

Manual do Cuidado no Pré-Natal e Puerpério na Atenção Primária em Saúde

**SECRETARIA
MUNICIPAL DE SAÚDE
LONDRINA - PR
- 2016 -**





PREFEITURA MUNICIPAL DE LONDRINA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

MANUAL DO CUIDADO NO PRÉ- NATAL E PUERPÉRIO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

PREFEITURA MUNICIPAL DE LONDRINA

ALEXANDRE KIREFF

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

GILBERTO BERGUIO MARTIN

DIRETORIA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

SIMONE RODRIGUES GONÇALVES

GERÊNCIA DE PROGRAMAS DE SAÚDE

LILIAN DE FÁTIMA MACEDO NELESSEN

LONDRINA
2016

Produção, distribuição e informações:

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE LONDRINA
Superintendência - Gilberto Berguio Martin
Diretoria – Simone Rodrigues Gonçalves
Programa de Saúde da Mulher

Endereço:

Av. Theodoro Victorelli, 103

CEP: 86027-750

Telefone (43) 3372-9825

E-mail: das@asms.londrina.pr.gov.br

Site: http://www1.londrina.pr.gov.br/dados/images/stories/Storage/sec_saude/protocolos_clinicos_saude/manual_cuidado_pre-natal_puerperio_atencao_primaria_saude.

1ª. Edição 2006. 2ª. Edição 2016

CAPA/CONTRACAPA: Marcelo Ribeiro Máximo - Artes Gráficas/Núcleo de Comunicação/PML

Dados internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Bibliotecária Zoraide Gasparini CRB/9 1529

L838m LONDRINA. Prefeitura do Município. Secretaria Municipal de Saúde
Manual do cuidado no pré-natal e puerpério na atenção primária em Saúde/ Eni do Carmo de Souza, Marcos André da Silva (col.)...[et all]
– 2. ed. – Londrina : SMS. 2016.
434 p. il. color.
1. Saúde Pública. 2. Gestação. 3. Puérpera. I. Secretaria Municipal de Saúde.
II. Título.
CDD – 618

EQUIPE RESPONSÁVEL - 2ª. Edição

AUTORA

Eni do Carmo de Souza

ORGANIZADORA

Eni do Carmo de Souza

COLABORADORES

Clariana Muniz- Secretaria Municipal de Saúde de Londrina
Daniela Souza Silva Almeida- Secretaria Municipal de Saúde de Londrina
Eduardo Cristofoli- Secretaria Municipal de Saúde de Londrina
Fernanda Teodoro – Secretaria Municipal de Saúde de Londrina
Inácio Teruo Inoue – Universidade Estadual de Londrina
Juliana Marques - Secretaria Municipal de Saúde de Londrina
Larissa Lopes Sanità- Secretaria Municipal de Saúde de Londrina
Lílian de Fátima Macedo Nellessen - Secretaria Municipal de Saúde de Londrina
Lílian Poli de Castro- Secretaria Municipal de Saúde de Londrina
Luiz Carlos Baldo - Secretaria Municipal de Saúde de Londrina
Márcia A. Gobbi do Amaral - Secretaria Municipal de Saúde de Londrina
Marcos André da Silva - Secretaria Municipal de Saúde de Londrina
Maria de Fátima Valentini de Azevedo- Secretaria Municipal de Saúde de Londrina
Priscila Alexandra Colmiran - Secretaria Municipal de Saúde de Londrina
Sérgio Vitório Canavese - Secretaria Municipal de Saúde de Londrina

INSTITUIÇÕES E DIRETORIAS PARCEIRAS

17ª. Regional de Saúde- Evanira J. Chiquetti; Luiz Carlos Baldo
Consórcio Municipal do Médio Paranapanema- CISMENPAR: Geraldo Sujeta, Neusa Q. Aquilar
Ambulatório do Hospital das Clínicas de Londrina – Inácio T. Inoue
Ambulatório do Hospital Evangélico de Londrina- Flávia R.M. Z. Albernaz
Diretoria de Vigilância Sanitária-AMS- Christiane L.B. Liberatti; Michele Patricia Amadeu
Diretoria de Regulação e Auditoria em Saúde- Márcia Cristina Moreira; Miriani Ribeiretti
Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná- Jaqueline Dario Copobianco

APOIO ADMINISTRATIVOS

Anderson Rodrigo Nicoladelli Nobre
Anna Luiza Ferreira de Oliveira
Keyla Moreira de Araujo Maronezzi
Mariana Galvão Jacobs Carvalho
Haila Luiza Amorim Rodrigues

VALIDADORES

Evanira Chiquetti- 17ª. Regional de Saúde
Luiz Carlos Baldo- 17ª. Regional de Saúde
Inácio T. Inoue - Ambulatório do Hospital das Clínicas de Londrina (HC-UEL)
Christiane L.B. Liberatti- Coordenadora do Comitê de Mortalidade Infantil da Sec.Mun.de Saúde de Londrina
Jaqueline Dario Copobianco- Coordenadora da Residência em Infectologia Pediátrica- HURNPr.
Maria Elisa W. Cestari- Chefe departamento Saúde da Mulher- Curso Enfermagem- UEL
Márcia Cristina Moreira- Secretaria Municipal de Saúde de Londrina
Miriani Ribeiretti- Secretaria Municipal de Saúde de Londrina
Maria Elisa W. Cestari- Departamento Saúde da Mulher-Curso Enfermagem-UEL
Kátia M. Krelling Vezozo- Departamento Saúde da Mulher-Curso Enfermagem- UNIFIL
Cláudia Favero Monteiro - UBS Aquiles/AMS
Cynthia Taira- UBS CSU/AMS
Edna Marli T. Athayde- UBS Ideal/AMS

Elaine Campreguer- UBS Alvorada/AMS

Roxane Bandeira- UBS São Luiz/AMS

EQUIPE RESPONSÁVEL 1ª Edição

ORGANIZADORAS

Eni do Carmo de Souza

Marilda Kohatsu

AUTORES

Ahmed Ali Geha – Secretaria Municipal de Saúde de Londrina

Cyntia Harumi Taira – Secretaria Municipal de Saúde de Londrina

Daniela Souza Silva Alemida – Secretaria Municipal de Saúde de Londrina

Eni do Carmo de Souza- Secretaria Municipal de Saúde de Londrina

Marilda Kohatsu – Secretaria Municipal de Saúde de Londrina

Marlene Nonaka - Secretaria Municipal de Saúde de Londrina

Norma R. Holtz - Secretaria Municipal de Saúde de Londrina

Rosângela Aurélio Libanori - Secretaria Municipal de Saúde de Londrina

Tatiana Antonio e Silva - Secretaria Municipal de Saúde de Londrina

Thelma M.Sodré – Universidade Estadual de Londrina

Vera Lúcia Pereira Mendes dos Santos - Secretaria Municipal de Saúde de Londrina

ÍNDICE DE FIGURAS

| | |
|---|-----|
| Figura 1 - Imagem de Gestante..... | 21 |
| Figura 2 - Imagem de acolhimento..... | 38 |
| Figura 3 - Risco de natimortalidade em relação a fatores de risco maternos..... | 72 |
| Figura 4 - Semana de gestação | 82 |
| Figura 5 - Avaliação do estado nutricional da gestante segundo o índice de massa corporal por..... | 83 |
| Figura 6 - Atitude fetal | 93 |
| Figura 7 - Formas de apresentação fetal: cefálica, pélvica, Córmica | 93 |
| Figura 8 - Altura da apresentação fetal | 94 |
| Figura 9 - Situação fetal: longitudinal, transversa, oblíqua | 95 |
| Figura 10 - Manobras de Leopold -Zweifel..... | 95 |
| Figura 11 - Verificação da Altura uterina..... | 97 |
| Figura 12 - Ausculta dos Batimentos Cardíofetais (BCFs)..... | 101 |
| Figura 13 - Pesquisa de Edema MMII..... | 105 |
| Figura 14 - Pesquisa de Edema região sacral | 105 |
| Figura 15- Tabela de Referência para Valores de Pesos Fetais Estimados pela USG..... | 197 |
| Figura 16 - Valores de referência para determinação da idade gestacional por meio da medida do comprimento cabeça-nádegas (ccn) na ultrassonografia de primeiro trimestre | 198 |
| Figura 17 - Circunferência Craniana fetal – Intervalos de Referência das Medidas do Diâmetro Biparietal (DBP), da Circunferência Craniana (CC) e do Átrio do Ventrículo Lateral (VL)..... | 199 |
| Figura 18 - O crânio fetal..... | 244 |
| Figura 19 - Tipos de bacia..... | 246 |
| Figura 20 - A bacia obstétrica ou pequena bacia..... | 246 |
| Figura 21 - Assoalho pélvico Feminino | 247 |
| Figura 22 - Registro cardiotocográfico de gestante em trabalho de parto | 249 |
| Figura 23 - Apagamento e dilatação do colo do útero | 253 |
| Figura 24 - Dilatação cervical avaliada pelo toque vaginal | 258 |
| Figura 25 - Plano De Lee para avaliação da progressão da apresentação fetal no trabalho de parto | 259 |
| Figura 26 - Exercícios para o puerpério | 295 |
| Figura 27 - O Arco de Maguerez | 312 |
| Figura 28 - medo, tensão dor no trabalho de parto..... | 315 |

ÍNDICE DE FLUXOGRAMAS

| | |
|--|-----|
| FLUXOGRAMA 1 - ABORDAGEM DA PESSOA COM SUSPEITA DE INFERTILIDADE | 50 |
| FLUXOGRAMA 2 - DIAGNÓSTICO DA GRAVIDEZ | 53 |
| FLUXOGRAMA 3 - ABORDAGEM SINDRÔMICA EM INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (ISTS) NA GESTAÇÃO | 114 |
| FLUXOGRAMA 4 - ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA- RASTREAMENTO E CONDUTAS NA ANEMIA FALCIFORME..... | 131 |
| FLUXOGRAMA 5 - GLICEMIA DE JEJUM – RASTREAMENTO E CONDUTAS DA DIABETES GESTACIONAL 1º. TRIMESTRE | 137 |
| FLUXOGRAMA 6 - TESTE ORAL DE TOLERÂNCIA A GLICOSE (TOTG) – RASTREAMENTO E CONDUTAS- DIABETES GESTACIONAL- 2º e 3º. TRIMESTRE..... | 138 |
| FLUXOGRAMA 7 - PERFIL GLICÊMICO AMBULATORIAL – ACOMPANHAMENTO DE GESTANTE COM DIAGNÓSTICO DE DIABETES GESTACIONAL NO 1º TRIMESTRE E COM BOA RESPOSTA A MEV* | 139 |
| FLUXOGRAMA 8 - GESTANTE COM DIAGNÓSTICO PRÉVIO DE DM TIPO 1 EM USO DE INSULINA | 140 |
| FLUXOGRAMA 9 - GESTANTE COM DIAGNÓSTICO PRÉVIO DE DM TIPO 2 | 141 |
| FLUXOGRAMA 10 - PERFIL GLICÊMICO AMBULATORIAL – ACOMPANHAMENTO DE GESTANTE COM DIAGNÓSTICO DE DIABETES GESTACIONAL..... | 144 |
| FLUXOGRAMA 11 - HEMOGRAMA- RASTREAMENTO E CONDUTAS DA ANEMIA FERROPRIVA GESTACIONAL | 149 |
| FLUXOGRAMA 12 - HBSAG- INVESTIGAÇÃO DA HEPATITE B..... | 151 |
| FLUXOGRAMA 13 - TESTE DO HIV- RASTREAMENTO E CONDUTAS NO HIV | 154 |
| FLUXOGRAMA 14 - TIPAGEM SANGUINEA E FATOR RH-RASTREAMENTO DA INCOMPATIBILIDADE RH | 157 |
| FLUXOGRAMA 15 - ESTREPTOCOCO DO GRUPO B- RASTREAMENTO DE RISCO PARA INFECÇÕES NO NEONATO..... | 159 |
| FLUXOGRAMA 16 - TOXOPLASMOSE RASTREAMENTO E CONDUTAS QUANDO EXAME REALIZADO ANTES DA 16ª. SEMANA DE IDADE GESTACIONAL | 165 |
| FLUXOGRAMA 17 - TOXOPLASMOSE- RASTREAMENTO E CONDUTAS QUANDO EXAME REALIZADO APÓS A 16ª. SEMANA DE IDADE GESTACIONAL | 166 |
| FLUXOGRAMA 18 - TESTES RÁPIDO PARA SÍFILIS- RASTREAMENTO E CONDUTAS DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO..... | 171 |
| FLUXOGRAMA 19 - VDRL- RASTREAMENTO E CONDUTAS DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO | 172 |
| FLUXOGRAMA 20 - TESTES PARA SÍFILIS- RASTREAMENTO E CONDUTAS DE PARCERIA (S) SEXUAL(IS)..... | 173 |
| FLUXOGRAMA 21 - ATENDIMENTO A GESTANTE E/OU PARCERIAS SEXUAIS COM RELATO DE ALERGIAS A PENICILINA | 179 |
| FLUXOGRAMA 22 - TSH: RASTREAMENTO E CONDUTAS NAS TIREOIDOPATIAS | 184 |
| FLUXOGRAMA 23 - URINA I E UROCULTURA- RASTREAMENTO E CONDUTAS DA INFECÇÃO URINÁRIA NA GESTAÇÃO | 188 |
| FLUXOGRAMA 24 - TESTE RÁPIDO HEPATITE C- RASTREAMENTO DA HEPATITE C NA GESTAÇÃO | 204 |
| FLUXOGRAMA 25 - ATENÇÃO NAS SÍNDROMES HEMORRÁGICAS DA GESTAÇÃO | 230 |
| FLUXOGRAMA 26 - ATENÇÃO NAS ALTERAÇÕES DO LÍQUIDO AMNIÓTICO | 234 |
| FLUXOGRAMA 27 - ATENÇÃO NAS PERDAS DE LÍQUIDO VIA VAGINAL- SUSPEITA DE ROTURA PREMATURA | 237 |
| FLUXOGRAMA 28 - ATENÇÃO NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ: PRE-ECLAMPSIA/ECLAMPSIA | 241 |
| FLUXOGRAMA 29 -ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA FEMININA E MASCULINA (MÉTODOS DEFINITIVOS E CIRÚRGICOS)..... | 298 |

LISTA DE QUADROS

| | |
|--|-----|
| Quadro 1 - Nível de evidência de produção científica..... | 35 |
| Quadro 2 - Graus de Recomendação nos enfoques de terapia, prevenção e etiologia | 36 |
| Quadro 3 - Exames de Rotina Pré - Concepcionais para Mulheres que desejam engravidar | 44 |
| Quadro 4 - Exames Excepcionais Pré-Concepcionais para Mulheres que Desejam Engravidar | 45 |
| Quadro 5 - Cronograma Mínimo das Consultas de Pré-Natal para Risco Habitual e Intermediário | 55 |
| Quadro 6 - Roteiro do exame físico geral e obstétrico na primeira consulta de pré-natal..... | 58 |
| Quadro 7 - Plano de cuidados no pré-natal | 60 |
| Quadro 8 - Roteiro do exame físico geral e obstétrico nas consultas subsequentes de pré-natal..... | 62 |
| Quadro 9 - Fatores de Risco Reprodutivo..... | 63 |
| Quadro 10 - Estratificação Risco Gestacional..... | 65 |
| Quadro 11 - Padronização de procedimentos e condutas de rotina no pré-natal de risco habitual e intermediário no município de Londrina | 73 |
| Quadro 12 - A Determinação em meses do Tempo da Gravidez | 79 |
| Quadro 13 - Diagnóstico nutricional conforme o IMC para pessoas não gestantes..... | 81 |
| Quadro 14 - Ganho de peso recomendado (em kg) na gestação segundo o estado nutricional inicial | 86 |
| Quadro 15 - Achados e condutas frequentes para pressão arterial | 91 |
| Quadro 16 - Registro dos Movimentos Fetais- MFs..... | 103 |
| Quadro 17 - avaliação da dinâmica uterina..... | 107 |
| Quadro 18 - Tratamento em Abordagem Síndrômica para Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)- Doença Inflamatória Pélvica (DIP) | 115 |
| Quadro 19 - Tratamento Em Abordagem Síndrômica Para Infecções do Trato Reprodutivo (ITR)* e Sexualmente Transmissíveis (ISTs)- Corrimento Vaginal..... | 116 |
| Quadro 20 - Tratamento Em Abordagem Síndrômica para Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)- Ulcera Genital..... | 119 |
| Quadro 21 - Abordagem para lesão anogenital | 122 |
| Quadro 22 - Vacinas com indicação universal (rotina) para gestantes..... | 124 |
| Quadro 23 - Vacinas Com Uso Restrito na Gestação:..... | 125 |
| Quadro 24 - Exames De Rotina Para Pré-Natal na Atenção Primária em Saúde no Município de Londrina-Pr. | 126 |
| Quadro 25 - citologia oncótica- rastreamento e condutas no câncer do colo do útero..... | 128 |
| Quadro 26 - Recomendações de Manejo para Diabetes na Gravidez | 134 |
| Quadro 27 - Medicações para Controle da Diabetes Mellitus Gestacional..... | 143 |
| Quadro 28 - Tipos de Anemia de acordo com Volume Corpuscular Médio (VCM): | 145 |
| Quadro 29 - Esquema terapêutico – Tratamento da Toxoplasmose Gestacional..... | 163 |
| Quadro 30 - Esquema terapêutico – tratamento da toxoplasmose congênita-..... | 164 |
| Quadro 31 - Manifestações clínicas, de acordo com a evolução e estágios da sífilis adquirida | 170 |
| Quadro 32 - Tratamento da Sífilis em Gestantes e Não Gestantes..... | 176 |
| Quadro 33 - Reação De Jarisch-Herxheimer X Reação à Penicilina..... | 178 |
| Tratar com droga alternativa (ver Quadro 34 -Tratamento da Sífilis em Gestantes e Não Gestantes. | 179 |
| Quadro 35 - Principais Indicações da Ultrassonografia Obstétrica (USG) de Rotina Conforme Trimestre Gestacional..... | 191 |
| Quadro 36 - Principais Indicações da Ultrassonografia Obstétrica (USG) Morfológica..... | 192 |
| Quadro 37 - Parasitoses Intestinais na Gestação e Puerpério | 201 |
| Quadro 38 - Parâmetros de Avaliação dos Sinais Vitais em Gestantes e Puérperas | 221 |
| Quadro 39 - Parâmetros de Avaliação da Glicemia em Gestantes e Puérperas..... | 221 |
| Quadro 40 - Avaliação da Dor: Escala Visual Analógica (EVA)..... | 221 |
| Quadro 41 - Classificação e Condutas nas Síndromes Hemorrágicas até 20ª. Semana de Gestação (1ª. Metade da Gestação) | 225 |
| Quadro 42 - Diagnóstico Diferencial entre as Formas Clínicas de Abortamentos..... | 226 |
| Quadro 43 - Classificação Da Perda Sanguínea Vaginal Segundo Quantidade e Tempo..... | 227 |
| Quadro 44 - Classificação Da Perda Sanguínea Vaginal Segundo Quantidade e Tempo..... | 231 |
| Quadro 45 - Pré Eclâmpsia | 240 |
| Quadro 46 - Características das contrações | 249 |
| Quadro 47 - Diagnóstico e Condutas Diferenciais das Fases do Trabalho de Parto, Parto e Puerpério | 255 |
| Quadro 48 - Boletim De APGAR | 261 |
| Quadro 49 - Alterações/Doenças da Cavidade Bucal na Gestação | 264 |

| | |
|---|-----|
| Quadro 50 - Principais Agravos Relacionados ao Sofrimento Mental no Puerpério | 274 |
| Quadro 51 - Principais drogas utilizadas no tratamento de depressão no período gravídico puerperal | 276 |
| Quadro 52 - Sinais e sintomas, condição de alerta e manejo inicial..... | 291 |
| Quadro 53 - Critérios de Elegibilidade para uso de Métodos Anticoncepcionais | 296 |
| Quadro 54 - Resumo Dos Métodos Anticoncepcionais Reversíveis Elegíveis para uso no Puerpério | 297 |
| Quadro 55 - Resumo das Informações Clínicas para as Mulheres Após Abortamento | 309 |
| Quadro 56 - Correspondência entre as semanas de desenvolvimento embrionário e semanas de gestação pela DUM..... | 319 |

LISTA DE TABELAS

| | |
|---|-----|
| Tabela 1 - Distribuição do ganho de peso materno durante a gestação | 89 |
| Tabela 2 - Dimensões da bolsa de borracha para diferentes circunferências de braço em crianças e adultos | 90 |
| Tabela 3 - Recomendação quanto ao tempo de interrupção do aleitamento materno após consumo de drogas de abuso | 290 |

LISTA DE APÊNDICES

| | |
|---|-----|
| APÊNDICE A - MEDICAMENTOS PRESCRITOS PELO ENFERMEIRO NA..... | 329 |
| APÊNDICE B - ACONSELHAMENTO PRÉ-CONCEPCIONAL E AS HEMOGLOBINOPATIAS | 330 |
| APÊNDICE C - ATIVIDADE FÍSICA PARA GESTANTES | 339 |
| APÊNDICE D - ORIENTAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA A GESTANTE | 343 |
| APÊNDICE E - ASPECTOS EMOCIONAIS DA GESTAÇÃO E PUERPÉRIO | 367 |
| APÊNDICE F - DIREITOS SOCIAIS DA GESTANTE..... | 375 |
| APÊNDICE G - A SEXUALIDADE NO PERÍODO GRAVÍDICO PUERPERAL | 380 |
| APÊNDICE H - ORIENTAÇÕES GERAIS PARA GESTANTES..... | 386 |
| APÊNDICE I - A DETERMINAÇÃO DE PESO FETAL PELA REGRA DE JOHNSON | 390 |
| APÊNDICE J - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL | 391 |
| APÊNDICE K - O TABAGISMO NA GESTAÇÃO | 399 |
| APÊNDICE L - CONTROLE DE HEMOGLUCOTESTE (HGT) | 413 |
| APÊNDICE M - CONTROLE DE PRESSÃO ARTERIAL E PESO | 414 |
| APÊNDICE N - PADRONIZAÇÃO DE RELATÓRIO NA 1ª. CONSULTA PRÉ-NATAL | 415 |
| APÊNDICE O - FICHA CLÍNICA DE EVOLUÇÃO PRÉ-NATAL..... | 416 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ACS- Agente comunitário em saúde
Anti HCV- Anticorpos produzidos contra antígenos do vírus da Hepatite C
Anti-HBC- Anticorpos produzidos contra antígenos do vírus da Hepatite B
ANVISA- Agência Nacional de Vigilância Sanitária
APS- Atenção primária em saúde
AVE- Acidente Vascular Encefálico
ARV- Anti- retroviral
ARV- Anti-retroviral
AU- Altura uterina
AZT- zidovudina
BCF- Batimento cardio fetal
BO-Boletim de ocorrência
CAPS- Centros de Atenção Psicossocial
CAT- Comunicação de Acidente de Trabalho
CE: Contracepção de emergência
CID - Classificação Internacional de Doenças
CIDI- Centro Integrado de Doenças Infecciosas
CIVD- Coagulação Intravascular Disseminada
CIE- Conselho Internacional de Enfermagem
CIPE- Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem
CIPESC- Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Saúde Coletiva
CISMEPAR- Consórcio Intermunicipal do médio Paranapanema
CLAP- Centro Latino-Americano de Perinatologia
CM- Consulta médica
CO- colpocitologia oncótica
COFEN- Conselho Federal de Enfermagem
cp- Comprimido
CREAS- Centro de referencia especializada de assistência social
CT,- Colesterol total
CTG- Cardiotocografia
DAPS- Diretoria da Atenção Primária em Saúde
DIP-Doença inflamatória pélvica
DIU- Dispositivo intrauterino
DI/dL- Decilitro
DM- Diabetes mellitus
DM2- Diabetes mellitus tipo 2
DMG- Diabetes mellitus gestacional
DNA- Ácido desoxirribonucleico
DPOC: Distúrbio pulmonar obstrutivo crônico
DPP- Data Provável do Parto
DPP- Descolamento prematuro da placenta
DPT- Vacina contra difteria, coqueluche e tétano
DSCS- Diretoria de Serviços Complementares de Saúde
DST- Doença sexualmente transmissível
DST- Doença Sexualmente transmissível

dT- Vacina contra difteria e tétano tipo adulto
DT- Vacina contra difteria e tétano tipo infantil
dT- Vacina dupla bacteriana
dTPa- Vacina contra difteria, tétano, Pertussis (coqueluche) acelular
DU- Dinâmica uterina
DUES-Diretoria de Urgência e Emergência em Saúde
DUM- Data da última menstruação
ECM- Exame clínico das mama
ESF- Estratégia saúde da família
Ex.- Exemplo
FDA- Food and Drug Administration
FEBRASGO- Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria
FSH- Hormônio folículo-estimulante
g- gramas
GI- Gestação Indesejada
GNP- Gestação não planejada
HAC- Hipertensão arterial crônica
HAC- Hipertensão Arterial Sistêmica
Hb- Hemoglobina
HB1AC- Hemoglobina glicada
HBsAg- Antígeno de superfície do vírus da hepatite B
HCM- Hemoglobina corpuscular média
HCV- Vírus da Hepatite C
HEL- Hospital Evangélico de Londrina
HGT- Hemogluco teste
h-hora
HIV- Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV- Human Papiloma Virus.
Hs- Horas
HSV-1/2- Vírus da herpes simples tipo 1 e tipo 2
Ht- Hematócrito
HU/ HURNPr- Hospital universitário Regional do Norte do Paraná
ICC: Insuficiência cardíaca congestiva
ICL- Instituto do Câncer de Londrina (ICL)
IG- Idade gestacional
IGHAHB - Imunoglobulina Humana Anti-Hepatite B
IGHVAZ- imunoglobulina humana anti-varicela-zoster
IgM- Primeira Imunoglobulina produzida em resposta a infecções bacterianas e virais.
ILA- Índice de líquido amniótico
IM- Intra muscular
IM- Intra muscular
IMC- Índice de Massa Corporea
IML- Instituto Médico Legal
IRA- Insuficiência Renal Aguda
ISTs- Infecções sexualmente transmissíveis (ISTs)
ITR- Infecção do Trato Reprodutivo
ITU- Infecção do trato urinário
Kcal- Kilocaloria
Kg- Kilograma
KOH- Hidróxido de potássio

LACEN- Laboratório central do estado
LDL-C- Colesterol ou lipoproteína de baixa densidade
LES: Lúpus Eritematoso Sistêmico
LIEAG- Lesão intraepitelial de alto grau ((LIEAG
m- Metro
mcg- Micrograma
MEV- Mudança de estilo de vida
MFs- Movimentos fetais
mg- Miligramas
mL: milímetro
MMG- Mamografia
MMII- Membros inferiores
MMLB- Maternidade Municipal Lucila Balalai
MS- Ministério da Saúde
NANDA I- Nanda Internacional
NASF- Núcleo de apoio a saúde da família
NPH- *Neutral Protamine Hagedorn*
OMS- Organização Mundial da Saúde
PA- Pressão arterial
Pct- Paciente
PGAC- Perfil glicêmico Ambulatorial Completo
PGAS- Perfil glicêmico Ambulatorial Simplificado
pH: Potencial hidrogeniônico
PN- Pré-natal
PS- Pronto socorro
PSF- Programa Saúde da família
RCIU- Retardo do crescimento intrauterino
RDMF- REGISTRO DIÁRIO DOS MOVIMENTOS FETAIS
RDW- Red Cell Distribution Width
RPR- Rapid Plasma Reagin
SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem
SAMU- Serviço atendimento móvel de urgência
SBD- Sociedade Brasileira de Diabetes
SINAN- Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SISPRENATAL- Sistema nacional de acompanhamento pré-natal
TC- Terapia comunitária
T-CD4- Contagem de linfócitos
TCG- Tratamento completo gestante
TEP- Tromboembolismo pulmonar
TG-triglicérido
TR- Teste rápido
TSH- thyroid-stimulating Hormone (Hormônio estimulante da tireóide)
TT- Toxóide tetânico
TTG- Teste de tolerância a glicose
TVP- Trombose venosa profunda
UBS - Unidade Básica de Saúde
UBS- Unidade Básica de Saúde
UEL- Universidade Estadual de Londrina
UI- Unidade
UI- Urina I

UI/dl- Unidade por decilitro
UPA- Unidade de Pronto Atendimento
URO- Urocultura
USG- Ultrassonografia
VAT- vacina anti tetânica
VCM- Volume Corpuscular Médio
VD- Visita domiciliar
VDRL- Venereal Disease Research Laboratory
VHS- Velocidade de hemossedimentação
VO- Via oral
VS: Violência Sexual
VV- Via vaginal
X- Vezes
ZDV- Zidovudina
 β -hCG - Beta gonadotrofina coriônica
 μ g - Micrograma por litro

SUMÁRIO

| | |
|--|-----------|
| INTRODUÇÃO | 20 |
| 1 AS DIRETRIZES | 21 |
| 1.1 O Objetivo Geral | 21 |
| 1.2 Os Objetivos Específicos..... | 21 |
| 1.3 As Metas Para O Triênio 2017 – 2019 | 22 |
| 1.4 A Organização da Atenção Obstétrica | 22 |
| 1.4.1 Atribuições dos profissionais da equipe de saúde da atenção primária | 23 |
| 1.4.2 Atribuições das instituições que compõe a rede de serviços de atendimento materno infantil no município de Londrina..... | 33 |
| 1.4.3 Competência das maternidades vinculadas..... | 34 |
| 1.4.4 A Prática Da Saúde Baseada Em Evidências Na Atenção Obstétrica | 35 |
| 1.4.5 Nível de evidência científica | 35 |
| 1.4.6 Graus de recomendação | 36 |
| 2 O CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL | 37 |
| 2.1 O aconselhamento pré-concepcional | 38 |
| 2.1.1 Anamnese, o olhar sobre o risco..... | 38 |
| 2.2 O exame físico na consulta pré-concepcional..... | 43 |
| 2.3 Solicitações de exames pré- concepcionais..... | 44 |
| 2.3.1 Os exames de rotina e excepcionais para mulheres que desejam engravidar | 44 |
| 2.3.2 Exames de Rotina Para Parceiros | 46 |
| 2.4 Avaliação do estado vacinal pré-concepcional | 46 |
| 2.5 Uso de suplementos vitamínicos no período pré-concepcional | 46 |
| 2.6 Orientações específicas quanto aos hábitos e ao estilo de vida | 46 |
| 2.7 Abordagem da pessoa ou do casal com suspeita de infertilidade | 47 |
| Fatores que predispõe a infertilidade do casal | 47 |
| 3 O CUIDADO NO PRÉ-NATAL | 51 |
| 3.1 O Acolhimento | 51 |
| 3.2 O diagnóstico de gravidez | 52 |
| 3.3 O calendário de consultas | 54 |
| 3.4 A consulta no pré-natal..... | 55 |
| 3.4.1 Roteiro da primeira consulta..... | 56 |
| 3.4.2 A Coleta de Dados- A anamnese e o exame físico obstétrico | 56 |
| 3.4.3 O Diagnóstico no pré-natal..... | 59 |
| 3.4.4 Planejamento/Prescrição..... | 60 |
| 3.4.5 Implementação | 61 |
| 3.4.6 Avaliação | 61 |
| 3.5 O roteiro de consultas subsequentes | 61 |
| 3.6 O risco gestacional - investigação e classificação | 62 |
| 3.6.1 3.6.1 Definição dos fatores de risco reprodutivo | 63 |
| 3.6.2 3.6.2 Estratificação risco gestacional | 64 |
| 3.6.3 3.6.3 Determinação do serviço que realizará o pré-natal no município de Londrina-Pr. | 65 |
| 3.7 Os procedimentos, achados e condutas na consulta obstétrica | 72 |
| 3.7.1 O cálculo da idade gestacional (IG) | 74 |
| 3.7.2 O cálculo da data provável do parto (DPP) | 77 |
| 3.7.3 Determinação do trimestre gestacional..... | 78 |
| 3.7.4 Determinação do tempo da gravidez em meses..... | 78 |
| 3.7.5 Avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional | 79 |
| 3.7.6 A medida da pressão arterial (PA) | 89 |
| 3.7.7 Palpação obstétrica | 92 |
| 3.7.8 Medida da altura uterina..... | 96 |
| 3.7.9 A ausculta dos batimentos cárdio fetais..... | 100 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 3.7.10 | Objetivo..... | 100 |
| 3.7.11 | Registro diário dos movimentos fetais (RDMF) – mobilograma..... | 102 |
| 3.7.12 | Pesquisa de edema..... | 104 |
| 3.7.13 | Verificação da dinâmica uterina | 107 |
| 3.7.14 | O Exame clínico das mamas..... | 108 |
| 3.7.15 | Exame ginecológico | 111 |
| 3.7.16 | Coleta da colpocitologia oncótica(CO) | 111 |
| 3.7.17 | Abordagem Síndrômica em ISTS..... | 112 |
| 3.7.18 | O estado vacinal..... | 124 |
| 3.8 | Os exames de rotina no pré-natal | 126 |
| 3.8.1 | Colpocitologia oncótica- Rastreamento e Condutas no Câncer do Colo do Útero | 127 |
| 3.8.2 | Eletroforese de hemoglobina- Rastreamento e Condutas nas Síndromes Falciformes | 130 |
| 3.8.3 | Glicemia e teste de tolerância a glicose – Rastreamento e Condutas na Diabetes Gestacional 132 | |
| 3.8.4 | Hemograma- Rastreamento e Condutas na Anemia Gestacional | 145 |
| 3.8.5 | HBsAg- Rastreamento e Condutas na Hepatite B | 150 |
| 3.8.6 | Teste de HIV- rastreamento e condutas do HIV | 152 |
| 3.8.7 | Tipagem sanguínea e fator rh - rastreamento e condutas na incompatibilidade rh | 155 |
| 3.8.8 | Estreptococo do grupo B (EGB) - Rastreamento de Risco para Infecções no Neonato | 158 |
| 3.8.9 | Toxoplasmose - Rastreamento e Condutas na Toxoplasmose Gestacional | 159 |
| 3.8.10 | Testes Imunológicos- Rastreamento e Condutas na Sífilis Adquirida | 167 |
| 3.8.11 | TSH - Rastreamento e Condutas nas Tireoidopatias na Gestação | 182 |
| 3.8.12 | Urina I e Urocultura- Rastreamento e Condutas na Infecção Urinária da Gestação | 185 |
| 3.8.13 | 3.8.13 A Escolha do Tratamento da Infecção urinária | 187 |
| 3.8.14 | 3.8.14 A ultrassonografia (USG) obstétrica..... | 190 |
| 3.9 | Os exames excepcionais no pré-natal | 200 |
| 3.9.1 | Parasitológico de fezes- Pesquisa das parasitoses intestinais..... | 200 |
| 3.9.2 | Teste Rápido para Hepatite C- Rastreamento e Condutas na Hepatite C | 202 |
| 3.10 | O cuidado nas queixas mais comuns na gestação | 205 |
| 3.10.1 | Alterações na Movimentação fetal | 205 |
| 3.10.2 | Câimbras | 205 |
| 3.10.3 | Cefaleia..... | 206 |
| 3.10.4 | Corrimento Vaginal..... | 206 |
| 3.10.5 | Dor Abdominal/Cólica..... | 208 |
| 3.10.6 | Dor Lombar..... | 208 |
| 3.10.7 | Dor nas Mamas (Mastalgia) | 209 |
| 3.10.8 | Dor e formigamento na lateral da coxa | 210 |
| 3.10.9 | Dormência ou Formigamento das Mãos- Acroestesia | 210 |
| 3.10.10 | Dor na região Plantar | 211 |
| 3.10.11 | Edema | 211 |
| 3.10.12 | Entorse | 212 |
| 3.10.13 | Epistaxe e congestão nasal..... | 213 |
| 3.10.14 | Estrias..... | 213 |
| 3.10.15 | Náuseas, vômitos | 213 |
| 3.10.16 | Pirose/azia | 214 |
| 3.10.17 | Falta de ar/dificuldade para respirar..... | 215 |
| 3.10.18 | Fraqueza/tontura | 215 |
| 3.10.19 | Hemorróida..... | 216 |
| 3.10.20 | Obstipação intestinal/flatulências | 217 |
| 3.10.21 | Pigmentação/cloasma gravídicos..... | 217 |
| 3.10.22 | Hiperacidez Bucal, Placa bacteriana e Cárie | 218 |
| 3.10.23 | Queixas urinárias..... | 218 |
| 3.10.24 | Sialorreia..... | 219 |
| 3.10.25 | Sangramento na gengiva | 219 |
| 3.10.26 | Varizes e Varicoses..... | 219 |
| 4 | O CUIDADO NAS INTERCORRÊNCIAS OBSTÉTRICAS | 221 |
| 4.1 | Parâmetros de avaliação em gestantes e puérperas..... | 221 |

| | | |
|----------|---|------------|
| 4.2 | Hiperêmese gravídica..... | 222 |
| 4.2.1 | Diagnóstico diferencial | 222 |
| 4.2.2 | Condutas | 222 |
| 4.3 | Síndromes hemorrágicas..... | 223 |
| 4.3.1 | Sinais e Sintomas..... | 223 |
| 4.3.2 | Classificação das síndromes hemorrágicas..... | 223 |
| 4.3.3 | Outras causas de sangramento por via vaginal durante toda a gestação | 223 |
| 4.3.4 | Hemorragias na Segunda Metade da gestação..... | 223 |
| 4.4 | Atenção nas alterações do líquido amniótico | 231 |
| 4.4.1 | Oligodidrânio | 231 |
| 4.4.2 | Polidrânio..... | 232 |
| 4.4.3 | Rotura Prematura das Membranas Ovulares (RPMO) | 235 |
| 4.5 | Atenção nas síndromes hipertensivas da gravidez..... | 238 |
| 4.5.1 | Conceitos e Parâmetros para suspeição de Hipertensão arterial na gestação | 238 |
| 4.5.2 | Classificação das síndromes hipertensivas da gravidez..... | 238 |
| 4.5.3 | Sinais e Sintomas..... | 239 |
| 4.5.4 | Os objetivos do manejo da hipertensão arterial | 239 |
| 4.5.5 | Diagnóstico laboratorial | 239 |
| 4.5.6 | Seguimento da Hipertensão arterial no pós-parto | 239 |
| 4.5.7 | Formas Clínicas da Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia..... | 240 |
| 4.6 | Atenção na gestação prolongada..... | 242 |
| 4.6.1 | Diagnóstico | 242 |
| 4.6.2 | Conduta | 242 |
| 4.7 | O trabalho de parto prematuro | 242 |
| 4.7.1 | Fatores de Risco Para o Trabalho de Parto Prematuro..... | 242 |
| 4.7.2 | Como Identificar/avaliar o trabalho de parto prematuro..... | 243 |
| 5 | O CUIDADO NO TRABALHO DE PARTO, PARTO E NASCIMENTO NA APS | 244 |
| 5.1 | O trabalho de parto (TP)..... | 244 |
| 5.2 | O Objeto: O Feto | 244 |
| 5.2.2 | O Trajeto Duro e Mole: Bacia, cérvix, vagina..... | 245 |
| 5.2.3 | O Motor- a Contração Uterina | 248 |
| 5.3 | O trabalho de parto, parto e puerpério - mecanismo e fase clínica | 250 |
| 5.3.1 | O Período Premonitório..... | 250 |
| 5.3.2 | 2º PERÍODO- Expulsão..... | 251 |
| 5.3.3 | 3º. PERÍODO- dequitação ou secundamento | 252 |
| 5.4 | Diagnóstico do trabalho de parto..... | 252 |
| 5.4.1 | Diagnóstico Diferencial: Falso Trabalho de Parto | 253 |
| 5.4.2 | Como Identificar e avaliar um Trabalho de parto | 254 |
| 5.5 | Avaliação da evolução do trabalho de parto | 256 |
| 5.5.1 | O toque vaginal no trabalho de parto | 256 |
| 5.5.2 | Determinação do encaixamento do polo cefálico- Plano de De Lee | 258 |
| 5.6 | Atenção ao parto iminente e ao recém nascido | 260 |
| 5.6.1 | Diagnóstico | 260 |
| 5.6.2 | Assistência no período expulsivo | 260 |
| 5.6.3 | Assistência ao terceiro período: dequitação da placenta..... | 261 |
| 5.7 | Atenção ao recém-nascido..... | 261 |
| 6 | O CUIDADO DA SAÚDE BUCAL NA GESTAÇÃO | 263 |
| | Pré Natal Odontológico | 263 |
| 6.1 | Efeitos da saúde bucal na gestação e no bebê | 263 |
| 6.2 | Doenças cavidade bucal..... | 263 |
| 6.3 | A utilização de drogas em gestantes na odontologia | 265 |
| 6.3.1 | Drogas de uso geral | 265 |
| 6.3.2 | Anestésicos | 265 |
| 6.3.3 | Antimicrobianos Indicados na gestação e lactação | 265 |
| 6.3.4 | Antimicrobianos Contraindicados na gestação e lactação..... | 265 |
| 6.3.5 | Uso de Exames Radiológicos | 266 |

| | | |
|-----------|---|------------|
| 7 | O CUIDADO NO PUERPÉRIO | 267 |
| 7.1 | Definições | 267 |
| 7.2 | Aspectos fisiológicos no puerpério | 267 |
| 7.3 | A revisão puerperal..... | 271 |
| 7.3.1 | Os Objetivos da Revisão Puerperal | 271 |
| 7.3.2 | Componentes da Avaliação Clínica e Ginecológica | 271 |
| 7.4 | Queixas comuns no puerpério..... | 272 |
| 7.5 | Condições patológicas no período puerperal..... | 273 |
| 7.5.1 | Agravos Mais Comuns No Período Puerperal | 273 |
| 7.5.2 | O Sofrimento Mental no Puerpério | 274 |
| 7.5.3 | Prevenção e manejo dos principais problemas relacionados à amamentação | 277 |
| 7.5.4 | Situações em que há restrições ao aleitamento materno | 289 |
| 7.6 | Intercorrências clínicas que se caracterizam como urgência/emergência no puerpério | 291 |
| 7.7 | Síntese do plano de cuidado à puerpera..... | 292 |
| 7.7.1 | Acolhimento com escuta qualificada | 292 |
| 7.7.2 | Avaliação global | 292 |
| 7.7.3 | Exame físico | 292 |
| 7.7.4 | Orientações e condutas gerais..... | 292 |
| 7.8 | A anticoncepção pós-parto e pós abortamento..... | 295 |
| 7.8.1 | Crterios de Elegibilidade para uso de Métodos Anticoncepcionais..... | 295 |
| 7.8.2 | A Anticoncepção Pós-Abortamento | 296 |
| 8 | O CUIDADO À MULHER APÓS ABORTAMENTO..... | 299 |
| 8.1 | Abortamento como problema de saúde pública | 299 |
| 8.2 | O abortamento provocado | 299 |
| 8.2.1 | Causas do abortamento provocado | 299 |
| 8.2.2 | Formas de Abortamento provocado | 300 |
| 8.3 | O ABORTAMENTO ESPONTÂNEO | 300 |
| 8.3.1 | Incidência..... | 300 |
| 8.3.2 | Fatores de risco do abortamento espontâneo..... | 300 |
| 8.3.3 | Causas de Abortamento Espontâneo | 301 |
| 8.4 | Aspectos emocionais da mulher em situação de abortamento espontâneo ou outras perdas* | 303 |
| 8.4.1 | Aspectos Relacionados ao Abortamento na Visão Psicossomática | 303 |
| 8.4.2 | As causas do abortamento espontâneo nas sociedades primitivas e hoje | 303 |
| 8.4.3 | O puerpério no abortamento | 306 |
| 8.5 | O profissional de saúde diante do abortamento espontâneo..... | 307 |
| 8.6 | Aspectos ético-profissionais e jurídicos do abortamento | 307 |
| 8.6.1 | Ética Profissional | 307 |
| 8.6.2 | Diretrizes do atendimento à mulher em situação de abortamento..... | 308 |
| 8.7 | Orientações gerais para as mulheres após abortamento | 309 |
| 9 | MATERIAL DE APOIO PARA ATIVIDADES COLETIVAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE | 310 |
| 9.1 | Objetivos | 310 |
| 9.2 | Metodologia para atividades coletivas..... | 310 |
| 9.2.1 | Referencial pedagógico (método) | 311 |
| 9.3 | Fases da metodologia da problematização | 313 |
| 9.3.1 | Observação da Realidade | 313 |
| 9.3.2 | Identificação dos Problemas -Pontos Chaves..... | 313 |
| 9.3.3 | Teorização | 313 |
| 9.3.4 | Hipóteses de Solução – Planejamento | 314 |
| 9.3.5 | Aplicação – Execução da ação (prática) | 314 |
| 9.4 | Registro das ações | 315 |
| 9.5 | A psicoprofilaxia da gravidez | 315 |
| 9.5.1 | O método | 315 |
| 9.5.2 | Objetivos do método psicoprofilático da gestação | 316 |
| 9.5.3 | Pontos importantes do método | 316 |
| 9.6 | Desenvolvimento fetal e alterações fisiológicas na gestação | 318 |
| 10 | REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 321 |

APRESENTAÇÃO

Estamos lançando os Protocolos da Secretaria Municipal de Saúde de Londrina, atualizados e com informações sistematizadas que vão auxiliar e agilizar o processo de atendimento na nossa rede de atenção.

Acreditamos que este instrumento contribuirá na organização da Assistência, promovendo o alinhamento técnico, aquisição de novas habilidades e a busca permanente da qualidade da atenção à saúde.

Fortalecer a Atenção Primária à Saúde é uma das metas que temos procurado com muita firmeza. Neste sentido, o esforço técnico de toda equipe da Secretaria Municipal de Saúde de produzir este protocolo, faz parte das diversas iniciativas desenvolvidas nesta direção, promovendo a melhoria do acesso, garantindo a equidade, continuidade e integralidade das ações e a coordenação do cuidado focado nas necessidades do cidadão. Portanto, desejamos que todos façam um excelente uso deste material.

Dr. Gilberto Berguio Martin
Secretário Municipal de Saúde-
Londrina-Pr

INTRODUÇÃO

FAZENDO A DIFERENÇA

Este trabalho que começou como uma atualização do “Protocolo de Atenção Integral à Gestante de Baixo Risco e Puérpera” do município de Londrina de 2006, vagarosamente ao longo de 4 anos foi ganhando mais temas e páginas, chegando ao *status* de manual. No entanto, tanto o trabalho anterior como o atual tem como Modelo de Atenção Obstétrica, o pressuposto de que gravidez e nascimento são eventos normais de vida, porém requer vigilância e **cuidado pré-natal** de qualidade.

A palavra Cuidado advém do latim, *coera* e *cogitare*, palavras relacionadas afetuosidade, solicitude, atenção, preocupação e inquietação para com o outro (BOFF, 1999).

Por pré-natal entende-se o acompanhamento da gestante com vistas a prevenir agravos, promover a saúde, estabelecer o cuidado e instalar medidas de vigilância e proteção ao binômio materno-fetal.

Segundo as evidências internacionais, um pré-natal pode ser realizado tanto por médicos quanto por enfermeiros obstetras ou generalistas capacitados.

Entretanto, é importante alertarmos que uma assistência integral não se faz apenas com consultas, nem apenas por médicos e enfermeiras, por mais competentes, habilitados ou envolvidos que sejam, pois integralidade da assistência se faz por meio de múltiplos olhares. Em outras palavras significa o envolvimento de uma equipe multi e transdisciplinar exemplificada pela equipe mínima da Estratégia Saúde da Família incluindo agentes comunitários de saúde, auxiliares ou técnicos de enfermagem, mas também pela equipe de apoio formada por assistentes administrativos, serviços gerais, médicos pediatras, ginecologistas e obstetras, psicólogos, fisioterapeutas, assistente social, educadores físicos, nutricionistas e tantos outros que compor o trabalho na atenção primária em saúde (APS).

Isto significa que um serviço resolutivo no atendimento ao pré-natal deverá ultrapassar os aspectos biologicista centralizado na figura do médico e por vezes burocratizado. Para isso, muitas vezes podem ser necessário que o serviço reorganize seu processo de trabalho de forma a incluir o acolhimento como estratégia de vinculação da gestante e seus significantes, além de implementar ações de avaliação e monitoramento e assim prevenir efetivamente os abortamentos, mortalidade materno-infantil e/ ou sequelas de intercorrências ocorridas no ciclo grávidopuerperal.

Assim, este protocolo destina-se principalmente aos profissionais médicos clínicos gerais, enfermeiros, ginecologistas/obstetras. Mas também pretende ser fonte de consulta a todos os profissionais das Unidades Básicas de Saúde (UBS) ou outros serviços da Rede de Atenção à Saúde que em algum momento necessitam do conteúdo aqui disposto.

Eni do Carmo de Souza
ORGANIZADORA

1 AS DIRETRIZES

1.1 O Objetivo Geral

Reduzir a morbimortalidade maternoinfantil e conduzir a gravidez até o seu termo com mãe e filho saudáveis, garantindo a assistência pré-natal e no puerpério a todas as gestantes usuárias do Sistema Único de Saúde (SUS).

Figura 1 - Imagem de Gestante

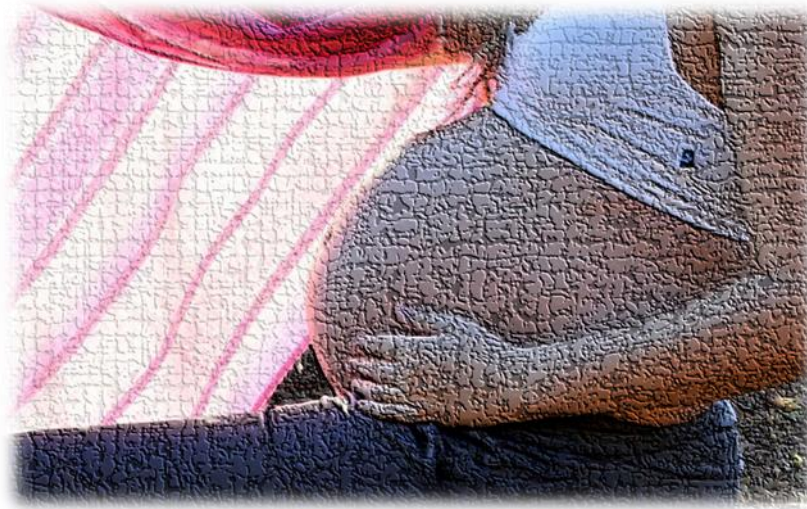


Imagem: Luiz Jacobs/PML

1.2 Os Objetivos Específicos

Promover a melhoria da assistência à gestação e puerpério, mediante o atendimento precoce, periódico e contínuo;

- Detectar o mais precocemente possível os fatores de risco gestacional que possam interferir na adequada evolução da gestação e puerpério;
- Oferecer proteção antitetânica à gestante e ao recém-nascido;
- Promover o estímulo ao aleitamento materno;
- Oferecer apoio às alterações emocionais da mulher, que ocorrem durante a gestação e puerpério;
- Oferecer coleta de citologia oncótica a todas as gestantes inscritas em acompanhamento pré-natal;
- Implementar o diagnóstico de infecções na gestação, cuja transmissão vertical pode ser evitada (sífilis, HIV, hepatite B, toxoplasmose);
- Desencadear em tempo oportuno as medidas de proteção específicas para as infecções detectadas;
- Prevenir casos de síndrome da rubéola congênita, através da vacinação das puérperas;
- Prevenir infecções intercorrentes na gestação;

- Oferecer apoio às alterações emocionais da mulher, que ocorrem durante a gestação e puerpério;
- Prevenir as situações de desconforto na gravidez;

1.3 As Metas Para O Triênio 2017 – 2019

- Inscrever no pré-natal 100% das gestantes atendidas no SUS da área de abrangência da USF, no pré-natal odontológico;
- Garantir o acesso precoce ao pré-natal a 100% das gestantes usuárias do SUS da área de abrangência da USF, sendo a primeira consulta realizada até 10 dias após o diagnóstico da gravidez;
- Garantir no mínimo 06 (seis) consultas de pré-natal e 01 (uma) de puerpério, realizado por profissionais médicos ou enfermeiros à 100% das gestantes inscritas no pré-natal;
- Prover proteção antitetânica para 100% das gestantes inscritas no pré-natal;
- Garantir a vigilância a 100% das gestantes e puérperas de risco inscritas no pré-natal da UBS;
- Detectar 100% das gestantes portadoras de agentes infecciosos cuja transmissão vertical é evitável (HIV, *Treponema Pallidum*, vírus da hepatite B, *Toxoplasma Gondii*);
- Oferecer medidas de proteção específica à transmissão vertical dos agentes citados a 100% das gestantes do município infectadas;
- Inscrever e garantir a orientação e fornecimento de métodos contraceptivos de barreira, ou hormonal, para 100% das puérperas inscritas no programa na UBS;
- Aumentar em 30% o número de atendimentos odontológicos relacionados ao tratamento completo da gestante (TCG);
- Realizar coleta de citologia oncótica em 100% das gestantes que tenham indicação.
- Vacinar 100% das puérperas inscritas contra a rubéola;
- Inscrever 100% das gestantes atendidas no SUS no pré-natal odontológico;
- Inscrever 100% das gestantes atendidas no SISPRENATAL.

1.4 A Organização da Atenção Obstétrica

As redes de atenção são formadas por um complexo de serviços articulados, desde a atenção primária à saúde até os serviços mais especializados, com o objetivo de garantir a integralidade do cuidado (BRASIL, 2009, MENDES, 2009). Desta forma, para acontecer a assistência obstétrica em uma linha de cuidado de qualidade, são necessários uma variedade de atores com suas diferentes especificidades profissionais e serviços de saúde e da assistência bem orientados em pró do objetivo único, a saúde maternoinfantil.

1.4.1 Atribuições dos profissionais da equipe de saúde da atenção primária

| AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE | |
|---|--|
| Ações clínicas do ACS | |
| <ul style="list-style-type: none"> Acompanhar mensalmente as gestantes inscritas através de visita domiciliar periódica; | <ul style="list-style-type: none"> Acompanhar, orientar o processo de aleitamento materno; |
| <ul style="list-style-type: none"> Realizar visita domiciliar precoce até o 7º. dia de vida para os recém-nascidos e puérperas que tiveram altas hospitalares; | <ul style="list-style-type: none"> Identificar as gestantes tabagistas e encaminhar para grupo de tabagismo ou atendimento individual ao fumante; |
| <ul style="list-style-type: none"> Encaminhar a gestante ao serviço de saúde ou comunicar o (a) enfermeiro (a) ou o (a) médico (a) de sua equipe, caso apresente: febre, calafrio, corrimento com mau cheiro, perda de sangue por via vaginal, palidez, contrações uterinas frequentes, ausência de movimentos fetais, dor ao urinar ou outras intercorrências durante a gravidez ou no pós-parto; | <ul style="list-style-type: none"> Identificar e encaminhar as puérperas com necessidade de continuidade no tratamento odontológico; |
| Articulações no território/Processo de trabalho na UBS | |
| <ul style="list-style-type: none"> Identificar precocemente as gestantes e crianças que ainda não estão cadastradas no programa de pré-natal e puericultura; | <ul style="list-style-type: none"> Convocar as gestantes para ações educativas; |
| <ul style="list-style-type: none"> Certificar que as gestantes e crianças da área estão cadastradas na Unidade saúde da Família e no Programa Rede Mãe Paranaense/ Rede Cegonha; | <ul style="list-style-type: none"> Auxiliar a equipe de saúde no monitoramento da gestante através da visita domiciliar; |
| <ul style="list-style-type: none"> Manter atualizada a ficha de cadastro individual com a condição: gestante no sistema e-SUS; | <ul style="list-style-type: none"> Fazer o cadastro e acompanhamento no Sis prenatal Web conforme definição coordenador ou enfermeira da UBS; |
| <ul style="list-style-type: none"> Realizar busca ativa das gestantes faltosas nas consultas de pré-natal, identificando os motivos da falta para elaboração de estratégias junto a equipe de saúde; | <ul style="list-style-type: none"> Realizar busca ativa para as consultas odontológicas; |
| <ul style="list-style-type: none"> Captar as puérperas para consultas pós-parto no domicílio e/ou na UBS, com atenção especial as puérperas com risco reprodutivo, preferencialmente até o quinto dia após o parto. | |
| Ações Educativas | |
| <ul style="list-style-type: none"> Informar às pessoas de sua área de atuação sobre a Rede Mãe Paranaense/Rede Cegonha; | <ul style="list-style-type: none"> Orientar a mulher e seu companheiro sobre a necessidade de planejamento reprodutivo; |
| <ul style="list-style-type: none"> Realizar as visitas domiciliares, identificando gestantes e orientando sobre os cuidados básicos de saúde como nutrição, higiene e aleitamento materno; | <ul style="list-style-type: none"> Participar das ações educativas individual ou em grupo as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, amamentação, vacinação, sinais de trabalho de parto e de alerta, preparo para o parto, fatores de risco gestacional, planejamento reprodutivo e outros; |
| <ul style="list-style-type: none"> Incentivar o aleitamento materno exclusivo – ACS “amigo do peito”; | <ul style="list-style-type: none"> Participar de ações de matriciamento referente à saúde materno-infantil junto à equipe da UBS. |
| 2. ASSISTENTE ADMINISTRATIVO | |
| Articulações no território/Processo de trabalho na UBS | |
| <ul style="list-style-type: none"> Acolher na recepção a gestante e família; | <ul style="list-style-type: none"> Participar das discussões da equipe quanto aos assuntos pertinentes à atenção materno-infantil; |
| <ul style="list-style-type: none"> Informar a gestante e/ou família sobre a rotina do Programa de pré-natal; | <ul style="list-style-type: none"> Realizar o agendamento de exames e consultas; |

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Auxiliar os profissionais responsáveis, na realização de ações referente ao ambulatório junto a usuários, comunidade e/ou outros serviços de saúde; | <ul style="list-style-type: none"> Realizar e/ou emitir relatórios pertinentes ao Programa de Pré-natal. |
| <ul style="list-style-type: none"> Controlar, organizar e atualizar arquivos administrativos, bibliográficos e de estoque, em ordem preestabelecida, sob orientação da coordenação do serviço. | |

3. ATRIBUIÇÕES DO ASSISTENTE SOCIAL

Ações clínicas

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Acompanhar e organizar, junto com as equipes de SF, as famílias contempladas com os programas sociais federais e estaduais, tais como o Programa Bolsa-Família, avaliando melhorias das condições de vida das famílias; | <ul style="list-style-type: none"> Realizar atendimentos específicos de famílias e grupos em situação de vulnerabilidade social, desagregação familiar, violência, quando a situação exigir e sempre como parte de projetos terapêuticos compartilhados com a equipe SF; |
| <ul style="list-style-type: none"> Identificar as gestantes tabagistas e encaminhar para grupo de tabagismo ou atendimento individual ao fumante; | <ul style="list-style-type: none"> Intervir nas manifestações da questão social que incidem no processo saúde doença, atuando junto às famílias e indivíduos; |
| <ul style="list-style-type: none"> Mobilizar com a equipe de SF a participação dos usuários e de profissionais de outros setores e políticas sociais nos fóruns de discussão e deliberação, tais como: Conselhos Locais de Saúde, Conselho Distrital de Saúde, Conselhos de Assistência Social, Conselho de Direitos da Criança e do Adolescente, Comitês de Investigação do Óbito Materno-Infantil, Comissões Perinatais Municipais, entre outros; | <ul style="list-style-type: none"> Auxiliar as equipes de SF a identificar famílias em situação de vulnerabilidade social e trabalhar de forma intersectorial a fim de contribuir para a garantia dos direitos dos cidadãos (direito à alimentação, ao acesso aos serviços de saúde necessários conforme a complexidade do caso, licença-saúde, licença maternidade, entre outros); |
| <ul style="list-style-type: none"> Desenvolver estratégias que propiciem a inclusão social, intervindo nos problemas que dificultam essa inclusão; | <ul style="list-style-type: none"> Identificar e se articular, conjuntamente com as equipes de SF, com os serviços do Sistema Único de Assistência Social (SUAS) que realizem proteção a famílias e indivíduos que se encontram em situação de risco pessoal e social, por ocorrência de abandono, maus-tratos físicos e/ou psíquicos, abuso sexual, uso de substâncias psicoativas, cumprimento de medidas socioeducativas, situação de rua, situação de trabalho infantil, entre outras situações de violação dos direitos e se necessário realizar encaminhamentos. |

Articulações no território/Processo de trabalho na USF

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Identificar e mobilizar, junto às equipes de SF, as redes sociais/recursos da comunidade de determinado território que possam auxiliar na realização das ações para redução da MI; | <ul style="list-style-type: none"> Atuar em parceria com grupos, entidades e movimentos sociais existentes na comunidade, contribuindo com o processo de mobilização, organização e controle social. |
|--|---|

Ações educativas

| | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Discutir e refletir permanentemente com as equipes de SF a realidade social e as formas de organização social que possam contribuir para a construção de ações que promovam a redução da mortalidade materna e infantil; | <ul style="list-style-type: none"> Apoiar as equipes SF na abordagem às famílias para o enfrentamento da violência; |
| <ul style="list-style-type: none"> Proporcionar espaços educativos com as equipes de Saúde da Família para discutir os direitos da gestante, da puérpera e da criança, informações acerca dos benefícios | <ul style="list-style-type: none"> Auxiliar as equipes SF na prevenção, identificação e abordagem de famílias que possuam crianças ou mulheres em situação de violência para programas e projetos sociais de auxílio à renda, à convivência e ao fortalecimento de |

| | |
|---|-----------------------------|
| legais a que a mãe tem direito, orientações quanto ao registro da criança etc.; | vínculos entre as famílias. |
|---|-----------------------------|

4. AUXILIAR DE ENFERMAGEM

Ações clínicas

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Acolher a demanda espontânea com avaliação das vulnerabilidades para todas as mulheres com suspeita ou confirmação de gravidez; | <ul style="list-style-type: none"> • Fazer o cadastro e acompanhamento no Sis prenatal Web conforme definição coordenador ou enfermeira da UBS; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar a gestante para a Equipe de Saúde Bucal; | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a situação vacinal e administrá-la conforme protocolo específico; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Agendar consulta com enfermeira (o), para o resultado do teste rápido de gravidez o mais precoce possível; | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar visita domiciliar a gestante, com atenção especial aquelas de alto risco; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Verificar o peso, estatura, pulso e a pressão arterial e anotar os dados no prontuário e Cartão da gestante; | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar acolhimento das puérperas, avaliando as condições biopsicossociais. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Fornecer a medicação, mediante receita médica /enfermeira; | <ul style="list-style-type: none"> • Identificar e encaminhar as puérperas com necessidade de continuidade no tratamento odontológico; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Identificar as gestantes tabagistas e encaminhar para grupo de tabagismo ou atendimento individual ao fumante; | <ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar a paciente para avaliação com enfermeira (o) ou médico se apresentar situações de risco ou agravos; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Solicitar o teste imunológico da gravidez laboratorial (TIG), ou agendar a mulher com suspeita de gravidez para realização do teste rápido com a enfermeira, se o atraso menstrual for superior a 15 dias conforme fluxo. | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar a avaliação inicial, com o objetivo de detectar situações de risco ou agravos, tal como perdas via vaginal, sangramentos, trabalho de parto prematuros, sinais de infecção urinária e outros. |

Articulações no território/Processo de trabalho na UBS

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Realizar a busca ativa e o monitoramento das gestantes e puérperas, principalmente as risco intermediário e alto risco; | <ul style="list-style-type: none"> • Convocar as gestantes para ações educativas; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Captar as puérperas para a consulta no pós-parto, priorizando as puérperas com risco reprodutivo; | <ul style="list-style-type: none"> • Fazer o cadastro e acompanhamento no Sis prenatal Web conforme definição coordenador ou enfermeira da UBS; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Identificar precocemente as gestantes e crianças que ainda não estão cadastradas programa de pré-natal e puericultura | <ul style="list-style-type: none"> • Captar as puérperas para consultas pós-parto no domicílio e/ou na UBS, com atenção especial as puérperas com risco reprodutivo, preferencialmente até o quinto dia após o parto; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Certificar que as gestantes e crianças da área estão cadastradas na Unidade saúde da Família e no Programa Rede Mãe Paranaense/ Rede Cegonha; <p>Monitorar a realização dos exames solicitados à gestante, bem como, a disponibilidade dos resultados, com registro dos mesmos em prontuário (Ex: resultado de HIV em anexo, VDRL em falta). Em caso de não coleta de exames solicitar/ realizar busca ativa da gestante, ou se indisponibilidade de resultado, contatar laboratório e avaliar a necessidade de nova coleta.</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Organizar o retorno das crianças para vacinações e controle de puericultura. |

Ações Educativas

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Participar de ações de matriciamento referente à saúde materno-infantil junto à equipe da UBS; | <ul style="list-style-type: none"> • Informar às pessoas de sua área de atuação sobre a Rede Mãe Paranaense/Rede Cegonha; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Participar das ações educativas individual ou em grupo as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, amamentação, vacinação, sinais de trabalho de parto e de alerta, preparo para o parto, fatores de risco gestacional, planejamento reprodutivo e outros. | |

| 5. Enfermeiro | |
|---|---|
| Ações Clínicas | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Solicitar o TIG laboratorial ou realizar teste rápido de gravidez às mulheres com atraso menstrual maior que 15 dias; | <ul style="list-style-type: none"> • Identificar as gestantes tabagistas e encaminhar para grupo de tabagismo ou atendimento individual ao fumante; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Realizar a consulta de pré-natal e providenciar o cadastramento no sis prenatal web, registrando em prontuário e cartão da gestante; | <ul style="list-style-type: none"> • Fazer o cadastro e acompanhamento no Sis prenatal Web; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Realizar a consulta de pré-natal de gestantes de risco habitual e intermediário, preferencialmente intercalando os atendimentos com o médico (a), dependendo da classificação de grau de risco ou necessidade; | <ul style="list-style-type: none"> • Identificar e encaminhar as gestantes e puérperas com necessidade de iniciar ou dar continuidade no tratamento odontológico; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Realizar a consulta de pré-natal ensalente (UBS ou domicílio) a gestante de alto risco, paralelo às consultas do ambulatório especializado; | <ul style="list-style-type: none"> • Atender as intercorrências clínicas e se necessário encaminhar para avaliação médica ou serviço de referência; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Realizar a avaliação de risco durante cada consulta de enfermagem à gestante ou puérpera; | <ul style="list-style-type: none"> • Fornecer a declaração de consulta profissional; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Identificar as gestantes com situações de risco e encaminhá-las para o médico e/ou serviço de referência conforme orientações contidas neste protocolo; - | <ul style="list-style-type: none"> • Registrar detalhadamente todo o atendimento no prontuário e no Cartão da gestante; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Realizar a coleta de exame cito patológico conforme orientações deste protocolo; | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar consulta na UBS ou visita domiciliar precoce para o binômio (recém-nascidos e puérperas) que tiveram alta hospitalar preferencialmente até o 7º dia de vida, conforme rotina da UBS; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Realizar o teste rápido para as doenças infectocontagiosas: VDRL, HIV, Hepatites B e C. | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar consulta de planejamento reprodutivo a puérperas e/ou casal; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Solicitar exames de rotina ou excepcionais conforme este protocolo; | <ul style="list-style-type: none"> • Prescrever métodos contraceptivos que sejam seguros (Categoria 1 e 2) de acordo com avaliação e classificação de risco para cada usuária e o método escolhido; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Prescrever tratamento padronizado como: suplementação de ferro; abordagem sindrômica em ISTs (corrimento vaginal), sífilis, Infecção do Trato urinário (ITU), sinais e sintomas mais comuns na gestação conforme descrito neste material; | <ul style="list-style-type: none"> • Identificar e encaminhar gestantes e puérperas para ações de planejamento reprodutivo (reuniões, avaliação multiprofissional em ambulatório específico Maternidade Municipal e CISMEDPAR). • Fomentar as ações educativas individual ou em grupo as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, amamentação, vacinação, sinais de trabalho de parto e de alerta, preparo para o parto, fatores de risco gestacional, planejamento reprodutivo e outros; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a situação vacinal e orientar atualização do calendário vacinal se necessário, conforme protocolo específico. | <ul style="list-style-type: none"> • Identificar as gestantes tabagistas e encaminhar para grupo de tabagismo ou atendimento individual ao fumante; |
| Articulações no território/Processo de trabalho na UBS | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar as gestantes de sua responsabilidade quanto à frequência nas consultas agendadas (UBS e serviços de referência), resultado dos exames e quanto ao tratamento instituído; | <ul style="list-style-type: none"> • Favorecer o vínculo das gestantes e puérperas de risco com a UBS; |

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Certificar que as gestantes e crianças da área estão cadastradas na Unidade saúde da Família e no Programa Rede Mãe Paranaense/ Rede Cegonha; | <ul style="list-style-type: none"> • Organizar as atividades educativas com grupos de gestantes; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Identificar precocemente as gestantes e crianças que ainda não estão cadastradas programa de pré-natal e puericultura; | <ul style="list-style-type: none"> • Fazer o cadastro e acompanhamento no Sis prenatal Web conforme definição coordenador ou enfermeira da UBS; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Orientar e coordenar a equipe de saúde no monitoramento das gestantes com especial atenção às de risco; | <ul style="list-style-type: none"> • Captar as puérperas para consultas pós-parto no domicílio e/ou na UBS, com atenção especial as puérperas com risco reprodutivo, preferencialmente até o quinto dia após o parto; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Monitorar a realização dos exames solicitados à gestante, bem como, a disponibilidade dos resultados, com registro dos mesmos em prontuário e cartão da gestante (Ex: resultado de HIV em anexo, VDRL em falta). Em caso de não coleta de exames solicitar busca ativa da gestante, ou se indisponibilidade de resultado, contatar laboratório e avaliar a necessidade de nova coleta; | <ul style="list-style-type: none"> • Organizar o retorno das crianças para vacinações e controle de puericultura. |
| Ações Educativas | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Realizar e ou participar de ações de matriciamento referente à saúde materno-infantil junto à equipe da UBS; | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar ações educativas individual ou em grupo as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, amamentação, vacinação, sinais de trabalho de parto e de alerta, preparo para o parto, fatores de risco gestacional, planejamento reprodutivo e outros. |

6. EQUIPE DE SAÚDE BUCAL: DENTISTA, ASSISTENTE DE SAÚDE BUCAL (ASB), TÉCNICA DE SAÚDE BUCAL (TSB)

| | |
|--|---|
| Ações clínicas | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Realizar o tratamento profilático odontológico (profilaxia mecânica, raspagem); até a alta da paciente (tratamento completo); | <ul style="list-style-type: none"> • Acompanhar o processo de aleitamento materno e os cuidados com o futuro bebê enfatizando a importância do papel da amamentação na dentição e no desenvolvimento do aparelho fonador, respiratório e digestivo da criança; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Identificar as gestantes tabagistas e encaminhar para grupo de tabagismo ou atendimento individual ao fumante. | |
| Articulações no território/Processo de trabalho na UBS | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Inscrever todas as gestantes da UBS no atendimento da clínica odontológica; | <ul style="list-style-type: none"> • Informar a equipe de referência (PSF) as pacientes faltosas que necessitam de busca ativa; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Participar dos trabalhos externos e internos da UBS realizando as ações de promoção de saúde bucal na gestação, conforme protocolo de Saúde Bucal; | <ul style="list-style-type: none"> • Sincronizar o agendamento odontológico às gestantes nos dias de consulta pré-natal. |
| Ações Educativas | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Realizar as orientações específicas às gestantes, valorizando o autocuidado e o cuidado com o recém-nascido; | <ul style="list-style-type: none"> • Orientar a mulher e seu companheiro sobre hábitos alimentares saudáveis e de higiene bucal. |

7. EDUCADOR FÍSICO

| | |
|--|--|
| Ações clínicas | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Realizar, junto com as equipes SF, avaliação de mulheres gestantes para a prática de atividade física regular; | <ul style="list-style-type: none"> • Fornecer informações junto com a equipes SF, sobre a importância da atividade física no pré-natal; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Realizar e orientar, junto com as equipes SF, práticas de atividades físicas agradáveis e seguras para gestantes e puérperas, respeitando a individualidade de cada uma; | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar e orientar, junto com as equipes SF, exercícios de postura para a gestante, prevenindo dores na coluna, edemas, câimbras, entre outras; |

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Identificar as gestantes tabagistas e encaminhar para grupo de tabagismo ou atendimento individual ao fumante; | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar, junto com as equipes SF, orientações sobre exercícios preparatórios para o parto; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Realizar alongamentos dos Membros Inferiores e Superiores para estimulação da circulação e prevenção de câimbras; | <ul style="list-style-type: none"> • Orientar em conjunto com as equipes SF a realização de exercícios físicos para fortalecimento da musculatura do períneo e relaxamento pré e pós-parto. |
| Articulações no território/Processo de trabalho na UBS | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver ações educativas para discutir com os profissionais a importância da atividade física na gestação; | <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar espaços educativos para discutir com os profissionais da Saúde da Família a importância da atividade física no desenvolvimento infantil saudável; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar os profissionais das equipes quanto à compreensão do processo que acontece durante a gestação e que provoca profundas alterações metabólicas e hormonais, modificando respostas às atividades físicas; | <ul style="list-style-type: none"> • Orientar as mães sobre auto-massagens e massagem para o bebê, por exemplo, para cólicas; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver ações educativas que proporcionem o conhecimento das gestantes com relação a necessidade da atividade física no desenvolvimento infantil. | |
| Ações Educativas | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Realizar, junto com as equipes de PSF, grupos de atividade física voltados para a gestante e para crianças, contribuindo com o controle do peso, reeducação postural, aumento de resistência, manutenção do tônus musculares, fortalecimento e flexibilidade dos músculos. | |

8. Farmacêutico

Ações Clínicas

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Em casos de dificuldade na adesão ou uso incorreto, o farmacêutico poderá intervir, em conjunto com a equipe, junto ao usuário, a partir da especificidade de cada caso (criança ou gestante), orientando quanto ao uso correto e propondo estratégias para facilitar a adesão, atentando para o caso de analfabetos e deficientes visuais, entre outros; | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar visita domiciliar, junto com a equipe SF e a família, refletindo sobre os medicamentos prescritos, se estão sendo corretamente utilizados, armazenados e, se necessário, separar medicamentos sem condições de uso ou vencidos, quando houver, procurando recolhê-los para descarte adequado; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Apoiar a organização e a distribuição de medicamentos, e trabalhar com foco na melhoria de acesso aos medicamentos de crianças menores de cinco anos e da mulher grávida; | <ul style="list-style-type: none"> • Trabalhar, junto à equipe SF, com as mães, os aspectos culturais, as crenças, os valores e o uso de medicamentos prescritos pelos profissionais da saúde ou orientado por familiares, amigos, vizinhos; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Identificar as gestantes tabagistas e encaminhar para grupo de tabagismo ou atendimento individual ao fumante; | <ul style="list-style-type: none"> • Articulações no território; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Intervir para melhorar a adesão ao tratamento, levando em consideração a compreensão dos fatores que causam a não adesão no contexto singular, a negociação com os saberes e práticas populares de saúde (principalmente na saúde da criança), a continuidade do cuidado e o desenvolvimento de autonomia dos usuários no seu cuidado; | <ul style="list-style-type: none"> • Trabalhar com a questão da comunicação e com as barreiras físicas e lingüísticas que podem influenciar na compreensão das informações. Assim, o domínio de técnicas de comunicação, um ambiente adequado, bem como a utilização de materiais de apoio – informação escrita ou áudio visual que podem auxiliar na orientação e na dispensação de medicamentos; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Identificar, junto à equipe de SF, o perfil do território e comunidade, com relação ao uso de medicamentos; | <ul style="list-style-type: none"> • Apoiar a equipe de SF na orientação quanto ao armazenamento domiciliar de medicamentos e produtos de limpeza, sobretudo quando há crianças em casa; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Articular junto às ESF e à gestão municipal propostas de revisão da listagem municipal de medicamentos; | <ul style="list-style-type: none"> • Articular, junto à comunidade e equipe de SF, a construção e organização de horta de plantas medicinais (quando possível) que estejam de acordo com os costumes locais, orientando o correto uso dessas plantas e orientando a prevenção de acidentes com plantas venenosas. |
| Ações Educativas | |

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Realizar, junto às equipes de SF, grupos de educação em saúde sobre a adesão ao tratamento, cuidado, armazenamento de medicamento, assim como prevenção de acidentes principalmente com crianças; | <ul style="list-style-type: none"> Realizar ações educativas voltadas para a comunidade sobre os riscos da automedicação. |
|---|--|

9. FISIOTERAPEUTA

Ações clínicas

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Auxiliar, apoiar, acolher e orientar às famílias, principalmente no momento do diagnóstico, para manejo das situações oriundas da deficiência; | <ul style="list-style-type: none"> Realizar, com as equipes SF, atividades voltadas para a prevenção e tratamento das dores na coluna, edemas, câimbras, entre outras. |
| <ul style="list-style-type: none"> Auxiliar as equipes SF na realização de encaminhamentos, quando necessário, para serviços de reabilitação da rede para aquisição de tecnologias assistivas, favorecendo a acessibilidade e melhoria da qualidade de vida caso a mulher apresente alguma deficiência; | <ul style="list-style-type: none"> Orientar, em conjunto com a equipe, as gestantes e puérperas sobre posturas antes e após o parto, posicionamentos e alongamentos, prevenindo e aliviando edemas de membros inferiores e lombalgias, assim como a realização de exercícios respiratórios, exercícios para perineo e relaxamento no pré e pós-parto, possibilitando conforto e bem-estar na gestação e na amamentação. |

Articulação no território

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Identificar no território, juntamente com a equipe de Saúde da Família, as crianças menores de cinco anos com: deficiência funcional, atraso no desenvolvimento neuropsicomotor normal e com complicações respiratórias recorrentes; | <ul style="list-style-type: none"> Realizar ações que facilitem a inclusão de pessoas com deficiência funcional na escola, no trabalho e ambiente social, favorecendo a melhoria da qualidade de vida dessas pessoas; |
| <ul style="list-style-type: none"> Instrumentalizar as equipes de SF para identificação precoce de atrasos de desenvolvimento neuropsicomotor normal; | <ul style="list-style-type: none"> Realizar, conjuntamente com as equipes SF, o fortalecimento da articulação com as equipes de Centros de Reabilitação e outros serviços da rede de reabilitação, e também com outros pontos da rede de atenção, para um trabalho integrado nos casos necessários. |

Ações Educativas

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Orientar, mecanismos de proteção articular e muscular, conservação de energia para o desenvolvimento das atividades da vida diária das gestantes, como: levantar da cama, sentar, dormir, tarefas domésticas, varrer, levantar objetos, assim como prevenção de quedas; | <ul style="list-style-type: none"> Realizar, com as equipes de SF, grupos de gestantes e crianças para o incentivo da prática de exercícios físicos das gestantes, contribuindo para o controle do peso, reeducação postural, aumento de resistência, manutenção do tônus muscular, fortalecimento e flexibilidade dos músculos; |
| <ul style="list-style-type: none"> Realizar atividades educativas sobre as mudanças anatômicas e funcionais do início ao final da gestação e sobre a importância da preparação para o parto normal; | <ul style="list-style-type: none"> Apoiar as equipes de SF para a realização de atividades educativas sobre os cuidados relacionados às afecções respiratórias no âmbito domiciliar e social; |
| <ul style="list-style-type: none"> Realizar, em conjunto com as equipes SF, ações educativas (inclusive nos grupos) de estímulo ao parto normal, oferecendo orientações sobre exercícios respiratórios e de fortalecimento das musculaturas pélvica e abdominal. | <ul style="list-style-type: none"> Orientar, o processo de desenvolvimento motor normal e sinais de alerta de acordo com os marcos de desenvolvimento infantil; |
| <ul style="list-style-type: none"> Estimular a interação e vínculo mãe-bebê por meio do reconhecimento e contato corporal em conjunto com a psicologia (ex.: shantala). | |

10. Médico

Ações Clínicas

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> Solicitar o TIG laboratorial ou teste rápido de gravidez às mulheres com atraso menstrual maior que 15 dias; | <ul style="list-style-type: none"> Identificar as gestantes tabagistas e encaminhar para grupo de tabagismo ou atendimento individual ao fumante; |
| <ul style="list-style-type: none"> Solicitar exames de rotina e orientar e/ou prescrever tratamento conforme protocolo do | <ul style="list-style-type: none"> Identificar e encaminhar as gestantes e puérperas com necessidade de iniciar ou dar continuidade no tratamento |

| | |
|--|---|
| serviço; | odontológico; |
| • Realizar a consulta de pré-natal a gestante de risco intermediário ou alto risco até seu ingresso em ambulatório especializado; | • Atender as intercorrências clínicas e se necessário encaminhar para avaliação do obstetra e/ou serviço de referência; |
| • Realizar a avaliação de risco durante cada consulta à gestante ou puérpera; | • Registrar detalhadamente todo o atendimento no prontuário e no Cartão da gestante; |
| • Identificar as gestantes com situações de risco e encaminhá-las para obstetra e/ou serviço de referência | • Realizar consulta na UBS ou visita domiciliar para o binômio (recém-nascidos e puérperas) conforme rotina da UBS; |
| • Realizar a consulta de pré-natal de gestantes de risco habitual e intermediário, preferencialmente intercalando os atendimentos com a enfermeira (o), dependendo da classificação de grau de risco ou necessidade; | • Identificar e encaminhar gestantes e puérperas para ações de planejamento reprodutivo (reuniões, avaliação multiprofissional em ambulatório específico-Maternidade Municipal e CISMEPAR). |

Articulações no território/Processo de trabalho na UBS

| | |
|---|--|
| • Identificar precocemente as gestantes e crianças que ainda não estão cadastradas programa de pré-natal e puericultura; | • Favorecer o vínculo das gestantes e puérperas de risco com a UBS; |
| • Certificar que as gestantes e crianças da área estão cadastradas na Unidade saúde da Família e no Programa Rede Mãe Paranaense/ Rede Cegonha; | • Apoiar a equipe no monitoramento da realização dos exames solicitados à gestante, bem como, a disponibilidade dos resultados, com registro dos mesmos em prontuário e cartão da gestante (Ex: resultado de HIV em anexo, VDRL em falta). Em caso de não coleta de exames solicitar à equipe avaliação da necessidade de busca ativa da gestante, ou realização de nova coleta; |
| • Apoiar a equipe no monitoramento das gestantes de sua responsabilidade quanto à frequências nas consultas agendadas (UBS e serviços de referência), resultado dos exames e quanto ao tratamento instituído; | • Captar as puérperas para consultas pós-parto no domicílio e/ou na UBS, com atenção especial as puérperas com risco reprodutivo, preferencialmente até o quinto dia após o parto. |

Ações Educativas

| | |
|--|--|
| • Realizar ações educativas individual ou em grupo as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, amamentação, vacinação, sinais de trabalho de parto e de alerta, preparo para o parto, fatores de risco gestacional, planejamento reprodutivo e outros; | • Realizar e ou participar de ações de matriciamento referente à saúde materno-infantil junto à equipe da UBS. |
|--|--|

11. MÉDICO GINECOLOGISTA/OBSTETRA

Ações clínicas

| | |
|---|---|
| • Apoiar as equipes de saúde na implementação de estratégias de organização do programa de pré-natal, com o estabelecimento de rotina de classificação de risco das gestantes em cada consulta; | • Realizar a consulta de pré-natal ou de puerpério quando encaminhado pela equipe de referência (médico e enfermeiro da ESF); |
| • Avaliar a classificação de risco das gestantes encaminhadas pela equipe de referência, e encaminhar para ambulatórios específicos se necessário; | • Fazer contra referência das consultas aos profissionais encaminhadores; |
| • Promover consulta compartilhada com profissionais da equipe de referência (médico e enfermeiro da ESF) de modo a promover a Educação permanente em serviço (EPS); | • Realizar a coleta de exame citopatológico e solicitar exames de rotina e orientar e/ou prescrever tratamento; |
| • Identificar as gestantes tabagistas e encaminhar para grupo de tabagismo ou atendimento individual ao fumante; | • Identificar e encaminhar as gestantes e puérperas com necessidade de iniciar ou dar continuidade no tratamento odontológico e se necessário encaminhar para avaliação do serviço de referência; |

| | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Atender as intercorrências clínicas e se necessário encaminhar para avaliação do serviço de referência; | <ul style="list-style-type: none"> • Identificar e encaminhar gestantes e puérperas para ações de planejamento reprodutivo (reuniões, avaliação multiprofissional em ambulatório específico-Maternidade Municipal e CISMEDPAR); |
| Registrar detalhadamente todo o atendimento no prontuário e no Cartão da gestante; | |
| Articulações no território/Processo de trabalho na UBS | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Apoiar as equipes de PSF na implementação de estratégias de redução de abstenção às consultas de pré-natal e busca ativa dessas gestantes; | <ul style="list-style-type: none"> • Apoiar as equipes de PSF no estabelecimento de rotina de classificação de risco das gestantes cadastradas; |
| Contribuir com as equipes de PSF para o estabelecimento e/ou consolidação de uma linha de cuidado à gestante de alto risco, considerando a rede de serviços locorregional (unidades de saúde, sistema de regulação, serviços de remoção etc.). | |
| Ações Educativas | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Promover treinamentos técnicos para médicos clínicos e outros profissionais se necessário; | <ul style="list-style-type: none"> • Promover em conjunto com a equipe de PSF ações de preparação da gestante para o parto natural. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Desenvolver ações educativas, junto com as equipes PSF, grupo de gestantes, planejamento reprodutivo e outros de acordo com a necessidade local, respeitando a estrutura dos serviços e o perfil epidemiológico locais. | |

12. NUTRICIONISTA

Ações clínicas

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Identificar as gestantes tabagistas e encaminhar para grupo de tabagismo ou atendimento individual ao fumante; | <ul style="list-style-type: none"> • Acompanhar, juntamente com as equipes SF, gestantes com diagnóstico de diabetes mellitus (DM) gestacional e Hipertensão ou com risco para desenvolvê-las, e aquelas que apresentarem outros distúrbios alimentares e nutricionais; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Realizar e identificar, conjuntamente com as equipes de SF, o risco nutricional de gestantes, RN e menor de cinco anos; | <ul style="list-style-type: none"> • Acompanhar, juntamente com as equipes SF, gestantes com diagnóstico de sobrepeso e obesidade com risco para desenvolvê-las, e aquelas que apresentarem outros distúrbios alimentares e nutricionais; |
| Apoiar as equipes de SF no diagnóstico e desenvolvimento de projetos terapêuticos singulares para gestantes com carências nutricionais (anemia, desnutrição e obesidade), incluindo ações de promoção de alimentação saudável e nutrição, mediante metodologias que valorizem a cultura e o desenvolvimento local. | |

Articulações no território/ Processo de trabalho na USF

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Promover ações para enfrentamento dos distúrbios nutricionais e de doenças associadas à alimentação e nutrição, conjuntamente com as equipes de PSF; | <ul style="list-style-type: none"> • Apoiar as equipes de SF na abordagem das condicionalidades de saúde do Programa Bolsa-Família, nos aspectos nutricionais; |
| Apoiar as equipes de SF na execução de ações dos programas de prevenção de deficiência de micronutrientes, como o Programa Nacional de Suplementação de Ferro para gestantes, puérperas e crianças e o Programa de Suplementação de Vitamina A para crianças e puérperas. | |

Ações Educativas

| | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Incentivar e promover, juntamente com as equipes SF, espaços de discussão sobre aleitamento materno exclusivo e alimentação complementar saudável para crianças menores de dois anos; | <ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar as equipes de SF quanto à avaliação nutricional das gestantes e puérperas e de crianças menores de cinco anos; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar as equipes de SF quanto à avaliação nutricional das gestantes e puérperas e de crianças menores de cinco | <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar espaços educativos, junto às equipes de Saúde da Família, com relação à alimentação saudável, |

| | |
|--|--|
| anos; | sobrepeso, obesidade, desnutrição, anemia, hipovitaminose A, hipertensão e diabetes na gravidez, etc.; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Realizar, junto às equipes de PSF, atividades coletivas, como grupos e oficinas, para gestantes, crianças, familiares e cuidadores, com foco na alimentação e nutrição saudável. | |

13. PSICOLOGO

Ações clínicas

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Investigar em gestantes encaminhadas por profissionais das USF a detecção precoce de situações de sofrimento psíquico no período da gestação e puerpério, por exemplo: mulheres com dificuldades para aceitar a gravidez, depressão pós-parto e psicose puerperal; | <ul style="list-style-type: none"> • Realizar atendimentos psicológicos para gestantes, família, puérperas, mãe/bebê, quando a situação exigir; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Identificar as gestantes tabagistas e encaminhar para grupo de tabagismo ou atendimento individual ao fumante; | <ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar na identificação, prevenção, acolhimento e atendimento de gestantes vítimas de violência, em situação de risco social ou afetivo-cultural; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Apoiar as equipes de SF no diagnóstico e condutas de gestantes e puérperas com transtornos mentais, uso e abuso de álcool e outras drogas, risco de suicídio, entre outras; | <ul style="list-style-type: none"> • Promover ações que estimulam o vínculo afetivo entre a mãe e o bebê, melhorando o cuidado, sensibilizando o olhar da mãe, além da integração do recém-nascido ao meio familiar; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Apoiar as equipes SF no processo de enfrentamento de situações limites (violências, óbitos, etc.) que mobilizam emocionalmente esses profissionais; | <ul style="list-style-type: none"> • Apoiar as equipes de SF na abordagem dos aspectos psicológicos das famílias para trabalhar o desenvolvimento infantil, enfrentamento da violência contra a criança e a prevenção de situações de violência contra a mulheres e crianças. |

Articulações no território/Processo de trabalho na UBS

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Realizar, conjuntamente com as equipes de SF, a articulação com as equipes dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) e outros serviços da rede de saúde mental, além de outras entidades e instituições como conselhos tutelares, Centro de referência da Assistência Social (CRAS), conselhos de direitos etc, para um trabalho integrado nos casos necessários; | <ul style="list-style-type: none"> • Apoiar na identificação de situações de risco de adoecimento psíquico comuns em todo o período da concepção até a puericultura; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Apoiar as equipes de SF na identificação e na construção de intervenções preventivas para situações no território que possam significar riscos psicoemocional, para o binômio; | <ul style="list-style-type: none"> • Favorecer discussões da rede de atenção das diversas políticas públicas sobre o desenvolvimento de adoecimento psíquico (tais como: violência doméstica e/ou urbana, desastres naturais, imigração contra mulheres e gestantes vulneráveis); |
| <ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar as equipes de SF a desenvolverem ações coletivas com as gestantes, puérperas e pais ou cuidadores, tais como grupos de gestante, de puericultura, oficinas, entre outros, com foco nos aspectos psíquicos desse período; | <ul style="list-style-type: none"> • Articular, junto às equipes SF, a integração com maternidades e outros serviços de atenção à gestantes, RN's e puérperas para realização de visitas coletivas e orientação sobre acesso e utilização dos serviços. |

Ações educativas

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar à equipe discussões sobre a potencialidade da "escuta" enquanto fator terapêutico de apoio; | <ul style="list-style-type: none"> • Discutir com a equipe de SF a importância do pai ou pessoa que exerce essa função durante a gestação e no cuidado com o RN e a criança até cinco anos; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Auxiliar os profissionais das equipes quanto à compreensão dos aspectos psicológicos (emoções, afetos, relações) relacionados à gestação, à chegada da criança na família, à assunção dos papéis familiares, as novas configurações familiares entre outros, ressaltando as especificidades da gestação na adolescência; | <ul style="list-style-type: none"> • Capacitar as equipes de SF a identificar sinais, sintomas e comportamentos que apontam para possíveis problemas emocionais de interação e comunicação na gestação, na relação mãe/bebê e entre os cuidadores e a criança até cinco anos e auxílio para a intervenção em saúde mental por meio de discussão de casos, orientações, consulta conjunta, entre outros; |

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar espaços de educação para discussão com os profissionais da SF sobre as ansiedades, dúvidas e mudanças emocionais que ocorrem com a mulher e com o seu parceiro durante a gestação, a fim de qualificar a abordagem durante o pré-natal; | <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar espaços de educação para discussão com os profissionais da SF sobre aspectos da gestação não desejada e o papel dos profissionais de saúde visando qualificar a abordagem durante os atendimentos realizados; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Apoiar as equipes de SF na orientação de medidas de prevenção, identificação, acolhimento, atendimento e acompanhamento de crianças vítimas de violência (abandono, negligência, violência física, violência sexual etc.) e em situação de risco social ou afetivo-cultural; | <ul style="list-style-type: none"> • Apoiar na ampliação da capacidade da equipe de SF no seu lidar com o sofrimento psíquico e o adoecimento mental, contribuindo para a desestigmatização das “doenças mentais” no território; |
| <ul style="list-style-type: none"> • Proporcionar espaços de educação para discussão com as equipes de SF sobre planejamento reprodutivo com as adolescentes, mulheres e gestantes; | <ul style="list-style-type: none"> • Participar das ações de alimentação saudável, especialmente, na abordagem ao aleitamento materno no que tange aos aspectos emocionais e relacionais; |
| <p>Proporcionar a equipes de SF espaço para discussão de dificuldades na relação profissional de saúde e pessoa/família.</p> | |

1.4.2 Atribuições das instituições que compõe a rede de serviços de atendimento materno infantil no município de Londrina.

| Instituições parceiras | Descrição do Serviços | Ações/Responsabilidades |
|--|---|--|
| Ambulatório de Especialidades da Universidade Estadual de Londrina (HC-UEL) | Serviço de atendimento ambulatorial campo de estágio dos cursos da área da saúde da UEL | Atender ambulatorialmente as gestantes de Alto Risco encaminhadas por UBS, pertencentes a 17ª. Regional de Saúde- Londrina-Pr. |
| Ambulatório do Centro de Referência de Doenças Infecto contagiosa (CIDI) | Serviço de atendimento ambulatorial a usuários com doenças sexualmente transmissíveis. | Atender as gestantes e/ou parceiros com Infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) não manejadas pela UBS. Realizar acompanhamento da infectologia, em gestantes HIV positivo em conjunto com o Ambulatório de ESPECIALIDADES UEL (HC) e UBS. |
| Ambulatório de Alto Risco- Unidade Faria Lima- Hospital Evangélico de Londrina | Serviço de atendimento ambulatorial campo de estágio dos cursos da área da saúde da UEL e da PUC- Londrina. | Atender ambulatorialmente as gestantes de Alto Risco encaminhadas por UBS, pertencentes a atende a Macroregião e 17ª. Regional de Saúde- Londrina-Pr. |
| Apoio Social às UBS | Atendimento Social às demandas sociais da população usuária das Unidades Básicas de Saúde, decorrentes do processo saúde e doença | Promover a articulação com a rede de serviço, plano de ação e acompanhamento para atendimentos das demandas imediatas bem como o desenvolvimento de ações preventivas a Gestante ou puérperas com quadro de doenças infecciosas resistentes ao tratamento; sem vínculos familiares; faltosas e/ou resistentes ao pré-natal; portadoras de transtorno mental e outras deficiências que demandam recursos a serem utilizados durante processo de assistência (ex. |

| | | |
|--|---|--|
| | | medicações, vale transporte, TCA, empréstimo de órtese (cadeira de roda, etc. |
| Centrolab | Laboratório de análises clínicas municipal | Realizar ou encaminhar para laboratórios de apoio os exames laboratoriais das gestantes de todo o município, articulado com as UBS e setor de vigilância epidemiológica, para monitoramento, comunicação das alterações de exames e intervenção mais rápida. |
| CISMEPAR | Centro Mãe Paranaense | Fazer atendimento multiprofissional e interdisciplinar à gestantes e crianças com estratificação de risco intermediário, de forma compartilhado com as UBS. |
| Maternidade Municipal Lucilla Ballalai (MMLB) | Serviço Municipal de Atendimento hospitalar a residentes do município de Londrina. | Fazer atendimento hospital obstétrico (parto de risco habitual ou intermediário); Atendimento a mulheres vítimas de violência doméstica e sexual – Programa Rosa Viva |
| Hospital Evangélico de Londrina | Serviço hospitalar nível terciário, campo de estágio dos cursos da área da saúde da UEL | Atender casos de obstetrícia, neonatologia e pediatria que se caracterizam situações de eletividade, urgência e emergência obstétrica e pediátrica, encaminhados de serviços dos municípios pertencentes a 17ª. Regional de Saúde. |
| Hospital Universitário Regional do Norte do Paraná-HURNPr. | Serviço hospitalar nível terciário, campo de estágio dos cursos da área da saúde da UEL | Atender casos de obstetrícia, neonatologia e pediatria que se caracterizam situações de eletividade, urgência e emergência obstétrica e pediátrica, encaminhados de serviços do municípios pertencentes a 17ª. Regional de Saúde. |
| Unidade Básica de Saúde | Unidade de Saúde da Família | Realizar a captação, diagnóstico, avaliação do risco gestacional, realiza o pré-natal de risco habitual, acompanha a gestante de alto risco, busca ativa das faltosas e visita domiciliar para acompanhamento das gestantes; |

Fonte: A Organizadora.

1.4.3 Competência das maternidades vinculadas

- Disponibilizar visita à maternidade durante o pré-natal às gestantes a elas vinculadas;
- Garantir assistência às intercorrências e emergências que ocorrerem durante a gestação, parto e puerpério;
- Garantir assistência às intercorrências que não puderem ser atendidas pela UBS ou UPA;
- Garantir a assistência ao pré-parto, parto, puerpério e ao recém-nascido de acordo com os “Dez Passos para Atenção ao Humanizada ao Parto”, recomendados pela Organização Mundial da Saúde;
- Manter uma permanência mínima de 48 horas para parto normal e cesariana;
- Realizar imunizações nos recém-nascidos, conforme protocolo já estabelecido;

- Incorporar o método Mãe Canguru de acordo com as normas do Ministério da Saúde.

1.4.4 A Prática Da Saúde Baseada Em Evidências Na Atenção Obstétrica

Nos últimos anos a expressão “medicina baseada em evidências” ganhou popularidade e gerou muitas reações equivocadas. Muitos a veem como uma ditadura dos epidemiologistas sobre a clínica soberana, uma forma rígida de enquadrar a arte médica, há outros que a citam como uma forma de reduzir a complexidade da Medicina à aparente simplicidade das linhas de conduta (guidelines) (BRASIL, 2012).

No entanto, apesar das múltiplas controversas, esta nova forma de pensar e conduzir ações clínicas extrapolou para outras áreas da saúde como enfermagem, fisioterapia, psicologia, farmácia, etc.

Assim, atualmente a “Saúde Baseada em Evidências” tem se consolidado como uma abordagem que utiliza as ferramentas da Epidemiologia Clínica; da Estatística; da Metodologia Científica; e da Informática para trabalhar a pesquisa; o conhecimento; e a atuação em Saúde, com o objetivo de oferecer a melhor informação disponível para a tomada de decisão nesse campo. Neste sentido, a prática em saúde baseada em evidências consiste em combinar a perícia e experiência do examinador com as provas científicas (evidências) oriundas de pesquisa externa, ou seja, realizada em outros indivíduos, mas passível de ser extrapolada para o paciente em questão (BRASIL, 2012, Apud REIS, 2008).

1.4.5 Nível de evidência científica

Por nível de evidência científica, entende-se como o método utilizado na obtenção da informação ou a decisão recomendada, dando maior ou menor credibilidade científica à referida informação, com base na qualidade dos estudos científicos que ratificam determinada prática (BRASIL, 2012 p.307).

Quadro 1 - Nível de evidência de produção científica

| Nível de Evidência | Tipo de Estudo | Definição geral |
|--------------------|---|---|
| I | Revisão sistemática (RS); Estudo Clínico Randomizado (ECR) | São ensaios quantitativos, comparativos e controlados nos quais os investigadores estudam os efeitos (desfecho, resultado) de umas mais intervenções numa série de indivíduos selecionados aleatoriamente. |
| II | Coorte | Estudos onde se seleciona indivíduos com determinados agravos ou doenças que serão monitorados ao longo do tempo para avaliar o desfecho de interesse. |
| III | Caso Controle | Estudo Epidemiológico observacional, no qual os sujeitos do estudo são escolhidos a partir de casos de uma doença e os controles são escolhidos a partir de determinados critérios. Os grupos são comparados quanto a frequência da exposição entre os casos (doentes) e controles (não doentes). |
| IV | Série de Caso | Relato de diversos casos ou mais com detalhes de características clínicas e laboratoriais. |
| V | Opinião de Experts | Opinião de Especialistas baseados na sua experiência clínica ou não. |

Fonte: BRASIL, 2012 p. 307.

1.4.6 Graus de recomendação

De acordo com nível de evidência científica, determinam-se os graus de recomendação (altamente recomendável; recomendável; sem evidência a favor ou contrária; desaconselhável; claramente desaconselhável) que também são uma classificação hierarquizada de condutas específicas quanto à recomendação a se adotar ou não na prática clínica ou na tomada de decisões de gestores etc. Esta recomendação pode ser com enfoques de terapia, prevenção e etc. Para melhor traduzir essa classificação hierárquica, muitos textos se acompanham das letras A, B, C, D ou E que indicam o grau de recomendação.

Quadro 2 - Graus de Recomendação nos enfoques de terapia, prevenção e etiologia

| Grau de Recomendação | Justificativa |
|----------------------|-------------------------------------|
| A | Altamente recomendável |
| B | Recomendável. |
| C | Sem evidência a favor ou contrária. |
| D | Desaconselhável. |
| E | Claramente desaconselhável. |

Fonte: BRASIL 2012 p.307

Sendo assim, este protocolo se pauta no Caderno de Atenção Básica (CAB) 32 (BRASIL, 2012) e Caderno de Pré-Natal de Risco Habitual (PARANÁ, 2016) que tem por objetivo orientar o atendimento de acordo com as evidências mais atuais, objetivando a realização de uma prática humanizada, integral, em rede e custo-efetiva, garantindo um padrão de acesso e qualidade.

Contudo, sabe-se que na obstetrícia há uma série de temas que por múltiplas razões carecem de estudos científicos mais robusto, porém muita prática tem se consolidado efetivamente ao longo dos anos. Nestes casos a comissão de revisão deste material optou por utilizar-se da opinião de especialistas (evidência V).

2 O CUIDADO PRÉ-CONCEPCIONAL

Entende-se como “cuidado pré-concepcional”, quando o programa de cuidados de saúde é organizado e abrangente, de forma a identificar e reduzir os riscos reprodutivos da mulher antes da concepção através de sua avaliação, da promoção da saúde e de intervenções. Este programa pode oferecer a mulher e/ou companheiro aconselhamento e informação educacional como preparação para a maternidade paternidade, tais como aconselhamento em saúde testes, planejamento reprodutivo etc. (DESCS, 2015).

Na maioria das vezes é a mulher quem procura por este tipo de programa, mas nem sempre em agenda específica, pois raramente nossos serviços de saúde oferece esta ação programática ou porque a mesma considera-se apta a tomar as decisões referente ao “planejamento reprodutivo” apenas com informações obtidas por meios midiáticos, ou conselhos de amigas, família, vizinha etc.

Desta forma, os profissionais da Atenção Primária em Saúde (APS) devem ser sensíveis e dispostos a utilizarem de todo e qualquer encontro assistencial com a pessoa em idade fértil (coleta de CO, teste rápido, terapia comunitária outros) como oportunidade para também aconselhar quanto ao cuidado pré-concepcional.

Entretanto é válido lembrar que este cuidado vai além da informação sobre métodos contraceptivos reversíveis ou definitivos, mas envolve uma consulta muitas vezes minuciosa para a mulher e/ou casal. Para isso utilizaremos das mesmas tecnologias disponíveis para o atendimento pré-natal como:

- *Acolhimento;*
- *Anamnese;*
- *Exame físico geral e ginecológico;*
- *Solicitação e coleta de exames para investigação;*
- *Orientações e condutas específicas a cada caso.*

2.1 O aconselhamento pré-concepcional

Figura 2 - Imagem de acolhimento



Fonte: Imagens Google/Aconselhamento

Este tipo de aconselhamento é uma forma de condução da consulta durante o qual um profissional desempenha um papel ativo na decisão da mulher, parceiro (a) ou família, sobre futura gestação. Dando-lhe um conselho, orientação e/ou recomendação a partir da avaliação de dados objetivos ou subjetivos que constituem a base para a formulação da discussão de riscos reais ou potenciais em saúde que podem estar implicados em caso de gravidez.

Embora seja uma prática ainda pouco comum na APS, a busca pelo aconselhamento pré-concepcional deve ser baseada na análise de um amplo grupo de informações prestadas pelos pais em potencial, de forma a identificar fatores de risco biológicos ou comportamentais a tempo de implementar medidas que minimizem as intercorrências e complicações de uma futura gravidez (SÃO PAULO, 2010; FEBRASGO, 2013; BRASIL, 2012).

Assim, é importante alguns questionamentos e medidas com vistas a implementação deste cuidado. Sendo que estes, bem como suas justificativas serão dispostos abaixo:

2.1.1 Anamnese, o olhar sobre o risco

A anamnese da mulher ou casal que deseja engravidar deve ser direcionada para um olhar em busca de fatores que possam colocar em risco a futura gestação. Desta forma, o profissional de saúde pode elencar algumas condutas que direcionem o cuidado a fim de diminuição dos riscos ao binômio maternofetal. Assim, deverá esta coleta de dados conter informações sobre os antecedentes clínico geral e obstétrico como:

1) IDADE:

A gestação em idade inferior a 16 anos ou acima de 35 anos incorre em maior risco. As adolescentes têm dificuldades com as adaptações fisiológicas necessárias à gestação, tendo risco de complicações sérias com a alimentação inadequada, excessivo ganho de peso, doença hipertensiva específica da gestação, parto prematuro e desajuste emocional. A gestação acima de 35 anos sofre aumento na incidência de hipertensão arterial crônica, diabetes e risco de cromossomopatias fetais, principalmente a trissomia do cromossomo 21 ou Síndrome de Down.

2) ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS E GINECOLÓGICOS:

Os dados levantados devem permitir que avalie possíveis distúrbios endócrinos e ocorrência de anomalias uterinas: história de infertilidade prévia, abortos e as condições de sua ocorrência (provocado, habitual), gravidez ectópica, doença trofoblástica gestacional, distúrbio do crescimento fetal, prematuridade, pré-eclâmpsia e morbimortalidade perinatal, discutindo os riscos de recorrência e possíveis intervenções; Partos (via, data, idade gestacional, local, peso do recém-nascido); Resultados desfavoráveis detalhados, buscando descobrir eventuais causas, com dados sobre complicações maternas, fetais e neonatais.

Abortamento Espontâneo Anterior:

As perdas gestacionais no primeiro trimestre podem ser esporádicas ou de repetição. Quando esporádicas, acontecem ao acaso ao longo da vida reprodutiva e em 10% a 15% das gestações reconhecidas, pode inclusive ocorrer de forma repetida, mas com um evento de gestação a termo entre eles. O prognóstico para repetição depende em partes do período em que ocorreu o evento, ou seja, as pacientes que sofreram uma perda esporádica antes de 14 semanas de gestação podem ser aconselhadas em relação ao bom prognóstico para futuras gestações e seguir orientação pré-concepcional de rotina. Aquelas cujas perdas foram após 14 semanas podem ser melhor avaliadas na tentativa de relacionar a perda a um parto prematuro ou natimorto, com a avaliação ginecológica obstétrica especializada (FEBRASGO, 2013 p.21). Já o aborto de repetição (aborto habitual) é definido três ou mais perdas consecutivas espontâneas (BRASIL, 2010). Esta condição pode ocorrer em vistas de diversas causas como: Malformações uterinas (útero bicorno, útero septado, útero didelfo); Miomatose uterina; Insuficiência istmo cervical; Insuficiência do corpo lúteo; Fatores imunológicos; Fatores infecciosos; Síndrome antifosfolípide; Fatores genético. Quando o caso se refere a aborto habitual, encaminhar para ambulatório de infertilidade e se ocorrer outra gestação encaminhar para AMBULATÓRIO DE ALTO RISCO. Devido aos riscos do aborto se relacionar a trombofilias evitar uso de contraceptivo combinado, usar apenas Progestágeno (Ex. acetato de medroxiprogesterona 150 mg, minipílula) e métodos de barreira até definição de causas.

Mola Hidatiforme:

Mulheres com histórico de mola hidatiforme na última gestação quando engravidarem em período menor a seis meses ou antes de receberem alto por cura devem ser encaminhadas para o ambulatório de alto risco. Já aquelas que receberam alto do tratamento por cura na ausência de outros fatores podem ter o seguimento pré-natal na UBS.

Antecedente de RN com Baixo Peso:

O peso ao nascimento menor que 2.500 g inclui os nascidos antes de 37 semanas e os com crescimento fetal restrito. Trinta por cento dos prematuros também sofreram restrição do crescimento fetal, de forma que muitos fatores de risco e medidas de prevenção são comuns (FEBRASGO, 2013 p.20).

Histórico de parto prematuro:

Mulheres que tiveram um parto prematuro anterior têm risco aumentado de prematuridade em uma futura gestação. Quanto mais precoce o nascimento, maior esse risco. Após um parto antes de 35 semanas, a mulher tem 16% de chance de um segundo parto prematuro. Esse risco aumenta para 41% após dois partos prematuros e 67% após três. O antecedente de prematuridade é o fator de risco com maior impacto para outro parto prematuro. Outros fatores importantes são o peso materno com IMC abaixo de 20, raça negra, fumo, pequeno intervalo interpartal, história de incompetência istmo cervical ou colo curto ao ultrassom na gestação (FEBRASGO, 2013 p.20).

Antecedente de Natimorto:

Os natimortos correspondem à metade da mortalidade perinatal e 50% têm causa desconhecida. O risco de recorrência é de duas a 10 vezes aumentado em relação a uma mulher sem esse antecedente. O risco depende das características do episódio anterior, como a etiologia, a idade gestacional no acontecimento e a presença de restrição de crescimento. Muitas condições clínicas maternas aumentam o risco fetal e, com isso, os óbitos. Além disso, um natimorto anterior aumenta o risco de diversas outras doenças. O ideal é que o maior número de informações seja conseguido no momento do óbito fetal. É muito importante a autópsia do feto, o exame anatomo patológico da placenta e cariotipagem quando possível (FEBRASGO, 2013 p.21).

Antecedentes familiares:

A identificação de antecedente familiares positivo para algumas doenças incrementam o risco dessa complicação na gravidez. Dentre estas merecem destaque as doenças genéticas como fibrose cística e hemofilia, anemia falciforme entre os negros e talassemias em mulheres com origem mediterrânea. Nestes casos a mulher e/ou sua família devem ser desencorajadas a gestação futura ou amplamente orientada. Assim, recomendamos a leitura do material “Aconselhamento pré-concepcional em doença falciforme” que contém algumas diretrizes gerais para o aconselhamento (Anexo B).

Antecedentes clínicos pessoais*:

Morbidades ou complicações clínicas maternas prévias devem ser identificadas e controladas o mais adequadamente possível, antes da decisão de engravidar. Consideram-se, a seguir, as situações específicas mais frequentes:

- a) **Alterações genéticas:** tanto em gestações prévias quanto na condição de pais portadores, deve ser realizado aconselhamento (se possível genético) particularmente para casais com translocações balanceadas, antecedente de filho com cromossomopatias e aborto habitual. Especial atenção deveria ainda ser reservada aos casais consanguíneos, considerando-se consanguinidade quando dois indivíduos têm pelo menos um ancestral em comum, o que eleva o risco de doenças autossômicas recessivas ou multifatoriais. Algumas destas alterações genéticas não constituem doença apenas risco hipotético ao conceito a depender do parceiro. Dentre as situações que podem significar risco de morbimortalidades ao conceito/feto ou recém-nascido está a mãe com traço falciforme, que a depender das condições genotípicas do parceiro pode ter um risco de 25-100% de ter um filho com doença falciforme (ver fluxo1).
- b) **Asma brônquica:** O ideal é que a mulher engravide durante um período estável da doença. Assim, o controle das crises deve ser um objetivo para evitar no futuro quadros de hipoxemia que podem prejudicar o feto. Para alguns casos pode ser necessária a Inter consulta com profissional da especialidade, na tentativa de administração da menor dose possível de medicação.
- c) **Cardiopatias:** avaliar adequadamente os casos, buscando o diagnóstico específico da doença, quando possível. Deve-se evitar o uso de termos genéricos, para que os riscos possam ser informados adequadamente e ocorra comunicação objetiva com o cardiologista. É preciso buscar o controle da situação clínica, com o intuito de que a paciente possa engravidar no momento em que atingir a melhor classe funcional.
- d) **Cirurgia bariátrica:** Procedimentos cirúrgicos no sistema digestivo para tratar a obesidade mórbida, atualmente estão em evidência e vem sendo cada vez mais utilizado no controle da obesidade. Entretanto podem trazer um maior risco de complicações maternos e fetais, especialmente se a gestação ocorrer antes de 18 meses do procedimento, período em que se dá rápida perda de massa corporal materna e má absorção. Daí as alterações mais comuns para as gestantes são: deficiências de ferro, cálcio, vitamina B12 A, D que podem resultar em complicações fetais como: nascimento pré-termo, baixo peso ao nascer, hipocalcemia neonatal ou raquitismo, osteomalácia materna, retardamento mental fetal e defeitos no tubo neural. Outras complicações que podem ocorrer em gestantes após cirurgia bariátrica são as obstruções intestinais que ocorrem em razão da formação de hérnias, volvos ou à intussuscepção ou deslocamento de anel. Desta forma, recomenda-se que a gestação aconteça no mínimo após dezoito meses da cirurgia e após dosagem de vitaminas e aconselhamento médico e nutricional (CARLINI Apud ANDREASSEN, 2012).
- e) **Desvios nutricionais:** O diagnóstico de desvios nutricionais indicando, se necessário, dieta alimentar especial são recursos valiosos para adequação do peso de algumas mulheres antes de engravidar. Aquelas com índice de massa corporal (IMC) pré gravídico inferior 18,5 (baixo Peso) têm maior prevalência de anemia, parto prematuro e baixo peso do recém-nascido. Ressalte-se que a alimentação vegetariana exclusiva pode não conter elementos importantes para a organogênese fetal. Pois dietas que excluem totalmente alimentos de origem

animal, não atendem às necessidades nutricionais da gestante em quantidades adequadas de aminoácidos essenciais, ferro, vitamina B12 e lipídeos complexos, que são nutrientes essenciais para o adequado desenvolvimento embrionário, portanto, quando realizadas, devem ser rigorosamente acompanhadas por médico e/ou nutricionista. Tanto nos países com maior desenvolvimento como naqueles emergentes, o sobrepeso e a obesidade são condições muito prevalentes, associadas a uma série de complicações gestacionais, maternas e neonatais. As gestantes com IMC acima de 25 (à partir do sobrepeso) cursam mais frequentemente com malformações fetais, diabetes, pré-eclâmpsia e tromboembolismo. Portanto, o ideal seria a perda de peso prévia à gestação.

f) Diabetes mellitus (DM):

O risco de abortamento, malformação fetal, macrossomia, morte perinatal e agravos maternos podem ser reduzidos se a mulher diabética engravidar com seus valores de glicemia controlados e promover esse cuidado também durante o curso gravídico.

Assim, a mulher com DM tipo 1 ou 2 deve ser encorajada a obter o melhor controle metabólico possível antes da concepção (HbA1C < 7%) Deve ser dosada a creatinina para estimar a filtração glomerular e a microalbuminúria. Além disso, deve ser feita uma avaliação oftalmológica (BRASIL, 2013c).

Como regra geral, é necessário rever o uso de hipoglicemiantes oral e ter acesso a orientação e seguimento nutricional. Assim, tem-se observado uma diminuição significativa do risco de macrossomia e malformação fetal, de abortamentos e mortes perinatais. Uma estratégia proposta para diminuição do risco de malformação fetal nas gestações complicadas por diabetes é que a mulher busque engravidar apenas quando valor da hemoglobina glicada (hemoglobina glicosilada ou glico hemoglobina) estiver abaixo de 6%.

g) Dislipidemia: Durante a gravidez, sobretudo no 2º e 3º trimestres, existe um incremento do metabolismo havendo uma maior mobilização dos lipídios, determinando com isto uma elevação dos níveis séricos das apolipoproteínas, TG e CT, sobretudo o LDL-C. Esses níveis voltam ao normal após a 10ª semana do parto em mães que não amamentam no peito seus filhos. Assim, os fibratos devem ser considerados em casos de hipertrigliceridemia muito grave (TG >1000mg/dL).

h) Doenças autoimunes: Mulheres com lúpus eritematoso sistêmico exibirão melhor resultado obstétrico e perinatal se sua doença estiver inativa e sob controle pelo menos até 6 meses antes da concepção e com funcionamento renal estabilizado. Investigar a possibilidade de doenças autoimunes, incluindo a síndrome do anticorpo antifosfolípide, em mulheres com história de perdas gestacionais (aborto recorrente, óbito fetal, pré-eclâmpsia grave de instalação precoce) ou de fenômenos tromboembólicos.

i) Doença falciforme: A gestação na doença falciforme está associada com um aumento de complicações clínicas materno-fetais, independentemente do tipo de hemoglobinopatia. A gravidez pode agravar a doença, com a piora da anemia e o aumento da frequência e da gravidade das crises algicas e das infecções pré e pós-parto (especialmente a pielonefrite e as pneumonias), piora da anemia, restrição do crescimento fetal, parto prematuro, natimortalidade, abortamentos espontâneos, agravamento das lesões ósseas e da retinopatia, baixo peso ao nascimento e pré-eclâmpsia. Assim, essas gestantes devem ser informadas sobre o risco de uma concepção, que deve ser apoiada ou não pelo médico hematologista e/ou obstetra, (ver Anexo B- Aconselhamento Pré-Concepcional Para Hemoglobinopatias).

j) Doenças Infeciosas: Dentre as doenças infecciosas em curso durante uma possível gravidez, as que trazem maiores preocupações aos profissionais de saúde e mulheres estão HIV, toxoplasmose, sífilis, hepatite, entre outras. Em caso de Infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), o risco materno e neonatal pode ser reduzido com um elenco de cuidados, iniciando-se pela recuperação dos níveis de linfócitos T-CD4+ e redução da carga viral circulante de HIV materno para valores indetectáveis. Na vigência da gravidez, medidas de profilaxia de transmissão vertical devem ser adotadas, como a administração de antirretrovirais na gestação, administração de zidovudina no parto para a mulher e para o recém-nascido e a inibição da lactação. A utilização das drogas antirretrovirais, tanto para a profilaxia como para o tratamento, deve ser acompanhada por infectologista, juntamente com obstetra de forma que alcancem a carga viral inferior a 1000c/mL. No caso das demais doenças, orientamos a leitura dos fluxogramas de rastreamento pertinente a cada doença de investigação. (ver fluxogramas 4-,5,6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,17,18,19)

k) Epilepsia: A epilepsia por si só não tem efeito prejudicial na gravidez. Porém atribui-se a repercussão negativa aos efeitos dos medicamentos anticonvulsivantes, por possível associação a malformações fetais. Entretanto a monoterapia é o tratamento de escolha e a medicação não deve ser interrompida durante o ciclo gravídico-

puerperal. Na gestação, as drogas mais utilizadas são os barbitúricos, a carbamazepina e a lamotrigina, sendo a dosagem individualizada na dependência das crises. Recomenda-se administrar ácido fólico 5mg/dia durante os períodos pré-concepcional e gestacional para a prevenção de defeitos abertos do tubo neural. (BRASIL, 2010 p.227). Algumas drogas anticonvulsivantes, como a fenitoína, a primidona e o fenobarbital diminuem o transporte da vitamina K através da placenta, o que pode ocasionar o risco de hemorragia fetal e neonatal. Nesses casos, administrar a mãe 20mg/dia de vitamina K durante o último mês de gravidez e 1mg IM ao recém-nascido. Para as mulheres com estabilização do quadro (situação clínica onde há ausência de crises por mais de 2 anos) não há nenhuma conduta específica pré-concepcional. Já para aquelas que desejam engravidar e que não tem apresentado estabilização do quadro, pode ser recomendado avaliação de um neurologista antes da concepção (FEBRASGO, 2013 p.18). Assim, o objetivo é o controle prévio mais adequado da doença, se possível em regime de monoterapia com uma droga efetiva e de maior segurança para o feto, por exemplo, a carbamazepina, tem mostrado melhores resultados perinatais, sendo a menor dose segura de anticonvulsivante, com suplementação de ácido fólico 5mg/dia (BRASIL, 2012 p. 29). Caso ocorra a gestação a mulher pode ser encaminhada ao “Centro mãe paranaense “ para acompanhamento compartilhado com a UBS.

l) Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES): A fertilidade no caso de lúpus é normal e a gravidez, embora não contraindicada, deve ser planejada. Considerar atividade, gravidade da doença e toxicidade das drogas. A gravidez e desaconselhada quando houver atividade da doença, especialmente na vigência de nefropatia. Existe o risco da gravidez sobre o LES, principalmente por conta das alterações hormonais nessa fase da vida da mulher, causando reativação da doença, porém os riscos da doença sobre a gravidez são sem dúvida maiores, por acarretar maus resultados perinatais e maior ocorrência de complicações maternas, como a pré-eclâmpsia. O prognóstico da gestação depende do controle da doença no período pre-concepcional. A mulher em idade reprodutiva com diagnóstico de LES deve ser orientada a como planejar a melhor oportunidade de sua gravidez, com ausência de atividade da doença nos últimos seis meses antes da concepção, adequação de medicamentos e início imediato de pré-natal de alto risco quando diagnosticada a gravidez.

m) Neoplasias: Portadoras de neoplasias em fase de tratamento não devem procriar, principalmente sob radioterapia ou quimioterapia. Os riscos recaem sobre as más condições físicas para as necessidades de uma gestação, possibilidade de severas malformações fetais, abortamento e parto prematuro. Por outro lado, antes de engravidar, a mulher deve verificar, em consulta ginecológica, se apresenta lesão mamária, tumoração pélvica ou lesão de colo uterino, vagina e vulva. Para isto, é preciso uma consulta ginecológica correta com anamnese ampla, exame físico completo e colpocitologia oncótica. A propedêutica complementar (colposcopia, biópsia, ultrassonografia mamária ou pélvica e mamografia) está indicada apenas diante de suspeita de doença, a partir da avaliação clínica adequada. Diante do diagnóstico de qualquer lesão infecciosa, proliferativa, pré-neoplásica ou neoplásica, a gestação deve aguardar o tratamento completo (medicamentoso, cirúrgico, quimioterápico e/ou radioterápico) e só ocorrer sob adequadas condições físicas e emocionais; sendo contraindicada após neoplasia hormônio-dependente.

n) Nefropatias: o resultado favorável da gestação está relacionado ao controle dos valores de creatinina, proteinúria e da hipertensão, à adoção de tratamentos específicos, além do adequado monitoramento de eventual transplante renal. É importante classificar o risco a partir do diagnóstico etiológico e isso frequentemente requer a participação do nefrologista.

o) Psicopatias e Depressão: Identificar mulheres com tendência a distúrbios psiquiátricos, particularmente as que tem história pessoal ou familiar de transtorno bipolar, mania e depressão ou que já estão em tratamento no momento da concepção. Apesar do risco de exposição aos psicofármacos, o risco benefício deve ser avaliado pela chance de recidiva de distúrbio psiquiátrico grave pela suspensão da medicação. Pode ser necessário solicitar apoio de um profissional de saúde mental para aquelas que realmente desejam engravidar, pois no eventual planejamento de uma gravidez em gestantes com episódios depressivos leves, pode-se considerar a retirada gradual do antidepressivo. Já em gestantes com quadros depressivos graves ou refratários, a manutenção da medicação pode ser uma escolha, optando-se pelas drogas com maior evidencia de segurança nesse período ou eventualmente pela realização de Eletroconvulsoterapia (ECT). Independentemente do caso, a gestante deve ser orientada a permanecer em cautelosa observação psiquiátrica (BRASIL, 2010 p.230).

p) Hipertensão arterial crônica (HAC): estimular o controle adequado dos valores pressóricos e avaliação nutricional. Adequar a necessidade e o uso de drogas hipotensoras evitando-se a administração de inibidores de enzima de conversão da angiotensina. A HAC é um fator de risco considerável para o aparecimento de pré-eclâmpsia superposta. Deve-se classificar o caso, considerando que as pacientes com HAC grave apresentarão

mais frequentemente desfechos desfavoráveis. É importante atentar para lesões em órgãos-alvos (rim, coração, cérebro, vasos sanguíneos) e também para a possível etiologia do quadro, alertando-se para causas secundárias.

q) **Tireoidopatias:** os quadros de hipotireoidismo ou hipertireoidismo podem prejudicar o curso da gestação, tornando-se necessária a compensação prévia da função da tireoide e seu controle. Não se deve jamais suspender medicações e expor a paciente a riscos adicionais, se não for indicado. Essas complicações da tireoide devem ser investigadas em mulheres que relatem dificuldades para engravidar. No caso de hipotireoidismo a suplementação de tiroxina deve ter em vista a manutenção do TSH normal.

r) **Outras doenças:** Distúrbios musculoesqueléticos e câncer podem ser considerados individualmente quanto ao risco que apresentam no caso de uma gestação planejada, devendo-se adotar uma abordagem adequada a cada situação, preferencialmente com a ajuda de um especialista.

3) HÁBITOS E EXPOSIÇÕES:

Ocupação: torna-se importante, uma vez que as condições de trabalho são relevantes para a gestação, alertando-se sobre exposições a agentes tóxicos ambientais, como arsênico, chumbo, óxido de carbono, manuseio de agrotóxicos e irradiação radiológica que podem repercutir com degeneração do trofoblasto, aborto, restrição de crescimento, malformação óssea, microcefalia, deficiência mental, microftalmia, catarata, lesões de pele, óbito fetal.

Uso de drogas lícitas ou ilícitas: Deve-se desestimular o tabagismo, pelo risco de prejuízo do crescimento fetal, associação com abortamento, prematuridade, descolamento prematuro de placenta e amniorrexe prematura, aumentando as chances de sucesso para aquelas que abandonarem o hábito ou reduzirem o consumo diário.

Ainda não está estabelecida a dose segura de ingestão de álcool durante a gestação para se evitar danos fetais (discreta restrição do crescimento fetal à grave síndrome alcoólica fetal), devendo ser orientada abstinência ou ingestão mínima.

Já as drogas ilícitas produzem danos diversos sobre a gestação, provocados pela própria substância ou por prejuízo de sociabilidade. A cocaína, por exemplo, produz efeitos já conhecidos, como malformações cardíacas e urológicas, além de restrição de crescimento fetal e descolamento de placenta. A mulher que referir essa adição deverá ser encaminhada para programas específicos de recuperação.

Uso de Medicamentos: ainda que devidamente prescritos alguns deles pode estar contraindicado durante a gestação pelo risco de malformação fetal, lesão auditiva, renal, hepática e neurológica, além do fármaco dependência do recém-nascido. Para as mulheres com complicações clínicas que realizam tratamentos medicamentosos, deve-se buscar a substituição das drogas contraindicadas na gestação, para que elas possam engravidar sem fazer uso delas. (Anexo C- Classificação de risco dos medicamentos para uso na gravidez e lactação).

2.2 O exame físico na consulta pré-concepcional

O exame físico deve ser completo, não diferindo muito do realizado em consulta pré-natal (que será discutido no próximo capítulo) salvo o exame obstétrico. Assim observa-se:

- Alterações no estado geral: principalmente o sistema nervoso central (SNC);
- Sistema tegumentar;
- Sistema digestivo;
- Sistema cardiocirculatório;
- Sistema respiratório;
- Sistema gênito-urinário;

É importante ressaltar que, para muitas mulheres, esse pode ser seu primeiro contato com o sistema de saúde. Portanto, a oportunidade deve ser aproveitada para uma investigação de sua condição geral de saúde.

2.3 Solicitações de exames pré- concepcionais

A adequada avaliação de exames no período pré-concepcional requer a realização de exames para identificar condições que, na vigência de uma gestação, possam agravar a saúde da mulher, seu parceiro (s) e/ou do recém-nascido.

2.3.1 Os exames de rotina e excepcionais para mulheres que desejam engravidar

Quadro 3 - Exames de Rotina Pré - Concepcionais para Mulheres que desejam engravidar

| Exames | Indicação/ justificativa | Recomendação |
|--|---|---|
| 1. Teste rápido ou Sorologia HIV | Embora grave, a infecção pelo HIV em sua forma vertical pode ser prevenida com instituição de medidas pré-concepcionais como a concepção em período em que carga viral esteja menor que mil (1.000) cópias, após o início da terapia antirretroviral. | Caso positivo, orientar sobre risco de transmissão vertical, oferecer contracepção. Caso opte por gestar, iniciar tratamento antes da concepção. Em casos de sorologia positiva para o HIV, encaminhar para acompanhamento e tratamento em serviço de referência, também incluindo cuidados com o parceiro. Contudo, independentemente de resultado, orientar todas as mulheres para a prática do sexo seguro, incentivando-as a utilizar o preservativo. |
| 2. Teste rápido ou Sorologia para VDRL (sífilis) | O risco de transmissão vertical da sífilis como consequência, múltiplas sequelas, como surdez, a depender da fase da infecção e da gestação o risco de transmissão vertical pode variar de 30 %-100%. | Se houver sorologia positiva para sífilis, encaminhar a prontamente a mulher e/ou parceiro para consulta médica de forma a instituir o tratamento dela e do parceiro e acompanhar clínico-laboratorialmente ambos. Atentar-se para orientação exaustiva sobre o risco de sífilis congênita. |
| 3. Teste rápido ou sorologia par Hepatite B* | Doença muitas vezes silenciosa que pode ser transmitida para o feto na gestação. | Nos casos negativos, deve-se providenciar a imunização previamente à gestação; se positivo encaminhar para ambulatório especializado. |
| 4. Colpocitologia oncológica | Mulher que fez apenas um exame ou último exame ocorreu há mais de 3 anos (conforme protocolo específico). | Para a identificação de neoplasia intraepitelial cervical ou câncer cérvico-uterino. Se forem identificadas alterações, dar prosseguimento ao caso. |

Fonte: FEBRASGO, 2013; BRASIL, 2012 (adaptado).

Os exames excepcionais deverão ser solicitados apenas se houverem indicação, a depender do antecedente clínico-pessoal da mulher.

Quadro 4 - Exames Excepcionais Pré-Concepcionais para Mulheres que Desejam Engravidar

| Exames | Indicação/ justificativa | Recomendação |
|--|--|--|
| 1. Tipagem sanguínea | Para prevenção da aloimunização Rh. | Caso a mulher já tenha tido aborto anterior que ignora a tipagem sanguínea. Se a mulher for Rh negativo, solicitar pesquisa de anticorpos (Coombs indireto) e triagem sanguínea do parceiro. |
| 2. Hemograma completo | Pesquisa de anemia. | História prévia de anemia, sinais e sintomas indicativo de anemia, coagulopatias ou outras alterações que demandam investigação. Em caso de anemia, recomenda-se observar o resultado de eletroforese de hemoglobina para ver se há associação de traços falciforme. Pode ser solicitado ainda o parasitológico de fezes, sendo a aconselhável encaminhar a mulher para a consulta médica para o tratamento da anemia antes de engravidar. |
| 3. Eletroforese de Hemoglobina | Pesquisa de traço ou anemia falciforme. | Para mulheres com história de anemia, negras, ou que tem 1 ou mais filho com traço falciforme ou anemia falciforme. |
| 4. Glicemia de jejum | Indicado para mulheres com fatores de risco – idade igual ou superior a 35 anos, obesidade, parente de primeiro grau com diabetes, história prévia de diabetes gestacional, de macrossomia fetal, de óbito fetal de termo sem motivo esclarecido, paciente com queixa sugestiva como poliúria, polidipsia etc. | O controle estrito da glicemia prévio à gestação e durante esta, tanto nos casos de diabetes pré-gravídico como nos episódios de diabetes gestacional, bem como a substituição do hipoglicemiante oral por insulina, associado ao acompanhamento nutricional e dietético, têm reduzido significativamente o risco de macrossomia e malformação fetal, de abortamentos e mortes perinatais. Um controle mais adequado do diabetes durante a gestação propicia comprovadamente melhores resultados maternos e perinatais (BRASIL, 2012). |
| 5. Urina I e urocultura | Mulher com história de infecção urinária de repetição; Mulher com queixa urinária e/ história de diabetes mellitus. | O rastreio e tratamento na pré-concepção não diminui a infecção e suas consequências na gestação. Assim a solicitação de rotina de Urina I deve ser apenas para casos sintomáticos ou com história de diabetes prévia. |
| 6. Ultrassonografia (USG) ou Mamografia (MMG). | Mulheres com 35 anos ou mais, pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama (ver fluxo específico). | Qualquer suspeita de malignidade deve ser afastada antes da concepção. |

Fonte: FEBRASGO, 2013; BRASIL, 2012 (Adaptado).

2.3.2 Exames de Rotina Para Parceiros

- ✓ Teste rápido
- ✓ HIV
- ✓ VDRL
- ✓ Hepatite B
- ✓ Hepatite C

* Embora no aconselhamento pré-concepcional, a solicitação dos exames e verificação dos resultados possam ser realizadas pelo enfermeiro, no caso de detecção de antecedentes clínicos patológicos ou resultados de exames que necessitem de alguma intervenção médica, a mulher deve ser referenciada a este profissional em tempo oportuno. O que significa solicitar os exames iniciais e agendar consulta médica para avaliação dos mesmos, se for o caso.

2.4 Avaliação do estado vacinal pré-concepcional

O Estado vacinal deve ser avaliado com atenção especial às vacinas dupla bacteriana (dT), Rubéola e hepatite B, se o esquema vacinal ausente ou incompleto deve-se providenciar a imunização previamente conforme protocolo municipal de imunização.

2.5 Uso de suplementos vitamínicos no período pré-concepcional

Considerando a prevalência das carências nutricionais principalmente da anemia ferropriva, bem como a de defeitos do tubo neural ao nascer, desde 2002, a lei brasileira obriga a adição de ácido fólico nas farinhas de trigo e de milho, sendo a proporção de 150µg de ácido fólico a cada 100g de farinha. É recomendado realizar a profilaxia de defeitos abertos do tubo neural, administrando-se ácido fólico na dose de 400 mcg (se gotas, 40-60 gotas conforme dosagem) via oral (VO) diariamente, no mínimo 30 dias antes da concepção (recomendado 60 ou 90 dias), mantendo o uso até o final da gestação (grau de recomendação A) (BRASIL, 2015 p.59; 105).

Outros suplementos vitamínicos não são recomendados de rotina. Porém, uma dieta rica em verduras deve ser orientada sempre. (Recomenda-se leitura do Anexo E- ORIENTAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA A GESTANTE).

Mulheres com antecedente de filho com distúrbio de tubo neural a dose usual de suplementação de ácido fólico é de 5 mg/dia.

2.6 Orientações específicas quanto aos hábitos e ao estilo de vida

- a. Orientação nutricional visando à promoção do estado nutricional adequado tanto da mãe como do recém-nascido, além da adoção de práticas alimentares saudáveis;

- b. Orientações sobre os riscos do tabagismo e do uso rotineiro de bebidas alcoólicas e outras drogas;
- c. Orientações quanto ao uso de medicamentos e, se necessário mantê-los, realização da substituição para drogas com menores efeitos sobre o feto (neste caso deve-se solicitar a avaliação e conduta médica);
- d. Avaliação das condições de trabalho, com orientação sobre os riscos nos casos de exposição a tóxicos ambientais;
- e. Orientação para registro sistemático das datas das menstruações e estímulo para que o intervalo entre as gestações seja de, no mínimo, 2 (dois) anos.

2.7 Abordagem da pessoa ou do casal com suspeita de infertilidade

Considera-se infertilidade conjugal quando não surge uma gravidez no mínimo após um ano de exposição ao coito, em casal sexualmente ativo e sem uso de métodos anticonceptivos.

Subdivide-se em:

- Infertilidade primária: ausência de gestação prévia;
- Infertilidade secundária: se a falha na capacidade reprodutiva se estabeleceu após uma ou mais gestações;
- Abortamento habitual ou de repetição: ocorrência de duas ou mais interrupções naturais consecutivas da gestação de até 20 semanas;
- Esterilidade: incapacidade definitiva de gerar filhos.

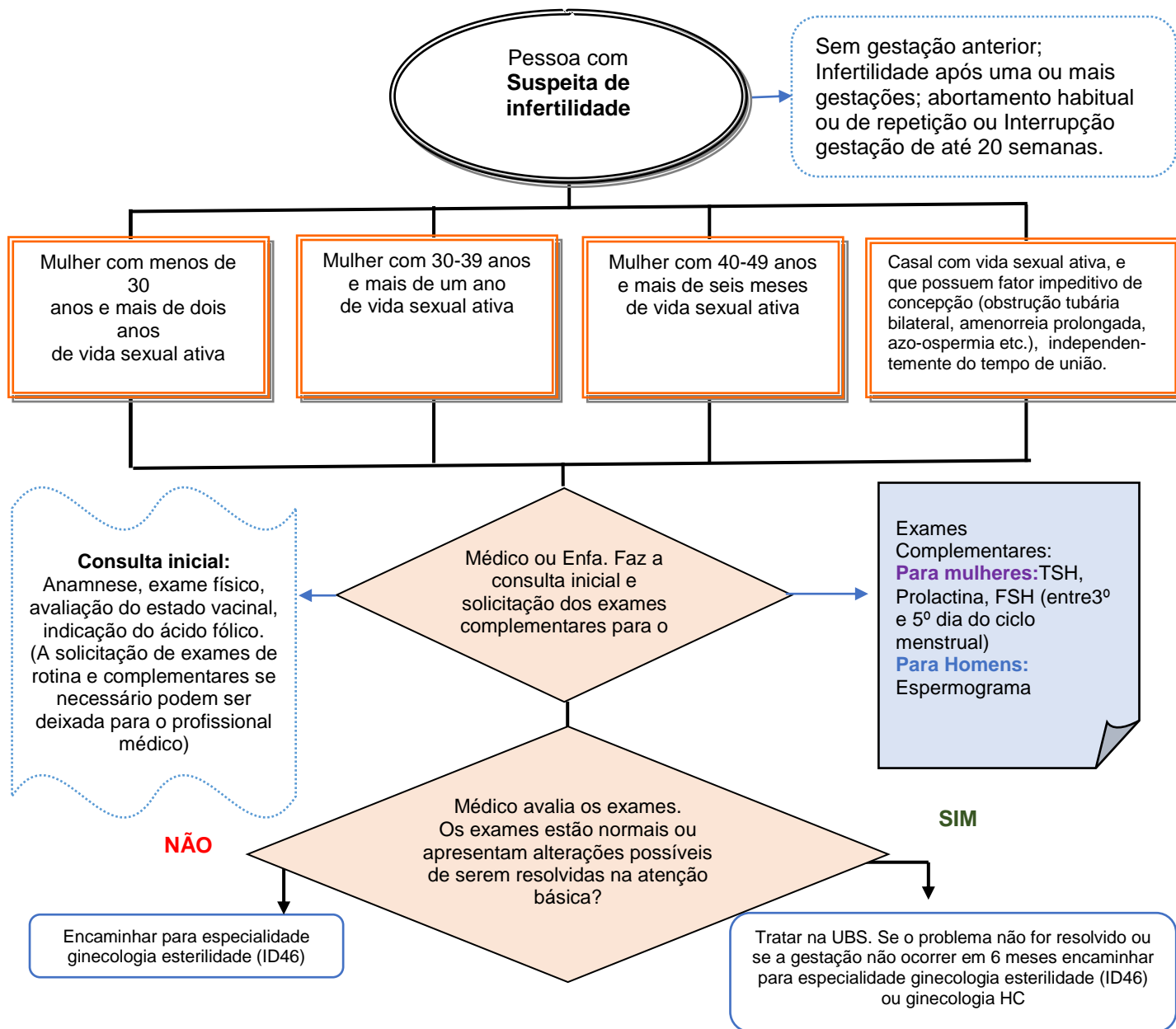
Fatores que predispõe a infertilidade do casal

- **Idade da mulher:** quanto maior a idade, maior a prevalência de infertilidade. Mulheres com mais de 35 anos já apresentam redução das chances de reprodução; próximo aos 40 anos a mulher apresenta 90% de sua fertilidade basal; de 40 a 44 anos apresentam 62% e, entre 45 e 49 anos, 14%. (BRASIL, 2013a).
- **Idade do Homem:** estudos têm demonstrado efeitos da idade do homem na qualidade do sêmen e fertilidade, especialmente quando a mulher também apresenta idade reprodutiva avançada. A idade está associada à diminuição do volume seminal, motilidade e morfologia, mas não com a concentração espermática. Essa diminuição da fertilidade masculina é mais evidente após 40 a 50 anos. O aumento da idade paterna também está associado a doenças autossômicas dominantes (KÜHNERT;NIESCHLAG, Apud SOUZA;VITORINO, 2008).
- **Álcool:** Não existe evidência consistente entre o uso de álcool e infertilidade feminina . No entanto, o consumo excessivo de álcool pode afetar, de forma reversível, a qualidade seminal (RCOG Apud SOUZA;VITORINO, 2008).
- **Doença inflamatória pélvica (DIP):** na ocorrência de um, dois, três ou mais episódios de DIP os percentuais de mulheres acometidas por infertilidade são, respectivamente, de 11%, 34% e 54%(BRASIL, 2013a).

- **Fumo:** mulheres que fumam têm 1,4 vez maior chance de serem inférteis (BRASII, 2013a).
- **Peso:** os extremos de peso (obesidade ou magreza) têm relação com o pior prognóstico de fertilidade.
- **Obesidade** Obesidade especialmente em mulheres com IMC acima de 30 kg/m². pode causar impacto na função reprodutiva, resultando em disfunção ovulatória. e aumentar a taxa de abortamento A perda de peso, incluindo exercício e dieta, melhora as taxas de gravidez (RCOG Apud SOUZA;VITORINO, 2008).
- **Cafeína :** Embora não tenha encontrado evidências de associação entre o consumo de cafeína (presente no café, chá, chocolate e refrigerantes cola) e infertilidade feminina em homens, o consumo do produto demonstrou que pode diminuir a motilidade dos espermatozoides, assim como aumentar a proporção de gametas mortos (CASRM Apud SOUZA;VITORINO, 2008).
- **Endometriose:** aproximadamente 20 a 40% das mulheres inférteis apresentam endometriose e 30 a 50% das mulheres com endometriose são inférteis, com vários mecanismos implicados nessa associação (SOMIGLIANA et al Apud Apud SOUZA;VITORINO, 2008).
- **Fator psicológico:** há associação entre estresse relacionado ao trabalho e menor probabilidade de concepção em mulheres. O estresse psicológico pode afetar o relacionamento do casal, diminuindo também a libido e, assim, interferindo novamente na concepção. Em homens, maior frequência de relatos de perda da libido e diminuição na frequência do coito tem sido observada durante procedimentos diagnósticos e terapêuticos. Intervenções psicológicas melhoraram índices de gravidez em mulheres com menos de dois anos de infertilidade (DOMAR Apud SOUZA;VITORINO, 2008).
- **Causas anatômicas:** relacionadas ao útero ou às trompas (fator tubo peritoneal): pode haver alterações na parte interna do útero (endométrio), como mioma, pólipos e aderências, ou pode existir obstrução ou aderências das trompas.
- **Causas Hormonais:** cerca de 20% das pacientes inférteis apresentam disfunção ovulatória (fatores do eixo hipotálamo-hipófise-gônadas): alterações hormonais que interfiram no processo de ovulação ou em alguma outra fase da reprodução. A regularidade dos ciclos menstruais pressupõe ovulação (RCOG Apud SOUZA;VITORINO, 2008).
- **Masculinas:** o fator masculino pode estar envolvido em 30 a 50% dos casos de infertilidade. Podem estar relacionadas a alterações na produção do esperma, na quantidade ou qualidade dos espermatozoides, como capacidade de movimentação e a proporção de espermatozoide com formato normal. Vários fatores ou condições podem interferir ou ter influência na produção espermática, por exemplo: traumas testiculares, uso de fármacos, presença de varicocele, doenças, relações sexuais diárias, entre outros (BRASII, 2013a).
- **Desconhecidas:** para uma parcela significativa dos casos de infertilidade não se encontra nenhuma alteração ao se fazer a avaliação do casal – entre 10% e 30%. Contudo, em torno de dois terços dos casais cujo diagnóstico de infertilidade tem causa desconhecida concebem sem tratamento, embora a probabilidade de concepção seja baixa – em torno de 3% ao mês (BRASII, 2013a).

Considerando que muitas mulheres ou casais não tem compreensão sobre a fisiologia do ciclo menstrual e período fértil, importante que o profissional seja hábil em orientações neste sentido. Lembrando que para acontecer a gravidez recomenda-se manter relações sexuais, com contato genital sem proteção contraceptiva, em dias alternados (melhora qualidade dos espermatozoides) no período fértil (entre 5 dias antes da ovulação até 24 horas após) ou para a maioria das mulheres entre o 8º ao 19º. Dia do ciclo menstrual (BRASIL, 2015a p.228).

FLUXOGRAMA 1 - ABORDAGEM DA PESSOA COM SUSPEITA DE INFERTILIDADE



| Os parâmetros para leitura do espermograma: | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> Volume: de 1,5 a 5 ml. Volumes aumentados (hiperespermia) sugerem infecção na próstata e/ou vesículas seminais. Volumes muito diminuídos (hipoespermia) sugerem obstrução ou agenesia/ hipoplasia das vias eferentes (ductos ejaculadores, vesículas seminais ou deferentes). Ausência de ejaculado (aspermia) sugere alteração neurológica dos mecanismos de emissão ou ejaculação retrógrada. Cor: branca opalescente ou branca acinzentada. Cor amarelada sugere leucospermia e cor avermelhada sugere hemospermia. Viscosidade normal filância entre 3 e 5 cm. Valores maiores que 5 cm sugerem infecção seminal. pH: 7,2 e 8,0. pH < 7,2 sugerem obstrução dos ductos ejaculatórios, vesículas seminais e/ou ductos deferentes. Se pH > 8,0 sugerem infecção seminal. | <ul style="list-style-type: none"> Concentração: superiores que 20 milhões/ml. Se < 20 milhões/ml – oligozoospermia. Se < 5 milhões/ml – oligozoospermia severa. Ausência de espermatozoides – azoospermia. Motilidade espermática: 50% ou mais de espermatozoides móveis. Valores inferiores a 50% – astenoospermia. Vitalidade espermática: 75% ou mais de espermatozoides vivos. Se < 75% – necroospermia. Morfologia: mais de 50% dos espermatozoides de formas normais. Contagem de leucócitos: Menos de 1.000.000 (1 milhão) por centímetro cúbico de ejaculado. |

Fonte: SOCIEDADE BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO HUMANA. **Guideline para Abordagem da Infertilidade Conjugal.** Disponível online.

3 O CUIDADO NO PRÉ-NATAL

O pré-natal e as tecnologias do cuidado

Florence Nightingale, precursora da enfermagem moderna dizia que todo o ser humano possui dentro de si o poder de vida (poder *vital*) e o poder de morte. Um leva à saúde e à cura e outro à doença e à morte (CARRARO, 2001). Para esta autora, a função da enfermeira e aqui a todos os profissionais de saúde, era estimular no outro o *poder vital* e isto se faz através da implementação de um cuidado autêntico, o que significa utilizar uma ampla tecnologia assistencial.

Por tecnologias se denominam os instrumentos aplicados de forma a alcançar determinado objetivo. São classificados em tecnologia dura, dura-leve e leve. Tecnologia dura é aquela centrada em máquinas e objetos como esfigmomanômetro, termômetro, aparelho de raio X e outros. Tecnologia dura-leve, são os conhecimentos técnicos necessários para o exercício de determinada tarefa ou profissão, e tecnologia leve, são aquelas centradas em relações construídas entre e com os profissionais e usuários (MERHY, 1997).

Com vistas a isto, deve-se cuidar para que a consulta de pré-natal não seja baseada apenas em tecnologia dura e dura-leve, embora na maioria das páginas é isso que trata este protocolo, mas que todos os profissionais façam da tecnologia leve uma ferramenta de uso extensivo a fim de garantir a vinculação da gestante e família, mas também aumentar o “*poder vital*” próprio de cada um. Afinal, em outras palavras “*Todos nós, o que precisamos é encontra cuidadores que respeitemos, acreditando que eles podem aumentar o nosso processo sarador*” (MORAN & SCHULTZ Apud CARRARO (2001).

3.1 O Acolhimento

“O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética; não pressupõe hora ou profissional específico para fazê-lo, mas o compartilhamento de saberes, angústias e invenções” (BRASIL, 2009).

Desta forma, o acolhimento de uma gestante não se inicia no diagnóstico da gravidez, nem se relaciona exclusivamente à sua procura pela consulta pré-natal mas transcende a todo e qualquer atendimento à mulher ou aos seus significantes no serviço de saúde.

A captação precoce para o pré-natal pressupõe que esta gestante inicie seu acompanhamento ainda no primeiro trimestre, sendo isto essencial para o diagnóstico precoce de alterações e para a realização de intervenções adequadas sobre condições que tornam vulneráveis a saúde da gestante e a da criança (BRASIL, 2015).

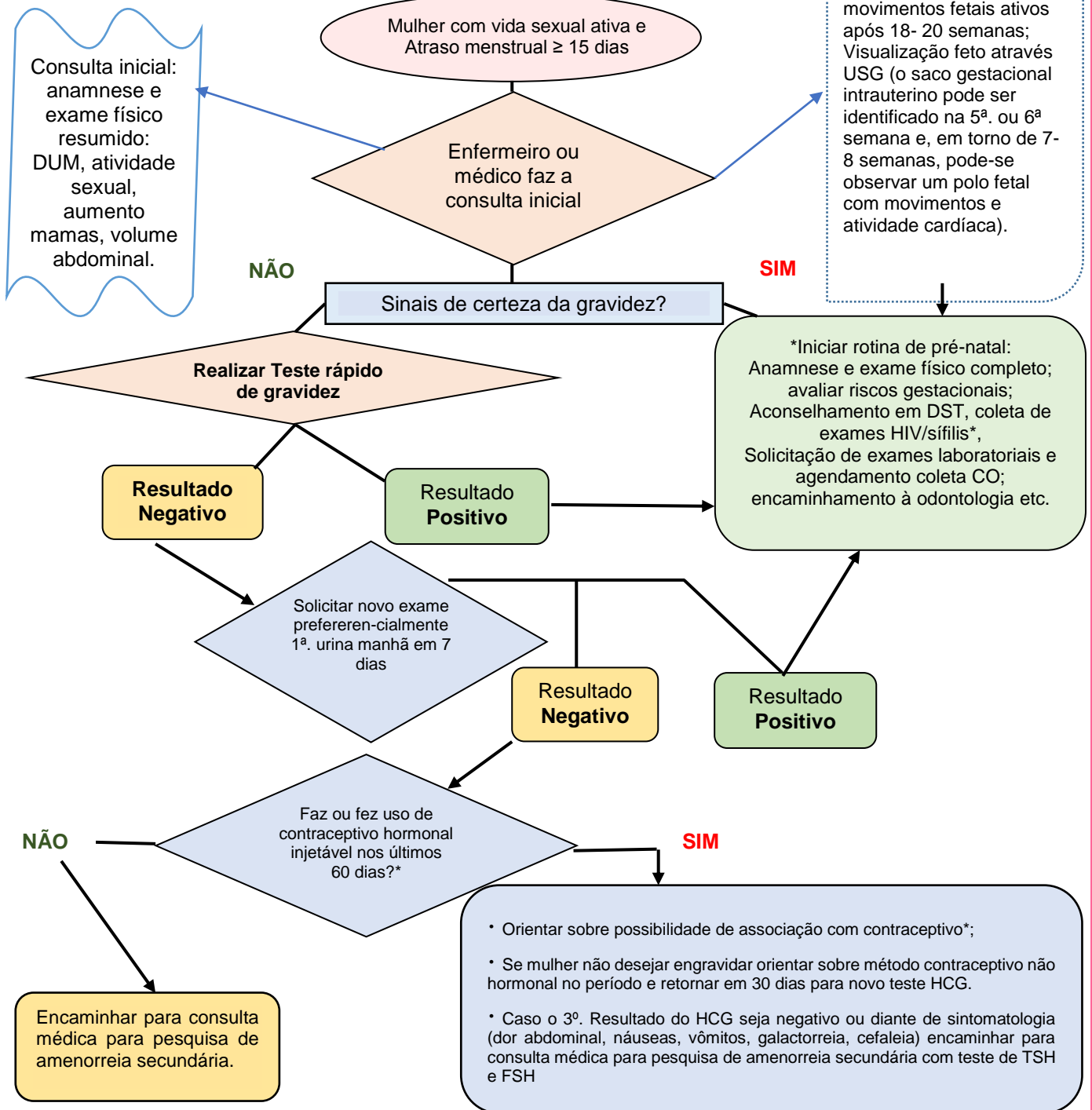
Independente do profissional que faça o primeiro contato, a mulher com suspeita ou confirmação do estado, a atitude de acolhimento precisa estar presente.

É importante que na UBS ocorra o incentivo e o acolhimento do (a) acompanhante de escolha da mulher, não oferecendo obstáculos à sua participação no pré-natal, no trabalho de parto, no parto e no pós-parto. O (a) acompanhante especialmente para o parto pode ser alguém da família, amigo (a) ou a doula, conforme preconiza a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.

3.2 O diagnóstico de gravidez

O diagnóstico de gravidez pode ser feito através de métodos clínicos, laboratoriais e ultrassonográficos. Os sinais e sintomas podem ser classificados como presuntivos, de probabilidade e de certeza de gravidez. Os dois primeiros não têm muito uso nem importância em nosso meio a partir do advento do teste rápido de gravidez. Assim, não serão comentados neste material.

FLUXOGRAMA 2 - DIAGNÓSTICO DA GRAVIDEZ



*Mulheres em uso de contraceptivo hormonal podem ter amenorrea mesmo após a suspensão. No caso da injetável combinado mensal pode ocorrer demora de até 60 dias para retorno dos ciclos menstruais e no caso de injetável progestógeno trimestral o retorno da menstruação se dá em média de 6 meses após a última injeção, mas em até 25% delas pode demorar até um ano para o restabelecimento do padrão normal.

ESPECIFICAÇÕES SOBRE EXAME BETA HCG

- ❖ O hormônio Gonadotrofina Coriônica humana (hCG) é uma glicoproteína secretada durante o desenvolvimento da placenta, logo após a fertilização.
- ❖ A presença de HCG (Gonadotrofina coriônica humana) na urina ou soro em níveis suspeitos para a gravidez pode se dar à partir de 10 dias da fecundação, coincidindo com o atraso menstrual. Entretanto somente após 15 dias do atraso menstrual os valores estão acima de 100 mUI/ml, o que faz com que seja detectado em amostra urinária à qualquer do dia embora a concentração de hormônios seja sempre maiores na 1ª. urina da manhã.
- ❖ O nível de hCG atinge o seu pico cerca de 8 semanas após o último período menstrual e então declina para valores menores. Ou seja, durante toda a gestação o hCG será detectado na urina, sendo que os valores apenas declinam 15 dias após parto ou abortamento.
- ❖ A maioria dos testes tem sensibilidade para detecção de gravidez entre 25 a 30mUI/ml. Resultados falsos positivos ocorrem na faixa entre 2 a 25mUI/ml. Do ponto de vista prático, níveis menores que 5mUI/ml são considerados negativos e acima de 25mUI/ml são considerados positivos.
- ❖ Além da gravidez, um número de outras condições clínicas pode apresentar níveis elevados de hCG como as enfermidades trofoblásticas ou certas neoplasias não trofoblásticas, como tumores testiculares, câncer de próstata, câncer de mama e câncer de pulmão. Estes diagnósticos devem ser considerados caso exista apropriada evidência clínica (HCG STRIP TEST PLUS, 2016).

Na literatura não há consenso sobre o número ideal mínimo de consultas no pré-natal e puerpério. Para Organização Mundial de Saúde (OMS) espera-se mínimo de 4 consultas. O Ministério da Saúde há vários anos adota o número de 6 consultas, enquanto o estado do Paraná conceitua o mínimo 7 consultas. Todas as referências citadas, seguem modelo de 1 consulta no puerpério. (WHO, 2005; BRASIL, 2012; PARANÁ, 2011).

As consultas de pré-natal poderão ser realizadas na UBS preferencialmente agendadas ou durante visitas domiciliares. O calendário de atendimento durante o pré-natal deve ser programado em função do (s): da idade gestacional (IG) na primeira consulta.

Para isso preconiza-se que:

- ✓ O calendário deve ser iniciado precocemente (no primeiro trimestre) e com datas regulares para o atendimento e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que a consulta de puerpério deverá ter sido realizada. **Não existe “alta” do pré-natal antes do parto;**
- ✓ O número de consulta mínima recomendada é de 6 consultas de pré-natal, sendo uma no 1º trimestre, duas no 2º trimestre e três consultas no 3º trimestre (BRASIL, 2012 p.62);

- ✓ A maior frequência de visitas no final da gestação visa a avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia,

***OBS:** É importante que o profissional tenha sensibilidade neste momento para avaliar se é oportuno o início do pré-natal imediatamente ou, no caso de observar que a gestação foi não planejada ou indesejada, pode ser agendado uma data próxima. A mesma cautela deve ser adotada no aconselhamento pré-teste e coleta dos exames HIV; sífilis; hepatite B, recomendando-se que sejam realizados na 1ª consulta de pré-natal, podendo ou não coincidir com a data do diagnóstico da gravidez. Orienta-se que os testes rápidos não sejam realizados às sextas feiras e vésperas de feriados prolongados.

amniorrexe prematura e óbito fetal.

O calendário colocado abaixo é preconizado para as gestações de risco habitual. Já para gestações de alto risco, considerando a grande diversidade de agravos que podem classificar a gestação como alto risco, o estabelecimento do calendário para agendamento de consultas pode ser muito variável. Entretanto, como regra geral segue-se a mesma lógica para o risco habitual. Porém, independentemente dos agendamentos no serviço de referência, a consulta de acompanhamento paralelo na UBS deve ser programada no mínimo mensalmente.

Quadro 5 - Cronograma Mínimo das Consultas de Pré-Natal para Risco Habitual e Intermediário

| Idade gestacional | Frequência | Local Realização |
|---------------------|------------------|---|
| • Até 28ª semana | • Mensalmente | UBS |
| • 28ª - 36ª semana | • Quinzenalmente | UBS |
| • 36ª- 40ª semana. | • Semanalmente* | UBS |
| • 40ª.- 41ª. Semana | • Cada 3 dias | UBS e Maternidade de referência* UBS e Maternidade de referência |

OBS: *Para as gestantes que tem indicação de cesariana devido ocorrência de procedimento há menos de 24 meses,(interatividade), encaminha-las para uma avaliação na maternidade de referência quando completarem 38 semanas. Já para as demais, o encaminhamento para avaliação do bem-estar fetal deve se dar a partir da 40ª. semana. Caso este serviço seja mantido a observação da gestante até 41ª. Semana deve-se manter a avaliação na UBS com médico ou enfermeira cada 3 dias, com exaustiva orientação sobre os sinais de trabalho de parto e alerta. (Ver mobilograma sinais de TP e alerta).

Fonte: BRASIL, 2012, p.62 (Adaptado).

3.4 A consulta no pré-natal

Segundo as evidências internacionais, (nível de evidência I), um pré-natal pode ser realizado tanto por médicos quanto por enfermeiros obstetras ou generalistas capacitados (GAY et al., 2003, VILLAR et al., 2005, CALDERON; CECATTI; VEGA, 2006, BRASIL, 2012).

No município de Londrina, em consonância a outros protocolos nacionais é atribuído a enfermeira a primeira consulta de pré-natal, sendo as demais intercaladas com médico (BRASIL, 2012; BELO HORIZONTE, 2008; SÃO PAULO, 2010).

3.4.1 Roteiro da primeira consulta

Longe de buscar um “engessamento”, este é apenas um roteiro que pode ser usado como referência para a consulta de pré-natal.

3.4.2 A Coleta de Dados- A anamnese e o exame físico obstétrico

A coleta de dados através da anamnese e exame físico consiste em uma busca dirigida de informações com vistas a formação de um diagnóstico médico ou de enfermagem para a implementação de um cuidado integral e resolutivo.

*Embora o município adote como orientação a consulta de pré-natal de Risco Habitual e Intermediário intercalada entre profissionais médicos e enfermeiros, de acordo com a Lei nº 7.498 de 25 de junho de 1986 e o Decreto nº 94.406/87 que dispõe sobre o Exercício Profissional de Enfermagem, o pré-natal de risco habitual (e intermediário) pode ser integralmente realizado pelo enfermeiro. [Acréscimo nosso]

Assim, a coleta de dados deve ser feita com vista a detecção das alterações observadas no organismo materno, durante a gestação, fundamentadas em: a) alterações hormonais; b) alterações enzimáticas; c) presença do feto; d) do aumento do volume uterino.

3.4.2.1 Anamnese

Compreende uma forma de investigação sobre as condições biológicas, psicobiológicas, sociais e religiosa da pessoa, da família ou da comunidade e suas respostas frente ao processo saúde-doença (SOUZA, 2012). Uma clássica frase de William Osler, médico cardiologista diz que **“Ouça o que o paciente diz, ele lhe contará o diagnóstico”**. Assim, entende-se que para uma anamnese obstétrica satisfatória algumas informações são importantes e serão listadas abaixo:

| |
|---|
| Dados de Identificação da gestante |
| Cor; naturalidade; procedência; endereço atual; nome do acompanhante no pré-natal ou para o parto. |
| Dados Socioeconômicos e Culturais: |
| Grau de instrução; profissão/ ocupação; beneficiária de programas federais de transferência de renda: bolsa família etc.; situação conjugal/estado civil; nº e idade de dependentes (avaliar sobrecarga de trabalho doméstico); renda familiar per capita; pessoas da família que participam da força de trabalho; condições de moradia (tipo, n.º de cômodos, alugada/própria); relação morador/cômodo (rmc) e condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo). |
| Antecedentes Familiares: |
| Hipertensão; diabetes; doenças congênitas; gemelaridade; câncer de mama; hanseníase; tuberculose; parceiro sexual portador de infecção pelo HIV, sífilis e outras DSTs. |

| Antecedentes clínicos pessoais: |
|--|
| Alergias; alterações osteo articulares de interesse obstétrico: luxação de quadril, prótese etc.; aneurismas; aterosclerose; câncer; cardiopatias, inclusive doença de chagas; cirurgia (tipo e data); deficiências de nutrientes específicos (ferro, cálcio, etc.); desvios nutricionais (baixo peso, desnutrição, sobrepeso, obesidade); doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses); doenças inflamatórias intestinais crônicas; doenças neurológicas e psiquiátricas; endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus); hanseníase, tuberculose ou outras doenças infecciosas; hemopatias; hipertensão arterial crônica e/ou se fazendo uso de anti-hipertensivo); infecção do trato urinário (ITU) ; nefropatias; pneumopatias; portadora de infecção pelo HIV (se em uso de retrovirais, anotar quais); portadora de doenças infecciosas (hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis e outras infecções sexualmente transmissíveis (ISTs); transfusões de sangue; trauma; tromboembolismo; vacinações prévias (antitetânica, anti-hepatite b e antirrubéola). |
| Antecedentes ginecológicos: |
| Ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade); cirurgias ginecológicas (idade e motivo); doença inflamatória pélvica (DIP); ISTs; infertilidade e esterilidade (tratamento); malformação genital; mamas (alteração e tratamento); miomatose e tumores anexiais; último exame de colpocitologia oncológica (data e resultado); uso de métodos anticoncepcionais prévios (quais, por quanto tempo e motivo do abandono). |
| Sexualidade: |
| Início da atividade sexual; dispareunia e outras queixas; prática sexual nessa gestação; multiplicidade de parceiro(a)s sem uso de proteção; uso de preservativos masculino ou feminino (uso correto? uso habitual?). |
| Antecedentes Obstétricos: |
| Aloimunização rh; complicações nos puerpérios: mastites, infecção, hipertensão arterial, depressão puerperal, etc.; história de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame); idade na primeira gestação; intercorrências ou complicações em gestações anteriores (especificar); intervalo entre as gestações (em meses); mortes neonatais precoces: até 7 dias de vida (número e motivo dos óbitos); mortes neonatais tardias: entre 7 e 28 dias de vida (número e motivo dos óbitos); natimortos (morte fetal intrauterina e idade gestacional em que ocorreu); número de abortamentos (espontâneos, provocados, causados por DST, complicados por infecções, curetagem pós-abortamento); número de filhos vivos; número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez ectópica, mola hidatiforme); número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, fórceps, cesáreas - indicações); número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500 g) e com mais de 4.000 g; número de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37ª semana de gestação), pós termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação); recém-nascidos com icterícia, transfusão, hipoglicemia, exsanguíneo transfusões. |
| Gestação Atual: |
| Condição Psicossocial: aqui é importante observar o contexto da gravidez, de forma a identificar gestantes com fraca rede de suporte social e/ou com risco de baixa adesão aos cuidados pré-natais. Para isso, cuidando para não induzir nem interpretar ao formular a pergunta, investiga-se sobre: |

- a. O planejamento e aceitação da gestação;
- b. Como a gravidez está afetando física e emocionalmente a mulher e sua família;
- c. Qual a composição familiar e relacionamento entre os membros;
- d. Verificar se existe na sua rede pessoal pontos de apoio positivo e negativo da mulher, ou seja, pessoas para quem conta notícias boas ou ruins e de quem receberá apoio após o nascimento;
- e. Alimentação: Número de refeições/dia, intervalo entre elas, qualidade e quantidade; DUM: data do primeiro dia da última menstruação (anotar certeza ou dúvida); DPP: Data provável do parto deve ser feita considerando a DUM e/ou 1ª. USG obstétrica entre 10ª.-13ª. semana;
- f. Eliminações: padrão e queixas urinárias/intestinais;
- g. Exames realizados: citologia oncótica, sorologias ou outros;
- h. Hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e uso de drogas ilícitas; sono e repouso; insônia, sono suficiente ou não;
- i. Queixas principais ou sinais e sintomas: relacionados à gravidez (náuseas, vômitos, dor abdominal, constipação, cefaleia, síncope, sangramento ou corrimento vaginal, disúria, polaciúria e edemas;
- j. Medicamentos: medicações em uso na gestação de forma contínua ou esporádica;
- k. Ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse, grau de satisfação).

3.4.2.2 O exame físico

O exame físico é o conjunto de técnicas e manobras utilizadas pelos profissionais de saúde a fim de diagnosticar uma doença, problemas de funcionalidade ou riscos de alterações que possam comprometer o bem estar materno-fetal entre outros. Para isso utilizam-se de quatro etapas ou instrumentos básicos sendo a inspeção, ausculta, palpação e percussão.

No caso do pré-natal, recomenda-se que na primeira consulta do profissional seja feito um exame físico geral e nas consultas subsequentes um exame dirigido(sistemas que apresentam queixas) e obstétrico.

Os registros de cada consulta devem ser realizados tanto no cartão da gestante, quanto no prontuário da unidade, com apoio da ficha de evolução do pré-natal. (Apêndice 1)

3

Quadro 6 - Roteiro do exame físico geral e obstétrico na primeira consulta de pré-natal

Exame Físico Geral

- Peso, altura e avaliação do estado nutricional; medida da pressão arterial;
- Inspeção da pele e das mucosas buscando alterações gravídicas;
- Pesquisa de edema (face, tronco, membros).

- Ausculta cardíaca (sopros, hiperfonese de bulhas);
- Ausculta cardiopulmonar: murmúrios vesiculares (MV) ruídos adventícios (RA) (estertores, sibilos);
- Exame do abdome: massas, coleções, timpanismo;
- Palpação da tireoide para verificação do volume: normovolumétrica, hipervolumétrica;
- Palpação dos gânglios;
- Exame dos membros inferiores: edema, varizes e outras alterações.

Exame físico específico: gineco-obstétrico

Exame clínico das mamas;

Altura do fundo uterino no abdome (após 12ª. Semana da IG), (técnica de MacDonald) com correlação da altura uterina / idade gestacional (AU/IG);

Ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF), acima da 12ª semana de gestação com auxílio do Sonar Doppler e após 24ª semana com Pinnard;

Identificação da situação e a apresentação fetal, no 3º. trimestre, através das manobras de palpação obstétrica (Manobras de Leopold-Zweifel);

Registro dos movimentos fetais;

Teste de estímulo sonoro simplificado (se disponível);

Exame ginecológico com: Inspeção dos genitais externos; Inspeção das paredes vaginais; Inspeção do conteúdo vaginal;

Inspeção do colo uterino (Eversão do epitélio colunar (a partir da 20ª semana);

Coleta de material para exame colpocitológico (preventivo de câncer) conforme Manual de prevenção de câncer cérvicouterino e de mama;

Toque vaginal e outros exames se necessários.

Fonte: BRASIL, 2012 p.67-68 (Adaptado).

3.4.3 O Diagnóstico no pré-natal

O diagnóstico é a fase da consulta, a qual o profissional por meio de um raciocínio clínico sobre os dados coletados (anamnese e exame físico), formula diagnósticos médicos (Identificação de doença ou agravos) de enfermagem (conceitos sobre as respostas da pessoa em relação ao momento em que vive no processo saúde-doença) (SOUZA, 2012) ou demais diagnósticos conforme categoria profissional.

Em geral, na assistência pré-natal de risco habitual espera-se que o diagnóstico médico ou de enfermagem seja dentro dos limites da normalidade. Contudo variações e intercorrências podem ocorrer.

De modo geral nesta fase da consulta eventos são importantes como:

- Interpretação dos dados da anamnese, o exame clínico/obstétrico correlacionando com alterações fisiológicas da gestação e a instituição de condutas específicas;
- Buscar sinais e sintomas patognomônicos ou não de eventuais agravos no período;
- Classificação do risco gestacional.

Para os enfermeiros, quando não é adotada uma taxonomia de sustentação para o diagnóstico de enfermagem (que pode ser com base na NANDA Internacional (NANDA I), ou Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE®)), orientamos que seja utilizada a expressão de “Problemas de Enfermagem” em sinônimo a este. (Ver Anexo K- **Sistematização da assistência de enfermagem no pré-natal**).

3.4.4 Planejamento/Prescrição

Consiste no estabelecimento dos resultados almejados mediante a prescrição ou orientação de um “plano de cuidados”.

Quadro 7 - Plano de cuidados no pré-natal

- ✓ Fazer Busca ativa das gestantes que não comparecem às consultas: identificar os motivos para o não comparecimento; realizar visita domiciliar; oferecer novo agendamento; realizar a consulta em domicílio;
- ✓ Incentivar o aleitamento materno exclusivo até os seis meses;
- ✓ Observar a utilização de medicação na gestação: verificar o grau de segurança na gestação e na lactação;
- ✓ Orientar a gestante sobre os sinais de risco e a necessidade de assistência em cada caso;
- ✓ Identificação e manejo das queixas e intercorrências do pré-natal;
- ✓ Proceder a realização de ações e práticas educativas individuais e coletivas;
- ✓ Solicitar os exames de rotina a depender da idade gestacional de início do pré-natal;
- ✓ Avaliar os resultados de exames de rotina e tratamento de alterações encontradas ou encaminhamento, se necessário;
- ✓ Fornecer todas as informações necessárias e respostas às indagações da mulher, de seu companheiro e da família;
- ✓ Prescrever suplementação de ácido fólico (400 mcg/dia) para profilaxia de defeito do tubo neural e prevenção da anemia ferropriva e melagoblástica durante toda a gestação;
- ✓ Prescrever suplementação de sulfato ferroso (40mg de ferro elementar/dia) para profilaxia da anemia após 20ª. semana;
- ✓ Orientar a gestante sobre os sinais de risco e a necessidade de assistência em cada caso;
- ✓ Orientar a gestante sobre a alimentação e o acompanhamento do ganho de peso gestacional;
- ✓ Referenciar a gestante para atendimento odontológico;
- ✓ Encaminhar a gestante para imunização antitetânica (vacina dupla bacteriana), quando a paciente não estiver imunizada;
- ✓ Referenciar a gestante para serviços especializados quando o procedimento for indicado, entretanto, mesmo com referência para serviço especializado, a mulher deverá continuar sendo acompanhada, conjuntamente, na UBS;
- ✓ Fazer o agendamento das consultas subsequentes;
- ✓ Realizar o (s) encaminhamento (s) a outro (s) profissionais (s) ou serviço (s) se necessário;

- ✓ Realizar a imunização indicada: dT, dTPa, hepatite B, Influenza e outras se necessário;
- ✓ Promover ações de Educação em saúde com orientações educativas individuais ou coletivas (que podem ter a participação também do pai/parceiro e da família da gestante) acerca dos temas: alterações fisiológicas, desenvolvimento fetal, cuidados com recém-nascido, sinais de trabalho de parto e de alerta, aleitamento materno, entre outros.

Fonte: BRASIL, 2015 p.58 (Adaptado).

3.4.5 Implementação

A implementação é quando são executadas as ações ou intervenções prescritas. No caso do pré-natal a implementação pode ser realizada tanto pelo próprio profissional prescritor, demais membros da equipe de saúde, equipe de enfermagem, ou mesmo a própria usuária.

3.4.6 Avaliação

É uma forma dinâmica com vistas a averiguar se os resultados esperados foram alcançados a fim de estabelecer novas intervenções se necessário. Um exemplo claro é a necessidade de fazer o acompanhamento das condutas adotadas em serviços especializados, pois a mulher deverá continuar a ser acompanhada pela equipe da APS.

3.5 O roteiro de consultas subsequentes

As consultas subsequentes têm por objetivos principais o monitoramento do bem-estar materno-fetal e avaliação das condutas instituídas. Assim devem ser realizados os seguintes procedimentos:

- Anamnese sucinta devendo-se enfatizar a pesquisa das queixas mais comuns na gestação e dos sinais de intercorrências clínicas e obstétricas, com o propósito de se reavaliar o risco gestacional e de se realizar ações mais efetivas;
- Interpretação e avaliação dos resultados dos exames complementares realizados anteriormente;
- Avaliação das condutas prescritas pela APS ou por outros serviços especializados;
- Exame físico geral e gineco-obstétrico direcionado para avaliação do bem-estar materno e fetal.

Quadro 8 - Roteiro do exame físico geral e obstétrico nas consultas subsequentes de pré-natal

| Exame Físico Geral |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Peso, avaliação do estado nutricional; ▪ Medida da Pressão arterial; ▪ Inspeção da pele e das mucosas buscando alterações gravídicas; ▪ Pesquisa de edema (face, tronco, membros); ▪ Exame dos membros inferiores para verificação de edema, varizes e outras alterações; |
| Exame físico específico: gineco-obstétrico |
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ Exame clínico das mamas (orientado também para o aleitamento materno); ▪ Altura do fundo uterino no abdome (após 12^a. Semana da IG), (técnica de MacDonald) com correlação da altura uterina / idade gestacional (AU/IG); ▪ Ausculta dos batimentos cardíofetais (acima da 12^a semana de gestação com auxílio do Sonar Doppler e após 24^a semana com Pinard) ▪ Identificação da situação e a apresentação fetal, no 3^o. trimestre, através das manobras de palpação obstétrica (Manobras de Leopold-Zweifel); ▪ Inspeção dos genitais externos; ▪ Registro dos movimentos fetais; ▪ Teste de estímulo sonoro simplificado (se disponível e tiver indicação clínica necessário). <p>Toque vaginal e outros exames, se necessários.</p> |

Fonte: BRASIL, 2012 p.67-68 (Adaptado).

3.6 O risco gestacional - investigação e classificação

A gestação é um fenômeno fisiológico e deve ser vista pelas gestantes e equipes de saúde como parte de uma experiência de vida saudável que envolve mudanças dinâmicas do olhar físico, social e emocional. No entanto, devido a alguns fatores de risco, algumas gestantes podem apresentar maior probabilidade de evolução desfavorável.

Quando são identificados fatores associados a um pior prognóstico materno e perinatal, a gravidez é definida como de alto risco, passando a exigir avaliações mais frequentes, muitas vezes fazendo-se uso de procedimentos com maior densidade tecnológica.

Nos casos em que não há necessidade de se utilizar alta densidade tecnológica em saúde e nos quais a morbidade e a mortalidade materna e perinatal são iguais ou menores do que as da população em geral, as gestações podem ser consideradas como de baixo risco ou risco habitual. Assim, definida, a gravidez de baixo risco somente pode ser confirmada ao final do processo gestacional, após o parto e o puerpério.

É importante que a equipe de APS se baseie em sua experiência clínica para o encaminhamento da paciente.

3.6.13.6.1 Definição dos fatores de risco reprodutivo

Fatores de risco são aspecto do comportamento individual ou do estilo de vida, exposição ambiental ou características hereditárias ou congênitas que, segundo evidência epidemiológica, está sabidamente associado a uma condição relacionada com a saúde considerada importante de ser prevenida.

Os fatores de risco gestacional podem e devem ser prontamente identificados no decorrer da assistência pré-natal, o mais precocemente possível, mas também de forma permanente e dinâmica, ou seja, a cada consulta e sob olhar vigilante a cada ocorrência ou intercorrência.

Segundo o Ministério da Saúde (...) **“Na maioria dos casos a presença de um ou mais desses fatores não significa a necessidade imediata de recursos propedêuticos com tecnologia mais avançadas do que as comumente oferecidas na assistência pré-natal de baixo risco, embora indiquem uma maior atenção da equipe de saúde a essas gestantes. Pode significar apenas uma frequência maior de consultas e visitas domiciliares, sendo o intervalo definido de acordo com o fator de risco identificado e a condição da gestante no momento”** (BRASIL, 2010).

Quadro 9 - Fatores de Risco Reprodutivo

| a) Características Individuais e Condições Sócio demográficas desfavoráveis: | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Idade menor que 15 e maior que 35 anos; • Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente; • Situação conjugal insegura; • Negras ou indígenas; • Analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo; • Faixa etária de 15 a 20 anos e com um filho morto anteriormente; • Idade menor de 20 anos com mais de três filhos; | <ul style="list-style-type: none"> • Baixa escolaridade (entre 3-5 anos de estudo); • Renda familiar baixa; • Condições ambientais desfavoráveis; • Altura menor que 1,45 m; • IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade Grau I e II; • Dislipidemia; • Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse. |
| b) Hábitos: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Dependência de drogas lícitas: tabagismo, alcoolismo ou ilícitas: crack, cocaína, maconha etc. | |
| c) Fatores relacionados às condições clínicas prévias (Antecedentes clínicos pessoais): | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar; • Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, tumores anexiais e outras); • Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, HIV, condiloma*; • Hanseníase; • Tuberculose; • Cirurgia bariátrica; • Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento em especialidades médicas; • Dependência de drogas lícitas ou ilícitas; | <ul style="list-style-type: none"> • Cardiopatias; • Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica); • Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados); • Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo); • Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia); • Hipertensão arterial crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo; • (PA>140/90mmHg antes de 20 semanas de idade gestacional – IG); |

| | |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Obesidade Grau III; • Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses); • Hemoglobinopatias: doença falciforme materna; talassemia, anemia crônica; | <ul style="list-style-type: none"> • Doenças neurológicas (como epilepsia); • Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.); • Alterações genéticas maternas. |
| d) Fatores relacionados à história reprodutiva anterior: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado; • Macrossomia fetal; • Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas; • Intervalo inter partal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos; • Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos); • Cirurgia uterina anterior; • Três ou mais cesarianas; | <ul style="list-style-type: none"> • Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida; • História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome Hellp); • Eclâmpsia, internação da mãe em UTI); • Abortamento habitual (2 ou mais abortamentos); • Esterilidade/infertilidade; • Nuliparidade e multiparidade; |
| e) Fatores relacionados à gravidez atual: | |
| <ul style="list-style-type: none"> • Ganho ponderal inadequado; • Infecção urinária; • Anemia; • Isoimunização; • Restrição do crescimento intrauterino; • Polidrâmnio ou oligodrâmnio; • Gemelaridade; • Malformação fetal ou arritmia fetal; • Distúrbios hipertensivos: (hipertensão gestacional ou transitória); • Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento em especialidades médicas; | <ul style="list-style-type: none"> • Endocrinopatias: diabetes gestacional, hipotireoidismo, hipertireoidismo; • Doenças hematológicas detectadas na gestação; • Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.); • Doenças infectocontagiosa detectadas na gestação: sífilis terciária (USG com malformação fetal), condiloma, HIV, toxoplasmose, hanseníase, Tuberculose, hepatite B. • Síndromes hemorrágicas: ameaça de abortamento, gravidez ectópica e neoplasia trofoblástica gestacional benigna (mola hidatiforme), placenta prévia (PP) e descolamento prematuro da placenta (DPP). |

Fonte: BRASIL, 2012 p.57-50; PARANÁ, 2011 (Adaptado).

3.6.23.6.2 Estratificação risco gestacional

Em Londrina, de acordo com a linha Guia mãe Paranaense (PARANÁ, 2011), será adotado a classificação de gestantes no pré-natal como risco habitual (antigo baixo risco), risco intermediário (maioria casos de risco social) e alto risco.

Quadro 10 - Estratificação Risco Gestacional

| Risco Habitual: |
|--|
| Compreende cerca de 85-90% das gestações e apresentam baixa probabilidade de intercorrências maternas e/ou fetal, mesmo cursando com alguns indicadores de risco que venham a exigir um maior monitoramento. |
| Risco Intermediário: |
| São gestantes que apresentam fatores de risco relacionados às características individuais (raça, etnia e idade), sociodemográficas (escolaridade) e de história reprodutiva anterior, relacionados a seguir: <ul style="list-style-type: none"> . Gestantes negras ou indígenas; . Gestantes com mais de 40 anos; . Gestantes analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo; . Gestante com histórico de óbito em gestação anterior (aborto, natimorto ou óbito). |
| Alto risco: |
| Em geral, são aquelas que apresentarem fatores clínicos mais relevantes (risco real) ou fatores previsíveis (potenciais) que demandem intervenções mais complexas, com vistas a diminuir significativamente a probabilidade de morbimortalidade materno e/ou fetal. Abrange cerca de 10-15% das gestações. |

Fonte: BRASIL, 2012 p.57-50; PARANÁ, 2017 (Adaptado).

Para as gestantes menores de 14 anos, as Unidades de Saúde devem encaminhar ao Conselho Tutelar a Notificação de Violência preenchida, já que é considerado crime – “Estupro de Vulnerável”. Este crime está previsto no Art. 217 – A – Ter conjunção carnal ou praticar outro ato libidinoso com menor de 14 anos – Lei nº 12.015 de 07/08/2009.

3.6.33.6.3 Determinação do serviço que realizará o pré-natal no município de Londrina-Pr.

Muitas situações embora envolvam determinados riscos podem ser conduzidos integralmente pela equipe da APS. Outras situações podem em algum momento requererem a avaliação do especialista, sem contudo deixar vínculo do pré-natal na UBS e outras podem ter um apoio paralelo.

Nos quadros abaixo esclarecemos um pouco melhor estas situações:

3.6.3.1 Fatores de risco que permitem a realização do pré-natal integral pela equipe de atenção primária em saúde

| SITUAÇÃO/CONDUTAS ESPECÍFICAS |
|--|
| ↪ Idade |
| <p>Adolescente entre 15-19 anos e Mulheres maduras entre 35-39 anos (BRASIL, 2012 p.57).</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Em caso de gestantes adolescentes com gestação até 2 anos da menarca ou idade maior que 35 anos, se disponível pode ser solicitado USG morfológica em idade gestacional oportuna; ✚ Manter pré-natal UBS. |
| ↪ Ocupação; Condições ambientais desfavoráveis |
| <p>O esforço físico, carga horária, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse, devem ser razões de preocupação para o profissional de saúde e gestante.</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Verificar com a paciente possibilidade de mudança de função se for o caso; ✚ Manter pré-natal UBS. |
| ↪ Condição familiar e social desfavorável |
| <p>Neste item uma série de situações podem estar presentes como relacionamento conjugal de curto período e/ou em processo de separação; estado civil solteira sem parceiro afetivo; desproteção social (renda per capita menor que meio (1/2) salário mínimo); história de violência intrafamiliar; baixa escolaridade (menos de 05 anos); baixa renda (renda per capita menor que ½ salário mínimo); moradoras em situação de rua, negras ou indígenas; analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo; faixa etária de 15 a 20 anos e com um filho morto anteriormente; idade menor de 20 anos com mais de três filhos. etc...</p> <ul style="list-style-type: none"> ✚ Pesquisar violência doméstica; ✚ Solicitar avaliação do serviço social e/ou encaminhamento ao CRAS se necessário; ✚ Questionar se está devidamente cadastradas em programas sociais; agendar VD do ACS com mais frequência; ✚ Observar situação de saúde da família com atenção as crianças menores de 5 anos. (vacinação, diagnóstico nutricional, cadastro programas puericultura etc...); ✚ Manter pré-natal UBS; ✚ Solicitar atendimento compartilhado com equipe do consultório na rua. |
| ↪ Baixo peso pré-concepcional (IMC < 18, ou peso < 45Kg.) |
| <ul style="list-style-type: none"> ✚ Investigar história alimentar, hiperêmese gravídica, infecções, parasitoses, anemias, doenças debilitantes; ✚ Orientar a gestante que o aumento insuficiente de peso materno está associado ao crescimento intrauterino retardado (CIUR) e parto prematuro; ✚ Orientar dieta hipercalórica (ver anexo E); ✚ Explicar que ela deve ganhar em torno de 2,3Kg no 1º trimestre e 500g/semana no 2º e 3º trimestre , tendo como ganho total na gestação 12,5-18Kg; |

- ✚ Solicitar entre os exames de rotina, parasitológico de fezes, para pesquisa de parasitoses intestinal;
- ✚ Atentar-se para caso de anemia;
- ✚ Discutir caso com nutricionista do NASF se necessário.

↳ **Obesidade pré-concepcional (IMC \geq 30)**

- ✚ Afastar possíveis causas: edema, polidrâmnio, macrosomia, gravidez múltipla, solicitando USG obstétrica;
- ✚ Orientar a gestante que o aumento excessivo de peso materno predispõe a macrosomia fetal;
- ✚ Orientar que o preferencialmente não deve ganhar peso no 1º trimestre, já no 2º e 3º trimestre deve ser 300 gramas por semana., sendo o ganho até o final da gestação em torno de 7 Kgs;
- ✚ Discutir caso com nutricionista do NASF, e/ou solicitar que avalie a mesma com contra referência do caso, se necessário e se possível;
- ✚ Dê orientação de cuidados alimentares e nutricionais à gestante, visando à promoção do peso adequado e de hábitos alimentares saudáveis, ressaltando que, no período gestacional, não se deve perder peso, pois é desejável mantê-lo;
- ✚ Para obesidade pré-concepcional Grau I (IMC entre 30-34,9) e Grau II (IMC- entre 35-39,9) na ausência de outros fatores, manter pré-natal na UBS com controle de peso e pressão arterial no mínimo semanalmente;
- ✚ Para obesidade pré-concepcional Grau III (IMC maior ou igual 40) classificado como obesidade mórbida deve ser referenciada desde a primeira consulta ao pré-natal de AR.

↳ **Abortamento anterior precoce (antes da 13ª semana)**

- ✚ Manter investigação de rotina;
- ✚ Pesquisar possível causa de acordo com o laudo anatomopatológico (mola hidatiforme, etc.). Buscar associação do evento com possíveis causas infecciosas verificadas através de exames: sífilis, toxoplasmose, infecção do trato urinário, etc....
- ✚ Se não há nenhuma causa associada, orientar a mulher que 80% dos abortos neste período podem estar associados a anormalidades cromossômicas no embrião e que 30% das gestações terminam em abortamentos, na sua maioria sem que as mulheres saibam do acontecimento. Contudo, embora não seja possível um prognóstico seguro quanto ao desfecho da próxima gestação, a depender de outros fatores, a maioria das mulheres que tiverem abortamento precoce tem plenas condições de desenvolver gestação saudável posteriormente. Exceção para casos de 2 ou mais abortamentos anteriores ainda que precoce que deve ser encaminhadas para alto risco já na 1ª. consulta de pré-natal.

↳ **Morte fetal (após 22ª. Semana) intrauterina ou perinatal em gestação anterior decorrente de causas sociais/familiar**

- ✚ Sempre que possível levantar a conclusão do Comitê de Mortalidade infantil (NIM) para pesquisar possíveis causas do óbito e possíveis casos de prevenção;
- ✚ De acordo com a possível causa, alterar o calendário de consultas, se necessário para encontros mais próximos;

- ✚ Esclarecer dúvidas e inquietações;
- ✚ Acolher sentimentos;
- ✚ Se causa social/ familiar (violência doméstica; drogadição; sífilis não tratada e outras): Pesquisar violência doméstica; solicitar avaliação do serviço social e/ou encaminhamento ao CRAS se necessário; agendar VD do ACS com mais frequência e do enfermeiro do PSF pelo menos 1 vez no trimestre e pós parto

OBS: Se óbito fetal teve causa patológica materna encaminhar para Ambulatório de Alto Risco. Se for causa fetal (síndromes), excluído outras causas ver próximo item.

Antecedente de Malformações fetais ou arritmia fetal

- ✚ Proceder à consulta pré-natal;
- ✚ Solicitar USG morfológica entre 20-24ª. Semana.

Dependência de cafeína e de tabaco

- ✚ Esclarecer dúvidas e inquietações (ver Apêndice E e K: Orientação alimentar e nutricional para a gestante; o tabagismo na gestação);
- ✚ Proceder à consulta pré-natal.












Problemas Psicológicos, emocionais sem risco direto a continuidade da gestação, mas com grau leve de sofrimento emocional ou piora no bem-estar materno associado ou não a verbalização da indesejabilidade desta gestação

- Esclarecer dúvidas e inquietações;
- Fazer questionamentos abertos como “ como está se sentindo”;
- Evitar perguntas fechadas “ você está bem”, “ já aceitou a gestação?”
- Acolher sentimentos;
- Não fazer julgamentos;
- Pesquisar violência doméstica;
- Solicitar avaliação do serviço social e/ou encaminhamento ao CRAS se necessário;
- Encaminhar para grupos de apoio a gestante, como do Rede Mãe Paranaense e outros disponíveis no território;
- Se a gestante permitir, incorporar na consulta pré-natal a presença do ACS de forma a melhorar a vinculação dela ao serviço de saúde e facilitar o acesso do profissional em seu domicílio;
- Agendar VD do enfermeiro da ESF de forma periódica;
- Incentivá-la a participação em grupos de gestante e/ou terapia comunitária (TC).

OBS: Condutas mais específicas orientamos que seja consultado o capítulo sobre intercorrências na gestação.

Fonte: BRASIL 2012 p.57-60 (Adaptado).

3.6.3.2 Fatores de risco que permitem que o pré-natal seja realizado pela equipe da atenção primária com avaliação de serviço especializado em algum momento da gravidez

| |
|--|
|  Colpo citologia: lesão intraepitelial de baixo e alto grau, displasia moderada e displasia intensa ou carcinoma in situ. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Esclarecer dúvidas e inquietações; • Realizar consulta pré-natal; • Encaminhar para consulta especializada na colposcopia (lesão intraepitelial de baixo e alto grau). |
|  Carcinoma escamoso invasivo  Adenocarcinoma in situ ou invasivo |
| <ul style="list-style-type: none"> • Esclarecer dúvidas e inquietações; • Realizar consulta pré-natal; • Encaminhar para consulta Instituto do Câncer de Londrina (ICL) (conforme fluxo específico). |
|  Condiloma |
| <ul style="list-style-type: none"> • Esclarecer dúvidas e inquietações; • Realizar consulta pré-natal; • Encaminhar para a Unidade Municipal de Matriciamento e Ensino da Saúde da Família (UMMESF). |
|  Paciente com USG ou MMG apontando BIRADS III ou mais |
| <ul style="list-style-type: none"> • Esclarecer dúvidas e inquietações; • Realizar consulta pré-natal; • Ver fluxo específico e se necessário encaminhar consulta especializada. |
|  Dependência de álcool e drogas ilícitas |
| <p>Embora a literatura científica seja clara quanto a classificação da gestação como alto risco quando a mulher fizer uso abusivo de drogas principalmente ilícitas, na prática clínica sabe-se que estas gestantes dificilmente aderem ao pré-natal em ambulatórios distantes de seu domicílio e mesmo quando no território muitas vezes se faz necessário visitas domiciliares para a busca ativa e/ou realização da assistência. Assim, entendemos que talvez esta gestante (apesar dos esforços da equipe) pode não chegar ao(s) serviço(s) de referência em tempo hábil e o pré-natal será realizado integralmente na UBS. Ainda assim:</p> <ul style="list-style-type: none">  Esclarecer que não existe níveis seguros par consumo de álcool ou outra drogas;  Realizar consulta pré-natal;  Questionar sobre planos em relação ao bebê e se for o caso discutir possibilidade de “entrega legal”;  Acolher sentimentos;  Não fazer julgamentos; |

- ✚ Pesquisar violência doméstica;
- ✚ Solicitar avaliação do serviço social e/ou encaminhamento ao CRAS se necessário;
- ✚ Encaminhar avaliação no CAPS AD e Ambulatório de Referência (Mãe Paranaense);
- ✚ Incentivar a participação em grupos como terapia comunitária, grupo de gestantes, trabalhos com Grupos de recuperação (Álcóolicos anônimos, Água viva, Amor Exigente) etc.
- ✚ Solicitar se possível apoio da psicologia do NASF ou CRAS, conforme rotina do serviço.

HBsAg positivo prévio ou detectável na gestação

- Esclarecer dúvidas e inquietações;
- Realizar consulta pré-natal;
- Encaminhar para ambulatório de Especialidades “Hepatite” Cismepar.(ver item 3.8.5 HBsAg- Rastreamento e condutas na hepatite).

Doença mental: depressão, transtornos de humor ou de personalidade graves, verbalização da indesejabilidade desta gestação

Problemas Psicológicos emocionais que coloquem em risco direto a continuidade da gestação ou bem estar materno como história de tentativa de aborto nesta gestação, história de tentativa de suicídio no período gestacional ou anterior

- Esclarecer dúvidas e inquietações;
- Realizar consulta pré-natal;
- Encaminhar avaliação no CAPS III e Ambulatório de Referência (Mãe Paranaense);
- Incentivar a participação em grupos como terapia comunitária, grupo de gestantes, trabalhos com ONGs etc.
- Solicitar se possível apoio da psicologia do NASF, conforme rotina do serviço.





Tuberculose

- Esclarecer dúvidas e inquietações;
- Realizar consulta pré- natal concomitante ao ambulatório especializado;
- Encaminhar para ambulatório do Centro Integrado de Doenças Infectocontagiosa- CIDI;
- Na vigência de outras doenças que a classifique como alto risco encaminhar para pré-natal ambulatório específico (HU);
- Manter pré-natal na UBS.

Hanseníase

- Esclarecer dúvidas e inquietações;
- Realizar consulta pré- natal concomitante ao ambulatório especializado;
- Encaminhar para ambulatório do CISMEPAR ou POLICLÍNICA conforme fluxo específico;
- Na vigência de outras doenças que a classifique como alto risco encaminhar para pré-natal ambulatório específico (HU).

3.6.3.3 Fatores de risco que demandam que o pré-natal seja realizado no ambulatório de alto risco/ambulatório de referência compartilhada com equipe atenção primária

| | |
|--|---|
|  | Características Individuais e Condições Sócio demográficas desfavoráveis |
|  | Idade <15 anos ou ≥ a 40 anos |
|  | <p>Antecedentes clínicos pessoais ou relacionado a gestação atual</p> <p>cardiopatias; pneumopatias graves (incluindo asma brônquica); nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados); endocrinopatias; doenças hematológicas; hipertensão arterial crônica ou gestacional; doenças neurológicas; doenças psiquiátricas*; doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses); alterações genéticas maternas; hemoglobinopatias; trombose venosa profunda ou embolia pulmonar; cirurgia bariátrica (especialmente quando faz cirurgia por derivação ver classificação); obesidade grau III (mórbida); isoimunização; rciu; polidrâmnio ou oligodrâmnio; gemelaridade; malformações fetais ou arritmia fetal; distúrbios hipertensivos; síndromes hemorrágicas: ameaça de abortamento ou de parto prematuro, gravidez ectópica e neoplasia trofoblástica gestacional benigna (mola hidatiforme nesta gestação ou em anterior quando em período menor a seis meses ou antes da alta por cura), placenta prévia (PP) e descolamento prematuro da placenta (DPP); sífilis terciária (usg com malformação fetal) toxoplasmose, HIV, positivo prévio ou detectável na gestação**.</p> |
|  | <p>Fatores relacionados à história reprodutiva anterior:</p> <p>história prévia de doença hipertensiva da gestação; abortamento habitual (duas ou mais perdas precoces consecutivas); abortamento anterior tardio (entre 14^a.- 21^a. semana); esterilidade/infertilidade; parto prematuro no 2^o trimestre; morte fetal (após 22^a. semana) intrauterina ou perinatal em gestação anterior decorrente de patologias (exclui as de causa apenas social); incompetência istmocervical; morte perinatal por fatores relacionados a complicações maternas.</p> |
| | <ul style="list-style-type: none"> • Proceder inscrição do sisprenatal PN na UBS; • Solicitação dos exames de rotina; • Encaminhamento ao ambulatório especializado; • Realizar consulta pré-natal concomitante ao ambulatório. |
| | <p>OBS: * Doenças psiquiátricas requerem trabalho conjunto do serviço de obstetrícia (Ambulatório de referência ou de Alto Risco) CAPS III e Unidade de saúde.</p> <p>**Mulheres com diagnóstico de HIV positivo prévio ou detectável na gestação, embora devam realizar a consulta pré-natal no Ambulatório de Alto Risco, deve ser assegurado a elas o acompanhamento conjunto com o Ambulatório do Centro Integrado de Doenças Infectocontagiosa- CIDI com a apoio da UBS.</p> |

Fonte: BRASIL 2012 p.58-60 (Adaptado).

Para fins de ilustração abaixo um quadro sobre o Risco de natimortalidade em relação a fatores de risco maternos.

Figura 3 - Risco de natimortalidade em relação a fatores de risco maternos

| Condição clínica | Prevalência (%) | Taxa de natimortos por 1000 | Razão de chances |
|--------------------------------|-----------------|-----------------------------|------------------|
| Todas as gestações | | 6,4 | 1,0 |
| Gestações de baixo risco | 80 | 4-4,5 | 0,86 |
| Doenças hipertensivas | | | |
| • HAS crônica | 6-10 | 6-25 | 1,5-2,7 |
| • Pré-eclâmpsia | | | |
| • Leve | 5,8-7,7 | 9-51 | 1,2-4,0 |
| • Grave | 1,3-3,3 | 12-29 | 1,8-4,4 |
| Diabetes mellitus | | | |
| • Uso de dieta | 2,5-5 | 6-10 | 1,2-2,2 |
| • Uso de insulina | 2,4 | 6-35 | 1,8-4,4 |
| Lupus eritematoso sistêmico | < 1 | 40-150 | 6-20 |
| Doença renal | < 1 | 15-200 | 2,2-30 |
| Doenças da tireoide | 0,2-2 | 12-20 | 2,2-3,0 |
| Trombofilias | 1-5 | 18-40 | 2,8-5,0 |
| Fumo acima de 10 cigarros/dia | 10-20 | 10-15 | 1,7-3,0 |
| Obesidade (pré-concepção) | | | |
| • IMC 25-29,9kg/m ² | 21 | 12-15 | 1,9-2,7 |
| • IMC ≥ 30kg/m ² | 20 | 13-18 | 2,1-2,8 |
| Antecedente de CIUR | 6,7 | 12-30 | 2-4,6 |
| Antecedente de natimorto | 0,5-1 | 9-20 | 1,4-3,2 |
| Gestação múltipla (atual) | | | |
| • Dupla | 2,7 | 12 | 1,0-2,8 |
| • Tripla | 0,14 | 34 | 2,8-3,7 |
| Idade materna avançada | | | |
| • 35-39 anos | 15-18 | 11-14 | 1,8-2,2 |
| • ≥ 40 anos | 2 | 11-21 | 1,8-3,3 |
| Raça negra x raça branca | 15 | 12-14 | 2,0-2,2 |

Fonte: FEBRASGO, 2013.

3.7 Os procedimentos, achados e condutas na consulta obstétrica

Embora não seja tão simples estabelecer um elenco mínimo de procedimentos e ações para Assistência Pré-natal na Atenção primária em saúde (APS) desde 2005 a OMS tem divulgado um modelo baseado em 4 encontros mínimos da gestante com o profissional de saúde (OMS, 2005). Considerando os protocolos do MS que nos subsidiam, abaixo uma padronização mínima adaptada para a realidade da assistência pré-natal no município de Londrina-Pr.:

Quadro 11 - Padronização de procedimentos e condutas de rotina no pré-natal de risco habitual e intermediário no município de Londrina

| Procedimentos/ ações | Período gestacional (semanas) | | | | | | |
|---|-------------------------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
| | <13 s. | 18-23 | 24-28 | 29-32 | 33-34 | 35-37 | 38-40 |
| 1.Exame Clínico geral | X | | | | | | |
| 2.Investigação e Classificação de risco gestacional | X | X | X | X | X | X | X |
| 3.Determinação do serviço que realizará o pré-natal | X | X | X | X | X | X | X |
| 4.Exame Obstétrico: IG, AU, BCF | X | X | X | X | X | X | X |
| 5.Controle da PA | X | X | X | X | X | X | X |
| 6.Verificação Peso | X | X | X | X | X | X | X |
| 7.Verificação da Estatura | X | | | | | | |
| 8.Verificação IMC | X | X | X | X | X | X | X |
| 9.Verificação do estado vacinal (Influenza, VAT, Hepatite B, dTPa) e aprazamento S/N | X | | | | | | |
| 10.Realização das vacinas Influenza, VAT se necessário e Hepatite B | X | X | X | X | X | X | X |
| 11.Solicitação de exames 1º. trimestre e verificação dos resultados: TS e RH, HIV, VDRL (ou TR sífilis), Toxoplasmose (IgG, IgM), HBsAg, HMG, UI, Urocultura, Glicemia, Eletroforese de Hb, USG obstétrica, TSH, Citologia Oncótica | X | | | | | | |
| 12.Orientações de sinais de alerta (emergência) | X | X | X | X | X | X | X |
| 13.Preencher ficha clínica de pré-natal* | X | X | X | X | X | X | X |
| 14.Pesquisa de Edema | X | X | X | X | X | X | X |
| 15.Solicitação de exames e verificação dos resultados: Coombs Indireto (se fator Rh materno negativo), | X | | X | X | X | X | X |
| 16. Suplementação com ácido fólico | X | X | X | X | X | X | X |
| 17.Exame ginecológico | X | | | X | | | |
| 18.Suplementação de ferro | | X | X | X | X | X | X |
| 19.Solicitação de exames de 2º. trimestre e Verificação dos resultados: VDRL (ou TR sífilis), UI, Urocultura, TTG, Toxoplasmose (se IgG e IgM negativo). | | | X | | | | |
| 20. Solicitação USG | | X | | | | | |
| 21.Exame Obstétrico: situação, apresentação | | | | X | X | X | X |
| 22.Orientações lactação/ contracepção | | | | X | X | X | X |
| 23.Solicitação de exames de 3º.trimestre e verificação do resultado: HIV, VDRL (ou TR sífilis), HBsAg, HMG, UI, Urocultura, Glicemia, Toxoplasmose (se IgM Negativo), USG obstétrica) | | | | X | | | |
| 24.Solicitação de exames e verificação do resultado: USG obstétrica | | | | | X | | |
| 25.Realização de vacinas (dTPa) | | X | X | X | X | X | X |
| 26.Orientações e planejamento de parto | | | | | X | X | X |
| 27.Solicitação de exames: Pesquisa de Estreptococo do Grupo B (EGB) ou Streptococcus Agalactiae | | | | | | X | |
| 28.Orientações de sinais de trabalho de parto | | | | | | X | X |
| 29.Orientações sobre mobilograma | | | | | X | X | X |
| 30.Orientações sobre contracepção | | | | | | X | X |

OBS: Exames de parasitológicos de fezes e pesquisa de Hepatite C(teste rápido) embora não sejam exames de rotina, podem ser realizados conforme as indicações específicas.

Fonte: OMS, 2005.Adaptado

De modo geral a melhor época para solicitação dos exames laboratoriais de rotina é: 1º. trimestre: mais precoce possível: 2º. trimestre: 24 semanas e 3º. trimestre: 32 semanas.

3.7.1 O cálculo da idade gestacional (IG)

3.7.1.1 Definição

Método pelo qual se faz uma estimativa da idade (em semanas) do concepto.

3.7.1.2 Objetivo

Estimar a idade do concepto (em semanas) a partir da ocorrência de determinado evento como DUM ou data da realização da USG obstétrica.

A estimativa da IG e conseqüentemente da data provável do parto (DPP) é um ponto crítico para a tomada de decisão obstétrica, assim como para a prognóstico pós-natal do concepto (GRANDI; LOPEZ, 2004).

Assim, não pode ser menosprezado, muito menos negligenciado, de forma que o profissional que realiza a consulta pré-natal deve refazer este cálculo a cada consulta e por diversas vezes pode ser necessário a combinação de mais de um método para certificação dos cálculos.

O ponto zero do crescimento biológico inicia-se com a fertilização. Por definição, a IG será baseada num ciclo menstrual ideal, com a ovulação/fertilização no 14º dia e, portanto, com mais duas semanas que a idade embriológica. Interessa também referir que a implantação do blastocisto ocorre habitualmente no fim da primeira semana após a fertilização ou seja, no fim da terceira semana de amenorreia, entretanto sabe-se que mesmo diante de uma história de regularidade menstrual, não é possível afirmar com precisão quando é que a concepção ocorreu (MATIAS, TIAGO, MONTENEGRO, 2012).

Desta forma, na atualidade vários métodos podem ser utilizados para calcular a IG como história clínica; exame físico; ultrassonografia (USG), mas com significativa evidência de que a USG até a 20ª. semana é o método mais fidedigno de todos.

3.7.1.3 Métodos

3.7.1.3.1 Cálculo da idade gestacional pela história clínica

Cálculo da IG - DUM conhecida:

• Calcular o número de dias a partir do 1º dia da DUM, até a data da consulta.

Ex: DUM: 15/06/16 e data da consulta: 18/12/16.

• Pontuar todos os meses referentes neste intervalo, colocando a frente o número de dias envolvidos.

| | |
|-----------|----------|
| Junho: | 15 dias |
| Julho: | 31 dias |
| Agosto: | 31 dias |
| Setembro: | 30 dias |
| Outubro: | 31 dias |
| Novembro: | 30 dias |
| Dezembro: | 18 dias |
| <hr/> | |
| Total: | 186 dias |

Somar os dias e dividir por 7. Ex: $186 : 7 = 26,4$ semanas;

Considerar os números inteiros como o número de semanas de gestação e o primeiro número decimal, considerar como dias; No exemplo a nossa gestante está com 26 semanas e 4 dias pela DUM.

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; proceder, então, à utilização do método acima descrito.

3.7.1.3.2 Cálculo da idade gestacional pelo exame físico

Quando a data e o período da DUM são desconhecidos:

Embora este método esteja em desuso em nossa realidade, é importante lembrar que quando a data e o período do mês não forem conhecidos, e por algum motivo não poder realizar o exame de USG, a idade gestacional e a DPP serão, inicialmente, determinadas por aproximação, basicamente pela medida da altura do fundo do útero ou altura uterina (AU) e pelo toque vaginal, além da informação sobre a data de início dos movimentos fetais, que habitualmente ocorrem entre 18 e 20 semanas.

Assim, deve-se:

- Proceder ao exame físico com medida da AU;
- Considerando-se os seguintes parâmetros:
 - Até a 6ª semana, não ocorre alteração do tamanho uterino;
 - Na 8ª semana, o útero corresponde ao dobro do tamanho normal;
 - Na 10ª semana, o útero corresponde a três vezes o tamanho habitual;
 - Na 12ª semana, o útero enche a pelve, de modo que é palpável na sínfise púbica;
 - Na 16ª semana, o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical;
 - Na 20ª semana, o fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical;

• A partir da 20ª semana, existe relação direta entre as semanas da gestação e a medida da AU, porém, este parâmetro torna-se menos fiel a partir da 30ª semana de idade gestacional.

3.7.1.3.3 Cálculo da idade gestacional pela ultrassonografia obstétrica

Cálculo de idade gestacional com uso da ultrassonografia obstétrica:

Na primeira metade da gravidez, o crescimento fetal apresenta um padrão de desenvolvimento relativamente constante, independente do sexo, do grupo étnico, condições sócios-econômicas ou ambientais. Esta regularidade permite uma estimativa da IG baseada principalmente nos seguintes parâmetros: comprimento crâneo-caudal (CCC); diâmetro biparietal; o transverso do cerebelo (TC); comprimento do fêmur. Para fins de cálculo da IG pela USG a maior acuidade é no período entre 9-14 semanas que tem uma maior acuidade com um erro máximo de cinco dias.

Desta forma, para o cálculo da IG pela USG deve-se :

A) Observar duas datas, a da realização do primeiro exame e a data do atendimento em questão.

Exemplo: USG: 15/09/16 e Data da Consulta: 18/12/16.

B) Encontre a IG pela USG na data da sua realização: Suponhamos que em 15/09/16, nossa gestante estava com **12,5 semanas**. Na USG “0,5 semanas” significa meia semana, o que equivalem a 3 dias. Assim, ela estava com doze semanas e 3 dias em 15/9/2016.

C) Calcular o período de intervalo (em semanas e dias) entre a data da realização da USG e a data da consulta:

pontua-se todos os meses referentes neste intervalo, colocando a frente o número de dias para completar o mês até chegar na data em questão. Ex:

Setembro: 15 dias

Outubro: 31 dias

Novembro: 30 dias

Dezembro: 18 dias

Total: 94 dias

Somar os dias e dividir por 7. Ex: $94 / 7 = 13,3$.

Considerar os números inteiros como o número de semanas de gestação e o primeiro número após a vírgula, considerar como dias. No exemplo acima desde o dia da USG passou-se 13 semanas e 3 dias.

D) Somar a IG pela USG e o período até a consulta:

Para calcular a IG na data da consulta (ou outra data em questão) deve ser somados às 12 semanas e 3 dias (I.G a data da USG) as 13 semanas e 3 dias (tempo decorrido da realização da USG até a data da consulta).

| | |
|---|----------------------|
| I.G da USG (15/09) | 12 semanas e 3 dias |
| Tempo decorrido da USG até a data da consulta | 13 semanas e 3 dias |
| | <hr/> |
| I.G data Consulta (18/12) | 25 semanas e 6 dias. |

Independentemente do número de exames de USG realizadas, para fins de determinação da IG e DPP, a referência sempre será o primeiro exame ou aquele realizado entre 10-13 semanas e 6 dias, quando os limites anatômicos são melhores definidos(RCOG Apud Neto et al ,2009; BRASIL, 2012 p.53)

3.7.2 O cálculo da data provável do parto (DPP)

3.7.2.1 Definição

Todo de cálculo pelo qual se faz uma estimativa da possível data em que o feto estará com 40 semanas.

3.7.2.2 Objetivo

Estimar a data provável do parto, considerando a idade fetal de 40 semanas.

3.7.2.3 Método

Calcula-se a D.P.P. levando-se em consideração a duração média da gestação normal (280 dias ou 40 semanas a partir da D.U.M.), mediante utilização de calendário comum; gestograma (disco) ou pela regra de Naegele.

3.7.2.3.1 Cálculo pelo calendário comum

- Pontuar todos os meses referentes neste intervalo, colocando a frente o número de dias envolvidos até chegar a 280 dias.

Exemplo: DUM: 15/06/16

| | |
|---------------|-----------------|
| Junho: | 15 dias |
| Julho: | 31 dias |
| Agosto: | 30 dias |
| Setembro: | 30 dias |
| Outubro: | 31 dias |
| Novembro: | 30 dias |
| Dezembro: | 31 dias |
| Janeiro: | 31 dias |
| Fevereiro: | 28 (ou 29) dias |
| Março: | <u>23 dias</u> |
| Total: | 280 dias |

Neste exemplo a DPP será 23/03/2017 quando a gestação completará 280 dias ou 40 semanas à partir da DUM.

3.7.2.3.2 Cálculo pelo gestograma

Com o disco (gestograma), coloque a seta sobre o dia e o mês correspondentes ao primeiro dia e mês da última menstruação e observe a seta na data (dia e mês) indicada como data provável do parto.

3.7.2.3.3 Regra de Naegele

De modo simplificado esta regra é a contagem de 9 meses e 7 dias após a DUM, conforme verificamos abaixo:

- Somar 07 (sete) ao 1º dia da DUM , independente se múltipara ou nulíparas.
- Se a última menstruação ocorreu entre os meses de abril a dezembro, diminuir **03 do mês da D.U.M. e somar 01 ao ano vigente**; se ocorrer entre os meses de janeiro a março, somar **09 ao mês** correspondente a D.U.M.

Exemplos: - Data da última menstruação: 13/09/16

13 09 16
+07 - 03 + 01

20 06 17 →Data provável do parto: 20/06/17

Data da última menstruação: 27/01/17

27 01 17
+07 +09 00

34 10 17

Corrigido 03 11 14 →Data provável do parto: 03/11/16

3.7.3 Determinação do trimestre gestacional

Classicamente o período gestacional está dividido em 3(três) trimestres. Tal divisão tem por base os principais eventos do desenvolvimento do concepto, mas também das alterações fisiológicas maternas, bem como maior risco de ocorrência dos principais agravos.

| SEMANAS GESTACIONAIS | TRIMESTRE |
|-------------------------|--------------|
| Até 13 semanas e 6 dias | 1º trimestre |
| Entre 14 a 27 semanas | 2º trimestre |
| Acima de 28 semanas | 3º trimestre |

Fonte: BRASIL, 2000 p.18

3.7.4 Determinação do tempo da gravidez em meses

A determinação do “tempo da gravidez” (em meses) é para a gestante o que a determinação da idade gestacional (em semanas) é para o profissional, ou seja, fundamental. Neste sentido, o uso de uma tabela simples pode ajudar a traduzir em meses as semanas de gestação, conforme a figura abaixo:

Quadro 12 - A Determinação em meses do Tempo da Gravidez

| MESES | SEMANAS E DIAS |
|--------------------|---------------------|
| 1 mês | 4 semanas e 3 dias |
| 2 meses | 8 semanas e 5 dias |
| 3 meses | 13 semanas |
| 4 meses | 17 semanas e 3 dias |
| 5 meses | 21 semanas e 6 dias |
| 6 meses | 26 semanas e 1 dia |
| 7 meses | 30 semanas e 3 dias |
| 8 meses | 34 semanas e 5 dias |
| 9 meses | 39 semanas |
| 9 meses + 1 semana | 40 semanas |

Fonte: Guia da gestante e bebê. Ministério da saúde, 2011.

3.7.5 Avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional

3.7.5.1 Definição

A avaliação do estado nutricional da gestante consiste na tomada da medida do peso e da altura e o cálculo da semana gestacional, o que permite a classificação do índice de massa corporal (IMC) por semana gestacional.

3.7.5.2 Objetivo

Fazer um rastreamento nutricional para detectar inadequação dietética durante a gestação, preferencialmente no 1º trimestre, em tempo de acompanhar e corrigi-la; promover a ingestão energética e nutricional adequada, durante a gestação e lactação; garantir adesão ao tratamento, através do acompanhamento nutricional.

3.7.5.3 Método

Recomenda-se que a gestante seja pesada em todas as consultas (recomendação A), já a estatura pode ser aferida apenas na primeira consulta, desde que não seja gestante adolescente (menor de 20 anos), cuja medida deverá ser realizada pelo menos trimestralmente.

3.7.5.3.1 Componentes da avaliação do estado nutricional

Para uma avaliação nutricional detalhada alguns autores (POTENZA; OLIVEIRA; PIOVACARI, 2009 Apud ROQUE, 2009), sugerem:

- ✓ Exame físico para buscar evidências clínicas de deficiências nutricionais;
- ✓ Avaliação da ingestão dietética, através da anamnese e de registro alimentar;
- ✓ Identificação do uso de substâncias prejudiciais à saúde, como tabaco, álcool e drogas ilícitas. O uso dessas substâncias pode significar risco a saúde da gestante e do feto e, também, aumento dos requerimentos energéticos (Roque et al., 2008);

- ✓ Identificar o uso de vitaminas, minerais e suplementos derivados de plantas medicinais: quantidades excessivas de vitamina A (acima de 10.000 UI/dl) parecem ter efeito teratogênico e devem ser evitados na gravidez;
- ✓ Ressaltar a importância do uso de ácido fólico, uma vez que este reduz o risco de defeitos no tubo neural (Roque et al., 2008);
- ✓ Identificar a presença de transtornos alimentares que possam afetar a fertilidade, serem agravados pela gestação ou gerar complicações durante a mesma (Roque et al., 2008);
- ✓ Realizar o acompanhamento das medidas antropométricas;
- ✓ Monitorar os exames bioquímicos.

3.7.5.3.2 Medida do peso corporal

É recomendado que seja utilizado a balança eletrônica ou mecânica, certificando-se de que estas se encontram calibradas e em bom funcionamento, a fim de se garantir a qualidade das medidas coletadas. Tendo-se como base uma balança de adulto, tipo plataforma, cuja escala tenha intervalos de até 100 gramas, devem ser feitos os seguintes procedimentos:

- ✓ Antes de cada pesagem, a balança deve ser destravada, zerada e calibrada;
- ✓ A gestante, descalça e vestida apenas com avental ou roupas leves, deve subir na plataforma e ficar em pé, de costas para o medidor, com os braços estendidos ao longo do corpo e sem qualquer outro apoio;
- ✓ Mova o marcador maior (kg) do zero da escala até o ponto em que o braço da balança incline-se para baixo; volte-o, então, para o nível imediatamente anterior (o braço da balança inclina-se para cima);
- ✓ Mova o marcador menor (g) do zero da escala até o ponto em que haja equilíbrio entre o peso da escala e o peso da gestante (o braço da balança fica em linha reta, e o cursor aponta para o ponto médio da escala);
- ✓ Leia o peso em quilogramas na escala maior e em gramas na escala menor. No caso de valores intermediários (entre os traços da escala), considere o menor valor. Por exemplo: se o cursor estiver entre 200g e 300g, considere 200g;
- ✓ Anote o peso encontrado no prontuário e no cartão da gestante.

3.7.5.3.3 Medida da altura

A estatura deverá ser medida na primeira consulta. A estatura pode ser aferida apenas na primeira consulta, desde que não seja gestante adolescente (menor de 20 anos), cuja medida deverá ser realizada pelo menos trimestralmente.

- ✓ Gestante deve estar em pé e descalça, no centro da plataforma da balança, com os braços estendidos ao longo do corpo. Quando disponível, poderá ser utilizado o antropômetro vertical;
- ✓ Calcanhares, nádegas e espáduas devem se aproximar da haste vertical da balança;
- ✓ A cabeça deve estar erguida de maneira que a borda inferior da órbita fique no mesmo plano horizontal que o meato do ouvido externo;

- ✓ O encarregado de realizar a medida deverá baixar lentamente a haste vertical, pressionando suavemente os cabelos da gestante até que a haste encoste-se ao couro cabeludo;
- ✓ Faça a leitura da escala da haste. No caso de valores intermediários (entre os traços da escala), considere o menor valor;
- ✓ Anote o resultado no prontuário.

3.7.5.3.4 O cálculo do índice de massa corpórea (IMC)

O IMC é uma medida internacionalmente aceita e recomendada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) como indicador utilizado para avaliar a proporção entre o peso e a altura para indivíduos adolescentes, adultos, idosos e gestantes.

Entretanto é importante lembrar que o IMC traz limitações, uma vez que não permite a avaliação da composição corporal do indivíduo. Por exemplo, caso seja identificado um alto valor de IMC, não é possível afirmar com exatidão que o indivíduo apresenta excesso de gordura corporal, tendo em vista que há casos em que tal valor pode ser atribuído ao excesso de massa muscular, como no caso de atletas e halterofilistas, situação que raramente irá relacionar-se a maioria das gestantes com perfil sociocultural e econômico habitualmente atendidas no sistema único de saúde (SUS) (BRASIL, 2010).

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

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

a- Calcule o IMC por meio da fórmula:

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

Lembrando que idealmente o IMC considerado no diagnóstico inicial da gestante seja o IMC pré-gestacional referido ou o IMC calculado a partir de medição realizada até a 13ª semana gestacional. Caso isso não seja possível, inicie a avaliação da gestante com os dados da primeira consulta de pré-natal, mesmo que esta ocorra após a 13ª semana gestacional. Tendo como parâmetro no caso de avaliação do peso pré-concepcional tem-se o quadro abaixo :

Quadro 13 - Diagnóstico nutricional conforme o IMC para pessoas não gestantes

| IMC | Classificação |
|-------------------|------------------------------|
| abaixo de 18,5 | Subnutrido ou abaixo do peso |
| entre 18,6 e 24,9 | Peso ideal |
| entre 25,0 e 29,9 | Levemente acima do peso |
| entre 30,0 e 34,9 | Primeiro grau de obesidade |
| entre 35,0 e 39,9 | Segundo grau de obesidade |
| acima de 40 | Obesidade mórbida |

Fonte: OMS, 1995 Apud BRASIL, 2014a p.37

b. Calcule a semana gestacional:

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

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

Gestante com 12 semanas e 5 dias = 13 semanas

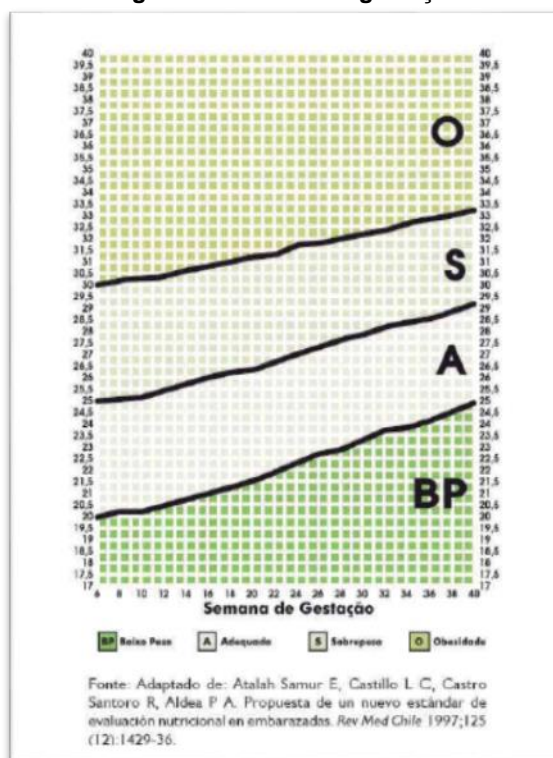
c. Realize o diagnóstico nutricional utilizando o gráfico de acompanhamento nutricional da gestante localizado na carteirinha da gestante.

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

LEMBRETE

O ideal é que o IMC considerado no diagnóstico inicial da gestante seja o IMC pré-gestacional referido (limite mínimo são 2 meses antes) ou o IMC calculado a partir de medição realizada até a 13ª semana gestacional. Caso isso não seja possível, inicie a avaliação da gestante com os dados da primeira consulta de pré-natal, mesmo que esta ocorra após a 13ª. semana gestacional.

Figura 4 - Semana de gestação



Fonte: Institute 1990, Apud BRASIL, 2012.

Outra forma para fazer a Avaliação do estado nutricional da gestante, consiste na utilização da tabela de ATALAH et al. (tabela 1) que também é uma forma padronizada correlação entre o IMC da gestante e sua IG.

d. Avaliação do estado nutricional da gestante pela tabela de ATALAH et. al.:

- a. Localizar a IG na primeira coluna da tabela, a seguir identifique nas colunas seguintes em que faixa está situado o IMC da gestante;
- b. Classifique o estado nutricional (EN) da gestante, segundo o IMC, por semana gestacional da seguinte forma:
 - Baixo peso: quando o valor do IMC for igual ou menor do que os valores apresentados na coluna correspondente a baixo peso;
 - Adequado: quando o IMC observado estiver compreendido na faixa de valores apresentada na coluna correspondente a adequado;
 - Sobrepeso: quando o IMC observado estiver compreendido na faixa de valores apresentada na coluna correspondente a sobrepeso;
 - Obesidade: quando o valor do IMC for igual ou maior do que os valores apresentados na coluna correspondente a obesidade.

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

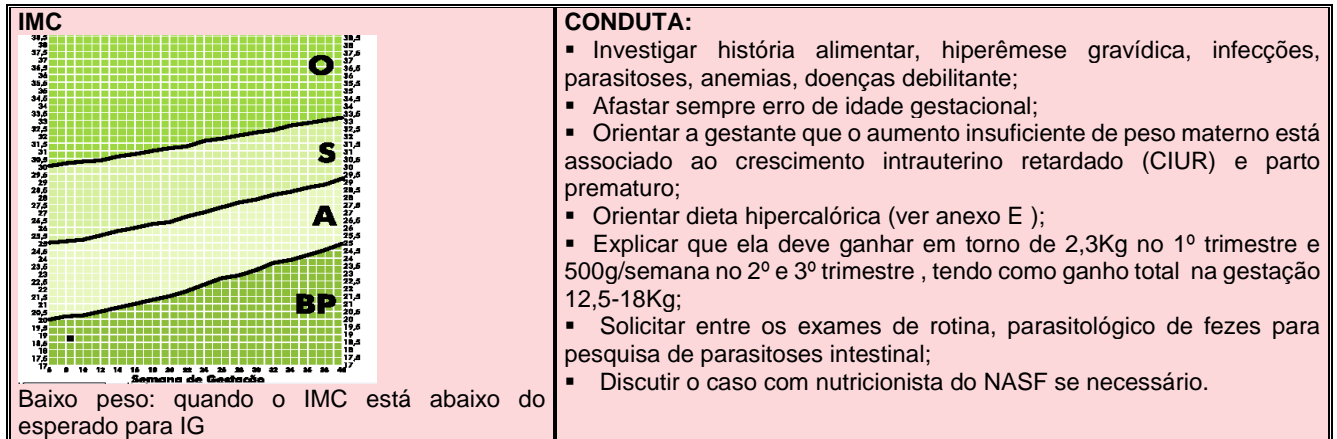
Figura 5 - Avaliação do estado nutricional da gestante segundo o índice de massa corporal por

| Semana gestacional | Baixo peso: IMC menor do que | Adequado: IMC entre | Sobrepeso: IMC entre | Obesidade: IMC maior do que |
|--------------------|------------------------------|---------------------|----------------------|-----------------------------|
| 6 | 19,9 | 20,0 – 24,9 | 25,0 – 30,0 | 30,1 |
| 7 | 20,0 | 20,1 – 25,0 | 25,1 – 30,1 | 30,2 |
| 8 | 20,1 | 20,2 – 25,0 | 25,1 – 30,1 | 30,2 |
| 9 | 20,2 | 20,3 – 25,2 | 25,3 – 30,2 | 30,3 |
| 10 | 20,2 | 20,3 – 25,2 | 25,3 – 30,2 | 30,3 |
| 11 | 20,3 | 20,4 – 25,3 | 25,4 – 30,3 | 30,4 |
| 12 | 20,4 | 20,5 – 25,4 | 25,5 – 30,3 | 30,4 |
| 13 | 20,6 | 20,7 – 25,6 | 25,7 – 30,4 | 30,5 |
| 14 | 20,7 | 20,8 – 25,7 | 25,8 – 30,5 | 30,6 |
| 15 | 20,8 | 20,9 – 25,8 | 25,9 – 30,6 | 30,7 |
| 16 | 21,0 | 21,1 – 25,9 | 26,0 – 30,7 | 30,8 |
| 17 | 21,1 | 21,2 – 26,0 | 26,1 – 30,8 | 30,9 |
| 18 | 21,2 | 21,3 – 26,1 | 26,2 – 30,9 | 31,0 |
| 19 | 21,4 | 21,5 – 26,2 | 26,3 – 30,9 | 31,0 |
| 20 | 21,5 | 21,6 – 26,3 | 26,4 – 31,0 | 31,1 |
| 21 | 21,7 | 21,8 – 26,4 | 26,5 – 31,1 | 31,2 |
| 22 | 21,8 | 21,9 – 26,6 | 26,7 – 31,2 | 31,3 |
| 23 | 22,0 | 22,1 – 26,8 | 26,9 – 31,3 | 31,4 |
| 24 | 22,2 | 22,3 – 26,9 | 27,0 – 31,5 | 31,6 |
| 25 | 22,4 | 22,5 – 27,0 | 27,1 – 31,6 | 31,7 |
| 26 | 22,6 | 22,7 – 27,2 | 27,3 – 31,7 | 31,8 |
| 27 | 22,7 | 22,8 – 27,3 | 27,4 – 31,8 | 31,9 |
| 28 | 22,9 | 23,0 – 27,5 | 27,6 – 31,9 | 32,0 |
| 29 | 23,1 | 23,2 – 27,6 | 27,7 – 32,0 | 32,1 |
| 30 | 23,3 | 23,4 – 27,8 | 27,9 – 32,1 | 32,2 |
| 31 | 23,4 | 23,5 – 27,9 | 28,0 – 32,2 | 32,3 |
| 32 | 23,6 | 23,7 – 28,0 | 28,1 – 32,3 | 32,4 |
| 33 | 23,8 | 23,9 – 28,1 | 28,2 – 32,4 | 32,5 |
| 34 | 23,9 | 24,0 – 28,3 | 28,4 – 32,5 | 32,6 |
| 35 | 24,1 | 24,2 – 28,4 | 28,5 – 32,6 | 32,7 |
| 36 | 24,2 | 24,3 – 28,5 | 28,6 – 32,7 | 32,8 |
| 37 | 24,4 | 24,5 – 28,7 | 28,8 – 32,8 | 32,9 |
| 38 | 24,5 | 24,6 – 28,8 | 28,9 – 32,9 | 33,0 |
| 39 | 24,7 | 24,8 – 28,9 | 29,0 – 33,0 | 33,1 |
| 40 | 24,9 | 25,0 – 29,1 | 29,2 – 33,1 | 33,2 |
| 41 | 25,0 | 25,1 – 29,2 | 29,3 – 33,2 | 33,3 |
| 42 | 25,0 | 25,1 – 29,2 | 29,3 – 33,2 | 33,3 |

Fonte: (ATALAH et al., 1997, p. 1429-1436), Apud BRASIL, 2012 p.76.

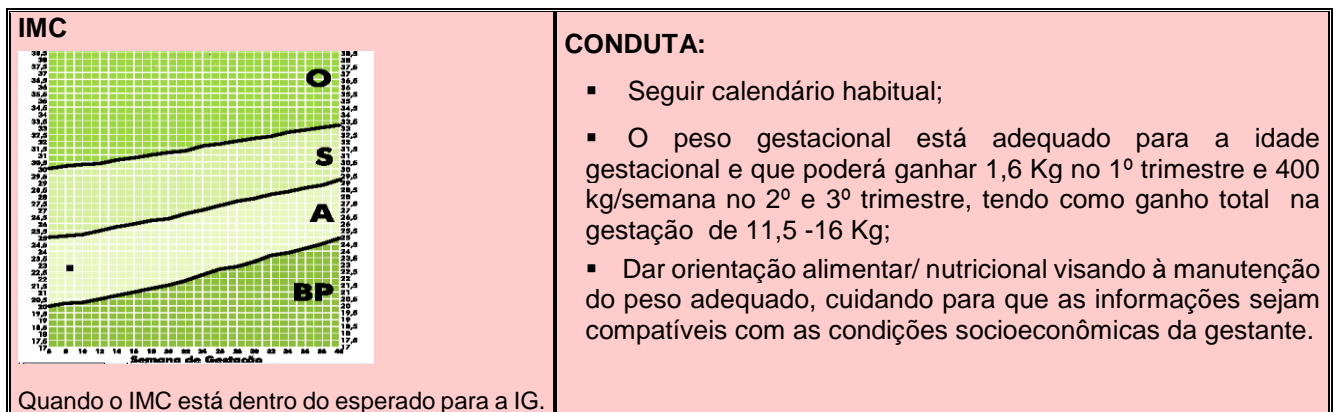
3.7.5.4 Achados e Condutas Frequentes para Diagnóstico Nutricional na Gestação

3.7.5.4.1 Primeira consulta: Risco de peso insuficiente para a idade gestacional (desnutrição)



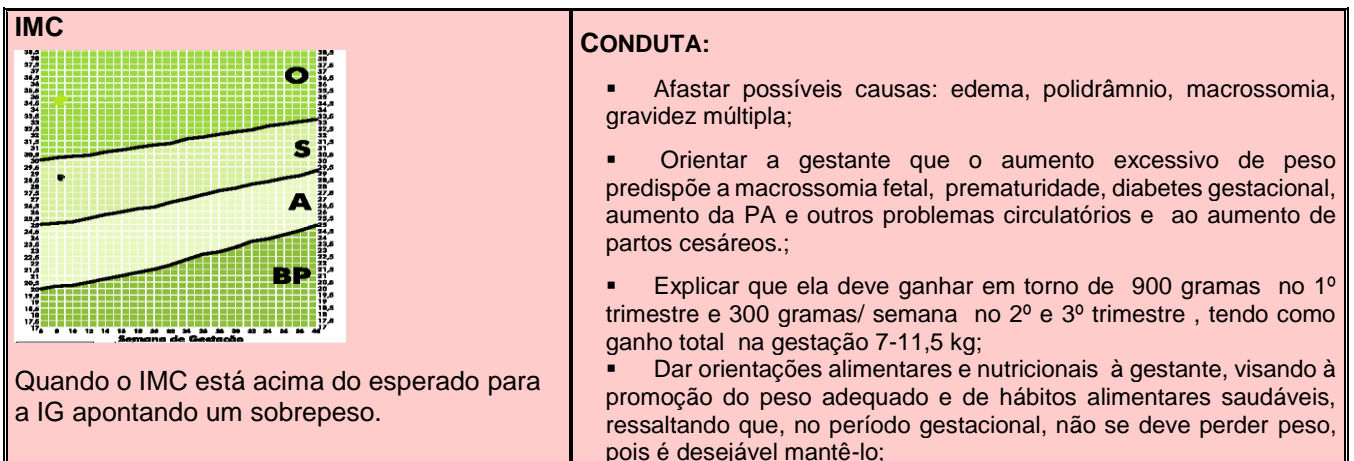
Fonte: BRASIL, 2005 Apud BRASIL, 2012 p.79(Adaptado).

3.7.5.4.2 3.6.5.4.2 Primeira consulta: bom estado nutricional



Fonte: BRASIL, 2005 Apud BRASIL, 2012 p.79(Adaptado).

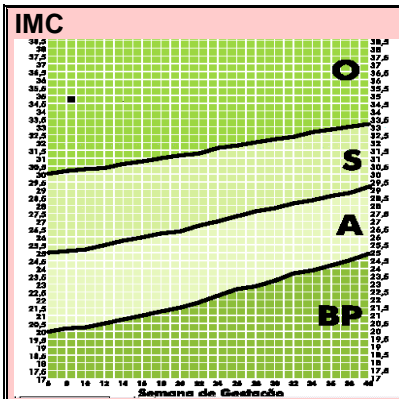
3.7.5.4.3 Primeira Consulta: Sobrepeso



- Remarque a consulta em intervalo menor do que o fixado no calendário habitual;
- Discutir o caso com nutricionista do NASF se necessário.

Fonte: BRASIL, 2005 Apud BRASIL, 2012 p.79 (Adaptado).

3.7.5.4 Primeira Consulta: Obesidade



Quando o IMC está acima do esperado para a IG apontando a obesidade.

CONDUTA:

- Afastar possíveis causas: edema, polidrâmio, macrosomia, gravidez múltipla, solicitando USG obstétrica;
- Investigar Hipertensão arterial com pesquisa de edema, proteinúria e controle diário de Á e peso;
- Orientar a gestante que o aumento excessivo de peso materno predispõe a macrosomia fetal;
- Orientar que não devem ganhar peso no 1º trimestre, e no 2º e 3º trimestre o ganho semanal também deve ser 300 gramas., sendo o ganho até o final da gestação 7 Kgs;
- Discutir caso com nutricionista do NASF, e/ou solicitar que avalie a mesma com contra referência do caso, se necessário.
- Dê orientação nutricional à gestante, visando à promoção do peso adequado e de hábitos alimentares saudáveis, ressaltando que, no período gestacional, não se deve perder peso, pois é desejável mantê-lo.
- Para obesidade pré-concepcional Grau I (IMC entre 30-34,9) e Grau II (IMC- entre 35-39,9) na ausência de outros fatores, manter pré-natal na UBS com controle de peso e pressão arterial no mínimo quinzenalmente (C);
- Remarque a consulta médica em intervalo menor do que o fixado no calendário habitual se necessário;
- Para obesidade pré-concepcional Grau III (IMC maior ou igual 40) classificado como obesidade mórbida deve ser referenciada desde a primeira consulta ao pré-natal de AR.

Fonte: BRASIL, 2005 BRASIL, 2012 p.79 (Adaptado).

3.7.5.5 Ganho de peso recomendado de acordo com o índice de massa corporal pré- gravídico

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

Quadro 14 - Ganho de peso recomendado (em kg) na gestação segundo o estado nutricional inicial

| Estado Nutricional inicial (IMC) | Recomendação de ganho de peso (kg) total no 1º trimestre | Recomendação de ganho de peso (kg) semanal médio no 2º e 3º trimestres* | Recomendação de ganho de peso (kg) total na gestação |
|--|---|--|---|
| Baixo peso ($< 18,5\text{kg/m}^2$) | 2,3 | 0,5 | 12,5–18,0 |
| Adequado ($18,5 - 24,9\text{kg/m}^2$) | 1,6 | 0,4 | 11,5–16,0 |
| Sobrepeso ($25,0 - 29,9\text{kg/m}^2$) | 0,9 | 0,3 | 7,0–11,5 |
| Obesidade ($\geq 30\text{kg/m}^2$) | --- | 0,3 | 7,0 |

Fonte: (INSTITUTE..., 1990; WHO, 1995b, Apud. BRASIL, 2010 p.185).

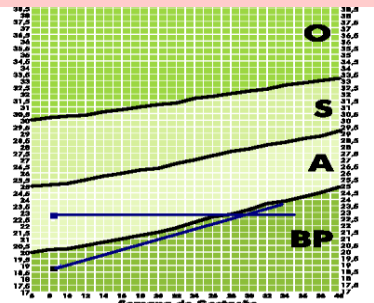
3.7.5.6 Avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional nas consultas subsequentes

Nas consultas subsequentes, a avaliação nutricional deve ser feita em função do estado nutricional da gestante na primeira consulta, lembrando que em caso de adolescentes deve-se repetir inclusive a medida da altura a cada 3 meses. Este exame pode ser feito com base em dois instrumentos: a tabela 2 acima que indica qual é o ganho de peso recomendado segundo o estado nutricional da gestante no início do pré-natal; e pelo gráfico do IMC, na qual se acompanha a curva do índice de massa corporal segundo a semana gestacional (ascendente, horizontal, descendente) (BRASIL, 2012).

Para orientações nutricionais recomendamos a leitura do Anexo E—Orientação alimentar para gestante).

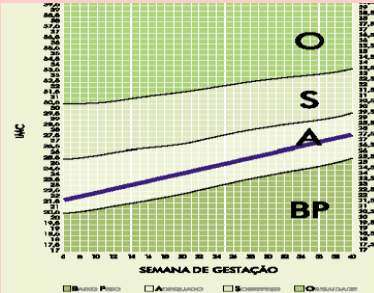
A interpretação dos dados nutricionais de gestantes adolescentes que engravidaram após 2 anos da menarca (geralmente maiores de 15 anos), é semelhantes à adultas. Porém, para as demais, muitas poderão ser classificadas como de baixo peso. Portanto toda gestante adolescente deve ser tratada como de risco nutricional, devendo ser reforçado a abordagem nutricional e aumentar o número de atendimentos por profissionais de saúde. 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. (BRASIL, 2012 p.80)

3.7.5.7 Consultas subsequentes: Gestante de risco, em vista de apresentar peso insuficiente para a idade gestacional (desnutrição)

| | |
|---|--|
| <p>IMC</p>  <p>Interpretação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traçado entre os IMC 20-30, com inclinação horizontal ou descendente ; • Traçado abaixo do IMC 20, com inclinação horizontal descendente ou ascendente sem atingir porém, a faixa considerada normal. | <p>Condutas</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Investigar história alimentar, hiperêmese gravídica, infecções, parasitoses, anemias, doenças debilitantes e tratá-las quando presentes; ▪ Orientar a gestante que o aumento insuficiente de peso materno está associado ao crescimento intrauterino retardado (CIUR) e parto prematuro; ▪ Orientar dieta hipercalórica; ▪ Explicar que ela deve ganhar em torno de 2,3Kg no 1º trimestre e 500g/semana no 2º e 3º trimestre , tendo como ganho total na gestação 12,5-18Kg; ▪ Solicitar entre os exames de rotina, parasitológico de fezes, para pesquisa de parasitoses intestinal; ▪ Discutir o caso com nutricionista do NASF se necessário; ▪ Dar orientação alimentar (ver Anexo E. Orientação alimentar para gestante); ▪ Agendar consulta médica na UBS. |
|---|--|

Fonte: BRASIL, 2005 Apud BRASIL, 2012 p.79 (Adaptado).

3.7.5.8 Consultas subsequentes: bom estado nutricional

| | |
|---|--|
| <p>IMC</p>  <p>Interpretação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traçado com inclinação ascendente entre as curvas que se iniciam no índice 20 até o índice 30 do peso padrão para a idade gestacional. | <p>Condutas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Seguir calendário habitual; ▪ Explicar à gestante que seu peso gestacional está adequado para a idade gestacional; ▪ Orientar que ela deve ganhar no 1º trimestre em torno de 1,6 kg, no 2º e 3º trimestre 400 gramas semanais, chegando ao final com cerca de 11,5-16kg; ▪ Dar orientação alimentar. |
|---|--|

Fonte: BRASIL, 2005 Apud BRASIL, 2012 p.79 (Adaptado).

3.7.5.9 Consultas Subsequentes: Sobrepeso

| | |
|--|--|
| <p>IMC</p> <p>Interpretação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traçado entre o IMC 25 -29, identificando como sobrepeso. | <p>Conduas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Investigar possíveis causas: obesidade prévia, diabetes e edema, afastar possíveis causas: edema, polidrâmnio, macrosomia, gravidez múltipla; ▪ Orientar a gestante que o ganho de peso no 1º trimestre não deve exceder a 900 gramas. No 2º e 3º trimestre, recomenda-se o ganho de 300 gramas/ semana. Totalizando ao final da gestação entre 7-11,5Kg ganho de peso; ▪ Dar orientações alimentares e nutricionais à gestante, visando à promoção do peso adequado e de hábitos alimentares saudáveis, ressaltando que, no período gestacional, não se deve perder peso, pois é desejável mantê-lo; ▪ Discutir o caso com nutricionista do NASF se necessário. |
|--|--|

Fonte: BRASIL, 2005 Apud BRASIL, 2012 p.79 (Adaptado).

3.7.5.10 Consultas Subsequentes: Obesidade

| | |
|--|--|
| <p>IMC</p> <p>Interpretação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Traçado entre o IMC 25 -29 ou 30-40, identificado como obesidade. | <p>Conduas:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Investigar possíveis causas: obesidade prévia, diabetes e edema, polidrâmnio, macrosomia, gravidez múltipla, entre outras; ▪ Orientar que a obesidade está relacionado a uma maior frequência de distócias, diabetes, hipertensão e parto cesárea; ▪ Nos casos de suspeita de polidrâmnio, macrosomia, gravidez múltipla, entre outras: está indicado o encaminhamento para o serviço de alto risco; ▪ No 1º trimestre, as obesas não devem ter aumento de peso. No 2º e 3º trimestre, recomenda-se o ganho de 300 gramas/ semana; ▪ O ganho ponderal até o final da gestação não devem ultrapassar a 9 Kg; ▪ Dar orientações alimentares e nutricionais à gestante, visando à promoção do peso adequado e de hábitos alimentares saudáveis, ressaltando que, no período gestacional, não se deve perder peso, pois é desejável mantê-lo ou ganhá-lo dentro do esperado para IG. |
|--|--|

Fonte: BRASIL, 2005 Apud BRASIL, 2012 p.79 (Adaptado).

Tabela 1 - Distribuição do ganho de peso materno durante a gestação

| Produtos da concepção | |
|---|------------------|
| Feto | 2,7 Kg a 3,6 Kg |
| Líquido amniótico | 0,9 Kg a 1,4 Kg |
| Placenta | 0,9 kg a 1,4 kg. |
| Aumento dos tecidos maternos | |
| Expansão do volume sanguíneo | 1,6 kg a 1,8 kg. |
| Expansão do líquido extracelular | 0,9 kg a 1,4 kg. |
| Crescimento do útero | 1,4 kg a 1,8 kg. |
| Aumento do volume de mamas | 0,7 kg a 0,9 kg. |
| Aumento dos depósitos maternos – tecido adiposo | 3,6 kg a 4,5 kg. |

Fonte: Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica – ABESO

3.7.6 A medida da pressão arterial (PA)

A pressão arterial é a medida direta ou indireta da tensão gerada pela propulsão do sangue nas paredes da aorta resultando em sua contração e expulsão do sangue para todas as partes do corpo (JARDIM; SOUSA; LIMA, 2000). Em outras palavras, configura-se como o resultado de um produto: Débito Cardíaco X Resistência Vascular Periférica (SBH, 2016). Estes valores tendem a aumentar quando há um aumento no volume de sangue circulante (casos como neuropatia, insuficiência cardíaca, taquicardia ou quando a resistência oferecida pelas artérias para a passagem do sangue estiver aumentada (esclerose, tromboembolismo etc.)

A PA é um dos sinais vitais mais críticos, porque indica se o sangue está circulando pelos tecidos do corpo.

3.7.6.1 Objetivo

Medida direta ou indireta da propulsão de certo volume sanguíneo através da aorta. Sua aferição em todas as consultas de pré-natal é recomendado por diversos *guidelines* nacionais e internacionais (BRASIL, 2012 p.88).

3.7.6.2 Método

A PA em gestante deve ser obtida com os mesmos equipamentos e com a mesma técnica recomendada para adultos. Embora muitos outros locais possam ser usados, como antebraço ou artéria radial, etc. Locais distais como o pulso, podem dar um valor de pressão sistólica muito mais alta que locais braquiais ou centrais como resultado dos fenômenos de “impedância de mismatch” e ondas refletivas [SAUL, 1995 Apud PEREIRA, 2006].

3.7.6.2.1 Preparo e escolha do material

Certifique-se de que o esfigmomanômetro esteja calibrado e o tamanho do manguito seja adequado ao braço. Existem em geral para adulto três tamanhos de manguito (10 cm, 12 cm e 16 cm). A escolha do mesmo deve se dar de acordo com os diferentes tamanhos da circunferência do braço conforme tabela abaixo.

Tabela 2 - Dimensões da bolsa de borracha para diferentes circunferências de braço em crianças e adultos

| Denominação do Manguito | Circunferência do braço (cm) | Bolsa de borracha (cm) | |
|-------------------------|------------------------------|------------------------|-------------|
| | | Largura | Comprimento |
| Recém-nascido | ≤ 10 | 4 | 8 |
| Criança | 11-15 | 6 | 12 |
| Infantil | 16-22 | 9 | 18 |
| Adulto pequeno | 20-26 | 10 | 17 |
| Adulto | 27-34 | 12 | 23 |
| Adulto grande | 35-45 | 16 | 32 |

Fonte: SBC, 2010. Apud BRASIL, 2013 d.

Na ausência de “esfigmo” específico a PA em paciente obeso (IMC > 30) pode ser verificada no antebraço.

3.7.6.2.2 Observações gerais para execução da técnica de verificação da pressão arterial

- ✓ Certifique-se de que a gestante não está com a bexiga cheia, não praticou exercícios físicos há pelo menos 60 minutos, não ingeriu bebidas alcoólicas, café ou alimentos, nem fumou nos 30 minutos anteriores;
- ✓ Explique o procedimento à gestante e a deixe em repouso por pelo menos 5 minutos em ambiente calmo, devendo instruí-la a não conversar durante a medida. Possíveis dúvidas devem ser esclarecidas antes ou após o procedimento;
- ✓ A posição de escolha geralmente é sentada, com as pernas descruzadas, com os pés apoiados no chão e o dorso recostado na cadeira e relaxado, O braço deve estar na altura do coração (no nível do ponto médio do esterno ou no 4º espaço intercostal), livre de roupas, apoiado, com a palma da mão voltada para cima e o cotovelo ligeiramente fletido. Caso seja necessário a verificação da PA com a gestante deitada, esta deve estar na posição de decúbito lateral esquerdo em repouso. A PA neste caso não deve diferir da posição sentada;
- ✓ A colocação do manguito deve ser 2 ou 3 cm acima da fossa cubital sem deixar folgas;
- ✓ A determinação da pressão sistólica pela ausculta do primeiro som (fase I de Korotkoff), que é em geral fraco;
- ✓ Determinação da pressão diastólica no desaparecimento dos sons (fase V de Korotkoff); Se os batimentos persistirem até o nível zero, determine a pressão diastólica no abafamento dos sons (fase IV de Korotkoff) e anote os valores da sistólica/diastólica/zero;

- ✓ Se for necessária nova medida, sugere-se esperar em torno de um minuto, embora este aspecto seja controverso. Já no caso de crise hipertensiva PA \geq 160/110, recomenda-se que este tempo seja de no mínimo 5 minutos (ACOG, 2013, p.17-18).

Quando se fizer necessário, a PA também pode ser medida com a gestante em decúbito lateral esquerdo em repouso, sendo que os valores não devem diferir da posição sentada.

3.7.6.2.2.1 Achados e condutas frequentes para pressão arterial

Abaixo está relacionado os principais achados e condutas que o profissional deve tomar frente ao nível de pressão arterial encontrado.

Quadro 15 - Achados e condutas frequentes para pressão arterial

| ACHADOS | CONDUTAS |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Níveis de PA conhecidos e normais antes da gestação: • Manutenção dos mesmos níveis de PA. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Níveis tensionais normais: • Mantenha o calendário habitual; • Orientação de cuidado na alimentação; • Orientação prática de atividade física regularmente. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Níveis de PA desconhecidos antes da gestação: • Valores da pressão < 140/90mmHg. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Considere o aumento dos níveis tensionais em relação aos níveis anteriores à gestação: • Manter calendário habitual; • Cuidar da alimentação; • Praticar atividade física; • Diminuir a ingestão de sal; • Aumentar a ingestão hídrica. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Níveis de PA conhecidos ou desconhecidos antes da gestação: • Valores da PA \geq 140/90mmHg e < 160/110, sem sintomas e sem ganho ponderal maior do que 500g semanais. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Considere HAS na gestação: • Se a partir de 20^a. Semana, realize teste rápido de proteinúria (se disponível); • Se teste rápido de proteinúria positivo ver último quadro; • Encaminhar a gestante para avaliação médica na UBS no dia e introdução medicação se necessário; • Se em duas medidas PAS e PAD estiver entre 140/90 e 159/109, e/ou uma crise hipertensiva PAS e PAD \geq160/110, introduzir medicação anti-hipertensiva; • Se houver suspeita de HA prévia, solicite o exame de ácido úrico(AU) e urina I mais breve possível. Após 24^a. Semana a presença de valores de AU >5,5 é fator preditivo positivo para pré-eclâmpsia em hipertensão pré-existente; • Solicite USG obstétrica para avaliar a possibilidade de polidrâmnio, macrossomia, gravidez gemelar, mola hidatiforme; • Agende controle diário de peso e PA concomitante; • Encaminhar ao ambulatório pré-natal de alto risco; • Agendar consulta pré-natal semanal intercalada entre médico e enfermeira da UBS até consulta no ambulatório pré-natal de alto risco; Depois mantenha acompanhamento concomitante na UBS conforme rotina do serviço; • Solicitar apoio do NASF. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Paciente com hipertensão arterial prévia em uso de medicação anti-hipertensiva. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paciente de risco: • Encaminhar a gestante para avaliação médica na UBS; • Agende controle diário de PA e peso com anotação em formulário próprio (ver Apêndice 7) (ou cartão de hipertenso) anexado em cartão de gestação e prontuário; • Encaminhar ao ambulatório de Alto risco; • Reavaliar medicação: mesmo as gestantes que estiverem bem controladas com medicação anti-hipertensiva antes da gravidez devem ter as drogas substituídas por Metildopa, como droga de preferência e terapia de primeira linha, na dose usual de 1 cp. VO 8/8 horas (com possibilidade de chegar até 2 cps. 250 mg 6/6 horas-2000 mg/dia) (BRASIL, 2010). Com necessidade de |

| | |
|--|--|
| | controle diário da PA, uma vez que é possível especialmente no 1º. Trimestre episódio de hipotensão. |
| <ul style="list-style-type: none"> • Níveis de PA conhecidos ou desconhecidos antes da gestação; • IG > 20 semanas • Valores de PA \geq 140/90mmHg, proteinúria (teste rápido) positiva e/ou com sintomas clínicos (cefaleia, epigastralgia, escotomas e outros ou paciente assintomática, porém com níveis de PAS e PAD \geq 160/110mmHg. | <p>✓ Paciente com suspeita de pré-eclâmpsia grave:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Deve-se referir imediatamente a gestante ao Pronto Socorro obstétrico através regulação do SAMU, mantendo-a sob cuidados e observação na UBS; • Encaminhar ao ambulatório de alto risco; • Solicitar que a gestante ou familiar no 1º dia útil de alta hospitalar entre em contato (pessoal ou telefônico) com a enfermeira da área do domicílio para registro da conduta adotada no serviço de referência, avaliação da situação geral e dar continuidade no acompanhamento conforme protocolo. |

Fonte: BRASIL, 2012 p.92; 183 (Adaptado).

OBSERVAÇÃO: O acompanhamento da PA deve ser avaliado em conjunto com o ganho de peso súbito e/ou a presença de edema, principalmente a partir da 24ª semana. Mulheres com ganho de peso superior a 500g por semana, mesmo sem aumento da pressão arterial, devem ter seus retornos antecipados, considerando-se maior risco de ganho ponderal estar associado com edema e pré-eclâmpsia. Para saber mais sobre Síndromes Hipertensivas na Gestação recomenda-se ler a partir do item 4.5 ATENÇÃO NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ.

3.7.7 Palpação obstétrica

Um feto ao final da gestação, alcança em torno de 50 cm e tem que se adaptar ao útero de 30 cm assim, após a flexão generalizada (braços, pernas e pescoço) o maior diâmetro do feto passa a ser de 25cm. Desta forma, à partir da palpação obstétrica é possível uma avaliação da estática fetal.

Definição :a palpação obstétrica constitui em um método palpatório do abdome materno, classicamente realizado em 4 (quatro) passos denominada classicamente de *Manobras de Leopold-Zweifel*.

Objetivos:

- Verificar a relação entre o feto, o útero e a bacia à partir da identificação da situação e da apresentação fetal;
- Estimar a quantidade de líquido amniótico;
- Perceber os movimentos fetais (MFs).

3.7.7.1 Conceitos básicos para a palpação obstétrica

a. Atitude ou hábito fetal: é a relação das diversas partes fetais entre si. Graças as articulações do occipício cervical, o feto assume a atitude flexão generalizada onde: a coluna vertebral fica encurvada, o mento fica próximo a porção anterior do tórax, as pernas ficam fletidas sobre a coxa, a coxa fletida sobre o abdome, os antebraços fletidos sobre os braços na porção anterior do tórax entre cruzando-se. Com isso, o feto passa a ter +/- 25cm de diâmetro, se assemelhando a um ovóide com dois segmentos: cefálico e córmico. A causa da atitude fetal ocorre por causa da limitação do espaço. A flexão depende da quantidade de líquido amniótico e pode ser influenciada pelo tônus do útero. Quanto maior a quantidade de líquido amniótico, menor será a flexão do feto.

Figura 6 - Atitude fetal



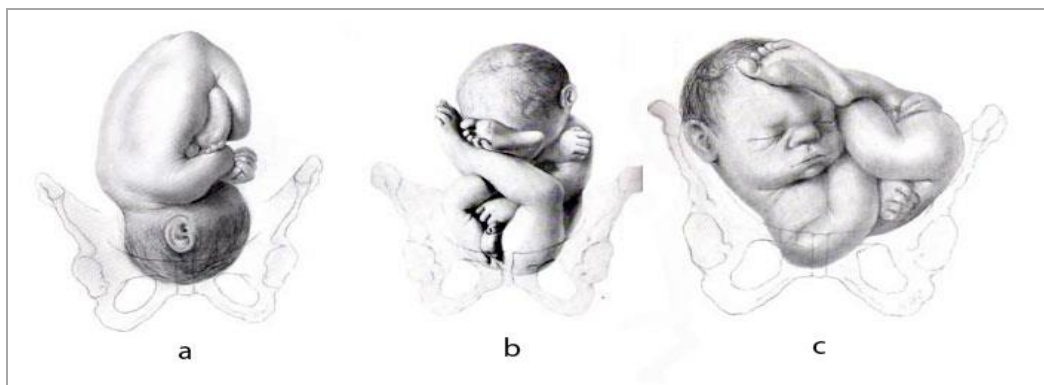
Fonte: Google imagerm/atitude fetal

Disponível em: <http://estudodeenfermagem.blogspot.com.br/2012/09/estatica-fetal.html>

b. Apresentação: a região fetal que se coloca na área do estreito superior da bacia (REZENDE, 2010). Pode ser cefálica, pélvica ou oblíqua (córmica).

- **Apresentação cefálica** (figura a): quando a região fetal que se coloca na área do estreito superior da bacia é o polo cefálico (96% das gestações);
- **Apresentação pélvica** (figura b): quando a região fetal que se coloca na área do estreito superior da bacia é a pelve (3-4% das gestações);
- **Apresentação Córmica** (figura c): quando a região fetal que se coloca na área do estreito superior da bacia é ombro. Esta apresentação acontece quando a situação fetal é transversa (0.5% -1% das gestações);

Figura 7 - Formas de apresentação fetal: cefálica, pélvica, Córmica



Fonte: Google imagerm/apresentação fetal

Disponível em: <http://www.fetalmed.net/quando-o-bebe-vai-encaixar/>

c. Altura ou Acomodação: é a relação entre a apresentação e os diversos níveis da pelve.

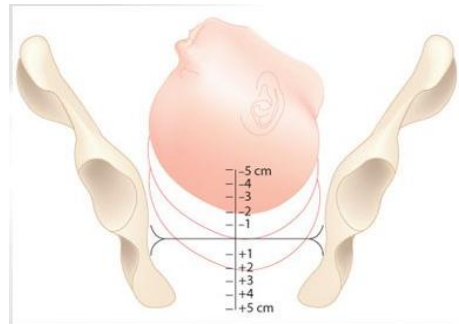
- Alta e móvel: a apresentação está afastada da bacia (não ocupa a área do estreito superior). O que é perceptível quando o examinador ao tocar a apresentação com os dedos polegar e indicador perceber o deslocamento da mesma (3º. Tempo).

- Ajustada: passa a ocupar a área do estreito superior.

- Fixa: o feto se fixa e não há mais nenhum tipo de mobilização. Popularmente falando o feto está “encaixado”.

- Insinuada: o maior diâmetro da apresentação transpõe o estreito superior da pelve materna. É comum nas 2 últimas semanas de gestação nas primíparas ou de 2-5 dias antes do parto nas múltíparas. É um bom prognóstico para o parto vaginal pois indica que o feto já venceu uma certa resistência da pelve materna. Ao caso ao toque vaginal é possível reconhecer que a apresentação fetal atingiu as espinhas isquiáticas (plano 0 de *De Lee*) ou a ultrapassa (plano +1, +2).

Figura 8 - Altura da apresentação fetal



Fonte: Google imagem/plano fetal

Disponível em: <http://slideplayer.com.br/slide/1567433/>

d. Posição fetal: é a relação entre o dorso (costas) do feto e o lado direito ou esquerdo da pelve materna. Direita: quando o dorso do feto está do lado direito da pelve materna. Esquerda: quando o dorso do feto está do lado esquerdo da pelve materna.

e. Situação fetal: É a relação entre o maior eixo fetal e o maior eixo materno, os eixos longitudinais - fetal e uterino. Classificam-se em:

- Longitudinal (figura a): eixo longitudinal uterino e fetal coincidente. É o mais comum.
- Transversa (figura b): eixos materno e fetal perpendiculares.
- Obliqua ou inclinada (figura c), quando os eixos se cruzam. Esta é uma situação transitória que evoluirá para longitudinal ou transverso (REZENDE, 2010).

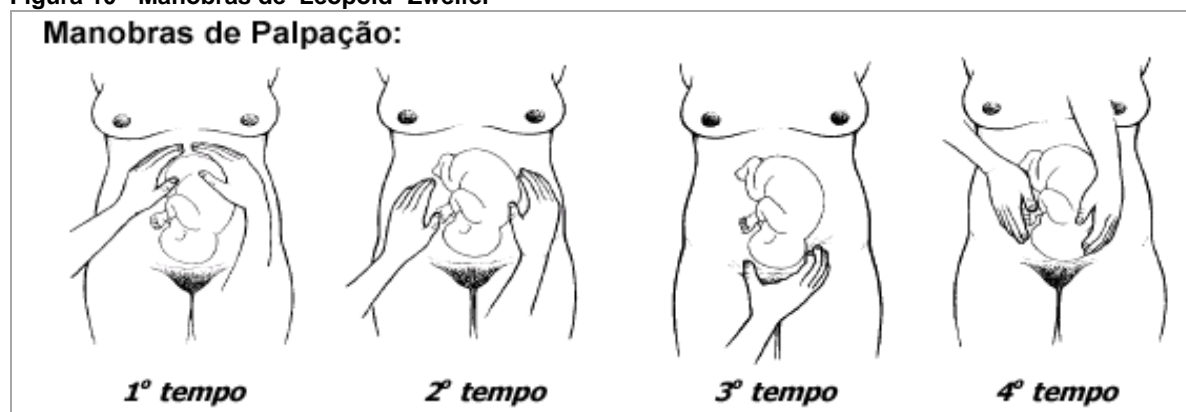
Figura 9 - Situação fetal: longitudinal, transversa, oblíqua



Fonte: Google imagem/situação fetal.
Disponível em: <http://slideplayer.com.br/slide/9880557/>

3.7.7.2 Método para palpação obstétrica

Figura 10 - Manobras de Leopold -Zweifel



Fonte: BRASIL, 2005. Disponível em: <http://slideplayer.com.br/slide/2441393/>

Sua execução deve ocorrer antes da medida da altura uterina. Iniciando pela delimitação do fundo uterino, bem como de todo o contorno da superfície uterina, o que reduz o risco de erro da medida da altura uterina (BRASIL, 2012).

- ✓ 1º. Delimite o fundo do útero em busca da **situação fetal** (que pode ser longitudinal ou transversa). Assim com a borda cubital de ambas as mãos e reconheça a parte fetal que o ocupa. Lembrando que a situação transversa reduz a medida de altura uterina, podendo falsear sua relação com a idade gestacional.
- ✓ 2º. Deslize as mãos do fundo uterino até o polo inferior do útero, procurando sentir o dorso e as pequenas partes do feto, isto te dará a noção da **posição fetal**, ou seja se o dorso do feto encontra-se à esquerda (75% das situações fetal) ou à direita da pelve materna;
- ✓ 3º. Explore a mobilidade do polo, que se apresenta no estreito superior pélvico. Isto possibilitará que encontre a **apresentação fetal** (cefálica, pélvica ou córmica);

- ✓ 4º. Determine a **situação fetal**, colocando as mãos sobre as fossas ilíacas, deslizando-as em direção à escava pélvica e abarcando o polo fetal, que se apresenta. As situações que podem ser encontradas são: longitudinal (apresentação cefálica e pélvica), transversa (apresentação córmica) e oblíquas.

3.7.8 Medida da altura uterina

3.7.8.1 Definição

Medida indireta do volume uterino (feto, placenta e líquido amniótico).

3.7.8.2 Objetivo

Realizar de forma indireta a avaliação do crescimento uterino (feto, placenta e líquido amniótico) e estimar o crescimento fetal, correlacionando-se a medida da altura uterina com o número de semanas de gestação.

3.7.8.3 Padrão de referência

No Brasil, desde a década de 1980, a curva de normalidade de crescimento da altura uterina para a idade gestacional padronizada pelo Ministério da Saúde para rastrear os desvios de crescimento fetal é uma curva de origem uruguaia, elaborada com os dados do estudo de Fescina et al, 1984. Essas curvas de altura uterina para idade gestacional desenhadas a partir dos dados do Centro Latino-Americano de Perinatologia (CLAP). Onde o Ponto de corte: serão considerados parâmetros de normalidade para o crescimento uterino o percentil 10 (para o limite inferior) e o percentil 90 (para o limite superior). Assim, a representação do indicador por meio de gráfico constituído de duas linhas: a inferior representa o percentil 10, e a superior, o percentil 90. O resultado estará adequado quando estiver contido entre as duas linhas: excessivo (acima do percentil 90) e deficiente (abaixo do percentil 10).

3.7.8.4 Sensibilidade e Especificidade do método

Segundo os dados do estudo, quando os dados da amenorreia são confiáveis e se descarta a possibilidade de feto morto e oligodrâmio, a medida da altura uterina permite diagnosticar o crescimento intrauterino retardado com uma sensibilidade de 56% e uma especificidade de 91%. Já para o diagnóstico de macrossomia fetal, a sensibilidade da altura uterina é de 92% e sua especificidade 72%, para isso é preciso que tenham sido excluídos a gravidez gemelar, polidrâmnia e a miomatose uterina (BRASIL, 2012 p. 96-97).

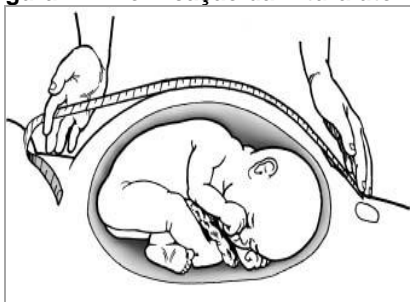
Contudo, atualmente estudos questionam a sensibilidade e especificidade desta Curva para detecção dos agravos relacionados ao crescimento fetal uma vez que a os percentis da curva derivada pelo CLAP correspondem a medidas de altura uterina menores que os de gestantes brasileiras, apresentando uma baixíssima sensibilidade para detecção de feto Pequeno para Idade gestacional (0,8-6%) e baixa especificidade (46 a 61%) para fetos macrossômicos. De forma que a validade de seu uso para a detecção de anormalidades do crescimento fetal fica limitada (OPPERMAN et, al, 2006). Contudo, por falta de uma curva nacional amplamente validada, mantemos o uso da mesma indicada pelo Ministério da Saúde.

Considerando o questionamento atual sobre sensibilidade e especificidade em relação a Curva do CLAP, é preciso muito cuidado com a interpretação de desvios de crescimento fetal apenas com dados a partir deste instrumento. Assim, sempre que houver suspeita de agravos, solicitar USG obstétrica com descrição do motivo no impresso de solicitação do exame.

3.7.8.5 Método para a Medida da Altura Uterina

- ◇ Posicionar a gestante em decúbito dorsal com o abdômen descoberto.
- ◇ Delimitar a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino.
- ◇ Fixar a extremidade inicial zero cm da fita métrica sobre a borda superior da sínfise púbica, passando o mesmo entre os dedos indicador e médio;
- ◇ Proceder à leitura quando a extremidade cubital da mão atingir o fundo uterino;
- ◇ Anotar a medida em cm no cartão e marcar o ponto na curva altura uterina/ idade gestacional.

Figura 11 - Verificação da Altura uterina



Fonte: BRASIL, 2005


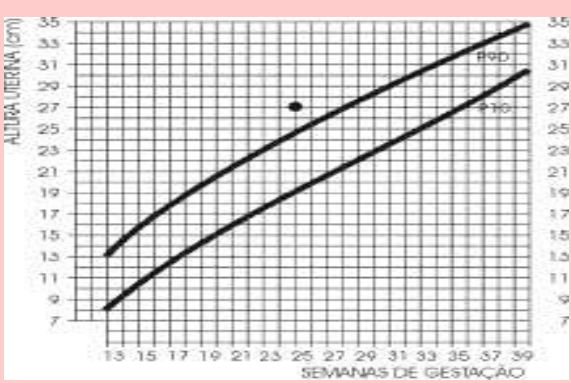
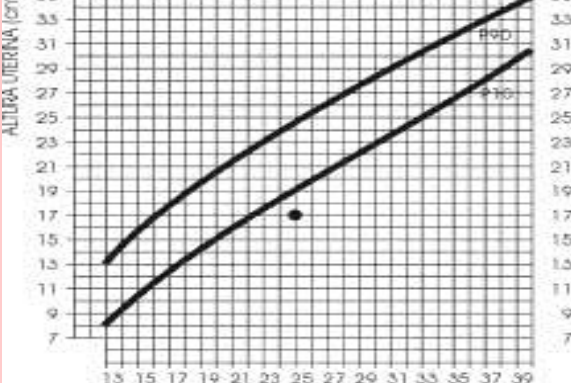
Disponível em: <http://slideplayer.com.br/slide/3624244/>

Parâmetros da Altura Uterina:

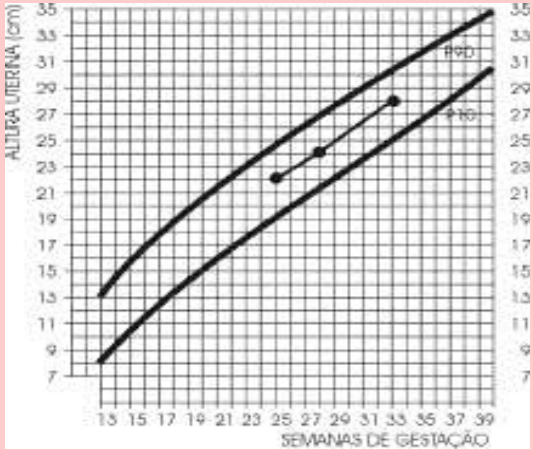
- Até a 6ª semana não ocorre alteração do tamanho uterino;
- Na 8ª semana o útero corresponde ao dobro do tamanho normal;
- Na 10ª semana o útero corresponde a três vezes o tamanho habitual;
- Na 12ª semana enche a pelve de modo que é palpável na sínfise púbica;
- Na 16ª semana o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical;
- Na 20ª semana o fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical;
- A partir da 20ª semana existe uma relação aproximada entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina. Porém, esse parâmetro torna-se menos fiel, à medida que se aproxima o termo. (BRASIL, 2012 p.72).

3.7.8.6 Interpretação do traçado obtido e condutas referente a altura uterina

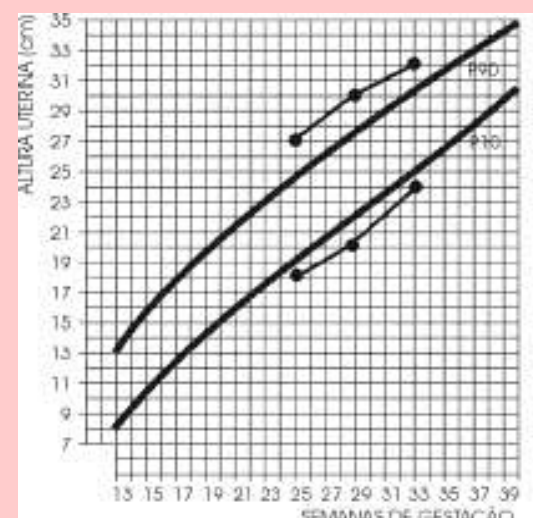
3.7.8.6.1 Interpretação do ponto obtido e condutas referente a altura uterina na primeira consulta

| Gráfico | Conduta |
|---|--|
|  <p>Entre as curvas: inferior e superior</p> | <p>Seguir o calendário mínimo de atendimento pré-natal.</p> |
|  <p>Acima da curva superior</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Atentar para a possibilidade de erro de cálculo da idade gestacional (IG); • Solicitar USG obstétrica para pesquisa de polidrâmnio, gemelaridade, mola hidatiforme, miomatose uterina; • Relacionar com a possibilidade de obesidade materna e diabetes; • Agendar consulta médica na UBS em até 15 dias para reavaliação. <p>Se polidrâmnio, gemelaridade, mola hidatiforme, miomatose uterina, encaminhar ao pré-natal de alto risco.</p> |
|  <p>Abaixo da curva inferior</p> | <p>É possível que a idade gestacional seja menor que a estimada ou intercorrências com feto</p> <ul style="list-style-type: none"> • Atentar para a possibilidade de erro de cálculo da IG, feto morto e oligodrâmnio ou restrição de crescimento intrauterino; • Solicite USG obstétrica; • Caso permaneça em dúvida agende consulta médica na UBS em até 15 dias para reavaliação; <p>Se oligodrâmnio ou restrição de crescimento intrauterino (RCIU) encaminhar ao pré-natal de alto risco.</p> |

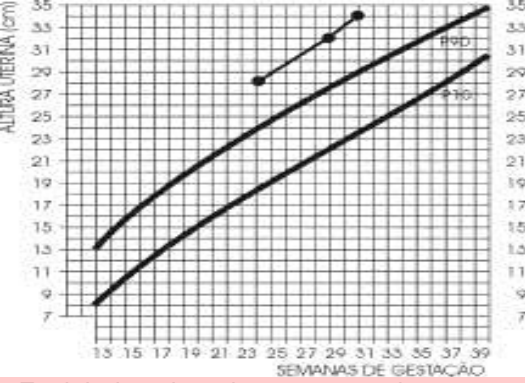
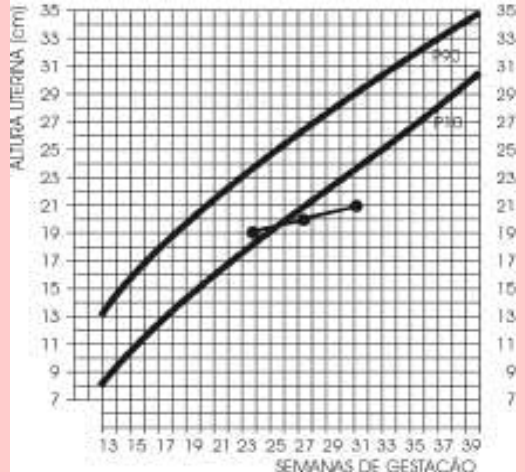
3.7.8.6.2 Interpretação do ponto obtido e condutas referente a altura uterina na primeira consulta

| Gráfico | Conduta |
|---|---|
|  <p>Evoluindo entre as curvas: superior e inferior</p> | <p>Crescimento normal: Seguir calendário mínimo.</p> |

3.7.8.6.3 Interpretação do traçado obtido e condutas referente a altura uterina nas consultas subsequentes

| Gráfico/Ponto | Interpretação e Conduta |
|---|---|
|  <p>Evoluindo acima da curva superior com a mesma inclinação desta ou evoluindo abaixo da curva inferior e com a mesma inclinação desta.</p> | <p>É possível que a idade gestacional seja maior ou menor que a estimada:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Solicitar apoio de outro profissional da equipe e/ou médico para confirmar tipo de curva; • Solicitar a USG para confirmar IG ou pesquisar causas dos desvios do crescimento uterino: oligo ou polidrâmio, gemelaridade, miomatose uterina, RCIU; • Pesquisar diabetes gestacional (ver fluxo específico); • Caso permaneça em dúvida agende consulta médica na UBS em até 15 dias para reavaliação; • Se presente suspeita de causas dos desvios do crescimento uterino, encaminhar ao pré-natal de alto risco. |

3.7.8.6.4 Interpretação do traçado obtido e condutas referente a altura uterina nas consultas subsequentes

| Gráfico/Ponto | Interpretação e Conduta |
|---|---|
|  <p data-bbox="199 817 694 873">Evoluindo acima da curva superior e com inclinação maior que esta</p> | <p data-bbox="750 414 1476 470">É possível tratar-se de gestação múltipla, polidrâmnio, macrossomia ou outra situação.</p> <ul data-bbox="750 481 1476 795" style="list-style-type: none"> • Solicitar USG obstétrica para pesquisa de polidrâmnio, gemelaridade, miomatose uterina, macrossomia; • Verifique se os exames de glicemia e TTG estão dentro dos limites da normalidade; • Solicite controle semanal de peso e PA; • Encaminhe ao pré-natal de alto risco; Agenda consulta quinzenal intercalada com médico e enfermeira da UBS até consulta no ambulatório especializado. |
|  <p data-bbox="199 1377 694 1433">Evoluindo com inclinação persistentemente menor que a curva inferior.</p> | <ul data-bbox="750 884 1476 1444" style="list-style-type: none"> -Se o traçado cruzar a curva inferior ou estiver afastando-se dela e o ganho de peso materno é inadequado, provavelmente trata-se de RCIU; • Verificar ganho de peso materno, oferecer orientações alimentares e nutricionais; • Pesquisar na anamnese perda de líquido que pode sugerir rompimento de bolsa amniótica; • Realizar exame ginecológico/ especular buscando fluidez ou presença de líquido amniótico no fundo de saco vaginal; • Solicitar USG obstétrica para pesquisa de oligodrâmnio e/ou retardo do crescimento intrauterino (RCIU) com reavaliação em até 3 dias; • Se suspeita perda aguda de LA, encaminhar para serviço de urgência obstétrica de acordo com as semanas gestacional; • Referir ao pré-natal de alto risco; • Agenda consulta semanal intercalada com médico e enfermeira da UBS até consulta no ambulatório especializado. |

Fonte: BRASIL, 2012 p.97-98 (Adaptado).

3.7.9 A ausculta dos batimentos cardíacos fetais

3.7.9.1 Definição

A ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCFs) é a audição do número de batimentos do coração fetal, tendo como parâmetro um minuto.

3.7.10 Objetivo

Constatar a presença, o ritmo, a frequência e a normalidade dos BCFs. (Grau de recomendação C).

3.7.10.1 Método

Após a 12ª semana com uso do detector ultrassônico de batimento cardíaco fetal, conhecido como Sonar e após 20ª semana com o estetoscópio de Pinard;

- Posicione a gestante em decúbito dorsal, com o abdômen descoberto;
- Identifique o dorso fetal. Além de realizar a palpação, deve-se perguntar à gestante em qual lado ela sente mais os movimentos fetais; o dorso estará no lado oposto;

Procure com o “Sonar” ou “Pinard” o ponto de melhor ausculta dos BCF na região do dorso fetal;

- Controle o pulso da gestante para certificar-se de que os batimentos ouvidos são os do feto, já que as frequências são diferentes;
- Conte os batimentos cardíacos fetais por um minuto, observando sua frequência e seu ritmo;
- Registre os BCF na ficha perinatal e no Cartão da Gestante;
- Avalie resultados da ausculta dos BCF.

Figura 12 - Ausculta dos Batimentos Cardíofetais (BCFs)



Fonte: Imagem - Luiz Jacobs/PML

3.7.10.2 Achados e Condutas na Ausculta dos Batimentos Cardíofetais (BCFs)

É considerada normal a frequência cardíaca fetal entre 120 a 160 batimentos por minuto. Contudo após uma contração uterina, a movimentação fetal ou o estímulo mecânico sobre o útero, um aumento transitório na frequência cardíaca fetal é sinal de boa vitalidade. Por outro lado, uma desaceleração ou a não alteração da frequência cardíaca fetal, concomitante a estes eventos, é sinal de alerta, o que requer aplicação de metodologia para avaliação da vitalidade fetal. Nestes casos, recomenda-se referir a gestante para um nível de maior complexidade ou à maternidade (BRASIL, 2012 p.99).

3.7.11 Registro diário dos movimentos fetais (RDMF) – mobilograma

Na prática clínica, entende-se que de modo geral a presença de MFs ativos e frequentes é tranquilizadora quanto ao prognóstico fetal da mesma forma que a diminuição é prova indireta de insuficiência placentária e tem como interpretação a adaptação fetal às condições intrauterinas (BRASIL, 2012 p.101).

3.7.11.1 Padrões de atividade fetal

Durante a evolução da gravidez os padrões da atividade fetal mudam.

Inicialmente, os movimentos são débeis e pouco frequentes, podendo ser confundidos pela gestante com outros fenômenos, como o peristaltismo. Gradativamente, à medida que prossegue a integração do sistema nervoso central com o sistema muscular do feto, os movimentos tornam-se rítmicos, fortes e contínuos. Primigestas sentem MF pela primeira vez com 18 a 20 semanas e múltiparas com 16 a 20 semanas. Os MF são máximos entre 28 e 34 semanas, sendo que, no termo, a gestante só reconhece 40% dos MFs (GADELHA: GADELHA: LIMA, 2009), sendo comum os relatos de diminuição dos movimentos levando-as muitas vezes a procurarem a maternidade.

3.7.11.2 Definição

Mobilograma é um método clínico de contagem e controle diário dos movimentos fetais (MFs) realizado pela própria gestante e esporadicamente pelo profissional de saúde assistente, em 1 ou mais horas.

3.7.11.3 Objetivo

Avaliar de forma indireta o bem estar- fetal à partir de seus movimentos.

3.7.11.3.1 Indicações

- Gestação de alto risco à partir da 26^a. Semana;
- Gestação de risco habitual à partir da 34^a. Semana;
- Diminuição dos MFs relatados pela mãe (pode ser usado a partir 26^a. Semana);
- Gestação a termo, sem sinal de trabalho de parto;
- Ansiedade materna relacionada ao bem estar fetal.

| MOBILOGRAMA | |
|--|--|
| Vantagens | Desvantagens |
| Facilidade de realização e baixo custo. Pode ser realizada em ambiente tranquilo, sem necessidade de deslocamento para serviços de saúde, sendo o único exame realizado sem o auxílio de equipamentos. (A) | Pode gerar ansiedade na gestante, maior número de cardiotocografias (CTG) e intervenções médicas desnecessárias, especialmente nas gestantes de risco habitual . Além disso, os MF podem não ser percebidos pela gestante. |

3.7.11.4 Método

Vários estudos já demonstraram que os MFs de um feto hígido podem variar entre quatro (4) a cem (100) por hora. Contudo, o Ministério da Saúde (MS) coloca um corte mínimo de 6 MFs/hora. O método a seguir é recomendado por sua praticidade (BRASIL, 2012 p.101) visando sua melhor aplicação:

- Determinar com a gestante o padrão do movimento fetal que está acostumada a sentir;
- Recomenda-se observação no período de 60 minutos iniciando cerca de 30 minutos após as refeições para evitar a falsa diminuição dos MFs devido a hipoglicemia materna;
- Não fazer uso de cigarro por no mínimo 30 minutos antes;
- Escolha um período do dia em que possa estar mais atenta aos movimentos fetais;
- Alimente-se previamente cerca de 30 minutos antes do início da observação;
- Procurar um ambiente calmo e sem ruídos;
- Sente-se com a mão sobre o abdome. Se deitada escolha a posição de decúbito lateral esquerdo, sempre mantendo a mão espalmada sobre o abdômen;
- Excluem-se movimentos tipo “soluços”;
- A contagem dos movimentos é realizada por período máximo de uma hora. Caso a gestante consiga registrar seis movimentos em menos tempo, não é necessário manter a observação durante uma hora completa.
- Registre os movimentos do feto nos espaços demarcados pelo formulário, anotando o horário de início e de término do registro conforme exemplo abaixo.

Quadro 16 - Registro dos Movimentos Fetais- MFs

| REGISTRO DOS MOVIMENTOS FETAIS. MFs. | | |
|--------------------------------------|-----------------------------|------------------------------|
| Data | Horário de início e término | Número MFs (1 hora ou menos) |
| <i>EX: 18/09/16</i> | <i>12:30-13:30</i> | <i>08</i> |
| <i>EX: 18/09/16</i> | <i>12:30-13:00</i> | <i>06</i> |

Fonte: A organizadora.

Toda a queixa de diminuição de MF deve ser tomada com cuidado e nunca menosprezada, mas sempre considerar que a ansiedade materna é fator importante que deve ser avaliado. Além disso, o ritmo da atividade fetal pode sofrer interferência tanto de fatores endógenos (como a presença de insuficiência placentária, isoimunização pelo fator Rh ou malformações congênitas) quanto de fatores exógenos (como a atividade materna excessiva, o uso de medicamentos sedativos, álcool e nicotina, entre outros).

3.7.11.5 Achados e condutas no mobilograma

| Achados | Condutas |
|--|--|
| ▪ Valor maior ou igual a 6 MFs/Hora | ✓ Mantem observação habitual |
| ▪ Valor menor que 6 MFs/Hora | ✓ Certificar-se que a gestante não estava com fome ou alimentou-se em período maior do que 3 horas antes da contagem; ✓ Se necessário ingerir 1 porção de carboidrato de ação rápida como 1 colher de açúcar diluído em 100 mls de água ou chá. Se possível acrescentar o consumo de 3-4 bolachas de água e sal ou maisena. Após 30 minutos da ingestão, reiniciar a contagem do mobilograma por mais 1 hora. |
| ▪ Melhora dos valores com no mínimo 6 MFs/Hora | ✓ Mantem observação habitual |
| ▪ Mantem-se valor menor que 6 MFs/Hora | ✓ Encaminhar para serviço de referência* |

*A observação de diminuição dos MFs deve ser seguida da utilização de outro método de avaliação da vitalidade fetal. Devendo o profissional de saúde assistente manter a gestante em observação no serviço de saúde para que ela faça o mobilograma sob supervisão direta. Muitas vezes ao simples exame abdominal já é possível que o examinador verifique o MF não perceptível pela gestante, sendo isto tranquilizador para a mesma(C).

Fonte: BRASIL, 2012 p.102-103

3.7.12 Pesquisa de edema

O edema é um acúmulo de líquido nos espaços intersticiais, evidenciado mediante presença de uma depressão duradoura (cacifo ou Sinal de Godet) no local pressionado. Este fenômeno, ocorre em cerca de 25% das gestantes e quando isolado (não associado outras alterações) não representa maior risco (BRASIL, 2012; OLIVEIRA et., 2010; REZENDE, 2007).

3.7.12.1 Causas

- Aumento do volume sanguíneo circulante, em média 1.500 ml até o final da gestação;
- Dificuldade do retorno venoso ao coração devido à compressão da veia cava pelo útero gravídico, de forma que o sangue encontra resistência para retornar aos membros superiores o que leva ao aumento do extravasamento de líquidos nos interstícios celulares mais comumente nos membros inferiores;
- Retenção de sódio (sistema renina-angiotensina aldosterona), agravado pela queda da pressão oncótica plasmática, decorrente da relativa hipoalbuminemia gravídica.

3.7.12.2 Objetivos

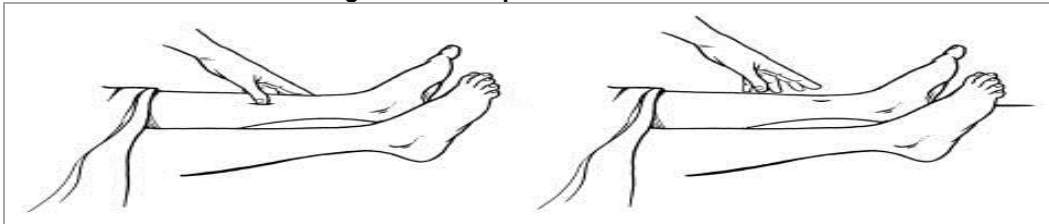
Diferenciar o edema fisiológico do patológico.

3.7.12.3 Métodos

3.7.12.3.1 Nos membros inferiores

- Posicionar a gestante de decúbito dorsal ou sentada, sem meias;
- Pressionar a pele na altura do tornozelo (região perimaleolar) e na perna, no nível do seu terço médio, face anterior (região pré-tibial).

Figura 13 - Pesquisa de Edema MMII



Fonte: BRASIL, 2005. Disponível em: <http://slideplayer.com.br/slide/296013/>

3.7.12.3.2 Na região sacra

- Posicionar a gestante em decúbito lateral ou sentada;
- Pressionar a pele na região sacra por alguns segundos com o dedo polegar.

Figura 14 - Pesquisa de Edema região sacral



Fonte: BRASIL, 2005.

Disponível em: <http://pt.slideshare.net/auroeag/pre-natal-de-baixo-risco-parte-2-uesc-medicina>

3.7.12.3.3 Na face e em membros superiores

- Identificar a presença de edema pela inspeção.

Classificação do edema

Conforme a origem, o edema pode ser classificado como fisiológico ou patológico.

- Edema Fisiológico:** no primeiro caso não há presença de aumento dos níveis pressóricos ou proteinúria, apenas edema isolado.
- Edema patológico:** há presença aumento dos níveis pressóricos e/ou proteinúria e/ou sinais e sintomas sugestivos de pré-eclâmpsia (cefaleia, epigastralgia, escotomas, reflexos tendíneos aumentados).

“Edema generalizado na ausência de hipertensão e proteinúria representam um simples exagero do processo fisiológico de retenção de sódio (sistema renina-angiotensina- aldosterona), agravado pela queda da pressão oncótica plasmática, decorrente da relativa hipoalbuminemia gravídica” (REZENDE, 2007)”. De qualquer forma a detecção do edema sempre deve servir de alerta para diferenciação do edema fisiológico do patológico.

3.7.12.4 Achados e condutas na pesquisa do edema

| ACHADOS | ANOTE | CONDUTAS |
|---|-------|---|
| a. Edema ausente | (-) | Gestante sem edema: • Acompanhar a gestante, seguindo o calendário de rotina. |
| b. Apenas edema de tornozelo, sem hipertensão ou aumento súbito de peso | (+) | Gestante com possível edema fisiológico: • Verificar se o edema está relacionado à postura, final do dia, temperatura ou tipo de calçado; • Orientar repouso mais frequente, em decúbito lateral; • Seguir calendário mínimo. |
| c. Edema limitado aos membros inferiores não associado a hipertensão arterial | (++) | Gestante com possível edema fisiológico: • Oriente repouso em decúbito lateral esquerdo; • Verifique a presença de sinais ou sintomas de pré-eclâmpsia e interogue a gestante sobre os movimentos fetais; • Fazer pesquisa de proteinúria; • Na ausência de outros sintomas, marque retorno em sete dias; • Caso haja hipertensão e/ou aumento excessivo de peso e ou proteinúria, reportar-se ao achados da letra “f”. |
| d. Edema generalizado (face, tronco ou membros), ou que já se manifesta ao acordar, não associado à hipertensão arterial ou aumento súbito de peso | (+++) | Gestante de risco em virtude de suspeita de pré-eclâmpsia ou outras situações patológicas: • Realize teste rápido de proteinúria; • Caso haja hipertensão e/ou proteinúria, ver quadro abaixo; • Encaminhar a gestante para avaliação médica na UBS; • Agende controle diário de peso e PA preferencialmente no mesmo horário; • Se for afastada a suspeita de edema patológico, agendar consulta pré-natal semanal na UBS, intercalada entre médico e enfermeira da UBS até melhora do quadro, quando deverá retornar ao calendário habitual. |
| e. Edema generalizado (face, tronco ou membros), ou que já se manifesta ao acordar, <u>acompanhado</u> hipertensão arterial ou aumento súbito de peso | (+++) | Gestante de risco em virtude de suspeita de pré-eclâmpsia ou outras situações patológicas: • Realize teste rápido de proteinúria; • Deve-se referir imediatamente a gestante ao Pronto Socorro obstétrico através regulação do SAMU, mantendo-a sob cuidados e observação na UBS; • Encaminhar ao ambulatório de PN Alto Risco; • Solicitar que a gestante ou familiar no 1º dia útil de alta hospitalar entre em contato (pessoal ou telefônico) com a enfermeira da área do domicílio para registro da conduta adotada no serviço de referência, avaliação da situação geral e dar continuidade no acompanhamento conforme protocolo. |
| f. Edema unilateral de MMII, com dor e/ou sinais flogísticos | | • Suspeita de processos trombóticos (tromboflebite, TVP). A gestante deve ser avaliada pelo médico da unidade e encaminhada para um serviço de referência obstétrica de alto risco via central de regulação (SAMU). |

Fonte: BRASIL, 2005, Apud BRASIL, 2012 p.104-105 (Adaptado).

3.7.13 Verificação da dinâmica uterina

3.7.13.1 Definição

A chamada “ dinâmica uterina” (DU) refere-se à contratilidade uterina.

A presença da contração uterina é uma constante em todo o ciclo gravídico-puerperal. Contudo, em cada período clínico deste ciclo tem uma finalidade e intensidade diferente.

3.7.13.2 Objetivo

Avaliar a frequência, duração e intensidade da DU como parâmetro da atividade uterina e consequentemente possibilidade de trabalho de parto.

Quadro 17 - avaliação da dinâmica uterina

| Tipos de contração/Função | Função: | Período que acontece | Duração | Frequência | Intensidade | Percepção materna** |
|--|--|--|------------------|------------------------------|-------------|--|
| 1. Pequenas contrações* | Atividade uterina | Toda a gestação | 30 segundos | 10 contrações/hora | 2-4 mmHg | Imperceptível |
| 2. BRAXTON HICKS*: | Preparo do colo ou seu Amadurecimento: amolecimento, centralização, abaixamento, apagamento. | À partir da 28ª.- 30ª. semana | 20-30 segundos | 1/ hora | 10-20 mmHg | Endurecimento abdominal indolor |
| Trabalho de parto | Descida do feto; Dilatação cervical, Expulsão do feto e placenta | Trabalho de parto e dequitação placentária | 40 - 60 segundos | 2-5 contrações em 10 minutos | 25-50 mmHg | Dor lombar que se irradia para abdômen |
| *No final da gravidez: as pequenas contrações diminuem de frequência e aumenta de intensidade e as de BRAXTON-HICKS, aumentam de frequência. | | | | | | |
| ** As contrações são percebidas pela palpação abdominal se estiverem com pressão entre 10 e 30 mmHg. | | | | | | |

Fonte: CARRARA;DUARTE. Semiologia obstétrica 1996 (Adaptado).

3.7.13.3 Método

- Colocar a gestante sentada ou deitada em decúbito lateral esquerdo com área do abdômen superior exposta;
- Solicitar à gestante para que comunique o momento que sentir a contração para que possa avaliar se a percepção da mesma é semelhante à do profissional;
- A DU deve ser avaliada quanto à **frequência, duração e intensidade**.

Para **avaliar a frequência**, o examinador coloca a sua mão espalmada no fundo do útero (a onda contrátil tem tríplice gradiente descendente, com maior duração no fundo uterino e a intensidade diminui no sentido cefalocaudal), e aciona o cronômetro em 10 minutos, contando quantas vezes ocorre o endurecimento abdominal perceptível por ele (e não pela gestante);

- Para **avaliar a duração** de cada contração, contar o tempo em que o útero permanece contraído que em geral pode variar de 20- 60 segundos cada;
- Para **avaliar a intensidade** das contrações durante a sua ocorrência faz-se uma pressão com as pontas dos dedos no fundo do útero, sendo considerada leve quando o fundo do útero é facilmente deprimível (bola de futebol parcialmente cheia), moderado quando é possível fazer a depressão embora sinta leve resistência (bola de futebol cheia, mas com espaço) e forte quando o fundo do útero está tenso de tal forma que não é possível a depressão (bola de futebol muito cheia).
- Desta forma, tem-se que durante os 10 minutos o examinador com o cronômetro acionado (ou relógio), mantém uma mão espalmada sobre o fundo do útero e a outra livre para registrar a frequência, duração e intensidade de cada contração.
- Considera-se **DU presente** quando o endurecimento abdominal for perceptível pelo examinador no mínimo 2 vezes em 10 minutos. Lembrando que as contrações são percebidas pela palpação abdominal se estiverem com pressão entre 10 e 30 mmHg, sendo melhor perceptível no fundo do útero, até o seu completo relaxamento;

3.7.14 O Exame clínico das mamas

3.7.14.1 Definição

O exame clínico das mamas (ECM) consiste em uma avaliação do tecido mamário, tendo como instrumento anamnese, a inspeção e a palpação das mamas.

3.7.14.2 Objetivo

Detectar anormalidades nas mamas e/ou avaliar sinais e sintomas referidos pelas gestantes para, assim, identificar possíveis lesões malignas palpáveis num estágio precoce de evolução. Assim, como é também uma boa oportunidade para o profissional de saúde educar a população feminina sobre: o câncer de mama, seus sintomas, seus fatores de risco e sua detecção precoce; sobre a composição e a variabilidade da mama normal; e sobre a importância do aleitamento materno para a criança, para a própria gestante e para a família e a sociedade, pois nesta fase a mulher e sua família estão mais atentas e dispostas a receber informações e realizar atividades de promoção e prevenção à sua saúde.

3.7.14.3 Método

ECM deve incluir a inspeção estática, inspeção dinâmica, palpação das mamas e das cadeias ganglionares axilares e supra claviculares.

- **Inspeção estática e Dinâmica:** com a mulher sentada com os braços pendente ao lado do corpo, identifique visualmente achatamentos dos contornos da mama, abaulamentos ou espessamentos da pele das mamas,

assimetrias, diferenças na cor da pele, na textura e no padrão de circulação venosa. A seguir faça as mesmas observações com a paciente elevando e abaixando os braços (BRASIL, 2012 p.107).

- **Palpação das mamas:** consiste em utilizar os dedos para examinar todas as áreas do tecido mamário e linfonodos axilares e supra claviculares, em busca de nódulos, espessamentos, modificações na textura e temperatura da pele etc.

A descrição de nódulos deve incluir informações quanto ao seu tamanho, consistência, contorno, superfície, mobilidade e localização. A pesquisa de descarga papilar deve ser feita aplicando-se compressão uni digital suave sobre a região areolar, em sentido radial, contornando a papila. A saída da secreção pode ser provocada pela compressão digital de um nódulo, área de espessamento ou simplesmente glândula que pode estar localizada em qualquer região da mama. A descrição da descarga deve informar se é uni ou bilateral, uni ou mult ductal, espontânea ou provocada pela compressão de algum ponto específico. Deve-se estar atendo ao tipo de coloração e relação com algum nódulo ou espessamento palpável (BRASIL, 2013).

3.7.14.4 Achados e condutas no exame clínico das mamas

| PRINCIPAIS ACHADOS | CONDUTAS |
|--|--|
| 1. Nódulo mamário de consistência endurecida e fixo, independentemente da idade; 2. Nódulo mamário persistente por mais de um ciclo menstrual em mulheres com mais de 30 anos; 3. Nódulo mamário em mulheres com história prévia de câncer de mama; 4. Nódulo mamário em mulheres com alto risco para câncer de mama; 5. Alteração unilateral na pele da mama, como eczema, edema cutâneo semelhante à casca de laranja, retração cutânea ou distorções do mamilo; 6. Suspeita de doença inflamatória e abscesso. | Solicitar USG de mama e ver fluxo de rastreamento (detecção precoce) para Câncer de mama feminino nas UBS município de Londrina-Pr. |
| 7. Descarga papilar sanguinolenta unilateral e espontânea (secreções transparentes ou rosadas). | - Realizar coleta da secreção para a citologia de mama; - Solicitar a USG de mama. |
| 8. Descarga papilar leitosa | Avaliar a história de lactação prévia, independente do tempo, bem como o período gestacional em que a paciente encontra-se, já que a saída do colostro é comum após a 16ª. semana de gestação. |
| OBS: Após a USG de mama, as condutas devem ser tomadas de acordo com o fluxo específico: "Fluxo de rastreamento de câncer de mama", disponível no sistema: Comum/permanente/DRAS/mastologia/Fluxo de rastreamento. | |

Fonte: A BRASIL, 2013 p. 98 (Adaptado).

3.7.14.5 O preparo das mamas para a amamentação

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

3.7.14.5.1 Medidas no pré-natal para favorecer a amamentação

- Identificar os conhecimentos, as crenças e as atitudes que a gestante possui em relação à amamentação, que tipo de experiência possui ou se já vivenciou alguma vez a amamentação;
- oportunizar que às gestantes tenham troca de experiências, por meio de reuniões de grupo que objetivem informar as vantagens e o manejo para facilitar a amamentação;
- Discutir sobre o manejo da amamentação: posição da mãe e do bebê e à pega da região mamilo areolar; retirada e armazenamento do leite se necessário etc;
- Orientar a gestante a usar sutiã durante a gestação;
- Recomendar banhos de sol nas mamas por 15 minutos (até as 10 horas da manhã ou após as 16 horas) ou banhos de luz com lâmpadas de 40 watts, a cerca de um palmo de distância;
- Esclarecer que deve ser evitado o uso de sabão, creme ou pomada no mamilo;
- Orientar a contraindicação da ordenha durante a gestação para a retirada do colostro;
- Conversar individualmente ou em grupo sobre as **vantagens da amamentação** para a mulher, a criança, a família e a comunidade:

Vantagens da amamentação:

Para a mulher:

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

Para a criança:

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

Para a família e a sociedade:

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

3.7.15 Exame ginecológico

3.7.15.1 Definição

O exame ginecológico inclui a inspeção vulvar, o exame especular e o toque vaginal se necessário, com ou sem coleta de colpocitologia oncótica. (CO).

3.7.15.2 Objetivo

Pesquisa de sinais e sintomas de Infecções sexualmente transmissíveis (ISTs), rastreamento do câncer do colo do útero e fluxo vaginal anormal (perda de líquidos ou sangramento), verificação da dilatação cervical.

3.7.15.3 Método

3.7.15.3.1 Exame ginecológico

- **Inspeção e palpação dos genitais externos:** avalie a vulva, o períneo, o introito vaginal, a região anal;
- **Palpação da região inguinal** à procura de linfonodomegalia;
- **Exame especular:** introduza o espéculo e analise a mucosa e o conteúdo vaginal, o colo uterino e o aspecto do muco cervical. Pesquise a presença de lesões, sinais de infecção, distopias e incompetência istmo-cervical. Avalie a necessidade de coletar material para bacterioscopia ou citologia oncótica;
- **Secreção Vaginal:** Na presença de corrimento vaginal, realize o teste das aminas (KOH a 10%) e ou fitas de pH;
- **Toque vaginal:** Pode ser bi digital quando a finalidade é avaliação obstétrica ou bi manual para avaliação dos genitais internos. **Não é um exame realizado rotineiramente no pré-natal.** Mas deve ser empregado para avaliar as seguintes condições:
 - ✓ Toque bi digital: Avaliação do colo uterino (comprimento, consistência, posição, dilatação); Avaliação da bacia obstétrica com vistas a possibilidade para o parto normal.
 - ✓ Toque bi manual: Avaliação do volume uterino (regularidade e compatibilidade com a amenorreia), a sensibilidade à mobilização do útero e as alterações anexais.

3.7.16 Coleta da colpocitologia oncótica(CO)

Embora nos últimos anos, no meio clínico tenha se levantado algumas controvérsias sobre a realização da colpocitologia oncótica na gestação, há evidências de que não se deve perder a oportunidade para a realização do rastreamento do câncer do colo do útero nas gestantes. Procedimento que pode ser feito em qualquer período da gestação, preferencialmente até o 7º mês (BRASIL, 2012 p.105).

3.7.16.1 Definição

Teste de análise realizado em esfregaço de células cervicais, em busca de alterações celulares que indiquem infecção pelo HPV e/ou lesões precursoras do câncer de colo do útero.

3.7.16.2 Objetivo

Detectar lesões precursoras do câncer do colo do útero em tempo hábil para diminuir a morbidade e mortalidade ocasionada por este agravo; Prescrever tratamento para outras doenças detectadas, como ISTs, na oportunidade do rastreamento, de acordo com os protocolos ou normas técnicas estabelecidos.

3.7.16.3 Método

3.7.16.3.1 O Exame ginecológico

- Inspeção e palpação dos genitais externos: avalie a vulva, o períneo, o introito vaginal, a região anal;
- Palpação da região inguinal à procura de linfonodomegalia;

3.7.16.3.2 O Exame especular

Introduza o espéculo e analise a mucosa e o conteúdo vaginal, o colo uterino e o aspecto do muco cervical. Pesquise a presença de lesões, sinais de infecção, distopias e incompetência istmo-cervical. Avalie a necessidade de coletar material para bacterioscopia.

- Na presença de corrimento vaginal, realize o teste das aminas (KOH a 10%) e ou fitas de pH;
- Na maioria das vezes, no ciclo gravídico puerperal, há uma eversão fisiológica da junção escamo colunar (JEC) que encontra-se exteriorizada, o que dispensa a coleta endocervical.

3.7.16.3.3 Orientações gerais para coleta CO

- ❖ Antes da coleta sempre explicar o procedimento e orientar a gestante que pode ocorrer um pequeno sangramento mas que este é limitado ao colo e não é prejudicial a ela ou ao feto;
- ❖ A coleta de células da ectocérvice pode ser realizada em qualquer período da gestação;
- ❖ Se houver sangramento, explicar a paciente, secar com gaze e retirar o espéculo;
- ❖ Caso o resultado não seja satisfatório por falta de células endocervicais, não repetir durante a gestação. Aprazar um novo exame para 120 (cento e vinte) dias após o parto.

Para maiores informações sobre a realização da coleta do material, recomendamos a leitura do “Protocolo de Detecção e Controle do Câncer do Útero e Mama” - Londrina, 2006; “Controle dos cânceres do colo do útero e da mama”. Ministério da Saúde, 2013.

3.7.17 Abordagem Síndrômica em ISTS

Compreende-se que o exame ginecológico independente da razão que o motivou é uma excelente oportunidade de implementar a abordagem sindrômica.

Ainda no século XXI a presença das ISTs em todo o mundo tem ocasionado incontáveis danos e perdas à saúde, qualidade de vida e anos perdidos ao portador, família e sociedade. Dentre os principais prejuízos pode-se descrever: uma pessoa com IST tem 3 a 18 vezes maior risco de infecção pelo HIV; maior risco de infectar o parceiro; causa infertilidade feminina e masculina; abortos espontâneos, natimortos; baixo peso ao nascer; infecção congênita e perinatal.

3.7.17.1 Definição

A **abordagem sindrômica** é um método clínico utilizado para rastreamento e tratamento das ISTs onde se inclui a doença ou agravo dentro de síndromes pré-estabelecidas, baseadas em sintomas e sinais, e busca instituir tratamento imediato sem aguardar resultados de exames confirmatórios.

3.7.17.2 Objetivo

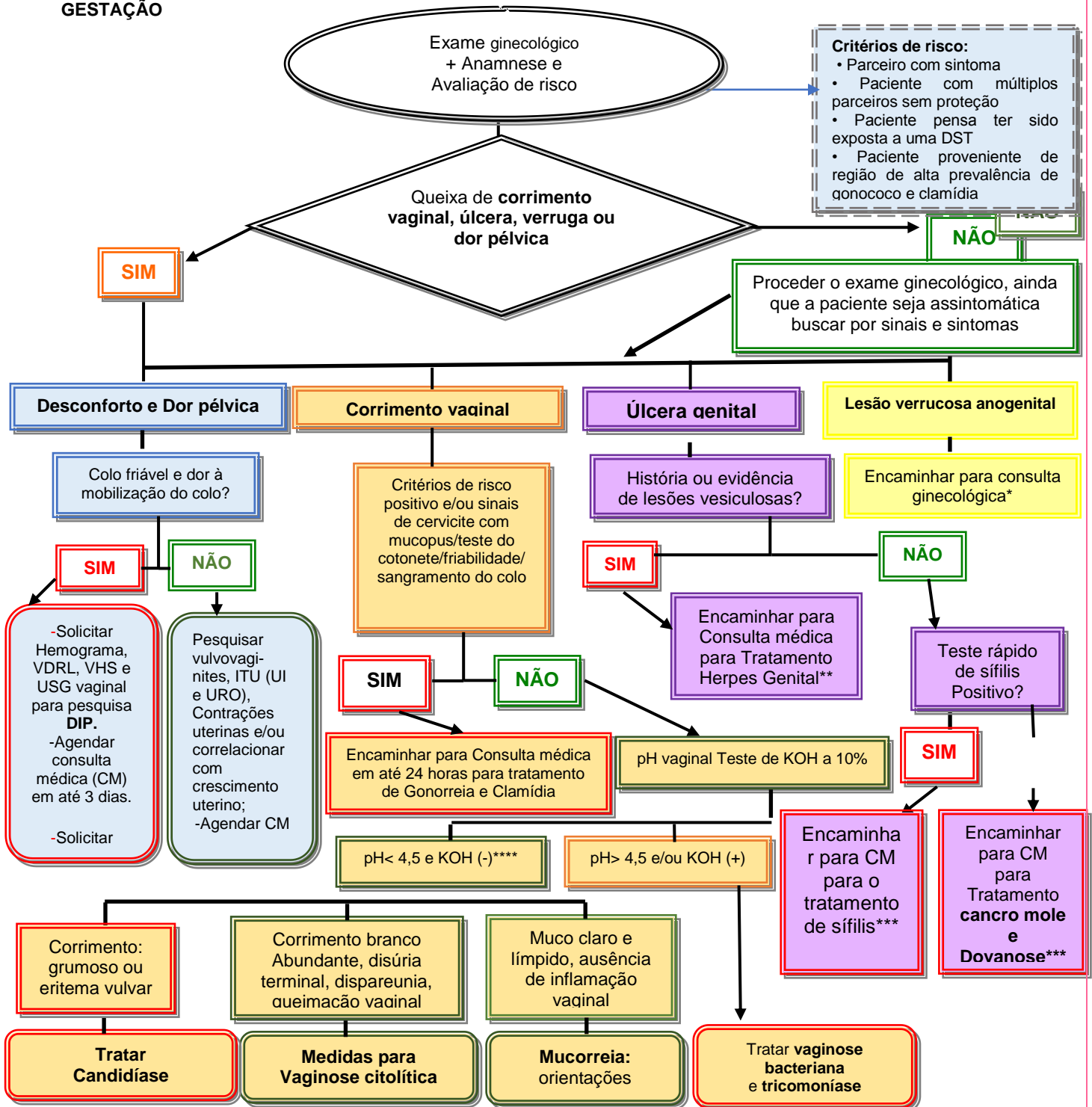
Diminuir o risco de morbimortalidade das ISTs, os objetivos da Abordagem sindrômica configura-se em: curar as infecções possíveis; cessar os sintomas; evitar as complicações advindas a(s)DST; interromper a cadeia de transmissão.

3.7.17.3 A Consulta clínica na Abordagem Sindrômica em ISTs

A Consulta clínica na Abordagem Sindrômica em ISTs não difere das demais quanto às etapas, entretanto algumas especificidades julga-se importante relatar como:

- ✓ **Anamnese:** buscar a identificação das diferentes vulnerabilidades: queixas, idade, início da atividade sexual (IAS), número de parceiros, uso de preservativo, gestação, história pessoal para DST.
- ✓ **Exame físico Geral:** procurar por sinais sistêmicos que apontam uma DST como a pele, mucosas, particularmente, a palma das mãos, plantas dos pés, mucosa orofaríngea e dos genitais; palpar os **gânglios** de todos os segmentos corporais (cabeça, tronco e membros); verificar abdômen, dorso, couro cabeludo, região perianal em busca de lesões (ulceradas ou não, em baixo ou alto relevo, avermelhada, hipercrômica, circular, irregular, circinada (anel) etc.).
- ✓ **Solicitação e/ou execução dos exames laboratoriais:** sempre que possível utilizar testes rápidos ou o mais rápido possível dentro da urgência ambulatorial:
- ✓ **Determinação da síndrome em questão:** sempre determinar qual o agravo ou doença que está sob suspeita;
- ✓ **Realização do Aconselhamento em HIV e outras ISTs.**
- ✓ **Prescrição e Oferta de Insumos e/ou medicamentos preconizados:** vacinas, preservativos, medicações, evitar a prescrição de produtos ou medicamentos não disponíveis nos SUS o que pode demandar uma demora ou o não tratamento do agravo.

FUXOGRAMA 3 - ABORDAGEM SINDRÔMICA EM INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS (ISTs) NA GESTAÇÃO



OBS: De modo geral para abordagem sindrômica efetiva é importante **aconselhar**, oferecer anti-HIV, VDRL (ou teste rápido para sífilis), hepatites B e C se disponível, vacinar contra hepatite B, **ênfatisar a adesão ao tratamento, notificar, convocar e tratar parceiros e agendar retorno.**

*No caso de lesões extensas em gestantes, encaminhar para o pré-natal de Alto Risco.

**Paciente que apresentar queixa de dor aguda, com piora progressiva, febre, ou instabilidade geral referenciar para CM no dia. Mesmo diante da suspeita de herpes, fazer teste(s) para sífilis. Se o quadro não é sugestivo de herpes, tratar sífilis e cancro mole.

*** Se forem lesões ulcerosas múltiplas e soro prevalência de herpes for igual ou maior que 30% na região, deve-se tratar herpes concomitantemente à sífilis e cancro mole.




**** Teste hidróxido de potássio (KOH): Aplica-se 1-2 gts. do produto sobre lâmina com a secreção. Considera-se positivo quando há a liberação de amins, perceptível como odor de peixe podre.



Quadro 18 - Tratamento em Abordagem Síndrômica para Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)- Doença Inflamatória Pélvica (DIP)


| Definição | Causas/Etiologia | Sinais e Sintomas | Tratamento (a partir 2º trimestre) | Comentários |
|---|---|---|--|--|
| <p>É uma síndrome clínica caracterizada por uma infecção que compromete o endométrio (endometrite), trompas de Falópio, anexos uterinos e/ou estruturas contíguas (salpingite, miometrite, ooforite, parametrite, pelviperitonite).</p> | <p>- Ascensão de micro-organismos do trato genital inferior, espontânea ou devida à manipulação (inserção de DIU, biópsia de endométrio, curetagem, entre outros), comprometendo endométrio (endometrite), trompas de Falópio, anexos uterinos e/ou estruturas contíguas (salpingite, miometrite, ooforite, parametrite, pelviperitonite). Dentre os agentes etiológicos envolvidos estão a <i>Neisseria gonorrhoeae</i>, e <i>Chlamydia trachomatis</i>, Bactérias facultativas anaeróbias (ex: <i>Gardnerella vaginalis</i>, <i>Haemophilus influenza</i>, <i>Streptococcus agalactiae</i>) Outros microrganismos</p> | <p>Corrimento vaginal, dispareunia ou disúria, podem ocorrer na presença de cervicite mucopurulenta. Critérios diagnósticos (três critérios maiores + um critério menor OU um critério elaborado): Critérios maiores: - dor no hipogástrio; - dor à palpação dos anexos; - dor à mobilização de colo uterino. Critérios menores: - temperatura axilar > 37,5°C ou temperatura oral > 38,3°C; - conteúdo vaginal ou secreção endocervical anormal; - massa pélvica; - mais de cinco leucócitos por campo de imersão em material de endocérvice; - leucocitose em sangue periférico; - proteína C reativa ou velocidade de hemossedimentação (VHS) elevada; - comprovação laboratorial de infecção cervical pelo gonococo, clamídia ou micoplasmas. Critérios elaborados: - Evidência histopatológica de endometrite; - Presença de abscesso tubo-ovariano ou de fundo de saco de Douglas em estudo de imagem - laparoscopia com evidência de DIP; Outros sintomas: sangramento vaginal anormal de pouca quantidade (<i>spotting</i>), dispareunia, descarga vaginal. Diagnósticos diferenciais de DIP: gravidez ectópica, apendicite aguda, ITU, litíase ureteral, torção de tumor cístico de ovário, torção de mioma uterino, rotura de cisto ovariano, endometriose (endometrioma roto), diverticulite, entre outros.</p> | <p>Encaminhar para avaliação ginecologista. Sugestão de tratamento conforme critério clínico: 1. Ceftriaxona 250 mg, IM, dose única + Metronidazol 500 mg, VO, de 12/12 horas, por 10 dias (após 1º Trimestre gestação) + Ampicilina 500 mg, VO 6/6horas por 10 dias. Cuidados: - Repouso relativo, abstinência sexual, sintomáticos; Enfatizar a adesão ao tratamento, notificar, convocar e tratar parceiros e agendar retorno. - DIU não precisa ser removido (caso exista indicação, a remoção deve ser realizada somente após as duas primeiras doses do esquema terapêutico. Oferecer métodos contraceptivos alternativos).</p> | <ul style="list-style-type: none"> Nas gestantes pode ocorrer: prematuridade, ruptura prematura de membrana, perdas fetais, retardo de crescimento intrauterino, endometrite puerperal, além de conjuntivite e pneumonias do recém-nascido. Em caso de quadro abdominal grave (irritação peritoneal); febre > 37,5° C; gravidez, abscesso tubo-ovariano, ausência de resposta ao tratamento ambulatorial –<i>encaminhar para referência hospitalar.</i> As parcerias sexuais dos últimos dois meses, sintomáticas ou não, devem ser tratadas empiricamente contra <i>Neisseria gonorrhoeae</i> e <i>Chlamydia trachomatis</i>. |

Fonte: BRASIL. 2015b p.75-80.

Quadro 19 - Tratamento Em Abordagem Sindrômica Para Infecções do Trato Reprodutivo (ITR)* e Sexualmente Transmissíveis (ISTs)- Corrimento Vaginal

| Agravamento Provável | Definição | Causas/ Etiologia | Sinais e Sintomas | Tratamento | Comentários |
|--|---|--|--|---|--|
| <p>Mucorreia</p>  | <p>Secreção vaginal mucoide principalmente no período fértil</p> | <p>Fisiológico</p> | <p>Ausência de inflamação vaginal, muco claro branco leitoso ou transparente, (podendo ser, algumas vezes, levemente amarelada) homogêneo ou pouco grumoso. Fluxo vaginal fisiológico.</p> | <p>_____</p> | <p>Se for realizado exame de microscopia não será visto alterações inflamatórias, número de leucócitos normais.</p> <ul style="list-style-type: none"> • O pH normal, entre 4,0 e 4,5. |
| <p>Vaginose Citolítica</p>  | <p>Corrimento vaginal, não infeccioso causada pelo aumento do número de <i>Lactobacillus sp</i> no trato genital inferior, cérvix e vagina, o que torna o pH local mais ácido.</p> | <p>Síndrome de crescimento excessivo do <i>lactobacillus</i> ou citólise de Döderlein</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Prurido vaginal; • Queimação vaginal; • Dispareunia; • Disúria terminal; • Corrimento branco abundante (piora na fase lútea) sem grumos aderidos. (Comum em pacientes hiperglicêmicas, gravidez, fase lútea, pré-menarca, climatério, uso de hormônios) | <ul style="list-style-type: none"> • Aplicar solução de bicarbonato de sódio (1 litro de água morna com 1-2 colheres de sopa de bicarbonato de sódio) via vaginal (VV), 2x/ semana, a cada 2 semanas. OBS: Para aplicação da solução pode utilizar seringa de 5 ou 10 mls. | <p>O tratamento é dirigido no sentido de reduzir o número de lactobacilos elevando-se o pH vaginal. Se for realizado Exame de microscopia fresco: aumento no número de lactobacilos e escassez de leucócitos;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Evidência de citólise. |
| <p>Candidíase vulvovaginal</p>  | <p>É uma infecção da vulva e vagina, causada por um fungo comensal que habita a mucosa vaginal e a mucosa digestiva, que cresce quando o meio torna-se favorável para o seu desenvolvimento</p> | <p>(Cerca de 80 a 90% dos casos são devidos à <i>Candida albicans</i> e de 10 a 20% a outras espécies (<i>C.tropicalis</i>, <i>C. glabrata</i>, <i>C. krusei</i>, <i>C. parapsilosis</i>).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Prurido vulvovaginal (principal sintoma, e de intensidade variável); • disúria; • dispareunia; • corrimento branco, grumoso, inodoro e com aspecto caseoso (“leite coalhado”) • hiperemia; • edema vulvar; • fissuras e maceração da vulva; • fissuras e maceração da pele. • vagina e colo uterino recobertos por placas brancas ou branco acinzentadas, aderidas à mucosa <p>OBS: Outras patologias podem causar prurido vulvovaginal sem corrimento, como dermatites alérgicas ou irritativas (sabonetes, perfumes, látex) ou doenças da pele (ex: líquen, psoríase)</p> | <p>Gestantes e nutrízes: Nistatina 100.000 UI, 1 aplicação (VV) à noite ao deitar-se, por 14 dias</p> <p>OU Miconazol creme a 2%, via vaginal, um aplicador cheio, à noite ao deitar-se, por 7 dias</p> <p>Puérperas que não amamentam: Pode ser usado tratamento VO mas apenas para os casos de candidíase resistente ao tratamento tópico: Fluconazol, 150 mg, VO, dose única;</p> <p>OU Itraconazol, 200 mg, VO, a cada 12 horas, por 1 dia.</p> | <p>O simples achado de cândida na citologia oncológica em uma paciente assintomática, não justifica o tratamento.</p> |

| Agravos Prováveis | Definição | Causas/ Etiologia | Sinais e Sintomas | Tratamento | Comentários |
|--|---|---|--|--|---|
| <p>Vaginose bacteriana (VB)</p>  | <p>Síndrome clínica caracterizada por um supercrescimento de várias bactérias potencialmente patogênicas da vagina, levando a um desequilíbrio da flora vaginal normal.</p> | <p><i>Gardnerella vaginalis</i>, <i>Bacteroides sp</i>, <i>Mobiluncus sp</i>, <i>Mycoplasmas</i>, <i>Peptoestreptococcus</i>, associado a uma ausência ou diminuição acentuada dos lactobacilos acidófilos (que são os agentes predominantes na vagina normal).</p> | <ul style="list-style-type: none"> • corrimento vaginal com odor fétido, mais acentuado após o coito e durante o período menstrual; • corrimento vaginal branco-acinzentado, de aspecto fluido ou cremoso, algumas vezes folhoso; dor às relações sexuais (pouco frequente); | <p>Após o 1º trimestre: <i>Metronidazol 250 mg / VO 8/8 h, por 7 dias</i> OU ❖ <i>Metronidazol 500 mg / VO 12/12 h, por 7 dias</i> OU ❖ <i>Clindamicina, 300 mg/ VO, 12/12 horas, por 7 dias.</i> OU ❖ <i>Metronidazol gel a 0,75%, 1 aplicador (5 g), 1x/dia, por 5 dias</i> OU ❖ <i>Clindamicina óvulos, 100 mg, 1x/dia, por 3 dias</i> ❖ <i>OU Creme vaginal 2%, 1x/dia (por 7 dias)</i></p> | <p>No 1º Trimestre se for imprescindível o tratamento utilizar a Clindamicina 300 mg.</p> <p>O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado. Para as puérperas, recomenda-se o mesmo tratamento das gestantes.</p> |
| <p>Tricomoníase</p>  | <p>É uma infecção causada pelo <i>Trichomonas vaginalis</i></p> | <p><i>Trichomonas vaginalis</i> (protozoário flagelado), tendo como reservatório a cérvix uterina, a vagina e a uretra</p> | <p>corrimento abundante, amarelado ou amarelo esverdeado, bolhoso;</p> <ul style="list-style-type: none"> • prurido e/ou irritação vulvar; • dor pélvica (ocasionalmente); • sintomas urinários (disúria, polaciúria); • hiperemia da mucosa, com placas avermelhadas (colpite difusa e/ou focal, com aspecto de framboesa); • teste de Schiller aspecto "tigróide" | <p>1º trimestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Clindamicina 300 mg, VO, 2x/dia, por 7 dias</i> <p>Após o 1º trimestre:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Metronidazol, 2 g, VO, dose única;</i> OU • <i>Metronidazol, 250 mg, VO, 8/8 h, por sete dias;</i> OU • <i>Metronidazol, de 400 a 500 mg, via oral, 12/12 horas, por sete dias</i> OU ❖ <i>Clindamicina, 300 mg/ VO, 12/12 horas, por 7 dias.</i> OU ❖ <i>OU Creme vaginal 2%, 1x/dia (por 7 dias).</i> | <p>No 1º Trimestre se for imprescindível o tratamento utilizar a Clindamicina 300 mg.</p> <p>Nas parcerias sexuais o tratamento é o mesmo. A tricomoníase vaginal pode alterar o resultado da citologia oncológica. Por isso, nos casos em que houver alterações morfológicas celulares, deve-se realizar o tratamento e repetir a citologia para avaliar se há persistência dessas alterações.</p> |

| Agravo Provável | Definição | Causas/ Etiologia | Sinais e Sintomas | Tratamento | Comentários |
|---|---|------------------------------|--|---|---|
| Gonorreia  | Doença infecciosa do trato urogenital conhecida também como blenorragia | <i>Neisseria gonorrhoeae</i> | <ul style="list-style-type: none"> • Cervicites assintomáticas (70% a 80%) • Nos sintomáticos queixas mais frequentes: corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós-coito, dispareunia e disúria. - Achados ao exame físico: sangramento ao toque da espátula ou <i>swab</i>, material mucopurulento no orifício externo do colo e dor à mobilização do colo uterino. | <ul style="list-style-type: none"> • Primeira escolha: • Ceftriaxona, 500 mg IM, dose única MAIS Azitromicina 500 mg, 2 comprimidos, VO, dose única | <p>TODOS os parceiros dos Últimos 60 dias devem ser tratados com dose única.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Devido à possibilidade de Coinfecção e desenvolvimento da DIP justifica-se o tratamento combinado de clamídia e gonorreia em TODOS os casos. • As principais complicações da cervicite por clamídia e gonorreia, quando não tratadas, incluem: doença inflamatória pélvica (DIP), infertilidade, gravidez ectópica e dor pélvica crônica. |
| Clamídia | Doença infecciosa e transmissível sexualmente que acomete o trato urogenital masculino e feminino | <i>Chlamydia trachomatis</i> | <p>OBS: Outras formas de infecção pelo gonococo são: a Infecção gonocócica não complicada da faringe, Infecção gonocócica disseminada, Conjuntivite gonocócica no adulto. Nestes casos consultar material específico "Protocolo de Cuidado em Ginecologia na APS, da Secretaria de Saúde de Londrina (no prelo)</p> | <p>Primeira escolha:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Azitromicina, 1 g, VO, dose única. <p>Segunda escolha:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Amoxicilina, 500 mg, VO, 8/8 horas, por 7 dias; | |


OBS:



- Todos os casos de corrimento vaginal são considerados como ITR. Entre elas, somente a tricomoníase é considerada uma IST. As pessoas com queixa de corrimento vaginal, ao procurarem um serviço de saúde, devem ser bem esclarecidas sobre essas diferenças. As medicações não disponíveis nas UBS podem ser adquiridas na farmácia do ambulatório de dst mediante a receita médica.
- Vulvovaginites: Termo genérico para toda manifestação inflamatória e/ou infecciosa do trato genital feminino inferior, ou seja, vulva, vagina e epitélio escamoso do colo uterino (ectocérvice). Sempre que possível deve ser evitado e substituído por outros mais específicos.
 - Metronidazol: Durante o tratamento deve-se evitar a ingestão de álcool, pelo "efeito antabuse", caracterizado por mal-estar, náuseas, tonturas e gosto metálico na boca
- A mulher pode apresentar concomitantemente mais de uma infecção, ocasionando assim corrimento de aspecto inespecífico; Durante o tratamento, devem ser suspensas as relações sexuais



Manter o tratamento se a paciente menstruar

Fonte:BRASIL2015a p.35-37; BRASIL, 2015b p.61-62.; Google imagens.

Quadro 20 - Tratamento Em Abordagem Sindrômica para Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs)- Ulcera Genital


| Causas/Etiologia /Definição | Sinais e Sintomas | Tratamento | Comentários |
|---|---|--|--|
| <p>Herpes perioral e genital (HSV-1 e HSV-2)</p> <p>Síndrome clínica produzida por agentes infecciosos sexualmente transmissíveis e que se manifestam como lesão ulcerativa erosiva, precedida ou não por pústulas e/ou vesículas, acompanhada ou não de dor, ardor, prurido, drenagem de material mucopurulento, sangramento e linfadenopatia regional.</p>  | <p>- Primo infecção herpética: lesões cutâneas e/ou mucosas com vesículas agrupadas sobre base eritematosa, que evoluem para pequenas úlceras arredondadas ou políciclicas. Nas mucosas, é incomum a evidenciação das vesículas uma vez que seus tetos rompem muito facilmente. Mais raramente, a ocorrência de lesões pode ser acompanhada de sintomas gerais como febre, mal-estar, mialgia e disúria, com ou sem retenção urinária. Se lesão no colo do útero, é comum o corrimento vaginal, que pode ser abundante.</p> <p>Em especial, nas mulheres, pode simular quadro de infecção urinária baixa. A linfadenomegalia inguinal dolorosa bilateral está presente em 50% dos casos.</p> <p>As lesões têm regressão espontânea em sete a dez dias com ou sem cicatriz. A tendência natural dos surtos é a de tornarem-se menos intensos e menos frequentes com o passar do tempo.</p> <p>- Surtos recidivantes: Quadros mais brandos do que na primo-infecção: prurido leve ou sensação de “queimação”, mialgias e “fisgadas” nas pernas, quadris e região ano genital.</p> | <p>Primo-infecção em qualquer trimestre da gestação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 8/8 hs, por 7 dias <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aciclovir 200mg, 1 comprimido, VO, 5x dia (7h, 11h, 15h, 19h, 23h), por 7 dias. <p>Recidiva:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aciclovir 200mg, 2 comprimidos, VO, 8/8 hs. por 5 dias <p>OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Aciclovir 200mg, VO, 1 comprimido, VO, 5x dia (7h, 11h, 15h, 19h, 23h,), por 5 dias). <p>Tratamento local:</p> <ul style="list-style-type: none"> • compressas de solução fisiológica ou degermante em solução aquosa, para higienização das lesões <p>Pomadas de antibiótico pode estar indicado nos casos de infecção secundária. Além de Analgésicos orais podem ser utilizados, se necessário.</p> | <p>- O HSV-1 e HSV- Pertencem à família Herpes <i>viridae</i>, da qual fazem parte o Citomegalovírus (CMV), a varicela zoster vírus, o Epstein-Barr vírus e o herpes vírus humano 8. Embora os HSV-1 e HSV-2 possam provocar lesões em qualquer parte do corpo, há predomínio do tipo 2 nas lesões genitais e do tipo 1 nas lesões periorais.</p> <p>- O tratamento com antivirais são eficazes para redução na intensidade e duração do episódio, quando usado precocemente.</p> <p>- É importante mencionar que não há associação entre herpes simples genital e câncer.</p> <p>- É recomendado retorno em uma semana para reavaliação das lesões.</p> |

| Causas/Etiologia /Definição | Sinais e Sintomas | Tratamento | Comentários |
|--|--|--|--|
| <p>- Cancroide, cancro mole, cancro venéreo ou cancro de Ducrey. (Haemophilus ducreyi)</p>  | <p>Lesões múltiplas (podendo ser única) e habitualmente dolorosas, A borda é irregular, apresentando contornos eritematoedematosos e fundo irregular recoberto por exsudato necrótico, amarelado, com odor fétido que, quando removido, revela tecido de granulação com sangramento fácil. No início, ocorre tumefação sólida e dolorosa, evoluindo para liquefação e fistulização em 50% dos casos, tipicamente por orifício único. Raramente, apresenta-se sob a forma de lesão extragenital ou doença sistêmica. A drenagem espontânea, quando ocorre, faz-se tipicamente por orifício único. A cicatrização pode ser desfigurante.</p> | <p>Em qualquer trimestre: -Ceftriaxona 250mg, IM, dose única À partir do 2º. trimestre: - Azitromicina 500m g, 2 comprimidos, VO, dose única</p> | <p>O tratamento sistêmico deve ser acompanhado de medidas locais de higiene. O tratamento das parcerias sexuais é recomendado, mesmo quando assintomáticas. O diagnóstico diferencial é feito com cancro duro (sífilis primária), herpes genital, LGV, donovanose, erosões traumáticas infectadas.</p> |
| <p>Linfo granuloma Venéreo (Chlamydia trachomatis, sorotipos L1, L2 e L3.)</p>  | <p>O diagnóstico de LGV deve ser considerado em todos os casos de adenite inguinal, elefantíase genital, estenose uretral ou retal. A manifestação clínica mais comum é a linfo adenopatia inguinal femoral. A evolução da doença ocorre em três fases: 1. Inoculação: inicia-se por pápula, pústula ou exulceração indolor, que desaparece sem deixar sequelas. Muitas vezes, não é notada pelo paciente e raramente é observada pelo profissional de saúde. 2.Disseminação linfática regional: desenvolve-se entre uma a seis semanas após a lesão inicial, sendo geralmente unilateral (em 70% dos casos) e constituindo-se o principal motivo da consulta. 3.Fase de sequelas: O comprometimento ganglionar evolui com supuração e fistulização por orifícios múltiplos, que correspondem a linfonodos individualizados, parcialmente, fundidos numa grande massa. A lesão da região anal pode levar à proctite e proctocolite hemorrágica. O contato orogenital pode causar glossite ulcerativa difusa, com linfadenopatia regional. Pode ser acompanhado de sintomas gerais, como febre, mal-estar, anorexia, emagrecimento, artralgia, sudorese noturna e meningismo, podem ocorrer fístulas retais, vaginais, vesicais e estenose retal.</p> | <p>À partir do 2º. trimestre: - Azitromicina 500m g, 2 comprimidos, VO, 1x semana, por 21 dias ❖ Parceria sexual sintomática: mesmo tratamento que o caso índice; ❖ Parceria sexual assintomática: • Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, dose única OBS: O prolongamento da terapia pode ser necessário até a resolução da sintomatologia.</p> | <p>A antibioticoterapia não apresenta um efeito dramático na duração da linfadenopatia inguinal, mas os sintomas agudos são frequentemente erradicados de modo rápido. Os antibióticos não revertem as sequelas como estenose retal ou elefantíase genital OBS: Orientamos que embora o tratamento possa ser iniciado na UBS esta paciente seja encaminhada ao ambulatório DST/AIDS</p> |

| Causas/Etiologia /Definição | Sinais e Sintomas | Tratamento | Comentários |
|---|---|--|--|
| <p data-bbox="255 256 562 316">Donovanose (<i>Klebsiella granulomati</i>)</p>  | <p data-bbox="613 256 1346 655">Acomete preferencialmente pele e mucosas das regiões genitais, perianais e inguinais, caracterizando o granuloma inguinal. O quadro clínico inicia-se com ulceração de borda plana ou hipertrófica, bem delimitada, com fundo granuloso, de aspecto vermelho vivo e de sangramento fácil. A ulceração evolui lenta e progressivamente, podendo se tornar vegetante ou úlcera vegetante. Não ocorre adenite, embora raramente possam se formar pseudo bubões (granulações subcutâneas) na região inguinal, quase sempre unilaterais.</p> | <p data-bbox="1368 256 1778 592">Tratar até o desaparecimento das lesões, por, no mínimo, 21 dias: À partir do 2º. trimestre: - Azitromicina 500mg, 2 comprimidos, VO, 1x semana, por pelo menos 21 dias, ou até cicatrização das lesões. Apenas no 2º. Trimestre: Sulfametoxazol-Trimetoprim (400/80mg), 2 comprimidos, VO, 2x dia.</p> | <p data-bbox="1800 256 2139 775">O diagnóstico diferencial de donovanose inclui sífilis, cancroide, tuberculose cutânea, amebíase cutânea, neoplasias ulceradas, leishmaniose tegumentar americana e outras doenças cutâneas ulcerativas e granulomatosas. Embora o tratamento possa ser iniciado na UBS esta paciente seja encaminhada ao Ambulatório DST/AIDS.</p> |
| <p data-bbox="277 805 539 865">Sífilis primária <i>Treponema pallidum</i></p>  | <p data-bbox="613 805 1346 1198">Também conhecida como “cancro duro”, a lesão é ulcerosa, indolor, com base endurecida e fundo limpo, geralmente única, que ocorre no local de entrada da bactéria (pênis, vulva, vagina, colo uterino, ânus, boca, ou outros locais do tegumento). O aparecimento se dá de 10 a 90 dias (média de três semanas) após o contato sexual com o indivíduo infectado. Esse estágio pode durar entre duas e seis semanas, desaparecendo espontaneamente, independentemente de tratamento.</p> | <p data-bbox="1368 805 1778 919">Tratar com Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo),. Dose total de 2,4 milhões UI.</p> | <ul data-bbox="1800 815 2139 1222" style="list-style-type: none"> • Gestantes alérgicas à penicilina devem ser encaminhadas para dessensibilização em serviço terciário de referência. • Parcerias sexuais devem receber o mesmo tratamento da gestante. |

Fonte: BRASIL, 2015bp.66-74; Google imagens.

Quadro 21 - Abordagem para lesão anogenital

| Causas/Etiologia /Definição | Sinais e Sintomas | Tratamento | Comentários |
|---|--|--|---|
| <p>Condiloma acuminado</p> <p>Doença infecciosa, de transmissão frequentemente sexual, também conhecida como condiloma acuminado, verruga genital ou crista de galo.</p>  | <p>As lesões podem ser únicas ou múltiplas, restritas ou difusas e de tamanho variável, localizando-se na vulva, períneo, região perianal, vagina e/ou colo. Mais comum em pacientes jovens. Se diagnosticada após a menopausa, encaminhar para biópsia para descartar neoplasia.</p> | <p>- Lesões únicas: Ácido tricloroacético a 70% em solução alcoólica, em pequena quantidade, com cotonete, <i>microbrush</i> ou escova endocervical montada com algodão. Ao secar, a lesão ficará branca. Se dor intensa, o ácido pode ser neutralizado com sabão ou bicarbonato de sódio ou talco. Repetir semanalmente até 10 semanas se necessário. Se refratário ao tratamento com ácido tricloroacético, encaminhar para ginecologista.</p> | <p>Se lesões múltiplas ou em casos especiais: em casos especiais: gestantes, crianças, imunossuprimidos, doença disseminada ou verrugas de grande volume encaminhar para referência para exérese cirúrgica.</p> |
| <p>Dermatose eritematosa ou Eritemato descamativa</p> | <p>Considerar candidíase, dermatite de contato, dermatite seborreica e psoríase. Na presença de candidíase, frequentemente, há corrimento branco e grumoso e intenso prurido, e o eritema é mais intenso. Em caso de dermatite seborreica ou de psoríase, geralmente há lesões em outras localizações.</p> | <p>A dermatite de contato responde ao uso de corticoide tópico, à remoção do agente causal e aos cuidados gerais. Tratamento da dermatite seborreica e da psoríase está fora do escopo deste protocolo.</p> | <p>Na dermatite de contato, frequentemente, mas nem sempre, o desencadeante é evidente.</p> |
| <p>Máculas, manchas, pápulas e placas, de diferentes colorações, com ou sem atrofia</p> | <p>Descartadas verruga vulgar e as dermatoses eritemato descamativas listadas no item anterior, o diagnóstico diferencial é extenso, destacando-se líquen plano, líquen escleroso e as neoplasias intraepiteliais vulvares.</p> | <p>Encaminhar ao dermatologista ou ao ginecologista para diagnóstico diferencial e eventual biópsia.</p> | <p>O líquen plano e o líquen escleroso necessitam de acompanhamento especializado.</p> |
| <p>As glândulas de Bartholin estão localizadas no terço interior dos grandes lábios. O cisto forma-se quando o ducto de uma ou ambas é obstruído. O cisto pode se complicar com a presença de bactérias especialmente N. gonorrhoeae, C. trachomatis, E. Coli dentre outras, formando um abscesso.</p> | <p>O cisto se manifesta com um abaulamento da glândula com líquido interior. Já o abscesso, resultado da complicação do cisto resulta em uma massa quente, dolorida à palpação, flutuante. A dor costuma ser intensa, podendo ser limitante para as atividades.</p> | <p>Se assintomático ou com sintomas leves, orientar quanto à benignidade do quadro e observar, tratando os sintomas com banhos de assento com água morna 3 a 4 vezes ao dia e analgésicos simples. Se cisto de Bartholin sintomático, encaminhar ao ginecologista para cirurgia de marsupialização. Em caso de abscesso, está indicada a drenagem ou aspiração, que pode ser feita na APS. Usar antibióticos apenas se suspeita de IST,</p> | <p>Marsupialização: operação cirúrgica que consiste em suturar as paredes de um cisto aos lábios da incisão cutânea, quando a extirpação total não pode ser realizada).</p> |

| | | | | | |
|--|--|--|--|---|--|
| |  An anatomical illustration showing a hand with a yellow glove examining a perianal abscess. The abscess is a red, swollen, and painful area located near the anus. | | | presença de abscesso ou em caso de recorrência. | |
|--|--|--|--|---|--|

Fonte: BRASIL, 2015a p.31; BRASIL2015b p.84-85

3.7.18 O estado vacinal

A vacinação durante a gestação objetiva não somente a proteção da gestante, mas também a proteção do feto. Não há evidências de que, em gestantes, a administração de vacinas de vírus inativados (raiva humana e influenza) de bactérias mortas, toxóides (tetânico e diftérico) e de vacinas constituídas por componentes de agentes infecciosos (hepatite B) acarrete qualquer risco para o feto (BRASIL, 2012). Entretanto, enquanto algumas são indicadas de forma indiscriminada ou seja para todas as gestantes (dT, dTPa, Hepatite B, Influenza), outras devem ser utilizadas apenas em situações especiais .

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

Quadro 22 - Vacinas com indicação universal (rotina) para gestantes

| Vacina | Situação | Orientações técnicas |
|--|--|---|
| Dupla bacteriana (dT) | 1. Gestante não vacinada anteriormente com nenhuma vacina contendo toxóides tetânico e diftérico (tetavalente, DPT, TT, dT ou DT). | · Aplicar 02 (duas) doses vacina dT via intramuscular (IM) desde a primeira vinda para o pré-natal, com no mínimo de 30 dias e recomendado 60 (sessenta) dias entre as doses. Completar o esquema com uma (1) dose de dTPa entre 27 ^a -36 ^a . Semana. |
| | 2. Gestante vacinada anteriormente com 01 (uma) dose (tetavalente, DPT, TT, dT ou DT), , independente do tempo. | · Aplicar 01 (uma) dose de dT IM com intervalo mínimo de 30 (trinta) dias e recomendado 60 (sessenta) dias entre as doses. Completar o esquema com uma (1) dose de dTPa entre 20 ^a -36 ^a . Semana. |
| | 3. Gestantes vacinada anteriormente com 02 (duas) doses (tetavalente, DPT, TT, dT ou DT), independente do tempo. | · Não realizar nenhuma outra dose dT. Completar o esquema com uma (1) dose de dTPa entre 20 ^a -36 ^a . Semana. |
| Vacina Adsorvida Difteria, Tétano e Coqueluche (Pertussis Acelular) Tipo adulto – dTPa* | 1. Independentemente da situação vacinal anterior com dT ou dTPa. | · Realizar 01 (uma) dose de dTPa IM, entre 20 ^a e 36 ^a semanas de gestação, com intervalo mínimo de 30 (trinta) dias e recomendado 60 (sessenta) dias entre as doses de dT. · Caso o pré-natal tenha iniciado tardiamente é recomendado que a vacina seja aplicada no mínimo 20 (vinte) dias antes do parto. |
| Hepatite B | 1. Gestante não vacinadas com nenhuma dose anterior. | · Aplicar 03 (três) doses IM em qualquer período gestacional, com intervalo de 0, 1, 6 meses (3 doses) entre as doses; · Se o início do pré-natal for tardio, o esquema deve ser completado independente de o parto ter ocorrido |
| | 2. Gestantes vacinada anteriormente com menos de 3 (três) doses, | · Completar o esquema respeitando intervalo de 5 meses entre a 2 ^a e 3 ^a dose a partir da 13 ^a . Semana de gestação (2 ^o trimestre). |
| | 3. Gestante com esquema vacinal completo com 3 (três) doses | · Considerá-la como imune para hepatite B. |
| Influenza | Independente da vacinação em anos anteriores | · Vacinar conforme orientação técnica anual do Ministério da saúde. |

* Gestantes que perderam a oportunidade de serem vacinadas no período gestacional, administrar 1 dose de dTPa no puerpério o mais breve possível.

Fonte: BRASIL, 2014b; BRASIL, 2016c; Calendário Nacional de vacinação 2017-MS..

Quadro 23 - Vacinas Com Uso Restrito na Gestação:

| Vacina | Orientações técnicas |
|---|---|
| Vacina contra raiva humana | Em situações de pós-exposição, a vacina contra raiva humana não é contraindicada durante a gestação. Na pré-exposição, a gestante também pode ser vacinada. Entretanto, devido ao risco da ocorrência de eventos adversos, é preferível que ela receba a vacina somente se não puder evitar as situações de possível exposição ao vírus rábico. |
| Vacina contra febre amarela (atenuada) | Na rotina do serviço de vacinação, a gestante não deve receber a vacina contra febre amarela. Entretanto, em situações de surto, se a gestante reside ou vai se deslocar para área com recomendação de vacinação para febre amarela, ela deve ser vacinada se o risco de adoecer for maior do que o risco de receber a vacina. |
| Vacinas virais vivas: sarampo, rubéola, caxumba, varicela | <p>Não são recomendadas em situações normais. Contudo, quando for alto o risco de ocorrer a infecção natural pelos agentes dessas doenças (viagens a áreas endêmicas ou vigência de surtos ou epidemias), deve-se avaliar cada situação, sendo válido optar-se pela vacinação quando o benefício for considerado maior do que o possível risco. Por se tratar de um risco teórico, a gestante deverá ser acompanhada pelo serviço de saúde.</p> <p>Após a vacinação com tríplice viral, recomenda-se evitar a gravidez durante um mês (30 dias), apenas por precaução. Entretanto, se a mulher engravidar antes desse prazo ou se houver administração inadvertida durante a gestação, não se justifica o aborto em nenhum desses casos.</p> <p>A Gestante suscetível que tenha contato com varicela deve receber a imunoglobulina humana anti-varicela-zoster (IGHVAZ). Discutir caso com epidemiologia.</p> |

Fonte: BRASIL, 2014b;2014e.

3.8 Os exames de rotina no pré-natal

A solicitação de exames complementares irá depender da idade gestacional de início do pré-natal, sendo que idealmente é recomendado os seguintes exames:

Quadro 24 - Exames De Rotina Para Pré-Natal na Atenção Primária em Saúde no Município de Londrina-Pr.

| Exames de Rotina | Período Recomendado | Indicação |
|--|---|---|
| 1- Colpocitologia Oncótica e Exame ginecológico | Preferencialmente no 1º trimestre, na 1ª. consulta de pré-natal, mas não contraindicado em outros períodos da gestação. Já o exame ginecológico com ou sem coleta de CO, para verificação da presença de corrimentos (com uso da fita pH ou testes aminas se disponível), deve ser realizado pelo menos 2 vezes na gestação, preferencialmente 1º. Trimestre e entre 26ª.30ª. semana). | <ul style="list-style-type: none"> Gestantes que nunca coletaram ou com menos de 2 coletas nos últimos 3 anos. Oportunidade para Investigação de Infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) e alterações citopatológicas (câncer do colo do útero) |
| 2- Coombs indireto | 1ª. consulta e cada 4 semanas a partir da 24ª semana (24ª., 28ª. 32ª., 36ª. 40ª semana.). | Gestantes Rh Negativo |
| 3- EGB | 35ª.-37ª. Semana | Todas |
| 4- Eletroforese de hemoglobina | 1ª. Consulta | Todas |
| 5- Glicemia de jejum | 1ª. Consulta | Todas |
| 6- Grupo sanguíneo e fator Rh; | 1ª. Consulta | Todas as gestantes sem comprovação de exame anterior |
| 7- Hemograma | 1ª. Consulta e entre 29ª.-32ª. semana | Todas |
| 8- HBsAg (hepatite B) | | |
| 9- HIV (Teste rápido ou sorologia) | | |
| 10- Teste de Tolerância a glicose (TTG) | Entre 24-28ª. Semana | Gestantes com glicemia ≤ 92 no 1º. Trimestre |
| 11- Toxoplasmose (IgG e, IgM) | 1ª. Consulta; entre 18ª.- 23ª.; entre 29-32ª. Semana. | Paras aquelas susceptíveis (IgG e IgM negativo) |
| 12- Ultrassonografia obstétrica | 1º trimestre (10ª.-13ª. Semana) 2º trimestre (20ª.-24ª. semana) 3º trimestre (34-36ª. Semana) | Todas |
| 13- Urina I (sumário de urina) | 1ª. Consulta; 2º. e 3º. Trimestre (preferencialmente até 13 semanas, 18-23; 29-32 semanas.) | Todas |
| 14- Urocultura | | |
| 15 T VDRL ou TR sífilis | | |
| 16. TSH | 1ª. Consulta | |

OBS: De modo geral a depender se a gestante iniciou muito precocemente o acompanhamento pré-natal (antes de 8 semanas) ou tardiamente (após 1º. Trimestre) recomenda-se que a coleta dos exames que são realizados no 1º., 2º. e 3º. Trimestre tenham intervalo médio de 12 semanas (3 meses).

Fonte: BRASIL, 2012; PARANÁ, 2011 (Adaptado).

OS RESULTADOS E CONDUTAS DOS EXAMES DE ROTINA

Tão importante quanto a garantia da realização dos exames de rotina de pré-natal é a verificação dos resultados e a tomada de medidas profiláticas ou terapêuticas em tempo hábil. Desta forma, orienta-se que as equipes da ESF:

Tenha uma rotina sistemática da leitura dos resultados de exames realizados pela gestante (antes da data da consulta agendada) no mínimo uma vez por semana, com controle rigoroso da entrega dos resultados alterados e instituição das medidas relacionadas a cada agravo suspeito.

Além disso, lembrar que algumas doenças são de Notificação obrigatória como sífilis adquirida, sífilis em gestante, sífilis congênita, hepatites virais B e C, aids, infecção pelo HIV, infecção pelo HIV em gestante, parturiente ou puerpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do HIV (ver fichas disponíveis em COMUM/PERMANENTE/EPIDEMIO/).

3.8.1 Colpocitologia oncótica- Rastreamento e Condutas no Câncer do Colo do Útero

O câncer do colo uterino é a neoplasia maligna mais comum durante a gravidez. Nos Estados Unidos, cerca de 2 a 7% de mulheres apresentam alguma alteração na colpocitologia. Apesar de alguns fatores reduzirem a qualidade da amostra coletada durante a gravidez (aumento das secreções vaginais e presença de células decíduais que podem ser confundidas com atípias), a citologia cervical está validada e mostra-se efetiva e segura durante este período, além de evitar o problema da oportunidade perdida.

Sabe-se que, em países em desenvolvimento, muitas mulheres só procuram o Serviço de Saúde durante a gravidez ou quando apresentam sintomas da doença, portanto, a gravidez pode ser a única oportunidade de realizar uma colpocitologia com o objetivo de prevenção do câncer do colo uterino.

A taxa de lesões pré-cancerígenas detectadas durante o pré-natal está em torno de 1%. Contudo, a taxa de progressão das lesões displasias do colo do útero durante a gravidez é muito baixo e o risco de câncer invasivo quase insignificante.

Esta evidência indica uma abordagem mais conservadora em comparação com a mulher não grávidas, reservando tratamento cirúrgico apenas em caso de forte suspeita ou certeza de câncer cervical.

Quadro 25 - citologia oncótica- rastreamento e condutas no câncer do colo do útero

| Resultados | | Observações | Condutas | |
|---|---|---|--|---|
| Amostras insatisfatórias para avaliação oncológica | | | Repetir citologia em 120 dias após o parto | |
| Alterações celulares benignas (inflamação, reparação, metaplasia escamosa imatura, atrofia com inflamação, radiação, outras*) | | | Repetir citologia em 06 meses, ou 120 dias após o parto. | |
| Citologia com células endometriais normais fora do período menstrual ou após a menopausa | | Pode ocorrer quando o exame foi realizado próximo ao período menstrual. | <ul style="list-style-type: none"> Seguir a rotina de rastreamento citológico. Avaliar a cavidade endometrial, preferencialmente através de histeroscopia. Na dificuldade de acesso a esse método, avaliar o eco endometrial através de ultrassonografia transvaginal. | |
| Atipias de significado indeterminado | Em células escamosas | Possivelmente não neoplásica | Grau de suspeição menor | Repetir citologia em 06 meses, ou 120 dias após o parto. Se continuar negativo segue condutas preconizadas na rotina. |
| | | Não se pode afastar lesão de alto grau | Grau de suspeição maior | Encaminhamento colposcopia |
| | Em células glandulares | Possivelmente não neoplásica | Grau de suspeição maior | |
| | | Não se pode afastar lesão de alto grau | Grau de suspeição maior | |
| | De origem indefinida | Possivelmente não neoplásica | Grau de suspeição maior | |
| | Não se pode afastar lesão de alto grau | Grau de suspeição maior | | |
| Atipias em células escamosas | Lesão Intraepitelial de baixo grau em células escamosas (compreendendo efeito citopatológico pelo HPV e Lesão de baixo grau (NIC I) | | Grau de suspeição menor. As alterações de diferenciação celular se limitam ao terço do epitélio de revestimento da cérvix, sendo praticamente unânime a presença do efeito citopático compatível com o vírus do papiloma humano (HPV). | Repetição da citologia em seis meses |
| | Lesão Intraepitelial de alto grau | | Grau de suspeição maior. A displasia moderada e displasia intensa ou carcinoma <i>in situ</i> , respectivamente: atualmente, estas lesões são colocadas no mesmo patamar biológico e são chamadas de lesões de alto grau. | Encaminhamento colposcopia |
| | Lesão intraepitelial de alto grau (LIEAG), não podendo excluir micro invasão | | | |
| | Carcinoma epidermoide invasor | | Trata-se de células escamosas com grande variação de forma e alterações celulares como as descritas anteriormente. Necessita de comprovação histopatológica. | |
| Atipias em células glandulares | Adenocarcinoma <i>in situ</i> | | Grau de suspeição maior. É mínimo o risco da progressão de uma lesão de alto grau para carcinoma invasor durante o período | Encaminhamento colposcopia |
| | Adenocarcinoma invasor | | | |

| | | | |
|---|--|---|---|
| | | gestacional. Já a taxa de regressão espontânea após o parto é relativamente alta em torno de 69%. | |
| Microbiologia* | Actinomyces: bactéria encontrada no trato genital de um percentual (10% a 20%) de mulheres usuárias de DIU; raramente estão presentes em não usuárias. | | A conduta é expectante: não se trata, não se retira o DIU. |
| | Herpes vírus | | Realizar tratamento em caso de presença de lesões ativas de herpes genital. |
| | <i>Lactobacillus sp</i> , cocos e outros* bacilos que não supra citoplasmáticos (sugestivo de <i>Gardnerella/Mobiluncus</i>) | | Ver quadro de abordagem síndrome |
| | <i>Gardnerella</i> , <i>Cândida sp</i> , <i>Trichomonas vaginalis</i> , sugestivos de <i>Chlamydia sp</i> , efeito citopatológico com vírus do grupo <i>Herpes</i> , outros* | | |
| *Embora a colpocitologia oncótica não seja o método com acurácia diagnóstica suficiente para o diagnóstico de infecções microbianas, inclusive por ISTs.,no entanto, diante da indisponibilidade de realização de métodos mais sensíveis e específicos para confirmar a presença destes micro-organismos, tais achados microbiológicos são oportunidade para a identificação de agentes que devem ser tratados. | | | |

Fonte: BRASIL, 2012p.106; BRASIL 2013 p.71 (Adaptado).

OBS: Mulheres gestantes com o laudo citopatológico alterado devem seguir a mesma conduta recomendada para as mulheres não grávidas na UBS. No centro de referência regional (CISMEPAR), o objetivo principal é afastar a possibilidade de lesão invasora. Confirmada a invasão pela biópsia, a paciente deverá ser encaminhada à unidade de assistência de alta complexidade (Instituto do Câncer de Londrina- ICL).

A conduta obstétrica, em princípio, para resolução da gravidez, não deve ser modificada em decorrência dos resultados colposcópicos, citopatológicos e histopatológicos, exceto nos casos de franca invasão ou obstrução do canal do parto (BRASIL, 2012 p.106). Após o parto, as reavaliações colposcópica e citopatológica deverão ser realizadas, entre seis e oito semanas, no CISMEPAR.

3.8.2 Eletroforese de hemoglobina- Rastreamento e Conduas nas Síndromes Falciformes

A Doença Falciforme é uma das doenças hereditárias mais comuns no mundo, é um termo genérico usado para determinar um grupo de alterações genéticas caracterizadas pelo predomínio da hemoglobina S (Hb S). Essas alterações incluem a anemia Falciforme (Hb SS), as duplas heterozigoses, ou seja, as associações de Hb S com outras variantes de hemoglobinas, tais como, Hb D, Hb C, e as interações com talassemia (Hb S/ β^0 talassemia, Hb S/ β^+ talassemia, Hb S/ α talassemia). Assim, de modo geral as **síndromes falciformes** incluem as anemias falciformes, o traço falcêmico e as talassemias.

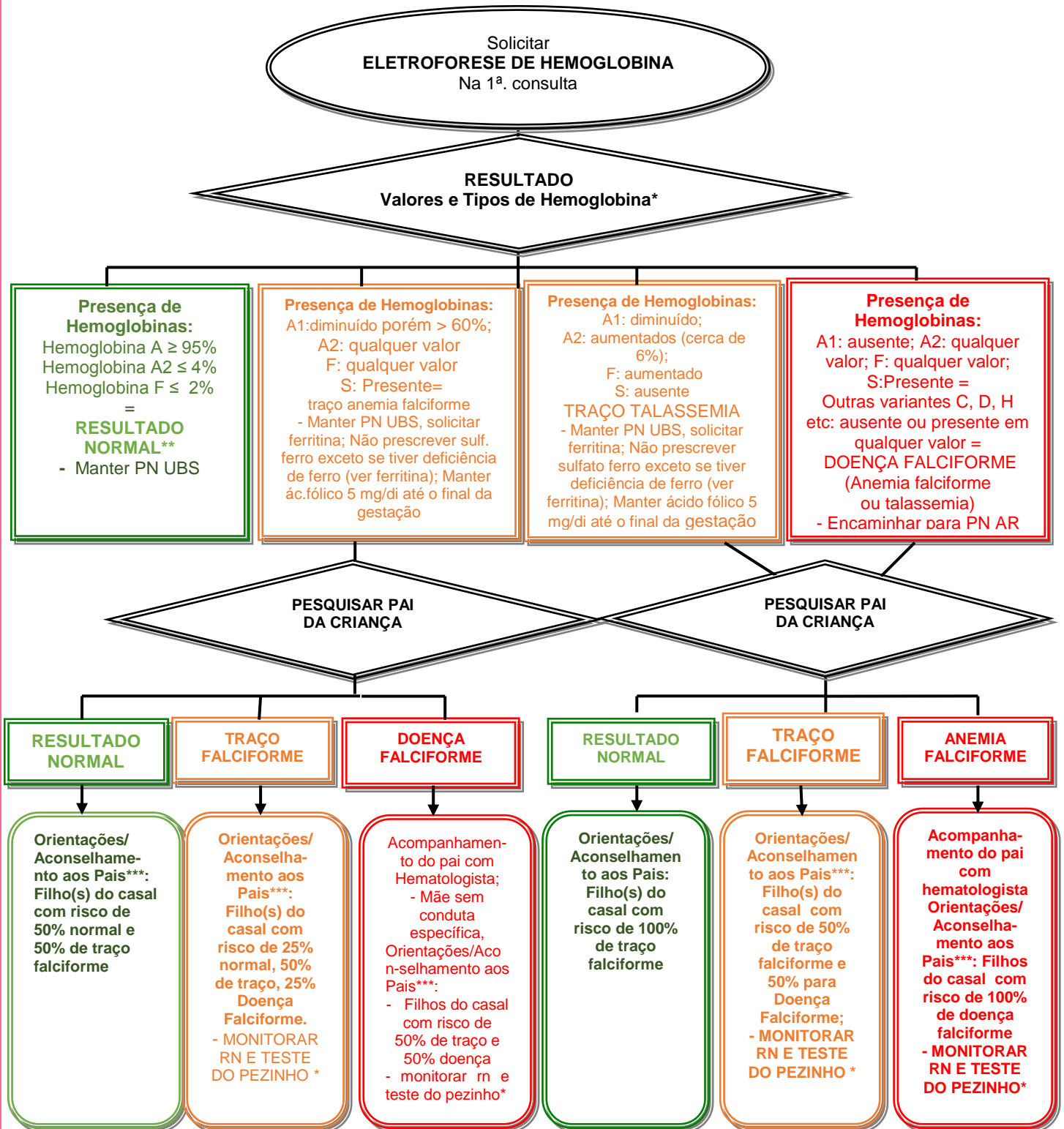
A causa da destas síndromes é uma mutação no gene que produz a hemoglobina A originando outra mutante denominada hemoglobina S, que é uma herança recessiva.

Apesar das particularidades que distinguem as Doenças Falciformes e de graus variados de gravidade, todas essas doenças têm manifestações clínicas e hematológicas semelhantes. Dentre as Doenças Falciformes a de maior significado clínico é a Anemia Falciforme determinada pela presença da Hb S em homozigose (HbSS), ou seja, a criança recebe de cada um dos pais um gene para hemoglobina S. A presença de apenas um gene para hemoglobina S, combinado com outro gene para hemoglobina A possui um padrão genético AS (heterozigose) que não produz manifestações da doença e é identificado como “Portador do Traço Falciforme”. A eletroforese de hemoglobina é o único exame capaz de detectar o traço de doença falciforme em adultos.

No Brasil há uma proporção de 1:1000 nascidos vivos diagnosticados com Doença e 1:35 para o traço com Traço Falciforme.

Estudos realizados mostram que existem mulheres com a doença que chegam à idade reprodutiva sem diagnóstico, e dados disponíveis no Banco Mundial relatam que a taxa de letalidade em gestantes não cuidadas está entre 20 e 50%, enquanto que, se cuidadas, essa taxa é reduzida para 2%. A letalidade fetal chega a 50%. A gestação na doença falciforme está associada a um aumento de complicações clínicas materno fetais. A gravidez pode agravar a doença com piora da anemia e aumento da frequência e gravidade das crises algicas e infecções. A doença pode interferir na evolução normal da gestação, ocorrendo riscos significativamente maiores de morte nas grávidas com a doença quando comparadas com as mulheres saudáveis. O aumento das oportunidades de prevenção e intervenção está relacionado com o entendimento da doença pela paciente, as condições médicas oferecidas no pré-natal e durante o parto, a previsibilidade das complicações relacionadas à gravidez e sua correta abordagem precoce. Os riscos materno fetais incluem aumento das crises vaso-oclusivas no pré e pós-parto, infecções do trato urinário, complicações pulmonares, anemia, pré-eclâmpsia e óbito. Nas complicações fetais observam-se partos pré-termo, restrição do crescimento intrauterino devido a vaso-oclusão placentária, sofrimento fetal durante o trabalho de parto e no parto, além de elevação da taxa de mortalidade perinatal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

O município de Londrina desde 2014 foi precursor por investigar além das gestantes os parceiros daquelas que possuem doença ou traço falciforme com vistas a monitorar o recém-nascido filho deste casal bem como instituir aconselhamento em saúde para uma melhor tomada de decisão quanto ao planejamento reprodutivo de casais em risco.

FLUXOGRAMA 4 - ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA- RASTREAMENTO E CONDUTAS NA ANEMIA FALCIFORME

OBS:*Tipos e Valores de Referência para Hemoglobinas:

AA: Padrão 95-98%; A2: 1-4%; F: 0,5-2% (adultos); 70 a 90%, (RN);55 a 71,5%, (çça< 1 mês); 1,5a 33%, (çça de 1mês-1ano);0,2 a 2,0%; (çças maiores); H: Ausente; S:Ausente; C:Ausente; D: Ausente

** Estes resultados (pais com traços e ou doença falciforme devem ser informado no cartão da gestante e posteriormente da criança de forma a se fazer vigilância a Saúde do RN, com atenção ao teste do pezinho.

*** Para o aconselhamento sugerimos a leitura do Anexo B- Aconselhamento pré-concepcional e as Hemoglobinopatias.

Fonte: BRASIL, 2012 p.18; NAOUM, 2014 (Adaptado)

3.8.3 Glicemia e teste de tolerância a glicose – Rastreamento e Condutas na Diabetes Gestacional

A diabetes mellitus gestacional (DMG) é definida como qualquer intolerância à glicose, de magnitude variável, com início ou diagnóstico durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto (SBD, 2016). Contudo os valores de corte que definem a diabetes gestacional ainda permanecem sem consenso internacional. Neste material adotamos os valores da *Internacional Association of the Diabetes and Pregnancy Study-IADPSG*, que tem parecer favorável da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabolismo e da Organização mundial de saúde (OMS) que traz as seguintes classificações conforme valores de corte:

3.8.3.1 Diabetes mellitus 2 diagnosticado na gravidez

Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl ou resultado de TTG (sobrecarga) em 2 horas igual ou acima de 200 mg/dl; ou glicemia ≥ 200 mg/dl em qualquer horário associado a sintomas de diabetes *mellitus* (SBD, 2016, p.69-72; OMS, 2013 p.3-5).

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

3.8.3.2 Diabetes gestacional

A DMG define-se como glicemia plasmática em jejum entre 92 mg/dl e 125 mg/dl, e/ou teste de tolerância à glicose (TTG) com três medidas (jejum, em 1 e 2 horas) e que tenha pelo menos um valor alterado 92-125 mg/dl, ≥ 180 mg/dl e 153-199 mg/dl, respectivamente.

A DMG é o problema metabólico mais comum na gestação e tem prevalência no Brasil é de 7,6% entre as gestantes com mais de 20 anos (REICHEL, 1998 Apud BRASIL, 2012 p.175). Porém com adoção destes novos critérios estima-se que estes valores irão aumentar de 5 a 10% (OMS, 2013).

3.8.3.2.1 Prognóstico DMG

A consequência da hiperglicemia materna para a mulher está no maior risco de desenvolver a pré-eclâmpsia na gravidez atual e de diabetes tipo 2 ou tolerância a glicose diminuída no futuro. Para o feto, está associada às possíveis morbidades decorrentes da macrosomia (como a ocorrência de distócia durante o parto), já para o recém-nascido há maior possibilidade de hipoglicemia, icterícia, sofrimento respiratório, policitemia e hipocalcemia (SBD, 2016).

3.8.3.2.2 Fatores de risco para diabetes gestacional

- ↳ Idade de 35 anos ou mais;
- ↳ Sobrepeso;
- ↳ Obesidade ou ganho de peso excessivo na gestação atual;
- ↳ Deposição central excessiva de gordura corporal;
- ↳ Baixa estatura ($\leq 1,50\text{m}$);
- ↳ Crescimento fetal excessivo, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual;
- ↳ Antecedentes obstétricos de abortamentos de repetição;
- ↳ Malformações, morte fetal ou neonatal;
- ↳ Macrossomia (peso $\geq 4,5\text{kg}$) ou DMG; História familiar de DM em parentes de 1º grau;
- ↳ Síndrome de ovários policísticos.

3.8.3.2.3 Tratamento para diabetes gestacional

Evidências recentes sugerem que a intervenção em gestantes com DMG pode diminuir a ocorrência de eventos adversos na gravidez (SBD, 2016 p.69).

De modo geral todas mulheres com **rastreamento positivo** ou já diagnosticadas para **diabetes gestacional** (fluxograma 5) devem ser exaustivamente orientadas quanto a adoção de hábitos de vida saudáveis:

- Alimentação equilibrada;
- Prática regular de atividade física;
- Moderação no uso de álcool;
- Abandono do tabagismo;
- Tratamento farmacológico se necessário;
- Controle glicêmico.

3.8.3.3 Diabetes mellitus no puerpério

Gestantes com diagnóstico de DM gestacional, devem ser reavaliadas 4 a 6 semanas após o parto e reclassificadas como apresentando: a) *Diabetes Mellitus*; b) Glicemia de jejum alterada; c) tolerância a glicose diminuída; d) normoglicêmica.

Na maioria dos casos, há reversão para a tolerância normal após a gravidez, porém de 40 a 63% de risco de desenvolver DM2 dentro de 5 a 16 anos após o parto. Assim, é importante manter orientação de cuidados relacionados ao estilo de vida saudável. Mulheres com intolerância à glicose e histórico de DMG quando reduzem 7% do peso corporal, com prática de atividade física regular ou quando utilizam metformina, apresentam decréscimo de 53% da incidência de DM2. Assim, o uso de metformina pode ser recomendado para evitar ou postergar o aparecimento de diabetes clínico, que é muito frequente em mulheres que tiveram DG (SBD, 2016; GOLBERT, 2016).

Quadro 26 - Recomendações de Manejo para Diabetes na Gravidez

| RECOMENDAÇÕES PARA ACOMPANHAMENTO DE MULHERES COM DIABETES GESTACIONAL |
|--|
| DIETA |
| <p>♣ Ingestão calórica diária: o cálculo do valor calórico total da dieta pode ser feito de acordo com o índice de massa corporal (IMC); Magras (IMC <18,5): 40kcal/Kg/dia; Eutróficas(IMC: 18,5-24,99): 30–35Kcal/Kg/dia; Sobrepeso (IMC 25-29,99) ou Obesas (IMC ≥ 30): cerca de 24-34Kcal/Kg/dia.</p> <p>♣ Nº refeições: para evitar episódios de hiperglicemia, hipoglicemia ou cetose, a dieta deve ser fracionada em três pequenas refeições (lanche da manhã, merenda e lanche noturno) e três refeições maiores (desjejum, almoço e jantar). O intervalo entre as refeições deve ser de cerca de 3 horas durante o período de vigília.</p> <p>♣ Distribuição calórica diária: café da manhã: 10–20%; almoço: 20–30%; jantar: 20-30%; lanches: até 30%, (incluindo um lanche ao deitar para evitar a hipoglicemia noturna se a mulher estiver em uso de insulina).</p> <p>♣ A composição calórica diária: carboidratos complexos ricos em fibras: 40–50% de carboidratos Proteínas: 20%; Gorduras não saturadas: 30–40% .</p> <p>♣ Orientações gerais:</p> <ul style="list-style-type: none"> ◊ Carboidratos de absorção rápida, como o açúcar comum, quando permitidos moderadamente à gestantes com bom controle metabólico, devem entrar no cálculo do valor calórico total da dieta. ◊ Adoçantes artificiais não calóricos podem ser utilizados. ◊ O aleitamento materno é recomendado para os bebês de mulheres diabéticas ou com diabetes gestacional, entretanto, é necessário um planejamento alimentar de forma a contemplar as perdas nutricionais da mãe em detrimento da produção de leite. Além do ajuste da dose de insulina, quando ela é administrada é necessário aumentar o aporte de energia e proteínas para evitar grandes flutuações glicêmicas. É interessante o consumo de carboidratos antes ou durante o aleitamento para evitar hipoglicemia (SBD, 2016). |
| ATIVIDADE FÍSICA |
| <p>A atividade física deve fazer parte da estratégia de manejo da mulher em todo o ciclo de vida inclusive gestacional. Entretanto quando há a detecção do rastreamento positivo para diabetes ou mesmo diagnóstico de diabetes gestacional é imperativo que esta orientação faça parte do elenco de cuidados no período.</p> <p>Benefícios: Promoção de uma sensação de bem estar; menos ganho de peso; redução da adiposidade fetal; melhor controle glicêmico; menos problemas durante o parto.</p> <p>Contraindicação para exercícios físicos na gravidez:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Doença hipertensiva induzida pela gravidez sem controle adequado • Ruptura prematura de membranas • Trabalho de parto prematuro • Sangramento uterino persistente após o segundo trimestre • Incompetência ístmocervical • Restrição de crescimento intrauterino • Síndrome nefrótica |

- Retinopatia pré-proliferativa grave e proliferativa
- Hipoglicemia sem aviso
- Neuropatia periférica avançada e disautonomia (SBD, 2016 p.76).

Orientações gerais:

. Gestantes sedentárias podem ser orientadas a iniciar um programa de caminhadas regulares ou equivalente 20 minutos por dia, sendo a meta mínima de manter no mínimo 30 minutos/dia ou 150 minutos/semana, distribuídos em três a cinco dias por semana (BRASIL, 2010 p.187).

. Gestantes que já praticavam exercícios regularmente podem mantê-los, evitando os de alto impacto (que necessita de tirar o pé do chão como pular corda, correr, *bod jump* etc.).

Cerca de 60% das gestantes com diabetes gestacional podem se manter normo glicêmicas, sem maiores riscos para a gravidez, somente com dieta e atividade física.

♣ Cuidados para evitar hipoglicemia naquelas que fazem uso de insulina:

- A hipoglicemia é rara gestantes que não são tratados com insulina;
- A injeção da insulina deve ser feita no abdômen ou membro menos exercitado na aplicação e antes da realização do exercício físico que pode aumentar agudamente a sensibilidade muscular à insulina em 30% a 35% e elevar a captação da glicose pelo músculo (COLBERG, 2000 Apud BRASIL, 2013 p.130);
- Informar que o pico de ação da insulina não deve não coincidir com o horário da atividade, diminuindo o risco de hipoglicemia (O pico de ação da Insulina NPH é de 4-12 horas e a regular de 2-4 horas);
- Orientar sinais de alerta para sintomas de hipoglicemia durante e após o exercício;
- Sugerir que carregue consigo uma fonte de glicose rápida para ser utilizada em eventual hipoglicemia (ex.: suco adoçado e balas);
- Exercícios não devem ser realizados se houver suspeita de diminuição da movimentação fetal (<10MFs/24 horas) e se a glicemia capilar estiver <de 70 mg/dL ou ≥ de 250 mg/dL).

CONTROLE GLICÊMICO

Nas gestantes com diagnóstico de diabetes gestacional, o controle glicêmico pode ser realizado com avaliações de ponta de dedo, o hemogluco teste (HGT). Após 7 a 14 dias de dieta, realizar perfil glicêmico ambulatorial, por meio de glicemia de jejum, uma hora após o café e duas após o almoço e jantar, sendo considerados à princípio valores anormais quando maiores ou iguais a 95mg/dl (jejum) e 120mg/dl (2 horas após as refeições). Nas gestantes com diagnóstico de diabetes pré-gestacional e naquelas em uso de insulina, o controle glicêmico deve ser mais rigoroso, com medições diárias pela manhã em jejum, antes do almoço, antes do jantar, 2 horas após o almoço e 2 horas após o jantar. Medições adicionais podem ser realizadas ao deitar e durante a madrugada (2–3h), especialmente em gestantes que apresentarem sintomas de hipoglicemia noturna. Para tal, as gestantes devem ser orientadas na monitoração domiciliar das glicemias capilares e para o uso adequado dos glicômetros, devendo ser acompanhadas por pessoal de enfermagem treinado (BRASIL, 2010).

GANHO DE PESO

A orientação sobre a dieta e atividade física visa a permitir ganho de peso em torno 1- 2Kgs/1º trimestre e de 300 g a 400 g por semana, a partir do segundo trimestre de gravidez (SBD, 2016; BRASIL, 2010).

INSULINOTERAPIA

Nas grávidas com diabetes gestacional, o tratamento com insulina deve ser indicado se após duas semanas de dieta os níveis glicêmicos permanecerem elevados, ou seja, glicemia de jejum maior ou igual a 95mg/dL e 1 hora pós-prandial \geq a 140mg/dl e 2 horas pós prandial \geq 120 mg/dl.

Meta glicêmica: o objetivo da terapia com insulina é manter os níveis de glicemia capilar \leq 95mg/dL em jejum; \leq 100mg/dL antes das refeições; \leq 140mg/dL uma hora pós-prandial; e \leq 120mg/dL duas horas pós-prandial.

Durante a noite, os níveis glicêmicos não podem ser menores que 60mg/dL.

Dose /tipo de insulina: as dose inicial de insulina deve ser em torno de 0,5 U/kg, com ajustes individualizados para cada caso (B). Em geral, associam-se insulinas humanas de ações intermediária e rápida. Nas gestantes pré-diabéticas as necessidades de insulina são maiores e aumentam com a progressão da gravidez, devendo ser monitoradas de acordo com o perfil glicêmico. O uso de insulinas humanas é recomendado. Diabéticas pré-gestacionais em uso de insulinas ultrarrápidas (aspart, lispro) podem ser mantidas com o mesmo esquema.

Diante dos sinais de hipoglicemia: fome, tremor, nervosismo, ansiedade, sudorese, palidez, taquicardia, déficit de atenção e comprometimento cognitivo leve ou se avaliado pelo glicosímetro (glicemia $<$ 70 mg/dl) a gestante deve ingerir uma colher de sopa de açúcar ou mel, 150 ml de suco de laranja ou 150 ml de refrigerante comum.

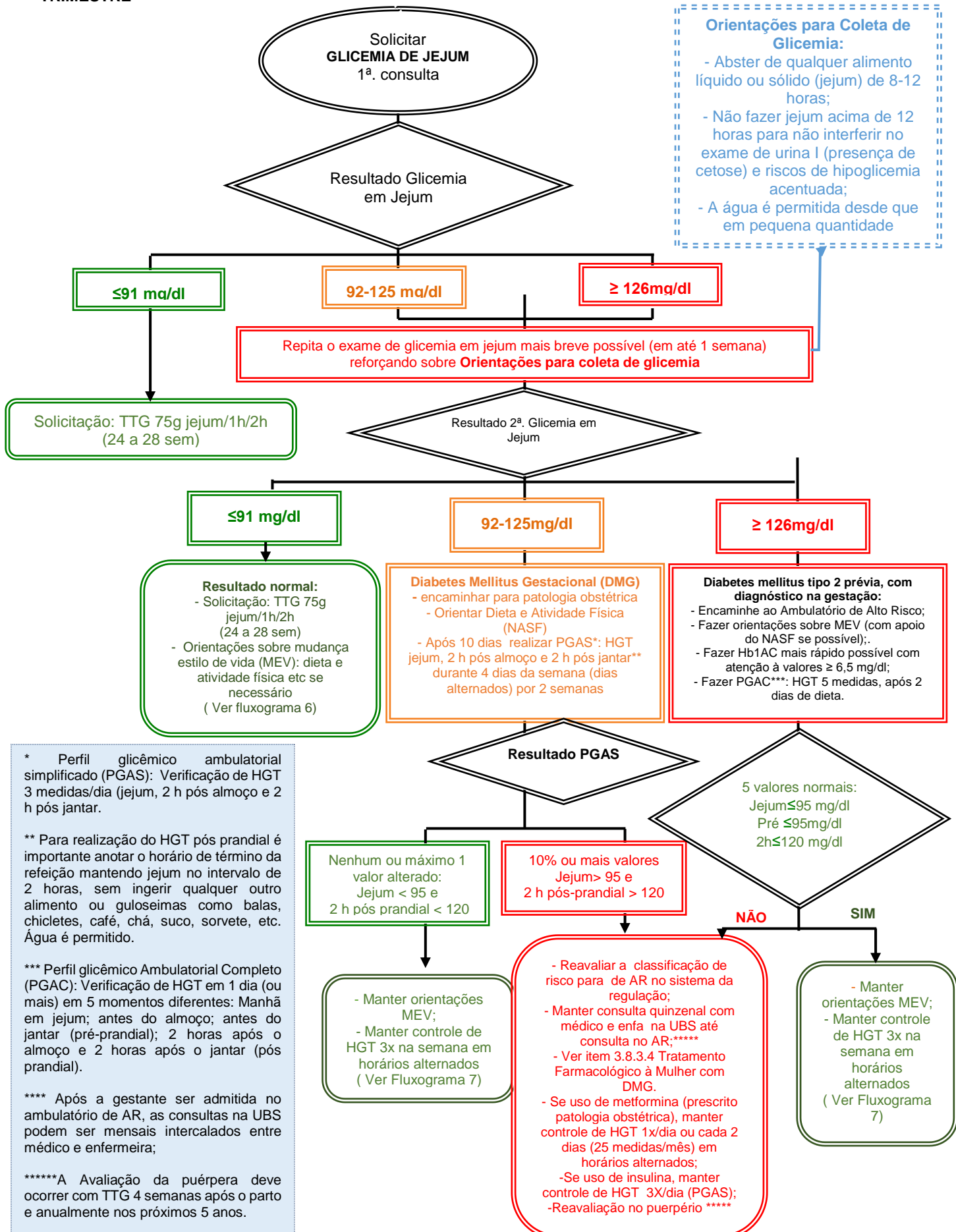
CUIDADOS NA ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

Deve-se oferecer às pacientes diabéticas grávidas um programa de educação em diabetes fornecido por equipe multiprofissional. As consultas devem ser direcionadas para o cuidado do diabetes, além de toda a rotina pré-natal básica (A) (SBD,2016).

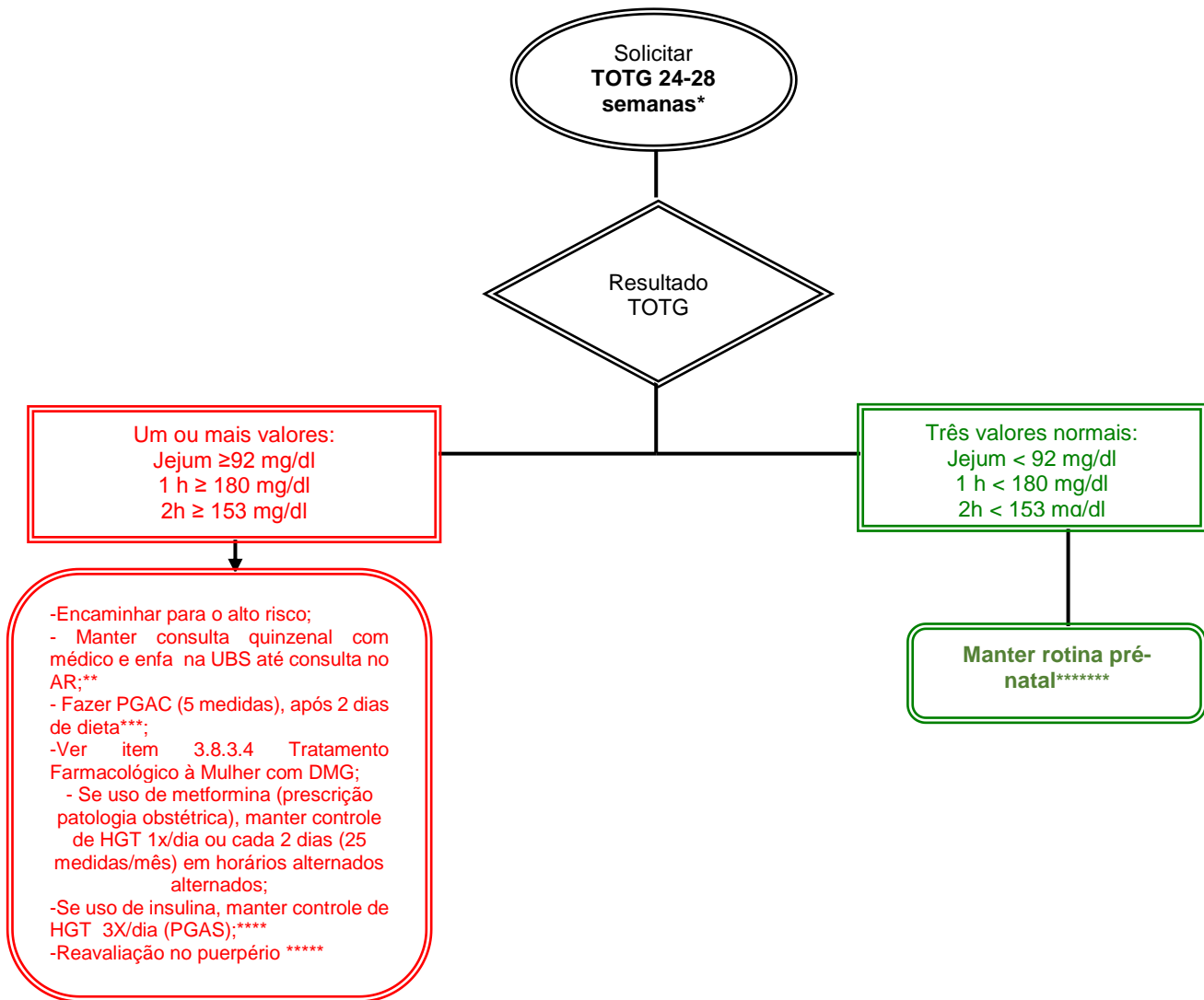
Fonte: BRASIL, 2010; SBD, 2016 (Adaptado).

Para maiores informações sobre o assunto, orientamos a leitura dos Apêndice E- Orientação Alimentar e Nutricional para a Gestante; Apêndice D- Atividade Física para Gestantes e item 3.7.3.4 O Tratamento Farmacológico da Mulher com Diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) na APS.

FLUXOGRAMA 5 - GLICEMIA DE JEJUM – RASTREAMENTO E CONDUTAS DA DIABETES GESTACIONAL 1º. TRIMESTRE



FLUXOGRAMA 6 - TESTE ORAL DE TOLERÂNCIA A GLICOSE (TOTG) – RASTREAMENTO E CONDUTAS- DIABETES GESTACIONAL- 2º e 3º. TRIMESTRE



* **Orientações para Coleta do TOTG:** Realizar o exame com dieta sem restrição de carboidratos ou com, no mínimo, ingestão de 150 g de carboidratos (um adulto ocidental consome em média 300 g. carboidratos/dia) nos 3 dias anteriores ao teste; no dia do teste jejum de 8 h, (ingestão de água permitida); reforçar que cafés ou outras bebidas mesmo sem uso de açúcar podem influenciar o teste; não fumar ou caminhar durante o teste.

** Após a gestante ser admitida no ambulatório de AR, as consultas na UBS podem ser mensais intercalados entre médico e enfermeira;

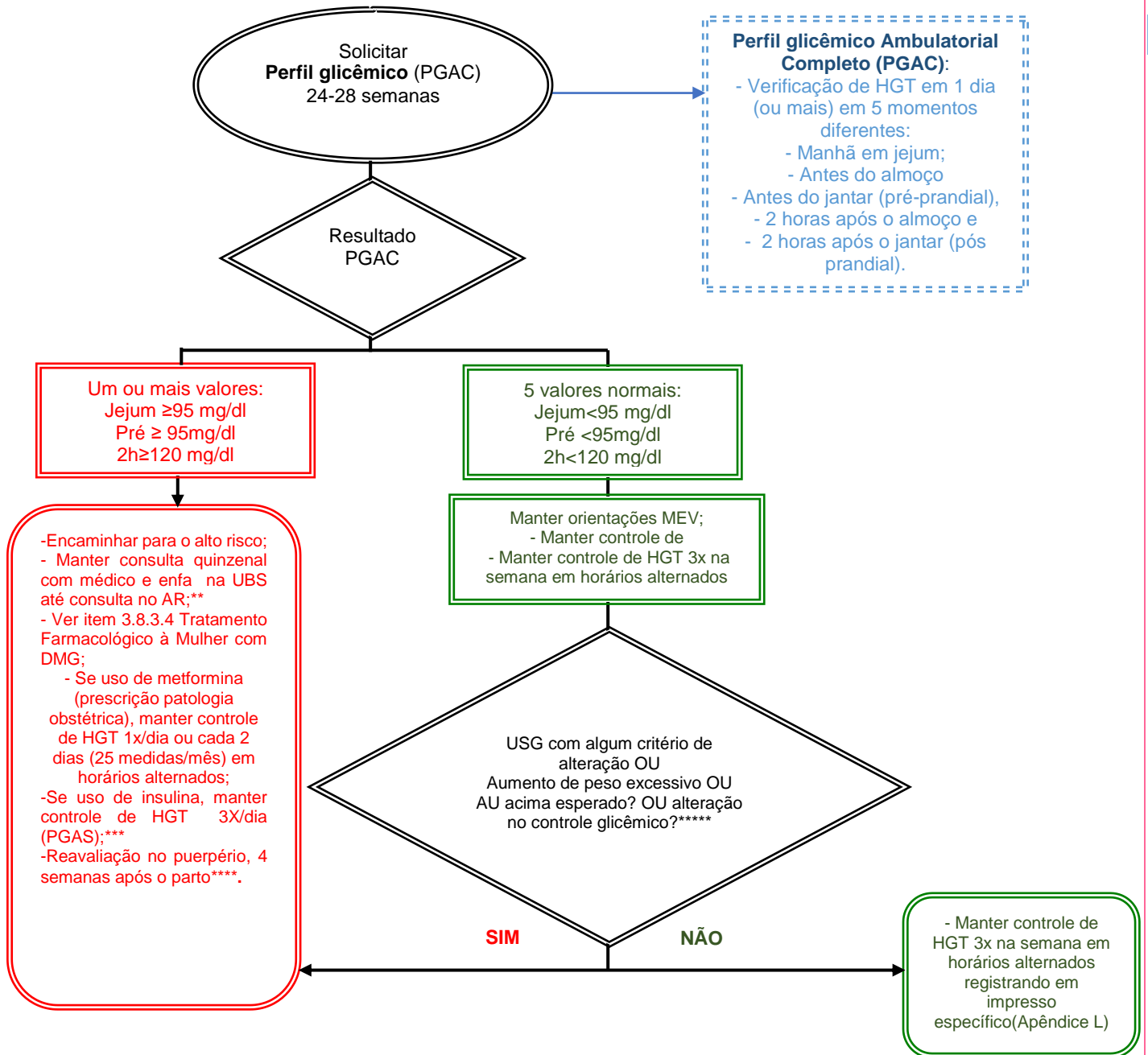
***Perfil glicêmico Ambulatorial Completo (PGAC): Verificação de HGT em 1 dia (ou mais) em 5 momentos diferentes: Manhã em jejum; antes do almoço; antes do jantar (pré-prandial); 2 horas após o almoço e 2 horas após o jantar (pós prandial).

**** Perfil glicêmico ambulatorial simplificado (PGAS): Verificação de HGT 3 medidas/dia (jejum, 2 h pós almoço e 2 h pós jantar).

*****A Avaliação da puérpera deve ocorrer com TOTG 4 semanas após o parto e anualmente nos próximos 5 anos.

***** Caso a gestante apresente ganho de peso ou altura uterina acima do esperado, uma USG deve ser solicitada, devendo ser observado ao exame alterações como: Circunferência abdominal fetal: Percentil > 75; - ILA; - Peso fetal; - Espessura placentária; -Malformações.

FLUXOGRAMA 7 - PERFIL GLICÊMICO AMBULATORIAL – ACOMPANHAMENTO DE GESTANTE COM DIAGNÓSTICO DE DIABETES GESTACIONAL NO 1º TRIMESTRE E COM BOA RESPOSTA A MEV*



* Este fluxo será utilizado na UBS apenas se a paciente ainda não teve consulta na patologia obstétrica.

** Após a gestante ser admitida no ambulatório de AR, as consultas na UBS podem ser mensais intercalados entre médico e enfermeira;

*** Perfil glicêmico ambulatorial simplificado (PGAS): Verificação de HGT 3 medidas/dia (jejum, 2 h pós almoço e 2 h pós jantar).

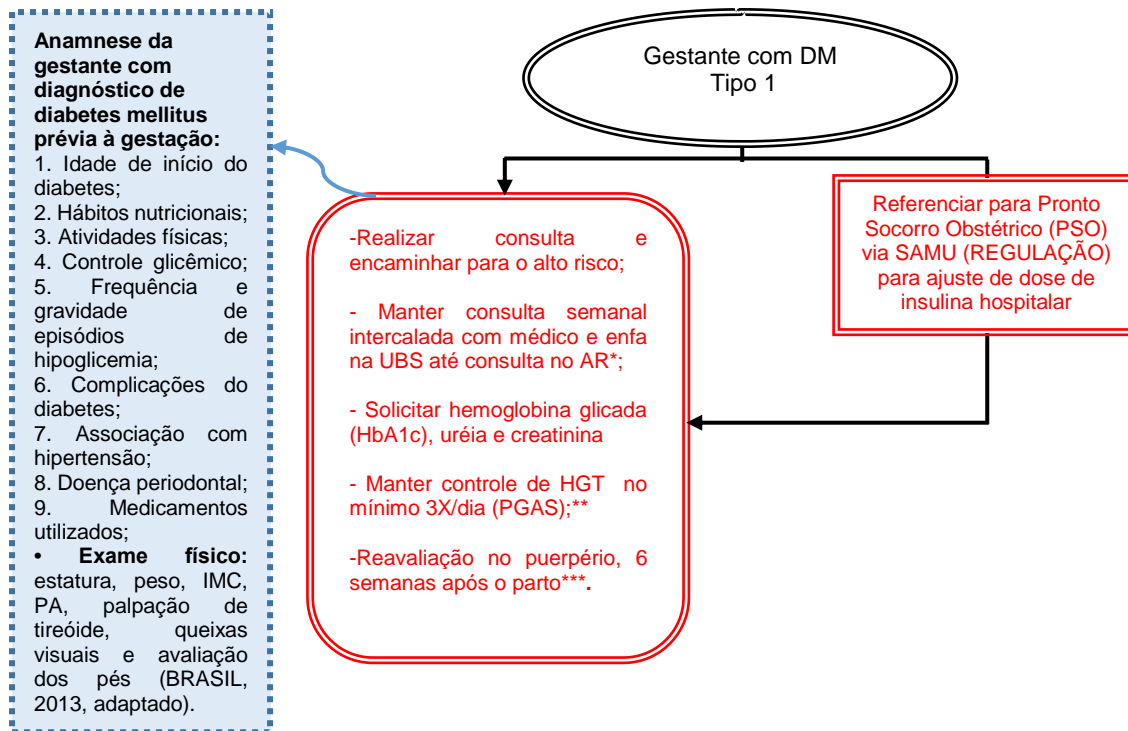
****A Avaliação da puerpera deve ocorrer com TTG 4 semanas após o parto e anualmente nos próximos 5 anos.

*****Principais Alterações que devem ser pesquisadas na USG da gestante com DMG:

- Circunferência abdominal fetal: Percentil > 75; - ILA; - Peso fetal; - Espessura placentária; -Malformações.

Caso a gestante apresente ganho de peso ou altura uterina acima do esperado, metas glicêmicas mais rígidas e um cuidado redobrado em relação a alimentação e atividade física podem ser suficientes. Os resultados devem ser registrados em impresso específico que deve ser anexado ao cartão de pré-natal (ver Apêndice L - controle de hemogluco teste (HGT)).

FLUXOGRAMA 8 - GESTANTE COM DIAGNÓSTICO PRÉVIO DE DM TIPO 1 EM USO DE INSULINA



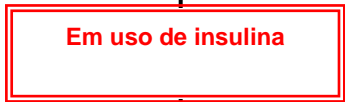
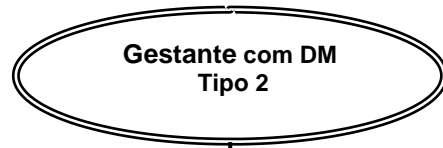
Mais informações leia em Cadernos de Atenção Básica, nº 36 – Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes mellitus / Ministério da Saúde,

* Após a gestante ser admitida no ambulatório de AR, as consultas na UBS podem ser mensais com a enfermeira;

*** Perfil glicêmico ambulatorial simplificado (PGAS): Verificação de HGT 3 medidas/dia (jejum, 2 h pós almoço e 2 h pós jantar).

***A Avaliação da puérpera deve ocorrer com TTG 4 semanas após o parto e anualmente nos próximos 5 anos.

FLUXOGRAMA 9 - GESTANTE COM DIAGNÓSTICO PRÉVIO DE DM TIPO 2



- Referenciar para patologia obstétrica e PSO via SAMU (REGULAÇÃO) para ajuste de dose de insulina hospitalar;
-Realizar consulta clínica*

- Manter consulta semanal intercalada com médico e enfa na UBS até consulta no AR**;

- Solicitar hemoglobina glicada (HbA1c), uréia e creatinina

- Manter controle de HGT no mínimo 3X/dia (PGAS);**

-Reavaliação no puerpério, 6 semanas após o parto***.

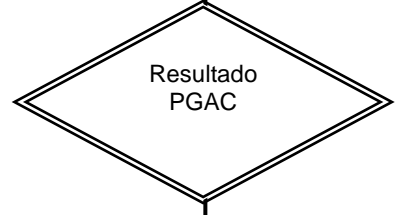
- Referenciar para patologia obstétrica;
-Realizar consulta clínica*;
- Manter consulta semanal intercalada com médico e enfa na UBS até consulta no AR**;

- Solicitar hemoglobina glicada (HbA1c), uréia e creatinina

- Suspender demais medicamentos;
- Manter metformina ou insulinar

- Se manter metformina, fazer controle de HGT 1x/dia ou cada 2 dias (25 medidas/mês) em horários alternados;
- Se for insulinar, fazer controle de HGT 3X/dia (PGAS)**;

Fazer PGAC***: HGT 5 medidas, após 2 dias de dieta.



5 valores normais (1 dia)
Jejum ≤95 mg/dl
Pré ≤95mg/dl
2h ≤120 mg/dl

NÃO

SIM

- Reavaliar a classificação de risco para de AR no sistema da regulação;
- Manter consulta quinzenal com médico e enfa na UBS até consulta no AR**;

- Ver item 3.8.3.4 Tratamento Farmacológico à Mulher com DMG.

- Se for iniciar metformina (prescrição patologia obstétrica, manter controle de HGT 1x/dia ou cada 2 dias (25 medidas/mês) em horários alternados;
-Se for usar insulina, manter controle de HGT 3X/dia (PGAS)***;

-Reavaliação no puerpério ****

- Manter orientações MEV;
- Manter controle de HGT 3x na semana em horários alternados (Ver Fluxograma 7)



SIM

NÃO

- Manter orientações MEV;
- Manter controle de HGT 3x na semana em horários alternados (Ver Fluxograma 7)

*** Anamnese da gestante com diagnóstico de diabetes mellitus prévia à gestação:**

1. Idade de início do diabetes;
2. Hábitos nutricionais;
3. Atividades físicas;
4. Controle glicêmico;
5. Frequência e gravidade de episódios de hipoglicemia;
6. Complicações do diabetes;
7. Associação com hipertensão;
8. Doença periodontal;
9. Medicamentos utilizados;

• **Exame físico:** estatura, peso, IMC, PA, palpação de tireóide, queixas visuais e avaliação dos pés (BRASIL, 2013, adaptado).

** Após a gestante ser admitida no ambulatório de AR, as consultas na UBS podem ser mensais intercalados entre médico e enfermeira;

*** Perfil glicêmico ambulatorial simplificado (PGAS): Verificação de HGT 3 medidas/dia (jejum, 2 h pós almoço e 2 h pós jantar).

****A Avaliação da puérpera deve ocorrer com TTG 4-6 semanas após o parto e anualmente nos próximos 5 anos.

*****Principais Alterações que devem ser pesquisadas na USG da gestante com DMG:

- Circunferência abdominal fetal: Percentil > 75;
- ILA;
- Peso fetal;
- Espessura placentária;
- Malformações.

Caso a gestante apresente ganho de peso ou altura uterina acima do esperado, metas glicêmicas mais rígidas e um cuidado redobrado em relação a alimentação e atividade física podem ser suficientes. Os resultados devem ser registrados em impresso específico que deve ser anexado ao cartão de pré-natal (ver Apêndice L - controle de hemoglicoteste (HGT).

Links para maiores informações diabetes:

Receitas: <http://www.diabetes.org.br/receitas-diabetes>

Geral: <http://www.diabetes.org.br/home-nutricao>

Livros e Manuais: <http://www.diabetes.org.br/livros-e-manuais-nutricao>

E books: <http://www.diabetes.org.br/ebook/>

EAD: <http://www.diabetes.org.br/sbdonline/>

Diabetes para usuários: <http://www.diabetes.org.br/para-o-publico/>

3.8.3.4 O tratamento farmacológico à mulher com diagnóstico de diabetes mellitus gestacional(DMG)

Conforme colocado anteriormente, a complexidade da diabetes gestacional exige da APS o rastreamento universal, diagnóstico precoce e tratamento do agravo em tempo oportuno.

Em geral, para a maioria das gestantes, com diagnóstico de DMG respondem bem à mudança no estilo de vida (MEV) especialmente em relação aos cuidados alimentares, nutricionais e suspensão do fumo.

Contudo, entre 10% e 20%, necessitarão fazer tratamento farmacológico caso as demais medidas não controlarem o agravo, devendo ser identificadas como alto risco e encaminhadas ao serviço de maior complexidade (BRASIL, 2015).

Desta forma, o quadro abaixo apresenta os medicamentos possivelmente utilizados em casos de DM na gestação.

3.8.3.4.1 A Escolha farmacológica

As diretrizes, tanto nacionais quanto internacionais, divergem sobre o tratamento medicamentoso da diabetes gestacional. A SBD sugere o uso de insulina como tratamento padrão (SBD, 2016)), enquanto o *National Institute for Health and Clinical Excellence* (NICE) recomenda o uso de metformina e a *International Diabetes Federation* (IDF) aponta a metformina e a glibenclamida como opções de tratamento, principalmente em situações em que o uso de insulina é difícil.

No Brasil, o Hospital das Clínicas de Porto Alegre (HCPA), indica a metformina como o medicamento preferencial na ausência de contraindicações; a insulina é a segunda opção terapêutica e tem sido empregada em casos de falha de tratamento, contraindicações à metformina ou de preferência pela paciente (WEINERT et al, 2011). Escolha semelhante à empregada no Hospital das Clínicas da Universidade Estadual de Londrina (UEL) no município de Londrina.

Um estudo realizado por Rowan et al (2008) comparou os resultados materno fetais decorrentes do uso da metformina no tratamento do DMG. Cerca da metade (46,3%) das usuárias de metformina necessitaram de suplementação com insulina. Contudo, concluíram que nas gestações complicadas com DMG, a utilização da metformina (isolada ou com suplementação da insulina) não se associou ao aumento de complicações perinatais quando comparada com a insulino terapia além de maior preferência das mulheres pelo tratamento com metformina.

Abaixo, a figura das principais medicações utilizadas na gestação.

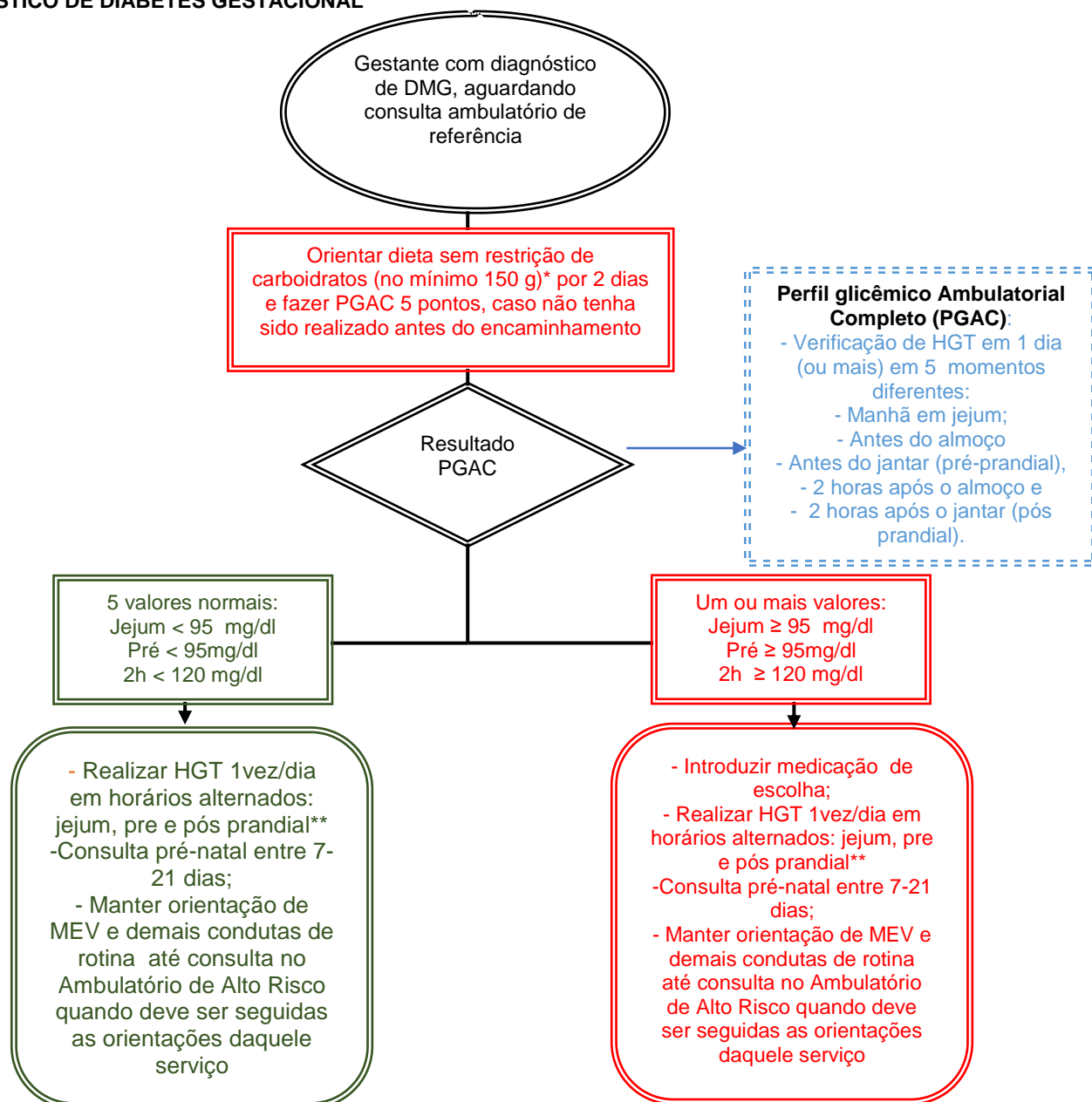
Quadro 27 - Medicações para Controle da Diabetes Mellitus Gestacional

| Medicação/ Categoria FDA | Mecanismo de Ação | Passagem placentária | Transporte ativo feto- materno | Eficácia/ segurança na gestação | Contra- indicações | Efeitos adversos | Dose inicial/dose máxima |
|---|---|---|--------------------------------------|---------------------------------------|--|--|--|
| Metformina/ B | ↓ Produção hepática de glicose | Sim | P-gp | Semelhante à insulina | TFG<30 mL/min, ICC, insuficiência hepática, DPOC | Náuseas, diarreia, acidose láctica (raro) | 500mg 1x/dia/ 2500 mg em 3x/dia |
| Insulina NPH: B | Suplementação exógena de insulina | Ausente, exceto em complexo antígeno- anticorpo | Não descrito | | | Hipoglicemia e ganho de peso | Em torno de 0,5 U/kg, com ajustes individualizad os para cada paciente com dose total dividida 2 vezes/dia (2/3 manhã e 1/3 noite) |
| Insulina Regular, Lispro e Asparte: B | Suplementação exógena de insulina | Ausente, exceto em complexo antígeno- anticorpo | Não descrito | | | Hipoglicemia e ganho de peso | |

FDA: Food and Drug Administration; TFG: taxa de filtração glomerular; ICC: Insuficiência cardíaca congestiva; DPOC: Distúrbio pulmonar obstrutivo-crônico; BRCP: Câncer resistance protein; MRP1, 2, 3: Human multidrug resistance proteins; P-gp: P glycoprotein. Categoria de Risco de FDA: A: Estudos bem controlados, adequados, em mulheres grávidas, não demonstram risco para o feto. B: Nenhuma evidência de risco em humanos. Achados em animais mostraram risco, mas em humanos não, ou se os estudos humanos adequados não foram feitos, os achados em animais foram negativos. C: Risco não pode ser excluído. Não existem estudos positivos em humanos e em animais para risco fetal ou inexistem estudos. Contudo, os benefícios potenciais justificam o risco potencial. D: Há evidência positiva de risco fetal humano, porém, os benefícios do uso em gestantes podem ser aceitáveis. X: Contraindicado na gravidez. Estudos em animais e humanos ou relatos de investigação ou após liberação no mercado mostraram risco fetal que claramente é maior do que os benefícios potenciais.

Fonte: WEINERT et al, 2011 (Adaptado).

FLUXOGRAMA 10 - PERFIL GLICÊMICO AMBULATORIAL – ACOMPANHAMENTO DE GESTANTE COM DIAGNÓSTICO DE DIABETES GESTACIONAL



*Um adulto ocidental consome em média 300g carboidratos/dia). Ou seja a gestante deve fazer dieta habitual, sem nenhum acréscimo ou redução alimentar.

**A avaliação do perfil semanal do HGT deve ocorrer por qualquer profissional da equipe multiprofissional cada 7-10 dias associada ou não a consulta pré-natal por médico ou enfermeiro.

Sugerimos que esta avaliação semanal seja feita de forma coletiva com aproveitamento do espaço para orientações sobre MEV, se possível com apoio do NASF. Caso ocorra alterações de um ou mais valores, agendar consulta médica em até 3 dias ou na ausência de alterações, consulta médica entre 7-21 dias conforme a necessidade.

3.8.4 Hemograma- Rastreamento e Condutas na Anemia Gestacional

Segundo a OMS, a anemia gestacional é definida quando nível de hemoglobina está abaixo de 11g/dL. Adotando esse critério, até 50% das mulheres grávidas são consideradas anêmicas. Assim, é interessante adotar outros critérios para a conceituações para o diagnóstico de anemia. Os índices corpusculares, principalmente o Volume Corpuscular Médio (VCM = 81-95dL) não sofrem variações e podem, então, ser tomados a finalidade de classificação das anemias. Assim, para fins práticos, tomando-se o VCM como indicador, identificam-se três tipos de anemia: microcíticas (VCM = <85dL), normocíticas (VCM entre 85 e95dL) e macrocíticas (VCM >95dL) (ver quadro abaixo).

Quadro 28 - Tipos de Anemia de acordo com Volume Corpuscular Médio (VCM):

| Anemia microcíticas (VCM < 80 fl) | Anemia normocítica (VCM 80 – 100 fl) | Anemia macrocítica (VCM > 100 fl) |
|--|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Anemia ferropriva • Talassemias • Anemia por doenças crônicas • Outras – sideroblástica, deficiência de cobre, intoxicação por chumbo | <ul style="list-style-type: none"> • Anemia ferropriva em fase inicial • Anemia por hemorragia • Anemia por doença crônica • Esferocitose hereditária • Anemia associada a hipotireoidismo ou hipopituitarismo • Anemia hemolítica autoimune • Outras - supressão de medula óssea, insuficiência renal crônica, hemoglobinúria paroxística noturna | <ul style="list-style-type: none"> • Anemia por deficiência de ácido fólico • Anemia por deficiência de vitamina B12 • Anemia hemolítica induzida por fármacos (ex. zidovudina) • Anemia associada a reticulocitose • Outras - doença hepática, abuso de álcool, síndrome mielodisplásica |
| <p>OBS: Em gestantes com Hb <11 g/dl e ausência de microcitose, fazer o diagnóstico diferencial de outras anemias como anemia megaloblástica, talassemias, etc..</p> | | |

Fonte: Modificado de American College of Obstetricians and Gynecologists (2008).

Nos países em desenvolvimento como o Brasil, a anemia é bem mais frequente, e está associada a problemas nutricionais e outras doenças que a potencializam, como infecções e parasitoses gastrointestinais. Sendo uma das principais causas de morbimortalidade materna a hemorragia pós-parto, a presença de anemia pode potencializar esse problema (BRASIL, 2010).

Durante a gestação, para suprir as necessidades do crescimento uterino e fetal há aumento do volume plasmático em até 50% (1.000ml) e do número total de hemácias circulantes em cerca 25% (300ml). Por esse motivo, frequentemente há a queda fisiológica dos níveis de hematócrito e hemoglobina, a chamada hemodiluição alcança o seu nadir no final do segundo trimestre e início do terceiro. Esse processo aumenta a perfusão placentária, facilitando assim as trocas gasosas e de nutrientes. Cerca de seis semanas após o parto, na ausência de perda sanguínea excessiva durante o parto, esses níveis retornam ao normal.

A anemia pode ocorrer por perda sanguínea, destruição excessiva dos eritrócitos ou deficiência de sua produção. Abaixo um resumo das principais formas de anemia.

3.8.4.1 Tipos de Anemia mais comuns na gestação:

3.8.4.1.1 Anemia Ferropriva

A anemia por deficiência de ferro é a principal causa de anemia na gestação.

↳ Causas mais comuns

Os depósitos de ferro são reduzidos durante a gravidez em decorrência de uma maior demanda para suprir o aumento da hemoglobina circulante e o desenvolvimento fetal. Assim, há uma redução da porcentagem de saturação de transferrina e hemácias hipocrômicas e microcíticas começam a ser liberadas pela medula óssea na circulação. Se a ingestão de ferro for insuficiente, se o intervalo inter partal for curto ou se o parto for complicado por hemorragia, a anemia por deficiência de ferro rapidamente se instalará.

3.8.4.1.1.1 Consequência

As consequências da anemia ferropriva durante a gestação, quando moderada e grave são associados com índices aumentados de mortalidade materno-fetal e doenças infecciosas. Níveis de hemoglobina abaixo de 9,5g/dL e até mesmo 11g/dL próximo ao termo podem estar relacionados a RN de baixo peso e prematuridade. Por outro lado, níveis elevados de hemoglobina (≥ 13 g/dL) também estão relacionados com mau prognóstico gestacional (prematuridade e baixo peso).

3.8.4.1.1.2 Diagnóstico

O diagnóstico da anemia é realizado pelo Hemograma: redução de hematócrito e hemoglobina, com presença de hemácias hipocrômicas e microcíticas. Em pessoas não gestantes, a deficiência de ferro pode ser medida por meio da dosagem de ferritina sérica, ferro sérico, transferrina e saturação de transferrina. A concentração de ferritina sérica é um marcador do depósito de ferro. Na gestação ocorre queda fisiológica dos níveis de séricos de ferritina, assim como dos níveis de ferro na medula óssea, inclusive em gestantes que ingerem diariamente suplementos com altas doses de ferro. Mesmo assim, a dosagem sérica de ferritina é o melhor fator a ser analisado para avaliar as reservas.

3.8.4.1.1.3 Conduta

Mudanças de hábitos alimentares;

- ✓ Diagnóstico e tratamento das causas de perda sanguínea;
- ✓ Controle de infecções que contribuam para anemia;
- ✓ Fortificação de alimentos e suplementação medicamentosa com ferro.

3.8.4.1.2 Anemia megaloblástica

Esta anemia é causada por um defeito na síntese de DNA, o que resulta em um desequilíbrio entre crescimento e divisão celular dos glóbulos vermelhos. Estas alterações ocorrem em todos os setores da hematopoese: eritrocítico, granulocítico e megacariocítico. Assim, enquanto o desenvolvimento citoplasmático é normal, a divisão celular é lenta, levando a desproporção observada entre o tamanho do núcleo e do citoplasma, a chamada dissociação núcleo citoplasmática. A consequência dessa dissociação e a eritropoese ineficaz, com consequente destruição eritrocitária já no meio intramedular resulta **nas** principais alterações verificadas pelo hemograma referentes aos eritrócitos: **anisocitose** (variação na forma), **poiquilocitose** (variações no tamanho), **macrocitose** (aumento do volume corpuscular médio (VCM)), **macrovalócitos** (hemácias grandes e ovais), **pleiocariocitose** (hipersegmentação do núcleo dos neutrófilos).

3.8.4.1.2.1 Causas mais comuns

Vitamina B12 é responsável, em parte, pela síntese da hemoglobina e o ácido fólico (ou vitamina B9) tem a função de ajudar na síntese do DNA. Frequentemente a anemia megaloblástica é devida à carência de um ou ambos desses fatores (deficiências de folato (ácido fólico), de vitamina B12 ou de cobalamina). Durante a gestação, a deficiência de folato e a causa mais comum de anemia, a deficiência de vitamina B12 uma causa mais rara. Além disso, pode ocorrer por defeitos genéticos da síntese de DNA, toxinas e drogas que interferem na produção de DNA, como alguns quimioterápicos ou antibióticos. Nesse período há um declínio na absorção do ácido fólico e em contrapartida um aumento da demanda em decorrência do desenvolvimento fetal. Os depósitos de folato encontram-se primariamente no fígado e são suficientes para seis semanas. Após três semanas de dieta pobre em ácido fólico, os níveis séricos de folato começarão a declinar e as alterações na eritropoese iniciarão após aproximadamente 18 semanas. A necessidade diária de folato na gestação aumenta 3 a 4 vezes.

3.8.4.1.2.2 Consequências

O feto raramente é afetado pela deficiência de folato e esse tipo de anemia não aumenta significativamente a morbidade perinatal

3.8.4.1.2.3 Sinais e sintomas

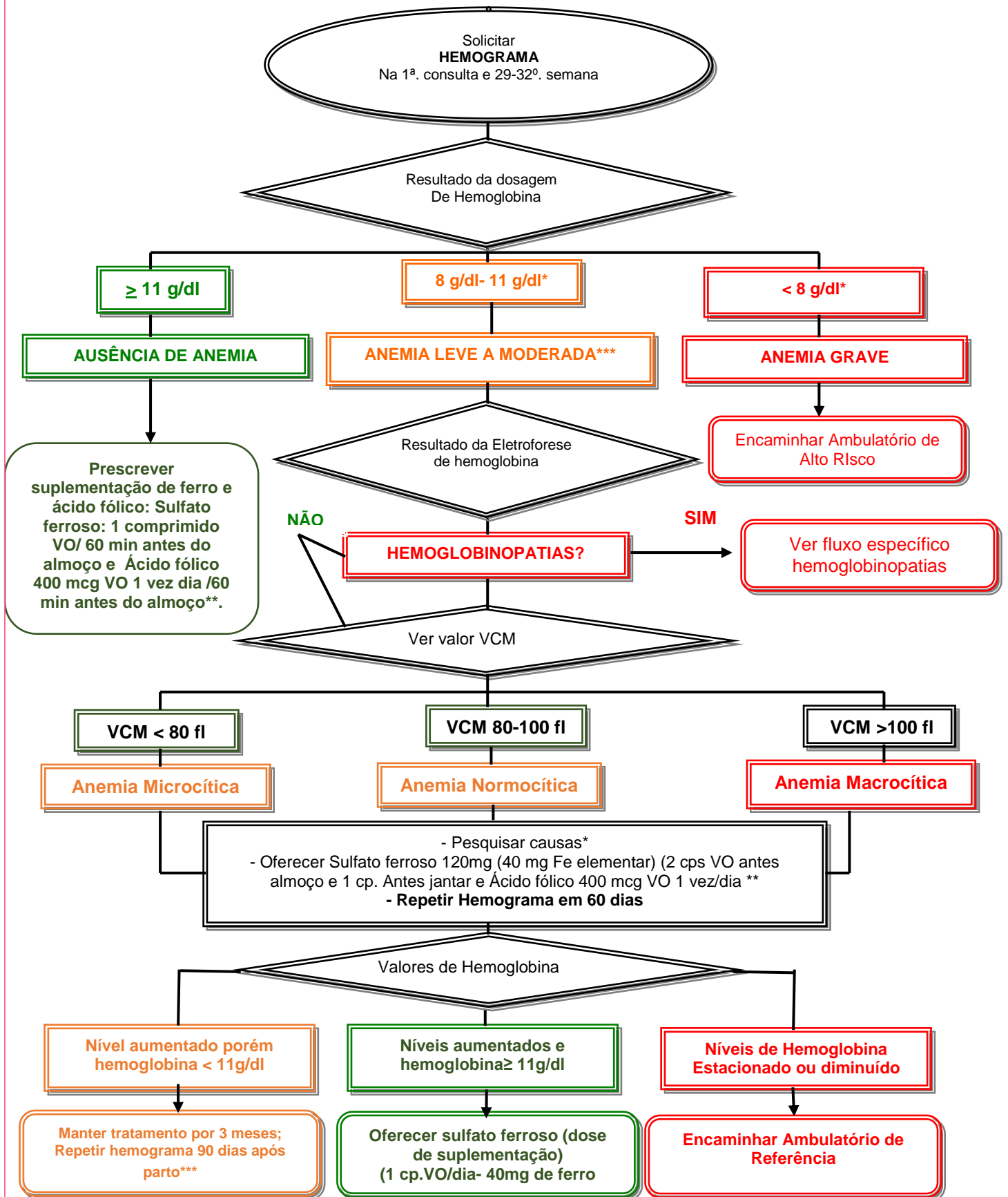
Em geral, as manifestações clínicas da anemia megaloblástica na gestação ocorrem antes do terceiro trimestre e são muito parecidos com os que ocorrem em todas as anemias: perda de apetite e de peso, fraqueza e cansaço, coração acelerado, dores abdominais. Se a gestante for de risco para desenvolver anemia por deficiência de ácido fólico ou apresentar anemia moderada, deve-se procurar fazer o diagnóstico antes das alterações megaloblásticas se instalarem.

3.8.4.1.2.4 Diagnóstico

•**Resultado do Hemograma:** variações na forma e tamanho dos eritrócitos (aniso e poiquilocitose, respectivamente), com possível presença de hemácias grandes e ovais (macrovalócitos). Nos casos mais graves, possível aparecimento de pontilhado basófilo e de restos nucleares; diminuição do número de hemácias e de hemoglobina; aumento do volume corpuscular médio (VCM), ou macrocitose (VCM varia de 100 a 150dL); disparidade do tamanho de algumas **células**, (anisocitose) com aumento do índice de porcentagem de variação dos volumes obtidos, expressos em RDW (Red Cell Distribution Width); alterações da hemoglobina corpuscular média (HCM); Neutrófilos podem apresentar hipersegmentação do núcleo (pleiocariocitose) e pode haver leucopenia, bem como plaquetopenia.

3.8.4.1.2.5 Conduta

- ✓ Aumentar a ingestão de vegetais verdes, amendoins e fígado.
- ✓ Oferecer suplemento de ácido fólico (1mg de ácido fólico/dia) é suficiente para prevenir e tratar a deficiência de folato.
- ✓ Após três dias de tratamento com ácido fólico, usualmente ocorre uma reticulocitose em seguida há a recuperação da hemoglobina. O valor do hematócrito deve aumentar em 1% por dia após uma semana de tratamento. A resposta ao tratamento é rápida, com melhora da anemia em uma semana. Na falta da resposta esperada ao tratamento, é necessário considerar a presença de outras deficiências concomitantes, pois a deficiência de ácido fólico geralmente cursa também com deficiência de ferro. Se após uma semana de tratamento com ácido fólico a gestante não apresentar uma reticulocitose significativa, a anemia ferropriva concomitante deve ser considerada.

FLUXOGRAMA 11 - HEMOGRAMA- RASTREAMENTO E CONDUTAS DA ANEMIA FERROPRIVA GESTACIONAL


Observações: * Diante de um hemograma com suspeita de anemias, pesquisar parasitoses e tratar conforme fluxograma específico à partir do segundo trimestre de gestação ou de puerpério.

**Em casos de intolerância (epigastralgia, náuseas, vômitos, diarreia e obstipação), orientar tomar 1 cp. e ½ de 40 mg de ferro elementar pelo menos duas vezes por semana ou adiar o início da suplementação para após 20ª. semana de gestação, quando é mais tolerável. O ácido fólico para suplementação é utilizado para prevenção de anemia megaloblástica e tem indicação diferente do recomendado para prevenção de defeito do tubo neural.

***A absorção do ferro é melhor se ingerir o sulfato ferroso com suco cítrico: limão, laranja ou abacaxi.

*** No pós- parto ou aborto, a suplementação deve ser mantida apenas com sulfato ferroso até o 3º mês.

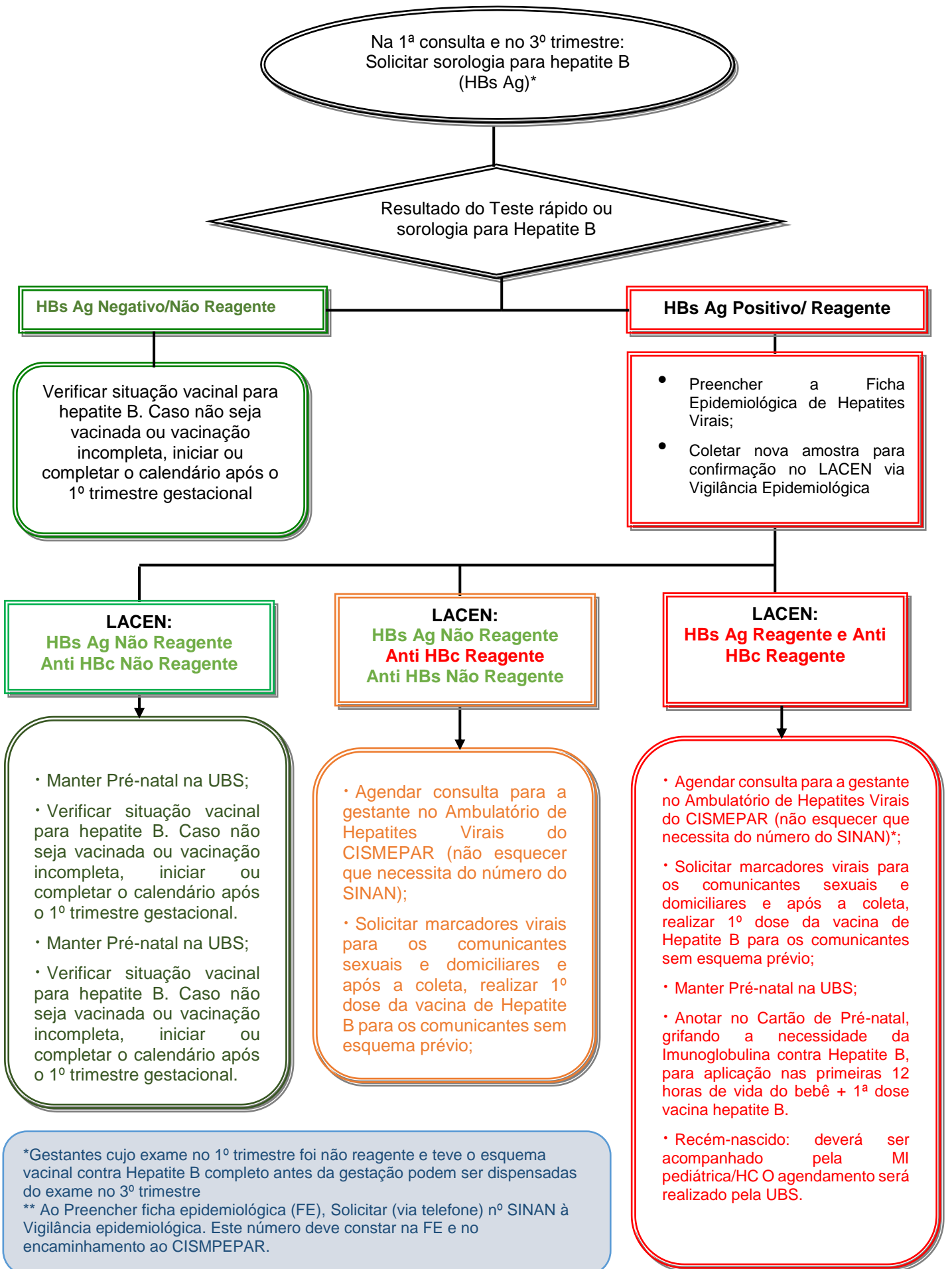
3.8.5 HBsAg- Rastreamento e Condutas na Hepatite B

A Hepatite B é a infecção aguda mais comum do fígado e representa um grave problema de saúde pública no Brasil e no mundo. A endemicidade da infecção pelo vírus da hepatite B (VHB) tem importância na determinação do predomínio das formas de transmissão, que pode se dar por via **parenteral, sexual, vertical e finalmente, por meio de solução de continuidade (pele e mucosa)**. Há evidências preliminares que sugerem a possibilidade de transmissão por compartilhamento de instrumentos de manicure, escovas de dente, lâminas de barbear ou de depilar, canudo de cocaína, cachimbo de *crack*, entre outros (BRASIL, 2012 p.195).

Assim, considerando-se a prevalência da hepatite B e as coberturas vacinais heterogêneas no Brasil, a prevenção, o diagnóstico precoce durante a gestação e o cuidado com o feto de mães diagnosticadas são prioridades, o que reduz sobremaneira a transmissão vertical. O percentual de cronificação no RN infectado pelo VHB por transmissão vertical pode chegar a 90%, com maior risco de evolução para cirrose e hepatocarcinoma numa fase precoce da vida, tornando a triagem da hepatite B obrigatória no pré-natal.

- No caso de RN sintomático, encaminhar a criança ao serviço de referência. Verificar se o bebê está sendo levado às consultas do serviço de referência e às consultas de puericultura.

FLUXOGRAMA 12 - HBSAG- INVESTIGAÇÃO DA HEPATITE B



3.8.6 Teste de HIV- rastreamento e condutas do HIV

Em todo o mundo mais de 60 milhões de pessoas já foram infectadas pelo vírus do HIV. No Brasil, de acordo com dados de estudos sentinelas, a infecção por HIV tem prevalência de 0,61% na população entre 15 e 49 anos de idade e em mulheres, de 0,41%.

3.8.6.1 A transmissão vertical

A transmissão vertical (da mãe para o filho) pode ocorrer em qualquer momento da gestação, do parto e do pós-parto e por meio do aleitamento materno. Há evidências de que a maioria dos casos de transmissão vertical do HIV (cerca de 65%) ocorre tardiamente na gestação e, principalmente, durante o trabalho de parto e no parto propriamente dito, sendo estes momentos importantes para a profilaxia da transmissão vertical do HIV. Os 35% restantes ocorrem mediante transmissão intraútero, principalmente nas últimas semanas de gestação. O aleitamento materno representa risco adicional de transmissão (de 7% a 22%), que se renova a cada exposição da criança ao seio materno (mamada).

As taxas de transmissão vertical do HIV, sem qualquer intervenção durante a gestação, situam-se entre 25% e 30%. Deste percentual, 25% referem-se à transmissão intraútero e 75% à transmissão intraparto. Caso seja utilizado a monoterapia de AZT este percentual cai para 10,4%, e 3,8% na terapia dupla e 1,2% nos esquemas altamente ativos, com combinação de três ARV. Outros estudos mostraram que de modo geral o uso de terapêutica antirretroviral, quando associada à cesárea eletiva, pode diminuir as taxas de transmissão vertical do HIV para níveis em torno de 2% (BRASIL, 2012 p.196).

3.8.6.2 Fatores de risco para a transmissão vertical

- Fatores virais, tais como a carga viral, o genótipo e o fenótipo viral;
- Fatores maternos, incluindo o estado clínico e imunológico, a presença de DST e outras coinfeções, bem como o estado nutricional materno;
- Fatores comportamentais, como o uso de drogas e a prática sexual desprotegida;
- Fatores obstétricos, tais como a duração da ruptura das membranas amnióticas, a via de parto e a presença de hemorragia intraparto;
- Fatores inerentes ao recém-nascido, tais como a prematuridade e o baixo peso ao nascer;
- O aleitamento materno.

3.8.6.3 Resultados falsos positivo

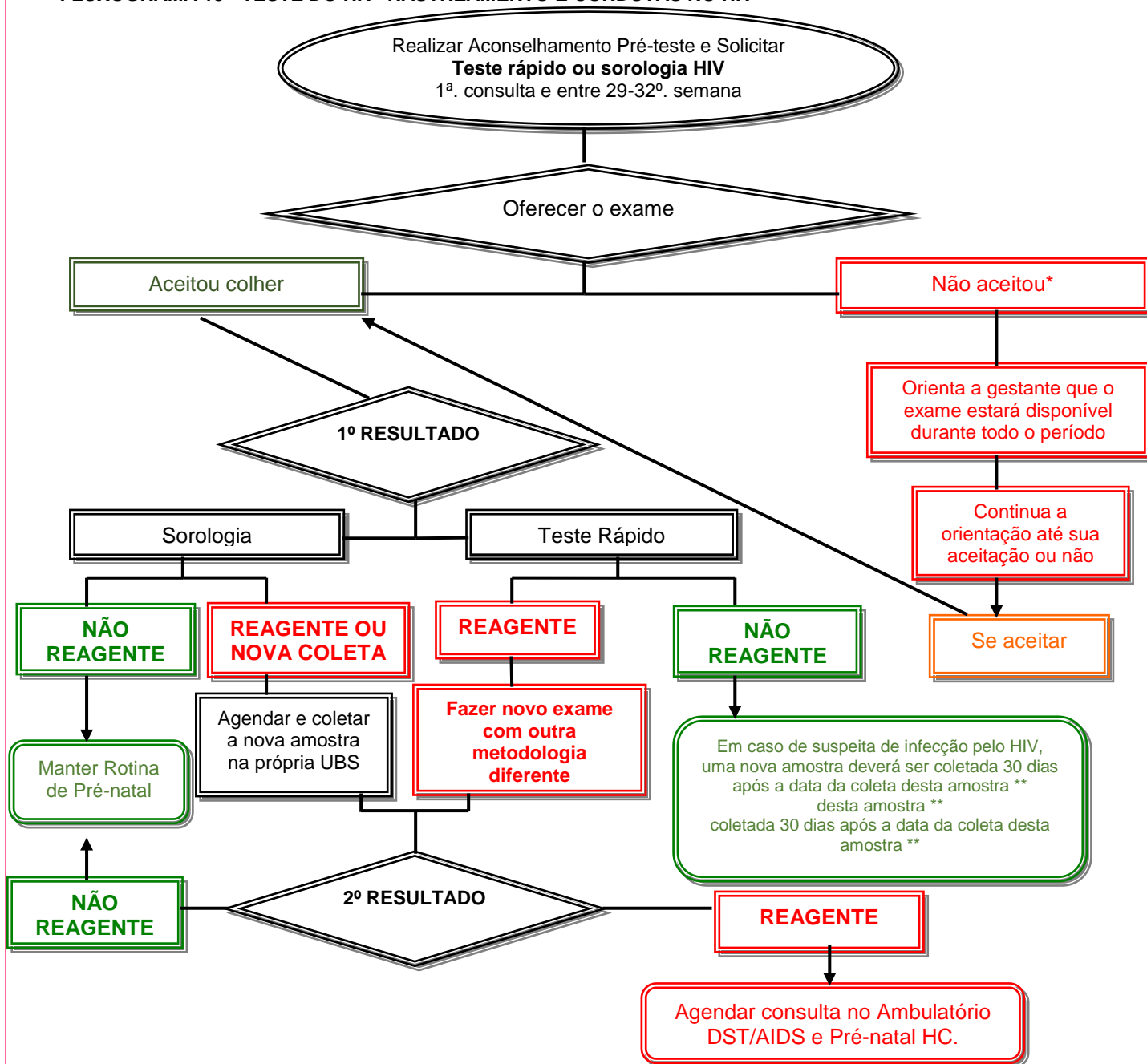
Eventualmente, a falsa positividade pode ocorrer, sendo esta mais frequente na gestação do que em crianças, homens e mulheres não grávidas, em especial devido a algumas situações clínicas, como no caso de doenças autoimunes. Para exclusão do diagnóstico da infecção pelo HIV, em casos de resultados suspeitos de falsos positivos, a testagem deve ser repetida em uma nova amostra.

3.8.6.4 Início do tratamento

Para gestantes com HIV +, o início do esquema deve ser precoce, com a associação de três antirretrovirais após o primeiro trimestre, entre a 14^a e a 28^a semanas de gravidez. O esquema deve ser suspenso após o parto.

Se a gestante chegar ao serviço de pré-natal após 36 semanas de IG sem estar em trabalho de parto, deve-se realizar o diagnóstico da infecção pelo HIV preferencialmente com o uso de testes rápidos.

Se a gestante estiver infectada pelo HIV, ela deve ser encaminhada imediatamente ao pré-natal de alto risco e ao Ambulatório do Centro Integrado de Doenças Infecciosas (CIDI).

FLUXOGRAMA 13 - TESTE DO HIV- RASTREAMENTO E CONDUTAS NO HIV

IMPORTANTE!!

*Em caso de não aceitação da coleta da sorologia para HIV, é necessário registrar no prontuário com ciência da própria cliente. Bem como a recusa no momento da entrega do resultado.

** Caso a UBS não tenha disponibilidade do 2º teste de outro laboratório, deve encaminhar a gestante para o Ambulatório de CIDI.

3.8.7 Tipagem sanguínea e fator rh - rastreamento e condutas na incompatibilidade rh

3.8.7.1 Definição

A incompatibilidade sanguínea materno-fetal, se caracteriza pela formação de anticorpos maternos (aloimunização) que atravessam a barreira placentária e agem contra antígenos eritrocitários fetais. Ocorrendo aí uma reação antígeno-anticorpo que promove a hemólise eritrocitária fetal o qual resultará na doença hemolítica perinatal (DHP), isoimunização ou eritroblastose fetal.

3.8.7.2 Causas da DHP

A aloimunização materno-fetal ainda afeta cerca de cinco a cada 1.000 gestações. Embora a incompatibilidade ABO é mais frequente que a do sistema Rh (D), (20 a 25% das gestações contra 10%); contudo é responsável por apenas 2 a 5% dos casos de D.H.P. A isoimunização Rh (D) corresponde a 94% dos casos, é habitualmente mais grave que a ABO e tem expressão in útero.

3.8.7.3 Fisiopatologia da DHP

Em princípio, as células do sangue materno e fetal não se misturam, mas, de fato, pequenos sangramentos podem ocorrer durante a gestação e parto, de forma que pequenas quantidades de hemácias fetais podem atingir a circulação materna. Nos casos em que a grávida é Rh negativo (desprovida do antígeno D) e a criança, Rh positivo, a mãe pode ser sensibilizada e passa a produzir anticorpos anti-D. De início, os anticorpos produzidos são IgM (moléculas grandes), que não atravessam a placenta. Em seguida, há produção de anticorpos IgG, moléculas pequenas que atravessam a placenta e provocam a ruptura das hemácias fetais, gerando um quadro progressivo de anemia.

O feto inicia, então, uma eritropoese compensatória à custa da medula óssea, do fígado e do baço, chegando a liberar na circulação eritroblastos jovens e imaturos, até cursar com hepatoesplenomegalia importante. Com a progressão do quadro, o feto sofre de hidropisia fetal (resultante da infiltração hepática por tecido hematopoiético), hipertensão do sistema porta (compressão parenquimatosa dos vasos porta) e hipoproteinemia (insuficiência de síntese). A evolução para hidropisia é acompanhada por insuficiência cardíaca congestiva, anóxia e óbito (BRASIL, 2012 p.186).

3.8.7.4 Manifestações clínicas da Doença hemolítica perinatal (DHP)

- ↳ Formação de anticorpos (coombs indireto positivo);
- ↳ Anemia;
- ↳ Hipóxia fetal;
- ↳ Hepatoesplenomegalia;
- ↳ Hidropisia fetal;
- ↳ Hipoproteinemia;
- ↳ Insuficiência cardíaca congestiva (ICC);

- ↪ Anóxia;
- ↪ Óbito.

3.8.7.5 Medidas preventivas

É fundamental que o diagnóstico se antecipe à DHP para isso recomenda-se as seguintes atitudes preventivas:

3.8.7.5.1 Período pré-gestacional

Detecte a mulher com risco de desenvolver isoimunização materno fetal, pela solicitação da tipagem sanguínea com definição do fator Rh. Caso se identifique fator Rh negativo, deve-se pesquisar a presença do anticorpo anti-D, por meio do teste de Coombs indireto;

3.8.7.5.2 Período pré-natal

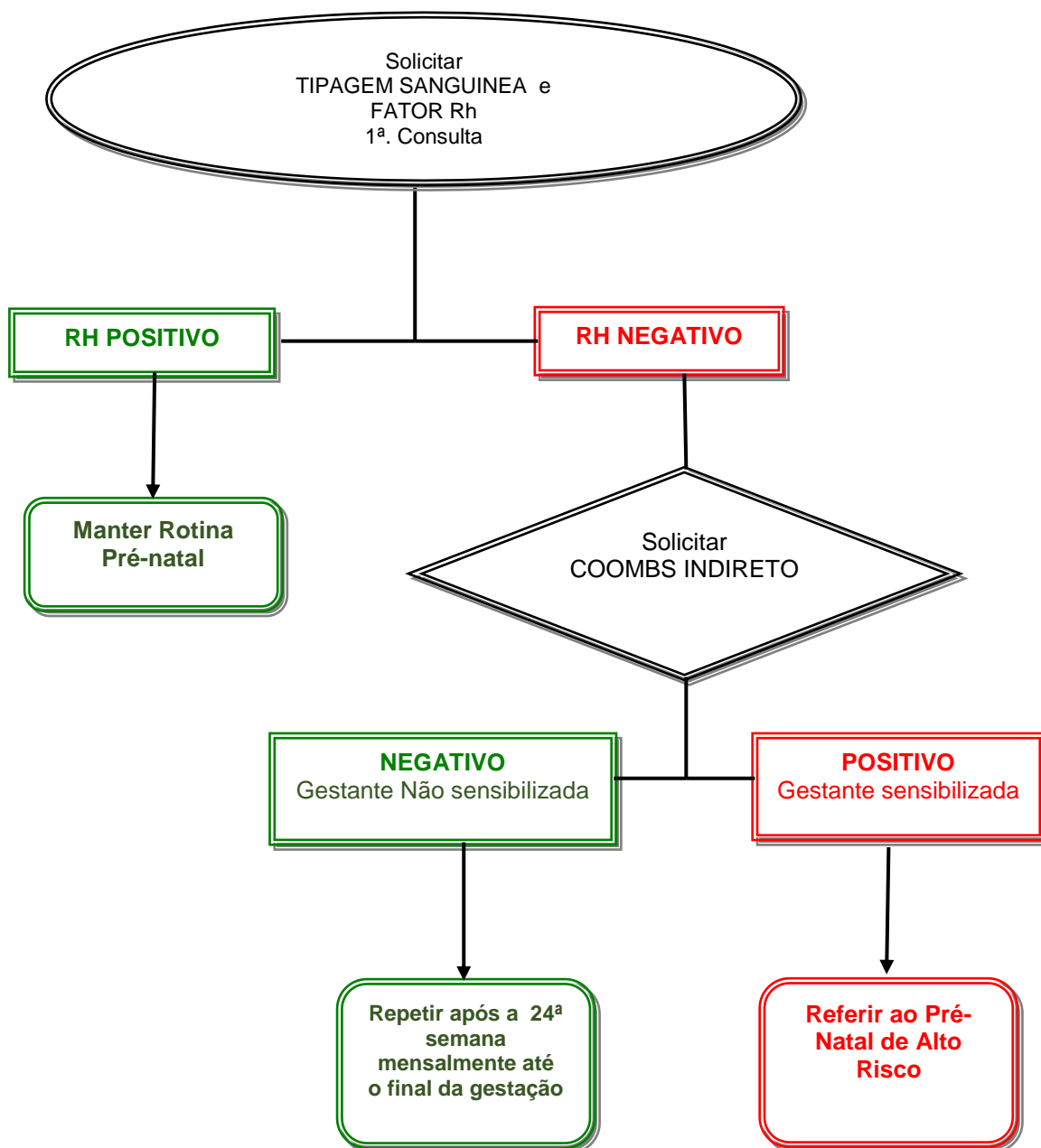
Realiza-se Coombs indireto na 1ª. consulta pré-natal, se negativo, deve ser novamente solicitado após a 24ª semana cada 4 semanas;

- Em caso de intercorrências que possam aumentar o risco de contato entre o sangue materno e fetal deve-se administrar **da Imunoglobulina anti-D nos seguintes casos:**
- Procedimentos invasivos: amniocentese, cordocentese, biópsia de vilo corial;
- Após aborto, gravidez ectópica ou mola hidatiforme;
- Após o parto de mães com Coombs indireto negativo e recém-nascidos Rh positivo;
- Após sangramento obstétrico (placenta prévia, por exemplo) com risco de hemorragia feto-materna.

3.8.7.5.3 Período pós-natal

Tem o objetivo de proteger as gestações futuras. Promove-se, na gestante com Rh negativo, a pesquisa do grupo sanguíneo e do fator Rh no sangue do recém-nascido, assim como o teste de Coombs direto para verificar a presença de anticorpos maternos anti-D no seu sangue. Se o recém-nascido for Rh positivo e seu Coombs direto for negativo, a mãe deverá receber a imunoglobulina protetora (BRASIL, 2015a p.69).

FLUXOGRAMA 14 - TIPAGEM SANGUINEA E FATOR RH-RASTREAMENTO DA INCOMPATIBILIDADE RH



***Intercorrências que demandam a administração da Imunoglobulina anti D:**

- Após sangramento obstétrico (independente da idade gestacional);
- Após o parto de mães com Coombs indireto negativo e recém-nascidos Rh positivo;
- Procedimentos invasivos: amniocentese, cordocentese, biópsia de vilos coriais;
- Após aborto, gravidez ectópica ou mola hidatiforme;
- **OBS:** Não está mais indicado o uso profilático da Imunoglobulina anti D, por volta da 28ª. semana de gestação.

3.8.8 Estreptococo do grupo B (EGB) - Rastreamento de Risco para Infecções no Neonato

O Estreptococo do grupo B (EGB) ou *Streptococcus Agalactiae* é um diplococo gram-positivo que tem como reservatório, em humanos, o trato gastrointestinal e o trato geniturinário, sendo este o principal sítio de colonização na maioria das vezes de forma assintomática. Contudo a colonização pode ser transitória, intermitente ou crônica.

3.8.8.1 Prevalência

A prevalência de colonização materna pelo EGB pode variar de 5% a 41% e é influenciada pelo local da coleta, período da gravidez em que esta foi realizada, raça, idade (quanto menor a idade, maior é o risco), paridade (quanto menor a paridade, maior a chance de colonização) e nível socioeconômico. Em Londrina, no ano de 2003 um estudo apontou que a colonização de gestantes no 3º. Trimestre foi de 14,9% (BERALDO et. al, 2004). Não existe diferença em relação à frequência da colonização quando se compara mulheres gestantes e não gestantes.

3.8.8.2 A transmissão vertical

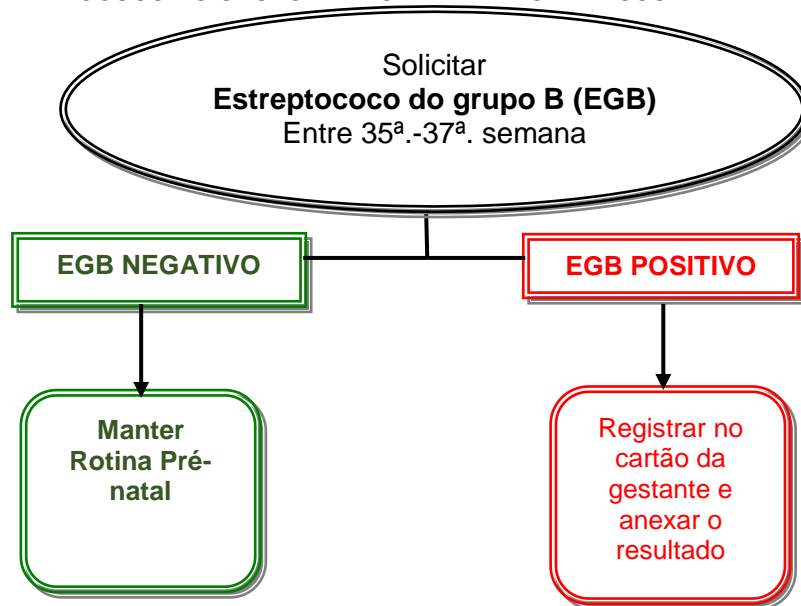
Pode variar de 13% a 85%, e em média é de 50%. (COSTA, 2013). Contudo apenas 2% do recém-nascidos (RNs) terão quadros infecciosos graves como doença respiratória, sépsis ou meningite na primeira semana de vida. (BRASIL, 2012 p.193 Apud AMARAL, 2005).

3.8.8.3 Rastreamento universal

No Brasil, não existe consenso ou recomendação técnica sobre o rastreamento universal para EGB (BRASIL, 2012 p.193 Apud AMARAL, 2005). Contudo, no município de Londrina-Pr, há vários anos esta tem sido uma prática já instituída e este protocolo a mantém.

Recomenda-se porém que outros estudos atuais possam ser feitos em nosso meio sobre a prevalência da colonização pelo EGB no 3º trimestre gestacional bem como a incidência de quadros infecciosos neonatal graves decorrente da colonização materna.

FLUXOGRAMA 15 - ESTREPTOCOCO DO GRUPO B- RASTREAMENTO DE RISCO PARA INFECÇÕES NO NEONATO



3.8.9 Toxoplasmose - Rastreamento e Condutas na Toxoplasmose Gestacional

A toxoplasmose é causada pelo *Toxoplasma gondii* e adquire especial relevância quando atinge a gestante, visto o elevado risco de acometimento fetal. Entretanto, é uma zoonose de distribuição universal e bem frequente no ser humano, a prevalência varia de região para região, mais comum em países tropicais. O índice de infecção está relacionado a hábitos alimentares, hábitos higiênicos, população de gatos e climas quentes.

3.8.9.1 A transmissão vertical

A taxa de transmissão materno-fetal da toxoplasmose varia principalmente de acordo com a idade gestacional no momento da infecção materna. Quando esta ocorre antes da 15ª semana de gestação, pode resultar em transmissão transplacentária menor que 5%, mas pode atingir até 80%, se próxima do termo, entretanto, inversamente proporcional, as taxas de comprometimento fetal são menores se a transmissão ocorre nos últimos trimestres e extremamente graves quando a transmissão vertical ocorre no primeiro trimestre gestacional. (Figueiró-Filho et. al, 2007). Portanto conclui-se que o risco de transmissão aumenta progressivamente com o desenvolvimento da gravidez, enquanto que a gravidade do comprometimento fetal se reduz.

Nas pacientes imunocomprometidas pode haver reativação da infecção crônica, havendo risco de transmissão ao feto em qualquer período gestacional (Figueiró-Filho, 2005).

Neste caso em mulheres imunocomprometidas como HIV positivo deve-se manter sorologia nos 3 trimestres independente se IgG positivo.

3.8.9.2 Toxoplasmose Gestacional

Quando acomete o feto, a infecção pode resultar em: retardo de crescimento intrauterino (RCIU); prematuridade; toxoplasmose congênita: coriorretinite, microcefalia, com ou sem hidrocefalia, retardo mental, pneumonite, hepatoesplenomegalia, erupções cutâneas e calcificações cerebrais e órbita fetal.

3.8.9.3 Quadro Clínico

É muito pouco específico, podendo aparecer febre, adenomegalia, mal-estar, que pode ser confundido com um quadro gripal e na maioria das vezes apresenta um quadro assintomático ou subclínico. Portanto a melhor forma de fazer o diagnóstico é através de exames laboratoriais.

3.8.9.4 Diagnóstico

Usualmente diagnosticada com base na detecção de anticorpos. Em infecções agudas os níveis de anticorpos IgG e IgM geralmente surgem dentro de uma a duas semanas de infecção (LONDRINA, 2006 Apud LINDSAY; BLAGBURN; DUBEY, 1997).

- ✓ **Imunoglobulina G (IgG) específicos:** indica que a infecção ocorreu, mas não distingue infecção recente de uma infecção adquirida há muito tempo (LONDRINA, 2006 Apud LESER, 2003).
- ✓ **Imunoglobulina M (IgM) específicos:** embora de modo geral, considera-se que a presença de IgM indica infecção recente. Na toxoplasmose a IgM podem permanecer por mais de um ano, podendo chegar até 18 meses, após a infecção (anticorpos residuais), não indicando necessariamente infecção aguda (Figueiró-Filho et. al, 2007 Apud Montoya et al., 2002). Além disso, resultados falsos positivos de IgM são, ocasionalmente, encontrados (devido ao fator reumatoide e autoanticorpos IgM. Por isso, resultados de IgM positivos devem ser interpretados cuidadosamente e contraposto a testes específicos como o de avides para IgG (LONDRINA, 2006 Apud JENUM; STRAYPETERSEN; GUNDERSEN, 1997).
- ✓ **Teste de avides para IgG- Alta avides:** indica uma doença antiga (superior a 4 meses);
- ✓ **Teste de avides para IgG- Baixa avides:** indica uma doença recente (menos de 4 meses) e os valores intermediários são inconclusivos. Deve-se alertar para o fato de que a baixa avides de IgG pode manter-se, em alguns pacientes, por um tempo maior (meses ou anos), o que diminui o seu valor como único marcador da fase aguda da infecção por *T. gondii* (LONDRINA, 2006 Apud SPALDING et al., 2003).

A interpretação do resultado de toxoplasmose deve ser associada à idade gestacional em que foi realizado o exame.

3.8.9.5 Situações clínicas e manejo em gestantes com toxoplasmose aguda

Algumas das situações clínicas mais comuns que os profissionais enfrentam podem ser resumidas nas questões abaixo que também estará exemplificada no próximo fluxograma.

| |
|---|
| 1) Gestante com IgG reagente e IgM não reagente: |
| Trata-se de infecção pregressa, não necessitando de condutas adicionais, uma vez que, nessa situação, o risco de transmissão vertical é remoto e mãe/feto não se beneficiam com nenhuma terapêutica (Duarte, 2004). |
| 2) Gestante com IgM e IgG não reagentes: |
| A paciente apresenta-se não imunizada. Deve-se rotineiramente realizar acompanhamento sorológico trimestral, orientando-a sobre higiene e alimentação, a fim de evitar a contaminação durante o pré-natal. |
| 3) Gestante IgM reagente e IgG reagente com teste de avidéz de IgG maior que 60% (alta avidéz) colhido antes da 12ª semana de gravidez |
| Apesar da IgM estar presente, trata-se provavelmente de IgM residual, uma vez que a avidéz dos anticorpos IgG mostra-se superior a 60%, indicando infecção ocorrida há mais de 12 semanas. A infecção ocorreu fora do período de risco para o feto, não havendo necessidade de tratamento da gestante, conforme estudo atual (Figueiró-Filho et al., 2005). |
| 4) Gestante com IgM reagente e IgG reagente com teste de avidéz de IgG menor que 30% (baixa avidéz) colhido antes ou após a 12ª semana de gravidez |
| Os anticorpos IgM e os valores reduzidos de avidéz de anticorpos IgG indicam que a infecção ocorreu há menos de 12 semanas, sendo necessariamente o caso de toxoplasmose aguda materna. Neste caso, iniciar o tratamento materno com espiramicina e seguir protocolo específico. Ressalta-se que, em situações nas quais o teste de avidéz do anticorpo IgG apresente valor inferior a 30% em coleta realizada antes da 12ª de gestação, os riscos de transmissão fetal é menos elevado, porém quando a infecção ocorre, tem maior gravidade (Figueiró-Filho et al., 2005). |
| 5) Gestante IgM reagente e IgG reagente com teste de avidéz maior que 30% e menor que 60% (avidéz intermediária), colhido antes ou após a 12ª semana de gestação |
| Os resultados nessas situações clínicas infelizmente ainda são inconclusivos, devendo cada caso ser analisado individualmente. Nessa situação, pode-se recomendar a utilização materna de espiramicina e seguir protocolo específico. |

Fonte: Figueiró-Filho, et. al, 2007.

3.8.9.6 Medidas Profiláticas (Prevenção Primária) da toxoplasmose para Pessoas Susceptíveis (IgG negativas)

- Lavar as mãos com água corrente e saponáceos ao manipular alimentos;
- Lavar bem frutas, legumes e verduras antes de ingeri-las;
- Evitar a ingestão de carnes cruas, mal cozidas ou mal passadas, incluindo quibe cru e embutidos (linguiça, salame, copa e outros);
- Evitar manuseio direto com solo, incluindo jardins, parques, caso seja necessário, usar luvas e lavar bem as mãos após a atividade;
- Evitar o contato com fezes de gato;
- Após manusear a carne crua, lavar bem as mãos e toda a superfície que entrou em contato com o alimento inclusive os utensílios utilizados;
- Não consumir leite e seus derivados crus, não pasteurizados;
- A caixa de areia dos gatos deve ser limpa preferencialmente por outra pessoa, todavia se não possível, deve-se limpá-la e trocá-la diariamente utilizando luvas e pás de lixo;
- Alimentar os gatos com carne cozida ou ração, não permitindo que os mesmos façam a ingestão de animais caçados;
- Lavar bem as mãos após o contato com os animais, sempre utilizando água corrente e saponáceos (BRASIL, 2012).

3.8.9.7 Tratamento materno

Revisão sistemática de 26 estudos de coorte com 1.438 gestantes tratadas demonstrou redução de 52% (OR 0,48 IC a 95%, 0,28–0,80) na transmissão materno-fetal se o tratamento foi iniciado em até três semanas da soroconversão materna. Entretanto, não houve redução das manifestações clínicas, independentemente do esquema utilizado (The Syrocot, 2007).

3.8.9.8 Diagnóstico da Infecção Congênita

Nos casos de suspeita de infecção aguda da gestante está indicado o polimerase (PCR) no líquido amniótico, que pode ser feita a partir da 18ª semana de gestação. Além disso, mensalmente a gestante deverá realizar a USG para o diagnóstico das complicações lideradas por hidrocefalia, calcificações cerebrais, ascite fetal e alterações de ecotextura hepática e esplênica. Na presença de sinais anormais pode determinar a mudança do tratamento, da espiramicina para o tratamento tríplice. Outros exames como Amniocentese: a partir da 12ª semana de gestação pode-se identificar o DNA do toxoplasma no líquido amniótico, assim como a cordocentese que é feita a partir da 16ª semana de gestação, pesquisa DNA do toxoplasma no sangue do cordão umbilical.

Quadro 29 - Esquema Terapêutico – Tratamento da Toxoplasmose Gestacional

| Período Gestacional | Tratamento | Observações gerais |
|--|---|---|
| 1º a 16º semanas | Espiramicina (Rovamicina® comp. 500 mg) DOSE: 3,0g/dia (6 cps 500 mg ou 1.500.000 UI) divididas em 2 cps via oral (VO) de 8/8 horas. | ✓ A espiramicina funciona como um parasitostático, porém não atravessa a placenta. Um trabalho realizado na França demonstrou redução de 60% na transmissão do <i>Gondii</i> para o feto. Desta forma, gestantes em investigação da infecção aguda materna (IgM positivo ou indeterminado), independentemente da idade gestacional, iniciar até confirmação da infecção aguda. |
| À partir da 17ª semana Até final da gestação | Pirimetamina (Daraprin® comp. 25 mg) Dose de Ataque- nos primeiros 2 dias: 100 mg/dia (02 cps VO de 12/12 horas). Dose de Manutenção- a partir do 3º dia: 50 mg/dia (02 cps. VO em dose única diária) | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Se comprovada a infecção aguda materna deve-se instituir o tratamento tríplice materno; ✓ Cuidados com esta associação: <ul style="list-style-type: none"> - A Pirimetamina é teratogênica e não pode ser usada durante o primeiro trimestre da gestação; - O ácido fólico, previne ou corrige os distúrbios hematológicos ocasionados pela pirimetamina e sulfadiazina, já que especialmente pirimetamina é um antifólico. Deve ser administrado até uma semana após o uso da Pirimetamina; ✓ Fazer controle hematológico mensal durante o uso da Pirimetamina, para diagnosticar alterações como anemia, plaquetopenia, leucopenia ou pancitopenia. Na presença dessas alterações deve-se suspender, por um mês, o uso do esquema tríplice e substituir por espiramicina; ✓ Na impossibilidade de uso de Sulfadiazina e Pirimetamina, deve-se fazer uso contínuo de Espiramicina.; ✓ Em casos de intolerância ao tratamento encaminhar a gestante para avaliação com Infectologista para tratamento alternativo. |
| | Sulfadiazina (Sulfadiazina® comp. 500 mg) Dose: 4 gramas ao dia (2 cps 500 mg VO 6/6 horas). | |
| | Ácido Fólico (Leucovorin® ou manipulado) Dose: 15 mg- 01 cp.VO ao dia. | |

Fonte: Mitsuka-Breganó *et al*, 2010; Remington, 2010.

3.8.9.9 Conduta com o recém-nascido

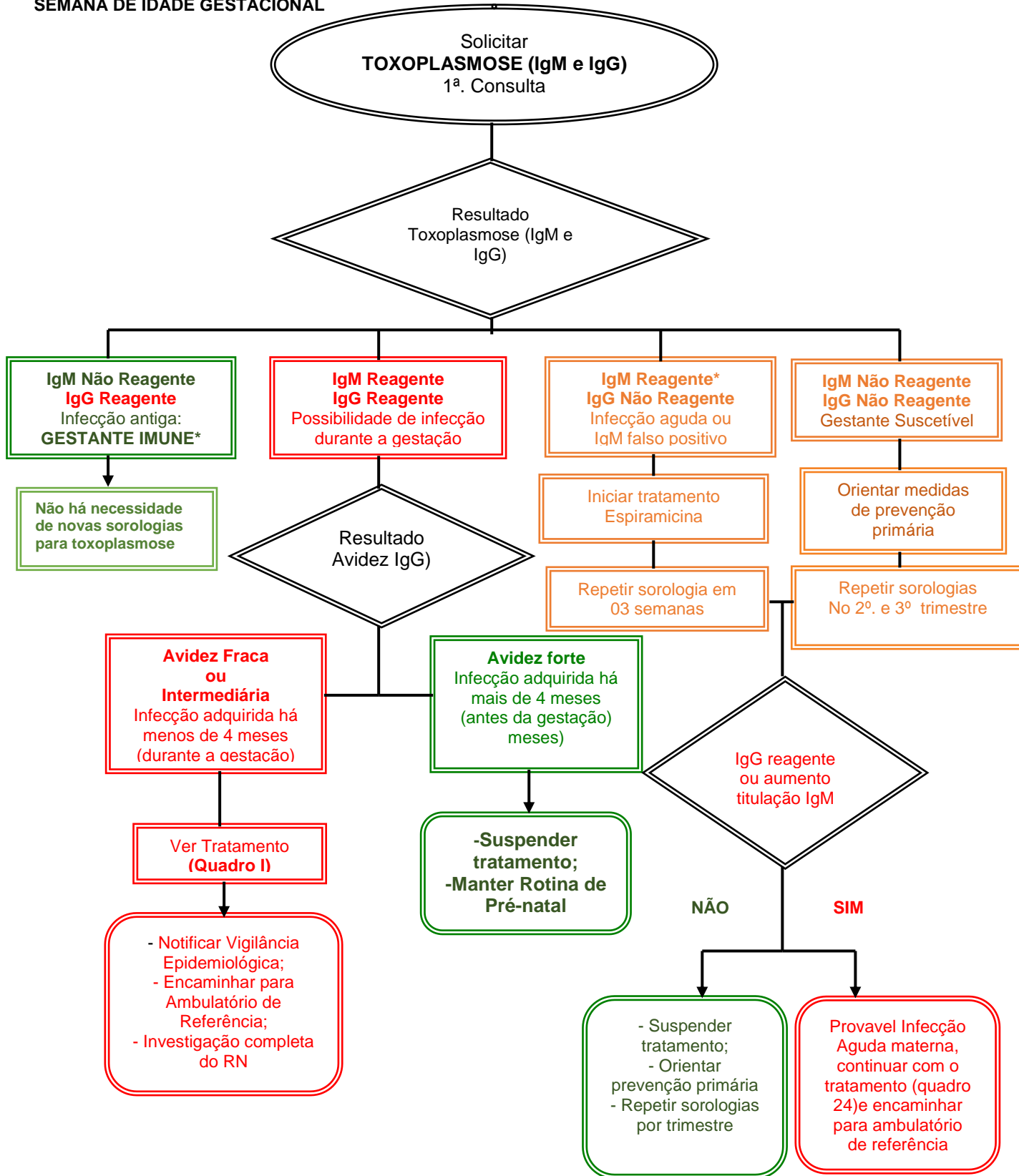
Todo recém-nascido cuja mãe teve diagnóstico de certeza ou suspeita de toxoplasmose adquirida na gestação deve ser submetido à investigação completa para o diagnóstico da toxoplasmose congênita, incluindo exame clínico e neurológico, exame oftalmológico completo com fundoscopia, exame de imagem cerebral (ecografia ou tomografia computadorizada), exames hematológicos e de função hepática. O lactente deve ser acompanhado e o tratamento iniciado a critério do pediatra assistente com introdução do esquema tríplice composto pela Sulfadiazina, pirimetamina e o ácido fólico (BRASIL, 2012 p.217).

Quadro 30 - Esquema terapêutico – tratamento da toxoplasmose congênita-

| Medicamento | Tratamento | Observações gerais |
|--|--|---|
| Sulfadiazina (cp 500 mg) | <ul style="list-style-type: none"> 100 mg/kg/dia via oral de 12/12h, durante 01 ano. | <ul style="list-style-type: none"> ✓ Recomenda-se observar cuidadosamente a icterícia clínica e, se necessário, monitorar os níveis de bilirrubina. |
| Pirimetamina (cp 25 mg) | <ul style="list-style-type: none"> Dose de ataque: 2 mg/kg/dia via oral de 12/12h durante 2 dias. ✓ Dose de manutenção: 1 mg/kg/dia via oral de 24/24h, durante 2 meses (ou até seis meses, dependendo da intensidade do acometimento). A seguir, 1mg/kg via oral de 24/24h, 3X vezes por semana (2^a, 4^a e 6^a feiras) até completar 01 ano. | |
| Ácido Folínico (cp 15 mg) | <ul style="list-style-type: none"> 10 mg via oral de 24/24h, 3X por semana (2^a, 4^a e 6^a.feiras) até completar 01 ano. | <p>Na ocorrência de efeitos colaterais: Se <1000 neutrófilos/mm³ e/ou Hb <10 e/ou plaquetas < 150.000 aumentar a dose para 15 mg diários (até 20 mg/dia). • se < 500 neutrófilos/mm³ e/ou Hb <8,0 e/ou plaquetas < 50.000 suspender a Pirimetamina, Sulfadiazina e iniciar espiramicina até a recuperação medular.</p> <p>• Manter esta medicação por mais uma semana após interrupção do uso da Pirimetamina.</p> <p>OBS: Ácido Folínico é associado ao tratamento para prevenir e tratar a toxicidade medular da Pirimetamina, não deve ser substituído pelo ácido fólico.</p> |
| Espiramicina (cp 500 mg ou cp 1.500.000 UI) | <ul style="list-style-type: none"> 100 mg/kg/dia via oral de 12/12h. | <ul style="list-style-type: none"> Espiramicina e recomendada para criança com toxicidade medular grave (até a normalização laboratorial). (REMYINGTON et al, apud MITSUKA-BREGANO et al, 2010) |
| Prednisona (cp 5 mg ou 20 mg) OU Prednisolona (cp 20 mg ou 3 mg/ml) | <ul style="list-style-type: none"> 1mg/kg/dia via oral 12/12h | <ul style="list-style-type: none"> Utilizado caso de retinocoroidite em atividade e/ou se proteinorraquia >ou=1.000mg/dl. Realizar retirada gradual, após estabilização do processo inflamatório. Utilizar sempre em associação com Sulfadiazina e Pirimetamina. |
| <p>OBS: Recomenda-se a realização semanal de exames hematológicos durante o primeiro mês de tratamento. Havendo a estabilização da contagem de neutrófilos periféricos, a avaliação hematológica pode ser espaçada a cada duas semanas, durante um mês e, a seguir, mantida mensalmente até o final do tratamento. A periodicidade dos exames deve ser reavaliada a cada nova consulta, de acordo com exames laboratoriais.</p> | | |

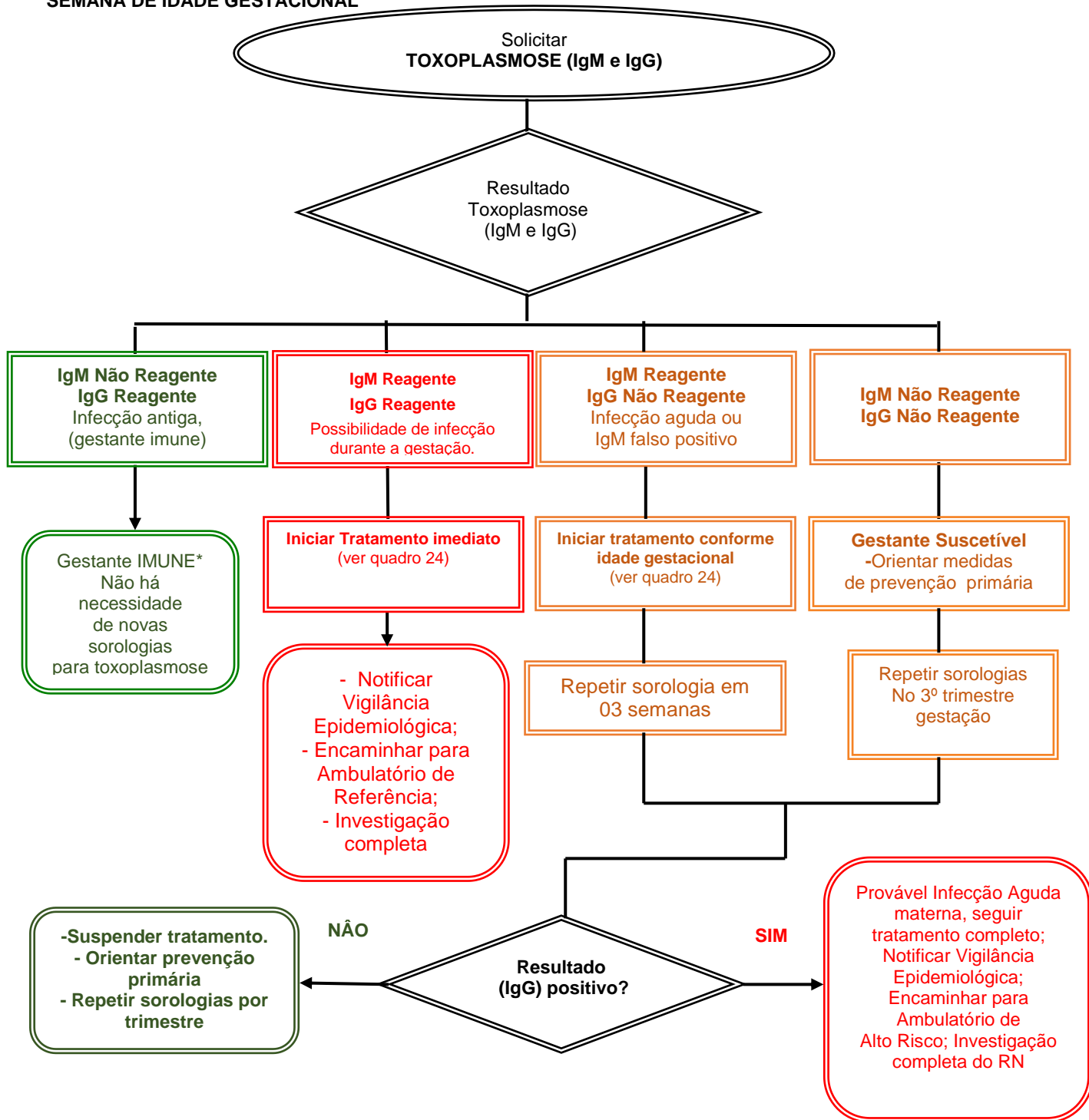
Fonte: SESA, 2015 pg.13 Apud Mitsuka-Bregano *et al*, 2010; Remington, 2010 e Curitiba, 2012

FLUXOGRAMA 16 - TOXOPLASMOSE RASTREAMENTO E CONDUTAS QUANDO EXAME REALIZADO ANTES DA 16ª. SEMANA DE IDADE GESTACIONAL



OBS: * Avaliar sorologia prévia: Se IgG positivo, fechar o caso. Mesmo as gestantes imunes, quando usuárias de imunossupressores ou com risco para imunossupressão como HIV/AIDS, deverão ser orientadas quanto às medidas de prevenção primária.

FLUXOGRAMA 17 - TOXOPLASMOSE- RASTREAMENTO E CONDUTAS QUANDO EXAME REALIZADO APÓS A 16ª. SEMANA DE IDADE GESTACIONAL



OBS:* Mesmo as gestantes imunes, quando usuárias de imunossupressores ou com risco para imunossupressão como HIV/AIDS, deverão ser orientadas quanto às medidas de prevenção primária.

3.8.10 Testes Imunológicos- Rastreamento e Condutas na Sífilis Adquirida

A Sífilis é uma doença bacteriana causada pela espiroqueta *treponema pallidum*, cujo principal modo de transmissão da sífilis é por via sexual, sendo a chance de aquisição da doença quando exposto a relação sexual com um indivíduo infectado pelo *T. pallidum* de 30%. Outros modos de transmissão incluem: contato direto com lesão ativa (ex: lesão cutânea da sífilis secundária), via transplacentária, transfusão sanguínea, inoculação direta acidental (ex: acidente ocupacional após coleta de sangue de paciente infectado).

A história natural da doença envolve uma evolução crônica, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência. A sífilis na gestação requer intervenção imediata, para que se reduza ao máximo a possibilidade de transmissão vertical. No Brasil, a prevalência de sífilis em gestantes é de 1,6%.

A sífilis congênita é um agravo de notificação compulsória, sendo considerada como verdadeiro evento marcador da qualidade de assistência à saúde maternofetal em razão da efetiva redução do risco de transmissão transplacentária. A infecção do feto depende do estágio da doença na gestante: quanto mais recente a infecção materna, maior é o risco de comprometimento fetal. Na sífilis primária e secundária, o risco de infecção fetal varia de 70% a 100%, enquanto nas fases latente tardia e terciária, chega a 30%. As manifestações clínicas variam desde o abortamento espontâneo à morte perinatal, ocorrendo em cerca de 40% das gestantes infectadas não tratadas. Além disso, a sífilis congênita representa uma série de alterações clínicas importantes, podendo ser assintomática ao nascimento em até 50% das crianças infectadas (BRASIL, 2012 p.200-204).


A passagem maternofetal da doença faz-se basicamente por via transplacentária. A transmissão hematogênica da sífilis implica o fato de o conceito já iniciar a doença na sua fase secundária. A transmissão direta do *Treponema Pallidum* por meio do contato da criança com o canal de parto é excepcional, podendo ocorrer apenas se houver lesões genitais maternas. Durante o aleitamento materno, a transmissão pode ocorrer apenas se houver lesão mamária por sífilis, o que também é muito raro. Assim, o leite materno não transmite a sífilis da mãe para a criança (SÃO PAULO, 2016).

3.8.10.1 Definição de casos de Sífilis nos diferentes condições


| Sífilis em Gestantes |
|--|
| Caso Confirmado: gestante que apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, independentemente de qualquer evidência clínica de sífilis, realizados durante o pré-natal; gestante com teste treponêmico reagente e teste não treponêmico não reagente ou não realizado, sem registro de tratamento prévio. |
| Sífilis adquirida |
| Caso Confirmado: todo indivíduo com evidência clínica de sífilis primária ou secundária (presença de cancro duro ou lesões compatíveis com sífilis secundária), com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente ou indivíduo assintomático com teste não treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente. |
| Parceria sexual de gestante com sífilis |
| Considera-se parceria sexual, qualquer pessoa que tenha tido relação sexual nos últimos anos. |
| Define-se como Parceiro com Sífilis: |

- Parceiro com teste treponêmico ou teste não-treponêmico reagente, sem tratamento prévio documentado ou parceiro com sinais e/ou sintomas de sífilis adquirida;
- Parceiro de gestante com sífilis recente (fase primária, secundária ou latente recente);
- Parceiro de gestante assintomática, com títulos elevados em testes não treponêmicos independentemente do tempo de infecção;
- Parceiro que ainda mantenha relação sexual com a gestante com sífilis, que não tenha realizado os testes imunológicos ou com resultados não reagentes, são presumivelmente infectados (BRASIL, 2015 p.77).


Sífilis congênita

 **Caso Confirmado Primeiro critério de caso suspeito de sífilis congênita:** filho de mãe que recebeu diagnóstico de sífilis na gestação, ou durante o trabalho de parto que teve uma ou mais das circunstâncias descritas abaixo:


- Tratamento realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina;
- Tratamento materno incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina;
- Tratamento inadequado para a fase clínica da doença;
- Tratamento instituído no prazo de até 30 dias antes do parto;
- Parceiro(s) sexual(is) com sífilis não tratado(s) ou tratado(s) inadequadamente.

 **Segundo critério de caso suspeito de sífilis congênita:** Todo indivíduo com menos de 13 anos de idade com pelo menos uma das seguintes evidências sorológicas:

- Titulações ascendentes (testes não treponêmicos);
- Testes não treponêmicos reagentes após seis meses de idade (exceto em situação de seguimento terapêutico);
- Testes treponêmicos reagentes após 18 meses de idade;
- Títulos em teste não treponêmico maiores do que os da mãe, em lactentes;
- Teste não treponêmico reagente com pelo menos uma das alterações: clínica, líquórica ou radiológica de sífilis congênita.

 **Terceiro critério de caso suspeito de sífilis congênita:**

- Aborto ou natimorto cuja mãe apresente teste para sífilis não treponêmico reagente com qualquer titulação ou teste treponêmico reagente, realizados durante o pré-natal, no momento do parto ou curetagem, que não tenha sido tratada ou tenha recebido tratamento inadequado.

 **Quarto critério de caso suspeito de sífilis congênita:** Toda situação de evidência de infecção pelo *Treponema Pallidum* em placenta ou cordão umbilical e/ou amostra da lesão, biópsia ou necropsia de criança, aborto ou natimorto (BRASIL,2015b p.22).

Fonte: BRASIL 2015/2016. p.92-98; PARANÁ, 2016.

3.8.10.2 Os testes de diagnóstico de Sífilis

De modo geral os testes para diagnóstico da sífilis são exames imunológicos com diferentes metodologias de emprego. Podem ser testes não treponêmicos ou treponêmicos.

3.8.10.2.1 Testes não treponêmicos

Detectam anticorpos não específicos anticardiolipina para os antígenos do *T. Pallidum*, e podem ser qualitativos ou quantitativos. O teste qualitativo indica a presença ou ausência de anticorpo na amostra. O teste quantitativo permite a titulação de anticorpos. O resultado deve ser expresso em títulos (1:2, 1:4, 1:64, entre outros). Em geral tornam-se reagentes cerca de uma a três semanas após o aparecimento do cancro duro. Devido ao fato de serem inespecíficos podem ocorrer resultados falso-positivos devido a reação cruzada a outras patologias ou agravos, como doenças reumáticas, drogadição e a própria gestação. Porém pode também ser um falso negativo em fase muito precoce da doença ou caso de sífilis terciária, devendo ser confirmados com um teste treponêmico (BRASIL, 2012).

Principais testes **não treponêmicos** são: **VDRL** (Venereal Disease Research Laboratory), RPR (Rapid Test Reagin) e TRUST (Toluidine Red Unheated Serum Test) (BRASIL, 2015b).

3.8.10.2.2 Testes treponêmicos

Detectam anticorpos específicos produzidos contra os antígenos do *T. Pallidum*. São os primeiros a se tornarem reagentes, sendo importantes para a confirmação do diagnóstico. Na maioria das vezes, permanecem positivos mesmo após o tratamento pelo resto da vida do paciente; por isso, não são indicados para o monitoramento da resposta ao tratamento. Principais testes treponêmicos: **testes rápidos para sífilis** (imunocromatográficos); **FTA-Abs** (Fluorescent Treponemal Antibody-Absorption); EQL (Electrochemiluminescence); ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay) (BRASIL, 2015b).

Na nossa prática, devido aos custos e/ou praticidade atualmente os mais utilizados são VDRL, teste rápido para sífilis, FTA-Abs.

De modo geral a orientação é a realização do teste rápido para sífilis (treponêmico) para rastreamento da doença. Entretanto compreendendo as especificidades que permeiam o processo de trabalho de cada UBS no município, em especial a falta de testadores em número e tempo integral de funcionamento do serviço, no fluxograma 17 foi colocada a possibilidade de realização do exame VDRL quando não for possível a realização do TR.

3.8.10.3 Manifestações clínicas da sífilis adquirida

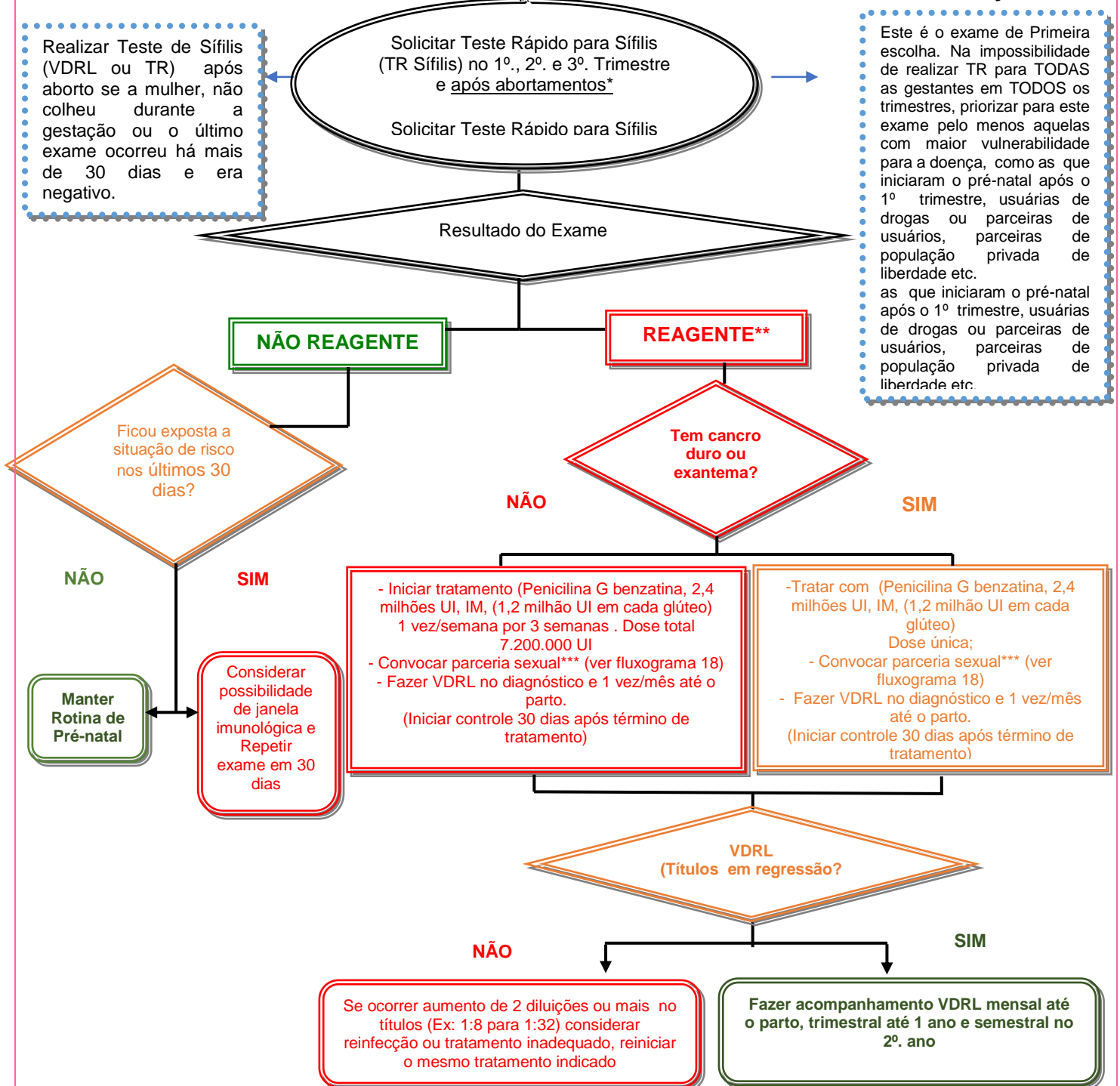
No quadro seguinte é possível observar que embora no estágio inicial a sífilis apresente alguns sinais e sintomas característicos, após um ano de evolução torna-se assintomática, dependendo para o diagnóstico de testes sorológicos.

Quadro 31 - Manifestações clínicas, de acordo com a evolução e estágios da sífilis adquirida

| Evolução | Estágio da Sífilis | Manifestações Clínicas | Observação quanto aos testes de diagnóstico |
|--|---|--|--|
| <p>Sífilis recente (menos de um ano de duração)</p> | <p>Primária - 10 a 90 dias após contato, em média três semanas - A lesão desaparece sem cicatriz em duas a seis semanas com ou sem tratamento</p> | <p>- Úlcera genital (cancro duro) indolor, geralmente única, com fundo limpo, infiltrada - Linfonodos regionais indolores, de consistência elástica, que não fistulizam. A lesão primária se cura espontaneamente, num período aproximado de duas semanas.</p> | <p>. Na sífilis primária, o diagnóstico laboratorial pode ser feito pela pesquisa direta do t. pallidum por microscopia de campo escuro. . Os anticorpos começam a surgir na corrente sanguínea cerca de 7 a 10 dias após o surgimento do cancro duro. Por isso, nesta fase os testes sorológicos são não reagentes. Sendo importante aguardar ou repetir o teste após 30 dias do contato de risco.</p> |
| | <p>Secundária^a- 6 semanas a 6 meses após o contato - As lesões desaparecem sem cicatrizes em quatro a 12 semanas - Pode haver novos surtos</p> | <p>- Este estágio acontece quando o treponema já invadiu todos os órgãos e líquidos do corpo. Aparecendo manifestações clínicas como o exantema (erupção) cutânea, rica em treponemas e se apresenta na forma de máculas, pápulas ou de grandes placas eritematosas brancoacinzentadas denominadas condiloma lata, que podem aparecer em regiões úmidas do corpo. Pode haver envolvimento ocular (ex: uveíte), hepático e neurológico (ex: alterações nos pares cranianos, meningismo).</p> | <p>Todos os testes que detectam anticorpos são reagentes e os testes quantitativos tendem a apresentar títulos altos.</p> |
| | <p>Latente recente^b- Sífilis sem tratamento após o desaparecimento dos sinais e sintomas da sífilis secundária, a infecção entra no período latente, considerado recente no primeiro ano.</p> | <p>- Assintomática, com testes imunológicos reagentes</p> | <p>Nesta fase, todos os testes que detectam anticorpos permanecem reagentes, e observa-se uma diminuição dos títulos nos testes quantitativos.</p> |
| <p>Sífilis tardia (mais de um ano de duração)</p> | <p>Latente tardia^b Sífilis sem qualquer manifestação clínica após 1 ano de evolução.</p> | <p>Assintomática, com testes imunológicos reagentes</p> | |
| | <p>Terciária^d - Dois a 40 anos após contato</p> | <p>Nesta fase há inflamação e destruição de tecidos e ossos. É caracterizada por formação de gomas sífilíticas, tumorações amolecidas vistas na pele e nas membranas mucosas, que também podem acometer qualquer parte do corpo, inclusive no esqueleto ósseo (periostite, osteíte gomosa ou esclerosante), articulares (artrite, sinovite e nódulos justarticulares). As formas mais graves são sífilis cardiovascular e a neurosífilis com possibilidade de ocorrência de paralisia geral, e demência.</p> | <p>Os testes que detectam anticorpos habitualmente são reagentes e os títulos dos testes não treponêmicos (ex.VDRL) tendem a ser baixos. Porém, podem ocorrer resultados não reagentes.</p> |
| <p>OBS: a. O tratamento da gestante na fase secundária pode resultar na ocorrência de reação de Jarisch Herxheimer. Ver item: 3.6.12.5. b. A maioria dos diagnósticos ocorre nesses estágios; frequentemente, é difícil diferenciar a fase latente recente da tardia.</p> | | | |

Fonte: BRASIL Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis 2015. p.92-98.

FLUXOGRAMA 18 - TESTES RÁPIDO PARA SÍFILIS- RASTREAMENTO E CONDUTAS DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO



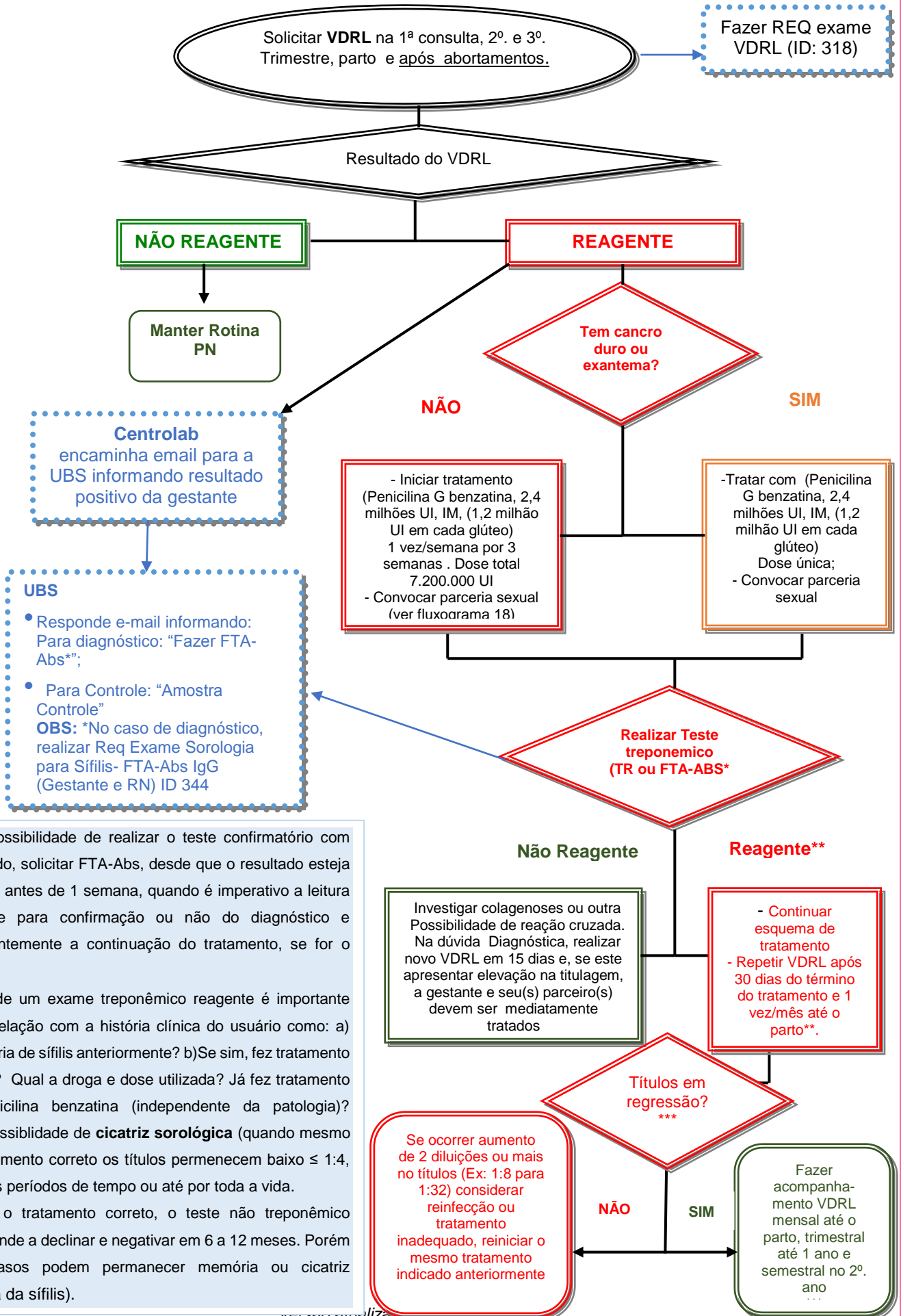
* As gestantes que já tiveram diagnóstico de sífilis na gestação e iniciaram tratamento não precisam mais fazer o teste treponêmico (Teste rápido ou FTA-Abs), devendo apenas manter seguimento com VDRL mensal conforme rotina.

** Diante de um exame treponêmicos reagente é importante fazer correlação com a história clínica do usuário como: a) Tem história de sífilis anteriormente? b) Se sim, fez tratamento completo? Qual a droga e dose utilizada? Já fez tratamento com Penicilina benzatina (independente da patologia)? Avaliar possibilidade de cicatriz sorológica.

*** Considerando que a parceria sexual é potencialmente infectada, mesmo se resultado da testagem for não reagente, na ausência de cancro duro (sífilis primária) ou exantema (sífilis secundária), tal como a a gestante, deverá ser tratada(o) como sífilis latente tardia ou terciária. Sendo o tratamento com uso de Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), semanal, por três semanas. Dose total de 7,2 milhões UI e após 30 dias do término do tratamento iniciar o controle de cura com VDRL trimestral até 1 ano e semestral no 2º. Ano (PARANÁ, 2016 p.19; BRASIL, 2015b p.94,95).

****Após o tratamento correto, o teste não treponêmico (VDRL) tende a se negativar em 6 a 12 meses. Porém alguns casos podem permanecer com títulos baixos por longos períodos de tempo ou até por toda a vida (memória ou cicatriz sorológica da sífilis). Os títulos devem declinar em torno de duas vezes em 1 mês ou quatro vezes em três meses e oito vezes em seis meses.

FLUXOGRAMA 19 - VDRL- RASTREAMENTO E CONDUTAS DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO

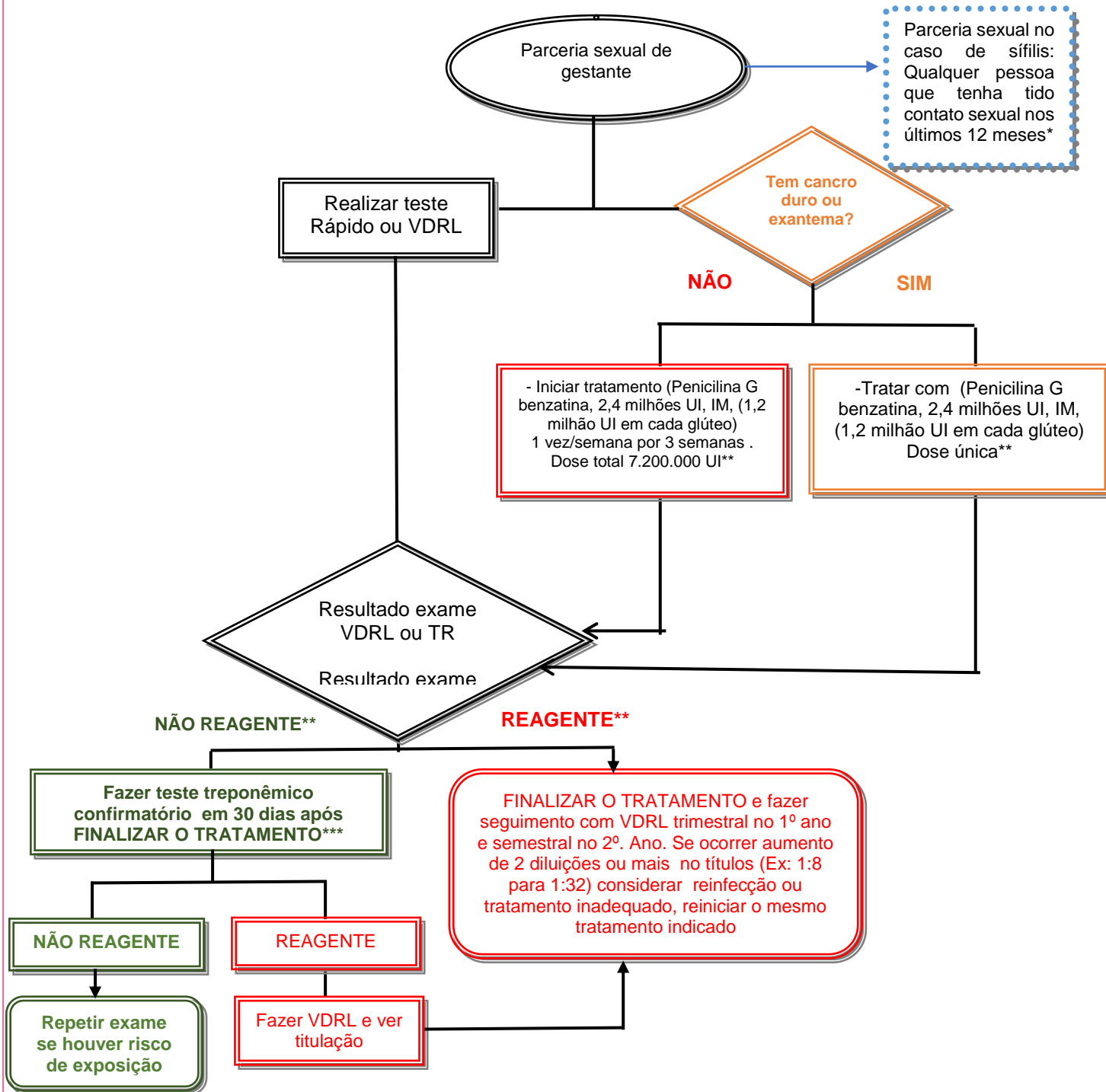


* Na impossibilidade de realizar o teste confirmatório com teste rápido, solicitar FTA-Abs, desde que o resultado esteja disponível antes de 1 semana, quando é imperativo a leitura do exame para confirmação ou não do diagnóstico e consequentemente a continuação do tratamento, se for o caso.

Diante de um exame treponêmico reagente é importante fazer correlação com a história clínica do usuário como: a) Tem história de sífilis anteriormente? b) Se sim, fez tratamento completo? Qual a droga e dose utilizada? Já fez tratamento com Penicilina benzatina (independente da patologia)? Avaliar possibilidade de **cicatriz sorológica (quando mesmo após tratamento correto os títulos permanecem baixo $\leq 1:4$, por longos períodos de tempo ou até por toda a vida.

*** Após o tratamento correto, o teste não treponêmico (VDRL) tende a declinar e negativar em 6 a 12 meses. Porém alguns casos podem permanecer memória ou cicatriz sorológica da sífilis).

FLUXOGRAMA 20 - TESTES PARA SÍFILIS- RASTREAMENTO E CONDUTAS DE PARCERIA (S) SEXUAL(IS)



*No caso de ISTs a definição de parceria sexual pode ser relativa à doença em questão: Ex: tricomoníase: parceria atual; corrimento uretral ou infecção cervical: nos últimos dois meses; DIP: nos últimos dois meses; úlceras: nos últimos três meses; sífilis secundária: nos últimos seis meses; sífilis latente: no último ano (BRASIL, 2015b p.37).

**Considerando que a parceria sexual é potencialmente infectada, mesmo se resultado da testagem for não reagente, na ausência de cancro duro (sífilis primária) ou exantema (sífilis secundária), tal como a a gestante, deverá ser tratada(o) como sífilis latente tardia ou terciária. Sendo o tratamento com uso de Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), semanal, por três semanas. Dose total de 7,2 milhões UI e após 30 dias do término do tratamento iniciar o controle de cura com VDRL trimestral até 1 ano e semestral no 2º. Ano (PARANÁ, 2016 p.19; BRASIL, 2015b p.94,95).

*** Teste confirmatório: teste treponêmico com qualquer metodologia (TR , FTA-Abs ou outros).

3.8.10.4 O Tratamento da Sífilis na Gestação e Parcerias sexuais

Conforme colocado no quadro 33, a sífilis é uma doença que permite a sua classificação a depender dos sinais e sintomas apresentados. Entretanto a maioria das pessoas com sorologia positiva não apresentam qualquer evidência da infecção.

Assim, da mesma forma que o parceiro **na ausência de cancro duro (sífilis primária) ou exantema (sífilis secundária), a gestante deverá ser tratada(o) como sífilis latente tardia ou terciária.** Sendo o tratamento com uso de Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), semanal, por três semanas. Dose total de 7,2 milhões UI Concomitante com o parceiro sexual (PARANÀ, 2016).

3.8.10.4.1 Abordagem e Tratamento da parceria (s) sexual (is)

Um grande desafio no enfrentamento da sífilis congênita refere-se à dificuldade de testagem e tratamento da parceria(s) sexual(is) de gestante com diagnóstico de sífilis.

Contudo, considerando que em cada relação sexual com uma pessoa infectada há uma chance em torno de 30% de contágio, todo parceiro sexual de gestante com diagnóstico é potencialmente ou presumivelmente infectado também,entretanto, alguns quando encontram-se na fase primária ou terciária da doença podem ter seus exames imunológicos negativos (BRASIL, 2014f) o que dificulta a abordagem bem como o tratamento subsequente.

Orientações básicas para parceria (s) sexual (is):

- ✓ **Gravidade da doença:** a sífilis é uma doença grave que pode ou não ser sintomática a depender do estágio de evolução. Os sinais e sintomas embora possam demorar anos para serem percebidos pela pessoa podem determinar infecções em órgãos extragenitais como coração e sistema nervoso central (SNC) ocasionado sinais e sintomas inespecíficos;
- ✓ **Drogas para tratamento:** embora seja bastante temido o tratamento com Penicilina é seguro (na ausência de história de alergia, ver fluxograma 19) e única forma de ser considerado adequado para a gestante e concepto. Pois quando não for possível realizar o tratamento com penicilina, o filho da gestante será considerado infectado e deverá receber tratamento completo com penicilina via endovenosa (EV) ou intramuscular (IM) por 10 dias além de ser exposto a todos os exames de investigação para sífilis congênita;
- ✓ **Possibilidade de Resultados sorológicos:** considerando que toda parceria sexual de uma pessoa infectada presumivelmente é infectado também, mesmo diante de um resultado não reagente, não é possível excluir a sífilis, necessitando tratamento;
- ✓ **O Tratamento:** o tratamento deverá ocorrer de forma CONCOMITANTE com a parceria. Na ausência de sinais e sintomas característicos da primeira ou segunda fase, não é possível determinar tempo de exposição ou localização do Treponema. Assim, da mesma forma que a gestante, **na ausência de cancro duro (sífilis primária) ou exantema (sífilis secundária), parceria sexual deverá ser tratada(o) como sífilis latente tardia ou terciária.** Sendo o tratamento com uso de Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteo), semanal, por três semanas. Dose total de 7,2 milhões UI, concomitante ao tratamento da gestante (PARANÀ, 2016).

Nas situações em que a parceria sexual encontra-se ausente, fora do convívio da gestante e sem relações sexuais com a mesma, o tratamento deverá ocorrer antes de voltar a ter contato sexual com a gestante tratada.

*Considera-se **TRATAMENTO CONCOMITANTE** com a parceria sexual da gestante com sífilis quando o tratamento deste(a) ocorrer entre a data de início até a data de aplicação da última dose do tratamento da gestante. Nas situações em que o parceiro sexual encontra-se ausente, fora do convívio da gestante e sem relações sexuais com a mesma, o tratamento deverá ocorrer antes de voltar a ter contato sexual com a gestante tratada.

3.8.10.4.2 Tratamento inadequado da Gestante

Será considerado inadequado o tratamento para sífilis quando:

- Tratamento realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina;
- Tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina;
- Tratamento inadequado para a fase clínica da doença;
- Tratamento finalizado no prazo de até 30 dias antes do parto;
- Parceiro(s) sexual(is) com sífilis não tratado(s) ou tratado(s) inadequadamente.

3.8.10.4.3 Atraso na aplicação doses subsequentes de Penicilina:

Embora não esteja claro sobre o que deve ser feito quando uma pessoa perde uma dose de penicilina durante um curso de terapia semanal para sífilis, a experiência clínica sugere que um intervalo de 10 a 14 dias entre as doses de penicilina benzatina para a sífilis latente pode ser aceitável antes de reiniciar a sequência de injeções (isto é, se a dose 1 for administrada no dia 0, a dose 2 entre os dias 10 e 14).

Contudo, considerações farmacológicas sugerem que um intervalo de 7-9 dias entre as doses, pode ser mais ideal.

No entanto, as doses perdidas não são aceitáveis para mulheres grávidas que recebem terapia para sífilis latente. Assim, as gestantes que perderam qualquer dose de terapia devem reiniciar o tratamento (CDC, 2015).

Quadro 32 - Tratamento da Sífilis em Gestantes e Não Gestantes

| Tempo de Evolução | Gestantes e Não Gestantes Tratamento* 1ª. Escolha | Alergia a Penicilina** | |
|---|--|---|--|
| | | Gestantes e Lactantes | Não gestantes |
| Sífilis Recente (primária, secundária ou latente recente- menos de um ano de duração) | Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo). | -Ceftriaxona 1g, IV ou IM, 1xdia, por 8 a 10 dias | . Doxiciclina 100 mg, VO, 2xdia, por 15 dias OU . Ceftriaxona 1g, IV ou IM, 1xdia, por 8 a 10 dias |
| Sífilis tardia (latente tardia ou terciária- mais de um ano de duração) | Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM | | |
| Neurosífilis (sífilis com manifestação neurológica) | Penicilina cristalina 18-24 milhões UI/dia, por via endovenosa, administrada em doses de 3-4 milhões UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias | | |

OBS: Nos casos de gestantes que alegarem alergia a penicilina e diante da impossibilidade de dessensibilização, poderá ser prescrito droga alternativa. Entretanto o feto será considerado não tratado com possibilidade de ter as manifestações clínicas de sífilis congênita.

Fonte: BRASIL Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis 2015. p.97-98.

Na ausência de teste confirmatório (sorologia treponêmica) considerar para o diagnóstico as gestantes com VDRL reagente, com qualquer titulação, desde que não tratadas anteriormente.

3.8.10.4.4 A pesquisa de sensibilidade à penicilina

A sensibilização às penicilinas pode ocorrer em consequência a outros tipos de exposição, como ingestão de leite ou carne contaminados por penicilina natural, inalação de partículas de penicilina em suspensão no ar, ou ainda, infecções fúngica cujos produtos induzem reações cruzadas com as penicilinas. Há ainda a possibilidade de reação de hipersensibilidade cruzada com outros antibióticos especialmente do grupo Beta lactâmicos exemplificados pelas Penicilinas; Cefalosporinas e Carbapênicos) GELLER et.al, 2006; BRASIL, 1999).

Em estudos internacionais, embora 5% a 20% dos pacientes possam considerar-se como tendo alergia à penicilina muitas dessas reações são na realidade erupções cutâneas localizadas. Além disso, a erupção cutânea, que é o principal marcador de alergia para a maioria das pessoas, pode estar associada a manifestações da doença tratada (sífilis secundária) ou de outra doença subjacente (como por exemplo, infecções por vírus); bem como seu efeito direto de outro medicamento utilizado de forma concomitante (ROBINSON; HAMEED Apud GRUMACH, et.al 2007).

Assim, muitas vezes as reações adversas relatadas referem-se a distúrbios neurovegetativos ou reações vasovagais, caracterizados por ansiedade, medo, sudorese, associados à dor ou à possibilidade de

sensação dolorosa frente à administração de quaisquer medicamentos parenterais ou de outros procedimentos médicos: esses episódios são corriqueira e erroneamente interpretados como reações anafiláticas.

De modo geral, a reação de hipersensibilidade sistêmica ocorre em 1 a 5% dos tratamentos com penicilina. Choque anafilático está presente em 0,2% e a taxa de mortalidade é de 0,02% dos casos. Cerca de 80-90% dos pacientes com história de alergia à penicilina não têm IgE específica pela documentação com os testes percutâneos padronizados e, portanto, a evitam desnecessariamente (ASBAI, 2014).

Desta forma, compreendendo que não existe tratamento para sífilis que seja eficaz além do uso da penicilina é importante assegurar uma boa anamnese no questionamento de eventos adversos prévios à medicação (ASBAI, 2006).

3.8.10.4.5 Reação de Jarisch-Herxheimer X Reação à penicilina

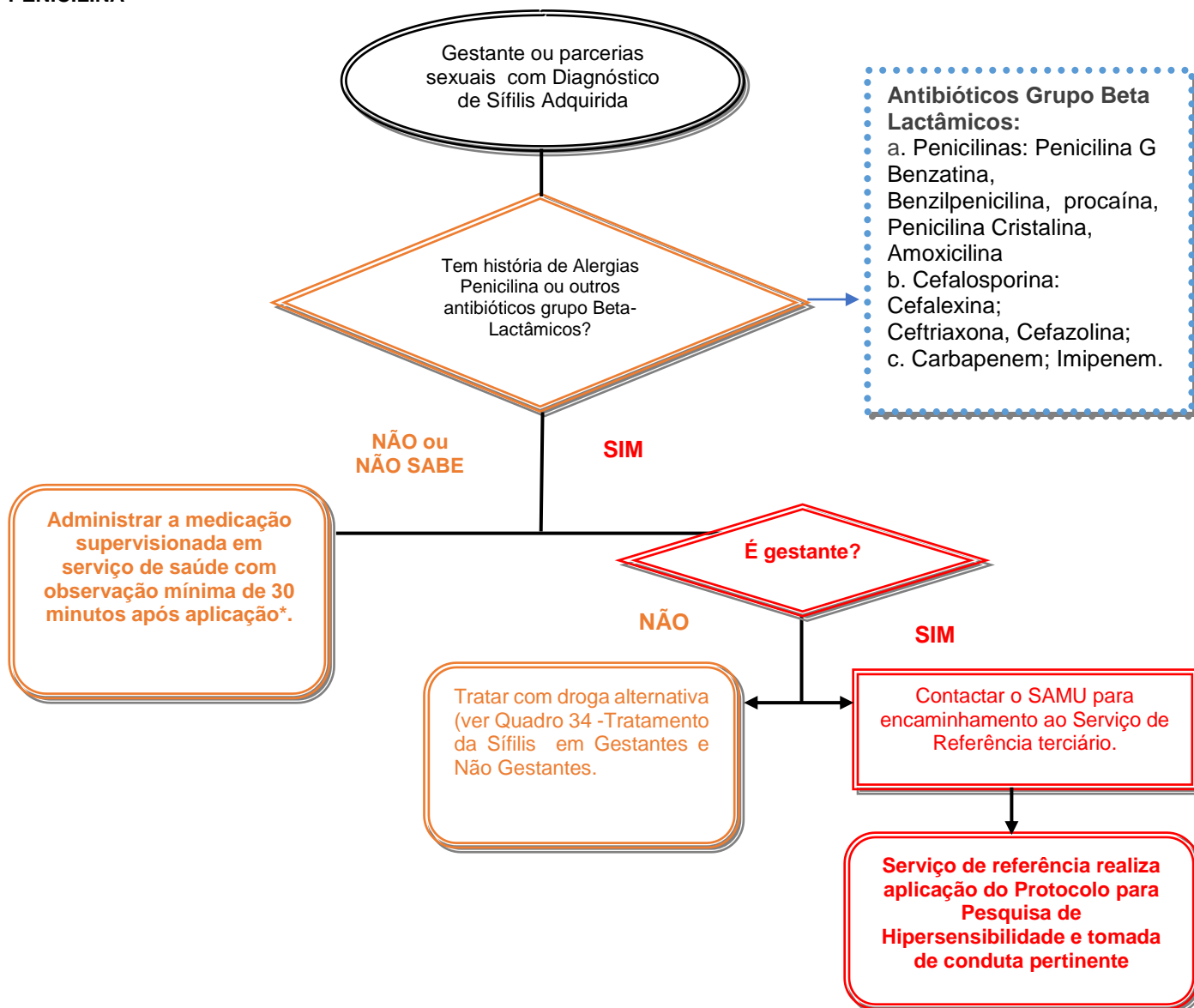
A Reação de Jarisch-Herxheimer é um tipo de reação cutânea caracterizado por eritema, dor ou prurido, febre, artralgia e mal-estar, que se relaciona a aplicação da penicilina quando a paciente se encontra na fase secundária da sífilis, sendo um evento que não requer maiores condutas além de sintomáticos.

Já a reação à penicilina independe do estágio de qualquer doença ou mesmo se houve aplicação anterior da medicação requerendo um tratamento de emergência. Vejamos abaixo as principais diferenças entre essas reações.

Quadro 33 - Reação De Jarisch-Herxheimer X Reação à Penicilina

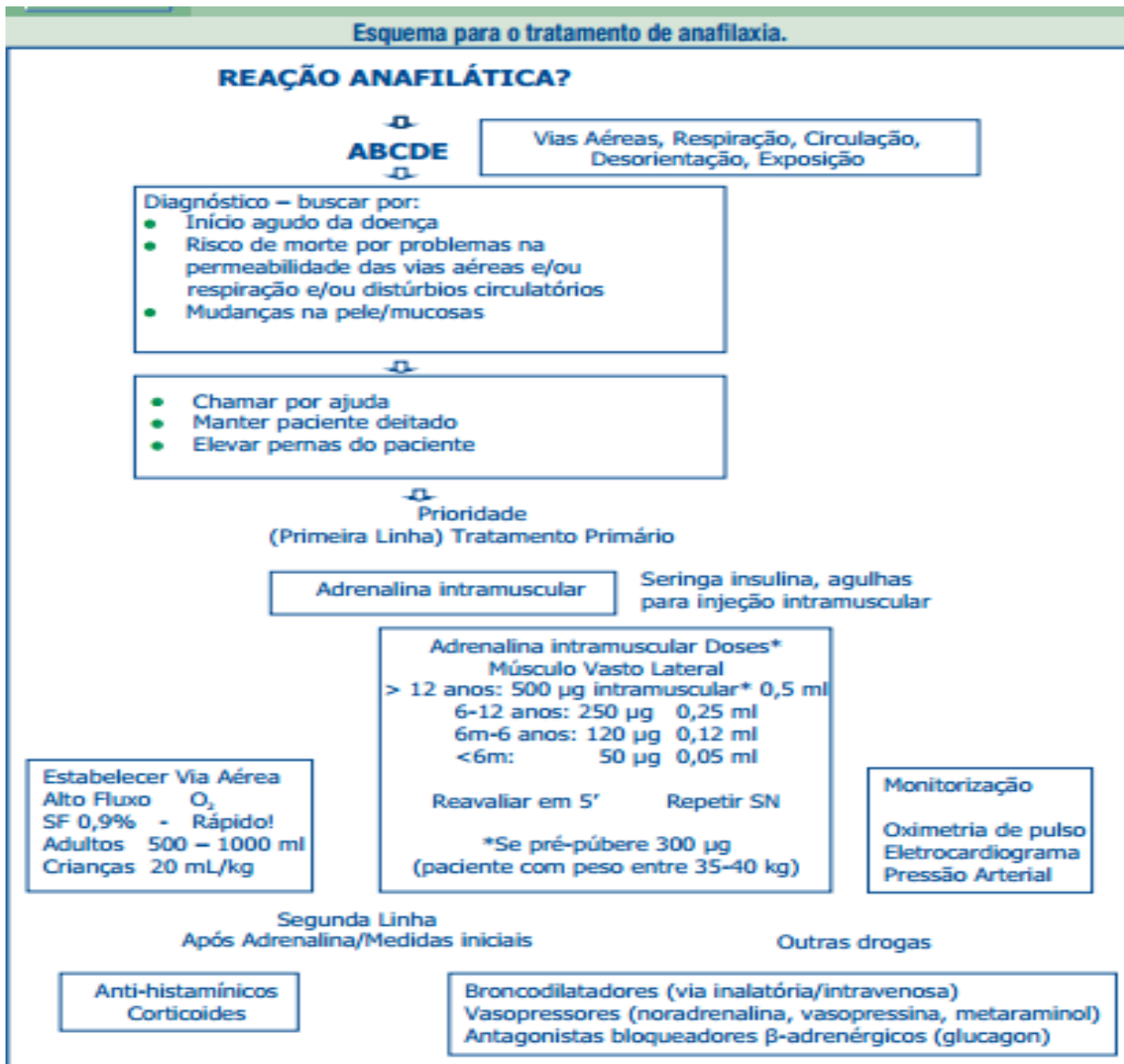
| TIPO DE REAÇÃO | JARISCH HERXHEIMER* | REAÇÃO À PENICILINA |
|---|---|---|
| Quando Aparece? | Após a primeira dose de penicilina, especialmente na fase secundária da sífilis | Classificadas em imediatas (anafiláticas), aceleradas (1 a 72 horas após), ou tardias (após 72 horas). No caso de anafilática a evolução é usualmente rápida, atingindo pico em 3-30 minutos, raramente pode perdurar por vários dias. |
| Sinais e Sintomas* | Exacerbação das lesões cutâneas (se sífilis secundária), eritema, dor ou prurido, febre, artralgia e mal-estar, que regridem espontaneamente após 12 a 24 horas | <ul style="list-style-type: none"> · Perda de consciência OU sinais e sintomas relacionados a um ou vários sistemas: · <u>Gastrointestinal</u>: Dor abdominal, aumento do peristaltismo com urgência para evacuar ou liberação de esfíncter, náusea, vômito, diarreia. · <u>Oral</u>: Prurido labial, língua e palato, edema de lábios e língua; · <u>Respiratório</u>: Obstrução de vias aéreas superiores por angioedema de língua, orofaringe ou laringe; broncoespasmo, aperto no peito, tosse, sibilância; rinite, espirros, congestão nasal e rinorréia. · <u>Cutânea</u>: Eritema difuso, rubor, urticária, prurido, angioedema. · <u>Cardiovascular</u>: Astenia, hipotensão, arritmia, choque hipovolêmico, síncope, dor torácica. · <u>Ocular</u>: Edema periorbital, eritema, eritema conjuntival, lacrimejamento. · <u>Gênito-urinário</u>: Cólicas uterinas, urgência miccional ou incontinência urinária. |
| Tratamento | Sintomáticos | Epinefrina (Adrenalina) concentração- 1:1.000. Crianças: 0,01 ml/kg até o máximo de 0,3 ml, via intramuscular (IM). Adultos: 0,3 a 0,5 ml, via IM. Se necessário, até chegada do SAMU a dose pode ser repetidas mais 2 vezes (total 3 doses) com intervalos de 15 a 20 minutos. |
| OBS: *Gestantes que apresentam a reação Jarisch Herxheimer podem apresentar ameaça de trabalho de parto pré-termo pela liberação de prostaglandinas em altas doses. Se houver esse desfecho ter o cuidado de seguir os protocolos recomendados para inibição do TPP. | | |

Fonte: ASBAI, 2014.

FLUXOGRAMA 21 - ATENDIMENTO A GESTANTE E/OU PARCERIAS SEXUAIS COM RELATO DE ALERGIAS A PENICILINA


*Conforme Portaria MS Nº 3.161 de 2/12/2011, a Penicilina pode ser aplicada nas UBS pela equipe de enfermagem (auxiliar, técnico ou enfermeiro), médico ou farmacêutico, mantendo sempre acessível material e medicações de emergência como Epinefrina (Adrenalina) e prometazina. Após a administração da Penicilina recomenda-se uma observação mínima no serviço de saúde de 30 minutos (período em que pode ocorrer a maioria das reações anafiláticas tipo imediata. (Grumach et al, 2007). Ver item 3.7.12.7.2 - Esquema de tratamento de Anafilaxia (qualquer origem).

3.8.10.4.6 Esquema de tratamento de Anafilaxia (qualquer origem)



Fonte: Associação Brasileira de Alergia e Imunopatologia Sociedade Brasileira de Anestesiologia- Outubro, 2011.-Projeto Diretrizes.

3.8.10.5 Procedimento Operacional Padrão (POP) para acompanhamento nos casos de sífilis

1. Busca da Gestante e orientação detalhada sobre a doença, risco para o bebê e o tratamento;
2. Iniciar tratamento segundo protocolo explicando a possibilidade de reação de *Jarisch Herxheimer* que não justifica a interrupção do tratamento e não significa alergia à droga;
3. Orientar sobre a transmissão de ISTs em geral e uso de preservativos como prevenção, principalmente durante o tratamento. Fornecer preservativos;
4. Instituir apazamento para acompanhar a gestante com sífilis;

5. Preenchimento completo da notificação e ENVIO IMEDIATO da ficha para a epidemiologia;
6. Buscar o parceiro e realizar sorologia;
7. Se parceiro(s) com sorologia positiva notificar sífilis adquirida e tratar o parceiro.
8. Reiniciar o tratamento (mesma droga e dosagem) em caso de interrupção do tratamento ou em caso de um intervalo maior do que sete dias entre as séries;

Todas as ações devem ser anotadas no prontuário da gestante, do parceiro (mesmo quando não for encontrado, informar a realização da busca) e no cartão da gestante.

3.8.10.5.1 Controle da cura da sífilis

- ↪ Os testes não treponêmicos (VDRL/RPR) devem ser realizados em gestantes mensalmente até o parto e população geral a cada 3 meses no primeiro ano e a cada 6 meses no segundo ano;
- ↪ A redução em quatro vezes nos títulos da sorologia (1:64 para 1:8) ou sua negatificação em seis a nove meses após o tratamento demonstra a cura da infecção;
- ↪ No caso de sífilis primária e secundária, os títulos devem declinar em torno de duas vezes em 3 meses (Ex: 1:32 para 1:8) e três vezes após 6 meses (Ex: 1:32 para 1:4). **Se os títulos se mantiverem baixos (<1:8) e estáveis em duas oportunidades, após dois anos, pode-se dar alta;**
- ↪ A elevação de títulos do VDRL/RPR em duas diluições (exemplo: 1:2 para 1:8) em relação ao último exame realizado, justifica um novo tratamento com o mesma droga e dose anterior;
- ↪ Considerar a necessidade de oferecimento de testes periódicos em pessoas e parceria(s) sexuais com vulnerabilidade aumentada.

3.8.11 TSH - Rastreamento e Condutas nas Tireoidopatias na Gestação

A tireoide é uma glândula que fica localizada na parte anterior do pescoço, que produz os hormônios tireoidianos, sendo que os principais são os triiodotironina (T3) e tiroxina (T4). A função destes hormônios é controlar o metabolismo e a homeostase (equilíbrio entre os sistemas) do corpo. A tireoide é controlada pela hipófise que por sua vez é controlada pelo hipotálamo. Se o hipotálamo e a hipófise detectam baixa circulação de hormônios tireóideos, a hipófise produz TSH (Thyroid-Stimulating Hormone) que é o hormônio que estimula a tireoide a produzir mais T3 e T4. Este mecanismo é conhecido como feedback negativo e em pacientes com um eixo hipotálamo- pituitário-tireoide intacto, controla o metabolismo da glândula tireoide. Este processo quando não se dá de forma normal pode resultar em uma das disfunções tireoidianas mais comuns da glândula, o hipertireoidismo ou hipotireoidismo.

3.8.11.1 Sinais e Sintomas do hipotireoidismo

Intolerância ao frio, queda de cabelo; macroglossia; dores osteomusculares; pele seca, fria, amarelada, edemaciada; constipação intestinal; ganho ponderal excessivo; bradicardia; parestesias; anemia frequente; amenorreia sem outras causas, entretanto, na gravidez estes sinais e sintomas podem ser confundidos facilmente com alterações fisiológicas do período dificultando o diagnóstico clínico.

3.8.11.2 Sinais e Sintomas do Hipertireoidismo

Taquicardia, nervosismo, tremores, intolerância ao calor, perda de peso, bócio, diarreia, palpitações, exoftalmia e hipertensão arterial. Embora a náusea seja comum no início da gestação, a ocorrência de hiperêmese gravídica com perda de peso pode significar a presença desta patologia. Como em geral o diagnóstico clínico é difícil, a dosagem laboratorial do TSH, do T4 livre e do índice de tiroxina livre são importantes para confirmar a presença do Hipertireoidismo (BRASIL, 2010 p.195)

3.8.11.3 Risco de desenvolver a disfunção tireoidiana

1) história de hipertireoidismo ou hipotireoidismo ou tireoidite pós-parto prévia; 2) passado de irradiação cervical; 3) bócio; 4) história familiar de doença tireoidiana; 5) anticorpos antitireoidianos positivos; 6) diabetes mellitus tipo 1 ou outra doença autoimune; 7) história de abortos ou partos prematuros; 8) sintomas e sinais de disfunção tireoidiana incluindo anemia, elevação de colesterol e hiponatremia; 9) tratamento com amiodarona (VAIDYA et. al, 2007 Apud SGARBI et. al, 2013).

3.8.11.4 Aspectos fisiopatológicos das disfunções tireoidianas na gestação

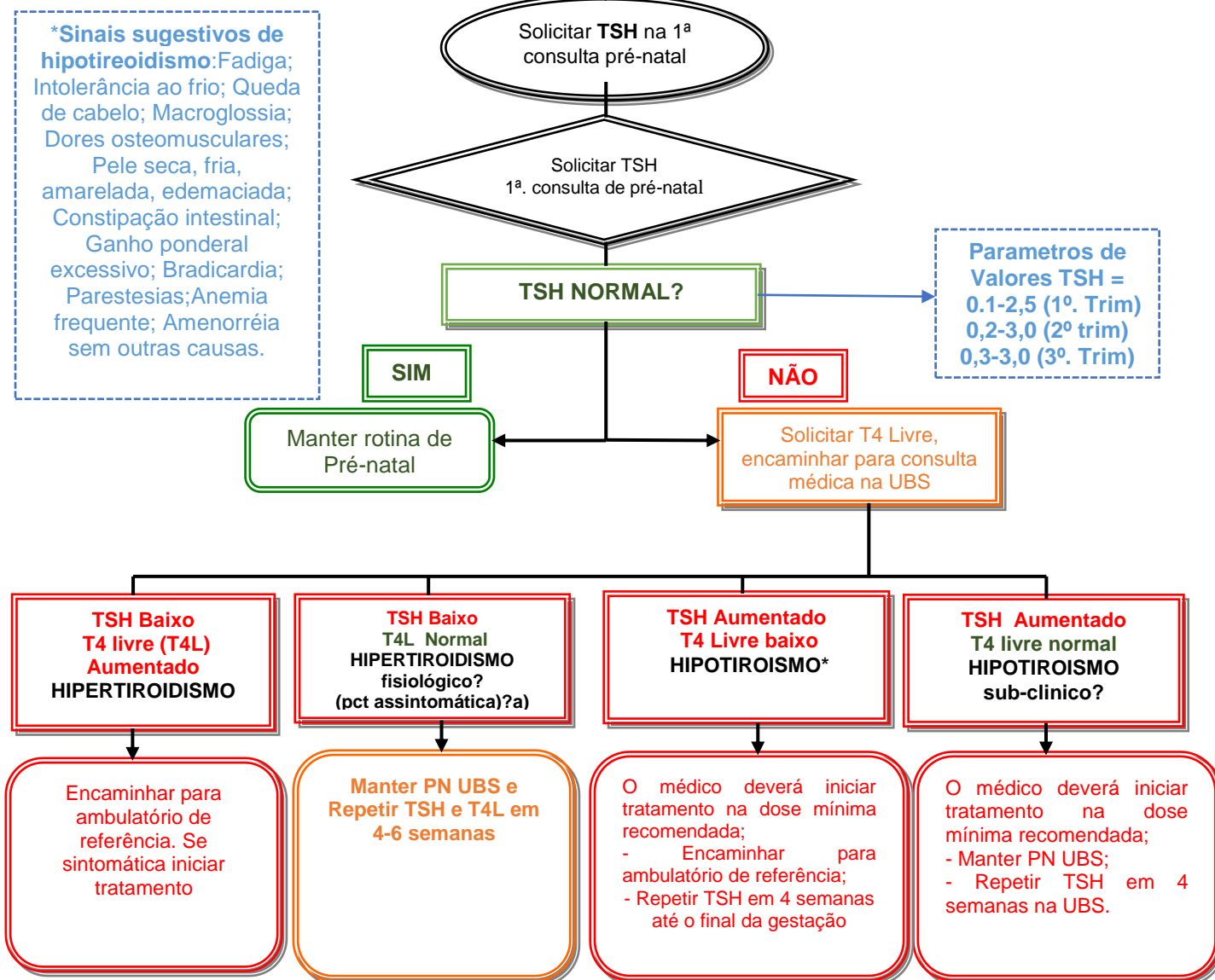
Embora não esteja muito claro como se dá o processo na gestação, este evento feminino leva a modificações funcionais e estruturais na tireoide que simulam alterações patológicas. De modo que no curso da gestação existem três entidades integradas atuando na fisiologia tireoidiana: gestante, feto e placenta: abaixo um resumo das principais alterações:

- Na mulher eutireoidea grávida ocorre o aumento do volume da glândula e indução da formação de novos nódulos tireoidianos na forma de hiperplasia nodular, estando associada ao aumento da excreção urinária de iodo, sem alteração dos níveis séricos hormonais;
- Entre a 10^a. e 12^a. Semana há um pico de gonadotrofina coriônica humana (hCG) que promove uma estimulação direta da tireoide materna resultando em diminuição no TSH e aumento modesto dos níveis de T3 e T4, este fenômeno, chamado de hipertireoidismo fisiológico transitório, pode ser observado em aproximadamente 20% das gestações normais. Mas em apenas 10% dos casos (ou seja, 2% das gestações) ocasiona aumentos suprafisiológicos, que podem levar a graus variados de sinais e sintomas de tireotoxicose (CARVALHO, PEREZ, WARD, 2013).
- Já no 2^o. e 3^o. trimestre de gestação os níveis de T3L e o T4L diminuem para cerca de 30% abaixo do valor médio normal, o que pode resultar em hipotireoidismo também fisiológico ou não.

Assim, pode-se dizer que embora o TSH possa sofrer algumas alterações fisiológicas no decorrer da gestação, os níveis de triiodotironina (T3) e a tireoxina (T4) livres permanecem dentro da faixa da normalidade, portanto, a interpretação dos resultados de testes de função tireoidiana durante a gestação deve ser feita com cuidado.

Desta forma, em todo o mundo não há um consenso sobre rastreamento universal. No Brasil, não existe nenhum protocolo de pré-natal institucionalizado que mencione de rotina a solicitação do TSH.

Entretanto compreendendo a importância do diagnóstico precoce, no município de Londrina optou-se pela adoção do rastreamento conforme segue:

FLUXOGRAMA 22 - TSH: RASTREAMENTO E CONDUTAS NAS TIREOIDOPATIAS

QUADRO 32- TRATAMENTO DO HIPOTIROIDISMO

| TIROIDITE | TRATAMENTO | OBSERVAÇÕES |
|---|--|---|
| Hipotireoidismo prévio em tratamento | Manter tratamento com levotiroxina sódica (L-T 4) e ajustar a dose, com um aumento empírico de 30% (12,5-50 ug) na primeira consulta. Aumentando em 25 µg a cada quatro semanas até atingir a dose suficiente para normalização do TSH (TSH <2,5). | Nomes comerciais L-T4: Puran®, Euthyrox®, Synthroid®; |
| Hipotireoidismo subclínico | Iniciar L-T4 entre 25 e 50 µg/dia. | Repetir exame TSH cada 4 -6 semanas tendo como alvo o TSH < 2,5 µg/mL). |
| Hipotireoidismo diagnosticado na gestação | Iniciar LT4 na dose de 2,0 a 2,5 µg/kg/ dia. | Deve ser ajustada para alcançar valores de TSH < 2,5 µg/mL. |
| Hipotireoidismo no pós-parto | Reduzir em 30% na dose de L-T4 | Reavaliar o TSH em 6 a 8 semanas. Repetindo cada 2 meses até o 6º.mês após o parto. |

OBS: a) Administrar a levotiroxina em jejum de no mínimo 40 minutos pela manhã (melhor 1 hora). Deve-se evitar o uso concomitante com sulfato ferroso, carbonato de cálcio ou vitaminas por interferência na sua absorção. Sugere-se usar esses suplementos após o intervalo de, pelo menos 4 horas (Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabolismo, 2011). b) Na mudança de laboratório o exame deve ser realizado de 4-6 semanas de uso do medicamento de laboratório atual. Jamais fracionar o comprimido hormonal

Fonte: SBEM. Projeto diretrizes. Hipotireoidismo: Tratamento.

3.8.12 Urina I e Urocultura- Rastreamento e Condutas na Infecção Urinária da Gestação

A infecção do trato urinário (ITU) é comum em mulheres jovens, e representa a complicação clínica mais frequente na gestação, ocorrendo em 17% a 20% das mulheres nesse período. Está associada à rotura prematura de membranas, ao aborto, ao trabalho de parto prematuro, à corioamnionite, baixo peso ao nascer, à infecção neonatal, além de ser uma das principais causas de septicemia, na gravidez. Cerca de 2% a 10% das gestantes apresentam bacteriúria assintomática, sendo que 25% a 35% desenvolvem pielonefrite aguda.

A gestação ocasiona modificações fisiológicas no corpo feminino, algumas mediadas por hormônios que favorecem a infecção do trato urinário (ITU): estase urinária pela redução do peristaltismo ureteral, aumento da produção de urina, glicosúria e aminoacidúria favorecendo o crescimento bacteriano e infecções. Os microorganismos envolvidos são aqueles da flora perineal normal, principalmente a *Escherichia coli*, que responde por 80% a 90% das infecções. Outros gram-negativos (como *Klebsiella*, *Enterobacter* e *Proteus*) respondem pela maioria dos outros casos, além do enterococcus e do estreptococo do grupo B. A bacteriúria assintomática é a mais frequente, sendo que as infecções sintomáticas poderão acometer o trato urinário inferior (cistites) ou, ainda, o trato superior (pielonefrite).

3.8.12.1 Tipos de Infecção Urinária

3.8.12.1.1 Bacteriúria assintomática

É definida como a condição clínica de mulher assintomática que apresenta urocultura positiva, com mais de 100 mil colônias por ml (10^5). Se não tratada, as mulheres poderão desenvolver sintomas e progressão para pielonefrite. Por isso, toda gestante com evidência de bacteriúria deve ser tratada. O rastreamento da bacteriúria assintomática deve ser feito obrigatoriamente pela urocultura, já que, em grande parte das vezes, o sedimento urinário é normal. Este exame deve ser oferecido de rotina no primeiro, segundo e no terceiro trimestres da gravidez.

O tratamento deve ser guiado, sempre que possível, pelo teste de sensibilidade do agente observado no Antibiograma, sendo semelhante ao tratamento da cistite.

3.8.12.1.2 Cistite aguda

A cistite aguda se diferencia da bacteriúria assintomática pela presença de sintomas como disúria, polaciúria, urgência miccional, nictúria, estrangúria, dor retropúbica, supra púbica ou abdominal. Normalmente, é afebril e sem evidência de sintomas sistêmicos. A análise do sedimento urinário pode evidenciar leucocitúria (acima de 10 leucócitos por campo) e hematúria. A urocultura apresenta mais de 100 mil colônias por ml (10^5). Em geral, o tratamento das pacientes grávidas com cistite aguda é iniciado antes que o resultado da cultura esteja disponível. A escolha do antibiótico, como na bacteriúria assintomática, deve estar direcionada para cobertura de germes comuns e pode ser modificada após a identificação do agente e a determinação de sua susceptibilidade.

Na gestação, o tratamento na gravidez sofre uma redução significativa com relação às drogas potencialmente utilizáveis (ver quadro 28). Quanto ao tempo, embora alguns estudos têm sugerido um tratamento por um período menor (de 3 a 7 dias), observa-se que há conflitos de evidências, de forma que em gestantes o tratamento por menos de 7 a 10 dias têm alta taxa de recorrência. Desta forma, recomenda-se que seja utilizado o curso de 7 a 10 dias de antibioticoterapia, que geralmente é suficiente para erradicar a infecção e evitar o risco de recorrência. O quadro 28 lista os antibióticos de uso oral mais usados no tratamento:

3.8.12.1.3 Pielonefrite

Pielonefrite aguda durante a gravidez é uma doença grave que pode cursar com sepse trabalho de parto prematuro. Caracteriza-se pelo comprometimento do ureter, da pelve e do parênquima renal. As vias de infecção são ascendente, teratogênica ou linfática. Ocorre em 2% das grávidas e até 23% destas mulheres têm recorrência na mesma gravidez. O diagnóstico é feito por bacteriúria acompanhada de sintomas sistêmicos como febre, taquicardia, calafrios, náuseas, vômitos e dor lombar, com sinal de Giordano positivo. De forma geral, é precedido de sintomas de infecção do trato urinário inferior. Na suspeita, encaminhe a gestante para avaliação hospitalar, pois embora seja possível o tratamento ambulatorial para pielonefrite, na suspeita desta pode ser indicado a hospitalização, especialmente quando estiverem presentes sinais de sepse e desidratação.

Após o tratamento de pielonefrite, a mulher deve ingerir nitrofurantoína (100mg/dia) até a 37^a ou a 38^a semana de gravidez (DUARTE, 2008).

Controle de cura: Em todos os casos de infecção urinária, deve-se realizar cultura de urina para controle de cura de uma a duas semanas após o término do tratamento, para confirmar erradicação da bacteriúria. Se a urina for estéril e não houver sintomas urinários presentes, esta deve ser repetida mensalmente até o parto (BRASIL, 2012, pg.196).

3.8.12.2 Prevenção das Infecções do sistema urinário

Algumas orientações abaixo podem contribuir para diminuir os episódios de infecções como:

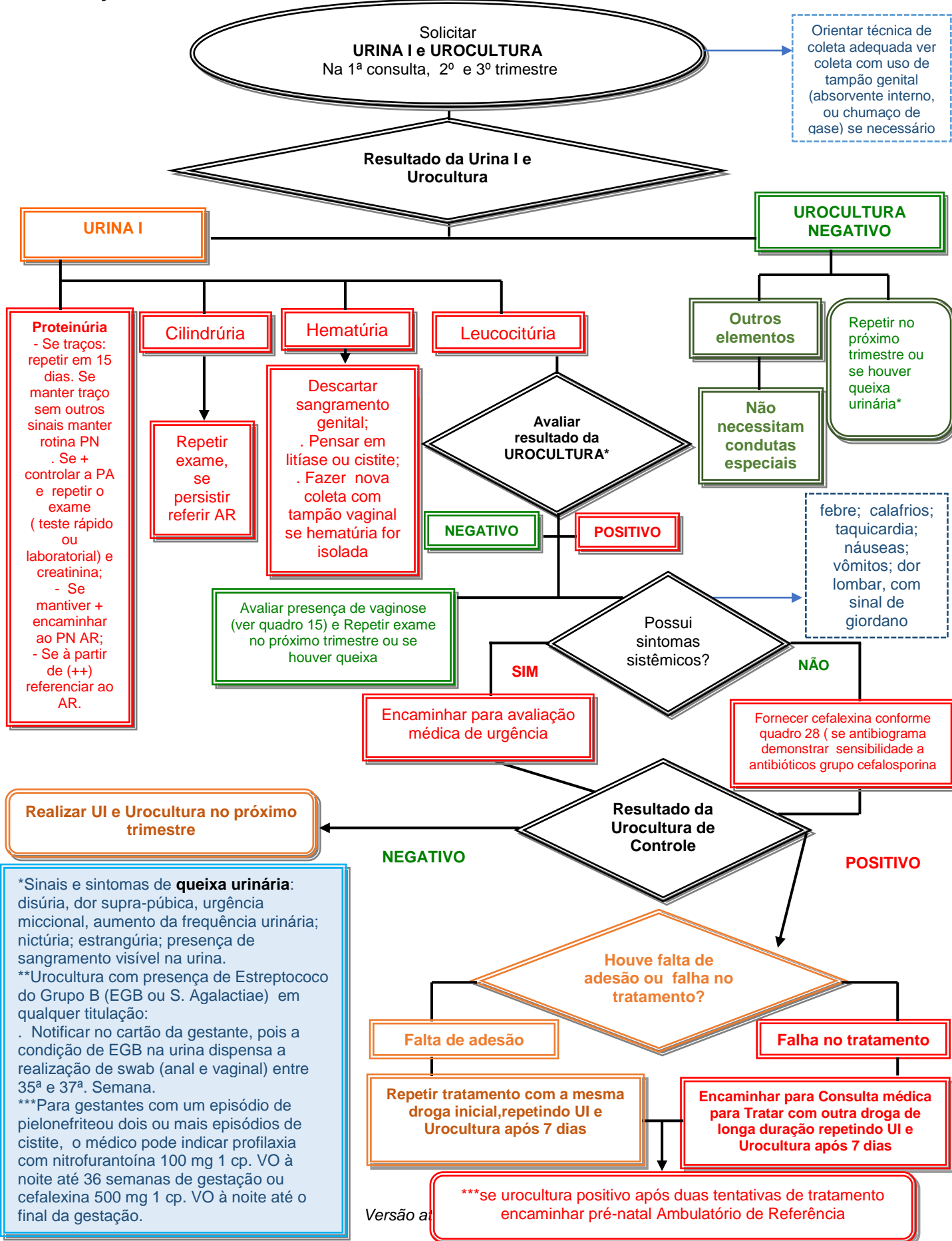
- Ingestão de água: A água evita o crescimento de bactérias causadoras de infecção, “lavando” constantemente as vias urinárias. A ingestão de cerca de 2 litros de água/dia também ajuda a prevenir os cálculos renais que podem aumentar o risco de pielonefrite;
- Higiene pessoal: Orientar que as mulheres devem fazer a higiene pessoal após urinar e/ou evacuar, utilizando o papel higiênico no sentido da frente para trás, para não correr o risco de levar as bactérias presentes nas fezes, que muitas vezes se encontram no períneo para a região vaginal, contaminando pois o orifício da uretra e levando à infecção urinária;
- Precauções na atividade sexual: Recomenda-se ingerir água logo após a relação sexual, de forma que estimule a micção abundante pós coito. Além disso, uma boa higiene ao redor dos órgãos genitais antes da relação sexual pode diminuir a expansão de bactérias;
- Procurar esvaziar toda a bexiga durante a micção, inclusive o volume residual. Isto é possível aguardando um pouco após o término do fluxo urinário, quando deverá fazer um novo esforço miccional.

3.8.13 3.8.13 A Escolha do Tratamento da Infecção urinária

O tratamento da ITU deve ser guiado, sempre que possível, pelo teste de sensibilidade do agente observado no Antibiograma.

Contudo, considerando que não é possível a realização do teste de antibiograma para todos os antibióticos disponíveis no mercado, a ANVISA estabelece que seja testado pelo menos um antibiótico de cada classe. Desta forma, entende-se que os resultados de susceptibilidade "in vitro" para este antibiótico também é o mesmo para os demais da mesma classe e geração. Ex: A CEFALOTINA é um antibiótico de 1ª geração da classe das cefalosporinas, e seu resultado in vitro prediz a susceptibilidade de outros agentes orais da mesma classe, como: cefadroxil, cefpodoxime, cefalexina e loracarbef.

FLUXOGRAMA 23 - URINA I E UROCULTURA- RASTREAMENTO E CONDUTAS DA INFECÇÃO URINÁRIA NA GESTAÇÃO



Orientar técnica de coleta adequada ver coleta com uso de tampão genital (absorvente interno, ou chumaço de gase) se necessário

febre; calafrios; taquicardia; náuseas; vômitos; dor lombar, com sinal de giordano

*Sinais e sintomas de **queixa urinária**: disúria, dor supra-púbica, urgência miccional, aumento da frequência urinária; nictúria; estrangúria; presença de sangramento visível na urina.
 **Urocultura com presença de Estreptococo do Grupo B (EGB ou S. Agalactiae) em qualquer titulação:
 . Notificar no cartão da gestante, pois a condição de EGB na urina dispensa a realização de swab (anal e vaginal) entre 35ª e 37ª. Semana.
 ***Para gestantes com um episódio de pielonefrite ou dois ou mais episódios de cistite, o médico pode indicar profilaxia com nitrofurantoína 100 mg 1 cp. VO à noite até 36 semanas de gestação ou cefalexina 500 mg 1 cp. VO à noite até o final da gestação.

Versão a

***se urocultura positivo após duas tentativas de tratamento encaminhar pré-natal Ambulatório de Referência

Escolha de Antibiótico para o Tratamento de Infecções Urinárias na Gravidez

Quadro 28 – Escolha de Antibiótico para o Tratamento de Infecções Urinárias na Gravidez

| Antibiótico | Evidência na gravidez | Posologia para tratamento de longa duração | Contraindicações |
|-------------------------|-----------------------|--|--|
| Cefalexina | B | Um comprimido de 500mg via oral de 6 em 6 horas por 7-10 dias. | Contraindicada em pacientes que tenham demonstrado alergia aos antibióticos do grupo das cefalosporinas ou penicilina. |
| Nitrofurantoína | B | Um comprimido de 100mg via oral de 6 em 6 horas por 7-10 dias. | Contra indicado para pacientes com insuficiência renal moderada. |
| Amoxicilina | B | Um comprimido de 500mg via oral de 8 em 8 horas por 7-10 dias. | Pacientes com história de reações alérgicas e hipersensibilidade às penicilinas ou cefalosporinas. |
| Ampicilina | B | Um comprimido de 500mg via oral de 6 em 6 horas por 7-10 dias | |
| Fosfomicina Trometamol* | A e B | Administrada, a noite antes de dormir, na dose única de 3g da apresentação em pó, diluída em água. | |

*Esta medicação não é fornecida pelo sistema único de saúde (SUS). Sua utilização pode ocorrer com critérios clínicos (bacteriúria assintomática, cistite leve, preferencialmente no 1º. e 2º. trimestre).

Fonte: BRASIL, 2012 p.192.

OBSERVAÇÕES:

Devido à gravidade da ITU em gestante, pois desencadeia parto prematuro; é recomendado que Gestantes com queixa urinária (como disúria, polaciúria, urgência miccional, nictúria, estrangúria, dor retropúbica, suprapúbica ou abdominal) **sempre investigar corrimento vaginal, contração uterina e solicitar urina l e urocultura com urgência** com resultado e conduta médica para o mesmo dia .

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

- De preferência colher em casa, 1ª. urina da manhã ou qualquer urina com no mínimo duas horas após a micção anterior, período que corresponde ao tempo de latência para o crescimento bacteriano, para que se evitem falsos negativos;
- Realizar higiene íntima antes da coleta (lavar com água e sabão, secar);
- Orientar que colete do jato médio sem interromper o fluxo.

3.8.14 A ultrassonografia (USG) obstétrica

A ultrassonografia é definida como uma onda sonora com frequência maior que 16 KHz, acima do limite audível pelo ouvido humano, cuja finalidade é a visualização de estruturas profundas do corpo. O exame ultrassonográfico é um método diagnóstico não invasivo, sem liberação de radiações ionizantes e não deletério para o feto, para a gestante e para o operador envolvido (ZUGAIB, et al 2008).

Entretanto evidências científicas, apontam que a USG de rotina não melhora o prognóstico perinatal isoladamente em gestações de baixo risco (AMORIM; MELO,2009) e que segundo o Ministério da Saúde os possíveis benefícios deste exame de rotina durante a gestação sobre outros resultados permanecem ainda incertos, de modo que “a não realização deste exame não constitui omissão, nem diminui a qualidade do pré-natal CROWTHER et al., 1999 apud BRASIL, 2012 p. 52).

Embora de uso cada vez mais frequente principalmente na obstetrícia, a USG é um exame “examinador dependente”, o que resulta em uma grande variação na sensibilidade de detecção de algumas alterações mesmo para as anomalias, que podem ser de 13 a 96% (BURNS et.al.,2012) a depender se a realização ocorre em centros terciários especializado em medicina fetal ou não (CHITTY LS., 1995 Apud BRUNS et al. 2012), sendo que em nossa realidade o exame é realizado por serviço de imagem não especializados.

Entretanto, atualmente este exame é uma tecnologia culturalmente aceita pelos profissionais e usuários como indicador de boa assistência pré-natal; assim, para nossa prática clínica, isto significa que mesmo sendo um exame de fácil acesso e inócuo, deve-se evitar o uso indiscriminado mantendo uma indicação precisa para sua realização. Desta forma, na ausência de intercorrências clínicas, respeitar o melhor período para a solicitação OU caso necessário ofertar o exame conforme a necessidade.

A realização de USG precoce (antes da 9ª semana), só deve ocorrer na presença de indicação clínica obstétrica como suspeita de gestação ectópica, mola hidatiforme, síndromes hemorrágicas. Pois neste período, o conceito é ainda um embrião, e os dados do exame são pobres e a depender do caso e do examinador o laudo pode interrogar a presença do embrião (descrito como “ovo anembrionado?”). Esta situação pode ocasionar dúvidas, insegurança desnecessárias para a gestante e profissional além de demandar repetição desnecessária de exames.

Abaixo, algumas orientações no quadro para padronizar a solicitação USG de rotina no período gestacional, lembrando que a USG realizada no 1º trimestre é a única que tem evidências científicas que relacionam sua realização com uma melhor determinação da idade gestacional, detecção precoce de gestações múltiplas e malformações fetais clinicamente não suspeitas (BRASIL, 2012).

Quadro 35 - Principais Indicações da Ultrassonografia Obstétrica (USG) de Rotina Conforme Trimestre Gestacional

| CRITÉRIO | PERÍODO | INDICAÇÃO |
|---|---|--|
| Todas as Gestantes inscritas no pré-natal | 10-13 ^a . Semanas à partir da DUM | <ul style="list-style-type: none"> ↪ Determinação da idade gestacional; ↪ Verificação do N^o de fetos e corionicidade; ↪ Localização da implantação da placenta; ↪ Viabilidade do conceito; ↪ Definição de causa de sangramento vaginal; ↪ Detecção de anomalias grosseiras como anencefalias; ↪ Avaliação de massas pélvicas maternas ou anormalidades uterinas; ↪ Medição de TN sempre que for possível (entre 11-13 sem.6 dias); ↪ Investigação de suspeita de doença trofoblástica fetal. |
| | 20-24 ^a . Semanas | <ul style="list-style-type: none"> ↪ Morfologia fetal (Biometria e anatomia: avaliando cabeça, face, pescoço, tórax, abdômen, extremidades); ↪ Avaliação do líquido amniótico (Índice de ILA); ↪ Crescimento fetal (peso fetal); ↪ Medida do colo do útero*: ↪ Condições da placenta: grau de calcificação pela classificação de Grannum e localização em relação ao orifício interno; ↪ Localização da placenta. |
| | 34 ^a .-36 ^a . Semana | <ul style="list-style-type: none"> ↪ Estimativa do peso e crescimento fetal; ↪ Condições da placenta: grau de calcificação pela classificação de Grannum; ↪ Avaliação do líquido amniótico (Índice de ILA); ↪ Vitalidade fetal; ↪ Situação/apresentação fetal |

* A medida do colo do útero é indicada para os seguintes casos: adolescentes, história de parto prematuro ou aborto no 2^o. trimestre. Se < 2, 5 fator preditivo positivo para parto prematuro, referenciar para consulta com ginecologista para indicação de uso progesterona. Atentar-se para presença de leucorreia e ITU que aumentam o risco de parto prematuro.

Fonte: BASTOS et. al, 2008 (Adaptado).

Considerando que uma das principais indicações da realização da USG obstétrica no 2^o. trimestre é a verificação da Morfologia fetal (Biometria e anatomia), todo exame deste período deveria ser também “USG morfológica”. Entretanto na prática o que se tem é uma diferenciação importante na solicitação, valores e prestadores de serviço. Desta forma, este exame está disponível para o número reduzido de pacientes conforme os critérios abaixo:

Quadro 36 - Principais Indicações da Ultrassonografia Obstétrica (USG) Morfológica

| Critérios | Período | Indicação |
|--|---------------------------------|--|
| <ul style="list-style-type: none"> ❖ História familiar de malformações (ex: cardiopatias; alterações genéticas (ex: Síndrome de Down)); ❖ Gestação anterior com malformação anatômica; alteração genética; ❖ Uso de drogas comprovadamente teratogênicas na gestação atual; ❖ Suspeita de infecções congênitas (Rubéola, Citomegalovírus, Toxoplasmose, Parvovírus, Zika vírus); ❖ Alterações ecográficas na gestação atual (ex: cisto plexo coroide); ❖ Alterações do Volume Amniótico (Polidrâmio ou Oligoidrâmio); ❖ pais com grau de parentesco familiar de primeiro ou segundo grau; ❖ Mães adolescentes com gestação após 2 anos da menarca; ❖ Translucência nucal (TN) alterada (detectada ao acaso em USG obstétrica normal); | 20-24 ^a . Semanas | <ul style="list-style-type: none"> · Morfologia fetal (Biometria e anatomia mais detalhada) · Quantidade de líquido amniótico; · Crescimento fetal · Condições da placenta: grau de calcificação pela classificação de Grannum |

Fonte: BASTOS et. al, 2008; NETO et. al, 2009; BRUNS, et.al , 2012 (Adaptado).

3.8.14.1 Alguns Tópicos da Ultrassonografia (USG) Obstétrica

De modo geral pode-se dizer que achados alterados na USG obstétrica requerem encaminhamento ao serviço de referência ambulatorial ou hospitalar, conforme fluxos e quadros específicos. Entretanto, para melhor elucidação aos não especialistas em obstetrícia, abaixo um quadro para simplificação da leitura de um exame de rotina (BASTOS et.al, 2008; NETO et.al, 2009; BRUNS, et.al , 2012).

1. IDADE GESTACIONAL

A predição da IG pela USG entre 10^a.- 13^a. semana é a mais indicada. Porém, os parâmetros e a sensibilidade da predição podem variar conforme o período:

- 5^a. semana: Identificação do saco gestacional;
- 6^a. semana: pólo embrionário e a atividade cardíaca;
- Até 12^a. semana: A avaliação se dá pelo comprimento cabeça nádegas (CCN): Precisão 3 a 5 dias (\pm 2DP).
- 12-28 semanas: Melhor acurácia é o Diâmetro biparietal (DBP). Outros parâmetros: circunferência craniana e comprimento do fêmur.

Assim, por volta da 20ª ou da 30ª semana, estimando-se a IG com o uso de múltiplos parâmetros (medida do diâmetro biparietal, circunferência craniana e comprimento do fêmur) esse erro passa para uma semana e meia e duas semanas e meia, respectivamente.

CONCLUSÃO: Idealmente a IG calculada pela USG no 1º trimestre entre 10-13 semanas e 6 dias é a mais indicada (BASTOS et al, 2009; BRASIL, 2012 p.53-54).

2. BATIMENTOS CARDÍACOS

A prova mais precoce de uma gestação viável é quando observamos a presença de atividade cardíaca embrionária. Entretanto, é importante lembrar que os parâmetros dos Batimentos cardíacos embrionário (BCE), se difere dos Batimentos cardíacos fetais (BCF). Pois uma vez que a frequência cardíaca é crescente da 5ª semana (82 bpm) até a 9ª semana (156 bpm). À partir da 7ª. semana de IG, o achado de BCE menor ou igual a 100 bpm mostra grande possibilidade (cerca de 97%) de morte embrionária, seguido de abortamento (WLADIMIROFF , 1991). Já a fase fetal é considerada normal o batimento cardíaco (BCF) entre 120 a 160 batimentos por minuto (BRASIL, 2012).

3. MORFOLOGIA FETAL

Refere-se a análise da anatomia dos diversos segmentos do feto, como cabeça, face, pescoço, tórax, abdome, extremidades, coluna vertebral e estruturas anatômicas internas. Realizada entre 20ª. e 24ª. semana, nessa avaliação atenta-se não apenas para as estruturas alteradas, mas também para as normais, sempre considerando-se a idade gestacional.

2.1 Translucência Nucal (TN)/Osso nasal:

A TN é um espaço anecóico situado entre a pele e o tecido mole que circunda a coluna cervical. Pode ser medida tanto pela via transvaginal como pela via abdominal. A idade gestacional ideal para a medida da TN é entre 11 e 13 semanas e seis dias. Essa medida em combinação com a análise de outras características fenotípicas fetais permite a suspeitas das anormalidades cromossômicas. **SIGNIFICADO E CONDUTAS:** TN<2,5 mm: Resultado normal. TN>2,5 mm: resultado alterado. No caso do osso nasal, a ausência é fator preditivo positivo para cromossopatias.

2.2 Circunferência cefálica (CC) fetal

Especialmente após a epidemia de microcefalia em crianças decorrente de possível infecção por Zika vírus no período gestacional, os parâmetros da CC fetal tem sido questionado e discutido com grande ênfase. **SIGNIFICADO E CONDUTAS:** para a definição de um caso suspeito de microcefalia congênita o feto deve ter diâmetro biparietal ou circunferência craniana abaixo do percentil três e desproporcionalmente menor que o peso e comprimento fetal para a idade gestacional e sexo. Casos suspeitos de microcefalia ou macrocefalia, encaminhar para ambulatório de referência.

2.3 Estimativa do peso fetal

A relação entre o peso fetal e a idade gestacional pode fornecer subsídios para o diagnóstico de condições maternas e fetais que estejam prejudicando o desenvolvimento do potencial intrínseco de crescimento do feto, além de constituir importante variável de risco para mortalidade e morbidade neonatal, sendo clássica a associação entre prematuridade, baixo pe

so e óbito neonatal, particularmente em decorrência da síndrome de desconforto respiratório. Parâmetros para determinação da IG: 1º. trimestre: comprimento cabeça-nádega (CCN); No 2º.e 3º. trimestres, por meio do diâmetro biparietal (DBP), da circunferência cefálica (CC), da circunferência abdominal (CA) e do comprimento do fêmur (CF). **SIGNIFICADO E CONDUTAS:** de modo geral o peso fetal estimado varia conforme a etnia, sexo, condição socioeconômica materna e familiar com ganho médio de 200g de peso por semana da gestação a partir da 27ª. a 38ª. semana, com incremento menor das 39 às 42 semanas, sendo que o peso médio na 20ª. semana é de 368 gramas, atingindo 1.000g na 27ª.semana, 2.000g na 33ª.semana e 3.000g na 37ª.semana. Ver Figura 15- Percentil do peso fetal estimado pela USG obstétrica. Se peso com percentil ≤ 10 ou ≥ 90 , encaminhar ambulatório de referência.

3. CARACTERÍSTICAS ECOGRÁFICAS DA PLACENTA

3.1 Posicionamento da Placenta

A localização placentária corresponde à posição da placenta na cavidade uterina: **SIGNIFICADO:** a) prévia: Se qualquer parte da placenta está implantada sobre o segmento inferior do útero. Neste caso é significativamente mais preciso quando realizado pela USG transvaginal. Entretanto, nem sempre placenta prévia permanecerá assim até o final da gestação, uma vez que com o crescimento uterino pode haver o deslocamento do anexo e distanciamento do colo do útero. Resultando em desfecho favorável para o binômio; b) anterior: quando inserida na parede anterior uterina; c) posterior: quando inserida na parede posterior do útero; d) lateral: localizada na região lateral direita ou esquerda do útero; e) fúndica: quando a localização da placenta está no fundo uterino. **CONDUTAS:** a gestante com placenta prévia deve ser encaminhada concomitante para Ambulatório de referência. Orientar abstinência sexual vaginal, repouso, até melhora do quadro. Já nos demais casos manter rotina de pré-natal.

3.2 Grau de Maturidade Placentária

O grau de maturidade placentária (também denominado de Grannum é uma avaliação subjetiva do observador da intensidade, quantidade e extensão da calcificação da placenta, expresso como um escore que varia de 0 a 3, tendo as seguintes referências: o Grannum 0: parênquima homogêneo, sem calcificações. Comum até 31ª. semana; Grannum I: raras calcificações puntiformes intraplacentárias (principalmente basais), e começo da definição da placa basal (linhas ecogênicas); Grannum II: parcialmente calcificadas. Comum após 32ª. semana; Grannum III: cotilédones calcificados totalmente definidos por septações completas. Geralmente ocorre à partir de 34ª. semana porém apenas cerca de 15% das gestações terminam com este grau de maturação. O amadurecimento precoce da placenta, ou seja presença de placenta grau II antes da 32ª semana de gestação ou grau III, antes da 35ª semana de gestação pode indicar um maior risco de associação com outros agravos como RCIU. Até porque é mais comum em gestante jovens, nulíparas e fumantes, entretanto não há evidências suficientes de que o aparecimento isolado deste achado esteja associado ao aumento da morbidade perinatal. **SIGNIFICADO E CONDUTAS:** é possível encontrar, ainda que em menor frequência, graus 0 e I próximo do termo e no termo, e graus II e III das 32 às 37 semanas, sem que isso represente necessariamente uma situação patológica, entretanto estes achados exigem uma avaliação minuciosa de outros fatores clínicos que possam interferir no bem estar fetal. Assim, agendar consulta médica para avaliação do caso e manter intervalo menor entre as consultas pré-natal de rotina.

3.3 Espessura Placentária (EP)

A EP é obtida no ponto da inserção do cordão umbilical. Tende um aumento gradativo de acordo com a IG com aumentos de 1 mm em média por semana. Esta evolução persiste até ao redor da 35ª semana, a partir da qual o aumento é menor, de 0,3 mm por semana até as 42 semanas quando chega em média com 25 a 30 mm.

SIGNIFICADO E CONDUTAS: há um aumento da espessura placentária na presença de infecções congênicas e hidropsia fetal, complicação de diabetes gestacional, idade gestacional, dentre outras. Agendar consulta médica para avaliação do caso e manter intervalo menor entre as consultas pré-natal de rotina.

3.4 Número de córion

O número de córion se relaciona pela quantidade de formação placentária. No caso de gemelar dizigótico ocorre a formação de 2 ou mais córions (dicoriônicos e diaminióticos). **SIGNIFICADO E CONDUTAS:** em gestação gemelar monozigóticos pode acontecer gestações monocoriônicas, diaminióticos, monocoriônicas e monoamnióticas e gêmeos unidos monocoriônicos e monoamnióticas. Com aumento significativo do risco de mortalidade conforme o grau de união entre os córions. Em todos os casos encaminhar para ambulatório de referência.

4. CORDÃO UMBILICAL

A USG avalia o comprimento, a localização da inserção, a área de secção transversa, o número de vasos e presença de anomalias. **SIGNIFICADO:** O comprimento do cordão umbilical varia entre 60 a 65 cm e sua inserção é normalmente no centro da superfície fetal da placenta, podendo apresentar variações, como a inserção velamentosa, onde há uma inserção do cordão umbilical próximo à margem da placenta, fato que é de alto risco para o desenvolvimento de vasa prévia (alteração na formação dos vasos de forma que os vasos umbilicais cruzam o segmento inferior uterino, colocando-se à frente da apresentação).

A mensuração da área transversal do cordão umbilical aumenta de acordo com a idade gestacional até a 33ª semana e está diretamente relacionada a parâmetros do crescimento fetal. No estudo ultrassonográfico do cordão umbilical, deve-se avaliar também a presença de anomalias do cordão umbilical, como aneurisma, hemangiomas e cistos, ou alterações venosas (O número de vasos normal é de 2 artérias e 1 veia). A presença de “Circular de Cordão” é uma condição em que o cordão umbilical circunda a região cervical do feto.

A incidência deste evento é em torno de 30 % das gestações, com significado clínico controverso, sendo que na maioria dos casos não causa complicação, entretanto, tem sido descrita sua associação com sofrimento fetal, cesárea de emergência e até morte fetal, especialmente se estas circulares forem “apertadas” ao ponto de interferir na circulação do feto. **CONDUTAS:** atentar-se para a presença de vasa prévia, pois estes vasos possuem riscos de ruptura quando suas membranas de suporte rompem principalmente durante o trabalho de parto ou tocotraumatismo. Caso haja anormalidades presente, encaminhar para PN alto risco.

Em caso de circular de cordão não há uma conduta específica na APS, tranquilizar a mãe sobre a condição não estar necessariamente ligada a nenhuma patologia. Registrar o fato no cartão de gestante.

5. LÍQUIDO AMNIÓTICO (LA)

O LA é um componente importante do ambiente intrauterino. Sua produção e sua absorção estão sujeitas a uma série de mecanismos interdependentes entre o feto, a placenta, as membranas e o organismo materno. Qualquer alteração no seu volume requer cuidadosa avaliação, tanto do feto como da mãe. O índice de líquido amniótico (ILA) é o método mais utilizados para análise da quantidade do líquido. A técnica consiste na medida dos 4 maiores bolsões de líquido. A somatória dos quatro valores determina o valor do índice. As alterações no volume do LA são classificadas em oligidrâmnio (diminuição na quantidade de líquido amniótico) e polidrâmnio (aumento na quantidade de líquido amniótico). Valores de Referência para o ILA: • Normal: 8–18cm; • Oligidrâmnio: ILA inferior a 5cm; • Intermediário: ILA entre 5 e 8cm; Polidrâmnio: ILA > 18cm.

SIGNIFICADO E CONDUTAS: Em caso de valores de ILA alterados, consultar o item 5.3 Alterações do Líquido Amniótico.

OBS: Alterações fetais crônicas apontadas pela USG devem ser encaminhadas para o Ambulatório de Referência.

A presença de saco gestacional de diâmetro médio maior do que 20 mm, onde não se identifica o embrião pode se tratar de ovo anembrionado.

Figura 15- Tabela de Referência para Valores de Pesos Fetais Estimados pela USG

| Idade gestacional (semanas) | Peso fetal (g) | | | | |
|--------------------------------|----------------|------|------|------|------|
| | Percentil | | | | |
| | 3 | 10 | 50 | 90 | 97 |
| 10 | 26 | 29 | 35 | 41 | 44 |
| 11 | 34 | 37 | 45 | 53 | 56 |
| 12 | 43 | 48 | 58 | 68 | 73 |
| 13 | 55 | 61 | 73 | 85 | 91 |
| 14 | 70 | 77 | 93 | 109 | 116 |
| 15 | 88 | 97 | 117 | 137 | 146 |
| 16 | 110 | 121 | 146 | 171 | 183 |
| 17 | 136 | 150 | 181 | 212 | 226 |
| 18 | 167 | 185 | 223 | 261 | 279 |
| 19 | 205 | 227 | 273 | 319 | 341 |
| 20 | 248 | 275 | 331 | 387 | 414 |
| 21 | 299 | 331 | 399 | 467 | 499 |
| 22 | 359 | 398 | 478 | 559 | 598 |
| 23 | 426 | 471 | 568 | 665 | 710 |
| 24 | 503 | 556 | 670 | 784 | 838 |
| 25 | 589 | 652 | 785 | 918 | 981 |
| 26 | 685 | 758 | 913 | 1068 | 1141 |
| 27 | 791 | 879 | 1055 | 1234 | 1319 |
| 28 | 908 | 1004 | 1210 | 1416 | 1513 |
| 29 | 1034 | 1145 | 1379 | 1613 | 1754 |
| 30 | 1169 | 1294 | 1559 | 1824 | 1949 |
| 31 | 1313 | 1453 | 1751 | 2049 | 2189 |
| 32 | 1465 | 1621 | 1953 | 2285 | 2441 |
| 33 | 1622 | 1794 | 2162 | 2530 | 2703 |
| 34 | 1783 | 1973 | 2377 | 2781 | 2971 |
| 35 | 1946 | 2154 | 2595 | 3036 | 3244 |
| 36 | 2110 | 2335 | 2813 | 3291 | 3516 |
| 37 | 2271 | 2513 | 3028 | 3543 | 3785 |
| 38 | 2427 | 2686 | 3236 | 3786 | 4045 |
| 39 | 2576 | 2851 | 3435 | 4019 | 4294 |
| 40 | 2714 | 3004 | 3619 | 4234 | 4524 |

Fonte: Hadlock, et al., 1991. Fetal Med Net/Medicos/Tabela/ Tabela de Referência para Valores de Pesos Fetais Estimados.

OBS: Lembrando que percentil abaixo de 10, refere-se ao diagnóstico de RCIU.
O percentil 50 é a média da normalidade.
Acima de 90 indica feto microscômico.

Figura 16 - Valores de referência para determinação da idade gestacional por meio da medida do comprimento cabeça-nádegas (ccn) na ultrassonografia de primeiro trimestre

| CCN (mm) | Idade gestacional (semana + dias) | CCN (mm) | Idade gestacional (semana + dias) | CCN (mm) | Idade gestacional (semana + dias) |
|----------|-----------------------------------|----------|-----------------------------------|----------|-----------------------------------|
| 2 | 5+5 | 28 | 9+4 | 54 | 12 |
| 3 | 5+6 | 29 | 9+5 | 55 | 12+1 |
| 4 | 6+1 | 30 | 9+6 | 56 | 12+1 |
| 5 | 6+1 | 31 | 10 | 57 | 12+2 |
| 6 | 6+3 | 32 | 10+1 | 58 | 12+2 |
| 7 | 6+4 | 33 | 10+1 | 59 | 12+3 |
| 8 | 6+5 | 34 | 10+2 | 60 | 12+4 |
| 9 | 6+6 | 35 | 10+3 | 61 | 12+4 |
| 10 | 7+1 | 36 | 10+4 | 62 | 12+4 |
| 11 | 7+1 | 37 | 10+4 | 63 | 12+5 |
| 12 | 7+3 | 38 | 10+5 | 64 | 12+6 |
| 13 | 7+4 | 39 | 10+6 | 65 | 12+6 |
| 14 | 7+5 | 40 | 10+6 | 66 | 12+6 |
| 15 | 7+6 | 41 | 11 | 67 | 13 |
| 16 | 8 | 42 | 11+1 | 68 | 13+1 |
| 17 | 8+1 | 43 | 11+1 | 69 | 13+1 |
| 18 | 8+2 | 44 | 11+1 | 70 | 13+1 |
| 19 | 8+3 | 45 | 11+2 | 71 | 13+2 |
| 20 | 8+4 | 46 | 11+3 | 72 | 13+3 |
| 21 | 8+5 | 47 | 11+4 | 73 | 13+3 |
| 22 | 8+6 | 48 | 11+4 | 74 | 13+4 |
| 23 | 9 | 49 | 11+5 | 75 | 13+4 |
| 24 | 9+1 | 50 | 11+5 | 76 | 13+5 |
| 25 | 9+2 | 51 | 11+6 | 77 | 13+6 |
| 26 | 9+3 | 52 | 11+6 | 78 | 13+6 |
| 27 | 9+4 | 53 | 12 | 79 | 13+6 |

Fonte:Hadlock,et.al, 1992 Apud. Fetal Med Net/Medicos/Tabela/ Valores de Referência para Determinação da Idade Gestacional por meio da Medida do Comprimento Cabeça-Nadegas(CCN).

Figura 17 - Circunferência Craniana fetal – Intervalos de Referência das Medidas do Diâmetro Biparietal (DBP), da Circunferência Craniana (CC) e do Átrio do Ventrículo Lateral (VL)

| Idade gestacional (semanas) | Diâmetro diparietal (cm) | | | | Circunferência craniana (cm) | | | | Átrio ventricular (mm) | | |
|-----------------------------|--------------------------|-----|------------|------|------------------------------|------|-------------|------|------------------------|------------|------|
| | Percentil | | | | | | | | | | |
| | 0.5 | 2.5 | 50 | 97.5 | 0.5 | 2.5 | 50 | 97.5 | 5 | 50 | 95 |
| 12 | 0.9 | 1.1 | 1.7 | 2.3 | 4.2 | 4.8 | 6.8 | 8.8 | - | - | - |
| 13 | 1.3 | 1.5 | 2.1 | 2.7 | 5.6 | 6.2 | 8.2 | 10.2 | - | - | - |
| 14 | 1.7 | 1.9 | 2.5 | 3.1 | 7.1 | 7.7 | 9.7 | 11.7 | 5.1 | 6.7 | 8.4 |
| 15 | 2.1 | 2.3 | 2.9 | 3.5 | 8.4 | 9.0 | 11.0 | 13.0 | 5.1 | 6.8 | 8.5 |
| 16 | 2.4 | 2.6 | 3.2 | 3.8 | 9.8 | 10.4 | 12.4 | 14.4 | 5.2 | 6.9 | 8.6 |
| 17 | 2.8 | 3.0 | 3.6 | 4.2 | 11.2 | 11.8 | 13.8 | 15.8 | 5.3 | 7.0 | 8.7 |
| 18 | 3.1 | 3.3 | 3.9 | 4.5 | 12.5 | 13.1 | 15.1 | 17.1 | 5.4 | 7.1 | 8.8 |
| 19 | 3.5 | 3.7 | 4.3 | 4.9 | 13.8 | 14.4 | 16.4 | 18.4 | 5.5 | 7.2 | 8.8 |
| 20 | 3.8 | 4.0 | 4.6 | 5.2 | 15.1 | 15.7 | 17.7 | 19.7 | 5.6 | 7.2 | 8.9 |
| 21 | 4.2 | 4.4 | 5.0 | 5.6 | 16.3 | 16.9 | 18.9 | 20.9 | 5.6 | 7.3 | 9.0 |
| 22 | 4.5 | 4.7 | 5.3 | 5.9 | 17.5 | 18.1 | 20.1 | 22.1 | 5.7 | 7.4 | 9.1 |
| 23 | 4.8 | 5.0 | 5.6 | 6.2 | 18.7 | 19.3 | 21.3 | 23.3 | 5.8 | 7.5 | 9.2 |
| 24 | 5.1 | 5.3 | 5.9 | 6.5 | 19.8 | 20.4 | 22.4 | 24.4 | 5.9 | 7.6 | 9.3 |
| 25 | 5.4 | 5.6 | 6.2 | 6.8 | 20.9 | 21.5 | 23.5 | 25.5 | 6.0 | 7.7 | 9.3 |
| 26 | 5.7 | 5.9 | 6.5 | 7.1 | 22.0 | 22.6 | 24.6 | 26.6 | 6.1 | 7.7 | 9.4 |
| 27 | 6.0 | 6.2 | 6.8 | 7.4 | 23.0 | 23.6 | 25.6 | 27.6 | 6.1 | 7.8 | 9.5 |
| 28 | 6.3 | 6.5 | 7.1 | 7.7 | 24.0 | 24.6 | 26.6 | 28.6 | 6.2 | 7.9 | 9.6 |
| 29 | 6.5 | 6.7 | 7.3 | 7.9 | 24.9 | 25.5 | 27.5 | 29.5 | 6.3 | 8.0 | 9.7 |
| 30 | 6.8 | 7.0 | 7.6 | 8.2 | 25.8 | 26.4 | 28.4 | 30.4 | 6.4 | 8.1 | 9.8 |
| 31 | 7.0 | 7.2 | 7.8 | 8.4 | 26.7 | 27.3 | 29.3 | 31.3 | 6.5 | 8.2 | 9.9 |
| 32 | 7.3 | 7.5 | 8.1 | 8.7 | 27.5 | 28.1 | 30.1 | 32.1 | 6.6 | 8.3 | 9.9 |
| 33 | 7.5 | 7.7 | 8.3 | 8.9 | 28.2 | 28.8 | 30.8 | 32.8 | 6.7 | 8.3 | 10.0 |
| 34 | 7.7 | 7.9 | 8.5 | 9.1 | 28.9 | 29.5 | 31.5 | 33.5 | 6.7 | 8.4 | 10.1 |
| 35 | 7.9 | 8.1 | 8.7 | 9.3 | 29.6 | 30.2 | 32.2 | 34.2 | 6.8 | 8.5 | 10.2 |
| 36 | 8.1 | 8.3 | 8.9 | 9.5 | 30.2 | 30.8 | 32.8 | 34.8 | 6.9 | 8.6 | 10.3 |
| 37 | 8.2 | 8.4 | 9.0 | 9.6 | 30.7 | 31.3 | 33.3 | 35.3 | 7.0 | 8.7 | 10.4 |
| 38 | 8.4 | 8.6 | 9.2 | 9.8 | 31.2 | 31.8 | 33.8 | 35.8 | 7.1 | 8.8 | 10.4 |
| 39 | 8.5 | 8.7 | 9.3 | 9.9 | 31.6 | 32.2 | 34.2 | 36.2 | 7.2 | 8.8 | 10.5 |
| 40 | 8.6 | 8.8 | 9.4 | 10.0 | 32.0 | 32.6 | 34.6 | 36.6 | - | - | - |

Fonte: Hadlock, et al, 1984 Apud Fetal Med Net/Medicos/Tabela/ Intervalos de Referência das Medidas do Diâmetro Biparietal (DBP), da Circunferência Craniana (CC) e do Átrio do Ventrículo Lateral (VL)

OBS: Lembrando que percentil abaixo de 0,5 refere-se ao diagnóstico de RCIU. O percentil 50 é a média da normalidade.

3.9 Os exames excepcionais no pré-natal

Alguns exames embora não façam parte do elenco mínimo para o pré-natal (o que significa que não devem ser solicitados como rotina em nosso serviço) em algum momento podem ser necessários. Desta forma, julga-se oportuna a discussão breve dos mesmos, como parasitológico de fezes, e teste rápido para hepatite C.

3.9.1 Parasitológico de fezes- Pesquisa das parasitoses intestinais

A incidência de protozooses e helmintíases intestinais continua alta no Brasil. A maioria das parasitoses tem transmissão a partir de fezes humanas disseminadas no meio ambiente onde predominam condições precárias de higiene, habitação, alimentação e saneamento básico. O efeito das infecções parasitárias na nutrição materna pode comprometer o desenvolvimento fetal. Mulheres que engravidam com desnutrição, anemia ou infecções crônicas apresentam risco maior de ter filhos com baixo-peso ao nascimento e no parto pré-termo.

✓ **Quando suspeitar:**

1. Quadro de anemia;
2. Baixo peso pré-concepcional;
3. Ganho de peso insuficiente na gestação;
4. Hábitos de higiene deficientes;
5. História de constipação crônica.

✓ **Diagnóstico:**

O diagnóstico se faz com uma a três amostras de fezes recentemente colhidas.

✓ **Tratamento:**

O tratamento de pacientes com essas condições deveriam ser realizados antes da gestação, pois nenhuma droga antiparasitária é considerada totalmente segura na gestação.

Pacientes com parasitoses intestinais só devem ser tratadas na gravidez quando o quadro clínico é exuberante ou as infecções são maciças. Não se recomenda o tratamento durante o primeiro trimestre da gestação. Medidas profiláticas (como educação sanitária, higiene correta das mãos, controle da água, dos alimentos e do solo) devem ser encorajadas devido ao impacto positivo que geram sobre a ocorrência de parasitoses intestinais (BRASIL, 2012 p.232; BRASIL, 2015a p.71).

Quadro 37 - Parasitoses Intestinais na Gestação e Puerpério

| TIPO DE PARASITOSE | DEFINIÇÃO | PARASITAS* | SINAIS E SINTOMAS | TRATAMENTO** |
|--------------------|---|---|---|--|
| Helminthias | São infecções ou infestações, sintomáticas ou inaparentes, causadas por vermes que passam a habitar o trato intestinal, geralmente limitando-se a essa localização em sua fase adulta. Na fase larvária, os helmintos podem ser encontrados no tubo digestivo e em outros órgãos, de acordo com seu ciclo biológico e com determinadas circunstâncias (imunodepressão). tricuriase. | <i>Ascaris lumbricoides</i> : - Ascariíase <i>Ancylostoma duodenale</i> ; <i>Necator americanus</i> : - Ancilostomíase | Dor abdominal, flatulência, cólica, diarreia, náuseas, vômito | Após o 1º. Trimestre. Albendazol 400 mg 2 cps VO/ dose única |
| | | <i>Enterobius vermiculares</i> : Enterobiase | OBS: NO caso da ascariíase pode ocorrer a liberação de vermes | Albendazol 400 mg 1 cp VO/ dose única Após o 1º. Trimestre. |
| | | <i>S. mansoni</i> : Esquistossomose | Na fase inicial: A dermatite cercariana. Na fase intestinal: Esplenomegalia; hepatomegalia. | APENAS NO PUERPÉRIO ***Praziquantel (Cap. 600 mg) - Adulto: dose única de 50 mg/kg por VOI em única tomada ou fracionada em duas tomadas com intervalo de quatro a 12 horas. |
| | | <i>Strongyloides stercoralis</i> : Estrongiloidíase | diarreia, dor abdominal e flatulência, acompanhadas ou não de anorexia, náusea, vômitos e dor epigástrica | Tiabendazol 50mg/kg/dia, por VO, em duas tomadas manhã/noite, durante dois dias seguidos. Após o 1º. Trimestre. |
| | | <i>Hymenolepis nana</i> : Himenolepiase | Diarreias, dor abdominal, agitação, insônia, irritabilidade, raramente ataques epilépticos | APENAS NO PUERPÉRIO ***Praziquantel, VO, dose única, 15 a 25mg de Praziquantel/Kg peso corporal, em uma tomada. |
| | | a. <i>Taenia solium</i> e <i>Taenia saginata</i> : Teníase ("solitária"): quando parasita se aloja no intestino. b. <i>Taenia solium</i> : Cisticercose: quando houve ingestão dos ovos da <i>Taenia</i> , eles eclodiram e as larvas migraram para o sistema nervoso central. | Teníase: dores abdominais, náuseas, debilidade, perda de peso, eliminação de proglotes de tênia. Cisticercose: convulsões, distúrbio de comportamento, hipertensão intracraniana e oftálmicos | Após o 1º. Trimestre. Albendazol 400 mg 1 cp vo/dia por 3-5 dias. |
| | | <i>Trichuris trichiuria</i> : Tricuriase | Distensão abdominal, enjoos, perda de peso, flatulência e anemia e diarreia crônica | APENAS NO PUERPÉRIO ***Praziquantel, VO, 50mg/kg de peso corporal por 21 dias. |
| Protozooses | São causadas por protozoários que passam a habitar o trato intestinal, permanecendo a ele limitados ou eventualmente invadindo outros órgãos. | Amebíase: protozoose causada pela <i>Entamoeba histolytica</i> . Pode apresentar-se nas formas intestinal e extra intestinal. | A grande maioria dos acometidos apresenta a doença benigna, que se manifesta sob a forma intestinal diarreica. | Após o 1º. Trimestre. Albendazol 400 mg 1 cp VO/dia por 3-5 dias |
| | | Giardiase: as manifestações clínicas estão presentes em 50% das vezes ou mais, relacionando-se possivelmente, com a participação de fatores predisponentes, como alterações da flora intestinal e desnutrição. | Desconforto abdominal ou dor em cólica, flatulência, náuseas e vômitos. Na giardiase não se observam, de modo geral, manifestações sistêmicas e não ocorrem alterações do hemograma, não provocando também a eosinofilia | Metronidazol 250mg, três vezes ao dia, por VO, durante dez dias após o 1º. Trimestre. Metronidazol 250mg, três vezes ao dia, por VO, durante sete dias seguidos após o 1º. Trimestre. |

*Alguns parasitas, embora possam habitar o trato intestinal não são considerados patogênicos e, portanto, não necessitam de nenhum tipo de tratamento específico. Exemplos: *Entamoeba coli*, *Iodamoeba buetschlii*, *Chilomastix mesnili*, *Endolimax nana*, *Trichomonas hominis*.

** O controle de cura pode ser realizado 3 semanas após o término do tratamento.

*** Praziquantel: Em caso de puérpera lactante, a amamentação deve ser suspensa até 72 horas após a administração da medicação. O risco/benefício do tratamento deve ser avaliado pelo médico assistente.

Fonte: BRASIL, 2012 p.233. BRASIL. Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso, 2010. p.173 (Adaptado).

3.9.2 Teste Rápido para Hepatite C- Rastreamento e Condutas na Hepatite C

A hepatite C é causada pelo vírus C (HCV), assim como o vírus causador da hepatite B, está presente no sangue. Entre as causas de transmissão estão: transfusão de sangue; compartilhamento de material para uso de drogas (seringas, agulhas, cachimbos, entre outros), higiene pessoal (lâminas de barbear e depilar, escovas de dente, alicates de unha ou outros objetos que furam ou cortam) ou para confecção de tatuagem e colocação de piercings; e mais raramente via sexual e via vertical (de mãe infectada para o filho durante a gravidez).

Desta forma, a transmissão sexual do HCV entre parceiros heterossexuais é muito pouco frequente, principalmente nos casais monogâmicos. Sendo assim, a hepatite C não é uma Infecção sexualmente transmissível (ISTs).

Porém, entre homens que fazem sexo com homens (HSH) e na presença da infecção pelo HIV, a via sexual deve ser considerada para a transmissão do HCV.

3.9.2.1 Transmissão vertical

De forma geral a transmissão vertical é de cerca de 5% e parece ser maior na coinfeção com HIV. Sendo que a carga viral elevada próxima ao parto parece ser o principal contribuinte para a transmissão vertical. Para alguns autores a transmissão ao feto ocorre quando a mãe HCV-positiva se encontra em estado de viremia com uma carga viral elevada,entretanto, outros não concordam com essa afirmação e ao compararem mães que transmitiram HCV aos filhos com as que não transmitiram, não encontraram diferença da carga viral entre os dois grupos. Percebe-se que os dados da literatura não são consistentes sobre a determinação ou não do risco de transmissão vertical pela carga viral. (MIRANDA et al, 2012). A infecção pela mãe não contraindica o aleitamento materno, exceto quando há fissura mamilar.

Sinais e sintomas da Hepatite C: é muito raro nos casos agudos,entretanto, os que mais aparecem são cansaço, tontura, enjoo e/ou vômitos, febre, dor abdominal, pele e olhos amarelados, urina escura e fezes claras.

3.9.2.2 Formas crônicas

Quando a infecção pelo HCV persiste por mais de seis meses, o que é comum em até 80% dos casos, caracteriza-se a evolução para a forma crônica. Cerca de 20% dos infectados cronicamente pelo HCV podem evoluir para cirrose hepática e cerca de 1% a 5% para câncer de fígado.

O tratamento da hepatite C depende do tipo do vírus (genótipo) e do comprometimento do fígado (fibrose).

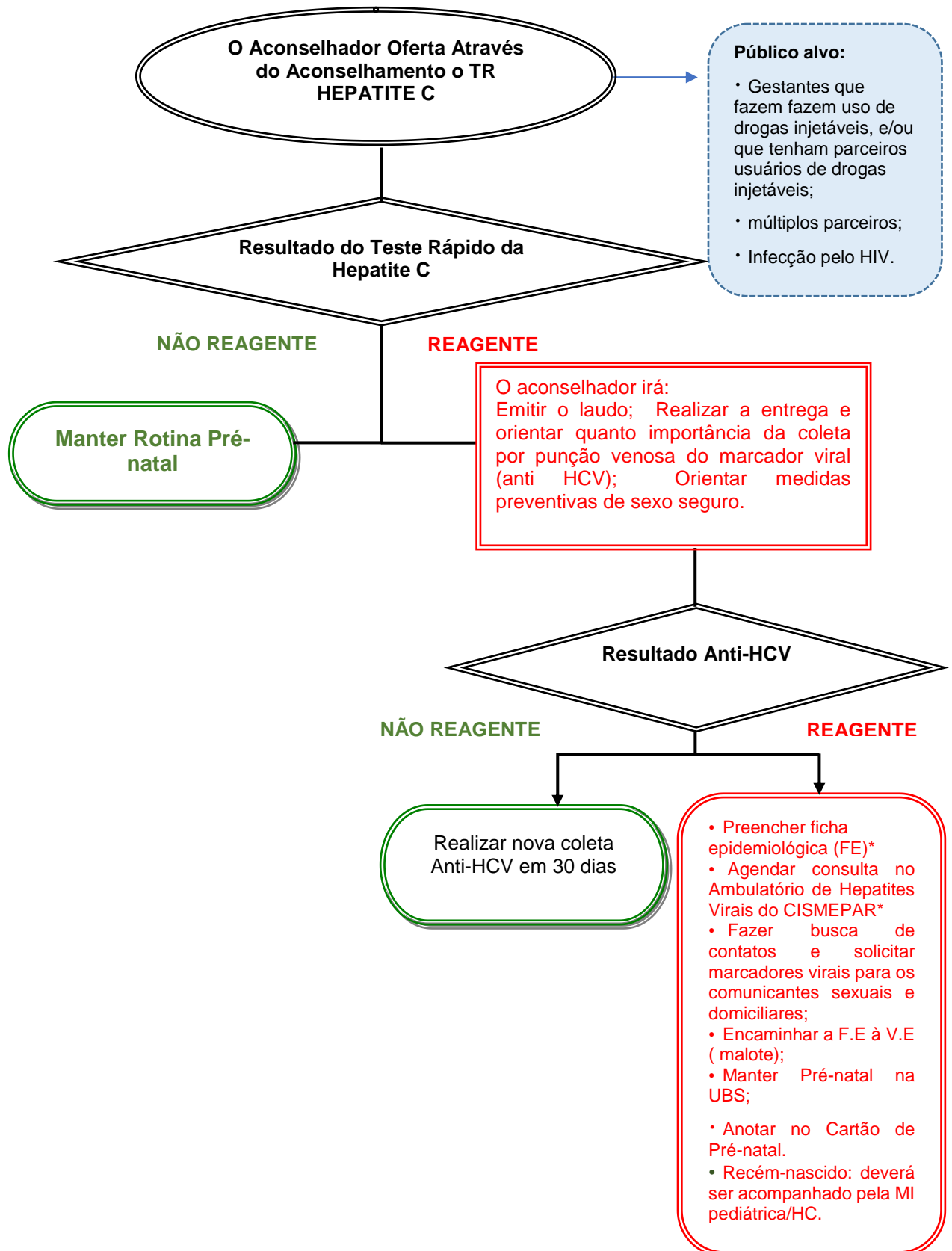
Formas de prevenção: não existe vacina contra a hepatite C, assim, a prevenção consiste em evitar contato com sangue através de seringas, agulhas e objetos cortantes.

Vulnerabilidades individuais e sociais: Algumas pessoas a depender de seus hábitos sociais podem estar mais vulneráveis ao contágio com hepatite C como: uso de drogas injetáveis ou parceiro usuário, transfusões de sangue e múltiplos parceiros, além de portadoras do HIV.

Rastreamento na gestação: a doença não altera o curso da gestação como as demais Hepatites, a Hepatite C não parece ser teratogênica. O ministério da Saúde assim como outras sociedades: Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG); Society of Obstetricians and Gynecologists of Canada (SOGC), Centers for Disease Control and Prevention (CDC) e a Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), não recomendam o rastreamento universal da hepatite C na gravidez, porém todas são unânimes em afirmar que diante de mulheres com fatores de risco: como as que fazem uso de drogas injetáveis, e/ou que tenham parceiros usuários de drogas injetáveis, múltiplos parceiros ou infecção pelo HIV, devem ser rastreadas no período.

O Rastreamento da Hepatite C, somente deve ser realizado através do uso do teste rápido. Com atenção aquelas situações especiais de alto risco como: uso de drogas injetáveis e/ou parceiro usuário; antecedente de transfusões de sangue ou múltiplos parceiros.

FLUXOGRAMA 24 - TESTE RÁPIDO HEPATITE C- RASTREAMENTO DA HEPATITE C NA GESTAÇÃO



3.10 O cuidado nas queixas mais comuns na gestação

Grande parte das queixas apresentadas pelas gestantes são decorrentes de alterações fisiológicas no período. Assim, é importante diante de uma queixa relacioná-la com a idade gestacional, uma vez que a maioria das queixas diminui ou desaparece sem o uso de medicamentos, que devem ser evitados ao máximo. Desta forma, as orientações a seguir são válidas para os casos em que os sintomas são manifestações ocasionais e transitórias, não refletindo, geralmente, patologias clínicas mais complexas.

3.10.1 Alterações na Movimentação fetal

· A presença de movimentos do feto (MF) sempre se correlacionou como sinal e constatação de vida. Primigestas sentem MF pela primeira vez com 18 a 20 semanas e múltiparas com 16 a 20 semanas. Os MF são máximos entre 28 e 34 semanas, sendo que, no termo, a gestante só reconhece 40% dos MFs (GADELHA: GADELHA: LIMA, 2009), sendo comum os relatos de alterações na MF, caracterizada pela ausência, diminuição ou parada de MF. A movimentação fetal pode se reduzir ante a hipoxemia ou quando são relatadas mudanças abruptas no padrão de movimentação do concepto, elas podem revelar comprometimento fetal de causas variadas.

- Realizar avaliação clínica, com observação cuidadosa dos batimentos cardíacos fetais.

É recomendado:

Orientar, a partir de 26 semanas, a realização de “mobilograma” diário: pós-café, almoço e jantar (normal seis ou mais movimentos em uma hora em decúbito lateral esquerdo). Reduzir o intervalo entre as consultas de rotina.

3.10.2 Câimbras

São espasmos musculares involuntários e dolorosos que acometem principalmente os músculos da panturrilha. Mais comuns à noite (início do período de repouso) ou pela manhã (início do período de vigília, despertar). Induzidas geralmente por estiramento voluntário, intenso e/ou súbito, dos músculos comprometidos (ato de espreguiçar). Acredita-se que é resultado de uma acidose loco regional, decorrente da diminuição de cálcio e acréscimo de fósforo na circulação materna associados à estase venosa nos membros inferiores por compressão das veias ilíacas e cava inferior pelo útero.

É recomendado:

- Evitar o alongamento muscular excessivo ao acordar, em especial dos músculos do pé (ato de se espreguiçar);
- Na gestação avançada, devem ser evitados o ortostatismo (ficarem pé) prolongado e a permanência na posição sentada por longo período, como em viagens demoradas;
- Nas crises, com câimbras nos membros inferiores aplicar calor local, massagens na perna e realizar movimentos passivos de extensão e flexão do pé;
- Evitar excesso de exercício físico e massagear o músculo contraído e dolorido;
- Realizar alongamentos específicos, com orientação do educador físico ou fisioterapeuta se necessário.

3.10.3 Cefaleia

Na gestação, as cefaleias são decorrentes da vasodilatação e edema cerebral por ação da progesterona, e hemodiluição fisiológica da gravidez. Mais intensa em pacientes com história prévia de enxaqueca. Agravada por hipoglicemia, calor e fadiga. Intensificada pela ansiedade com a aproximação do parto. As cefaleias podem ser de origem primária (migrânea, tensional) ou secundária (Migrânea por vasculites, tumor cerebral, acidente vascular encefálico, trombose venosa cerebral, pré-eclâmpsia e eclâmpsia dentre outros (HAINLINE, 1994; SILBERSTEIN et al., 1998). Na migrânea (enxaqueca) geralmente há significativa melhora durante o 2º e o 3º trimestres. Já as ditas tensionais (estresse emocional) tende a manter-se com alguns episódios ou piorar especialmente no último trimestre.

Avaliar sempre: sinais de cefaleia secundária (Alterações ao exame clínico e/ou neurológico; alteração do nível de consciência; primeiro episódio de uma cefaleia aguda intensa; mudança da característica de cefaleia crônica (“eu tenho dor de cabeça, mas, desta vez, ela está muito diferente”); cefaleia associada à infecção pelo HIV; cefaleia noturna ou ao acordar, de início recente (BIGAL; BORDINI; SPECIALI, 1999); aumento da pressão arterial.

É recomendado:

- Se suspeita de sinais de cefaleia secundária, encaminhar para consulta médica;
- Afastar as hipóteses de hipertensão arterial; pré eclâmpsia;
- Orientar repouso em local com pouca luminosidade e boa ventilação;
- Aumentar a ingesta hídrica;
- Alimentar-se em períodos regulares e curtos (a cada 3 horas) para evitar hipoglicemia;
- Evitar ambientes fechados, abafados e exposição intensa ao sol/calor;
- Orientar sobre os sinais de alerta, como frequência, intensidade etc;
- Conversar com a gestante sobre suas tensões, conflitos e temores;
- **Considerar o uso de analgésicos comuns:** Paracetamol (500-750 mg), 1 comprimido VO 6/6 horas; Dipirona (500-1.000 mg), 1 comprimido VO de 6/6 horas (para pacientes não alérgicas).

OBS: Medicamentos utilizados para tratamento da enxaqueca estão contraindicados.

- Se dor recorrente, ou que não cessa com analgésico comum, encaminhar para consulta médica.

3.10.4 Corrimento Vaginal

- O aumento do fluxo vaginal é comum na gestação, devido ao aumento das secreções das glândulas do cérvix uterino. Contudo, para a maioria das gestantes a queixa será de “corrimento” . Cabendo ao profissional investigar e diferenciar este “corrimento” do fluxo fisiológico não patológico (Mucorreia, vaginose citolítica).

Lembrando que é importante realizar avaliação adequada, pelo fato de as vulvovaginites infecciosas estarem associadas ao parto prematuro, baixo peso ao nascer, rotura prematura de membranas.

Avaliar sempre: Se há queixas de mudanças do aspecto do corrimento, coloração, presença de sintomas associados como prurido, ardência, odor e outros;

É recomendado: Pesquisar a cada queixa de “corrimento” e se há sinais e sintomas das Infecções do trato reprodutivo (ITR) e/ou sexualmente transmissíveis (ISTs) (Consultar o Ists[

-Abordagem Sindrômica em Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) na Gestação e o Quadro 15- Tratamento Em Abordagem Sindrômica Para Infecções do Trato Reprodutivo (ITR) e Sexualmente Transmissíveis (ISTs)- Corrimento Vaginal.

Diástase Abdominal

É a separação que ocorre entre as duas porções do músculo mais superficial da parede abdominal, chamado de músculo reto abdominal. Normalmente, essas duas porções se comunicam por meio de um tecido fibroso denominado linha alba, entretanto, devido ao próprio processo da gravidez, algumas mulheres apresentam uma fragilidade desse tecido que, com o auxílio do aumento da pressão abdominal (em decorrência do aumento do útero na gravidez), geram uma separação anormal das porções musculares. Esse distúrbio é mais comumente observado durante a gravidez, o qual atinge cerca de 30% das pacientes. Porém quanto maior for a paridade da gestante, maior o risco desse evento.

O diagnóstico da diástase da musculatura reto abdominal é feito por meio de um exame físico que geralmente constata uma separação entre os músculos reto abdominais maior do que 2,0 cm.

É recomendado:

- . A prevenção, se faz por meio de exercícios físicos que proporcionem um enrijecimento da musculatura e promovem uma melhora na postura da paciente.
- . Quanto instalado o problema, na gestação o cuidado é conservador, sendo possível apenas orientar que a gestante evite um aumento da pressão abdominal que pode ocorrer quando levantar-se de forma errada, ou pegar peso sem os devidos cuidados;
- . No puerpério a utilização de cinta abdominal ou faixa de barriga e o exercício de Kegel, podem ajudar na reestruturação e tonificação dos músculos da parede abdominal e do assoalho pélvico.
- . Na gestação ou puerpério, sempre que possível solicitar apoio fisioterapeuta do NASF.

3.10.5 Dor Abdominal/Cólica

· Entre as causas mais frequentes das cólicas abdominais que podem surgir na gravidez normal, estão: o corpo lúteo gravídico, o estiramento do ligamento redondo e as contrações uterinas. Geralmente discretas, desaparecem espontaneamente, não exigindo uso de medicação.

Avaliar sempre: presença de sinais de alerta: (dor em região pélvica de intensidade, duração e ritmo aumentados, sugerindo contrações uterinas; sangramento vaginal; sintomas sistêmicos; presença de ITU; sinais de abdome agudo*

É recomendado:

- Se sinais de alerta presente encaminhar para consulta médica com urgência;
- Na ausência de sinais de alerta, orientar e tranquilizar a gestante quanto a possibilidade do caráter fisiológico dos sinais e sintomas. Questioná-la sobre a necessidade de uso de medicação. Em casos de queixa intensa ou persistente, avaliar a necessidade do uso de medicamentos: Hioscina 10 mg, 1-2 comprimido VO de 8/8 horas, que pode associar ao uso de Paracetamol 500 mg ou dipirona 500 mg, 1 comprimido VO. Caso não haja melhora, agendar consulta médica.

***Abdômen agudo**: condição clínica caracterizada por dor abdominal, que se instala de forma aguda, de origem inflamatória, perfurante, obstrutiva, hemorrágica ou vascular e que podem ter extrema gravidade.

3.10.6 Dor Lombar

A lombalgia é um dos principais sintomas que o período gestacional acarreta e pode ser desencadeada devido ao aumento da frouxidão dos ligamentos, estiramento dos músculos abdominais e a contração da musculatura lombar, aumento do peso do útero, ocorrendo esforços excessivos sobre a articulação facetária e ligamentos posteriores da coluna lombar. Ocorre, com frequência, ocorrendo entre 48 e 56% das gestações, chegando em alguns estudos a 70%, boa parte dessas mulheres tiveram que ficar afastadas do trabalho devido a esse problema, principalmente no segundo e terceiro trimestre da gestação. A dor pode ser irradiada para uma ou ambas as pernas, sendo que na posição ereta, sentada ou andando, podem ocasionar o alívio ou o aumento da dor. Geralmente piora com os movimentos, e algumas têm dificuldade para caminhar, principalmente subir escadas.

Avaliar sempre:

- Características da dor (mecânica ou inflamatória, tempo de evolução, fatores de melhora ou piora, relação com o movimento);
- Sinais e sintomas associados (alerta para febre, mal-estar geral, sintomas urinários, enrijecimento abdominal e/ou contrações uterinas, déficit neurológico);
- História de trauma

É recomendado:

- Orientar: Corrigir a postura ao se sentar e andar;
- Observar a postura adequada, evitando corrigir a lordose fisiológica;
- Recomendar o uso de sapatos confortáveis e evitar saltos altos;

- . Recomendar a aplicação de calor local e massagens especializadas;
- . Se gestante tiver acesso, a acupuntura pode contribuir;
- . Indicar atividades de alongamento e orientação postural;
- . Se não melhorarem as dores, considerar o uso de medicamentos: Paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas; Dipirona (500-1.000 mg), de 6/6 horas. Geralmente é resultado da adaptação da postura materna que sobrecarrega as articulações da coluna vertebral, sobretudo a lombo sacral.

Avaliar sempre:

- . Características da dor (mecânica ou inflamatória, tempo de evolução, fatores de melhora ou piora, relação com o movimento);
- . Sinais de alerta: febre, mal-estar geral, sintomas urinários, enrijecimento abdominal e/ou contrações uterinas, déficit neurológico; história de trauma;

É recomendado:

- . Orientar correção da postura ao se sentar e andar, observando a postura adequada, evitando corrigir a lordose fisiológica;
- . Recomendar o uso de sapatos confortáveis e evitar saltos altos;
- . Recomendar a aplicação de calor local;
- . Se a paciente tiver possibilidade de acesso a acupuntura, essa tecnologia pode ajudar;
- . Encaminhar para participação de grupos de alongamento com profissionais do NASF;
- . Solicitar avaliação fisioterapeuta se necessário para indicação de atividades de alongamento e orientação postural;
- . Se não melhorarem as dores, considerar o uso de medicamentos: Paracetamol (500-750 mg), 1 comprimido VO 6/6 horas; ou Dipirona (500-1.000 mg), 1 comprimido VO de 6/6 horas. Caso não ocorra melhora em até 3 dias encaminhar para avaliação médica.

OBS: Na gestação está contraindicado o uso de anti-inflamatório devido risco de oligodrâmnia.

3.10.7 Dor nas Mamas (Mastalgia)

Comum na gravidez inicial, provavelmente resultado das ações de hormônios esteroides, fortemente aumentados na gestação. É frequente, na proximidade do parto, a grávida referir a presença de descarga papilar, que, na quase totalidade das vezes, se trata de colostro, fisiológico para a idade gestacional.

Avaliar sempre:

Presença de sinais de alerta (descargas papilares purulentas ou sanguinolentas);

É recomendado:

- . Realizar exame clínico das mamas para descartar qualquer alteração (ver fluxo específico);
 - . Esclarecer que o aumento de volume mamário na gestação pode ocasionar desconforto doloroso;
- Orientar uso de sutiã com boa sustentação.

3.10.8 Dor e formigamento na lateral da coxa

Dor na região ântero-lateral da coxa, pode ser indicativo de compressão do nervo cutâneo femoral. Este fenômeno, conhecido como “meralgia parestésica” (síndrome de Bernhardt-Roth), pode ocorrer no 3º trimestre da gestação e os principais fatores agravantes são a acentuação da lordose lombar, aumento do volume abdominal, ganho de peso, retenção hídrica e um aumento progressivo da tensão da parede abdominal podem afetar o nervo cutâneo lateral. Assim, a gestante pode relatar formigamento na parte superior da coxa, uni ou bi lateral com incômodo local, mas não se observam alterações motoras e/ou de força muscular. Os reflexos estão preservados diferenciando-se esta condição das radiculopatias.

Avaliar sempre:

- . Se a dor estiver interferindo nas suas atividades de vida diária;
- . Se há perda da força muscular ou reflexos

É recomendado:

- . De modo geral a conduta é expectante com alguns cuidados como:
- . Evitar a posição ortostática prolongada ou sentada com as pernas estendidas, pois a extensão do quadril pode piorar os sintomas;
- . Quando sentar-se buscar fazer a flexão da coxa;
- . Fazer compressa morna local;
- . Evitar ganho de peso excessivo;
- . Algumas pacientes podem ser beneficiadas com uso de complexo B via oral;
- . A grande maioria melhora no pós-parto.

3.10.9 Dormência ou Formigamento das Mãos- Acroestesia

O túnel do carpo é uma passagem estreita no punho, através da qual se insere os tendões e o nervo mediano. Esse nervo é responsável pelas funções motoras e sensoriais do polegar, indicador, dedo médio e anelar. Na gestação, em decorrência das alterações no eixo hipotalâmo-hipofisárias há algumas modificações neurosensoriais importante. Além disso, há a retenção de líquido que resulta em sintomas que da “síndrome do túnel do carpo” com formigamento, dor e dormência que podem irradiar do pulso para a mão ou para cima no braço causando, mais tarde, fraqueza na mão, perda da força de aperto e a tendência de derrubar objetos, especialmente durante a noite e melhora durante o dia, porém esses sintomas são reversíveis com medidas simples e regridem após o término da gravidez.

Avaliar sempre:

- . Se a dor estiver interferindo nas suas atividades de vida diária;

É recomendado:

- . Orientar sempre que sentir as fisgadas, mude de posição na cama;
- . Tentar não dormir em cima das mãos;
- . Sacudir as mãos até que a dor e a dormência diminuam;.
- . Flexionar os dedos e as mãos várias vezes durante o dia;

- Se estiver com muita dor, evitar movimentos repetitivos como digitar e fazer trabalhos manuais, que podem agravar os sintomas;
 - Manter as mãos elevadas quando sentada, por exemplo sobre o encosto do sofá, enquanto você assiste à TV, também pode ajudar;
 - Tranquiliza-la sobre a benignidade do quadro;
- Após o parto caso não ocorra melhora encaminhar para avaliação médica.

3.10.10 Dor na região Plantar

A fásia plantar é uma faixa de tecido conjuntivo espesso, intimamente ligada à pele e com propriedades elásticas, capaz de se esticar ligeiramente conforme a movimentação dos pés. Este tecido recobre toda base do pé, estendendo-se desde o osso do calcânhar, chamado osso calcâneo, até a ponta do pé, local onde se divide em cinco ramos, um para cada dedo.

Ocasionalmente esta fásia pode inflamar-se resultando em dor geralmente forte, aguda, com sensação de agulhada e limitante, especialmente à descarga de peso no primeiro passo após tempo prolongado de repouso, principalmente ao levantar-se. Na gravidez, a dor é mais comum no último trimestre de gestação ou no aleitamento.

Avaliar sempre:

- Presença de sinais inflamatórios como rubor, calor, edema. Quando estes sinais estiverem presentes encaminhar para avaliação médica.

É recomendado:

- Descansar os pés e aplicar compressa fria por 15 a 20 minutos, três ou quatro vezes por dia para reduzir o inchaço;
- Reduzir ou alterar as atividades de exercício físico, também é recomendável. Usar suportes para os arcos no sapato e fazer exercícios de alongamento também podem ajudar a aliviar a dor.

3.10.11 Edema

O edema é um acúmulo de líquido nos espaços intersticiais, evidenciado mediante presença de uma depressão duradoura (cacofo ou sinal de godet) no local pressionado. Este fenômeno, ocorre em cerca de 25% das gestantes e quando isolado (não associado outras alterações) não representa maior risco (BRASIL, 2012; OLIVEIRA et., 2010; REZENDE, 2007). No geral, surge no 3º trimestre da gestação, limitando-se aos membros inferiores e, ocasionalmente às mãos. Piora com o ortostatismo (ficar em pé) prolongado e com a deambulação; desaparece pela manhã e acentua-se ao longo do dia. (ver item 3.7.12. Pesquisa de edema).

Avaliar sempre:

- A possibilidade do edema patológico, em geral associado à hipertensão e proteinúria, sendo sinal de pré-eclâmpsia;
 - A localização do edema (se for uni lateral ou assimétrico);
- A maioria das grávidas edemaciadas exibe gestação normal.

É recomendado:

- Evitar a posição sentada por longo período e o ortostatismo prolongado;
- O Repouso periódico em decúbito lateral esquerdo e/ou com os membros inferiores elevados;
- O Uso de meia elástica. (Colocá-las sempre com os membros inferiores elevados por um mínimo de 10 minutos para evitar agravamento dos sintomas);
- Não prescrever diuréticos;
- Dieta hipossódica pode ser orientada com boa melhora quanto ao edema fisiológico, porém com pouca interferência caso de pré-eclâmpsia;

Se edema for unilateral, OU assimétrico, realizar a medição do diâmetro da panturrilha, quando a diferença for maior que 2 cm entre os membros deve ser levantada a possibilidade de trombose venosa profunda (TVP). Encaminhar para avaliação médica mais breve possível.

3.10.12 Entorse

Entorse ou “torções” é uma lesão nos ligamentos de tecido fibroso, responsáveis por materem os ossos de uma articulação estáveis. Pode acometer qualquer articulação, sendo mais comum nos joelhos, punho e tornozelos. Ocorrem normalmente durante atividades como andar, correr ou saltar, ou qualquer outro movimento realizado de forma brusca. Em gestantes, o local mais afetado são os tornozelos, pois devido ao aumento de peso corporal, há uma maior pressão através da coluna, as mulheres ficam desajeitadas e inclinadas a tropeçar, cair, assim como fazer as “torções”. A gravidade da entorse de tornozelo varia de acordo com o comprometimento das estruturas presentes na região afetada e pode ser dividida em três níveis:

Grau I – Estiramento dos ligamentos, com formação de edema e presença de dor;

Grau II – Ligamentos parcialmente rompidos e instabilidade da articulação, com presença de edema e rigidez na movimentação. Dor de intensidade moderada.

Grau III – Ruptura total dos ligamentos e muita instabilidade no pé, com grande dificuldade para manter-se em pé e dor intensa.

Avaliar sempre:

- . Presença de sinais que podem indicar rompimento parcial ou total de ligamentos como instabilidade da articulação, edema e rigidez na movimentação;
- . Dor moderada a intensa com grande dificuldade para manter-se em pé ou movimentar a articulação.

É recomendado:

. Se houver apenas presença de dor e edema discreto medidas de cuidado como calor local, estabilização da articulação com atadura ou tensor e analgésico via oral como Paracetamol 1 comprimido VO 6/6 horas, além de repouso podem ser suficientes.

. Se houver edema, rigidez na movimentação e dor de intensidade moderada a intensa, com ou sem dificuldades para manter-se em pé, encaminhar para avaliação médica.

3.10.13 Epistaxe e congestão nasal

Geralmente fisiológicos, resultam da embebição gravídica da mucosa nasal provocada pelos hormônios esteroides (vasodilatação, aumento da vascularização e edema do tecido conjuntivo).

Avaliar sempre: outras patologias que possam cursar com tais sintomas, em especial os distúrbios de coagulação, no caso de epistaxe.

É recomendado:

- No caso de Congestão nasal: instilação nasal de soro fisiológico 1 conta gotas ou 10 gotas nasal 4-6 vezes/dia se necessário;

No caso de Epistaxe: leve compressão na base do nariz, com toalha embebida de água gelada. Casos mais graves encaminhar ao especialista ou ao serviço de emergência.

3.10.14 Estrias

Lesões dermatológicas tipo cicatrizes que se formam quando há destruição de fibras elásticas e colágenas na pele, normalmente causada por um estiramento da pele. São agravadas por situações que provocam hiperdistensão da pele, como macrossomia fetal, gestação múltipla, polidrâmnio e ganho ponderal excessivo, se localizam, preferencialmente, no abdome inferior, na região glútea, nas coxas e nos seios. Quando recentes as estrias são de cor rósea ou púrpura, podendo coçar e arder, já as antigas ficam esbranquiçadas não apresentam sintomas.

É recomendado:

- Orientar que não existe método eficaz de prevenção;
- Ainda que polêmica, na tentativa de preveni-las, pode ser recomendada a massagem local, com óleos e cremes hidratantes compatíveis com a gravidez, livre de conservantes ou qualquer outro alergênico.

Qualquer tratamento de estrias está contraindicado na gestação e lactação, inclusive o uso de ácido retinóico.

3.10.15 Náuseas, vômitos

O aumento da progesterona leva a diminuição da motilidade do trato digestivo, ocasionando o relaxamento do tônus e aumento do tempo de esvaziamento gástrico que, associado ao relaxamento do cárdia, o que favorece o aparecimento de náuseas e refluxo gastroesofágico. Esses fenômenos são comuns no início da gestação, especialmente até cerca de 16 semanas sendo mais intensas pela manhã, ao acordar ou após um período de jejum prolongado.

Pioram com estímulos sensoriais, em especial do olfato, como o cheiro de cigarro ou do paladar, como pasta de dentes. Podem ser amenizadas com medidas relativamente simples.

Avaliar sempre:

- Presença de sinais de alerta (vômitos frequentes refratários às medidas abaixo, desidratação, perda de peso, desmaio);

- Grávidas muito jovens, emocionalmente imaturas;

- Gestações não planejadas.

É recomendado:

- Fazer alimentação fracionada, pelo menos três refeições e dois lanches por dia;

- Alimentar-se logo ao acordar;

- Evitar jejum prolongado;

- Variar refeições conforme a tolerância individual;

- Comer devagar e mastigar bem os alimentos;

- Dar preferência a alimentos pastosos e secos (pão, torradas, bolachas) especialmente 30 minutos antes de levantar-se pela manhã;

- Evitar alimentos gordurosos e condimentados;

- Evitar doces com grande concentração de açúcar;

- Evitar alimentos com odor forte;

- Manter boa ingestão de água e outros líquidos;

- Ingerir alimentos sólidos;

- Se não houver melhora do quadro de náuseas e vômitos, avaliar a necessidade do uso de medicamentos: Metoclopramida 10 mg, 1 comprimido VO 8/8 horas.

- Outras medicações e produtos não disponíveis nas UBS, mas que podem ser utilizados em caso de náuseas e vômitos são: gengibre em cápsulas (250mg 4x/dia); Dimenidrato 50 mg + cloridrato de piridoxina 10 mg, 1 comprimido VO de 6/6 horas (não exceder 400 mg/dia) ; piridoxina (vitamina B6) 10 a 25 mg 3x/dia (BRASIL, 2011 p.107).

Caso não haja melhora dos vômitos, sendo eles frequentes ou refratários às medidas citadas, agende consulta médica ou refira a gestante ao ambulatório de referência.

3.10.16 Pirose/azia

A sensação de dor epigástrica semelhante a uma queimadura (pirose) ou a regurgitação de suco gástrico para dentro do esôfago (azia) ocorre pela ação da progesterona que ocasiona a diminuição da atividade peristáltica e do tono do trato gastrointestinal. Embora possa acometer a gestante durante toda a gravidez, é mais intensa e frequente no final da gravidez.

Avaliar sempre: sintomas iniciados antes da gravidez; Uso de medicamentos; História pessoal e familiar de úlcera gástrica.

É recomendado:

- Fazer alimentação fracionada (pelo menos três refeições ao dia e dois lanches);

- Evitar líquido durante as refeições e deitar-se logo após as refeições. Ingerir líquido gelado durante a crise;
- Elevar a cabeceira da cama ao dormir (dormir com travesseiro alto);
- Evitar frituras, café, chá mate e preto, doces, alimentos gordurosos e/ou picantes;
- Não se deitar durante pelo menos duas horas após as refeições;
- Evitar álcool e fumo – preferencialmente, não devem ser utilizados durante a gestação.

Caso essas medidas não resolvam, avaliar a necessidade do uso de medicamentos: Hidróxido de alumínio 2 cps. VO (mastigáveis) após as refeições (café, almoço e jantar e ao deitar-se), Caso não ocorra melhora, encaminhar para profissional médico que poderá utilizar bloqueadores H2 e inibidores da bomba de prótons como omeprazol 20mg 1 cp. VO jejum.

3.10.17 Falta de ar/dificuldade para respirar

Este sintoma é decorrente do fator mecânico de compressão do diafragma pelo útero gravídico, especialmente no final da gestação. Em resposta a essa compressão a gestante pode responder com um aumento da frequência ou da amplitude dos movimentos respiratórios (hiperventilação) ocasionando a alcalose ($\downarrow O_2$), hipocapnia, entre outros sintomas. Além disso, a própria ansiedade decorrente deste fator mecânico poderá resultar na queixa de falta de ar.

Avaliar sempre: presença de sinais de alerta (Tosse; Edema; História de asma e outras pneumopatias; sinais ou história de trombose venosa profunda (TVP); história de trauma recente; febre associada).

É recomendado:

- Realizar ausculta cardíaca e pulmonar e, se houver alterações, encaminhar para avaliação médica de urgência;
- Na ausência de sinais de alerta orientar que são sintomas frequentes na gestação, em decorrência do aumento do útero ou ansiedade da gestante;
- Solicitar repouso em decúbito lateral esquerdo;
Elevar a cabeceira (ajuda a resolver o fator mecânico).

3.10.18 Fraqueza/tontura

Tem origem na instabilidade hemodinâmica em decorrência de dois fatores principais, a vasodilatação e hipotonia vascular pela ação da progesterona, na musculatura da parede dos vasos e a estase sanguínea nos membros inferiores pela compressão da circulação de retorno pelo útero grávido. Tudo isso conduz à diminuição do débito cardíaco, à hipotensão arterial e à hipóxia cerebral transitória, causa provável das tonturas e desmaios. Também estão associadas à hipoglicemia, alteração frequente quando há o jejum prolongado da grávida. Os episódios são, na maioria das vezes, de breve duração e intensidade, dispensando terapêutica medicamentosa.

É recomendado:

- Orientar as medidas profiláticas assumidas, associadas ao esclarecimento da gestante:
- Evitar a inatividade;
- Fazer alimentação fracionada (pelo menos três refeições ao dia e dois lanches);
- Evitar jejum prolongado;
- Sentar com a cabeça abaixada ou deitar-se de decúbito lateral esquerdo e respirar profunda e pausadamente para aliviar os sintomas;
- Evitar permanecer, por longo tempo, em ambientes fechados, quentes e sem ventilação adequada;
- Orientar a ingestão de líquidos;
- Nos casos reincidentes, o uso de meias elásticas para melhorar o retorno venoso pode estar indicado; Avaliar a pressão arterial.

3.10.19 Hemorróida

É o ingurgitamento e extravasamento de plexos vasculares na submucosa do canal anal. Os principais fatores de risco são obstipação, esforço evacuatório prolongado. Geralmente na gestação, no parto e no pós-parto, as hemorroidas preexistentes e assintomáticas podem ser agravadas. As hemorroidas internas não costumam ser dolorosas, geralmente se manifestando clinicamente por sangramento e/ou prolapso, quando se exteriorizam. A hemorroida externa se apresenta como nódulo palpável distal à linha pectínea. Na hemorroida externa, o principal motivo de consulta é quando ocorre a formação de trombo, que se manifesta com dor intensa e nódulo doloroso de coloração azulada.

Avaliar sempre:

. Sinais de gravidade: aumento da intensidade da dor; endurecimento do botão hemorroidário; sangramento retal. Se presentes encaminhar para consulta médica.

É recomendado:

- Dieta rica em fibras, estimular a ingestão de líquidos e, se necessário, supositórios de glicerina;
- Higiene local com bicarbonatos (1-2 colheres sopa em 1 litro de água) ou banhos após a evacuação;
- Banho de assento com água morna 3 x ao dia por 10 a 15 minutos;
- Usar anestésicos tópicos, se necessário;
- Caso não ocorra melhora com estas medidas, encaminhar para consulta médica.

OBS: Tatamento esclerosante ou cirúrgicos são contraindicados. Se ocorrerem complicações como trombose, encaminhar para o hospital de referência.

3.10.20 Obstipação intestinal/flatulências

Distúrbio funcional caracterizado pela dificuldade rotineira na exoneração dos intestinos pelo prolongado intervalo entre as evacuações (>72h) ou pela consistência aumentada das fezes. A constipação intestinal e consequentemente a flatulência tem causa multifatorial, sendo eles de ordem fisiológica devido à influência da progesterona que ocasiona o relaxamento da musculatura lisa e diminuição do peristaltismo; O crescimento do útero que comprimi o intestino e desloca as alças intestinais dificultando a passagem das fezes, o que torna o trânsito gastrintestinal mais lento e a água é mais absorvida que o normal. Além disso tem os fatores relacionados a alimentação e estilo de vida como diminuição da ingestão hídrica, uso de suplementos de ferro, dieta pobre em fibras, sedentarismos (RICCI, 2008).

É recomendado:

- Ingerir alimentos que formam resíduos, como legumes e verduras em especial as folhosas, por serem ricas em fibras e frutas cítricas;
- Aumentar a ingestão de água para seis a oito copos/dia (caso não haja nenhuma patologia que a restrinja).
- Reavaliar alimentação rica em fibras e evitar alimentos que causem muita fermentação;
- Evitar alimentos flatulosos (feijão, grão-de-bico, lentilha, repolho, brócolis, pimentão, pepino e couve).
- Recomendar caminhadas leves (se não forem contraindicadas);
- Prevenção de fissuras anais (não usar papel higiênico, usar água e sabão para limpeza após as evacuações).

Caso essas medidas não resolvam, avaliar a necessidade do uso de medicamentos: Para flatulência-Dimeticona 40 mg 1 a 2 comprimido(s), VO de 6/6 horas; Para dor abdominal- Hioscina (10 mg), 1 comprimido VO de 8/8 horas; Para obstipação: Supositório de glicerina, 1 supositório ao dia via retal quando necessário. Se não ocorrer melhora, encaminhar para consulta médica.

3.10.21 Pigmentação/cloasma grávidicos

Durante a gestação a pele da mulher sofre alterações pigmentares, decorrentes da elevação dos níveis de hormônios: estrogênio, progesterona e o hormônio estimulador de melanócitos. Assim, em 50 a 70% das mulheres pode ocorrer o aparecimento de manchas castanhas e irregulares na face (cloasma grávidico) e hiperpigmentação cutânea em algumas partes do corpo. Geralmente estas hiperpigmentações desaparecem lentamente, ou ao menos regridem após o parto. Entretanto, um número considerável de casos exige tratamento dermatológico.

É recomendado:

- Orientar que é comum na gravidez e costuma diminuir ou desaparecer após o parto;
- Evitar exposição direta ao sol (usar boné, chapéu ou sombrinha);
- Utilizar filtro solar, aplicando no mínimo três vezes ao dia;
- As lesões podem ser minimizadas com uso de cosméticos;

Quando a presença desta alteração for acentuada e ou estiver afetando a autoestima da gestante encaminhar para consulta médica que pode indicar a partir do 2º trimestre gestação o uso do ácido azeláico (dispigmentante) (BRASIL, 2015a p.82).

3.10.22 Hiperacidez Bucal, Placa bacteriana e Cárie

Na gestação a ocorrência de vômitos pode provocar a hiperacidez bucal, que por sua vez se associa à desmineralização dentária. A este fato e não à absorção do cálcio pelo feto é que se deve ao aumento de cárie que pode ocorrer na gestação. Já a placa bacteriana é uma ameaça constante à saúde bucal. As bactérias da placa usam o açúcar e o amido que é consumido para produzir ácidos. A ação desses ácidos sobre o esmalte dos dentes pode causar a cárie, que pode ser atribuído a três fatores: deficiência ou ausência de higienização bucal durante a gestação e durante a lactação, observando-se, nos dois casos, a presença de biofilme dental (comunidades de bactérias estruturadas, coordenadas e funcionais) e recidivas ou quedas de restaurações por motivos de técnica operatória.

Avaliar sempre:

- Condições gerais da cavidade oral da gestante. Esta ação além de detectar alterações importantes podem auxiliar da saúde bucal como fator para o bem estar maternofetal na gestação;
- Orientar sobre dieta balanceada e uma adequada higienização para a remoção de placa;
Explicar a importância da sua inscrição no “pré-natal odontológico”.

3.10.23 Queixas urinárias

Este é um termo genérico para muitos dos sinais e sintomas que podem envolver o trato urinário. Alguns de ordem fisiológica outros não. Fisiologicamente tem-se que na gestação há a compressão da bexiga pelo útero gravídico, que resulta na diminuição da capacidade volumétrica, ocasionando a polaciúria (aumento do ritmo miccional). Além disso, ao deitar-se tem-se um maior fluxo renal, o que resulta na nictúria (aumento do ritmo miccional no período de sono). Entretanto, associado a polaciúria e a nictúria outros sintomas podem indicar ITU como disúria, urgência miccional, estrangúria (micção prolongada e dolorosa), dor retropúbica, supra púbica ou abdominal, com ou sem febre associada.

Avaliar sempre: Exame de Urina I e Urocultura (ver item 3.6.13- rastreamento e condutas na infecção urinária da gestação); presença de corrimento vaginal especialmente candidíase;

É recomendado:

- Se disúria inicial: pesquisar candidíase; Se terminal pensar em ITU. Neste caso encaminhar para consulta médica do dia.
- Se Polaciúria ou urgência miccional na ausência de ITU: Explicar que, geralmente, o aumento da frequência de micções é comum no início e no fim da gestação devido ao aumento do útero e compressão da bexiga. Além disso, evitar bebidas cafeinadas, que estimulam a micção e urinar sempre que tiver a sensação de bexiga cheia;

- Se Nictúria: Reduzir a ingestão de líquidos após o jantar para evitar a micção noturna;
 - Se incontinência: Ensinar os exercícios de Kegel (ver Apêndice D- Atividade Física para Gestantes) para aumentar o controle do esfíncter;
- Manter vigilância sobre o risco de ITU fazendo os exames de rastreamento de rotina.

3.10.24 Sialorreia

A sialorreia, ptialismo ou salivação excessiva pode vir sozinha ou acompanhada de outros sintomas.

É recomendado:

- Explicar que é uma queixa comum no início da gestação e de carácter benigno;
- Manter dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos.

Orientar a gestante a deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância (especialmente em época de calor).

3.10.25 Sangramento na gengiva

Caracterizada por vasodilatação, por aumento da vascularização e por edema do tecido conjuntivo, alterações estas provocadas por acentuado incremento na produção de hormônios esteroides femininos. Normalmente recebe a denominação de gengivite gravídica. A gengivite gravídica pode ocorrer durante toda a gestação. Já os sinais de gengivite generalizada podem estar relacionados a alterações nos hábitos de higiene, irritação local, impacção alimentar, má adaptação de restaurações, etc. (TOMMASI,1989) A hipertrofia gengival e a doença periodontal necessitam de atenção especializada.

Avaliar sempre: outras patologias que possam cursar com tais sintomas, em especial os distúrbios de coagulação, bem como a síndrome HELLP.

Recomenda-se:

- A manutenção da higiene bucal com escovação dentária delicada e com o uso de escova de dentes macia e fio dental;
- Orientar a realização de massagem na gengiva;
- Realizar bochechos com soluções antissépticas;

Agendar atendimento odontológico sempre que possível.

3.10.26 Varizes e Varicoses

Na gestação o volume sanguíneo circulante aumenta em torno de 1.500 ml. Associado a este fato há uma dificuldade do retorno venoso ao coração devido à compressão da veia cava pelo útero gravídico, o que predispõe ao aparecimento de dilatações venosas discretas (varicoses) ou dilatações mais importantes (varizes). Este agravo pode também ser favorecido devido a predisposição genética, agravada pelo ortostatismo prolongado. A piora ocorre na evolução da gestação e o aumento de peso.

Avaliar sempre: Desconforto vespertino, dor, localização das varizes, edema (atenção especial se o edema for unilateral), ulcerações, presença de sinais flogísticos.

É recomendado:

- Orientar que o tratamento na gestação consiste em medidas profiláticas descritas a seguir como:
 - Mudar de posição com maior frequência;
 - Não permanecer por muito tempo em pé, sentada ou com as pernas cruzadas;
 - Repousar por 20 minutos com as pernas elevadas, várias vezes ao dia;
 - Não usar roupas muito justas, ligas nas pernas e nem meias 3/4 ou 7/8;
 - Fazer com o pé movimentos circulares para melhorar a circulação;
 - Orientar a paciente que ao deitar prefira o decúbito lateral esquerdo, descomprimindo temporariamente a veia cava inferior proporcionando um melhor retorno venoso ao coração;
 - Se possível pode indicar meia elástica com suave ou média compressão, que pode aliviar o quadro de dor e edema dos membros inferiores desde que seja colocada pela manhã ainda deitada, antes de levantar-se;
- Em caso de presença de ulcerações ou de sinais flogísticos bi ou unilateral, encaminhar para consulta médica;

4 O CUIDADO NAS INTERCORRÊNCIAS OBSTÉTRICAS

Em obstetrícia, o acolhimento na porta de entrada dos serviços assume peculiaridades próprias às necessidades e demandas relacionadas ao processo gravídico. O desconhecimento e os mitos que rodeiam a gestação, o parto e o nascimento levam, muitas vezes, à insegurança e à preocupação da mulher e seus familiares. A falta de informação clara e objetiva, mesmo quando a gestante é acompanhada no pré-natal, é um dos fatores que faz com que ela procure [as unidades de saúde mas especialmente] os serviços de urgência e maternidades com frequência.

Desta forma, frequentemente queixas comuns podem camuflar situações clínicas que demandam ação rápida, o que exige preparo das equipes para uma escuta qualificada e ganho de habilidade para julgamento clínico criterioso (BRASIL, 2014d).

4.1 Parâmetros de avaliação em gestantes e puérperas

Para acolher e classificar o risco em obstetrícia, assim como em outras especialidades é necessário o conhecimento e aplicação de parâmetros das condições gerais da usuária, de forma a atender com resolutividade e em tempo hábil.

Quadro 38 - Parâmetros de Avaliação dos Sinais Vitais em Gestantes e Puérperas

| Pressão Arterial Sistólica | Pressão Arterial Diastólica | Frequência Cardíaca | Frequência Respiratória |
|-----------------------------------|-----------------------------------|--|-------------------------|
| Inaudível ou abaixo de 80 | ***** | > 140 ou ≤59 em paciente sintomática | |
| ≥ 160 mmHg | >110 mmHg | > 140 ou <50 em paciente assintomática | |
| ≥140 mmHg a 159 mmHg com sintomas | ≥ 90 mmHg a 109 mmHg com sintomas | 91 a 139 bpm | |
| Abaixo de 139 mmHg | Abaixo de 89 mmHg | 60 a 90 bpm | 12 a 18 mrm |





Fonte: VI Diretrizes Brasileiras de Hipertensão (Hipertensão em situações especiais), Apud Brasil, 2014c.

Quadro 39 - Parâmetros de Avaliação da Glicemia em Gestantes e Puérperas

| Glicemia | Valores |
|--------------------------|--|
| Hiperglicemia | Glicemia > 300mg/dl |
| Hiperglicemia com cetose | Glicemia > 200mg/dl com cetona urinária ou sinais de acidose (respiração profunda) |
| Hipoglicemia | Glicemia < 50mg/dl |

Fonte: Consensos Sociedade Brasileira de Diabetes- 2012 Apud Brasil, 2014c.

Quadro 40 - Avaliação da Dor: Escala Visual Analógica (EVA)

|  Azul |  Verde |  Amarelo |  Laranja |
|--|---|---|---|
| 0 | 1 2 3 | 4 5 6 | 7 8 9 10 |
| Sem Dor | Dor Leve | Dor Moderada | Dor Intensa |

Fonte: BRASIL, 2014c

A EVA pode ser utilizada durante todo o atendimento, registrando o resultado sempre na evolução. Para utilizar a EVA o enfermeiro deve questionar o paciente quanto ao seu grau de dor sendo que 0 significa ausência total de dor e 10 o nível de dor máxima suportável pela mulher (ou 10 o nível máximo de dor imaginado pela paciente).

Dicas de como abordar a paciente:

- Você tem dor?
- Em uma escala de 0 a 10, como você classifica sua dor, considerando como 0 nenhuma dor e 10 a pior dor que você pode imaginar?
- Observação: a) Se não tiver dor, a classificação é zero; b) Se a dor for moderada, seu nível de referência é 4 a 6; c) Se for intensa, seu nível de referência é 7 a 10.

4.2 Hiperêmese gravídica

Caracteriza-se por vômitos contínuos e intensos que impedem a alimentação da gestante, ocasionando desidratação, oligúria, perda de peso e transtornos metabólicos, com alcalose (pela perda maior de cloro, acarretando hipocloremia, perda de potássio e alterações no metabolismo das gorduras e dos carboidratos). Nos casos graves, pode ocasionar insuficiência hepática, renal e distúrbios neurológicos. Aspectos emocionais e adaptações hormonais são apontados como causadores do citado transtorno. A hiperêmese gravídica pode, também, estar associada a questões como gestação múltipla, mola hidatiforme, pré-eclâmpsia, diabetes e isoimunização Rh.

4.2.1 Diagnóstico diferencial

ulcera gástrica, cisto torcido de ovário, gravidez ectópica, insuficiência renal, infecções intestinais, tireoide. Os vômitos tardios da gravidez não devem ser confundidos com hiperêmese gravídica.

4.2.2 Condutas

- Apoio emocional e ações educativas desde o início da gravidez, bem como reorientação alimentar, são as melhores maneiras de evitar os casos mais complicados. Nas situações de êmese persistente, o médico deve prescrever drogas antieméticas, por via oral ou intravenosa, além de hidratação;
- Deve-se orientar o uso de bebidas geladas para a melhoria dos sintomas, assim como se deve evitar o uso de bebidas com gás e que contenham cafeína;
- Nos casos que não responderam à terapêutica oral inicialmente instituída ou quando a unidade de saúde não tiver profissional médico, encaminhar a gestante imediatamente para serviço de urgência/emergência.

Uso de Medicamentos:

Metoclopramida = 10mg VO de 4 em 4h;

- Dimenidrato = 50mg VO de 6 em 6h. Caso não ocorra melhora uso injetável pode ser considerado.

Antieméticos injetáveis:

- Metoclopramida = 10mg (uma ampola = 10mg) IM ou EV diluído no mínimo em 20 ml de Solução complementado com Hidratação venosa (S.F 0,9%).
- Dimenidrato = 50mg (uma ampola = 1ml) IM de 6 em 6h.

4.3 Síndromes hemorrágicas

Entre 10 a 15% das gestações apresentam algum tipo de hemorragias. Podem representar complicação gestacional ou agravos ginecológicos concomitantes com o período gravídico

4.3.1 Sinais e Sintomas

Segunda metade da gestação: placenta previa, descolamento prematuro da placenta (DPP), rotura uterina, vasa previa.

4.3.2 Classificação das síndromes hemorrágicas

O atraso menstrual, a perda sanguínea uterina e a presença de cólicas no hipogástrio são dados clínicos que devem ser considerados. Primeira metade da gestação: abortamento, gravidez ectópica, neoplasia trofoblástica gestacional benigna (mola hidatiforme), descolamento corioamniótico.

4.3.3 Outras causas de sangramento por via vaginal durante toda a gestação

Cervicites, pólipos endocervicais, ectrópio, câncer de colo uterino, trauma vaginal e o sangramento do colo durante o trabalho de parto na segunda metade da gestação.
Descolamento prematuro de placenta e placenta prévia

4.3.4 Hemorragias na Segunda Metade da gestação

Descolamento prematuro de placenta e placenta prévia

Classificação clínica do abortamento:

Abortamento espontâneo: é a perda involuntária da gestação;

Ameaça de abortamento: é a ocorrência de sangramento uterino com a cérvix fechada sem eliminação de tecidos ovulares;

Abortamento completo: quando a totalidade do conteúdo uterino foi eliminada e o colo encontra-se fechado;

Abortamento incompleto: quando apenas parte do conteúdo uterino foi eliminado e o colo encontra-se aberto;

Abortamento inevitável: quando há sangramento e dilatação cervical mas ainda não ocorreu eliminação de conteúdo uterino;

Abortamento retido: quando ocorre a morte do embrião ou feto há cerca de 4 semanas e o mesmo permanece na cavidade uterina, sem ser eliminado. De uma maneira geral o colo se encontra fechado, podendo ocorrer leve sangramento;

Abortamento infectado: é o processo de abortamento acompanhado de infecção genital, tais como endometrite, parametrite e peritonite;

Abortamento habitual: perdas espontâneas e sucessivas de duas ou mais gestações.

Fonte: BRASIL, 2010.

Quadro 41 - Classificação e Condutas nas Síndromes Hemorrágicas até 20ª. Semana de Gestação (1ª. Metade da Gestação)

| Intercorrência | Como Identificar/avaliar | Conduta na Atenção Básica* |
|--|--|--|
| 1. Abortamento: É a morte ou expulsão ovular ocorrida antes de 22 semanas ou quando o concepto pesa menos de 500g | <ul style="list-style-type: none"> Atraso menstrual em mulher sexualmente ativa em período reprodutivo e/ou TIG positivo e; Sangramento vaginal com ou sem perdas de restos ovulares; Presença de cólicas no hipogástrio. | Ver quadro “Diagnóstico diferencial entre as formas clínicas de abortamentos”. |
| 2.Gravidez ectópica: Corresponde à nidação do ovo fora da cavidade uterina, sendo mais frequente a prenhez tubária na sua porção ampular | <ul style="list-style-type: none"> História de atraso menstrual com teste positivo para gravidez; Perda sanguínea uterina e dor pélvica intermitente, na fase inicial, evoluindo para dor contínua e intensa, dor pélvica intermitente; USG após 5ª semana de gestação não demonstrando gravidez tópica; Sinais de alerta: sinais de irritação peritoneal e repercussões hemodinâmicas que podem ser discretas, apenas com lipotímia, até quadros graves com choque hipovolêmico, na dependência do volume de sangramento intracavitário. | <ul style="list-style-type: none"> Encaminhar a gestante para um hospital de referência obstétrica. Gestante com Rh negativo, valorize a necessidade de imunoprofilaxia Rh. |
| 3.Doença trofoblástica gestacional: Caracteriza-se pela degeneração trofoblástica ocorrida após uma gestação, tópica ou ectópica, podendo apresentar-se como mola hidatiforme, <i>corioadenoma destruens</i> e coriocarcinoma | <ul style="list-style-type: none"> Presença de sangramento vaginal intermitente, de intensidade variável, indolor e, por vezes, acompanhado da eliminação de vesículas (sinal patognomônico); A AU ou o volume uterino, em geral, é incompatível com o esperado para a IG, sendo maior previamente a um episódio de sangramento e menor após (útero em sanfona); Não há presença de BCF ou outras evidências de embrião (nas formas completas); Sangramento volumoso e até choque; A presença de hiperêmese é mais frequente, podendo levar a mulher a estados de desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos; Quantificação do beta HCG (βhCG), com níveis muito acima do valor normal. Porém o diagnóstico é pela USG e análise histopatológica do material curetado; Pode ocorrer a DHEG precoce (antes da 20ª.semana). | <ul style="list-style-type: none"> Encaminhar a gestante ao hospital de referência obstétrica. Gestante com Rh negativo, valorize a necessidade de imunoprofilaxia Rh. |
| 4. Descolamento corioamniótico: é a separação do córion da parede uterina devido a ruptura de pequenos vasos resultando em um hematoma por detrás do córion. | <ul style="list-style-type: none"> Sangramento de pequena intensidade no primeiro trimestre; USG endovaginal onde é possível a visualização do descolamento corioamniótico. | <ul style="list-style-type: none"> Se sangramento ativo encaminhar para a referência; Caso o sangramento tenha cessado, solicitar USG endovaginal e acompanhar semanalmente na UBS com nova USG em 15 dias até resolução do hematoma, Orientar abstinência sexual no 1º. Trimestre ou até consolidação do descolamento; Repouso relativo; A evolução em geral é boa e não representa quadro de risco materno e/ou ovular podendo ser conduzido o caso na UBS; Orientar a paciente sobre risco de ameaça de aborto; Retorno ao serviço de saúde se novo sangramento. |

*Em todo o caso de sangramento em gestante com Rh negativo, certifique que a gestante recebeu imunoprofilaxia Rh, caso não tenha recebido ainda ver fluxo específico.

** Independente do motivo do aborto, se a mulher realizou os exames laboratoriais no pré-natal verificar os resultados procurando alguma alteração que possa indicar motivo do aborto como VDRL, HIV, Toxoplasmose e outras.

Quadro 42 - Diagnóstico Diferencial entre as Formas Clínicas de Abortamentos

| Forma clínica | Principais sinais e sintomas para a Classificação clínica do abortamento | | | | | Conduas Específicas no abortamento* |
|------------------------|--|----------------------------|---|--------------------------------|--|--|
| | Sangramento e/ou Perdas vaginal | Cólicas | Útero | Colo | USG | |
| Ameaça de abortamento | Sangramento pouco volumoso | Pouca intensidade | Volume proporcional ao esperado para a Idade Gestacional (IG) | Fechado | Presença de saco embrionário íntegro e/ou concepto vivo. | <ul style="list-style-type: none"> • Se sangramento ativo encaminhar para a referência. • Caso o sangramento tenha cessado solicitar USG endovaginal e acompanhar semanalmente clinicamente e com nova USG em 15 dias até resolução do quadro; • Orientar abstinência sexual no 1º. Trimestre ou até consolidação do descolamento; • Repouso relativo; • Orientar a paciente sobre risco de abortamento; • Retorno ao serviço de saúde se novo sangramento. • Se indicação clínica, administrar, por 5 dias antiespasmódicos (Hioscina, 10 mg, um comprimido, via oral, de 8/8 horas); • Caso não seja possível realizar USG, encaminhar ao hospital de referência obstétrica. |
| Abortamento inevitável | Sangramento volumoso associada com perda de líquido amniótico | Intensas | Volume proporcional ou ligeiramente inferior à IG | Presença de dilatação cervical | Avaliação de viabilidade fetal pode demonstrar ausência de BCFs. | <ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar para o hospital de referência obstétrica; • Nos casos em que houver eliminação de material pelo colo uterino, compatível com restos ovulares, encaminhe o material para o serviço de referência junto com a paciente, embalado em saco plástico ou recipiente com álcool 70% e água destilada (50%). |
| Abortamento incompleto | Sangramento abundante com restos ovulares | Média a grande intensidade | Volume menor que o esperado para IG | Entreaberto | Presença de restos ovulares | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a necessidade de instalação de hidratação venosa para encaminhamento ao serviço de referência. |
| Abortamento retido | Não | Não | Menor do que o esperado | Fechado | concepto morto (CCN \geq a 5 mm sem BCF) ou a presença de saco gestacional sem embrião (ovo anembrionado). | <ul style="list-style-type: none"> • Solicitar avaliação ao hospital de referência obstétrica que pode ou não ter uma conduta expectante de até 30 dias após a morte do concepto; • Acompanhar na UBS semanalmente observando sinais de intercorrência como sangramento, febre, perdas vaginal; • Na presença de febre (sem foco visível) o médico poderá solicitar hemograma/ VHS; • Se febre com foco gineco-obstétrico: perda vaginal com odor fétido encaminhar para serviço hospitalar de referência. • Se em 30 dias não acontecer a expulsão do concepto fazer nova USG e reencaminhar ao serviço hospitalar de referência. |

Quadro 43 - Classificação Da Perda Sanguínea Vaginal Segundo Quantidade e Tempo

| Forma clínica | Principais sinais e sintomas para a Classificação clínica do abortamento | | | | | Condutas Específicas no abortamento |
|--|--|---|---|-------------|---|---|
| | Sangramento e/ou Perdas vaginal | Cólicas | Útero | Colo | USG | |
| Abortamento completo | Sangramento pequeno volume ou inexistente Eliminação do concepto e Anexos | Ausente | Volume menor que o esperado para a idade gestacional | Fechado | Ausência de conteúdo intracavitário | <ul style="list-style-type: none"> O acompanhamento clínico é suficiente para os casos em que o sangramento é pequeno, o colo já está fechado e o útero está evoluído. Quando persiste o sangramento por 30 ou mais dias, há sinais de comprometimento (anemia) ou se a mulher deseja interromper a perda sanguínea, deve ser encaminhada para a ao hospital de referência obstétrica para aspiração de possível coágulo ou curetagem uterina. |
| Abortamento infectado | Sangramento Pequeno, opalescente, secreção fétida endovaginal | Intensas e associadas a febre e outros sintomas | Volume variável com consistência amolecida, mobilidade reduzida | Entreaberto | variável | <ul style="list-style-type: none"> Iniciar hidratação endovenosa, para a estabilização hemodinâmica; Encaminhar para o hospital de referência obstétrica. |
| Ovo anembrionado | Não | Não | Menor que o esperado | Fechado | Saco gestacional > 16 mm sem embrião ou vesícula vitelina | <ul style="list-style-type: none"> Embora não seja uma situação de urgência, "ovo anembrionado" pode ser resultado de uma gestação cujo embrião não se desenvolveu ou de um aborto retido. Desta forma, é importante encaminhar para serviço hospitalar de referência; manter acompanhamento na UBS semanalmente observando sinais de intercorrência como sangramento, febre, perdas vaginal, especialmente secreção com odor fétido; Exames de hemograma/VHS podem ser uteis para avaliação de sinais clínicos de infecção; na vigência destes sinais encaminhar ao hospital de referência; Se em 30 dias não acontecer a expulsão fazer nova USG e reencaminhar ao serviço hospitalar de referência. |
| Abortamento habitual | — | — | — | — | variável | <ul style="list-style-type: none"> Encaminhar para ambulatório de alto risco para uma anamnese detalhada para se detectar as possíveis causas associadas como: Malformações uterinas (útero bicorno, útero septado, útero didelfo); Miomatose uterina; Insuficiência ístmocervical; Insuficiência do corpo lúteo; Fatores imunológicos; Fatores infecciosos; Síndrome antifosfolípideo; Trombofilias, Fatores genéticos. |
| <p>Condutas gerais no abortamento: Exame abdominal: verificar compatibilidade da Altura uterina (AU) e Idade gestacional (IG); Exame especular: Visualização do colo uterino, para a constatação da origem intrauterina do sangramento e detecção de fragmentos placentários no canal cervical e na vagina; Toque vaginal: avaliar permeabilidade do colo uterino e presença de dor. Porém este exame não deve ser realizado a partir do 2º. Trimestre devido ao risco do sangramento ser decorrente de placenta prévia. USG endovaginal: para avaliação das condições do concepto. Reavaliação: É imperativo reavaliar clinicamente a mulher cerca 30 dias após aborto conferindo os exames realizados e tomando condutas se necessário.</p> | | | | | | |

Fonte: Adaptado de Belo Horizonte, 2010 p. 43; BRASIL, 2010 p.45-49.

Considerando a possibilidade de abortamento, envolvendo causas endócrinas e/ou infecciosas recomenda-se que todas as mulheres nesta situação tenham os exames de pré-natal realizadas normalmente na rotina e avaliados na 4.3.3 Hemorragias na Segunda Metade da Gestação.

4.3.4.1 Classificação das síndromes hemorrágicas à partir da 20ª. Semana gestação (2ª. Metade da gestação)

As hemorragias na segunda metade da gestação constituem-se os diagnósticos mais frequentes em obstetrícia. São uma das principais causas de internação de gestantes no período anteparto, com importante aumento da morbimortalidade materna e perinatal, assim como de partos operatórios. A morbimortalidade perinatal está relacionada principalmente aos altos índices de prematuridade.

Várias são as possíveis causas de sangramento. Entre as causas obstétricas, as mais importantes são o descolamento prematuro de placenta e a placenta previa, que correspondem a até 50% dos diagnósticos. Não podem ser esquecidas a rotura uterina e a rotura da vasa previa, que também são importantes causas obstétricas. Entre as causas não obstétricas, pode ocorrer o sangramento proveniente do colo do útero durante a dilatação no trabalho de parto, cérvices, pólipos endocervicais, ectrópio, câncer de colo de útero e trauma vaginal. Os prognósticos materno e fetal vão depender do diagnóstico correto da causa do sangramento e conduta adequada com base nesse diagnóstico (BRASIL, 2010).

4.3.4.1.1 Descolamento prematuro da placenta (DPP)

É definido como a separação da placenta da parede uterina antes do parto. Essa separação pode ser parcial ou total e classificada em três graus: Grau 1: sangramento genital discreto sem hipertonia uterina significativa. Vitalidade fetal preservada. Sem repercussões hemodinâmicas e coagulopatia. Geralmente Diagnosticado no pós-parto com a identificação do coágulo retro placentário. Grau 2: sangramento genital moderado e contrações tetânicas. Presença de Taquicardia materna e alterações posturais da pressão arterial. Alterações iniciais da Coagulação com queda dos níveis de fibrinogênio. BCF presentes, porém com sinais de comprometimento de vitalidade. Grau 3: Sangramento genital importante com hipertonia uterina. Hipotensão Arterial materna e óbito fetal. Grau 3A : sem coagulopatia instalada. Grau 3B: com coagulopatia instalada.

Como Identificar/avaliar:

- Aparecimento de dor abdominal súbita, com intensidade variável;
- Sangramento vaginal que pode variar de sangramento discreto a volumoso, muitas vezes incompatível com o quadro de hipotensão (ou choque) materno;
- Pode ocorrer “sangramento oculto” quando não há exteriorização do sangramento; pode evoluir para quadro grave caracterizado por atonia uterina (útero de Couvelaire);
- **Realização de Exame obstétrico:** na fase inicial, ocorre taquihipersístolia (contrações muito frequentes [> cinco/10 minutos] e intensas), seguida de hipertonia uterina e alteração dos BCFs;
- Útero, em geral, encontra-se hipertônico, doloroso, sensível às manobras palpatórias;
- Os BCFs podem estar alterados ou ausentes;

- Comprometimento variável das condições gerais maternas, desde palidez de pele e mucosas até choque e distúrbios da coagulação sanguínea.

Conduta na Atenção Básica:

- Na suspeita diagnóstica, encaminhar a gestante, como emergência, ao hospital de referência obstétrica.
- Iniciar hidratação endovenosa, para a estabilização hemodinâmica; encaminhar para o hospital de referência obstétrica.
- Em gestantes Rh-negativo, deve conferir após alta da gestante se foi realizado a imunoglobulina anti-D se não ver fluxo específico.

4.3.4.1.2 Placenta prévia (PP)

Definida como a placenta que se implanta total ou parcialmente no segmento inferior do útero. Ela pode ser classificada de três maneiras, de acordo com sua posição em relação ao colo do útero:

- **Baixa:** está localizada próxima ao colo do útero, sem atingí-lo.
- **Marginal:** atinge o orifício interno do colo do útero, sem recobrí-lo.
- **completa ou centro-total:** recobre totalmente o orifício interno do colo do útero.

A placenta previa ocorre em 1 a cada 200 gestações que chegam ao terceiro trimestre, porém é um achado ultrassonográfico frequente em exames realizados entre 16 e 20 semanas de gestação. Contudo, até 90% desses achados de placenta prévia entre 16-20 semanas chegarão a termo em posição normal. Isto ocorre devido a teoria da “migração” placentária, onde há a combinação entre o crescimento placentário em direção ao fundo uterino, que é mais bem vascularizado, com a degeneração das vilosidades periféricas que receberão menor suprimento sanguíneo, conferindo uma implantação placentária adequada.

Como Identificar/avaliar:

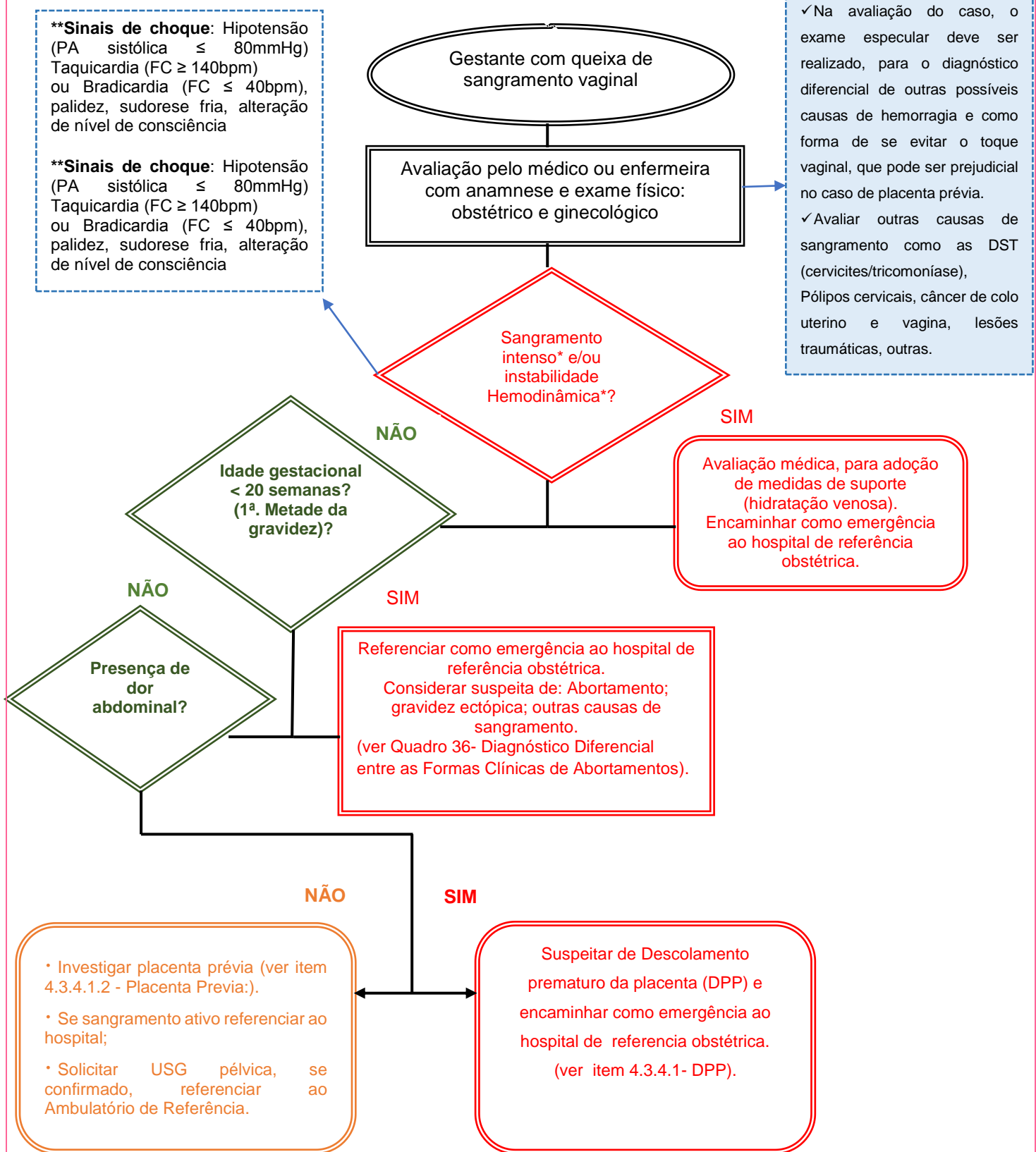
- Sangramento vaginal, súbito, de cor vermelho-vivo, de quantidade variável, indolor. É episódica, recorrente e progressiva.
- **Realização do exame obstétrico:** revela volume e tono uterinos normais e frequentemente apresentação fetal anômala; habitualmente, os BCFs estão mantidos; o exame especular cuidadoso revela presença de sangramento proveniente da cavidade uterina; a USG confirmará o diagnóstico demonstrando a localização baixa da placenta.

Conduta na Atenção Básica:

- **Não realizar na UBS o toque vaginal, apenas exame especular.**
- Se sangramento encaminhar para hospital de referência;
- Na ausência de sangramento vaginal, manter acompanhamento na UBS com avaliação mensal da USG. Caso não ocorra a migração da placenta até 24ª semana, encaminhar para o ambulatório de referência;
- Orientar se sinais e sintomas de risco como sangramento e dor, encaminhar gestante para avaliação hospital de referência obstétrica;
- Evitar relações sexuais vaginal até a resolução do quadro;
- Manter repouso relativo, em caso de placenta marginal e se placenta centro total repouso absoluto.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2015a p.81; BRASIL, 2012 p.160-162; BRASIL, 2010 p.45-51;

FLUXOGRAMA 25 - ATENÇÃO NAS SÍNDROMES HEMORRÁGICAS DA GESTAÇÃO



Quadro 44 - Classificação Da Perda Sanguínea Vaginal Segundo Quantidade e Tempo

| Classificação da hemorragia | Perda de sangue estimada | Como avaliar/ tempo |
|-----------------------------|----------------------------------|---------------------------------------|
| hemorragia exangüinante | perda abrupta de mais de 1500 ml | 1 lençol encharcado abruptamente |
| Sangramento intenso | ≥ 150 ml | 02 absorventes noturnos em 20 minutos |
| Sangramento moderado: | 60 a 150 ml | 01 absorvente noturno em 20 minutos |
| Sangramento leve: | ≤ 60 ml | 01 absorvente normal em 6 horas |

Fonte: Brasil, 2014c p.

4.4 Atenção nas alterações do líquido amniótico

Em condições normais, o aumento semanal médio de L.A é de 20ml entre a 10^a. e a 14^a. semana e de 50ml da 15^a. a 28^a. semana, atingindo o seu volume máximo entre a 34^a. e a 36^a. semana, cerca de 1.000ml, e decrescendo até o parto.

A redução patológica do volume de líquido amniótico (LA) incide de 0.5 a 5% das gestações. Já o aumento (polidrâmnia) ocorre em uma proporção menor ao redor de 0,5 a 1, 5%.das gestações (BRASIL, 2010).

Quanto a rotura prematura das membranas ovulares (RPMO) a incidência encontra-se entre 3% e 18,5%, (10% em média) e recorrência de 21%. Aproximadamente 25% dos casos ocorrem antes do termo e acabam respondendo por cerca de 30% de todos os recém-nascidos prematuros.

Valores de Referência para o Índice do Líquido Amniótico segundo dados Ultrassonográficos:

- Normal: ILA de 8–18cm;
- Oligodrâmnio: ILA inferior a 5cm;
- Intermediário: ILA entre 5 e 8cm;
- Polidrâmnio: ILA>18cm

4.4.1 Oligodrâmnio

O oligodrâmnio é caracterizado pela deficiência na quantidade de líquido amniótico. A causa mais frequente de oligodrâmnia é a rotura prematura de membranas, entretanto, outras causas podem ser responsáveis, conforme está colocado abaixo:

As principais causas são:

- **Patologias placentárias:** rotura prematura de membranas, insuficiência placentária, descolamento prematuro de placenta;
- **Patologias fetais:** crescimento intrauterino retardado; anomalias congênitas, principalmente as do trato urinário; anomalias cromossômicas;
- **Patologias maternas:** diabetes associada a vasculopatias; hipertensão arterial; hipovolemia; síndrome antifosfolípideo; colagenoses; uso de drogas inibidoras da enzima conversora da angiotensina e da síntese de prostaglandinas.

Prognóstico: o oligodrâmnio se relaciona, frequentemente, com resultado perinatal desfavorável, seja em função da patologia de base determinante, seja devido ao efeito mecânico provocado sobre o concepto pela diminuição do volume amniótico (pressão contínua sobre o feto, o que provoca alterações musculoesqueléticas; adesões entre o âmnio e as partes fetais, o que determina graves deformidades,

inclusive amputação; desenvolvimento de hipoplasia pulmonar e compressão funicular, principalmente no transcórter do trabalho de parto). Quanto mais precoce a instalação do quadro, mais grave tende a ser o prognóstico, principalmente pela hipoplasia pulmonar e pela presença de anormalidades congênicas.

Diagnóstico clínico:

O diagnóstico clínico é difícil. Deverá ser suspeitado sempre que houver:

- Medida do fundo do útero menor do que a esperada para a idade gestacional;
- Diminuição da circunferência abdominal;
- Partes fetais facilmente palpáveis;
- À ausculta, desacelerações variáveis da frequência cardíaca fetal, decorrentes da compressão funicular.

Diagnóstico ultrassonográfico: Quando o ILA é inferior ou igual a 5,0cm.

Diagnóstico diferencial: Restrição do crescimento intrauterino (RCIU) e a subestimação da idade gestacional.

Condutas na atenção primária:

- Investigar presença de líquido amniótico ao exame especular;
- Encaminhar ao pré-natal de alto risco para pesquisa de anomalias congênicas, RCIU e do sofrimento fetal pela hipoperfusão placentária;
- Manter PN na UBS semanalmente com USG semanal até consulta no ambulatório de alto risco. Caso a USG aponte outras alterações (feto ou anexos) e/ou diminuição do ILA no parâmetro anterior e/ou $ILA \leq 5$ encaminhar ao serviço hospitalar de referência via SAMU;
- Orientar a hidratação materna desde que não haja contraindicação para uma sobrecarga circulatória. Recomenda-se um aporte total de 3 a 4 litros de líquidos por dia preferentemente via oral.

4.4.2 Polidrâmnio

É o aumento excessivo do volume do líquido amniótico, superior a 2.000ml, em gestações acima de 30 semanas.

As principais causas são:

- **Causas Anexiais:** placenta circunvalada; síndrome de transfusão gêmeo-gemelar; transfusão fetomaterna.
- **Patologias fetais:** gemelaridade; anomalias congênicas; infecções congênicas; doença hemolítica perinatal; hidropsia fetal não imune;
- **Patologias maternas:** diabetes *mellitus*.

Diagnóstico Clínico:

- Medida do fundo do útero maior do que a esperada para a idade gestacional;
- Aumento exagerado da circunferência abdominal;
- Dificuldade de palpação das partes fetais. Sensação palpatória de muito líquido;
- Dificuldade na ausculta dos batimentos cardíacos do feto;

- Possibilidade de cérvico dilatação precoce.

Diagnóstico Ultrassonográfico: O diagnóstico de certeza é dado pelo achado do índice de líquido amniótico (ILA) superior a 18cm.

Conduta na atenção primária:

- Em gestantes com sintomatologia acentuada, recomenda-se encaminhar para serviço hospitalar de referência. Demais, encaminhar imediatamente ao pré-natal de alto risco;
- Para todas, orientar a observação da perda de líquida via vaginal que pode caracterizar a amniorrexe prematura;
- Se a gestante encontrar-se em período adequado (20-24ª.semana) solicitar USG morfológico ou USG obstétrico para investigação de malformações fetal.

FLUXOGRAMA 26 - ATENÇÃO NAS ALTERAÇÕES DO LÍQUIDO AMNIÓTICO

Gestante com suspeita de alteração líquido amniótico quanto ao volume segundo a anamnese e exame físico

Sinais de suspeita de alteração líquido amniótico:
Altura uterina (AU): inferior ou superior àquela esperada para a idade gestacional (IG);
 • **Movimentação fetal:** normal, aumentada ou diminuída;
 • **Palpação obstétrica:** Percepção fácil ou difícil das pequenas partes fetais?

Realizar Exame especular

Presença de líquido amniótico fluindo do canal cervical ou em fundo de saco?

NÃO

SIM

Solicitar USG Obstétrica de urgência

Encaminhar gestante para serviço hospitalar de referência conforme IG

Resultado ILA

Oligodrâmnio
ILA < 8 cm

Polihidrâmnio
ILA > 18 cm

Normal
ILA 8-18 cm

- Manter PN na UBS semanalmente com USG semanal até consulta no ambulatório de alto risco.
- Caso a USG aponte outras alterações (feto ou anexos), encaminhar ao PN de AR
- Se USG apontar diminuição do ILA no parâmetro anterior e/ou ILA ≤ 5 encaminhar ao serviço hospitalar de referência;
- Orientar a hidratação materna com um aporte total de 3 a 4 litros de líquidos por dia preferentemente via oral.

- Em gestantes com sintomatologia acentuada, encaminhar para serviço hospitalar de referência. Demais, encaminhar imediatamente ao PN AR;
- Para todas, orientar a observação da perda de líquido via vaginal que pode caracterizar a aminorexe prematura.
- Solicitar USG morfológico ou USG obstétrico para investigação de malformações fetal.

Manter rotina de PN com atenção aos sinais de suspeita de alteração líquido amniótico

4.4.3 Rotura Prematura das Membranas Ovulares (RPMO)

Denomina - se RPMO quando ocorre a rotura das membranas ovulares antes do início do trabalho de parto em qualquer idade gestacional. Entretanto, o *período de latência*, ou seja, o tempo decorrente entre a rotura das membranas e o início do trabalho de parto é que determinará a maioria das complicações clínicas materno e fetal como infecções, prematuridade, partos operatórios, deformações e amputações fetais e hipóxia.

As principais causas RPMO são:

- Infecção das membranas, por germes ascendentes do meio vaginal;
- Dilatação cervical precoce (a exemplo da multiparidade, da gemelaridade, do polidrâmio, da macrossomia e da insuficiência istmo-cervical);
- Infecções trato urinário (ITU);
- Tabagismo materno;
- Sangramento transvaginal no decorrer da gestação atual;.
- Após procedimentos invasivos (amniocentese, cordocentese, transfusão intrauterina) e após cerclagem do colo do útero.

Diagnóstico Clínico: O diagnóstico é fundamentalmente clínico. Na anamnese, o profissional deverá inquirir a paciente sobre o momento da rotura, a atividade exercida, a quantidade e a continuidade da perda de líquido, a cor e o odor do fluido. Em 90% dos casos de história de perda repentina de líquido, inicialmente em grande volume e posteriormente em menor quantidade, mas continuamente, a suspeita clínica é confirmada.

O exame especular, principal método diagnóstico, realizado sob assepsia, evidenciará:

- Presença de líquido amniótico fluindo pelo canal cervical; e/ou
- Presença de líquido em fundo de saco vaginal com as paredes vaginais limpas. Isto pode se dar de forma espontânea ou após esforço materno;
- O líquido emitido é transparente e de odor característico, seminal ou a hipoclorito de sódio; pode ter cor amarelada ou esverdeada (mecônio), ou purulento, se há infecção ovular, com ou sem grumos (grumos sugere maturidade fetal);
- Quando a perda de líquido não é evidente, procede-se a mobilização do polo fetal (*manobra de Tarnier*) na tentativa de facilitar o fluxo de líquido amniótico pelo canal cervical. Assim, com o espéculo introduzido no canal vaginal com uma das mãos afasta-se a apresentação fetal, deslocando-a no sentido cranial materno, enquanto pressiona-se o fundo uterino com a outra mão;
- Quando houver a detecção de saída de líquido pelo orifício cervical. Pode-se coletar pequena quantidade de secreção vaginal, no fundo-de-saco, e verificar pH do conteúdo vaginal;

• De forma indireta, valores mais elevados de pH (> 6) sugere o diagnóstico de amniorrexe, embora várias situações estejam relacionadas com resultados falsos positivos e negativos.

Diagnóstico diferencial: No diagnóstico diferencial, deve-se distingui-la da perda urinária involuntária e do conteúdo vaginal excessivo.

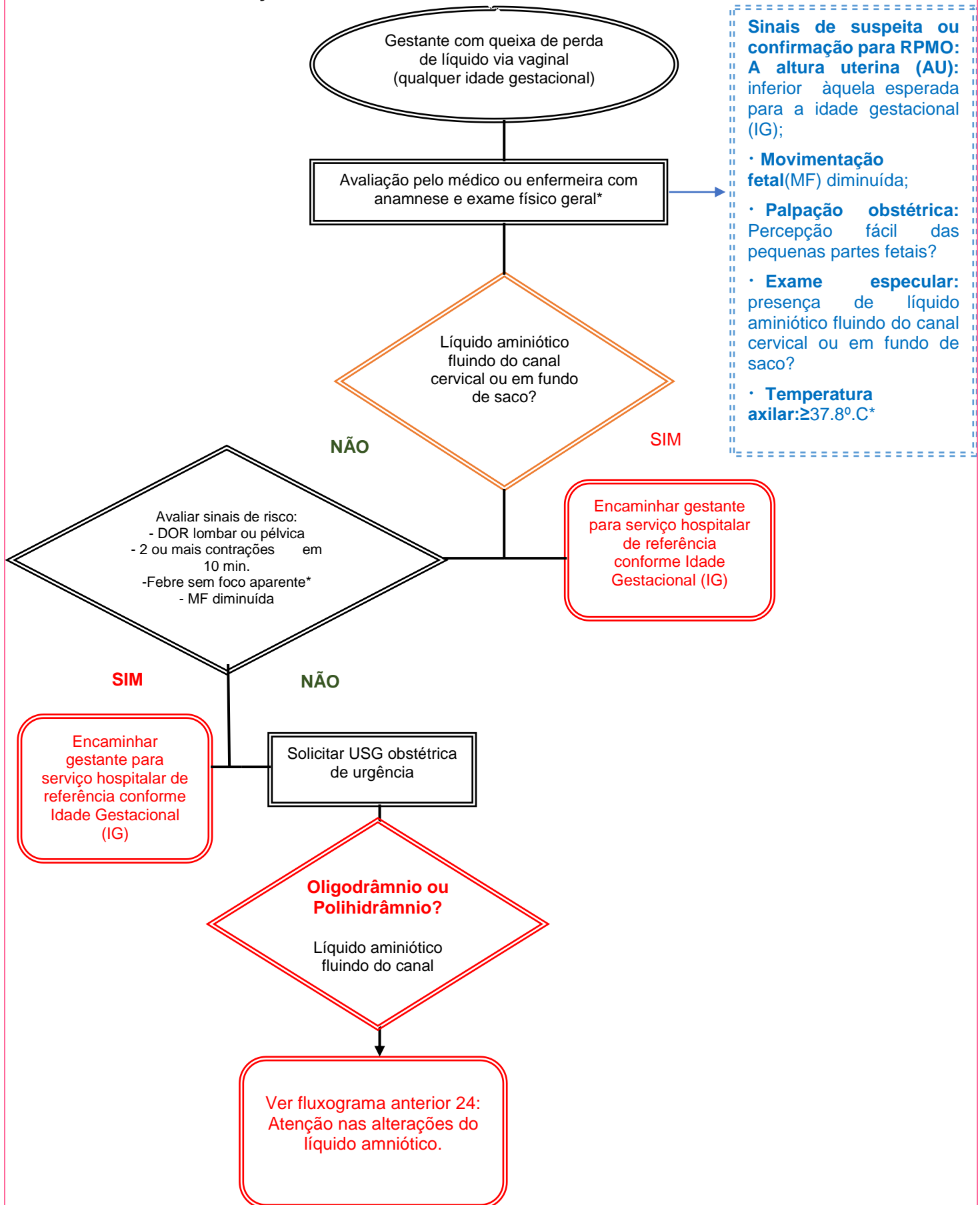
Diagnóstico Ultrassonográfico: Embora a ultrassonografia não permita firmar o diagnóstico, ela pode ser muito sugestiva ao evidenciar, por intermédio da medida do ILA abaixo do limite inferior para a respectiva idade gestacional, a presença de oligoâmnio.

Conduta na atenção básica:

- Os casos suspeitos ou confirmados de RPMO **não devem** ser submetidos ao exame de toque vaginal, exceto se houver suspeita de trabalho de parto. E quando necessário sempre realizar com luvas estéreis, para diminuir os riscos de infecções amnióticas, perinatais e puerperais;
- Nas gestações de termo, o profissional de saúde da UBS deverá encaminhar a gestante para a maternidade ou o hospital já designado para o atendimento ao parto conforme a classificação de risco.
- Nas gestações pré-termo, com maior risco de complicações maternas e perinatais, as mulheres devem ser imediatamente encaminhadas ao hospital de referência para alto risco.

Prognóstico: Para a mulher, há um maior risco de infecção puerperal, sendo que o resultado perinatal, continua sendo preocupante, em virtude dos elevados índices de prematuridade e de infecção perinatal.

*Na presença de fatores infecciosos aparentes (amigdalite, IVAS etc.), encaminhar para avaliação médica no dia.

FLUXOGRAMA 27 - ATENÇÃO NAS PERDAS DE LÍQUIDO VIA VAGINAL- SUSPEITA DE ROTURA PREMATURA


4.5 Atenção nas síndromes hipertensivas da gravidez

Nos países em desenvolvimento, a hipertensão arterial sistêmica (HAS) na gestação é a responsável por um grande número de internações em centros de tratamento intensivo. É a doença que mais frequentemente complica a gravidez, acometendo de 5% a 10% das gestações, sendo a principal causa de mortalidade materna e perinatal (BRASIL, 2012).

4.5.1 Conceitos e Parâmetros para suspeição de Hipertensão arterial na gestação

Conceitua-se hipertensão arterial na gestação, a partir dos valores da PAS e PAD obedecendo os critérios técnicos para uma correta aferição e diagnóstico, sendo eles: A) Valores da PA: ≥ 140 mmHg (PAS) e diastólica (PAD)* ≥ 90 mmHg (PAD), sendo a PAD identificada pela fase V de Korotkoff (desaparecimento dos sons na verificação da pressão diastólica); B) Ocasões: duas ocasiões distintas da verificação; C) Tempo: o Intervalo entre as ocasiões da verificação da PA deve ser no minutos quatro (4) horas, ou no caso de crise hipertensiva (valores de PA $\geq 160/110$ mmHg) o tempo para confirmação dos valores deve ser de cerca de 5 minutos, o mesmo tempo (5 minutos) é necessário de repouso antes de iniciar procedimento. D) Posição da gestante: sentada com o braço na altura do coração E) Manguito apropriado: o manguito deve ser apropriado a circunferência braquial (ver tabela 4) (ACOG, 2013 p.17;19; BRASIL, 2010 p.27), ver todos os critérios técnicos (descritos no item 3.7.6.2.2 Observações gerais para execução da técnica de Verificação da Pressão Arterial).

4.5.2 Classificação das síndromes hipertensivas da gravidez

O diagnóstico diferencial das síndromes hipertensivas da gravidez se baseia na classificação:

- ✓ **Hipertensão arterial sistêmica crônica:** é definida por hipertensão registrada antes da gestação, no período que precede à 20ª semana de gravidez ou além de doze semanas após o parto;
- ✓ **Hipertensão gestacional:** caracterizada por HAS detectada após a 20ª semana, sem proteinúria, podendo ser definida como “transitória” (quando ocorre normalização até 12 semanas do parto) ou “crônica” (quando persistir a hipertensão após este período (BRASIL, 2010 p.27).
- ✓ **Pré-eclâmpsia:** caracterizada pelo aparecimento de HAS e proteinúria (excreção urinária de proteínas $> 0,3$ gramas em volume de 24 horas ou análise em amostra única com fita de proteinúria mostrando pelo menos 1 + na ausência de infecção urinária após a 20ª semana de gestação em mulheres previamente normotensas. Entretanto na ausência de proteinúria, a suspeita se fortalece quando o aumento da pressão aparece acompanhado por cefaleia, distúrbios visuais, dor abdominal, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas (BRASIL, 2010; ACOG, 2013 p.18). A Pré-eclâmpsia pode ser ainda classificada como **Não grave ou Grave**. No caso da primeira, há Hipertensão, proteinúria, sem outros sinais e sintomas. Já no caso de Pré-eclâmpsia grave, também chamada de *Síndrome Hellp* há presença de um ou mais sinais de gravidade relacionados a 6 achados básicos: 1. Nível de PA $\geq 160/110$; 2. Plaquetopenia; 3. Alteração da função renal; 4. Alteração da função hepática associada com dor hipocôndrio direito; 5. Edema pulmonar; 6. Alterações neurológicas: cefaleia e escotomas (ACOG, 2013 p.19)
- ✓ **Pré-eclâmpsia superposta à HAS crônica:** definida pela elevação aguda da PA, à qual se agregam proteinúria, em gestantes portadoras de HAS crônica com idade gestacional superior a 20 semanas;

✓ **Eclâmpsia:** corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas.

4.5.3 Sinais e Sintomas

O sinal clássico é o aumento dos níveis pressóricos. Entretanto a sintomatologia é, em geral, pobre, podendo-se encontrar mal-estar, cefaleia, escotomas, e casos mais raros sintomas gastrointestinais como náuseas, vômitos, dor no hipocôndrio direito (BRASIL, 2012; ACOG, 2013 p.19)).

4.5.4 Os objetivos do manejo da hipertensão arterial

Proteger a mãe dos efeitos deletérios da hipertensão: como a prematuridade; manter uma perfusão uteroplacentária adequada, reduzindo a hipóxia, o crescimento intrauterino restrito e o óbito perinatal. Na forma aguda o mais temido é a síndrome de *Hellp** que acomete 4% a 12% de gestantes com pré-eclâmpsia ou eclâmpsia e que se relaciona a altos índices de morbiletalidade materno-fetal, especialmente da hemorragia cerebral;

OBS: * A Síndrome HELLP ou pré-eclampsia grave tem um quadro clínico caracterizado por hemólise (H = "hemolysis"), elevação de enzimas hepáticas (EL = "elevated liver functions tests") e plaquetopenia (LP = low platelets count "). Embora acompanhe outras doenças, em obstetrícia é considerada como agravamento do quadro de pré-eclâmpsia (BRASIL, 2010).

4.5.5 Diagnóstico laboratorial

Usualmente não realizado na atenção básica, o diagnóstico laboratorial está relacionado ao vasoespasmio no fígado materno, resultando em plaquetopenia grave (< 100.000 plaquetas/mm³), aumento da desidrogenase láctica (DLH > 600 U/l), e da bilirrubina total.

4.5.6 Seguimento da Hipertensão arterial no pós-parto

Mulheres que desenvolvem hipertensão na gravidez devem ser cuidadosamente avaliadas nas próximas 12 semanas (3 meses) após o parto e aconselhadas a respeito de futuras gestações e risco cardiovascular. Qualquer anormalidade laboratorial ou achado físico que não retorne ao normal antes da alta deve ser reavaliado na consulta de puerpério. A expectativa é que a hipertensão e outros sinais e sintomas ou disfunção orgânica associados a pré-eclampsia terão remissão seis semanas após o parto. Se as anormalidades persistirem, as gestantes deverão ser reexaminadas após seis semanas e, se a patologia mantiver após 12 semanas, provavelmente tornou-se crônica (BRASIL, 2010 p.38).

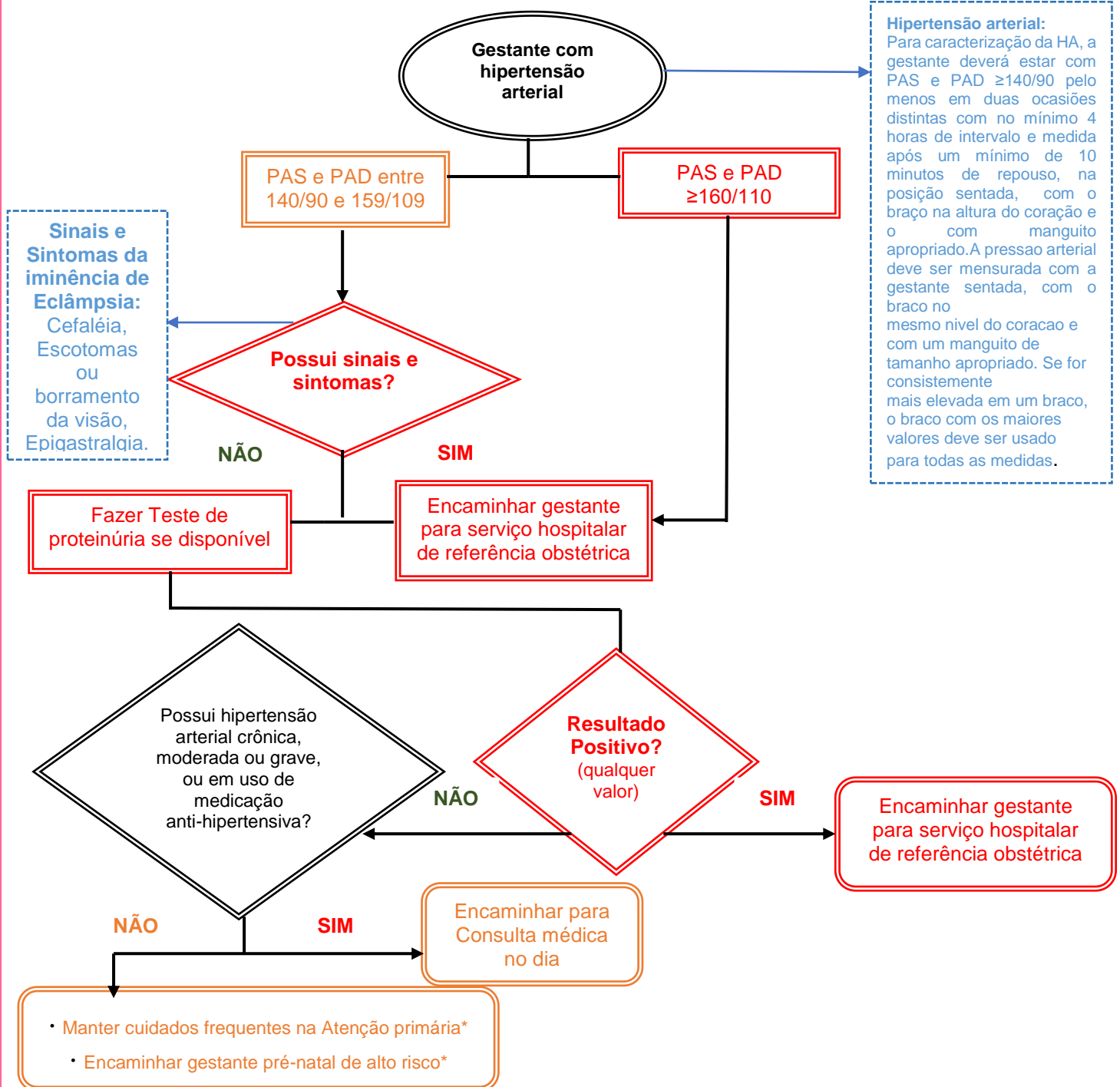
4.5.7 Formas Clínicas da Pré-eclâmpsia/Eclâmpsia

Quadro 45 - Pré Eclâmpsia

| Critérios | Pré-eclâmpsia | | Eclâmpsia |
|--|---|--|--|
| | Não Grave | Grave (Síndrome Hellp) | |
| PAS/ PAD | 140-159 mmHg 90-109 | ≥160mmHg ≥ 110 mmHg | em geral ≥160 mm Hg/ ≥ 110 mm Hg |
| Proteinúria | 300 mg em 24 horas OU Teste de Proteinúria(+) ou mais | 300 mg em 24 horas OU Teste de Proteinúria(+) ou mais | 300 mg em 24 horas OU Teste de Proteinúria(+) ou mais |
| Plaquetas | _____ | <100.000 | Presente ou não |
| Creatinina (Função Renal) | _____ | > 1.1 ou dobro de creatinina sérica na ausência de doença renal | Presente ou não |
| . Transaminases: Aspartato aminotransferase (AST/TGO), . Desidrogenase láctica (DHL) (Função Hepática) | _____ | Elevação da concentração de transaminases em duas vezes do normal (AST: >70; DLH: > 600 U/L | Presente ou não |
| Epigastralgia (Hipocôndrio direito) | _____ | Persistente pouco responsivo à medicação, sem outra alternativa diagnóstica | Presente ou não |
| Edema pulmonar | _____ | Presente | Presente ou não |
| Sintomas neurológicos | _____ | Cefaleia, Escotomas ou borramento visual | Convulsões, coma |
| Outros achados | _____ | _____ | CIVD, IRA, AVE, Pneumonia aspiração |

OBS: Definições: **Pré-eclâmpsia:** hipertensão, com proteinúria significativa. **Pré-eclâmpsia Grave:** Aparecimento de um ou mais sintomas de gravidade relacionados a 6 achados básicos: 1. Nível de PA; 2. Trombocitopenia; 3. Função renal; 4. Função Hepática e dor epigástrica; 5. Edema pulmonar; 6. Alterações neurológicas. **Eclâmpsia:** Mulher com pré-eclâmpsia (geralmente grave) acrescido de crises convulsivas excluído outras causas neurológicas.

Fonte: AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2013 p.19; BRASIL, 2010 (Adaptado).

FLUXOGRAMA 28 - ATENÇÃO NAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS DA GRAVIDEZ: PRE-ECLAMPSIA/ECLAMPSIA

***Cuidados frequentes na APS:**

- Agende controle diário de PA e peso preferencialmente no mesmo horário; com anotação em formulário próprio (ver Apêndice 7- Controle da PA) (ou cartão de hipertensão) anexado em cartão de gestação e prontuário;
- Reavaliar medicação: Mesmo as gestantes que estiverem bem controladas com medicação anti hipertensiva antes da gravidez devem ter as drogas suspensas e introduzido a Metildopa, como droga de preferência e terapia de primeira linha, na dose inicial padrão de 1 comprimido (250 mg) VO 8/8 horas (a dose usual pode chegar até a 2000mg divididas em até 4 vezes por dia). (BRASIL, 2010 p.43; BRASIL, 2012 p.92; 183).

4.6 Atenção na gestação prolongada

Gestação prolongada ou pós datismo, é aquela cuja idade gestacional na mulher encontra-se entre 40 e 42 semanas. Gravidez pós termo é aquela que ultrapassa 42 semanas.

A incidência de pós datismo é em torno de 5%. A taxa de mortalidade perinatal (óbitos fetais mais as mortes neonatais precoces) em gestações de 42 semanas é duas vezes maior que nas gestações de termo (4–7 mortes contra 2–3 mortes por 1.000 partos). Sabe-se que a função placentária atinge sua plenitude em torno da 36ª semana, declinando à partir de então. A placenta senil apresenta calcificações e outras alterações que são responsáveis pela diminuição do aporte nutricional e de oxigênio ao feto, associando-se, dessa maneira, com o aumento da morbimortalidade perinatal. (BRASIL, 2012 p.190). (BRASIL, 2010 p.69).

4.6.1 Diagnóstico

O diagnóstico de certeza somente pode ser feito com o estabelecimento precoce da idade gestacional, que pode estar falseado na presença de irregularidades menstruais, uso de anticoncepcionais hormonais, lactação etc. Nessas situações, o exame ultrassonográfico entre 9ª. e 13ª.semana é o recurso eficaz no correto estabelecimento da idade gestacional.

4.6.2 Conduta

O controle da gestante nessa situação objetiva identificar a eventualidade de hipóxia consequente à insuficiência placentária. Desta forma, os cuidados dirigem-se ao controle das condições de vitalidade fetal.

- Quando a gestante completar 40ª semana de idade gestacional sem sinais de trabalho de parto, encaminhe-a para o serviço de referência ao parto para outros testes de vitalidade fetal, incluindo cardiotocografia. Contudo os cuidados pré-natais devem ser mantidos na UBS até o parto com frequência de consulta cada 3 dias. A indução do parto deve ser realizada a partir de 41 semanas de gestação (BRASIL, 2015a p.92).

4.7 O trabalho de parto prematuro

Trabalho de parto prematuro (TPP) é aquele que ocorre no período precoce de idade gestacional (entre 154 a 259 dias de gestação ou entre 22ª. a 37ª. semana).

4.7.1 Fatores de Risco Para o Trabalho de Parto Prematuro

- Gestação anterior com TPP (maior importância)
- Idade materna < 16 anos e > 35 anos
- Desnutrição materna
- Atividade física materna extenuante
- Isoimunização Rh D
- Diabetes mellitus

- Síndromes hipertensivas - Doença hipertensiva específica da gestação, Hipertensão arterial sistêmica crônica
- Descolamento prematuro de placenta
- Tabagismo
- Cardiopatia materna
- Patologias uterinas: incompetência istmo-cervical, malformações, leiomiomas
- Distensão uterina: gêmeos, polidrâmnio
- Violência e trauma materno
- Infecções Maternas: ITU baixa ou alta (bacteriúria assintomática, cistite e pielonefrite) não tratada ou de repetição; infecções do trato genital: sífilis, gonorreia, infecção por estreptococo do grupo B, clamídia e trichomonas e vaginose bacteriana; corioamnionite: rotura prematura de membranas ovulares (RPMO); outras infecções: doenças periodontais, apendicite, pneumonia.

4.7.2 Como Identificar/avaliar o trabalho de parto prematuro

- Coletar os sinais vitais da gestante;
- Avaliar atividade uterina por meio da palpação abdominal (frequência, intensidade e duração das contrações)* (ver item 3.6.11 - A Verificação da Dinâmica uterina).
- Fazer ausculta e contagem de BCFs;
- Se houver história de eliminação de líquido pela vagina, avaliar a possibilidade de rotura de membranas por meio de exame especular;
- Na suspeita ou confirmação de rotura de membranas ou de placenta previa e na ausência de contrações rítmicas ou sangramento importante, visualizar colo com uso de espéculo;
- Se não houver rotura de membranas ou suspeita de síndromes hemorrágicas, realizar toque vaginal.
- Na presença de contrações uterinas rítmicas e regulares, porém sem modificação cervical, caracteriza-se o falso trabalho de parto prematuro, porém é importante que a paciente esteja sob observação no serviço de saúde por no mínimo 2 horas com reavaliação ao final do período; tais casos costumam evoluir bem apenas com o repouso, principalmente se identificada e tratada a causa de base como vaginose bacteriana, ITU. Se profissional não sentir-se seguro encaminhar para avaliação com médico obstetra ou serviço de referência.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2015a p.81; BRASIL, 2012 p.160-162; BRASIL, 2010 p.45-5

Considerando a importância da prevenção do parto prematuro, é importante que a UBS faça a GESTÃO DOS CASOS DE TRABALHO DE PARTO PREMATURO E DE INFECÇÃO URINÁRIA NA GESTAÇÃO para saber mais sobre trabalho de parto recomendamos a leitura do capítulo 5 deste material: “O Cuidado no Trabalho de Parto, Parto e Nascimento na APS”.

5 O CUIDADO NO TRABALHO DE PARTO, PARTO E NASCIMENTO NA APS

5.1 O trabalho de parto (TP)

TP constitui um evento o qual o corpo da gestante por meio de uma série de modificações fisiológicas irá prepará-lo para expulsão do feto e anexos. Em geral as principais alterações são: a sequência de **contrações uterinas coordenadas e involuntárias** que resultam no **apagamento e dilatação** do colo uterino, simultaneamente à **descida fetal**, e posteriormente os puxos e contrações voluntárias da parede abdominal, resultando na expulsão dos produtos da gestação.

Para acontecer o trabalho de parto e parto é preciso ter interação de três fatores: **Feto**- “o Objeto”, **Bacia**- “O trajeto”, **Contração uterina**- “ O motor”, que discutiremos logo abaixo:

5.2 O Objeto: O Feto

Durante o parto, o feto é o móvel ou objeto que percorre o trajeto, sendo impulsionado pelo motor, que é a contração uterina. A cabeça fetal é constituída por crânio e face, sendo o crânio o mais importante em obstetria.

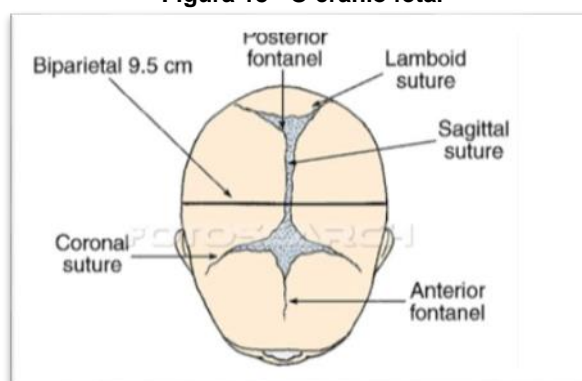
O crânio é formado por dois ossos frontais, dois parietais, um occipital, um esfenóide e um etmoide. Estes ossos são separados por tecidos membranosos que permitem o seu cavalgamento e amoldamento. Estes tecidos são chamados de **suturas e fontanelas**.

As suturas mais importantes na obstetria são: **sutura sagital** entre os parietais e a **sutura lambdoide**, entre o occipital e parietais.

As **fontanelas** são áreas membranosas no ponto de convergência de três ou mais ossos.

As principais são: **fontanela bregmática**, ladeada pelos frontais e parietais. É o principal ponto de referência para o diagnóstico de variedade posição; **fontanela lambdoide** ou pequena fontanela, é limitada pelo occipital e parietais;

Figura 18 - O crânio fetal



Fonte: Google imagens/ crânio fetal*

Disponível em: <http://milencarolinecranioestenose.blogspot.com.br/p/imagens-das-suturas-e-fontanelas-do.html>

5.2.1.1 Relações Útero Fetais

O feto se relaciona com o útero e trajeto de diferentes maneiras e a depender da maneira que se relaciona, facilitará ou não o trabalho de parto.

- ✓ **Situação:** é a relação do maior eixo fetal com o maior eixo do organismo materno. Pode ser longitudinal ou transversa.
- ✓ **Apresentação:** é a parte do feto que se situa no estreito superior, podendo ser cefálica (a cabeça vindo primeiro), pélvica (a pelve vindo primeiro) e córmica (quando o corpo fetal ocupa o estreito superior);
- ✓ **Atitude:** é a relação entre as partes fetais. As principais são: flexão (quando o queixo fetal aproxima-se do tórax e extensão (quando o occipício se aproxima da costa fetal, podendo ainda ser indiferente (quando não há flexão nem extensão);
- ✓ **Posição fetal:** constitui a relação da parte de apresentação (occipital, sacro, mento ou sincipúcio) com os quatro quadrantes da pelve materna (posterior, anterior, direita ou esquerda).

O trabalho de parto em muito depende de como o feto se relaciona com o útero e o trajeto, dependendo assim do: tamanho da cabeça; A apresentação; A situação; A atitude fetal; A posição fetal.

5.2.2 O Trajeto Duro e Mole: Bacia, cérvix, vagina

O trajeto corresponde ao canal da parturição, percurso que o feto deve percorrer do útero até o meio externo. Este trajeto estende-se do útero à fenda vulvar e é composto pelo bacia óssea (trajeto duro); segmento inferior do útero, cérvix, vagina e região vulvoperineal (trajeto mole).

5.2.2.1 Trajeto duro- BACIA óssea

É o conjunto de ossos ilíaco, sacro e cóccix que formam a pelve feminina. A pelve divide-se em **grande bacia** e **pequena bacia**.

5.2.2.2 Grande Bacia

Tem pequena importância em obstetrícia. É limitada lateralmente pelas fossas ilíacas, coluna vertebral e músculos retos abdominais. Sua forma e dimensão podem dar noções da forma e dimensão da pequena bacia ou pelve verdadeira. As bacias mais favoráveis para o parto normal é a ginecoide seguida da androide, já as demais trazem maior risco de distócia ou seja situações que podem dificultar ou impedir o trabalho de parto e parto.

Figura 19 - Tipos de bacia



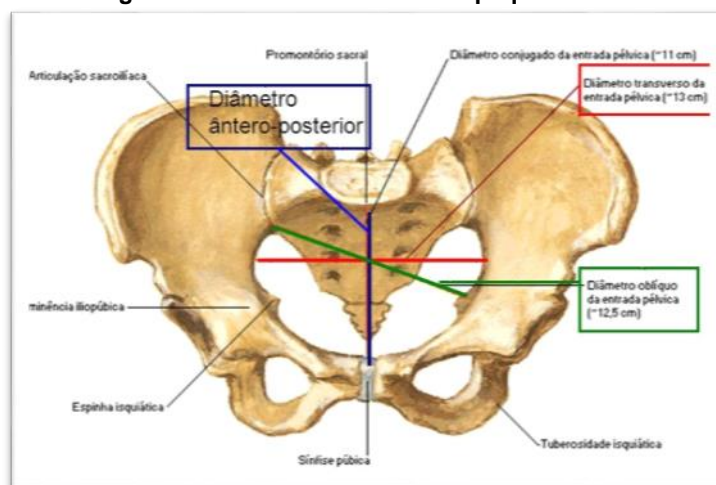
Fonte: Imagens google/tipos de bacia*

Disponível em: https://unarus2.moodle.ufsc.br/pluginfile.php/11611/mod_resource/content/1/un04/index.html

5.2.2.3 Pequena bacia ou bacia obstétrica ou pelve verdadeira

importante porque tem que ser compatível com a biometria fetal. Divide-se em estreito superior, médio e inferior.

Figura 20 - A bacia obstétrica ou pequena bacia



Fonte: Imagens google/pequena bacia**

Disponível em: <http://slideplayer.com.br/slide/9789217/>

Cada estreito apresenta diferentes dimensões conforme uma linha imaginária traçada onde tem-se :

- a. Diâmetro anteroposterior:**
- do promontório à borda superior da sínfise púbica: 11 cm.
 - do promontório à face interna da sínfise púbica (Real espaço do trajeto fetal): 10,5 cm.
 - do promontório à borda inferior da sínfise púbica: 12 cm.
- b. Diâmetros oblíquos:** eminências iliopectínicas até articulação sacroilíacas: 12,5 cm.
- c. Diâmetro transverso:** linha terminal de um lado para o outro, geralmente a 4 cm do promontório: 13 cm.

Os menores estreitos que o feto deverá passar é do promontório (protuberância anatômica formada pelas 5 últimas vertebrae sacral) à face interna da sínfise púbica e entre as espinhas isquiáticas. Ambos os estreitos com cerca de 10,5 cm.

5.2.2.4 Trajeto Mole

É constituído pelo segmento inferior do útero, pela cérvix, pela vagina e região vulvoperineal.

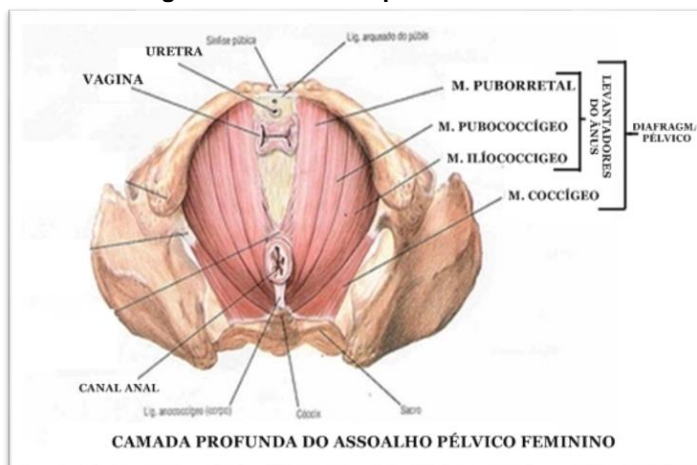
a. O Segmento inferior do corpo uterino: corresponde à parte inferior do corpo uterino, que se estende até o orifício interno do colo uterino ou cérvix.

b. A cérvix: é delimitada pelos orifícios interno e externo durante toda a gestação sofrendo importantes modificações e no TP especialmente sofrerá o apagamento ou esvaecimento e dilatação, que irão permitir a ampliação do canal do parto.

c. A vagina: é um conduto cilíndrico, musculomembranoso que se estende do útero à vulva. Suas paredes, especialmente por causa de ação hormonal da gravidez apresentam grande elasticidade, o que permite a passagem do feto sem sofrer lacerações importantes.

d. A região vulvoperineal: constituída pela vulva e pelo períneo. O períneo é constituído por seis músculos que são o isquiocavernoso, bulbo cavernoso, transverso superficial do períneo, o esfíncter do ânus, levantador do ânus e o isquiococcígeo. Os músculos levantadores do ânus e isquiococcígeos formam o assoalho ou diafragma pélvico, que divide o trajeto em duas porções: a superior e inferior, totalmente independentes e dá passagem na região anterior, à uretra, vagina e reto. No momento do desprendimento do polo fetal, todos os músculos se distendem e se dilatam, para a ocorrência do parto.

Figura 21 - Assoalho pélvico Feminino



Fonte: Imagens google/assoalho pélvico feminino

Disponível em: <http://fisiourog.blogspot.com.br/2013/05/assoalho-pelvico.html>

5.2.3 O Motor- a Contração Uterina

A presença da contração uterina é uma constante em todo o ciclo gravídico-puerperal. Contudo, em cada período clínico deste ciclo tem uma finalidade e intensidade diferente.

A contração é o encurtamento da célula miometrial em resposta a um estímulo, com retorno ao seu comprimento original, após cessado o estímulo.

Algumas definições sobre a contração uterina:

Tono: a menor pressão intrauterina registrada entre duas contrações.

Intensidade ou Amplitude: é o aumento da pressão intrauterina provocada pela contração. É medida sempre a partir da linha de base ou tono, e os valores normais oscilam entre 30 e 50 mmHg.

Frequência: número de contrações a cada 10 minutos. A atividade uterina é o produto da intensidade pela frequência, e é expressa em unidades Montevideú (UM).

Atividade uterina: pode ser avaliada por vários métodos. O mais utilizado na prática clínica é com uso cardiotocografia.

Origem da contração: a onda contrátil tem sua origem em dois marca-passos situados próximos às inserções tubárias, bilateralmente (localizada no fundo do útero). Do marca-passo à onda, se propaga ao resto do útero, porém tem maior duração no fundo uterino. Assim, a onda contrátil eficaz tem tríplex gradiente descendente, ou seja, tem propagação descendente, tem maior duração no fundo uterino e a intensidade diminui no sentido cefalocaudal.

Quadro 46 - Características das contrações

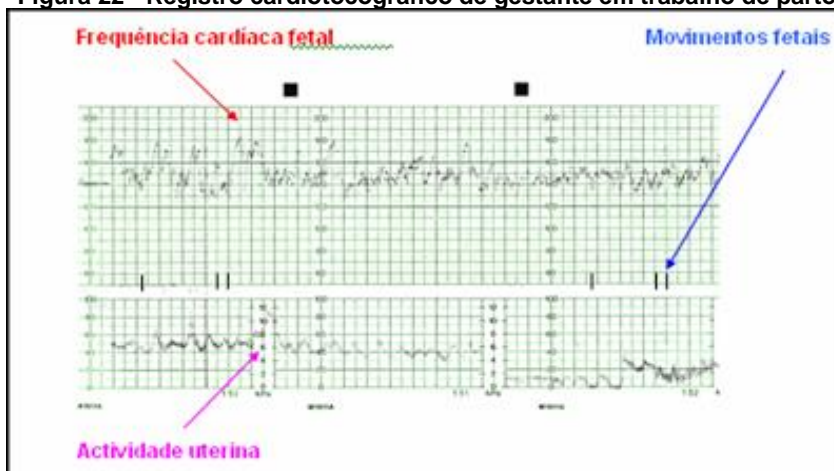
| PADRÃO DAS CONTRAÇÕES UTERINAS DURANTE A GESTAÇÃO E PUERPÉRIO | | | | | | |
|---|--|---|------------------|------------------------------------|-------------------|---|
| Tipos de contração | Função | Período que acontece | Duração | Frequência | Intensidade | Percepção materna** |
| 1. Pequenas contrações* | Atividade uterina | Toda a gestação | 30 segundos | 10 contrações/hora | 2-4 mmHg | Imperceptível |
| 2. BRAXTON HICKS* | Preparo do colo ou seu Amadurecimento: amolecimento, centralização, abaixamento, apagamento. | À partir da 28ª - 30ª semana com intensificação no período pré-parto (4 últimas semanas gestação) | 20-30 segundos | 1/ hora | 10-20 mmHg | Endurecimento abdominal indolor |
| Trabalho de parto | Descida do feto; Dilatação cervical, Expulsão do feto e placenta | Trabalho de parto e dequitação placentária | 40 - 60 segundos | 2-4 contrações em 10 minutos | 25-40 mmHg | Dor lombar que se irradia para abdômen |
| Período Expulsivo e Dequitação | Expulsão do concepto e anexos - Hemostasia do sítio placentário | Final da dilatação até dequitação | 40 - 60 segundos | 5 ou mais contrações em 10 minutos | 50-100 mmHg | Desejo de fazer força ("puxos") |
| Puerpério | Provocar a involução uterina | Principalmente durante as primeiras 12 horas pós parto e durante a sucção pelo lactente. | Variável | 1 em 10 minutos | Menor que 15 mmHg | Dor tipo cólica de intensidade variável |

*No final da gravidez: as pequenas contrações diminuem de frequência e aumenta de intensidade e as de BRAXTON-HICKS, aumentam de frequência.

** As contrações são percebidas pela palpação abdominal se estiverem com pressão entre 10 e 30 mmHg. Acima destes valores dificilmente consegue-se fazer depressão da parede abdominal e, além de 40 mmHg, não mais se consegue deprimir a parede uterina.

Fonte: Carrara& Duarte, 1996 e outras referências (Adaptado).

Figura 22 - Registro cardiocardiográfico de gestante em trabalho de parto



Fonte: google imagens/ cardiocardiografia

Disponível em: <http://csfeiracentrodesaude.blogspot.com.br/2009/08/ctg-cardiocardiografia.html>

5.3 O trabalho de parto, parto e puerpério - mecanismo e fase clínica

Didaticamente o TP e parto é dividido em 4 períodos clínicos: dilatação; expulsão; dequitação; puerpério, onde o feto é alvo de sucessivos movimentos passivos que visam adequar seus maiores diâmetros aos maiores diâmetros do canal do parto. Contudo antes do TP propriamente dito há uma fase bastante importante, o Período Premonitório.

5.3.1 O Período Premonitório

É o período que antecede ao TP, bastante rico em sintomatologia como fase preparatória para a expulsão do feto e anexos, porém sem duração fixa.

5.3.1.1 Sinais e sintomas do período premonitório

- ↪ Insinuação, descida do feto ou “queda do ventre” materno em 2-4 cm da altura uterina;
- ↪ Aumento de dores lombares;
- ↪ Estiramento das articulações pélvicas e conseqüentemente dores região pélvica e lombar;
- ↪ Aumento das secreções glandulares cervicais com eliminação de muco ou tampão mucoso;
- ↪ Encurtamento do colo;
- ↪ Contrações uterinas com menores intervalos e maior intensidade, que vão se tornando mais e mais frequentes até que se instala o trabalho de parto.

Insinuação: É o encaixamento, quando ocorre a passagem da maior circunferência da apresentação (geralmente polo cefálico) pelo estreito superior da bacia. Desta forma, verifica-se um rebaixamento do fundo útero ou “queda do ventre” em cerca de 2 a 4 cm. Este evento pode ocorrer dias ou semanas antes do início do TP e tem como objetivo adequar a apresentação ao estreito superior da bacia. Assim, há um acomodamento dos membros inferiores sobre o tronco ou seu desdobraimento para baixo a fim de diminuição dos diâmetros fetais (CARRARA; DUARTE, 1996).

5.3.1.2 1º Período- dilatação

Começa com as primeiras contrações dolorosas que modificam o colo, e terminam quando este encontra-se, totalmente, dilatado. Este período se divide em duas fases distintas: **fase de latência** e **fase ativa**.

5.3.1.3 Fase de latência

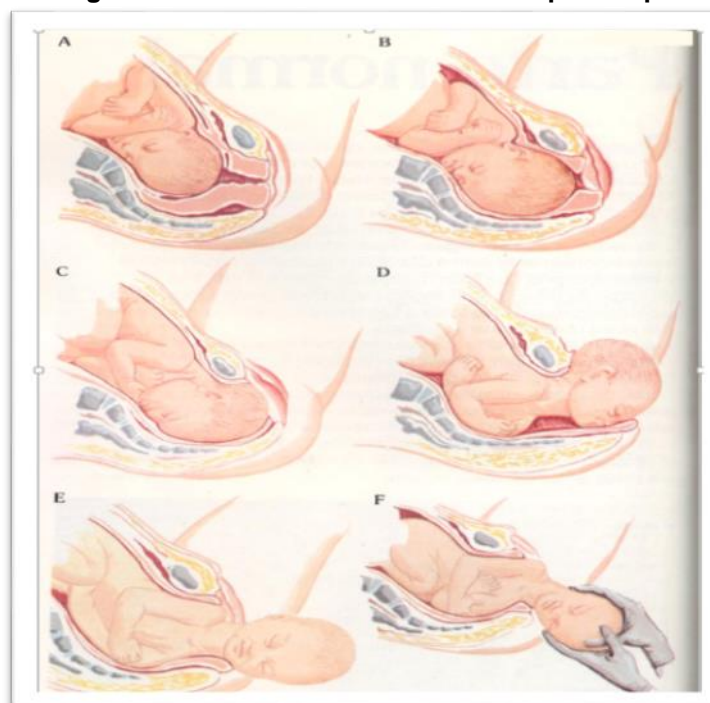
Fase lenta, com contrações bem estabelecidas, leves e moderadas; a cérvix se afina dilata-se até de 2 a 3 cm, sendo a fase de maior duração, em média 8 horas, mas pode chegar até 20 horas nas primíparas e 16 horas nas múltiparas.

5.3.1.4 Fase Ativa

Há franco progresso da dilatação, observado a partir de 4 cm de dilatação cervical, sendo a média de dilatação de 1-2 cm/hora a depender da posição adotada pela parturiente, uma vez que aquelas que deambulam ou ficam sentada tende a evoluir com mais rapidez o processo de dilatação (SILVA et al, 2007).

Descida: Durante a fase ativa do TP ocorre o mecanismo de descida fetal, quando a apresentação, impulsionada pela contratilidade uterina, desce até a proximidade do assoalho pélvico, onde a resistência deste, aumenta a flexão. Resultando na rotação interna da cabeça; desprendimento da cabeça; rotação externa (para o lado do dorso durante encaixamento), e por fim o desprendimento das espáduas, seguido dos demais seguimentos corporais.

Figura 23: Mecanismo do Trabalho de parto e parto.



A: Insinuação B: descida; C: Rotação interna;
D: Desprendimento da cabeça; E: Rotação Externa;
F: Desprendimento dos ombros.

Fonte: Google imagens/mechanism labor.

Disponível em: <http://pt-br.infomedica.wikia.com/wiki/Parto>

5.3.2º PERÍODO- Expulsão

A expulsão, inicia-se com a dilatação total do colo e termina com a saída do concepto. Neste período, ocorre juntamente com as contrações uterinas, a contração do diafragma e da musculatura abdominal que comprimem o útero de cima para baixo e de diante para trás. Sob efeito das contrações, agora mais fortes e mais frequentes, o feto é propulso para baixo.

Embora não exista um limite preciso entre o fim da dilatação e o início da expulsão, sendo esta uma divisão puramente didática, sabe-se que após a dilatação total, sem uso de analgesia peridural, a expulsão do feto deve ocorrer em até 1 hora para as múltiparas e 2:30 minutos para as nulíparas (BRASIL, 2016,b).

5.3.3 3º. PERÍODO- dequitação ou secundamento

É quando se dá a saída da placenta, sendo que primeiramente ocorre o descolamento do tecido placentário com a formação do hematoma retroplacentário que funcionará como cunha, ajudando na dequitação. Após o descolamento, ocorre a descida, quando a placenta, empurrada pelas contrações uterina, alcança a vagina, distendendo-a e desencadeando novamente o fenômeno do puxo, provocando a sua expulsão ou desprendimento (CARRARA; DUARTE, 1996).

5.3.3.1 Classificação e tempo da dequitação

- Normal : < 10 minutos;
- Retardada : até 15 a 30 minutos;
- Retenção : > 30 minutos.

5.3.3.2 4º. Período-Puerpério imediato

Corresponde à primeira hora após a dequitação, quando ocorre uma contração intensa da musculatura uterina a fim de ocluir as artérias que estavam ligadas à placenta, o que pode resultar em uma significativa hemorragia. Uma característica desta fase é a formação do globo de segurança de Pinard, uma contração uterina fixa (CARRARA; DUARTE, 1996).

5.4 Diagnóstico do trabalho de parto

O diagnóstico do TP está baseado em dois principais eventos:

A. Presença de contrações frequentes: no mínimo 2 em 10 minutos;

B. Modificações cervicais caracterizadas por dilatação maior que 2,0 cm e/ou esvaecimento (apagamento) do colo maior que 50%.

Outros sinais que podem aparecer são: abaulamento (protrusão da bolsa amniótica), amniorrexe (rompimento da bolsa d'água), eliminação de tampão mucoso com estrias de sangue.

- Enquanto o apagamento ou esvaecimento significa o encurtamento progressivo do colo do útero e o afinamento de suas paredes, a dilatação refere-se a à ampliação progressiva do orifício cervical em cm aproximados.
- O apagamento se descreve indicando o comprimento do canal endocervical, em valores absolutos (1 a 4 cm), ou em porcentagem que varia de 0% (não esvaecido e grosso) e 100% (totalmente esvaecido e fino como papel), sendo mais comum a descrição em porcentagem (0 %, 50%,100%) (figura 24).

- A dilatação cervical que começa em menos de 1 cm, chega a cerca de 10 cm (dilatação completa) permitindo a passagem do feto do útero para a vagina. A avaliação tanto do apagamento ou dilatação é feita através do “toque vaginal” que será descrito posteriormente.

Figura 23 - Apagamento e dilatação do colo do útero



Fonte: Google imagens/ fases do trabalho de parto

Disponível em: <https://www.todamateria.com.br/parto-normal-e-parto-cesarea/>

5.4.1 Diagnóstico Diferencial: Falso Trabalho de Parto

O falso trabalho de parto configura-se em um evento onde embora ocorram contrações uterinas rítmicas e regulares, não há modificação cervical geralmente no período premonitório do TP verdadeiro e pode estar presente em situações clínicas como infecções, especialmente urinária.

Desta forma, muitas vezes a gestante e/ou familiar pode ser tomada de grande ansiedade, requerendo do profissional maior habilidade para informar o fato. Contudo, nas fases mais iniciais do trabalho de parto, nem sempre é possível fazer o diagnóstico diferencial entre verdadeiro e falso trabalho de parto com uma avaliação isolada. Nesses casos, reavaliar a gestante entre 2-3 horas após o primeiro exame para confirmar o diagnóstico, mantendo-a preferencialmente no serviço de saúde.

5.4.2 Como Identificar e avaliar um Trabalho de parto

A coleta de dados (anamnese e exame físico) deve ser direcionada em busca de sinais e sintomas característicos:

| Anamnese | Exame físico |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Pesquisar dor quanto ao tipo: (cólica, contração), intensidade (fraca, moderada ou intensa); localização (lombar, pélvica, abdominal). • Pesquisar história de eliminação de líquido pela vagina; • Movimentação fetal (se normal ou abaixo do esperado) (ver sobre mobilograma) • Perdas vaginal: líquido, secreções ou sangue. | <ul style="list-style-type: none"> • Coletar os sinais vitais da gestante; • Identificar se há dinâmica uterina quanto à frequência, intensidade e duração das contrações* (ver item 3.6.11 - A Verificação da Dinâmica uterina). • Fazer ausculta e contagem de BCFs; • Se houver história de eliminação de líquido pela vagina, avaliar a possibilidade de rotura de membranas (amniorrexe) por meio de exame especular (ver item 4.4.3 Rotura Prematura das Membranas Ovulares (RPMO), evitando o toque vaginal. Mas caso este seja imprescindível (3 contrações ou mais em 10 minutos) faça-lo com luva estéril; • Na suspeita de síndromes hemorrágicas, visualizar colo com uso de espéculo SEM realizar toque vaginal; • Na presença de DU sem suspeita de amniorrexe ou sangramento vaginal importante, proceder o toque vaginal com luva de procedimento vaselinada. |

| Conduta na Atenção Básica: |
|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Fazer o diagnóstico diferencial entre o trabalho de parto verdadeiro ou falso; • Na impossibilidade dessa avaliação na UBS (quando não tiver profissional seguro para realização do toque vaginal) encaminhar para avaliação obstétrica no serviço de referência conforme a idade gestacional; • Na presença de TP verdadeiro e na ausência de fatores de risco, combinar com a gestante o melhor momento para admissão no serviço hospitalar, sendo esta preferencialmente na fase ativa da dilatação, também chamada de fase ativa de TP; • Quando a suspeita for falso trabalho de parto, procurar dar informações claras e acessíveis quanto aos sinais de trabalho de parto e de alerta, de forma que a gestante e/ou familiares possam se sentirem seguros, diminuindo a ansiedade e procura desnecessária ao serviço hospitalar de referência ao parto. |

Quadro 47 - Diagnóstico e Condutas Diferenciais das Fases do Trabalho de Parto, Parto e Puerpério

| Fase | Período | Situação | Possíveis orientações e condutas corretivas ou assistencial |
|--------------------|--------------------------|---|--|
| Pré-natal | Premonitório | Aumento das secreções cervicais – perda do tampão mucoso – eliminação de muco, por vezes acompanhado de sangue | <ul style="list-style-type: none"> • Exame obstétrico e toque vaginal se necessário para avaliação da dilatação, apagamento, altura da apresentação, a integridade da bolsa; • Orientar sobre a diferença de líquido amniótico para o tampão mucoso e observar as perdas vaginal; • Manter rotina da vida diária doméstica sempre que possível; • Evitar jejuns prolongado; • Aumentar ingestão hídrica; • Orientar a retornar ao serviço de saúde em caso de presença de sinais de trabalho de parto ativo ou sinais de alerta. |
| | | <ul style="list-style-type: none"> • Falso trabalho de parto (Aumento gradual da atividade uterina – contrações com ritmo irregular, incoordenadas, por vezes dolorosas, sem modificação cervical significativa); • Ansiedade materna e de familiares | <ul style="list-style-type: none"> • Orientação sobre sinais de trabalho de parto e de alerta (auto diagnóstico de TP e intercorrências) • Agendamento de retorno frequente até o parto se necessário |
| Trabalho de parto | Dilatação: Fase latente: | <ul style="list-style-type: none"> - Prolongamento fase latente da dilatação - Ansiedade especialmente nas primíparas; | <ul style="list-style-type: none"> • Orientação sobre tempo de duração fase latente (auto diagnóstico da fase de TP e intercorrências); • Na ausência de intercorrências, encaminhar ou orientar busca maternidade na fase ativa TP |
| | Descida | Fase Ativa: - Prolongamento da dilatação (Dilatação cervical mantida em dois toques sucessivos no intervalo de 2 horas) | <ul style="list-style-type: none"> • Orientar e estimular a mulher para medidas não invasivas de estímulo para o TP como deambular, manter-se em posição verticalizada (sentada, em pé ou deambulando); • Uso de banhos para relaxamento; • Utilizar como apoio para manutenção da verticalização assento em bola (bola Kombat), assento obstétrico (“cavalinho”), • Banho morno prolongado; • Amniotomia e Ocitocina se necessário e na ausência de contraindicações. |
| Parto | Expulsão | Desproporção cefalopélvica; - Distócia de progressão- (altura apresentação mantida em 2 toques sucessivos em 1 hora com dilatação total) | <ul style="list-style-type: none"> • Se desproporção absoluta: cesárea • Cesárea ou fórceps de alívio |
| | | Parto precipitado (dilatação cervical + Descida e Expulsão em \square 4 horas) Ocasionalmente Risco de lesões de partes moles, hipotonia uterina e hemorragia cerebral no RN | <ul style="list-style-type: none"> • Suspender ocitocina, vigilância do BCF, revisão do canal de parto • Período pélvico prolongado |
| | Dequitação | Prolongado: maior ocorrência de infecções pela morosidade da evolução da dilatação | <ul style="list-style-type: none"> • Posição verticalizada, ocitocina, amniotomia, fórceps |
| Puerpério imediato | 1ª. hora pós parto | Hemorragia | <ul style="list-style-type: none"> • Medicação uterotônicos, Ergotamina, ocitocina |

Fonte: Baseado em FEBRASGO, 2010; BRASIL, 2001; BAHIA, 2014.

5.5 Avaliação da evolução do trabalho de parto

A avaliação da evolução do trabalho de parto pode ser feita sob ponto de vista de 3 critérios básicos mundialmente utilizados e visualizados sob forma gráfica de Partograma (BRASIL, 2016b): a tonicidade e frequência da contração uterina; a dilatação; a altura da apresentação. Para isso utiliza-se 2 técnicas que para muitos profissionais não especialistas em obstetrícia podem haver insegurança em sua execução. São estas técnicas: a verificação da dinâmica uterina (DU) e o toque vaginal. Por isso, trazemos um breve resumo neste momento, sem contudo esgotar o assunto devendo o profissional interessado buscar aperfeiçoamento através da execução da técnica com profissional habilitado.

Sobre a verificação da tonicidade e frequência da contração uterina; foi trabalhado o tema no capítulo 2, tem 3.6.12- Verificação da Dinâmica uterina.

5.5.1 O toque vaginal no trabalho de parto

O toque vaginal consiste na introdução dos dedos indicador e médio da mão dominante no canal vaginal à procura do orifício cervical a fim de diagnóstico do trabalho de parto.

Embora em um primeiro momento seja possível suspeitar do início de TP apenas através da avaliação da DU, é o toque vaginal que irá fornecer o diagnóstico definitivo, além de possibilitar avaliação de outros critérios imprescindíveis no TP.

Figura 25: O Exame Toque genital



Fonte: Google imagens/toque vaginal/cervical dilatation*
Disponível em: <https://doulasrio.wordpress.com/2012/05/25/toques-vaginais-de-rotina/>

5.5.1.1 Objetivos do toque vaginal

- Diagnosticar trabalho de parto e ou fase clínica em que se encontra, através da verificação do apagamento e dilatação cervical- (ver figura anterior);
- Verificar a presença da bolsa amniótica;
- Identificar a altura da apresentação;

d. Estimar a proporcionalidade da apresentação fetal em relação à bacia obstétrica: antes do parto os diâmetros da cabeça fetal são susceptíveis de estimativa clínica aproximada, pela avaliação da altura uterina e o tamanho fetal e a relação da cabeça fetal com o plano do estreito superior da bacia. Se a apresentação está encaixada é boa prova de proporção para este feto em particular.

5.5.1.2 Preparo da paciente para o toque vaginal

- O exame genital deve ser efetuado com a bexiga vazia com a paciente em posição ginecológica com sacro bem apoiado na mesa;
- Se estiver ocorrendo uma contração, aguardar o seu término para realizar o toque;
- Fazer a inspeção dos genitais externos (lesões, varizes, perda de secreções, tumores, etc.) Em caso de perda de líquido ou sangue pelos genitais, deve-se avaliar sua procedência e magnitude por exame especular prévio ao toque vaginal, devendo este ser realizado apenas se na ausência de síndromes hemorrágicas e suspeita de trabalho de parto;

5.5.1.3 Método

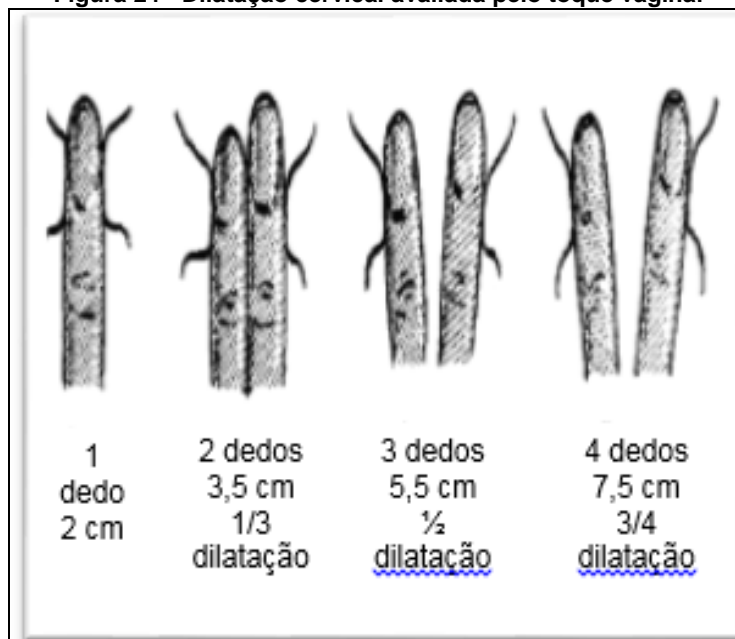
- Calçar luvas de procedimento vaselinada, se houver suspeita de bolsa rota, esta luva deve ser estéril e sem uso de vaselina;
- Separar os pequenos lábios com os dedos polegar e anular da mão, inspecionar o introito;
- Introduzir horizontalmente os dedos indicador e médio da mão na direção do eixo vaginal, com os dedos anular e mínimo flexionados e o polegar estendido. Palpar com a superfície palmar dos dedos. Manter o antebraço em posição horizontal;
- Apoiar o fundo uterino com a mão externa;
- Não retirar os dedos até haver completado o exame, buscar a presença do introito cervical;
Ao encontrá-lo, busca-se primeiro introduzir o dedo médio, se pérvio, (permite a passagem) observa-se sucessivamente:
 - a. Posição cervical:** colo anterior, centralizado, posterior (neste caso difícil palpação);
 - b. Consistência:** firme ou amolecido;
 - c. Apagamento:** encurtamento progressivo do colo do útero e o afinamento de suas paredes (sendo descrito como grosso, médio ou fino);
 - d. Dilatação cervical:** à ampliação progressiva do orifício cervical em cm aproximados, sendo considerado 1,5-2 cm cada polpa que for introduzida no orifício cervical, de forma que se houver possibilidade de introdução da polpa de 1 dedo diz-se que este colo está “pérvio 1 polpa” podendo complementar com a descrição de “justa” ou “folgada”. Exemplo: “colo pérvio 1 polpa justa”. Á partir de 1 polpa a descrição é aproximada em centímetros (cm) conforme descrição das figuras abaixo.
 - e. Estado das membranas amnióticas:** quando em trabalho de parto é possível que ocorra a protrusão da bolsa amniótica com formação de um bolsão palpável ao toque;
 - f. Apresentação fetal:** parte fetal que se insinua no canal de parto: cefálico, pélvico ou córmico

g. Altura da Apresentação: o ponto mais baixo da apresentação em relação às espinhas isquiáticas ou Plano 0 (zero) de De Lee (ver figura abaixo).

h. Variedade de posição, proporção feto-pélvica e outras informações pertinentes, que não vem ao caso na APS

- Retirar os dedos, avaliando a possível presença de mucosidade, líquido ou sangue, na luva.

Figura 24 - Dilatação cervical avaliada pelo toque vaginal



Fonte: Google imagens/Cervical dilatation*

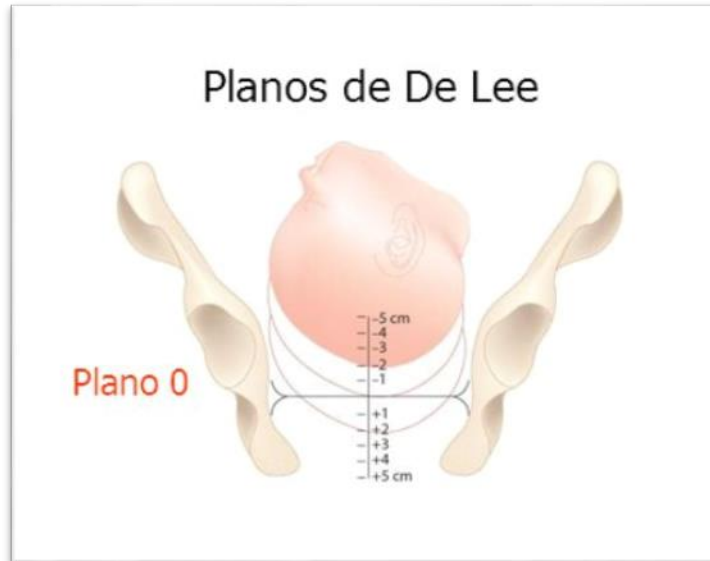
Disponível em: <http://www.newhealthadvisor.com/1-cm-Dilated-50-Effaced.html>

5.5.2 Determinação do encaixamento do polo cefálico- Plano de De Lee

A altura da apresentação no canal de parto poderá ser determinada tendo como referência as espinhas isquiáticas, utilizando a escala ou “**Plano de De Lee**” ou de **Hodge**, sendo que, quando o ponto mais baixo da apresentação se encontra no mesmo nível das espinhas isquiáticas, designa-se plano 0 (zero), acima ou abaixo das espinhas, o canal de parto pode ser dividido em quintos, correspondendo à medida em centímetros, ou seja, 5 cm acima e abaixo.

Deste modo, à medida que a apresentação desce da borda superior do púbis em direção às espinhas, designam-se os planos em -5, -4, -3, -2, -1 e depois 0. Ao ultrapassar as espinhas em direção ao períneo, os planos são designados em +1, +2, +3, +4 e +5. Dividindo o canal de parto em terços acima ou abaixo das espinhas, temos os planos -3, -2, -1, 0, +1, +2 e +3, correspondendo, respectivamente à descida da apresentação da borda superior do púbis até o períneo (BAHIA, 2014).

Figura 25 - Plano De Lee para avaliação da progressão da apresentação fetal no trabalho de parto



Fonte: Google imagens/ Plano De Lee*
Disponível em: <http://slideplayer.com.br/slide/2883444/>

Exemplo de Encaminhamento de gestante ao serviço de referência ao parto com descrição clínico obstétrica:

Encaminho a paciente.....com anos. Gesta.....Para.....

IG (USG.....semanas em __/__/__):semanas e dias.

Relata..... com início desde as.....horas. Apresenta AU:.....FCF:DU 10":....., feto longitudinal (ou transversal), cefálico, dorso à (D ou E), apresentação (fixa, móvel ou insinuada), MF +. Ao toque: colo posteriorizado, pérvio, 5-6 cm, apresentação plano 0 De Lee., MMII sem edema com boa perfusão.

P:PA:.....

Profissional: _____

Carimbo e assinatura

Fonte: BRASIL, 2012 p. 245-254.

5.6 Atenção ao parto iminente e ao recém nascido

Parto iminente se configura quando a gestante se encontra no período expulsivo ou no 2º período do trabalho de parto e não há tempo de transportá-la para uma maternidade antes do nascimento.

5.6.1 Diagnóstico

Contrações fortes e frequentes (4 ou mais em 10 minutos), com “puxos” (sensação de pressão no períneo) e/ou visualização de distensão perineal ou da apresentação de bebê na vulva.

5.6.2 Assistência no período expulsivo

- **Posicionar paciente:** para a maioria das pacientes pode ser orientado posição *Laborie-Duncan*, com decúbito dorsal, mesa obstétrica ou leito verticalizado ao máximo e flexão e abdução dos membros superiores ou, se desejado, de cócoras. Não há diferenças nos resultados perinatais, embora a posição de cócoras possa reduzir a dor no terceiro período (grau de recomendação A). Em pacientes com insuficiência cardíaca: decúbito lateral (posição de Sims) (grau de recomendação A).
- **Antissepsia:** fazer antissepsia e colocação de campos esterilizados se disponíveis ou lençóis limpos;
- **Ausculata de BCF:** a cada 5 minutos durante o período expulsivo, imediatamente antes, durante e após a contração uterina (grau de recomendação D).
- **Controle do desprendimento da cabeça:** realize a *manobra de Ritgen* (compressão do períneo posterior com uma compressa, fronha ou campo limpo e segurar a região suboccipital) com o objetivo de evitar a deflexão súbita da cabeça (grau de recomendação D).

Figura 28- Manobra de Ritgen



Fonte: Google imagens/manobra de *Ritgen*

Disponível em: <http://rotadosconcursos.com.br/questoes-de-concursos/medicina-obstetricia/504964>

- **Profilaxia da hemorragia puerperal:** aplique 10U de ocitocina intramuscular (se disponível) após o desprendimento do ombro anterior. Esta medida é capaz de reduzir em 40% a chance de hemorragia puerperal (grau de recomendação A).

5.6.3 Assistência ao terceiro período: dequitação da placenta

- Revisão do trajeto: após a dequitação, deve-se com auxílio de um espécuro a presença de lacerações de trajeto, que podem ser fonte de sangramento significativo e episiorrafia (grau de recomendação D).

Assistência ao quarto período

Na 1ª hora após o parto, observe os sinais vitais e o sangramento. Se o sangramento por hipotonia uterina for excessivo, realize massagem uterina e infusão de 30 a 60U de ocitocina em Solução glicosada 5% 1000ml de solução a 40gts/min se disponível (grau de recomendação D). Se o tratamento instituído não for eficaz, pesquise a possibilidade de retenção de restos placentários e lacerações de trajeto (grau de recomendação D). Após a verificação de sangramento vaginal normal e útero contraído, encaminhe a mãe e criança para o hospital (BRASIL, 2012).

Quadro 48 - Boletim De APGAR

| Sinal | Score | | |
|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|------------------|
| | 0 | 1 | 2 |
| Frequência cardíaca | Ausente | > 100 | < 100 |
| Respiração | Ausente | Irregular | Choro forte |
| Tônus muscular | Flacidez | Alguma flexão de extremidades | Boa movimentação |
| Reflexos (estímulo nasal) | Ausente | Algum movimento | Espirros |
| Cor | Cianose e/ou palidez | Corpo róseo e extremidades cianóticas | Róseo |

Fonte: APGAR, 1953, Apud BRASIL, 2012 p.253

5.7 Atenção ao recém-nascido

Aspiração fetal: com o feto ainda não totalmente desprendido, se possível faça a aspiração de sua boca e do nariz com pera de borracha ou seringa de 1 ml.

• **Verificar circular de cordão:** caso observe a presença de circular cervical de cordão, desfazê-la imediatamente. Se a circular for apertada, clampeie e corte o cordão (grau de recomendação D).

• **Assistência ao desprendimento dos ombros:** se a ocorrência não for espontânea, tracione ligeiramente a cabeça fetal na parte inferior para liberar o ombro anterior e, em seguida, na parte superior para liberar o ombro posterior (grau de recomendação D).

• **Clampeamento do cordão:** a ligadura do cordão umbilical (clampeamento) preferencialmente deve ser realizada quando o cordão já não estiver pulsando. No caso de o RN necessitar de manobras ou cuidados emergenciais, o clampeamento deve ser imediato após o nascimento.

• **Prevenção de perda do calor:** para evitar tal possibilidade, coloque o RN sob fonte de calor radiante e seque toda a sua superfície corpórea. Lembre-se sempre de remover os campos úmidos, deixando-os longe do paciente.

- **Estabeleça a permeabilidade das vias aéreas:** para manter as vias aéreas pérvias, posicione a cabeça do RN com uma leve extensão do pescoço.
- **Evite a hiperextensão ou flexão exagerada do pescoço:** quando necessário, aspire as vias aéreas, primeiro a boca e depois o nariz, evitando o uso de pressões negativas excessivas (máximo de 100mmHg) e a introdução brusca da sonda de aspiração, pelo risco de que tais manobras provoquem apneia e bradicardia, por reflexo vagal.
- **Inicie a respiração:** finalmente, se necessário, inicie a respiração mediante a estimulação tátil, com manobras delicadas no dorso do RN, no máximo duas vezes. Se após o estímulo tátil o paciente não estabelecer um esforço respiratório suficiente para manter a frequência cardíaca (FC) acima de 100bpm, não insista na manobra e inicie imediatamente a ventilação com pressão positiva.
- **Avalie o recém-nascido (os três sinais):** após os passos iniciais, as condições do RN são avaliadas em sequência, por intermédio de três sinais: respiração; frequência cardíaca; cor.
- **Papel do Boletim de Apgar:** o Boletim de Apgar não deve ser usado para indicar o início da reanimação. No entanto, ele é útil para avaliar a resposta do RN às manobras de reanimação no 1º e 5º minutos de vida e, se necessário, no 10º, 15º e 20º minutos. Desta forma, serve como um relatório numérico e muito prático para descrever a condição de nascimento e a recuperação do RN, quando reanimado.
- **Cuidados com o coto umbilical:** laqueie o cordão umbilical a uma distância de 2 a 3cm do anel umbilical, envolvendo-o com gaze embebida em clorhexidina a 0,5% ou em álcool etílico a 70%. A presença das duas artérias e de uma veia umbilical deve ser verificada, pois anomalias dos vasos umbilicais associam-se a malformações do trato gastrointestinal, renais, cardíacas e à anencefalia.
- **Identificação:** coloque na mãe e no RN uma pulseira (pode ser improvisada com fita adesiva) com os seguintes dados: nome da mãe, nº do registro hospitalar, data e hora do nascimento e sexo do RN.
- **Procedimentos finais:** realize um exame físico simplificado no RN. Verifique o peso, a estatura os perímetros cefálico, torácico e abdominal e a existência de malformações. Sempre que possível, pese, classifique (segundo a idade gestacional) e examine a placenta que deve ser encaminhada junto com a puérpera em saco plástico (BRASIL, 2012).

6 O CUIDADO DA SAÚDE BUCAL NA GESTAÇÃO Pré Natal Odontológico

A atenção à saúde bucal deve ser parte integrante do cuidado pré-natal, dado o reconhecido impacto da mesma na saúde geral. Melhorar a condição de saúde bucal durante a gravidez pode otimizar não somente a saúde geral da mulher, mas também contribuir na saúde do bebê.

Por pré-natal Odontológico, designa um conjunto de ações educativas, preventivas e curativas, visando à saúde bucal da gestante e do bebê. Os cuidados da gestante com sua alimentação, hábitos saudáveis e higiene bucal influenciam diretamente na dentição do bebê.

6.1 Efeitos da saúde bucal na gestação e no bebê

Estudos recentes têm indicado a associação entre saúde bucal precária e efeitos negativos na gravidez.

A presença de doença periodontal, infecção bucal aguda e focos de infecção têm sido apontados como fatores de risco para parto prematuro (antes de 37 semanas) e bebês de baixo peso ao nascer (inferior a 2500g).

Assim, a localização e erradicação de todo e qualquer foco de infecção na gestante é fundamental para a redução da morbiletalidade maternofetal.

Já para a criança, as bactérias causadoras de cárie dentária são frequentemente transmitidas pela mãe (doador mais comum destes micro-organismos) ou cuidador da criança, através de comportamentos repetidos que facilitem o contato ou troca de saliva entre os mesmos, como compartilhar utensílios domésticos como copos, talheres, beijar a boca da criança, “limpar” a chupeta colocando-a na boca são meios de transmissão destes micro-organismos.

Desta forma, uma gestante que apresenta intensa atividade de cárie precisa ser orientada sobre a necessidade de realização de procedimentos preventivos e curativos para que esteja com uma melhor condição bucal na hora do nascimento de seu filho, bem como receber aconselhamento sobre os cuidados com sua saúde bucal e como cuidar da boca do futuro bebê.

6.2 Doenças cavidade bucal

Durante o período de gestação, devido a mudanças fisiológicas e comportamentais, a gestante pode estar predisposta a algumas doenças próprias da cavidade bucal como as dispost\as não quadro abaixo:

Quadro 49 - Alterações/Doenças da Cavidade Bucal na Gestação

| Doença | Motivo | Orientações |
|--|---|---|
| • Aumento da acidez bucal | A saliva pode se tornar mais ácida predispondo o aparecimento de cáries | Fazer escovações regulares após as refeições. |
| • Inflamação gengival (eritema intenso da gengiva marginal e das papilas interdentais, edema, perda de resiliência e tendência ao sangramento) | Devido ao aumento da vascularização da gengiva mediada pelas alterações hormonais e uma resposta exacerbada dos tecidos moles gengivais a presença de Placa dental. | Intensificar higiene com escovação e fio dental; Avaliação odontológica se necessário. |
| • Mobilidade dentária (Aumento generalizado na mobilidade dentária) | Poderá aparecer, em decorrência de doença periodontal pré-instalada. Se instalada durante a gestação pode desaparecer espontaneamente após o parto ou se prévia, tende a uma ligeira melhora. | . Encaminhar para avaliação odontológica |
| • Granulomas gravídicos (área de processo inflamatório com aparência de amora e sangramento fácil e indolor) | Aparece quando há higiene bucal deficiente, há depósitos de placa dental e cálculo no dente adjacente ao mesmo. | Encaminhar para avaliação odontológica para a remoção de placa dental e acompanhamento e/ou remoção da lesão. |
| • Hipossalivação/xerostomia (secura bucal) | Alterações hormonais podem ocasionar. | Aumentar consumo de água e quando possível a utilização de goma de mascar sem açúcar para estimular a salivação. . Higiene dental com pasta fluorada, diminuir ingestão de guloseimas e alimentos adocicados. |
| • Sialorreia (aumento produção saliva) | Atribuída a reações vagotônicas e irritações locais que por meio do nervo trigêmeo, estimulam a secreção da saliva pelas parótidas. | . Evitar cuspir em demasia para prevenir a desidratação. . Ingesta hídrica com frequência |
| • Mudanças nos hábitos alimentares | As alterações alimentares inclusive à perversão do paladar e/ou do apetite. | . Diminuir ou cessar ingestão de doces no intervalo das refeições. . Se ingerir doces que seja logo após refeições com higiene em seguida. |
| • Diminuição nos cuidados com a higiene bucal | Devido ao enjoo matinal inclusive com o creme dental muitas gestantes podem evitar a escovação rotineira. Situação que pode retornar no puerpério quando privilegia o cuidado com o RN esquecendo-se dos cuidados pessoais. | Reforçar a importância da higiene oral sempre pela manhã, após grande refeições (almoço e jantar) e após ingestão de carboidratos ocasionais. |

Fonte: Londrina. Manual de Saúde Bucal, 2009.

6.3 A utilização de drogas em gestantes na odontologia

Na gestação, embora se evite a prescrição de medicamento, alguns podem se fazer necessário para o bom andamento do tratamento odontológico.

Diante da necessidade do uso de medicamentos no tratamento da paciente grávida, as vantagens a serem obtidas devem claramente superar quaisquer riscos inerentes à prescrição.

6.3.1 Drogas de uso geral

Além dos analgésicos (dipirona e paracetamol) podem ser utilizados anti-inflamatórios: Ibuprofeno, Piroxicam, Fenilbutazona, Diclofenaco e AAS desde que em curtos períodos (máximo 72 horas) e que não ultrapasse o 2º. Trimestre. Corticóides (betametasona ou dexametasona), podem ser utilizados em caso de extrema necessidade, usar em dose única de 4 mg.

6.3.2 Anestésicos

As soluções anestésicas para uso em gestantes devem conter um agente vasoconstritor (com adrenalina ou noradrenalina) em sua composição, visando a diminuição da sua toxicidade e aumento do tempo de duração da anestesia, pois o uso de anestésico sem vasoconstritor ocasiona uma absorção rápida (30 minutos), sendo necessárias altas doses de anestésico e com isso a sua concentração será alta, tanto para a mãe como para o feto, além de causar estresse desnecessário devido as recorrentes reaplicações.

Assim, indica-se para uso em gestantes: Lidocaína a 2% com adrenalina 1:100000.

6.3.3 Antimicrobianos Indicados na gestação e lactação

- **Penicilinas** (Penicilinas Benzatinas, Despacilina, Ampicilina, Amoxicilina): são antibióticos considerados seguros para o uso na gestação e lactação;
- **Cefalosporinas**
- **Eritromicina do grupo estearato**: Pode ser utilizada. Evitar o grupo estolato
- **Metronidazol**: Após o 1º. trimestre

6.3.4 Antimicrobianos Contraindicados na gestação e lactação

- **Tetraciclina**: São **contraindicadas** no período gestacional, por induzirem a alterações da dentição e esqueléticas no feto, quando usadas no final da gestação
- **Doxiciclina** (Tetracilina bacteriostática): pode causar prejuízos semelhantes as tetraciclina.
- **Metronidazol**: No 1º. Trimestre.
- **Cloranfenicol** (Quemacetina) e **Aminoglicosídeos** (Gentamicina): também devem ser evitadas neste período
- **Sulfas**: Não devem ser utilizadas.

6.3.5 Uso de Exames Radiológicos

Tema que causa grande angústia às gestantes. Aconselha-se evitar exposições desnecessárias.

A British Columbia Ministry and Nuclear Regulatory Commission afirma que a quantidade de radiação absorvida (dose de segurança) não deve exceder 5 rads ('radiation absorbed dose'). Como o feto recebe a cada radiografia dental (sem a proteção do avental de chumbo), a que a mãe se submete, apenas 0,01 milirad, então seriam necessárias 500 mil tomadas radiográficas para o bebê receber 5 rads. Esta dose é 40 vezes menor do que a dosagem adquirida através de radiação doméstica (televisão, aparelho celular, relógio, micro-ondas, etc.).

Contudo, embora a quantidade de radiação para um exame radiográfico odontológico está muito aquém dos níveis nocivos, deve-se sempre usar avental com revestimento de chumbo e protetor de tireoide porque além da proteção da radiação, há um importante aspecto tranquilizador para a gestante e este procedimento deve ser unificado para todas as pacientes, pois nem sempre se tem conhecimento da gravidez.

7 O CUIDADO NO PUERPÉRIO

7.1 Definições

- **Puerpério:** é o período do ciclo grávido-puerperal em que as modificações locais e sistêmicas, provocadas pela gravidez e parto no organismo da mulher retornam à situação do estado pré-gravídico.
- O puerpério inicia-se de uma a duas horas após a saída da placenta e tem seu término imprevisível, pois enquanto a mulher amamentar ela estará sofrendo modificações da gestação (lactação), não retornando seus ciclos menstruais completamente à normalidade.
- Didaticamente este período é classificado em:

Puerpério imediato: 1º ao 10º dia;

Puerpério tardio: 11º ao 45º dia;

Puerpério remoto: a partir do 53º dia.

7.2 Aspectos fisiológicos no puerpério

O puerpério é um período de grandes modificações corporais e psíquicas, predominando um catabolismo intenso sem conseqüências patológicas, na maioria das vezes. Desta forma, ocorre rapidamente à involução das mudanças que se processaram de forma lenta durante a gestação. É um período de grande transformação tanto orgânica quanto emocional.

Assim, as principais alterações estão descritas abaixo:

ÚTERO

O processo de regressão uterina se desenrola em ritmo acelerado.

- . Nas 12 horas após o parto a altura uterina atinge cerca de 12 cm, a partir do 3º dia regride 1cm/ dia.
- . No 10º dia pós - parto o fundo uterino está em nível da sínfise púbica.
- . A espessura das paredes (4-5 mm após o parto) volta ao normal em 5-6 semanas.
- . A amplitude e a rapidez dos processos involutivos do útero são bem comprovados pela diminuição do seu peso.
 - . Após o parto o útero pesa 1000 g;
 - . Após 7 dias o peso diminui até 500 g;
 - . Após 14 dias ele chega a 300 g;
 - . Após o fim do puerpério pesa 300 g.

COLO DO ÚTERO

• Após o parto, o colo está flácido, violáceo e lacerado nas comissuras. A restauração epitelial inicia-se dentro de 4 dias. Até o 3º dia pós-parto, o colo é permeável ao dedo indicador, já no 5º dia torna-se impérvio nas primíparas, e no 10º dia nas multíparas. Com 6 semanas, o colo apresenta características pré-gravídicas, sendo que ao final do puerpério a fenda do colo tem uma posição horizontal, característica para as multíparas.

VULVA E VAGINA

Nas primigestas, podem ser encontrados retalhos de membrana himenal (carúnculas mirtiformes) decorrente da compressão cefálica fetal. A vagina tem a aparência edemaciada e arroxeadada, voltando a aparência do estado anterior à gestação por volta da 3ª semana, nas mulheres que amamentam. Já aquelas que não amamentam, alterações acontecem em torno da 6ª semana.

LÓQUIOS

São exsudatos e transudatos de elementos celulares descamados e sangue, resultado do processo de involução e regeneração da ferida placentária e demais soluções de continuidade sofridas pela genitália do parto.

Extremamente importantes, o aspecto e composição deles variam conforme o período pós parto. Da mesma forma, a quantidade pode passar de 50 g, até algumas gotículas ao final. A maior eliminação aparece nos primeiros dias.

Tipos de lóquios:

- Lóquio vermelho (lochia rubra): Sangue necoagulado, tecido histolizado, plasma, 2-3 dias pós-parto;
- Lóquio serosanguinolento (lochia fusca): Plasma, sangue em quantidade reduzida, fragmentos de tecido histolizado da decídua, 3-5 dias pós-parto;
- Lóquio amarelo (lochia flava): exsudação serosa, células deciduais, muco cervical, flora, 5- 15 dias pós parto
- Lóquio alvos (lochia alba): células deciduais degeneradas, epitélio cilíndrico, leucócitos, muco, cristais de colesterol vaginal, células basais, 15 dias pós parto até o final.

PAREDE ABDOMINAL

Volta à consistência inicial em breve, ganhando a mesma tonicidade. Às vezes pode persistir uma deiscência da musculatura abdominal (diástase abdominal).

GLÂNDULA MAMÁRIA

As mamas são glândulas exócrinas modificadas que sofrem alterações anatômicas e fisiológicas durante a gravidez e no puerpério imediato. Suas funções são: a nutrição do recém-nascido e a transferência de anticorpos maternos. Na primeira metade da gravidez ocorrem proliferação de células epiteliais alveolares, formação de novos ductos e desenvolvimento da arquitetura lobular.

PERÍNEO

Está com sua musculatura distendida e fraca, com os tecidos edemaciados e cianosados. E com frequência podem surgir varicosidades do plexo hemorroidário ou hemorroidas preexistentes podem-se agravar.

SISTEMA CARDIOVASCULAR

O volume sanguíneo, que logo após o parto declina em função do volume da hemorragia da dequitação, retorna ao normal nas primeiras 6 semanas. A pressão venosa nos MMII cai bruscamente após o parto por

causa da descompressão das veias ilíacas e da veia cava inferior, atenuando as varizes existentes. Há tendência a complicações tromboembólicas, devido ao aumento de fibrinogênio que é um fator de coagulação. Para diminuir o risco é importante a deambulação precoce e frequente, além de realizar o exame para verificar trombose, através sinal de Homam, que consiste na dorsoflexão do pé sobre a perna, quando a puérpera pode referir dor na panturrilha. Neste caso o músculo quando palpado mostrará uma menor mobilidade, que fica empastada e assimétrico em relação ao outro membro.

SINAIS VITAIS

Temperatura: pode haver elevação da temperatura, durante as primeiras 24h do pós parto, de até 38 °C, que é atribuída ao esforço e à desidratação do parto ou à invasão de germes e produtos tóxicos locais na circulação materna através das pequenas soluções de continuidade existentes no canal de parto. Uma elevação acima de 38 °C, por duas vezes nos primeiros 10 dias após o parto, (excluindo as primeiras 24h), é considerada complicação puerperal. Pulso: pode ocorrer queda da frequência cardíaca para 50-60 nos primeiros 8 dias após o parto, atribuída ao aumento brusco do retorno venoso. Respiração: há retorno do padrão respiratório costoabdominal por causa da descompressão do diafragma, conseqüente ao esvaziamento uterino. Pressão arterial: a queda da pressão sanguínea pode estar relacionada à perda excessiva de sangue, enquanto uma elevação é sugestiva de hipertensão gravídica.

SISTEMA CARDIOVASCULAR

- Os principais parâmetros cardíacos da puérpera voltam ao nível básico na primeira semana de puerpério (débito cardíaco, frequência cardíaca, pulsação, pressão arterial, pressão venosa central;
 - O volume sanguíneo aumenta rapidamente em pós-parto, jogando na circulação uma quantidade importante de sangue que provem dos “lagos” de sangue uterino;
 - O débito cardíaco e a pressão venosa central aumentam nas primeiras horas pós-parto, mas volta ao normal em 2 semanas;
- A bradicardia some em 2-3 dias.

SISTEMA URINÁRIO

A retenção urinária após o parto pode ocorrer em razão de a bexiga estar muitas vezes edemaciada e traumatizada, sensibilidade diminuída à pressão exercida pela urina, edema e traumatismos dos tecidos em torno do meato urinário. Dor lombar discreta, febre, retenção urinária, disúria, polaciúria são indicativos de infecção urinária.

SISTEMA DIGESTIVO

A descompressão abdominal corrige e normaliza a topografia gástrica, favorecendo o mais rápido esvaziamento do estômago. O funcionamento fisiológico intestinal é restaurado em torno do 3° ao 4° dia após o parto.

SISTEMA TEGUMENTAR

A hiperpigmentação da face (melasma), do abdome e da mama, que no puerpério imediato se intensifica (pela retração da pele), sofre redução progressiva, embora possa persistir por muito tempo ou permanecer.

SISTEMA ENDÓCRINO

A placenta produz vários hormônios, dentre eles: estrogênio, progesterona e gonadotrofina coriônica. Após a saída da placenta, ocorre queda abrupta desses hormônios, contribuindo para a elevação dos níveis de prolactina, que é essencial para a lactação. A volta da menstruação dependerá ou não da amamentação e se esta é exclusiva ou complementar. Assim, para aquelas que não amamentam o tempo médio de retorno menstrual é de 6 semanas. Já para as lactantes pode variar de 3-5 meses, mas não é incomum mulheres que ficam até 1 ano amenorreica no pós parto.

ALTERAÇÕES LABORATORIAIS

- Ascensão dos níveis de hemoglobina e hematócrito em relação à gestação;
- Manutenção, por até uma semana, da leucocitose do trabalho de parto, em especial à custa de granulócitos. Não há desvio para esquerda. Linfopenia relativa e eosinopenia absoluta são comum;
- Maior prevalência de complicações tromboembólicas é atribuída à associação de fatores clínicos (em especial limitação de mobilização) e alterações na coagulação sanguínea (elevação de fibrinogênio e plaquetas com manutenção do nível elevado de fator VIII em relação ao final da gravidez).

ALTERAÇÕES EMOCIONAIS

Do ponto de vista psíquico, o puerpério é um momento provisório, de maior vulnerabilidade em que há alteração emocional na mulher. Assim, ela pode experimentar alterações que vão desde a tristeza puerperal (também chamada de baby blues ou maternity blues), à depressão puerperal (também chamada de depressão pós-parto) e mais raramente o transtorno psicótico puerperal.

- Para melhor compreensão do tema, sugerimos a leitura do item 7.5.2 O Sofrimento Mental no Puerpério e Apêndice E. Aspectos Emocionais da Gestação e Puerpério.

7.3 A revisão puerperal

A revisão puerperal é uma consulta extremamente importante, deve ser marcado na unidade de saúde mais próxima da residência da mulher, no domicílio ou na UBS (aproveitando a primeira visita do RN a UBS), preferencialmente na 1ª. semana após o parto com o profissional enfermeiro. Na ausência ou impedimento desse profissional, o médico deverá consultar a mulher. Se necessário repetir a revisão até 45º. dia com vistas principalmente a orientações sobre planejamento reprodutivo (caso por algum motivo não tenha sido possível abordar na primeira revisão), e avaliação de algumas condições ou exames cujos resultados estavam alterados no período gestacional. Nestes casos recomenda-se que a segunda avaliação puerperal seja realizada pelo profissional médico.

7.3.1 Os Objetivos da Revisão Puerperal

- Avaliar as condições maternas, identificando queixas mais comuns e as patologias mais frequentes desse período;
- Controlar a evolução das patologias manifestadas durante a gestação (anemia, síndrome hipertensiva, diabetes gestacional);
- Avaliar a técnica de amamentação e corrigir as distorções detectadas;
- Orientar o planejamento reprodutivo e assistência ginecológica.;
- Fazer a profilaxia da rubéola congênita;

7.3.2 Componentes da Avaliação Clínica e Ginecológica

- Verificar dados vitais (temperatura, frequência cardíaca, pressão arterial);
- Observar estado geral: pele, mucosas, presença de edema, cicatriz (parto normal com episiotomia ou laceração/cesárea) e membros inferiores;
 - Examinar mamas, verificando a presença de ingurgitamento, sinais inflamatórios, infecciosos ou cicatrizes que dificultem a amamentação;
 - Examinar abdômen, verificando a condição do útero e se há dor à palpação. O fundo uterino, no 10º dia após o parto encontra-se próximo a sínfise púbica;
 - Examinar períneo e genitais externos (verificar sinais de infecção, presença e características de lóquios em relação a cor e odor);
 - Observar e avaliar a mamada para garantia do adequado posicionamento e pega da aréola, O posicionamento errado do bebê, além de dificultar a sucção, comprometendo a quantidade de leite ingerido, é uma das causas mais frequentes de problemas nos mamilos;

- Em caso de ingurgitamento mamário, mais comum entre o terceiro e o quinto dia pós-parto, orientar quanto à ordenha manual, armazenamento e a possibilidade de doação do leite excedente a um banco de leite humano;
 - Verificar possíveis intercorrências: alterações emocionais, hipertensão, febre, dor em baixo ventre ou nas mamas, presença de corrimento com odor fétido, sangramentos intensos;
- No caso de detecção de alguma dessas alterações que exija conduta medicamentosa, referenciar para médico no dia (BRASIL, 2011a).

7.4 Queixas comuns no puerpério

| Sinais e Sintomas | É recomendado |
|---|---|
| Dor perineal, lóquios fétidos (sem febre ou outros sintomas sistêmicos) | <ul style="list-style-type: none"> • Descartar infecção ou cicatrização defeituosa da episiotomia. Se presente ver o item sobre intercorrências no puerpério; • Considerar possibilidade do odor fétido estar relacionado a déficit de higiene perineal; • Recomendar compressa fria local, analgésicos e se, não efetivos, considerar anti-inflamatórios não esteroides locais ou via oral. |
| Dor de cabeça pós anestesia epidural ou raquídea | <ul style="list-style-type: none"> • Analgésicos e repouso sem travesseiro |
| Fadiga persistente | <ul style="list-style-type: none"> • Investigar a presença de outros sintomas e em especial anemia. • Averiguar a necessidade de incremento da alimentação, aporte de ferro e exercícios físicos. |
| Hemorróidas | <ul style="list-style-type: none"> • Uso de pomadas analgésicas podem contribuir; • Orientar banhos de assento; • Se severas, edemaciadas e prolapsadas, referir ao serviço de urgência. |
| Constipação | <ul style="list-style-type: none"> • Recomendar dieta rica em fibras e líquidos. Pode se usar laxante suave (óleo mineral). |
| Incontinência fecal | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar severidade, duração, frequência. Se persistir mais de 1 mês: referir. |
| Incontinência urinária | <ul style="list-style-type: none"> • Ensinar exercícios do assoalho pélvico (exercícios de Kengel). Se persistir: referir |
| Dor nas relações sexuais | <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a episiotomia. Aconselhar lubrificantes de base aquosa nas relações. |

Fonte: Adaptado do CLAP 2007, Apud BRASIL, 2011a.

7.5 Condições patológicas no período puerperal

7.5.1 Agravos Mais Comuns No Período Puerperal

| ENDOMETRITE |
|--|
| <p>Sinais e sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Febre; . Lóquios purulentos e com odor fétido; Útero amolecido e doloroso; . Secreção purulenta quando manipulado colo uterino. |
| <p>É recomendado: uma endometrite pós-parto leve, ou seja, sem repercussão no estado geral da paciente, pode ser tratada com antibiótico via oral. Entretanto, recomenda-se que a paciente seja encaminhada para o serviço obstétrico que realizou o parto para avaliação e conduta.</p> |
| INFECÇÃO DA FERIDA OPERATÓRIA (cesárea) ou da episiotomia (parto vaginal) |
| <p>Sinais e sintomas:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Dor, rubor e calor local; . Febre moderada ocasional; . . Secreção, por vezes purulenta. . Em casos raros, quando existe contaminação por <i>Clostridium perfringens</i>, a infecção pode evoluir com necrose dos tecidos afetados. |
| <p>É recomendado:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar e explorar a ferida operatória; • Se a Infecção for superficial, não envolvendo fáscia, sem comprometimento do estado geral, orientar curativos 2 a 3 vezes ao dia com soro fisiológico; . Infecção superficial, porém, com sinais flogísticos além dos limites cirúrgicos (tendo como sinal a celulite), e observando a cicatrização por segunda intenção, pode ser prescrito cefalosporina de primeira geração (Cefalexina por 7 dias; . Infecção comprometendo a aponeurose e/ou havendo deiscência a paciente deverá ser referida ao hospital que realizou o parto. |
| INFECÇÕES DO TRATO URINÁRIO |
| <p>. Sinais e sintomas: nas puérperas, as queixas urinárias não diferem das demais pacientes gestantes ou não, como: disúria, polaciúria, urgência miccional, nictúria, estrangúria, dor retropúbica, suprapúbica ou abdominal.</p> <p>. É recomendado:</p> <ul style="list-style-type: none"> . Diante de queixa urinária em puérpera, solicitar urina I e urocultura com urgência com resultado URINA I e conduta médica para o mesmo dia; . Uso de medicamento: o médico poderá tratar empiricamente com medicações disponíveis como Cefalexina 500 mg 1 cp. VO 6/6 horas por 7-10 dias; . Fazer controle de cura em 7 dias após término da medicação; . Orientações de medidas preventivas; . Consultar o item 3.7.11 URINA I E UROCULTURA- Rastreamento e Condutas na Infecção Urinária da Gestação. |

CEFALÉIA PÓS-PUNÇÃO DE DURA-MÁTER

Sinais e sintomas:

. Cefaleia frontal com irradiação occipital, piorada na postura ortostática, acompanhada ou não de tonturas, náuseas, vômitos, distúrbios visuais, dor interescapular, rigidez de nuca e sintomas auditivos).

É Recomendado:

. O tratamento se faz com repouso no leito, hidratação e analgesia com medicamentos à base de cafeína;
 . Casos graves que não obtiver melhora com medidas acima, podem necessitar de encaminhamento ao serviço obstétrico de realização do parto via SAMU.

DEPRESSÃO PUERPERAL

Ver a partir do item 7.5.1 O Sofrimento Mental no Puerpério e Apêndice F. Aspectos Emocionais da Gestação e Puerpério.

PROBLEMAS RELACIONADOS À AMAMENTAÇÃO

Ver item 7.5.3 Prevenção e manejo dos principais problemas relacionados à amamentação.

FONTE: FREITAS et al, 2011 Apud BRASIL, 2011a p.195-197.

7.5.2O Sofrimento Mental no Puerpério

Conforme colocado anteriormente a maior vulnerabilidade da mulher às alterações psíquicas e emocionais no período puerperal podem resultar em uma série de sinais e sintomas que podem ou não representar uma alteração psíquica de caráter provisório, de longa duração ou mesmo permanente.

Quadro 50 - Principais Agravos Relacionados ao Sofrimento Mental no Puerpério

| | Tipos de Agravos | | |
|---------------------|--|---|---|
| | Tristeza puerperal (também chamada de <i>baby blues</i> ou <i>maternity blues</i>) | Depressão puerperal (também chamada de depressão pós-parto) | Transtorno psicótico puerperal |
| Conceitos | Alteração psíquica transitória de leve a moderada intensidade. | Transtorno psíquico de moderado a severo, com início insidioso. | Distúrbio de humor psicótico, com apresentação de perturbações mentais graves como esquizofrenia) |
| Prevalência | 50% a 80% | 10% a 15% | 0,1% a 0,2% |
| Manifestação | Inicia-se no 3º até o 4º dia do puerpério. | Início insidioso na 2ª a 3ª semana do puerpério. | Início abrupto nas duas ou três semanas após o parto. |

| | | | |
|----------------------------|---|---|--|
| Sintomas | Sensação de tristeza ,choro, flutuação de humor, irritabilidade, fadiga, tristeza, insônia, dificuldade de concentração, ansiedade relacionada ao bebê. | Tristeza, choro fácil, desalento, abatimento, labilidade, anorexia, náuseas, distúrbios de sono, insônia inicial e pesadelos, ideias suicidas, perda do interesse sexual, sensação de estar sufocada, oprimida, de inadequação, de inabilidade para cuidar do bebê e de ser incompetente como mãe; Não ligação com o bebê, com sentimento de culpa e vergonha; “Pensamentos assustadores” *. | Confusão mental, alucinações ou delírios, agitação psicomotora, angústia, pensamentos de machucar o bebê, comportamentos estranhos, insônia: sintomas que evoluem para formas maníacas, melancólicas ou até mesmo catatônicas. |
| Curso e prognóstico | Geralmente duas a três semanas após o parto, tipicamente, com pico no quinto dia e com remissão espontânea de uma semana a dez dias. | Desenvolve-se lentamente em semanas ou meses, atingindo assim um limiar. Para o diagnóstico diferencial da tristeza puerperal e necessário a manutenção dos sinais e sintomas por 15 dias ou mais. O prognóstico está intimamente ligado ao diagnóstico precoce e às intervenções adequadas. | Pode evoluir mais tarde para uma depressão. O prognóstico depende da identificação precoce e das intervenções no quadro. |

*São Pensamentos frequentemente silenciosos, e só são revelados se as mulheres forem questionadas a respeito. Como: medo de machucar o bebê. Geralmente, a mãe os considera como ilógicos e intrusivos e não predizem risco para suicídio ou infanticídio. Entretanto, podem ser indicativos de psicose.

Fonte: ZANOTTI et al., 2003; ROCHA, 1999; KAPLAN et al., 1999, Apud BRASIL, 2012 p. 268.

7.5.2.1 Abordagem do sofrimento mental no puerpério

A primeira abordagem de tratamento da depressão pós-parto (de leve a moderada) deve ser psicossocial. Em casos mais severos, deve-se acrescentar farmacoterapia (grau de recomendação B) (BRASIL, 2012 p.274).

Dentre os tipos de terapia, a comportamental cognitiva tem demonstrado com resultados semelhantes aos do tratamento farmacológico, com terapias de curta duração (tais como seis sessões). Outras abordagens são psicoterapia individual, terapia de grupo, terapia de família (BRASIL, 2012 p.274). Em Londrina-Pr, lembramos da estratégia **Terapia comunitária** como espaço de fortalecimento dos vínculos sociais, redimensionamento de conflitos e quebras de estereótipos e preconceitos.

7.5.2.2 O Tratamento farmacológico de Agravo Mental no puerpério

Em puérperas que necessitem da abordagem farmacológica é importante observar se são ou não lactantes. Os benefícios da amamentação geralmente superam os relativamente pequenos riscos das medicações psicotrópicas, como os antidepressivos. Entretanto, não há estudos clínicos randomizados nesta área. As evidências sobre a segurança da amamentação durante o uso de medicações vêm de base de dados de alguns órgãos, de relatos de casos e estudos de laboratórios. Gestantes que usaram antidepressivos ao longo da gestação devem ser monitoradas cuidadosamente no puerpério, pois pode ocorrer exacerbação dos sintomas e também ocorrem mudanças na farmacodinâmica que podem necessitar de ajustes posológicos ou troca de medicações (BRASIL, 2012 p.275).

Quadro 51 - Principais drogas utilizadas no tratamento de depressão no período gravídico puerperal

| Classe/ Nome genérico/ FDA | Observações |
|--|--|
| 1.1 Fluoxetina Inibidores seletivos da recaptação de serotonina (SSRI) | - É a droga com mais estudos de uso na gravidez e na lactação, entretanto, ainda não há dados suficientes para uma conclusão definitiva sobre sua segurança. O metabólito ativo da fluoxetina, a norfluoxetina, tem uma longa meia vida, o que se predispõe ao acúmulo sérico na criança. - Outros estudos mostram que o peso ao final de 6 meses não foi diferente da média. |
| 1.2 Sertralina (SSRI) | - Esta droga e seu fraco metabólito têm sido detectados no leite materno, mas é quase indetectável no nível sérico dos bebês. - Embora a sertralina pode ser preferível à fluoxetina em mulheres lactantes, não há indicação de trocar a fluoxetina de mulheres que estejam utilizando-a com sucesso durante a gestação. |
| 1.3 Paroxetina (SSRI) | No 1º. trimestre: associada a cardiopatias congênitas. Evitar também na mulher tentando engravidar; |

| | |
|--|---|
| | Na lactação: é detectada no leite materno, mas nenhum efeito adverso foi relatado em mais de 70 pares de mães-bebês expostos. |
| 1.4 Citalopran (SSRI) | Foi encontrada dificuldades no sono de bebês, correlacionado com níveis séricos altos da droga que melhoraram com a diminuição da dosagem. |
| 2 Bupropiona (Inibidor da recaptção de dopamina) | . Parece não haver efeitos adversos nos bebês, mas há poucos dados ou seja “drogas cujos efeitos são ainda desconhecidos, podendo ser preocupantes”. |
| 3. Amitriptilina, nortriptilina, imipramina, desipramina ou clorimiprimina Antidepressivos tricíclicos: | - Indicada para o tratamento da depressão pós-parto quando não houver boa resposta aos SSRI ou quando já estavam sendo utilizados pela gestante, com boa resposta clínica. Na gestação: não há evidências de teratogenicidade. Na lactação: Considerada segura, pois apresentam baixas concentrações no leite, mas seu metabólito ativo tem longa meia vida (37 horas). Iniciar com 25 mg VO/dia e aumentar a dose em 25mg a cada 5 dias. Alertar sobre efeitos de hipotensão postural e boca seca (menos frequentes com nortriptilina) o que pode ser danoso ao bebê, pelo acúmulo sérico. |

Fonte: BRASIL, 2012 p.275-276

Recomendamos a leitura do Apêndice F- Aspectos Emocionais da Gestação e Puerpério.

7.5.3 Prevenção e manejo dos principais problemas relacionados à amamentação

Alguns problemas enfrentados pelas nutrizes durante o aleitamento materno, se não forem precocemente identificados e tratados, podem ser importantes causas de interrupção da amamentação. Os profissionais de saúde têm um papel importante na prevenção e no manejo dessas dificuldades. A seguir são abordadas as principais dificuldades e seu manejo.

ABSCESSO MAMÁRIO

O abscesso mamário, em geral, é causado por mastite não tratada ou com tratamento iniciado tardiamente ou ineficaz. É comum após a interrupção da amamentação na mama afetada pela mastite sem o esvaziamento adequado do leite por ordenha. Os abscessos mamários não adequadamente tratados podem evoluir para drenagem espontânea, necrose e perda do tecido mamário. Abscessos muito grandes podem necessitar de ressecções extensas, podendo resultar em deformidades da mama, bem como comprometimento funcional.

Sinais e sintomas:

. Dor intensa, febre, mal-estar, calafrios e presença de áreas de flutuação à palpação no local afetado. No diagnóstico diferencial do abscesso, devem-se considerar galactocele, fibroadenoma e carcinoma da mama.

É recomendado:

. Fazer o diagnóstico diferencial relacionado a galactocele, fibroadenoma e carcinoma da mama;

- . A realização de USG pode confirmar o abscesso mamário, além de indicar o melhor local para incisão ou aspiração;
- . Todo esforço deve ser feito para prevenir abscesso mamário, como a prevenção do aparecimento de mastite, assim como a instituição precoce do tratamento da mastite se ela não puder ser prevenida;
- . Encaminhar para serviço de referência via SAMU para drenagem cirúrgica e antibioticoterapia;
- . Manutenção da amamentação. A mãe pode continuar a amamentar a criança na mama comprometida, porém, se a sucção for muito dolorosa, a mãe pode interromper temporariamente a amamentação na mama afetada até a dor melhorar;
- . A amamentação deve ser mantida na mama sadia (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2009 Apud BRASIL, 2015c).



Fonte: BRASIL, 2009 Apud BRASIL, 2015c.

BEBÊ QUE NÃO SUGA OU TEM SUCÇÃO FRACA

Alguns bebês resistem às tentativas de serem amamentados e com frequência não se descobre a causa dessa resistência inicial. Algumas vezes ela pode estar associada ao uso de bicos artificiais ou chupetas ou ainda à presença de dor quando o bebê é posicionado para mamar ou pressão na cabeça do bebê ao ser apoiado.

Sinais e sintomas: bebês não conseguem pegar a aréola adequadamente ou não conseguem manter a pega

É recomendado:

- . Estimular a sua mama regularmente (no mínimo cinco vezes ao dia) por meio de ordenha manual ou por bomba de sucção, para garantir a produção de leite;
- . Verificar e corrigir problemas com a pega como posicionamento, abertura insuficiente da boca, exposição à mamadeira e/ou chupeta; mamas muito tensas, ingurgitadas, ou mamilos invertidos ou muito planos. O manejo vai depender do problema detectado;
- . Em algumas situações o bebê começa a mamar, porém após alguns segundos larga a mama e chora. Nesses casos ele pode estar mal posicionado, ter adquirido preferência pela mamadeira ou, ainda, o fluxo de leite ser muito forte;
- . Não é raro o bebê ter dificuldade para sugar em uma das mamas porque existe alguma diferença entre elas (mamilos, fluxo de leite, ingurgitamento) ou porque a mãe não consegue posicioná-lo adequadamente em um dos lados ou, ainda, porque ele sente dor numa determinada posição (fratura de clavícula, por exemplo).

Um recurso que se utiliza para fazer o bebê mamar na mama “recusada”, muitas vezes com sucesso, é o uso da posição “jogador de futebol americano” (bebê apoiado no braço do mesmo lado da mama a ser oferecida, mão da mãe apoiando a cabeça da criança, corpo da criança mantido na lateral, abaixo da axila). Se o bebê continuar a recusar uma das mamas, é possível manter aleitamento materno exclusivo utilizando apenas uma das mamas. Ver figura abaixo

Figura 29- Posição Bola de Futebol Americano



Fonte: Google imagens/amamentação Posição Bola de Futebol Americano. Disponível em:<
<http://www.amamentareh.com.br/posicoes-para-amamentar/>>

BLOQUEIO DE DUCTOS LACTÍFEROS

O bloqueio de ductos lactíferos ocorre quando o leite produzido numa determinada área da mama, por alguma razão, não é drenado adequadamente. Com frequência, isso ocorre quando a mama não está sendo esvaziada adequadamente, o que pode acontecer quando a amamentação é infrequente ou quando a criança não está conseguindo remover o leite da mama de maneira eficiente. Pode ser causado também quando existe pressão local em uma área, como, por exemplo, um sutiã muito apertado, ou como consequência do uso de cremes nos mamilos, obstruindo os poros de saída do leite.

Sinais e sintomas:

- . Nódulos localizados, sensíveis e dolorosos, acompanhados de dor, vermelhidão e calor na área envolvida;
- . Raramente febre;
- . Ocasionalmente pode aparecer um pequeno, quase imperceptível, ponto branco na ponta do mamilo, que pode ser muito doloroso durante as mamadas.

É recomendado:

- . Medidas de Prevenção como: favorecer o esvaziamento completo da mama; técnica correta de amamentação; uso de sutiã que não bloqueie a drenagem do leite; Restrição ao uso de cremes nos mamilos;
- . O tratamento deve ser instituído precoce e energicamente, para que o processo não evolua para mastite;
- . As seguintes medidas são necessárias para o desbloqueio de um ducto lactífero: mamadas frequentes; utilização de distintas posições para amamentar, oferecendo primeiramente a mama afetada, com o queixo do bebê direcionado para a área afetada, o que facilita a retirada do leite do local; calor local (compressas mornas) e massagens suaves na região atingida, na direção do mamilo, antes e durante as mamadas;

Ordenha manual da mama ou com bomba de extração de leite caso a criança não esteja conseguindo esvaziá-la; remoção do ponto esbranquiçado na ponta do mamilo, caso esteja presente, esfregando-o com uma toalha ou utilizando uma agulha esterilizada.

CANDIDOSE (CANDIDIASE, MONILÍASE)

A infecção da mama no puerpério por *Candida* sp é bastante comum. A infecção pode atingir só a pele do mamilo e da aréola ou comprometer os ductos lactíferos. São fatores predisponentes a umidade e lesão dos mamilos e uso, pela mulher, de antibióticos, contraceptivos orais e esteroides. Na maioria das vezes, é a criança quem transmite o fungo, mesmo quando a doença não é aparente.

Sinais e sintomas:

- . Coceira, sensação de queimadura e dor em agulhadas nos mamilos, que persiste após as mamadas;
- . A pele dos mamilos e da aréola pode apresentar-se avermelhada, brilhante ou apenas irritada ou com fina descamação;
- . Raramente se observam placas esbranquiçadas. Algumas mães queixam-se de ardência e dor em agulhada dentro das mamas. É muito comum a criança apresentar crostas brancas orais, que devem ser distinguidas das crostas de leite (essas últimas são removidas sem machucar a língua ou gengivas)

É recomendado:

- . Medidas de prevenção: manter os mamilos secos e arejados e expô-los à luz por alguns minutos ao dia.
- . Tratar mãe e bebê simultaneamente, mesmo que a criança não apresente sinais evidentes de candidíase;
- . Aplicar creme antifúngico após cada mamada, não precisa ser removido antes da próxima mamada;

Medicamentos: Violeta de genciana a 0,5% a 1,0% pode ser usada nos mamilos/aréolas e na boca da criança uma vez por dia por três a cinco dias. Anti fúngico: Nistatina, Clotrimazol, Miconazol ou Cetoconazol tópicos, fazer 1 aplicação em mamilos após cada mamada, por 14 dias. Se o tratamento tópico não for eficaz, recomenda-se cetoconazol 200 mg/dia, por 10 a 20 dias.

DEMORA NA “DESCIDA DO LEITE”

Em algumas mulheres a “descida do leite” ou apojadura só ocorre alguns dias após o parto.

É recomendado:

- . Que o profissional de saúde saiba desenvolver confiança na mãe, além de orientar medidas de estimulação da mama, como sucção frequente do bebê e ordenha;
- . Orientar uso de um sistema de nutrição suplementar (translactação), que consiste em um recipiente (pode ser um copo ou uma xícara) contendo leite (de preferência leite humano pasteurizado), colocado entre as mamas da mãe e conectado ao mamilo por meio de uma sonda. A criança, ao sugar o mamilo, recebe o suplemento. Dessa maneira o bebê continua a estimular a mama e sente-se gratificado ao sugar o seio da mãe e ser saciado.

Figura 30- Translação



Fonte: Google imagens/translactação

Disponível em: < <http://www.imglum.net/tag/translacta%C3%A7%C3%A3o/J0HV7smPwAAAF0HVx7qQAAAFiYA>>

DOR NOS MAMILOS/ MAMILOS MACHUCADOS (fissuras)

É comum, nos primeiros dias após o parto, a mulher sentir dor discreta ou mesmo moderada nos mamilos no começo das mamadas, devido à forte sucção deles e da aréola. Essa dor pode ser considerada normal e não deve persistir além da primeira semana. No entanto, ter os mamilos muito doloridos e machucados, apesar de muito comuns, não é normal e requer intervenção.

Causas: a causa mais comum de dor para amamentar se deve a lesões nos mamilos por posicionamento e pega inadequados. Outras causas incluem mamilos curtos, planos ou invertidos, disfunções orais na criança, freio de língua excessivamente curto, sucção não nutritiva prolongada, uso impróprio de bombas de extração de leite, não interrupção adequada da sucção da criança quando for necessário retirá-la do peito, uso de cremes e óleos que causam reações alérgicas nos mamilos, uso de protetores de mamilo (intermediários) e exposição prolongada a forros úmidos. O mito de que mulheres de pele clara são mais vulneráveis a lesões mamilares que mulheres com pele escura nunca se confirmou.

Sinais e sintomas:

. Trauma mamilar, traduzido por eritema, edema, fissuras, bolhas, “marcas” brancas, amarelas ou escuras, hematomas ou equimoses., é uma importante causa de desmame e, por isso, a sua prevenção é muito importante, o que pode ser conseguido com as medidas de prevenção par evitar as causas das dores e fissuras.

É recomendado:

. Medidas de prevenção: pega e posicionamento eficaz; manter os mamilos secos; não uso de produtos que retiram a produção natural dos mamilos (sabonetes, álcool, etc.); amamentação em livre demanda; evitar ingurgitamento mamário; ordenha manual da aréola antes das mamadas, se estiverem ingurgitadas; introdução do dedo indicador ou mínimo pela comissura labial (canto) da boca do bebê, se for preciso interromper a mamada e não uso de protetores (intermediários de mamilos).

. Corrigir o problema que está causando a dor mamilar (na maioria vezes a má pega), faz-se necessário intervir para aliviar a dor e promover a cicatrização das lesões o mais rápido possível;

. Sugerir as seguintes medidas de conforto, que visam minimizar o estímulo aos receptores da dor localizados na derme do mamilo e da aréola: início da mamada pela mama menos afetada; ordenha de um pouco de leite antes da mamada, o suficiente para desencadear o reflexo de ejeção de leite, evitando dessa maneira que a criança tenha que sugar muito forte no início da mamada para desencadear o reflexo; uso de diferentes

posições para amamentar, reduzindo a pressão nos pontos dolorosos ou áreas machucadas; uso de “conchas protetoras” (alternativamente pode-se utilizar um coador de plástico pequeno, sem o cabo) entre as mamadas, eliminando o contato da área machucada com a roupa. Esses dispositivos devem possuir buracos de ventilação, pois inadequada circulação de ar para o mamilo e aréola pode reter umidade e calor, tornando o tecido mais vulnerável a macerações e infecções; analgésicos sistêmicos por via oral se houver dor importante. Ressalta-se que limitar a duração das mamadas não tem efeito na prevenção ou tratamento do trauma mamilar. Muitos tratamentos têm sido utilizados ou recomendados para lesões mamilares, entretanto, a eficácia deles não tem sido avaliada adequadamente; como consequência, os tratamentos de traumas mamilares utilizados rotineiramente não são respaldados por estudos de qualidade. Educação sobre o posicionamento adequado e pega correta é a melhor intervenção para dor nos mamilos (LOCHNER et al., 2009).

. Se os mamilos estão com escoriações ou fissuras, recomenda-se que eles sejam enxaguados com água limpa após cada mamada, para evitar infecção (RIORDAN; WAMBACH, 2010);

. Uso compressas de água morna (LOCHNER et al., 2009), que alivia a dor;

. **Produtos em geral:** de todos os agentes tópicos, só tem base científica para a utilização de água morna; Não havendo infecção, lanolina purificada pode diminuir o desconforto da lactante, embora não haja evidências de que esse produto acelere a cicatrização. O uso tópico de ácidos graxos essenciais (AGE) está relacionado a uma melhora da barreira na pele danificada. No entanto, apesar de amplamente utilizados no Brasil, existem poucos estudos e evidências científicas que justifiquem a recomendação de seu uso.

. Se a lesão mamilar é muito extensa ou a mãe não está conseguindo amamentar por causa da dor, pode ser necessário interromper temporariamente a amamentação na mama afetada; no entanto, a mama deve ser esvaziada por ordenha manual ou com bomba de extração de leite.

. **Uso de Medicamentos:** antibiótico tópico (ou sistêmico, em casos mais graves) está indicado (mupirocina a 2%). Tratamento da candidíase (ver tópico cadidose).

. **Medidas controversas:**

. Uso de leite da mãe ordenhado é controverso, pois não há estudos comprovando a sua eficácia. Havendo suspeita de infecção (a mais comum é por estafilococo).

Atenção não é mais recomendado:

. Tratamento seco de lesões mamilares (banho de luz, banho de sol, secador de cabelo), bastante popular nas últimas décadas, não tem sido mais recomendado porque acredita-se que a cicatrização de feridas é mais eficiente se as camadas internas da epiderme (expostas pela lesão) se mantiverem úmidas;

. Cremes, óleos em geral, antissépticos, saquinho de chá ou outras substâncias tópicas devem ser evitados, pois não há comprovação de que sejam eficientes, podendo inclusive ser prejudiciais.

Figura 31- Lesões mamilares

Fonte: BRASIL, 2009 Apud BRASIL, 2015c.

FENÔMENO DE RAYNAUD

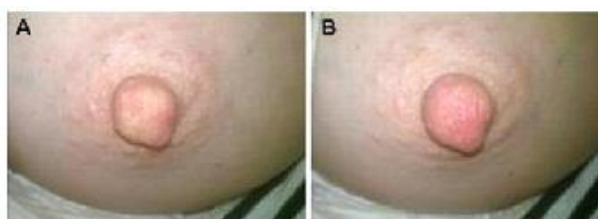
O fenômeno de Raynaud, uma isquemia intermitente causada por vasoespasmo, que usualmente ocorre nos dedos das mãos e dos pés, também pode acometer os mamilos. Em geral ocorre em resposta à exposição ao frio, compressão anormal do mamilo na boca da criança ou trauma mamilar importante. Porém, nem sempre é possível encontrar a causa.

Sinais e sintomas:

. Palidez dos mamilos (por falta de irrigação sanguínea) e dor importante antes, durante ou depois das mamadas, mas é mais comum depois das mamadas, provavelmente porque em geral o ar é mais frio que a boca da criança. A palidez é seguida de cianose e finalmente o mamilo se torna avermelhado. Muitas mulheres relatam dor em “fisgadas” ou sensação de queimação enquanto o mamilo está pálido e por isso muitas vezes essa condição é confundida com candidose. Os espasmos, com a dor característica, duram segundos ou minutos, mas a dor pode durar uma hora ou mais. É comum haver uma sequência de espasmos com repousos curtos. Algumas medicações como Fluconazol e contraceptivos orais podem agravar os vasoespasmo.

É recomendado:

. Deve-se buscar identificar e tratar a causa básica que está contribuindo para a isquemia do mamilo e melhorar a técnica de amamentação (pega), quando esta for inadequada;
 . Compressas mornas ajudam a aliviar a dor na maioria das vezes;
 . Evitar uso de drogas vasoconstritoras, tais como cafeína e nicotina;
 . **Uso de Medicamentos:** Analgésico e anti-inflamatório, tipo Ibuprofeno, podem ser prescritos, se necessário. Quando a dor é importante e não houver melhora com as medidas já citadas (o que é raro), deve-se utilizar a Nifedipina 5 mg VO, 3X/dia, por 7-14 dias OU Nifedipina 30–60 mg, VO 1 X/dia, para a formulação de liberação lenta.

Figura 32- Fenômeno de RAYNAUD

Fonte: Abrantes et. al, 2016

GALACTOCELE

Galactocele é uma formação cística nos ductos mamários contendo líquido leitoso. Acredita-se que a galactocele seja causada por um bloqueio de ducto lactífero. a. O tratamento é feito com aspiração. No entanto, com frequência, a formação cística deve ser extraída cirurgicamente porque o cisto enche novamente após a aspiração.

Sinais e sintomas:

. Excreção de líquido leitoso, que no início é fluido, adquirindo posteriormente aspecto viscoso, que pode ser exteriorizado por meio do mamilo.

É recomendado:

. Realização de USG, encaminhamento para mastologia para aspiração.

INGURGITAMENTO MAMÁRIO

O leite acumulado na mama, popularmente conhecido como “leite empedrado”, pode ter uma causa fisiológica ou patológica. Se fisiológico, o ingurgitamento é discreto e representa um sinal positivo de que o leite está “descendo”, não sendo necessária qualquer intervenção. Já no ingurgitamento patológico, a mama fica excessivamente distendida, o que causa grande desconforto, às vezes acompanhado de febre e mal estar. Este tipo de ingurgitamento ocorre com mais frequência entre as primíparas, aproximadamente três a cinco dias após o parto, tendo como causa o leite em abundância, início tardio da amamentação, mamadas infrequentes, restrição da duração e frequência das mamadas e sucção ineficaz do bebê.

Sinais e sintomas:

- . Congestão/aumento da vascularização da mama;
- . Retenção de leite nos alvéolos;
- . Edema decorrente da congestão e obstrução da drenagem do sistema linfático;
- . Compressão dos ductos lactíferos, o que dificulta ou impede a saída do leite dos alvéolos;
- . Os mamilos ficam achatados, dificultando a pega do bebê, e o leite muitas vezes não flui com facilidade;
- . Desconforto, mal estar, áreas difusas avermelhadas, edemaciadas e brilhantes e leite viscoso, podem estar presentes se o ingurgitamento for patológico.

É recomendado:

- . Amamentação em livre demanda, iniciada o mais cedo possível, preferencialmente logo após o parto, e com técnica correta, e o não uso de complementos (água, chás e outros leites) são medidas eficazes na prevenção do ingurgitamento;
- . Ordenha manual da aréola, se ela estiver tensa, antes da mamada, para que ela fique macia, facilitando, assim, a pega adequada do bebê;
- . Massagens delicadas das mamas, com movimentos circulares, particularmente nas regiões mais afetadas pelo ingurgitamento; elas fluidificam o leite viscoso acumulado, facilitando a retirada do leite, e são importantes estímulos do reflexo de ejeção do leite, pois promovem a síntese de ocitocina;
- . Uso de analgésicos sistêmicos/anti-inflamatórios. Ibuprofeno é considerado o mais efetivo, auxiliando também na redução da inflamação e do edema. Paracetamol ou dipirona podem ser usados como alternativas;

- . Suporte para as mamas, com o uso ininterrupto de sutiã com alças largas e firmes, para aliviar a dor e manter os ductos em posição anatômica;
- . Crioterapia (aplicação de gelo ou gel gelado) em intervalos regulares após ou nos intervalos das mamadas; em situações de maior gravidade, podem ser feitas de duas em duas horas. **Importante:** o tempo de aplicação das compressas frias não deve ultrapassar 20 minutos devido ao efeito rebote, ou seja, um aumento de fluxo sanguíneo para compensar a redução da temperatura local. As compressas frias provocam vasoconstrição temporária pela hipotermia, o que leva à redução do fluxo sanguíneo, com consequente redução do edema, aumento da drenagem linfática e menor produção do leite, devido à redução da oferta de substratos necessários à produção do leite;
- . Se o bebê não sugar, a mama deve ser ordenhada manualmente ou com bomba de sucção. O esvaziamento da mama é essencial para dar alívio à mãe, diminuir a pressão dentro dos alvéolos, aumentar a drenagem da linfa e do edema e não comprometer a produção do leite, além de prevenir a ocorrência de mastite.

MAMILOS PLANOS OU INVERTIDOS

Para fazer o diagnóstico de mamilos invertidos, pressiona-se a aréola entre o polegar e o dedo indicador: se o mamilo for invertido, ele se retrai; caso contrário, não é mamilo invertido. Para uma mãe com mamilos planos ou invertidos amamentar com sucesso, é fundamental que ela receba ajuda logo após o nascimento do bebê.

É recomendado:

- . Promover a confiança e empoderar a mãe – deve ser transmitido a ela que com paciência e perseverança o problema poderá ser superado e que com a sucção do bebê os mamilos vão se tornando mais propícios à amamentação;
- . Ajudar a mãe a favorecer a pega do bebê – a mãe pode precisar de ajuda para fazer com que o bebê abocanhe o mamilo e parte da aréola se ele, inicialmente, não conseguir; é muito importante que a aréola esteja macia;
- . Tentar diferentes posições para ver em qual delas a mãe e o bebê adaptam-se melhor;
- . Mostrar à mãe manobras que podem ajudar a aumentar o mamilo antes das mamadas, como simples estímulo (toque) do mamilo, compressas frias nos mamilos e sucção com bomba manual ou seringa de 10 mL ou 20 mL adaptada (cortada para eliminar a saída estreita e com o êmbolo inserido na extremidade cortada). Recomenda-se essa técnica antes das mamadas e nos intervalos se assim a mãe o desejar. O mamilo deve ser mantido em sucção por 30 a 60 segundos, ou menos, se houver desconforto. A sucção não deve ser muito vigorosa para não causar dor ou mesmo machucar os mamilos;
- . Orientar as mães a ordenhar o seu leite enquanto o bebê não sugar efetivamente – isso ajuda a manter a produção do leite e deixa as mamas macias, facilitando a pega; o leite ordenhado deve ser oferecido ao bebê, de preferência, em copinho.

MASTITE

Mastite é um processo inflamatório de um ou mais segmentos da mama, decorrente da estase do leite, o aumento da pressão intraductal e a formação de espaços entre as células. Assim, o leite acumulado, a resposta inflamatória e o dano tecidual favorece a instalação de agentes infecciosos como o *Staphylococcus*

(aureus e albus); *E. Coli* Streptococcus (α - β - e não hemolítico), cuja porta de entrada na maioria das vezes são as fissuras mamárias. Embora possa ocorrer em qualquer período da amamentação é mais comum na segunda e terceira semanas após o parto.

Sinais e sintomas: Nem sempre é possível distinguir mastite infecciosa da não-infecciosa apenas pelos sinais e sintomas, sendo estes os sinais flogísticos: dor, calor, rubor, edema. No entanto, quando há infecção, costuma haver mal-estar importante, febre alta (acima de 38°C) e calafrios.

É recomendado:

- . Identificação e tratamento da causa que provocou a estagnação de leite;
- . Esvaziamento adequado da mama (componente mais importante do tratamento da mastite), preferencialmente pelo próprio lactente, se não for possível fazer a retirada manual do leite após as mamadas pode ser necessária se não houver esvaziamento adequado;
- . Apoio emocional e incentivo à amamentação. Considerando que essa condição é muito dolorosa, com comprometimento do estado geral, pode ser difícil à lactante manter a amamentação se não receber apoio;
- . Não usar medicamentos tópicos;
- . Deve-se atentar para possível pega incorreta do bebê, o que é causa comum de fissura mamilar;
- . Outras medidas de suporte como repouso da mãe, analgésicos ou anti-inflamatórios não-esteroides, líquidos abundantes; iniciar a amamentação na mama não afetada; e usar sutiã bem firme.
- . Quando for necessário antibioticoterapia, não havendo remissão dos sintomas após 48 horas do início do tratamento, deve ser considerada a possibilidade de abscesso mamário e de encaminhamento para serviço de urgência;
- . Agendar retorno da puérpera na UBS ou visitas domiciliares periódicas por membros da equipe PSF para acompanhamento do caso.

Medicamentos: analgésicos: Paracetamol 500 mg ou Dipirona 500mg 1 cp. VO 6/6 horas; anti-inflamatórios não-esteroides como Ibuprofeno, antibioticoterapia quando houver sintomas graves desde o início do quadro, fissura mamilar e ausência de melhora dos sintomas após 12–24 horas da remoção efetiva do leite acumulado, sendo as opções: Cefalexina 500 mg, 1 cp. VO 6/6 horas por 10 dias no mínimo; OU Amoxicilina 500 mg 1 cp. VO 8/8 horas por 10 dias no mínimo. Em mulheres alérgicas aos antibióticos betalactâmicos (penicilinas e cefalosporinas), está indicada a Eritromicina 500 mg, VO, 6/6 horas. Os antibióticos devem ser utilizados por, no mínimo, 10 dias. **OBS:** Tratamento em períodos mais curtos que 10 dias apresentam alta incidência de recorrência.

POUCO LEITE

A grande maioria das mulheres tem condições biológicas para produzir leite suficiente para atender à demanda de seu filho. No entanto, esta queixa é comum, “pouco leite” ou “leite fraco”. Muitas vezes, é o reflexo da insegurança materna quanto a sua capacidade de nutrir plenamente o seu bebê. Essa insegurança, com frequência reforçada por pessoas próximas, faz com que o choro do bebê e as mamadas frequentes (que fazem parte do comportamento normal em bebês pequenos) sejam interpretados como sinais de fome. A ansiedade que tal situação gera na mãe e na família pode ser transmitida à criança, que responde com mais choro. A suplementação com outros leites muitas vezes alivia a tensão materna e essa

tranquilidade é repassada ao bebê, que passa a chorar menos, vindo a reforçar a ideia de que a criança estava passando fome. Uma vez iniciada a suplementação, a criança passa a sugar menos o peito e, como consequência, vai haver menor produção de leite, processo que com frequência culmina com a interrupção da amamentação. Por isso, a queixa de “pouco leite” ou “leite fraco” deve ser valorizada e adequadamente manejada.

Até a “descida do leite”, que costuma ocorrer até o terceiro ou quarto dia após o parto, a produção do leite se dá por ação de hormônios e ocorre mesmo que a criança não esteja sugando. A partir de então, a produção do leite depende basicamente do esvaziamento da mama, ou seja, é o número de vezes que a criança mama ao dia e a sua capacidade de esvaziar com eficiência a mama que vão determinar o quanto de leite materno é produzido. O volume de leite produzido na lactação já estabelecida varia de acordo com a demanda da criança. Em média, uma mulher amamentando exclusivamente produz 800 mL de leite por dia. No entanto, a capacidade de produção de leite das mulheres costuma ser maior que as necessidades de seus filhos, o que explica a possibilidade de amamentação exclusiva de gêmeos e o leite extra produzido pelas mulheres que doam seu leite aos bancos de leite.

Causas de pouco leite: existem no leite materno substâncias específicas que inibem a produção do leite (peptídeos inibidores da lactação), e a sua retirada, por meio do esvaziamento da mama, é que garante a reposição total do leite removido. Qualquer fator materno ou da criança que limite o esvaziamento das mamas pode causar diminuição na produção do leite como:

- . A má pega é a principal causa de remoção ineficiente do leite;
- . Outras causas: mamadas infrequentes e/ ou curtas, amamentação com horários pré-estabelecidos, ausência de mamadas noturnas, ingurgitamento mamário, uso de complementos e uso de chupetas e protetores de mamilo também podem levar ao esvaziamento inadequado das mamas;
- . Outras situações menos frequentes: bebê, com lábio/ palato leporino, freio da língua curto, micrognatia (deformação da mandíbula anterior), macroglossia (crescimento anormal da língua), uso de medicamentos na mãe ou na criança que deixe a criança sonolenta ou que reduza a produção de leite (bromocriptina, cabergolina, estrogênios, progestogênios, pseudoefedrina e, em menor grau, álcool e nicotina), asfixia neonatal, prematuridade, Síndrome de Down, hipotireoidismo, disfunção neuromuscular, doenças do sistema nervoso central, padrão de sucção anormal, problemas anatômicos da mama (mamilos muito grandes, invertidos ou muito planos), doenças maternas (infecção, hipotireoidismo, diabetes não tratada, síndrome de Sheehan, tumor hipofisário, doença mental), retenção de restos placentários, fadiga materna, distúrbios emocionais, uso de medicamentos que provocam diminuição da síntese do leite, restrição dietética importante (perda de peso maior que 500 g por semana), redução cirúrgica das mamas, fumo e gravidez são possíveis determinantes de baixa produção de leite.

Sinais e sintomas:

- . O bebê dá sinais quando há insuficiência de leite, tais como não ficar saciado após as mamadas, chorar muito, querer mamar com frequência e ficar muito tempo no peito nas mamadas;
- . O número de vezes que a criança urina ao dia (menos que seis a oito) e evacuações infrequentes, com fezes em pequena quantidade, secas e duras, são indicativos indiretos de pouco volume de leite ingerido;

. O melhor indicativo de que a criança não está recebendo volume adequado de leite é a constatação de que ela não está ganhando peso adequadamente;

É recomendado:

. Colher uma história detalhada e uma observação cuidadosa das mamadas para se descartar qualquer problema acima relatado que possa resultar na baixa produção láctea;

. Instituição de medidas para favorecer o aumento da produção de leite: melhorar o posicionamento e a pega do bebê, quando não adequados; aumentar a frequência das mamadas; oferecer as duas mamas em cada mamada; massagear a mama durante as mamadas ou ordenha; dar tempo para o bebê esvaziar bem as mamas; trocar de mama várias vezes numa mamada se a criança estiver sonolenta ou se não sugar vigorosamente; após a mamada, ordenhar o leite residual;

. Evitar o uso de mamadeiras, chupetas e protetores (intermediários) de mamilos;

. Orientar a lactante quanto a importância: dieta balanceada; ingestão adequada de líquidos e repouso sempre que possível.

Uso de Medicamentos: Apesar de haver controvérsias sobre o uso de medicamentos para o estímulo da lactação (galactogogos), muitas vezes o profissional de saúde, em casos selecionados, e quando as medidas citadas não produziram o efeito desejado, sente necessidade de indicar alguma droga. As indicações mais comuns de uso de galactogogo são: amamentação de criança adotada, relactação de mães de bebês prematuros que estão ordenhando leite (ACADEMY OF BREASTFEEDING MEDICINE, 2011). Nesse caso, as mais utilizadas são: domperidona (10 a 20 mg, VO 3 a 4 vezes ao dia, por 3 a 8 semanas) e metoclopramida (10 mg VO três vezes ao dia por uma ou duas semanas). A domperidona tem a vantagem de não atravessar a barreira hematoencefálica, o que a torna mais segura do que a Metoclopramida, com menos efeitos colaterais, podendo ser utilizada por tempo indeterminado.

FONTE: BRASIL, 2015c. Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar p.53-67.

Medidas de prevenção da maioria dos problemas relacionados à amamentação:

. Amamentação com técnica adequada (posicionamento e pega adequados) e livre demanda;

. Cuidados para que os mamilos se mantenham secos, expondo-os ao ar livre ou à luz solar e trocas frequentes dos forros utilizados quando há vazamento de leite;

. Não uso de produtos que retiram a proteção natural do mamilo, como sabão, álcool ou qualquer produto secante;

. Evitar ingurgitamento mamário;

. Ordenha manual da aréola antes da mamada se ela estiver ingurgitada, o que aumenta a sua flexibilidade, permitindo uma pega adequada;

. Introdução do dedo indicador ou mínimo pela comissura labial (canto) da boca do bebê, se for preciso interromper a mamada, de maneira que a sucção seja interrompida antes de a criança ser retirada do seio;

. Não uso de protetores (intermediários) de mamilo, pois eles, além de não serem eficazes, podem ser a causa do trauma mamilar.

OBS: Para saber mais: Caderno 23, ministério da saúde: Aleitamento materno e alimentação complementar, 2015; Amamentação e Uso de Medicamentos e Outras Substâncias, 2010.

7.5.4 Situações em que há restrições ao aleitamento materno

São poucas as situações em que pode haver indicação médica para a substituição parcial ou total do leite materno.

7.5.4.1 Situações em que o aleitamento materno NÃO deve ser recomendado, de forma absoluta

- Mães infectadas pelo HIV;
- Mães infectadas pelo HTLV1 e HTLV2;
- Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação, uma vez que alguns fármacos são considerados contraindicados absolutos ou relativos ao aleitamento materno, como por exemplo, os antineoplásicos e radiofármacos (ver Apêndice C- Classificação de Risco dos Medicamentos para Uso na Gravidez e Lactação).
- Criança portadora de galactosemia, doença rara em que ela não pode ingerir leite humano ou qualquer outro que contenha lactose.

7.5.4.2 Situações maternas, recomenda-se a interrupção temporária da amamentação

- **Infecção herpética:** quando há vesículas localizadas na pele da mama. A amamentação deve ser mantida na mama sadia;
- **Varicela:** se a mãe apresentar vesículas na pele cinco dias antes do parto ou até dois dias após o parto, recomenda-se o isolamento da mãe até que as lesões adquiram a forma de crosta. A criança deve receber Imunoglobulina Humana Antivaricela Zoster (Ighavz), disponível nos Centros de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIES), que deve ser administrada em até 96 horas do nascimento, aplicada o mais precocemente possível.
- **Doença de Chagas:** na fase aguda da doença ou quando houver sangramento mamilar evidente;
- **Consumo de drogas de abuso:** a Academia Americana de Pediatria (contraindica o uso durante o período da lactação, de drogas de abuso, anfetaminas, cocaína, heroína, maconha e fenciclidina. Já a OMS considera que o uso de anfetaminas, ecstasy, cocaína, maconha e opioides não são contraindicadas durante a amamentação, contudo, alerta que as mães que usam essas substâncias por períodos curtos devem considerar a possibilidade de evitar temporariamente a amamentação. Há carência de publicações com orientações sobre o tempo necessário de suspensão da amamentação após uso de drogas de abuso. No entanto, alguns autores já recomendaram determinados períodos de interrupção (Tabela 3). Ainda assim, recomenda-se que as nutrizes não utilizem tais substâncias. Se usadas, deve-se avaliar o risco da droga versus o benefício da amamentação para orientar sobre o desmame ou a manutenção da amamentação (BRASIL, 2015c).

Tabela 3 - Recomendação quanto ao tempo de interrupção do aleitamento materno após consumo de drogas de abuso

| Droga | Período recomendado de interrupção da amamentação |
|---------------------|--|
| Anfetamina, ecstasy | 24 – 36 horas |
| Barbitúricos | 48 horas |
| Cocaína, crack | 24 horas |
| Etanol | 1 hora por dose ou até estar sóbria |
| Heroína, morfina | 24 |
| LSD | 48 |
| Maconha | 24 |

Fonte: :HALE et al., 2005, Apud BRASIL, 2015c.

7.5.4.3 Condições maternas em que o aleitamento materno não deve ser contraindicado

- **Tuberculose:** recomenda-se que as mães não tratadas ou ainda bacilíferas (duas primeiras semanas após início do tratamento) amamentem com o uso de máscaras e restrinjam o contato próximo com a criança por causa da transmissão potencial por meio das gotículas do trato respiratório. Nesse caso, o recém-nascido deve receber isoniazida na dose de 10 mg/kg/dia por três meses. Após esse período, deve-se fazer teste tuberculínico (PPD): se reator, a doença deve ser pesquisada, especialmente em relação ao acometimento pulmonar; se a criança tiver contraído a doença, a terapêutica deve ser reavaliada; em caso contrário, deve-se manter isoniazida por mais três meses; e, se o teste tuberculínico for não reator, pode-se suspender a medicação, e a criança deve receber a vacina BCG;

- **Hanseníase:** por se tratar de doença cuja transmissão depende de contato prolongado da criança com a mãe sem tratamento, e considerando que a primeira dose de rifampicina é suficiente para que a mãe não seja mais bacilífera, deve-se manter a amamentação e iniciar tratamento da mãe;

- **Hepatite B:** a vacina e a administração de imunoglobulina específica (HBIG) após o nascimento praticamente eliminam qualquer risco teórico de transmissão da doença via leite materno;

- **Hepatite C:** a prevenção de fissuras mamilares em lactantes HCV positivas é importante, uma vez que não se sabe se o contato da criança com sangue materno favorece a transmissão da doença;

- **Dengue:** não há contraindicação da amamentação em mães que contraem dengue, pois há no leite materno um fator antidengue que protege a criança;

- **Consumo de cigarros:** acredita-se que os benefícios do leite materno para a criança superem os possíveis malefícios da exposição à nicotina via leite materno. Por isso, o cigarro não é uma contraindicação à amamentação. O profissional de saúde deve realizar abordagem cognitiva comportamental básica, que dura em média de três a cinco minutos e que consiste em perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar a mãe fumante. No

aconselhamento, o profissional deve alertar sobre os possíveis efeitos deletérios do cigarro para o desenvolvimento da criança, e a eventual diminuição da produção e da ejeção do leite. Para minimizar os efeitos do cigarro para a criança, as mulheres que não conseguirem parar de fumar devem ser orientadas a reduzirem o máximo possível o número de cigarros (se não possível a cessação do tabagismo, procurar fumar após as mamadas) e a não fumarem no ambiente em que a criança se encontra

• **Consumo de álcool:** assim como para o fumo, deve-se desestimular as mulheres que estão amamentando a ingerirem álcool. A ingestão de doses iguais ou maiores que 0,3g/kg de peso pode reduzir a produção láctea. O álcool pode modificar o odor e o sabor do leite materno levando a recusa do mesmo pelo lactente (BRASIL, 2015c).

7.6 Intercorrências clínicas que se caracterizam como urgência/emergência no puerpério

Quadro 52 - Sinais e sintomas, condição de alerta e manejo inicial

| Condição | Sinais e sintomas | É recomendado |
|-------------------------------|--|--|
| Hemorragia pós-parto | Perda súbita ou contínua de sangue Fraqueza, tontura ou palpitações/ taquicardia | Avaliar, estabilizar clinicamente e encaminhar via SAMU para Serviço obstétrico. |
| Infecção | Febre, calafrios, dor abdominal e/ou lóquios fétidos | . Consulta médica imediata; . Procurar realizar diagnóstico diferencial e tratar conforme diagnóstico e/ou encaminhar via SAMU para Serviço obstétrico. |
| Pré-eclâmpsia/eclâmpsia | Cefaleia acompanhada por um ou mais sintomas após até 72 horas do parto: • distúrbios visuais • náuseas, vômitos | Avaliar e encaminhar via SAMU para Serviço obstétrico. |
| Tromboembolismo Encaminhar | Dor unilateral na panturrilha, eritema ou edema Respiração curta ou dor torácica | via Central de SAMU para Serviço de urgência |

Fonte: BRASIL, 2011^a

7.7 Síntese do plano de cuidado à puerpera

7.7.1 Acolhimento com escuta qualificada

Deve-se inicialmente, se sua situação clínica permitir, fazer uma breve avaliação de seu estado psíquico, e entender o que representa para ela a chegada de uma nova criança;

- O estabelecimento de uma adequada empatia entre o examinador e sua cliente proporcionará uma melhor compreensão dos sintomas e sinais apresentados;
- É comum que neste momento a mulher experimente sentimentos contraditórios e sinta-se insegura. Cabe à equipe de saúde estar disponível para perceber a necessidade de cada mulher de ser ouvida com a devida atenção.

7.7.2 Avaliação global

- ↳ Verificar Cartão da Gestante com dados da gestação (quantidade de consultas, uso de medicamentos, intercorrências no pré-natal) e do parto (tipo de parto, intercorrências uso de imunoglobulina anti-D para as puérperas Rh negativo, uso de megadose de vitamina A;
- ↳ Buscar informações sobre o parto ou abortamento: tipo, duração do processo, medidas utilizadas: espontâneo, operatório, natural, apoio emocional e profissional recebido no processo;
- ↳ Obter informações do RN: peso, comprimento, Apgar, imunização, registro civil, realização dos testes do reflexo vermelho, do pezinho e da orelhinha etc.) e identificar RN de risco*
- ↳ Questionar sobre os sinais de alerta: febre, sangramento vaginal, dor pélvica ou infecção, leucorreia fétida, alteração da pressão arterial, tontura muito frequente, mamas “empedradas” e doloridas.

7.7.3 Exame físico

Realizar exame físico geral e ginecológico (Se a revisão se der no domicílio e este não permitir avaliação com segurança, agendar consulta na UBS):

- ↳ Avaliar mamas e mamilo;
- ↳ Examinar abdome (condição uterina, dor à palpação, aspecto da ferida operatória se parto cesariana);
- ↳ Examinar períneo e genitais externos (verificar a presença e características dos lóquios e avaliar as condições das cicatrizes de lacerações ou episiotomia (não há necessidade de retirada de pontos, pois o fio da episiorrafia é absorvível).

7.7.4 Orientações e condutas gerais

Amamentação: orientar, estimular e apoiar a família na amamentação exclusiva, reforçando a importância e benefícios do aleitamento materno); cuidados com as mamas. Para aquelas que por algum motivo não puderam amamentar pode-se recomendar enfaixar as mamas, evitar o esvaziamento, analgesia, compressas frias. Uso de medicamentos como estrogênios e inibidores da prolactina,

como bromocriptina podem ser utilizados, mas podem ter efeitos colaterais graves (GALÃO, A.O; HENTSCHEL, 2011 Apud BRASIL, 2011a).

☞ **Agravos mais comuns no puerpério:**

Ver item 7.4; 7.5 e 7.6

☞ **Benefícios sociais:** questionar se a puérpera está gozando de licença maternidade. Caso ainda não tenha dado entrada no benefício do INSS, orientá-la que pode fazê-lo levando apenas a certidão de nascimento da criança. Orientar que as mulheres que amamentam - ao retornarem da licença maternidade - têm direito à licença complementar para amamentação, de dois descansos diários de trinta minutos cada, até a criança completar seis meses. Para isso devem ter em mãos um atestado médico informando a condição. No caso de abortamento lembrar que a mulher tem direito a no mínimo 15 dias de afastamento das atividades laborais.

☞ **Cuidados alimentares e nutricionais:** orientar ingestão hídrica frequente, alimentação adequada e dieta fracionada;

☞ **Exame citopatológico:** caso a gestante não tenha realizado ou necessite repetir, orientar o retorno para realização do exame de controle de câncer cérvico-uterino e de mama após 120 dias ou 4º. mês pós-parto;

☞ **Exercícios respiratórios, posturais e de fortalecimento muscular no Puerpério imediato (1º. Ao 10º.dia)**

- Os exercícios respiratórios visam aumentar a expansibilidade torácica (puxar o ar pelo nariz e soltar pela boca), podendo ser associados aos exercícios ativos de membros superiores e membros inferiores, o que também favorece a motilidade gastrointestinal;
- Orientar quanto à postura no leito (decúbito lateral para facilitar a eliminação dos flatos), incentivar a deambulação precoce e evitar posturas antálgicas, que podem gerar dor musculoesquelética. Estimular sempre a postura correta, principalmente para a amamentação (sentada em cadeira com apoio lombar e dos membros superiores), trocas e carregamento;
- Em caso de parto cesárea, evitar a contração perineal e abdominal até a cicatrização da sutura;
- Após a retirada dos pontos, pode-se realizar a automassagem pericicatricial, a fim de prevenir queloides e cicatrizes hipertróficas;
- Os exercícios metabólicos: devem ser incentivados a fim de evitar a estase venosa e o edema (postura sentada com apoio lombar e as pernas esticadas – a puérpera deve movimentar os pés de cima para baixo e girar por dez vezes, no mínimo três vezes ao dia).

☞ **Exercícios de fortalecimento muscular no Puerpério tardio (11º. ao 45º dia):**

☞ Os exercícios para o assoalho pélvico devem ser realizados com frequência e de forma gradativa, garantindo a conscientização e seu fortalecimento (orientar a puérpera a realizar a contração simulando segurar a urina, manter por 5 segundos e relaxar, repetindo por dez vezes, três vezes ao dia);

☞ **Exercícios de fortalecimento muscular no Puerpério remoto (do 45º. Dia até o 1º ano):**

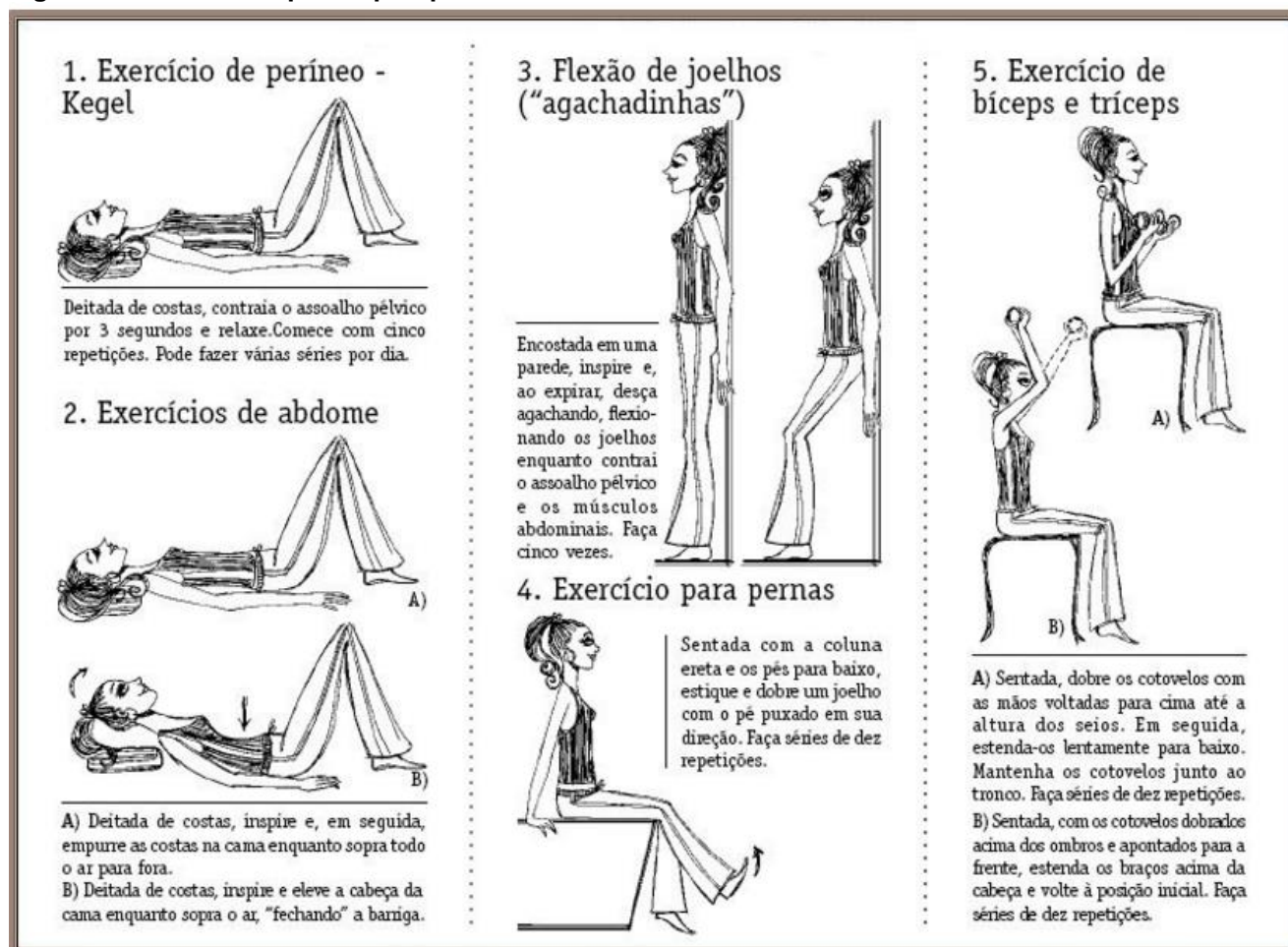
- Conforme pode ser observado na figura 33- Exercícios para o puerpério, além do exercício de fortalecimento para o assoalho pélvico é possível inserir outros exercícios de reeducação postural e ganho de força dos músculos abdominais, estímulo ao condicionamento físico e relaxamento, observando a intensidade e frequência, que devem variar de acordo com a avaliação individual da puérpera. Profissionais fisioterapeutas ou educadores físicos pode matricular a equipe ESF para maiores informações sobre o assunto.

- ↪ **Intercorrências na gestação:** verificar se há necessidade de algum controle no pós-parto (como exemplo o exame TTG para mulheres com diabetes gestacional; Investigação de tireoidopatias etc.);
- ↪ **Medicamento:** prescrição de sulfato ferroso 40 mg de ferro elementar (comprimido de 200 mg), 30 minutos antes almoço, de preferência com suco de frutas cítricas, até três meses após o parto; em caso de comorbidades (como DHEG, DMG, outros), revisar terapêutica medicamentosa (quando houver) e outras condutas relacionadas, com atenção às contraindicações devido ao aleitamento.
- ↪ **Relação sexual:** não há um momento definido como ideal para recomeço das relações sexuais após o parto ou abortamento. De modo geral, orienta-se que o retorno à atividade sexual se dê à partir de duas ou três semanas após o parto ou abortamento, segundo o desejo da paciente (FEBRASGO, 2010). Muitas porém podem preferir a cessação dos lóquios para retomar a atividade sexual.
- ↪ **Planejamento reprodutivo:** fazer orientações e ofertar método para o planejamento reprodutivo. Lembrando que em caso de abortamento o retorno da fertilidade pode se dar imediato após o procedimento, requerendo o uso imediato de método contraceptivo.
- ↪ **Puérperas faltosas:** fazer busca ativa, através de visita domiciliar;
- ↪ **Puérperas de alto risco:** puérperas que tiveram o pré-natal em serviço de alto risco devem retornar também ao serviço especializado;
- ↪ **Recém-nascido*:** o momento da revisão puerperal pode ser aproveitado para a realização da 1ª. consulta do recém-nascido, e inscrevê-lo no programa de puericultura e imunizações;
- ↪ **Retirada de pontos:** retirar os pontos da cesariana entre sete a dez dias após o parto, conforme orientação médica, no puerpério imediato;
- ↪ **Sinais de alerta:** caso haja a presença de febre, sangramento vaginal (diferente ao lóquios), dor pélvica ou infecção, leucorreia fétida, alteração da pressão arterial, tontura muito frequente, mamas “empedradas” e doloridas deve ser realizada avaliação médica e, se necessário, solicitar remoção para o serviço hospitalar.
- ↪ **Saúde Mental:** compartilhar o cuidado encaminhando a puérpera aos serviços especializados de saúde mental se detectado sofrimento mental grave, apoiar a família e articular outras redes de apoio social, quando necessário;
- ↪ **Vacina:** atualizar o calendário vacinal da mulher, dT e tríplice viral, quando necessário.

OBS: Preconiza-se que nesta consulta também seja realizado a avaliação do RN, porém por não ser objeto deste material recomendamos a leitura do Protocolo de Puericultura para maiores informações.

Fonte: Adaptada de BRASIL, 2015a p.112-113.

Figura 26 - Exercícios para o puerpério



Fonte: Google Imagens/ exercícios para o pós parto. Disponível em: <http://institutonascerc.com.br/exercicios-na-gravidez/>

7.8 A anticoncepção pós-parto e pós abortamento

O primeiro critério para escolha do método contraceptivo no puerpério refere-se a adesão da mulher a amamentação. O segundo tem a ver com as características do método, já que alguns interferem na amamentação, bem como na saúde clínica da mulher como um todo. Para situações pós-aborto é indicado os mesmos métodos para as mulheres que não amamentam.

7.8.1 Critérios de Elegibilidade para uso de Métodos Anticoncepcionais

Os critérios médicos de elegibilidade para uso de métodos anticoncepcionais foram desenvolvidos pela Organização Mundial da Saúde (OMS) com o objetivo de auxiliar os profissionais da saúde na orientação das(os) usuárias(os) de métodos anticoncepcionais.

Esses critérios consistem em uma lista de condições das(os) usuárias(os), que poderiam significar limitações para o uso dos diferentes métodos, e as classificam em quatro categorias, conforme descrito a seguir:

Quadro 53 - Critérios de Elegibilidade para uso de Métodos Anticoncepcionais

| Categoria | Definição |
|------------------|--|
| Categoria 1 | O método pode ser usado sem restrições, na ausência de outros fatores de risco. |
| Categoria 2 | O método pode ser usado com restrições. Isto significa que o método em questão pode ser utilizado com alguma precaução. São situações nas quais as vantagens de usá-lo geralmente superam os riscos comprovados ou teóricos que seu uso poderia acarretar. As condições da Categoria 2 fazem com que o método não seja a primeira escolha e, se usado, um acompanhamento mais cuidadoso faz-se necessário. |
| Categoria 3 | Os riscos comprovados e teóricos decorrentes do uso do método, em geral, superam os benefícios. Quando há condição da Categoria 3 para um método, este deve ser o de última escolha e, caso seja escolhido, é necessário acompanhamento rigoroso da(o) usuária(o). |
| Categoria 4 | O método não deve ser usado, pois apresenta risco inaceitável. Considerando que as situações que se enquadram na Categoria 3 exigem acompanhamento rigoroso, recomenda-se, nesta publicação, adaptar a classificação da OMS supramencionada, de modo a englobar as Categorias 3 e 4 como a categoria em que o método não deve ser usado. |

A avaliação dos critérios de elegibilidade e indicação do método contraceptivo pode ser realizada tanto por médicos quanto enfermeiros. Quanto à prescrição do método, quando pelo enfermeiro(a)s está previsto neste protocolo aqueles cujo critério de elegibilidade é 1.

Já a inserção do DIU deve ser realizada apenas por profissionais capacitados para este fim (BRASIL, 2015a.p.127-137).

Fonte: Organização Mundial da Saúde (OMS) *Apud* BRASIL, 2013a. p.138.

7.8.2 A Anticoncepção Pós-Abortamento

O aconselhamento relacionado a anticoncepção pós aborto deve contemplar a informação de que a fecundidade poderá ser restabelecida imediatamente após o procedimento, antes do advento de nova menstruação, podendo ocorrer uma nova gravidez neste período. Desta forma, a mulher deve ser orientada a iniciar a anticoncepção entre o 1º ao 5º dia após o abortamento, ainda que informe não pretender ter relações sexuais em curto prazo.

Nos casos de aborto induzido, provavelmente a mulher não deseja outra gravidez no momento. Neste caso, todos os esforços da equipe de saúde devem ter por objetivo assegurar uma decisão consciente e tornar disponíveis todos os métodos contraceptivos legalmente aceitos no país.

Nos casos de gravidez resultante de falha de um método contraceptivo devem-se discutir as causas do insucesso para os esclarecimentos necessários de modo a evitar que tal fato se repita. Na eventualidade de o abortamento ter sido espontâneo, pode ser que a mulher manifeste desejo de engravidar imediatamente. Neste caso é imprescindível informar a necessidade de esclarecer as causas do abortamento, antes de tentar uma nova gestação principalmente nos casos de abortamento de repetição (FEBRASGO, 2010).

Quadro 54 - Resumo Dos Métodos Anticoncepcionais Reversíveis Elegíveis para uso no Puerpério

| Condição Atual | Anticoncepcional Oral (baixa dose) (etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg); etinilestradiol (0,03 mg, 0,04mg,0,03 mg) + levonorgestrel (0,05,mg, 0,075 m, 0,125 mg). | Anticoncepcional Injetável | | Minipílula (progestogênio oral) | DIU de cobre** | Método de barreira | | LAM (Método da amenorreia na lactação)*** |
|--|---|--|---|---------------------------------------|--|---------------------|---------------|---|
| | | Combinado Mensal: (enantato de noresterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg) | Progestágeno Trimestral: (acetato de medroxiprogesterona 150 mg). | | | Preservativo | Diafragma | |
| Idade < 19 anos (Adolescentes) | 1 | 1 | 2* | 2 | 2≤20 anos | 1 | 1 | |
| Idade 19-40 anos | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| Idade ≥40 anos | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | Não aplicável |
| Gravidez | B | B | C | C | 4 | para prevenção ISTs | Não aplicável | |
| Amamentação: menos de 6 sem do parto | 4 | 4 | 3 | 3 | 1 se período < 48 hs. pós parto 3 (se entre 48 h.e 4 sem.pós parto) | 1 | Não aplicável | 1 |
| Amamentação: 6 sem. a 6 mês.do parto | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 |
| Amamentação: ≥ 6 m. do parto | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| Obesidade | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| IST (exceto HIV e hepatite) | 1 | 1 | 1 | 1 | 4 | 1 | 1 | |
| Fumo <35 anos | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| Fumo: ≥ 35 anos ≤15 cigarros dia | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| Fumo: ≥ 35 anos e ≥ 15 cigarros dia | 4 | 4 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| HAS: PAS 140-159 PAD=90-99 mmHg | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| HAS com PAS>160 PAD>=100mmHG | 4 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | |
| HAS controlada em acompanhamento | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | |
| HAS+portadora de doença vascular | 4 | 4 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | Não aplicável |
| TEP/TVP atual | 4 | 4 | 3 | 3 | 1 | 1 | 1 | |
| História previa de TEP/TVP | 4 | 4 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | |
| Dislipidemia | 2/3 (Introdução/manutenção do método) | | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | |
| Enxaqueca sem aura <35 anos | 2/3 (Introdução/manutenção do método) | | 2 | 1/2 (Introdução/manutenção do método) | 1 | 1 | 1 | |
| Enxaqueca sem aura ≥ 35 anos | 3/4 (Introdução/manutenção do método) | | 2/3 (Introdução/manutenção do método) | | 1 | 1 | 1 | |
| Enxaqueca com aura | 4 | 4 | 2/3 (Introdução/manutenção do método) | | 1 | 1 | 1 | |
| Diabetes há mais de 20 anos OU com doença vascular (nefro, retino ou neuropatia) | 3/4 (Introdução/manutenção do método) | | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | |
| Uso atual de anticonvulsivante | 3 | 2 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | |

OBS: * Embora os riscos superem os benefícios, deve-se evitar o uso de anticoncepcionais só de progestogênio (injetável trimestral e da pílula só de progesterona – minipílula) antes dos 18 anos, pelo possível risco de diminuição da calcificação óssea

** O DIU de cobre é categoria 2 para mulheres com idade menor ou igual a 20 anos pelo maior risco de expulsão (maior índice de nuliparidade) e por ser faixa etária considerada de maior risco para contrair IST.

*** LAM: A duração da amenorreia e do período anovulatório no pós-parto relaciona-se com a frequência e duração das mamadas. Por isso, esse método impõe três condições que devem ser cumpridas integralmente: 1. Que a menstruação da mãe não tenha retornado. 2. Que o bebê esteja sendo alimentado no peito de forma integral e 3. Que o bebê esteja amamentado com frequência, dia e noite (intervalo inferior a 6 horas). No aleitamento materno exclusivo (AME), durante os 06 primeiros meses após o parto, as taxas de gestação são em torno de 1,8% em mulheres amenorreicas.

Categoria B- Ainda não há riscos demonstrados para o feto, para a mulher ou para a evolução da gestação quando usados acidentalmente durante a gravidez;

Categoria C – Ainda não há riscos demonstrados para o feto, para a mulher ou para a evolução da gestação. MAS ainda não está definida a relação entre o uso do acetato de medroxiprogesterona na gravidez e os efeitos sobre o feto.

FORTE: BRASIL, 2015a p.161-163; BRASIL, 2013a. p.116-118 (Adaptado).

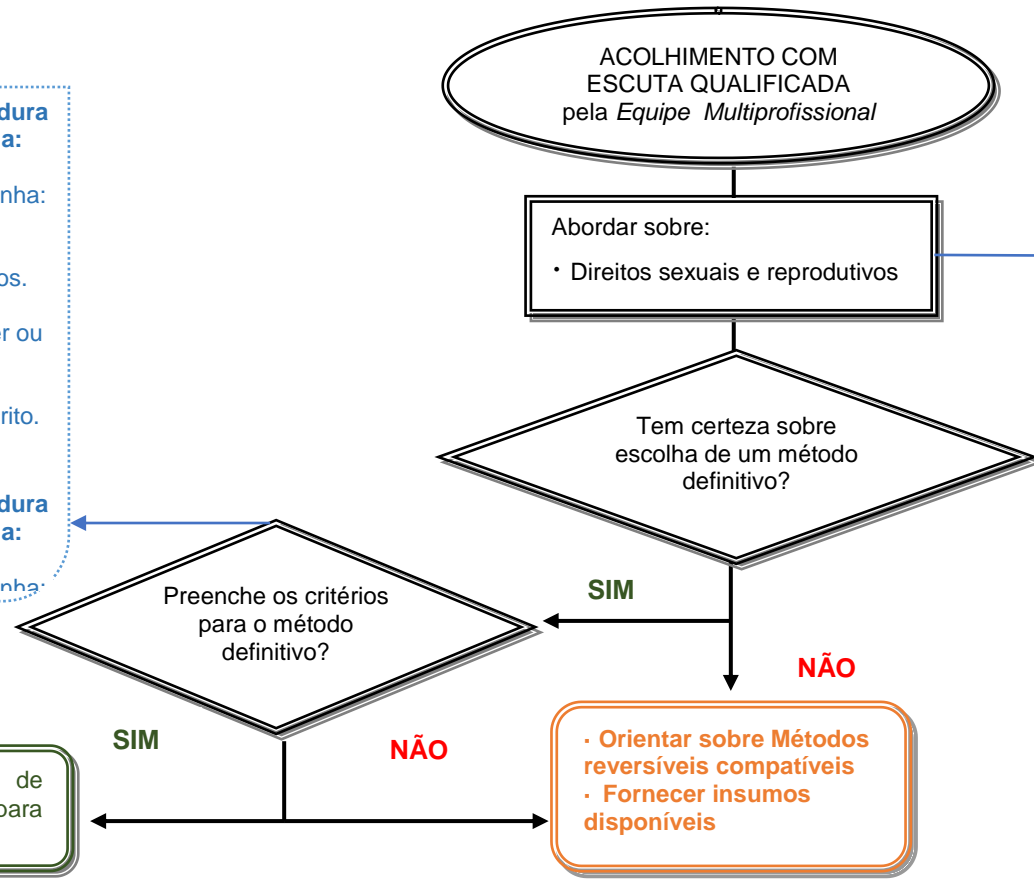
FLUXOGRAMA 29 -ESTERILIZAÇÃO VOLUNTÁRIA FEMININA E MASCULINA (MÉTODOS DEFINITIVOS E CIRÚRGICOS)

Critérios para Laqueadura tubária (LTB) ou vasectomia:
 Homem ou mulher com capacidade civil plena que tenha:
 1) Idade maior que 25 anos;
OU
 2) Pelo menos dois filhos vivos.
OU
 • Risco de vida para a mulher ou futuro concepto;
E
 • Manifestar vontade por escrito.

Critérios para Laqueadura tubária (LTB) ou vasectomia:
 Homem ou mulher com capacidade civil plena que tenha:

Direitos sexuais e reprodutivos: “abrangem o direito básico de todo casal e de todo indivíduo de decidir livre e responsavelmente sobre o número, o espaçamento e a oportunidade de ter filhos e de ter a informação e os meios de assim o fazer, e o direito de gozar do mais elevado padrão de saúde sexual e reprodutiva. Inclui também seu direito de tomar decisões sobre a reprodução, livre de discriminação, coerção ou violência”(BRASIL, 2013a).

Direitos sexuais e reprodutivos: “abrangem certos direitos humanos



***No caso de gestantes: de risco habitual, encaminhar a guia referenciada após a 28ª. semana para maternidade municipal. Gestantes de alto risco devem fazer a solicitação no ambulatório de alto risco.**

Observações legais:

- A regulamentação da esterilização feminina e masculina é feita pela Lei nº 9.623/96 (planejamento reprodutivo).
- Não se pode fazer a esterilização por outro procedimento que não a LT e a vasectomia.
- Não se pode realizar a laqueadura tubária (LT) nos períodos pós-parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores.

8 O CUIDADO À MULHER APÓS ABORTAMENTO

O abortamento é definido como a interrupção da gravidez antes de atingida a viabilidade fetal. A Organização Mundial da Saúde estabelece como limite para caracterizá-lo a perda de conceptos de até 22 semanas ou 500 gramas. Os termos “abortamento” e “aborto” algumas vezes são empregados como sinônimos, porém “abortamento” refere-se ao processo e “aborto”, ao produto eliminado.

8.1 Abortamento como problema de saúde pública

A magnitude da problemática do abortamento extrapola o contexto pessoal, familiar, representando para toda a sociedade um grave problema de saúde pública, com maior incidência em países em desenvolvimento, sendo uma das principais causas de mortalidade materna no mundo, inclusive no Brasil (BRASIL, 2011b).

Enquanto o abortamento espontâneo ocorre em aproximadamente 10-15% das gestações diagnosticadas, o abortamento provocado é apenas estimado (10%) das gravidezes uma vez que apenas 1 em cada 3 mulheres que recorrem ao procedimento procuram assistência. (BRASIL, 2011b; DINIZ; MEDEIROS, 2012).

Assim, a atenção humanizada às mulheres em abortamento seja ele espontâneo ou provocado merece abordagem técnica, ética e reflexão sobre os aspectos jurídicos, tendo como princípios norteadores a igualdade, a liberdade e a dignidade da pessoa humana, não se admitindo qualquer discriminação ou restrição ao acesso à assistência à saúde (BRASIL, 2011b).

8.2 O abortamento provocado

O abortamento quando provocado, envolve uma discussão acalorada que permeiam os aspectos legais, morais, religiosos, sociais e culturais, os quais os profissionais de saúde não ficam à margem da discussão. Contudo compreende-se que este agravo atinja e sacrifique, de forma mais devastadora, mulheres de comunidades pobres e marginalizadas.

8.2.1 Causas do abortamento provocado

De modo simplista e geral, o abortamento provocado se deve as necessidades não satisfeitas de planejamento reprodutivo, envolvendo a falta de informação sobre anticoncepção, dificuldades de acesso aos métodos, falhas no seu uso, uso irregular ou inadequado, e/ou ausência de acompanhamento pelos serviços de saúde. Sendo que uma parcela destas gestações são resultado de violência sexual, seja por desconhecido, seja cometida pelo parceiro ou outro membro em âmbito doméstico e/ou intrafamiliar (BRASIL, 2011b).

Já do ponto de vista emocional o abortamento é o resultado de uma ambivalência, que embora comum à todas as gestações, naquelas que optam pelo procedimento, torna-se muito perturbadora, revestindo a gravidez de um caráter tão persecutório (por fatores externos e internos) que impossibilita de ser levada adiante

(...) Contudo sempre corresponde a uma decisão difícil e dolorosa e o sentimento de culpa está sempre presente e em alguns casos fica oculto pelo mecanismo da negação (SARMENTO e SETUBAL, 2003).

8.2.2 Formas de Abortamento provocado

O abortamento provocado pode se dar de diferentes formas: aspiração, curetagem, prostaglandina, solução salina, histerotomia. No entanto o aborto clandestino que muitas usuárias recorrem se utilizam na maioria das vezes de chás, líquidos e ervas, com enorme variação de fórmulas e receitas como coca-cola no sereno com sonrisal, pimenta, sena e cidreira; buchinha-do-norte; amargosa; quina; mistura de ervas; mal-com-tudo; arruda; melão-de-são-caetano; rosas branca e vermelha com cravo e canela, porém, o principal método utilizado para abortar é o Misoprostol isolado ou o combinado com chás, líquidos e ervas, seguido de curetagem em clínica privada, ou no caso da minoria (cerca de 40%) finalizado em ambiente hospitalar. Nestes casos porém, poucas vezes mencionam o abortamento como provocado, permanecendo sub-notificado as estimativas de casos clandestinos ilegal (DINIZ; MEDEIROS, 2012).

8.3 O ABORTAMENTO ESPONTÂNEO

8.3.1 Incidência

O abortamento é a mais comum intercorrência obstétrica, entre 15- 20% das gestações evoluem para aborto antes de 20 semanas, sendo que, destas, 80% são interrompidas até a 12ª semana. A perda de gestações subclínicas ou não diagnosticadas é ainda maior, podendo chegar a 50% ao todo. A frequência diminui com o avançar da idade gestacional, sendo que o risco geral de abortar depois da 15ª semana é baixo (0,6%). O abortamento é dividido em precoce e tardio, respectivamente, se ocorre antes ou após a 13ª semana de gestação.

8.3.2 Fatores de risco do abortamento espontâneo

Numerosos fatores estão associados ao maior risco de perda gestacional, alguns ainda controversos por estudos que podem ou não impactar nas causas de abortamento, sendo estes:

- **Idade:** o risco de aborto aumenta com o avançar da idade materna, chegando a 40% aos 40 anos e 80% aos 45 anos;
- **Antecedente de aborto espontâneo:** aumenta após duas ou mais perdas;
- **Tabagismo:** o consumo de mais de 10 cigarros por dia aumenta em cerca de 1,5 a 3 vezes a chance de abortar. O tabagismo paterno também pode ser prejudicial. Dessa forma, os casais devem ser encorajados a abandonar o hábito;
- **Consumo de álcool e drogas;**

- **Uso de anti-inflamatórios não hormonais:** pode aumentar o risco de abortar se usados próximos à concepção. O uso de acetaminofeno, no entanto, constitui opção segura;
- **Cafeína:** O consumo diário de cafeína seguro é 300mg. Assim, alguns estudos mostram associação entre alto consumo de cafeína (mais que quatro xícaras de café expresso por dia) e abortamento e baixo peso (NEW ZEALAND. Ministry of Health, 2006 Apud BRASIL, 2011 p.61)
- **Extremos de peso:** IMC < 18,5 ou > 25.

8.3.3 Causas de Abortamento Espontâneo

De modo geral, os casos de abortamento possuem etiologia identificável em aproximadamente 50% dos casos, sendo que algumas causas nem sempre acontecem em gestações subseqüente (FEBRASGO, 2010), sendo estas:

8.3.3.1 Causas Genéticas

Aproximadamente 50 a 60% dos abortamentos espontâneos precoces têm anomalias cromossômicas, tendo 95% das anormalidades são devidas à gametogênese materna, e 5% à paterna. A anomalia cromossômica mais frequente nos abortamentos de primeiro trimestre é a trissomia autossômica, responsável por cerca de 50% dos casos e tem uma forte associação com a idade materna avançada.

8.3.3.2 Anomalias Morfológicas do Útero

- ✓ Anomalias Estruturais: úteros didelfo (útero septado ou bicornio), útero unicorno, podem causar até 15 a 25% das perdas;
- ✓ Miomas Uterinos: quando são intramurais ou submucosos podem ser causas de perdas em 1 a 4% das gestações, provavelmente por deficiência na implantação ou por contração anormal;
- ✓ Insuficiência Istmo-Cervical: é geralmente super diagnosticada como causa de Abortamento Habitual (AH) porém, só 1/3 dos casos se deve realmente a esse fator. Etiologicamente obscura, pode ser determinada por trauma de dilatação e curetagens anteriores; conizações; cauterizações; lacerações nos partos, ou congênita por um desequilíbrio entre o tecido muscular e conjuntivo da cérvix. Tem como história clássica a perda fetal, geralmente no 2º trimestre, com eliminação indolor e silenciosa de concepto vivo, e que pode se repetir em gestações subseqüentes, cada vez mais precocemente. Na gravidez o diagnóstico é feito através história obstétrica, a medida e anatomia via ultrassonografia transvaginal do colo uterino no 2º trimestre. O tratamento se faz através da circlagem, após 14ª. semana,

8.3.3.3 Causas Imunológicas

Cerca de 50-60% das perdas por causa imunológica, ocorrem no primeiro trimestre; 30% no segundo e 10-20% no terceiro trimestre (FEBRASGO, 2010).

Duas teorias fisiopatológicas podem ser causa de Abortamento Habitual: a teoria autoimune e a aloimune.

✓ Na autoimune, a resposta celular ou humoral está direcionada contra um sítio específico do hospedeiro, comum em situações como Lúpus Eritematoso Sistêmico (LES) e a Síndrome do anticorpo antifosfolípídeo (SAAF). Nestes casos de autoimunidade, deve-se fazer um ciclo concepcional planejado sob a vigência do uso de heparina e/ou uso diário de aspirina (100mg).

✓ Já quando envolve os mecanismos aloimune, há histocompatibilidade entre o organismo materno e o do pai da criança. Isto ocorre porque no momento da implantação do embrião, certos linfócitos e macrófagos do sistema imunológico são ativados. De um lado, são ativadas células que potencializam a resposta imunológica (linfócitos T helper ou auxiliares) e de outro, o próprio embrião produz fatores supressores que vão estimular a produção de células imunologicamente competentes, capazes de bloquear a resposta da mãe contra o mesmo. Assim, quando há incompatibilidade entre os pais há uma maior chance desse mecanismo de bloqueio não funcionar, sendo o embrião visto pelo organismo materno como um antígeno a ser eliminado. Do balanço entre esses mecanismos de ações opostas, resulta o sucesso ou o fracasso da gestação (FEBRASGO,2010).

8.3.3.4 Causas Infeciosas

Pode variar desde vaginose bacteriana, infecções por clamídia, toxoplasmose, sífilis entre outras.

8.3.3.5 Causas Endócrinas

- A deficiência da fase lútea;
- Diabetes insulino dependente descompensado especialmente no período pré-concepcional;
- Tireoidopatias;
- Hipersecreção LH e redução de progesterona que resulta na dificuldade de manutenção do corpo lúteo no período embrionário;
- Deficiência de folatos e vitamina B12 que podem desencadear a hiperhomocisteinemia e conseqüentemente aparecimento de fenômenos tromboembólicos. O tratamento deve prever a utilização de ácido fólico desde a pré-concepção.

8.3.3.6 Outras causas

As causas ambientais como tabagismo, álcool e cafeína podem ser causas de AH, mas há autores que não confirmam esses achados. Da mesma forma, as causas paternas não estão esclarecidas exceto por alguma cromossopatias espermática, que poderia sim ser causadora de AH (FEBRASGO, 2010).

Considerando as diversas causas de abortamento. Aqueles agravos investigados na gestação através de exames clínicos e laboratoriais ou de imagem devem ser avaliados mesmo com o desfecho da gestação.

8.4 Aspectos emocionais da mulher em situação de abortamento espontâneo ou outras perdas*

A mulher após abortamento, seja ele espontâneo, ou por decisão pessoal, demanda cuidados destinados a protegê-la das sequelas físicas e psicológicas do processo que está vivendo, assim como evitar que volte a passar no futuro, pelo mesmo problema.

Conforme colocado anteriormente, o período gravídico puerperal constitui uma das 3 grandes crises na vida da mulher. Neste contexto, quando ocorre um abortamento diz que há “*uma crise dentro de outra crise*” (QUAYLE, 1997).

8.4.1 Aspectos Relacionados ao Abortamento na Visão Psicossomática

Do ponto de vista psicológico, a implicação de fatores emocionais nesta etiologia é controversa, sendo frequentemente aventada na ausência de outras explicações.

Diversos autores postularam a participação de aspectos psicológicos na ocorrência do abortamento, quer como facilitadores, quer como desencadeantes do processo.

Assim, haveria algumas características emocionais das mulheres com história de aborto como a obsessividade; o perfeccionismo; a excessiva dependência e sensibilidade às críticas; as dificuldades de relacionamento com as figuras parentais e com o companheiro, bem como a gravidez em si, por trazer o medo de um novo abortamento; mulheres basicamente imaturas e com dificuldades em aceitar a responsabilidade que a maternidade representa; mulheres independentes e frustradas, que foram condicionadas a desejar as recompensas do (então chamado) mundo masculino, para quem a maternidade não seria gratificante (QUAYLE, 1997).

Já para outros autores, como Rezende, pode haver um exagero da interferência do psiquismo, uma vez que para a maioria das gestantes, grandes emoções e problemas magnos não impedem a evolução da prenhez”. As posições favoráveis à participação dos fatores emocionais necessitavam de evidências clínicas e de pesquisa para sua sustentação, entretanto, não sendo possível ignorar a influência psicossomática, abaixo descreve-se alguns aspectos que permeiam a situação de abortamento, sendo estas ligadas a causalidade, explicação ou significado do abortamento.

8.4.2 As causas do abortamento espontâneo nas sociedades primitivas e hoje

Entre as sociedades primitivas, o abortamento, era visto como decorrente de situações de culpa ou vulnerabilidade da mulher, como consequência de uma ação merecedora de castigo ou de uma fraqueza, sendo as causas mais aventadas, o adultério feminino, a desobediência ao marido ou à sogra, o mau comportamento.

Evidentemente, não são estes os medos e fantasmas que povoam o psiquismo do moderno, porém parece haver uma associação por outras vertentes, onde se enfatiza o caráter individual da falha, e sua associação com sentimentos de culpa e fantasias de “merecido castigo”. Assim, a ausência de maternidade/paternidade/ descendência, embora talvez sem a mesma importância ou pressão cultural de antigamente, ainda se constitui em fantasma a assombrar os sonhos e o cotidiano de muitos casais que vê-se em face do destino, fatalidade a ser encarada, talvez, mas não discutida ou mencionada, como se todo abortamento implicasse em crime, marginalidade, maldição e infertilidade (QUAYLE, 2007).

* Este texto foi extraído e adaptada pela organizadora do Capítulo “O Abortamento Espontâneo e Outras Perdas Gestacionais” de autoria de Dra. Julieta Quayle, no Livro *Obstetrícia Psicossomática*. Ed. Atheneu São Paulo, 1997.

8.4.2.1 Aspectos gerais que envolvem o abortamento

✓ A cobrança social do ser mãe

A função reprodutiva da mulher tem sido considerada a característica fundamental de sua feminilidade. Do feminino, é-lhe atribuída como característica definidora e identificatória, de maneira totalizadora, o que na realidade se deriva de uma representação parcial deste feminino: a maternidade. Contudo, apesar de certa pressão social, nem todas as mulheres desejam ser mães biológicas.

✓ O luto não autorizado

Talvez por referir-se primordialmente a situações de perda e de “fracasso”, o abortamento, carrega em si algo extremamente negativo, que lembra a morte, o morrer, situações de difícil abordagem em nossa sociedade.

Assim, tanto para a mãe que entrega um filho em adoção como a mulher ou o casal que vive a experiência de um abortamento espontâneo, com frequência podem experimentar uma espécie de “luto não autorizado”, onde culturalmente, parece haver pouco espaço para se atentar às vivências associadas à ausência de maternidade/paternidade, quando esta não decorre de uma escolha consciente do casal mas se lhes é imposta através do abortamento espontâneo.

✓ O Abortamento espontâneo na gestação não planejada

Mesmo em casos em que não há um efetivo planejamento da gestação, e sua interrupção espontânea parece resolver um impasse moral e social, evidencia-se conflito e ambivalência. Frequentemente estes são negados, inicialmente. A própria necessidade de se tomar uma decisão face à precariedade de tempo (a gestação continua evoluindo), facilita que a ocorrência do abortamento nestas circunstâncias seja percebida como uma “dádiva divina”. Todavia, com decorrer do tempo, a efetiva perda do feto, e, especialmente, quando existe a repetição da experiência, tendem a modificar esta percepção. Como disse uma paciente: “**É como ter um defeito que todos podem ver**” (QUAYLE, 2007).

✓ As lembranças pós abortamento

Muitas mulheres, à semelhança de qualquer perda de ente querido, mesmo após decorridos muitos anos do(s) abortamento(s), ainda traz lembranças do acontecimento, as vezes em detalhes, carregados de um intenso sofrimento psíquico que não é facilmente esquecido ou superado. Sofrimento que se prolonga no tempo, criando um limbo atemporal onde é dificultado o processo de elaboração do luto pela perda e onde são continuamente repetidas as perguntas: "Por que?"; "Por que eu?"; "Por que comigo?"; "O que foi que eu fiz de errado?".

8.4.2.2 O Abortamento Molar e a Prenhez Ectópica

O abortamento de uma gestação molar (moléstia trofoblástica gestacional: MTG) em muito se aproxima, do ponto de vista emocional, da vivência do abortamento espontâneo.

Todavia, ao lhe ser comunicado o diagnóstico de *mola*, ou de *mola invasora*, a paciente fica bastante confusa; pergunta-se se realmente estava grávida, que fim levou seu bebê, e se este “tumor” que foi descoberto representa algum risco à sua saúde. Todavia, a questão que lhe parece mais difícil é compreender como seu bebê “virou” tumor e, nos casos de mola invasora, como a gravidez transformou-se em câncer.

A MTG traz importante impacto social e psicológico que se estende além do período de diagnóstico e tratamento inicial. As reações emocionais das pacientes, especialmente a negação e a depressão, podem comprometer a adesão ao tratamento. Há referência a que muitas pacientes precisaram mais de um ano após o diagnóstico para que suas vidas se normalizassem. As pacientes que precisam submeter-se à quimioterapia e monitorização hormonal continuada por longos períodos são geralmente as que usualmente necessitam de maior continência por parte da equipe multiprofissional.

A sensação de perda que usualmente acompanha o abortamento espontâneo tende a ser maximizada face ao diagnóstico de gravidez/ abortamento molar. Concretiza-se um risco materno, que pode desencadear ou intensificar sentimentos de culpa e fantasias de que a mola corresponde a um castigo.

Existem pelo menos dois fatores complicadores desta dinâmica: a dificuldade de compreensão do diagnóstico e a incerteza quanto ao prognóstico.

Um outro tipo de perda gestacional que merece menção especial é a associada à gravidez ectópica. Embora se aproxime da vivência emocional do abortamento espontâneo, inclusive no que concerne às repercussões psicológicas, a gravidez ectópica traz em seu bojo ameaças à fertilidade diferenciadas que não podem ser ignoradas.

A dor vivenciada no abortamento espontâneo pode ser a mesma que qualquer outra perda por um ente querido (...). Quanto ao grau de reações emocionais não depende da idade gestacional mas sim do investimento emocional naquela gestação, exceto para mulheres que experimentaram perdas precoces e tardias e que alegam ser estas mais dolorosas (QUAYLE, 2007).

8.4.3 O puerpério no abortamento

À semelhança do parto, o abortamento encerra abruptamente a gravidez, mas o faz de maneira inesperada e imprevisível. À expulsão prematura do concepto imaturo ou sem vida, corresponde a quebra de expectativas (boas ou más), a ausência de um filho / fruto concreto, a confirmação de fantasias de uma interioridade podre, estragada, ruim, incapaz de gestar e albergar a vida.

A imprevisibilidade do fenómeno, especialmente quando eventual ou habitual (3 ou mais casos de abortamento) lhe atribui um carácter acidental relevante no momento em que a mulher se encontra particularmente vulnerável, o puerpério (QUAYLE, 1991).

Quanto ao medo da dor física, que não deve ser menosprezada, corresponde a dor e o sofrimento psíquicos associados à perda gestacional, à perda do filho imaginado.

Frequentemente a mulher teme pela própria vida e por sua saúde, como se à perda do filho fossem seguir-se, naturalmente, outras, a explicá-la, a conferir-lhe significado, exorcizando fantasias primitivas de ruindade através da aplacação da culpa. A estranheza do ambiente hospitalar, a falta de intimidade com os procedimentos, o profissionalismo da equipe de saúde, associados ao sofrimento, tudo isto confere à vivência do abortamento seu carácter disruptivo. Isto pode deixar marcas e cicatrizes emocionais. Cicatrizes tão mais profundas quanto maior a dificuldade de pedir e de encontrar ajuda, de ter espaço para falar de sua dor. Por isso, diante de uma situação de abortamento, ainda na APS, o profissional assistente deve fornecer informações claras a respeito dos possíveis procedimentos que farão parte da condução do caso dessa mulher (QUAYLE, 2007).

Reações emocionais e os sentimentos da mulher após abortamento:

Em pesquisa realizada com 150 mulheres com idades entre 18 e 35 anos, atendidas no Ambulatório da Divisão de Clínica Obstétrica do Hospital das Clínicas (HC) da FMUSP que vivenciaram 268 perdas por abortamento foram descritas diversas reações emocionais e os sentimentos comuns como:

- . Sentimentos de menos valia e autodepreciação, de perda e de fracasso, de difícil elaboração;
- . Sentimentos e reações de cunho depressivo, incluindo tristeza, culpa, revolta, desesperança;
- . Para 89% destas mulheres houve a perda de um filho e não de uma gravidez ou de um feto;
- . Busca de atribuição de causalidade dentro do universo cultural da paciente. Exemplificado pela necessidade de encontrar uma explicação, que a exima do sentimento de culpa subjacentes ao abortamento, vivido como falha e falta. Assim, busca-se imputar a culpa pelo evento a outrem como marido, mãe, profissionais de saúde e outros, os “azares” do destino, superstições, a vontade divina.
- . Sensação de vazio físico e psíquico ao “ Voltar para casa de braços vazios”... E enfrentar este vazio, deixar-se deprimir como forma de elaboração da perda e vivência do luto, pode ser extremamente difícil;
- . As reações emocionais não dependem do número de perdas. Ou seja, não se “anestesia” a dor após mais de um acontecimento;
- . Auto imagem depreciativa “Vê-se como “árvore sem frutos”, portadora de um “defeito que todos podem ver”;
- . A presença de filhos anteriores ao abortamento não evita a presença de processo de luto pelo filho perdido;
- . Possibilidade de conflito ou descompasso entre desejo de ser mãe (inconsciente) e vontade (consciente), mas que os dados obtidos não puderam confirmar (QUAYLE, 1997);

Do ponto de vista psicológico, considerando que nem sempre é possível observar etiopatogenia específica nas situações de abortamento, QUAYLE (1997) sugere que o abortamento espontâneo (3 ou mais episódios) não seja denominado de “habitual”, mas sim de “recorrente”, ou “de repetição”.

8.5 O profissional de saúde diante do abortamento espontâneo

O profissional que trabalha em obstetrícia tende a ver o abortamento como um caminho da natureza: fetos defeituosos são assim “eliminados”, e, deste ponto de vista, é poupada à mãe dor maior, ou um problema maior: o de ter um filho com sérios problemas, demandando cuidados e atenção excepcionais.

Desta forma, tenta-se consolar a mulher dizendo-lhe que “*foi melhor perder agora*”, que ela “*logo poderá ter outros*”, e coisas similares. Evita-se, assim, entrar em contato com a dor existente, sem perceber, talvez, que com isso, nega-se legitimidade a esta dor. É como se lhe fosse dito : “*Não se chora por um bebê que se perde nesta idade*”— o que, de fato, às vezes lhe é dito. Frequentemente, a mulher sente-se chorando indevidamente, como se devesse sentir-se grata por ter sido poupada, grata por estar sendo cuidada, como se estivesse sendo infantil por estar triste e chorosa. É como se a perda de um feto não fosse uma situação “digna” de pesar e de luto.

Contudo, é importante esclarecer que no momento da perda nenhum argumento (ainda que bem colocado, como sempre deve ser) pode diminuir o sofrimento naquele momento. Mas será importante para a elaboração e superação do luto posteriormente.

Para a mulher e sua família, não foi um feto que se perdeu. Foi um filho, uma promessa, alguém que jamais será conhecido. É esta a perda que é desconsiderada (QUAYLE, 1997).

Assim, como em outras formas de luto, a única forma de contribuir efetivamente para minimizar a dor e auxiliar no processo de superação, dar espaço para que quem sofre a perda possa exteriorizar o acontecimento, as vezes repetindo isto de diversas formas e para diversas pessoas, inclusive aos profissionais de saúde.

8.6 Aspectos ético-profissionais e jurídicos do abortamento

8.6.1 Ética Profissional

Diante de abortamento espontâneo ou provocado, o(a) médico(a) ou qualquer profissional de saúde não pode comunicar o fato à autoridade policial, judicial, nem ao Ministério Público, pois o sigilo na prática profissional da assistência à saúde é um dever legal e ético, salvo para proteção da usuária e com o seu consentimento. isto inclui inclusive adolescentes, EXCETO se apresentar-se incapaz.

Estatuto da Criança e do Adolescente: a) considera-se criança a pessoa menor de 12 anos de idade; e adolescente, a partir dos 12 e antes de completar 18 anos; e b) deve prevalecer o princípio do respeito à sua opinião e vontade.

Quanto a comunicação à familiares, menores de 18 anos em abortamento devem, pois, submeter-se ao princípio da proteção integral. Se a revelação for feita para preservá-la de danos, estaria afastado o crime de revelação de segredo profissional. Sugere-se sempre que o profissional busque convencer a adolescente a comunicar o caso à família (BRASIL, 2011b).

8.6.2 Diretrizes do atendimento à mulher em situação de abortamento

Quando as mulheres chegam aos serviços de saúde em processo de abortamento, sua experiência é física, emocional e social. Geralmente, elas verbalizam as queixas físicas, demandando solução, e calam-se sobre suas vivências e sentimentos, embora está passando por um momento difícil e pode ter sentimentos de solidão, angústia, ansiedade, culpa, autocensura, medo de falar, de ser punida, de ser humilhada, sensação de incapacidade de engravidar novamente (BRASIL, 2011b).

8.6.2.1 Acolhimento

Para o acolhimento, dispomos abaixo alguns tópicos que julgamos oportunos:

- Estar atento às preocupações das mulheres, aceitando as suas percepções e saberes, passando informações que atendam às suas necessidades e perguntas;
- Estabelecer uma comunicação efetiva, estando atento à comunicação não verbal (gestos, expressões faciais).
- Utilizar linguagem simples, aproximativa, inteligível e apropriada ao universo da usuária;
- Informar sobre os procedimentos e como serão realizados, sobre as condições clínicas da usuária, os resultados de exames, os cuidados para evitar complicações posteriores e o acompanhamento pós-abortamento.

8.6.2.2 Orientações

A orientação pressupõe o repasse de informações necessárias à condução do processo pela mulher como sujeito da ação de saúde, à tomada de decisões e ao autocuidado, em consonância com as Diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS). É muito importante que o profissional certifique-se de cada dúvida e preocupação das mulheres (ver quadro abaixo).

8.6.2.3 Não Julgamento

A capacidade de escuta, sem pré julgamentos e imposição de valores, a capacidade de lidar com conflitos, a valorização das queixas e a identificação das necessidades, são pontos básicos do acolhimento que poderão incentivar as mulheres a falarem de seus sentimentos e necessidades. Cabe ao profissional adotar uma “atitude terapêutica”, buscando desenvolver uma escuta ativa e uma relação de empatia, que é a capacidade de criar uma comunicação sintonizada a partir das demandas das mulheres, assim como a possibilidade de se colocar no lugar do outro (BRASIL, 2011b).

Do ponto de vista da escuta e da orientação oferecida pelos profissionais de saúde, em especial a psicologia, alguns aspectos podem ser aprofundados a depender da disponibilidade da mulher e das condições do serviço para esse atendimento. Podem estar incluídas no roteiro de conversa questões como:

Roteiro de conversa do profissional diante da mulher após abortamento:

- ✓ A maternidade e o desejo de ser e não ser mãe;
- ✓ A sexualidade, relacionamento com o parceiro;
- ✓ A Perspectiva da prevenção da repetição do abortamento;
- ✓ Orientações clínicas para cada caso;
- ✓ Oferecer espaço individual ou coletivo (grupos como terapia comunitária podem ser bastante interessantes) para elaboração subjetiva da experiência, com a verbalização dos sentimentos, a compreensão dos significados do abortamento no contexto de vida de cada mulher e dos motivos que levaram ao surgimento de uma gravidez não planejada se for o caso.

8.7 Orientações gerais para as mulheres após abortamento

De forma geral, os cuidados pós o abortamento não diferem muito daqueles que envolvem o pós parto (Ver capítulo 7. O Puerpério). Todavia, havendo o abortamento realizado de forma insegura (pela própria mulher ou pessoas não capacitadas ou de forma inapropriada) há um maior risco para infecções.

Assim, de forma resumida, o quadro abaixo expressa alguns sinais e condutas que o profissional de saúde deve ficar atento no atendimento à mulher nesta situação.

Quadro 55 - Resumo das Informações Clínicas para as Mulheres Após Abortamento

| | |
|--|---|
| Sinais de recuperação normal | Sangramento vaginal ou <i>spotting</i> , durante alguns dias, mas não mais do que um período menstrual normal, seguido de loquiação característica em média por 3 semanas; . Contrações uterinas que aliviam com analgésicos. |
| Tratamento e Autocuidados | Procura imediata de ajuda se existirem sinais de complicações; Higiene pessoal: não inserir nada na vagina até alguns dias depois do procedimento; Controle da dor: analgesia se necessário; Outra medicação: de acordo com as instruções; |
| Sinais de possíveis complicações | Sangramento prolongada (mais de duas semanas) ou sangramento maior do que a da menstruação; Contrações prolongadas (mais de alguns dias); Dor pélvica forte e aumentada; Febre, arrepios e mal-estar geral; Desmaio; |
| Investigação de agravos | Aqueles agravos investigados na gestação através de exames clínicos e laboratoriais ou de imagem devem ser avaliados mesmo com o desfecho da gestação. |
| Reinício da fertilidade e planejamento familiar | O retorno da fertilidade pode se dar em até 15 dias do abortamento, mesmo antes da próxima menstruação; Iniciar método contraceptivo entre o 1º. ao 5º. Dia do evento. |

Fonte: Organização Mundial da Saúde. Educação para uma maternidade segura: módulos de educação. – 2ª ed., 2005

Para saber mais sobre abortamento recomenda-se a leitura do material Brasil. Ministério da Saúde. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2011. 60 p. Disponível em: < http://bvsm.s.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf>

9 MATERIAL DE APOIO PARA ATIVIDADES COLETIVAS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Conforme abordado anteriormente o período da gestação constitui-se em momento único para desenvolvimento de uma assistência integral à mulher. Como parte desta assistência à Educação em saúde apresenta-se como estratégia para o auto cuidado.

Entretanto, as atividades de educação em saúde na gestação ou puerpério não devem ser entendidas como uma simples orientação individual ou “palestras” em grupos, mas sim um estilo de cuidado que toda a equipe de saúde deve ter.

Assim todos aqueles que prestam atendimento à gestante, dentro dos conhecimentos específicos de cada função devem estar atentos e aptos para responder às principais queixas, inquietações e medos expressos verbalmente ou não por ela e/ou seu acompanhante. As orientações devem ser de forma clara, acessível ao seu nível educacional e realizada em todas as oportunidades de encontro entre a gestante e um profissional de saúde, nos serviços de saúde, no seu domicílio ou outros lugares oportunos.

9.1 Objetivos

- Estimular a atenção da mulher quanto às alterações detectando precocemente o que não é fisiológico;
- Estimular bons hábitos de saúde;
- Favorecer a troca de experiências e de conhecimentos entre profissionais e gestantes e entre elas próprias.
- Valorizar a experiência e o conhecimento cotidiano construído pela vivência de gestações anteriores suas ou de familiares/vizinhança,
- Dialogar e refletir sobre temas nem sempre abordados em profundidade nas consultas individualizadas de pré-natal;
- Ampliar a rede de apoio na comunidade;
- Propiciar a compreensão de temas complexos relacionados ao período gravídico-puerperal como emoções antagônicas etc.
- Proporcionar um espaço educativo onde, além de ampliar o conhecimento da gestante sobre si mesma e do seu filho, oportunizam o aprofundamento de seus anseios, temores, dúvidas e certezas, nesta etapa de vida (BRASIL, 2011).
- Quebrar tabus, tornar-se assim “formadora de opinião” saudável.

9.2 Metodologia para atividades coletivas

Sugere-se que as intervenções educativas devam seguir metodologias ativas de aprendizagem voltados para jovens e adultos, mediante a participação sempre que possível de equipe multidisciplinar, porém, mantendo uma única pessoa de referência para o grupo que deve comparecer a todos os encontros de forma a facilitar o acolhimento, vínculo, e confiança do grupo. Este membro de referência pode ser qualquer profissional da equipe PSF ou da equipe de apoio do NASF.

9.2.1 Referencial pedagógico (método)

O referencial pedagógico proposto é o da Problematização, baseada na metodologia criada pelo francês Charles Maguerez, em 1970. Esta metodologia é recuperada e aperfeiçoada, no Brasil, por Bordenave e Pereira a partir de 1977, que propõem um esquema chamado de **Arco de Maguerez**. Tal arco, parte da realidade social e após análise, levantamento de hipóteses e possíveis soluções, retorna à realidade. As consequências deverão ser traduzidas em novas ações, desta vez com mais informações, capazes de provocar intencionalmente algum tipo de transformação nessa mesma realidade.

Mais tarde, esta metodologia vai sofrer novas modificações por mais duas vezes, ajustando-se à Educação Problematizadora, inspirada em Paulo Freire(ROCHA, 2008).

9.2.1.1 Objetivo geral

Levar o participante a adquirir conhecimento aplicando-o e modificando a sua realidade.

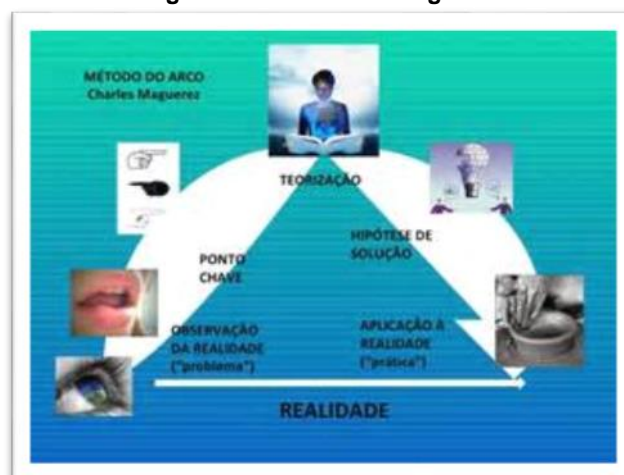
9.2.1.2 Pontos positivos do método

- Favorece a adoção de hábitos saudáveis e a mudança de comportamento;
- Aumenta a adesão do tratamento ou acompanhamento proposto;
- Desperta interesse para o autocuidado ultrapassando o simples fornecimento de informações

9.2.1.3 Pontos negativos do método

- . Pode trazer dificuldades para os profissionais não habituados à metodologia ativa, pois exige que a escuta seja acolhedora e, ao mesmo tempo, questionadora;
- . As histórias de vida relatadas no grupo, frequentemente, podem provocar desconforto ou emoções que a equipe talvez não saiba lidar naquele momento;
- . Exige do profissional o uso de uma tecnologia nem sempre comum à todos, a habilidade relacional, pois além da tecnologia dura-leve (conhecimento técnico), é preciso implementar a tecnologia leve, (relações) o que exige muitas vezes uma nova postura profissional capaz de acolher, ouvir, traduzir em conceitos simples assuntos complexos ou de difícil compreensão para determinada clientela.

Figura 27 - O Arco de Maguerez



Fonte: Google Imagens/ Arco de Maguerez
Disponível em < <http://pt.slideshare.net/fabianasantana/metodologia-da-problematizao>>

9.2.1.4 Princípios da metodologia Paulo Freire aplicados na metodologia da Problematização

a) - Desenvolver um ambiente de confiança:

- Inicialmente sugere-se estabelecer um contrato de sigilo para que a participação seja livre e aberta. A construção de uma relação afetiva entre os membros do grupo favorece o seu desenvolvimento e propicia uma maior capacidade de aprofundamento de questões delicadas e de intimidade pessoal, sendo a gestação um período de muitas dúvidas, incertezas e fantasias, o grupo pode também ter um papel de suporte terapêutico importante, embora não seja este seu objetivo primordial.

b) – Conhecimento da realidade à partir do cotidiano de cada uma das gestantes, de seus conhecimentos, questionamentos e significados:

Compartilhar experiências é muito importante no processo do grupo. É necessário que estas experiências possam também ser questionadas para se compreender as diferenças, o que permitirá a cada gestante refletir sobre a sua realidade neste momento de vida. Primeiro ouvir e depois tentar construir em conjunto uma resposta que tenha validade intersubjetiva, é um processo pedagógico problematizador.

c) As dinâmicas de grupo ou técnicas afetivo-participativas :

Podem e devem ser utilizadas para introduzir os temas, criar um ambiente de maior confiança e afetividade no grupo e possibilitar uma aproximação entre os seus integrantes. Pode-se lançar mão de inúmeras técnicas e dinâmicas de grupo, mas o importante é saber qual o objetivo que se quer atingir. Nesse sentido é indispensável avaliar se essas técnicas estão adequadas para o grupo com o qual se está trabalhando e se guardam coerência metodológica com o processo educativo. Vídeos e cartilhas também são recursos importantes na discussão, desde que auxiliem na reflexão e no desenvolvimento do processo educativo

(BRASIL, 2011).

9.3 Fases da metodologia da problematização

9.3.1 Observação da Realidade

Neste momento, o participante deverá ser orientado pelo instrutor para que verbalize o que sabe sobre determinado assunto ou sobre a experiência vivida com a situação. Como exemplo, citamos uma discussão sobre trabalho de parto em que se questiona **“o que é trabalho de parto?”** **“Alguém já viveu ou conhece alguém que passou por isso?”** Esta etapa permitirá que a gestante identifique diversas dificuldades relacionadas ao tema e que serão problematizadas no coletivo com o apoio do instrutor, que de forma suscita e clara, utilizará o mesmo exemplo em que as gestantes poderão relatar as diversas experiências ou opiniões relacionadas ao trabalho de parto como **“dói muito”, “é melhor que cesárea pois recupera mais rápido”, “deixa a mulher flácida”, “a mulher emagrece mais rápido”; “é muito demorado”** etc.

Assim, o instrutor terá como papel nesta fase sintetizar estas informações traduzindo-as se necessário para compreensão do grupo. **“Então vocês estão me dizendo que parto normal tem vantagens e desvantagens em relação a cesárea, certo?”** Vamos ver quais são estas vantagens e quais as desvantagens. Neste momento, como suporte de material, pode ser utilizado como recurso, o fleep chat, cartolinas, quadro negro e giz, data show ou qualquer outro método que permita à participante visualizar suas respostas.

9.3.2 Identificação dos Problemas -Pontos Chaves

Nesta fase, os participantes refletirão a respeito das possíveis causas da existência do problema elencado por elas. É necessário que percebam que algumas opiniões ou situações podem ser complexas ou multideterminadas como exemplo, a questão da sensibilidade da dor no trabalho de parto que tem uma dimensão emocional e até social, uma vez que vivemos em uma cultura que se acostumou ao nascimento por via abdominal, diferente de grupos sociais ou cultura como exemplo indígenas, europeus e até americanos que veem o parto normal como evento mais esperado que o parto operatório. Para isso o instrutor pode lançar mão de questões como **“será que todo mundo sente dor igual?”** **“Porque algumas culturas ainda veem o parto norma como a melhor opção para o nascimento?”** **“Quais são essas culturas? Conhecem”**. Em seguida, os participantes devem se questionar em relação aos principais determinantes do problema, que abrangem as próprias causas já identificadas.

9.3.3 Teorização

A terceira etapa é a da teorização, momento em que o instrutor em uma exposição dialogada irá fazer uma breve explanação do(s) problema(s) elencado(s) com base no saber técnico e científico. Como uma síntese de como acontece o processo de trabalho de parto e nascimento, assim como a cirurgia cesariana, sugere-se

utilizar todo e qualquer recurso que ajude o participante a entender o tema, como figuras, cartazes, data show, álbum seriado etc.

9.3.4 Hipóteses de Solução – Planejamento

Neste momento, o instrutor buscará saber como os participantes percebem possíveis formas de resolver ou amenizar os problemas elencados. Dado o exemplo acima: **“Como você que deseja ter um parto normal ou uma cesariana pode favorecer para que esse processo seja positivo”?**

9.3.5 Aplicação – Execução da ação (prática)

Aqui a ideia é que, saindo do exercício puramente mental, o participante consiga fazer algo prático que possa interferir na realidade sua ou da família. Como fazer ou assinar um compromisso (preferencialmente já pré escrito pelo instrutor que contenha algumas tarefas) se dispondo ao autocuidado relacionado ao tema. Como exemplo para favorecer ao parto normal ou a recuperação da cesárea **“ vou controlar a alimentação para ganhar o peso recomendado”** ou ainda, **“vou iniciar caminhada diária 30 minutos por dia, 5 vezes na semana”**. **“Vou participar dos grupos de alongamento ou atividade física da UBS”** etc....

Essa prática que implica num compromisso da participante com o seu meio ou com ela mesma. Embora simbólica, esta carta tem por objetivo fomentar a ideia de que cuidados em saúde exige a participação de no mínimo dois atores, o profissional de saúde ou serviço e o usuário. Desta forma, a partir da informação elaborada naquele momento educativo, o participante deve firmar um compromisso primeiramente com ele, testemunhado pelo profissional instrutor da ação educativa. Esta carta posteriormente poderá ser afixada no prontuário como instrumento de lembrete e “cobrança” aos profissionais assistentes e como compromisso da gestante com autocuidado.

Esta carta de compromisso pode ser exibida em vários modelos em que o participante escolhe um que mais se adequa a sua realidade.

Abaixo, um exemplo de carta que pode ser utilizada:

Fonte: A Organizadora

CARTA DE COMPROMISSO

Eu **Ana da Silva**, me comprometo a, de hoje em diante, **realizar caminhadas diárias de 30 minutos por dia, 5 vezes na semana, com vistas a melhorar as minhas condições de saúde e favorecer ao parto normal ou recuperação de cesariana.**

Testemunha: _____
Profissional Instrutor

Londrina ___/___/_____

9.4 Registro das ações

O registro das atividades do grupo é o que vai possibilitar a avaliação do processo educativo. Muitas vezes, durante o trabalho em grupo, somente é possível registrar em tópicos algumas falas das participantes que são mais significativas. Quando isso acontecer um registro mais detalhado deverá ser realizado logo no final do grupo. Este momento servirá também como avaliação do grupo por parte dos profissionais.

Além do registro para avaliação, é importante manter um registro formal onde conste basicamente: A. tema; B. data e local; C. profissional facilitador; D. profissionais de apoio; E. participantes.

9.5 A psicoprofilaxia da gravidez

A ideia da influência negativa do medo sobre a dor no trabalho de parto, é conhecida desde 1933 quando Dick Read, médico inglês publicou sobre o mecanismo responsável pela dor do trabalho de parto, afirmando que, o medo produz tensão muscular que dificulta a dilatação do colo do útero, com o subsequente aumento da dor durante as contrações do trabalho de parto, estabelecendo assim, o ciclo vicioso Medo-Tensão-Dor, tendo como resultado o aumento do tempo de trabalho de parto, partos distócicos, e índices de apgar mais baixos (FRIAS e FRANCO, 2008).

Figura 28 - medo, tensão dor no trabalho de parto



Fonte: Google imagens/ medo tensão dor

Assim, é necessário desfazer este ciclo, segundo ele, reduzindo o medo através de informações corretas sobre as transformações físicas da gravidez e do parto, diminuindo a tensão muscular por meio de ensino do relaxamento e da redução do medo. Tais procedimentos resultariam na diminuição da intensidade da dor, bem como a melhora do processo de trabalho de parto e nascimento (FRIAS e FRANCO, 2008) a partir da eliminação das emoções negativas, salientando as positivas como o valor da maternidade para a mulher e desta forma favorecer com que esta tenha uma atitude bem dirigida (VELLAY *Apud* FRIAS; FRANCO, 2008).

9.5.1 O método

O método Psicoprofilático de Preparação para o Parto é uma ação educativa em que a mulher grávida tem oportunidade de adquirir conhecimentos que lhe permitam vivenciar o trabalho de parto e o parto de forma consciente e esclarecida, diminuir a ansiedade e o desconforto, e aprender a lidar com o seu bebê.

Ela se distingue das demais formas de educação em saúde pelo seu caráter prático, uma vez que além de informativo (o saber) procura oferecer oportunidade para a gestante adquirir novas habilidade (saber fazer) como respiração para trabalho de parto e parto; exercícios de relaxamento e outros.

9.5.2 Objetivos do método psicoprofilático da gestação

Levar a gestante a:

- . Reconhecer a contração uterina;
- . Aprender a fazer o relaxamento de músculos voluntários não utilizados no trabalho de parto e nascimento durante a contração;
- . Adquirir a habilidade de fazer respiração abdominal e combiná-la com a respiração torácica;
- . Condicionar os relaxamentos dos músculos voluntários e a respiração abdominal.

9.5.3 Pontos importantes do método

9.5.3.1 Descondicionar o que está errado e condicionar o que está certo, ou seja a respiração e o relaxamento voluntário

Para entender este princípio é importante lembrar que o nosso corpo possui músculos cuja contração depende ou não da nossa vontade (voluntários ou involuntários), lisos ou estriados. Dentre os músculos lisos (que são involuntários) está o útero, porém diferente de outros músculos lisos (como o estômago), o útero não trabalha diariamente ou nem todos os momentos, sendo bastante requisitado especialmente no trabalho de parto (TP).

Contudo, é no TP que os músculos voluntários não têm qualquer função até a expulsão fetal. Desta forma, o relaxamento deles irá favorecer a economia de oxigênio, energia e diminuindo a fadiga, o que auxiliará na concentração no que neste momento é importante, a ação uterina. Este relaxamento por sua vez auxiliará na diminuição da percepção dolorosa da contração uterina.

9.5.3.2 Tornar conhecido o desconhecido aumentando o limiar de sensibilidade à dor

É importante que a mulher compreenda todo o processo de trabalho de parto e nascimento de forma a torná-lo conhecido e desta forma diminuir as incertezas e o imaginário nem sempre positivo que o cerca. Da mesma forma conhecer um aliado bastante importante nesta fase, a respiração.

❖ **Benefícios da boa respiração:** permitir maior disponibilidade de oxigênio para útero e para feto, eliminando todo o dióxido de carbono, que em grande quantidade seria prejudicial para o binômio.

Tipos de Respiração: Cada tipo de respiração tem a sua função durante a fase do TP.

a. Respiração abdominal (RA): é aquela em que o diafragma se contrai, no início de cada inspiração, o ar é puxado para dentro dos pulmões e o abdome se expande. Já na expiração o diafragma relaxa o ar sai e o abdome volta para dentro. Deve ser utilizada sempre que surgir uma contração durante a gravidez e no trabalho de parto. Ela está relacionada com o relaxamento, serve para poupar energia do útero e para fazer chegar o oxigênio ao feto e ao músculo uterino, diminuindo a dor.

A respiração abdominal é levemente mais profunda e sua adoção é aconselhada para os intervalos das contrações, pois promove o relaxamento da parturiente.

b. Respiração Torácica: é a respiração mais utilizada pelos adultos e por isso mais simples. Proporciona maior expansibilidade torácica no sentido lateral, alivia o fundo uterino e promove maior oxigenação. Embora não seja o tipo ideal de respiração na gestação, durante as contrações do trabalho de parto é bastante utilizada

b.1. Respiração torácica SOS (dita “respiração cachorrinho”): refere-se à respiração curta, pequena, silenciosa, feita só pela boca, quando a grávida sente contrações já muito intensas, podendo usar este tipo de respiração durante 20 segundos (para evitar a sensação de formigamento no corpo), e se necessário (contração mais longa do que 20 segundos) intercalada com a RA., sendo utilizada normalmente depois dos 5 cm de dilatação cervical.).

Neste momento a parturiente pode ser orientada que, ao iniciar a contração uterina, deverá inspirar e soltar a respiração pela boca, de forma lenta, como se estivesse cheirando uma rosa e apagando uma vela.

c. Respiração de transição: é aquela que combina a RA e a tipo SOS com o relaxamento muscular. Pois ao final da dilatação a gestante pode sentir desejo de realizar alguns “puxos”. Entretanto antes que se complete a dilatação ela não deve fazer nenhuma força de empurrar sob risco de gasto desnecessário de energia e lesão no colo do útero tornando-o menos elástico e fazendo retroceder a dilatação, retardando o processo de nascimento. Assim é importante que ela aprenda a combinação da respiração ao relaxamento para evitar à tentação de “fazer força”.

d. Respiração do período expulsivo: já na fase expulsiva é importante aliar a respiração, ao “puxo” e o relaxamento agora apenas do períneo (FRIAS; FRANCO, 2008)

9.5.3.3 Favorecer o descondicionamento e condicionamento

O descondicionamento dos reflexos negativos (dor e medo) e condicionamento dos positivos, leva à ocupação do córtex cerebral durante a contração uterina com o relaxamento e a respiração e tornando conhecido o desconhecido, aumentando o limiar de sensibilidade à dor.

Assim, tal como os atletas, a mulher deve aprender a regular o ritmo da respiração de acordo com o esforço a executar, porque a falta de oxigênio na libertação de produtos tóxicos para os tecidos provocando câibras e cansaço nos músculos em trabalho. Um músculo bem alimentado com oxigênio tem um funcionamento fisiológico, sem dor.

Figura 36- Exercícios respiratórios na gestação



Fonte: Google imagens/ Exercícios de Respiração para gestantes

Disponível em: < <http://br.guiainfantil.com/materias/gravidezmudancas-no-aparelho-respiratorio-durante-a-gravidez/>>

9.5.3.4 Estratégias não farmacológicas no TP

Outras estratégias que não fazem parte do método psicofilático em si mas podem ser úteis como medidas não farmacológicas de alívio da dor durante o trabalho de parto são: massagem lombossacral, e o banho no chuveiro, Assim, estas medidas citadas como exercícios respiratórios, relaxamento muscular, massagem lombossacral e banho no chuveiro, se aplicadas de forma isoladas ou combinadas são medidas efetivas para diminuição da dor nas parturientes (DAVIM, TORRES, DANTAS, 2009).

9.6 Desenvolvimento fetal e alterações fisiológicas na gestação

O desenvolvimento fetal é marcado por 3 fases distintas:

- a. Período pré-embrionário:** da concepção até a terceira semana: período no qual não há diferenciação dos embriões na natureza.
- b. Período embrionário:** da 4ª. semana até a 8ª semana: formação de estruturas essenciais do embrião (órgãos internos e estrutura física).
- c. Período fetal:** da 9ª. semana até o nascimento: marcado pelo crescimento e desenvolvimento do feto preparando-o para a vida extra uterina.

Quadro 56 - Correspondência entre as semanas de desenvolvimento embrionário e semanas de gestação pela DUM

| Semana embrião | Idade do Embrião | | Sinais /sintomas maternos* | PRINCIPAIS EVENTOS DO DESENVOLVIMENTO EMBRIONÁRIO | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|----------------|-------------------------------|----------------------------|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | Em dias à partir da concepção | Em semanas a partir da DUM | | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 |
| 1ª semana | 1-7 dias | — | .Mastalgia relacionada a fase lútea do ciclo menstrual | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2ª semana | 8-14 dias | 4 semanas | .Leve desconforto na região pélvica tipo cólica. Pode ocorrer pequeno sangramento | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3ª semana | 15-21 dias | 5 semanas | .Primeiro atraso menstrual. Pode persistir o incomodo na região pélvica; . Sensibilidade mamaria | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 4ª semana | 22- 28 dias | 6 semanas | . Enjoos; . Náuseas;. . Mastalgia | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| Semana embrião | Em dias à partir da concepção | Em semanas a partir da DUM | Sinais/ sintomas maternos | PRINCIPAIS EVENTOS DO DESENVOLVIMENTO EMBRIONÁRIO |
|----------------|-------------------------------|----------------------------|---|---|
| 5ª semana | 29- 35 dias | 7 semanas | <ul style="list-style-type: none"> . Enjoos; . Náuseas; . Mastalgia; . Flatulência; . Azia; . Sonolência; | |
| 6ª semana | 36-42 dias | 8 semanas | <ul style="list-style-type: none"> . Sono excessivo; . Vertigem | |
| 7ª semana | 43-49 dias | 9 semanas | | |
| 8ª semana | 50-56 dias | 10 semanas | | |

OBS: Os sinais e sintomas maternos no decorrer da fase embrionária podem ou não ser cumulativos, tendendo a cessar ou amenizar à partir do 13ª. Semana da gestação.

Fonte: Adaptado de Google Imagens/ desenvolvimento embrionário. Disponível em:< <http://www.infoescola.com/wp-content/uploads/2009/10/desenvolvimento-embriionario-humano.jpg>>

10 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. ABRANTES, A. et. al, 2016. Fenômeno de Raynaud do mamilo em mulheres a amamentar: relato de três casos clínicos. **Rev. Port. Med. Geral Fam.** vol.32 no.2 Lisboa abr. 2016.
2. AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. **Hypertension in pregnancy. Establishing the Diagnosis of Preeclampsia and Eclampsia.** 2013 p.17-20.
3. AMORIM, F.A. et al. Associação entre trauma perineal e dor em primíparas. **Rev Esc Enferm USP**, São Paulo, Vol. 48. p.40-45, 2014. Disponível em < http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v48nspe/pt_0080-6234-reeusp-48-esp-040.pdf> Acesso em 01 mai 2016.
4. AMORIM, M.M. R; MELO A.S.O. Avaliação dos exames de rotina no pré-natal - parte 2. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 148-155, Mar. 2009.
5. ANDREASSEN, M. S. et al . Avaliação do binômio materno fetal após cirurgia bariátrica. **BEPA, Bol. epidemiol. paul.** (Online), São Paulo, v. 9, n. 102, jun. 2012 .
6. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA. Grupo de Assessoria em Alergia a Medicamentos da ASBAI5. Parecer técnico da ASBAI sobre o uso da penicilina G em unidades básicas de saúde. **Braz J Allergy Immunol.** São Paulo, v.2 n. 4, p.129-131. Ago, 2014.
7. BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia. **Protocolo Orientador de Atuação do Enfermeiro Obstetra na Assistência ao Parto Normal nos Hospitais de Pequeno Porte do Estado da Bahia.** Salvador. 2014. 67 p.
8. **BASTOS, G.A et. al. Ultrassonografia Obstétrica no Pré-Natal de Baixo Risco.** Cadernos UNIFOA. Edição Especial, 2008.
9. BELO HORIZONTE. Secretaria de Saúde. **Assistência ao pré-natal.** Belo Horizonte, 2008.
10. BERALDO, C.B et. al. Prevalência da colonização vaginal e anorretal por estreptococo do grupo B em gestantes do terceiro trimestre. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v..26, n.7 , p.543-549. Ago,2004.
11. BIGAL, M.E; BORDINI, C.A; SPECIALI, J.G. Protocolos Para Tratamento da Cefaléia Aguda, em Unidade de Emergência. **Medicina Ribeirão Preto**, 32: 486-491 out./dez. 1999.
12. Blog: **Assistência ao Trabalho de parto.** Departamento de Ginecologia e Obstetrícia. Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto. Disponível em: < <http://slideplayer.com.br/slide/1567433/>> Acesso em 29 abr. 2015
13. Blog: **Estudo de Enfermagem.** Estática Fetal.
14. Blog. Ser mãe sem medo . **O que é o método psicoprofilático de preparação para o parto.** [Internet]. Coimbra: 2009 jun- Disponível em: <<http://sermaesemmedos.blogspot.com.br/2009/06/o-que-e-o-metodo-psicoprofilatico-de.html>>. Acesso em 20 abr.2016.
15. BOFF, L. **Saber cuidar: ética do humano.** 12. Ed. Petrópolis: Vozes, 2000.
16. BRASIL.Ministério da Saúde. **Manual: Testes de Sensibilidade à Penicilina –** Brasília: 1999. 32 p.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. **Parto, aborto e puerpério: Assistência Humanizada à Mulher.** Brasília: MS, 2001. P.175 a 181.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada - manual técnico.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005 a.158 p. color.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual operacional do Programa Nacional de Suplementação de Ferro.** Brasília: Ministério da Saúde, 2005b. 28p.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira: promovendo a alimentação saudável /** Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 210 p.

21. BRASIL. Ministério da Saúde. **Sífilis Estratégias Para Diagnóstico No Brasil**. Brasília, 2010a. 100 p.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. **Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso**. 8. Ed. rev. – Brasília: Ministério da Saúde, 2010b. 444 p.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de Alto Risco**. Brasília: MS, 2010c. 304p.
24. BRASIL. Ministério da Saúde. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**. 2. ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2010 d. 92 p.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da gestante em APS**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011a. 240 p.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica**. – 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011b. 60 p.
27. BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Brasília: MS, 2012. 318p.
28. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 300 p.
29. BRASIL- Ministério da Saúde. **Acolhimento Brasil**. 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.
30. BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: diabetes**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 c. 160 p.
31. BRASIL. Ministério da Saúde. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: hipertensão arterial sistêmica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 d. p.31
32. BRASIL. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014 a. 212 p.
33. BRASIL. **Informe Técnico Informe para Implantação da Vacina Adsorvida Difteria, Tétano e Coqueluche (Pertussis Acelular) Tipo adulto – dTpa**. Brasília: Ministério da Saúde. 22 p.2014 b.
34. BRASIL. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2014 c. 156p
35. BRASIL. **Manual de Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014d.
36. BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Brasília: Ministério da Saúde, 2014e.176 p.
37. BRASIL. Ministério da Saúde. **Diagnóstico da Sífilis**. Telelab-diagnóstico e Tratamento. Vol. 1. 2014f. 13p.
38. BRASIL. Ministério da Saúde. **Alimentação Saudável para Gestantes: Siga os Dez Passos**.
39. BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2015a. 188 p.
40. BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília: Ministério da Saúde. 2015b. 124p.
41. BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. 2. ed. – Brasília: Ministério da Saúde, 2015c. 184 p.
42. BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de vigilância e resposta à ocorrência de microcefalia e/ou alterações do sistema nervoso central (SNC)** – Brasília: Ministério da Saúde, 2016 a. 55p.
43. BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo de Recomendação - Diretriz Nacional de Assistência ao Parto Normal**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016b. 381p.
44. BRASIL. **Informe Técnico Campanha Nacional de Multivacinação para Atualização da Caderneta de Vacinação da Criança e Adolescente**. Brasília: Ministério da Saúde. 32 p.2016 c.

45. BRENTA, G.et. al. Diretrizes clínicas práticas para o manejo do hipotireoidismo. **Arq Bras Endocrinol Metab.** São Paulo, V.53, n.4, p.265-299. Abr, 2013.
46. BRUNS, R.F et.al. Ultrassonografia obstétrica no Brasil: um apelo à padronização. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** 2012, vol.34, n.5, p 191-195, agos 2004. Disponível em: <http://estudodeenfermagem.blogspot.com.br/2012/09/estatica-fetal.html> Acesso em 29 abr.2015
47. CALDERON, I. M. P.; CECATTI, J. G.; VEGA, C. E. P. Intervenções benéficas no pré-natal para prevenção da mortalidade materna. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, Rio de Janeiro, v. 28, n. 5, p. 310-315, maio 2006.
48. CAMILLO E.; MISTURINI, J. **Medicamentos na gestação e puerpério.** In: Brasil. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da gestante em APS .Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011 Atenção à saúde da gestante em APS. p.101-105.
49. CARLINE, M.P. **Avaliação nutricional e de qualidade de vida de pacientes submetidos à cirurgia bariátrica.** Dissertação mestrado. Florianópolis/SC, 2001 p. 150-162. 2001.
50. CARRARA,H.A ; DUARTE G. **Semiologia obstétrica.** Medicina, Ribeirão Preto, 29: 88-103, jan./mar. 1996.
51. CARVALHO, G.A; PEREZ, C.L.S; WARD, L.S. Utilização dos testes de função tireoidiana na prática clínica. **Arq Bras Endocrinol Metab.** São Paulo, v. 57.n. 3 p. 193-204, 2013.
52. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). **Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines, 2015.** MMWR Recomm Rep, Atlanta, v.64, n.RR3, p.1-137, 2015. Disponível em < <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6403a1.htm>> Acesso em 18 mai 2017.
53. CENTRO COCHRANE DO BRASIL. Saúde Baseada em Evidências. **Disponível em: < <http://www.centrocochranedobrasil.org.br/mbe.html>> Acesso em 20 out. 2016.**
54. CONITEC. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas Infecções Sexualmente Transmissíveis.** Disponível em http://conitec.gov.br/images/Consultas/Relatorios/2015/Relatorio_PCDT_IST_CP.pdf Acesso em 24 mar.2016
55. CONSELHO MÉDICO DO BABY CENTER BRASIL. **Nutrientes essenciais para o desenvolvimento do bebê.** [S.l.: s.n., 19--]
56. COSTA, A.G.; GADELHA, P.S; PORTO DE LIMA, G. **Análise crítica dos métodos de avaliação da vitalidade fetal com base em evidências científicas.** FEMINA, vol 37, n 8. P.454-457, Ago, 2009. Disponível em: <http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/Feminav37n8p453-7.pdf>. Acesso em 01 maio de 2015.
57. COSTA, Sheila Mamede da et al . Hipotireoidismo na gestação. **Rev. Bras. Saude Mater. Infant.,** Recife , v. 4, n. 4, p. 351-358, Dez.. 2004. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1519-38292004000400003&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 04 mar.2016.
58. CURY, A.F; GARCIA, S. A. L.; Estimativa do Peso Fetal: Comparação Entre um Método Clínico e a Ultrasonografia. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.,** Rio de Janeiro, v. 20 n.10 p.551-555, Nov./Dec, 1998.
59. RMB DAVIM, R.M.B; TORRES, G.V.; DANTAS, J.C. Efetividade de estratégias não farmacológicas no alívio da dor de parturientes no trabalho de parto. **Rev Esc Enf USP,** São Paulo, v.43 n.2 p.438-445.
60. DE FREITAS, F.S.L et. al. **Sistematização da Assistência de Enfermagem no Pré-Natal.** Material Didático-Institucional. UFMS. Campo Grande,
61. DINIZ, D.; MEDEIROS, M. Itinerários e métodos do aborto ilegal em cinco capitais brasileiras. **Ciênc. saúde coletiva,** Rio de Janeiro , v. 17, n. 7, p. 1671-1681, Jul 2012.
62. DUNCAN, B.B.; SCHMIDT, M.I.; GIUGLIANI, E. R. J. **Medicina ambulatorial:** conduta clinica em atenção primária. Porto Alegre: Artes Médicas, 2006.
63. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Drogas na Gravidez.** Manual de Orientação, 2004.
64. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Manual Orientação Assistência ao Abortamento, Parto e Puerpério,** 2010.186 p.

65. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Avaliação Pré-Concepcional In: **Manual de perinatologia**. 2013.p.12-24.
66. FIGUEIRÓ-FILHO, E.A. et al. Toxoplasmose aguda: revisão de métodos diagnósticos baseada em evidências e proposta de protocolo de seguimento durante a gestação. **FEMINA**, Rio de Janeiro, v.35, n.11 p.723-729, nov, 2007.
67. FREIRE, D.M.C.; CECATTI, J.G; PAIVA, C.S.M. Symphysis-fundal height curve in the diagnosis of fetal growth deviations. *Rev. Saúde Pública, São Paulo*, v. 44, n. 6, p. 1031-1038, Dec. 2010
68. FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. 29. ed. São Paulo: Paz e Terra, 2004.
69. FRIAS, A; FRANCO, V. Preparação Psicoprofiláctica Para o Parto e o Nascimento do Bebê: Estudo Comparativo. **International Journal of Developmental and Educational Psychology**, vol. 1 n.1, pp: 47-54. 2008.
70. FUNDAÇÃO PERSEU ABRAMO 2016. **Violência Obstétrica**. Disponível em: <http://www.ebc.com.br/violencia-obstetrica> Acesso em 16 ago 2015.
71. GELLER, M. et.al. Alergia à penicilina: conduta alergológica. **Rev. bras. alerg. imunopatol.** São Paulo, v.29, n.5, p.194-200, out., 2006. Disponível: < <http://www.sbai.org.br/revistas/vol295/art%205-06%20-%20alergia%20a%20penicilina.pdf>> Acesso em 17 mai 2016.
72. GOLBERT, A. Tratamento do Diabetes Gestacional e da gestante com Diabetes. In: **Diabetes na Prática Clínica**.
73. Sociedade Brasileira de Diabetes. E-book 2.0. Disponível em: <http://www.diabetes.org.br/ebook/component/k2/item/59-tratamento-do-diabetes-gestacional-e-da-gestante-com-diabetes>. Acesso em 06 jun.2016.
74. GONCALVES, C.V.at. al. Avaliação da frequência de realização do exame físico das mamas, da colpocitologia cervical e da ultrassonografia obstétrica durante a assistência pré-natal: uma inversão de valores. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, São Paulo, v. 55, n. 3, p.290-295, mar 2009.
75. GOLBERT, A. Tratamento do Diabetes Gestacional e da gestante com Diabetes. In: **Diabetes na Prática Clínica**. Sociedade Brasileira. E.Book. Acesso em 21 mai 2016.
76. GOUVEIA, E.B et al. Mudanças oculares durante a gestação. **Arq Bras Oftalmol.** São Paulo,v.72, n. 2, p.268-274, mar.-abr. 2009. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-27492009000200029&lang=pt&tlng=> Acesso em: 02. Out. 2012.
77. GRUMACH, A.S et.al. A (des)informação relativa à aplicação da penicilina na Rede do sistema de saúde do Brasil: o caso da sífilis. **DST – J bras Doenças Sex Transm**, Niterói, v. 19, n3-4), p.120-127, jun. 2007.
78. HADLOCK, F. P.; HARRIST, R. B. & MARTINEZ-POYER, J., In utero analysis of fetal growth: A sonographic weight standard. **Radiology**, Canadá, v.181, n.1, p.129-133. Oct. 1991.
79. Hadlock FP, Deter RL, Harrist RB, Park SK. Estimating fetal age: Computer-assisted analysis of multiple fetal growth parameters. **Radiology** 1984;152:497-501.
80. HADLOCK FP et.al. Fetal crown-rump length: Reevaluation of relation to menstrual age (5-18 weeks) with high resolution real-time US. **Radiology** , Canadá, v 1992;182:501-5.
81. HCG STRIP TEST PLUS: **Tira reativa para diagnóstico de gravidez**. São Paulo: ALAMAR TECNO CIENTÍFICA LTDA Hoechst, [2016]. Bula de produto. Disponível em: < <http://www.interlabdist.com.br/dados/produtos/bula/doc/15487490742feb212a.pdf>> Acesso em 25 set.2016.
82. HIPOTIREOIDISMO. **Rotinas Assistenciais da Maternidade** - Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro. Disponível em <http://www.me.ufrj.br/portal/images/stories/pdfs/obstetricia/hipotireoidismo.pdf>
83. HUÇULAC, M.C; PETERLINE, O.G. **Rede Mãe Paranaense – Relato de experiência**. Revista Espaço para a Saúde. | v. 15 | n. 1 | p. 77-86 | abr. 2014.

84. HUNTER, M. I.; MONK, B. J.; TEWARI, K. S. Cervical neoplasia in pregnancy: part 1: screening and management of preinvasive disease. **Am. J. Obstet. Gynecol.** New York, v. 199, n. 1, p. 3-9, jul., 2008.
85. INTERNATIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES. **Essential competencies for basic midwifery practice**. 2013 Disponível em: <<http://www.internationalmidwives.org/>> acesso em 20 nov.2016
86. INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES-CIPE®. ICNP® TRANSLATIONS- Versão 2015 - Português do Brasil. Disponível em: http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/Practice/icnp/translations/icnp-Brazil-Portuguese_translation.pdf Acesso em 9 ago. 2016.
87. JAMES P.R; NELSON-PIERCE, C. Management of hypertension before, during and after pregnancy. **Heart**. London, v.90 n.12 p.1499-1504. Dec.,2004. Disponível: <<http://heart.bmj.com/content/90/12/1499.short>> Acesso em 18 abr.2015.
88. LESLIE DE GROOT, L. et. al. Management of Thyroid Dysfunction during Pregnancy and Postpartum: An Endocrine Society Clinical Practice Guideline. **The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism**, Washington, v. 97, n. 8. Jul. 2013.
89. WASHINGTON, v. 97, n. 8. Jul. 2013.
90. LONDRINA. Autarquia Municipal de Saúde. **Manual de saúde bucal**. 1. ed. Londrina, PR: [s.n], 2009. 550p.
91. LONDRINA. Autarquia Municipal de Saúde. **Imunização: protocolo**. 5º ed.- Londrina, PR. 2007.
92. LONDRINA. Autarquia Municipal de Saúde. **Manual de Medicamentos** - Londrina, PR. 2016 (prelo).
93. LONDRINA. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. **Assistência Integral à Gestante de Baixo Risco e Puérpera**: protocolo. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde-- 1. ed.-- Londrina, PR: [s.n], 2006a. 98 p.
94. LÓPEZ, L.B; SOLER, C.R.O; PORTELA, M.L.P. La pica durante el embarazo: un trastorno frecuentemente subestimado. **Arch Latinoam Nutr**. 2004;54(1):17-24. Disponível:http://www.alanrevista.org/ediciones/2004-1/pica_durante_embarazo.asp. Acesso em 05 jun.2015.
95. MARTINELLI, S.; BITAR, R.R; ZUGAIB, M. Proposta de Nova Curva de Altura Uterina para Gestantes entre a 20a e a 42a Semana. **RBGO** - v. 23, nº 4, 2001.
96. MARTINHO. J. N. **Guia de Conduta em Pré-natal. Desenvolvimento de tecnologia em Enfermagem a Luz da CIPE**. Universidade Federal Ceará. Fortaleza, 2005.
97. MARTINS, W.P. **Suporte da fase lútea. Alterações Corporais e Psíquicas Durante a Gestação**. Disponível em: <<http://www.webartigos.com/artigos/alteracoes-corporais-e-psiquicas-durante-a-gestacao/16067/#ixzz1xyYxNCWO>> Acesso em: 14 de julho de 2012.
98. MATTAR. R. et.al. Limites na investigação imunológica e genética em aborto recorrente. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** vol.37 no.3 Rio de Janeiro Mar. 2015.
99. MEDEIROS, M.F.S. et. al. An international survey of screening and management of hypothyroidism during pregnancy in Latin America. **Arq Bras Endocrinol Metab**. São Paulo, v. 58, n.9 p. 906-911. Dec.2014
100. MELO V.H; PIRES DO RIO, S.M. **Assistência Pré-Natal**. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. 2006.
101. MERHY, E. E. Em busca do tempo perdido: a micropolítica do trabalho vivo em saúde In: MERHY, E. E., ONOCKO, R. (Orgs.). **Agir em saúde, um desafio para o público**. São Paulo: Hucitec, 1997b. p.71-113.
102. MICHAELIS. In: **Moderno Dicionário da Língua Portuguesa**.
103. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Inserção da Eletroforese de Hemoglobina nos Exames de Pré Natal** – Rede Cegonha. NOTA TÉCNICA N.º 035/2011/CGSH/DAE/SAS/MS. Brasília, 2013. FEMINA | Maio 2010 | vol 38 | nº 5.
104. MIRANDA, M.M.S et. al. Rastreamento das infecções perinatais na gravidez: realizar ou não? **REV FEMINA**, Rio de janeiro, v. 40, n.1, jan-fev, 2012.

105. MOORE, K.L.; PERSAUD, T.V.N. **Embriologia clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1994.
106. NAUM, P.C. **Doenças do Eritrócitos**. Academia de Ciência e Tecnologia de São José do Rio Preto-SP.
107. NETO, C.N. et al. Importância da ultrassonografia de rotina na prática obstétrica segundo as evidências científicas. **FEMINA**, Rio de Janeiro, v.37, n.5, mai, 2009.
108. NOMURA, R.M.Y; MIYADAHIRA, S. ZUGAIB, M. Avaliação da vitalidade fetal anteparto. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 10, p. 513-526, Oct. 2009.
109. OPPERMAN, M.L.R, et al. Distribuição da altura uterina ao longo da gestação em uma coorte brasileira – comparação com a curva de referência do Centro Latino-Americano de Perinatologia. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.** Rio de Janeiro, v.28, n.9 p. 513- 522.
110. PARANÁ. **Caderno de Atenção ao Pré-natal Risco Habitual**. 2016. 44 p.
111. PARANÁ. SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE. **Protocolo De Hipertensão Arterial. No Prelo**. [S.l.: s.n., 19]
112. PEREIRA, F.L. **Verificação de Pressão Arterial por Métodos Não-Invasivos**. In: Desenvolvimento de um Sistema de Verificação da Pressão Arterial Através do Método Oscilométrico. Dissertação mestrado. Porto Alegre/RS, p.27-48.
113. PEREIRA, Sandra V.M. **Análise de uma implementação de uma abordagem de cuidar de enfermagem junto a mulher no ciclo gravídico-puerperal**: Aproximação do modelo de Orem, sistemas de classificação da prática de enfermagem e diretrizes de humanização do parto. Universidade Federal de Goiás. Dissertação mestrado. Goiânia 2005. 502p.
114. PERROTTI, Maria Regina Machado et al. Evolução das Características Ecográficas da Placenta, da Posição e da Apresentação Fetal em Gestações Normais. **Rev. Bras. Ginecol. Obstet.**, Rio de Janeiro, v. 21, n. 9, p. 499-504.
115. PONTREMOLI, M.B et al. Chlamydia trachomatis e gestação. **FEMINA, Rio de Janeiro**, v. 36, n.7, nov.. 2011.
116. POTENZA, ALS; OLIVEIRA, ML. PIOVACARI, SMF. Alimentação na gestação e lactação. **Pediatr. Mod., Itajubá**, v.45, n.2. p.51-55, mar.-abr. 2009.
117. QUEIROZ, C.S. et. al. **Gestação Após Cirurgia Bariátrica**: Um Estudo Baseado em Evidências. **Revisa**, v.2, n.1, p.65-72, jan-jun, 2013.
118. REIS, F.M. Ginecologia e obstetrícia baseadas em evidências: modismo, imposição ou escolha inteligente? **FEMINA**, Rio de Janeiro, v.36 .n. 4, p.471-474, Agosto 2008.
119. REZENDE, Jorge. **Obstetrícia**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1998.
120. ROWAN JA et al. Metformin in gestational diabetes: the offspring follow-up (MiG TOFU): body composition at 2 years of age. **Diabetes Care**. v.34,n.10, p.2279-2284. Out.2011.
121. ROWAN JA et al. Metformin versus insulin for the treatment of gestational diabetes. **N Engl J Med**. London, Vol.358. p.2003-2015, may, 2008.
122. SÃO PAULO (Estado). **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP**: manual técnico do pré-natal e puerpério / organizado por Karina Calife, Tania Lago, Carmen Lavras – São Paulo: 2010.
123. SÃO PAULO (Estado). **Guia de Bolso para o Manejo da Sífilis em Gestantes e Sífilis Congênita**. São Paulo, 2016. 112 p.
124. SARMENTO, R.; SETÚBAL, M. S. V. **Abordagem psicológica em obstetrícia: aspectos emocionais na gravidez, parto e puerpério**. **Revista de Ciências Médicas, Campinas**, v. 12, n. 3, p. 261-268, jul./set. 2003.
125. SASS, N. (org.), **Hipertensão Arterial e Nefropatias na Gestação** In: **Diretrizes e Rotinas Assistenciais**. Universidade Federal de São Paulo, 2ed, São Paulo, 2007.

126. SAUNDERS, Cláudia et al. **Picamalácia: epidemiologia e associação com complicações da gravidez**. Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 31, n. 9, Set. 2009.
127. SECRETARIA DO ESTADO DA SAÚDE DO PARANÁ. Nota Técnica Conjunta - TOXOPLASMOSE Nº 02/2015- **Sistematização do fluxo para solicitação, distribuição e dispensação de medicamentos para o tratamento da Toxoplasmose Adquirida na Gestação aos Municípios com população menor ou igual a 20.000 habitantes**. CURITIBA, 2015.
128. **Sexo na gravidez**. Disponível em <http://sallychegandoaomundo.bebelog.com.br/40844/SEXUALIDADE-NA-GRAVIDEZ/>. Acesso dia 23/03/2016.
129. SGARBI, J.A. et al. Consenso brasileiro para a abordagem clínica e tratamento do hipotireoidismo subclínico em adultos: recomendações do Departamento de Tireoide da Sociedade Brasileira de Endocrinologia e Metabologia. **Arq Bras Endocrinol Metab**, São Paulo, v.57, n.3, p. 166-183, jun, 2013.
130. SILVA, A. I.; FIGUEREDO, B. **Psiquiatria Clínica**, Braga, v.25, n.3, p. 253-264, jun.,2005 **Sexualidade na Gravidez e Após o Parto**. Disponível em: <<http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/4720/1/SEXUALIDADE%20NA%20GRAVIDEZ.pdf>> .Acesso em 23 mar.2016.
131. SILVA, L.B. et. al. **Posições maternas no trabalho de parto e parto**. **FEMINA**, Rio de janeiro, v.35, n.2, p.101-106, fev. 2007.
132. SIMON, C.Y.et al. Glicemia de jejum do primeiro trimestre e fatores de risco de gestantes com diagnóstico de diabetes melito gestacional. **Rev Bras Ginecol Obstet**. Rio de janeiro, v.35, n.11 p. 511-515. Nov. 2013.Disponível em < <http://www.scielo.br/pdf/rbgo/v35n11/v35n11a06.pdf>> Acesso em 10 mar, 2016.
133. SNIJDERS RJM, NICOLAIDES KH. Fetal biometry at 14-40 weeks' gestation. **Ultrasound Obstet Gynecol**, v.4 p.34-48, ago, 2004.
134. SÓ NUTRIÇÃO. Blog. **Micronutrientes**. Disponível em<<http://www.sonutricao.com.br/conteudo/micronutrientes/p4.php>> Acesso em 05 jun.2015.
135. SÓ NUTRIÇÃO. **Tabela de Calorias**. Disponível em: <http://www.sonutricao.com.br/conteudo/tabela/> Acesso em 05 jun.2015.
136. SOARES, KCM; MOUCA TL; POLTRONIERI, F. **Caracterização de Edulcorantes Presentes em Refrigerantes e SOARES, K.C. Caracterização de Edulcorantes Presentes em Refrigerantes e Chás Comercializados no Brasil** . **Nutrire**, vol.38, n.Suplemento.(12º Congresso Nacional da SBAN), p.203.Ago.2013.
137. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES: Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes. 2015-2016. Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Sérgio Vencio. – São Paulo: AC Farmacêutica, 2016. 348 p.
138. SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENDOCRINOLOGIA E METABOLISMO. **Projeto Diretrizes. Hipotireoidismo: Tratamento**. Disponível em < <http://www.projetodiretrizes.org.br/ans/diretrizes/hipotireoidismo-tratamento.pdf>> Acesso em 13 out. 2015.
139. SOCIEDADE BRASILEIRA DE REPRODUÇÃO HUMANA. **Guideline para Abordagem da Infertilidade Conjugal**. Disponível em: <http://www.sbrh.org.br/sbrh_novo/guidelines/guideline_pdf/guideline_de_infertilidade_conjugal.pdf> Acesso em 21 abr.2016.
140. SOUZA, E.C. **Análise dos termos utilizados na consulta de enfermagem no pré-natal com base na Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Londrina**. Dissertação mestrado. Maringá/PR, 2013.244p.
141. SOUZA, E; CAMANO, L. Descolamento prematuro da placenta. **Rev. Assoc. Med. Bras**. São Paulo, v. 52, n. 3, Jun. 2006.
142. SOUZA, M.C.B.; VITORINO, R.L. A abordagem do casal infértil. **Femina**, Rio de Janeiro, v.36, n.10 p.604-609, Out, 2008.Disponível em <<http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/>> Femina_outubro2008-603.pdf. Acesso em 23 mar.2016.

143. TORLONI, M.R. et al. **O uso de adoçantes na gravidez: uma análise dos produtos disponíveis no Brasil.** Rev. Bras. Ginecol. Obstet., Rio de Janeiro, v. 29, n. 5, p. 267-275, Mai 2007.
144. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Pequenos distúrbios da gravidez. **Rotinas assistenciais da maternidade** - Escola da Universidade Federal do Rio de Janeiro.
145. VETTORAZZI, J. et.al. Sexualidade e puerpério: uma revisão da literatura. **Revista HCPA.** Porto Alegre, v. 32, n.4, p.473-479. Abr.2012. Disponível em: <<http://seer.ufrgs.br/index.php/hcpa/article/view/32388/23916>> acesso 25 nov.2015.
1. WEINERT, L. S. Diabetes gestacional: um algoritmo de tratamento multidisciplinar. **Arq Bras Endocrinol Metab.** São Paulo, v. 55, n.7 . Out. 2011.
2. ZAPELINI, RM et al. Comitê Internacional de Classificação da WONCA. **Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2)** /. – 2. ed. – Florianópolis: Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009.

APÊNDICE A - MEDICAMENTOS PRESCRITOS PELO ENFERMEIRO NA ATENÇÃO À GESTANTE E PUERPÉRA NO MUNICÍPIO DE LONDRINA-PR

| SITUAÇÃO | MEDICAMENTO | POSOLOGIA |
|---|---|--|
| 1º consulta pré-natal para profilaxia de anemia gestacional | Sulfato Ferroso | 1 cp de 40 mg, 1x ao dia |
| | Ácido Fólico | 1 cp de 400 mcg, 1x ao dia |
| Náuseas, vômitos persistentes após medidas não medicamentosas (dieta fracionada, reidratação oral, cabeceira elevada) | Metoclopramida | 1 cp de 10 mg, V.O., de 8/8 horas |
| Pirose- azia persistente após implementação de medidas não medicamentosas | Hidróxido de Alumínio | 10 ml, V.O. de 6/6 horas |
| Cólicas, dores abdominais, após certificação de que não são contrações uterinas e implementação de medidas não medicamentosas | Hioscina | 1 cp de 10mg, V.O. 8/8 horas |
| Cefaléia – dor de cabeça, após afastar possibilidade de hipertensão e pré-eclâmpsia e implementação de medidas não medicamentosas | Paracetamol | 1 cp de 500mg, V.O, de 6/6 horas |
| | Dipirona | 1 cp de 500mg, V.O, de 6/6 horas |
| Lombalgia- Dor em região lombar ou irradiada para um ou mais membros inferiores. Após afastar sinais de alerta para febre, mal-estar geral, sintomas urinários, enrijecimento abdominal e/ou contrações uterinas, déficit neurológico); História de trauma. | Paracetamol | 1 cp de 500mg, V.O, de 6/6 horas |
| | Dipirona | 1 cp de 500mg, V.O, de 6/6 horas |
| Urocultura positivo sensível a antibióticos do grupo das Cefalosporina | Cefalexina 500 mg | 1 cp de 500mg, V.O, de 6/6 horas |
| Candidíase quando confirmada através exame ginecológico especular ou exame secreção vaginal ou exame preventivo | Miconazol ou | 1 aplicador via vaginal ao deitar, durante 7 noites |
| | Nistatina tópico | |
| Planejamento reprodutivo (Para puérperas cujo critério de elegibilidade seja 1, ou seja pode ser usado na ausência de fatores de risco) | Anticoncepcional Oral: a. etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg); b. etinilestradiol (0,03 mg, 0,04mg,0,03 mg) + levonorgestrel (0,05,mg, 0,075 m, 0,125 mg). | 1 cp V.O/ dia por 21 dias com pausa de 7 dias entre as cartelas, , com início até 5º dia do ciclo menstrual. |
| | Anticoncepcional injetável Combinado Mensal: (enantato de norestisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg) | 1 ampola IM. Cada 30 dias, com início até 5º dia do ciclo menstrual |
| | Anticoncepcional injetável Trimestral: (acetato de medroxiprogesterona 150 mg). | 1 ampola IM. Cada 90 dias, com início até 5º dia do ciclo menstrual |
| | Minipílula (Progestógeno oral) | 1 cp V.O/ dia por 35 dias sem pausa entre as cartelas, , com início após 40º. dia do puerpério. |

APÊNDICE B - ACONSELHAMENTO PRÉ-CONCEPCIONAL E AS HEMOGLOBINOPATIAS

A ideia de aconselhamento (AC) como instrumento de ajuda humana surgiu na década de 40 por meio do trabalho de Carl Rogers, desde então diversas áreas e campos de atuação tem feito uso do mesmo. Por AC entende-se como um “um processo de escuta ativa, educação e “cuidado da alma “que se desenvolve mediante um diálogo interativo, baseado em uma relação de confiança” (MS, 2005).

Embora seja uma prática ainda pouco comum na atenção básica, a busca pelo aconselhamento pré-concepcional pela mulher e/ou casal deve ser encorajada, para isso utilizaremos das mesmas tecnologias disponíveis para o atendimento pré-natal como: acolhimento, anamnese, exame físico geral e ginecológico, solicitação e coleta de exames para investigação, orientações e condutas específicas a cada caso.

1. DEFINIÇÃO AC:

AC entende-se como um “um processo de escuta ativa, educação e “cuidado da alma “que se desenvolve mediante um diálogo interativo, baseado em uma relação de confiança” (MS, 2005).

Desta maneira, o aconselhamento auxilia a pessoa a lidar com as questões emocionais decorrentes do seu problema de saúde; provê informações sobre a doença, esclarecendo de forma mais personalizada e encorajando a cliente a verbalizar suas dúvidas e receios, e desenvolve a capacidade pessoal do usuário para reconhecer situações de risco e tomar decisões sobre as opções de prevenção mais convenientes para si.

Assim, o aconselhamento ou orientações pré-concepcional devem ser baseados na análise de um amplo grupo de informações prestadas pelos pais em potencial, de forma a identificar fatores de risco biológicos ou comportamentais a tempo de implementar medidas que minimizem as intercorrências e complicações de uma futura gravidez (FEBRASCO; SÃO PAULO, 2010, BRASIL, 2012) .

2. OBJETIVOS DO ACONSELHAMENTO PRÉ-CONCEPCIONAL PARA HEMOGLOBINOPATIAS:

As Hemoglobinopatias são doenças genéticas que afetam a hemoglobina. A doença falciforme é o exemplo mais comum das Hemoglobinopatias.

O objetivo básico do aconselhamento pré-concepcional é o de permitir aos indivíduos ou famílias, a tomada de decisões conscientes e equilibradas a respeito dos filhos que desejam ter. Trata-se, portanto, de um objetivo primordialmente assistencial, que pode ter ou não consequências preventivas ou eugênicas. Assim, os casais devem ser conscientizados do problema, sem serem privados do seu direito de decisão reprodutiva.

No caso das síndromes falciformes ou doença falciformes, as pessoas que apresentam risco de gerar filhos portadores têm o direito de serem informadas, a respeito dos aspectos hereditários e demais conotações clínicas dessas doenças. Na atenção básica estas orientações não são, portanto, um procedimento opcional ou de responsabilidade exclusiva de geneticista, mas um componente importante da conduta de profissionais de nível superior capacitados, sendo a sua omissão considerada uma falha grave. Por outro lado, este tipo de orientação apresentam importantes implicações psicológicas, sociais e jurídicas, acarretando um alto grau de responsabilidade às instituições que a oferecem. Assim sendo, é imprescindível que ela seja fornecida por profissionais habilitados e com grande experiência, dentro dos mais rigorosos padrões éticos. Tendo em vista o caráter prático do presente manual, serão apresentados a seguir os principais itens relacionados a este tipo de orientação que merecem ser discutidos com os profissionais médicos e outros envolvidos com a orientação de portadores de doenças falciformes e seus familiares.

3. PRINCÍPIOS DO ACONSELHAMENTO:

1. Escuta ativa: acolher a pessoa por meio de uma escuta ativa, é condição básica para um AC de qualidade.
2. AC não é prática de conselhos, sugestões de decisões, pregação de sermões com base na experiência pessoal ou de outrem.
3. Integralidade da pessoa: o ser humano é um ser de caráter biopsíquico, sócio, espiritual. É ainda um ser dinâmico, relacional, dialógico e complexo). Para os cristãos ainda soma-se o fato de por natureza da criação são decadentes psicologicamente pelas circunstâncias do pecado. (QUIRINO, 2013). De forma que o aconselhamento deve envolver escuta e respeito pelo outro em toda a sua dimensão;
4. Toda pessoa é sujeito da sua história, assim necessita-se reconhecê-la como sujeito na prevenção e manutenção da sua saúde e bem estar.
5. Estabelecimento de vínculo: este pode se dar em dois momentos iniciais com uso do acolhimento (ferramenta anterior) e aquela decorrente do processo onde a qualidade irá depender em muito da capacidade de manejo do aconselhador.
6. Quem faz Aconselhamento pré-concepcional: profissionais de nível superior capacitados em aconselhamento como médicos, enfermeiros, assistentes sociais e psicólogos.

3.1 Características desejadas do profissional que realiza o aconselhamento pré-concepcional:

- Ter uma postura não diretiva e não coerciva e que discuta com os clientes vários aspectos além do risco genético em si, tais como o tratamento disponível e a sua eficiência, o grau de sofrimento físico, mental e social, imposto pela doença, o prognóstico, a importância do diagnóstico precoce, etc.
- Habilidade de comunicação;
- Conhecimentos básicos sobre genética, transmissão de genes, dominância e recessividade, probabilidade, etc. e fisiopatologia da doença.

3.2 Quando fornecer o aconselhamento pré-concepcional

Ele deve ser dado, de preferência, sempre que solicitado. No entanto, como parte da responsabilidade do profissional de saúde, ele pode ser oferecido sempre que houver a possibilidade do cliente tomar uma decisão consciente e equilibrada a respeito da procriação, a partir das informações fornecidas. Assim sendo, não faz sentido fornecê-lo a pacientes que já passaram da idade reprodutiva ou que fizeram laqueadura de trompas ou vasectomia, à crianças, às portadoras de condições clínicas que afetam a sua capacidade reprodutiva, na vigência de conflitos emocionais sérios ou distúrbios mentais, bem como a pacientes que não estão interessados em recebê-lo.

3.3 Implementando o aconselhamento pré-concepcional em doenças falciformes

Vários aspectos da transferência de informações devem ser levados em consideração no aconselhamento **pré-concepcional**, incluindo a receptividade, tanto emocional quanto intelectual, dos indivíduos orientados. Uma técnica que fornece bons resultados em pacientes com baixo nível de instrução é a do jogo de cartões, marcados com as letras A e S. Os cartões com a letra S podem ser menores (para conceituar recessividade) e de cor diferente (para conceituar anormalidade). Explica-se para os aconselhados que cada genitor possui um conjunto de dois fatores (exemplo: pai AS e mãe AS) e, no momento de gerar a criança, cada um fornece ao acaso um dos seus fatores à mesma. Trabalhando com os cartões, são expostos aos clientes as combinações possíveis (AA, AS, AS e SS). Dessa forma, conceitos abstratos, de difícil explicação, como transmissão de genes, dominância e recessividade, probabilidade, etc., são trabalhados como elementos concretos e visualizáveis, em um processo lúdico extremamente

simples, que traduz a verdade dos fatos. Para testar o aprendizado dos clientes (assimilação de conceitos), eles podem ser convidados a resolver algumas situações hipotéticas, trabalhando eles mesmos com os cartões (por exemplo: como poderão ser os filhos de casais AS x AA, AS x SS, AA x SS, SS x SS, etc.). Outra providência útil é a de fornecer aos clientes, após o aconselhamento, uma cartilha de reforço das informações, na qual as doenças falciformes são descritas em linguagem simples, com muitas ilustrações didáticas.

Orientamos que aqueles que receberem o aconselhamento pré-concepcional em doenças falciformes recebam um impresso do material em anexo conforme o caso (Traço falciforme ou doença), disponível em COMUM/PERMANENTE/DAPS/FLUXOS/ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA ORIENTAÇÕES PARA PACIENTES, sendo devidamente registrado o atendimento em prontuário.

3.4 . Aspectos psicológicos e sociais

Embora o profissional geralmente mostre bastante interesse e empatia nas consultas de aconselhamento pré-concepcional, ele raramente conhece o seu aconselhando na profundidade necessária para identificar alguns dados sociais e psicológicos desse cliente, que pode distorcer, ou mesmo invalidar, o seu trabalho de aconselhamento. Além disso, o próprio processo de aconselhamento pré-concepcional pode provocar reações emocionais e distúrbios psicossociais, que merecem ser reconhecidos e tratados. Por isso, além do médico é importante a participação de outros profissionais como enfermeiras, psicólogos e assistentes sociais.

3.5. Aspectos éticos e legais

O aconselhamento pré-concepcional, baseia-se em cinco princípios éticos básicos: autonomia, privacidade, justiça, igualdade e qualidade (KNOPPERS; CHADWICK ,1994 apud ANVISA, 2001).

1. O princípio da autonomia: estabelece que os testes genéticos devem ser estritamente voluntários, levando ao aconselhamento apropriado e a decisões absolutamente pessoais.
2. O princípio da privacidade: determina que os resultados dos testes genéticos de um indivíduo não podem ser comunicados a nenhuma pessoa sem o seu consentimento expresso, com exceção de seus responsáveis legais.
3. O princípio da justiça: garante proteção aos direitos de populações vulneráveis, tais como crianças, pessoas com retardamento mental ou problemas psiquiátricos ou culturais especiais.
4. O princípio da igualdade: rege o acesso igual aos testes, independentemente de origem geográfica, raça e classe socioeconômica.
5. O princípio da qualidade: assegura que todos os testes oferecidos devem ter especificidade e sensibilidade adequadas, sendo realizados em laboratórios capacitados e com monitoração profissional e ética. As instituições que oferecem o aconselhamento pré-concepcional devem garantir o sigilo dos diagnósticos e arquivar a documentação dos seus clientes em local privado e seguro.

4. DIAGNÓSTICO PRÉ-NATAL

O diagnóstico no pré-natal serve como diretriz para a equipe de saúde monitorar as condições do RN, bem como o resultado do teste do pezinho, entretanto em nosso país não está prevista a interrupção da gestação de portadores de doenças falciformes.

4.1 Diagnóstico preciso

O aconselhamento pré-concepcional não pode estar baseado em hipóteses diagnósticas. No caso das doenças falciformes, é preciso estabelecer previamente se o paciente é um homocigoto SS, ou um heterocigoto SC ou S₋ - talassêmico, por exemplo. O exame laboratorial de ambos os genitores sempre é conveniente, sobretudo nos casos de S^o talassemia. A hemoglobina S deve ser sempre confirmada e diferenciada de outras hemoglobinas anômalas mais raras, que apresentam a mesma migração eletroforética em pH alcalino. Os pacientes SS que receberam transfusão sanguínea recente não devem ser confundidos, no exame eletroforético, com portadores heterocigotos do traço falciforme.

5. TRIAGEM POPULACIONAL

Segundo a ANVISA (2001), os programas comunitários de hemoglobinopatias hereditárias têm sido incentivados pela Organização Mundial da Saúde, possibilitando o diagnóstico de doentes, a identificação de casais de risco, constituídos por dois heterocigotos, bem como o reconhecimento e a orientação genética de heterocigotos. Quando bem controlados e realizados dentro das normas éticas, tais programas geralmente oferecem bons resultados. Assim, por exemplo, alguns programas-modelo desse tipo foram testados no Brasil, com a participação voluntária dos indivíduos, após ampla divulgação do problema na comunidade. Da mesma forma, a triagem de recém-nascidos, acompanhada do aconselhamento dos pais dos doentes, também oferece benefícios indiscutíveis.

Já a triagem de heterocigotos para fins de orientação requer cuidados éticos especiais, por envolver o risco de rotulação, discriminação, estigmatização, invasão de privacidade e perda de autoestima desses indivíduos (ANVISA, 2001). Teoricamente, o ideal seria fornecer a orientação genética a jovens com a maturidade suficiente para assimilá-la, mas que ainda não tivessem estabelecido vínculos reprodutivos. No entanto, alguns estudos de avaliação dos efeitos da orientação genética têm demonstrado que, na prática, ela tem pouca influência na escolha do futuro cônjuge (SERRA et. al, 1995 Apud ANVISA, 2001).

Assim, em nossa realidade buscaremos através da orientação aconselhar casais com possibilidades reprodutivas a repensar se for o caso a sua prole de forma a diminuição no futuro de pessoas com a doença falciforme.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

1-Agência Nacional de Vigilância Sanitária. ANVISA. **Aconselhamento Genético**. In. Manual de Diagnóstico e Tratamento de Doenças Falciformes. ANVISA, 2001 p.36-40.

2-BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília:MS,2012. 318 p.

3-BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Manual de aconselhamento em hepatites virais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica. – Brasília : Ministério da Saúde, 2005. p.13

4-Federação Brasileira das Sociedades de Ginecologia e Obstetrícia. FREBRASGO. Comissão Nacional Especializada de Assistência Pré-Natal. **Assistência Pré-Natal-Manual de Orientação**.

5-QUIRINO, M. Fundamentos do Aconselhamento. Disponível em <<http://www.marceloquirino.com/2007/06/fundamentos-do-aconselhamento.html>> Acesso em 05 de agosto de 2013.

APÊNDICE C- CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DOS MEDICAMENTOS PARA USO NA GRAVIDEZ E LACTAÇÃO

À partir da início da década de sessenta no século passado, quando ocorreu a “tragédia da talidomida”, houve um crescente interesse e preocupação com a administração de medicamentos durante a gestação e lactação. Durante a gestação, a placenta funciona também como uma “barreira” de substância entre a mãe e o feto, entretanto esta barreira a depender da idade gestacional e o tipo de substância (medicação) ou agente (vírus, fungos, protozoários etc.) pode ser ou não permeável.

Entretanto as informações sobre a segurança do uso de medicamentos nas gestantes e lactantes são usualmente insuficientes para uma análise consistente dos dados, considerando que essas categorias de pacientes não são incluídas nos estudos clínicos realizados durante o desenvolvimento da maior parte dos medicamentos.

Essa preocupação a respeito dos efeitos dos medicamentos na gravidez e lactação, resultou na elaboração de um sistema de classificação pelo Food and Drug Administration (FDA) dos EUA que desde 1979 classifica os medicamentos em cinco categorias, designadas pelas letras A, B, C, D e X, baseado no risco ao desenvolvimento do feto (ROZAS, 2004).

Quadro 01: Sistema de classificação para medicamentos utilizados na gravidez e lactação pelo Food and Drug Administration (FDA).

| Categoria | Interpretação | Observações |
|------------------|--|--|
| A | Estudos controlados mostram risco ausente. Estudos bem controlados, adequados, em mulheres grávidas, não demonstram risco para o feto. | 0,7% dos medicamentos |
| B | Nenhuma evidência de risco em humanos. Achados em animais mostraram risco, mas em humanos não, ou se os estudos humanos adequados não foram feitos, os achados em animais foram negativos. | 19% dos medicamentos |
| C | Risco não pode ser excluído. Não existem estudos positivos em humanos e em animais para risco fetal ou inexistem estudos. Contudo, os benefícios potenciais justificam o risco potencial. | Aqui estão incluídos fármacos recentemente lançados no mercado e/ou ainda não estudados. 66% dos medicamentos. |
| D | Há evidência positiva de risco fetal humano, porém, os benefícios do uso em gestantes podem ser aceitáveis. | 7,0% dos medicamentos |
| X | Contraindicado na gravidez. Estudos em animais e humanos ou relatos de investigação ou após liberação no mercado mostraram risco fetal que claramente é maior do que os benefícios potenciais. | 7,0% dos medicamentos |

Fonte: PHILLIPS, 2001, Apud BRASIL, 2012 p.308

Abaixo a Classificação dos Medicamentos mais utilizados na gravidez e lactação, que a depender da dose ou período da gestação ou tempo de uso utilizado pode ter a segunda classificação.

Quadro 02: Classificação dos Medicamentos mais utilizados na gravidez e lactação Segundo Food And Drug Administration (FDA).

Versão atualizada em 26-07-2017

| Classificação FDA /Observações | | | |
|----------------------------------|--|---|---|
| Classe | Nome genérico | Gestação | Lactação |
| Agonista beta adrenérgico | Adrenalina | C | Compatível |
| Ácidos carboxílico | Ácido azelaico | B | Compatível |
| Analgésicos | Ácido acetilsalicílico (AAS) | C: 1º E 2º. Trim. D: 3º. trimestre | Uso criterioso. |
| | Codeína | C | Doses elevadas/uso prolongado, monitorar lactente devido a possíveis efeitos colaterais. |
| | Cafeína | B/D: A depender se dose menor ou maior que 300 mg/dia | Compatível |
| | Dipirona | C | Compatível. |
| | Morfina | B: gestação D: parto. | Uso criterioso, monitorar lactente. |
| | Paracetamol | B: Doses terapêuticas D: Consumo elevado por tempo prolongado. | Uso compatível. |
| Agentes Imunizantes | Imunoglobulina Anti D | C | Compatível |
| Ansiolíticos | Diazepam | D | Não recomendada |
| Antiácidos | Ranitidina | B | Compatível |
| | Hidróxido de alumínio | C | Compatível |
| Antiasmáticos | Budesonida spray oral Ipratrópio | B | Compatível |
| | Beclometasona spray oral | C | Compatível |
| | Salbutamol spray oral | | |
| | Fenoterol | | |
| Antiarrítmicos | Digoxina Propranolol | C: no 1º trimestre; D: no 2º e 3º trimestres. | Compatível |
| | Metoprolol Atenolol | D: | Uso criterioso |
| Antibióticos | Ampicilina / sulbactam | C | Compatível |
| | Amoxicilina; Ampicilina Ácido clavulâmico; Cefalexina; Cefazolina; Cefuroxima Penicilina G Benzatina | B | Compatível |
| | Nitrofurantoína | | |
| | Clindamicina | B | Uso criterioso, monitorar o lactente. |
| | Azitromicina | C | Compatível |
| | Cloranfenicol | C: Gestação D: Se próximo ao parto prematuro pode promover colapso cardiovascular. | Compatível |
| | Norfloxacina/Ciprofloxacina/ levofloxacino | C | Compatível |
| | Sulfametoxazol + Trimetopim | C: Gestação 2º. Trimestre D: 1º. e 3º.trimestre pois pode provocar teratogenia e hiperbilirrubinemia | Uso criterioso durante a amamentação. Compatível com a amamentação em crianças nascidas a termo e maiores de um mês de vida |

| | | | |
|----------------------------------|--|---|--|
| | Gentamicina | D | Compatível |
| Anticonvulsivante | Ácido valpróico | D | Compatível |
| | Carbamazepina | D: Pode provocar mal formações múltiplas. Porém de todos os anticonvulsivantes mostrou-se melhor efeitos perinatais (BRASIL, 2012). | Compatível |
| | Fenobarbital | D: | doses habituais, uso criterioso |
| | Sulfato de magnésio | B | Compatível |
| | Topiramato | C | doses habituais, uso criterioso |
| Antidepressivos | Fenitoína | D | Compatível |
| | Paroxetina | D | Compatível |
| | Citalopram | C | Compatível |
| | Imipramina | D | Compatível |
| | Bupropiona | C | Uso criterioso durante a amamentação. |
| | Lítio | D | Uso criterioso durante a amamentação. Monitorizar os níveis séricos no lactente. |
| Antidiabéticos | Amitriptilina Fluoxetina Sertralina | C: Gestação D: Uso prolongado resulta em síndrome de privação do RN | Uso compatível com a amamentação |
| | Insulina Glibenclamida Metformina | B | Compatível |
| Antiemético | Bromoprida Ondasetrona Meclizina Metoclopramida Dimenidrinato Piridoxina (B6) | B | Compatível em doses habituais |
| Antiespasmódico | Hioscina Escopolamina | B | Uso criterioso |
| Antiflactulentos | Dimeticona | B | Compatível |
| Antifúngicos | Cetoconazol | C | Compatível |
| | Fluconazol | X: 1º. Trimestre C: 2º. e 3º. trimestre. | Compatível |
| | Itraconazol | D: 1º. Trimestre C: 2º. e 3º. trimestre | Compatível |
| | Nistatina: | A: via vaginal C: vias oral e tópica. | Compatível |
| Antimicrobiano macrolídeo | Espiramicina | C: | Compatível |
| Antiparasitário | Albendazol Mebendazol Tiabendazol | C: Utilizar a partir do 2º. Trimestre | Compatível |
| | Pirimetamina | C | Uso criterioso |
| | Praziquantel | B | Compatível |
| | Sulfadiazina | C | Uso criterioso |
| | Antihipertensivos | Captopril | C: 1º. Trimestre D:A partir do 2º. trimestre, pois o efeito hipotensor determina diminuição do fluxo renal concepto |
| Metildopa | | B | Compatível |
| Nifedipina | | C | Compatível |

| | | | |
|---|--|---|--|
| | Propranolol | C/D | Compatível |
| Antihistamínicos | Dexclorfeniramina loratadina | B: Gestação em geral D: duas últimas semanas de gravidez pode provocar fibroplasia retrolental em prematuros | Compatível |
| | Prometazina | C | Compatível se dose única |
| Antimicrobiano e antiprotozoário | Metronidazol | X: 1º trimestre B: partir do 2º. Trimestre. | Compatível |
| Antipsicóticos | Haloperidol | C | Compatível |
| | Clorpromazina | C | Uso criterioso |
| Antituberculoso | Isoniazida, Rifampicina, Pirazinamida, Etambutol | C | Uso criterioso |
| | Estreptomicina | D | |
| Anti ulceroso | Omeprazol /Pantoprazol | C | Compatível |
| Antivirais | Aciclovir | C | Compatível |
| | Lamivudina | C | Compatível |
| | Ritonavir | B | |
| | Zidovudina | C | Uso criterioso |
| Corticóide | Prednisona | C | Compatível |
| Diuréticos | Furosemida | C | Uso criterioso |
| | Hidroclorotiazida | D | Compatível |
| | Espirono-lactona | D | Compatível |
| Escabicidas e pediculicidas | Permetrina | B | Compatível |
| | Benzoato de Benzila | | |
| Hormônios Tireoidianos | Levotiroxina | A | Compatível |
| | Propiltiuracil (PTU) | D | Compatível |
| | Metimazol | D | Uso criterioso |
| Hormônios Contraceptivos | Medroxiprogesterona | X | Compatível |
| | Progestogenio combinado | X | Contra indicado |
| | Progestogenio isolado | X | Compatível |
| Nutrientes | Ácido fólico; Sulfato ferroso | A: recomendado | Compatível |
| | Ácido fólico | | |
| | Vitamina A+D | B: compatível | Compatível |
| Outras drogas | Ácido retinóico oral Anfepramona Anfetamina Benazepril Fibratos Vastatinas Vciperterona Clomifeno Clorpropa-mida Desogestrel Danazol Epinefrina Esrogenios Femproporex Hipoglicemiantes orais Isotritinoína Misoprostol Varfarina | X | Consultar material de Apoio: BRASIL, 2010; LONDRINA, 2016. |

Fonte: LONDRINA, 2016 (prelo); FEBRASGO, 2004; FDA: Food And Drug Administration, 2016 (Adaptado).

OBS: Devido a velocidade dos resultados das pesquisas internacionais, esta listagem tem valor temporário. Devendo o profissional buscar sempre atualização diante da necessidade de prescrição de um fármaco na gestação.

REFERÊNCIAS:

FDA: Food And Drug Administration. Highlights of Prescribing Information. 2010. Disponível em: <http://www.fda.gov>.

ROZAS, A. Medicamentos na Gravidez e Lactação. **Rev. Fac. Ciênc. Méd. Sorocaba**, v. 6, n. 1, p. 38 - 43, 2004.

BRASIL. Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias – 2. ed. – Brasília : Editora do Ministério da Saúde, 2010. 92 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da gestante em APS** / organização de Maria Lucia Medeiros Lenz, Rui Flores. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011. P.101-104.

LEVY, R.A. O Uso de Drogas Anti-reumáticas na Gravidez. *Rev Bras Reumatol*, v. 45, n. 3, p. 124-33, mai./jun., 2005. Disponível em <<http://www.scielo.br/pdf/rbr/v45n3/v45n3a07.pdf> > Acesso em 27 dez.2015

LONDRINA. Manual de medicamentos: Medicamentos da Remume disponíveis nas unidades de saúde do município de Londrina, Pr.145 p.

OLIVEIRA, .H.B et al . 6. Fármacos cardiovasculares na gestação e amamentação. **Arq. Bras. Cardiol.**, São Paulo , v. 93, n. 6, supl. 1, p. 120-126, Dec. 2009 . Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0066-782X2009001300006> Acesso em 28 dez.2015

RIBEIRO, M.S.S.et al. Medicamentos de Risco para a Gravidez e Lactação Comercializados no Brasil: uma Análise de Bulas. Disponível em: <http://www.latamjpharm.org/trabajos/24/3/LAJOP_24_3_4_2_2P18MK2560.pdf> Acesso em 28 dez.2015

Universidade Federal do Ceará. Informações para o uso de medicamentos na gravidez e lactação. Coordenação Mirian Parente Monteiro. Fortaleza - CE, 2008. 112p. Disponível em: <http://www.gpuim.ufc.br/manuais/Manual_Aleitamento.pdf> Acesso em 28 dez.2015

APÊNDICE C - ATIVIDADE FÍSICA PARA GESTANTES

INTRODUÇÃO

A gestação é um período de intensas transformações emocionais e físicas, modificações de ordem sistêmica, especialmente no aparelho reprodutor apresentando alterações bioquímicas, fisiológicas e anatômicas consideráveis.

Para que todo este processo ocorra de forma natural, a atividade física exerce um papel importante visando a promoção da saúde e do bem-estar da mulher.

O exercício aeróbico regular durante a gravidez parece melhorar ou manter a capacidade física e a boa imagem corporal. Entretanto, os dados ainda são insuficientes para esclarecer os possíveis riscos e benefícios para a mãe e o recém-nascido (grau de recomendação A). As atividades físicas recreativas, em sua grande parte, são seguras durante a gravidez. No entanto, devem ser evitados exercícios que coloquem as gestantes em risco de quedas ou trauma abdominal (como esportes de contato ou de alto impacto) (BRASIL, 2012 p.140). Recomenda-se a prática de exercícios moderados por 30 minutos, diariamente.

Desta forma, se faz necessário que equipe de saúde, apoiados pelos profissionais fisioterapeuta e educador físico, orientem as gestantes sobre a importância da atividade física neste período de vida.

Importante: se a mulher antes de engravidar já praticava atividade física, pode manter sua rotina, porém se gestante é sedentária recomenda-se iniciar as atividades após o término do 1º trimestre de gestação.

1. OBJETIVOS DA ATIVIDADE FÍSICA NA GESTAÇÃO:

- Melhorar funcionamento do sistema cardiovascular;
- Aliviar desconfortos intestinais, entre eles obstipação;
- Evitar ou minimizar os transtornos decorrentes da gravidez, como dores nas costas e edema nos membros inferiores (inchaço nas pernas);
- Melhorar a capacidade de relaxamento;
- Promover uma maior percepção corporal e uma imagem corporal positiva;
- Manter a função e força abdominal;
- Preparar os membros superiores (braços) para os cuidados do bebê;
- Preparar os membros inferiores (pernas) para o aumento no peso a ser suportado e para as alterações circulatórias da gravidez;
- Melhorar a percepção e o controle da musculatura do assoalho pélvico (região ao redor da vagina e ânus, que tende a enfraquecer na gravidez);
- Preparar fisicamente para o trabalho de parto, expulsão e atividades após o parto.

2. INÍCIO DA ATIVIDADE FÍSICA NA GESTAÇÃO:

Independente da modalidade, a atividade física deve ser iniciada de forma gradual. Por exemplo, iniciar com caminhadas rápidas por 5 a 10 minutos em terreno plano, aumentando em 30 a 60 minutos diários, 5 a 7 dias por semana, aumentando também a intensidade. Nesse processo, qualquer aumento de atividade física deve ser valorizado como um ganho de saúde e não como uma frustração de meta não alcançada.

Quadro 01: Exercícios físicos básicos na gestação

| Atividade | Orientações |
|--|--|
| Caminhada | 1. Caminhar em esteira ou ao ar livre é um exercício sem impacto, liberado para gestantes que não faziam exercícios. É uma atividade simples, que não requer um nível de aptidão elevado. Além disso, o ritmo regular da prática ajuda a manter a forma física sem sobrecarregar os joelhos. O ideal é caminhar pelo menos meia hora por dia 5 vezes na semana ou 3 vezes por semana por 40 minutos. |
| Exercícios de força ou resistidos (musculação) | 2. Fortalece musculaturas responsáveis pelo controle postural, braços e pernas. A gestante pode utilizar “garrafinhas com areia”. Podendo ser realizadas de 2 ou 3 séries de 10 repetições. Envolver a maior diversidade de grupos musculares possíveis, melhora a circulação geral e periférica e a assimilação da insulina [Grau de Recomendação B]. |
| Alongamento | 3. Para aumentar a flexibilidade e relaxar os músculos já tão sobrecarregados pelas mudanças posturais, o alongamento é muito importante para as gestantes. A prática também proporciona maior agilidade e elasticidade do corpo, ajudando a prevenir lesões. Cada alongamento, deve-se manter de 20 a 30 segundos em cada posição podendo repetir 2 vezes. |

3. EXERCÍCIOS DE PREPARAÇÃO PARA O PARTO

O parto é o momento mais esperado e temido pelas gestantes. Um preparo para este momento referente a atividade física visa conscientizar a gestante para que ela possa desenvolver a potencialidade da sua musculatura, cujo controle e coordenação serão exigidos no momento do parto.

Nos grupos de gestantes é importante:

Orientar a futura mamãe ou o casal sobre a fisiologia do parto e os tipos de parto, oferecendo uma preparação para este momento com:

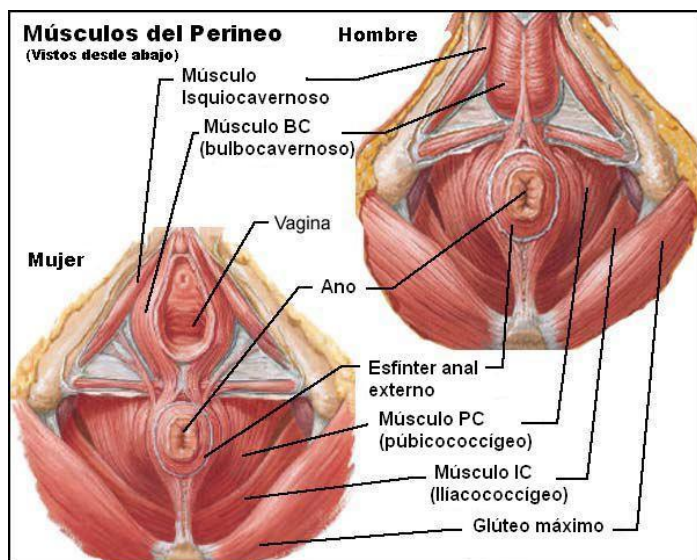
- Ensino de técnicas de respiração, relaxamento, ajudando a mãe a enfrentar as contrações;
- Posições adequadas que ajudem no trabalho de parto;
- Informações sobre a musculatura da região perineal (região ao redor da vagina e do ânus), para a hora do nascimento, e período expulsivo ou a saída do bebê, em que a mãe deve ajudar seu filho a nascer.

3.1 Ensinando exercício de preparação para o parto:

- ✓ Solicitar que a gestante esteja de bexiga vazia;
- ✓ Mostrar figura sobre anatomia e fisiologia do períneo;

O Períneo

A musculatura da região da pelve é formada pelo assoalho pélvico e mais superficialmente pelo períneo, estes são formados por um grupo de músculos e ligamentos que têm a função básica de sustentar os órgãos pélvicos e abdominais, proporciona controle esfíncteriano da bexiga e do intestino, e ainda tem uma importante função nas atividades sexuais.



Fonte: Google imagens/ musculatura pélvica. Disponível em: <http://www.clinicavittale.com.br/servicos/fisioterapia2.php>

1º Contrair – Relaxar (Exercícios de Kegel):

- ❖ Orientar a gestante para que “imagine que esteja segurando xixi”, devendo sustentar de 3 a 5 segundos e relaxar. Repita por 10 vezes esta ação. Importante não contrair outros músculos como glúteos ou adutores de quadril, e não prender a respiração.

2º Contrações Rápidas:

- ❖ Consiste em realizar contrações rápidas, “segurar e soltar o xixi rápido”, cada série 15 a 20 repetições, podendo realizar 3 séries. Respirando normalmente.

3º Exercício do Elevador:

- ❖ Orientar a mulher a imaginar que está subindo um elevador, à medida que o elevador sobe ela deve contrair os músculos do assoalho pélvico e em seguida relaxar os músculos aos poucos como se o elevador estivesse descendo um andar por vez. Repetir 3 vezes.

4º Relaxamento de Périneo:

- ❖ Paciente fica na posição de cócoras ou sentada em cadeira baixa, realiza uma contração e após relaxa. Exercício para ser realizado no momento do parto associado com respiração.

De modo geral dados epidemiológicos sugerem que tanto a gravidez como o parto são fatores de risco para incontinência urinária. Em 5 estudos randomizados verificou que mulheres primíparas assintomáticas que iniciaram exercícios do assoalho pélvico com 20 semanas apresentam menos incontinência urinária no final da gravidez (redução de 56%), até 3 meses pós-parto (redução 50%) e entre 3 e 6 meses pós-parto (redução de 30%) (A) . Conclui-se que há evidências que corroboram para realização de exercícios do assoalho pélvico para prevenção da incontinência urinária no final da gravidez e no pós-parto. É possível que esse efeito seja ainda maior em certos grupos de mulheres, como aquelas que tiveram bebês grandes e partos a fórcepe (FREBRASGO, 2010).

Figura 02: Exercícios de preparação para o parto

| | | |
|---|--|--|
| <p>1. Exercício de períneo - Kegel</p>  <p>Deitada de costas, contraia o assoalho pélvico por 3 segundos e relaxe. Comece com cinco repetições. Pode fazer várias séries por dia.</p> <p>2. Exercício de ponte</p>  <p>Deitada de costas, contraia o bumbum, eleve-o da cama enquanto inspira. Volte lentamente à posição inicial, colocando as costas de cima para baixo, enquanto expira.</p> | <p>3. Alongamento de isquiotibiais</p>  <p>Deite-se de costas e segure uma perna com o joelho quase estendido puxando o pé em sua direção. Segure por 30 segundos e troque de perna. Este exercício é ótimo para dor lombar.</p> <p>4. Alongamento de glúteos</p>  <p>Deitada de costas, traga um joelho no peito e segure por 30 segundos. Troque de perna. Este exercício também é ótimo para dor lombar.</p> <p>5. Alongamento de trapézio</p>  <p>Sentada de pernas cruzadas, incline a cabeça para o lado, mantendo por 30 segundos. Cuidado para não elevar os ombros. Troque de lado.</p> | <p>6. Exercício de bíceps e tríceps</p>  <p>A) Sentada, dobre os cotovelos com as mãos voltadas para cima até a altura dos seios. Em seguida, estenda-os lentamente para baixo. Mantenha os cotovelos junto ao tronco. Faça séries de dez repetições.</p> <p>B) Sentada, com os cotovelos dobrados acima dos ombros e apertados para a frente, estenda os braços acima da cabeça e volte à posição inicial. Faça séries de dez repetições.</p> |
| <p>1. Posições de repouso</p>  <p>A) Deite-se de costas, com a cabeça apoiada em um travesseiro. Coloque almofadas sob a perna até que se forme um ângulo de quase 90 graus.</p>  <p>B) Deite-se de lado, com a cabeça apoiada sobre o braço e coloque um travesseiro entre as pernas.</p> <p>2. Exercício de períneo</p>  <p>Deitada de costas, contraia o assoalho pélvico por 3 segundos e relaxe. Comece com 5 repetições. Pode fazer várias séries por dia.</p> | <p>3. Exercício para pernas</p>  <p>Deite-se de costas, flexione uma das pernas e coloque uma almofada sob o joelho da outra. Empurre a almofada para baixo e segure por 5 segundos. Relaxe. Pode fazer várias vezes por dia.</p> <p>4. Exercício respiratório</p>  <p>Deitada de lado, inspire profundamente enquanto eleva o braço. Deixe o ar sair naturalmente enquanto abaixa.</p> <p>5. Alongamento de peitorais</p>  <p>Deitada de costas e com as pernas flexionadas, mantenha os braços nesta posição por 30 segundos e relaxe. Faça várias vezes ao dia.</p> | <p>6. Exercício para pés</p>  <p>Sente-se na beira da cama, com as mãos apoiadas no colchão. Movimento os pés em todas as direções: flexão, extensão e rotação; isso previne edemas e mantém o tônus muscular.</p>  |

Fonte: Google imagens/ Exercícios na gravidez. Disponível em: <http://institutonascerc.com.br/exercicios-na-gravidez/>

APÊNDICE D - ORIENTAÇÃO ALIMENTAR E NUTRICIONAL PARA A GESTANTE

Figura 1- Alimentação na gestação



Fonte: Google imagens/alimentação gestante Disponível em:
<http://www.villasauddecampinas.com.br/single-post/55b228a40cf286eab02b06e0>

O prognóstico da gestação é influenciado pelo estado nutricional materno antes e durante a gravidez. A inadequação do estado nutricional materno tem grande impacto sobre o crescimento e desenvolvimento do recém-nascido, pois o período gestacional é uma fase na qual as necessidades nutricionais são elevadas, decorrentes dos ajustes fisiológicos das gestantes e de nutrientes para o crescimento fetal. É importante que a gestante esteja consciente disto e que o profissional de saúde saiba orientá-la e motivá-la a ter hábitos alimentares saudáveis nesse período. As orientações descritas a seguir subsidiarão os profissionais de saúde na orientação alimentar das gestantes. Gestantes com excesso de peso ou baixo peso necessitam de cuidado individual e orientações direcionadas.

1. CONCEITO DE ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Uma alimentação saudável é aquela que atende todas as exigências do corpo, ou seja, não está abaixo nem acima das necessidades do nosso organismo. Além de ser a fonte de nutrientes, a alimentação envolve diferentes aspectos, como valores culturais, sociais, afetivos e sensoriais. As pessoas, diferentemente dos demais seres vivos, ao alimentar-se não buscam apenas suprir as suas necessidades orgânicas de nutrientes, mas buscam no alimento uma fonte de prazer importante.

Assim uma alimentação saudável deve ser:

- a. **Variada:** que inclui vários grupos alimentares, a fim de fornecer diferentes nutrientes (por exemplo: cereais, frutas, hortaliças, carnes, laticínios e feijões).
- b. **Equilibrada:** respeitando o consumo adequado de cada tipo de alimento (exemplo: deve-se comer mais frutas do que gorduras).
- c. **Suficiente:** em quantidades que atendam e respeitem as necessidades de cada pessoa.
- d. **Acessível:** baseada em alimentos *in natura*, produzidos e comercializados regionalmente (acessibilidade física), que são mais baratos que alimentos industrializados (acessibilidade financeira).
- e. **Colorida:** quanto mais colorida é a alimentação, mais adequada é em termos de nutrientes. Além de assegurar uma refeição variada, isso a torna atrativa, o que agrada aos sentidos, estimulando o consumo de alimentos saudáveis, como frutas, legumes e verduras, grãos e tubérculos em geral (tais como mandioca e batatas).

- f. **Segura:** os alimentos não devem apresentar contaminantes de natureza biológica, física, química ou outros perigos que comprometam a saúde do indivíduo ou da população. Assim, deve-se respeitar regras de higiene, procurando manusear e armazenar adequadamente todos os alimentos, descartando aqueles que possuem o prazo de validade vencido ou que estejam visivelmente estragados (BRASIL, 2008; 2014c).

2. DEZ PASSOS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL PARA GESTANTES

PASSO 01: Fazer pelo menos 3 refeições e 2 lanches saudáveis

Figura 2- Exemplos de lanches saudáveis na gestação



Fonte: Google imagens/lanche saudável. Disponível em: < <http://pt.slideshare.net/desso1/alimentacao-na-gestacao>>

Faça pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e 2(dois) lanches saudáveis por dia, evitando ficar mais de três horas sem comer;

Beba água, pelo menos 2 litros (de 6 a 8 copos) por dia entre as refeições. A água é muito importante para o organismo, pois melhora o funcionamento do intestino e hidrata o corpo.

Evitar consumir líquidos durante as refeições, para reduzir os sintomas de pirose.

Preferir consumir, após as refeições, frutas com alto teor de líquidos, como, por exemplo, laranja, tangerina, abacaxi, melancia, entre outras.

Apreciar cada refeição, comer devagar, mastigar bem e de forma que evite qualquer tipo de estresse na hora da alimentação.

Para ajudar a controlar o peso durante a gravidez, deve-se orientar a gestante a evitar “pular” as refeições e “beliscar” entre as refeições. Ao fazer todas as refeições, a gestante deve saber que isso evita que seu estômago fique vazio por muito tempo, o que diminui o risco de sentir náuseas, vômitos, fraquezas ou desmaios. Além disso, contribui para que ela não sinta muita fome, não exagerando na próxima refeição. Os excessos podem causar desconforto abdominal, principalmente nos últimos meses de gestação, quando o útero está maior e comprime o estômago.

PASSO 02: Consumir seis porções de cereais**Figura 3- Cereais**

Fonte: Google imagens/cereais. Disponível em:< <http://www.doll.com.br/blog>>

Os cereais são os alimentos que representam as fontes de energia mais importantes da nossa alimentação e devem estar em maior quantidade nas refeições. É necessário incentivar o consumo de cereais na sua forma mais natural (integral), pois oferecem maior quantidade de fibras, que auxiliam a regularizar o funcionamento intestinal. Farinha integral, pão integral, aveia e linhaça são alguns exemplos de alimentos integrais.

Dê preferência aos alimentos na sua forma mais natural, pois além de serem fontes de carboidratos, são boas fontes de fibras, vitaminas e minerais;

Incluir diariamente nas refeições seis porções do grupo de cereais (arroz, milho, pães e alimentos feitos com farinha de trigo e milho) e tubérculos, como as batatas e raízes, como mandioca/macaxeira/aipim;

Estas 6 porções de cereais devem ser distribuídas nas refeições principais, sendo que metade do prato deve ser preenchido com esses alimentos.

Se a gestante for adolescente, a quantidade de porções que deve ser consumida poderá ser diferente. Pois essas precisam de mais energia e nutrientes para garantir o próprio crescimento físico e o desenvolvimento fetal, além de preparar o seu organismo para a amamentação. Portanto, o profissional de saúde deve acompanhar e orientar a gestante adolescente quanto às suas necessidades.

PASSO 03: Consumir Legumes e verduras

Figura 4- Legumes e verduras



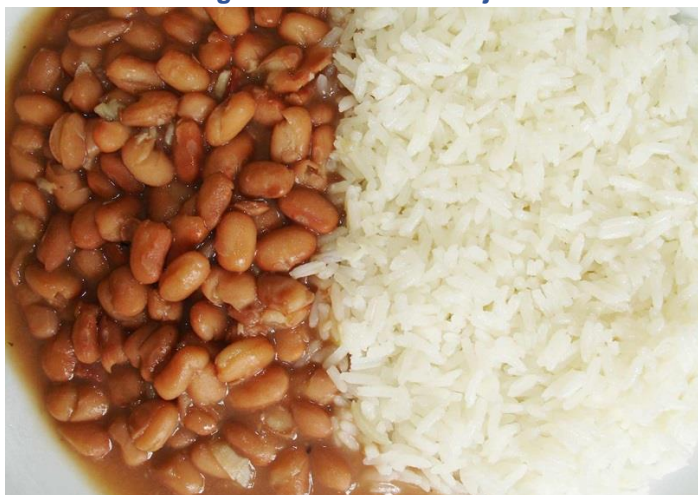
Fonte: Google imagens/

Disponível em: <http://manualdadiabetes.com.br/10-legumes-para-diabeticos/>

- Dê preferência aos alimentos na sua forma mais natural (cru em forma de fruta e não suco), pois – além do fato de que são fontes de carboidratos são ainda boas fontes de fibras, vitaminas e minerais.
- Coma diariamente pelo menos 3 porções de legumes e verduras como parte das refeições e 3 porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches.
- O incentivo ao consumo de frutas, legumes e verduras deve ser uma prática constante do profissional de saúde na atenção à saúde da gestante. Tais alimentos são ótimas fontes de vitaminas, minerais e fibras e, no caso das gestantes, são essenciais para a formação saudável do feto e a proteção da saúde materna. Por isso, deve-se recomendar que os citados alimentos estejam presentes em todas as refeições e lanches do dia.
- Montar um prato colorido e variar os tipos de frutas, legumes e verduras consumidos durante a semana, considerando a disponibilidade de alimentos regionais;
- Consumir hortaliças verde-escuras (por exemplo: couve, brócolis, agrião, taioba, rúcula) e outros alimentos coloridos, como mamão, abóbora, cenoura, laranja, acerola, tomate, caju, pitanga, pêssego, manga, jabuticaba e ameixa;
- Dar preferência a frutas, legumes e verduras crus para obter mais fibras em sua alimentação;
- Lavar em água corrente as frutas, os legumes e as verduras e colocá-los de molho por dez minutos, em água clorada, utilizando produto adequado para este fim (deve-se ler o rótulo da embalagem), na diluição de uma colher de sopa do produto para cada litro de água. Depois, é necessário enxaguar o alimento em água corrente;
- Beber sucos naturais de frutas feitos na hora, pois são melhores fontes de nutrientes. No caso da polpa congelada, ela perde alguns nutrientes, mas ainda é uma opção melhor do que os sucos artificiais, em pó ou em caixinha, e aqueles industrializados, ricos em açúcar, como os néctares de fruta.

PASSO 04: Comer Arroz com Feijão diariamente

Figura 5- Arroz com feijão

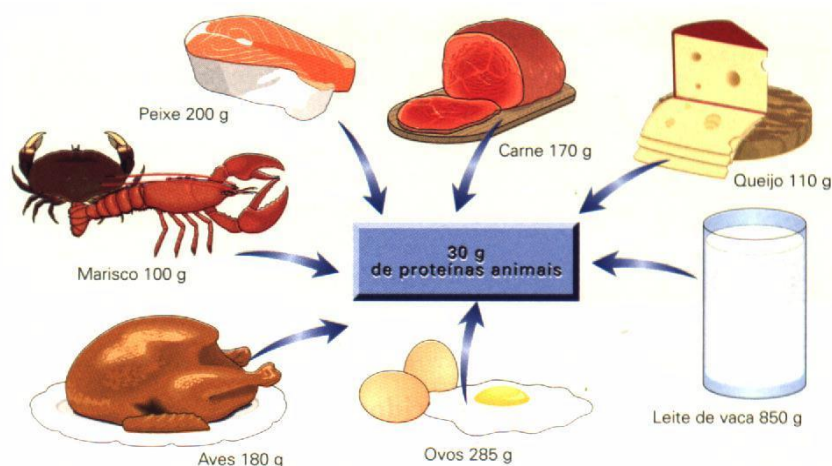


Fonte: Google imagens/arrozcom feijão. Disponível em <http://falecomnutricionista.com.br/wp-content/uploads/2014/08/4b6b10c2e7-1.jpg>

- **Coma feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, 5 vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas (feijão) e cereal (arroz) e bom para a saúde;**
- **Recomenda-se consumir 1 parte de feijão para duas partes de arroz cozido. É interessante incentivar que varie os tipos de feijão usados de acordo com a disponibilidade regional (preto, da colônia, carioquinha, verde, de corda, mulatinho, fradinho, andu, branco e outros.**
- **Quando não for possível o acesso ou de acordo com a preferência da gestante o feijão pode ser substituído por outro alimento do grupo das leguminosas como a soja, o grão-de-bico e a lentilha, que podem ser usados no preparo de saladas frias (sempre deve-se considerar o contexto em que a gestante está inserida).**

PASSO 05: Consumir Proteínas origem animal (leite, derivados, carnes)

Figura 6- Leite e derivados



Fonte: Google imagens/proteína animal. Disponível em <http://ruinuno.50megs.com/proteina.html>

Essas proteínas são completas, o que significa que elas contêm todos os aminoácidos essenciais de que os seres humanos necessitam para o crescimento e a manutenção do corpo, mas que o organismo não é capaz de produzir (GARLICK; REEDS, 1993 Apud BRASIL, 2008 p. 63).

- Leite e derivados são as principais fontes de cálcio na alimentação.
- Carnes, aves, peixes e ovos fazem parte de uma alimentação nutritiva e são ricos em proteínas de boa qualidade. Consuma diariamente 3 porções de leite e derivados e 1 porção de carne, ave, peixe ou ovo.
- Procure consumir as fontes de cálcio em horários diferentes das refeições com alimentos ricos em ferro (carnes e vísceras), com pelo menos duas horas de intervalo, pois consumir estes alimentos juntos pode atrapalhar o adequado aproveitamento deles pelo organismo.
- Estimule o consumo de peixe fresco pelo menos duas vezes por semana. Tanto os de água doce como os de água salgada são saudáveis.
- Evitar carnes cruas ou mal passadas, porque podem transmitir doenças, como verminose, entre outras. Deve-se orientá-la sempre para um adequado preparo desses alimentos.
- Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação tornam esses alimentos mais saudáveis;
- Evite acrescentar café ou achocolatado ao leite, pois esses alimentos também reduzem o aproveitamento do cálcio do leite.
- Dê preferência a leite e derivados nas formas integrais, se não houver contra indicação específica.
- Consumir mais peixe, frango e sempre preferir carnes magras, retirando a pele e a gordura visível.
- Caso a alimentação não inclua alimentos de origem animal, (sem carnes, ovos, leite e derivados), como no caso de gestantes vegetarianas é importante lembrar que muitos alimentos contêm proteína de origem vegetal como Leguminosas: feijão, grão de bico e ervilha, soja, derivados; cereais integrais e derivados: arroz, trigo, centeio, cevada; sementes oleaginosas: amendoim, gergelim, castanha de caju e girassol; frutas, verduras e legumes: brócolis, vegetais verde escuros, abacate, coco, batata, etc. Mas, com exceção da soja, elas são incompletas, ou seja, não possuem todos os aminoácidos essenciais ou na quantidade adequada às necessidades do ser humano. No entanto há algumas combinações de alimentos que complementam entre si os aminoácidos ou suas quantidades, por exemplo, as refeições que combinam grãos de cereais e leguminosas são fontes completas de proteínas. Essas combinações têm vantagens, os cereais e leguminosas são relativamente mais baratos que a carne; são integrais e, em geral, altamente nutritivos e, ao contrário da carne, têm baixos teores de gorduras e teor muito baixo de gorduras saturadas.
- Para orientações mais específicas, orienta-se buscar apoio de um profissional habilitado como nutricionista NASF.

PASSO 06: Diminuir consumo de Gorduras**Figura 7- Alimentos gordurosos**

Fonte: Google imagens/alimentosgordurosos

Disponível em <http://www.dietaesauade.net/por-que-evitar-alimentos-gordurosos/>

- Consuma, no máximo, 1 porção por dia de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina;
- Fique atenta aos rótulos dos alimentos e preferir aqueles livres de gorduras trans.;
- O consumo excessivo de alimentos fontes de gorduras está associado ao surgimento de obesidade, pressão alta e outras doenças do coração. Portanto, deve-se sempre recomendar a redução desses tipos de alimentos.
- Reduzir para, no máximo, uma vez por semana o consumo de alimentos gordurosos, como carnes com gordura visível, embutidos (salsicha, linguiça, salame, presunto, mortadela), queijos amarelos, salgadinhos, chocolates e sorvetes.
- Alguns alimentos com pequena quantidade de gordura contribuem para reduzir o desconforto das náuseas e dos vômitos.
- Usar óleos vegetais (de soja, canola, girassol, milho ou algodão) em vez de margarina, gordura vegetal, manteiga ou banha para cozinhar.
- Ter atenção à quantidade: uma lata de óleo por mês é suficiente para uma família de quatro pessoas. Além disso, no lugar das frituras, deve-se preferir preparações assadas, cozidas, ensopadas e grelhadas.
- Dar preferência ao azeite de oliva para temperar saladas, sem exagerar na quantidade. Entretanto deve-se evitar usá-lo para cozinhar, pois o azeite perde sua qualidade nutricional quando aquecido.

PASSO 07: Evite alimentos ultraprocessados

Figura 8- Alimentos ultraprocessados



Fonte: Google imagens/alimentosultraprocessados.

Disponível em <http://www.oceucho.com.br/top-5/surpreendentes-alimentos-industrializados/>

- Alimentos ultra processados são formulações industriais feitas inteiramente ou majoritariamente de substâncias extraídas de alimentos (óleos, gorduras, açúcar, amido, proteínas), derivadas de constituintes de alimentos (gorduras hidrogenadas, amido modificado) ou sintetizadas em laboratório (corantes, aromatizantes, realçadores de sabor etc.) Exemplo: refrigerantes e sucos industrializados, bolos, biscoitos doces e recheados, sobremesas e outras guloseimas;
- O consumo frequente e em grande quantidade de sobremesas aumenta o risco de complicações na gestação como excesso de peso, obesidade, diabetes gestacional e pressão alta, que prejudicam o adequado crescimento do feto. Além disso, o excesso de açúcar está relacionado ao surgimento das cáries dentárias;
- Se desejar consumir açúcares e doces, consuma no máximo uma porção por dia. Caso a gestante deseje consumir açúcares e doces, é importante e que sejam citados os riscos relacionados ao consumo destes alimentos para a saúde da gestante e do feto, a fim de alertar a gestante quanto à importância do seu autocuidado à saúde.
- Valorize o sabor natural dos alimentos e das bebidas evitando ou reduzindo o açúcar adicionado a eles.
- Refrigerantes e sucos industrializados contém corantes artificiais, aromatizantes e açúcar. Aconselha-se que estes alimentos sejam evitados na gravidez.
- Mesmo os alimentos “diet”, “light” e “zero”, contêm edulcorantes (adoçantes) que durante a gestação deve ser reservado para as mulheres que precisam controlar o ganho de peso e para as diabéticas. Para estes casos, o profissional de saúde deve fornecer as informações necessárias sobre o uso de adoçantes. (ver abaixo orientação sobre adoçantes)
- Preferir consumir frutas como sobremesa. Além de saborosas, são opções de alimentos mais saudáveis e ricos em vitaminas e minerais.

PASSO 08: Diminuir o consumo de sal**Figura 9- Evitar sal**

Fonte: Google imagens/evitarsal

Disponível em <http://i0.wp.com/www.olindahoje.com.br/wp-content/uploads/2015/09/SAL.jpg>

- A quantidade de sal por dia deve ser de, no máximo, uma colher de chá rasa (5g), por pessoa, distribuída em todas as refeições.
- O consumo excessivo de sódio (presente no sal de cozinha e em alimentos industrializados) aumenta o risco de pressão alta, doenças do coração e rins, além de causar ou agravar o edema comum na gravidez. A maioria das mortes maternas no Brasil ocorre por complicações da pressão alta durante a gravidez.
- Importante retirar o saleiro da mesa.
- Utilizar temperos naturais, como cheiro verde, alho, cebola, ervas frescas ou secas e suco de frutas, como limão, para temperar e valorizar o sabor natural dos alimentos e, com isso, reduzir a quantidade de sal.
- Ler o rótulo, ao comprar produtos industrializados, e escolher aqueles com menor quantidade de sódio. Deve-se lembrar que o sal também pode ser apresentado na lista de ingredientes com o nome de cloreto de sódio.
- Utilizar somente sal iodado. O iodo é um importante mineral para o corpo humano e, por isso, recomenda-se o uso do sal iodado.
- Deve-se evitar o uso de sal destinado ao consumo animal, porque este sal não tem iodo. A falta do citado mineral durante a gestação está associada a uma série de riscos, como aborto, baixo peso da criança ao nascer, retardamento mental e físico ou risco de apresentar dificuldades de aprendizado.
- Em casa, guardar o sal sempre em local fresco e ventilado, longe do calor do sol, do forno ou fogão.
- Evitar as formas de preparo que utilizam o uso de carnes gordas e salgadas ou embutidos, como feijoadas pois elevam a quantidade de gorduras e sal na alimentação.
- Evitar ingerir alimentos industrializados com muito sal (sódio), como hambúrguer, charque, salsicha, linguiça, presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas prontas, molhos e temperos prontos.

PASSO 09: Consumir alimentos ricos em ferro

Figura 10- Alimentos ricos em ferro



Fonte: Google imagens/alimentos rico ferro

Disponível <http://dicassobresaude.com/30-alimentos-ricos-em-ferro-para-combater-a-anemia/>

- Alimentos fontes de ferro evitam a anemia.
- A anemia é uma doença causada, principalmente, pela falta de ferro no organismo. Na gestação, está associada ao maior risco de morte tanto para a mãe quanto para a criança, além de parto prematuro, baixo peso ao nascer e o surgimento de infecções.
- Deve-se consumir diariamente alimentos de origem animal: fígado, coração, moela, carnes em geral, vísceras dentre outros e de origem vegetal: feijão, lentilha, grão-de-bico, soja, folhas verde-escuras (ex.: brócolis, couve, espinafre, rúcula e taioba), grãos integrais, nozes e castanhas, goiaba, carambola, mangaba, açaí e outros.
- O ferro nos alimentos de origem animal é melhor absorvido pelo organismo do que o ferro dos alimentos vegetais.
- Para aproveitar melhor o ferro dos alimentos de origem vegetal, consuma, logo após as refeições, meio copo de suco de fruta natural ou a própria fruta que seja fonte de vitamina C, como acerola, laranja, caju, limão e outras.
- Consumir as farinhas de trigo e milho comercializadas no Brasil que são enriquecidas com ferro e ácido fólico para ajudar na prevenção e controle da anemia.

PASSO 10: Manter o ganho de peso gestacional dentro de limites saudáveis

Figura 11- Ganho de peso



Fonte: Google imagens/ganhodepesogestação.

Disponível em <http://projeto444.com/saude/ganho-de-peso-na-gestacao/>

O excesso de peso materno é fator de risco para diabetes gestacional, aumento da pressão arterial e outros problemas circulatórios. Além disso, está relacionado ao nascimento prematuro, defeitos no sistema nervoso da criança e ao aumento de partos cesáreos.

- Ingesta de bebidas açucaradas (como os refrigerantes e os sucos industrializados) e as bebidas com cafeína (café, chá preto e chá mate) não substituem a água, dificultam o aproveitamento de alguns nutrientes e devem ser evitadas durante o período de gestação para favorecer o controle de peso.
- Evitar deitar-se logo após as refeições, pois assim pode evitar mal-estar e pirose.
- Durante a consulta de pré-natal é importante que o profissional de saúde faça o diagnóstico nutricional e orientações à gestante sobre o quanto ela pode ganhar de peso durante o período que pode variar de 7- 18 Kgs a depender de seu peso pré-gestacional;
- A alimentação saudável, a atividade física e a prática corporal regular são aliadas fundamentais no controle do peso, redução do risco de doenças e melhoria da qualidade de vida.
- As práticas corporais agregam diversas formas do ser humano se manifestar por meio do corpo e contemplam além das modalidades esportivas e caminhadas, o tai-chi, o lian gong, o yoga, entre outras.
- Além disso, outras orientações que favorecem o controle do peso são, evitar o fumo e o consumo de álcool, pois prejudicam a sua saúde, o crescimento do feto e aumentam o risco de nascimento prematuro.

Fonte: BRASIL. 2012 p. 80-89;BRASIL, 2008. BRASIL 2015a (Adaptado).

Comendo PARA dois, e não POR dois!



Durante a gravidez, o corpo trabalha de forma ainda mais eficiente, tirando o máximo de energia do que a mulher come. Por isso, nos primeiros 3 meses de gestação a maioria das mulheres nem precisa comer mais do que já comia. Só nos últimos 6 meses é que é aconselhável comer 350 calorias a mais, mas isso não quer dizer quase nada, por exemplo: 1 copo cheio de leite e uma fatia grande de bolo.

2. GRUPOS NUTRICIONAIS

Classicamente os grupos alimentares de macronutrientes estão representados em forma de pirâmide, sendo estes os carboidratos, as fibras alimentares, as proteínas, as gorduras e óleos.



Fonte: Google imagens/pirâmide alimentar.

Disponível em <http://www.wickbold.com.br/o-que-e-piramide-alimentar/>

2.1. Macronutrientes:

São nutrientes necessários ao organismo diariamente e em grandes quantidades. Constituem a maior parte na dieta. Fornecem energia e componentes fundamentais para o crescimento e manutenção do corpo. Fazem parte deste grupo carboidratos, proteínas e gorduras. A unidade de medida é o grama. O equilíbrio alimentar depende da proporção ideal entre eles.

3.1.1 Carboidratos:

Figura 12- Carboidratos



Fonte: Google imagens/carboidratos
Disponível em <http://www.infoescola.com/nutricao/carboidrato/>

Os carboidratos (glicídios ou hidratos de carbono) são considerados as principais fontes alimentares para a produção de energia, além de exercer inúmeras funções metabólicas e estruturais no organismo. As principais fontes de carboidratos são grãos, os vegetais, o melado e açúcares. Estão presentes, na maioria das vezes, nos alimentos de origem vegetal.

Fontes alimentares: pães, massas, melados, cereais, frutas, açúcar, doces, geleias, legumes, verduras, vegetais feculentos, hortaliças e leite. Os alimentos refinados fornecem apenas calorias vazias, por isso devemos preferir os integrais que apresentam vitaminas, minerais e fibras.

Quantidade necessária diária: 6-7 g/Kg peso

3.1.2 Proteínas:

Figura 13- Proteínas



Fonte: Google imagens/proteínas
Disponível em <https://www.tuasaude.com/alimentos-ricos-em-proteinas/>

As proteínas apresentam funções e estruturas diversificadas que repetem entre si. Formam os hormônios, anticorpos, as enzimas (catalisam reações químicas) e os componentes estruturais das células; reparam proteínas corpóreas gastas (anabolismo), resultantes do contínuo desgaste natural (catabolismo); constroem novos tecidos; fonte de calor e energia (fornecem 4 Kcal por grama); encontram-se no tecido muscular, nos ossos, no sangue e outros fluidos orgânicos. São classificadas em:

. Proteína de alto valor biológico (AVB), ou seja, possuem em sua composição aminoácidos essenciais em proporções adequadas. Ex.: proteínas da carne, peixe, aves e ovo;

. Já as Proteínas de baixo valor biológico (BVB): Não possuem em sua composição aminoácidos essenciais em proporções adequadas. É uma proteína incompleta. Ex.: cereais integrais e leguminosas (feijão, lentilha, ervilha, grão-de-bico, etc.);

.Proteínas de referência: possuem todos os aminoácidos essenciais em maior quantidade. Ex.: ovo, leite humano e leite de vaca.

Quantidade necessária diária:0,8 a 1 grama/Kg de peso

3.1.3. Gorduras:

Figura 14- Gorduras



Fonte: Google imagens/óleos

Disponível em <https://metacolher.wordpress.com/tag/oleos-e-gorduras/>

Podem ser de origem animal ou vegetal. Além de fonte de energia, são veículos importantes de nutrientes, como vitaminas lipossolúveis (A, D, E, K) e ácidos graxos essenciais. Estão divididas em saturadas, monoinsaturadas e poliinsaturadas. As saturadas devem ser limitadas a menos de 10% do total de ingestão calórica, aumentam o colesterol total e a LDL e provocam a aterosclerose. Estão presentes em carnes gordas, banha, manteiga, palma, cacau, laticínios, coco, etc.

Já a gordura monoinsaturada e poliinsaturadas, diminui o LDL e o colesterol total, possuem efeito anti-inflamatório sobre as células vasculares, inibindo a expressão de proteínas endoteliais pró-inflamatórias. São os ácidos graxos essenciais, que o organismo não produz, necessitando serem incorporados na dieta. Têm papel importante no transporte de gorduras e na manutenção da integridade das membranas celulares. Estão presentes no azeite de oliva, canola, açaí, abacate e frutas oleaginosas (amendoim, castanhas, etc.).

Quantidade necessária diária:1 grama/Kg de peso.

-“Inimiga oculta”-

As Gorduras trans: São formadas a partir do processo de hidrogenação industrial ou natural (rumem dos animais) dos ácidos graxos. Encontram-se nos alimentos industrializados. Alimentos de origem animal (carnes gordas e leites integrais) apresentam pequenas quantidades dessas gorduras. Possuem a finalidade de melhorar a consistência, sabor dos alimentos e aumentar a vida de prateleira de alguns produtos. O consumo excessivo aumenta a concentração de LDL e diminui a concentração de HDL plasmático. Fontes alimentares: Naturais (carnes, leites e derivados) e industrializados (biscoitos, salgadinhos, frituras, bolos, margarinas, pães, sorvetes, doces, etc.).

Nos rótulos dos alimentos, deve-se verificar se há a indicação "gordura hidrogenada" ou "parcialmente hidrogenada" ou "óleo vegetal hidrogenado" ou "parcialmente hidrogenado". Se houver, é porque o alimento apresenta gordura trans na sua composição. O ideal é não consumir além de 2,2 g dia deste produto.

3.2 Micronutrientes:

São nutrientes necessários para a manutenção do organismo, embora sejam requeridos em pequenas quantidades, de miligramas a microgramas. Fazem parte deste grupo as vitaminas e os minerais. São nutrientes essenciais e devem estar presentes na alimentação diariamente. O déficit pode provocar doenças ou disfunções e o excesso, intoxicações. Por isso, a dieta deve ser sempre equilibrada e variada.

3.1.4 Fibras alimentares

Figura 15- Fibras



Fonte: Google imagens/fibras

Disponível em <http://www.nutricionistarafael.com.br/2015/09/fibras-alimentares-combinacoes-de.html>

As fibras alimentares são os polissacarídeos vegetais da dieta, como celulose, hemiceluloses, pectinas, gomas, mucilagens e a lignina (não polissacarídeo) que não são hidrolisados pelo trato gastrointestinal humano.

São divididas em Fibras Solúveis e insolúveis : as solúveis apresentam efeito metabólico no trato gastrointestinal, retardam o esvaziamento gástrico e o tempo do trânsito intestinal, diminuem a absorção de glicose e colesterol. Protege contra o câncer colorretal. Já as insolúveis fazem parte da estrutura das células vegetais e são encontradas em todos os tipos de substâncias vegetais principalmente em frutos com casca comestível e sementes. Não se dissolvem na água, aumentam o bolo fecal, aceleram o tempo de trânsito intestinal pela absorção de água, melhorando a constipação intestinal, anulando o risco de aparecimento de hemorroidas e diverticulites (inflamação da parede do intestino).

Quantidade necessária diária: A ingestão deve consistir em quantidades iguais de fibras solúveis e insolúveis, num total de 20 a 30g de fibras diárias. O excesso de fibras interfere com a absorção de zinco e cálcio, especialmente em crianças e idosos.

3.2.1 Vitaminas:

Figura 16- Vitaminas



Fonte: Google imagens

São compostos orgânicos, que não podem ser sintetizados pelo organismo. Encontram-se em pequenas quantidades na maioria dos alimentos. São essenciais para o bom funcionamento de processos fisiológicos do corpo. São substâncias extremamente frágeis, podendo ser destruídas pelo calor, ácidos, luz e certos metais. Suas principais propriedades envolvem dois mecanismos importantes: o de coenzima (substância necessária para o funcionamento de certas enzimas que catalisam reações no organismo) e o de antioxidante (substâncias que neutralizam radicais livres).

3.2.2 Minerais:

Figura 17- Minerais



Fonte: Google imagens/minerais

Disponível em: <http://belezaesaude.com/sais-minerais/>

São substâncias de origem inorgânica que fazem parte dos tecidos duros do organismo, como ossos e dentes. Também encontrados nos tecidos moles como músculos, células sanguíneas e sistema nervoso. Possuem função reguladora, contribuindo para a função osmótica, equilíbrio acidobásico, estímulos nervosos, ritmo cardíaco e atividade metabólica.

3.2.3 Principais Vitaminas e sais minerais essenciais na gestação:

| Nutriente | Função | Fontes alimentares | Exemplos quantidade diária |
|---------------------|--|---|---|
| Ácido fólico | É um componente fundamental do líquido e ajuda a fechar o tubo que abriga o sistema nervoso central; além disso, auxilia na síntese do DNA e na função cerebral. | Brócolis, Tomate, Espinafre, Rúcula, Couve, Acelga, Almeirão, Feijão-preto. | -verduras escuras, como por exemplo o brócolis(61 mcg) - 1 laranja grande (54 mcg) |
| Cobre | Formação do coração, artérias, vasos sanguíneos e sistema nervoso. | Feijão, Lentilha, Manga. | -1 xícara de lentilha (0,50 mg) -4 colheres de sopa de feijão (0,24 mg) -1 manga (0,25 mg) |
| Ferro | Auxilia na formação dos glóbulos vermelhos e repassa oxigênio às células para energia e crescimento do feto; constitui ossos e dentes; Diminuiu o risco de infecção e hemorragia na hora do parto. | Carne de Boi , Fígado, Açaí , Couve, Feijão, Damasco. *comer junto com alimento rico em vitamina C | -1 bife pequeno (cerca de 2,4 mg) -4 colheres de sopa de grão-de-bico cozido (2,2 mg) -2 colheres e meia de sopa de ervilhas (1,1 mg) |
| Cálcio | Formação dos ossos, dentes, coração e músculos. | Leite e iogurte, Queijo, Couve, Sardinha, Feijão-branco, Mamão. | . 200 ml de leite (230 mg) . 200 ml de leite de soja fortificado (273 mg) . 1 potinho de iogurte (225 mg) . 4 figos secos (168 mg) |
| Cromo | Regula os níveis de açúcar no sangue; estimula a síntese proteica em tecidos em desenvolvimento. | Frango , Pão integral, Amêndoas. | -1 filé de frango grelhado pequeno sem pele (22 mcg) -1 fatia de pão integral (16 mcg) |
| Fósforo | Formação dos dentes e ossos, coagulação do sangue e frequência cardíaca normal. | Leite e iogurte, Queijo, Carne, Frango, Peixe, Ovos, Feijão, Amendoim. | -175 g de feijão cozido (273 mg) - 1 xícara de leite (247 mg) |
| Iodo | Regula o metabolismo e ajuda a desenvolver o sistema nervoso. | sal iodado, peixe, algas, leite e laticínios. | - 1 colher e meia de chá de sal |
| Magnésio | Ajuda a formar ossos e dentes fortes, regula os níveis de insulina e açúcar no sangue, constrói e conserta tecidos | Castanhas-do-pará, Espinafre, Quiabo , Arroz integral, semente de girassol de abóbora, nozes. | 9 castanhas-do-pará (123 mg) 2 colheres e meia de sopa de espinafre (44 mg) 2 colheres e meia de sopa de quiabo (77 mg) 4 colheres de sopa de arroz integral (71 mg) |

Continua

| Nutriente | Função | Fontes alimentares | Exemplos quantidade diária |
|------------------------------|--|--|--|
| Manganês | Formação do pâncreas. | Arroz integral, Feijão preto . | 170 g de arroz integral cozido (6,93 mg) 175 g de feijão preto cozido (0,76 mg) |
| Potássio | Auxilia na atividade muscular e contrações, no metabolismo e na função nervosa. | Banana , Melão, Laranja, Batata, Abacate, Acelga, Feijão, Água de coco. | -1 batata grande assada (844,4 mg) -1 xícara de uva-passa (575 mg) -10 damascos secos (482 mg) |
| Vitamina A (retinol) | Importante para o desenvolvimento celular e dos olhos, para uma pele saudável, mucosas, resistência a infecções, crescimento dos ossos, metabolismo de gorduras e produção de glóbulos vermelhos. | Cenoura , Mamão, Batata doce, Melão, Couve, Gema de ovo. | -suco de cenoura -batata doce -melão |
| Vitamina B1 (tiamina) | Converte carboidratos em energia; é essencial para o desenvolvimento do cérebro e também ajuda na formação do coração e do sistema nervoso. | Carnes, Arroz integral, Ovo, feijão. | Carnes, Arroz integral, Ovo, feijão. |
| Vitamina B6 | Auxilia no metabolismo de proteínas, gorduras e carboidratos; ajuda a formar novos glóbulos vermelhos e a desenvolver o cérebro e o sistema nervoso. Contribuindo para o crescimento e ganho de peso do feto. | Banana , Batata, Frango, Grão-de-bico, Milho, Peixe. | -1 banana (0,7 mg) -1 batata grande do tipo para assar (0,7 mg) -1 xícara de grão-de-bico (0,6 mg) -1 filé de frango pequeno (0,5 mg) |
| Vitamina C | Essencial para reparação de tecidos e produção de colágeno; ajuda no crescimento e na formação de ossos e dentes fortes. Auxilia na formação de pele e os vasos sanguíneos. Aumenta a absorção do Ferro e as defesas do organismo. | Laranja , Tomate, Manga, Abacaxi, Couve, Goiaba. | - 1 copo de suco de laranja (124 mg) -1 xícara de morangos (84,5 mg) -2 flores de brócolis (32 mg) -2 tomates (30 mg) |
| Vitamina D | Auxilia na absorção do Cálcio. Formação de ossos e dentes. | Leite e iogurte, Gema de ovo, Fígado. | -1 filé de salmão (0,22 mg) -200 ml de leite (0,08 mg) - 2 filés de linguado (0,36 mg) |
| Zinco | Formação dos órgãos e sistemas nervoso e circulatório. | Atum em lata, Semente de girassol, Carne, semente de girassol de abóbora, nozes.. | -carne de vaca -carne de cordeiro -semente de girassol -atum em lata |

Fonte: SILVA et.al 2007; Centro nutrição Celular. Manual da Gestante; Só Nutrição (adaptado).

3. ALIMENTOS QUE COMPÕE OS DIVERSOS GRUPOS NUTRICIONAIS

Conforme pode ser observado no quadro anterior, uma alimentação saudável exige o consumo de uma variedade de alimentos não somente na forma e sabor, mas também na variedade de grupos de alimento. Assim, abaixo está colocado à partir de grupos de alimentos alguns exemplos dos itens que compõe nosso cardápio regional.

| Grupos de Alimentos | Alimentos | 1 porção equivale a | Calorias aproximada por porção | Número de porções recomendadas/dia |
|------------------------------|---|------------------------|--------------------------------|------------------------------------|
| cereais, tubérculos e raízes | Arroz branco cozido | 4 colheres de sopa | 150 Kcal | 06 |
| | Batata cozida | 1 unidade e ½ | | |
| | Batata frita | 7 palitos | | |
| | Biscoito tipo "cream cracker" | 5 biscoitos | | |
| | Bolo de Milho | 1 fatia | | |
| | Cereal Matinal | 1 xícara de chá | | |
| | Farinha de Mandioca | 2 colheres de sopa | | |
| | Inhame cozido/amassado | 3 colheres e ½ de sopa | | |
| | Macarrão cozido | 3 colheres e ½ de sopa | | |
| | Mandioca | 4 colheres de sopa | | |
| | Milho verde em espiga | 1 espiga grande | | |
| | Milho verde em conserva | 7 e ½ colheres sopa | | |
| | Pão de forma tradicional | 2 fatias | | |
| | Pão francês | 1 unidade | | |
| legumes e verduras | Purê de batata | 3 colheres de sopa | 15 kcal | 03 |
| | Abóbora cozida | 1 colher e ½ de sopa | | |
| | Alface | 15 folhas | | |
| | Beringela Cozida | 2 colheres de sopa | | |
| | Beterraba crua ralada | 2 colheres de sopa | | |
| | Brócolis cozido | 4 colheres e ½ de sopa | | |
| | Cenoura crua picada | 1 colher de servir | | |
| | Chuchu cozido | 2 colheres e ½ de sopa | | |
| | Espinafre Cozido | 2 colheres e ½ de sopa | | |
| | Jiló cozido | 1 colher e ½ de sopa | | |
| | Pepino Picado | 4 colheres de sopa | | |
| | Quiabo picado | 2 colheres de sopa | | |
| | Repolho branco cru picado | 6 colheres de sopa | | |
| | Rúcula | 15 folhas | | |
| Tomate comum | 4 fatias | | | |
| Frutas | Abacate | 2 colheres de sopa | 70 kcal | 03 |
| | Abacaxi | 1 fatia | | |
| | Ameixa preta seca | 3 unidades | | |
| | Banana prata | 1 unidade e meia | | |
| | Banana nanica | 1 unidade pequena | | |
| | Banana maçã | 1 unidade | | |
| | Caqui | 1 unidade | | |
| | Goiaba | ½ colher de sopa | | |
| | Laranja pera | 1 unidade | | |
| | Maça | 1 unidade | | |
| | Mamão papaia | ½ colher de sopa | | |
| | Mamão | 2 fatias | | |
| | Manga | ¼ unidade | | |
| | Melancia | 2 fatias | | |
| | Salada de frutas (banana, maçã, laranja, mamão) | ½ colher de sopa | | |
| Suco de laranja | ½ copo de requeijão | | | |
| Feijão | Uva comum | 22 uvas | 55 kcal | 01 |
| | Feijão cozido (50% de caldo) | 1 Concha | | |
| | Lentilha cozida | 2 colheres de sopa | | |
| L e i t e e d o | Soja cozida | 1 colher de servir | 120 Kcal | 03 |
| | logurte desnatado de frutas | 1 pote | | |
| | logurte Integral de frutas | 1 pote | | |

| | | | | |
|--------------------|---------------------------|---------------------|----------|----|
| | iogurte integral natural | 1 copo de requeijão | | |
| | Leite tipo C | 1 copo de requeijão | | |
| | Queijo tipo minas frescal | 1 fatia grande | | |
| | Queijo tipo mussarela | 3 fatias | | |
| Carne peixe e ovos | Bife grelhado | 1 unidade | 190 kcal | 01 |
| | Carne assada | 1 fatia pequena | | |
| | Filé de frango grelhado | 1 unidade | | |
| | Ovo cozido | 2 unidade | | |
| | Omelete simples | 1 unidade | | |
| | Peixe espada cozido | 1 porção | | |
| Óleos e Gorduras | Óleo vegetal | 1 colher de sopa | 73 | 01 |
| | Azeite de oliva | 1 colher de sopa | | |
| | Manteiga | ½ colher de sopa | | |
| | Margarina | ½ colher de sopa | | |
| Açúcares e doces | Açúcar cristal | 1 colher de sopa | 110 kcal | 01 |
| | Geleia de fruta | 1 colher de sopa | | |

OBS: As porções dos alimentos devem ser distribuídas ao longo das 3 refeições principais (café, almoço e jantar) além de 2 lanches intermediários. Lembrando que as refeições mais pesadas devem ser realizadas durante o dia (café e almoço) deixando para o jantar uma quantidade menor de alimentos.

Fonte: Adaptado pela organizadora de BRASIL. 2012 p. 80-89; Web: Só nutrição. Tabela de calorias.

4. ALIMENTOS QUE DEVEM SER EVITADAS PELAS GESTANTES

Figura 18- Alimentos que devem ser evitados

- **Peixes e frutos do mar crus**, como ostras e sushi.
- **Queijos do tipo frescal ou "minas"**, que podem ser feitos com leite não-pasteurizado.
- **Carne bovina ou de porco mal passada ou crua**
- **Ovos crus**, como massa de bolo crua, gemada, ovo frito com gema mole e algumas sobremesas - mousses, por exemplo).
- **Bife de fígado e miúdos**, para evitar a sobrecarga da forma retinóica da vitamina A, que pode ser prejudicial ao feto.
- **Bebidas alcoólicas.**
- **Bebidas e alimentos com cafeína.** O consumo diário de cafeína seguro é 300mg. Assim, evite alimentos como café, Coca-Cola, chá preto/mate/verde, pois o excesso de cafeína pode aumentar o risco de aborto espontâneo e de a criança nascer com baixo peso. Não tome mais que 3 xícaras pequenas (50ml) de café por dia, e, se possível, prefira bebidas descafeinadas.
- Se você tiver na família pessoas com alergias, é bom evitar alimentos com **nozes, castanhas ou amendoim** durante a gravidez e a amamentação.



Fonte: Google Imagens

5. BEBIDAS ALCOÓLICAS E NUTRIÇÃO

Figura 19- Bebidas alcoólicas



Fonte: Google imagens

Embora muitas gestantes neguem o uso de bebidas alcólicas, sabemos que em nossa sociedade a cada dia cresce o número de pessoas que fazem uso rotineiro, das mesmas. Além de todos os riscos para a saúde materno fetal que o uso e principalmente o abuso desta substâncias acarretam, do ponto de vista nutricional é importante orientar à gestante que as bebidas alcoólicas contêm pouco ou nenhum nutriente. Incluem cervejas e vinhos, consideradas fermentadas, cujo volume de álcool (etanol) varia de 4% a 7% e de 10% a 13% respectivamente, e as bebidas alcoólicas destiladas como a aguardente (cachaça), vodka e uísque, que contêm 30% a 50% de volume de álcool. Cada grama de etanol contém 7 quilocalorias (kcal) (WORLD CANCER RESEARCH FUND, 1997, Apud BRASIL, 2008 p.25). Além disso, o álcool exaure o corpo de vitaminas do complexo B e também de ácido ascórbico (vitamina C), afetando dessa forma negativamente o estado nutricional das pessoas.

Em caso de dependência de álcool, os indivíduos acometidos, em geral tem uma alimentação deficiente, o que pode resultar em beribéri e escorbuto, provocados respectivamente pela deficiência de tiamina (vitamina B1) e ácido ascórbico, dentre outras doenças carenciais (SIMONE, 1994, Apud BRASIL, 2008 p.25).

7.GESTAÇÃO E O USO DE ADOÇANTES

Os adoçantes são substitutos naturais ou artificiais do açúcar que conferem sabor doce com menor número de calorias por grama. Os adoçantes são compostos por substâncias edulcorantes (que adoçam muito em pequenas concentrações) e por um agente de corpo, que confere durabilidade, boa aparência e textura ao produto final. Atualmente vários adoçantes comercializados contêm dois ou mais edulcorantes em suas fórmulas, a fim de que ocorra uma potencialização das vantagens de cada edulcorante e neutralização das desvantagens, principalmente o sabor residual (TORLONI et.al, 2007).

Em nossa sociedade, muitas mulheres, tem o hábito de substituir o açúcar pelo adoçante, porém ao engravidar, frequentemente a mulher pergunta se essas substâncias são seguras para o feto e se pode continuar a usá-las durante a gravidez.

De uma forma geral, o uso de adoçantes durante a gestação deve ser reservado para pacientes que precisam controlar o seu ganho de peso e para diabéticas, com cuidado de seguir as recomendações de consumo (BRASIL, 2012 p. 87), pois determinadas substâncias utilizadas em sua formulação podem ser prejudiciais neste período.

Baseado nas evidências atualmente disponíveis, deve-se dar preferência ao aspartame, sucralose, acessulfame-K e a estévia (TORLONI et.al, 2007). Todos com moderação (BRASIL, 2012 p. 179).

7.1 Adoçantes mais utilizados, seus possíveis riscos à gestante e ao feto e quantidades recomendadas:

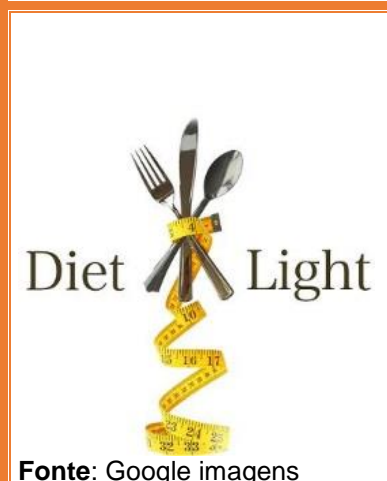
| Tipo de Edulcorante e Considerações na gestação e Lactação | Exemplos de nomes comerciais |
|---|--|
| <p>Sacarina: Apesar de cruzar a barreira placentária de forma limitada, estudos em ratos não demonstraram efeitos teratogênicos, ou seja, não são capazes de produzir danos ao feto ou embrião durante a gravidez. Porém como existem ainda poucos estudos comprovando ou não os riscos da sacarina para fetos humanos, o uso deste adoçante deve ser evitado durante a gestação de forma preventiva. De qualquer forma, não há relatos da associação entre a exposição à sacarina durante a vida fetal e o surgimento de câncer, posteriormente.</p> <p>Limite máximo diário: 5mg por quilo de peso</p> <p>Risco na gestação: C- Essas drogas só devem ser administradas se os possíveis benefícios justificarem os riscos potenciais para o feto.</p> <p>Na lactação: Algumas evidências demonstram que a sacarina teria um efeito de aumento progressivo de sua concentração no leite humano, após ingestões repetidas dessa substância. Não existem recomendações oficiais quanto ao uso de sacarina durante a amamentação, porém, é prudente evitar seu uso.</p> | <p>-Adocyl; -Assugrin; -Assugrin Tal e Qual; -Dietil; -Doce menor; -Sucaryl; -Lowçúcar pó 500 g.</p> |
| <p>Ciclamato: Adoça de 30 até 140 vezes mais que o açúcar e não possui calorias. Não tem sabor residual e não sofre alterações com elevação da temperatura, como o aspartame. Quando associado à sacarina, o ciclamato atenua seu sabor desagradável.</p> <p>Não existem estudos controlados sobre os possíveis efeitos do ciclamato sobre o feto. Suspeita-se que o ciclamato possa causar efeitos citogenéticos sobre linfócitos humanos. Alguns investigadores tentaram associar esses efeitos com aumento na incidência de malformações e problemas comportamentais nos fetos expostos, porém não conseguiram estabelecer uma relação causal.</p> <p>Limite máximo diário: 11mg/quilo de peso.</p> <p>Risco na gestação: C- Essas drogas só devem ser administradas se os possíveis benefícios justificarem os riscos potenciais para o feto.</p> <p>Na lactação: Não existem dados disponíveis para recomendar o seu uso durante a lactação.</p> | <p>-Adocyl; -Assugrin; -Assugrin Tal e Qual; -Dietil; -Doce menor; -Sucaryl; -Lowçúcar pó 500 g. -Finette; -Frutak; - Zero- cal</p> |
| <p>Aspartame: Segundo estudos da atualidade, a ingestão de produtos que contenham aspartame durante a gestação é considerada segura, desde que não haja excesso no consumo. No entanto, poucos estudos têm avaliado este tema e a maioria dos profissionais da saúde opta por restringir o aspartame na gestação. Após sua ingestão, o aspartame se decompõe no intestino em metanol, aspartato e fenilalanina, então inclusive durante a gravidez, indivíduos com fenilcetonúria devem evitar seu consumo. Metanol e ácido aspártico não são considerados tóxicos para o feto, nas doses consumidas por humanos. Pode causar crises de enxaquecas.</p> <p>Limite máximo diário: 40mg/quilo de peso.</p> <p>Risco na gestação: B- estudos bem controlados em mulheres grávidas não demonstraram risco para o feto.</p> <p>Na lactação: O efeito para o lactente normal é desprezível. Porém, as mães de crianças com diagnóstico de PKU (fenilcetonúria) devem evitar a ingestão.</p> | <p>-Apasweet; -Cristaldiet; -Doce menor gold; -Gold adoce fácil; -Docevíta; -Docy low; -Finn; -Lowçúcar pó; -Stetic; - Veado d`Ouro; -Zero-cal branco; -Sugar Ligth</p> |
| <p>Sucralose: Derivada da cana de açúcar, não prejudica o controle glicêmico de pacientes diabéticos. Seu poder adoçante é 600 vezes maior do que o açúcar, é isento de calorias e possui grande estabilidade a temperaturas altas e baixas, e por longos períodos de armazenamento. Grande parte do produto ingerido não é metabolizada. A pequena quantidade absorvida é excretada por meio de urina e fezes. Pode ser usada como adoçante de mesa, em formulações secas (como refrescos e sobremesas instantâneas), em aromatizantes, conservantes, temperos, molhos prontos, compotas, etc. Assim como o aspartame, a sucralose também pode provocar crises de enxaqueca.</p> <p>A sucralose não apresenta riscos carcinogênicos, neurológicos ou reprodutivos para os seres humanos, segundo estudos recentes.</p> <p>Limite máximo diário: 15mg/kilo de peso.</p> | <p>-Linea Sucralose; - Zero cal sucralose</p> |

| | |
|---|---|
| <p>Risco na gestação: B- estudos bem controlados em mulheres grávidas não demonstraram risco para o feto.</p> <p>Na lactação: Não existem dados disponíveis de recomendações para uso durante a gestação ou lactação.</p> | |
| <p>Acessulfame-K: É um sal de potássio sintético derivado do ácido acético, isento de calorias, que adoça 200 vezes mais do que o açúcar e que pode ser levado ao fogo sem perder a doçura. De sabor agradável, no começo da degustação é intensamente doce, sensação que desaparece depressa, mas sem deixar resíduo ruim na boca. A substância não é metabolizada, sendo excretada integralmente pela urina.</p> <p>Limite máximo diário: 15mg/kilo de peso.</p> <p>Risco na gestação: B- estudos bem controlados em mulheres grávidas não demonstraram risco para o feto.</p> <p>Na lactação: Não existem dados disponíveis de recomendações para uso durante a gestação ou lactação.</p> | <p>Finett</p> |
| <p>Estévia: A estévia não possui calorias, adoça 300 vezes mais do que o açúcar e não é metabolizada. Tem gosto amargo de ervas ou alcaçuz no momento da ingestão, ao contrário da sacarina, cujo amargor emerge como resíduo no final da degustação. Tem boa estabilidade em altas ou baixas temperaturas. Estudos em animais e humanos indicam que esse adoçante possui propriedades anti-hipertensivas³⁰. A estévia reduz a glicemia pós-prandial de pacientes com diabetes tipo 2. Pode modificar o resultado de testes de tolerância à glicose, reduzindo significativamente os níveis de glicemia. Portanto, a estévia deve ser evitada antes de realizar exames de rastreamento ou diagnóstico de diabetes durante a gestação. Esse duplo efeito (anti-hipertensivo e anti-hiperglicêmico) torna a estévia particularmente indicada no tratamento de pacientes obesas com síndrome metabólica. A estévia pode ser usada em pacientes com fenilcetonúria e não foram descritas reações alérgicas até o momento.</p> <p>Em animais, a estévia não produziu efeitos adversos sobre a gestação, porém não existem estudos quanto ao seu uso durante a gestação em humanos. Baseado nesse perfil, a estévia seria classificada como risco B, porém, por não ser comercializada nos Estados Unidos, este adoçante não foi oficialmente classificado pela FDA quanto ao risco na gravidez.</p> <p>Limite máximo diário: 5,5 mg/kilo de peso.</p> <p>Risco na gestação: B- Estudos bem controlados em mulheres grávidas não demonstraram risco para o feto.</p> <p>Na lactação: Não existem dados disponíveis de recomendações para uso durante a gestação ou lactação.</p> | <p>- Stevita;</p> <p>- Lowçúcar pó 250 g</p> <p>- Lowçúcar pó 500 g</p> <p>- Lowçúcar líquido</p> |
| <p>OBS: Em geral, 5 gotas de adoçantes líquido ou ½ pacotinhos de adoçante em pó correspondem a 1 colher de sopa de açúcar. De forma segura orienta-se que seja utilizado/dia, no máximo 4 sachês de adoçante em pó ou 20 gotas do adoçante líquido. No caso de refrigerante zero a quantidade se limita a 3 latas de refrigerante ou 1 litro. No caso de chás o uso não deve ser maior que 1,5 litros/dia.</p> | |

Fonte: A organizadora segundo Torloni et. al. 2007. Soares; Mouca; Poltronieri, 2013.

FALANDO SOBRE PRODUTOS LIGHT E DIET

Figura 20- Alimentos light e diet



Fonte: Google imagens

Atualmente muito se tem falado e consumido produtos que trazem esta denominação. Mas o que isto realmente significa?

Light: É o alimento que tem 25% a menos de algum nutriente que pode ser açúcar, gordura etc... Entretanto ser light não quer dizer que o alimento como um todo é mais saudável, mas sim que ele tem alguma alteração em algum nutriente específico. No caso das bebidas o termo Light significa que parte do açúcar usualmente utilizado foi substituído por adoçante. Produtos como iogurte ou leite pode ser Light à partir da subtração de gordura.

Zero ou diet: É o alimento que não contém nenhuma porção de determinado nutriente, que no caso das bebidas, o açúcar é substituído totalmente por adoçante.

Entretanto esses produtos que têm menos açúcar (diet) ou nenhum (light) podem ter mais calorias ou mais sódio do que a versão tradicional. Outros, embora não tenham açúcar em suas formulações podem conter maior quantidade de gordura na formulação, como exemplo são os chocolates. Desta forma, é importante observar além dos rótulos dos produtos, as denominações, pois os fabricantes podem utilizar muito mais uma estratégia de marketing sem contudo do que significar na prática adquirir produto mais saudável.

7.2 Uso de suplementos alimentares

A prescrição de suplementos alimentares ainda não tem respaldo científico unânime. Abaixo os principais nutrientes/ micronutrientes utilizados:

| Tipo de Suplemento | Indicação |
|--|---|
| Ferro e folato | Prevenir a instalação de baixos níveis de hemoglobina no parto e no puerpério. Existem poucas informações em relação a outros parâmetros de avaliação da mãe e de seu recém-nascido (grau de recomendação A). A dosagem recomendada é 40mg/dia de ferro elementar (200mg de sulfato ferroso), ingerido uma hora antes das refeições |
| Folato (ácido fólico) periconcepcional | O ácido fólico tem forte efeito protetor contra defeitos abertos do tubo neural. Deve ser usado rotineiramente pelo menos dois meses antes e nos dois primeiros meses da gestação. Mulheres que tiveram fetos ou neonatos com defeitos abertos do tubo neural têm que usar folato continuamente se ainda desejam engravidar (grau de recomendação A). |
| Piridoxina (vitamina B6): | Não há evidências para indicá-la como suplemento na gravidez, embora os resultados de um trabalho sugiram que seu uso pode ter efeito protetor em relação ao esmalte dentário (grau de recomendação A). |
| Cálcio | seu uso parece ser benéfico em mulheres que apresentam alto risco de desenvolver hipertensão na gestação e naquelas que têm baixa ingestão de cálcio. Novas investigações são necessárias para a definição da melhor dose a ser utilizada na gestação (grau de recomendação A). |
| Zinco | Não existem evidências suficientes para avaliar os efeitos do seu uso na gravidez. Os possíveis efeitos benéficos sobre a prevenção do trabalho de parto prematuro necessitam de novas avaliações (grau de recomendação A). |
| Proteínas | A suplementação balanceada parece melhorar o crescimento fetal e reduzir os riscos de morte fetal e neonatal. As evidências são insuficientes para afirmar se existem outras vantagens potenciais (grau de recomendação A). |
| Vitamina A | As mulheres não devem receber suplementação de vitamina A, além da puerpério (quando indicado) ou para que seja evitado o risco de teratogenicidade para o feto, caso haja nova gravidez em curso. |

APÊNDICE E - ASPECTOS EMOCIONAIS DA GESTAÇÃO E PUERPÉRIO

O ciclo gravídico-puerperal, constitui-se em um dos três períodos críticos e biologicamente determinados de transição e potencial desenvolvimento psíquico da mulher: a puberdade, à gestação e à menopausa. Esses períodos de crises vitais são biologicamente determinados e caracterizados por mudanças metabólicas complexas.

Caracterizam-se pela existência de um conflito relacionado as perspectivas de mudanças envolvidas nos aspectos de papel social, necessidade de novas adaptações, reajustamentos interpessoais e intrapsíquicos, e mudanças de identidade (MALDONADO, 1997).

1. A AMBIVALENCIA DOS SENTIMENTOS NO PERÍODO GRAVÍDICO PUERPERAL

“Toda e qualquer gestação é vivida de maneira ambivalente e, como tal, desperta necessariamente sentimentos de satisfação e de aversão” (TACHIBANA, et. al, 2006).

A compreensão sobre os sentimentos que permeiam a gestação, o parto e o puerpério, é considerada uma habilidade essencial dos profissionais de saúde que assistem mulheres gestantes.

O objetivo na aquisição deste conhecimento é de prevenir situações adversas, aliviar sintomas e facilitar a expressão e elaboração de sentimentos presentes durante um período de grandes transformações psíquicas (SARMENTO; SETÚBAL, 2003 *Apud* BRASIL, 2011a p.48-51).

Lembrando que a forma como a gestante vive essas mudanças repercute intensamente na constituição da maternidade e na relação mãe-bebê (MALDONADO, 1997 *Apud* BRASIL, 2011 p.48-51).

Considera-se, entretanto, que a constituição da maternidade é um processo que se inicia muito antes da gestação, partindo das relações estabelecidas e da identificação da menina como mulher, pela atividade lúdica infantil, pelo desejo de um dia ser mãe e pela gravidez em si. A maternagem relaciona-se ainda a aspectos transgeracionais e culturais, ou seja, na forma como a família e a sociedade percebem esta mulher gestante (PICCININI et al, 2008 *Apud* BRASIL, 2011 p.48-51).

Na evolução da gestação no momento em que a mulher de filha passa também a ser mãe, ela revive suas experiências anteriores como filha, necessitando reajustar seu relacionamento conjugal atual, sua situação socioeconômica e suas atividades profissionais. “Os medos relacionados com a perda do bebê, da sua própria autonomia, contrastam e equilibram-se de algum modo com a alegria, o orgulho e o desejo de ser mãe” (SILVA; FIGUEIREDO, 2005 *Apud* BRASIL, 2011 p.48-51).

Em busca desse equilíbrio, que nem sempre ocorre, é que devemos nós, profissionais de saúde, atuar. Conhecendo os sentimentos dos pais e proporcionando um espaço para que eles falem (e principalmente sejam escutados). Assim, estaremos mais próximos de atingir os objetivos de uma atenção pré-natal adequada (BRASIL, 2011 p.48).

Embora os sentimentos que circundam a gestação vão e voltam e não sejam divididos em “trimestres”, para fins didáticos foi elaborado um quadro com aspectos emocionais mais evidentes nestes períodos.

Quadro 1: Aspectos emocionais mais evidentes segundo o trimestre gestacional.

| Trimestre | Aspectos do período | Sentimentos mais evidentes | Ação profissional |
|---------------|---|--|--|
| 1º. trimestre | Predominam os sentimentos ambivalentes quanto a querer ou não essa nova condição que irá torná-la mãe irreversivelmente. Assim, a gestante busca, na primeira consulta de pré-natal, a confirmação de sua gestação e de suas condições para gestar. | <ul style="list-style-type: none"> • Insegurança quanto capacidade para gestar e o bem estar fetal; • Medo de aborto. | <ul style="list-style-type: none"> • Reconhecer e compreender a ambivalência de sentimentos sem julgamentos; • Valorizar sempre as queixas e dúvidas da gestante (evitando dizer apenas aquele “isso é normal”); • Procurar estabelecer uma relação de confiança, proporcionando um espaço para expressão, onde será possível conversar sobre todo o tipo de sentimento: tanto bom quanto ruim |
| 2º. trimestre | A gestante já percebe a presença do bebê através dos MFs, a ausculta cardíaca, a visualização de sua imagem ecográfica. A gestação passa então a representar um momento de desafio na preparação para um relacionamento a três e, ao mesmo tempo, na necessidade de manter o relacionamento com o companheiro, incluindo a sexualidade. Pode aparecer dificuldades no relacionamento sexual com o parceiro. (FIGUEIREDO, 2005 <i>Apud</i> BRASIL, 2011 p.49). | <ul style="list-style-type: none"> • Diminuição do desejo e o interesse sexual; • Criação no imaginário do “bebê ideal”. | <ul style="list-style-type: none"> • Informar acerca da flutuação normal da atividade sexual neste período; • Considerar possíveis sentimentos, receios e dificuldades que surgem com maior frequência a este nível e/ou, alertar para outras formas de experienciar a sexualidade de modo a diminuir o desconforto para a mulher, caso venha a existir (SILVA; FIGUEIREDO, 2005 <i>Apud</i> BRASIL, 2011 p.49). |
| 3º. trimestre | Esse período se caracteriza pela ansiedade em relação ao parto e as suas consequências. | <ul style="list-style-type: none"> • Ansiedade costuma relacionar-se mais com o parto e sua imprevisibilidade; • Medo da dor e o medo da morte; • Receio de desfiguração da genitália (que se “rasgue”) e que isso modifique sua feminilidade; • Medo de perda da imagem corporal anterior à gravidez; • Medo da internação hospitalar; • Preocupações em relação ao seu desempenho, e sua capacidade para exercer a maternidade e principalmente com a saúde do bebê. | <ul style="list-style-type: none"> • Estimular uma visita prévia à maternidade poderá deixar a gestante mais segura e tranquila, minimizando a ansiedade; • O profissional deverá ouvir, escutar e evitar orientações excessivas; • Transmitir informações simples, claras e sempre de acordo com o interesse e individualidade de cada gestante; • Sempre que possível encaminha-lá para grupos de gestante; • Escutar com atenção e empatia |

Fonte: A organizadora segundo BRASIL, 2011a p.48-51.

A PARENTALIDADE

A parentalidade, se refere ao período gestacional como um momento rico de idealização e sonho. Sonhar é sempre importante. No entanto, Precisamos estar atentos para as diferenças entre esse bebê imaginado e o bebê real, que poderão vir acompanhadas de muita decepção, atrapalhando assim a relação dos pais com o filho. Por isso, nesse momento de gestação, torna-se importante ouvir, escutar, procurar entender os sentimentos – as histórias - expressos pelos pais, muitos vindos de longe, de suas próprias infâncias (GUTFREIND, 2010, p. 75 *Apud* BRASIL, 2011 p.49).

2. GESTAÇÃO NÃO PLANEJADA E O RISCO DE VIOLÊNCIA NO PERÍODO

Segundo estimativas da Organização Mundial da Saúde, metade das gestações são indesejadas, com uma a cada nove mulheres recorrendo ao abortamento para interrompê-la (BRASIL, 2011b).

De modo geral, costuma-se denominar de Gestação Indesejada (GI) aquela que ocorreu sem o planejamento de um ou ambos os pais. Enquanto que gestação não planejada (GNP) é definida por “Gravidez acidental, não intencional, incluindo a gravidez resultante de fracassos e medidas anticoncepcionais” (DECS, 2013). Entretanto “nem toda GNP é indesejada, nem toda GI é não planejada”. Isto porque o dinamismo da vida e a complexidade do ser humano não pode ser contida em único conceito.

Entretanto sabe-se que uma GNP pode ou não levar a GI e isto dependerá da aceitação não somente da mulher mas também do progenitor, bem como a família, que também pode não desejar a chegada desta criança. De forma que, além da implicação no bem estar físico, emocional e psíquico da mãe e na sua relação com o bebê, a GI pode gerar a intenção ou a prática do aborto, a entrega do filho para adoção, ou mesmo o descuido gradual revelado pela negligência, violência das mais variadas ou abandono completo (LONDRINA, 2016).

Na prática clínica observamos que toda GNP deve ser pesquisada quanto a fatores de risco que podem dificultar a aceitação e desta forma monitorada afim de observar precocemente os sinais de vulnerabilidade que apontam a violência.

Quadro 02: Fatores que podem influenciar a aceitação da gestação

- ❖ Idade: Extremos etários como adolescência ou maturidade;
 - ❖ Estado civil ou condição conjugal: solteiras e/ou sem companheiro;
 - ❖ Condições de saúde;
 - ❖ Situação socioeconômica: falta de recursos financeiros, más condições de moradia, fase de estudo, desemprego;
 - ❖ Falta de apoio ou amparo familiar e ou social;
 - ❖ Gravidez resultado de estupro;
 - ❖ Preocupações pessoais e sociais da gestante como: estética do corpo, priorização de sua liberdade, de sua carreira profissional, de seu relacionamento conjugal ou amoroso, de seu tempo e espaço, dentre outros.
- Fatores emocionais como: o medo de ser mãe, o medo de não conseguir gestar, de não conseguir ser uma boa mãe, de não sentirem-se preparadas para criar/educar uma criança, de morrer no parto, de ser abandonada pelo companheiro, namorado, marido, família; medo das reações dos pais ou responsáveis diante da gravidez, medo da opinião de seu círculo de amizade dentre outros.

Fonte: A autora, segundo FERRAZ (2013); MOTTA (2001).

Desta forma, durante a gravidez, o parto ou puerpério a mulher está muito mais sensível tanto a prática quanto a ser vítima da violência. Enquanto prática o risco se encontra especialmente ligado ao conceito. Entretanto, ela pode também ser vítima nas relações afetivas, em especial conjugal ou familiar ou mesmo nas relações com o profissionais e serviços de saúde.

Dentre os tipos mais comuns de violência que ocorrem neste período está violência fetal, doméstica e obstétrica:

A) VIOLÊNCIA FETAL: violência praticada pela gestante contra o feto (gestante drogadita, alcoolista e/ou negligente com o pré-natal, tentativa de aborto e outros), assim como quando a gestante sofre alguma forma de violência física

por outra pessoa, através de pontapés, socos na barriga e outras formas de agressões inclusive, a negligência” (CURITIBA, 2008, p. 33 apud BRASIL 2010 p.18).

Quadro 03: Sinais de não aceitação da gestação, vulnerabilidade à violência e ações dos profissionais no pré-natal.

| Sinais de não aceitação da gestação e vulnerabilidade à violência | Ações dos Profissionais |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Início do pré-natal após o 1º trimestre. • Falta dos preparativos habituais para o acolhimento do filho. • Não reconhecimento da paternidade. • Retardo no reconhecimento da gravidez e, em casos mais graves, do bebê. • Dificuldades constantes ou desinteresse no acompanhamento do pré-natal incluindo consultas e/ou exames. • Não seguimento dos tratamentos ou recomendações propostas pelos profissionais de saúde. • Referências negativas ao filho, visto como causador de dor, cansaço, abandono de metas e ideais, dificuldades financeiras ou mau relacionamento do casal. • Intenção de deixar o bebê aos cuidados de terceiros. • Desejo de abandono, seja pela falta de cuidados, seja para colocação para adoção. • Tentativa de abortamento. • Gestação no terceiro trimestre sem escolha do nome. • Queixas de sinais e sintomas sem causas orgânicas definida. • Exacerbação dos sinais e sintomas decorrentes da gravidez com pouca melhora da intervenção dos profissionais. • Evidências de violência fetal como marcas de lesões tipo hematomas em abdômen. | <p>Pesquisar em caso de gestação não planejada, quanto a fatores de risco que podem dificultar a aceitação;</p> <p>Monitorar a gestação a fim de observar precocemente os sinais que podem indicar uma gestação também indesejada ou não aceita.</p> <p>Orientar sobre a importância de conversar e cantar para o bebê, acariciar a barriga e proporcionar outras demonstrações de afeto que abrem caminho para o fortalecimento do vínculo.</p> <p>Promover vínculos afetivos e de cuidado. Uma das ações que podem facilitar a formação de vínculos da mãe, família e o feto e ultrassonografia (USG)com identificação do sexo, pois caso o mesmo não seja o esperado pode-se trabalhar a aceitação antes do nascimento.</p> <p>Auxiliar a mãe ou família, quanto a escolha do nome, em caso de já estar ciente do sexo. Isto porque uma vez que nome faz parte da personalidade do indivíduo, sua escolha não deve ser negligenciada ou colocada em planos posteriores. Assim, se tiver no serviço acesso à internet ou livro de significados de nomes o profissional pode contribuir de forma a gerar uma expectativa positiva quanto a bebê.</p> <p>Ouvir os sentimentos da mulher grávida acerca da gestação e suas expectativas quanto ao bebê que ainda não nasceu.</p> <p>Oferecer à gestante e às suas familiares informações sobre os efeitos do fumo, da alimentação e do abuso de substâncias sobre a saúde do bebê e deles próprios.</p> |

Fonte: A autora, segundo PFEIFFER(2008), apud BRASIL (2010 p.21).

B) VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR OU DOMÉSTICA:

É uma descrição genérica para a violência praticada por membros da família (pai, mãe, filha, filho, marido, sogra, padrasto ou outros), por afinidade (por exemplo, o primo ou tio do marido) ou afetividade (amigo ou amiga que more na mesma casa ou fora). Geralmente, consiste em formas agressivas de a família se relacionar, por meio do uso da violência como solução de conflito e como estratégia de educação. Expressa-se pelo abuso físico, sexual, psicológico ou como negligência ou abandono.

Para saber mais sobre os diversos tipos de violência recomendamos a leitura do Protocolo de atendimento às pessoas em situação de violência doméstica e/ou sexual e outras violências (LONDRINA, 2016).

C) VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

Em 2011, uma pesquisa revelou que 25% das brasileiras relataram ter sofrido algum tipo de abuso ou maus tratos em algum período da gravidez ou parto (Fundação Perseu Abramo, 2011).

Violência Obstétrica é um termo genérico que descreve os diversos tipos de violência que podem ocorrer no contexto de assistência durante o período de pré natal, nascimento e puerpério (LONDRINA, 2016).

Especificamente, significa conduta, ato ou omissão de profissionais da que direta ou indiretamente, (na esfera pública e privado) que afeta o corpo e os processos reprodutivos das mulheres, expressa em um tratamento desumanizado, um abuso da medicalização e patologização de processos naturais. Os tipos de violência obstétrica mais comuns são: negligência, violência verbal (tratamento grosseiro, ameaças, reprimendas, gritos, humilhação intencional), violência física (incluindo toque doloroso e não utilização de medicação analgésica quando tecnicamente indicada), assédio sexual, abuso sexual, discriminação social (VENTURI; BOKANY; DIAS, 2010).

Para finalizar, sobre prevenção da violência no período pré-natal é importante lembrar que **“O apoio às mães e às famílias se reflete em respostas positivas às solicitações da criança e em maior afetividade”** (BRASIL, 2010 p.21).

Com base no exposto entende-se que os profissionais devem atuar preventivamente em relação à violência, buscando desenvolver a aceitação da gravidez não planejada. Contudo, deve-se estar atento para não fazerem julgamentos precipitados de forma a também “violentar” a gestantes com suposições, às vezes errôneas, ou que não poderão ser compreendidas pela mulher ou família naquele momento.

3. ASPECTOS EMOCIONAIS NA GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

Na gestação de alto risco, as dificuldades de adaptação emocional são maiores, a começar pelo rótulo que se lhes é dado, “de alto risco”, portanto “diferente” das demais, “normais”. Soma-se a isto o próprio fator de risco como componente estressante e dois modelos clínicos podem ser então identificados. Quando a condição clínica preexiste à gestação, pode, por um lado, ser tomada como nova chance de vida, o triunfo sobre a doença.

No entanto, por outro lado, pode haver rotura do equilíbrio emocional anteriormente adquirido, com frequente deterioração ou perda da autoestima e surgimento de sentimento de incompetência; a partir daí, estabelece-se a dificuldade de vinculação (BRASIL, 2010).

Desta forma, torna-se bastante importante a abordagem do profissional a fim de fazer a gestante participar do processo de cuidado de sua saúde, orientando-a sistematicamente sobre a doença, o tratamento reservado e o papel do auto cuidado. Além de compreender os sentimentos ambivalentes da mulher em relação a dificuldade desta gravidez (SARMENTO; SETÚBAL, 2003).

Quando houver avaliação pré-concepcional, é importante que a gravidez seja planejada, quando for possível. Já quando a condição de risco é diagnosticada durante a gestação e a grávida experienta, então, todas as reações associadas à vivência do luto, pela “morte da gravidez” idealizada. Surgem sentimentos de culpa, raiva, censura (BRASIL, 2010).

3.1 A hospitalização na gestante de alto risco

A hospitalização, tão comum quanto por vez necessária no seguimento da gravidez de alto risco, deve ser considerada como outro fator estressante adicional. Pois, além dos cuidados em saúde causadores de estresse, a gestante é afastada do suporte familiar; vive um conflito entre a dependência imposta e a perda de autonomia (perda do controle sobre si e sobre a gravidez).

Devem ser levadas em conta, ainda neste contexto emocional, as reações da família, muito semelhantes às da grávida (ambivalência, culpa, raiva, luto, etc.). No grupo familiar, o parceiro desempenha papel importante, por reações que podem se manifestar por meio de apoio e companheirismo ou sentimentos de exclusão, ressentimento, agressividade, culpa e outros, sendo assim, importante, a inclusão dele sempre que possível ao programa e ações que visam dar suporte emocional nestas circunstâncias (BRASIL, 2010. pg 16).

3.2 Prematuridade e internação do recém-nascido

O caráter inesperado de um parto prematuro, pode provocar nos pais e familiares sentimentos fortes de tristeza, medo, receio, culpa pela dificuldade em aproximar-se e/ou cuidar desta criança. Na mãe pode provocar ainda uma “desorganização emocional”, relacionada à gestação incompleta e o sofrimento submetido a ambos. Acrescido a isso tem-se a instabilidade do quadro do recém-nascido, despertando além da insegurança o medo de perder o bebê ou que o mesmo tenha sequelas. Neste período o sentimento depressivo pode aparecer (SARMENTO; SETÚBAL, 2003), requerendo dos profissionais de saúde, além de sensibilidade, a intervenção para o caso de preferência com o apoio de profissionais da saúde mental.

4. ASPECTOS EMOCIONAIS DO PUERPÉRIO

No final da gravidez e semanas após o nascimento, a maioria das mulheres entra em um estado especial, de sensibilidade exacerbada, o que Winnicott nomeou de *preocupação materna primária* (WINNICOTT, 1994 Apud BRASIL, 2012).

Neste sentido, do ponto de vista psíquico, o puerpério é um momento provisório, de maior vulnerabilidade em que há alteração emocional na mulher. Momento que permite às mães ligarem-se intensamente ao recém-nascido, adaptando-se ao contato com ele e atendendo às suas necessidades básicas. A puérpera adolescente é mais vulnerável e necessita, portanto, de atenção especial nesta etapa;

ALTERAÇÕES EMOCIONAIS NO PUERPÉRIO NORMAL

- A mulher sente a perda do corpo gravídico e o não retorno imediato do corpo original;
- A puérpera pode apresentar ansiedades referentes à sensação de perda de partes importantes de si mesma, de algo valioso e de limitação pela necessidade de assumir novas tarefas e de não poder realizar as atividades anteriores. Com tais ansiedades, elas buscam carinho e proteção;
- A chegada do bebê desperta ansiedades e angústias; por tal razão, os sintomas depressivos podem ser comuns na mãe;
- O bebê deixa de ser idealizado e passa a ser vivenciado como um ser real, o que, em alguns momentos, gera frustração nos pais que imaginavam uma criança e nasceu outra diferente;
- No caso de crianças que apresentam alguma necessidade especial, a frustração geralmente aparece com mais frequência e pode gerar culpa e comportamentos excessivos de zelo e cuidado dos pais, que buscam reparar tal sentimento;
- As necessidades próprias da mulher são postergadas em função das necessidades do bebê;
- A mulher continua a precisar de amparo e proteção, assim como durante a gravidez;
- No campo da sexualidade, as alterações são significativas, pois há necessidade de reorganização e redirecionamento do desejo sexual, levando-se em conta as exigências do bebê e as mudanças físicas decorrentes do parto e da amamentação;
- Se já existem outros filhos na família, é bem possível que apareçam o ciúme, a sensação de traição e o medo do abandono, que se traduzem em vários comportamentos, tais como agressividade, isolamento, tristeza, busca de atenção etc. Existe a necessidade de reorganizações na família, o que favorece o diálogo com as crianças e a sua inserção, juntamente com os adultos, nos cuidados ao bebê, atitudes que tendem a minimizar as sensações de abandono. O importante é que as crianças mais velhas sintam-se amadas e amparadas;
- O companheiro pode se sentir impotente diante da situação emocional da mulher no puerpério;
- Em relação à amamentação, a mulher pode sentir medo de ficar eternamente ligada ao bebê; pode se preocupar com a estética das mamas; pode ter receio de não conseguir atender as necessidades do bebê; e pode possuir fantasias sobre o seu leite (*“Meu leite é bom? É suficiente?”*). Além disso, algumas dificuldades iniciais referentes à amamentação podem ser sentidas como incapacitação.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2012.p.264-271.

4.1 AGRAVOS RELACIONADOS AO SOFRIMENTO MENTAL NO PUERPÉRIO

No puerpério, as formas de sofrimento mental podem ser mais brandas ou mais graves, dependendo de uma série de fatores, do contexto socioeconômico, do suporte familiar e da história de cada mulher. No quadro abaixo, estão algumas das formas de sofrimento psíquico que podem ocorrer com as puérperas. A chave para um diagnóstico seguro é o reconhecimento da instalação dos sinais, dos sintomas e do seu desenvolvimento, considerando o início no primeiro ano após o parto (KAPLAN; SADOCK, 1999 Apud BRASIL, 2012 p.267).

4.2 FATORES DE ALTO RISCO PARA SOFRIMENTO MENTAL NO PUERPÉRIO:

- História pregressa de depressão (antes da gravidez ou pós-parto) ou de transtorno bipolar;
- Mulheres que tiveram uma perda gestacional e engravidam em menos de 12 meses;
- Conflito marital;

- Eventos estressores nos 12 meses anteriores;
- Lacunas no suporte familiar ou de amigos;
- Ausência ou lacunas no suporte afetivo ou financeiro do companheiro;
- Gestação não planejada;
- Tentativa de aborto na gestação atual;
- História de doença psiquiátrica familiar;
- Relacionamento pobre com sua mãe;
- Abortos espontâneos prévios;
- Baixa renda;
- Baixa escolaridade;
- Violência doméstica;
- Antecedentes de hiperêmese gravídica, irritabilidade uterina ou distúrbios psiquiátricos na gestação atual;
- Estressores relacionados ao cuidado do bebê;
- Bebê com malformação congênita;
- Personalidade introvertida ou histérica;
- Diabetes prévia ou gestacional;
- Tireidopatias;
- Incapacidade de amamentar.

4.3 Aspectos que podem apontar problemas relacionados a saúde mental no puerpério:

No ato da amamentação, o bebê busca encontrar o olhar da mãe, verifique se a mãe está conseguindo responder tais solicitações, se comunicando com ele. Nos casos em que a amamentação não é possível, observar a forma como a mãe e a criança se olham e se comunicam;

Como a mãe e os cuidadores se comportam quando a criança está mais agitada e chorosa? Pais que demonstram mais serenidade, menos desespero e que conseguem acalmar as demandas frequentes da criança dão indícios de que a comunicação com o bebê vai bem. Por outro lado, cuidadores que se mostram desesperados e ansiosos a qualquer solicitação do filho merecem mais atenção por parte dos profissionais de saúde.

Deve-se perguntar para todas as mulheres na revisão pós-parto, em especial às que tiveram depressão pós-parto ou depressão prévia, questões sobre alterações do humor, sono, apetite, prazer e sentimentos em relação aos seus bebês. Tal prática serve como forma de detectar precocemente a depressão pós-parto e evitar as importantes sequelas à saúde física e mental do bebê oriundas das dificuldades de vínculo e do apego mãe-bebê (grau de recomendação B).

4.4 Efeitos adversos do sofrimento mental no puerpério:

Dentre os efeitos resultantes do sofrimento mental no puerpério estão particularmente dois que atingem significativamente a família, sendo eles:

- Depressão paterna: muitos pais, em significativo número, tornam-se deprimidos, com consequente exacerbação na depressão pós-parto materna, no casamento e no desenvolvimento da criança.

- Interferência negativa no vínculo mãe-bebê: a dificuldade de vínculo dos pais com o bebê neste período é crítico e se reflete negativamente no desenvolvimento da criança mais tarde, mesmo com a recuperação da depressão pós-parto. Alguns exemplos são distúrbios de conduta, agressividade, déficit cognitivo e de atenção. Entretanto, a

remissão da depressão pós-parto tem efeitos positivos sobre o recém-nascido. Um estudo evidenciou que mães com depressão tiveram, em 35% dos casos, filhos com desordens psiquiátricas (jovens na faixa etária compreendida entre 7 e 17 anos). O referido percentual diminui para 24% se as mães tiveram uma remissão da depressão pós-parto em 3 meses de tratamento *versus* 43% se não houve remissão.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da gestante em APS / organização de Maria Lucia Medeiros Lenz, Rui Flores. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011a. 240 p.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção Ao Pré-Natal de Baixo Risco. Brasília: MS, 2012. 318p.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde sexual e saúde reprodutiva. 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. 300 p.
4. LONDRINA. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. Protocolo de Atendimento às Pessoas em Situação de Violência Doméstica e/ou Sexual e Outras Violências, Londrina, 2016. (No prelo)
5. MALDONADO, M. T. P. (1997). Psicologia da Gravidez. Petrópolis: Vozes.
6. TACHIBANA , M. et al. Hiperêmese gravídica: estudo de caso dos aspectos psicológicos presentes na gestante. *Psicol. hosp.* (São Paulo) [online]. 2006, vol.4, n.2 [citado 2013-08-22], pp. 1-22 .
7. VENTURI, W.; BOKANY, V.; DIAS, G.; ALBA, D.; ROSAS, W.; FIGUEIREDO, N. Mulheres brasileiras e gênero nos espaços públicos e privado. Fundação Perseu Abramo e SESC, 2010.

APÊNDICE F - DIREITOS SOCIAIS DA GESTANTE

Versão atualizada em 26-07-2017



Fonte: Google imagens/ direito social gestante

1. Direitos Sociais: São todos aqueles que garantem à gestante:

- atendimento em caixas especiais;
- prioridades na fila de bancos, supermercados e demais instituições públicas ou privadas;
- acesso à porta da frente de lotações e assento preferencial em transportes coletivos;
- Os pais têm direito de registrar o seu bebê (Certidão de Nascimento) gratuitamente em qualquer cartório;
- A mulher tem direito à creche para seus filhos nas empresas que possuem em seus quadros funcionários pelo menos trinta mulheres com mais de 16 anos de idade.

2. Direitos Trabalhistas: os direitos trabalhistas das gestantes regulamentam sua relação com o patrão ou com a empresa na qual ela está empregada, garantindo a proteção do emprego como:

- ✓ **Estabilidade no emprego:** enquanto estiver grávida, é assegurada à mulher estabilidade no emprego, o que significa que ela não pode ser mandada embora do trabalho até 5 meses após o nascimento de seu filho (art. 391 da CLT Consolidação das Leis do Trabalho aprovada pelo Decreto - Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943). Caso seja despedida tem direito à indenização correspondente aos salários e demais vantagens relativas ao respectivo período; para tanto, assim que confirmada a gravidez a mulher deve informar ao empregador. A comunicação ao empregador se faz através da apresentação do exame laboratorial (TIG) e do atestado fornecido pelo médico;

O profissional de saúde deve orientar a gestante que seus exames lhe pertencem, devendo apenas fornecer as cópias ao empregador, com ciência do recebimento. É uma boa medida para assegurar o direito à estabilidade gestacional.

- ✓ **Consulta pré-natal:** conforme o artigo 371, § 4º, inciso II, da Consolidação das Leis do Trabalho - Sempre que a gestante comparecer às consultas e exames terá direito a dispensa do horário de trabalho pelo tempo necessário para realização das consultas médicas e exames complementares. Neste caso o médico deve fornecer atestado para que a empregada possa justificar a falta.

Infelizmente a CLT , regime criado nos anos 40 do século passado ainda não foi atualizada, o que significa que as empresas são desobrigadas a aceitarem atestados de consulta de profissionais não médicos ou de dentistas.

- ✓ **Mudança de função:** tem o direito de mudar de função ou setor no seu trabalho. (Lei nº 9.799 de 26 de maio de 1999, incluída na CLT – Consolidação das Leis do Trabalho).

- ✓ **LICENÇAS:**

- ✎ **Licença- maternidade:** a gestante, também tem o direito à licença- maternidade de 120 dias com o pagamento do salário integral e benefícios legais a partir do oitavo mês de gestação ou 34ª. semana de gestação (LEI nº 10.421 de 15 de abril de 2002, art. 392 da CLT). Para exigir este direito a gestante tem que ir ao INSS (Instituto Nacional do Seguro Social), levando a carteira de trabalho e atestado médico comprovando gravidez. A duração da licença maternidade foi ampliada por 60 dias, desde que a empresa onde a gestante trabalhe faça parte do Programa Empresa Cidadã (Lei 11.770, de 9 de setembro de 2008).

- ✎ **Licença à saúde:** além da licença maternidade, sendo necessário à saúde da mãe e do filho, antes e depois do parto, a gestante tem direito ao período de 2 (duas) semanas para descanso, nos termos previstos no artigo 392, § 2º da Consolidação das Leis do Trabalho. O médico fornecerá atestado se verificadas tais condições.

- ✎ **Licença Médica: Aborto:** no caso de aborto não criminoso a mulher tem direito a 2 (duas) semanas de repouso, ficando assegurado seus salários e funções exercidas. A prova do abortamento espontâneo faz-se através do atestado médico oficial, o qual deverá a empregada encaminhar ao empregador.

- ✎ **Licença-amamentação:** a mulher tem o direito de ser dispensada do trabalho duas vezes ao dia por pelo menos 30 minutos para amamentar, até o bebê completar seis meses (Art. 396 da Consolidação das Leis do Trabalho). A gestante pode negociar esse tempo com o patrão, por exemplo, juntando os dois períodos em um só, de uma hora.

- ✎ **Licença paternidade:** o companheiro tem direito a licença paternidade de cinco dias, logo após o nascimento do bebê (Art. 7º da Constituição Federal).

- ✎ **Funções exercidas pela gestante:** durante a gravidez a empregada poderá se adequar a outras funções no trabalho, sem prejuízo dos salários e demais vantagens, quando as condições de saúde da mãe e do bebê o exigir, asseguradas à volta da função anteriormente exercida, logo após o retorno da licença maternidade.

Para isto, a gestante deverá apresentar ao empregador o atestado fornecido pelo médico confirmando que as condições atuais do trabalho podem causar prejuízos à saúde da mãe e do bebê. No quadro abaixo um exemplo de carta a ser fornecida à gestante para adequação das funções no trabalho no período da gestação.

Prefeitura Municipal de Londrina
 Autarquia Municipal de Saúde
 Diretoria de Atenção Primária em Saúde
 UBS

Ao Empregador

Considerando que a Sra. _____, _____anos encontra-se no _____ Mês de gestação, e está realizando regularmente o acompanhamento pré-natal em nosso serviço;

Considerando que a mesma possui como fatores de risco: _____ o que levou a encaminhá-la para Ambulatório de Alto Risco (ou Ambulatório Especializado);

Considerando que atualmente a referida cidadã tem exercido função que a obriga ao cumprimento de toda jornada exposta a _____, o
 (descrever os fatores de risco observado)

que pode agravar o seu estado e condição de saúde;

Considerando o artigo 392, § 4º, inciso I, da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), *“confere à gestante o direito à transferência de função, quando suas condições de saúde assim o exigirem, sendo assegurada a retomada da função anteriormente exercida, logo após o retorno ao trabalho”*;

Venho por meio desta, solicitar que avaliem junto com a mesma, a possibilidade de assegurar-lhe este direito ou no mínimo a diminuição do número de atividades que hoje a mesma desempenha.

 Profissional responsável
 Carimbo e Assinatura

Fonte: A Organizadora.

✓ ATESTADOS

- ↪ O artigo 373-A, inciso IV da Consolidação das Leis do Trabalho proíbe a exigência pelo empregador de atestado ou exame, de qualquer natureza, para comprovação de esterilidade ou gravidez da mulher, na admissão ou permanência no emprego. O médico não deve fornecer atestado com estas finalidades;
- ↪ Por outro lado, o médico poderá fornecer atestado de gravidez da mulher para que esta possa exercer a faculdade de romper o compromisso de um contrato de trabalho, desde que seja prejudicial à gestação, nos termos previstos no artigo 394 da Consolidação das Leis do Trabalho.

3. OUTROS DIREITOS REPRODUTIVOS

- ❖ A nova lei sobre planejamento reprodutivo permite a realização da laqueadura em mulheres com mais de 25 anos e dois filhos. A laqueadura só poderá ser feita durante a cesárea ou logo após o parto em mulheres que apresentarem problema grave de saúde ou que tenham feito várias cesarianas;
- ❖ A mulher que não realizou a laqueadura durante o parto e deseja realizá-la, tendo mais de 25 anos e dois filhos poderá fazê-la depois de 42 dias do parto;
- ❖ A mulher tem o direito de ser informada sobre todos os outros métodos anticoncepcionais antes da opção pela laqueadura de trompas;
- ❖ A mulher deve ser informada dos índices de falha dos métodos anticoncepcionais;
- ❖ Deverá ser observado o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e a laqueadura tubária (Vide Linha Guia de planejamento reprodutivo SES- 2011);
- ❖ Nos casos de risco de vida para a mulher, a equipe de saúde deverá informá-la de forma simples e clara sobre os riscos e, caso ela concorde, poderá ser solicitada a interrupção da gravidez;
- ❖ Nos casos de estupro, a mulher tem o direito ao atendimento especial e poderá solicitar a interrupção da gravidez sem precisar de autorização do juiz. É recomendável que ela faça o “Boletim de Ocorrência” na delegacia, logo após ter sofrido o abuso sexual;
- ❖ Nestes casos, ela deve procurar a UAP/UAPSF mais próxima para que lhe indique os hospitais ou serviços de referências para este atendimento;
- ❖ Nestas situações a mulher tem o direito de realizar o aborto gratuitamente, de forma segura e com um atendimento respeitoso e digno.

4. ACOMPANHANTE

- ❖ A OMS recomenda o livre acesso do (a) acompanhante, de escolha da mulher, no pré-parto, parto e puerpério desde 1985 – Lei nº 11.108/2005. Esta recomendação foi baseada na revisão de conhecimentos sobre o uso de tecnologias apropriadas para o parto e o nascimento, as quais indicam a contribuição dessa prática para o bem-estar da parturiente. Além disso, está associado ao aumento da satisfação materna com a experiência do nascimento, ou uma parteira, caso deseje, a gestante poderá escolher
- ❖ Lembrar que o (a) acompanhante é de livre-escolha da gestante. Ele (a) pode ser um membro da família, um (a) amigo (a), uma doula ou uma parteira.

APÊNDICE G - A SEXUALIDADE NO PERÍODO GRAVÍDICO PUERPERAL

A constituição da sexualidade dá-se através de uma série de interações entre os fatores biológico, social, psicológico, político, cultural, ético, legal, religioso, histórico e espiritual.

Assim, para o indivíduo, a vivência da sexualidade envolve diversas maneiras, como a atividade sexual, as identidades de gênero, a orientação sexual, o prazer, a intimidade e a reprodução (Federação Internacional de planejamento reprodutivo - IPPF, 2008).

No período gravídico puerperal a vivência da sexualidade sofre uma influência direta e indireta das mudanças biológicas, psicológicas, relacionais. Sendo esta uma fase de transição, que poderá levar a uma maior afinidade entre o casal ou, pelo contrário, desencadear o início de várias dificuldades, com impacto negativo na saúde física e psicológica da gestante e do seu companheiro (SILVA; FIGUEREDO, 2005).

Homens e mulheres ainda sentem muito constrangimento em falar sobre sua própria sexualidade, principalmente no tocante às dificuldades, mesmo que seja entre parceiros.

Por conter aspectos inconscientes, a alteração do desejo sexual de um parceiro nem sempre é compreendida pelo outro e, muitas vezes, é captada como uma dificuldade de ordem pessoal, tornando a relação mais vulnerável e o vínculo conjugal ameaçado.

Neste momento, o profissional de saúde é de suma importância a fim de fornecer subsídios teóricos que possam minimizar ou sanar as dúvidas, mitos e temores que cercam o tema neste período.

1. PRINCIPAIS MEDOS E MITOS DAS MULHERES EM RELAÇÃO AO SEXO NA GRAVIDEZ E O QUE O PROFISSIONAL DEVE ORIENTAR PARA ESTES CASOS:

A. Temor do aborto, por acreditarem que o feto ainda não está suficientemente aderido ao útero:

As únicas razões que justificam a suspensão do sexo na gestação pelo profissional de saúde são: síndromes hemorrágicas, descolamento prematuro de placenta, e sinais e sintomas que apontam para risco de parto prematuro. Caso contrário as relações sexuais não somente devem ser liberadas como incentivadas. Pois o feto está muito bem protegido pela bolsa amniótica que funciona como um amortecedor. Já o colo do útero quando encontra-se fechado juntamente com o tampão mucoso formam uma barreira de proteção importante para impedir ascensão de microrganismos.

B. Aversão ao companheiro

Se a gravidez ocorreu com um parceiro eventual ou numa relação cujo vínculo ainda não se fortaleceu e a comunicação entre os parceiros não atingiu o grau de confiança e cumplicidade necessários, o medo de magoar o outro muitas vezes leva a aceitar que o sexo se concretize contra a própria vontade, mais como uma obrigação conjugal. Por outro lado, principalmente em casos em que a gravidez não foi desejada e mesmo não fazia parte dos planos mais imediatos, muitas mulheres, por sentirem aversão ao seu estado, apesar da decisão de lhe dar continuidade, rejeitam seus parceiros numa atitude de punição por tê-las engravidado.

C. Desejo de “ficar na minha”, sem muito contato físico:

Aspectos regressivos inconscientes faz com que a gestante se identifique com o feto, o que a torna mais sensível e vulnerável, com intensa necessidade de proteção e carinho. Nesse momento, volta-se para si mesma, “fica mais centrada nela mesma”, o que faz com que evite contatos como sexual. Entretanto, se a mesma deseja manter o relacionamento conjugal é importante lembrá-la dos outros papéis que também exerce como de companheira, amiga, namorada etc. e que a sexualidade não significa necessariamente sexo com penetração e que compartilhar seus sentimentos pode ser eficaz para melhorar o relacionamento conjugal.

D. Medo de que o companheiro a estranhe pois está muito “fogosa”

Com o corpo visivelmente grávido, seios e ventre avolumados, muitas gestantes percebem-se mais femininas e sensuais, o que faz aumentar o desejo sexual e a procura pelo parceiro. Outras, ainda, por já se encontrarem grávidas, liberam a sexualidade mais espontaneamente, por vezes experimentando pela primeira vez o orgasmo pleno. Isto não constitui nenhum problema, e o profissional pode ser de grande ajuda para a gestante orientando isso ao companheiro se for o caso.

E. Desejo de ser somente filha

Algumas mulheres psicologicamente menos amadurecidas e, portanto, mais dependentes de suas próprias mães ou de seus parceiros, enquanto figuras paternas, sentem-se mais filhas que mulheres e mães, o que também pode inibir a sexualidade. Ao tomar conhecimento disto podem rever seus papéis de forma a melhorar seu relacionamento conjugal e sexual.

F. Medo de que o companheiro não sinta-se mais atraído por ela:

Durante a gestação, de forma geral, pode-se dizer que as alterações corporais na mulher associam-se por vezes ao sentimento de perda da autoestima que a levam a uma percepção subjetiva (e as vezes errada) da perda da capacidade de sedução e a ideia de irreversibilidade relativa à imagem corporal anterior à gravidez. Isto pode fazer com que sinta-se menos sedutora, sem atrativos, muitas vezes reclamando que o parceiro está desinteressado pela gravidez e pelo bebê e, acima de tudo, levando-a a suspeitar da fidelidade conjugal. É importante que o profissional oriente que o modo como percebe a estética de seu corpo pode influenciar na sexualidade. Além disso, muitos homens sentem o corpo da gestante como muito sensual e atraente, pois se constitui na prova viva de sua própria virilidade.

G. Medo da dor:

O desconforto físico ligado à penetração (dispareunia), particularmente na posição “papai- mãe”, pode levar muitas gestantes a evitarem a relação sexual. Causas orgânicas como infecções vulvovaginal devem ser investigadas. Excluído esta causa, discutir sobre o medo infundado de causar injúria ao feto. Pode ser de grande valia o fornecimento à gestante do impresso “**posições sexuais na gestação**”, disponível mais abaixo.

H. Medo de que o orgasmo, possa provocar o aborto:

Muito pelo contrário: o orgasmo é altamente benéfico em qualquer época da gestação, pois tem a função de servir como “válvula de escape” para as ansiedades próprias da gravidez. Além disso, propicia a continuidade da harmonia conjugal, diminuindo o ciúme do casal: o do homem em relação ao feto, que é percebido como um rival pela íntima relação mãe-bebê, da qual muitas vezes se sente excluído e, da gestante, com referência às possibilidades do parceiro sair em busca de aventuras extraconjugais. Além disso, o orgasmo exercita os músculos do períneo que serão muito solicitados por ocasião do parto.

2. PRINCIPAIS MEDOS E MITOS DOS HOMENS EM RELAÇÃO A SEXO NA GRAVIDEZ E O QUE O PROFISSIONAL DEVE ORIENTAR PARA ESTES CASOS:

A. Medo ou estranheza em relação ao comportamento da mulher mais “fogosa”:

Alguns homens quando percebem que a mulher está com maior desejo sexual e ou apresenta um comportamento sexual mais desinibido que o habitual, chegam a estranhar, pois não condiz com a imagem idealizada da figura materna, que é “assexuada e pura”! Passam, assim, a evitar o contato físico como se este fosse pecado e, portanto, inadequado para a situação presente. Porém, com uma explicação científica de que a gestação faz com que haja o aumento da libido para muitas mulheres, o profissional pode ajudá-lo rever tal posicionamento.

B. Medo da relação sexual à três:

Há alguns homens (e também mulheres) que ao verem a ultrassonografia e constatar a existência real do feto ou mesmo quando percebem os movimentos fetais no útero materno, passam a evitar as relações sexuais, pois são sentidas como realizadas a três. Lembrar que de forma prática, o feto não participa da relação sexual, uma vez que está permeado pela bolsa amniótica dentro do útero fechado pelo canal cervical com presença de tampão mucoso formando uma “rolha” de moderada espessura. Desta forma, ele está fisicamente alheio e protegido do meio externo.

C. Medo de que ao fazer sexo com a companheira esteja fazendo sexo com a sua própria mãe:

Alguns homens de forma inconscientemente veem na companheira a figura materna. Desta forma, a atividade sexual é percebida como se acontecendo com a própria mãe, o que, certamente, torna-a inviável.

D. Temor de prejudicar o feto:

Ao final do terceiro trimestre de gestação, quando o corpo da mulher, já bem desenvolvido, não permite as posições mais tradicionais, alguns homens não se sentem à vontade com novas posições. Lembrar ao casal que, salvo em caso de intercorrências já citadas (suspeita ou confirmação de bolsa rota, síndromes hemorrágicas ou sinais e sintomas de parto prematuro), o feto está bem protegido. Além disso, o exercício da sexualidade não se faz apenas com penetração vaginal, várias são outras formas de expressar carinho, afeto, desejo e prazer.

E. Aversão pelo cheiro ou secreção vaginal:

As transformações hormonais que ocorrem na gestante, provocam a mudança do cheiro e o aumento da secreção vaginal, o que para alguns homens causa estranhamento na penetração e pode fazer com que evitem o sexo oral. Neste caso, mais uma vez o profissional deve excluir causas infecciosas e orientar uso de preservativo feminino que pode diminuir o contato com estas secreções.

F. Sentimento de raiva ou mágoa em relação a companheira:

Para o homem, quando a mulher engravida pode ser a confirmação de sua exclusão na relação mãe-bebê e pode causar-lhe profunda mágoa e grande irritação ao se perceber apenas como reprodutor. Isto fica mais claro quando a mulher se afasta de seu papel de companheira passando a dedicar-se mais ao filho. Consequentemente, isso provocará um maior afastamento de sua parceira, num momento em que ela está mais necessitada de sua presença física e emocional. Neste caso, incentivar que o casal tenha uma conversa franca sobre o assunto que ressalte as verdadeiras causas dos sentimentos pode contribuir para harmonia do casal.

A SEXUALIDADE QUANDO A GESTAÇÃO É DE RISCO

Há três situações que levam os profissionais de saúde a orientar a abstinência sexual são elas:

- **Sinais e sintomas de parto prematuro:** colo apagado 50% e/ou dilatado 2 ou mais centímetros, presença de contrações uterinas rítmicas e regulares (2 ou mais em 10 minutos);
- **Síndromes hemorrágicas:** sangramento via vaginal proveniente do útero independente do trimestre gestacional;
- **Amniorrexe (bolsa rota) prematura:** perda de líquido via vaginal antes do início de trabalho de parto.

Entretanto é papel do profissional de saúde reforçar para a mulher a/ou casal que a sexualidade ativa nunca deveria ser interrompida em nenhum momento da gravidez, visto que não é apenas com a penetração que se atinge o orgasmo. Pois existem outras possibilidades de se vivenciar a sexualidade nesta situação. Para isso é preciso criar outras alternativas amorosas, para que não cesse o encontro do prazer físico-emocional, quer sejam, a masturbação a dois, sexo oral, anal, desde que não interfiram negativamente no respeito aos desejos de cada um, mais fundamental que o próprio prazer em si.

4. A SEXUALIDADE NO PUERPÉRIO.

Se a gestação é fonte de temores para relação sexual, muito mais agravante é o período do pós-parto. Embora as disfunções sexuais femininas (diminuição do desejo, dificuldades para obter orgasmo, e dispareunia) estejam presentes nas várias etapas da vida da mulher, estudos brasileiros apontam 53% de disfunção sexual entre as mulheres e índices acima de 70% de dificuldades sexuais na gestação e puerpério. Nos primeiros seis meses após o parto, as principais queixas sexuais são dispareunia e diminuição do desejo sexual (VETTORAZZI et. Al, 2012).

4.1 Causas das disfunções sexuais:

Fatores anatômicos, fisiológicos ou emocionais.

Trauma perineal: o trauma perineal pode ser caracterizado pela ocorrência de laceração espontânea, em caso de episiotomia ou de ambos. Dentre as complicações decorrentes destas lesões estão o risco de infecção, incontinência anal e urinária, dispareunia e dor perineal, que afeta a mulher na sua mobilidade resultando em dor ao sentar, andar, amamentar e cuidar do bebê e posteriormente dispareunia (FRANCISCO et.al, 2014). Desta forma, o trauma perineal pela episiotomia, o uso de fórceps ou lacerações correlacionam-se com dor e dispareunia no puerpério (VETTORAZZI et. al, 2012).

- **Amamentação:** a amamentação por si só é causa de disfunção sexual devido ao cansaço, esgotamento físico e privação de sono, levando à diminuição de tempo para privacidade e, conseqüentemente, à diminuição da intimidade e do interesse sexual. Além disso, durante o período de amamentação, a diminuição dos níveis de andrógenos e estrógenos, a elevação da prolactina e liberação de ocitocina, interfere significativamente na libido feminina levando-a a uma rejeição do sexo. Sendo isso muitas vezes fonte de frustração, brigas e angústia para o casal (VETTORAZZI et. al, 2012).

- **Depressão:** a disfunção sexual é comum entre mulheres com depressão. Em um estudo americano realizado com 31.581 participantes, 40% das mulheres com depressão referiam disfunções sexuais, tais como diminuição do

desejo e dificuldades para obter orgasmo. A depressão está associada à diminuição da frequência e do interesse sexual (VETTORAZZI et. al, 2012).

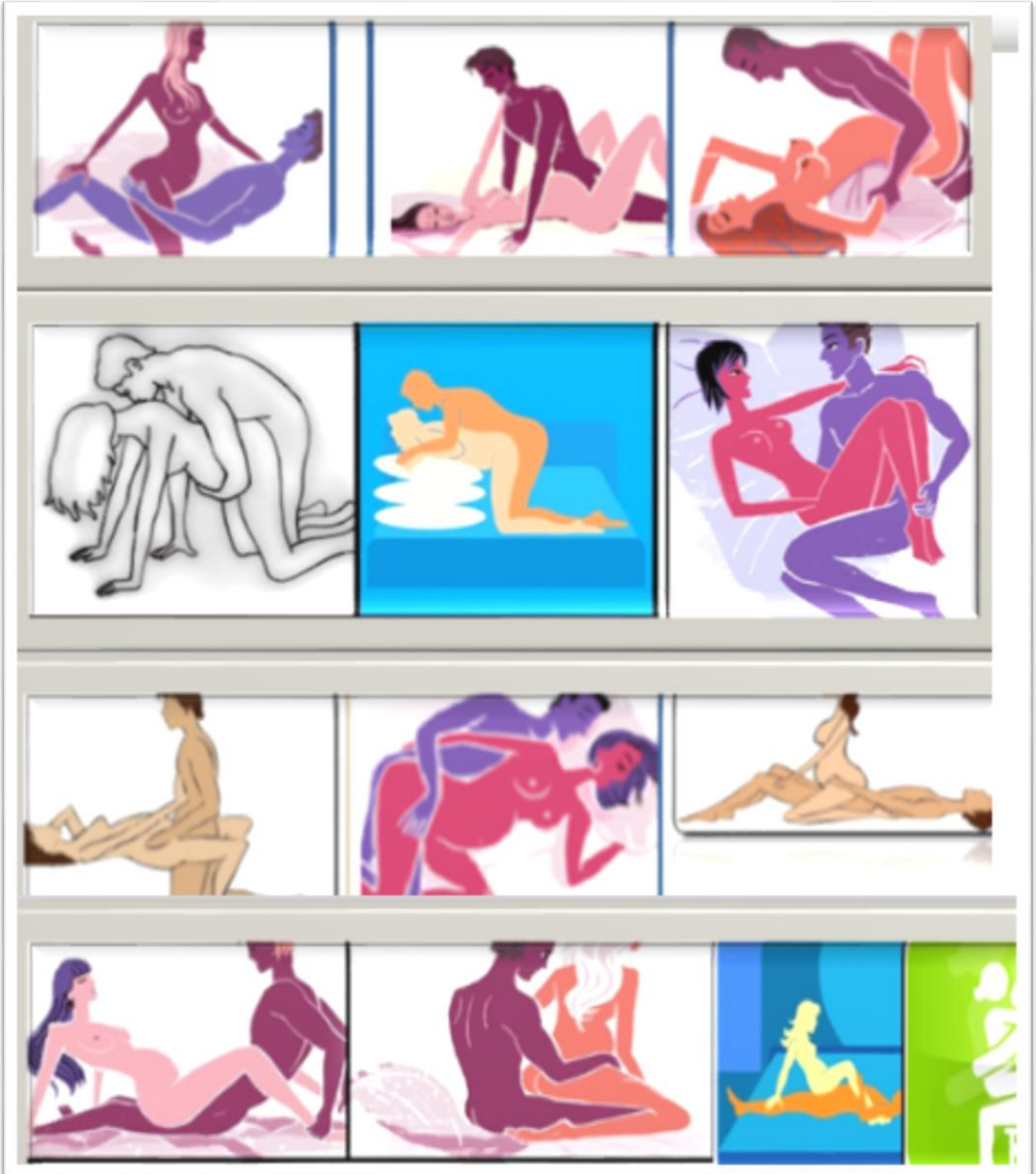
- **Infecções vulvovaginais e IST:** todas as vezes que ocorrer queixa de disfunção sexual é importante que o profissional de saúde esteja atento também para associação com infecções vulvovaginal. Dentre elas, a candidíase se configura como principal causa, uma vez que ela ocasiona uma inflamação na mucosa da vagina, além de doenças inflamatórias pélvicas (DIPs) e outras podem ser a causa de dispareunia no pós parto.

4.2 A criatividade sexual e as posições sexuais na gestação e puerpério:

Especialmente no período gestacional quando as alterações corporais da mulher pode levar o casal a suspender ou evitar as relações sexuais com penetração, pode ser importante orientá-los que a criatividade sexual é fundamental, através de jogos eróticos, novas posições e novas fontes de prazer, que transformarão tudo numa grande aventura, plena de lances inusitados e estimulantes, onde cada um poderá expressar suas preferências e fantasias mais íntimas. Tudo é permitido desde que haja harmonia entre o casal, que deve buscar o bem-estar mútuo e um maior equilíbrio emocional, diminuindo as ansiedades e angústias próprias desse período. Na próxima página uma série de posições sexuais para a gestação estão elencadas.

Sugere-se que sejam feitas cópias e se necessária entregue a gestante e/ou seu companheiro para que em casa possam melhor conhecer sobre estas possibilidades de dar e receber.

POSIÇÕES SEXUAIS NA GESTAÇÃO E PUERPÉRIO



Fonte: <http://sallychegandoaomundo.bebelog.com.br/40844/SEXUALIDADE-NA-GRAVIDEZ/>

APÊNDICE H - ORIENTAÇÕES GERAIS PARA GESTANTES

ANTIOXIDANTE E CLAREADORES DA PELE

Ácido retinóico é contra indicado no período gestacional, já os demais ácidos como o azeláico após o primeiro trimestre, podem ser utilizados, desde que tenha prescrição médica devido a reações alérgicas mais comuns neste período.

ALCOOL

Além de problemas sociais e nutritivos decorrentes de um excesso, existe um tipo de malformação inerente aos bebês de mulheres que sofrem de alcoolismo crônico. Síndrome Fetal Alcoólica (SFA), caracterizada por uma variedade de malformações, sendo mais importante a anomalia craniofacial e o retardo do desenvolvimento físico e mental. Assim, o melhor conselho é a gestante abster-se do álcool, desde a concepção até a lactação. O álcool passa ao leite materno e pode condicionar intoxicação ao lactente.

ATIVIDADE FÍSICA

As atividades físicas recreativas, em sua grande parte, são seguras durante a gravidez. No entanto, devem ser evitados exercícios que coloquem as gestantes em risco de quedas ou trauma abdominal (como esportes de contato ou de alto impacto). Recomenda-se a prática de exercícios moderados como caminhadas por 30 minutos pelo menos 5 dias semanais, acumulando um total de 150 minutos na semana.

ATIVIDADE SEXUAL

Embora é sabido que os espermatozoides podem estimular a prostaglandinas e conseqüentemente as contrações uterinas e até sangramentos leves, manter relações sexuais na gravidez não está associado a efeitos adversos. A atividade sexual durante o terceiro trimestre da gravidez não está associada com o aumento da mortalidade perinatal, nem a prematuridade, independentemente da presença de vaginose bacteriana ou de tricomoníase (grau de recomendação A). A restrição à atividade sexual deve ser feita apenas se houver suspeita de patologias como placenta prévia ou alto risco de prematuridade.

CABELOS

- **Ondulação/Permanente/Alisamento:** por não existir um estudo controlado sobre estas substâncias na gestação, o uso deve ser evitado.
- **Xampus e Condicionadores:** estes produtos têm formulas muito variadas, mas são feitas com substâncias que não tem absorção pela pele. O efeito prejudicial conhecido é a dermatite de contato (alergia na pele) que não causa nenhum efeito no feto.

CORRIMENTOS VAGINAL

O aumento das secreções vaginais pode ocorrer por aumento das secreções das glândulas da cérvix uterina, devem ser removidos no banho normal do paciente. A vagina tem capacidade de promover sua autolimpeza, porém deverá sempre investigar a causa deste aumento de corrimento, pois poderá ser de origem infecciosa ou causada por fungos.

COSMÉTICOS NA GRAVIDEZ

- **Hidratantes:** a utilização de hidratantes é importante, pois aumenta a distensão de pele, auxiliando na prevenção de formação de estrias. Parte da elasticidade da pele é dada pela quantidade de água, portanto orientar que ingerir líquidos de forma generosa levará também a uma boa hidratação da pele.

• **Maquiagem:** as maquiagens em geral estão liberadas para o uso - base facial, pó, blush, batom, sombra para pálpebras, máscaras para cílio (rímel), delineadores. Os principais componentes são os corantes, a maioria não é absorvível pela pele.

• **Filtro solar:** evitar a exposição ou proteger a pele no período das 10 às 15 horas. A proteção pode ser feita com roupas e protetores solares que tem a função de filtrar estes raios nocivos. Os fotoprotetores utilizados na gravidez podem prevenir ou minimizar as manchas na face materna. Não se tem descrito contra-indicação de uso.

FUMO

Está diretamente relacionado ao peso dos recém-nascidos, bem como o elevado índice de natimorto, sendo que o índice de mortalidade perinatal que é de 26% mais alto em relação às não fumantes. Idealmente, a mulher deveria deixar de fumar, quando gestante. Na impossibilidade de fazê-lo deverá reduzir o número de cigarros diários procurando não ultrapassar em qualquer hipótese dez cigarros.

HIGIENE PESSOAL

- A gravidez não contraindica o banho diário e as demais medidas de higiene pessoal;
- A pele deve ser mantida limpa visto que a eliminação cutânea é, sobretudo necessária, e qualquer secreção não removida pode ser origem de dermatoses; por isso, o banho terá efeito de remoção de secreções, tonificante, relaxante e revigorante;
- Preferencialmente de aspersão (chuveiro), com temperatura não muito elevada, uso de sabonetes neutros, xampus normais;
- Não fazer duchas ou lavagens intravaginais; não usar desodorantes íntimos;
- Os banhos de imersão são contraindicados nas quatro últimas semanas de gestação devido à possibilidade de já existir uma certa dilatação cervical e conseqüente contaminação. Ver abaixo sobre “sabonetes íntimos”.

HIPERACIDEZ BUCAL

- Desenvolvimento bacteriano - descalcificação do dente;
- A este fato e não à absorção do cálcio pelo feto é que se deve ao aumento de cárie que pode ocorrer na gestação;
- As mulheres grávidas, principalmente as de baixo nível socioeconômico, podem não se alimentarem adequadamente, tornando-se comumente gestantes desnutridas quanto aos micronutrientes ou anêmicas, tanto em virtude de hábitos alimentares inadequados, quanto em conseqüência de deficiências da mastigação pelo mau estado dos dentes;
- A gengivite é um processo inflamatório das gengivas causado pela placa bacteriana. A gestação produz, algumas vezes, alterações que contribuem como agravantes deste problema, por exemplo, fatores metabólicos, emocionais, hormonais, que tornam as gengivas mais sensíveis;
- Sempre que houver necessidade de tratamento odontológico, este deverá ser realizado. O período de eleição para o tratamento dentário é do 4º (quarto) ao 8º (oitavo) mês, acompanhado de uma história clínica obstétrica da paciente.

PELE

- O uso de óleos e cremes hidratantes para proteger a pele e evitar ressecamento não está contraindicado, evitando a aréola mamária, porém não podemos afirmar que irá protegê-la quanto ao aparecimento de estrias, que depende de ação hormonal e da elasticidade da pele;

- O aparecimento de manchas na pele, principalmente na face, devido a uma hiperpigmentação, chamadas de cloasma gravídico, deverá desaparecer no período pós-gestacional.

SABONETES INTIMOS

Não é preciso o uso de sabonete íntimo uma vez que a vagina possui seus próprios mecanismo de “limpeza” quando necessário. No entanto, também não são contra indicados se a mulher assim o desejar, além de ser mais higiênico do ponto de vista que não requer compartilhamento como o sabonete em barra. Contudo, lembrar que de forma alguma tem poder de prevenir ou tratar infecções vulvovaginal (Di-Bell, 2009).

REPOUSO E RELAXAMENTO

O repouso e o sono são essenciais para a recuperação da energia. Durante a gravidez, há uma tendência para cansar mais rapidamente e as necessidades de renovar as energias são mais evidentes;

- A gestante deverá exercer suas atividades;
- Durante o dia, se houver possibilidade, fazer breve intervalo de relaxamento muscular e menta;
- São comuns períodos de insônia;
- Lembrá-las de elevar os membros inferiores para melhorar o retorno venoso;
- Para varizes de vulva e reto, recomenda-se o repouso na posição de Sims.



Fonte: Google imagens/ posição de sims

TINTURAS

O uso de tinturas não está contraindicado na gestação, mas como aumento na segurança recomenda-se o uso a partir no segundo trimestre. É importante lembrar que a segurança no uso destes produtos é perdida se houver a mistura com outras substâncias como amônia, água oxigenada, ou chumbo como linhas de shampoo tonalizante e aqueles à base de henna. Já durante a amamentação ela é liberada desde que não contenha chumbo.

TRABALHO

- Evitar fadiga, evitar acidentes aos quais a gestante é especialmente vulnerável devido a alterações em seu centro de gravidade;
- Diminuir os perigos ambientais, tanto físicos como químicos;
- Evitar empregos em que haja inversão das cargas horárias de trabalho, ou seja, horário noturno, ou sem intervalo para descanso;

Realizar trabalho doméstico moderadamente, sem esforços intensos, conforme a capacidade física individualizada.

VESTUÁRIO

A gestação imprime substanciais modificações anatômicas ao organismo da mulher, exige vestuário adequado, que proporcione comodidade e liberdade de movimentos.

- Até o 4º (quarto) mês, não há necessidade da vestimenta estereotipada da grávida.
- São contraindicadas as cintas e ligas circulares, por serem constrictiva da circulação venosa.
- Evitar o uso de sapato de salto alto, pois influencia o equilíbrio da grávida, modificado pela lordose fisiológica.

- Havendo varizes, é recomendável o uso de meia elástica, visando facilitar o retorno venoso do sangue pelos vasos de paredes flácidas. Observar as instruções sobre o modo de colocação.

VIAGENS

- Viagens aéreas geralmente são seguras para a grávida até quatro semanas antes da data provável do parto (grau de recomendação D). No entanto à partir da 28ª. semana as empresas aéreas exigem um atestado médico para liberação. E após a 38ª semana apenas com o acompanhamento do médico assistente durante a viagem. Viagens longas de avião estão associadas ao aumento de risco de trombose venosa; entretanto, não está claro se há risco adicional na gravidez ou não.
- Na população geral, o uso de meia de compressão é efetivo e reduz o risco. Nas viagens de carro, as gestantes devem ser informadas sobre o uso correto dos cintos de segurança, que devem ser de três pontos, usados acima e abaixo do abdome, e não sobre ele.

APÊNDICE I - A DETERMINAÇÃO DE PESO FETAL PELA REGRA DE JOHNSON

Definição: A determinação de peso fetal pela Regra de Johnson é um método clínico de estimação do peso fetal de fácil execução, baixo custo (CURY; GARCIA, 1998).

Objetivo: estimar o peso fetal com base no exame clínico.

Método: embora este método seja praticamente desconhecido entre os nossos profissionais, devido a sua praticidade, inocuidade, aqui o descrevemos de forma a divulgá-lo e conforme avaliação profissional, fazer ou não validação de seu uso.

A **REGRA DE JOHNSON**, prevê que o cálculo clínico do peso fetal teve como base a altura uterina e a altura da apresentação, aplicando-se a fórmula baseada na regra de Johnson publicada em 1954 que consiste em:

$$\text{Peso fetal} = 155 \times (\text{AU} - \text{K})$$

Onde AU = altura uterina encontrada

K = 11 (cabeça insinuada);
12 (cabeça fixa); ou
13 (cabeça alta e móvel)

Lembrando que:

- ✓ “Cabeça insinuada”: Quando a apresentação já entrou na pelve (fixa) e ultrapassou seu estreito superior. Bastante comum nas 2 últimas semanas que antecede ao parto a termo.
- ✓ “Cabeça fixa”: Quando não se consegue mobilizar a cabeça
- ✓ “Cabeça alta e móvel”: Quando a cabeça não tomou contato com o estreito superior da bacia.

Exemplo: Gestante de 35 semanas, feto em apresentação cefálica, móvel. AU 32 cm.

$$\text{Peso fetal} = 155 \times (32 - 13)$$

$$\text{Peso fetal} = 155 \times (19) = 2.945 \text{ gramas}$$

Por falta de maiores informações na literatura, recomendamos que a REGRA DE JOHNSON para a estimativa do peso fetal pode ser aplicada apenas à gestante sem fatores de risco como apresentação pélvica, suspeita ou confirmação de poli ou oligodrâmnio ou baixo peso para o período gestacional.

APÊNDICE J - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PRÉ-NATAL








Fonte: Google imagens/ Símbolo enfermagem COFEN

Na atualidade muito se tem falado sobre a **SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM** ou simplesmente **SAE**.

Entretanto, observa-se alguns equívocos em relação aos conceitos que envolve SAE, Consulta de Enfermagem e Processo de Enfermagem e o tema, os quais estão descritos logo abaixo.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – SAE:

São ferramentas que visam organizar a assistência como um todo, e o trabalho profissional tornando possível a operacionalização do processo de Enfermagem. Como exemplos de SAE podemos citar:

-  Os protocolos clínicos (como este);
-  Procedimento operacional padrão (P.O.P.s);
-  Linhas-guias (ex. Linha Guia Mãe Paranaense);
-  Padronização de relatórios ou registros (Ver Apêndice 1);
-  Fichas clínicas (ver Apêndice 2), etc.

CONSULTA DE ENFERMAGEM

Para o COFEN (2009), quando realizada na atenção primária em saúde (APS) a consulta de enfermagem é sinônimo de Processo de Enfermagem. Entretanto, há uma compreensão por vários autores de que a consulta e o processo de enfermagem são conceitos distintos, uma vez que o primeiro se refere a uma atividade individualizada, exclusiva do profissional enfermeiro, realizada em ambiente de serviço de saúde ou de domicílio. Já o segundo é um método científico e sistematizado para resolução de problemas de enfermagem (SOUZA, 2012).

PROCESSO DE ENFERMAGEM:

Instrumento metodológico que orienta o cuidado e a documentação da prática profissional de enfermagem (COFEN, 2009). Em outras palavras, método científico para o desenvolvimento do cuidado de enfermagem utilizando-se das 5 etapas básicas:

ETAPAS OU FASES DO PROCESSO DE ENFERMAGEM

I - Coleta de dados de Enfermagem:

Compreendendo a anamnese (ou Histórico de Enfermagem) e Exame físico, é uma forma de investigação sobre as condições biológicas, psicobiológicas e sociais da pessoa, da família ou da comunidade e suas respostas frente ao processo saúde-doença.

II - Diagnóstico de Enfermagem:

Processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira etapa, quando o enfermeiro, por meio de um raciocínio ou julgamento clínico sobre os dados coletados, formula conceitos sobre as respostas da pessoa, família ou coletividade humana com relação à problemas de saúde reais ou potenciais em um dado momento do processo saúde e doença (NANDA, 2012;).

Importante lembrar que diagnóstico de enfermagem (DE), não é o mesmo que diagnóstico médico, uma vez que este refere-se a processo patológico requerendo uma ação específica deste profissional (SOUZA,2012). Já outra forma de entender o diagnóstico de enfermagem é enxergá-lo como expressão de problemas que tem possibilidade de intervenção de enfermagem, também denominado de problemas de enfermagem. Esses problemas ou situações também podem ser expressos em forma de sinais e sintomas que caracterizam uma expressão da necessidade do cuidado, sendo estes de ordem psicobiológicas, psicossocial, psicoespiritual (HORTA, 1979).

III - Planejamento de Enfermagem - Consiste no estabelecimento dos resultados almejados, bem como a prescrição de cuidados ou intervenções que serão realizados.

IV - Implementação – É a fase quando são executadas as ações ou intervenções prescritas na etapa de Planejamento de Enfermagem. Pode ser executada pela própria usuária, familiar ou equipe de enfermagem.

V - Avaliação de Enfermagem - Processo deliberado, sistemático e contínuo de verificação de mudanças nas respostas da pessoa, família ou coletividade humana em um dado momento do processo saúde doença, para determinar se as ações ou intervenções de enfermagem alcançaram o resultado esperado; e de verificação da necessidade de mudanças ou adaptações nas etapas do Processo de Enfermagem.

Assim, entende-se que para a validação de uma consulta de enfermagem exige que o enfermeiro se atente para as suas fases não somente na execução mas também no registro da mesma.

Diagnóstico de Enfermagem: Considerando que na atenção primária em saúde do município de Londrina, na atualidade, não temos adotado nenhuma taxonomia relacionada ao diagnóstico de enfermagem como NANDA Internacional (NANDA I) ou Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem (CIPE®), recomendamos que seja utilizado a denominação de “Problemas de Enfermagem”, em sinônimo a este. Entretanto, para aqueles profissionais que desejarem manter a expressão diagnóstico de Enfermagem, abaixo está descrito alguns dos diagnósticos mais comuns no pré-natal com base na CIPE®.

Quadro 1: Diagnóstico de Enfermagem no Puerpério com base na Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem CIPE®*

| Motivos da consulta (MC)** | Definição | Diagnóstico Positivo | Diagnóstico Negativo |
|--|--|--|---|
| Amamentação | Padrão alimentar ou de ingestão de líquidos: alimentar um lactente oferecendo leite das mamas. | . Amamentação Efetiva: Amamentação exclusivamente com leite materno, excluindo outros tipos de alimentos nos primeiros quatro a seis meses de vida da criança. | . Amamentação exclusiva prejudicada . Amamentação interrompida |
| Alterações fisiológicas da gravidez | . Modificações sistêmicas do organismo [materno esperadas para o período gestacional]. | . Alterações fisiológicas | . Alterações fisiológicas |
| Amamentação interrompida | . Suspensão do Processo de alimentar o bebê com leite materno | . Amamentação melhorada | . Amamentação prejudicada . Amamentação interrompida |
| Ameaça de Abortamento | . Ocorrência de sangramento uterino com a cérvix fechada, sem eliminação de tecidos ovulares. | _____ | . sangramento uterino com a cérvix fechada, sem eliminação de tecidos ovulares. |
| Anemia | . Redução dos níveis de hemoglobina no sangue para valores abaixo dos limites estabelecidos como normais, de acordo com a idade, o sexo e a condição fisiológica. | . Melhora nos níveis de hemoglobina no sangue | . Redução dos níveis de hemoglobina no sangue. |
| Angústia espiritual | . Rompimento na crença pessoal sobre a vida; interrogações sobre o significado da vida, associadas a questionamentos sobre sofrimento, separação de laços religiosos ou culturais, alteração nas crenças ou sistemas de valor, sentimentos de sofrimento intenso e raiva contra a divindade. | . Angústia espiritual melhorada; . Angústia espiritual diminuída | . Angústia espiritual aumentada . Angústia espiritual aumentada |
| Ansiedade | . Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia. | . Ansiedade melhorada . Ansiedade diminuída | . Ansiedade aumentada . Ansiedade aumentada |
| Azia | . O mesmo que pirose; acidez do estômago; arroto azedo. similar a dispepsia. | . Azia melhorada | . Azia |
| Auto estima | . Opinião sobre si mesmo e visão do próprio valor e capacidades; verbalização de crenças sobre si mesmo, confiança em si mesmo; verbalização de autoaceitação e autolimitação, desafiando imagens negativas de si mesmo; aceitação de elogios, encorajamento, assim como de crítica construtiva. | . Alta auto estima | . Baixa Auto estima |
| Baixo Peso | . Peso Comprometido. Quando o Índice de Massa Corpórea está abaixo do esperado. | . Baixo peso melhorado | . Baixo peso |

| | | | |
|---|--|--------------------------------|--|
| Cefaleia | . O mesmo que Cefalalgia. Um tipo de dor que pode indicar doença orgânica, resposta ao estresse, vasodilatação (enxaqueca), tensão muscular (cefaleia de tensão) ou combinação de várias destas. Pode ocorrer de forma crônica, contínua ou intermitente. | . Cefaleia melhorada | . Cefaleia . Cefaleia aumentada . Cefaleia (leve, moderada ou forte) intensidade |
| Cloasmas | . Manchas escuras ou acastanhada na face, principalmente nas regiões malares, testa, nariz, lábio superior e têmporas, apresentando-se com limites precisos, formando placas que, em seu contorno, apresentam pontilhado pigmentar, parecendo asas de borboleta. Quando se manifesta na gravidez é chamado de cloasma gravídico. | . Cloasma melhorado | . Cloasma gravídico . Cloasma gravídico aumentado |
| Cólica | . Dor Visceral: Desconforto, de moderado a severo, originado por espasmos de músculos lisos em órgãos ocos, tal como o útero | . Cólica melhorada | . Cólica . Cólica aumentada |
| Comunicação | . Comportamento Interativo: Dar ou trocar informação usando comportamentos verbais e não verbais, face a face, ou usando meios sincrônicos ou sincrônicos apoiados pela tecnologia. | . Comunicação eficaz | . Comunicação prejudicada |
| Conflito | . Similar a crise: tensão temporária com ineficiente comunicação, dificuldade em resolver problemas, inabilidade para reconhecer ou acessar recursos. | . Conflito melhorado | . Conflito . Conflito aumentado |
| Corrimento vaginal | Fluxo fluido através da vagina, de cor esbranquiçada ou amarelada, podendo ser fisiológico ou não. Causado por situações externas ou infecciosas. | . Corrimento vaginal melhorado | . Corrimento vaginal . Corrimento vaginal aumentado |
| Crise | . O mesmo que conflito: tensão temporária com ineficiente comunicação, dificuldade em resolver problemas, inabilidade para reconhecer ou acessar recursos. | . Crise melhorada | . Crise . Crise aumentado |
| Deambulação | . Mobilizar: movimento do corpo de um lugar para outro, movendo as pernas passo a passo (...). | . Deambulação melhorada | . Deambulação prejudicada |
| Desmaio | . Perda súbita da consciência (ou cognição) mental, com fraqueza física. | _____ | . Desmaio |
| Diarreia | . Passagem de fezes soltas, líquidas e não formadas; aumento da frequência de eliminação, acompanhado por aumento dos ruídos intestinais, cólicas e urgência de defecação. | . Diarreia melhorada | . Diarreia . Diarreia aumentada |
| Dispareunia | . Relações sexuais dolorosas, associadas a coito forçado, estímulo sexual incompleto ou lesão genital associada a doenças, ulcerações genitais e tecidos adjacentes, devido a partos ou mutilação genital feminina. | . Dispareunia melhorada | . Dispareunia . Dispareunia aumentada |
| Dispneia | . Movimento forçado de ar para dentro e fora dos pulmões, respiração curta, associado a insuficiência de oxigênio no sangue circulante, sensação de desconforto e ansiedade. | . Dispneia melhorada | . Dispneia . Dispneia aumentada . Dispneia (leve, moderada ou forte) intensidade |
| Dor em _____ (descrever local dor) | . Percepção comprometida: aumento de sensação corporal desconfortável, referência subjetiva de sofrimento. | . Dor melhorada em _____ | . Dor (leve, moderada ou forte) intensidade |
| Dor pélvica | . Dor localizada na pelve. | . Dor pélvica melhorada | . Dor pélvica . Dor pélvica (leve, moderada ou forte) intensidade |

| | | | |
|--------------------------------|--|--|---|
| Edema | . Condição de excessivo acúmulo de fluido corporais em espaços tissulares | | . Edema . Edema (leve, moderada ou forte) intensidade |
| Edema periférico | . Retenção de Líquidos em extremidades (mãos, pés e pernas) | . Edema periférico melhorado | . Edema periférico (leve, moderada ou forte) intensidade |
| Estrias | . Risca na pele provocada por perda de elasticidade e/ou atrofia da derme, inicialmente surge como linha vermelha e, posteriormente, como linha lustrosa, deprimida, podendo apresentar comprimento e largura diversa. | . Estrias melhorada | . Estrias; . Estrias aumentada |
| Fadiga | . Fadiga: perda excessiva de força ou resistência, sentir-se desgastado e progressivamente irritável, devido a atividade física vigorosa ou a estresse psicológico intenso. | . Fadiga melhorada | . Fadiga: perda excessiva de força ou resistência, sentir-se desgastado e progressivamente irritável, devido a atividade física vigorosa ou a estresse psicológico intenso. |
| Falso Trabalho de parto | . Desconforto abdominal inferior (...) semelhante à dor por contrações uterinas mas que não aumenta de intensidade nem duração e não está associado à dilatação do colo do útero. | . Dor de falso trabalho de parto melhorado . Dor tipo contração melhorada | . Dor de falso trabalho de parto piorado . Dor tipo contração leve/moderado/intensa |
| Falta de Apetite | . Ausência de sensação de desejo de satisfazer necessidades corporais de nutrientes ou de determinados tipos de alimentos. | . Falta de apetite melhorado | . Falta de apetite . Falta de apetite aumentado |
| Febre | . Elevação anormal da temperatura corporal | . Febre melhorada | . Febre aumentada |
| Fissura na mama | . Rachadura, ulceração alongada ou separação do tecido que envolve a superfície mamária, acompanhada por uma diminuição da elasticidade e da capacidade de distensão da pele, marcas vermelhas de estiramento, por meio das quais se mostra o tecido da derme. | . Fissura mamária melhorada (ou diminuída) | . Fissura mamária; . Fissura mamária aumentada |
| Flatulência | . Presença de quantidade excessiva de ar ou gases no estômago e trato intestinal | . Flatulência melhorada | . Flatulência aumentada |
| Fome | . Sensação de forte desejo por alimento; a sensação é frequentemente referida à boca e estômago; dor ou desconforto. | . Fome melhorada | . Fome aumentada |
| Fraqueza | . Falta de força, de ânimo para o trabalho físico ou mental; debilidade. | . Fraqueza melhorada | . Fraqueza |
| Gestação não planejada | . Gravidez acidental, não intencional, incluindo a gravidez resultante de fracassos e medidas anticoncepcionais | . _____ | . Gestação não planejada |
| Hemorragia vaginal | . Perda de uma grande quantidade de sangue via vaginal num curto período de tempo, associada a sangramento arterial, venoso ou capilar. | . Hemorragia vaginal melhorada | . Risco de Hemorragia/ |
| Higiene | . Asseio. Sistema de princípios ou regras para evitar doenças e conservar a saúde. | . Higiene boa . Capacidade para Executar a Higiene | . Higiene pessoal prejudicada . Capacidade para Executar a Higiene prejudicada |
| Hipotensão | . Processo de Sistema Circulatório, Prejudicado: Fluxo de sangue através dos vasos com pressão menor que a normal. | . Hipotensão melhorada | . Hipotensão . Hipotensão p |

| | | | |
|---------------------------------|--|---|---|
| Incontinência | <ul style="list-style-type: none"> • Similar a perda involuntária de urina: passagem involuntária da urina, falha do controle voluntário na bexiga e no esfíncter uretral. | <ul style="list-style-type: none"> • Incontinência urinária melhorada | <ul style="list-style-type: none"> • Incontinência urinária aumentada • Perda involuntária de urina |
| Inflamação | <ul style="list-style-type: none"> • Processo patológico caracterizado por lesão ou destruição de tecidos, causado por uma variedade de reações químicas e citológicas. Normalmente manifesta-se por sinais típicos de dor, calor, rubor, edema e perda da função. | <ul style="list-style-type: none"> • Inflamação melhorada | <ul style="list-style-type: none"> • . Inflamação; • . Inflamação aumentada • . Inflamação aumentado |
| Ingurgitamento mamário | <ul style="list-style-type: none"> • tumefação das mamas com sensação de dor e peso que ocorre com a acumulação de leite após o nascimento de uma criança. | <ul style="list-style-type: none"> • Ingurgitamento melhorado | <ul style="list-style-type: none"> • Ingurgitamento mamário • Ingurgitamento mamário aumentado |
| Lipotimia | <ul style="list-style-type: none"> • Desmaio, consciência comprometida: súbita perda de força muscular, porém sem perda de consciências, produzida por um déficit súbito na circulação cerebral. | <ul style="list-style-type: none"> • Lipotimia melhorada | <ul style="list-style-type: none"> • Lipotimia • Lipotimia aumentada |
| Pica | <ul style="list-style-type: none"> • Compulsão: Sensação de forte desejo por tipos de alimentos não naturais; perversão do apetite associado a gravidez, má nutrição e histeria. | <ul style="list-style-type: none"> • Pica melhorada | <ul style="list-style-type: none"> • Pica • Pica aumentada |
| Sono | <ul style="list-style-type: none"> • Processo corporal: diminuição recorrente da atividade corporal evidenciada pela diminuição de consciência; (...) diminuição do metabolismo; atividade corporal diminuída; sensibilidade a estímulos externos. | <ul style="list-style-type: none"> • Sono Adequado | <ul style="list-style-type: none"> • Sono prejudicado |
| Sonolência | <ul style="list-style-type: none"> • Consciência comprometida: torpor pernicioso, adormecimento não natural. | <ul style="list-style-type: none"> • Sonolência diminuída | <ul style="list-style-type: none"> • Sonolência • Sonolência aumentada |
| Medo | <ul style="list-style-type: none"> • Sentimentos de ameaça, perigo ou angústia, devido a causa conhecida ou desconhecida, acompanhado às vezes de luta psicológica ou resposta de fuga. | <ul style="list-style-type: none"> • Medo diminuído; • Medo melhorado | <ul style="list-style-type: none"> • Medo • Medo aumentado; • Medo piorado |
| Obesidade | <ul style="list-style-type: none"> • Peso corporal elevado e massa corporal normalmente 20% acima do peso ideal. | <ul style="list-style-type: none"> • Obesidade melhorada | <ul style="list-style-type: none"> • Obesidade |
| Obstipação | <ul style="list-style-type: none"> • Similar a constipação: Diminuição na frequência de defecação, acompanhada por dificuldade ou passagem incompleta de fezes; passagem de fezes excessivamente secas e endurecidas | <ul style="list-style-type: none"> • Obstipação melhorada | <ul style="list-style-type: none"> • Obstipação • Obstipação aumentada |
| Planejamento reprodutivo | <ul style="list-style-type: none"> • Processo comportamental para regular o número e espaçamento das crianças na família, levando em consideração os costumes, a lei, o número ideal ou aceitável de crianças e adultos na família ou a valorização de um sexo sobre outro. | <ul style="list-style-type: none"> • planejamento reprodutivo efetivo | <ul style="list-style-type: none"> • planejamento reprodutivo prejudicado |
| Fissura | <ul style="list-style-type: none"> • Rachadura, ulceração alongada ou separação do tecido que envolve a superfície corporal, acompanhada por uma diminuição da elasticidade e da capacidade de distensão da pele, marcas vermelhas de estiramento, por | <ul style="list-style-type: none"> • Fissura melhorada | <ul style="list-style-type: none"> • Fissura aumentada |

| | | | |
|----------------------------|--|---|---|
| | meio das quais se mostra o tecido da derme. | | |
| Repouso | <ul style="list-style-type: none"> Diminuição periódica da atividade orgânica enquanto acordado e consciente (...) Descanso, sossego, tranquilidade. | <ul style="list-style-type: none"> Repouso melhorado | <ul style="list-style-type: none"> Repouso prejudicado |
| Hemorragia | <ul style="list-style-type: none"> Perda de grande quantidade de sangue (sangramento intenso ou extenuante), em um curto período de tempo, externa ou internamente, associada a sangramento arterial, venoso ou capilar. | <ul style="list-style-type: none"> Hemorragia melhorada | <ul style="list-style-type: none"> Risco de hemorragia |
| Sangramento vaginal | <ul style="list-style-type: none"> Perda de sangue via vaginal em quantidade variada: 1 absorvente em 6 horas ((sangramento leve); Sangramento moderado: 01 absorvente noturno em 20 minutos; Sangramento intenso (02 absorventes noturnos em 20 minutos). | <ul style="list-style-type: none"> Sangramento vaginal melhorado | <ul style="list-style-type: none"> Sangramento vaginal leve Sangramento vaginal moderado Sangramento vaginal intenso |
| Sobrepeso | <ul style="list-style-type: none"> Situação de peso corporal elevado e massa corporal normalmente de mais de 10 a 20 % acima do peso ideal. | <ul style="list-style-type: none"> Sobrepeso melhorado | <ul style="list-style-type: none"> Sobrepeso |
| Vínculo | <ul style="list-style-type: none"> Parentalidade: Ligação afetiva entre um bebê (ou lactente) e os pais; formação de laços afetivos. | <ul style="list-style-type: none"> Vínculo melhorado | <ul style="list-style-type: none"> Risco de ligação afetiva pais-criança, Prejudicada Vínculo prejudicado |
| Vômito | <ul style="list-style-type: none"> Expulsão ou retorno à boca de alimentos transformados ou de conteúdo estomacal através do esôfago e para fora da boca. | <ul style="list-style-type: none"> Vômito diminuído | <ul style="list-style-type: none"> Vômito Vômito aumentado |

*CIPE®: A CIPE® é resultado de um projeto internacional do Conselho Internacional de Enfermeiros para descrição dos elementos que da prática de Enfermagem, o diagnóstico, a intervenção e o resultado de enfermagem de forma que fosse mundialmente compreendidos. O município de Londrina, especificamente a UBS União da Vitória participou deste projeto internacional ocorrida entre os anos 1996 e 2000, conhecido na época como CIPESC-CIE-ABEN: Inventário vocabular de fenômenos e ações de Enfermagem em saúde (SOUZA, 2012).

**MC: É a expressão adotada para referir-se a toda razão que leva um paciente a aderir ao sistema de cuidados de saúde, como reflexo da necessidade que o indivíduo tem de recorrer a esse tipo de cuidado. Poderá se tratar de sintomas ou queixas, doenças conhecidas, pedidos de exames de diagnóstico ou preventivos, resultados de testes, ou por razões administrativas (como está a fila de tal especialidade). Esses motivos têm normalmente um ou vários problemas subjacentes que, ao fim da consulta, o profissional terá identificado e que poderão não corresponder às razões iniciais que levaram o paciente a marcar uma consulta. (WONCA, 2009). Para a enfermagem este MC será o seu “foco” do que deve ser sua preocupação profissional em um primeiro momento.

REFERENCIAS:

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM . **Resolução nº 358/2009**: dispõe sobre a sistematização da assistência de enfermagem e a implementação do processo de enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de enfermagem, e dá outras providências. Brasília, 15 de outubro de 2009.

NORTH AMERICAN NURSING DIAGNOSIS ASSOCIATION (Org.). **NANDA-I history**: 1980-1989. 2012. Disponível em :< <http://www.nanda.org/AboutUs.aspx>>.

HORTA, W. A. **Processo de enfermagem**. São Paulo: EPU, 1979.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES-CIPE®. ICNP® TRANSLATIONS- Versão 2015 - Português do Brasil. Disponível em: < http://www.icn.ch/images/stories/documents/pillars/Practice/icnp/translations/icnp-Brazil-Portuguese_translation.pdf>

SOUZA, E.C. **Análise dos termos utilizados na consulta de enfermagem no pré-natal com base na Classificação Internacional das Práticas de Enfermagem em Londrina**. Dissertação Mestrado Enfermagem. Maringá/PR, 2013.244p.

WONCA-Comitê Internacional de Classificação da WONCA. **Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP 2)** /. – 2. ed. – Florianópolis : Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade, 2009.

APÊNDICE K - O TABAGISMO NA GESTAÇÃO

1. INTRODUÇÃO

O hábito de fumar foi introduzido na sociedade moderna com a chegada da Revolução Industrial, inicialmente entre os homens e, somente após a década de 50 passou a ser também comum entre as mulheres, fazendo parte de um “estilo de vida” (UTAGAWA et al, 2007 Apud BRASIL, 2011)). Hoje, o tabagismo é considerado um problema de saúde pública, sendo a principal causa de morte evitável no mundo (WHO, 2009).

Durante a gestação, embora a literatura mundial mostra que a prevalência do tabagismo venha diminuindo nas últimas décadas, ainda é alta, variando entre 12% a quase 40% das mulheres grávidas (BRASIL,2011).

2. DIAGNÓSTICO CLÍNICO:

É considerado **fumante** o indivíduo que fumou mais de 100 cigarros, ou 5 maços de cigarros, em toda a sua vida e fuma atualmente (OPAS, 1995 Apud BRASIL, 2016).

É considerado **dependente de nicotina**, o fumante que apresenta três ou mais dos seguintes sintomas nos últimos 12 meses:

- a) Forte desejo ou compulsão para consumir a substância, no caso, nicotina;
- b) Dificuldade de controlar o uso da substância (nicotina) em termos de início, término ou nível de consumo;
- c) Quando o uso da substância (nicotina) cessou ou foi reduzido, surgem reações físicas devido ao estado de abstinência fisiológico da droga;
- d) Necessidade de doses crescentes da substância (nicotina) para alcançar efeitos originalmente produzidos por doses mais baixas, evidenciando uma tolerância a substância;
- e) Abandono progressivo de outros prazeres ou interesses alternativos em favor do uso da substância (nicotina), e aumento da quantidade de tempo necessário para seu uso e/ou se recuperar dos seus efeitos;
- f) Persistência no uso da substância (nicotina), apesar da evidência clara de conseqüências nocivas à saúde.

3. FORMAS DO TABAGISMO

O tabagismo pode ser classificado em duas formas passivo e ativo, ambos com efeitos trágicos para a mulher, gestação e o concepto.

3.1 O tabagismo passivo

A inalação da fumaça do tabaco por não fumantes tem sido chamada de tabagismo passivo, involuntário ou de “segunda mão” ou ainda, poluição tabagística ambiental (PTA). A fumaça de “segunda mão” é a fumaça emitida pela ponta acesa dos produtos derivados do tabaco, geralmente combinada com a fumaça exalada pelo fumante.

A OMS estima que 1/3 da população mundial adulta – um bilhão e 200 milhões de pessoas seja fumante e que cerca de 700 milhões de crianças no mundo (em torno de 40% de todas as crianças) estão expostas ao tabagismo passivo em casa.

3.1.1 Efeitos do tabagismo passivo

Dentre as maiores consequências do tabagismo passivo estão: Desconforto; Doenças coronarianas; AVE; Câncer de pulmão; Morte.

As mulheres cujos parceiros fumam apresentam aumento da incidência de câncer de pulmão (de 20% a 30%) e do risco de desenvolverem doença coronariana (25% a 30%). Em todo o mundo morre cerca de 600.000 pessoas a cada ano, sendo que 64% são mulheres jovens e 31%, crianças (WHO, 2009). O tabagismo passivo já é a 3ª maior causa de morte evitável no mundo, subsequente, apenas, ao tabagismo ativo e ao consumo excessivo de álcool (UNITED STATES. Department of Health and Human Services, 2006 Apud BRASIL, 2011).

A fumaça liberada na ponta do cigarro que está “queimando” é 3-4 vezes mais tóxica que a fumaça que é tragada pelo fumante, em função da combustão e das altas temperaturas. Além disso, mais de 50 substâncias carcinogênicas já foram identificadas na “fumaça de segunda mão” (UNITED STATES. Department of Health and Human Services, 2006; WHO, 2009 Apud BRASIL, 2011).

3.1.1.1 Efeitos do tabagismo passivo na gestação

As gestantes expostas ao tabagismo passivo têm aumentado:

- ✓ 30% o risco de parto prematuro;
- ✓ 20% a incidência de recém-nascido com baixo peso.
- ✓ Feto ou recém-nascido apresentam um risco até 3 vezes maior de ter síndrome da morte súbita infantil.
- ✓ As crianças expostas ao tabagismo involuntário há um aumento de 50% a 100% das doenças respiratórias (pneumonia, tosse crônica, falta de ar, asma), diminuição do crescimento e função pulmonar, alta incidência de infecções de ouvido e aumento das anormalidades do desenvolvimento e problemas comportamentais (UNITED STATES. Department of Health and Human Services, 2006; WHO, 2009 Apud BRASIL, 2011).

A OMS adverte que não há nível seguro de exposição ao tabagismo passivo e recomenda, para diminuição do problema, a eliminação do fumo nos espaços públicos fechados, através da implantação dos “ambientes 100% livres de cigarro” (WHO, 2009 Apud BRASIL, 2011)

3.1.2 Intervenções para “fumantes passivos”

☞ Recomendam que se fale claramente sobre os perigos da fumaça do cigarro fumado por outras pessoas sobre a mãe e sobre o bebê, antes e depois do nascimento, orientando que não se fume dentro de casa nem no carro e se ofereça ajuda para parar de fumar, falando de todos os recursos, sem favorecer um método em detrimento dos outros (NICE, 2010 apud BRASIL, 2011).

3.2 TABAGISMO ATIVO

A inserção da mulher no mercado de trabalho e no processo produtivo fez com que ela agregasse à sua vida diversos hábitos, dentre eles o tabagismo, trazendo uma série de prejuízos como o aumento do risco de doenças e mortes causada por Doença cardiovasculares (DCV)); Ateroscleroses; Câncer de pulmão; Câncer de mama; câncer de colo de útero: aumento do risco de outras neoplasias: cavidade bucal, faringe, esôfago, estômago, pâncreas etc.; Aumento do risco de infertilidade e de retardo na concepção; aumento do risco de dismenorreia; Diminuição da densidade óssea em mulheres pós menopáusicas.

Já na gestação os efeitos são ainda maiores que na forma passiva e estão colocados abaixo.

Toxicidade de alguns elementos do tabaco na gestante e feto

Das mais de 4700 substâncias presentes na fumaça do cigarro, as que mais interferem na evolução da gravidez são a **nicotina** e o **monóxido de carbono (CO)**.

A nicotina age no sistema cardiovascular, provocando taquicardia, vasoconstrição periférica e redução do fluxo sanguíneo placentário. O monóxido de carbono (CO), ao combinar-se com a hemoglobina materna e fetal, estabelece hipóxia na mãe e no feto, podendo ser este um dos fatores responsáveis pelo sofrimento fetal crônico nas gestantes fumantes (MACHADO; LOPES, 2009). Além disso, no sistema nervoso do feto, o CO tem ação de uma potente toxina, e pode causar lesões neurológicas temporárias e/ou permanentes. No sistema cardiovascular, provoca elevação da frequência cardíaca e hipertrofia miocárdica (LEOPÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004 Apud BRASIL, 2011).

3.2.1 Efeitos do tabagismo na gestação

O tabagismo quer seja passivo ou ativa traz uma série de consequências a curto, médio e longo prazo seja para a mulher, gestante, concepto ou seus filhos. No quadro abaixo, colocamos alguns desses efeitos.

Quadro 1. As Consequências do tabagismo na gestação

| Para a mulher e gravidez | Para a criança: |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> . Diminuição da micronutriente vitamina C, vitamina B12 no organismo materno levando ao comprometimento do sistema imunológico; . Aborto espontâneo; . Rotura prematura das membranas; . Parto prematuro; . Placenta prévia; . Descolamento prematuro da placenta; . Gravidez tubária; . Envelhecimento da pele; . Psoríase; . Artrite reumatoide; . Catarata; . Úlcera péptica; . Depressão; . Doença periodontal; | <ul style="list-style-type: none"> . Aumenta o risco de natimorto, de morte neonatal, da síndrome da morte súbita infantil; . Baixo peso ao nascer (eles têm, em média, 200 a 250 g menos do que um recém-nascido de mãe não fumante) e de serem pequenos para a idade gestacional (PIG); . Desmame precoce (o aleitamento materno é menos comum e mais curto entre as mulheres fumantes e elas produzem menos leite que as não fumantes (SAMET; YOON, 2001); . Risco da mortalidade na infância (40% maior que nas crianças de mães não fumantes); . Maior propensão a infecções do trato respiratório, asma, problemas de ouvido, nariz e garganta; . Aumento de problemas psicológicos, como problemas de comportamento, déficit de atenção e hiperatividade. |

Versão atualizada em 26-07-2017

- | | |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> . Estomatites; . Leucoplasias; . Língua pilosa, halitose. | |
|---|--|

Fonte: Adaptado de NICE, 2010; REIS, 2005 Apud Brasil, 2011.

3.2.2 Fatores de risco que podem favorecer o tabagismo na gravidez

Segundo a literatura alguns fatores podem ser risco diante da problemática do tabagismo na gestação. Assim, as mulheres que atendem a estes critérios devem ser alvos de um cuidado intensivo dos profissionais de saúde.

- ⊗ Ser jovem;
- ⊗ Ter baixo nível socioeconômico;
- ⊗ Ter baixa escolaridade;
- ⊗ Maior número de gestações prévias;
- ⊗ Estar solteira ou separada;
- ⊗ Ter companheiro que fuma;
- ⊗ Ter mãe que fuma;
- ⊗ Não fazer pré-natal.

4. A abordagem cognitivo-comportamental

A abordagem cognitivo-comportamental está baseada na terapia comportamental cognitiva (TCC) onde são utilizadas técnicas para identificar e modificar comportamentos associados ao uso de drogas. Desta forma, combina intervenções cognitivas com treinamento, envolvendo o estímulo ao autocontrole ou automanejo, buscando tornar o indivíduo agente de mudança de seu próprio comportamento (BRASIL, 2004; REICHERT J, et al. 2008).

4.1 Formas de abordagem

A abordagem cognitivo-comportamental, pode ser realizada de forma breve/mínima ou intensiva com ou sem apoio farmacológico (REICHERT J, et al, 2008), dependendo do tempo e preparo dos profissionais de saúde bem como condições logísticas e materiais do serviço de saúde.

4.1.1 Abordagem breve/mínima (PAAP):

Consiste em **perguntar e avaliar, aconselhar e preparar (PAAP)** o fumante para que deixe de fumar, sem no entanto, acompanhá-lo nesse processo. Pode ser feita por qualquer profissional de saúde durante a consulta de rotina, sobretudo por aqueles que têm dificuldade de fazer um acompanhamento desse tipo de paciente (exemplo: profissionais que atuam em pronto socorro; pronto atendimento; triagens, etc.). Este tipo de abordagem pode ser realizada em 3 minutos durante o contato com o paciente. Vale salientar que embora não se constitua na forma ideal de atendimento, pode propiciar resultados positivos como instrumento de cessação, pois permite que um grande número de fumantes sejam beneficiados, com baixo custo, requerendo para isso tão somente o tempo do profissional e se possível o apoio de algum material específico.

4.1.2 Abordagem básica (PAAPA):

É composta por 5 passos: **Perguntar, avaliar, aconselhar, preparar e acompanhar**

O fumante para que deixe de fumar. Também pode ser feita por qualquer profissional de saúde durante a consulta de rotina, com duração, no mínimo, de 3 minutos e, no máximo, de 5 minutos, em média, em cada contato. Indicada a todos os fumantes. É mais recomendada que a anterior (PAAP), porque prevê o retorno do paciente para acompanhamento na fase crítica da abstinência, constituindo-se em uma importante estratégia em termos de saúde pública, e também oferece a vantagem do baixo custo.

Figura 1. Eficácia das abordagens:

| NÍVEL DE CONTATO | NÚMERO DE BRAÇOS | ODDS RATIO ESTIMADA (95% IC) | TAXA DE ABSTINÊNCIA ESTIMADA (95% IC) |
|---|------------------|-------------------------------|---------------------------------------|
| Nenhum contato | 30 | 1,0 | 10,9 |
| Aconselhamento mínimo (< 3 minutos) | 19 | 1,3 (1,01 – 1,6) | 13,4 (10,9 - 16,1) |
| Aconselhamento de intensidade baixa (3 -10 minutos) | 16 | 1,6 (1,2 – 2,0) | 16,0 (12,8 –19,2) |
| Aconselhamento de maior intensidade (> 10 minutos) | 55 | 2,3 (2,0 – 2,7) | 22,1 (19,4 –24,7) |

Fonte: Fiore et al 2000.

Como podemos observar, quanto maior for o tempo dedicado em cada abordagem do fumante, maior a taxa de cessação. Assim, quando comparadas com as situações em que nenhum aconselhamento é dado ao fumante, a abordagem mínima (< 3 minutos) aumenta a taxa de cessação de fumar em 30%, a abordagem de 3 a 10 minutos aumenta em 60% e a abordagem de 10 minutos de duração aumenta em mais de 100%.

4.1.3 Realizando os passos da abordagem cognitivo-comportamental

Estes quatro (abordagem breve/mínima) ou cinco (abordagem básica), visam oferecer uma linha de ação ao profissional diante de uma pessoa tabagista.

4.1.3.1 – Primeiro passo- PERGUNTE e AVALIE

As 6 perguntas básicas auxiliam na identificação e diagnóstico da gestante tabagista. Muitas vezes pode ser a primeira tentativa de chamar a atenção da paciente ao problema.

Uma abordagem sugerida é dizer: **“parar de fumar é uma das coisas mais importantes que você pode fazer para a sua saúde e a do seu bebê. Se nós pudermos ajudar, você está disposta a tentar?”** (MELVIN, 2000 Apud BRASIL, 2011)

Quadro 2- Perguntas básicas na identificação e diagnóstico da gestante tabagista

| Perguntas chaves | Objetivos da pergunta | Comentários |
|---|---|---|
| 1) Você fuma? Há quanto tempo?* | . Identificar os fumantes e conhecer o tempo de exposição ao tabaco . Aquelas que fumaram menos de 100 cigarros na vida podem ser consideradas que ainda estão na fase de experimentação segundo a OMS (BRASIL, 2001). | . Valorize dados sobre tabagismo como se fosse um sinal vital . Registre no prontuário ou ficha específica . Diferenciar experimentação do uso regular |
| 2) Quantos cigarros fuma por dia? | . Avaliar o grau de dependência à nicotina | . Pessoas que fumam 20 ou mais cigarros ao dia e/ou acendem o primeiro cigarro até 30 minutos após acordar, possivelmente, terão mais dificuldades em deixar de fumar por apresentarem uma dependência química mais intensa. Pode ser necessário uma abordagem intensiva e até apoio medicamentoso. |
| 3) Quanto tempo após acordar você acende o primeiro cigarro? | | |
| 4) O que você acha de marcar uma data para deixar de fumar? Caso afirmativo: Quando? | Avaliar o grau de motivação para deixar de fumar (ver o quadro 03) | A partir dessas perguntas, pode-se ter um diagnóstico situacional do paciente em relação a avaliar em que fase motivacional para deixar de fumar encontra-se o fumante, e assim adequar as mensagens motivacionais. |
| 5) Você já tentou parar de fumar antes? | | |
| 6) O que aconteceu? | . Identificar o que ajudou e atrapalhou a deixar de fumar | As barreiras devem ser trabalhadas na próxima tentativa |
| <p>*Outras perguntas que podem ser formuladas:</p> <ol style="list-style-type: none"> a. Se ela parou de fumar antes de descobrir que estava grávida e não está fumando agora; 2. Se ela parou de fumar depois que descobriu que estava grávida e não está fumando agora; 3. Se ela ainda fuma agora, mas diminuiu o número de cigarros desde que descobriu que estava grávida; 4. Se ela fuma regularmente, da mesma forma que fumava antes de engravidar. 5. Se ela nunca fumou ou fumou menos de 100 cigarros em sua vida; 6. Se ela parou de fumar antes de descobrir que estava grávida e não está fumando agora; 7. Se ela parou de fumar depois que descobriu que estava grávida e não está fumando agora; 8. Se ela ainda fuma agora, mas diminuiu o número de cigarros desde que descobriu que estava grávida; 9. Se ela fuma regularmente, da mesma forma que fumava antes de engravidar. | | |

Fonte: BRASIL, 2011; BRASIL, 2015.

4.1.3.2 Segundo passo: ACONSELHE

Ofereça conselhos claros sobre o impacto do tabagismo na saúde da mãe, do feto e no desenvolvimento da própria gravidez, bem como os benefícios da cessação do tabagismo.

☞ As mulheres que param de fumar antes de engravidar ou durante os primeiros quatro meses da gravidez apresentam os mesmos riscos de ter um bebê de baixo peso do que àquelas que nunca fumaram (MELVIN, 2000) [A].

O quadro 3 apresenta uma listagem resumida dos prejuízos a saúde com o tabagismo ativo ou passivo.

Quadro 3- O Aconselhamento na abordagem ao tabagista

| Situação ou Fase que a gestante se encontra | Ação do profissional |
|--|--|
| <p>Pré- contemplação- <i>“ não pensa em parar de fumar”</i></p> | <p>. ESTIMULE-O A PENSAR SOBRE O ASSUNTO</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊗ Estimule-o a mudar de fase, sem censurá-lo; ⊗ Relate os efeitos do tabagismo na condição clínica atual (se houver); ⊗ Relate os riscos para a própria saúde e para a saúde dos que convivem com ele; ⊗ Relate os benefícios ao parar de fumar; ⊗ Forneça material educativo sobre o tema; ⊗ Volte a abordá-lo nas próximas consultas. |
| <p>Contemplação <i>“Reconhece que precisa parar de fumar, mas não está pronto para ação”</i></p> | <p>IDENTIFIQUE OS MEDOS E AS BARREIRAS</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊗ Estimule-o a marcar data de parada nos próximos 30 dias; ⊗ Relate os efeitos do tabagismo na condição clínica atual (se houver); ⊗ Relate os riscos para a própria saúde e para a saúde dos que convivem com ele; ⊗ Relate os benefícios ao parar de fumar; ⊗ Ofereça material de autoajuda; ⊗ Volte a tocar no assunto nas próximas consultas. |
| <p>Recaída <i>“Estava em abstinência mas retornou ao uso”</i></p> | <p>MOSTRE-SE DISPONÍVEL PARA AJUDAR E RECOMEÇAR O PROCESSO.</p> <p>Perguntar: <i>“Que situação o fez acender o primeiro cigarro?”</i> . Ou <i>“O que estava fazendo quando acendeu o primeiro cigarro da recaída?”</i> . <i>“O que aconteceu depois?”</i> . <i>“Quantos cigarros está fumando atualmente?”</i> . <i>“Voltou a fumar a mesma quantidade que fumava antes de deixar de fumar?”</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ⊗ Identifique se o fumante está pronto para reiniciar o processo; ⊗ Aconselhe nova tentativa procurando trabalhar habilidades do fumante para lidar com as situações que o fizeram recair ou a ter um lapso ⊗ Avalie se a situação da recaída necessita de uma abordagem especializada (recaída devido a depressão, ou outras comorbidades psiquiátricas); ⊗ Aceite o fato sem recriminar. Se desejar encaminhe-a para abordagem intensiva em grupo. |
| <p>Em abstinência <i>“Ex-fumante”</i></p> | <p>PARABENIZE PELO ESFORÇO.</p> <ul style="list-style-type: none"> ⊗ Reforce os benefícios que está tendo (melhora na capacidade física, no aspecto geral, no cheiro, na disposição, etc.). ⊗ Pergunte: <i>“Existem situações que ainda o estimulam a acender o cigarro? Quais? O que você tem feito para lidar com elas?”</i> ⊗ Dependendo do que for identificado como situações de risco, oriente para: <ul style="list-style-type: none"> • Evitar a convivência com outros fumantes nas primeiras semanas ou se preparar para dizer: não eu não fumo, obrigado. • Mudar de ambiente para evitar fumantes. • Evitar o consumo de bebidas alcoólicas nas primeiras semanas sem fumar; • Fazer caminhadas ou exercícios respiratórios ou de relaxamento corporal durante momentos de muita pressão; • Mudar o foco da atenção da vontade de acender um cigarro para algo que traga prazer ao fumante, como, por exemplo, tirar férias, viajar, olhar uma paisagem, etc. |
| <p>Pronto para a Ação <i>“Aceita o desafio de marcar data para deixar de fumar nos próximos 30 dias”</i></p> | <p>Os fumantes que estão prontos para a ação devem ser preparados para deixar de fumar seguindo assim para o Passo 3 – Prepare.</p> |

Fonte: BRASIL, 2001.

4.1.3.3 Terceiro Passo: PREPARE

Alguns mitos contribuem para que o fumante sinta medo no momento de deixar de fumar. Por isso, é importante oferecer orientações consistentes para lidar com essas questões. Sendo importante nesta fase que o profissional coloque-se à disposição para acompanhar os fumantes que estão prontos para marcar uma data para parar de fumar nos próximos 30 dias (BRASIL, 2001).

Além de abordar sobre estes mitos, no PREPARO é importante orientar os métodos de parada incluem (BRASIL, 1997; 2001; FIORE et al., 2008a; SERLIN et al., 2012 Apud BRASIL, 2015).

4.1.3.3.1 Parada abrupta: a pessoa escolhe uma data e a partir daquela data não fuma mais. É a estratégia mais efetiva e a mais adotada pelos ex-fumantes.

4.1.3.3.2 Parada gradual por redução: reduz gradualmente o número de cigarros diários até parar em definitivo. Por exemplo, um indivíduo que costuma fumar 30 cigarros por dia, reduzirá para 25, 20, 15, 10, 5 e 0 o número de cigarros diários. Neste caso, recomenda-se a cessação planejada em 15 dias se for utilizado medicamento antidepressivo, pois é o tempo que o ele leva para fazer seu efeito total no organismo (ISMAEL, 2007). Perceba que não são 30, 29, 28.

Para aqueles que fumam poucos cigarros e tem um Fagerström muito baixo, deve-se ter atenção, pois a dependência psicológica geralmente é mais intensa e, por vezes, demanda suporte de medicamento. Para estes usuários a redução gradual pode ser realizada em uma semana, por exemplo, se fuma sete cigarros, fumá-los por três dias, quatro cigarros por quatro dias e zerar no oitavo dia (ISMAEL, 2007).

4.1.3.3.3 Parada gradual por adiamento: pessoa adia o horário do primeiro cigarro até parar. Por exemplo, passa a fumar o primeiro cigarro às 8h no primeiro dia, às 10h no segundo, às 12h no terceiro e assim por diante, até parar. O método gradual é recomendado para fumantes especialmente ansiosos em relação à parada, que não confiam nas suas chances de sucesso. A parada gradual por redução ou adiamento não deve levar mais que duas semanas para o fumante parar de fumar em definitivo. Diminuir o número de cigarros por um período de tempo mais longo, como várias semanas, pode ser improdutivo e indica, geralmente, que o fumante não está suficientemente motivado a parar de fumar (BRASIL, 2001; ISMAEL, 2007).

OBS: Recomenda-se avisar os familiares e amigos mais próximos sobre a decisão de parar de fumar, além de retirar da vista, cinzeiros, isqueiros e carteiras de cigarros. Observa-se, no entanto, que alguns usuários preferem guardar as carteiras de cigarro ou deixá-las por perto para sentir-se “mais seguros” ou para sentirem-se “desafiados”, sem que isso dificulte o seu processo de abstinência. Devemos, portanto, sempre individualizar cada caso, monitorando o surgimento de possíveis dificuldades. O médico deve avaliar a indicação de farmacoterapia, que é usada para minimizar os sintomas da síndrome da abstinência, facilitando a abordagem cognitivo-comportamental. Esta terá um melhor resultado se usada com a farmacoterapia, especialmente nas pessoas com maior grau de dependência (BRASIL, 2001; FIORE et al., 2008a; 2009; SERLIN et al., 2012; SMITH et al., 2009; WHO, 2009a).

Quadro 4- Preparo para a cessação do tabagismo

| Alguns mitos para a cessação do tabagismo | Informações importantes | Ação Profissional |
|--|--|--|
| Medo dos sintomas de abstinência e da “fissura”: | sintomas de abstinência: dor de cabeça, tonteira, irritabilidade, alteração no sono ou no ritmo intestinal, entre outros. Estes sintomas têm graus variáveis de intensidade e são favorecidos também pela pressão social (atividades diárias, relacionamentos e situações conflitantes) . Esses sintomas duram no máximo de 1 a 2 semanas e nem todo fumante os apresenta. A “fissura” (momentos de desejo intenso de fumar), é uma manifestação bastante comum e que com o tempo tende a tornar-se esparsa. Em média, cada episódio não dura mais que 5 minutos, e depois desaparece. | <p>Junto com ele faça um plano de ação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Planeje uma data a partir da qual não fumará mais • nenhum cigarro. • Informe sobre a síndrome de abstinência, seus sintomas, e sua duração. • Informe sobre a “fissura”, sua duração, e estimule-o a distrair e resistir nesses momentos |
| Medo de recair | É importante que sejam analisadas as razões de recaídas anteriores para que suas causas sejam trabalhadas na próxima tentativa. A maioria dos fumantes tenta em média 3 a 4 vezes antes de parar definitivamente. | <p>. Oriente para que reveja o passado e identifique o que ajudou e o que dificultou a deixar de fumar em tentativas anteriores.</p> <p>. Planeje e oriente estratégias para lidar com as situações que o estimulam a fumar.</p> <p>. Oriente a buscar alternativas para lidar com situações de estresse.</p> <p>. Estimule-o a avisar aos familiares e amigos mais próximos sobre a decisão de deixar de fumar. Sugira a ele que eleja uma pessoa, em quem confie, para apoiá-lo nos momentos difíceis.</p> <p>. Para os fumantes que referem uma associação entre bebidas alcoólicas e fumar, sugira evitar o consumo de álcool nas 1as semanas.</p> |
| Medo do ganho de peso | O fumante deve ser informado sobre a probabilidade de um moderado ganho de peso. Mesmo sem dietas ou exercícios a média de ganho de peso geralmente é limitada (2,5kg a 3,5kg) e com certeza trará menor riscos para a saúde do que continuar a fumar. Para reduzir esse efeito, pode-se orientar a adoção de uma alimentação com menos gordura e rica em frutas, legumes e verduras, assim como atividade física moderada, tipo caminhadas. Não é aconselhável orientar restrições alimentares rigorosas nesse período, para que todo o esforço esteja centrado na cessação de fumar. | <p>. Explique sobre as possibilidades de ganho de peso.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ofereça folhetos, textos ou artigos sobre tabagismo. • Avalie se há necessidade de apoio com medicamentos (ver adiante). |

Fonte: BRASIL, 2001 (adaptado).

4.1.3.4 Quarto/quinto passo: ACOMPANHE

As primeiras semanas são fundamentais para que o usuário torne-se, efetivamente, um ex-fumante. Preferencialmente, marque retornos na primeira e segunda semanas após a data da parada e, após, retornos mensais, até completar três meses sem fumar. Depois disso, sugere-se que ele seja reavaliado ao completar seis meses e um ano sem fumar ou antes, dependendo da avaliação clínica.

Cada retorno ou contato é importante para analisar as dificuldades enfrentadas e reforçar os ganhos obtidos. Lembre-se sempre de parabenizar o paciente pelos avanços alcançados, mantendo-o sempre motivado. Caso ele tenha uma recaída, recomeça todo o processo (BRASIL, 2015).

4.1.3.4.1 Manutenção da abstinência: O profissional de saúde deve parabenizar o usuário que parou de fumar e reforçar os benefícios obtidos com a cessação. Reforçar também os benefícios indiretos, como a melhora da autoestima e da confiança. Deve indagar sobre situações que ele ainda associa ao cigarro e como ele lida com elas. É importante o desenvolvimento de habilidades para enfrentar situações de risco de recaída como beber com amigos, ver outras pessoas fumando, situações de estresse ou de grande pressão. Recomenda-se, também, que evite situações associadas ao cigarro nas primeiras semanas, como o convívio com fumantes e o consumo de bebidas alcoólicas. Ele deve estar preparado para dizer não, caso lhe seja oferecido cigarro. Sugere-se fazer caminhadas e procurar distrações no momento da fissura, que tende a diminuir em frequência e intensidade com o passar do tempo. Deve sempre evitar o primeiro cigarro, devendo ser encorajado a participar de grupos de manutenção, conforme descreve o Passo 4 (BRASIL, 2001; FIORE et al., 2008a; SERLIN et al., 2012).

4.1.3.4.2 Recaída: Muitas vezes, o fumante, ao recair, mostra-se envergonhado e com baixa autoestima. Cabe ao profissional de saúde acolhê-lo, ouvi-lo, não demonstrar frustração, agressividade ou preconceito. O tabagismo pode ser encarado como uma doença crônica, onde cessação e recaídas fazem parte da sua evolução. Deve-se orientar sobre as várias tentativas que os fumantes fazem antes de parar, bem como trabalhar com ele as possíveis razões para esta recaída e explorar soluções para a próxima tentativa (BRASIL, 2001; FIORE et al., 2008a; SERLIN et al., 2012).

5. O TRATAMENTO

5.1 Critérios de Inclusão no Protocolo de Tratamento

O desejo de parar de fumar é o único critério para a gestante ser incluída no protocolo de tratamento. O que diferenciará a gestante dos demais pacientes é o uso ou não de medicação.

5.2 Critérios para Inclusão no Tratamento Medicamentoso

Os fumantes que poderão se beneficiar da utilização do apoio medicamentoso, serão os que, além de participarem (obrigatoriamente) da abordagem cognitivo-comportamental, apresentem um grau elevado de dependência à nicotina como:

- a) Fumantes pesados, ou seja, que fumam 20 ou mais cigarros por dia;
- b) Fumantes que fumam o 1º cigarro até 30 minutos após acordar e fumam no mínimo 10 cigarros por dia;
- c) Fumantes com escore do teste de Fagerström, igual ou maior do que 5;
- d) Fumantes que já tentaram parar de fumar anteriormente apenas com a abordagem cognitivo-comportamental, mas não obtiveram êxito, devido a sintomas da síndrome de abstinência;

- e) Não haver contraindicações clínicas.

Quadro 5- Resumo Abordagem a gestante tabagista:

- ⊗ Abordar toda mulher em idade fértil, e seu companheiro antes mesmo de pensar em engravidar, no sentido de alertar sobre os perigos do tabagismo – ativo e passivo – na gestação (LEOPÉRCIO; GIGLIOTTI, 2004; MACHADO; LOPES, 2009 Apud BRASIL, 2011).
- ⊗ Já grávida, toda gestante tabagista deve ser aconselhada a parar de fumar imediatamente, A abordagem mínima deve ser realizada em toda consulta de pré-natal pelos profissionais de saúde da rede de atenção materno-infantil do SUS e agentes comunitários de saúde.
- ⊗ Aquelas que não se motivarem, ou não conseguirem parar de fumar com a abordagem breve/mínima devem ser submetidas a abordagem intensiva nas unidades de saúde que ofereçam este tratamento. O ideal é que sejam criados grupos específicos para gestantes tabagistas ou que cada uma delas seja submetida a uma abordagem intensiva individual. Porém, dependendo de cada caso, a gestante tabagista poderá participar de um grupo de apoio junto com outros pacientes tabagistas não gestantes.
- ⊗ Utilizar como eixo do tratamento das gestantes fumantes como dos demais em geral a abordagem fundamentada na terapia cognitivo-comportamental (TCC), cuja finalidade é detectar situações de risco para o tabagismo e desenvolver estratégias de enfrentamento, de forma que a gestante fumante possa aprender a lidar com as situações e escapar do ciclo vicioso da dependência (BRASIL, 2001 Apud BRASIL, 2011).
- ⊗ A farmacoterapia pode ser um recurso utilizado junto a abordagem cognitivo comportamental, sendo que a sua adição praticamente dobra as taxas de cessação do tabagismo obtidas com a TCC (COLEMAN; BRITTON; THORNTON, 2004 Apud BRASIL, 2011).
- ⊗ Os medicamentos considerados como 1ª linha no tratamento da dependência à nicotina, e utilizados no Brasil são: Terapia de Reposição de Nicotina (TRN) – goma de mascar, adesivos e pastilhas e as não nicotínicas- o Cloridrato de Bupropiona . Entretanto, essas medicações têm uso restrito na gestante, já que somente asgomas de mascar (TRN)podem ser utilizadas na gravidez, ainda assim com contraindicação relativa sendo indicada apenas quando os riscos superam ao do consumo do tabaco (BRASIL, 2016; BRASIL, 2016). Nestes casos, a prescrição deve ser semanalmente, após certificar-se que ela realmente parou de fumar (NICE, 2008, 2010 Apud BRASIL, 2011).
- ⊗ Sabe-se que os adesivos e a goma de nicotina podem causar aumento da pressão sanguínea e do ritmo cardíaco materno, bem como do ritmo cardíaco fetal, mas essas alterações são menos pronunciadas que àquelas provocadas pelo tabagismo (COLEMAN; BRITTON; THORNTON, 2004 Apud BRASIL, 2011).
- ⊗ A nicotina, na gestante, é metabolizada mais rapidamente. Desse modo, teoricamente, as gestantes que fumam, tendem a fumar mais, para manter a concentração sérica da nicotina, o que contribui para o aumento dos danos. Isso também pode reduzir a eficácia da TRN nas doses usuais, fazendo com que altas doses de TRN sejam necessárias na gestante fumante (COLEMAN; BRITTON; THORNTON, 2004 Apud BRASIL, 2011).
- ⊗ Nos casos onde a gestante não for capaz de interromper o tabagismo apenas com o auxílio de intervenções que não sejam farmacológicas, deve-se considerar o uso de TRN, uma vez que este tipo de terapia adjuvante dobra a taxa de cessação, aumentando a chance da mãe e do feto serem poupados das 4700 substâncias contidas no cigarro além da nicotina, especialmente do monóxido de carbono.

Fonte: BRASIL, 2001; 2015 (adaptado)

Quadro 6- Tratamento antitabagismo na gestação

| Tipos de tratamento | | Produtos disponíveis no Brasil | Indicações e modo de usar | Comentários |
|------------------------------------|--|--------------------------------|---|--|
| Abordagem cognitivo-comportamental | | _____ | Toda gestante e acompanhante tabagista em todas as consultas com qualquer profissional. | É sempre a 1ª. escolha. Essa intervenção aumenta as taxas de cessação do tabagismo na gestação. |
| Medicamentoso | Terapias de reposição nicotínica (TRN) | Goma de mascar e pastilhas* | Gestante com alto grau de dependência que não conseguiu sucesso com a TCC, cujos riscos da medicação são menores que as do consumo do tabaco. Semana 1 a 4: 1 tablete a cada 1 a 2 horas (máximo 15 tabletes por dia); Semana 5 a 8: 1 tablete a cada 2 a 4 horas; Semana 9 a 12: 1 tablete a cada 4 a 8 horas. Duração total do tratamento: 12 semanas. | Podem causar aumento da pressão sanguínea e do ritmo cardíaco materno, bem como do ritmo cardíaco fetal, mas essas alterações são menos pronunciadas que àquelas provocadas pelo tabagismo. Discutir os riscos e benefícios da mesma com a paciente. |
| | | Adesivos | _____ | Não indicados na gestação e lactação |
| | Não nicotínicos | . Bupropiona; | _____ | Não indicados na gestação e lactação |

Orientações para o uso da goma de mascar: Mascar um tablete por vez, nos intervalos estabelecidos. À princípio fazendo a mastigação com força algumas vezes até sentir o sabor de tabaco. Nesse momento ela deverá parar de mastigar e repousar a goma entre a bochecha e a gengiva por alguns minutos para, em seguida, voltar a mastigar com força, repetindo esta operação por 30 minutos, após os quais poderá jogar fora a goma de mascar. Também deverá ser orientado a não ingerir nenhum líquido, mesmo que seja água, durante a mastigação da goma. A dose máxima recomendada é de 15 gomas de 2 mg por dia. As pacientes devem ser orientados a não fumar após o início do medicamento.

Fonte: BRASIL, 2016 (adaptado)

OBS: Para saber mais sobre “O cuidado da pessoa tabagista” recomendamos a leitura do caderno 40. (BRASIL, 2015) Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_40.pdf

O quadro seguinte contém informações direcionadas para as gestantes tabagistas e podem ser impressos e entregues a elas.

PARA GESTANTES
TABAGISMO ATIVO E PASSIVO NA GESTAÇÃO

VOCÊ SABIA QUE:

- O cigarro tem mais de 4.700 substâncias tóxicas, sendo que mais de 50 provocam câncer?
- Fumar cigarros mata mais que a soma das mortes provocadas pelo uso do álcool, HIV, tuberculose, suicídio, homicídio e acidentes de carro?
- Fumar abrevia a vida das pessoas numa média de 15 anos?
- A mulher que fuma e toma anticoncepcional oral (pílula) tem um risco 10 vezes maior de ter infarto, derrame, trombose e embolia pulmonar?
- Fumar faz mal à saúde de quem fuma (tabagismo ativo) e de quem convive com um fumante (tabagismo passivo)?

O QUE O TABAGISMO (ATIVO E PASSIVO) PROVOCA:**NA SAÚDE DA MULHER**

- Infarto, derrame, trombose, embolia pulmonar;
- Câncer de pulmão;
- Outros tipos de câncer: mama, colo de útero, de boca, faringe, esôfago, estômago, pâncreas, Cólon, reto, fígado, vias biliares, rins, bexiga, vulva, leucemia;
- Diminuição da fertilidade;
- Menopausa precoce;
- Bronquite crônica e enfisema;
- Outros problemas: doença de gengiva, osteoporose, envelhecimento da pele, catarata, etc.

NA MULHER GRÁVIDA:

- Aborto espontâneo;
- Placenta prévia;
- Gravidez fora do útero;
- Hemorragias (sangramentos);
- Descolamento da placenta antes do tempo;
- Parto prematuro;
- Diminuição na produção do leite materno.

NO BEBÊ DA MULHER QUE FUMA:

- Morte do feto e do recém-nascido;
- Nascimento de um bebê prematuro;
- Maior risco de necessitar internação em UTI;
- Bebê com baixo peso;
- Bebê pequeno para a idade gestacional;
- Bebê com maior risco de ter morte súbita;
- Criança com mais risco de doenças respiratórias na infância: asma, bronquiolite, infecções de ouvido;
- Criança com mais risco para problemas no desenvolvimento e para alterações de comportamento, como o déficit de atenção e hiperatividade;
- Criança com maior risco de leucemia, linfomas e tumores cerebrais na infância.

LEMBRE-SE:

**PARAR DE FUMAR É UMA DAS COISAS MAIS IMPORTANTES QUE VOCÊ PODE FAZER
PELA SUA VIDA E A DOS SEUS FILHOS. SE VOCÊ FUMA, PROCURE AJUDA!**



Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção à saúde da gestante em APS. Imagem: Elton Herbert de Souza.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BRASIL. Abordagem e Tratamento do Fumante - Consenso 2001. Rio de Janeiro: INCA, 2001 38p.
2. BRASIL. PROTOCOLO CLÍNICO E DIRETRIZES TERAPÊUTICAS DEPENDÊNCIA À NICOTINA. Brasília, 2004 11p.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da gestante em APS**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011a. 240 p.
4. BRASIL. Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica : **O cuidado da pessoa tabagista**. Brasília : Ministério da Saúde, 2015. 154 p.
5. BRASIL. PORTARIA Nº 761, DE 21 DE JUNHO DE 2016 Valida as orientações técnicas do tratamento do tabagismo constantes no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Dependência à Nicotina. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, D.F., 22.jun.2016. Seção 1, pt. 1, p. 68-6869.
6. MACHADO J.B, LOPES M.H.I Abordagem do tabagismo na gestação. **Scientia Medica**, v. 19, n. 2, p. 75-80. Porto Alegre, jun. 2009.
7. REICHERT J, et al. Diretrizes para cessação do tabagismo – 2008. **J Bras Pneumol**. v. 34. N.10 p.845-880. Brasília, Out. 2008.

APÊNDICE N - PADRONIZAÇÃO DE RELATÓRIO NA 1ª. CONSULTA PRÉ-NATAL

Sistematização da Assistência de Enfermagem no Pré-Natal

1. COLETA DE DADOS (ANAMNESE E EXAME FÍSICO)

1.1 Dados:

DUM: __/__/____ IG(USG) _____
(Complementar com IG e data da realização USG em questão, ex: IG: 20,5sem. (USG 10,5 sem em 10/5/17.)

DPP USG: __/__/____

PA_____, Peso_____, IMC: _____ FC _____ AU_____, BCF_____.

1.2 Contexto da gravidez:

G__P__C__A__, ____anos, **Queixas:** _____ **quem acompanha.**
(Lembrar-se especialmente queixas relacionados ao trato uro-genital: disúria, corrimentos, perdas)

1.3 Contexto da gravidez: Planejamento e aceitação da gestação pela mulher e família, de quem receberá apoio após o nascimento.

1.4 Grau de escolaridade, ocupação, estado civil, relação morador cômodo (RMC). Renda familiar.

1.5 Antecedentes obstétricos: patologias e intercorrência ocorridas em gestações anteriores e/ou parto.

1.6 Antecedentes familiares e pessoais: patologias familiares e pessoais de significado para a gestação (cardiopatia, diabetes, hipertensão etc.);

1.5.1 Alergia: alimentares ou medicamentosas (pode ser inclusa junto aos antecedentes familiares ou receber destaque à parte.

1.7 Experiência com aleitamento materno: Foi amamentada até que idade (e/ou) Amamentou por quanto tempo.

1.8 Sexualidade: Alteração na sua vida sexual relacionada a gestação: Dispareunia, corrimentos ou outras queixas.

1.9 Hábitos: Sono, repouso, atividade física, uso de drogas lícitas e ilícitas etc..

1.10 Alimentação/água: N° refeições/dia: descrever breve histórico de um dia comum (qualidade e quantidade)

1.11 Eliminações: Padrão e queixas urinárias/intestinais (Nega queixa urinária, evacuação diária).

1.12 Vacinas: dT, Hep B, Rubéola

1.13 Exames/data/Resultado:

1.14 Impressão e Exame Físico Geral e Obstétrico: Estado emocional, capacidade de comunicação, exame físico cefalopodálico, geral e obstétrico);

- Mucosas: Coloração, hidratação;
- Cavidade oral: higiene, prótese, cárie, gengivite;
- Tireoide: Se palpável ou não. Ex: Normovolumétrica, aumentada?, não palpável?
- Gânglios cervicais e axilares: palpáveis, não palpáveis
- Ausculta cardíaca (Frequência e ritmo): Bulhas rítmicas, arrítmicas, normo, hipo ou hiperfonéticas etc (Ex: BRNF);
- Ausculta pulmonar: Murmúrios vesiculares presentes ou ausentes com ou sem ruídos adventícios (Ex: MV+SRA)
- Mamas: mamilos (planos, protrusos), secreção, colostro, etc.;
- Obstétrico: altura uterina (AU), situação, apresentação fetal (móvel, fixo), movimento fetal (MF), reatividade, frequência cardiotetal (FCF); 2.9.
- MMII: edema, varizes, lesões, etc.;
- Exame ginecológico (s/n): genitais externos e internos, aspecto do colo.

2 PROBLEMAS DE ENFERMAGEM*(DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM):(*identificados no histórico, exame físico e exames laboratoriais, inclusive os riscos identificados (conforme estão no Protocolo)*)

3 PLANEJAMENTO (Estabelecer os resultados almejados, bem como a prescrição de cuidados ou intervenções que serão realizados.)

3.1 Condutas e orientações:(conforme cada dado relevante identificado).

Acrescentar: data(s) de retorno(s) à UBS (para consulta, coleta de exames, etc.) e convite para Grupo de Gestantes.

4 IMPLEMENTAÇÃO (Realização dos cuidados pela equipe ou paciente)

5 EVOLUÇÃO

(Identificação/Assinatura)

APÊNDICE O - FICHA CLÍNICA DE EVOLUÇÃO PRÉ-NATAL

1. Identificação/Dados socioeconômicos:

Cartão SUS: _____ Fone: _____
 Nome: _____ D/N: ____/____/____ Idade: ____ ID: _____
 Ocupação atual: _____ Local de trabalho: _____
 Cor: _____ Situação conjugal: _____ Escolaridade: _____ Crença/Religião: _____
 Nº moradores casa _____ Nº cômodo _____ Relação Morador cômodo() < 1 () = 1 () > 1 Mora com: _____
 Renda familiar geral () < 1 Sal. Mínimo (SM) () 1-3 SM () ≥ 3 SM Per capita () < ¼ SM () entre ¼ -1/2 SM () > ½ SM
 beneficiário de Programa de Transferência de renda () BPC () Bolsa Família () cupom alimentação () bolsa gestante

2. Antecedentes:

-Obstétricos : Nº de Gestações: ____ Parto vaginal: ____ Cesárea: ____ Aborto: ____ Nº de filhos vivos: ____ RN (-2,5Kg): ____ RN (+4Kg): ____

- Familiares: () HA () Diabetes () Gemelares () Outros: _____

- Pessoais: () HA () Diabetes () ITU () Alergia () Dça mental () cardiopatia () Pré-eclâmpsia () Eclâmpsia

() Tromboembolismo () outros: _____

-Experiência com amamentação: () Foi amamentada até ____ meses. Amamentou filho(s) anterior(es) () sim ____ meses () Não

3. Gestação atual: Planejada: () sim () não Indesejada () sim () não () Talvez Pessoa(s) que oferece(m) apoio na gestação/puerpério: _____

DUM: ____/____/____ DPP: ____/____/____ Método contraceptivo que fazia uso _____

Intercorrências: () TPP () Iso RH () ITU () Oligo/polid () Cardiopatia () RPM () Incon. Istmo-cerv () HIV/AIDS () CIUR

() DM gest. () Pré-eclâmpsia () Eclâmpsia () Violência doméstica () Hemorragia Outras _____

4. Hábitos: () Cigarros: ____ ao dia () drogas _____ () Álcool _____

Sono: Dorme por ____ horas. Considera suficiente para o descanso () sim () não.

Alimentação: Nº ref/dia ____ Ingere cerca de ____ copos água/dia. Aliment. Fracionada () sim () não Equilibrada () sim () não

Eliminações: Diurese: ____ Vezes/dia Evacuação ____/dia Alterações: _____

Medicação em uso: _____ Atend. odonto: sim () não ()

data: ____/____/____ Vacina – dT: 1ª Dose: ____/____/____ 2ª Dose: ____/____/____ 3ª Dose: ____/____/____ Reforço: ____/____/____

| Época da solicitação | Exames | Data | Resultado | Condutas | | | |
|----------------------|-------------------------------|---------|--------------|------------|----------|--------------|--------------|
| 1ª Consulta | Tipagem sanguínea + Rh | | | | | | |
| | Hb-Ht | | | | | | |
| 4ª - 9ª sem. | VDRL | | | | | | |
| | Glicemia (jejum) | | | | | | |
| | HIV (I,II) | | | | | | |
| | Toxoplasmose(IgM, IgG) | | | | | | |
| | Urina I | | | | | | |
| | Urocultura | | | | | | |
| | CO | | | | | | |
| | Eletroforese de hemoglobina | | | | | | |
| 13ª - 21ª sem. | TSH | | | | | | |
| | Coombs indireto (SN) | | | | | | |
| | Toxoplasmose (Se IgG NR) | | | | | | |
| | Urina I | | | | | | |
| 22ª - 27ª sem. | Urocultura | | | | | | |
| | Coombs indireto (SN) | | | | | | |
| 28ª - 30ª sem. | Hepatite B | | | | | | |
| | Coombs indireto (SN) | | | | | | |
| | HIV(I,II) | | | | | | |
| | VDRL | | | | | | |
| | Toxoplasmose (Se IgG NR) | | | | | | |
| | TTG | | | | | | |
| | Urina I | | | | | | |
| | Urocultura | | | | | | |
| Outros | Streptococo Agalactiae tipo B | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Ultra sonografia | | | | | | | |
| Data | IG(DUM) | IG(USG) | Apresentação | Peso fetal | Placenta | Líquido amn. | Outros dados |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| Risco Gestacional: | | | | | | | |

CONSULTAS PRÉ- NATAL

Peso anterior à gestação: _____ Estatura: _____ IMC anterior: _____

| | | | | | | | |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|
| Data | | | | | | | |
| IG | | | | | | | |
| Queixas | | | | | | | |
| PA | | | | | | | |
| Peso | | | | | | | |
| *IMC/Diag.Nutricional | | | | | | | |
| **Alimentação: Fracionada, Equilibrada) | | | | | | | |
| Coloração Mucosas | | | | | | | |
| Condições Dentárias | | | | | | | |
| Tiróide | | | | | | | |
| Exame das mamas | | | | | | | |
| AU | | | | | | | |
| BCF/ MF | | | | | | | |
| Apresentação fetal | | | | | | | |
| MMII/edema | | | | | | | |
| Vacinas realizadas?Qual | | | | | | | |
| Ativid. Educativa. Qdo? | | | | | | | |
| Atend. Odontológico? | | | | | | | |
| Informações relevantes Relevantes: (Diagnóstico médico ou de enfermagem) | | | | | | | |
| Condutas/ tratamentos / Orientações / exames solicitados (1º tri,imagem) | | | | | | | |
| **Classificação risco | () H () I () A | () H () I () A | () H () I () A | () H () I () A | () H () I () A | () H () I () A | () H () I () A |
| Profissional | | | | | | | |

* BP: Baixo Peso

PA: Peso Adequado

S: Sobrepeso

O: Obesidade

** Classificação de risco

: H: habitual

I: intermediário

A: alto



Prefeitura de
LONDRINA

