

Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro
Secretaria Municipal de Saúde - SMS

Atenção ao Pré-Natal

Rotinas para gestantes de risco habitual

Versão Profissional

Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
Subsecretaria de Atenção Primária, Vigilância e Promoção da Saúde
Superintendência de Atenção Primária

Atenção ao Pré-Natal

Rotinas para gestantes de risco habitual

Série F. Comunicação e Educação em Saúde
Coleção Guia de Referência Rápida
Rio de Janeiro/RJ
2019

Prefeito

Marcelo Crivella

Secretária Municipal de Saúde

Ana Beatriz Busch Araújo

Subsecretário Geral Executivo

Jorge Sale Darze

**Subsecretário de Atenção Primária,
Vigilância e Promoção da Saúde**

Leonardo de Oliveira El Warrak

**Coordenadora de Linhas de Cuidados de
Doenças Transmissíveis**

Patrícia Durovni

**Coordenadora de Linhas de Cuidados de
Doenças Crônicas Não Transmissíveis**

Cláudia Ramos Marques da Rocha

**Coordenadora de Linhas de Cuidados
dos Ciclos de Vida**

Fernanda Prudêncio da Silva

**Coordenadora de Policlínicas e Núcleos
de Apoio a Saúde da Família**

Heliana Barbosa de Figueiredo

Equipe Técnica

Aline Gonçalves Pereira

Amanda Almeida

André Luis Andrade Justino

Andréa Manso

Armando Henrique Norman

Carla Brasil

Carmem Lúcia Pereira Lopes

Carolina Ennes Ferreira Gomes

Cláudia Ramos Marques da Rocha

Elenice do Carmo Medeiros de Almeida

Fátima Cristina Cunha Penso

Fernanda Prudêncio da Silva

Gláucia Bohusch

Guida Silva

Inaiara Bragante

Jorge Eduardo Pio

Louise Mara Santos Silva

Márcia Cristina Lemos dos Santos

Márcio Luis Ferreira

Mônica Xavier Torres

Monique Miranda

Nulvio Lermen Junior

Patrícia Durovni

Patrícia da Silva Miranda Menezes

Penha Rocha

Raquel Piller

Roberta Azevedo Coelho

Tássia Pacheco Batista

Tradução e Adaptação

Angela Marta da Silva Longo

Normalização

Ercília Mendonça

Diagramação

Assessoria de

Comunicação Social da SMS (Ascom)

SUMÁRIO

Sobre este guia	7
Introdução	7
● Uso de medicamentos na gestação	9
● Classificação do risco gestacional	11
● Princípios básicos do cuidado pré-natal.....	22
● Calendário de consultas.....	24
Primeiro contato com qualquer profissional de saúde	24
Imunizações na gestação	26
Primeira consulta (idealmente até 12 semanas)	27
Consultas da 16 ^a a 20 ^a semana.....	32
Consultas da 20 ^a a 24 ^a semana.....	33
Consultas da 24 ^a a 28 ^a semana.....	33
Consultas da 28 ^a a 32 ^a semana.....	34
Consultas da 32 ^a a 34 ^a semana.....	35
Consultas da 34 ^a a 36 ^a semana.....	36

Consultas a partir da 36 ^a semana até a 40 ^o semana	37
Consultas da 40 ^a a 41 ^a semanas e 3 dias	38
Acompanhamento no puerpério.....	38
● Intervenções que não são rotineiramente recomendadas.....	41
● Aconselhamento sobre o estilo de vida	43
● Manejo de situações comuns na gestação	49
Náuseas e vômitos na gestação inicial	49
Pirose	49
Outros sintomas gastrointestinais	50
Hemorroidas.....	50
Varicosidades.....	50
Leucorréia	50
Dor lombar	51
Anemia	51
Manejo da infecção urinária e bacteriúria assintomática na gestação	52

Bacteriúria assintomática	53
Cistite Aguda	53
Pielonefrite	54
Infecção Urinária de Repetição.....	56
Manejo do ganho de peso na gestação.....	56
● Manejo de situações especiais na gestação.....	57
Saúde Mental	57
Avaliação de Risco Psicossocial.....	58
Uso de psicofármacos na gestação - ver classificação FDA (pág 9).....	61
Sífilis.....	65
Hipertensão arterial na gestação	71
Diabetes Gestacional.....	76
Prevenção da Trombose Venosa Profunda.....	83
Hematoma subcoriônico	88
Incompetência istmo-cervical	88
Toxoplasmose na gestação.....	89

Dispensação de medicação.....	93
HIV na gestação.....	94
Hepatite B na gestação.....	94
Hepatite C	94
Asma na gestação	95
Tuberculose na gestação.....	101
Rinite alérgica na gestação.....	104
Doença falciforme na gestação	107
Exantema com ou sem febre na gestação	110
Abortamento legal.....	113
Violências contra a gestante.....	115
Laqueadura tubária no momento do parto.....	116
● Direitos da Gestante	120
● Pré-Natal do Parceiro.....	122
Consulta Pré-Natal do Parceiro	122
Direitos do Pai.....	124

Sobre este guia

Este é um guia de referência rápida que resume as recomendações da Subsecretaria de Promoção da Atenção Primária e Vigilância em Saúde (S/SUBPAV) e Superintendência de Hospitais Pediátricos e Maternidades. (S/SUBHUE/SHPM). Construído a partir do conteúdo disponibilizado por órgãos internacionais e nacionais, 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/CCV/GSM e SUBHUE/SHPM 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.

Introdução

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. Recomenda-se que os profissionais conheçam a maternidade de referência e forneçam esclarecimentos que sejam de fácil compreensão para todas as mulheres, incluindo aquelas com necessidades especiais. Recomenda-se o uso de materiais educativos e a prescrição de cuidados que contemplem e reforcem estas orientações.

As informações compartilhadas 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, amamentação e planejamento reprodutivo, se disponíveis. Tais informações visam possibilitar às mulheres a tomada de decisões informadas e devem ser consistentes e baseadas nas melhores evidências disponíveis.

São atitudes fundamentais para uma atenção pré-natal adequada: respeitar as decisões da mulher, mesmo quando as opiniões são contrárias às suas; prover oportunidades para que sejam discutidas preocupações e dúvidas; observar como a gestante vive esta experiência e como ela se refere ao bebê; verificar o entendimento das informações prestadas; fornecer tempo suficiente para a tomada de decisões; 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, em todos os seus segmentos, valorizando os riscos subjetivos. Considerar o contexto social, familiar e comunitário (ou psicossocial) da gestante em seu acompanhamento e manter uma atenção continuada aos indicadores de risco psicossocial.

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) é 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 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, e caso deixe de apresentar risco habitual, deverá ser referenciada de acordo com fluxos pré-estabelecidos. As gestantes negras (pretas e pardas) tem vulnerabilidade aumentada em relação a agravos, a acesso aos serviços e aos indicadores socioeconômicos, apresentando maior risco para o desenvolvimento de hipertensão, pré-eclâmpsia, diabetes e complicações no parto e pós parto.

FATORES DE RISCO QUE DEVEM SER MANEJADOS PELA APS:
Raça, cor preta, parda e indígena
Idade <15 ou >35 anos
Fatores de riscos ocupacionais
Situação familiar/conjugal insegura; vulnerabilidade; drogadição
Baixa escolaridade
Condições ambientais desfavoráveis
Altura < 1,45m

Baixo peso, sobrepeso ou obesidade com índice de massa corporal (IMC) < 40, sem comorbidades (pág.56)

Ganho ponderal inadequado (pág.56)

Infecção urinária, incluindo os casos de repetição

Anemia carencial, com hemoglobina > 8g/dL

Tuberculose

Asma brônquica controlada ou parcialmente controlada (ver fluxo na pág 100)

Fatores relacionados à história reprodutiva anterior (com rastreio e medidas preventivas pertinentes): crescimento intra-uterino restrito (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

Hematoma subcórionico diagnosticado por ultrassonografia

Malformação fetal que não necessite de cirurgia imediata (fenda palatina, hidrocefalia, polidactilia, espinha bífida)

FATORES DE RISCO QUE DEVEM SER MANEJADOS NA APS COM APOIO ESPECIALIZADO (NASF), OU ENCAMINHADOS PARA NÍVEL SECUNDÁRIO, VIA SISREG (POLICLÍNICAS E MATERNIDADES DE MÉDIA COMPLEXIDADE):

Hiperêmese Gravídica sem sinais de desidratação

Hipotireoidismo ou hipertireoidismo

Hipertensão arterial crônica (HAC) sem lesão de órgão-alvo

Diabetes gestacional bem controlado, ou diabetes prévio sem lesão de órgão alvo

Pré-eclâmpsia, após avaliação na maternidade via vaga zero

Gestação múltipla

Placenta prévia

Polidramnia ou oligodramnia leve

Má história obstétrica: antecedentes de abortamento espontâneo de repetição (>2); suspeita de incompetência istmo-cervical (2 ou mais abortamentos tardios) ou cerclagem anterior (encaminhar até 12 semanas); natimorto de causa ignorada; descolamento prematuro de placenta de causa ignorada; pré-eclâmpsia antes de 32 semanas

CRITÉRIOS PARA INSERÇÃO DE GESTANTES NO SISREG PARA OUTRAS ESPECIALIDADES:

Hepatite B: Consulta em Hepatologia – Gestantes com Hepatites Virais

Hepatite C: Consulta em Hepatologia – Gestantes com Hepatites Virais

Portadoras de HIV assintomáticas: Consulta em Infectologia – HIV/AIDS – Gestante, ou Consulta em Obstetrícia Infectologia

Toxoplasmose: Consulta em Obstetrícia – Infectologia

Asma brônquica controlada e parcialmente controlada: Consulta em Pneumologia

Gestantes com alergia à penicilina: Consulta em Alergologia – Dessensibilização Gestantes

Anemia carencial, com hemoglobina < 8g/dL

FATORES DE RISCO QUE DEVEM SER ENCAMINHADOS PARA PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO, VIA SER:

HAC com lesão de órgão-alvo - obrigatório anexar ou descrever laudo de especialista e prescrição específica se houver.

Obesidade acima de 140kg ou IMC > 40

Cardiopatia materna (valvulopatias, arritmias, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca congestiva) - obrigatório laudo de especialista ou resultado de exame gráfico ou de imagem alterado

Nefropatias graves (em caso de insuficiência renal crônica, obrigatório anexar laudo de clínica dialítica - pacientes em Terapia Renal Substitutiva (TRS)

Doenças hematológicas (incluindo anemia falciforme, talassemias, anemia severa – Hb<8g/dl e púrpuras) exceto anemias carenciais

Antecedentes de Trombose Venosa Profunda (TVP) ou embolia pulmonar - obrigatório anexar laudo e/ou relatório de alta

Doenças autoimunes (Lupus sistêmico, outras colagenoses, síndrome antifosfolípideo - exceto fibromialgia) - obrigatório anexar laudo comprovante de diagnóstico e prescrição específica se houver

Aloimunização - obrigatório anexar resultados de exames laboratoriais

Malformação complexa que necessite de cirurgia nas primeiras 24h de vida (hérnia diafragmática, gastrosquise, onfalocele, mielomeningocele) / Cardiopatia congênita (obrigatório anexar laudo de ultrassonografia morfológica)

Doenças endócrinas (exceto hipotireoidismo e hipertireoidismo) - diabetes apenas com lesão de órgão alvo: obrigatório anexar resultado de exames alterados ou laudo de especialista

Doença neurológica, incluindo epilepsia (sem ou com diagnóstico em uso de medicamentos) - obrigatório laudo de especialista ou resultado de exame gráfico ou de imagem alterada.

Transplantadas - obrigatório anexar laudo do procedimento ou relatório de alta

Doença trofoblástica gestacional (mola hidatiforme) - suspeita clínica ou laudo de imagem ou histopatológico

Doenças malignas (qualquer localização) - obrigatório anexar laudo histo/citológico ou imagem suspeita

Pneumopatias (inclusive asma não controlada) - obrigatório anexar laudo de especialista e prescrição específica se houver

Doença infecto-parasitárias (exceto HIV, sífilis, toxoplasmose) - esquistossomose, leishmaniose, HIV com comorbidades e SIDA

FATORES DE RISCO QUE DEMANDAM ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA EMERGÊNCIA (COM REALIZAÇÃO DE PRIMEIROS CUIDADOS NA ESF):

Hipertensão com PA => 160 x 110 mmHg, independente de idade gestacional, com ou sem sinais e sintomas

Hipertensão (PA) \geq 140x90 mmHg, iniciada a partir de 20 semanas, independente do resultado de eventual teste de proteinúria em fita (pág.71)

Hipertensão com PA sistólica \geq 140 mmHg ou diastólica \geq 90 mmHg, independente da idade gestacional, sintomática (cefaleia severa, alterações visuais (como escotomas), epigastralgia severa, vômitos, com ou sem proteinúria

Eclâmpsia

Crise convulsiva ou período pós comicial

Período expulsivo / trabalho de parto

Prolapso de cordão

Portadora de HIV em qualquer fase do trabalho de parto

Parto domiciliar imediato, no trajeto para o serviço de saúde ou na unidade de Atenção Primária

Idade gestacional \geq 41 semanas e 03 dias

Queixa de ausência de movimentos fetais por mais de 12h, em gestação com mais de 26 semanas

Abortamento retido com confirmação de ausência de batimentos cardio fetais (BCF) por ultrassonografia
Trabalho de abortamento (sangramento vaginal ativo, colo entreaberto ou dilatado, com ou sem dor)
Hemorragia genital a partir de 20 ^o semanas, confirmada após exame físico
Suspeita ou confirmação de incompetência Istmo Cervical (história de partos prematuros), entre 12 ^a e 16 ^a semana de gestação, para avaliação quanto à realização de cerclagem. (pág.88)
Suspeita ou confirmação ultrassonográfica de gestação ectópica
Hipertonia Uterina (tônus uterino aumentado de forma persistente)
Perda de Líquido amniótico, confirmada por exame especular ou por diagnóstico por USG, independente da coloração visualizada, de oligodramnia moderada ou severa; Índice de Líquido Amniótico (ILA) < 5 cm ou medida de maior bolsão de Líquido amniótico < 2 cm
Suspeita de CIUR, confirmado pela ultrassonografia (peso fetal abaixo do percentil 10)
Febre ≥ 38°C, associada a sinais e sintomas que indiquem infecção sistêmica
Sinais de meningismo (rigidez de nuca, fotofobia e cefaleia)
Suspeita de Doença Inflamatória Pélvica
Suspeita ou confirmação de pielonefrite
Hiperêmese refratária aos tratamentos instituídos ou com sinais de desidratação

Agudização de doença falciforme
Hiperglicemia, com alteração de nível de consciência ou gestantes com diagnóstico recente de diabetes, não havendo tempo hábil para manejo segundo protocolo clínico
Hipoglicemia < 60 mg/dl, se associada à condição de risco (ex.: doença metabólica ou uso de insulina), acompanhada de sudorese, alteração do nível de consciência, visão turva, pulso anormal ou dispneia
Sintomas neuropsiquiátricos: letargia, confusão mental, alteração grave de comportamento, entre outros
Usuária vítima de violência com lesões graves ou com indicação de profilaxia pós-exposição
Trauma abdominal
Início agudo de sintomas respiratórios pós-traumático
Dor torácica com suspeita de gravidade
Intoxicação exógena (overdose de drogas ilícitas, coma alcoólico, envenenamento ou superdosagem de medicação)
Suspeita de Trombose Venosa Profunda: edema unilateral em membros inferiores ou dor em panturrilha
Sinais ligados à ferida operatória ou sutura perineal com abscesso ou febre ou sinais de infecção grave
Sangramento vaginal puerperal (lóquios) aumentado, associado a odor fétido, febre ou dor pélvica
Sinais de mastite grave ou abscesso mamário, febre ou necrose

Saúde Mental - Classificação do risco gestacional

FATORES DE RISCO QUE DEVEM SER MANEJADOS PELA APS:

Gestantes com baixo risco psicossocial (pág.57)

FATORES MANEJADOS NA APS COM APOIO DO NASF DE SAÚDE MENTAL OU ENCAMINHAMENTO VIA SISREG*

Gestantes com médio risco psicossocial (pág.58)

*Opção: consulta em saúde mental

FATORES QUE DEVEM SER MANEJADOS PELO CAPS – ARTICULAÇÃO DE ACORDO COM AS REFERÊNCIAS POR AP

Gestante com alto risco psicossocial (pág.59)

FATORES QUE DEMANDAM ENCAMINHAMENTO IMEDIATO PARA EMERGÊNCIA EM SAÚDE MENTAL

Doença agudizada

Alteração grave de comportamento (pág.61)

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 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 enfermeiro e médico. Os agentes comunitários de saúde (ACS) devem realizar visitas domiciliares no mínimo mensais à gestante, devendo haver individualização dos casos estabelecidos pela equipe técnica.
- 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), peso, altura uterina, batimentos cardíacos fetais (BCF), movimentos fetais, exames solicitados e a solicitar, tratamentos instituídos e sua adesão.

- Os atendimentos no início da gestação podem ser mais demorados, 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, duas consultas puerperais, sendo a primeira até o 20º dia pós-parto (preferencialmente nos 7 primeiros dias), e a segunda consulta até o 40º dia de 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 na caderneta da gestante, que é uma importante ferramenta para a coordenação do cuidado.
- O racismo é um importante determinante social podendo influenciar na ocorrência de problemas de saúde. Os profissionais devem ficar atentos em especial às gestantes negras que além de apresentar algumas peculiaridades de ordem biológica, também são afetadas pelas desigualdades socioeconômicas, étnico-raciais e de gênero.

CALENDÁRIO DE CONSULTAS

Primeiro contato com qualquer profissional de saúde

- Proporcionar espaço de escuta e acolhimento para a mulher manifestar seus sentimentos em relação a gravidez, visto que muitas gravidezes são inesperadas ou indesejadas. Recomenda-se uma escuta sensível, evitando julgamentos e críticas.
- 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). Orientar apenas a ingestão de água filtrada ou fervida.
- Orientar sobre riscos de contágio da toxoplasmose: evitar consumo de alimentos crus ou mal cozidos – especialmente carnes mal passadas –, contato com fezes de gatos, manipulação de terra.
- Orientar sobre imunizações que podem ser recomendadas na gestação (pág. 26 e 27), e solicitar trazer comprovantes vacinais na primeira consulta.

- Perguntar a data da última menstruação (DUM). Se a mulher recordar, a DUM deve ser registrada. A primeira consulta de pré-natal deverá ser oportunizada logo no primeiro contato da usuária com o serviço de saúde, devendo ocorrer preferencialmente até a 12^a semana de gestação.
- 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.
- Avaliar risco psicossocial (laços de apoio familiar e rede social) (pág.48)
- Alertar a gestante a procurar o serviço de saúde caso haja alguma intercorrência, principalmente sangramento vaginal e febre alta.
- Orientar sobre os benefícios bolsa família e cartão família carioca se a gestante estiver nos critérios de inclusão destes programas.

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

- ! **Forneça informações (reforçadas por material escrito e atividades coletivas), como oportunidade de discutir questões e fazer perguntas.**

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

Imunizações na gestação

IMUNIZAÇÕES NA GESTAÇÃO	
Tétano (dupla adulto – dT ou dTpa)	<p>A gestante que nunca foi vacinada deverá receber 3 doses, com a 2ª ou 3ª dose até no mínimo 20 dias antes da DPP. A gestante que já recebeu 1 ou 2 doses deve completar seu esquema para 3 doses. Os intervalos entre cada dose devem ser de, no mínimo, 30 dias. As gestantes previamente vacinadas com esquema completo deverão receber uma dose de dTpa, entre a 20ª e a 36ª semanas de gestação.</p> <p>Obs. 1: Para as que não possuem comprovação de esquema vacinal prévio ou com esquema incompleto, realizar a dTpa como parte integrante do esquema vacinal, a partir da 20ª semana de gestação.</p> <p>Obs. 2: As usuárias que não receberam a dTpa ao longo do pré-natal, deverão ser vacinadas até 45 dias após o parto.</p>

IMUNIZAÇÕES NA GESTAÇÃO

Hepatite B	As gestantes não vacinadas devem receber 3 doses com intervalo de 0, 1 e 6 meses. As gestantes com esquema incompleto devem completá-lo. Naquelas com incerteza sobre o status vacinal, refazer o esquema vacinal completo, sem necessidade de solicitar anti-HBs. A todas as gestantes, independente do status vacinal, é preconizado o rastreamento com teste rápido ou HBsAg.
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.

Primeira consulta (idealmente até 12 semanas)

- !** A correta definição da idade gestacional diminui a incidência de indução do parto por pós-datismo e a taxa de cesariana.
- Identificar mulheres que podem precisar de cuidados adicionais e traçar plano de cuidado.

- Definir a idade gestacional (IG) e a data provável do parto (DPP):
 - A datação da gestação pode ser feita através de cálculos manuais ou gestograma.
 - 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 se 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, 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 (pág. 53).
- Aferir pressão arterial.
- Realizar testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C, e solicitar exames laboratoriais: grupo sanguíneo e fator Rh (solicitar coombs indireto se Rh negativo); eritrograma; glicemia de jejum; EAS e urinocultura; sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG).
- Colher o exame citopatológico do colo uterino de acordo com os critérios de rastreamento.
- Perguntar se a gestação foi planejada e sobre aceitação. Perguntar sobre história obstétrica pessoal, antecedentes familiares clínicos e obstétricos relevantes.
- Perguntar sobre qualquer história pregressa ou atual de doença mental severa e tratamento psiquiátrico.
- Abordar humor para identificar possível depressão (ver Guia de Referência Rápida de Depressão).

- Perguntar sobre a ocupação da gestante para identificar riscos potenciais.
- Orientar sobre sinais de alarme e como proceder.
- Estimular a participação do parceiro ou parceira. Oferecer pré-natal do parceiro (pág 120).

! 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 na caderneta da gestante.

Oferecer e solicitar exame de coombs indireto para gestantes Rh negativas. Repetir de 4 em 4 semanas até o parto. Havendo resultado positivo, encaminhar a paciente para pré natal de alto risco, via plataforma SER.

No primeiro atendimento, fornecer informações específicas sobre:

- Como o bebê se desenvolve no decorrer da gestação.
- Orientações alimentares e planejamento de ganho de peso.
- 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.
- Preencher e fornecer Passaporte Cegonha Carioca (Caderneta 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 18^a semana.
- Para mulheres em que a placenta se estende através do orifício cervical interno, oferecer novo US.
- Na ausência de indicações clínicas específicas, não há motivo para realizar US a partir da 24^a 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 20 e 24 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.

Consultas da 16ª a 20ª semana

- Avaliar, discutir e registrar os resultados dos exames complementares; instituir conduta adequada diante de resultados alterados.
- Aferir pressão arterial e auscultar BCF.
- Aferir peso, calcular IMC e registrar no gráfico de acompanhamento de ganho ponderal, realizar as orientações nutricionais cabíveis.
- 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

Consultas da 20^a a 24^a semana

- Aferir pressão arterial e auscultar BCF.
- Aferir peso, calcular IMC e registrar no gráfico de acompanhamento de ganho ponderal, realizar as orientações nutricionais cabíveis.
- Medir altura uterina e registrar no gráfico de acompanhamento.

! Em todas as consultas é muito importante abordar as dúvidas e as preocupações da gestante e parceiro(a), avaliar risco psicossocial, estimular a participação do(a) parceiro(a) no pré-natal e orientar sobre os sinais de alarme e como proceder caso aconteçam.

Consultas da 24^a a 28^a semana

- Aferir pressão arterial e auscultar BCF
- Aferir peso, calcular IMC e registrar no gráfico de acompanhamento de ganho ponderal, realizar as orientações nutricionais cabíveis.
- Medir altura uterina e registrar no gráfico de acompanhamento.

- Solicitar teste oral de tolerância a glicose (TOTG) 75g (com três medidas) para gestantes cuja glicemia de jejum, realizada nas primeiras 20 semanas gestacionais, tenha sido inferior a 92mg/dl.
- Medir altura uterina e registrar no gráfico de acompanhamento.

Para tomar uma decisão informada sobre rastreio de Diabetes Mellitus Gestacional (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.

Consultas da 28^a a 32^a semana

- Realizar testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C, e solicitar exames laboratoriais: eritrograma; EAS e urinocultura; sorologia para toxoplasmose para gestantes susceptíveis (pág. 91). Caso a gestante não tenha sido vacinada para Hepatite B até este momento, deve-se iniciar esquema de vacinação recomendado(pág.26)
- Aferir pressão arterial e auscultar BCF.

- Aferir peso, calcular IMC e registrar no gráfico de acompanhamento de ganho ponderal, realizar as orientações nutricionais cabíveis.
- Medir altura uterina e registrar no gráfico de acompanhamento.
- Agendar a visita na maternidade de referência. Caso a gestante realize acompanhamento no pré-natal de alto risco, este agendamento deverá ser feito por este serviço, e não pela unidade de APS. Estimular a participação do (a) acompanhante nesta atividade.
- Iniciar as orientações sobre os cuidados com amamentação e com o recém-nascido. Orientar sobre a rotina de puerpério.

Consultas da 32^a a 34^a semana

- Avaliar, discutir e registrar os resultados dos exames complementares solicitados; instituir conduta adequada diante de resultados alterados.
- Aferir pressão arterial e auscultar BCF.
- Aferir peso, calcular IMC e registrar no gráfico de acompanhamento de ganho ponderal, realizar as orientações nutricionais cabíveis.
- 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.
- Amamentação e cuidados no puerpério, inclusive sobre a importância do teste do pezinho e da rotina de puerpério.
- Orientar sobre a utilização da ambulância cegonha carioca.

Consultas da 34^a a 36^a semana

- Aferir pressão arterial, peso e auscultar BCF.
- Aferir peso, calcular IMC e registrar no gráfico de acompanhamento de ganho ponderal, realizar as orientações nutricionais cabíveis.
- 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, “baby blues” e infecção puerperal.



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.

Consultas a partir da 36ª semana até a 40ª semana

- Recomenda-se que as consultas sejam semanais, não sendo recomendado ultrapassar 15 dias de intervalo entre consultas.
- Aferir pressão arterial, peso e auscultar BCF.
- Medir altura uterina e registrar no gráfico de acompanhamento.

- Verificar a posição fetal e registrar na caderneta da gestante.

! Mulheres com gestação de risco habitual devem ser encaminhadas para indução do parto a partir da 41 semanas e 3 dias

Consultas da 40^a a 41^a semanas e 3 dias

- Recomenda-se que as consultas sejam semanais, não sendo recomendado ultrapassar 15 dias de intervalo entre consultas.
- Aferir pressão arterial, peso e auscultar BCF.
- Medir altura uterina e registrar no gráfico de acompanhamento.
- Ao completar 41 semanas e 3 dias, encaminhar a gestante para maternidade de referência para avaliação da indução do parto/terminalidade da gestação.

Acompanhamento no puerpério

- A equipe da APS deve realizar visita domiciliar na primeira semana após a alta hospitalar.
- Não existe alta do pré-natal. O acompanhamento da mulher no ciclo gravídico-puerperal encerra-se apenas após a realização de, pelo menos, duas consultas puerperais, sendo a primeira até o 20º dia pós-parto (preferencialmente nos 7 primeiros dias), e a segunda consulta até o 40º dia de pós-parto. O

seguimento poderá ser prolongado se forem observados riscos no período puerperal.

- 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). Orientar que mulheres que amamentam costumam apresentar atrofia vaginal, o que pode dificultar a relação sexual. Se isso ocorrer, poderá ser usado lubrificante.
- Orientar sobre retorno da fertilidade, planejamento reprodutivo e instituir as medidas contraceptivas pertinentes, com atenção especial para mulheres com risco reprodutivo.
- Estimular a doação de leite materno.
- Interrogar sobre risco psicossocial (pág. 58), 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.
- Realizar toque vaginal justificado por sinais ou sintomas clínicos.
- 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, secreção vaginal com odor fétido.

- Atenção para o monitoramento das gestantes hipertensas ou diabéticas gestacionais que fizeram uso de medicação durante o pré-natal, avaliando a manutenção, adequação ou suspensão da mesma.
- 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. Contudo a realização do colpocitológico esta recomendada como exame de rotina do pré-natal.
- 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, 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

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, pág. 118)
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• Não prescreva suplementação rotineira de ferro
Orientação alimentar	<ul style="list-style-type: none">• Recomende evitar alimentos processados e ultra processados• Oriente dieta fracionada• Recomende ingerir alimentos in natura higienizados: frutas, legumes e verduras• Informe a importância da hidratação

Evitando infecções	<ul style="list-style-type: none">• Oriente a evitar o consumo de leite não pasteurizado, carnes ou peixes, crus ou mal cozidas• Recomende cozinhar ou adotar cuidados higiênicos no preparo de vegetais crus• Alerta para verificação da origem, higiene e condições dos produtos que consome• Oriente as gestantes a evitar contato com fezes de gatos, com terra, carnes cruas e não ingerir vegetais mal lavados
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• Verificar se a gestante faz uso de alguma medicação e qual o risco desta para a gestação
Terapias complementares	<ul style="list-style-type: none">• Informe as mulheres sobre as terapias complementares seguras e efetivas na gestação

<p>Exercícios</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Oriente as gestantes de risco habitual sobre a importância de iniciar ou manter exercícios aeróbicos moderados para manutenção do bem-estar geral e controle do peso. Informe que não há risco associado em iniciar ou continuar exercícios moderados. • Oriente que são contraindicados esportes que podem levar ao trauma abdominal, quedas ou estresse articular excessivo, além de mergulho com cilindro. • Informe às gestantes com sangramento vaginal sobre risco de parto prematuro e outras situações clínicas especiais, como hipertensão gestacional, que não devem praticar exercícios físicos.
<p>Relação sexual</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Reafirme às mulheres que relações sexuais são consideradas seguras durante a gestação, e não estão 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

Tintura para cabelo

- 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 pinta a raiz, 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.
- Levar 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, produto utilizado em alisamento, não deve ser usado em nenhum momento na gestação.

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. Para mais informações, consulte o Guia de Referência Rápida - Álcool e Outras Drogas em Uso de álcool e outras drogas na gestação (pág. 60 a 66) detalha o cuidado a gestante que faz uso de álcool e outras drogas.
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 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.
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 site da companhia aérea para ver as regras específicas.

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 (nas pacientes com hipertensão arterial é contraindicado o uso).
- 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 gastrointestinais

- 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.

Leucorréia

- 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 sindrômica, utilizando drogas seguras na gestação (ver Guia de Referência Rápida de Infecções 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, alongamento, calor local, práticas integrativas complementares (ex: auriculoterapia, se disponível) e educação para o cuidado com a coluna.
- Medidas farmacológicas: Paracetamol 500mg (B) ou Dipirona 500 mg (C), 6/6h podem ser utilizados.

Anemia

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

- >11 g/dl (1ª consulta) ou >10,5 g/dl (28 semanas): ausência de anemia, não é necessário realizar suplementação profilática.

- Entre 8g/dl e 11 g/dl (10,5 g/dl com 28 semanas): anemia leve a moderada. Tratar com 200 mg/dia de sulfato ferroso, uma hora antes das refeições (dois cp. antes do café, dois cp. antes do almoço e um cp. antes do jantar), de preferência com suco de frutas cítricas.
- <8g/dl: anemia grave. Encaminhar ao pré-natal de alto risco para manejo via SER, se carencial.
- <8g/dl: anemia grave. Encaminhar ao pré-natal de alto risco para manejo via SER, se não carencia—(frase nova)
- Sulfato ferroso: um comprimido de 200 mg de Fe = 40 mg de ferro elementar. (frase nova).
- A suplementação universal de ferro não evidenciou benefícios em desfechos materno-fetais.
- Reforçar sobre alimentação: consumo de alimentos ricos em ferro (ex: vegetais verde-escuros e carne vermelha) e ricos em vitamina C (ex: laranja, acerola, limão); aumento de ingesta hídrica.

Manejo da infecção urinária e bacteriúria assintomática na gestação

Infecção comum em mulheres jovens, que representa a complicação clínica mais frequente na gestação, ocorrendo em 17% a 20% das mulheres nesse período. Está associada à rotura prematura de membranas, abortamento, trabalho de parto prematuro, corioamnionite, baixo peso ao nascer, infecção neonatal, além de ser uma das principais causas de septicemia na gravidez.

Bacteriúria assintomática

É definida como a condição clínica de mulher assintomática que apresenta urocultura positiva, com mais de 100 mil UFC/ml . 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 e no terceiro trimestres da gravidez.

Cistite Aguda

Cistite aguda se diferencia da bacteriúria assintomática pela presença de sintomas como:

- Disúria,
- Polaciúria,
- Urgência miccional,
- Nictúria,
- Dor suprapúbica 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 UFC/ml.

! Lembre-se: em caso de EAS alterado em pacientes assintomáticas e com urocultura negativa, não tratar como ITU. Investigue outras causas para a alteração.

Tratamento preconizado:

- Cefalexina (B) -> 500 mg de 6/6 h por 7 dias ou
- Amoxicilina (B) -> 500 mg de 8/8h, por 7 dias ou
- Sulfametoxazol 400mg + Trimetoprim 80mg -> 2 comprimidos de 12/12 h por 7 dias. (Devem ser evitados no primeiro trimestre, devido a potencialidade teratogênica da trimetoprima; e no terceiro trimestre, pois pode causar kernicterus no bebê, especialmente nos prematuros). Recomenda-se que toda mulher grávida, que está sendo tratada com esse antibiótico receba concomitantemente 5 a 10 mg de ácido fólico diariamente.

Nos casos de gestantes com difícil adesão ao tratamento proposto, indica-se a criação de estratégias como, por exemplo, a realização de doses supervisionadas pela equipe.

Pielonefrite

Pielonefrite aguda durante a gravidez é uma doença grave que pode cursar com sepse e trabalho de parto prematuro. Caracteriza-se pelo comprometimento do ureter, da pelve e do parênquima renal.

O diagnóstico é feito por bacteriúria acompanhada de sintomas sistêmicos como:

- Febre,
- Taquicardia,
- Calafrios,
- Náuseas,
- Vômitos
- Dor lombar, com sinal de Giordano positivo.

De forma geral, é precedido por sintomas de infecção do trato urinário inferior. Na suspeita, encaminhe a gestante para avaliação hospitalar de urgência via vaga zero.

Cura

Em todos os casos de infecção urinária, deve-se realizar urocultura para controle de cura de uma a duas semanas após o término do tratamento, para confirmar erradicação da bacteriúria. Se o resultado da cultura for negativo e não houver sintomas urinários presentes, esta deve ser repetida mensalmente até o parto.

Infeção Urinária de Repetição

A presença de mais de três URC (urocultura) positivas ou episódios de ITU durante o pré-natal implicará na prescrição de quimioprofilaxia com cefalexina (500mg/dia) ou sulfametoxazol + trimetoprim (400mg/80mg/dia, devem ser evitados no primeiro trimestre -potencialidade teratogênica da trimetoprima - e no terceiro trimestre, pois pode causar kernicterus no bebê).

Solicitar USG de vias urinárias para avaliar patologia do trato urinário que propicie infecção urinária de repetição.

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 ao aumento de morbidade materna e fetal. Recomenda-se monitorar ganho de peso através da curva de IMC x IG do cartão de pré-natal.

ÍNDICE MASSA CORPÓREA PRÉ - GESTACIONAL (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

Saúde Mental

Os cuidados em saúde mental não são exclusivos para uma determinada população. Se faz necessário avaliar todas as gestantes quanto aos indicadores de risco psicossocial, que são critérios importantes para qualificação do cuidado integral da gestante, do bebê e sua família.

Os indicadores de Risco Psicossocial levam em conta:

1. Autonomia para gerir a própria vida, presença ou a ausência de suporte familiar ou comunitário;
2. Presença ou ausência de sintomas de alteração do pensamento e de fala que comprometam a capacidade de autocuidado da gestante;
3. Humor – qualidade e intensidade das manifestações afetivas e sua relação com a capacidade de autocuidado;
4. Uso ou não de álcool e outras drogas (lícitas e ilícitas).

Avaliação de Risco Psicossocial

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO PSICOSSOCIAL	SINAIS	CONDUTA
BAIXO	Pequenas perdas na autonomia de gerir a própria vida	Construção da direção do cuidado na APS com matriciamento em saúde mental.
	Tristeza e angústia com presença, ou não, de insônia vinculadas às situações de violência comunitária e perdas (separações, mortes)	
	Humor ansioso com dificuldades de realizar as atividades diárias	
	Presença de distúrbios de humor leve (choros imotivados, irritabilidade)	
	Sintomas tais como irritabilidade, alucinação e/ou delírios desvinculados de quadros de agitação e sem graves prejuízos na vida cotidiana	

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO PSICOSSOCIAL	SINAIS	CONDUTA
MÉDIO	Presença de sofrimento psíquico e laços sociais ou familiares fragilizados	Construção da direção do cuidado na APS com matriciamento em saúde mental e compartilhamento do cuidado com o ambulatório de saúde mental.
	Histórico de tentativa de suicídio sem ideação no momento	
	Estado de angústia e medo intensos	
	Uso crônico de benzodiazepínico ou antidepressivo	
	Uso moderado de álcool e outras drogas	

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO PSICOSSOCIAL	SINAIS	CONDUTA
ALTO	Presença de sofrimento psíquico intenso e laços sociais ou familiares muito fragilizados ou rompidos	Compartilhamento com o CAPS para construção da direção do cuidado
	Desorganização do pensamento que afete a vida cotidiana com comprometimento grave da higiene e cuidados pessoais	
	Quadro confusional agudo	
	Histórico de tentativas de suicídio e ideação suicida	
	Humor marcadamente eufórico, excitação, planos grandiosos, conduta bizarra ou estranha	
	Humor gravemente deprimido	
	Ideias delirantes com ou sem cunho persecutório que esteja produzindo risco para si ou outros	
	Uso intensivo ou abusivo de álcool ou outras drogas	
	Gestantes que sofrem violências (sexual, física e psicológica) com intenso sofrimento psíquico	

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO PSICOSSOCIAL	SINAIS	CONDUTA
ALTÍSSIMO	Agitação psicomotora extrema com alteração de senso-percepção	Vaga zero
	Evidências de risco de violência para si, para o bebê ou para os outros, inclusive violência autoprovocada	
	Quadros de distúrbios metabólicos decorrentes de intoxicação por drogas lícitas e ilícitas	

Uso de psicofármacos na gestação - ver classificação FDA (pág 9).

ANTIDEPRESSIVOS	
Fluoxetina	B / C
Sertralina	C
Paroxetina	D / X

ANTIDEPRESSIVOS

Imipramina	C / D
Amitriptilina	C / D
Nortriptilina	C / D
Clomipramina	C
Bupropiona	C / D

ESTABILIZADORES DE HUMOR

Lítio	D / X
Carbamazepina	D
Ácido Valpróico	D
Divalproato de Sódio	D

OBS.: Os destacados na cor verde são aqueles que estão na cesta de medicamentos do município

ANTICONVULSIVANTES

Fernobarbital	D
Fenitoína	D / X
Lamotrigina	C
Gabapentina	C
Topiramato	D

BENZODIAZEPÍNICOS

Diazepam	D
Clonazepam	D
Lorazepam	D

OBS.: Os destacados na cor verde são aqueles que estão na cesta de medicamentos do município

ANTIPSICÓTICOS	
Clorpromazina	C / D
Flufenazina	C
Trifluoperazina	C
Tioridazina	C / D
Levomepromazina	C
Haloperidol	C
Risperidona	C
Olanzapina	C
Clozapina	B / C
Quetiapina	C

OBS.: Os destacados na cor verde são aqueles que estão na cesta de medicamentos do município

OUTROS	
Prometazina	C
Biperideno	C
Levodopa + Benserazina	C
Levopo + Carbidopa	C

OBS.: Os destacados na cor verde são aqueles que estão na cesta de medicamentos do município

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 gravidez, a fim de propiciar o diagnóstico e tratamento precoces da sífilis. Este teste deverá ser repetido no terceiro trimestre. 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 sempre.

O VDRL é um teste não treponêmico que deve ser solicitado nos casos de teste rápido positivo ou nos casos em que a gestante já tenha apresentado sífilis em qualquer fase da vida, ou na falta do teste rápido na unidade. Este teste é útil para o diagnóstico e essencial para o controle de cura em seguimento da gestante tratada, uma vez que é quantitativo e tem resultados expressos em títulos.

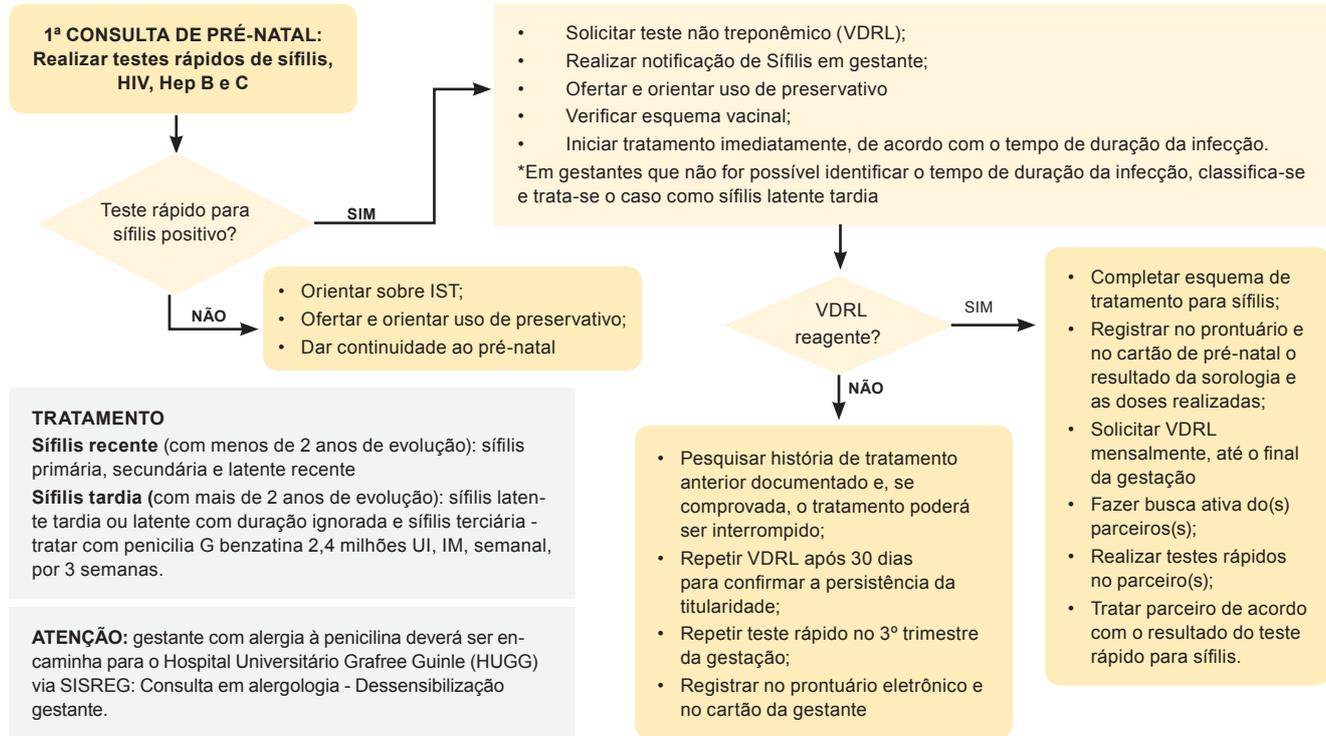
Diante dos resultados dos testes sorológicos para sífilis, deve-se proceder da seguinte forma:

- Teste treponêmico (teste rápido) negativo e teste não treponêmico (VDRL) negativo: repetir teste rápido ou VDRL com 28 semanas. Caso haja suspeita clínica ou epidemiológica de exposição, solicitar teste rápido em 30 dias, após a exposição.
- Teste treponêmico (teste rápido) positivo e teste não treponêmico (VDRL) positivo, independente da titulação, em gestante assintomática, sem comprovação de tratamento prévio, recomenda-se tratamento imediato com 7,2 milhões UI, IM, tratar o(s) parceiro(s) conforme o fluxo abaixo, garantir realização de VDRL da gestante e do(s) parceiro(s) para seguimento pós-tratamento (nos casos de diagnóstico por teste rápido). Solicitar VDRL mensal para avaliação da cura.

- Teste treponêmico (teste rápido) positivo e teste não treponêmico (VDRL) positivo, com baixos títulos (<1/8), em gestantes assintomáticas, com comprovação de tratamento prévio, avaliar critérios de cura de sífilis e observar, individualmente, se será necessário realizar retratamento.
- Teste treponêmico (teste rápido) positivo e teste não treponêmico (VDRL) positivo, independente da titulação ou apenas um dos testes positivos, em gestantes sintomáticas, independente de tratamento prévio, tratá-las de acordo com a fase da doença, tratar o(s) parceiro(s) conforme o fluxo abaixo, garantir realização de VDRL da gestante e do(s) parceiro(s) para seguimento pós-tratamento (nos casos de diagnóstico por teste rápido). Solicitar VDRL mensal para avaliação da cura.
- Em caso de teste treponêmico (teste rápido) positivo com posterior resultado de teste não treponêmico (VDRL) negativo, deve-se pesquisar história de tratamento anterior e, se comprovado, o tratamento pode ser descontinuado. Repetir VDRL após 30 dias para confirmar persistência da negatividade. Se o VDRL subir de titulação, tratar a gestante como portadora de sífilis primária.
- Em caso de baixos títulos de teste não treponêmico (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, quando não há comprovação de tratamento prévio e o tratamento deve ser instituído. Quando não conseguir estabelecer a fase clínica da doença, prescrever 7.200.000 UI, IM, dividida em três doses com intervalo de 07 dias. Solicitar VDRL 30 dias após a aplicação para avaliação da titulação. Caso a titulação aumente, recomenda-se investigar tratamento inadequado, não tratamento do parceiro e, naqueles casos em que não se enquadram nestas situações, discutir com especialista. Solicitar VDRL mensal para avaliação da cura.

Fluxograma Rastreamento de Sífilis

Se teste rápido for negativo, repetir teste em 30 dias em caso de suspeita clínica ou epidemiológica.



Critérios de cura:

- Nas gestantes tratadas, deve-se repetir o VDRL mensalmente. Os títulos devem cair de forma progressiva, permanecendo negativos ou inferiores a 1/8.
- É indicação de sucesso de tratamento a ocorrência de diminuição da titulação em duas diluições dos testes não treponêmicos em três meses, ou de quatro diluições em seis meses após a conclusão do tratamento (ex.: pré-tratamento 1:64 e em três meses 1:16, ou em seis meses 1:4). Caso a titulação permaneça inalterada ou diminuindo fazer apenas vigilância e controle com VDRL. Só haverá necessidade de novo tratamento quando apresentar aumento da titulação do VDRL neste período.
- Para gestantes alérgicas à Penicilina, é recomendada a dessensibilização, realizada em ambiente hospitalar (Encaminhar via SISREG: Consulta em alergologia - Dessensibilização gestante Hospital Universitário Grafree Guinle (HUGG), uma vez que a Penicilina é a única droga capaz de tratar adequadamente o feto. Em caso de impossibilidade, tratar a gestante com Ceftriaxone 1g/dia EV ou IM, por 8 a 10 dias, 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, realizar esquema terapêutico conforme estágio clínico da doença. O tratamento dos parceiros também pode ser realizado com fármacos alternativos, como Doxiciclina 100mg, 12/12h, por 15 ou 30 dias ou Ceftriaxone 1g/dia EV ou IM, por 8 a 10 dias.
- Os dados do tratamento da gestante, incluindo as datas em que a medicação foi administrada e o seguimento

sorológico pós-tratamento, devem ser anotados no prontuário e cartão de pré-natal. Os registros no cartão da gestante são particularmente importantes, pois serão usados na maternidade para avaliar a indicação de notificar e tratar sífilis congênita.

Critérios para retratamento da gestante com sífilis:

Não redução da titulação duas diluições no intervalo de seis meses (sífilis primária, secundária e sífilis latente recente) ou de 12 meses (sífilis tardia) após o tratamento adequado (ex.: de 1:32 para 1:8, ou de 1:128 para 1:32); OU Aumento da titulação em duas diluições (ex.: de 1:16 para 1:64 ou de 1:4 para 1:16) em qualquer momento do seguimento; OU Persistência ou recorrência de sinais e sintomas de sífilis em qualquer momento do seguimento.

A sífilis é considerada inadequadamente tratada se:

- O tratamento for feito de forma incompleta;
- Intervalo maior do que 7 dias entre as doses de Penicilina Benzatina;
- O tratamento for feito com outra droga que não a Penicilina Benzatina;
- O tratamento for iniciado com menos de 30 dias antes do parto;
- Não houver registro do tratamento da gestante no cartão de pré-natal.

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: iniciada após 20 semanas de gestação sem proteinúria. É um diagnóstico transitório, podendo ser seguida por pré-eclâmpsia (se surgir proteinúria). Avaliar fatores que aumentam a morbidade perinatal como: trombocitopenia, insuficiência renal, comprometimento hepático, edema agudo de pulmão, sintomas visuais (escotomas e turvações) e cerebrais (cefaleia), se presentes considerar pré-eclâmpsia mesmo com proteinúria negativa.
- Pré-eclâmpsia: Hipertensão iniciada após 20 semanas de gestação, com proteinúria (\geq 300mg em 24h).
- Eclâmpsia: Pré-eclâmpsia associada à crise convulsiva.
- As gestantes pretas e pardas são mais suscetíveis ao aparecimento deste agravo.

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, após 20 semanas.
- Rastrear lesão de órgão-alvo em gestantes com doença de longa data e história de eventos cardiovasculares prévios (ECG, fundoscopia, clearance de creatinina em urina de 24 horas). Referenciar para avaliação com especialista focal, via SER, nos casos com investigação positiva.
- Referenciar ao especialista ou realizar matriciamento, caso a unidade possua.
- 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 750 mg/dia (B) (dose mínima terapêutica), podendo chegar ao máximo de 2g/dia; Hidralazina 50-200 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.
- Procedimentos a serem efetuados:
 - a) Pressão <140x90mmHg com proteinúria de fita positiva solicitar proteinúria de 24 horas, aumentar a vigilância da PA e procurar afastar casos de falso positivo em proteinúria de fita, como leucorréia ou infecção do trato urinário(ITU).
 - b) Hipertensão (PA) $\geq 140 \times 90$ mmHg, iniciada a partir de 20 semanas, detectada em ao menos duas aferi-

ções com intervalo de 1 hora, com ou sem proteinúria de fita positiva. O risco de pré-eclâmpsia deverá ser estratificado na maternidade, com encaminhamento via vaga zero, através de protocolos específicos definidos pela SUBHUE. Confirmado o diagnóstico de pré-eclâmpsia, a gestante deverá ser orientada a retornar posteriormente para APS, e ser encaminhada ao pré-natal de alto risco, via SISREG;

c) Hipertensão com PA sistólica ≥ 140 mmHg ou diastólica ≥ 90 mmHg, independente da idade gestacional, sintomática (cefaleia severa, alterações visuais, tipo escotomas, epigastralgia severa ou vômitos) solicitar avaliação por vaga zero em maternidade para avaliação e estratificação de risco e definição terapêutica.

d) Hipertensão com PA $\geq 160 \times 110$ mmHg, independente de sintomas solicitar avaliação por vaga zero em maternidade para avaliação e estratificação de risco e definição terapêutica.

- Nas mulheres com risco de pré-eclâmpsia, está indicado o uso de ácido acetilsalicílico (C/D) em baixas doses (50-100mg/dia), a partir de 12^a semana e manter até o final da gestação.
- A suplementação de cálcio (1.5 a 2 g/dia de Ca^{+2} = 1 comprimido de carbonato de cálcio 500mg de 3 a 4x ao dia) 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:

- Encaminhar à emergência obstétrica para avaliação laboratorial de urgência e avaliação da necessidade de internação hospitalar.
- Caso a gestante seja elegível para seguimento ambulatorial, deve ser encaminhada para acompanhamento com especialista, via SISREG.
- As gestantes com hipertensão gestacional devem ser monitoradas pela equipe de saúde com maior frequência. Ex: visitas domiciliares com maior periodicidade, busca ativa quando a gestante faltar a consulta de pré-natal.
- 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 na APS:

- Independente da etiologia da hipertensão, valores de PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 110 mmHg devem ser sempre reduzidos (confirmar aferição após 15 minutos antes de intervir).
- As gestantes com hipertensão aguda grave devem ser sempre encaminhadas à emergência obstétrica via Vaga Zero.
- 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).

Diabetes Gestacional

A hiperglicemia na gravidez inclui o Diabetes Mellitus Prévio a Gestação, o Diabetes Mellitus Gestacional, e Diabetes Mellitus diagnosticado durante a gestação (Overt Diabetes). Nesse contexto, a hiperglicemia durante o ciclo gravídico-puerperal constitui um relevante problema da atualidade podendo ter desfechos gestacionais adversos como pré-eclâmpsia, parto cesariano, macrossomia, hipoglicemia neonatal, elevação na concentração de peptídeo C no sangue do cordão umbilical e distócia de ombro do recém-nascido.

Toda mulher com diabetes tipo 1 ou tipo 2, em idade fértil, deve receber aconselhamento pré-concepcional, com método contraceptivo eficaz e, se houver planos de engravidar, suplementação com ácido fólico, adequação do controle metabólico (Hb A1C<7%) e avaliação de complicações diabéticas (retinopatia e nefropatia). Em caso de gestação já confirmada, ela deve ser encaminhada ao pré-natal de alto risco, de acordo com os protocolos estabelecidos (vide desdobramentos de rastreio).

O rastreio de diabetes na gestação, deve ser realizado a partir da primeira consulta de pré-natal. Se a idade gestacional for de até 20 semanas, deve-se realizar glicemia plasmática de jejum. Se glicemia de jejum for <92mg/dl, deve-se realizar Teste de Oral de Tolerância a Glicose – TOTG entre 24 e 28 semanas. Se glicemia de jejum for ≥126, confirma-se o diagnóstico de Diabetes Mellitus diagnosticado durante a gestação. Se glicemia de jejum estiver entre 92 e 125mg/dl, confirma-se o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional, conforme fluxograma na pág 79.

Se o pré-natal iniciar após 20 semanas de gestação, realiza-se TOTG entre 24 e 28 semanas, ou imediatamente se idade gestacional for superior a 28 semanas. No TOTG, a glicose plasmática é determinada em jejum, 1 hora e 2 horas após ingestão de 75g de glicose anidra em 250–300 ml de água, depois de um período de jejum entre 8–14 horas.

Os valores de referência são:

- Jejum – 92 a 125 mg/dl;
- 1 hora – 180 mg/dl;
- 2 horas – 153 a 199 mg/dl.

Os achados de pelo menos uma glicemia alterada confirma o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional.

Se resultado de glicemia for ≥ 126 mg/dL em jejum, OU ≥ 200 mg/dL na 2ª hora, confirma-se o diagnóstico de Diabetes Mellitus diagnosticado durante a gestação, conforme fluxograma da pág 79.

Desdobramentos do rastreio:

Gestantes com diagnóstico prévio de Diabetes Mellitus tipo 1 e tipo 2:

- Deverão ser encaminhadas para Pré-Natal de Alto risco, via SISREG, aquelas sem lesão de órgão alvo (retinopatia e/ou nefropatia, por exemplo);
- As gestantes que apresentarem lesões em órgão alvo deverão ser encaminhadas via SER;
- Aquelas que estiverem em uso de hipoglicemiantes orais, deverão ser substituídos por Insulina NPH na dose inicial de 10 UI/dia antes do café da manhã, via subcutânea.

- ! **Atenção: em caso da não disponibilidade imediata de vagas, realizar vigilância permanente e ajuste da dose de insulina caso necessário, visando o controle glicêmico adequado.**

Diabetes Mellitus diagnosticado na gravidez:

- A gestante deverá ser encaminhada para o pré-natal de risco, via SISREG. Esta regulação deve ser feita na categoria “consulta obstetria alto risco” no SISREG;
- Caso apresente lesões em órgão alvo, inserir via SER.

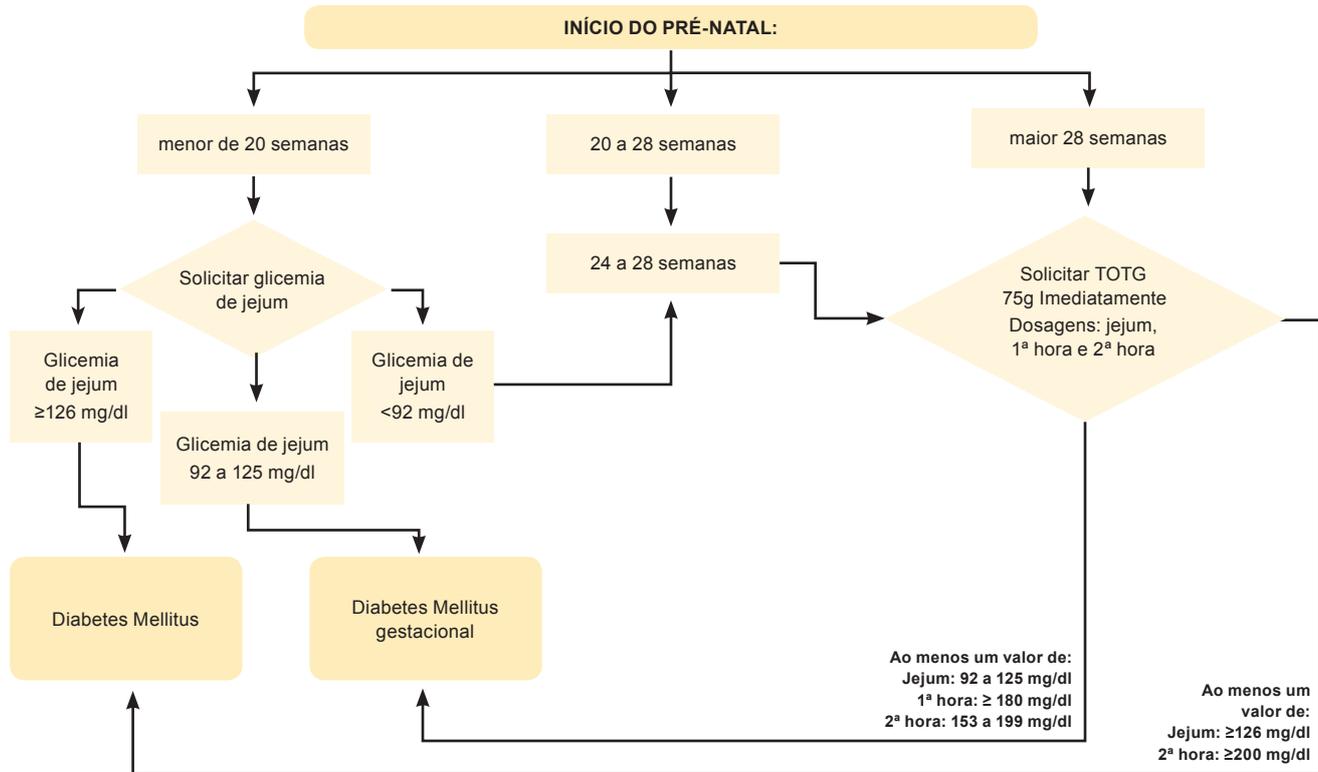
Diabetes Mellitus Gestacional:

- A gestante deverá ser encaminhada para pré-natal de risco, via SISREG.
- A gestante deverá permanecer em acompanhamento com sua equipe de saúde da família de referência, mesmo que encaminhada ao pré-natal de alto risco.

Devem ser considerados fatores de risco para DMG na gravidez atual, em qualquer momento:

- Ganho ponderal excessivo durante a gravidez;
- Suspeita clínica ou ultrassonográfica de crescimento fetal excessivo ou polidrânio.

Fluxo de rastreamento de diabetes gestacional frequência de consultas de pré-natal para gestantes



Frequência de consultas de pré-natal para gestantes com DMG controlada com dieta:

Mulheres com diagnóstico de diabetes gestacional podem inicialmente ser monitoradas com consultas a cada duas semanas.

A partir das 34 semanas, o controle deve ser ao menos semanal. O aumento na incidência de alterações hipertensivas na gestação com diabetes deve promover cuidados específicos para sua identificação e manejo.

Interrupção da gestação (cesariana ou indução do parto):

- Pacientes com DMG com bom controle glicêmico somente com dieta: encaminhar à maternidade quando completarem 40 semanas de gestação (indicação da via de parto é obstétrica).
- Pacientes em uso de insulina, com bom controle glicêmico: encaminhar à maternidade quando completarem 39 semanas de gestação, porém o caso deve ser individualizado, tendo em vista outros fatores como vasculopatia associada, por exemplo.
- Pacientes com polidrâmnia, macrossomia ou de difícil controle metabólico não devem ultrapassar a idade gestacional de 38 semanas.

Acompanhamento pós-parto:

A maioria das mulheres apresentam normalização das glicemias nos primeiros dias após o parto. Em torno de 15 a 50% das mulheres com DMG desenvolvem diabetes ou intolerância à glicose após a gestação. Deve-se

solicitar glicemia de jejum em seis semanas após o parto. Classificar o resultado da glicemia de jejum, de acordo com os critérios diagnósticos para diabetes fora da gestação.

Planejamento Reprodutivo:

Além do acompanhamento do Diabetes é de extrema importância que a puérpera seja orientada quanto aos possíveis métodos contraceptivos.

Para obter os Critérios de elegibilidade clínica para uso de contraceptivo, acesse a página de Protocolos Clínicos na plataforma SUBPAV (www.subpav.org).

Avaliação Fetal (para gestantes com DMG controlada com dieta):

As Ultrassonografias devem ser realizadas da seguinte forma para as gestantes com DMG controladas com dieta:

- 2º trimestre - Ultrassonografia obstétrica – entre 20 e 24 semanas.
- 3º Trimestre – uma ultrassonografia obstétrica com 34 semanas para avaliação do peso fetal e Índice de Líquido Amniótico (ILA). Casos especiais podem necessitar de USG com um intervalo menor, principalmente as relacionadas com a medida de fundo de útero aumentada para a idade gestacional.
- Considerar a realização de cardiocografia basal a partir da 36ª semana de gestação, para a avaliação do bem-estar fetal.

Sugestões para dieta básica para Diabetes:

A cada dia fazer três refeições principais (café da manhã, almoço e jantar) e três pequenas refeições diárias (colação, lanche da tarde e ceia).

- Café da manhã: café com leite ou leite puro ou chá, 2 fatias de pão integral, 2 fatias de queijo magro, 1 porção de fruta.
- Colação: 1 porção de fruta.
- Almoço e jantar: $\frac{1}{4}$ do prato de carne magra (bovina, frango ou peixe); $\frac{1}{4}$ do prato de arroz com feijão (em média duas colheres cheias de cada) e a $\frac{1}{2}$ restante do prato preencher com folhas e legumes.
- Lanche da tarde: 2 porções de fruta ou sanduiche com queijo magro.
- Ceia: chá com 1 porção de fruta.

Orientações gerais:

- Mastigar bem os alimentos.
- Não pular refeições.
- Evitar líquidos durante as grandes refeições. O ideal é ingerir líquidos 30 minutos antes ou após elas.
- Evitar consumir doces, massas, açúcar, mel, bolos, balas, biscoitos recheados e refrigerantes.

- Evitar misturar arroz com batata ou macarrão. Escolha sempre um destes itens.
- Prefira cereais integrais ao invés de refinados. Ou seja, melhor usar pães, arroz e biscoitos integrais.
- Evitar alimentos gordurosos e frituras em geral.
- Evitar salgadinho, pizza e embutidos (ex: salsicha, hambúrgueres), entre outros.
- Comer à vontade verduras (folhas em geral) e legumes.
- Preferir leite desnatado e queijos como minas, ricota, cottage ou requeijão light.
- É possível utilizar adoçantes artificiais (sacarina, acesulfame-K, sucralose ou stévia) com moderação.

Prevenção da Trombose Venosa Profunda

Levando em consideração as alterações inerentes ao estado gravídico, como a lentificação do fluxo sanguíneo, as alterações da parede vascular com exposição da superfície endotelial e o estado crônico de hipercoagulabilidade agravado ou não pelas trombofilias hereditárias ou adquiridas, que implicam em risco aumentado de trombose venosa profunda, tendo como complicação mais comum e grave, a embolia pulmonar, sobretudo no período puerperal, propomos como primeira medida a ser tomada, a estratificação precoce do risco, através de cuidadosa anamnese das pacientes, no pré natal e puerpério, classificando-as:

a) Baixo risco:

- >35 anos
- Multíparas (com 3 filhos ou mais)

- História de tabagismo
- Varizes de pequeno e médio calibre
- História familiar de TVP

b) Risco intermediário:

- Obesidade leve ou moderada (IMC > 30 kg/m²) pré-gravídico ou no início da gravidez
- HAC grave
- Varizes de grosso calibre
- Pré-eclâmpsia
- Tromboflebite superficial pós-cesariana
- Antecedentes de TVP por razão não obstétrica

c) Alto risco:

- Antecedentes de TVP
- Antecedentes de TEP
- Imobilidade no leito por + de 48 horas
- Obesidade grave ou mórbida (IMC>40 Kg/m²)
- Trombofilias (SAF) com diagnóstico estabelecido ou suspeito

- Lúpus
- Associação de dois ou mais fatores intermediários de risco
- Associação de três ou mais fatores leves de risco

Imediatamente após o parto cesáreo ou vaginal complicado, a paciente deverá ser estratificada quanto ao risco de TVP, conforme os critérios mencionados anteriormente.

Conduta → Profilaxia

No Pré- Natal

Cabe aos profissionais da Atenção Primária inserir no SER as gestantes de risco intermediário e alto risco, lembrando a importância do acompanhamento compartilhado da gestante.

No Puerpério:

- Recomendações para profilaxia após o parto:
 - Todas as mulheres devem ser avaliadas após o parto para os fatores de risco listados acima.
 - Todas as mulheres devem ser encorajadas a se mobilizarem durante o trabalho de parto e após o parto. A desidratação deve ser evitada.

- Para as mulheres com dois ou mais fatores de risco, o uso de HBPM (Heparina de Baixo Peso Molecular) deve ser considerado por 7 dias após o parto.
- Mulheres com três ou mais fatores de risco devem fazer uso de meias compressivas, além da HBPM.
- Todas as mulheres com obesidade mórbida (IMC > 40 Kg/m²) devem receber HBPM por 7 dias após o parto.
- Todas as mulheres que foram submetidas a uma cesariana eletiva que tiverem um ou mais fatores de risco adicionais devem ser consideradas para tromboprofilaxia com HBPM por 7 dias após o parto.
- Todas as mulheres portadoras de trombofilia hereditária ou adquirida, assintomáticas, devem ser consideradas para tromboprofilaxia com HBPM por 7 dias após o parto, mesmo se elas não estavam em uso de tromboprofilaxia antes do parto. A profilaxia deve ser estendida por 6 semanas se houver história familiar ou outros fatores de risco presentes.
- Mulheres com TEV antes da gravidez atual devem receber HBPM por 6 semanas após o parto.
- Mulheres que estavam em uso de HBPM antes do parto devem continuar recebendo doses profiláticas de HBPM até 6 semanas após o mesmo mas, uma avaliação de risco deve ser feita. Se elas estavam em uso de anticoagulação de longo prazo com warfarin, o mesmo pode ser iniciado quando o risco de hemorragia for baixo (5-7 dias após o parto).
- Tanto warfarin quanto HBPM são seguros na amamentação.

- As mulheres devem ser continuamente avaliadas para fatores de risco para TEV se apresentarem intercorrências ou necessitarem de cirurgia ou reinternação no puerpério.
- Em mulheres com fatores de risco adicionais persistentes (mais de 7 dias após o parto) tais como admissão prolongada ou infecção de feridas operatórias, a tromboprofilaxia deve ser estendida por 6 semanas ou até os fatores de risco não estiverem mais presentes.

Doses profiláticas de HBPM

- Peso < 50 kg = 20 mg enoxaparina/dia
- Peso 50–90 kg = 40 mg enoxaparina/dia
- Peso 91–130 kg = 60 mg enoxaparina/dia
- Peso 131–170 kg = 80 mg enoxaparina/dia
- Peso > 170 kg = enoxaparina 0.6 mg/kg/dia

! Em pacientes com complicações tais como: hematomas de parede, episiorrafia e hipotonia uterina, deverão ter atenção quanto ao uso de heparina, sendo a mesma contraindicada nestas situações.

Hematoma subcoriônico

Poderá ser acompanhado pela APS, não sendo necessário encaminhar ao pré-natal de alto risco. A conduta nesse caso é expectante, sendo recomendado repouso, uso de antiespasmódico em caso de cólica e acompanhamento ultrassonográfico quinzenal. Caso a gestante apresente sangramento vaginal ativo, com ou sem dor, encaminhar a gestante à emergência obstétrica via vaga zero.

Incompetência istmo-cervical

História de duas ou mais perdas gestacionais no segundo ou terceiro trimestre associadas à dilatação cervical indolor. O diagnóstico também poderá ser feito pela ultrassonografia transvaginal com a solicitação da medida do comprimento do colo uterino. Colo uterino com comprimento inferior a 2,5 cm suspeita-se de incompetência istmo-cervical até 20º semana de gestação.

- Caso haja suspeita de incompetência istmo cervical em gestação antes da 12ª semana, encaminhar via SISREG para Obstetrícia Alto Risco (observar para a data anterior a 12ª semana de gestação, senão encaminhar via vaga zero);
- Deve ser solicitada vaga zero, entre 12ª e 16ª semana de gestação, para avaliação quanto à realização oportuna de cerclagem;
- A partir da 16ª semana de gestação a mulher será encaminhada via vaga zero para avaliação obstétrica e eventual indicação da cerclagem.

Toxoplasmose na gestação

A toxoplasmose é uma zoonose causada pelo *Toxoplasma Gondii* que na gestante traz risco elevado de acometimento fetal. Os desdobramentos para o feto durante a infecção na gestação podem ser: restrição de crescimento intrauterino, morte fetal, prematuridade e/ou manifestações clínicas e sequelas como microftalmia, lesões oculares, microcefalia, hidrocefalia, calcificações cerebrais, pneumonite, hepatoesplenomegalia, erupção cutânea e retardo mental.

Prevenção:

Existem relatos de que é possível haver transmissão materno-fetal em gestantes imunocomprometidas com toxoplasmose prévia à gestação. Embora se considere que as gestantes suscetíveis sejam o principal foco das medidas preventivas, o profissional deve orientar todas as gestantes sobre os cuidados de prevenção primária:

- Lavar as mãos, com água e sabão, ao manipular alimentos;
- Lavar bem frutas, legumes e verduras antes de consumi-los;
- Ingerir frutas sem a casca e legumes somente cozidos;
- Não ingerir carnes cruas ou mal cozidas, incluindo embutidos (salame, copa suína etc.);
- Após manusear carne crua, lavar as mãos, assim como toda a superfície que estiver em contato com o alimento e todos os utensílios utilizados;

- Beber somente água filtrada ou fervida;
- Não consumir leite e seus derivados crus, não pasteurizados, seja de vaca ou cabra;
- Alimentar os gatos com carne cozida ou ração, não deixando que eles façam a ingestão de caça;
- Evitar contato com o solo e terra de jardim. Se isso for indispensável, use luvas e lave bem as mãos após a atividade;
- Evitar contato com fezes de gato. Proponha que outra pessoa limpe a caixa de areia dos gatos e, se não for possível, tente limpá-la e trocá-la diariamente utilizando luvas e pá;
- Lavar bem as mãos após o contato com os animais.

Diagnóstico:

O diagnóstico da infecção aguda durante a gestação tem como principal objetivo a prevenção da toxoplasmose congênita e suas sequelas.

Recomenda-se a triagem por meio da detecção de anticorpos da classe IgG e IgM na primeira consulta de pré-natal, uma vez que o diagnóstico é eminentemente laboratorial e, nos casos em que o IgG e IGM sejam negativos, solicitar novamente a sorologia na 2ª rotina de pré-natal.

Na presença de anticorpos IgG positivos e IgM negativos, considera-se a gestante imune, não sendo necessário repetir a testagem na 2ª rotina de pré-natal.

SITUAÇÃO	RESULTADOS		INTERPRETAÇÃO	CONDUTA
	IgG	IgM		
Primeira sorologia no 1º trimestre de gestação	Positiva	Negativa	Imunidade remota: gestante com doença antiga ou toxoplasmose crônica	Não há necessidade de novas sorologias
	Negativa	Negativa	Suscetibilidade	Programa de prevenção primária. Repetir sorologia entre 28 e 32 semanas.
	Positiva	Positiva	Possibilidade de infecção durante a gestação	Faça o teste avidéz da IgG na mesma amostra, se idade gestacional inferior a 16 semanas. Avidéz forte: infecção adquirida antes da gestação. Não há necessidade de mais testes e de tratamento Avidéz fraca: possibilidade de infecção adquirida na gestação. Inicie espiramicina 1g (3. 000. 000 UI), via oral, de 8/8 horas Encaminhar Gestante Via Sisreg Para Obstetria-Infecologia
	Negativa	Positiva	Infecção muito recente ou IgM falso positivo	Encaminhar Gestante Via Sisreg Para Obstetria-Infecologia Se gestação <18 semanas: inicie espiramicina 1g (3. 000. 000 UI), via oral, de 8/8 horas. Se gestação >18 semanas (alto risco de infecção fetal): iniciar o esquema tríplice: pirimetamina 25mg, via oral, de 12/12 horas; e ácido fólico 10mg/ dia, este imprescindível para prevenção de aplasia medular causada pela pirimetamina (solicitar hemograma após 2 semanas do início do tratamento). Repita a sorologia em 3 semanas, se IgG positiva: confirma-se a infecção. Mantenha o esquema iniciado.

SITUAÇÃO	RESULTADOS		INTERPRETAÇÃO	CONDUTA
	IgG	IgM		
Segunda sorologia entre 28 e 32 semanas	Positiva	Negativa	Possibilidade de falso negativo da IgG na amostra anterior, por método inadequado. Provável imunidade remota	Excessão - primeira sorologia (negativa) no 1º trimestre e exame subsequente no final da gestação ou no momento do parto com IgG muito alta: possibilidade de infecção durante a gestação, com IgM muito fugaz. Analise também a possibilidade de IgM falso negativo. Se houver possibilidade de infecção adquirida na gestação, inicie o tratamento com esquema tríplice. Investigação completa do recém-nascido.
	Negativa	Negativa	Suscetibilidade	Mantenha o programa de prevenção primária.
	Positiva	Positiva	Certeza de infecção durante a gestação	Inicie o tratamento diretamente com esquema tríplice
	Negativa	Positiva	Infecção muito recente ou IgM falso positivo	Inicie o tratamento diretamente com esquema tríplice. **Repita a sorologia em 3 semanas. IgG positiva: confirma-se a infecção. IgG negativa: suspenda o tratamento. Prevenção primária. Mantenha sorologia de 2 em 2 meses até o momento do parto.

! Observação: notifique à vigilância epidemiológica os casos de toxoplasmose aguda na gestação, conforme diretrizes do Ministério da Saúde para os serviços-sentinel.

Dispensação de medicação

Em setembro de 2017 foi definido que os medicamentos Espiramicina, Pirimetamina e Sulfadiazina serão adquiridos e distribuídos pelo Ministério da Saúde. Ressaltamos que os medicamentos para Toxoplasmose devem ser disponibilizados mediante a apresentação na farmácia da prescrição médica com os seguintes itens listados abaixo:

- Prescrição médica com assinatura, data e CRM legíveis, conforme preconizado pela RDC no 20, de 05 de maio de 2011. A prescrição deve conter:
 1. Indicação da condição do tratamento listado abaixo e respectivo CID10.
 2. Gestante com infecção aguda (CID10-O98.6); Imunossuprimido (Inserir CID10); Toxoplasmose ocular (CID10 B58.0); Outro (inserir CID10).
 3. Idade Gestacional, no caso das gestantes.
 4. N° do Sinan
- A ficha de notificação individual do SINAN deve ser preenchida (http://portalsinan.saude.gov.br/images/documentos/Agravos/NINDIV/Notificacao_Individual_v5.pdf), entregue na gerência da unidade e encaminhada para a Divisão de Vigilância de Saúde da CAP.
- Resultados de exames sorológicos para toxoplasmose devem ser preenchidos na ficha individual do SINAN.

HIV na gestação

As gestantes portadoras de HIV devem ser acompanhadas por serviço de referência, devendo a equipe de Atenção Primária envolver-se na coordenação do cuidado. Nesta situação, a amamentação está contraindicada. A mulher deve ser orientada sobre os riscos de transmissão através do leite materno, quanto a medidas farmacológicas e não farmacológicas para inibição da lactação. É importante informar à gestante em relação ao recebimento gratuito da fórmula láctea no serviço especializado onde o recém-nascido será acompanhado.

Hepatite B na gestação

Quando o teste rápido para Hepatite B ou HBsAg são positivos, a gestante deverá ser encaminhada via SISREG para serviço especializado para acompanhamento compartilhado. Deverá ser inserida em Grupo Atendimento em Hepatites Virais - consulta em Hepatologia –Gestantes com Hepatites Virais.

A gestante com Hepatite B deverá ter esta informação destacada no cartão de Pré Natal e deverá ser orientada para as medidas profiláticas após o parto, (primeira dose de vacina para Hepatite B e Imunoglobulina nas primeiras 12 horas de vida do recém nascido).

A Hepatite B não contraindica a amamentação, exceto na presença de fissura mamilar.

Hepatite C

Para gestantes com teste rápido reagente para Hepatite C ou anti-HCV IgM positivo, encaminhar para serviço especializado para acompanhamento compartilhado, via SISREG (Grupo atendimento em Hepatites Virais -

consulta em Hepatologia – Gestantes com Hepatites Virais).

A Hepatite C não contraindica a amamentação, exceto na presença de fissura mamilar.

Para maiores detalhes sobre Hepatites consultar link: https://subpav.org/SAP/protocolos/arquivos/DOENCAS_TRANSMISSIVEIS/HEPATITES/linha_de_cuidado_hepatites_virais_2018.pdf slides 65 a 74

Asma na gestação

Exacerbações são mais comuns nas gestantes, especialmente no segundo trimestre. O controle inadequado e as exacerbações podem ocorrer por mudanças mecânicas, hormonais, por suspensão ou redução dos medicamentos em uso, devido a preocupações da mãe e ou do profissional de saúde. Estão associados a piores resultados para o bebê (parto prematuro, baixo peso ao nascer e aumento da mortalidade perinatal) e para a mãe (pré-eclâmpsia). Portanto, recomenda-se monitoramento dessas pacientes com maior frequência.

O subtratamento da asma na gestação resulta em maior risco para a mãe e para o feto do que o uso de quaisquer drogas necessárias para o controle da doença.

Mulheres grávidas são particularmente sensíveis aos efeitos de viroses respiratórias, incluindo influenza, o que poderá agravar o quadro de asma. A vacina Influenza está indicada nas gestantes e puérperas.

O controle da asma deve ser avaliado a cada retorno da paciente, utilizando o parâmetro para definição do esquema terapêutico, podendo ocorrer diminuição ou aumento da dose do corticoide inalatório ou incluir novos medicamentos.

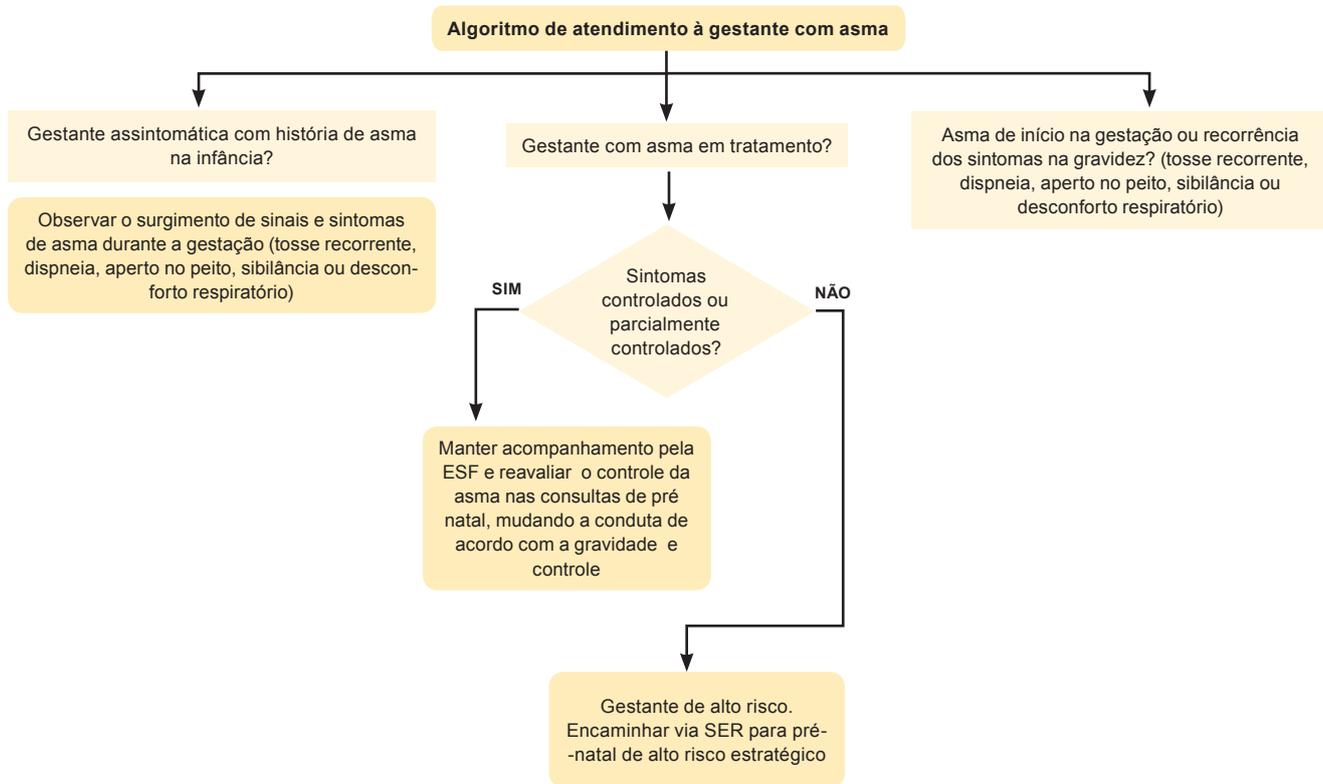
Na ausência de controle, deve ser considerada má adesão, inadequação da técnica inalatória (uso de espaçador), presença de fatores agravantes, falta de percepção/ atenção a sintomas ou diagnóstico equivocado.

Algumas medicações usadas para tratar situações obstétricas em pacientes com asma devem ser evitadas pela possibilidade de broncoespasmo. Estas incluem prostaglandina F2-alfa, ergonovina e agentes anti-inflamatórios não esteróides (pacientes sensíveis).

Caberá às equipes da APS o agendamento e o encaminhamento da gestante com asma controlada ou parcialmente via SISREG- Consulta em Pneumologia, para avaliação e acompanhamento compartilhado.

Nos casos de asma não controlada inserir gestante no alto risco, via SER. Enviar relatório médico descrevendo as medicações em uso e os resultados de exames já realizados.

Avaliar a necessidade de internação hospitalar da gestante para compensação do seu quadro clínico via Vaga Zero.



Proceder a avaliação de gravidade, iniciar tratamento e avaliar necessidade de vaga zero (ver manejo de crise de asma). Após essa etapa proceder como "gestante com asma em tratamento")

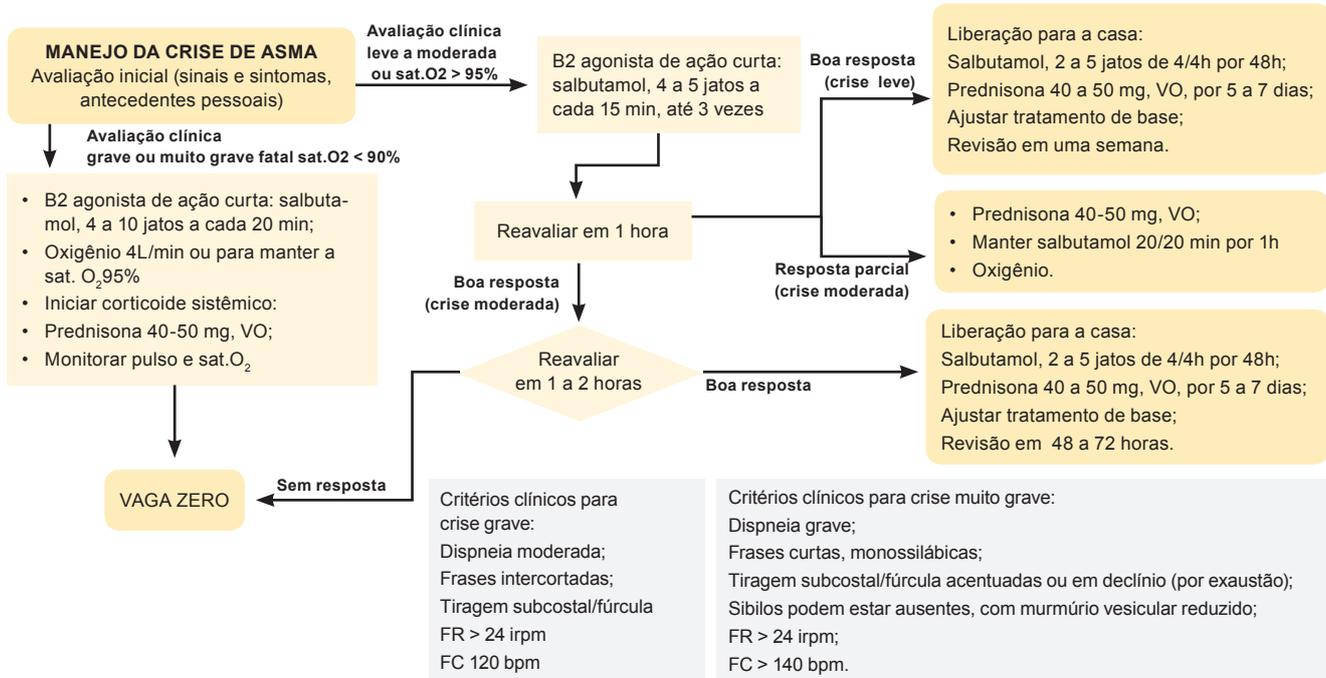
		Intermitente: Sintomas < 1x na semana com ou sem uso de beta2 agonista OU < 2 despertares noturnos/mês	Persistente leve: Sintomas > 2x na semana com necessidade de uso de beta2 agonista OU > 2 despertares noturnos/mês (não sendo na mesma semana)	Persistente moderada: Sintomas diários com necessidade de uso de beta 2 agonista podendo afetar algumas atividades OU >1 despertar noturno/semana	Persistente grave: Sintomas contínuos, diários com necessidade do uso de beta 2 agonista e com limitação das atividades
Tratamento medicamentoso	Alívio	β2 de curta duração Salbutamol spray 2 jatos S.O.S	β2 de curta duração Salbutamol spray 2 jatos S.O.S	β2 de curta duração Salbutamol spray 2 jatos S.O.S	β2 de curta duração Salbutamol spray 2 jatos S.O.S
	Manutenção	-----	Corticoide inalatório (CI) em baixas doses: Budesonida 200mg OU beclometasona 250mcg 1 jato 1x/dia	CI em doses moderadas a altas: Budesonida 200mg OU beclometasona 250mcg 2 jatos 1x/dia OU Formoterol + budesonida 12/400mcg – 1 inalação de 12h/12h	CI em doses moderadas a altas: Budesonida 200mg OU beclometasona 250mcg 2 jatos 12h/12h OU Formoterol + budesonida 12/400mcg – 1 inalação de 12h/12h
	Corticoide oral	-----	Uso na exacerbação mantendo por 5 a 10 dias Prednisolona ou prednisona 1mg/kg/dia (máx 60mg)	Uso na exacerbação mantendo por 5 a 10 dias Prednisolona ou prednisona 1mg/kg/dia (máx 60mg)	Uso na exacerbação mantendo por 5 a 10 dias, pode ser necessário uso contínuo Prednisolona ou prednisona 1mg/kg/dia (max 60mg)

Recomendar evitar exposição à alérgenos, irritantes, fumaças, tabaco; cessar tabagismo; fazer atividade física regular

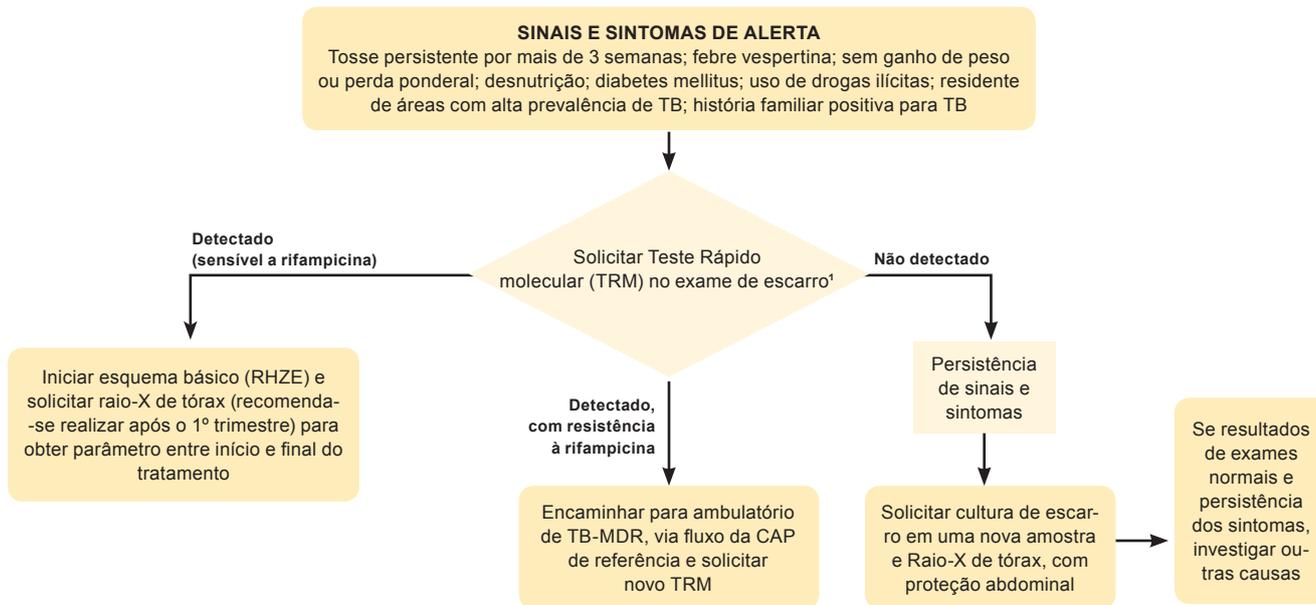
2/2

Crise de asma

A crise de asma na gestante deve ser tratada da mesma forma que na não gestante, com algumas peculiaridades. A monitorização materno-fetal intensiva é essencial e, devido à especial fisiologia da gravidez, a SpO₂ materna deve ser mantida acima de 95% para que não haja hipoxemia fetal.



Tuberculose na gestação



¹Em caso de tratamento prévio de tuberculose, solicitar além do TRM, BARR e Cultura.

¹Pacientes de alto risco (vivendo com HIV/AIDS, situação de rua, privados de liberdade, profissionais de saúde), considerar 2 semanas de tosse para iniciar investigação. Sempre solicitar Teste rápido molecular (TRM) e Cultura.

Ao realizar a busca ativa de SR em populações com alto risco de adoecimento, sugere-se que a busca seja realizada em indivíduos com tosse por tempo igual ou superior a duas semanas, visando aumentar a sensibilidade da busca

As gestantes com tosse ou com outros sinais e sintomas sugestivos de tuberculose devem ser rastreadas através do exame do escarro. Importante investigar episódio prévio de tuberculose, visto que o TRM permanece positivo mesmo após a cura. Nestes casos deve-se solicitar cultura em uma nova amostra e radiografia de tórax, com proteção abdominal.

Tratamento

O esquema com RHZE (rifampicina, isoniazida, pirazinamida, etambutol) pode ser administrado nas doses habituais para as gestantes, adicionando-se a piridoxina (50mg/dia) durante a gestação, para evitar crise convulsiva no recém-nascido devido a toxicidade neurológica da isoniazida.

Esquema de tratamento para adultos e adolescentes:

Fase Intensiva: RHZE 150/75/400/275 - comprimido em dose fixa combinada.

Doses:

- 20 a 35 kg: 2 comprimidos ao dia, por dois meses
- 36 a 50 kg: 3 comprimidos ao dia, por dois meses
- > 50 kg: 4 comprimidos ao dia, por dois meses

Fase de Manutenção: RH - comprimido ou cápsula de 150/75 mg

Doses:

- 20 a 35 kg: 2 comprimidos ao dia, por quatro meses
- 36 a 50 kg: 3 comprimidos, por quatro meses
- > 50 kg: 4 comprimidos, por quatro meses

Acrescentar piridoxina (50mg/dia), durante todo o período gestacional.

Efeitos adversos: As gestantes devem ser orientadas sobre os principais efeitos adversos do RHZE e a procurarem a unidade de saúde caso surjam.

Nos caso de efeitos adversos maiores, entrar em contato com a CAP (DAPS TB) para orientação sobre encaminhamento para pneumologista na referência secundária.

Tuberculose TMDR

A presença de gravidez não é contraindicação absoluta para o tratamento de TB-MR, pois a doença quando não tratada, representa grande risco para a grávida e para o concepto. Porém, a gestante deve ser cuidadosamente avaliada, considerando-se a idade gestacional e a gravidade da doença.

A maioria dos efeitos teratogênicos do tratamento ocorre no primeiro trimestre da gestação, podendo iniciar o tratamento a partir do segundo trimestre, a menos que haja risco de morte.

Lactação

- Não há contraindicação à amamentação, exceto se a lactante apresentar mastite tuberculosa. É recomendável que a mesma faça uso de máscara cirúrgica ao amamentar e cuidar da criança, enquanto estiver bacilífera.
- Quando possível, a mãe bacilífera deve evitar contato próximo com o bebê até o resultado do teste escarro seja negativo.
- Todos os medicamentos do esquema básico podem ser utilizados pela lactante. Os medicamentos são eliminados pelo leite materno em pequena proporção, entretanto, nenhum efeito adverso foi, até então, descrito.

Rinite alérgica na gestação

- A rinite alérgica pode estar associada a outras manifestações de atopia, o controle dos sintomas desta doença está associado a uma melhora do quadro clínico da asma.
- Estudos recomendam evitar a prescrição de descongestionantes nasais durante o primeiro trimestre da gestação, especialmente a pseudoefedrina, pois pode ter relação com o aumento do risco de gastrosquise, que se caracteriza como uma anormalidade congênita da parede abdominal anterior com herniação das vísceras abdominais.
- Questionar sobre fatores desencadeantes, duração, periodicidade, gravidade dos sintomas e eventuais

complicações, assim como respostas a tratamentos medicamentosos.

- O diagnóstico é baseado na história clínica e exame físico feito pela visualização direta: conchas nasais hipertrofiadas, edemaciadas, pálidas e com rinorreia aquosa.
- Importante pesquisar as condições ambientais de moradia e trabalho, com ênfase na presença de mofo, carpete, livros e animais domésticos.

Controle Ambiental

- Evitar tapetes, cortinas e almofadas. Dar preferência a pisos laváveis e cortinas do tipo persianas ou de material que possa ser limpo com pano úmido.
- Camas e berços não devem ser justapostos à parede.
- Evitar bichos de pelúcia, estantes de livros, revistas e caixas de papelão no quarto de dormir.
- Combater o mofo e a umidade, sobretudo no quarto de dormir.
- Evitar o uso de vassouras e espanadores. Dê preferência em passar pano úmido nos móveis e no chão.
- Evitar animais domésticos dentro do domicílio.
- Evitar produtos de limpeza com forte odor. Evitar talcos, perfumes, desodorantes, principalmente na

forma de spray.

- Não fumar, nem deixar que fumem dentro da casa e do automóvel.
- Roupas e cobertores devem ser lavados e secados ao sol antes do uso. Evitar banhos extremamente quentes. A temperatura ideal da água é a temperatura corporal.
- Exercícios físicos: exercícios aeróbicos regularmente são de grande valia como tratamento preventivo, mantendo as fossas nasais pérvias.

Tratamento

A escolha do tratamento pode ser dirigida pelo quadro clínico do paciente.

- Sintomas de rinite alérgica ocasionais: anti-histamínico oral pode ser recomendado para uso conforme a necessidade.
- Sintomas persistentes ou frequentes: é aconselhável um tratamento preventivo usado de forma regular. Nesse cenário, os corticoides intranasais são os fármacos recomendados, sobretudo se obstrução nasal ou pólipos nasais estiverem presentes.
- Os vasoconstritores tópicos apresentam início rápido de ação. Não devem ser utilizados por período superior a cinco dias, pois a congestão por efeito-rebote pode ocorrer após o uso prolongado e ser seguida por rinite medicamentosa ou atrófica.

- Considerar utilizar a irrigação com solução fisiológica nasal para controle dos sintomas, isoladamente ou com outros tratamentos.
- A eficácia dos antileucotrienos (montelucaste) no tratamento da rinite alérgica é inferior à dos anti-histamínicos e dos corticosteroides intranasais, devendo ser usados apenas como segunda ou terceira linha de tratamento em caso de falha das primeiras opções.

Doença falciforme na gestação

A gravidez é uma situação potencialmente grave para as pacientes com doença falciforme, assim como para o feto e para o recém-nascido. A placenta de mulheres com anemia falciforme é diferenciada em tamanho, localização, aderência à parede uterina e histologia devido à redução do fluxo sanguíneo causada pela vaso-oclusão.

A lesão da microvasculatura placentária pelas hemácias falcizadas pode ser uma das causas de maior incidência de aborto e de retardo de crescimento intrauterino. A idade gestacional média dos fetos nascidos de mães com doença falciforme é menor do que a de outros grupos devido a um grande número de nascimentos prematuros. O mecanismo exato pelo qual isso ocorre não é bem estabelecido.

Durante a gravidez, as crises dolorosas podem se tornar mais frequentes. A anemia pode piorar devido a perdas de sangue, hemodiluição, depressão da medula óssea, por infecção, deficiência de folatos ou ferro e crises aplásticas.

As infecções ocorrem em aproximadamente 50% das grávidas com doença falciforme. Os locais mais acometidos são o trato urinário e o sistema respiratório.

Na primeira consulta de pré-natal deve ser objeto de especial atenção, o histórico familiar positivo para doença falciforme, além dos antecedentes obstétricos e complicações em gestações anteriores.

Como suspeitar em pacientes sem diagnóstico de anemia falciforme

Os sintomas mais comuns são:

- **Síndromes dolorosas:** Acometem principalmente os músculos, ossos e articulações atingindo mais as mãos, pés, braços e pernas. Podem ter também dor torácica e abdominal severa. Fatores desencadeantes: infecção, desidratação, hipóxia e frio. Conduta: descartar a hipótese de trabalho de parto prematuro.

Crise leve: Tratamento domiciliar, com hidratação oral e analgesia com dipirona 1g, via oral, de 4/4h ou paracetamol 750mg, via oral, de 6/6h. O uso do AINES pode ser utilizado no segundo trimestre de gestação. Crise moderada/grave: Encaminhar como vaga zero para hospitalização e terapêutica adequada.

- **Síndrome torácica e infecção respiratória de repetição:** Dor torácica, tosse, dispneia, hipoxemia, prostração, febre e consolidação pulmonar. O quadro pode se assemelhar a pneumonia. Conduta: Vaga zero. Hospitalização e terapêutica adequada.
- **Sequestro esplênico:** Aumento súbito do baço e sinais de anemia grave (palidez acentuada) de aparecimento agudo. O hemograma mostra queda da hemoglobina e hematócrito. Pode evoluir para choque hipovolêmico.

Conduta: Vaga zero. Hospitalização e terapêutica adequada.

- **Acidente Vascular Cerebral:** Em mais de 90% dos casos ocorre AVC isquêmico.

Conduta: Vaga zero. Hospitalização e terapêutica adequada.

Outros sintomas e sinais menos específicos:

- Icterícia: realizar diagnóstico diferencial com outras patologias que cursam com esse sintoma, como: Hepatites agudas/crônicas, coledocolitíase, pancreatite, leptospirose, febre amarela e neoplasias.
- Dispneia
- Cansaço
- Infecções urinárias de repetição: Importante não deixar de tratar os casos de bacteriúria assintomática.

Alterações laboratoriais

- Anemia (Hb <10g/dl)
- Aumento dos reticulócitos no hemograma

- Aumento da concentração da bilirrubina indireta
- Aumento da desidrogenase láctica (LDH)

O diagnóstico é realizado por meio de Eletroforese de hemoglobina.

! A gestante deve ser encaminhada, via SER, ao pré-natal de alto risco estratégico, o mais precoce possível e orientada sobre sua condição genética.

Exantema com ou sem febre na gestação

A saúde da gestante e seu concepto dependem de cuidados realizados durante a gestação. O pré-natal continua a ser atribuição dos profissionais da Atenção Primária mesmo se a gestante tiver suspeita de infecção pelo vírus Zika ou outras arboviroses. Neste momento, deve-se acolher a gestante e sua família, realizar as orientações oportunas, esclarecer as dúvidas e realizar o seguimento do pré-natal seguindo os protocolos disponíveis (Municipal e do Ministério da Saúde).

Assistência à Gestante com Exantema:

1) Gestante em atendimento em unidade de saúde ou em qualquer porta emergencial (APS, UPA, CER, Hospitais de Emergência) com exantema com ou sem febre.

2) Em acompanhamento pré-natal - anotar no cartão de pré-natal a intercorrência observada e os exames solicitados para devido acompanhamento ambulatorial.

3) Sem acompanhamento pré-natal - referenciar para a unidade de atenção primária com descrição da intercorrência observada e os exames solicitados.

4) Investigação Diagnóstica (Dengue, Zika e Chikungunya).

Coletar amostra de sangue e urina para envio ao LACEN

AGRAVO	EXAME/ METODOLOGIA	MATERIAL	VOLUME	PERÍODO DA COLETA	ACONDICIONAMENTO	TRANSPORTE
Dengue, CHIKV e Zika	PCR	Soro	Adultos: 7-10 ml Crianças: 2 ml RN: 1 ml	Até o 5º dia do início dos sintomas	Manter a 2°C a 8°C (envio em até 48 horas)	Caixa com gelo reutilizável
	Sorologia			A partir do 6º dia do início dos sintomas		
Dengue, CHIKV e Zika	PCR	Urina	Adultos: 5 ml Crianças: 2 ml RN: 1 ml	Até o 30º dia do início dos sintomas	Manter a 2°C a 8°C (envio em até 48 horas)	Caixa com gelo reutilizável

Se suspeita de doença neuroinvasiva por arbovírus encaminhar para avaliação especializada.

! ATENÇÃO:

USG: Realizar USG para diagnóstico de microcefalia após a 30ª semana de gestação. Cartão de pré-natal: Anotar no cartão a ocorrência de exantema uma vez que a criança deve ser investigada após o nascimento.

! Notificar em até 24 horas caso suspeito de doença exantemática em toda a gestante, independentemente da idade gestacional

5) Notificar no link do formulário FORMSUS disponível em http://formsus.datasus.gov.br/site/formulario.php?id_aplicacao=23642

! ATENÇÃO: Cadastrar exame no GAL. Não esqueça de inserir a idade gestacional na ficha do GAL.**! Importante: Recém- Nascido de mãe com quadro de Chicungunya até 5 dias antes do parto, devem permanecer internados em observação na 1º semana de vida.****Suspeita de microcefalia fetal**

- Em acompanhamento pré-natal: anotar no cartão de pré-natal a intercorrência observada e os exames solicitados para devido acompanhamento ambulatorial, que será feito em pré-natal de baixo risco. Solicitar apoio as equipes NASF para acompanhamento compartilhado da gestante.

- Sem acompanhamento pré-natal: referenciar para a unidade de atenção primária com descrição da intercorrência observada.

Mais detalhes em: <http://subpav.org/dzc/>

Abortamento legal

O aborto legal será realizado até 20 semanas de gestação. Para encaminhar a gestante para a realização do procedimento é necessário entrar em contato com a gerência de saúde da mulher da CAP de referência. Lembre-se que não há necessidade de boletim de ocorrência policial, tampouco de laudo pericial para encaminhar para avaliação nas maternidades.

O abortamento está previsto em lei nas seguintes situações:

- 1.Quando a gravidez representa risco de vida para a gestante (Código Penal. Decreto-Lei nº 2848/1940. Art. 128)
- 2.Quando a gravidez é resultado de um estupro. (Código Penal. Decreto-Lei nº 2848/1940. Art. 128)
- 3.Quando o feto for anencéfalo (em gestações com mais de 20 semanas o procedimento é considerado como parto antecipado com fins terapêuticos) (Código Penal. Decreto-Lei nº 2848/1940. Art. 128).
- 4.Estupro de Vulneráveis - Gestantes menores de 14 anos. (Lei Nº 12.015, de 7 de agosto 2009- Art. 217-A)

HOSPITAIS QUE REALIZAM O ABORTAMENTO LEGAL

Hospital Maternidade Maria Amélia Buarque de Hollanda

Hospital Maternidade Alexander Fleming

Hospital Maternidade Fernando Magalhães

Hospital Municipal da Mulher Mariska Ribeiro

Hospital Maternidade Herculano Pinheiro

Maternidade Leila Diniz

Hospital Maternidade Carmela Dutra

Hospital Municipal Miguel Couto - Maternidade

Hospital Municipal Albert Schweitzer – Maternidade

Hospital Municipal Rocha Faria- Maternidade

Hospital Municipal Ronaldo Gazola - Maternidade Mariana Crioula

Hospital Municipal Pedro II – Maternidade

Violências contra a gestante

Gestantes vítimas de violência sexual nas últimas 72 horas devem ser encaminhadas para a maternidade de referência para a realização da profilaxia pós-exposição (PEP). O PEP da gestante inclui o Raltegravir, que não está disponível nas unidades de APS.

Para mais informações sobre o tratamento e profilaxia de outras IST veja o Guia Rápido de IST.

OBS: O Raltegravir está indicado a partir da 14ª semana de gestação.

- Em caso de gestação com menos de 14 semanas, recomenda-se o uso de ATV/r.
- Lembre-se de notificar todos os casos de violência.

APRESENTAÇÃO E POSOLOGIA DE ARV PREFERENCIAIS PARA PEP EM GESTANTES

MEDICAMENTO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA
TDF+3TC	Comprimido coformulado (TDF 3000mg + 3TC 300mg)	1 comprimido, VO, 1x ao dia por 28 dias
RAL	Comprimido RAL 400mg	1 comprimido, VO, 1x ao dia por 28 dias

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Laqueadura tubária no momento do parto

Critérios para a laqueadura tubária durante o parto:

- Possuir pelo menos duas cesarianas anteriores ou doença de base, cuja exposição a segundo ato cirúrgico ou anestésico representa maior risco para saúde da mulher.

Como proceder para garantir a Laqueadura no momento do parto, por iteratividade?

1. Como se trata de método contraceptivo irreversível, a paciente, obrigatoriamente, deverá participar do planejamento reprodutivo (individual ou em grupo) e ter em mãos o passaporte da laqueadura.
2. Solicitar à gestante que traga à consulta de pré-natal os documentos que comprovem a realização de, pelo menos, 2 cesáreas, constando a data de realização das mesmas e hospital/maternidade de ocorrência (válidos somente documentos carimbados por profissionais de saúde. Não é válido, por exemplo, registro de parto cesáreo na caderneta do recém-nascido, onde não há assinatura e carimbo de um profissional habilitado).
3. Se a gestante não possuir nenhum documento comprobatório, a mesma deverá ser orientada a procurar o hospital/maternidade onde ocorreram as cesáreas e solicitar, na administração ou na documentação médica, uma declaração de cesariana.
4. Caso a maternidade/hospital onde tenha ocorrido o parto cesáreo tenha fechado, proceder da seguinte maneira: O profissional de saúde deverá enviar e-mail para o endereço gpm.smsdc@gmail.com e solicitar a declaração de cesárea, sendo necessárias as seguintes informações:

1. Nome completo da gestante
2. Nome completo da mãe da gestante
3. Data do parto cesáreo
4. Local de ocorrência do parto (maternidade/hospital)
5. Sexo do RN
6. Endereço da gestante no momento de ocorrência daquela cesárea

A declaração da cesárea será enviada por e-mail para a unidade solicitante.

Não é necessária a vinda da gestante à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro para receber esse documento.

1. Após ter as declarações de cesáreas em mãos e o passaporte da laqueadura completo, deverá ser preenchida a Declaração de Iteratividade pelo médico que está realizando o pré-natal (disponível na plataforma subpav);
2. Orientar a gestante a levar a documentação completa no momento do parto ou no momento da visita à maternidade (que ocorre a partir da 28ª semana de gestação) para orientações prévias, quanto a realização da cesárea com laqueadura e como proceder quando a gestação chegar ao termo;
3. Não será necessário agendamento via SISREG.
4. Gestantes com iteratividade deverão ser encaminhadas às maternidades de referência idealmente com 39 semanas para avaliação e programação da interrupção.

Como proceder para garantir a Laqueadura no momento do parto, por Risco de Vida ou Indicação Obstétrica de Parto Cesáreo?

1. Como se trata de método contraceptivo irreversível, a paciente, obrigatoriamente, deverá participar do planejamento reprodutivo (individual ou coletivo) e ter em mãos o passaporte da laqueadura (disponível plataforma SUBPAV).

2. Preencher a declaração de Risco de Vida (disponível na plataforma SUBPAV), descrevendo, detalhadamente, qual patologia de base a gestante possui que pode gerar risco de vida, caso a mesma engravide novamente. Essa declaração deverá ser assinada por 2 médicos (médico do pré-natal de baixo risco e o médico do pré-natal de alto risco).

3. Nesses casos não é necessário que a gestante cumpra o critério de 2 cesáreas prévias para a realização da laqueadura tubária no momento do parto. O risco de uma nova gravidez devido a sua patologia de base justifica a realização do procedimento de esterilização cirúrgica, conforme avaliação médica.

Para os demais casos não previsto na lei 9.263, DE 12 de janeiro de 1996, a gestante não terá indicação de laqueadura no momento do parto.

Como proceder para garantir a Laqueadura no Pós-Parto?

Caso a mulher queira realizar esterilização voluntária após gestação deverá preencher os seguintes critérios:

1. Como se trata de método contraceptivo irreversível, a paciente, obrigatoriamente, deverá participar do plane-

jamento reprodutivo (individual ou coletivo) e ter em mãos o passaporte da laqueadura (disponível plataforma SUBPAV).

2. Ter capacidade civil plena.

3. Maior de 25 anos ou ter pelo menos dois filhos vivos.

4. Ser esclarecida do prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e a realização da laqueadura tubária.

- O profissional médico deverá encaminhar, via SISREG, na opção Consulta em Ginecologia- Laqueadura.
- Nessa opção, não deverão ser inseridas mulheres gestantes, somente as pacientes com resolução do seu ciclo gestacional.

DIREITOS DA GESTANTE

- Toda gestante em acompanhamento no pré-natal de alto risco terá direito ao Riocard;
- Salário maternidade (em situação de desemprego), acréscimo no benefício Bolsa família e Cartão Família Carioca.
- 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 licença;
- Dispensa do trabalho para consultas e exames;
- Presença de acompanhante, de sua escolha e de doula durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (Lei 11.108 e Lei 6305);
- 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;

- Licença-paternidade: afastamento do trabalho por cinco dias, sem prejuízo no salário;
- Dois descansos diários de 30 minutos para amamentação (até 6 meses);
- Duas semanas de repouso em caso de abortamento;
- A partir do 8º mês a gestante estudante ficará assistida pelo regime de exercícios domiciliares com acompanhamento da respectiva escola;
- Extensão do benefício da licença maternidade às mães adotivas e àquelas que obtiveram guarda judicial para fins de adoção.
- Discutir os casos com o NASF e CRAS de referência, para checar a existência de direitos adicionais não contemplados nesta lista.

PRÉ-NATAL DO PARCEIRO

Pré-Natal do Parceiro é uma ferramenta inovadora que busca o envolvimento consciente e ativo do parceiro em todas as fases do ciclo gravídico puerperal. Perpassa desde a escolha de ter um filho à participação solidária na gestação, no parto e no cuidado e na educação das crianças.

Pode ser uma oportunidade para a transformação na prática de construções sociais de gênero. Visto que, há uma tendência social em direcionar todas as responsabilidades relacionadas à reprodução e aos cuidados das crianças às mulheres, por vezes, afastando o parceiro tanto dos compromissos, quanto dos prazeres e dos aprendizados que circundam esse momento do ciclo de vida.

! O Procedimento “Consulta Pré- Natal do Parceiro” foi incluído no SUS, tem como número SIGTAP: 03.01.10.023-4.

Consulta Pré-Natal do Parceiro

1º PASSO

- Primeiro contato: acolher o parceiro, incentivar a sua participação nas consultas de pré-natal e nas atividades educativas. Explicar a importância da realização do Pré-natal do Parceiro e ofertar a realização de exames.
- Coloque-se a disposição, caso o parceiro tenha dúvidas e outras necessidades de saúde que não estejam relacionadas ao pré-natal.

- Incentive a sua participação na consulta do pré-natal (convide-o para entrar na consulta, dirija-se também ao parceiro, pergunte sobre a saúde dele, sobre seus sentimentos em relação à gravidez, etc).
- Explique que o Marco Legal da Primeira Infância (Lei 13.257/2016). A qual garante ao parceiro o direito de ausentar-se do trabalho em até dois dias, para acompanhar a gestante nas consultas e realizar o “pré-natal do parceiro”.
- Procure adequar o nome das atividades educativas, para que os parceiros sintam-se incluídos nestas. Por exemplo: mudar “grupo de gestantes” para “grupos de famílias”/ “grupos de casais grávidos”, “cuidados compartilhados ao bebê”, etc.).
- Informe o parceiro sobre os grupos de direitos reprodutivos e planejamento familiar. Comunique a oferta do procedimento vasectomia para homens.
- Explique ao parceiro que se for a escolha da mulher, ele poderá acompanhá-la no pré-parto, parto e puerpério em todas as maternidades (Lei do Acompanhante/ 11.108 de 2005).

2º PASSO

- Ofereça os testes rápidos (HIV, Sífilis, Hepatite B e C)

3º PASSO

- Ofereça a atualização da caderneta vacinal

4º PASSO:

- Toda a consulta é uma oportunidade de escuta e de criação de vínculo entre o parceiro e os profissionais de saúde. Propicie o esclarecimento de dúvidas e oriente sobre temas relevantes, tais como relacionamento com a gestante, atividade sexual, gestação, parto humanizado e puerpério, aleitamento materno, prevenção da violência doméstica, etc.

5º PASSO:

- Oriente sobre o parto normal e como o parceiro poderá apoiar a mulher. Informe ao parceiro que ele poderá perguntar à equipe de saúde o que fazer para reduzir as dores da sua parceira; incentive o parceiro a apoiar: o aleitamento materno; os cuidados com o bebê (troca de fralda, banho, levar o bebê para consulta na unidade de saúde e para realização das vacinas, entre outros).

Direitos do Pai

Licença-paternidade: afastamento do trabalho por **cinco dias (CLT)**, sem prejuízo no salário.

O **Marco Legal da Primeira Infância (LEI – 13257 de 08/03/2016)** garante ao parceiro que trabalha em uma **Empresa Cidadã**, que a licença paternidade pode ser aumentada em 15 dias (total 20 dias).

No último caso, terá direito ao acréscimo, o parceiro que comprovar participação em programa ou atividade de orientação sobre paternidade responsável (pré-natal do parceiro, grupos de orientações para cuidados ao

recém-nascido, etc.), mediante Declaração de Comparecimento fornecida pelo profissional de saúde.

Para isso, o pai/trabalhador deverá **requerer** em seu local de trabalho, a ampliação da licença paternidade **no prazo de dois dias úteis** após o parto, apresentando a Certidão de Nascimento (Registro Civil) e a Declaração de Comparecimento.

Os registros e certidões com o nome do pai são gratuitos, a qualquer tempo.

O pai também poderá ausentar-se do trabalho um dia por ano para acompanhar filho de até seis anos em consulta.

Formato: 21 x 14,8cm | **Tipografia:** Arial

Papel: Couché Matte 90g (miolo), Supremo Duo Design 300g (capa)

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução total ou parcial desta obra,
desde que citada a fonte e não seja para a venda ou qualquer fim comercial.

A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica.

SMS – SUBPAV / SAP

Rua Afonso Cavalcanti, 455/8º andar
Cidade Nova
CEP 20.2011-110
Rio de Janeiro/RJ

www.prefeitura.rio/web/sms

