parto via vaginal, a não ser quando houver indicação obstétrica de cesariana.
- ▶ A gestante deve ser monitorada com hemograma, plaquetas e enzimas hepáticas antes de iniciar os antiretrovirais e depois a cada mês.
- ▶ Caso não seja possível quantificar a carga viral e CD4/CD8, administrar para toda gestante portadora do HIV o AZT oral, a partir da 14ª semana de gestação.
- ▶ A dose recomendada de AZT (cápsula de 100 mg) para a gestante é de 500 mg diárias, divididas em cinco tomadas, ou 600 mg divididas em três doses diárias de 200 mg cada ou duas doses diárias de 300 mg.

## *Monitoramento do Parto*

---

- ▶ Para aquelas gestantes não testadas durante o pré-natal, deve ser oferecido o teste rápido, com consentimento da mesma, no momento do parto. Este procedimento é de suma importância, considerando que a maioria dos casos de transmissão, cerca de 65%, ocorre durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito.
- ▶ Em populações de baixa prevalência para a infecção pelo HIV, como é o caso de Minas Gerais, espera-se a ocorrência relativamente freqüente de testes falso positivos. Recomenda-se informar à gestante da possibilidade de estar infectada, mas da necessidade de confirmar o teste imediatamente. Nestes casos, devem ser realizados os procedimentos considerando-a como portadora do HIV, até o resultado do teste confirmatório.
- ▶ Sempre que possível, proceder ao parto impelido (retirada do neonato mantendo as membranas íntegras), ligar o cordão sem fazer a ordenha e imediatamente após a expulsão do concepto.
- ▶ Durante todo o trabalho de parto a gestante deve receber AZT injetável (frasco ampola de 200 mg/20 ml). Iniciar a infusão, em acesso venoso individualizado, com 2 mg/kg na 1ª hora, seguindo-se infusão contínua até o clampeamento do cordão umbilical. Diluir em soro glicosado a 5% (a concentração não deve exceder 4 mg/kg).
- ▶ Em caso de cesárea eletiva, iniciar o AZT IV três horas antes da intervenção cirúrgica.
- ▶ Recomenda-se a utilização de antibiótico profilático (cefalotina ou cefazolina 2 g, dose única, imediatamente após o clampeamento do cordão umbilical) nas cesarianas e nos partos via vaginal com manipulação excessiva ou período prolongado de amniorrexe / trabalho de parto.
- ▶ Pacientes em uso de terapia antiretroviral combinada devem, sempre que possível, manter o uso dos medicamentos no pós-parto imediato; as demais, em uso apenas do AZT, não necessitam continuar o uso após o parto.
- ▶ Não há necessidade de isolar a paciente portadora do HIV. A criança deverá ficar com sua mãe em alojamento conjunto.
- ▶ A mãe deverá ser orientada, de imediato, a não amamentar esta criança. A fórmula láctea deverá ser disponibilizada para o seu recém-nascido.

## *Cuidados com o Recém-Nascido (RN)*

---

- Imediatamente após o parto, lavar o RN com água e sabão e aspirar delicadamente as vias aéreas, evitando traumatismos em mucosas;
- Aspirar delicadamente o conteúdo gástrico de líquido amniótico e/ou sangue deglutidos, com sonda oral;
- Realizar hemograma completo do RN no início do tratamento com AZT e após seis e 12 semanas;
- O RN deve receber AZT solução oral (10 mg/ml) na dose de 2 mg/kg, a cada 6 horas, nas primeiras 24 horas após o parto, preferencialmente até a 8ª hora, durante 6 semanas (42 dias);
- Quando a oportunidade da profilaxia precoce for perdida, esta pode ser iniciada em qualquer momento na gestação, trabalho de parto ou no RN após o nascimento. Entretanto, não existe evidência de benefício do AZT para o RN quando iniciado após 48 horas de vida;
- Para crianças prematuras (< 34 semanas de gestação), a dose sugerida é de 1,5 mg/kg, VO ou IV, a cada 12 horas nas duas primeiras semanas e 2 mg/kg a cada 8 horas por mais 4 semanas. Nestas situações, se indicado, usar corticóide;
- Deve ser evitado o início da lactação logo após o parto:
  - A medida clínica mais simples e eficaz em 80% dos casos é realizar a compressão das mamas com ataduras, imediatamente após o parto, com cuidado para não restringir os movimentos respiratórios ou causar desconforto materno. Deve ser mantido por dez dias, evitando a manipulação e estimulação das mamas;
  - A supressão farmacológica da lactação pode ser realizada conjuntamente, podendo ser utilizados o hexahidrobenzoato de estradiol (uma ampola de 5 mg de 12/12 horas, duas ou três aplicações a critério médico) ou a cabergolina (0,5 mg, 2 comprimidos, dose única), respeitando-se as suas contra-indicações, tais como uso de estrogênio na presença de hipertensão arterial e doenças tromboembólicas;
  - Se ocorrer lactação rebote, fenômeno presente em mais de 10% das mulheres, pode realizar nova dose do inibidor e, no caso de ter sido estrogênio a medicação utilizada, administrar uma dose de cabergolina;
- Para aquelas gestantes testadas com o teste rápido no parto, recomenda-se não amamentar, mas, manter a lactação até a confirmação do teste. Caso confirmado, suspender em definitivo a amamentação e lactação;
- Deve ser oferecida a fórmula láctea para o RN e essa deve ser garantida até os seis meses de vida.

## *Seguimento no Puerpério*

---

- O seguimento obstétrico da mulher portadora do HIV no puerpério é igual ao de qualquer outra mulher, ou seja, prever seu retorno no 8º e no 42º dia pós-parto;
- Ela deve ser orientada sobre a prevenção de DST e re-infecção pelo HIV, indicando a utilização de preservativo em toda relação sexual;
- No caso de parceiro e filhos com situação sorológica desconhecida, aproveitar a oportunidade para aconselhamento e testagem do parceiro e filhos;
- A equipe de saúde deve ter preocupação especial com a mulher que teve seu diagnóstico de infecção pelo HIV no momento do parto, garantindo confidencialidade e oferecendo-lhe suporte psicológico e social;
- A criança deve ser encaminhada para serviço especializado ou para pediatra capacitado para o atendimento de criança verticalmente exposta ao HIV;
- Notificar todo caso de gestante HIV positivo e criança exposta, utilizando a ficha do SINAN.

## 1.4.6 Sífilis

- A sífilis congênita é consequência da disseminação do *Treponema pallidum* pela corrente sanguínea, transmitido pela gestante ao seu bebê.
- A infecção pode ocorrer em qualquer fase da gravidez e o risco de transmissão é maior em mulheres com sífilis primária ou secundária.
- As consequências da sífilis materna sem tratamento incluem abortamento, natimortalidade, prematuridade, recém-nascido com sinais de sífilis congênita ou, mais frequentemente, bebê aparentemente saudável que desenvolve sinais clínicos posteriormente.
- A ocorrência da sífilis congênita é o reflexo da incidência da sífilis adquirida em gestantes.
- Estima-se, no nosso país, que a taxa de prevalência da sífilis na gestação é de 2%. Sabe-se que 40% dos casos de sífilis na gestação resultam em morte fetal, causando aborto espontâneo e natimorto ou ainda morte neonatal precoce. Por isso, todas as mulheres devem ser pesquisadas na gestação quanto à sífilis.

### *Prevenção da Sífilis Materna e Congênita*

---

- O teste VDRL deve ser realizado na primeira consulta de pré-natal, idealmente, no primeiro trimestre da gravidez e repetido no início do terceiro trimestre (30ª semana) da gravidez.
- Todos os casos diagnosticados em gestantes devem ser tratados imediatamente, assim como seus parceiros.
- Deve ser realizado o teste sorológico para a sífilis, durante o parto, em todas as gestantes.
- Avaliar, com VDRL mensal até a negatificação ou cicatriz sorológica, se o tratamento administrado à gestante durante o pré-natal foi adequado ou não e, até mesmo, se o tratamento foi ou não realizado.
- O tratamento das gestantes e puérperas deve ser feito conforme o estágio da doença.
  - Para a sífilis primária, deve ser utilizada a penicilina G benzatina, 2.400.000 unidades, IM, divididos 1.200.000 em cada glúteo, dose única. Nas alérgicas à penicilina, pode ser usada a eritromicina, 500 mg, via oral, de 6/6 horas por 15 dias.
  - Na sífilis secundária ou latente recente, deve ser utilizada penicilina G benzatina, 2.400.000 unidades, IM, divididos 1.200.000 em cada glúteo, e repetido após uma semana. Na alérgica à penicilina pode ser usada a eritromicina 500 mg, via oral, de 6/6 horas por 15 dias.
  - Em caso de tratar-se de sífilis latente tardia ou de duração indeterminada, essa mesma dose de penicilina benzatina deve ser administrada por três semanas consecutivas. Nas alérgicas à penicilina, pode ser usada a eritromicina 500 mg, via oral, de 6/6 horas por 30 dias.
  - Em portadoras de HIV, o tratamento deve ser feito como sífilis latente tardia ou de período indeterminado.
- Se já tiver ocorrido o parto e não estiver amamentando por outras causas, pode ser utilizada, como tratamento alternativo, a doxiciclina (100 mg 2 vezes ao dia) ou tetraciclina ( 500 mg, 4 vezes ao dia) por 15 dias na sífilis primária, secundária ou latente recente. Já no caso de sífilis latente deve ser utilizado durante 30 dias.
- A tetraciclina e a doxiciclina estão contra indicadas em gestantes e nutrízes.

- No pós-parto, as puérperas devem ser orientadas quanto à necessidade de seguimento, realizando teste sorológico quantitativo a cada três meses durante o primeiro ano e, se ainda houver reatividade em titulações decrescentes, deve-se manter o acompanhamento de seis em seis meses.
- A elevação de duas diluições acima do último título do VDRL justifica novo tratamento, mesmo na ausência de sintomas. É importante investigar se o parceiro foi tratado.
- Todo caso suspeito de sífilis congênita, incluindo os óbitos neonatais, natimortos ou abortos por sífilis, deve ser notificado, através de formulário próprio do SINAN.

## 1.5 As Orientações

### 1.5.1 Condutas nas Queixas mais Frequentes

- As orientações a seguir são válidas para os casos em que os sintomas são manifestações ocasionais e transitórias, não refletindo, geralmente, doenças clínicas mais complexas;
- A maioria delas diminui ou desaparece sem o uso de medicamentos, os quais devem ser evitados ao máximo.

#### *Náuseas, Vômitos e Tonturas*

---

- São comuns e freqüentes no início da gravidez. No entanto, não chegam a interferir no estado nutricional materno, exceto em mulheres que já apresentavam déficit nutricional na pré-gestação;
- São recomendações básicas para essas queixas:
  - Ingerir alimentos secos, a base de carboidratos, como torradas e pães pela manhã;
  - Evitar líquidos junto das refeições;
  - Realizar refeições mais fracionadas e com menor volume;
  - Evitar alimentos gordurosos, doces concentrados, refrigerantes, café e alimentos condimentados;
  - Aumentar a ingestão de líquidos, principalmente água, em caso de vômitos;
  - A última refeição do dia deve ser feita pelo menos duas horas antes de dormir.

#### *Pirose – Azia*

---

- Orientar a gestante para:
  - Dieta fracionada, evitando frituras, ingerir muito leite frio;
  - Evitar café, chá preto, mates, doces, álcool e fumo.
- Ocasionalmente, pode-se fazer uso de antiácidos.

## *Sialorréia – Salivação Excessiva*

---

- Sintoma comum no início da gestação;
- Orientar a gestante para:
  - Dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos;
  - Deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância.

## *Fraquezas e Desmaios*

---

- Orientar a gestante para evitar mudanças bruscas de posição e a inatividade;
- Indicar uma dieta fracionada, sugerir café, chá com açúcar como estimulante, desde que não contraindicados;
- Assentar-se com a cabeça abaixada ou deitar-se em decúbito lateral, respirando profunda e pausadamente. Melhora a sensação de fraqueza, desmaio.

## *Dor Abdominal, Cólicas, Flatulência e Obstipação Intestinal*

---

- Certificar-se que não sejam contrações uterinas;
- Se a gestante apresentar flacidez na parede abdominal, sugerir o uso da cinta (com exceção da elástica) e exercícios apropriados;
- Se houver flatulência (gases) e/ou obstipação intestinal:
  - Orientar dieta rica em fibras: frutas cítricas, verduras, mamão, ameixas e cereais integrais;
  - Aumentar a ingestão de líquidos;
  - Evitar alimentos de alta fermentação tais como: repolho, couve, ovo, feijão, leite e açúcar;
  - Recomendar caminhadas, movimentação e regularização do hábito intestinal.
- Eventualmente prescrever:
  - Gases: Dimeticona;
  - Obstipação: supositório de glicerina;
  - Cólicas: Hioscina, 01 cápsula, via oral, até duas vezes ao dia.
- Solicitar exame parasitológico de fezes, se necessário.

## *Hemorróidas*

---

- Recomendar à gestante:
  - Fazer dieta, a fim de evitar a obstipação intestinal. Se necessário, prescrever supositório de glicerina;
  - Não usar papel higiênico colorido ou áspero (molhá-lo) e fazer a higiene perianal com água e sabão neutro após defecação;
  - Fazer banhos de vapor ou compressas mornas;
  - Agendar consulta médica, caso haja dor ou sangramento anal persistente.

## *Corrimento Vaginal*

---

- Um aumento do fluxo é comum na gestação;
- Usar creme vaginal somente com diagnóstico confirmado de infecção vaginal;
- Agendar consulta médica se ocorrer fluxo amarelado, esverdeado ou com odor fétido e caso haja prurido.

## *Queixas Urinárias*

---

- Explicar que o aumento do número de micções é comum no início e final da gestação, devido ao crescimento do útero e à compressão da bexiga;
- Fazer exame de urina em caso de dor ao urinar, hematúria (sangue na urina), acompanhada ou não de febre.

## *Falta de Ar e Dificuldade para Respirar*

---

- Esses sintomas são freqüentes na gestação em decorrência do aumento do útero ou ansiedade da gestante;
- Recomendar repouso em decúbito lateral;
- Ouvir a gestante e conversar sobre suas angústias;
- Estar atento a outros sintomas associados e achados no exame cardiopulmonar.

## *Dor nas Mamas*

---

- Recomendar o uso constante de sutiã, com boa sustentação, após descartar qualquer alteração no exame das mamas.

## *Dor Lombar – Dores nas Costas*

---

- Correção de postura ao sentar-se e ao andar;
- Usar sapatos com saltos baixos e confortáveis;
- Aplicação de calor local;
- Eventualmente, usar analgésico por tempo limitado.

## *Cefaléia – Dor de Cabeça*

---

- Orientação:
  - Afastar hipertensão e pré-eclâmpsia (se tiver mais de 24 semanas de gestação);
  - Conversar com a gestante sobre suas tensões, conflitos e temores.

## *Sangramento nas Gengivas*

---

- Recomendar uso de escovas macias e massagem nas gengivas;
- Agendar atendimento odontológico.

## *Varizes*

---

- Não permanecer muito tempo de pé ou sentada;
- Repousar (20 minutos) várias vezes ao dia com as pernas elevadas;
- Não usar roupas muito justas e nem ligas nas pernas e se possível utilizar meia-calça elástica para gestante.

## *Câimbras*

---

- Fazer massagens e calor local;
- Evitar excesso de exercícios físicos.

## *Cloasma Gravídico*

---

- Comuns na gravidez;
- Evitar exposição direta ao sol;
- Usar fotoprotetores.

## *Estrias*

---

- São resultados da distensão dos tecidos e não existe um método realmente eficaz de prevenção;
- No início, são arroxeadas e, com o tempo, da cor da pele;
- Pode-se fazer massagens com substâncias oleosas, porém os resultados são incertos.



## 1.5.2 Alimentação – Nutrição

- ▶ A evolução de uma gestação é influenciada por fatores como: idade da gestante, intervalo interpartal, estado nutricional pré-gestacional e ganho de peso durante a gestação.
- ▶ Sabe-se que existe forte correlação entre o peso materno e o estado nutricional do feto.
- ▶ Déficit nutricional na pré-gestação ou ganho insuficiente de peso durante a gestação estão relacionados a maior risco de prematuridade e bebês pequenos para a idade gestacional (PIG);
- ▶ Em contrapartida o sobrepeso pré-gestacional ou ganho de peso excessivo durante a gestação relacionam-se a maior incidência de doença hipertensiva específica da gestação, diabetes gestacional e macrosomia fetal.
- ▶ Um aumento das necessidades nutricionais ocorre durante a gravidez em função do desenvolvimento do feto e formação de estruturas maternas (placenta, útero, glândulas mamárias e sangue).
- ▶ As recomendações utilizadas (RDA, 1989) para aporte calórico são:
  - A adição de 300 calorias à dieta normal no 2º e 3º trimestres da gestação;
  - Para mulheres que iniciam a gravidez com baixo peso ou gestantes adolescentes (até quatro anos após a menarca), iniciar o acréscimo já no primeiro trimestre;
  - Para as mulheres que iniciam a gravidez com sobrepeso ou obesidade, nenhum aumento calórico é recomendado.
- ▶ As recomendações quanto ao ganho de peso podem basear-se em vários critérios como o IMC pré-gestacional. Porém, cabe aos profissionais específicos acompanhar a evolução da gestante para, se necessário, modificar as orientações dietéticas.
- ▶ Algumas alterações fisiológicas interferem, de forma especial, na alimentação da gestante.
- ▶ O aumento do volume de sangue e de células sangüíneas provoca a anemia fisiológica da gravidez. Porém, existem recomendações da OMS para a suplementação medicamentosa desse nutriente devido aos prejuízos que sua deficiência traz.
- ▶ A orientação dietoterápica é também de grande importância:
  - Consumir com regularidade carnes, aves, peixes;
  - Consumir leguminosas (feijão, lentilha, grão-de-bico, soja) e folhas verde-escuras junto com fontes de vitamina C (laranja, limão, goiaba, acerola);
  - Evitar o consumo de chás pretos, café junto com refeições ricas em ferro, pois o cálcio e a cafeína prejudicam a absorção desse nutriente.

- ▶ Outro nutriente cuja suplementação medicamentosa prévia à gravidez ou no início dela é indicada é o ácido fólico, fundamental para a formação do sistema nervoso fetal. As fontes alimentares são: grãos integrais, leguminosas, folhas verde-escuras, suco de laranja.
- ▶ A suplementação desses e outros nutrientes pode também ser indicada em casos de gestantes vegetarianas, fumantes e em gestações gemelares.
- ▶ Uma alimentação balanceada permite que as recomendações diárias dos demais nutrientes sejam atingidas por gestantes saudáveis.
- ▶ Atenção especial deve ser dada ao cálcio (leite e derivados, produtos à base de soja, couve, brócolis, agrião) e à vitamina A (vegetais e frutas amarelas e alaranjadas).

### *Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN*

---

- ▶ Tendo em vista a complexidade da atenção à saúde de gestante, é essencial a monitorização constante e efetiva de seu estado nutricional e o SISVAN exerce esse papel;
- ▶ A partir das informações contínuas da situação nutricional que ele fornece, é possível embasar propostas de intervenção direcionadas a alterar ou melhorar a saúde da população em questão.

### 1.5.3 Aleitamento Materno

- ▶ Para ter sucesso no aleitamento materno, a mulher precisa querer amamentar, estar segura e acreditar que é capaz de realizar esta tarefa;
- ▶ Este é um momento propício para que ocorram as atividades educativas, pois a gestante está aberta a receber informações para compreender melhor as mudanças que ocorrerão em seu corpo neste período;
- ▶ Orientada, preparada e estimulada, a mulher se torna mais tranqüila para realizar junto com seu filho o processo da lactação.

#### *Grupos de Gestantes*

---

- ▶ Esses grupos devem ser realizados de maneira informal e oferecer informações importantes e objetivas, de acordo com o interesse das gestantes, propiciar a troca de experiências e contar sempre com a participação de uma equipe multiprofissional.
- ▶ Sugestões de alguns temas a serem abordados:
  - Importância do pré-natal;
  - Aleitamento materno – vantagens e manejo da amamentação (anatomia da mama e fisiologia da lactação; posicionamento e pega correta; duração das mamadas e os tipos de leite; ordenha manual e banco de leite humano); direitos da mãe que amamenta; aconselhamento em aleitamento materno;
  - Trabalho de parto, parto e puerpério;
  - Cuidados com o recém-nascido;
  - Planejamento familiar.
- ▶ A orientação normalmente inclui os seguintes componentes, que devem ser considerados separadamente:
  - Informações sobre as vantagens do aleitamento materno para motivar mulheres a amamentar;
  - Educação sobre a técnica de amamentação para aquisição de habilidades e autoconfiança;
  - Exame físico das mamas e preparação dos mamilos.
- ▶ É importante o uso de materiais educativos nestes grupos.
- ▶ Informar às mães sobre as vantagens do aleitamento materno pode influenciar aquelas que ainda não se decidiram, ou as que ainda não tomaram uma decisão final. Mas aumentar o apoio social é a forma mais eficiente de facilitar a opção da mulher pelo aleitamento materno e fazer com que ela mantenha tal opção. Para isso se faz necessário à inclusão do parceiro, mãe, amiga nas atividades educativas.

## *Pré-Natal*

---

- ▶ Durante o pré-natal, as mamas devem ser sempre examinadas.
- ▶ A primeira consulta é muito importante para a coleta de dados e a investigação da história, o conhecimento e o desejo de amamentar da gestante.
- ▶ Em muitas comunidades onde a amamentação é comum, é norma, não há necessidade de motivar as mulheres a escolher o aleitamento, o principal benefício da preparação pré-natal é ajudá-las a otimizar o aleitamento materno e evitar dificuldades.
- ▶ Estudos mostram que não existem fundamentos para a realização de exercícios nos mamilos durante a gestação e não há indicação para exames de rotina das mamas com esse propósito.
- ▶ A preparação pré-natal pode apresentar um importante efeito na amamentação, principalmente se orientar as mulheres sobre as técnicas de aleitamento e fortalecer a autoconfiança da mãe para que ela sinta maior segurança no ato de amamentar.
- ▶ Em relação aos mamilos invertidos, a protratilidade aumenta com a aproximação do parto, e ajudar a posicionar corretamente o recém-nascido no peito logo no pós-parto, mostra-se como uma técnica mais eficiente que as intervenções durante o pré-natal.

## *Orientações Dietéticas Válidas para as Lactantes*

---

- ▶ Ingerir bastante líquido durante o dia, principalmente nos intervalos das refeições;
- ▶ Evitar o excesso de café, chás pretos, chocolates e alimentos com corantes, bem como de temperos com odor forte (alho, cebola);
- ▶ Consumir peixe de 2 a 3 vezes por semana;
- ▶ Não fumar nem fazer uso de bebidas alcoólicas;
- ▶ Não tomar medicamentos sem orientação médica, pois algumas drogas podem ser transmitidas ao leite.

## 1.5.4 Vacinação Antitetânica

- A imunização é realizada para a prevenção do tétano no recém-nascido e para a proteção da gestante, com a vacina dupla tipo adulto (DT) ou, na falta desta, com toxóide tetânico (TT).

### *Gestante Não Vacinada*

---

O esquema básico consta de 3 doses, a saber:

- 1ª dose: até 4º mês (precoce) e as seguintes com intervalo de até 60 dias entre elas;
- 2ª dose: até o 6º mês;
- 3ª dose: até o 8º mês;
- A última dose deve ser aplicada até 20 dias antes da data do parto.

### *Gestante Vacinada*

---

- Esquema básico: na gestante que já recebeu uma ou duas doses da vacina contra tétano (DPT, DT ou TT) devem ser aplicadas mais 1 ou 2 doses de vacinas DT ou TT para completar o esquema de 3 doses.

### *Reforços*

---

- De 10 em 10 anos. Antecipar a dose de reforço se ocorrer nova gestação pelo menos cinco anos depois da última dose.

### *Efeitos Adversos Mais Comuns*

---

- Dor, calor, vermelhidão, endurecimento local e febre.

### *Contra-Indicação*

---

- Reação anafilática, muito rara seguindo-se à aplicação da dose anterior.

## 1.5.5 Saúde Bucal

### 1º Trimestre

#### Primeira Consulta Odontológica

---

- ▶ Realizar anamnese e preencher a ficha clínica:
  - Avaliação geral da paciente – história médica e odontológica;
  - Exame clínico – levantamento das necessidades de tratamento odontológico.
- ▶ Planejar o tratamento a ser realizado;
- ▶ Instituir as ações para higiene bucal:
  - Esclarecer sobre a placa bacteriana, doença cárie dental (consumo de açúcares), gengivite (sangramento gengival) e doença periodontal;
  - Explicar a importância da escovação dentária, uso de dentifrício com flúor, uso do fio dental na prevenção e tratamento da cárie e doença periodontal;
  - Enfatizar a importância dos cuidados diários que devem ser realizados em casa.
- ▶ Referenciar a paciente para equipe do PSF.

#### Educação em Saúde Bucal

---

- ▶ Recomendar o uso inteligente do açúcar:
  - Restrição do número de exposições à sacarose e aumento do intervalo de exposição.
- ▶ Enfatizar a importância dos cuidados diários que devem ser realizados em casa:
  - O ideal é que a boca e os dentes sejam limpos após cada refeição;
  - É importante que a limpeza seja bem feita, principalmente antes de dormir;
  - Se houver algum sangramento na gengiva, a limpeza deverá se feita com melhor atenção e a gestante deverá procurar a ajuda do dentista.
- ▶ Ensinar metodicamente: escovação, uso do fio dental e auto-exame da boca.

#### Escovação

---

- ▶ Todas as superfícies acessíveis dos dentes devem ser escovadas;
- ▶ Para que todos os dentes sejam escovados e nenhum esquecido, é aconselhável seguir sempre a mesma seqüência de escovação;
- ▶ A qualidade da escovação é mais importante que o número de vezes que se escova os dentes;
- ▶ As faces externas e internas dos dentes devem ser escovadas no sentido da gengiva para os dentes;
- ▶ Nas superfícies oclusais (onde mastigamos), a boca deve permanecer aberta, e realizar um movimento de vai-e-vem horizontal;
- ▶ A língua deve ser cuidadosamente escovada.

## *Uso do Fio ou Fita Dental*

---

- ▶ O fio dental deve ser introduzido entre os dentes atravessando o ponto de contato com um ligeiro movimento de “serra”;
- ▶ Em seguida penetrar suavemente no sulco gengival, seguindo a curvatura das superfícies laterais dos dentes, onde as cerdas das escovas não alcançam, passando o fio sobre a superfície dos dentes de um lado e do outro.

## *Auto-Exame da Boca*

---

Tem por finalidade identificar lesões precursoras do câncer de boca, uma doença curável se diagnosticada logo no seu início:

- ▶ Em ambiente bem iluminado e diante do espelho;
- ▶ Remover as próteses dentárias;
- ▶ Procurar por manchas brancas ou vermelhas na boca, língua e lábios, feridas que não cicatrizam, áreas dormentes, endurecimentos, caroços;
- ▶ Se encontrar algum desses sinais, o dentista deve ser procurado imediatamente.

## *Orientação para Escovação em Escovódromos:*

---

- ▶ Em frente a um espelho e com boa iluminação, pedir à paciente que examine sua boca;
- ▶ Aplicar uma solução evidenciadora de placa em todas as superfícies dentárias, pedir à paciente que enxágüe a boca e visualize os locais corados, chamando a atenção para a junção dentogengival;
- ▶ Sob a supervisão do profissional, a paciente realiza a escovação, faz o uso do fio dental e realiza o auto-exame.

## *Urgência Odontológica*

---

- ▶ As urgências odontológicas devem ser cuidadas assim que aconteçam, para aliviar a dor e tratar qualquer infecção.

### *Atenção:*

- ▶ Evitar tomadas radiográficas;
- ▶ Fazer uso de medicamentos conforme medicação preconizada.

## 2º Trimestre

### *Procedimentos Clínicos Odontológicos de Atenção Básica*

---

- ▶ Adequação do meio bucal:
  - Escariação e selamento de cavidade com aplicação de ionômero de vidro;
  - Eliminação de irritantes locais (próteses traumáticas, restaurações defeituosas).
- ▶ Raspagem, alisamento e polimento;
- ▶ Programa de higiene bucal:
  - Esclarecer sobre a placa bacteriana, doença cárie dental, gengivite e doença periodontal;
  - Explicar a importância da higiene bucal na prevenção e tratamento da cárie e doença periodontal;
  - Enfatizar o controle de placa bacteriana em domicílio com uso de escova dental, pasta de dentes contendo flúor, fio dental.

### *Educação em Saúde Bucal*

---

- ▶ Introduzir a educação em saúde bucal do bebê;
- ▶ Observar os pontos de importância da amamentação em relação à saúde bucal:
  - A amamentação prepara a criança para a mastigação;
  - Durante a amamentação aprende-se respirar corretamente pelo nariz;
  - É responsável inicial no crescimento harmonioso da face e dentição.
- ▶ Conscientizar para importância dos dentes decíduos, remoção e controle dos fatores de risco para cárie dentária;
- ▶ Esclarecer sobre a transmissibilidade da doença cárie:
  - A doença cárie é contagiosa e transmissível.
- ▶ Esclarecer que a saúde bucal da mãe e/ou responsável pelo bebê tem relação com a saúde bucal da criança;
- ▶ Recomendar o uso inteligente do açúcar;
- ▶ Explicar a importância da escovação dentária, uso do fio dental, uso de dentifrício com flúor na prevenção e tratamento da doença cárie e doença periodontal;
  - Enfatizar a importância dos cuidados diários que devem ser realizados em casa;
  - Ensinar metodicamente escovação, uso do fio dental e auto-exame.



## *Urgência Odontológica*

---

- ▶ As urgências odontológicas devem ser cuidadas assim que aconteçam, para aliviar a dor e tratar qualquer infecção.

### *Atenção:*

- ▶ Evitar tomadas radiográficas;
- ▶ Fazer uso de medicamentos conforme medicação preconizada.

## *Orientações Gerais para Atendimento Clínico Odontológico*

---

- ▶ Evitar sessões de tratamento prolongadas;
- ▶ Observar a posição da paciente na cadeira odontológica: permitir que a paciente mude de posição, reclinar ligeiramente a paciente para o lado esquerdo, principalmente a partir do 6º mês. A posição totalmente reclinada deve ser evitada.
- ▶ Radiografias:
  - Devem ser evitadas durante a gravidez, especialmente no 1º trimestre. Quando existir uma real necessidade para diagnóstico e tratamento, fazer uso de avental de chumbo, filmes ultra-rápidos e evitar erros técnicos na tomada da radiografia e processamento do filme.
- ▶ Anestesia local:
  - Todos os anestésicos locais atravessam a placenta, são lipossolúveis. A solução anestesia local de maior segurança é a lidocaína a 2% com adrenalina 1:100.000, no máximo 2 tubetes (3,6 ml), com aspiração prévia e injeção lenta;
  - É prudente evitar o uso de prilocaina e felipressina (agentes vasoconstritor).
- ▶ Medicamentos:
  - Devem ser evitados e, quando necessários, devem ser selecionados, conforme medicação preconizada;
  - A grande maioria atravessa a placenta por difusão passiva (anestésicos locais, tranquilizantes, analgésicos, anti-inflamatórios, antibióticos);
  - A escolha de medicação também deverá ser cuidadosa durante o período de lactação;
  - Exodontias não são contra-indicadas, sendo realizadas, porém, com devidas precauções;
  - Remoção cirúrgica de lesões periodontais – “massas em forma de tumor”- deve ser indicada quando existe interferência com a mastigação, dor ou estética (a paciente deseja remover), seguida de raspagem e alisamento da superfície do dente.

## *3º Trimestre*

### *Educação em Saúde Bucal*

---

- ▶ Dar continuidade à educação para saúde bucal do bebê:
  - Conscientizar para importância dos dentes decíduos, remoção e controle dos fatores de risco para cárie dentária;

- Esclarecer sobre a transmissibilidade da doença cárie.
  - Orientar sobre a contaminação do bebê;
  - Não usar utensílios do bebê (pratos, copos, talheres, etc);
  - Não assoprar os alimentos antes de os dar ao bebê;
  - Não colocar na boca chupeta, bico ou brinquedo que o bebê estiver usando;
  - Evitar beijar o bebê na boca.
- ▶ Esclarecer sobre a “cárie de mamadeira”:
- Dieta mole e adocicada aumenta o risco de cárie;
  - Resíduos alimentares que permanecem na boca do bebê servirão de substrato, ou seja, de alimento para as bactérias causadoras da cárie dental.
- ▶ Orientar para a limpeza da cavidade oral do bebê:
- Deve ser iniciado, o mais cedo possível, antes da erupção dentária;
  - É indispensável à noite, após a última mamada;
  - Deve ser realizada após o bebê se alimentar, ingerir xaropes e medicamentos que sejam adoçados;
  - Enrolar a ponta da fralda ou de uma gaze em torno do dedo e molhe em água filtrada ou fervida;
  - A parte interna da boca e a língua e esfregar os dentes (todas as superfícies) quando já estiverem presentes;
  - Limpar todos os dentes e todas as suas superfícies;
  - A escova de dente com cerdas extra-macias e cabeça bem pequena (própria para crianças) poderá ser introduzida a partir do primeiro dente.
- ▶ Esclarecer que a saúde bucal da mãe e responsável pelo bebê têm relação com a saúde bucal da criança:
- Recomendar o uso inteligente do açúcar:
  - Explicar a importância da escovação dentária, uso do fio dental, uso de dentifrício com flúor na prevenção e tratamento da doença cárie e doença periodontal;
  - Enfatizar a importância dos cuidados diários que devem ser realizados em casa;
  - Ensinar metodicamente escovação, uso do fio dental e auto-exame.
- ▶ Fazer acompanhamento da higiene bucal através da equipe do PSF (controle da placa bacteriana supervisionada).

### *Urgência Odontológica*

---

- ▶ As urgências odontológicas devem ser cuidadas assim que acontecem, para aliviar a dor e tratar qualquer infecção.

#### *Atenção:*

- ▶ Evitar tomadas radiográficas;
- ▶ Fazer uso de medicamentos conforme medicação preconizada.

## II. O Parto

- A parturiente deve ser acolhida na maternidade a que foi vinculada para o parto e deve ser preenchida a ficha de internação perinatal;
- Deve ser avaliado o seu grau de risco, através da análise dos dados do Cartão Gestante e do exame clínico-obstétrico;
- Caso não seja internada por falta de vaga ou porque necessite de assistência em maternidade de maior complexidade, a paciente deve ser transferida de forma responsável, após contato com a central de regulação ou diretamente com a outra maternidade;
- A parturiente não deve ser encaminhada para outra maternidade sem a garantia de que será internada;
- Caso a gestante não tenha exames pré-natais, devem ser solicitados, à admissão, os seguintes exames: classificação sanguínea e fator Rh e VDRL;
- Após aconselhamento e o consentimento da paciente, solicitar o teste rápido para HIV;
- Em pacientes HIV +, deve ser realizada a profilaxia da transmissão vertical do HIV, através do uso de AZT injetável durante o trabalho de parto e AZT xarope no recém nascido;
- Toda mulher internada para assistência ao parto ou ao abortamento deve realizar o VDRL;
- Todos os dados clínicos da paciente devem ser anotados no prontuário (ficha perinatal e folha de evolução);
- O acompanhamento da evolução do trabalho de parto deve ser feito através do PARTOGRAMA;
- É obrigatória a presença de pediatra na sala de parto;
- Deve ser permitida a presença de acompanhante para a parturiente durante o trabalho de parto;
- Devem ser respeitados os direitos da paciente, resgatando o seu papel como protagonista do seu trabalho de parto: permitir-lhe a escolha da posição, o uso ou não de procedimentos como enteroclisma e tricotomia;
- A parturiente deve ser tratada com respeito, ser informada sobre os procedimentos a que será submetida e ser esclarecida nas suas dúvidas;
- Devem ser evitadas intervenções desnecessárias que impeçam a autonomia da mulher ou lhe causem desconforto;
- No momento da alta, o Cartão da Gestante deve ser adequadamente preenchido nos campos de parto e recém-nascido;
- Papel da equipe do PSF: vigilância sobre a gestante e recém-nascido.

## *Condições Mínimas para a Maternidade ou Hospital Realizar o Parto*

---

- ▶ Aparelho de Fototerapia Billispot (2 p/ cada 10 leitos);
- ▶ Ar comprimido (canalizado ou bala);
- ▶ Aspirador portátil;
- ▶ Auxiliar de enfermagem – 24 horas (exclusivo para o berçário);
- ▶ Berço calor radiante na sala de parto (normal e cirúrgico);
- ▶ Capacete de oxigênio tamanho pequeno, médio e grande;
- ▶ Glicosímetro;
- ▶ Incubadora de transporte;
- ▶ Laringoscópio com lâmina tamanho adulto;
- ▶ Laringoscópio pediátrico lâmina reta: tamanho 0 e I;
- ▶ Máscara de silicone: tamanhos: 00, 01, 02, 03;
- ▶ Medicamentos de reanimação (soro fisiológico, bicarbonato de sódio 8,4%), gluconato de cálcio 10% água destilada, adrenalina, narkan ampolas;
- ▶ Oxigênio (canalizado ou bala);
- ▶ Oxímetro de pulso no hospital;
- ▶ Reanimador adulto com reservatório de oxigênio;
- ▶ Reanimador neonatal e pediátrico com reservatório de oxigênio;
- ▶ Sistema CPAP nasal com umidificador;
- ▶ Tubos endotraqueais nº 2; 2,5; 3; 3,5 e 4 e adulto;
- ▶ Um detector batimentos cardíaco fetal elétrico;
- ▶ Um nebulizador (cada leito);
- ▶ Unidade de reanimação neonatal;
- ▶ Pediatria 24 horas;
- ▶ Enfermeiro para hospital;
- ▶ Material para reanimação neonatal deve estar disponível no Centro Obstétrico e no Berçário;
- ▶ Material para reanimação adulto deve estar disponível no Centro Obstétrico e na Enfermaria.

# III. O Puerpério

- Após o parto, o bebê deve ser colocado sobre a mãe para o contato precoce e sucção no seio;
- A mãe e o recém-nascido devem ficar no alojamento conjunto;
- Puérperas Rh<sup>-</sup> com recém-nascidos Rh<sup>+</sup> devem receber a imunoglobulina anti Rh, nas primeiras 72 horas;
- O profissional deve preencher a ficha perinatal e o Cartão da Gestante com dados do parto e do recém-nascido;
- Ao receber alta, as puérperas devem ser orientadas sobre:
  - Cuidados corporais;
  - Sinais de complicações como febre, hemorragia e infecção;
  - Aleitamento materno;
  - Importância das consultas puerperais;
  - Importância das consultas de controle do recém-nascido.

## 3.1 As Consultas Puerperais

- Devem ser realizadas nas Unidades Básicas de Saúde: a primeira entre 7 e 10 dias e a segunda entre 30 e 40 dias;
- Quando a gestação foi de risco habitual, a consulta pode ser realizada pelo médico generalista ou pela enfermeira da equipe do PSF;
- Se a gestação foi de alto risco, a consulta deve ser realizada no serviço de referência;
- Na primeira consulta (puerpério precoce) deve-se:
  - Realizar exame clínico-ginecológico;
  - Avaliar as condições maternas e detectar possíveis complicações puerperais;
  - Fazer o controle das patologias manifestadas durante a gestação (síndrome hipertensiva, anemia, etc);
  - Averiguar se a amamentação ocorre normalmente e incentivar a sua continuidade, fornecendo orientações;
  - Vacinar a puérpera contra Rubéola, se ela for susceptível.

- ▶ Na consulta puerperal tardia deve-se:
  - Realizar exame clínico-ginecológico completo;
  - Avaliar as condições maternas;
  - Averiguar se a amamentação ocorre normalmente;
  - Completar as doses de vacina antitetânica, se necessário;
  - Prescrever o método de planejamento familiar escolhido pela paciente.

## 3.2 A Prevenção do Câncer de Mama

- ▶ O câncer de mama ocupa o 1º lugar em incidência e o 1º lugar em mortalidade por câncer nas mulheres do Estado de Minas Gerais.
- ▶ 80% das cirurgias para o tratamento do câncer de mama realizadas no ano de 2002 foram cirurgias mutilantes: mastectomias radicais, do que se conclui que o diagnóstico foi tardio, que as mesmas não realizaram o auto-exame das mamas, não foram submetidas ao exame clínico das mamas e, tampouco, à mamografia;
- ▶ Portanto, todas as gestantes devem receber orientações sobre as técnicas de realização do auto-exame das mamas e devem ser submetidas ao exame clínico das mamas pelo médico responsável ou enfermeira habilitada, preferencialmente na primeira consulta de pré-natal e nas subseqüentes, quando necessário;
- ▶ As pacientes com alterações no exame clínico das mamas devem ser encaminhadas ao médico especialista ginecologista, para esclarecimento diagnóstico através de punção aspirativa por agulha fina ou mamografia.

### O Auto-Exame

---

- ▶ O auto-exame deve ser praticado todo mês, sempre na mesma época, entre o 7º e o 10º dia do ciclo, contando a partir do 1º dia da menstruação. Para as mulheres que não menstruam, o auto-exame deve ser realizado em um dia fixo do mês, escolhido por ela mesma.
- ▶ Técnicas:
  - VISUAL: verifique diante do espelho se ocorreu alguma alteração no formato das mamas, dos mamilos ou aréolas.
  - INSPEÇÃO DINÂMICA: diante do espelho, levante os braços acima da cabeça e depois os abaixe, comprimindo a cintura fortemente. Verifique se ocorreu algum inchaço, depressão na pele ou alteração nos mamilos.
  - PALPAÇÃO: deitada ou na hora do banho, coloque a mão direita atrás da cabeça e com a outra mão pressione suavemente a mama direita, usando os dedos indicadores, médios e anular esticados, até cobrir toda a superfície da mama, fazendo movimentos circulares, como se estivesse espalhando o seio sobre o tórax. Faça o mesmo com a mama esquerda e procure saber se a região apresenta algum nódulo.
  - AVALIAÇÃO DO MAMILO: na prevenção do câncer de mama, é importante examiná-los cuidadosamente. Aperte suavemente o mamilo de cada seio (use os dedos polegar e indicador) e verifique se há alguma secreção. Se houver e ela for abundante ou sanguinolenta, procure seu médico imediatamente.

## *A Mamografia*

---

- A mamografia deve ser solicitada quando houver alteração no exame clínico, somente após a paciente ter sido avaliada pelo especialista ginecologista;
- A mamografia de triagem (screening) só deve ser realizada a partir dos 50 anos, até 69 anos;
- Deve ser realizada como triagem a partir dos 40 anos, nas pacientes de risco para câncer de mama: pacientes com parentes de 1º grau com câncer de mama ou biópsia prévia mostrando hiperplasia atípica.

## *3.3 A Prevenção do Câncer de Colo Uterino*

- O câncer de colo uterino ocupa o 2º lugar em incidência e o 4º lugar em mortalidade por câncer nas mulheres do Estado de Minas Gerais.
- Apresenta uma fase pré-clínica longa, permitindo que o mesmo possa ser diagnosticado antes de se tomar invasivo e, assim, ser prevenido.
- A coleta do exame de citologia oncótica permite o diagnóstico das lesões pré-malignas e malignas do colo uterino. Além disso, permite o diagnóstico de infecções vaginais, que se tornam agravos à saúde materno-fetal, se tratadas no pré-natal.
- O pré-natal representa um momento importante na vida da mulher, momento em que essa deve buscar orientação de um profissional de saúde, momento então propício para a coleta de exame de citologia oncótica do colo uterino.
- Portanto, o exame de citologia oncótica do colo uterino deve ser colhido em todas as mulheres, na sua 1ª consulta de pré-natal, independente da faixa etária e do período em que o último exame foi realizado.

## *A Coleta do Exame Citológico de Papanicolaou*

---

### *Cuidados a serem verificados antes da coleta:*

- ▶ Em relação à mulher:
  - Verificar se não usou duchas ou medicamentos intravaginais nas últimas 48 horas;
  - Verificar se não teve relação sexual nas últimas 24 horas;
  - Verificar se não está no período menstrual.
- ▶ Em relação ao material necessário para a coleta:
  - Lâmina com extremidade fosca;
  - Espátula;
  - Escovinha;
  - Espéculo;
  - Luvas;
  - Solução fixadora: spray (citofix) ou frasco contendo álcool a 50%;
  - Caixa porta-lâmina;
  - Lápis grafite.
- ▶ Preenchimento do formulário padrão com os dados essenciais:
  - Nome completo da mulher;
  - Data do nascimento;
  - Nome completo da mãe;
  - Endereço completo;
  - Dados clínicos.
- ▶ Identificação da lâmina e do frasco:
  - Limpar a lâmina e escrever com lápis grafite na região fosca as iniciais do nome da mulher e o número do frasco;
  - Na caixa porta-lâmina, escrever a lápis os dados referentes à mulher.
- ▶ A coleta do material:
  - Coleta da ectocérvice: apoiar a espátula de Ayres no orifício externo do canal cervical e realizar um movimento de rotação de 360 graus para que toda a superfície do colo seja raspada e representada na lâmina;
  - Coleta da endocérvice: introduzir a escovinha no orifício externo e fazer um movimento de 360 graus acompanhando toda a superfície interna do canal.



- ▶ **Confecção do esfregaço em uma única lâmina:**
  - Ectocervical: distender o material coletado da superfície externa do colo, de maneira uniforme, no sentido transversal, próximo à região fosca;
  - Endocervical: colocar o material coletado de dentro do canal na metade inferior da lâmina, no sentido longitudinal.
- ▶ **Fixação imediata do esfregaço:**
  - Borrifar a lâmina com spray fixador a uma distância de 10cm da lâmina e colocá-la na caixa para o transporte.
- ▶ **Preenchimento dos dados clínicos da coleta:**
  - Não se esquecer de prestar a orientação adequada e deixar claro a importância do retorno.
- ▶ **Encaminhamento do material:**
  - Encaminhar a requisição do exame, juntamente com o material a ser examinado, para o laboratório. Confeccionar uma relação nominal dos exames realizados e enviar também ao laboratório, para controle.
- ▶ **Controle dos exames alterados:**
  - As mulheres com exames alterados, que não retornam à Unidade de Saúde, devem ser procuradas e alertadas. Criar um livro de registro que contemple as informações de referência das pacientes listadas para acompanhamento dos casos detectados;
- ▶ **Atenção! Um resultado de exame satisfatório depende:**
  - Do preenchimento do formulário padrão de coleta;
  - Da identificação da lâmina e do frasco;
  - Da coleta com material adequado, representativo de todo o colo uterino;
  - De fixação adequada;
  - Do conhecimento da terminologia citológica utilizada.

# IV. A Organização da Assistência

## 4.1 Competência da Unidade de Saúde

- A Unidade de Saúde deve ser a porta de entrada da gestante para o sistema de saúde;
- É o ponto de atenção estratégico e tem como atributos: garantir a acessibilidade, responsabilizando-se pelos problemas de saúde das gestantes do seu território e o monitoramento dos mesmos.

### 4.1.1 Responsabilidades da Equipe de Saúde

*Responsabilidade e Ações Estratégicas Mínimas de Atenção Básica a Gestante e Puérperas*

RESPONSABILIDADES	ATIVIDADES
PRÉ – NATAL	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar o diagnóstico de gravidez;</li><li>• Captar a gestante no 1º trimestre;</li><li>• Realizar consultas médicas e de enfermagem;</li><li>• Solicitar os exames laboratoriais;</li><li>• Garantir os medicamentos básicos;</li><li>• Classificar o risco gestacional desde a 1ª consulta;</li><li>• Monitorar as gestantes de alto risco;</li><li>• Realizar as atividades educativas;</li><li>• Viabilizar a visita da gestante à maternidade;</li><li>• Alimentar e analisar os sistemas de informação.</li></ul>
PREVENÇÃO DO CÂNCER De COLO UTERINO	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar o rastreamento do câncer de colo uterino;</li><li>• Coletar o material para citologia oncótica;</li><li>• Alimentar e analisar os sistemas de informação.</li></ul>
PREVENÇÃO DO CÂNCER DE MAMA	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar o rastreamento do câncer de mama;</li><li>• Realizar o exame clínico das mamas;</li><li>• Orientar o auto-exame das mamas;</li><li>• Alimentar e analisar os sistemas de informação.</li></ul>
PUERPÉRIO	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar as consultas puerperais – precoce e tardia;</li><li>• Encaminhar para o planejamento familiar.</li></ul>

# Atribuições dos Profissionais de Saúde

## Assistência ao Pré-Natal e Puerpério

ATRIBUIÇÕES	PROFISSIONAIS
<ul style="list-style-type: none"><li>• Captação precoce da gestante</li><li>• Diagnóstico de gravidez</li><li>• Consultas de pré-natal</li><li>• Classificação de risco gestacional</li><li>• Solicitação de exames laboratoriais preconizados no Protocolo</li><li>• Informação / orientação em saúde</li><li>• Solicitações de exames complementares</li><li>• Prescrição de medicamentos</li><li>• Indicação de vacinação com Antitetânica</li><li>• Visita domiciliar</li><li>• Registro no Cartão da Gestante e ficha perinatal</li><li>• Consultas puerperais</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Equipe de saúde, com ênfase para o ACS</li><li>• Médico, enfermeiro</li><li>• Médico, enfermeiro</li><li>• Médico, enfermeiro</li><li>• Médico, enfermeiro</li> <li>• Equipe de saúde</li><li>• Médico</li><li>• Médico</li><li>• Médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem</li><li>• Equipe de saúde</li><li>• Equipe de saúde</li> <li>• Médico, enfermeiro</li></ul>

PREVENÇÃO DO CÂNCER DE COLO UTERINO E MAMA	
<ul style="list-style-type: none"><li>• Captação da Clientela</li><li>• Informação sobre saúde</li><li>• Colheita de citologia oncótica</li><li>• Exame clínico de mamas (ECM)</li><li>• Entrega de resultados de exames</li><li>• Encaminhamento para o segundo nível de atenção</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Equipe de saúde</li><li>• Equipe de saúde</li><li>• Médico, enfermeiro</li><li>• Médico, enfermeiro</li><li>• Médico, enfermeiro, com revisão em conjunto dos resultados</li><li>• Médico</li></ul>

## 4.1.2 Cuidados Básicos para o Pré-Natal e Puerpério

### *Captação para o Pré-Natal*

---

- Realizar a inscrição da gestante pelo médico ou enfermeira;
- Abrir o prontuário da gestante;
- Preencher o Cartão da Gestante;
- Preencher a Ficha de Cadastramento da Gestante;
- Agendar a consulta de pré-natal;
- Orientar sobre a maternidade onde possivelmente ocorrerá o parto;
- Solicitar exames laboratoriais.

### *Consultas Médicas*

---

- Realizar anamnese, exame clínico e obstétrico;
- Analisar o resultado dos exames laboratoriais;
- Avaliar o risco gestacional;
- Anotar: idade gestacional, exames laboratoriais, PA, peso, estatura, AU, situação e apresentação fetal, ausculta dos batimentos fetais;
- Preencher: gráfico da AU, cartão, prontuário;
- Orientar: preparo das mamas, incentivo ao aleitamento materno;
- Avaliar e orientar quanto à imunização antitetânica.

### *Consulta de Enfermagem*

---

- Realizar anamnese, exame clínico e obstétrico;
- Anotar: idade gestacional, exames laboratoriais, PA, peso, estatura, AU, situação e apresentação fetal, ausculta dos batimentos fetais;
- Preencher: gráfico da AU, cartão, prontuário;
- Orientar: preparo das mamas, incentivo ao aleitamento materno;
- Avaliar e orientar quanto à imunização antitetânica.

## *Atendimento de Enfermagem*

---

- Aplicar a vacina antitetânica;
- Coletar os exames laboratoriais;
- Realizar os procedimentos solicitados na consulta médica ou de enfermagem;
- Realizar as ações educativas;
- Acompanhar as gestantes na visita à maternidade;
- Realizar a busca ativa das gestantes faltosas;
- Preencher os registros necessários.

## *Atendimento pelo Agente Comunitário de Saúde*

---

- Captar precocemente as gestantes para o pré-natal;
- Realizar visita domiciliar para monitoramento das gestantes;
- Realizar as ações educativas;
- Realizar a busca ativa das faltosas.

## *Encaminhamento para Serviço de Referência*

---

- Encaminhar as gestantes à consulta especializada, caso apresentem intercorrências;
- Encaminhar a gestante de alto risco para o serviço de referência;
- Encaminhar as gestantes em situação de emergência – sangramento, ruptura da bolsa amniótica, trabalho de parto prematuro, hipertensão grave, entre outras;
- Orientar as gestantes a levarem o cartão nas consultas especializadas ou internamento.

## *Atendimento em Saúde Bucal*

---

- Realizar ações educativas em saúde bucal;
- Realizar atendimento clínico odontológico, de acordo com a necessidade da gestante;
- Realizar o atendimento às urgências/emergências em odontologia.

## *Consulta Puerperal*

---

- Realizar 2 consultas puerperais – a primeira consulta até 10 dias após parto e a segunda, até 40 dias após parto;
- Nas consultas – detectar e tratar as complicações puerperais, incentivar o aleitamento materno, avaliar o risco reprodutivo, inscrever as mulheres com risco reprodutivo no planejamento familiar, reforçar as orientações sobre o aleitamento materno.

## Coordenação

---

A coordenação da equipe de saúde da família deve garantir as seguintes atividades:

- ▶ Reuniões semanais com a equipe para avaliar avanços, dificuldades e encaminhamentos em geral;
- ▶ Treinamento e acompanhamento das ações desenvolvidas pelas auxiliares de enfermagem;
- ▶ Treinamento e acompanhamento das ações desenvolvidas pelos agentes comunitários de saúde;
- ▶ Fechamento do Sistema de Informação da Atenção Básica – SIAB;
- ▶ Participação em reuniões com a Secretária Municipal de Saúde e/ou Coordenação Municipal do PACS/PSF;
- ▶ Promover oportunidades de capacitação da equipe de PSF, estimulando o estudo de caso e a troca de experiências;
- ▶ Manter a logística de medicamentos e outros insumos necessários ao funcionamento da equipe;
- ▶ Promover avaliação periódica do impacto das ações do PSF com relação à qualidade de vida e saúde da população adscrita.

## 4.2 *Competência da Maternidade na Assistência à Gestante de Risco Habitual*

- Acolher a gestante quando apresentar qualquer intercorrência ou no momento do parto;
- Avaliar o grau de risco gestacional;
- Solicitar os exames necessários, conforme o estabelecido no Protocolo;
- Permitir a presença de acompanhante para a parturiente durante o trabalho de parto;
- Monitorar a evolução do trabalho de parto, realizando os registros no partograma;
- Adotar as recomendações para o parto humanizado, evitando os procedimentos desnecessários que tragam desconforto ou redução da autonomia à parturiente;
- Garantir a presença de pediatra na sala de parto;
- Viabilizar o alojamento conjunto;
- Realizar os cuidados necessários tanto para a mãe quanto para o bebê;
- Realizar as ações de educação em saúde, enfatizando o aleitamento materno e os cuidados com o bebê;
- Realizar os registros necessários no prontuário, Cartão da Gestante, entre outros.

# V. Sistema de Informação

- ▶ O sistema de informação deve possibilitar o gerenciamento da atenção à saúde, através do monitoramento do atendimento da mulher e da criança ao longo de toda a rede e da retro-alimentação das equipes de saúde, através de um processo dinâmico de comunicação;
- ▶ Para viabilizar o monitoramento, é de fundamental importância que durante o pré-natal, parto e puerpério, o profissional preencha adequadamente os formulários de informação:

PRÉ-NATAL	Ficha de cadastramento no SISPRENATAL	a gestante recebe o número do SISPRENATAL	
		a gestante recebe a informação da maternidade/hospital de referência	
	Cartão da gestante		identificação da gestante
			nº do Sis prenatal
			agendamento de consultas
			dados da história clínica
			dados do exame físico
	resultados de exames laboratoriais		
	Ficha da história clínica perinatal		
	Ficha de atendimento diário do SISPRENATAL		
PARTO	Ficha de Internação neonatal		
	Partograma		
	Cartão da Gestante	dados sobre o parto	
		dados sobre o recém-nascido	



## 5.1 Os Sistemas Informatizados do Ministério da Saúde

- É importante destacar os sistemas informatizados do Ministério da Saúde como fontes para informações:

### *SIAB*

---

O Sistema de Informação da Atenção Básica fornece o número e percentual de:

- Gestantes cadastradas no serviço;
- Gestantes acompanhadas pelo agente de saúde;
- Gestantes com consulta (médica ou de enfermagem) em dia;
- Gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre;
- Gestantes abaixo dos 20 anos;
- Gestantes com vacinação antitetânica em dia.

### *SINASC*

---

Este sistema disponibiliza o número e percentual de:

- Gestantes, por número de consultas realizadas;
- Parturientes, por faixa etária;
- Parturientes, por número de filhos;
- Partos por local do parto;
- Partos por tipo de parto;
- Nascidos vivos;
- Nascidos vivos de baixo peso (< 2.500 g)

### *SISPRENATAL*

---

Este sistema possibilita a análise de indicadores de processo e resultado:

#### **INDICADORES DE PROCESSO**

- Percentual de gestantes que se inscreveram no programa e realizaram a 1ª consulta até o 4º mês;
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 consultas de pré-natal;
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 consultas de pré-natal e a consulta de puerpério;
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 consultas de pré-natal e todos os exames básicos;
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos;
- Percentual de gestantes inscritas que receberam dose imunizante da vacina antitetânica, no mínimo 02 doses durante o pré-natal;
- Percentual de gestantes inscritas que realizaram 06 consultas de pré-natal, a consulta de puerpério e todos os exames básicos, o teste anti-HIV, a dose imunizante da vacina antitetânica.

## INDICADORES DE RESULTADO

- ▶ Percentual de recém-nascidos com diagnóstico de sífilis congênita em relação ao total de recém-nascidos vivos do município;
- ▶ Percentual de recém-nascidos com tétano neonatal, em relação ao total de recém-nascidos vivos do município.

Através do cruzamento dos dados, pode-se obter indicadores que podem medir o impacto das ações realizadas:

- ▶ Coeficiente de incidência de sífilis congênita no município, comparando com o ano anterior;
- ▶ Coeficiente de incidência de tétano neonatal no município, comparando com o ano anterior;
- ▶ Razão de mortalidade materna no município, comparando com o ano anterior;
- ▶ Coeficiente de mortalidade neonatal precoce no município, comparando com o ano anterior;
- ▶ Coeficiente de mortalidade neonatal tardia no município, comparando com o ano anterior;
- ▶ Coeficiente de mortalidade neonatal total no município, comparando com o ano anterior.

## *AIH*

---

A Autorização para Internamento Hospitalar disponibiliza:

- ▶ O número de partos normais;
- ▶ O número de cesarianas;
- ▶ O tempo de permanência;
- ▶ O valor médio do procedimento.

O cruzamento de dados permite analisar:

- ▶ A mortalidade hospitalar;
- ▶ A taxa de infecção hospitalar;
- ▶ O perfil das maternidades;
- ▶ A morbidade hospitalar;
- ▶ A internação por condição sensível de atenção ambulatorial.

## 5.2 Os Endereços Eletrônicos

No processo de educação permanente, cada vez mais, o profissional necessita ter acesso às informações em tempo real. Para tanto, disponibilizamos alguns endereços eletrônicos que contêm dados sobre a saúde da mulher e da criança:

- IBGE: [www.ibge.gov.br](http://www.ibge.gov.br) Nesse site estão informações referentes ao número de mulheres em idade fértil (total, por faixa etária, por região, por municípios etc.)
- Datasus: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)
- Ministério da Saúde: [www.saude.gov.br](http://www.saude.gov.br)
- Secretaria de Saúde do Estado do Ceará: [www.saude.ce.gov.br](http://www.saude.ce.gov.br)
- Escola de Saúde Pública do Ceará: [www.esp.ce.gov.br](http://www.esp.ce.gov.br)
- FEBRASGO: [www.febrasgo.org.br](http://www.febrasgo.org.br)
- Rede Saúde: [www.redesaude.org.br](http://www.redesaude.org.br)
- Fala educador: [www.falaeducador.com.br](http://www.falaeducador.com.br)
- Grupo Transas do Corpo: [www.transasdocorpo.com.br](http://www.transasdocorpo.com.br)
- Centro das Mulheres do Cabo: [www.mulher.org.br](http://www.mulher.org.br)
- BEMFAM: [www.bemfam.org.br](http://www.bemfam.org.br)
- Fundação Carlos Chagas: [www.fcc.org.br](http://www.fcc.org.br)
- Programa Mãe Curitibana: [www.curitiba.pr.gov.br](http://www.curitiba.pr.gov.br)
- Acesse [www.google.com.br](http://www.google.com.br) e digite palavras chave de temas de seu interesse para obter excelentes referências.

## 5.3 O Sistema de Informação Gerencial

- O Sistema de Informação Gerencial – SIG tem como objetivo instrumentalizar as equipes de saúde no planejamento das ações, na medida em que estabelece os resultados esperados, as principais atividades preconizadas no Protocolo e os respectivos parâmetros;
- A partir do SIG, a equipe de saúde tem a possibilidade de dimensionar o atendimento às gestantes, puérperas e recém-nascidos, calculando a necessidade de consultas, procedimentos, visitas, entre outras atividades a serem ofertadas;
- Uma vez estabelecida a demanda, a equipe também pode confrontar com a capacidade instalada existente na Unidade de Saúde e avaliar a possibilidade de cobertura das gestantes, puérperas e recém-nascidos moradores do território de abrangência da equipe de saúde;
- Desta forma, a equipe pode estabelecer as metas a serem alcançadas no ano e, assim, mensalmente, estar acompanhando o seu desempenho;
- O SIG estabelece um novo paradigma, pois promove a gestão voltada a resultados, ou seja, não basta disponibilizar consultas de pré-natal, exames laboratoriais e medicamentos; há que se garantir a cobertura de pré-natal, a responsabilização pelo parto, a vigilância da gestante e criança de risco e, por fim, a redução da mortalidade materna e infantil.

*Atenção à Gestante Puérpera e Recém-Nascido,  
da área de Abrangência da Unidades de Saúde*

População Alvo: Gestante = DNV do Ano Anterior + 10%

<b>RESULTADO</b>	<b>ATIVIDADE</b>	<b>PARÂMETRO</b>
Cobertura de no mínimo 70% das gestantes SUS, residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde.	Inscriver as gestantes da área de abrangência, no pré-natal.	Inscriver 70% das gestantes residentes na área de abrangência da Unidade de Saúde, usuárias do SUS, até o 4º mês de gestação, por profissional médico ou enfermeiro.
	Realizar no mínimo 6 consultas (médicas e de enfermagem) de pré-natal, para a gestante de risco habitual.	100% das gestantes inscritas realizam 6 consultas, sendo: <ul style="list-style-type: none"><li>• Mínimo de 1 consulta no 1º trimestre;</li><li>• Mínimo de 2 consultas no 2º trimestre;</li><li>• Mínimo de 3 consultas no 3º trimestre.</li></ul>
	Realizar exames laboratoriais conforme o preconizado no Protocolo.	Realizar exames laboratoriais para 100% das gestantes inscritas no Programa, conforme Protocolo.
	Garantir a imunização antitetânica.	100% das gestantes inscritas imunizadas.

<b>RESULTADO</b>	<b>ATIVIDADE</b>	<b>PARÂMETRO</b>
Redução da transmissão vertical pelo: <ul style="list-style-type: none"> <li>• HIV</li> <li>• Toxoplasmose</li> <li>• Sífilis</li> </ul>	Notificar os casos.	Notificar 100% dos casos.
	Solicitar exames anti-HIV e VDRL no pré-natal.	100% das gestantes inscritas realizam exames.
	Tratar as gestantes com VDRL + e toxoplasmose.	100% das gestantes positivas tratadas.
	Tratar com AZT as gestantes HIV +.	100% das gestantes HIV + tratadas.

<b>RESULTADO</b>	<b>ATIVIDADE</b>	<b>PARÂMETRO</b>
Redução do baixo peso ao nascer.	Identificar a gestante com patologias que possam resultar em trabalho de parto prematuro (infecção do trato urinário, doença hipertensiva da gravidez, diabetes) e/ou baixo peso.	Identificar 100% dos casos.
	Realizar encaminhamento para o pré-natal no serviço de referência, quando indicado.	Encaminhar 100% das gestantes ao serviço de referência.
	Monitorar a gestante.	Realizar o monitoramento em 100% das gestantes, conforme o estabelecido no Protocolo.
	Realizar o acompanhamento do RN, conforme o Protocolo.	Realizar o monitoramento de 100% dos RN, conforme o estabelecido no Protocolo.

<b>RESULTADO</b>	<b>ATIVIDADE</b>	<b>PARÂMETRO</b>
Cobertura de 100% das puérperas atendidas no pré-natal da Unidade de Saúde.	Realizar consultas puerperais, para gestantes, até 40 dias após o parto.	Realizar no mínimo 1 consulta puerperal, por gestante, até 40 dias após o parto a 100% das mulheres que realizaram o pré-natal na Unidade de Saúde.

<b>RESULTADO</b>	<b>ATIVIDADE</b>	<b>PARÂMETRO</b>
Redução da mortalidade materna e infantil.	Identificar os óbitos maternos e infantis ocorridos na área de abrangência da US.	Identificar 100% dos óbitos maternos, 100% dos óbitos infantis de RN com peso de nascimento maior que 1.500g e 100% dos óbitos infantis pós-natais ocorridos na área abrangência da US.
	Participar da investigação, junto ao Comitê de Morte Materna e Infantil, dos óbitos maternos e infantis da área de abrangência da US.	Participar da investigação, junto ao Comitê de Morte Materna e Infantil, de 100% dos óbitos maternos e infantis da área de abrangência da US.

# Referências Bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Assistência à Saúde, Coordenação Materno-Infantil. *Gestação de Alto Risco*. 2ed. Brasília, 1991. 92 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Programa Nacional de DST/AIDS. *Considerações Gerais do Binômio: HIV/AIDS e Gravidez*. Brasília, 1995. 48 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Bases Técnicas para Eliminação da Sífilis Congênita*. Brasília, 1993. 28 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. Secretaria Nacional de Programas Especiais de Saúde, Divisão Nacional de Saúde Materno-Infantil, Programa de Assistência Integral à Saúde da Mulher. *Assistência Pré-Natal, Normas e Manuais Técnicos*. 2ed. Brasília, 1988. 44 p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS. *Infecção pelo HIV em Criança: Guia de Tratamento Clínico*. 2ed. Brasília, 1999. 24 p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Fundação Nacional de Saúde, Centro Nacional de Epidemiologia. *Doenças Infecciosas e Parasitárias*. 1ed. Brasília, 1999. 218 p.

\_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_. *Guia de Vigilância Epidemiológica*. 4ed. Brasília, 1998.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS. *Instrução Normativa sobre Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Crianças Menores de Dois Anos*. Brasília-DF, 17 de janeiro de 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS. *Guia de Tratamento Clínico da Infecção pelo HIV em Adultos e Adolescentes*. 1ed. Brasília, 1998. 42p.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS. *Sistema de logística de insumos de diagnóstico e assistência à gestantes e parturientes HIV positivas e com sífilis, e crianças expostas ao HIV e com sífilis congênita*. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS. *Recomendações para profilaxia da transmissão materno-infantil do HIV e terapia antiretroviral em gestantes*. Brasília, 2001.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Coordenação Nacional de DST e AIDS. *Manual técnico de implantação da assistência a gestantes e parturientes HIV positivas e com sífilis, e crianças expostas ao HIV e com sífilis*. Brasília, 2002.

BRASÍLIA. Governo do Distrito Federal, Departamento de Saúde Pública. *Toxoplasmose Congênita Gestacional*. Brasília, 1998. 29p.



CEARÁ. Governo de Estado do Ceará. Manual das Equipes de Saúde da Família. N. 3 Normas Operacionais de Atenção à Saúde. Saúde Sexual e Reprodutiva. Fortaleza, SESA, 2002.

CURITIBA. Secretaria Municipal da Saúde. Programa Mãe Curitibana. *Atenção ao Pré-Natal, Parto, Puerpério e Assistência ao Recém Nascido*. Curitiba, 2002.

DUNCAN, B. D. et alii. *Medicina Ambulatorial: Conduas Clínicas em Atenção Primária. Seção III, 2ed. Artes Médicas Sul*, Porto Alegre, 1996. p.175–215.

FEBRASGO, ABENFO. Ministério da Saúde. *Parto, Aborto e Puerpério, Assistência Humanizada à Mulher*. Brasília, 2001.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE, Organização Pan-Americana da Saúde, Centro Latino-Americano de Perinatologia e Desenvolvimento Humano (CLAP). *Atenção Pré-Natal e do Parto de Baixo Risco – Saúde Reprodutiva Materna Perinatal*. Publicação Científica da CLAP, n.1321.03, Montevideu, 1996.

CORREA, M. D. et. alli. *Noções Práticas de Obstetrícia*, 12ed., ED-MEDSI, Belo Horizonte, 1999.

RACHID, M. & SCHECHTER, M. *Manual de HIV/AIDS*. 3ed. Rio de Janeiro, Revinter, 1998, 182 p.

<http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/bol-abril/tab1.htm>

<http://www.aids.gov.br/final/imprensa1/boletim-2002.htm>

<http://www.hivatis.org-HIV/AIDS Treatment Information Service>

<http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/sifilis/prevencao.htm>

# *Equipe Responsável*

## *ORGANIZADORES*

*Marco Antônio Bragança de Matos*

*Márcia Rovena de Oliveira*

## *AUTORES*

*Márcia Rovena de Oliveira*

*Régis Lemos de Melo*

*Maria Tereza da Costa Oliveira*

*Rosângela Campos Cordeiro*

*Marli Nassif*

*Beatriz Monteiro de Castro Lima*

*Laura Fraga Tostes*

*Sérgio Martins Bicalho*

*Carla Adriana Caldeira*

*Ana Lúcia Cazulo Silva*

## *REVISÃO DE PORTUGUÊS*

*Pablo Melo*

## *CONSULTORA*

*Maria Emi Shimazaki*