

Guia de Referência Rápida

Atenção ao Pré-Natal

Rotinas para gestantes de baixo risco

Versão Profissional



Superintendência de Atenção Primária

Guia de Referência Rápida

Atenção ao Pré-Natal

Rotinas para gestantes de baixo risco

Versão PROFISSIONAIS

1° edição

2013

**Prefeito**

Eduardo Paes

Secretário Municipal de Saúde

Hans Fernando Rocha Dohmann

Subsecretária de Gestão Estratégica e Integração da Rede de Saúde

Betina Durovni

Subsecretário de Atenção Primária, Vigilância e Promoção de Saúde

Daniel Soranz

Superintendente de Atenção Primária em Saúde

José Carlos Prado Junior

Coordenadora de Saúde da Família

Ana Caroline Canedo Teixeira

Coordenadora de Linha de Cuidado e Programas Especiais

Maria de Fátima Gonçalves Enes

Gerente de Programas de Saúde da Mulher

Fernanda Prudêncio da Silva

Coordenação Técnica

André Luis Andrade Justino

Armando Henrique Norman

Nulvio Lermen Junior

Organização

Inaiara Bragante

Tradução e adaptação

Angela Marta da Silva Longo

Melanie Noël Maia

Revisão Técnica

Michael Duncan

Colaboração

Angelmar Roman

Carlo Roberto H da Cunha

Cassia Kirsch Lanes

Fernanda Lazzari Freitas

Marcelo Rodrigues Gonçalves

Revisão

Kênia Santos

Diagramação

Márcia Azen

Sobre este Guia

Este é um guia de referência rápida que resume as recomendações da Superintendência de Atenção Primária (S/SUBPAV/SAP), construído a partir do conteúdo disponibilizado pelo NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence, NHS – Reino Unido) e adaptado para a realidade brasileira e carioca por profissionais que trabalham diretamente na Atenção Primária à Saúde (APS). O documento representa o posicionamento da S/SUBPAV/SAP e tem a função de orientar a assistência clínica nas unidades de APS na cidade do Rio de Janeiro. Em caso de condutas divergentes do que estiver presente neste guia, recomenda-se o devido registro em prontuário.

Índice

● Introdução	4
Orientações gerais	4
Uso de medicamentos na gestação	5
● Classificação de risco gestacional	6
● Princípios básicos do cuidado pré-natal	9
● Calendário de consultas	10
Primeiro contato com qualquer profissional de saúde	10
Imunizações na gestação / Primeira consulta (idealmente até 12 semanas)	11
16 - 20 semanas / 20 - 24 semanas	14
24 - 28 semanas / 28 - 32 semanas	15
32 - 34 semanas / 34 - 36 semanas	16
36, 37, 38 e 39 - 40 semanas / 40 - 41 semanas	17
Acompanhamento no puerpério	18
● Intervenções que não são rotineiramente recomendadas	19
● Aconselhamento sobre o estilo de vida	20
● Manejo de situações comuns na gestação	23
Náuseas e vômitos na gestação inicial / Pirose / Outros sintomas gastrintestinais / Hemorroidas	23
Varicosidades / Leucorreia / Dor lombar / Anemia	24
Bacteriúria assintomática / Infecção do trato urinário / Manejo do ganho de peso na gestação	25
● Manejo de situações especiais na gestação	26
Sífilis	26
Hipertensão arterial na gestação	29
Orientações sobre diabetes na gravidez	32
Toxoplasmose na gestação	33
HIV na gestação / Hepatite B na gestação	34
● Direitos da gestante	35

Introdução

■ Orientações gerais

As gestantes, seus parceiros e suas famílias devem sempre ser tratados com gentileza, respeito e dignidade. O cuidado centrado na pessoa deve ser utilizado como ferramenta fundamental da Atenção Primária à Saúde (APS).

As mulheres devem ter a oportunidade de tomar decisões informadas sobre seu acompanhamento e tratamento, em parceria com os profissionais de saúde. Aceitar ou rejeitar os procedimentos propostos são direitos da usuária.

Uma boa comunicação entre os profissionais e a gestante é essencial. Forneça informações que: sejam de fácil compreensão para todas as mulheres, incluindo aquelas com necessidades especiais; possibilitem às mulheres a tomada de decisões informadas e que sejam consistentes e baseadas nas melhores evidências disponíveis. Recomenda-se o uso de material escrito para reforço destas informações.

As informações devem contemplar: onde e por quem a gestante será acompanhada; o número e a periodicidade usual de consultas; e o convite para participação em grupos educativos sobre gestação e amamentação, se disponíveis.

São atitudes fundamentais para uma atenção pré-natal adequada: respeitar as decisões da mulher, mesmo quando as opiniões são contrárias às suas próprias; prover oportunidades para que sejam discutidas preocupações e dúvidas; verificar o entendimento das informações prestadas; fornecer tempo suficiente para a tomada de decisões; e fornecer explicações sobre os exames indicados, propiciando discussão sobre o assunto.

As mulheres devem sentir-se confortáveis para discutir questões íntimas e revelar problemas. Esteja alerta aos sinais e sintomas de violência doméstica.

■ Uso de medicamentos na gestação

A utilização de fármacos na gestação deve ser sempre feita de forma criteriosa, levando-se em consideração a avaliação dos riscos e benefícios para cada droga.

A classificação proposta pelo Food and Drug Administration (FDA) e adotada neste protocolo enquadra os fármacos em cinco categorias, de acordo com o risco para o uso na gestação, conforme explicitado na tabela abaixo. No decorrer deste guia, a classificação de cada medicamento citado encontra-se entre parênteses, após o nome do medicamento.

Classificação	Descrição	Detalhamento
A	Sem risco	Não foram constatados riscos para o feto em ensaios clínicos cientificamente desenhados e controlados.
B	Não há evidência de risco	Estudos com animais de laboratório não demonstraram risco fetal (mas não existem estudos adequados em humanos) OU estudos em animais indicaram riscos, mas estes não foram comprovados em estudos devidamente controlados em humanos.
C	Riscos não podem ser descartados	Estudos em animais de laboratório revelaram efeitos adversos ao feto, não existindo estudos em humanos OU medicamentos para os quais não existem estudos disponíveis.
D	Evidência positiva de risco	A experiência de uso na gestação mostrou associação com surgimento de malformações, embora possa ser utilizado se a relação risco-benefício for favorável.
X	Contraindicados na gestação	Medicamentos associados a anormalidades fetais em estudos com animais e em humanos e/ou cuja relação risco-benefício contraindica seu uso na gravidez.

Classificação do risco gestacional

A avaliação e classificação do risco gestacional deve ser um processo contínuo ao longo do acompanhamento pré-natal. Devem ser iniciadas no momento do diagnóstico da gestação e reavaliadas a cada consulta.

Fatores de risco que devem ser manejados pela APS:

Idade <15 ou >35 anos.

Fatores de riscos ocupacionais.

Situação familiar/conjugal insegura.

Baixa escolaridade.

Condições ambientais desfavoráveis.

Altura < 1,45m.

Baixo peso, sobrepeso ou obesidade.


Ganho ponderal inadequado.

Infecção urinária.

Anemia.

Tuberculose.

Fatores relacionados à história reprodutiva anterior (com rastreio e medidas preventivas pertinentes): CIUR, prematuridade, malformações, macrossomia, síndromes hemorrágicas ou hipertensivas, intervalo interpartal <2 ou >5 anos, nuliparidade ou multiparidade, cirurgia uterina anterior, duas ou mais cesarianas anteriores.



Fatores de risco que podem ser manejados na APS com apoio especializado (parecer de obstetra ou acompanhamento conjunto com o NASF), ou encaminhados para nível secundário:

Asma brônquica de difícil controle.

Epilepsia.

Hipo ou hipertireoidismo.

Doenças psiquiátricas graves.

Usuárias de drogas.

HAS sem lesão de órgão-alvo.

Diabetes gestacional bem controlado (encaminhar diabetes prévio ou diabetes gestacional sem controle satisfatório com dieta e exercícios).

Pré-eclâmpsia.

Gestação múltipla.

Placenta prévia.

Polidramnia ou oligodramnia.

Malformação fetal que não necessite de cirurgia imediata (fenda palatina, hidrocefalia).

Cardiopatía congênita – estabelecer plano para o parto junto à maternidade de referência.

Hepatite B.

Má história obstétrica: antecedentes de abortamento espontâneo de repetição (>3), natimorto de causa ignorada, DPP de causa ignorada, pré-eclâmpsia antes de 32 semanas, cerclagem.

**Fatores de risco que devem ser encaminhados para pré-natal de alto risco, conforme fluxo da CAP:**

HAS com lesão de órgão-alvo.

Obesidade com comorbidade.

Cardiopatia materna.

Nefropatias graves (insuficiência renal crônica, transplantadas).

Doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme, talassemias, anemia severa – Hb<8 e púrpuras).

Antecedentes de TVP ou embolia pulmonar.


Doenças autoimunes (LES, outras colagenoses, síndrome antifosfolípideo).

Aloimunização.

Malformação complexa que necessite de cirurgia nas primeiras 24h de vida.

Doenças malignas.

Infecção pelo HIV.

**Fatores de risco que demandam encaminhamento imediato para emergência (com realização de primeiros cuidados na ESF):**

Hipertensão grave (PAS > 160 e/ou PAD >110mmHg).

Crise convulsiva.

Eclâmpsia ou sinais premonitórios em gestantes hipertensas (escotomas, cefaleia occipital, epigastralgia ou dor intensa em hipocôndrio direito).

Amniorrexe prematura.

Hiperêmese com desidratação.

Ameaça de trabalho de parto prematuro.

Sangramento vaginal volumoso.

Infecções graves com repercussão sistêmica.

Ausência de percepção de movimentos fetais em 24 horas.

Princípios básicos do cuidado pré-natal

- Os profissionais de atenção primária devem realizar o pré-natal de baixo risco, provendo cuidado contínuo no decorrer da gravidez. Serviços de atenção secundária e/ou terciária devem ser envolvidos apenas quando se faz necessário cuidado adicional, e a gestante deve permanecer em acompanhamento pela APS, responsável pela coordenação do cuidado.
- Todos os membros das equipes devem envolver-se no cuidado à gestante. Idealmente, as consultas devem ser alternadas entre médico e enfermeiro. Os agentes comunitários de saúde (ACS) devem realizar visitas domiciliares mensais à gestante. Para pontuar na variável 3 do pagamento por desempenho, devem estar registradas pelo menos 2 visitas domiciliares do ACS até 38 semanas de gestação.
- Não existe uma regra definida para o calendário de consultas. O Ministério da Saúde (MS) recomenda um número mínimo de seis consultas, e não há evidências de que um número maior de consultas melhore os desfechos da gestação, porém aumenta a satisfação. O risco gestacional deve ser reavaliado a cada encontro.
- O acompanhamento deve ser iniciado precocemente (no primeiro trimestre), sendo este um indicador de qualidade do cuidado pré-natal. Sugerimos consultas mensais até 32 semanas, quinzenais até 36 semanas e semanais até o parto. Não existe evidência de que o número de consultas isoladamente determina qualidade do pré-natal. A cada consulta: avaliar queixas, avaliar risco, verificar pressão arterial (PA), altura uterina, peso, batimentos cardíofetais (BCF), exames solicitados e a solicitar, tratamentos instituídos e sua adesão.
- Os atendimentos no início da gestação podem ser mais longos, a fim de prover informações e tempo para discussão sobre rastreamentos, de forma que a mulher possa tomar decisões informadas.
- Não existe alta do pré-natal. O acompanhamento da mulher no ciclo gravídico-puerperal encerra-se apenas após a realização de pelo menos uma consulta puerperal, que deverá ocorrer até o 20º dia pós-parto. O seguimento poderá ser prolongado se forem observados riscos no período puerperal.
- Os registros da atenção pré-natal devem ser completos e estruturados, com todas as informações contidas no prontuário e no cartão da gestante, que é uma importante ferramenta para a coordenação do cuidado.

Calendário de consultas

■ Primeiro contato com qualquer profissional de saúde

- Iniciar suplementação de Ácido Fólico (A) 5mg 1x ao dia – idealmente 60 a 90 dias antes da concepção, se possível, devendo ser mantido até 12ª semana. Acionar médico ou enfermeiro da equipe imediatamente frente ao diagnóstico de gravidez para não atrasar esta conduta.
- Aconselhar sobre o estilo de vida, incluindo cessação do fumo, do uso de drogas recreativas e do consumo de álcool.
- Orientar sobre hábitos e higiene alimentar, incluindo como reduzir o risco de infecções alimentares (atentar para condições e limpeza dos alimentos), toxoplasmose (evitar contato com fezes de gatos e manipulação de terra) e outras doenças infecto-contagiosas.
- Orientar sobre imunizações que podem ser recomendadas na gestação (ver quadro a seguir), e solicitar trazer comprovantes vacinais na primeira consulta.
- Perguntar a data da última menstruação (DUM). Se a mulher recordar, a DUM deve ser registrada. Lembrar que a primeira consulta deve ocorrer até 12 semanas de gestação. O enfermeiro ou médico da equipe podem realizar a primeira consulta neste momento, se estiver próximo de completar 12 semanas ou já tiver completado.
- Fornecer informações sobre exames de rastreamento, incluindo riscos, benefícios e limitações dos testes recomendados. Oferecer realização imediata dos testes rápidos disponíveis.
- Orientar que toda gestante deve passar por pelo menos uma consulta odontológica ou atividade educativa em grupo sobre saúde bucal, que pode ocorrer em qualquer momento durante a gestação. O período mais adequado para procedimentos odontológicos é o segundo trimestre.

No momento da confirmação da gestação, ofereça e realize teste rápido para sífilis e HIV na própria Clínica da Família, mesmo antes da primeira consulta.

Forneça informações (reforçadas por material escrito e atividades coletivas), com oportunidade de discutir questões e fazer perguntas.

Fique alerta para fatores clínicos ou sociais que possam afetar a saúde da mulher e do bebê.

■ Imunizações na gestação

Tétano (dupla adulto – dT ou toxoide tetânico – TT)	A gestante que nunca foi vacinada deve receber 3 doses, com a 2ª dose até no mínimo 20 dias antes da DPP. A gestante previamente vacinada deve receber dose de reforço se esta não tiver sido realizada nos últimos 5 anos. A gestante que já recebeu 1 ou 2 doses deve completar seu esquema para 3 doses. Os intervalos entre cada dose devem ser de 30 a 60 dias.
Hepatite B	As gestantes não vacinadas devem receber 3 doses com intervalo de 0, 1 e 6 meses, preferencialmente após o término do 1º trimestre. As gestantes com esquema incompleto devem completá-lo. Naquelas com incerteza sobre o status vacinal, solicitar anti-HBs e vacinar as não imunizadas. A todas as gestantes, independente do status vacinal, é preconizado o rastreamento com HBsAg (ver adiante).
Influenza	Dose única, indicada no período de campanha, para qualquer idade gestacional.
Vacinas contraindicadas	As vacinas que contêm vírus vivo atenuado (como sarampo, rubéola, caxumba e febre amarela) não são recomendadas em situações normais, devendo-se avaliar riscos e benefícios individualmente em situações especiais. Se a gestante não tem comprovação de imunização prévia para rubéola, planejar a realização desta no período puerperal.

A correta definição da idade gestacional diminui a incidência de indução do parto por pós-datismo e a taxa de cesariana.

■ Primeira consulta (idealmente até 12 semanas)

- Identificar mulheres que podem precisar de cuidados adicionais e traçar plano de cuidados individualizado.
- Definir a idade gestacional (IG) e a data provável do parto (DPP):
 - A datação da gestação pode ser feita através de cálculos manuais, gestograma ou cálculo automático por prontuário eletrônico.

- Regra de Naegele (para definição da DPP): definir o 1º dia e o mês da última menstruação, acrescentar 7 dias e somar 9 meses (ex: DUM: 03.02.2012, DPP: 10.11.2012).
- Datação manual da IG pela DUM: somar todos os dias decorridos desde a data da última menstruação até a presente data, e dividir o total por sete, gerando resultado em semanas e dias.
- A datação pela DUM pode ser considerada confiável se o primeiro dia da última menstruação for conhecido e os ciclos eram regulares.
- Deve-se sempre correlacionar a IG encontrada com parâmetros clínicos: fundo uterino, ausculta dos batimentos cardíofetais com sonar (12 semanas) e surgimento dos movimentos fetais (18-20 semanas).
- Não há indicação de ultrassonografia (US) de 1º trimestre de rotina para obtenção da IG, mas esta deve ser solicitada se houver discrepância da IG com parâmetros do exame físico, ou se a DUM for desconhecida ou incerta.
 - Se US for solicitada, correlacionar com a DUM.
 - US confirma a DUM se esta cair dentro da margem de erro do exame.
 - A DUM deve ser desconsiderada se cair fora das margens de erro da US (1 semana no 1º trimestre e 2 semanas no 2º trimestre).
- Determinar fatores de risco para pré-eclâmpsia e diabetes gestacional; instituir profilaxia para pré-eclâmpsia e planejar rastreio para diabetes de acordo com a discussão nos tópicos específicos.
- Medir altura, peso e calcular o índice de massa corporal; aconselhar sobre o ganho de peso recomendado de acordo com o IMC da primeira consulta.
- Aferir pressão arterial.

O fundo uterino é intrapélvico até cerca de 12 semanas, e encontra-se na altura da cicatriz umbilical com 20 semanas.

Entre 20 e 30 semanas, espera-se correlação numérica do fundo uterino com a idade gestacional.

A medida do fundo uterino deve sempre ser registrada em gráfico específico.

O ganho de peso recomendado na gestação deve ser calculado de acordo com o IMC da primeira consulta (ver “Manejo de situações comuns na gestação”).

A gestante deve ser orientada desde a primeira consulta sobre a sua maternidade de referência para o parto.

O nome e endereço da maternidade de referência devem ser anotados no cartão de pré-natal.

- Oferecer e solicitar, conforme decisão da paciente, exames laboratoriais para verificar grupo sanguíneo e fator Rh (solicitar coombs indireto se Rh negativo), rastrear anemia (hemograma), vírus da hepatite B (HBsAg), HIV, sífilis (VDRL) e bacteriúria assintomática (urocultura). O MS preconiza a realização de EAS para todas as gestantes.
- Perguntar se a gestação foi planejada e sobre aceitação.
- Perguntar sobre qualquer história pregressa ou atual de doença mental severa e tratamento psiquiátrico.
- Perguntar sobre o humor para identificar possível depressão (ver Guia de Referência Rápida de Depressão).
- Perguntar sobre a ocupação da gestante para identificar riscos potenciais.
- Cadastrar a gestante no SISPRENATAL.

No primeiro atendimento, fornecer informações específicas sobre:

- Como o bebê se desenvolve no decorrer da gestação.
- Nutrição e dieta.
- Exercícios físicos, incluindo exercícios pélvicos, que podem reduzir a dor perineal no puerpério.
- Exames de rastreamento, incluindo riscos e benefícios dos testes.
- A maternidade de referência para atendimentos emergenciais e parto.
- Amamentação, incluindo participação em atividades educativas de grupo.
- Direitos e benefícios legais da gestante.

Realização de ultrassonografia (US) no pré-natal:

- Esclarecer que não há evidências que relacionem diretamente a realização rotineira de US com melhores desfechos perinatais.
- O ultrassom de primeiro trimestre só é necessário em casos de incerteza sobre a idade gestacional.
- Se for realizado US para detecção do sexo fetal, este deve ser solicitado a partir da 18ª semana.
- Para mulheres em que a placenta se estende através do orifício cervical interno, oferecer novo US com 32 semanas.
- Na ausência de indicações clínicas específicas, não há motivo para realizar US a partir da 24ª semana de gestação.
- Caso a mulher demande a realização de US morfológica, o profissional deve fornecer as seguintes orientações: (1) esse exame deve ser realizado entre 18 e 22 semanas; (2) ele não faz parte da rotina de pré-natal de baixo risco, por não apresentar impacto nos desfechos da gestação (3) podem ocorrer falso-positivos e (4) a legislação brasileira não permite intervenções diante de anormalidades, na grande maioria dos casos.

■ 16 - 20 semanas

- Avaliar, discutir e registrar os resultados dos exames complementares; instituir conduta adequada diante de resultados alterados.
- Aferir pressão arterial, peso e auscultar BCF.
- Medir altura uterina e registrar no gráfico de acompanhamento.

■ 20 - 24 semanas

- Aferir pressão arterial, peso e auscultar BCF.
- Medir altura uterina e registrar no gráfico de acompanhamento.

As condutas preconizadas diante de alterações nos exames laboratoriais, bem como o tratamento de pequenos distúrbios da gestação, estão descritos nos capítulos sobre manejo de situações comuns e de situações especiais na gestação deste manual.

São fatores de risco para diabetes gestacional:

- Idade \geq 30 anos.
- IMC \geq 25 kg/m².
- Macrossomia (peso > 4,5kg) em gestação anterior.
- Diabetes gestacional em gestação anterior.
- História familiar de diabetes em parentes de 1º grau.
- Ganho de peso excessivo na gestação.

■ 24 - 28 semanas

- Aferir pressão arterial, peso e auscultar BCF.
- Oferecer e solicitar exame de coombs indireto para gestantes Rh negativas, a não ser que o pai biológico seja sabidamente Rh negativo. Repetir de 4 em 4 semanas até o parto.
- Oferecer rastreamento para diabetes gestacional (DMG), seja pela glicemia de jejum para todas as gestantes ou pelo teste de tolerância à glicose para aquelas com fatores de risco detectados. (ver capítulo: Manejo de situações especiais na gestação).
- Medir altura uterina e registrar no gráfico de acompanhamento.

Para tomar uma decisão informada sobre rastreio de DMG, a gestante deve saber que:

- 1) Na maior parte dos casos, DMG responde à dieta e aos exercícios físicos.
- 2) 10 a 20% dos casos necessitarão de tratamento medicamentoso.
- 3) Se o DMG não for detectado e controlado, existe um pequeno risco de complicações perinatais, como distócia de ombro.
- 4) O diagnóstico de DMG pode levar ao aumento das intervenções e monitorizações na gestação e parto.

■ 28 - 32 semanas

- Oferecer e solicitar, conforme decisão da paciente, exames laboratoriais para rastrear anemia (hemograma), HIV e sífilis (VDRL), bem como EAS. Caso a gestante não tenha sido vacinada para Hepatite B até este momento, deve-se solicitar HBsAg.
- Aferir pressão arterial, peso e auscultar BCF.
- Medir altura uterina e registrar no gráfico de acompanhamento.
- Agendar a visita na maternidade de referência.

■ 32 - 34 semanas

- Avaliar, discutir e registrar os resultados dos exames complementares solicitados; instituir conduta adequada diante de resultados alterados.
- Aferir pressão arterial, peso e auscultar BCF.
- Medir altura uterina e registrar no gráfico de acompanhamento.

Fornecer informações específicas sobre:

- Preparação para o parto, reconhecimento do trabalho de parto ativo e preparação para lidar com a dor.

■ 34 - 36 semanas

- Aferir pressão arterial, peso e auscultar BCF.
- Medir altura uterina e registrar no gráfico de acompanhamento.
- Verificar a posição fetal e registrar no cartão da gestante.

Fornecer informações específicas sobre:

- Amamentação, incluindo técnicas e boas práticas, como a importância do aleitamento na primeira hora de vida, do alojamento conjunto e da amamentação exclusiva até os 6 meses do bebê.
- Cuidados com o bebê, imunizações e realização do teste do pezinho, preferencialmente até o quinto dia de vida.
- Autocuidado pós-natal, com atenção para sintomas de depressão puerperal e “*baby blues*”.

Orientar a gestante a procurar a maternidade em caso de:

- contrações uterinas regulares, frequentes (5/5 minutos) e persistentes (por 60-90 minutos) e perda líquida abrupta.
- A perda do tampão mucoso sugere apenas proximidade da data do parto, não sendo critério para ir à emergência.

O *baby blues* é uma alteração psíquica leve e transitória que acomete grande parte das mulheres nos primeiros dias do puerpério.

A depressão puerperal é um transtorno psíquico que pode ser moderado a severo, de início insidioso, nas primeiras semanas do puerpério.

Mulheres com gestações não complicadas devem ser encaminhadas para indução do parto a partir da 41ª semana de gestação.

Antes da indução formal, deve ser oferecido exame vaginal para descolamento de membranas.

■ 36, 37, 38 e 39 - 40 semanas

- A frequência das consultas pode ser ajustada considerando-se o risco gestacional, não sendo recomendado ultrapassar 15 dias de intervalo.
- Aferir pressão arterial, peso e auscultar BCF.
- Medir altura uterina e registrar no gráfico de acompanhamento.
- Verificar a posição fetal e registrar no cartão da gestante.

■ 40 - 41 semanas

- Aferir pressão arterial, peso e auscultar BCF.
- Medir altura uterina e registrar no gráfico de acompanhamento.
- Oferecer exame vaginal para realização de descolamento de membranas e discutir manejo da gestação prolongada.
- Ao completar 41 semanas, encaminhar a gestante para maternidade de referência para avaliação da indução do parto/terminalidade da gestação.

A técnica de descolamento de membranas é relativamente simples: durante o toque vaginal, introduzir o dedo indicador no canal cervical e, após identificar as membranas, realizar movimentos circulares com a ponta do dedo. Os únicos efeitos adversos são desconforto e sangramento durante ou logo após a realização do exame.

■ Acompanhamento no puerpério

- A equipe da APS deve realizar visita domiciliar na primeira semana após a alta hospitalar.
- A consulta puerperal deve ser realizada até o 20º dia após o parto, e a quantidade de contatos deve ser individualizada de acordo com o risco da puérpera e as necessidades da família.
- Oferecer orientações e suporte efetivo para o aleitamento materno exclusivo, salvo em casos de contraindicações.
- Orientar sobre retorno da atividade sexual (não existe prazo definido, mas geralmente recomenda-se aguardar 2 a 3 semanas após o parto), retorno da fertilidade e instituir as medidas contraceptivas pertinentes. Orientar que mulheres que amamentam costumam apresentar atrofia vaginal, o que pode dificultar a relação sexual. Se isso ocorrer, pode ser usado lubrificante.
- Interrogar sobre perdas sanguíneas, aferir pressão arterial e frequência cardíaca, realizar exame das mamas e da episiotomia ou ferida operatória, quando presentes. O restante do exame físico deve ser orientado pelas queixas.
- Atentar para os sinais de alerta, que demandam encaminhamento para atendimento na maternidade de referência: hipertensão arterial grave ou acompanhada de sintomas premonitórios de eclampsia; perda sanguínea aumentada ou acompanhada de sinais de acometimento sistêmico; sinais de trombose venosa profunda ou tromboembolismo pulmonar; febre persistente por 4 a 6 horas, ou acompanhada de calafrios, dor abdominal, subinvolução uterina ou sangramento aumentado.
- Solicitar exames complementares somente quando indicado para situações clínicas especiais (seguimento de anemia e diabetes gestacional, por exemplo).

Intervenções que não são rotineiramente recomendadas

Até o momento, não existem evidências para sustentar as seguintes ações na atenção ao pré-natal:

- O exame das mamas como rotina não é recomendado para promoção do aleitamento materno durante a gestação.
- O exame ginecológico de rotina não é recomendado por não ter acurácia para determinar a idade gestacional, a probabilidade de parto pré-termo ou desproporção céfalo-pélvica.
- Suplementação universal de ferro.
- Suplementação de ácido fólico para prevenção de anemia megaloblástica. Deve ser usado apenas no período pré-concepcional e no primeiro trimestre da gestação, para prevenção de defeitos do tubo neural.
- Rastreamento de rotina para clamídia, citomegalovirus, hepatite C, estreptococos do grupo B (GBS) e vaginose bacteriana.
- Ultrassom com doppler de rotina em gestações de baixo risco.
- Ultrassom para estimativa de peso fetal em casos de suspeita de fetos grandes para a idade gestacional (GIG), em populações de baixo risco.
- Rastreamento de rotina para parto pré-termo.
- Monitorização rotineira dos movimentos fetais.
- Cardiotocografia anteparto de rotina.
- Ultrassom de rotina após 24 semanas.

Aconselhamento sobre o estilo de vida

Trabalho	<ul style="list-style-type: none">• Certifique-se da ocupação da gestante para identificar riscos.• Reafirme às mulheres que usualmente é seguro continuar trabalhando.• Informe as gestantes sobre seus direitos e benefícios (ver capítulo Direitos da Gestante).
Suplementos nutricionais	<ul style="list-style-type: none">• Recomende suplementação com ácido fólico no período pré-concepcional e durante o primeiro trimestre (400 mcg ou 0,4mg por dia / apresentação disponível: 5mg). Não está indicado após esse período.• Informe as gestantes sobre a importância de ingestão adequada de vitamina D durante a gravidez e a amamentação (10 mcg ou 0,1 mg por dia). Não prescreva suplementação rotineira de ferro.• Informe as gestantes sobre o risco de malformações associado à vitamina A, e oriente que evitem ingestão acima de 700mcg ou 0,7mg por dia, e consumo de fígado.
Evitando infecções	<ul style="list-style-type: none">• Aconselhe as mulheres sobre como reduzir o risco de listeriose e salmonela, e como evitar toxoplasmose na gestação.• Deve-se evitar o consumo de leite não pasteurizado e carnes cruas.• Evitar ou, na impossibilidade, reaquecer produtos prontos para o consumo.• Cozinhar ou adotar cuidados higiênicos no preparo de vegetais crus.• Atentar para origem, higiene e condições dos produtos que consome.• Em relação à toxoplasmose, as gestantes susceptíveis devem ser orientadas a evitar contato com fezes de gatos, evitar o contato com terra, e não ingerir vegetais mal lavados e carnes mal cozidas.

Medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> • Prescreva o menor número possível de medicamentos, e apenas nas circunstâncias em que os benefícios superem os riscos. • Aconselhe as mulheres a não utilizar medicamentos não prescritos.
Terapias complementares	<ul style="list-style-type: none"> • Informe as mulheres de que poucas terapias complementares são comprovadamente seguras e efetivas na gestação.
Exercícios	<ul style="list-style-type: none"> • Não há risco associado em iniciar ou continuar exercícios moderados para gestantes de baixo risco. A atividade física aeróbica regular pode melhorar o bem-estar geral, além de ser útil em situações em que são necessárias medidas para controle do ganho de peso. • Esportes que podem levar ao trauma abdominal, quedas ou estresse articular excessivo, além de mergulho com cilindro, devem ser evitados. • Gestantes com sangramento vaginal, risco de parto prematuro e outras situações clínicas especiais, como hipertensão gestacional, não devem praticar exercícios físicos.
Relação sexual	<ul style="list-style-type: none"> • Reafirme às mulheres que relações sexuais são consideradas seguras durante a gestação, não estando associadas a qualquer efeito adverso, em qualquer idade gestacional. • As posições do casal podem sofrer mudanças com o passar do tempo: no primeiro trimestre, não há restrições, mas com o crescimento uterino deve-se evitar compressão sobre o abdome e sobrecarga da coluna.
Álcool	<ul style="list-style-type: none"> • Aconselhe às mulheres que estão grávidas ou planejando engravidar a evitar o consumo de álcool, principalmente nos primeiros 3 meses.
Tabagismo	<ul style="list-style-type: none"> • Discuta o uso de tabaco e informe sobre seus riscos durante a gestação. • Forneça informações, aconselhamento e suporte sobre como parar de fumar durante a gestação. Incentive a participação em grupos para cessação do tabagismo. • Discuta a terapia de reposição de nicotina, individualizando riscos e benefícios.

Maconha	<ul style="list-style-type: none">• Incentive as gestantes a não fazer uso de maconha.
Viagens aéreas	<ul style="list-style-type: none">• Longos trajetos estão associados com risco aumentado de trombose venosa, embora a possibilidade de qualquer risco adicional na gestação não esteja clara.• Na população geral, meias elásticas são efetivas para redução do risco.• As regras para viagens aéreas variam entre as companhias, mas geralmente não há restrição às viagens até 27 semanas. Após, é exigido atestado médico autorizando a viagem com data de, no máximo, sete dias antes da viagem, e após 36 semanas só estarão autorizadas a viajar se acompanhadas pelo médico assistente. Sugere-se consultar o <i>site</i> da companhia aérea para ver as regras específicas.
Viagens de carro	<ul style="list-style-type: none">• Oriente que o cinto de segurança deve passar acima e abaixo da barriga, e não sobre ela.
Viagens para o exterior	<ul style="list-style-type: none">• O aconselhamento sobre percurso aéreo, imunizações e segurança da viagem deve ser individualizado, de acordo com o destino.
Tintura para cabelo	<ul style="list-style-type: none">• Os produtos químicos nas tinturas para cabelo nas doses utilizadas não são altamente tóxicos, e os estudos disponíveis não mostram maiores riscos para o feto, mas as evidências ainda são escassas.• Os eventuais riscos podem ser diminuídos se a gestante aguardar até 12 semanas de gestação.• Tinturas naturais, como Henna, são menos tóxicas, e o risco também é menor quando não se pintam as raízes, apenas as pontas (mechas e reflexos).• Se a gestante optar por pintar o cabelo por conta própria, recomenda-se uso de luvas, ambiente ventilado, deixar a tintura no cabelo pelo menor tempo possível e lavar o cabelo após a aplicação.• Levantar em consideração as alterações nos cabelos durante a gestação, que inclusive podem alterar a resposta às tinturas usadas. Recomenda-se testar o produto em pequena área do cabelo antes.• Formol, por exemplo para alisamento, não deve ser utilizado em nenhum momento na gestação.

Manejo de situações comuns na gestação

■ Náuseas e vômitos na gestação inicial:

- Informar que a maioria dos casos tem resolução espontânea com 16 a 20 semanas, e que os sintomas usualmente não são associados a desfechos gestacionais desfavoráveis.
- Medidas não farmacológicas: fracionar alimentação (6 ou mais refeições diárias); evitar frituras, gorduras, alimentos condimentados e com odor forte; evitar líquidos durante as refeições; ingerir alimentos sólidos (ex., biscoito salgado) ao levantar; ingerir gengibre.
- Medidas farmacológicas: Dimenidrinato-Piridoxina 50+10mg, 8/8h (B); Metoclopramida 10mg, 8/8h (B); Prometazina 25mg, ao deitar, com repetição pela manhã (C).

■ Pirose:

- Medidas não farmacológicas: fracionar alimentação; medidas posturais; evitar tabaco, álcool, chocolate, refrigerantes, café e alimentos gordurosos e picantes.
- Medidas farmacológicas: alginatos ou antiácidos contendo combinações de alumínio e magnésio, em suspensão oral ou comprimidos mastigáveis, em caso de sintomas (A). Considerar supressor da secreção ácida (Ranitidina 150mg 1-2x ao dia) para casos não responsivos (B).

■ Outros sintomas gastrintestinais:

- Constipação: aumentar ingestão de líquidos e alimentos contendo fibras.
- Eventualmente, pode-se utilizar Dimeticona, para gases (C); supositório de glicerina, para constipação; e Hioscina, para cólicas (C).

■ Hemorroidas:

- Medidas não farmacológicas: evitar constipação intestinal (ver orientações acima).
- Medidas farmacológicas: em caso de persistência do desconforto, cremes podem ser utilizados (apesar da ausência de evidências sobre efetividade e segurança).

■ Varicosidades:

- As mulheres devem ser informadas que as varizes são um sintoma comum na gestação, que não causam danos, e que o uso de meias elásticas pode aliviar os sintomas, mas não previne o seu surgimento.

■ Leucorreia:

- As mulheres devem ser informadas de que um aumento na secreção vaginal é fisiológico e pode ocorrer durante a gravidez. Se esta é associada com coceira, dor, odor fétido ou dor ao urinar, talvez haja uma causa infecciosa e a investigação deve ser realizada.
- O uso de Miconazol tópico (creme intravaginal, por 7 noites) é um tratamento eficaz para candidíase vaginal em mulheres grávidas (C). Não usar medicamentos antifúngicos orais.
- Tratar leucorreias infecciosas de outras etiologias de acordo com abordagem síndrome, utilizando drogas seguras na gestação (Ver Guia de Referência Rápida de Doenças Sexualmente Transmissíveis).

■ Dor lombar:

- Medidas preventivas: evitar ganho excessivo de peso e uso de salto alto, melhorar a postura, abaixar-se adequadamente, com a coluna ereta.
- Medidas não farmacológicas: exercícios na água, massagens e educação para o cuidado com a coluna.
- Medidas farmacológicas: Paracetamol 500mg, 6/6h (B) pode ser utilizado.

■ Anemia:

O tratamento da anemia deve ser realizado de acordo com o valor de Hemoglobina (g/dl):

- >11 (1ª consulta) ou >10,5 (28 semanas): ausência de anemia, não é necessário realizar suplementação profilática.
- Entre 8 e 11 (10,5 com 28 semanas): anemia leve a moderada. Tratar com 120-240mg de Ferro elementar (1 a 2 comprimidos de Sulfato Ferroso 40mg, 1 hora antes das três principais refeições - A); avaliar indicação de anti-helmíntico (Mebendazol - C); repetir dosagem de Hemoglobina após 30 a 60 dias de tratamento.
- <8: anemia grave. Encaminhar ao pré-natal de alto risco para manejo.
- A suplementação universal de ferro não evidenciou benefícios em desfechos materno-fetais.

■ Bacteriúria assintomática / infecção do trato urinário:

- Preferencialmente, tratar de acordo com o perfil de sensibilidade antibiótica. Algumas opções utilizadas com frequência são: Nitrofurantoína (B) 100mg, 6/6h (evitar após 36 semanas, por risco de anemia hemolítica neonatal), Cefalexina (B) 500mg, 6/6h e Amoxicilina (B) 500mg, 8/8h.
- O tratamento deve ser mantido por 7 dias, e está indicado controle de cura com urocultura 7 dias após o término do tratamento. A urocultura deverá ser repetida a cada 4-6 semanas até o parto.
- Se for isolado estreptococo do grupo B em urocultura, é de suma importância destacar esta informação no cartão da gestante, uma vez que se trata de indicação de antibioticoterapia intraparto.
- Em caso de cistite aguda, iniciar tratamento empírico com Cefalexina ou Nitrofurantoína (colher amostra para urocultura no momento do diagnóstico, se disponível). Pode-se usar Paracetamol (B) para alívio da dor. Se houver febre ou dor lombar, suspeitar de pielonefrite e encaminhar para emergência obstétrica.
- Em casos de recorrência (3 ou mais episódios), está indicada profilaxia com dose única diária, à noite, de Cefalexina ou Nitrofurantoína.

■ Manejo do ganho de peso na gestação:

Deve ser realizado de acordo com o IMC pré-gestacional ou da primeira consulta, com recomendações claras acerca das alterações de peso e ajustes dietéticos necessários. Desvios do estado nutricional da gestante associam-se com aumento de morbidade materna e fetal.

Índice massa corpórea (Kg/m ²)	Ganho total no 1º trimestre (Kg)	Ganho semanal no 2º e 3º trimestre (Kg)	Ganho total na gestação (Kg)
Baixo peso (< 18,5)	2,30	0,45 - 0,58	12,60 – 18,00
Adequado (18,5 a 24,9)	1,60	0,35 – 0,45	11,25 – 15,75
Sobrepeso (25 a 29,9)	0,90	0,25 – 0,30	7,75 - 11,25
Obesa (≥ 30)	0,00	0,18 – 0,27	4,95 – 9,00

Manejo de situações especiais na gestação

■ Sífilis

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

É imprescindível que nenhuma gestante conclua o acompanhamento pré-natal sem que tenha sido assegurada a realização de testagem para sífilis, salvo em caso de recusa expressa da mesma. A testagem deve ser disponibilizada a todas as gestantes no primeiro contato, e repetida no terceiro trimestre de gestação (28 semanas).

Há dois tipos de testes sorológicos disponíveis: treponêmicos (detectam a presença de anticorpos que podem se manter presentes indefinidamente, portanto não distinguem doença ativa e tratada) e não treponêmicos (tendem à negatificação após o tratamento e, por isso, são importantes para seguimento pós-terapêutico; há possibilidade de falso-positivo e de cicatriz sorológica, que é a persistência de positividade em pessoas adequadamente tratadas).

O teste rápido é um teste treponêmico e deve ser oferecido às gestantes no primeiro contato com o serviço após a confirmação da gestação, a fim de propiciar o diagnóstico e tratamento precoces da sífilis na gestação. Este teste poderá ser repetido no terceiro trimestre da gestação, sendo fundamental se não houver disponibilidade do resultado do teste não treponêmico. A realização do teste rápido não está indicada para gestantes com história documentada de sífilis em qualquer fase da vida, uma vez que a positividade pode persistir para toda a vida.

O VDRL é um teste não treponêmico, que deve ser solicitado na primeira consulta e repetido no terceiro trimestre da gestação, em caso de primeiro resultado negativo. Este teste é útil para o diagnóstico e essencial para o controle de cura e seguimento da gestante tratada, uma vez que é quantitativo e tem resultado expresso em títulos.

Diante dos resultados dos testes sorológicos para sífilis, deve-se proceder da seguinte forma:

- Ambos os resultados negativos, ou apenas um teste realizado com resultado negativo: repetir teste rápido e/ou VDRL com 28 semanas.
- Ambos os resultados positivos, ou apenas um teste realizado com resultado positivo: instituir tratamento imediato, testar e tratar o(s) parceiro(s), garantir realização de VDRL da gestante e do(s) parceiro(s) para seguimento pós-tratamento (nos casos de diagnóstico por teste rápido).
- Em caso de teste rápido positivo com posterior resultado de VDRL negativo, deve-se pesquisar história de tratamento anterior e, se comprovada, o tratamento pode ser descontinuado. Repetir VDRL após 30 dias para confirmar persistência da negatividade.
- Em caso de baixos títulos de VDRL (<1/8), o teste rápido deve ser realizado imediatamente. Quando o teste treponêmico for negativo, considerar a possibilidade de reação cruzada com falso-positivo. Quando o teste rápido for positivo ou indisponível, qualquer titulação de VDRL deve ser considerada infecção e o tratamento deve ser instituído, a não ser que haja comprovação de tratamento prévio adequado.
- **Tratamento:**
 - Sífilis primária: Penicilina Benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única.
 - Sífilis secundária ou latente recente (menos de 1 ano): Penicilina Benzatina 4,8 milhões UI, IM, 2 doses de 2,4 milhões, com intervalo de 7 dias.
 - Sífilis terciária ou latente tardia (> 1 ano ou tempo desconhecido): Penicilina Benzatina 7,2 milhões UI, IM, 3 doses de 2,4 milhões, com intervalo de 7 dias entre cada dose.
- Nas gestantes tratadas, deve-se repetir o VDRL mensalmente. Os títulos devem cair de forma progressiva, permanecendo negativos ou inferiores a 1/8. Se houver elevação de duas diluições no título, a gestante deve ser submetida a novo tratamento, sendo indicado revisar se o(s) parceiro(s) realizou(aram) tratamento adequado. A repetição do tratamento também é indicada em casos de tratamento incompleto.

- Para gestantes alérgicas à Penicilina, é recomendada a dessensibilização, realizada em ambiente hospitalar (verificar fluxo junto à CAP), uma vez que a Penicilina é a única droga capaz de tratar adequadamente o feto. Em caso de impossibilidade, tratar a gestante com Eritromicina (estearato) 500mg, VO, 6/6h, por 15 dias (sífilis recente) ou 30 dias (sífilis tardia), e considerar o feto como não tratado.
- O(s) parceiro(s) deve(m) receber tratamento concomitante à gestante, com Penicilina Benzatina 2,4 milhões UI, IM, em dose única, mesmo se a testagem for negativa. Em caso de sorologias positivas, o parceiro deve receber 3 doses da medicação. O tratamento dos parceiros também pode ser realizado com fármacos alternativos, como Eritromicina 500mg, 6/6h, ou Doxiciclina 100mg, 12/12h, por 15 ou 30 dias.
- Os dados do tratamento da gestante e do parceiro, incluindo as datas em que a medicação foi administrada e o seguimento sorológico pós-tratamento, devem ser anotados no prontuário e cartão da gestante. Os registros no cartão da gestante são particularmente importantes, pois serão usados na maternidade para avaliar a indicação de notificar e tratar sífilis congênita.
- **A sífilis é considerada inadequadamente tratada se:**
 - O tratamento for feito de forma incompleta.
 - O tratamento for feito com outra droga que não a Penicilina Benzatina.
 - O parceiro não for tratado ou fizer tratamento incompleto.
 - O tratamento for instituído menos de 30 dias antes da ocorrência do parto.
 - Não houver registro do tratamento da gestante e do parceiro no cartão da gestante.
- Em casos de sífilis não tratada ou inadequadamente tratada será feita notificação de sífilis congênita na maternidade e instituído tratamento para o recém-nascido.

■ Hipertensão arterial na gestação

A hipertensão na gestação é definida por PAS \geq 140 ou PAD \geq 90 mmHg, e pode corresponder a uma variedade de situações, que demandam seguimentos diversos:

- Hipertensão crônica: preexistente, detectada antes de 20 semanas de gestação, ou persistente por mais de 12 semanas após o parto.
- Hipertensão gestacional: Hipertensão sem proteinúria iniciada após 20 semanas de gestação. É um diagnóstico transitório, podendo ser seguida por pré-eclâmpsia (se surgir proteinúria), hipertensão crônica (se persistir 12 semanas após o parto), ou ser chamada Hipertensão Transitória, quando se resolve em até 12 semanas após o parto.
- Pré-eclâmpsia: Hipertensão com proteinúria (\geq 300mg em 24h) iniciada após 20 semanas de gestação.
- Eclâmpsia: Pré-eclâmpsia associada à crise convulsiva.

Conduta frente a gestantes com Hipertensão crônica:

- Suspender inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA - D) ou bloqueadores dos receptores de angiotensina (BRA - D) imediatamente após a confirmação da gestação. O Atenolol (D) também não deve ser utilizado.
- Instituir profilaxia para pré-eclâmpsia (conforme orientações adiante).
- Solicitar US precoce para datação acurada da idade gestacional, e com 25-28 semanas para avaliar crescimento fetal.
- Solicitar creatinina sérica e EAS, no 1º trimestre, para eventual necessidade de comparação no decorrer da gestação. Complementar a investigação com proteinúria de 24 horas diante da presença de proteína.

- Rastrear lesão de órgão-alvo em gestantes com doença há longa data (ECG, fundoscopia, clearance de creatinina em urina de 24 horas). Referenciar casos com investigação positiva para serviço terciário.
- Referenciar ao especialista de acordo com a segurança do médico da APS e a existência de matriciamento com especialista.
- As evidências disponíveis são insuficientes para determinar as metas de controle pressórico, mas há uma tendência em se recomendar manutenção da PAS entre 130-155 mmHg e da PAD entre 80-105 mmHg em gestantes hipertensas sem lesão de órgão-alvo. Para tanto, pode-se usar medicamentos anti-hipertensivos como Metildopa 0,5-3,0 g/dia (B), Hidralazina 50-300 mg/dia (C). A Hidroclorotiazida (C) não deve ser iniciada, mas pode ser mantida.
- No decorrer da gestação, permanecer atento aos sinais de surgimento de pré-eclâmpsia sobreposta: piora dos níveis pressóricos ou sintomas premonitórios de eclâmpsia (escotomas cintilantes, cefaleia, epigastralgia).
- No puerpério, pode-se reintroduzir o uso dos IECA (Captopril e Enalapril), pois tratam-se de drogas seguras na amamentação.

Conduta frente a gestantes com alto risco para pré-eclâmpsia:

- São consideradas de alto risco para o desenvolvimento de pré-eclâmpsia na gestação as gestantes que apresentem: história de pré-eclâmpsia em gestação anterior, diabetes, hipertensão arterial crônica, doença renal crônica, doença autoimune e gestação múltipla.
- Nestas mulheres, está indicado o uso de Ácido acetilsalicílico (C/D) em baixas doses (50-100mg/dia), após o primeiro trimestre de gestação.
- A suplementação de cálcio (1,5-2,0g/dia de Ca^{+2} = 3-4 comprimidos de Carbonato e cálcio 1250mg) deve ser considerada em gestantes com alto risco de pré-eclâmpsia que sejam de comunidades com dieta pobre em cálcio (<900 mg/dia).
- Há outros fatores que aumentam o risco para desenvolver pré-eclâmpsia (como primiparidade e ganho excessivo de peso na gestação), mas não foi encontrado benefício na instituição de medidas profiláticas nestas situações.

Conduta frente a gestantes com suspeita de pré-eclâmpsia:

- O encaminhamento à emergência obstétrica para avaliação laboratorial de urgência e avaliação da necessidade de internação está indicado, de acordo com as principais diretrizes mundiais e do MS.
- Caso a gestante seja elegível para seguimento ambulatorial, deve ser encaminhada para acompanhamento com especialista.
- Para gestantes com pré-eclâmpsia confirmada, serão necessários: vigilância diária dos níveis tensionais, exames laboratoriais a cada 1-2 semanas e avaliação semanal do bem-estar fetal. A corticoterapia para aceleração da maturação pulmonar deve ser instituída sempre que o diagnóstico for anterior a 34 semanas de gestação. A gestação não deve se estender além do termo, podendo ser interrompida precocemente, em casos de maior gravidade.
- As gestantes com hipertensão gestacional também devem receber ações de vigilância materna e fetal, mas a natureza e frequência destas não está bem estabelecida.
- Embora a única resolução efetiva para pré-eclâmpsia e hipertensão gestacional seja o parto, a pressão arterial pode levar até 12 semanas para retornar aos seus níveis habituais.

Tratamento da hipertensão aguda grave:

- Independente da etiologia da hipertensão, valores de PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 110 mmHg devem ser sempre reduzidos de maneira aguda (confirmar aferição após 15 minutos antes de intervir).
- As gestantes com hipertensão aguda grave devem ser sempre encaminhadas à emergência obstétrica.
- Se houver disponibilidade dos medicamentos na APS, pode-se iniciar a redução da PA com: Hidralazina 5mg IV (máximo: 20mg) ou Nifedipina 10mg (cápsulas ou comprimidos de liberação intermediária) VO. Em ambos os casos, repetir a cada 30 minutos até PAS < 160 e PAD < 110 mmHg (respeitar dose máxima).

■ Orientações sobre diabetes na gravidez

- O diabetes na gravidez é uma categoria ampla que inclui o diabetes prévio à gestação e o diabetes gestacional, que é uma elevação da glicemia, detectada na gravidez, em geral a partir das semanas 24-28 de gestação, e está associada a desfechos adversos gestacionais, como macrosomia, distócia de ombro e pré-eclâmpsia.
- Esses conceitos estão em processo de mudança nos consensos internacionais, embora sem evidências consistentes que apoiem as mudanças sugeridas, especialmente sem evidência de custo-efetividade da aplicação dos novos critérios diagnósticos para o diabetes gestacional. Por esse motivo, neste guia de consulta rápida optou-se por não adotar ainda os novos critérios, mas reavaliar as evidências em 1 ano.
- Toda mulher com diabetes tipo 1 ou tipo 2 em idade fértil deve receber aconselhamento pré-concepcional, com método contraceptivo eficaz e, se plano de gestar, suplementação com ácido fólico, adequação do controle metabólico (HbA1C <7%) e avaliação de complicações diabéticas (retinopatia e nefropatia). Em caso de gestação confirmada, ela deve ser encaminhada ao pré-natal de alto risco.
- Tradicionalmente é solicitada a glicemia de jejum na primeira consulta para detectar possível diabetes prévio à gestação que não havia ainda sido diagnosticado. Ela é solicitada prioritariamente para grupos com maior risco para diabetes, como aqueles com hipertensão, obesidade, história familiar de diabetes, diabetes gestacional prévio, história prévia de macrosomia ou escore do FINDRISC > 12 (ver guia de Diabetes). É feito o diagnóstico de diabetes na presença de glicemia de jejum > 126 mg/dl, devendo a paciente nesse caso ser encaminhada ao pré-natal de alto risco, após confirmação em nova amostra.
- Embora ainda apoiado por evidências fracas, o rastreamento para o diabetes gestacional é tradicionalmente feito internacionalmente. O período mais propício para sua detecção é entre as semanas 24-28 de idade gestacional, mas os novos critérios que vêm sendo sugeridos apontam que níveis diagnósticos de diabetes gestacional podem ser detectados mais cedo, a partir do rastreamento para o diabetes realizado na primeira consulta; porém não há consenso sobre como proceder com esses casos.

- Devido à limitação das evidências, o rastreamento deve ser uma decisão conjunta entre o médico e a gestante, levando em conta, por um lado, a prevenção de eventos adversos na gestação e, por outro, a falta de evidências consistentes, o risco de efeito do rótulo e a presença de outros problemas que possam agravar o efeito do rótulo (ex., má aceitação da gestação, problemas familiares etc.). Caso se opte por não fazer o rastreamento, é importante monitorar o ganho de peso na gestação e prevenir ganho excessivo de peso, o que ajuda a prevenir desfechos adversos semelhantes àqueles associados ao diabetes gestacional.
- O rastreamento pode ser feito pela solicitação do TTG-75g em mulheres com fatores de risco (ex., história de macrossomia em gestação prévia, história prévia de diabetes gestacional, hipertensão, história familiar de diabetes em familiar de primeiro grau, IMC ≥ 25 , idade superior a 30 anos ou ganho de peso excessivo na gestação). Nesse caso, se glicemia em jejum $> 100\text{mg/dL}$ ou glicemia de 2 horas $> 140\text{mg/dL}$, deve-se confirmar em nova amostra e diagnosticar diabetes gestacional. Outra opção é seguir a conduta que vinha sendo recomendada pelo Ministério da Saúde e fazer o rastreamento em dois passos, primeiramente solicitando glicemia de jejum para todas as gestantes entre as semanas 24-28 de idade gestacional e, se $> 85\text{mg/dL}$, solicitar TTG-75g. Se a glicemia de 2 horas for $> 140\text{mg/dL}$, é feito o diagnóstico de diabetes gestacional.
- Caso seja diagnosticado diabetes gestacional, a paciente deve ser encaminhada ao pré-natal de alto risco ou acompanhada em conjunto com matriciador em ginecologia/obstetrícia.

■ Toxoplasmose na gestação

O rastreamento para a toxoplasmose é controverso, principalmente porque as evidências que apoiam a efetividade do tratamento na gestação são fracas. A partir do momento em que é feito o diagnóstico de infecção por toxoplasmose na gestação, muito provavelmente já houve infecção fetal, não havendo benefício do tratamento da gestante. Por esse motivo, a SUBPAV não recomenda o rastreamento para toxoplasmose na gestação.

■ HIV na gestação

As gestantes portadoras de HIV devem ser acompanhadas por serviço de referência, devendo a equipe da Atenção Primária envolver-se na coordenação do cuidado. Nesta situação, a amamentação está contraindicada, devendo a mulher ser orientada e acompanhada adequadamente.

■ Hepatite B na gestação

Quando a sorologia para o HBsAg é positiva, esta informação deve ser destacada no cartão da gestante, e ela orientada para as medidas de profilaxia que devem ser realizadas logo após o parto (primeira dose da vacina e imunoglobulina nas primeiras 12 horas de vida do recém-nascido). Se a gestante for HBeAg reagente, deverá ser encaminhada a serviço especializado. A amamentação é permitida, desde que não haja fissura mamilar.

Direitos da gestante

- Cartão da gestante;
- Conhecimento e vinculação à maternidade onde receberá assistência para o parto;
- Estabilidade no emprego, desde a confirmação da gestação até 5 meses pós-parto;
- Mudar de função ou setor de acordo com necessidade de saúde (atestado), com garantia de retorno após;
- Dispensa para consultas e exames;
- Presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- Alojamento conjunto, sempre que possível;
- Licença-maternidade: 120 dias após nascimento ou a partir do 8º mês. Poderá ser prorrogada para 6 meses a critério do empregador;
- Dois descansos diários de 30 minutos para amamentação (até 6 meses);
- Duas semanas de repouso em caso de abortamento.

SMS - RJ / SUBPAV / SAP

Rua Afonso Cavalcanti, 455/8º andar
Cidade Nova
CEP: 20.211-110
Rio de Janeiro / RJ

www.rio.rj.gov.br/web/sms

