

PROTOCOLO

PRÉ NATAL E PUERPÉRIO

**2ª EDIÇÃO
REVISADA E ATUALIZADA**



**PREFEITURA
BELO HORIZONTE**

GOVERNANDO PARA QUEM PRECISA

PROTOCOLO

PRÉ NATAL E PUERPÉRIO

2ª EDIÇÃO - REVISADA E ATUALIZADA

Elaboração

Aline D. Caldeira Tito
Amanda Arantes Perez
Ana Cristina de Carvalho Fernandes Fonseca
Ana Lúcia dos Reis Lima Silva
Ana Luísa Pereira Cardoso de Rezende
Ana Pitchon
Caroline Schilling Soares
Cláudia Prass Santos
Cristiane de Paula Gonçalves
Débora Carine de Moura
Felipe Alcântara Braga
Fernanda Azeredo Chaves
Fernando de Siqueira Ribeiro
Fernando Macedo Bastos
Helena de Mesquita Souza Lara
Ione Lima Magalhães
Janete dos Reis Coimbra
Juliana Dias Pereira dos Santos
Klébio Ribeiro Silva de Martim
Lílian Souto Miranda
Lorena Torres de Melo
Luciana do Carmo Pinto Silva
Márcia Rocha Parizzi
Maria das Graças Silva Garcia
Maria Elisa Barbosa
Maria Fernanda Camarano
Maria Gorete dos Santos Nogueira
Mariana Aparecida de Oliveira Fonseca
Michelle Cristina Mendonça Senhorini
Mirian Vanessa Costa Pacheco
Nieves Cibelys Cabaleiro de Paula Lima
Priscila de Moura Franco
Quésia Tamara Mirante Ferreira Villamil
Renata Figueiredo Cotta
Renata Mascarenhas Bernardes
Rony Carlos Las Casas Rodrigues
Sandra Haueisen Freire Pimenta
Sônia Gesteira Matos
Thalles Onofri de Oliveira

Projeto Gráfico

Produção Visual - Assessoria de Comunicação Social
Secretaria Municipal de Saúde

Revisão

Adriana Cristina Camargos de Rezende
Adriana Ferreira Pereira
Ana Otávia Ribeiro Paiva
Anelise Nascimento Prates
Anita Aquino Fernandes
Camila Mundim Palhares
Caroline Schilling Soares
Celiana Martins Lemos
Claudia Prass Santos
Fernanda Azeredo Chaves
Fernanda Pessanha Rocha
Fernando de Araujo Medeiros
Fernando de Siqueira Ribeiro
Fernando Macedo Bastos
Francieli Jamaica Pereira
Helena de Mesquita Souza Lara
Ione Lima Magalhães
Jaqueline Aparecida da Silva Xavier
Lorena Melo
Luana Queiroga Mendes Ramos
Luciana Cordeiro Duarte
Luciana do Carmo Pinto Silva
Lucinéia Maria de Queiroz Carvalhais Ramos
Maria das Graças Silva Garcia
Maria de Lourdes Miri Megda
Maria Elisa C. Barbosa
Michelle Cristina Mendonça Senhorini
Nora Nei Reis Pereira
Raquel da Silva Assunção
Renata Mascarenhas Bernardes
Sandra Haueisen Freire Pimenta
Sônia Gesteira Matos
Tatiani Oliveira Fereguetti
Thales Onofri de Oliveira
Virgílio José de Queiroz
Virgínia dos Santos Ferreira

Colaboração

Alais Letícia Giori Guimarães Andrade Oliveira
Alaís Reticua Grove G. A
Alex Sander Ribas de Souza
Alexandrina Scaldini Couto
Aline Reis Souza de Oliveira
Ana Letícia Antunes Dib
Bárbara Érika Caldeira Araújo Sousa
Camillo de Alcântara César
Carolina Costa de Gonzaga
Christiane Graziella Farias Soly
Cintia Ribeiro Santos
Clarissa Santos Lages
Cláudia Selma de Paula Oliveira
Edson Borges de Souza
Fábio Araujo Gomes de Castro
Fany dos Santos Cruz
Fernanda de Azevedo Saturnino Alves Pereira
Lais Fini Sanches
Lilian Oliveira de Souza Rocha
Lívia Drumond Akl
Lorena de Sousa Ramos Oliveira
Lucia Menezes Rodrigues
Márcia Bernardino Magalhães
Maria Cristina de Souza Coelho
Mariane Queiroz Rossati
Mileide Borges Xavier
Nádia Ladendorff
Patrícia Meryak Pinto Toledo
Patrícia Pereira Rodrigues Magalhães
Silvana Benjamim Guimarães
Sonia Tuyama Asajiro
Suzana Maria Pires do Rio

Nosso agradecimento a todos os profissionais que participaram da atualização deste documento, pelas contribuições nas discussões e no conteúdo.

Lista de figuras

Figura 1 - Medida da altura uterina.....	28
Figura 2 - Manobras de Leopold.....	28
Figura 3 - Avaliação do traçado da curva de acompanhamento do estado nutricional da gestante, segundo o gráfico de índice de massa corporal, por semana gestacional.....	56
Figura 4 - Diagnóstico de diabetes mellitus antes de 24 semanas.....	59
Figura 5 - Diagnóstico de diabetes mellitus entre 24 e 28 semanas.....	60
Figura 6 - Recomendação de coleta de sangue para sorologia em gestantes suscetíveis à toxoplasmose, a partir da primeira coleta do pré-natal, idealmente nas primeiras 12 semanas da gestação.....	69
Figura 7 - Conduta nos casos de gestantes com infecção aguda confirmada por <i>T. gondii</i>	70
Figura 8 - Conduta frente a um teste reagente para sífilis em gestante.....	72
Figura 9 - Manejo da sífilis utilizando teste rápido inicial com teste não treponêmico confirmatório	72
Figura 10 - Capa do Guia de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência	89

Lista de quadros

Quadro 1 - Classificação do estado nutricional para adultos de 20 a 60 anos.....	29
Quadro 2 - Ganho de peso recomendado (em Kg) durante a gestação segundo o estado nutricional....	30
Quadro 3 - Roteiro para solicitação de exames complementares durante o pré-natal, de acordo com a idade gestacional.....	30
Quadro 4 - Interpretação dos resultados de exames laboratoriais e conduta	31
Quadro 5 - Indicação clínica para solicitação de ultrassom.....	36
Quadro 6 - Recomendações do programa nacional de imunização do ministério da saúde para vacinação de rotina em gestantes.....	47
Quadro 7 - Situações e condutas para a vacinação de gestantes com dT e dTpa.....	48
Quadro 8 - Classificação, diagnóstico e conduta nas síndromes hipertensivas da gestação.....	52
Quadro 9 - Anti-hipertensivos que podem ser utilizados na gestação e no puerpério	53
Quadro 10 - Critérios de gravidade para pré-eclâmpsia.....	53
Quadro 11 - Classificação e manejo da asma de acordo com a gravidade durante a gestação	54
Quadro 12 - Ganho de peso recomendado durante a gestação segundo o estado nutricional inicial nos casos de excesso de peso	55
Quadro 13 - Diagnóstico diferencial entre as formas clínicas de abortamento e conduta.....	61
Quadro 14 - Principais antibióticos utilizados no tratamento ambulatorial de infecção urinária durante a gestação	64
Quadro 15 - Tratamento da toxoplasmose	70
Quadro 16 - Estadiamento clínico da sífilis adquirida e em não gestantes	73
Quadro 17 - Classificação e tratamento de gestantes e puérperas com diagnóstico de sífilis	73
Quadro 18 - Tratamento de gestantes e puérperas com diagnóstico de vulvovaginite	74
Quadro 19 - Condições de vulnerabilidade ou de atendimento oportuno que necessitam de priorização	88
Quadro 20 - Critério para estabelecer qual recém-nascido é de risco	93
Quadro 21 - Relação dos bancos de leite humano, postos de coleta de leite humano e unidades de coleta de leite humano em Belo Horizonte	98

SUMÁRIO

1	Introdução	8
2	Abordagem pré-concepcional.....	8
3	Vigilância e coordenação do cuidado	10
3.1	Atribuições dos profissionais.....	13
3.1.1	Organização da assistência ao pré-natal e puerpério.....	13
3.1.2	Atribuições comuns a todos os profissionais do Centro de Saúde.....	13
3.1.3	Atribuições comuns a todos os médicos e enfermeiros	14
3.1.4	Atribuições específicas dos médicos	15
3.1.5	Atribuições específicas dos médicos do PRHOAMA.....	15
3.1.6	Atribuições específicas dos enfermeiros	16
3.1.7	Atribuições específicas dos auxiliares e técnicos de enfermagem	16
3.1.8	Atribuições específicas dos Agentes Comunitários de Saúde.....	17
3.1.9	Atribuições do NASF-AB	17
3.2	Captação precoce	17
4	Assistência multiprofissional ao pré-natal e ao puerpério.....	18
4.1	Ações educativas.....	19
4.1.1	Grupo de gestantes.....	19
4.1.1.1	Temas essenciais	20
4.1.1.2	SISREDEWEB – Módulo Atividades Coletivas	20
4.1.2	Vigilância dos movimentos fetais.....	20
4.1.3	Preparo para o parto	21
4.1.3.1	Promoção do parto normal	22
4.1.3.2	Plano de parto	22
4.1.3.3	Identificação do trabalho de parto.....	23
4.1.4	Incentivo e preparo da mulher para o aleitamento materno durante o pré-natal.....	23
4.1.4.1	Cuidados com as mamas durante o pré-natal.....	24
4.2	Avaliação da gestante.....	25
4.2.1	Anamnese	25
4.2.2	Cálculo da idade gestacional e data provável do parto.....	26
4.2.3	Exame físico geral e obstétrico	27
4.2.4	Avaliação nutricional	29
4.2.5	Exames complementares.....	30
4.2.5.1	Ultrassom obstétrico.....	35
4.2.6	Avaliação do risco gestacional e encaminhamento ao pré-natal de alto risco, Medicina Fetal e serviço de urgência.....	36
4.2.6.1	Fatores de risco para a gestação que indicam atenção especial com as gestantes permanecendo sob os cuidados de sua equipe de Saúde da Família, porém com calendário de consulta flexível	37
4.2.6.1.1	Fatores de risco relacionados a características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis.....	37
4.2.6.1.2	Fatores de risco relacionados à história reprodutiva anterior	37
4.2.6.1.3	Fatores de risco relacionados à gestação atual.....	37

4.2.6.2	Fatores de risco que demandam encaminhamento ao pré-natal de alto risco (agendamento via SISREG, após encaminhamento médico ou do enfermeiro)	38
4.2.6.2.1	CrITÉrios de encaminhamento para Medicina Fetal (agendamento via SISREG, sob regulação).....	39
4.2.6.3	CrITÉrios para encaminhamento à maternidade de referência (urgência)	39
4.3	Cuidados na gestação.....	40
4.3.1	Pré-natal do parceiro.....	40
4.3.2	Orientações fisioterapêuticas e terapêuticas ocupacionais	40
4.3.3	Orientações posturais.....	41
4.3.4	Massagem perineal para prevenção de lacerações no parto	41
4.3.5	Exercícios para o assoalho pélvico.....	42
4.3.6	Orientações nutricionais.....	43
4.3.7	Atividade física	44
4.3.7.1	Contraindicações absolutas para prática do exercício físico durante a gestação	45
4.3.7.2	Contraindicações relativas para exercício físico durante a gestação	45
4.3.7.3	Lian Gong	46
4.3.8	Abordagem para usuÁrias de tabaco, álcool e outras drogas	46
4.3.9	Imunização	46
4.3.10	Saúde Bucal.....	48
4.3.11	Orientações de cuidado com saúde	50
5	Situações e intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes durante o pré-natal	50
5.1	Vômitos na gestação.....	50
5.2	Síndromes hipertensivas.....	51
5.3	Asma	54
5.4	Obesidade	55
5.4.1	Orientações nutricionais para tratamento da obesidade	56
5.4.2	Atividade física	58
5.5	Diabetes mellitus	58
5.6	Sangramento vaginal na gravidez.....	60
5.6.1	Na primeira metade da gravidez.....	60
5.6.1.1	Abortamento.....	60
5.6.1.2	Gravidez ectópica.....	61
5.6.1.3	Doença trofoblástica (mola hidatiforme)	62
5.6.2	Na segunda metade da gravidez.....	62
5.6.2.1	Placenta prévia.....	62
5.6.2.2	Descolamento prematuro de placenta	63
5.7	Doenças infecciosas na gestação	63
5.7.1	Infecção urinária	63
5.7.2	Infecção pelo vírus Zika.....	64
5.7.2.1	Recomendação para se evitar o contágio pelo vírus Zika, Dengue, Chikungunya e Febre Amarela	66
5.7.2.1.1	Repelentes de uso tÓpico.....	66
5.7.2.1.2	Uso de repelentes ambientais e inseticidas	66
5.7.3	Toxoplasmose	67

5.7.4	Sífilis	70
5.7.5	Vulvovaginites	73
5.7.6	Cancro mole (cancroide)	74
5.7.7	Granuloma inguinal (donovanose).....	74
5.7.8	Herpes.....	74
5.7.9	Condiloma acuminado vulvar	75
6	Manejo clínico da gestante e puérpera em sofrimento mental	75
6.1	Classificação.....	77
6.1.1	Depressão perinatal.....	77
6.1.1.1	Depressão maior.....	77
6.1.1.1.1	Fatores de risco	77
6.1.1.1.2	Principais sintomas.....	77
6.1.1.1.3	Sinais de alerta com necessidade de intervenção imediata pela eSF e encaminhamento responsável para avaliação da equipe de saúde mental	78
6.1.1.1.4	Critério diagnóstico	78
6.1.1.1.5	Complicações.....	78
6.1.1.1.6	Condutas	78
6.1.1.2	Depressão pós-parto.....	79
6.1.1.2.1	Início dos sintomas.....	79
6.1.1.2.2	Fatores de risco	79
6.1.1.2.3	Condutas	80
6.1.2	Transtorno afetivo bipolar	80
6.1.2.1	Principais sintomas de mania	80
6.1.2.2	Condutas.....	81
6.1.3	Transtorno de ansiedade	82
6.1.3.1	Sintomas	82
6.1.3.2	Condutas.....	82
6.1.4	Transtorno psicótico	82
6.1.4.1	Complicações obstétricas e perinatais.....	83
6.1.4.2	Condutas.....	83
6.1.5	<i>Blues</i> puerperal	83
6.1.5.1	Fatores de risco.....	83
6.1.5.2	Complicações	83
6.1.5.3	Condutas.....	84
6.1.6	Psicose puerperal.....	84
6.1.6.1	Sinais e sintomas	84
6.1.6.2	Condutas.....	84
7	Atenção integral à saúde das gestantes, puérperas e seus bebês em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social	84
7.1	Organização da Atenção Primária à Saúde para o cuidado integral das gestantes, puérperas e seus bebês em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social	85
7.1.1	Atribuições dos profissionais da Atenção Primária à Saúde	86
7.1.2	Projeto Terapêutico Singular.....	86
7.1.3	Atendimento à demanda espontânea e programada para gestantes, puérperas e seus bebês em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social	87
7.1.4	Atendimento às violências contra a mulher na Atenção Primária à Saúde.....	88
7.2	Estratégias e equipamentos da rede de atenção à saúde SUS-BH	89

8	Puerpério	91
8.1	Ações do 5º dia	92
8.1.1	Consulta do 5º dia da puérpera	92
8.1.2	Avaliação do recém-nascido	93
8.1.3	Avaliação do vínculo mãe-bebê	94
8.1.4	Avaliação do aleitamento materno	94
8.1.4.1	Orientações nutricionais para a lactante durante a amamentação	95
8.1.4.2	Quando o bebê deve ser amamentado	95
8.1.4.3	Doação de leite humano	97
8.1.4.4	Situações em que há restrições ao aleitamento materno	98
8.1.5	Planejamento sexual e reprodutivo	99
8.1.5.1	Métodos contraceptivos durante a amamentação	99
8.1.6	Visita domiciliar	100
8.1.7	Avaliação e acompanhamento da mulher com óbito fetal	100
8.1.8	Apoio à puérpera com recém-nascido internado	100
8.2	Acompanhamento do recém-nascido	101
8.2.1	O sono do bebê	101
8.2.2	Os cuidados com coto umbilical	101
8.2.3	O banho	102
8.2.4	A cor da pele	102
8.2.5	As fezes	102
8.2.6	A troca de fraldas	103
8.2.7	A limpeza de roupas e objetos	103
8.2.8	Orientações	103
9	Indicadores assistenciais	103
9.1	Indicadores da Rede Cegonha	104
9.2	Indicadores de monitoramento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte	104
10	Direitos da mulher durante gravidez e lactação	104
10.1	Critérios para contracepção cirúrgica	106
	Referências	107
	Anexo I Linha do Cuidado Materno-infantil	114
	Anexo II Ficha de acompanhamento do tratamento de sífilis da gestante e do parceiro	115
	Anexo III Mapa de vinculação do pré-natal de alto risco, parto e nascimento para os Centros de Saúde de BH	116
	Anexo IV Ficha para realização do mobilograma	117
	Anexo V Escala de depressão perinatal de Edinburgh	119
	Anexo VI Quadro de atividades de rotina e exames laboratoriais a serem realizados de acordo com a idade gestacional	122
	Anexo VII Portaria Conjunta SMSA/SMASAC nº 0001/2017 e Fluxograma de Atenção às Gestantes, Puérperas e Bebês em Situação de Vulnerabilidade e Risco Social e Pessoal	124
	Anexo VIII Projeto Terapêutico Singular	132

I Introdução

Ao longo dos anos, a Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte vem assumindo a responsabilidade da construção de uma rede de serviços para a organização da linha de cuidado integral à gestante e ao recém-nascido. Estas ações impactaram na redução da morbimortalidade materna e infantil, no aumento do acesso das mulheres ao cuidado pré-natal e a qualificação da assistência durante o trabalho de parto e o nascimento, no acompanhamento do puerpério e no aumento dos índices de aleitamento materno.

Entretanto os índices de mortes maternas, fetais e infantis são ainda elevados e ocorrem óbitos por causas evitáveis, decorrentes de síndromes hipertensivas, diabetes *mellitus*, infecções, asfixia intraparto e mortes anteparto, além do grande número de internações por causas preveníveis pela atenção à saúde durante a gestação, como infecção urinária, sífilis e toxoplasmose congênita.

A adequada assistência ao pré-natal e puerpério é uma oportunidade de cuidado e atenção à saúde da mulher e pode contribuir para a redução da morbimortalidade materna e infantil. A assistência ao pré-natal inclui ações de promoção à saúde e prevenção de agravos, além do diagnóstico e tratamento das intercorrências que possam aparecer durante este período. A avaliação cuidadosa da gestante, incluindo a valorização de suas queixas, a observação de sinais de alerta durante exame clínico, assim como a realização de exames complementares preconizados e orientações para o seu autocuidado são importantes ferramentas para garantir o bem-estar materno e fetal durante o pré-natal, parto e pós-parto. A **linha do cuidado materno-infantil** descreve as ações visando o cuidado integral às gestantes, puérperas e seus bebês. (ANEXO I).

Neste momento da vida é fundamental o incentivo às práticas de promoção da saúde (alimentação saudável, atividade física regular, informações e preparo para a vivência saudável da gravidez e do parto com o exercício do seu pleno protagonismo, confiança e autonomia).

A avaliação do risco gestacional em cada consulta também é importante instrumento neste processo para a detecção e abordagem oportunas, com o referenciamento responsável ao cuidado de maior complexidade.

O objetivo deste protocolo é orientar os profissionais da Atenção Primária à Saúde quanto às diretrizes clínicas e às ações estratégicas para o cuidado integral à saúde das gestantes, puérperas e recém-nascidos, visando qualificação e humanização da assistência. A abordagem integral em saúde da mulher compreende ações relacionadas a saúde sexual e reprodutiva, assistência ao pré-natal, abordagem das intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes, avaliação do risco gestacional e critérios para o referenciamento ao pré-natal de alto risco e à maternidade, vinculação a esta para o parto e urgências, incentivo e preparo para o parto normal, aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido. A organização da assistência, atribuições dos profissionais e indicadores assistenciais são também apresentados neste documento.

2 Abordagem pré-concepcional

O planejamento sexual e reprodutivo, de escolha livre e informada, com incentivo à dupla proteção (prevenção da gravidez, do HIV, da sífilis e das demais infecções sexualmente transmissíveis), contribui para a redução da morbimortalidade materna e infantil. O aconselhamento sexual e reprodutivo deve ser incorporado às consultas médicas e de enfermagem, às visitas domiciliares, durante as consultas de puericultura, puerpério e às atividades de vacinação, assim como a realização de atividades educativas em parcerias com as escolas.

A abordagem pré-concepcional ou o planejamento gestacional é o acolhimento no momento oportuno da mulher que planeja seu futuro reprodutivo, objetivando apoiar a decisão dessa mu-

lher e identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação. Constitui instrumento importante na avaliação do risco reprodutivo e na diminuição dos índices de morbimortalidade materna e infantil.

A avaliação geral da mulher inclui anamnese, exame físico, exame ginecológico e exames laboratoriais.

Devem ser solicitados os seguintes exames complementares, com repetição periódica de acordo com o risco individual de cada paciente:

- Tipo sanguíneo, fator Rh e coombs indireto, se Rh negativo.
- Sorologia para toxoplasmose.
- HIV.
- Sífilis.
- Hepatite B (em caso de história de vacina prévia, solicitar anti-HBs).
- Glicemia de jejum.
- Eletroforese de hemoglobina, caso nunca tenha feito ou não tenha registro do resultado (se for portadora de traço falciforme, solicitar a eletroforese de hb do parceiro).

As histórias pregressa e obstétrica são importantes para a avaliação do risco gestacional. A história clínica objetiva identificar situações de saúde que possam complicar a gravidez, como hipertensão, diabetes pré-gestacional, epilepsia, cardiopatias, doenças da tireoide, hemoglobinopatias e processos infecciosos, incluindo as infecções sexualmente transmissíveis.

O bom controle pressórico, acompanhamento nutricional e dietético e a avaliação do comprometimento cardíaco e renal são medidas importantes para se estabelecer um bom prognóstico em gestação futura nos casos de mulheres portadoras de hipertensão crônica.

Para mulheres com diagnóstico de diabetes *mellitus* pré-gestacional deve-se realizar o controle rigoroso da glicemia prévio à gestação.

Gestantes com diagnóstico prévio de epilepsia devem ser avaliadas pelo neurologista para uso de medicamentos com menor efeito teratogênico.

O uso de medicamentos, drogas ilícitas, tabaco e álcool deve ser pesquisado e a futura gestante deve ser orientada quanto aos efeitos adversos na gestação e, quando for percebido o uso prejudicial dessas substâncias, deve ser construído um plano terapêutico singular e articulada a rede de apoio psicossocial.

Na história familiar, devem ser avaliadas doenças hereditárias, pré-eclâmpsia, hipertensão e diabetes. Na história obstétrica, é importante registrar o número de gestações anteriores e de partos prematuros, o intervalo entre os partos, o tipo de parto, o peso ao nascimento e as complicações das gestações anteriores, como abortamento, perdas fetais e malformações congênitas.

No exame clínico, é importante medir a pressão arterial, avaliar o peso, a altura e índice de massa corporal, realizar o exame clínico das mamas e a coleta do exame citopatológico do colo do útero conforme protocolo do Ministério da Saúde (uma vez ao ano e, após dois exames normais, a cada três anos, principalmente na faixa etária de 25 a 64 anos).

Deve-se realizar orientação nutricional para práticas alimentares saudáveis, avaliar as condições de trabalho e orientar a mulher sobre os riscos nos casos de exposição a tóxicos ambientais.

Todas as mulheres devem receber suplementação de ácido fólico 400 mcg/dia, a partir do desejo de engravidar, idealmente 90 dias antes da concepção com objetivo de prevenção de anormalidades congênitas do tubo neural. Está padronizado na rede a solução oral de ácido fólico com apresentação de 0,2 mg/ml, sendo a posologia indicada de 40 gotas/dia. Para mulheres com quadro de anemia falciforme, uso de anticonvulsivantes ou que já tiveram fetos com defeito de fechamento do tubo neural, a dose preconizada é 5 mg /dia.

A mulher também deverá receber orientação para registro sistemático das datas das menstruações e estímulo para que o intervalo entre as gestações seja de, no mínimo, dois anos.

Recomenda-se a solicitação de hemograma, glicemia de jejum e tipagem sanguínea (caso a mulher não tenha esse exame documentado anteriormente).

Com o objetivo de prevenção de infecções, deve-se realizar investigação para:

- Hepatite B: nos casos negativos, providenciar a imunização previamente à gestação.
- Rubéola: com base no calendário vacinal, orientar imunização caso não tenha ocorrido previamente.
- Toxoplasmose: orientar quanto às medidas de prevenção primária.
- HIV: oferecer a realização do teste rápido anti-HIV, com aconselhamento pré e pós-teste. Em caso de teste negativo, orientar a mulher para os cuidados preventivos e considerar a possibilidade de janela imunológica. Nos casos positivos, esclarecer sobre os tratamentos disponíveis e outras orientações para o controle da infecção materna e para a redução da transmissão vertical do HIV. Em seguida, deve-se encaminhar a paciente para o serviço de referência especializado. A orientação pré-concepcional para o casal portador do HIV pressupõe a redução da carga viral sanguínea de HIV circulante para níveis indetectáveis por mais de seis meses e ausência de infecções sexualmente transmissíveis ou no trato genital. Esses cuidados incluem uma abordagem ativa sobre o desejo da maternidade nas consultas de rotina, o aconselhamento reprodutivo e o oferecimento de todas as estratégias que auxiliem a gravidez com menor risco de transmissão do HIV. Nas ações de prevenção da transmissão vertical durante toda a gravidez, no parto e no pós-parto, deve-se incluir o uso de antirretrovirais na gestação, o uso de zidovudina injetável no parto (conforme determinado pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Transmissão Vertical do Ministério da Saúde – 2015) e zidovudina xarope para o recém-nascido exposto e a inibição da lactação, assim como a disponibilização da fórmula láctea, a fim de permitir circunstâncias de risco reduzido para a mulher e para a criança.
- Sífilis: nos casos positivos e/ou sintomáticos, realizar o tratamento para evitar a evolução da doença, agendar uma consulta com o parceiro sexual para que o mesmo seja abordado e tratado, fazer o acompanhamento de cura e orientar sobre os cuidados preventivos para reinfecção e sífilis congênita. Anexar e preencher corretamente a ficha de acompanhamento do tratamento da gestante e do parceiro, após consentimento de ambos (**ANEXO II**).

Caso sejam identificadas outras infecções sexualmente transmissíveis durante a abordagem pré-concepcional, orienta-se instituir diagnóstico e tratamento no momento da consulta (abordagem sindrômica) e orientar quanto à prevenção.

A abordagem pré-concepcional do parceiro também é importante, devendo-se ofertar a testagem para sífilis, hepatite B e HIV. Em caso de exposição de risco no período de até noventa dias antes desse teste, deve-se lembrar da possibilidade de janela imunológica, sendo necessário repetir o teste em trinta dias, pois esse intervalo é o tempo necessário para o teste conseguir detectar aproximadamente 95% dos casos de soroconversão.

3 Vigilância e coordenação do cuidado

Uma das grandes potencialidades do modelo brasileiro de Atenção Primária à Saúde, Estratégia Saúde da Família, é a presença do Agente Comunitário de Saúde (ACS) que permite um maior contato da equipe de Saúde da Família (eSF) com os usuários e sua realidade.

Antes da gravidez, o ACS deve estar atento e convidar mulheres em idade fértil a participar das consultas individuais e atividades coletivas de saúde sexual e reprodutiva. O planejamento sexual e reprodutivo constitui-se como uma potente estratégia para prevenir uma gravidez indesejada ou de alto risco, permitindo que a mulher ou o casal escolha o método que lhe seja mais conveniente.

Quanto mais cedo o pré-natal for iniciado, mais precocemente serão identificadas as situações de risco para a mãe e feto, permitindo realizar intervenções necessárias, assegurar uma gestação saudável e a vinculação da gestante ao pré-natal e eSF.

São atribuições dos profissionais da eSF e, principalmente, do ACS o registro das atividades e acompanhamento das ações de vigilância em saúde, especialmente durante a visita domiciliar e em toda a oportunidade de encontro do profissional com a mulher em idade fértil, por meio das seguintes estratégias:

- Perguntar em todas as visitas se tem alguma gestante, com suspeita de gravidez ou que deseja engravidar.
- Captar a gestante o mais rápido possível, idealmente, até 12 semanas de gestação (até o terceiro mês de gravidez), identificando-a na comunidade e vinculando-a ao pré-natal no centro de saúde (CS).
- Orientar a gestante quanto a importância do pré-natal, considerando suas angústias, medos e dúvidas e encaminhando as demandas à eSF sempre que necessário.
- Estimular as gestantes a participarem de atividades coletivas ofertadas pelo CS.
- Orientar as gestantes sobre a marcação e periodicidade das consultas e exames especializados.
- Realizar busca ativa das gestantes e puérperas faltosas.
- Acompanhar por meio da visita domiciliar, todas as gestantes sob sua responsabilidade, observando situações de vulnerabilidade e/ou violência e comunicar a equipe.
- Avaliar suporte familiar à gestante, puérperas e seus bebês em situação de vulnerabilidade.
- Orientar a gestante a conferir seu cartão de vacina e procurar o CS para atualização se necessário.
- Promover a aproximação da gestante com a Equipe de Saúde Bucal (ESB), favorecendo a criação de vínculos e incentivando a realização de pelo menos uma consulta odontológica durante a gestação.
- Orientar sobre a maternidade de referência e possibilidade de visita à mesma.
- Orientar a mulher quanto a necessidade de realizar o exame ginecológico regularmente.
- Incentivar o parto vaginal.
- Incentivar a amamentação exclusiva até os 6 meses.
- Estimular a realização do pré-natal do parceiro.
- Verificar a adesão das gestantes encaminhadas ao pré-natal de alto risco (PNAR) e estimular seu acompanhamento também pela eSF.
- Informar a eSF sobre o nascimento do bebê o mais precocemente possível.
- Realizar visita domiciliar à puérpera e ao recém-nascido (RN), preferencialmente até 72 horas após a alta hospitalar, com o objetivo de verificar condições gerais da mãe e do bebê.
- Verificar e orientar os cuidados de higiene do bebê, inclusive os relacionados com a higiene bucal e cuidados com o coto umbilical.
- Incentivar a coleta de leite humano para doação, orientando sobre as unidades de saúde que possuem pontos de armazenamento (Unidades de Coleta de Leite Humano).
- Verificar se a puérpera apresenta preocupações e dificuldades (como por exemplo, amamentação), ficando atento a informações relevantes ou situações adversas que devam ser encaminhadas à eSF, caso necessário.
- Verificar dúvidas quanto ao registro da criança e orientar.
- Verificar se o RN foi vacinado, realizou o teste da orelhinha, teste do pezinho e teste do olhinho.
- Incentivar a realização de puericultura.
- Realizar o cadastro do RN no centro de saúde.
- Encaminhar a puérpera para consulta puerperal.
- Realizar busca ativa para a investigação de óbitos materno e infantil.

O acompanhamento do ACS deve ser planejado de acordo com a vulnerabilidade clínica e social, seguindo o princípio da equidade. Sugere-se, portanto, que suas visitas domiciliares sejam realizadas da seguinte forma:

- Para mulheres com gestação de risco habitual, uma visita mensal até a 36ª semana.
- Para gestantes em situação de vulnerabilidade pessoal e risco social, uma visita quinzenal até a 36ª semana.
- Para gestantes encaminhadas ao PNAR, uma visita quinzenal até a 36ª semana.
- Para mulheres com mais de 36 semanas de gestação, uma visita semanal até o parto.
- Para mulheres que já tiveram o parto, fazer uma visita em até 72 horas após a alta hospitalar e outra visita até 15 dias após o parto.

Nas reuniões de equipe é importante que sejam feitas as avaliações das gestantes por meio do uso das planilhas ou outras formas de registro coletivo e monitoramento para avaliar a adesão ao pré-natal. Esse momento é oportuno para que a equipe identifique as gestantes que iniciaram tardiamente o pré-natal, as faltosas nas consultas, aquelas que foram encaminhadas ao PNAR, as que já estão próximas do momento do parto ou se o bebê nasceu. A necessidade de se planejar a visita domiciliar da equipe, a realização das ações do quinto dia (**descritas no item 8.1**), planejamento do puerpério e o início da puericultura também devem ser discutidos e planejados nesses momentos.

É importante que a eSF monitore e avalie os indicadores e as metas municipais relativas à saúde das gestantes e puérperas, estabelecidas no Plano Municipal de Saúde e em outros instrumentos de gestão e alimentar os sistemas de informação da saúde, de forma contínua. Esses indicadores estão disponíveis na intranet no site da Prefeitura Municipal de Belo Horizonte (no *link*: [http://pote.pbh/indicadores/indexlista1.asp\[p2\]](http://pote.pbh/indicadores/indexlista1.asp[p2])).

Acompanhar esses indicadores é uma das estratégias para identificar fragilidades e permitir planejamento de ações de qualificação do atendimento à gestante, à puérpera e ao RN. Além disso, os comitês municipais de vigilância do óbito materno e da transmissão vertical e mortalidade fetal e infantil são estratégicos no eixo de vigilância em saúde e prevenção dos óbitos.

Para atingir o desafio de garantir acesso às ações e serviços de saúde para gestantes de grupos populacionais em situação de vulnerabilidade, tais como pessoas com deficiências, indígenas, negras, quilombolas ou em situação de rua e de violência, é necessário também articular ações intersetoriais (**conforme descrito no capítulo 7 deste protocolo**).

O Programa Bolsa Família (PBF), criado para combater a pobreza e extrema pobreza, reduzindo assim a desigualdade social no Brasil, mais do que um programa de transferência de renda tem papel fundamental de reforçar o acesso das famílias à educação e à saúde, por meio de alguns compromissos, chamados condicionalidades. Na área da saúde o acompanhamento da mulher é obrigatório durante toda gestação e puerpério. O centro de saúde deverá por meio do sistema de informação, e-gestor-AB informar que a mulher se tornou gestante, sendo que a mesma deverá ser acompanhada mensalmente para avaliação de peso/altura, realização de consultas e identificação da situação vacinal.

A gestante que não esteja realizando o pré-natal e é beneficiária do programa, encontra-se em descumprimento com o programa podendo seu benefício está sujeito ao efeito inicial de advertência. Caso o descumprimento persista, se aplica o bloqueio do benefício, que significa o atraso do recebimento em 30 dias e, posteriormente, sua suspensão: dois meses sem o saque do benefício. As gestantes que se encontram em descumprimento das condicionalidade estão em uma situação de maior vulnerabilidade social e, por isso, merecem atenção especial do serviço de saúde, devendo ser realizado busca ativa de todos os casos.

3.1 Atribuições dos profissionais

3.1.1 Organização da assistência ao pré-natal e puerpério

A eSF tem importante papel no processo de identificação das gestantes, atualização contínua de informações, realização do cuidado em saúde prioritariamente no âmbito do CS, do domicílio e dos demais espaços comunitários (escolas, associações, entre outros).

Os profissionais devem realizar ações de atenção integral, de promoção da saúde, prevenção de agravos e escuta qualificada, proporcionando atendimento humanizado, viabilizando o estabelecimento do vínculo das gestantes e seus parceiros com os profissionais de saúde.

Recomenda-se o modelo de acompanhamento de pré-natal de risco habitual pela eSF. A avaliação do médico ginecologista pode ser necessária nas seguintes situações:

- Gestantes com risco gestacional aumentado, mas que não constituam critério para encaminhamento ao PNAR.
- Sangramentos na gravidez.
- Sintomas/sinais acentuados ou pouco usuais (cefaleias persistentes, dores abdominais, etc.).
- Epilepsias bem controladas.
- Alterações na curva de ganho de peso.
- Anemia leve/moderada com resposta adequada ao tratamento de prova com sulfato ferroso;
- Perda fetal ou outro mau resultado obstétrico anterior;
- Vulvovaginites atípicas.

Para os CS que estão sem o ginecologista, o gerente avaliará, junto a regional, a possibilidade de consulta em outro CS mais próximo, caso se faça necessário um acompanhamento da gestante com risco aumentado, mas sem critério para o PNAR.

É atribuição do ginecologista a realização do apoio matricial que se configura como um suporte técnico às eSF, fortalecendo o cuidado e qualificando a assistência à gestante e puérpera. Esse pode ser realizado por meio da discussão conjunta dos casos de maior complexidade clínica e pelo atendimento individual à usuária.

Na ausência do médico da eSF por um longo período (férias prêmio, afastamento médico prolongado por problemas de saúde ou quando a vaga desse médico não estiver preenchida), o ginecologista ou o médico de outra equipe do CS deverá intercalar as consultas de pré-natal com o enfermeiro da equipe da gestante.

3.1.2 Atribuições comuns a todos os profissionais do Centro de Saúde

- Captar a gestante o mais rápido possível, idealmente, até 12 semanas de gestação (até o terceiro mês de gravidez), identificando-a na comunidade e vinculando-a ao pré-natal no CS.
- Participar de atividades educativas, orientando sobre a importância do pré-natal e os cuidados necessários durante a gravidez, preparando a gestante para o parto e aleitamento materno.
- Realizar visitas domiciliares com o objetivo de acompanhar a gestante, puérpera e RN, identificar as vulnerabilidades e fazer as orientações e os encaminhamentos necessários.
- Participar efetivamente das reuniões de equipe, matriciamentos, atividades de educação permanente, ações de promoção à saúde e prevenção de agravos.
- Fazer aconselhamento referente à vacinação.
- Encaminhar todas as puérperas às ações do quinto dia para avaliação da eSF, já agendando a consulta de puerpério e puericultura.

- Realizar a coordenação do cuidado da gestante.
- Estimular a autonomia e o autocuidado, respeitando as escolhas da gestante/puérpera.
- Monitorar as gestantes encaminhadas ao PNAR quanto sua frequência às consultas agendadas, acompanhando a evolução da gestação.
- Orientar a gestante sobre sintomas, riscos, vias de transmissão e medidas de prevenção de doenças (dengue, zika vírus, *chikungunya*) por meio de ações educativas individuais e coletivas no CS, no domicílio e outros espaços da comunidade.
- Incentivar o aleitamento materno exclusivo e o retorno das crianças para vacinações e controle de puericultura.

3.1.3 Atribuições comuns a todos os médicos e enfermeiros

Diagnóstico de gravidez

Diagnóstico de gravidez (por meio do teste rápido de gravidez ou exame laboratorial):

- Se confirmado o diagnóstico, agendar a primeira consulta. O número do SISPRENATAL será gerado a partir do primeiro acesso ao protocolo de pré-natal.
- Se não confirmado o diagnóstico, garantir consulta para avaliação da amenorreia e encaminhamento para consulta em saúde sexual e reprodutiva.

Ações a serem realizadas na primeira consulta:

- Abrir o SISPRENATAL.
- Classificar o risco gestacional.
- Orientar a gestante quanto à maternidade de referência para o parto e a possibilidade de visita à mesma.
- Avaliar e programar o esquema de imunização.
- Avaliar e, caso necessário, programar e realizar a coleta do exame citopatológico da ectocérvice do colo uterino, utilizando apenas a espátula de Ayres; **não** realizar coleta de material endocervical com escova durante a gestação.
- Avaliar o estado nutricional e em caso de alterações (IMC > 25) encaminhar a gestante para ser avaliada pelo nutricionista do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF – AB) do CS e orientar a gestante sobre alimentação e ganho de peso esperado.
- Solicitar os exames laboratoriais previstos no **item 4.2.5 deste protocolo**.
- Ofertar testes rápidos para HIV, sífilis e hepatite B.
- Prescrever ácido fólico até a 12ª semana de gestação e sulfato ferroso profilático a partir da 20ª semana para gestantes de baixo risco.
- Agendar a consulta odontológica.
- Preencher, orientar e entregar a caderneta da gestante.
- Agendar o retorno.

Ações a serem realizadas nas consultas subsequentes:

- Atualizar a classificação de risco gestacional.
- Avaliar situação vacinal.
- Avaliar resultados de exames.
- Solicitar US obstétricos entre 13ª e 20ª semana de gestação e na 40ª semana, conforme item 4.2.5.1.
- Testes rápidos não realizados na primeira consulta deverão ser ofertados.
- Orientar sobre importância e marcação de exames não realizados.
- Avaliar realização/marcação da consulta odontológica.

- Orientar a possibilidade de inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU) de cobre no pós-parto ou no pós-aborto imediato, registrando o desejo da mulher no cartão de pré-natal.
- Monitorar as gestantes por meio do uso das planilhas ou outras formas de registro e monitoramento coletivo, para identificação precoce e oportuna dos riscos durante a gravidez, busca ativa dos casos mais críticos, acompanhamento e gerenciamento das gestantes que estão no pré-natal de alto risco (PNAR), além de facilitar a avaliação da puérpera, o planejamento do momento oportuno para se realizar a visita domiciliar da equipe e o início da puericultura.
- Fazer encaminhamento responsável para PNAR quando necessário, mantendo o acompanhamento da gestante no CS por meio de consultas e visitas de rotina do ACS, e a sua inclusão em todas as atividades educativas previstas na unidade.
- Agendar as consultas subsequentes de pré-natal.
- Realizar busca ativa de gestantes com resultado de exames alterados.
- Monitorar pacientes faltosas à consulta de pré-natal ou de puerpério para viabilizar posterior busca ativa pelo ACS.
- Elaborar plano de parto em conjunto com a gestante.
- Realizar consulta no quinto dia ou até o décimo dia para puérpera e recém-nascido sendo preferencialmente realizado pelo enfermeiro.
- Realizar consulta de puerpério do 42º dia, de preferência pelo médico da eSF.
- Realizar a consulta para ações de saúde sexual e reprodutiva.

3.1.4 Atribuições específicas dos médicos

As atribuições específicas dos médicos de saúde da família e do médico ginecologista são:

- Avaliar, iniciar o tratamento e encaminhar ao pré-natal de alto risco, as gestantes que apresentarem toxoplasmose aguda na gestação, **conforme item 5.7.3**.
- Avaliar os resultados de todos os exames de pré-natal, inclusive o exame de citologia oncológica e encaminhar os casos alterados ao serviço de referência.
- Tratar e monitorar o controle de cura das gestantes com diagnóstico de sífilis, **conforme item 5.7.4**.
- Realizar visita domiciliar se necessário.
- O ginecologista deverá realizar o matriciamento para coordenação do cuidado do pré-natal das gestantes pela eSF.

3.1.5 Atribuições específicas dos médicos do PRHOAMA

Os médicos do Programa de Homeopatia, Acupuntura e Medicina Antroposófica (PRHOAMA) podem colaborar ativamente no atendimento às gestantes que apresentam demandas específicas relacionadas a complicações comuns do período gestacional: distúrbios emocionais e transtornos psíquicos na gestação e no puerpério, hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, asma brônquica, corrimento vaginal, infecção urinária, lombalgia, vômitos e hiperemese gravídica; ou aquelas que desejam utilizar outras racionalidades médicas oferecidas pelos serviços de saúde do SUS – BH.

Nas gestantes com o feto em apresentação pélvica, a partir de 35ª semana, pode ser oferecida técnica específica da acupuntura para versão externa (rotação do feto em apresentação pélvica para apresentação cefálica), que não oferece riscos.

Pela alta demanda para essas especialidades médicas e consequente fila de espera, criou-se um **fluxo específico** para gestantes e puérperas, de modo que o cuidado seja oportuno: os pro-

fissionais responsáveis pelo pré-natal na atenção primária farão o encaminhamento e o contato deverá ocorrer por e-mail ou telefone no CS de referência em acupuntura, homeopatia e medicina antroposófica, onde será feito agendamento **prioritário** (para os próximos dias) pelo administrativo em conjunto com o médico do PRHOAMA.

3.1.6 Atribuições específicas dos enfermeiros

- Realizar consultas de pré-natal de baixo risco; solicitar exames complementares, prescrever medicamentos e realizar encaminhamentos, conforme protocolos institucionais, após avaliação do estado de saúde da gestante e puérpera.
- Identificar o risco gestacional a cada consulta de pré-natal e, quando identificado, encaminhar para avaliação médica.
- Avaliar os exames solicitados no pré-natal e encaminhar os casos com alterações para avaliação médica. Nesses casos, deve-se garantir o agendamento de consultas médicas em curto prazo.
- Prescrição de cuidados de enfermagem para gestante.
- Realizar consultas para ações do quinto dia e consulta de avaliação puerperal.
- Realizar consultas de enfermagem do recém-nascido.
- Prescrição de cuidados de enfermagem para a puérpera e recém-nascido.
- Solicitar e/ou encaminhar para avaliação médica, puérperas e os recém-nascidos com evidências de alterações.
- Realizar visita domiciliar quando necessário.
- Supervisionar o trabalho dos ACS, garantindo a vigilância à saúde da gestante, puérperas e recém-nascidos, assim como o intercâmbio de informações território-equipe.

3.1.7 Atribuições específicas dos auxiliares e técnicos de enfermagem

- Orientar o usuário para consultas médicas e de enfermagem, exames, tratamentos e outros procedimentos.
- Participar do planejamento, execução e avaliação das ações de assistência de enfermagem integral à mulher, família e/ou comunidade, conforme sua competência técnica e legal, considerando o contexto sócio cultural e familiar da mulher, sob a supervisão do enfermeiro.
- Realizar procedimento de enfermagem: curativos, retirada de pontos de incisão cirúrgica e outros pequenos procedimentos, sob supervisão do enfermeiro.
- Aferir a pressão arterial, o peso e a altura e, se necessário, outros sinais vitais, como temperatura e pulso da gestante, registrando as informações no cartão da gestante e no SISREDEWEB, ou em formulário próprio quando necessário.
- Administrar medicações, vacinas ou outros medicamentos injetáveis, conforme prescrição médica ou do enfermeiro.
- Realizar, se possível, a visita à puérpera na 1ª semana após alta hospitalar, avaliar a evolução da incisão cirúrgica, orientar sobre o aleitamento, fissuras nas mamas e triagem neonatal.
- Acompanhar a consulta de pré-natal e puerpério, auxiliando médicos e enfermeiros segundo a rotina do CS.
- Executar testes rápidos desde que devidamente treinado pela SMSA/PBH e supervisionado pelo enfermeiro responsável, conforme parecer normativo do COFEN nº 001/2013.
- Participar ativamente das atividades educativas do CS, aproveitando também o contato com a mulher e seus familiares para informar sobre os cuidados de saúde.

3.1.8 Atribuições específicas dos Agentes Comunitários de Saúde

- Cadastrar e manter atualizado os dados das gestantes, puérperas e recém-nascidos de sua microárea nos formulários e nos sistemas de informação vigentes como: nascimentos, óbitos, doenças e outros agravos à saúde, para fins de planejamento das eSF, garantindo o sigilo ético.
- Registrar, atualizar e acompanhar as ações de vigilância à saúde da mulher, orientando-as quanto aos fluxos, rotinas e ações desenvolvidas pelo CS e também quanto à utilização dos serviços de saúde disponíveis.
- Acompanhar e registrar nos sistemas de informação municipal, estadual e nacional e no mapa de acompanhamento do Programa Bolsa Família (PBF), e/ou outros programas sociais equivalentes, às condicionalidades de saúde das famílias beneficiárias.
- Realizar busca ativa, conforme orientação do enfermeiro ou médico e informar aos usuários sobre a marcação de consultas e exames especializados, caso o CS não consiga realizar o contato telefônico com o usuário.

3.1.9 Atribuições do NASF-AB

As atribuições do NASF-AB no cuidado à gestante no pré-natal e puerpério, podem incluir as seguintes ações de Apoio Matricial:

- Discussões de casos e situações coletivas, contribuindo com o desenvolvimento de projetos de saúde no território e projetos terapêuticos singulares.
- Abordagens individuais de cuidado à gestante e à puérpera, incluindo visitas domiciliares e atendimentos em consultório para orientação e acompanhamento, incluindo a atenção a outras pessoas importantes da rede social das usuárias.
- Ações coletivas nos CS e espaços da comunidade de educação em saúde / promoção de saúde às gestantes e puérperas, seja em grupos coordenados pelo NASF-AB ou apoiando estratégias grupais das eSF, incluindo atividades do centro de saúde (grupos, sala de espera, campanhas) e da comunidade (associações comunitárias e espaços de outros setores como CRAS).
- Apoio às eSF na identificação, acolhimento, atendimento, acompanhamento e proteção de gestantes em situação de risco e vulnerabilidade.
- Ações de educação permanente com as eSF sobre temas específicos deste cuidado em que as diversas categorias do NASF-AB possam contribuir.

3.2 Captação precoce

A captação precoce da gestante (até doze semanas de gestação) tem como objetivo a realização de intervenções preventivas, educativas e terapêuticas em tempo oportuno.

Toda mulher em idade fértil e com história de atraso menstrual de sete dias ou mais deve ser orientada a realizar o teste rápido de gravidez (teste imunológico de gravidez na urina – TIG), que pode ser realizado no centro de saúde, acelerando assim a confirmação da gestação e o início do pré-natal. O TIG pode ser solicitado por médico ou enfermeiro e é considerado método sensível e confiável, com baixas taxas de resultados falsos positivos. Entretanto, apresenta elevada taxa de resultados falsos negativos, o que pode atrasar o início do pré-natal. Caso o TIG seja negativo, o profissional deverá repetir o teste rápido em quinze dias ou solicitar a dosagem de gonadotrofina coriônica (β HCG), que pode ser detectada em sangue periférico entre oito e onze dias após a concepção.

Quando da realização dos testes de gravidez, deve-se cuidar da privacidade da informação da paciente.

Após a confirmação da gravidez, dá-se início ao acompanhamento da gestante, com seu cadastramento no SISPRENATAL o mais breve possível. A gestante deve, neste momento, receber o Cartão da Gestante com a identificação preenchida, o número do Cartão Nacional de Saúde e o número do SISPRENATAL, a maternidade de referência, as orientações necessárias referentes ao acompanhamento de pré-natal (sequência de consultas, visitas domiciliares, grupos educativos, calendário de vacinação), a solicitação dos exames de rotina e a prescrição de ácido fólico até a 12ª semana de gestação, caso não tenha sido iniciado previamente à gestação.

O diagnóstico da infecção pelo HIV, sífilis e hepatite B no pré-natal, parto e puerpério por meio de testes rápidos possibilita a adoção quase imediata de medidas de profilaxia de transmissão vertical dos agravos, em função da rapidez do diagnóstico. Portanto, recomenda-se a realização de testes rápidos para HIV, sífilis e hepatite B no momento da captação da gestante. Independentemente da realização dos testes rápidos na primeira consulta de pré-natal (captação da gestante), as sorologias convencionais deverão ser solicitadas na rotina do pré-natal.

Nos casos em que a gravidez não for confirmada, recomenda-se o agendamento de consulta para abordagem de Saúde Sexual e Reprodutiva.

4 Assistência multiprofissional ao pré-natal e ao puerpério

A assistência pré-natal tem como objetivos diagnosticar ou confirmar a gravidez, quando ainda existem dúvidas; diagnosticar ou confirmar doenças maternas pré existentes e realizar tratamento dessas doenças para reduzir seu impacto na gestação; diagnosticar e tratar intercorrências durante a gestação; avaliar o risco gestacional e encaminhar a gestante, quando necessário, a serviço de maior nível de complexidade; orientar a gestante quanto aos hábitos de vida, dieta e atividade física; acolher social e psicologicamente a gestante e educá-la para o parto e aleitamento materno.

Preconiza-se acompanhamento regular das consultas de pré-natal, intercalado entre médico e enfermeiro, sendo de extrema importância a realização de pelo menos uma consulta no primeiro trimestre, sendo as consultas subsequentes conforme o cronograma abaixo, garantindo no mínimo seis consultas:

- até 32ª semana de gestação – mensalmente;
- da 33ª até a 36ª semana – quinzenalmente;
- da 37ª até a 41ª semana – semanalmente.

Todas as consultas de pré-natal devem ser registradas na Caderneta da Gestante e em prontuário eletrônico, no protocolo de pré-natal.

Não existe “alta” do pré-natal antes do parto. Quando o parto não ocorre até a 41ª semana, é necessário encaminhar a gestante para a maternidade de referência para avaliação do bem-estar fetal e assistência ao parto.

Após o parto deve-se realizar a primeira consulta de puerpério e as ações do 5º dia com o agendamento da segunda consulta entre 30º a 42º dia após o parto, reforçando que, em caso de intercorrências ou de a gestante apresentar outras alterações, deverá ser garantido atendimento no CS antes do retorno programado.

4.1 Ações educativas

As práticas educativas são espaços que possibilitam que a mulher grávida tenha escuta de suas dúvidas e demandas, além de receber, por meio de profissionais qualificados, informações de qualidade sobre a fisiologia do nascimento, técnicas de alívio da dor, reconhecimento do trabalho de parto e sinais de alerta.

Nos CS deve acontecer planejamento de oferta sistemática de ações educativas coletivas ou individuais direcionadas para todas as gestantes, com temas diversificados e ofertados de formas periódicas, que se repetem de tempos em tempos.

Utilizar a modalidade de grupos operativos com as gestantes de modo a reforçar e potencializar as interações que ocorrem em momentos coletivos e possibilitar trocas de experiências.

Organizar e, sempre que possível, acompanhar a gestante em visita à maternidade de referência.

4.1.1 Grupo de gestantes

As equipes de Saúde da Família devem ser responsáveis pela coordenação dos grupos de gestantes, com o apoio do ginecologista lotado no CS, profissionais do NASF-AB e do gerente, e este deverá garantir agenda protegida para os profissionais que realizarão esses grupos.

Os grupos devem ser espaços de acolhimento, de troca de experiências e de compartilhamento mútuo, com informações de qualidade sobre a fisiologia da gestação e do nascimento e apoio emocional para que a mulher se sinta competente e segura, entendendo o parto como um processo ativo do seu corpo e altamente vinculado ao seu protagonismo. Sugere-se que os grupos de gestantes sejam mediados por profissionais da assistência: médicos, assistentes sociais, farmacêuticos, fisioterapeutas, fonoaudiólogos, nutricionista, profissionais de educação física, psicólogos, terapeutas ocupacionais, enfermeiros e demais profissionais envolvidos.

Pode ser oferecido ao grupo, o *Shantala* que consiste na massagem do corpo do bebê pelos pais, favorecendo o vínculo entre estes e proporcionando uma série de benefícios em virtude do alongamento dos membros e da ativação da circulação. E, ainda, tem-se o Yoga, prática integrativa corporal e mental de origem oriental utilizada como técnica para controlar corpo e mente, associada à meditação como auxílio no preparo para o parto. Devem ser realizados por profissionais com treinamento e conhecimento nessas práticas integrativas.

Devem participar dos grupos gestantes desacompanhadas ou acompanhadas de seus parceiros ou alguém de sua confiança, que preferencialmente será a pessoa que irá acompanhá-la no parto e apoiá-la no puerpério.

Recomenda-se que as gestantes sejam incentivadas a visitar a maternidade onde pretendem ser assistidas no parto e se informar sobre os fluxos de atendimento adotados pela instituição, assim como a estrutura física oferecida.

A Lei Federal, nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007, dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade na qual será realizado seu parto e na qual ela será atendida nos casos de intercorrência durante o pré-natal. A Portaria SMSA/SUS-BH nº 0399/2018 institui os mapas (**ANEXO III**) e diretrizes de vinculação para a realização do pré-natal, parto e nascimento no âmbito das maternidades SUS de Belo Horizonte.

As equipes das maternidades, por sua vez, deverão se organizar para receber estas gestantes, aproveitando o momento da visita para acolhimento e fortalecimento da mulher.

4.1.1.1 Temas essenciais

- Queixas comuns e alterações fisiológicas da gestação.
- Alimentação saudável e ganho de peso na gravidez – sugere-se como referência bibliográfica para desenvolver esse tema o “Guia Alimentar para a População Brasileira” (Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Básica e Departamento de Atenção Básica) e “Alimentação por Faixa Etária” (Prefeitura Municipal de Belo Horizonte).
- Atividade física e cuidados com a postura durante a gestação.
- Trabalho de parto – boas práticas no nascimento, técnicas de relaxamento e alívio da dor, momento de ir para a maternidade.
- Sinais de alerta (sangramento vaginal, perda de líquido pelos genitais, diminuição ou ausência de movimentos fetais, cefaleia, alterações visuais, epigastralgia, pressão arterial $\geq 160 \times 110$ mmHg).
- Aleitamento materno – sugere-se como referência bibliográfica para desenvolver esse tema o caderno 23 “SAÚDE DA CRIANÇA: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar” do Ministério da Saúde.
- Cuidados com o recém-nascido (importância do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, vacina, cuidados com o umbigo, como dar o banho, banho de sol, prevenção de acidentes, reconhecimento de sinais de alerta para a saúde do bebê).
- Cuidados com a mulher no pós-parto (físico e emocional).
- Cuidados para evitar o vírus da Dengue, Febre Amarela, Zika e Chikungunya.
- Direitos da mulher (acompanhante na maternidade, licença maternidade e paternidade, direito à redução de jornada para a amamentação - etc.) – Sugestão: trabalhar a “Cader-neta da Gestante” (Ministério da Saúde [link: http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/31/Caderneta-da-Gestante-2018.pdf](http://portal.arquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/agosto/31/Caderneta-da-Gestante-2018.pdf)).

4.1.1.2 SISREDEWEB – Módulo Atividades Coletivas

O **Módulo Atividades Coletivas** foi desenvolvido para registro das ações realizadas pelas equipes (reuniões de equipe, reuniões com outras equipes, ou reuniões com outros órgãos) e as ações de saúde voltadas para a população (atividades de educação em saúde, atendimentos e avaliações em grupo, e mobilizações sociais) conforme as necessidades do território e capacidade da equipe de estruturar as ações.

4.1.2 Vigilância dos movimentos fetais

A percepção, pela mulher, dos movimentos fetais é possível a partir da 16ª semana da gestação, mais comumente na 20ª semana. Entretanto, estudos que correlacionaram a avaliação ultrassonográfica com a percepção dos movimentos fetais pela gestante evidenciaram que apenas metade dos movimentos que o feto realiza com os membros é percebida pela gestante.

Os movimentos fetais aumentam com o avançar do dia, com o pico de atividade à noite. A frequência dos movimentos fetais na gestação é provavelmente constante, entretanto no terceiro trimestre a qualidade dos movimentos percebidos muda, podendo diminuir próximo do termo. Isto ocorre porque a atividade fetal diminui com mais ciclos de sono.

A movimentação fetal normal significa integridade dos sistemas regulatórios fetais. Quando estes sistemas são submetidos à hipoxemia leve, acredita-se que a diminuição da movimentação

representa um mecanismo compensatório fisiológico. À medida que a hipoxemia se torna mais grave, a resposta compensatória pode falhar, eventualmente levando à injúria fetal ou morte.

O reconhecimento precoce da diminuição dos movimentos fetais pode prover uma oportunidade para identificar fetos que podem estar comprometidos e podem se beneficiar de uma intervenção, usualmente o parto e desta maneira prevenir uma possível progressão para lesão fetal e morte.

Como fazer o diagnóstico da diminuição dos movimentos fetais

Não há consenso de como deve ser feito o diagnóstico da diminuição dos movimentos fetais, pois há uma grande variação biológica entre fetos normais e na percepção materna.

A avaliação pode ser qualitativa ou quantitativa.

QUALITATIVA - a gestante procura atendimento se perceber, subjetivamente que houve diminuição da movimentação fetal.

QUANTITATIVA - uma maneira de medir a quantidade de movimentos fetais percebidos pela mulher num determinado período de tempo. Para fins práticos, este protocolo recomenda a técnica quantitativa:

“Mobilograma” diário quando a gestante estiver com idade gestacional entre 39 até 41 semanas: pós-café, almoço e jantar (normal = 6 ou mais movimentos em 1 hora em decúbito lateral esquerdo).

Caso ela perceba menos de 6 movimentos em 1 hora, deverá ser submetida à avaliação fetal de emergência na maternidade de referência.

A ficha de acompanhamento encontra-se no **ANEXO IV**.

4.1.3 Preparo para o parto

O nascimento é uma celebração, é um momento único e especial na vida das mulheres e das famílias. Por ser, na maioria das vezes, um processo saudável, os profissionais de saúde desempenham o importante papel de promotores e facilitadores desta vivência, para mulheres e bebês.

Durante o trabalho de parto, a mulher necessita se sentir segura e protegida por todos aqueles que a cercam; deve sentir que está sendo compreendida e acolhida e que participará ativamente do processo do trabalho de parto; é importante que os procedimentos institucionais sejam oferecidos de acordo com as necessidades individualizadas (físicas, sociais e psicológicas) da mulher e seu filho, estimulando seu protagonismo; a presença de um acompanhante que lhe ofereça apoio e suporte durante o trabalho de parto, parto e após o parto é fundamental; as decisões precisam ser compartilhadas com a mulher; a família é uma unidade e não deve ser separada em nenhum momento.

Este é o conceito de humanização na assistência obstétrica, em que se baseiam as **Diretrizes para Assistência ao Parto e Nascimento do Município de Belo Horizonte** vide documento próprio disponível no link: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/protocolo-assistencia_parto_nascimento-13-01-2016.pdf. Todas as gestantes devem ser orientadas, durante o pré-natal, que têm direito às boas práticas na assistência obstétrica, a terem acompanhante de livre escolha, ao apoio de doulas, de usarem técnicas não farmacológicas ou farmacológicas de alívio da dor, de não serem separadas de seus filhos e de serem informadas e consultadas sobre todas as intervenções no processo fisiológico de parturição.

4.1.3.1 Promoção do parto normal

Durante o acompanhamento pré-natal é necessário que toda mulher seja orientada sobre os benefícios do parto normal. A cesariana (extração fetal cirúrgica) só deve ser realizada com indicação precisa, pois, quando realizada, expõe a mulher e o bebê a riscos aumentados.

A mulher brasileira está inserida num contexto sociocultural que difunde o parto cirúrgico como se este fosse o mais seguro para ela e seu bebê e isto acaba tornando-se uma crença para muitas famílias. O acompanhamento pré-natal é uma oportunidade de informação e mobilização para a mudança. A cultura do bom parto deve ser motivada em cada consulta de pré-natal, em cada diálogo da gestante com profissionais de saúde, atividades educativas, grupos, visitas domiciliares, pois vive-se atualmente, um momento de quebra de paradigma na cidade, com a construção de um novo modo de nascer em Belo Horizonte.

Benefícios do parto normal

- A recuperação após o nascimento do bebê é mais rápida.
- As complicações são menos frequentes.
- A perda de sangue e a possibilidade de infecção são menores.
- A dor após o parto é menor que em relação à cesariana.
- A amamentação é mais fácil.
- Ocorrem menos problemas respiratórios para o bebê.
- Existe menor chance do bebê nascer prematuro.
- O tempo de internação no hospital é menor.
- Não há necessidade de separar mãe e bebê.
- Passar pelo trabalho de parto é muito importante para o bebê, pois ele recebe estímulos e hormônios da mãe que contribuem para seu amadurecimento final.
- Para o bebê: menor chance de, na vida adulta, ter doenças como obesidade, hipertensão, asma e diabetes.

Riscos da cesariana

- Complicações da anestesia e da cirurgia.
- Hemorragias e infecções.
- Hospitalização prolongada.
- Maior chance de retirada do bebê do útero ainda prematuro e de internação do bebê.
- Problemas em futuras gestações: ruptura do útero, placenta mal posicionada ou que não desprende do útero.
- Separação da mãe-bebê nas primeiras horas após o parto e demora na descida do leite materno.

4.1.3.2 Plano de parto

O plano de parto é uma lista de itens relacionados ao parto, sobre os quais a gestante pensou e refletiu. Isto inclui a escolha do seu acompanhante, os procedimentos que deseja e quais prefere evitar. Funciona como uma carta, onde a gestante diz como prefere passar pelas diversas fases do trabalho de parto e como deseja que seu bebê seja cuidado após o nascimento.

Entretanto, o maior valor do plano de parto é justamente propiciar uma maior reflexão e compreensão sobre os cuidados obstétricos. É um exercício que leva informação à mulher, fazendo com que ela esteja mais bem preparada para conversar com o profissional técnico que a acompanha no pré-natal e no parto. Não se trata, portanto, de uma lista de exigências, mas de um ponto de partida para a conversa.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), o plano de parto é um “plano pessoal que determina por quem o parto será atendido, feito pela mulher durante a gestação. É conhecido pelo seu parceiro/marido e, se aplicável, também pela família”. No rol de recomendações da OMS o “Guia Prático da OMS para o cuidado ao parto normal”, enquadra-se como categoria A (práticas que são demonstradamente úteis e devem ser encorajadas).

A Caderneta da Gestante do Ministério da Saúde, distribuída durante o pré-natal, oferece às gestantes um modelo de plano de parto. Ele poderá ser preenchido pela gestante durante o pré-natal (em uma consulta, durante uma atividade educativa ou em outro local de sua preferência) e, depois de preenchido, deverá ser destacado da cartilha e entregue à equipe de assistência no momento da admissão na maternidade. Devido ao curto espaço disponível para o plano de parto, a gestante pode ser orientada a escrever em folha separada e manter anexado à caderneta até o momento do parto.

4.1.3.3 Identificação do trabalho de parto

A presença de contrações sintomáticas no final da gravidez pode levar ao falso diagnóstico de trabalho de parto, acarretando várias visitas ao hospital, frustração e desconforto para a mulher. Durante o acompanhamento pré-natal é importante que a gestante seja orientada sobre o reconhecimento da fase ativa do trabalho de parto e quais os sintomas que sinalizam a necessidade de procurar avaliação clínica. Ter este conhecimento irá reduzir a chance de admissão hospitalar precoce e a ansiedade materna.

Orientações às gestantes sobre momento de se dirigir à maternidade no provável dia do nascimento do bebê:

- Reconhecimento da fase ativa do trabalho de parto: contrações rítmicas e regulares com intervalo menor ou igual a 5 minutos. As mulheres e seus familiares devem ser orientados sobre a diferença entre fase latente e fase ativa do trabalho de parto: a fase latente pode durar horas ou até dias e as contrações, nesta fase, são irregulares e pouco dolorosas. Na fase ativa, entretanto, as contrações apresentam intervalo progressivamente menor com intensidade dolorosa progressivamente maior. A mulher não sente alívio da dor com banho de chuveiro e não se sente confortável deitada.
- Ruptura da bolsa das águas: as mulheres e suas famílias devem ser orientadas que a rotura de membranas não constitui uma emergência, mas que sempre que houver suspeita de perda de líquido amniótico pelos genitais, a mulher necessita dirigir-se a uma maternidade para uma avaliação obstétrica.

4.1.4 Incentivo e preparo da mulher para o aleitamento materno durante o pré-natal

Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e desenvolvimento cognitivo e emocional, em sua saúde a longo prazo, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe.

O leite materno contém todos os nutrientes essenciais para o desenvolvimento da criança. Além de ser capaz de suprir sozinho suas necessidades nutricionais nos primeiros seis meses de vida e continua sendo importante fonte de nutrientes até o segundo ano de vida.

Por meio do leite materno, são transferidos da mãe para o bebê anticorpos e imunoglobulinas, como também fatores antibacterianos e antiviróticos, o que confere ao bebê proteção contra infecções. O aleitamento materno é considerado, portanto, a primeira imunização da criança. Está relacionado com a redução da mortalidade infantil e na primeira hora de vida pode ser um fator de proteção contra mortes neonatais. Há fortes evidências de que o leite materno protege contra diarreia, infecções respiratórias, diminui o risco de alergias e, a longo prazo na vida adulta, diminui o risco de hipertensão arterial, hipercolesterolemia, diabetes *mellitus* e obesidade. A associação entre o aleitamento materno e redução na prevalência de câncer de mama já está bem estabelecida. Estima-se que a cada 12 meses de duração de amamentação o risco materno de contrair a doença diminui 4,3%. A amamentação é também uma forma especial de comunicação entre mãe e bebê, fortalecendo os laços afetivos entre eles.

Durante o acompanhamento pré-natal, quer seja em grupo, quer seja no atendimento individual, é importante dialogar com as mulheres, abordando os seguintes aspectos:

- Planos da gestante com relação à alimentação da criança.
- Experiências prévias, mitos, crenças, medos, preocupações e fantasias relacionadas com o aleitamento materno.
- Importância do aleitamento materno.
- Desvantagens do uso de leite não humano.
- Importância da amamentação logo após o parto (na primeira hora) e do contato pele-a-pele mãe-bebê.
- Orientar a técnica (posicionamento e pega do bebê) adequada na prevenção de complicações relacionadas à amamentação.
- Orientar a amamentação em livre demanda.
- Orientar o aleitamento exclusivo até os seis meses e complementar até os dois anos.
- Possíveis dificuldades na amamentação e meios de preveni-las. Muitas mulheres “idealizam” a amamentação e se frustram ao se depararem com a realidade.
- Orientar que o uso de chupetas, protetores de silicone, mamadeiras e hábito de sucção digital podem levar ao desmame precoce.
- Estimular troca de experiências entre as mães que amamentam.

4.1.4.1 Cuidados com as mamas durante o pré-natal

Não existem preparos ou procedimentos especiais com as mamas durante a gravidez. O importante é esclarecer a gestante sobre a anatomia da mama e sua fisiologia, como também as modificações da mama lactante no puerpério, as fases da apojadura, ingurgitamento fisiológico, mudanças na composição do leite materno (coloostro/leite de transição/maduro). A orientação quanto à pega correta da mamada deve ser iniciada durante o pré-natal. Além disso, a mulher deve ser orientada a usar sempre sutiã que dê boa sustentação e firmeza aos seios, de forma confortável, sem apertá-los.

4.2 Avaliação da gestante

A eSF deve garantir, sempre que possível, uma avaliação física e emocional completa da gestante para que ela possa ser vista integralmente e o planejamento do seu cuidado contemple sua singularidade.

4.2.1 Anamnese

A primeira consulta é o momento oportuno para se avaliar a situação da gravidez atual e questionar a mulher sobre sintomas relacionados à gestação (náuseas, vômitos, dor abdominal, constipação intestinal, disúria, perda de sangue ou líquido pelos genitais, presença de movimentos fetais), além de pesquisar aspectos sociais (estado civil, escolaridade, profissão), antecedentes pessoais gerais, ginecológicos e obstétricos e antecedentes familiares. Neste momento é necessário abordar a aceitação da gravidez atual e se, possível, ajudar a gestante nesse processo. Nas consultas subsequentes, o profissional de saúde deve continuar avaliando a situação da gravidez atual e questionando sobre sintomas relacionados à gestação.

É imprescindível anotar a data da última menstruação e o profissional de saúde deve questionar a gestante quanto à precisão desta data, com o objetivo de datar corretamente a gestação.

Na história gineco-obstétrica é importante avaliar a regularidade dos ciclos menstruais, registrar o número de gestações, partos ou abortamentos, detalhar cada gestação (tipo de parto, idade gestacional de nascimento, peso do recém-nascido, amamentação, intercorrências durante a gestação) e o intervalo entre as gestações.

Na história pregressa pessoal é importante investigar sobre hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, doenças pulmonares ou da tireoide, eventos tromboembólicos, infecção urinária de repetição, cardiopatias, nefropatias ou epilepsia. Além disso, pesquisar sobre o uso de medicamentos, cirurgias e internações prévias, alergias, passado de hemotransfusão ou infecções sexualmente transmissíveis.

Em relação à história familiar, é preciso investigar doenças hereditárias (hipertensão arterial, diabetes *mellitus*, asma, doenças da tireoide), malformações congênitas, cromossomopatias, neoplasias, gemelaridade e pré-eclâmpsia.

Referente à história social, é importante pesquisar sobre uso de álcool, tabaco ou outras drogas, além de investigar exposição a agentes tóxicos no ambiente do trabalho. Deve ser pesquisada a possibilidade de violência doméstica e/ou outra vulnerabilidade pessoal e risco social, **conforme descrito no capítulo 7**.

A violência doméstica deve ser abordada na primeira consulta e pelo menos uma vez a cada trimestre e no pós-parto. Em caso de confirmação de violência, é necessário realizar a notificação compulsória, apoiar a gestante e tentar fortalecê-la para que consiga se proteger. Sugere-se uma estratégia simples de abordagem das gestantes:

1. Iniciar com uma afirmação simples que delimite o assunto. Exemplos:
 - A violência pode ser um problema na vida de muitas pessoas, por isso pergunto a todos os pacientes que consulto sobre traumas ou abusos que eles podem ter vivido no relacionamento.
 - Muitos pacientes que consulto estão lidando com uma relação abusiva, então eu comecei a perguntar sobre violência doméstica rotineiramente.
2. Explicar a confidencialidade das informações.
3. Após a delimitação do assunto, fazer perguntas mais direcionadas.
 - Você já sentiu medo do seu companheiro?
 - Você se sente seguro no seu relacionamento?

- Todos os casais têm conflitos. O que acontece quando você e seu companheiro têm um desentendimento? Algum conflito já se transformou em agressão física ou te deixou com medo?
- O seu parceiro já te agrediu fisicamente, humilhou ou ameaçou você?

A gestação e o puerpério são considerados períodos de elevado risco para o surgimento de transtornos psiquiátricos, entre eles a depressão, que deve ser investigada durante o pré-natal e puerpério. Para esta avaliação, pode ser utilizada a “Escala de depressão de *Edinburgh*” (**ANEXO V**). É fundamental instituir o tratamento adequado nos casos em que for identificado quadro de depressão, **descrito no capítulo 6**.

O profissional também deve abordar e relatar as comorbidades do parceiro sexual.

4.2.2 Cálculo da idade gestacional e data provável do parto

Em mulheres com ciclos menstruais regulares e sem uso de contraceptivos hormonais, a data da última menstruação (DUM), quando conhecida e certa, é o método de escolha para o cálculo da idade gestacional. O DUM corresponde ao primeiro dia de sangramento do último ciclo menstrual referido pela paciente. Para calcular a idade gestacional, o profissional deve somar o número de dias do intervalo entre a DUM e a data da consulta, dividindo o total por sete (resultado em semanas).

Calcula-se a data provável do parto levando-se em consideração a duração média da gestação normal (280 dias ou 40 semanas, a partir da data da última menstruação). A data provável do parto (DPP) pode ser calculada por meio da regra de *Näegele*, que consiste em somar sete dias ao primeiro dia da última menstruação e subtrair três meses ao mês em que ocorreu a última menstruação (ou adicionar nove meses, se a última menstruação corresponder aos meses de janeiro a março). Nos casos em que o número de dias encontrado for maior do que o número de dias do mês, passar os dias excedentes para o mês seguinte, adicionando 1 (um) ao final do cálculo do mês.

Exemplos

- DUM: 13/09/15 → DPP = 20/06/16 ($13 + 7 = 20$ || $9 - 3 = 6$)
- DUM: 10/02/15 → DPP = 17/11/15 ($10 + 7 = 17$ || $2 + 9 = 11$)
- DUM: 27/01/15 → DPP = 03/11/15 ($27 + 7 = 34$ || $34 - 31 = 03$ || $1 + 9 + 1 = 11$)

Nas mulheres com ciclos menstruais irregulares e naquelas em que a DUM for desconhecida, a idade gestacional (IG) será calculada por meio da ultrassonografia obstétrica (US).

Quando a datação da idade gestacional for realizada ou confirmada por ultrassonografia, é importante observar:

- Quando a datação precisar ser feita pelo US (quando a DUM não é confiável ou não se sabe qual a DUM), a idade gestacional deverá sempre ser baseada no primeiro US e a idade gestacional das consultas subsequentes será calculada por este US.
- Quanto maior o tempo de gestação, maior a diferença no cálculo da IG pelo US em comparação com a DUM confiável. No primeiro trimestre, o desvio esperado no cálculo da idade gestacional é de três a sete dias (aumentando o intervalo, o número de dias, quanto maior a IG). Sendo assim, no segundo trimestre o desvio se estende até 14 dias e no terceiro, até 21 dias. Se a DUM estiver dentro da variação esperada, considerá-la para cálculo; se a diferença for maior, considerar o US.

4.2.3 Exame físico geral e obstétrico

A partir da primeira consulta de pré-natal, deve-se avaliar peso, altura, mucosas, extremidades, frequência cardíaca, frequência respiratória e pressão arterial; realizar ausculta pulmonar e cardíaca, palpação da tireoide, das mamas e do abdome.

O exame ginecológico/obstétrico deve ser realizado pelo menos uma vez de forma completa, a partir da primeira consulta de pré-natal, avaliando-se a genitália externa, vagina, colo uterino, além da realização do toque bimanual para avaliar o útero (colo e corpo) e os anexos.

Não é recomendada a realização de toque vaginal de rotina durante o acompanhamento pré-natal, que deverá ser realizado apenas quando houver relato de presença de contrações uterinas, para avaliar presença de dilatação do colo uterino. O toque vaginal pode ser realizado por médico ou enfermeiro, desde que habilitados para sua realização.

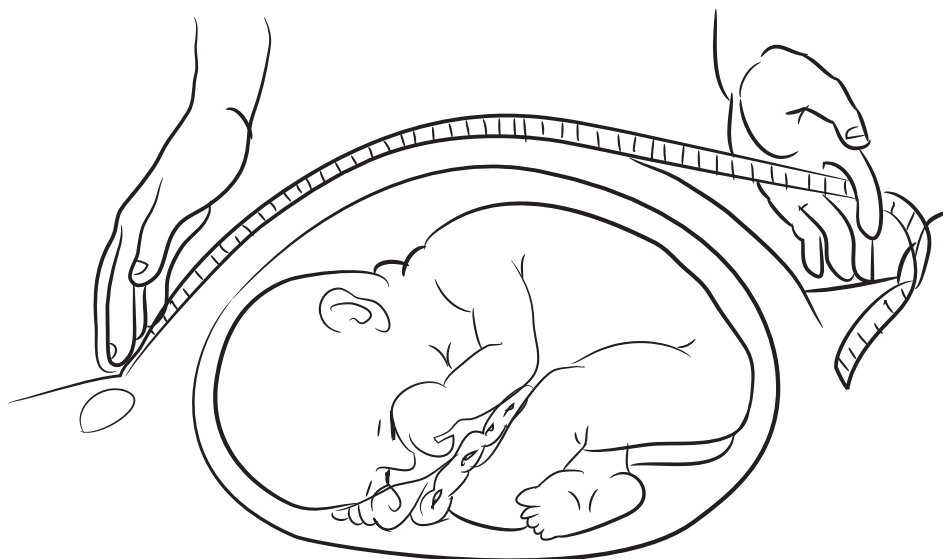
Nas consultas subsequentes, deve-se avaliar o peso, pressão arterial, mucosas, frequência cardíaca, frequência respiratória, presença de edema, medir a altura uterina e auscultar os batimentos cardíacos fetais. Também é importante que as mamas sejam examinadas e que este seja um momento oportuno para que a mulher já receba orientações sobre a lactação.

Após a 12ª semana, deve-se medir a altura do fundo uterino no abdome (**figura 1**). A técnica para medida da altura uterina consiste em: posicionar a gestante em decúbito dorsal, com o abdome descoberto; delimitar a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino; corrigir a comum dextroversão uterina por meio da palpação uterina; fixar a extremidade inicial (0 cm) da fita métrica, flexível e não extensível, na borda superior da sínfise púbica com uma das mãos, passando-a entre os dedos indicador e médio; deslizar a fita métrica entre os dedos indicador e médio da outra mão até alcançar o fundo do útero com a margem cubital da mesma mão; proceder à leitura quando a borda cubital da mão atingir o fundo uterino; anotar a medida (em centímetros) no cartão e marcar o ponto na curva da altura uterina. Caso o ponto da curva esteja dentro da normalidade (entre as curvas inferiores e superiores), o profissional deve seguir o calendário de atendimento de rotina. Se o ponto da curva estiver acima da curva superior, o profissional deve ficar atento para a possibilidade de erro de cálculo da idade gestacional, polidrâmnio, macrosomia fetal, gestação gemelar, mola hidatiforme. Se o ponto da curva estiver abaixo da curva inferior, o profissional deve ficar atento para a possibilidade de erro de cálculo da idade gestacional, oligohidrâmnio, feto morto, crescimento intrauterino restrito.

Se o ponto da curva estiver fora da normalidade (acima da curva superior ou abaixo da curva inferior), a gestante deve ser avaliada pelo médico de família ou pelo ginecologista o mais rápido possível (de preferência no mesmo dia) para que sejam avaliados os possíveis diagnósticos diferenciais e solicitados os exames necessários, especialmente o ultrassom obstétrico. Nos casos em que haja critério de encaminhamento ao pré-natal de alto risco, o agendamento deverá ser realizado via SISREG na especialidade GINECOLOGIA PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO.

Quando a consulta médica não puder ser realizada no dia em que for detectada a alteração da medida uterina, o enfermeiro deverá solicitar o ultrassom obstétrico abdominal com prioridade alta, para auxiliar na tomada de decisão médica posterior.

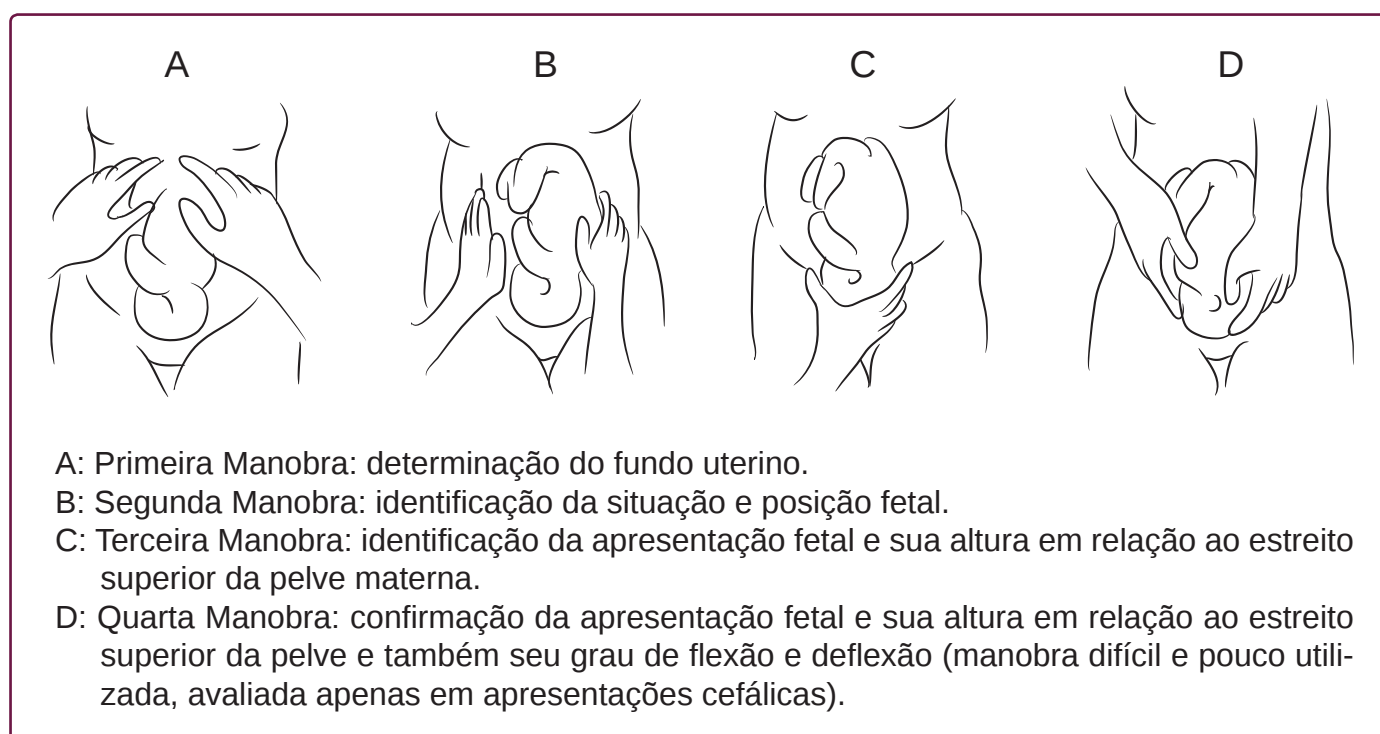
Figura 1 - Medida da altura uterina



A ausculta fetal será possível após a 10^a-12^a semana, com o sonar doppler ou a partir de 20 semanas com estetoscópio de Pinard. A frequência cardíaca fetal normal é de 110 a 160 batimentos por minuto. Caso seja identificado bradicardia (batimentos abaixo de 110 bpm) ou taquicardia (batimentos acima de 160 bpm) fetal persistente (durante 10 minutos), a gestante deve ser referenciada à maternidade com emergência.

A definição da apresentação fetal deverá ser determinada por volta da 36^a semana de gestação, por meio da realização das manobras de Leopold (**figura 2**).

Figura 2 - Manobras de Leopold



4.2.4 Avaliação nutricional

O diagnóstico e o acompanhamento da situação nutricional da gestante são considerados uma parte importante dentre os procedimentos básicos do pré-natal. O estado nutricional materno no início da gestação e o ganho de peso adequado nesse período têm importantes repercussões sobre a saúde da mãe e do bebê.

A avaliação do estado nutricional da gestante consiste na avaliação do peso e da altura e o cálculo da semana gestacional, o que permite a classificação do índice de massa corporal (IMC) em cada avaliação. O índice de massa corporal é calculado por meio da fórmula:

$$IMC = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura (m)}^2}$$

Com base no IMC obtido na primeira consulta de pré-natal, é possível conhecer o estado nutricional atual e acompanhar o ganho de peso até o final da gestação. Recomenda-se que a gestante seja pesada em todas as consultas. A estatura pode ser aferida apenas na primeira consulta desde que não seja gestante adolescente (menor de 20 anos), cuja medida deverá ser realizada pelo menos trimestralmente. O profissional de saúde deve preencher, no Cartão da Gestante, o gráfico de acompanhamento nutricional de acordo com a idade gestacional e anotar a avaliação nutricional no prontuário eletrônico. Gestantes com excesso de peso ou baixo peso, que necessitem de cuidado individual e orientações direcionadas, devem ser orientadas e, se necessário, encaminhadas para avaliação por nutricionista do NASF – AB quando possível.

O diagnóstico nutricional inicial da gestante é obtido por meio do IMC pré-gestacional, classificado no **QUADRO 1**. As medidas antropométricas usadas para o cálculo do IMC podem ser referidas ou calculadas até a 13ª semana gestacional. Caso os dados antropométricos não tenham sido aferidos até este período, utilizam-se os dados da primeira consulta de pré-natal. É importante avaliar a presença de edema, relacionado ao aumento do peso corporal.

Quadro 1 - Classificação do estado nutricional para adultos de 20 a 60 anos

IMC (kg/m²)	Classificação
< 18,5	Baixo peso
≥ 18,5 e < 25,0	Eutrofia
≥ 25,0 e < 30,0	Sobrepeso
≥ 30,0 e < 35,0	Obesidade grau I
≥ 35,0 e < 40,0	Obesidade grau II
≥ 40,0	Obesidade grau III

Fonte: WHO, 1995; BRASIL, 2004

O ganho de peso recomendado durante a gestação segundo o estado nutricional inicial está descrito no **QUADRO 2**.

Quadro 2 - Ganho de peso recomendado (em Kg) durante a gestação segundo o estado nutricional

Estado nutricional inicial (IMC)	Recomendação de ganho de peso (Kg) semanal médio no 2º e 3º trimestres*	Recomendação de ganho de peso (Kg) total na gestação
Baixo peso (< 18,5kg/m²)	0,5 (0,44 – 0,58)	12,5 – 18,0
Adequado (≥ 18,5 e < 24,9kg/m²)	0,4 (0,35 – 0,50)	11,5 – 16,0
Sobrepeso (≥ 25,0 e < 29,9kg/m²)	0,3 (0,23 – 0,33)	7,0 – 11,5
Obesidade (≥ 30kg/m²)	0,2 (0,17 – 0,27)	5,0 – 9,0

Fonte: Adaptado de INSTITUTE OF MEDICINE, 2009.

* Ganho de peso no primeiro trimestre entre 0,5 – 2,0kg

4.2.5 Exames complementares

O roteiro para solicitação de exames complementares durante o pré-natal e a interpretação dos resultados e conduta estão descritos, respectivamente, nos **QUADROS 3** e **4**. As atividades de rotina e exames laboratoriais a serem realizados de acordo com a idade gestacional encontram-se descritas no **ANEXO VI**. Caso a gestante não seja captada precocemente ou os exames não sejam realizados, o profissional de saúde deve solicitar os exames na primeira oportunidade de contato com a gestante.

A **colpocitologia oncolítica** poderá ser realizada em qualquer idade gestacional, preferencialmente até a 28ª semana, sem a coleta endocervical, conforme as recomendações de rastreamento de câncer de colo uterino vigentes no protocolo do Ministério da Saúde / Instituto Nacional do Câncer.

Quadro 3 - Roteiro para solicitação de exames complementares durante o pré-natal, de acordo com a idade gestacional

Período da gestação	Exames
1º trimestre (no momento da captação da gestante)	Tipagem sanguínea e fator Rh (caso a gestante não tenha resultado prévio comprovado laboratorialmente) Coombs indireto (se a gestante for Rh negativo)# Hemograma Glicemia de jejum Teste rápido de triagem para sífilis e VDRL Teste rápido para hepatite B e HBsAg Teste rápido diagnóstico de HIV e Anti-HIV Sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM) Exame de urina rotina e urocultura Eletroforese de hemoglobina (caso a gestante não tenha resultado prévio comprovado laboratorialmente)
2º trimestre	Sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM), nas gestantes susceptíveis Teste rápido de triagem para sífilis Ultrassom obstétrico (entre 13 e 20 semanas)
Preferencialmente entre 24 e 28 semanas de gestação	Glicemia de jejum Glicemia após 1 hora e 2 horas após 75g de dextrosol



Quadro 3 - Roteiro para solicitação de exames complementares durante o pré-natal, de acordo com a idade gestacional (continuação).

Período da gestação	Exames
3º trimestre	Hemograma VDRL e teste rápido de triagem para sífilis** HBsAg Anti-HIV Sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM), nas gestantes susceptíveis Exame de urina rotina e urocultura Ultrassom obstétrico (40 semanas)*

Coombs indireto deve ser repetido mensalmente, a partir da confirmação da gravidez, em gestantes com Rh negativo

** Vide protocolo específico de sífilis (item 5.7.4)

Gestantes de alto risco para infecções sexualmente transmissíveis (IST), solicitar VDRL, HBsAg, anti-HIV ou realizar testes rápidos com maior frequência.

* Realizar a gestão do caso, levando em consideração o tempo entre a solicitação e o agendamento para a realização do US obstétrico.

Observação: o protocolo não restringe a solicitação de outros exames para abordar propedêutica específica para usuárias com risco e vulnerabilidade de desenvolver comorbidades.

Quadro 4 - Interpretação dos resultados de exames laboratoriais e conduta

Exame	Resultado	Conduta
Fator Rh	Negativo	Solicitar coombs indireto mensal a partir da confirmação da gravidez, em gestantes. Se coombs indireto positivo, encaminhar a gestante à Medicina Fetal.
Hemograma	Primeiro trimestre Hemoglobina ≥ 11 g/dL	Suplementação de ferro a partir da 20ª semana de gestação (40mg de ferro elemento: 1 comprimido 30 minutos antes do almoço). Repetir hemograma no 3º trimestre.
	Segundo trimestre Hemoglobina $\geq 10,5$ g/dL	
	Terceiro trimestre Hemoglobina ≥ 11 g/dL	
	Hemoglobina entre 8 e 10,9g/dL → anemia leve a moderada	Pesquisar e tratar parasitoses intestinais. Iniciar tratamento com sulfato ferroso (120 a 160mg de ferro elemento: 2 comprimidos 30 minutos antes do almoço e 2 comprimidos 30 minutos antes do jantar). Repetir hemograma em 30 dias. Se melhora da anemia, manter tratamento com sulfato ferroso por 3 meses e repetir hemograma em 60 dias. Se piora da anemia ou níveis de hemoglobina estáveis, encaminhar gestante ao pré-natal de alto risco.
	Hemoglobina < 8 g/dL → anemia grave	Encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco.
	Plaquetas < 150000 → trombocitopenia	Repetir hemograma em 30 dias. Se plaquetas > 150000 , repetir hemograma no 3º trimestre. Se plaquetas < 100000 , encaminhar ao pré-natal de alto risco. Plaquetas entre 100000 e 150000, repetir hemograma em 30 dias (se o resultado persistir, encaminhar ao pré-natal de alto risco).

Quadro 4 - Interpretação dos resultados de exames laboratoriais e conduta (continuação)

Exame	Resultado	Conduta
Glicemia de jejum na 1ª consulta de pré-natal	< 92mg/dL → exame normal	Solicitar teste oral de tolerância à glicose (Glicemia de Jejum e GPD 75g 1 e 2 horas) entre 24 e 28 semanas.
	92 – 125mg/dL → exame alterado	Repetir a glicemia de jejum imediatamente, com orientações sobre o tempo correto de jejum para coleta (8 a 10 horas). Não orientar dieta com restrição de carboidratos entre os dois exames. O retorno deverá ocorrer em 1 semana. Nova glicemia entre 92 e 125 mg/dL é diagnóstico de diabetes mellitus gestacional . Encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco sob regulação (prioridade altíssima) , iniciar orientações dietéticas específicas e controle glicêmico*.
	≥ 126mg/dL → exame alterado	É diagnóstico de diabetes mellitus na gravidez . Encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco sob regulação (prioridade altíssima) , iniciar orientações dietéticas específicas e controle glicêmico*.
Glicemia após 75g dextrosol (Jejum, 1 e 2 horas) - entre 24 e 28 semanas de gestação	Exame alterado se: • jejum: ≥ 92mg/dL ou • 1 hora: ≥ 180mg/dL ou • 2 horas: ≥ 153mg/dL	Qualquer valor alterado é diagnóstico de diabetes <i>mellitus</i> gestacional. Encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco, iniciar orientações dietéticas específicas e controle glicêmico*. OBS: Glicemia de jejum ≥ 126mg/dL ou glicemia 2 horas após 75g de dextrosol ≥ 200mg/dL caracteriza diabetes <i>mellitus</i> de diagnóstico na gravidez. Encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco, sob-regulação (prioridade altíssima) e iniciar orientações dietéticas*.
Teste rápido (TR) para sífilis	Positivo	Iniciar a primeira dose de penicilina benzatina, solicitar o teste não treponêmico (VDRL) e agendar consulta médica para avaliar resultado em sete dias. Em caso de confirmação do diagnóstico deve-se completar o esquema de tratamento e notificar o caso. Ofertar consulta para o parceiro, com o objetivo de realizar exames (TR e/ou VDRL) e iniciar o tratamento com penicilina benzatina.
	Negativo	Repetir TR no segundo trimestre (entre 21 e 24 semanas de gestação) e fazer novo rastreamento no terceiro trimestre (VDRL entre 25 e 28 semanas de gestação e teste rápido para sífilis entre 33 e 36 semanas de gestação). No momento do parto, realizar VDRL ou teste rápido para sífilis.



Quadro 4 - Interpretação dos resultados de exames laboratoriais e conduta (continuação)

Exame	Resultado	Conduta
VDRL	Negativo ou não reagente na primeira consulta e/ou primeiro trimestre	Repetir TR no segundo trimestre (entre 21 e 24 semanas de gestação) e fazer novo rastreamento no terceiro trimestre (VDRL entre 25 e 28 semanas de gestação e teste rápido para sífilis entre 33 e 36 semanas de gestação). No momento do parto, realizar VDRL ou teste rápido para sífilis.
	VDRL positivo, independente da titulação.	Iniciar o tratamento (primeira dose da penicilina benzatina), independente da realização do teste confirmatório. Realizar teste treponêmico confirmatório: Teste Rápido (preferencialmente) ou laboratorial (FTA-ABS, TPHA). Os resultados devem ser vistos em 07 dias para definição da continuidade do tratamento (segunda e terceira dose da penicilina benzatina) e notificação do caso (ficha de investigação de Sífilis adquirida do Sistema de Informação de Agravos de Notificação - SINAN). Solicitar VDRL mensal para controle de cura. Ofertar consulta para o parceiro para realização do teste rápido para sífilis ou VDRL e iniciar o tratamento. Se VDRL positivo e teste confirmatório negativo, passado de tratamento adequado para sífilis (histórico e retorno da paciente confiáveis), considerar cicatriz sorológica. Se VDRL positivo e história clínica desconhecida, tratar a gestante (vide item 5.7.4). Se teste confirmatório negativo, repetir testagem VDRL em 30 dias. Se persistir titulação igual ou menor, considerar como falso positivo para sífilis e solicitar exames para descartar colagenoses.
HBsAg ou teste rápido de hepatite B	Positivo	Realizar o aconselhamento pós-teste e encaminhar a gestante ao Infectologista (agendamento por telefone no CTR - Orestes Diniz) e ao pré-natal de alto risco.
	Negativo	Realizar o aconselhamento pós-teste, repetir exame no 3º trimestre, vacinação caso não tenha sido imunizada previamente.
Sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM)	IgG positivo / IgM negativo → gestante imune	Abandonar rastreamento. Realizar avaliação trimestral em gestantes imunodeprimidas.
	IgG negativo / IgM negativo → gestante susceptível	Repetir sorologia conforme fluxo específico e orientar medidas de prevenção primária (vide item 5.7.3).
	IgG positivo / IgM positivo → infecção aguda ou IgM residual	Avaliar resultado de avidéz para IgG. Se < 16 semanas de gestação e alta avidéz, considerar IgM residual. Se <16 semanas e baixa avidéz, considerar infecção aguda, iniciar tratamento (vide item 5.7.3) e encaminhar gestante ao pré-natal de alto risco. Se > 16 semanas, considerar infecção aguda, iniciar tratamento (vide item 5.7.3) e encaminhar gestante ao pré-natal de alto risco independente do resultado da avidéz.
	IgG negativo / IgM positivo → infecção aguda inicial ou falso positivo	Repetir sorologia em 3 semanas. Se IgG e IgM positivos, considerar infecção aguda, iniciar tratamento (vide item 5.7.3) e encaminhar gestante ao pré-natal de alto risco. Se IgG permanecer negativo, considerar IgM falso positivo.



Quadro 4 - Interpretação dos resultados de exames laboratoriais e conduta (continuação)

Exame	Resultado	Conduta
Anti-HIV ou teste rápido diagnóstico para HIV	Positivo	Realizar o aconselhamento pós-teste e encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco e infectologista.
	Negativo	Realizar o aconselhamento pós-teste e repetir exame no 3º trimestre.
Eletroforese de hemoglobina	Hb AA → padrão normal	Não há necessidade de encaminhamento ou orientações especiais.
	Hb AS → traço falciforme	Não há necessidade de encaminhamento ao pré-natal de alto risco. Investigar a possibilidade do pai da criança ter o traço falciforme. Quando o pai e a mãe são portadores do traço, a cada gravidez o casal terá 25% de chance de ter uma criança com a doença.
	Hb A com qualquer variante → gestante sem doença falciforme	Não há necessidade de encaminhamento ou orientações especiais.
	Hb SS, HbSC, Hb Sβ ⁺ tal, Hb Sβ ⁰ tal ou Hb SD Punjab → doença falciforme	Encaminhar ao pré-natal de alto risco para doença falciforme (PNAR - Doença Falciforme: agendamento no SISREG com prioridade alta). Orientar quanto à hereditariedade, investigar possibilidade do pai da criança também ter o traço falciforme ou a doença, com probabilidade de nascer uma criança com traço e/ou doença falciforme.
Exame de urina rotina	Hematúria	Se associada à piúria, considerar possibilidade de infecção urinária. Avaliar urocultura (vide item 5.7.1). Se hematúria isolada, excluir sangramento vaginal e repetir exame em 15 dias.
	Cilindrúria → possibilidade de nefropatia	Encaminhar ao pré-natal de alto risco.
	Proteinúria “traços” ou 1+ (na ausência de hipertensão arterial)	Repetir exame em 15 dias. Monitorização da pressão arterial (pelo menos uma vez por semana).
	Proteinúria ≥ 2+ (na ausência de hipertensão) → nefropatia	Solicitar proteinúria de 24 horas e encaminhar ao pré-natal de alto risco.
Urocultura	> 100000 UFC** → ITU	Realizar tratamento conforme resultado do antibiograma, avaliando os medicamentos que podem ser utilizadas durante a gestação (vide item 5.7.1). Solicitar urocultura de controle de cura.
	Negativo	Repetir exame no 3º trimestre.
	< 100000 UFC**	Repetir urocultura mensalmente até definição do diagnóstico.



Quadro 4 - Interpretação dos resultados de exames laboratoriais e conduta (continuação)

Exame	Resultado	Conduta
Proteinúria de fita (realizada no centro de saúde em gestantes com aumento de pressão arterial após 20 semanas de gestação)	Proteinúria negativa ou “traços” → sugere o diagnóstico de hipertensão arterial gestacional	Solicitar exames laboratoriais (vide item 5.2) e proteinúria de 24 horas. Se confirmado o diagnóstico de hipertensão gestacional (proteinúria < 300mg/24h) , a gestante permanecerá em acompanhamento no centro de saúde com os seguintes cuidados: medir pressão arterial diariamente, reduzir intervalo entre as consultas (no máximo 7 dias), orientar sobre sinais de alerta (cefaleia, escotomas, epigastria, dor em hipocôndrio, dispneia), realizar proteinúria de fita e exames laboratoriais (vide item 5.2), encaminhar a gestante semanalmente à maternidade para avaliação da vitalidade fetal (cardiotocografia).
	Proteinúria positiva ($\geq 1+$) → sugere diagnóstico de pré-eclâmpsia	Encaminhar a gestante inicialmente à maternidade de referência para avaliação, propedêutica materna e fetal e definição do diagnóstico . Após definição do diagnóstico na maternidade , gestantes com pré-eclâmpsia sem critérios de gravidade retornarão ao centro de saúde e deverão ser encaminhadas para acompanhamento no pré-natal de alto risco (prioridade alta) . Gestantes com diagnóstico de pré-eclâmpsia com critérios de gravidade permanecerão internadas até o parto .

* O médico ou o enfermeiro deverá prescrever insumos (glicosímetro e fitas para medidas de glicemia capilar), no momento da constatação de diabetes *mellitus*, conforme protocolo atual de diabetes *mellitus* da PBH.

** Unidades formadoras de colônias.

4.2.5.1 Ultrassom obstétrico

Recomenda-se, de rotina, um **exame ultrassonográfico obstétrico**, via abdominal, durante a gestação de baixo risco, a ser realizado entre 13 e 20 semanas. Esse exame deverá ser agendado via SISREG como prioridade média, após solicitação do **médico ou enfermeiro**, exceto quando há suspeita de infecção pelo vírus Zika, situação na qual a gestante realizará maior número de exames.

O ultrassom (US) em gestações abaixo de 13 semanas **NÃO constitui exame de rotina** durante o pré-natal, devendo ser solicitado apenas nos casos de sangramento vaginal de primeiro trimestre, na ausência de alterações hemodinâmicas e/ou sinais de abdome agudo. **Quando houver indicação de US antes de 13 semanas**, o exame deverá ser solicitado **exclusivamente por médico** e agendado no SISREG **sob regulação (prioridade altíssima)**, sendo a **via endovaginal** recomendada nesses casos.

Se houver suspeita de **gravidez ectópica**, orienta-se encaminhar a gestante à **maternidade de referência** com **urgência**.

O US obstétrico deverá ser solicitado, por médico ou enfermeiro, na 40ª semana, nos casos de colo imaturo (longo e fechado) e sem sinais de trabalho de parto. A solicitação deverá ser realizada, **sob regulação (prioridade altíssima)**.

De acordo com indicação clínica, outros exames ultrassonográficos poderão ser solicitados à critério do pré-natalista, desde que devidamente justificado seu pedido (**QUADRO 5**).

Quadro 5 - Indicação clínica para solicitação de ultrassom

Indicação clínica	Profissional solicitante Agendamento no SISREG
Sangramento de segundo ou terceiro trimestre (sem alteração hemodinâmica)	Solicitado por médico ou enfermeiro. Ultrassom obstétrico via abdominal prioridade média.
Suspeita de alteração no crescimento fetal (crescimento intrauterino restrito ou macrosomia) Suspeita de alterações no líquido amniótico (oligo ou polidrâmnio)	Solicitado por médico ou enfermeiro. Ultrassom obstétrico via abdominal prioridade alta.
Infecção suspeita ou confirmada por vírus Zika durante a gestação: • Para as gestantes que já tenham realizado ultrassonografia obstétrica antes do exantema, independentemente da data do exame, recomenda-se a realização de mais duas ultrassonografias obstétricas durante a gestação, nos seguintes momentos: • Entre 20 e 24 semanas de gestação e • Entre 32 e 35 semanas de gestação. • Para as gestantes que apresentaram exantema e que ainda não tenham realizado nenhuma ultrassonografia obstétrica na gestação atual recomenda-se: • Realizar, a partir da 13ª semana de gestação, ultrassonografia obstétrica para avaliação da idade gestacional e avaliação inicial do feto. • Realizar uma ultrassonografia entre 20 e 24 semanas de gestação. • Repetir a ultrassonografia entre 32 e 35 semanas de gestação.	Para as gestantes com infecção confirmada pelo vírus Zika (PCR positivo), o serviço de pré-natal de alto risco do Hospital Metropolitano Odilon Behrens (PNAR ZIKA vírus) será responsável pela solicitação / realização dos exames de ultrassonografia obstétrica. Para as gestantes com suspeita de infecção pelo vírus Zika (aguardando resultado do PCR) ou que não tenham colhido a amostra em tempo adequado, o médico ou o enfermeiro do centro de saúde deverão solicitar a ultrassonografia como prioridade alta no SISREG.

4.2.6 Avaliação do risco gestacional e encaminhamento ao pré-natal de alto risco, Medicina Fetal e serviço de urgência

A gravidez compreende um período de modificações fisiológicas no organismo materno, associadas a mudanças emocionais e sociais. A maioria das gestações evolui de maneira favorável, porém um percentual apresenta probabilidade de evolução desfavorável, seja pela presença de comorbidades maternas prévias ou pelo aparecimento de complicações clínicas e/ou obstétricas durante a gestação. A identificação de situações de risco para a saúde materna e/ou fetal é imprescindível para garantir o encaminhamento oportuno a níveis de maior complexidade assistencial e diminuir a morbimortalidade materna e infantil.

O acolhimento, com escuta qualificada da gestante, compreende importante instrumento na identificação de situações que confirmam risco à saúde materna e/ou fetal. Outro instrumento é proporcionar uma consulta completa para a gestante, que inclui anamnese e exame físico detalhado. **A avaliação do risco gestacional deve ser realizada pelo médico ou pelo enfermeiro em todas as consultas de pré-natal.** A identificação de qualquer risco implica em encaminhamento ao PNAR ou à maternidade de referência, conforme descrito abaixo. As gestantes em acompanhamento no PNAR devem permanecer vinculadas à sua eSF para maior vigilância.

4.2.6.1 Fatores de risco para a gestação que indicam atenção especial com as gestantes permanecendo sob os cuidados de sua equipe de Saúde da Família, porém com calendário de consulta flexível

4.2.6.1.1 Fatores de risco relacionados a características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis

- Altura menor que 1,45 m.
- Idade menor do que 15 anos ou maior do que 35 anos.
- IMC <18,5 ou ≥ 35,0.
- Baixa escolaridade (< que cinco anos de estudo).
- Gravidez não programada, principalmente em adolescente.
- Condições ambientais desfavoráveis.
- Ocupação: esforço físico e carga horária excessivos, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos.
- Uso prejudicial de drogas lícitas ou ilícitas (acompanhamento em conjunto com a Saúde Mental através de suporte de matriciamento, interconsultas com profissionais da rede e/ou do CERSAM).
- Transtornos mentais (acompanhamento em conjunto com a Saúde Mental).
- Epilepsia controlada, sem uso de medicamento ou uso em monoterapia com baixas doses de medicamentos não teratogênicos.
- Hipertensão crônica controlada (pressão arterial menor ou igual a 140/90mmHg) sem uso de anti-hipertensivo.
- Asma brônquica intermitente.
- Passado de câncer (doença “curada”).
- Passado de pielonefrite.
- Traço falciforme.

4.2.6.1.2 Fatores de risco relacionados à história reprodutiva anterior

- Cirurgia uterina anterior.
- Dificuldade para engravidar.
- Macrosomia fetal.
- Morte perinatal explicada.
- Nuliparidade ou multiparidade (pelo menos dois partos anteriores).
- Pré-eclâmpsia prévia.
- Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado.
- Último parto há menos de dois anos ou mais de cinco anos.

4.2.6.1.3 Fatores de risco relacionados à gestação atual

- Anemia leve / moderada com resposta adequada ao tratamento de prova com sulfato ferroso.
- Crescimento uterino inadequado acima ou abaixo do esperado, conforme gráfico de acompanhamento da medida útero-fita (nestes casos devem-se solicitar US obstétrico).
- Egresso hospitalar por pielonefrite na gestação atual.
- Ganho ponderal inadequado.
- Infecção urinária.

4.2.6.2 Fatores de risco que demandam encaminhamento ao pré-natal de alto risco (agendamento via SISREG, após encaminhamento médico ou do enfermeiro)

Após referenciamento da gestante ao pré-natal de alto risco (PNAR), o serviço de pré-natal de alto risco será responsável por toda a propedêutica materna e fetal necessárias ao acompanhamento da gestação e deverá fazer contrarreferência com orientações de seguimento de tratamento da gestante sob os seus cuidados. O centro de saúde deverá continuar monitorando e acompanhando a gestante durante todo o pré-natal, dando suporte a mesma e realizando busca ativa, se necessário.

- Hipertensão arterial crônica em uso de anti-hipertensivo.
- Pré-eclâmpsia sem critérios de gravidade confirmada por diagnóstico clínico e laboratorial (níveis pressóricos maiores que 140/90 mmHg e menores que 160/110 mmHg após a 20ª semana de gestação, na ausência de sintomas e com proteinúria de 24h $\geq$ 300 mg).
- Passado de pré-eclâmpsia com menos de 34 semanas na gestação anterior ou 2 gestações anteriores com pré-eclâmpsia.
- Cardiopatias reumáticas, congênitas, hipertensivas, arritmias, valvulopatias.
- Pneumopatias: asma persistente, em uso crônico de medicamentos; doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC).
- Doenças tireoidianas: hipertireoidismo (exceto o hipertireoidismo subclínico transitório da gestação, diagnosticado através de TSH baixo e T4 livre normal, até 18 semanas de gestação) e hipotireoidismo (TSH $>$ 2,5 no primeiro trimestre ou TSH $>$ 3 após o primeiro trimestre).
- Diabetes *mellitus* pré-gestacional ou gestacional.
- Epilepsia de difícil manejo, não controlada.
- Anemia grave ou anemia leve / moderada sem resposta ao tratamento de prova com sulfato ferroso.
- Doença falciforme (**Agendamento via SISREG, para ginecologia pré-natal de alto risco para anemia falciforme**).
- Nefropatias: doença renal crônica, hidronefrose, rins policísticos.
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, artrite reumatoide e outras collagenoses).
- Passado de tromboembolismo pulmonar ou trombose venosa profunda.
- Perda gestacional de repetição (três ou mais).
- Morte fetal inexplicada.
- Malformações uterinas, miomatose com repercussão na gestação (miomas volumosos).
- Câncer invasor de origem ginecológica ou aqueles que estejam em tratamento ou possam repercutir negativamente na gestação.
- Portadoras de doenças infecciosas, incluindo toxoplasmose aguda, citomegalovírus, rubéola durante a gravidez, infecção pelo HIV.
- Infecção por vírus Zika (agendamento via SISREG, **sob regulação (prioridade altíssima), especificamente para ginecologia pré-natal de alto risco para vírus Zika**).
- US evidenciando microcefalia ou alterações neurológicas no feto (agendamento via SISREG, **sob regulação (prioridade altíssima)**, especificamente para **ginecologia PNAR para vírus Zika**).
- Portadoras de hepatite B (HBsAg positivo).
- Passado de cirurgia bariátrica.
- Placenta prévia.
- Incompetência istmocervical (passado de incompetência istmocervical ou suspeita diagnóstica na gestação atual).

- Malformações fetais (gastrosquise, onfalocele e cardiopatias) - **agendamento sob regulação (prioridade altíssima) para ginecologia do PNAR**. Quando necessário, o serviço de pré-natal de alto risco fará o encaminhamento à Medicina Fetal
- Fetos com defeitos de fechamento do tubo neural deverão ser agendados sob regulação com encaminhamento à Medicina Fetal, preferencialmente antes da 26ª semana de gestação.
- Desvios do crescimento uterino confirmados ao ultrassom como:
 - Gestação gemelar.
 - Polidrâmnio.
 - Oligohidrâmnio.
 - Crescimento intrauterino restrito (CIUR).
 - Macrossomia fetal.

O serviço de pré-natal de alto risco deve reencaminhar ao centro de saúde as gestantes referenciadas inadequadamente ao PNAR (em não conformidade com o protocolo), por meio de guia de contrarreferência.

4.2.6.2.1 Critérios de encaminhamento para Medicina Fetal (agendamento via SISREG, sob regulação)

- Isoimunização materna.
- Válvula de uretra posterior fetal – Fetos apresentando ao ultrassom megabexiga, hidronefrose bilateral, megaureter e anidrâmnio.
- Fetos com defeitos de fechamento do tubo neural deverão ser agendados sob regulação com encaminhamento à Medicina Fetal, preferencialmente antes da 26ª semana de gestação.

Os casos acima são de extrema gravidade e merecem o encaminhamento imediato para a medicina fetal. O fator "tempo" é determinante para o bom prognóstico fetal.

4.2.6.3 Critérios para encaminhamento à maternidade de referência (urgência)

- Trabalho de parto.
- Amniorrexe prematura.
- Gravidez a partir de 41 semanas.
- Hemorragia na gestação.
- Suspeita de pré-eclâmpsia.
- Suspeita de pielonefrite.
- Suspeita de tromboembolismo pulmonar ou trombose venosa profunda.
- Febre a esclarecer.
- Instabilidade hemodinâmica.
- Hiperemese gravídica.
- Diminuição de movimentação fetal.
- Bradicardia ou taquicardia fetal.
- Alteração de bem-estar fetal em exame complementar (ultrassom obstétrico).
- Diagnóstico de anencefalia fetal e com o desejo da gestante de interrupção da gravidez.

O centro de saúde deve realizar encaminhamento responsável à maternidade de referência. O

médico deve entregar o relatório à gestante e fazer contato com o plantonista da maternidade para comunicar o quadro clínico. Quando necessário, o centro de saúde deve providenciar o transporte da gestante para a maternidade. **A maternidade de referência deverá receber a gestante, independentemente da disponibilidade de vagas, garantindo o direito e o modelo de “Vaga Sempre”, preconizado pela Rede Cegonha.**

O mapa da vinculação do pré-natal de alto risco, parto e nascimento para os Centros de Saúde de BH pode ser consultado no **ANEXO III** (antes denominado "Mapa da vinculação das gestantes dos Centros de Saúde para as maternidades do SUS-BH", sofreu alterações após a publicação da Portaria SMSA/SUS-BH Nº 0399/2018, que institui os mapas e diretrizes de vinculação e os indicadores de monitoramento da contratualização do componente pré-natal, parto e nascimento no âmbito das maternidades SUS de Belo Horizonte).

4.3 Cuidados na gestação

4.3.1 Pré-natal do parceiro

A estratégia pré-natal do parceiro visa a sensibilização de gestores, profissionais da saúde, mulheres e homens sobre a importância do envolvimento dos pais, futuros pais e parceiros durante o planejamento sexual e reprodutivo, gestação, parto, puerpério e cuidados posteriores com o desenvolvimento da criança, oportunizando o fortalecimento de vínculos entre pais, parceiras(os) e filhas(os).

É também uma oportunidade para que o parceiro avalie sua condição de saúde, aproveitando sua presença nas consultas de pré-natal. Neste momento, pode-se ofertar exames de rotina e testes rápidos, convidando-o a participar das atividades educativas e ao exercício da paternidade consciente; promover o autocuidado, prevenir doenças crônicas, como hipertensão e diabetes; e IST's, como HIV, sífilis e hepatites B e C, reduzindo a transmissão, além de promover a confiança de sua parceira, reduzindo seus medos e angústias.

A gravidez também é um assunto do pai/parceiro e sua participação durante todo esse processo é fundamental para o bem-estar biopsicossocial da mãe, do bebê e dele próprio, sendo o pré-natal o momento oportuno e propício para isso!

4.3.2 Orientações fisioterapêuticas e terapêuticas ocupacionais

A gravidez provoca modificações em todo o corpo, incluindo músculos, articulações e ossos. À medida que o útero cresce, o centro de gravidade da mulher se altera e consequentemente sua postura também se altera para adaptar-se às modificações do corpo. A partir daí, é comum surgirem as posturas incorretas, sobrecarregando a coluna vertebral e as articulações. Além disso, as mudanças hormonais resultam em frouxidão ligamentar, tornando a gestante mais suscetível a entorses articulares e tendinopatias. Esses processos podem causar sintomas como dores nas costas, dores articulares, inchaços, câimbras, entre outros. Nos casos em que se fizer necessário, o fisioterapeuta e o terapeuta ocupacional irão orientar a gestante quanto à autopercepção corporal e adequação postural, além de fornecer estratégias para adaptações ambientais que favoreçam posturas corretas durante as atividades de vida diária. Os aconselhamentos da fisioterapia e da terapia ocupacional do NASF-AB, por meio de ações coletivas e individuais, irão ajudar

as gestantes a prevenir e tratar os diversos desconfortos e limitações funcionais desta fase. Em alguns casos, podem ocorrer quadros mais agudos e incapacitantes, como compressão do nervo ciático e síndrome do túnel do carpo. Diante disso, o caso deve ser avaliado individualmente pelo profissional do NASF-AB para definição de conduta, que pode incluir a articulação do cuidado com a atenção especializada.

4.3.3 Orientações posturais

- Ao dormir: a gestante deve deitar-se sempre de lado, de preferência o esquerdo. Utilize um travesseiro na cabeça, outro para apoiar a barriga e entre os joelhos.
- Ao levantar da cama: a gestante deve virar-se de lado, apoiando o tronco sobre o cotovelo e levando as pernas para fora da cama. Evitar levantar flexionando o tronco para frente, pois esta posição promove um afastamento dos músculos reto abdominais, prejudicando assim a função de sustentação dos órgãos abdominais e sua ação durante o período expulsivo.
- Ao sentar: a gestante deve se sentar sobre as nádegas, favorecendo com que os joelhos relaxem em ângulo reto (90°), com os pés descansando no chão. Se for permanecer muito tempo nessa posição deve-se estimular a circulação batendo os pés no chão alternadamente. A cadeira deverá ter encosto e braço de apoio.
- Ao permanecer em pé por períodos prolongados: fazer movimentos alternados de ponta dos pés e retorno do calcanhar ao solo, a fim de favorecer o retorno venoso dos membros inferiores. Para lavar louça, cozinhar ou lavar roupa, a gestante deve apoiar um dos pés sobre um banquinho, e alterná-los. Usar vassouras e rodos com cabos mais longos para não se curvar durante a limpeza. Se necessário alongar os cabos com adaptações. Evitar rodar o tronco levando o lixo à frente do corpo.
- Ao levantar objetos: a gestante deverá dobrar os joelhos, abrir as pernas, encaixar a barriga entre elas. Colocar o objeto próximo ao corpo e concentrar a força para se levantar nos músculos das pernas. Evitar inclinar a coluna para frente.

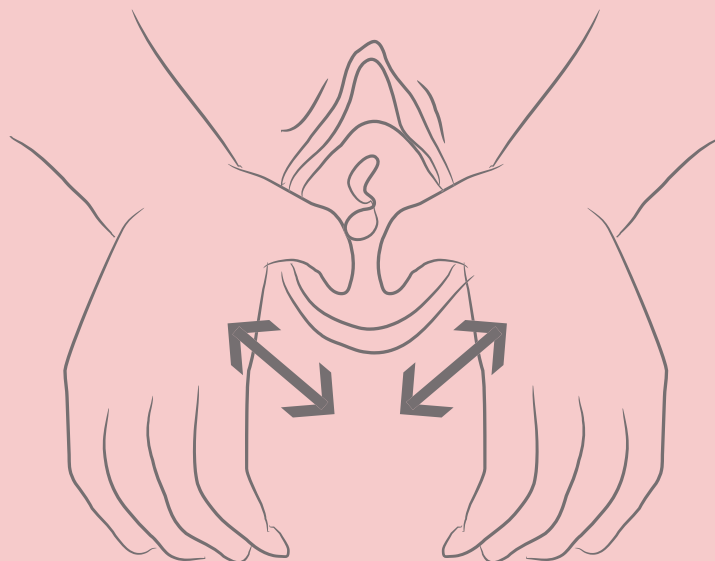
4.3.4 Massagem perineal para prevenção de lacerações no parto

A massagem no períneo durante o período pré-natal tem-se mostrado eficaz na prevenção da necessidade da episiotomia e na diminuição das lacerações que a mulher pode ter durante o parto.

Essa técnica é usada para ajudar no alongamento/flexibilidade e preparar o períneo (parte de pele, músculos etc. entre a vagina e o ânus) para o parto.

Essa massagem não vai apenas preparar o tecido do seu corpo, mas vai também permitir que a mulher conheça e aprenda sobre as sensações do parto e como controlar os músculos da vagina.

Instruções que o profissional de saúde deve oferecer à gestante sobre como fazer a massagem perineal



- Lavar as mãos (da gestante e do companheiro, caso ele ajude nas massagens).
- Iniciar a massagem perineal com aproximadamente 34 semanas de gestação. Massagear todos os dias por 5 a 10 minutos.
- Encontrar um lugar onde a gestante possa sentar e estar sozinha ou com o companheiro, ininterruptamente.
- Tentar ver o períneo com ajuda de um espelho para observar como ele é.
- Usar compressas com toalhas mornas no períneo por 10 minutos, ou tomar um banho morno (de banheira, assento, ou chuveiro, em último caso), para proporcionar um relaxamento da região.
- Lubrificar os dedos polegares e o períneo com gel lubrificante íntimo, óleo de vitamina E, óleo vegetal puro ou óleo de semente de uva. Manter sempre os dedos e a região lubrificada.
- Introduzir as polpas digitais dos dedos polegares dentro da vagina. Pressionar e empurrar os dedos para baixo (para as nádegas) e para os lados. A gestante deverá sentir um leve estiramento, formigamento ou queimação, mas não deve sentir dor. Manter esse movimento por 2 minutos ou até que a gestante sinta a região levemente adormecida.
- Se no parto anterior, a gestante necessitou da realização da episiotomia ou se ocorreu lacerações, prestar especial atenção ao tecido de cicatrização que, geralmente, não é tão elástico e a massagem, nessas regiões, deverá ser feita mais intensamente e com maior cuidado.
- Massagear em volta da região externa da vagina.

4.3.5 Exercícios para o assoalho pélvico

Usar os polegares para forçar delicadamente a abertura dos tecidos da vagina, em pequeno diâmetro. Imaginar como seria se a cabeça do seu bebê estivesse fazendo esse movimento na hora do parto.

4.3.6 Orientações nutricionais

Os primeiros 1000 dias de vida são contados desde o primeiro dia de gravidez e vão até os 2 anos de idade. Estes dias são caracterizados por uma fase de rápido crescimento e desenvolvimento do organismo. É neste período que o corpo e os órgãos crescem, enquanto o cérebro e os sistemas digestório e imunológico se desenvolvem.

A nutrição adequada durante os primeiros 1000 dias influencia a saúde da criança, não apenas em curto prazo. Há também um impacto profundo no desenvolvimento da criança, o que pode afetar de maneira significativa a qualidade de vida que ela terá no futuro. A mãe deve ter uma alimentação equilibrada e saudável tanto para o adequado crescimento e desenvolvimento do bebê quanto para que o corpo possa se preparar para o aleitamento. Para garantir a melhor nutrição nesse período, os profissionais de saúde poderão oferecer orientações nutricionais para a gestante.

Estão listadas abaixo algumas orientações sobre alimentação que os profissionais de saúde podem abordar com as gestantes:

- Fazer pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e 2 lanches saudáveis por dia, evitando ficar mais de três horas sem comer.
- Evitar “pular” refeições e não fique mais de três horas sem se alimentar. O jejum prolongado pode provocar um consumo exagerado na refeição seguinte.
- Não trocar o almoço e o jantar por guloseimas ou “beliscos”.
- Evitar deitar-se logo após as refeições.
- Consumir pelo menos 2 litros de água (6 a 8 copos) ao dia, evitando os horários de grandes refeições. A água é muito importante para o organismo, pois melhora o funcionamento do intestino e hidrata o corpo. Bebidas açucaradas não substituem a água e devem ser evitadas para favorecer o controle de peso.
- Preferir alimentos *in natura* ou minimamente processados. Alimentos processados (industrializados) apresentam mais sódio, açúcar, gorduras e aditivos químicos.
- Utilizar com moderação alimentos do grupo de cereais (arroz, milho, pães e alimentos feitos com farinha de trigo e milho), raízes e tubérculos, como as batatas e mandioca. Dar preferência aos cereais integrais, que possuem maior quantidade de fibras e regularizam o funcionamento do intestino (arroz integral, farinha integral, pão integral, aveia, trigo para quibe etc.).
- Consumir diariamente pelo menos três porções de legumes e verduras (metade de um prato ou 1 pires cheio no almoço e jantar) e três porções de frutas (1 porção = 1 laranja ou 1 maçã ou 1 pera ou 1 fatia média de mamão ou 1 banana) nos intervalos. As frutas e hortaliças são essenciais para a formação saudável do feto e proteção da saúde materna, por isso devem estar presentes em todas as refeições e lanches do dia.
- Montar um prato colorido e variar os tipos de frutas, legumes e verduras consumidos durante a semana, considerando a disponibilidade de alimentos regionais e da safra.
- Consumir diariamente hortaliças verdes escuras (couve, brócolis, agrião, taioba, rúcula) e outros alimentos coloridos alaranjados (mamão, abóbora, cenoura, laranja, acerola, tomate, manga).
- Consumir o típico prato brasileiro “arroz com feijão”, pelo menos cinco vezes na semana. Este prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e é excelente para a saúde. Evitar cozinhar carnes gordas ou embutidos junto com o feijão e prefira arroz integral.
- Usar também outros tipos de leguminosas como grão-de-bico, ervilha seca e lentilha. Os feijões e demais leguminosas são ricos em ferro e sua ingestão frequente ajuda a prevenir a anemia, principalmente quando consumidos próximo ao horário de frutas ricas em vitamina C, como: acerola, laranja, caju, limão, goiaba e outras.
- Evitar a ingestão de chá ou café junto às refeições principais (consumir 1 a 2 horas antes ou depois).

- Incluir sementes (de girassol, gergelim, abóbora e outras) e castanhas (do Brasil, de caju, nozes, amendoim, amêndoas e outras) na alimentação. Esses alimentos são fontes de proteínas e de gorduras de boa qualidade.
- Consumir diariamente 3 porções de laticínios (1 porção = 1 copo de leite ou 1 pote de iogurte ou 1 fatia de queijo), dando preferência a alimentos com menor teor de gordura. Leite e derivados são as principais fontes de cálcio na alimentação. Procurar consumir as fontes de cálcio em horários diferentes das refeições que contenham alimentos ricos em ferro (carnes e vísceras), com pelo menos 2 horas de intervalo e evite acrescentar café ou achocolatado ao leite, dessa forma aproveita-se melhor o cálcio do leite.
- Carnes, aves, peixes e ovos fazem parte de uma alimentação nutritiva e são ricos em proteínas de boa qualidade. Procurar consumir mais peixes e frangos e sempre preferir as carnes magras, retirando a pele e a gordura visível. Recomenda-se o consumo de 1 porção ao dia desses alimentos (1 bife de peito de frango ou 1 ovo cozido ou 1 bife de boi ou 1 sobrecoxa ou 1 filé de peixe ou 1 bife de porco). Consumir peixe pelo menos 2 vezes por semana para aumentar o consumo de ômega 3 (dê preferência a peixes pequenos como sardinha, truta e pescada).
- Evitar o consumo de alimentos gordurosos, como carnes com gordura visível, embutidos (salsicha, linguiça, salame, presunto, mortadela), queijos amarelos, salgadinhos, chocolates e sorvetes.
- Ficar atenta à quantidade de óleo utilizada no preparo das refeições: 1 litro de óleo por mês é suficiente para uma família de quatro pessoas. Além disso, no lugar das frituras, prefira preparações assadas, cozidas, ensopadas e grelhadas. Lembrar-se que alimentos muito gordurosos podem piorar os enjoos no início da gravidez, além de aumentar o peso mais rapidamente.
- Optar pelo azeite de oliva extravirgem para temperar saladas, sem exagerar na quantidade.
- Evitar alimentos ultraprocessados como refrigerantes e sucos industrializados, biscoitos recheados e outras guloseimas no dia-a-dia. Lembrar-se que alimentos diet e light também são ultraprocessados e devem ser utilizados somente se orientado por profissional de saúde.
- Substituir sobremesas doces por frutas. Valorizar o sabor natural dos alimentos e das bebidas, evitando ou reduzindo o açúcar adicionado a eles.
- Utilizar pouco sal para cozinhar e evite adicioná-lo ao prato. No lugar do sal, utilize as ervas aromáticas, como orégano, salsa, coentro, cebolinha, tomilho, manjerição e outras conforme preferência individual. Evitar consumir alimentos industrializados, como hambúrguer, charque, salsicha, linguiça, presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas prontas, molhos e temperos prontos. A quantidade de sal por dia deve ser de, no máximo, uma colher de chá rasa (5g), por pessoa, distribuída em todas as refeições.
- Evitar a ingestão de cafeína acima de 200 mg/dia, o que corresponde a 2 xícaras de chá de café.
- Após a manipulação de carnes cruas, lavar bem as mãos e evitar tocar mucosas. Evitar contato de carnes cruas com vegetais e carnes cozidas, pelo risco de contaminação cruzada.
- Não consumir carnes (boi, porco, frango etc.), pescados e ovos malcozidos, leite ou laticínios não pasteurizados, bem como frutas e vegetais crus não higienizados.
- Utilizar solução clorada para higienizar frutas e hortaliças:
 - Colocar 1 litro de água filtrada ou fervida em uma vasilha com 1 colher de sopa de água sanitária. Lavar os alimentos em água corrente e mergulhe-os na vasilha com a solução, deixando por 15 minutos. Retirar os alimentos e enxague-os com água potável.

4.3.7 Atividade física

Os exercícios físicos podem contribuir para a redução dos desconfortos comuns durante a gestação, controlar o ganho de peso, diminuir o estresse, melhorar o sono e o desempenho das

atividades do cotidiano. Mesmo a mulher que nunca praticou exercício e que tem uma vida sedentária pode se beneficiar com a orientação de exercícios e com o acompanhamento do profissional de educação física. Mulheres sem complicações médicas ou de obstetrícia devem acumular 30 minutos diários de exercício com intensidade moderada, durante e após a gestação.

Na rede SUS-BH a gestante pode realizar atividades físicas com acompanhamento do profissional de educação física na Academia da Cidade de referência de seu domicílio ou em grupos de atividade física conduzidos por este profissional, em seu CS de referência. Na Academia da Cidade, a gestante será submetida a uma avaliação física pelo profissional de educação física, e caberá a esse profissional a escolha do programa mais adequado a cada fase da gestação e adaptá-lo criteriosamente às necessidades individuais da gestante. Caso seja observada alguma contraindicação para a prática de exercícios físicos durante a avaliação, a gestante será encaminhada para seu médico de referência.

Devem-se evitar as seguintes condições:

- Exercícios na posição de decúbito dorsal após o primeiro trimestre.
- Exercícios de impacto.
- Exercícios em locais muito úmidos e quentes.
- Manobra de valsalva durante os exercícios.
- Esportes que possam acarretar perda de equilíbrio e quedas.

Em geral, o exercício no período pós-parto pode começar entre 4 a 6 semanas após o parto.

4.3.7.1 Contraindicações absolutas para prática do exercício físico durante a gestação

- Ruptura de membrana e trabalho de parto prematuro.
- Sangramento persistente no segundo ou terceiro trimestre/ placenta prévia.
- Hipertensão induzida pela gestação ou pré-eclâmpsia.
- Incompetência cervical.
- Evidência de restrição de crescimento intrauterino.
- Diabetes tipo I, hipertensão ou doença da tireoide não controlados.
- Outras doenças graves cardiovascular, respiratória ou sistêmica.

4.3.7.2 Contraindicações relativas para exercício físico durante a gestação

- Histórico de aborto espontâneo ou parto prematuro em gestação prévia.
- Doença cardiovascular ou respiratória leve/moderada (ex: hipertensão crônica, asma).
- Anemia ou deficiência de ferro (Hb menor 10mg/L).
- Desnutrição ou transtorno alimentar (anorexia, bulimia).
- Gestação gemelar após 28 semanas.
- Outra condição médica significativa.

O exercício físico na gestação passa a ser um risco nos casos de restrição no crescimento fetal, hipóxia e hipertermia. Para prevenir a hipertermia, os profissionais de educação física devem verificar a aclimação e ventilação do ambiente, evitando ambientes quentes para a prática do exercício, além de orientar as gestantes quanto ao uso de roupas adequadas, hidratação e sintomas de choque hipertérmico.

4.3.7.3 Lian Gong

O *Lian Gong* em 18 Terapias é uma ginástica terapêutica chinesa que proporciona muitos benefícios para os praticantes, incluindo prevenção e tratamento de dores osteomusculares.

Gravidez é uma das contraindicações relativas para a prática do *Lian Gong*. Somente um instrutor bem experiente pode trabalhar com os exercícios chineses, em sessões individualizadas para cada gestante.

4.3.8 Abordagem para usuárias de tabaco, álcool e outras drogas

Abordagem breve às fumantes: remeter à caderneta de abordagem breve que contém dicas de como parar de fumar.

Sabe-se que qualquer tipo de droga tem potencial para produzir malformações. É importante estar atento ao uso do tabaco, álcool e outras drogas, seja nas consultas, em grupos de pré-natal ou por meio de informações da equipe. A gestante deverá ser orientada para o abandono ou a redução do uso das drogas lícitas e/ou ilícitas. Um plano terapêutico singular deverá ser elaborado para essa gestante para a condução do caso envolvendo a eSF, o médico ginecologista, o NASF-AB, a assistente social e o psicólogo do CS. Deverá ser oferecido suporte psicológico, grupos de apoio e, se necessário, encaminhamento à Saúde Mental.

4.3.9 Imunização

A vacinação durante a gestação tem como objetivo a proteção da gestante e do feto. A administração de vacinas de vírus inativados (raiva humana e influenza), de bactérias mortas, toxóides (tetânico e diftérico) e de vacinas constituídas por componentes de agentes infecciosos (hepatite B) não acarreta qualquer risco para o feto.

A vacina dTpa (tríplice bacteriana acelular do adulto) tem o objetivo específico na gestação de proteger contra tétano neonatal e coqueluche no recém-nascido. Em relação ao componente *pertussis* (proteção contra coqueluche), o objetivo da vacinação da gestante é diminuir a transmissão da mãe para o recém-nascido após o parto e a proteção relativa do recém-nascido por meio dos anticorpos maternos via transplacentária. Por isto é que a cada gestação, independentemente do intervalo entre elas, a vacinação deve ser repetida, pois aquele feto deve ser protegido por meio da vacinação durante aquela gestação.

As recomendações do Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde para a vacinação de rotina em gestantes estão descritas no **QUADRO 6**. Demais recomendações encontram-se descritas no **QUADRO 7**.

As vacinas virais vivas que contêm os componentes do sarampo, da rubéola, da caxumba e da febre amarela não são recomendadas em situações normais. Contudo, quando for alto o risco de ocorrer a infecção natural pelos agentes dessas doenças (viagens a áreas endêmicas ou vigência de surtos ou epidemias), deve-se avaliar cada situação, sendo válido optar-se pela vacinação quando o benefício for considerado maior do que o possível risco. Caso se vacine uma mulher em idade fértil e que não está gestante, deve-se recomendar que, se houver o desejo de engravidar, que o faça após, no mínimo, 30 dias após a vacinação.

Em situações de pós-exposição, a vacina contra raiva humana não é contraindicada durante a gestação. Na pré-exposição, a gestante também pode ser vacinada. Entretanto, é preferível que ela receba a vacina somente se não puder evitar as situações de possível exposição ao vírus rábico.

Após a vacinação com tríplice viral, recomenda-se evitar a gravidez durante um mês (30 dias), apenas por precaução. Se a mulher engravidar antes desse prazo ou se houver administração inadvertida durante a gestação, a gestante deverá ser orientada e acompanhada pelo serviço de saúde.

Gestante suscetível que tenha contato com varicela deve receber a imunoglobulina humana antivaricela-zoster (IGHVAZ).

Outras dúvidas em relação à imunização entrar em contato com a Referência Técnica em Imunização da respectiva Gerência de Assistência, Epidemiologia e Regulação (GAERE).

Quadro 6 - Recomendações do programa nacional de imunização do ministério da saúde para vacinação de rotina em gestantes

Imunobiológico	Recomendação	Esquema
Vacina contra influenza (fragmentada)	Gestantes em qualquer período gestacional	Dose única durante a campanha anual contra influenza.
Vacina contra hepatite B (recombinante)	Gestantes em qualquer período gestacional	Na impossibilidade de se realizar o anti-HBs, deve-se avaliar o estado vacinal da gestante. Gestante com confirmação de esquema vacinal completo prévio: não é necessário vacinar novamente. Gestante sem confirmação de vacinação anterior: vacinar de acordo com o esquema proposto. Três doses com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda e de 180 dias entre a primeira e a terceira.
Vacina dupla do tipo adulto - dT (tétano e difteria)	Gestantes em qualquer período gestacional	Quadro 7 Situações e condutas para a vacinação de gestantes com dT e dTpa.
Vacina dTpa (tétano, difteria e coqueluche acelular)	Administrar uma dose a partir da vigésima semana (20ª) de gestação. Para aquelas que perderam a oportunidade de serem vacinadas durante a gestação, administrar uma dose da dTpa no puerpério, o mais precocemente possível.	DOSE ÚNICA Quadro 7 Situações e condutas para a vacinação de gestantes com dT e dTpa.

Quadro 7 - Situações e condutas para a vacinação de gestantes com dT e dTpa

Situação	Conduta
Gestantes NÃO vacinadas previamente	Administrar três doses de vacinas contendo toxoides tetânico e diftérico com intervalo de 60 dias entre as doses. Administrar as duas primeiras doses de dT e a última dose de dTpa (após 20ª semana).
Gestantes vacinadas com uma dose de dT	Administrar uma dose de dT e uma dose de dTpa (após 20ª semana) com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias.
Gestantes vacinadas com duas doses de dT	Administrar uma dose da dTpa na 20ª semana.
Gestantes vacinadas com três doses de dT	Administrar uma dose da dTpa na 20ª semana.
Gestantes vacinadas com três doses de dT e com dose de reforço há menos de cinco anos	Administrar uma dose da dTpa na 20ª semana.
Gestantes vacinadas com três doses de dT e com dose de reforço há mais de cinco anos	Administrar uma dose da dTpa na 20ª semana.

4.3.10 Saúde Bucal

Os profissionais de saúde bucal devem trabalhar de forma integrada com os demais profissionais da equipe de saúde. Esta integração visa melhorar a captação e adesão das gestantes ao cuidado em saúde bucal.

A partir do diagnóstico da gestação, é importante que os profissionais da eSF estabeleçam como rotina informar o nome da gestante (endereço, etc.) à Equipe de Saúde Bucal (ESB), para que esta usuária seja inserida para avaliação odontológica. Para facilitar a adesão da usuária ao atendimento, recomenda-se o “agendamento casado” (consulta médica ou de enfermagem ou atividades coletivas no mesmo turno do atendimento de Saúde Bucal). Desta forma, a adesão é facilitada e o absenteísmo diminuído.

A comunicação entre os profissionais da ESB e da eSF deve ser contínua para que as usuárias faltosas ou com dificuldade de adesão ao tratamento sejam sensibilizadas por todos os profissionais sobre a importância do tratamento odontológico para uma gestação saudável e segura, para a mãe e o bebê. A busca ativa das gestantes não captadas ou faltosas deve ser atividade contínua e acompanhada pelos profissionais.

Recomenda-se organizar o acesso da gestante ao tratamento odontológico, por meio da realização do levantamento de necessidades em saúde bucal, preferencialmente em grupo de gestantes, caso já exista no CS. Deverá ser avaliada a possibilidade de flexibilização do tempo de consulta. As gestantes classificadas com códigos 0 e 00 devem receber as orientações sobre os cuidados em saúde bucal em consultas mais curtas e em atividades coletivas, considerando que não necessitam de intervenção assistencial.

O encaminhamento para avaliação odontológica deve ser realizado em qualquer idade gestacional, garantido no mínimo uma consulta de avaliação, e seguimento de acordo com a necessidade. Algumas questões importantes a considerar no pré-natal:

- A gravidez por si só não determina quadro de doença periodontal. Alterações na composição da placa subgengival, resposta imune da gestante e a concentração de hormônios sexuais são fatores que influenciam a resposta do periodonto. A gravidez acentua

a resposta gengival, modificando o quadro clínico em usuárias que já apresentam falta de controle de placa. O estímulo a higiene oral e alimentação saudável desde o início da gravidez pode assegurar uma boa saúde bucal. Os alimentos ingeridos pela mãe, contendo quantidades adequadas de nutrientes, afetam positivamente a formação dos dentes do feto. Recomenda-se o consumo restrito de alimentos açucarados.

- 2º trimestre de gestação é o período mais adequado para a realização de intervenções clínicas e procedimentos odontológicos essenciais, sempre de acordo com as indicações. Exodontias ou cirurgias não são contraindicadas, mas deve-se avaliar a possibilidade de realização do procedimento após a gravidez.
- As gestantes com necessidade de reabilitação por meio de próteses totais ou parciais acrílicas devem ser reabilitadas para melhoria da função mastigatória, estética e autoestima.
- Radiografias – se for necessária a realização de radiografias, proteger a gestante com avental de chumbo e protetor de tireoide e, se possível, utilizar filmes ultrarrápidos. Quando não for caso de dor/urgência, evitar radiografias no 1º trimestre (embriogênese).
- Os anestésicos locais apresentam plena segurança de uso durante todo o período de gestação, não havendo contraindicações do seu uso. Embora tenham a capacidade de atravessar a barreira placentária, não estão relacionados a efeitos teratogênicos. **A solução anestésica mais empregada é a lidocaína a 2% com epinefrina na concentração de 1:100.000.** A presença do vasoconstritor na solução anestésica é essencial e também não apresenta contraindicações, tendo como vantagens o aumento da concentração local dos anestésicos (reduzindo a toxicidade sistêmica), a ação hemostática e o prolongamento do seu efeito farmacológico. Sem vasoconstritor, o anestésico pode não ser eficaz, além de seu efeito passar mais rapidamente. A dor resultante pode levar a paciente ao estresse, fazendo com que haja liberação de catecolaminas endógenas em quantidades muito superiores às aquelas contidas em tubetes anestésicos e, conseqüentemente, mais prejudiciais. A felipressina deve ser evitada em pacientes grávidas por ser derivada da vasopressina e, teoricamente, ter capacidade de levar à contração uterina. Em relação à mepivacaína, mais pesquisas devem ser realizadas já que seus riscos para o feto não são bem detalhados, portanto, seu uso é desaconselhado. Não devem ser administrados a benzocaína (presente em anestésicos tópicos) e a prilocaína, uma vez que estes fármacos diminuem a circulação placentária e apresentam o risco de metemoglobinemia e hipóxia fetal.
- Na administração dos anestésicos locais, deve-se adotar como cuidado a injeção lenta da solução com aspiração prévia, para evitar injeção intravascular. Além disso, deve-se utilizar no máximo dois tubetes (3,6 ml) de anestésico por sessão de atendimento empregando a técnica anestésica adequadamente, de modo a evitar necessidade de repetições.
- Flúor – não é recomendado suplemento de flúor no período pré-natal. A água do município de Belo Horizonte é fluoretada. Deve ser recomendado o uso de creme dental com flúor na concentração de 1.000 a 1.500 ppm (conforme informação no rótulo do produto), para adequada efetividade.
- As ações educativas e orientações sistemáticas direcionadas às mães têm obtido grande impacto na prevenção da cárie em bebês. Recomendamos enfaticamente, o aconselhamento sobre os cuidados durante o parto e período puerperal, estimulando o aleitamento materno, por período mínimo de seis meses. Esclarecer sobre o uso de chupeta e mamadeira, e suas conseqüências deletérias para o desenvolvimento das estruturas da face, e riscos de desenvolvimento de respiração bucal no bebê. O ideal é que o uso da mamadeira não seja estimulado, mas, se necessário, deve ser limitado ao primeiro ano de vida. Recomendar postergar ao máximo a introdução de alimentos açucarados ao bebê, de preferência só após os 12 meses. Evidências apontam para a diminuição na prevalência de cárie em crianças que tiveram o consumo de açúcar postergado.
- Os dentes decíduos começam a se formar a partir da sexta semana de vida intrauterina e os dentes permanentes a partir do quinto mês de vida intrauterina. Por isto, os seguintes

fatores podem acarretar problemas nos dentes dos bebês: o uso de medicamentos, a ocorrência de infecções e deficiências nutricionais, entre outros.

- Ações educativas: em atendimento individual e coletivo no pré-natal, realizado pela equipe multiprofissional com destaque para frequência e qualidade da alimentação e higiene oral.

Ressalta-se a importância do apoio gerencial para promover a integração dos profissionais da Saúde Bucal com o restante da eSF, fomentando a participação em reuniões de equipe, grupos, discussão de casos e atendimento compartilhado.

4.3.II Orientações de cuidado com saúde

Nas viagens de carro, as gestantes devem ser informadas sobre o uso correto do cinto de segurança, que deve ser de três pontos, usado acima e abaixo do abdome, e não sobre ele. Viagens aéreas geralmente são seguras para a grávida até quatro semanas antes da data provável do parto. A gestante deve ser orientada quanto ao uso de meia elástica no caso de viagem longa.

A abstinência sexual justifica-se em situações de risco, como ameaça de abortamento, placenta prévia ou alto risco de prematuridade.

5 Situações e intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes durante o pré-natal

5.1 Vômitos na gestação

A ocorrência de náuseas e vômitos ocasionais até cerca de 14 semanas de gestação configura quadro de emese gravídica e é considerada normal. Sua forma grave, a hiperemese gravídica, ocorre em 0,3 a 2% das gestações e caracteriza-se por vômitos incoercíveis, desidratação, oligúria, perda de peso e distúrbios metabólicos. Pode ocasionar, nos casos graves, insuficiência hepática, renal e neurológica.

Orientações nutricionais (**vide item 4.3.6**), apoio psicológico e ações educativas desde o início da gravidez podem evitar os casos mais complicados.

Nas situações de emese persistente, o profissional de saúde deve prescrever medicamentos antieméticos, por via oral ou intravenosa, além de hidratação. O medicamento padronizado na Relação Municipal de Medicamentos (REMUME) para prescrição e utilização nos CS e domicílio é a Metoclopramida que deve ser prescrita na dose de 10 mg via oral. A ondansetrona pode ser prescrita para utilização no CS, na dose de 4mg, via oral, até de 8/8h.

Os casos de emese gravídica, que não responderam à terapêutica inicialmente instituída ou casos graves com hiperemese gravídica e alterações hemodinâmicas devem ser encaminhados para avaliação na maternidade.

As racionalidades médicas do PRHOAMA, Acupuntura, Homeopatia e Medicina Antroposófica podem ser indicadas como primeira opção para as gestantes com emese ou para as mulheres que não responderam a outras terapêuticas.

5.2 Síndromes hipertensivas

As síndromes hipertensivas constituem uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal e associam-se a um risco aumentado de hemorragia, insuficiência renal aguda, descolamento prematuro de placenta, crescimento intrauterino restrito, prematuridade e óbito fetal.

Define-se **hipertensão na gravidez** como uma **pressão arterial sistólica maior ou igual a 140 mmHg e/ou pressão arterial diastólica maior ou igual a 90 mmHg, em pelo menos duas aferições, após intervalo de repouso de quinze minutos**. A pressão diastólica deve ser identificada pela fase V de Korotkoff. **Pressão arterial sistólica maior ou igual a 160 mmHg e/ou pressão arterial diastólica maior ou igual a 110 mmHg configuram hipertensão grave**.

As síndromes hipertensivas dividem-se em quatro categorias na gestação: hipertensão arterial crônica, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia / eclâmpsia e pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica. A classificação, diagnóstico e conduta nas síndromes hipertensivas da gestação estão descritos no **QUADRO 8**.

Considera-se como **proteinúria positiva** um resultado **maior ou igual a 300mg em urina de 24 horas ou um resultado de 1+ no exame de urina rotina (proteinúria de fita)**.

Os anti-hipertensivos que podem ser utilizados na gestação e puerpério, bem como os critérios de gravidade para pré-eclâmpsia são descritos, respectivamente, nos quadros **9** e **10**.

Na gestante **hipertensa crônica**, recomenda-se estimular a prática de atividade física aeróbica (caminhada, hidroginástica) com moderação, duas a três vezes por semana. O profissional de saúde também deve orientar a gestante quanto a alimentação saudável. Gestantes hipertensas crônicas com bom controle pressórico (pressão arterial menor ou igual a 140/90 mmHg), sem uso de anti-hipertensivo, serão acompanhadas pela equipe de Saúde da Família, em conjunto com o ginecologista do CS. Gestantes hipertensas crônicas em uso de anti-hipertensivo devem ser encaminhadas ao pré-natal de alto risco. Hidroclorotiazida, nifedipino, anlodipino, propranolol ou metildopa podem ser mantidos durante a gestação, caso a gestante já esteja em uso desses medicamentos. Os inibidores da enzima conversora de angiotensina e os antagonistas do receptor de angiotensina II são contraindicados durante a gestação e devem ser suspensos imediatamente após o diagnóstico de gestação (**QUADRO 9**).

Em caso de crise hipertensiva (pressão arterial sistólica maior ou igual a 160 mmHg e/ou pressão arterial diastólica maior ou igual a 110mmHg), independentemente da idade gestacional, encaminhar a gestante para avaliação na maternidade de referência.

Gestantes com **suspeita de pré-eclâmpsia** devem ser, inicialmente, encaminhadas à maternidade de referência, para propedêutica materna e fetal e definição do diagnóstico. **Após definição do diagnóstico na maternidade**, gestantes com **pré-eclâmpsia sem critérios de gravidade** retornarão ao CS e deverão ser encaminhadas para acompanhamento em **pré-natal de alto risco (prioridade alta)**. Gestantes com diagnóstico de **pré-eclâmpsia com critérios de gravidade (QUADRO 10)** permanecerão internadas até o parto.

A **eclâmpsia (convulsão)** configura **emergência**, sendo necessário acionar o Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (**SAMU**) para **transferência imediata à maternidade de referência**. Nestes casos, recomenda-se manter as vias aéreas livres para reduzir o risco de aspiração, oxigenação por cateter nasal ou máscara e puncionar acesso venoso calibroso.

A identificação de pressão arterial sistólica maior ou igual a 160 mmHg e/ou pressão arterial diastólica maior ou igual a 110mmHg no puerpério (até 42 dias pós-parto) indica o encaminhamento à maternidade de referência para avaliação e propedêutica laboratorial.

A persistência de hipertensão arterial (140/90 mmHg) 12 semanas após o parto configura hipertensão arterial crônica.

Quadro 8 - Classificação, diagnóstico e conduta nas síndromes hipertensivas da gestação

Diagnóstico	Características	Conduta
Hipertensão Arterial crônica	Pressão arterial maior ou igual a 140/90mmHg previamente a gestação ou detectada antes da 20 ^a semana de gestação.	Gestantes em uso de anti-hipertensivo: encaminhar ao pré-natal de alto risco . Gestantes com níveis pressóricos menores ou iguais a 140/90mmHg, sem uso de anti-hipertensivos: acompanhamento no centro de saúde, aferir pressão 2 a 3 vezes por semana e avaliar necessidade de diminuição do intervalo entre as consultas. Deve-se solicitar na primeira consulta de pré-natal , além dos exames de rotina, proteinúria de 24 horas, eletrocardiograma (ECG) e creatinina .
Hipertensão gestacional	Hipertensão após a 20 ^a semana de gestação, não associada à proteinúria.	Acompanhamento no centro de saúde com os seguintes cuidados: medir pressão arterial diariamente , reduzir intervalo entre as consultas (no máximo 7 dias) , orientar sobre sinais de alerta (cefaleia, escotomas, epigastralgia, dor em hipocôndrio, dispneia) , realizar proteinúria de fita e exames laboratoriais (vide 4.2.5) semanalmente , encaminhar a gestante semanalmente à maternidade para avaliação da vitalidade fetal (cardiotocografia) .
Pré-eclâmpsia	Hipertensão após a 20 ^a semana de gestação com proteinúria positiva ($\geq 300\text{mg}$ em 24 horas ou $\geq 1+$ em fita). Na ausência de proteinúria, hipertensão de início súbito associada a qualquer um dos critérios: plaquetas < 100000 , creatinina maior que $1,1\text{mg/dL}$ ou duas vezes a concentração de creatinina na ausência de doença renal, transaminases duas vezes o valor normal , edema pulmonar , sintomas ou alterações visuais .	Encaminhar a gestante inicialmente à maternidade de referência para avaliação, propedêutica materna e fetal e definição do diagnóstico . Após definição do diagnóstico na maternidade , gestantes com pré-eclâmpsia sem critérios de gravidade retornarão ao centro de saúde e deverão ser encaminhadas para acompanhamento em pré-natal de alto risco (prioridade alta) . Gestantes com diagnóstico de pré-eclâmpsia com critérios de gravidade permanecerão internadas até o parto.
Eclâmpsia	Presença de convulsões em gestantes com pré-eclâmpsia.	Encaminhamento à maternidade (emergência/SAMU) . Manter vias aéreas livres, oxigenação e puncionar acesso venoso calibroso.



Quadro 8 - Classificação, diagnóstico e conduta nas síndromes hipertensivas da gestação (continuação).

Diagnóstico	Características	Conduta
Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica	Aparecimento de proteinúria após a 20ª semana de gestação em gestantes hipertensas crônicas ou gestantes hipertensas crônicas com proteinúria antes da 20ª semana de gestação e que apresentam: descontrole pressórico com necessidade de aumento progressivo de doses de anti-hipertensivos, manifestação súbita de sinais ou sintomas, como aumento de enzimas hepáticas duas vezes o valor de referência, plaquetas < 100000, dor em hipocôndrio direito ou cefaleia, edema ou congestão pulmonar, desenvolvimento de insuficiência renal (creatinina > 1,1mg/dL na ausência de outra doença renal), aumento súbito da proteinúria.	Encaminhar a gestante inicialmente à maternidade de referência para avaliação, propedêuticas materna e fetal e definição do diagnóstico . Após definição do diagnóstico na maternidade , as gestantes com diagnóstico de pré-eclâmpsia com critérios de gravidade sobreposta à hipertensão crônica permanecerão internadas .

Quadro 9 - Anti-hipertensivos que podem ser utilizados na gestação e no puerpério

Medicamento	Dose inicial / via administração / intervalo	Dose máxima
Metildopa	250 mg, via oral, 8/8h	500 mg 6/6h
Nifedipino	20 mg, via oral, 12/12h	20 mg 4/4h
Anlodipino	5 mg, via oral, 24/24h	10 mg 24/24h
Hidroclorotiazida	25 mg, via oral, 24/24h	50 mg 24/24h
Propranolol	40 mg, via oral, 12/12h	40 mg 8/8h

Quadro 10 - Critérios de gravidade para pré-eclâmpsia

Critérios
Pressão arterial sistólica maior ou igual a 160 mmHg e/ou pressão arterial diastólica maior ou igual a 110mmHg em duas ocasiões, com intervalo de 30 minutos entre as duas medidas.
Trombocitopenia (plaquetas < 100000).
Disfunção hepática: elevação de transaminases (duas vezes o valor normal), dor intensa em hipocôndrio direito ou dor epigástrica não responsiva a medicação.
Insuficiência renal progressiva (creatinina maior que 1,1 mg/dL ou duas vezes a concentração sérica na ausência de outra doença renal).
Edema pulmonar
Distúrbios cerebrais ou visuais.

* Qualquer um destes achados configura pré-eclâmpsia com critérios de gravidade.

5.3 Asma

A asma é a doença pulmonar mais comum na gestante. Durante a gravidez, aproximadamente um terço das mulheres asmáticas apresenta piora do quadro, um terço apresenta melhora e um terço permanece com a asma inalterada. A classificação e o manejo da asma, de acordo com a gravidade durante a gestação estão descritos no **QUADRO 11**.

A budesonida é o corticoide inalatório de preferência na gestação. A beclometasona apresenta baixo risco fetal e pode ser usada caso a budesonida não esteja disponível.

Gestantes com diagnóstico de asma intermitente serão acompanhadas no CS, pela eSF. Gestantes com diagnóstico de asma persistente, em uso crônico de medicação, deverão ser encaminhadas ao pré-natal de alto risco.

A crise de asma na gestante deve ser tratada da mesma forma que na não gestante. A saturação materna de oxigênio deve ser mantida acima de 95% para que não haja hipoxemia fetal. O salbutamol é o β 2-agonista de curta duração mais utilizado.

As racionalidades médicas do PRHOAMA, Acupuntura, Homeopatia e Medicina Antroposófica podem auxiliar as gestantes com asma intermitente ou persistente tanto como primeira opção terapêutica, além das situações em que houver falha terapêutica ou contraindicação aos tratamentos convencionais.

Quadro 11 - Classificação e manejo da asma de acordo com a gravidade durante a gestação

Classificação e manejo da asma				
Gravidade	Asma leve intermitente	Asma leve persistente	Asma moderada persistente	Asma grave
Controle geral	Bem controlada	Parcialmente controlada	Parcialmente controlada	Não controlada
Classificação	Sintomas ≤ 2 vezes por semana. Sintomas noturnos ≤ 2 vezes por mês. VEF1 $\geq 80\%$ do predito, variação VEF1 $<20\%$.	Sintomas > 2 vezes por semana, mas não diários. Sintomas noturnos > 2 vezes por mês. VEF1 80% do predito, variação 20-30%.	Sintomas diários. Sintomas noturnos > 1 vez por semana. VEF1 $>60\%$ do predito, variação $> 30\%$. Necessidade de medicação regular para controle dos sintomas.	Sintomas contínuos. Sintomas noturnos frequentes. VEF1 $\leq 60\%$ do predito, variação $> 30\%$. Necessidade de corticoide oral para controle dos sintomas.
Manejo	Nenhum medicamento diário. β2-agonista de curta duração (salbutamol) quando necessário.	Corticoide inalatório (budesonida ou beclometasona) de baixa dose.	Corticoide inalatório de baixa dose e β2-agonista de longa duração (formoterol, salmeterol) OU corticoide inalatório de média dose e β2-agonista de longa duração se necessário.	Corticóide inalatório de alta dose e β2-agonista de longa duração e corticoide oral se necessário.

5.4 Obesidade

O excesso de peso no Brasil e no mundo é um problema de saúde pública. De acordo com o Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico – Ministério da Saúde (VIGITEL, 2016), a prevalência de sobrepeso no Brasil era de 50,5% e obesidade, 19,6% entre mulheres com idade igual ou superior a 18 anos, e em Belo Horizonte, de 46,9% e 18%, respectivamente. No que diz respeito às gestações, 25 a 30% das gestantes estão acima do peso no Brasil.

Evidências sugerem que aumentos modestos no IMC materno foram associados a risco aumentado de óbito fetal, neonatal, perinatal e infantil. Uma revisão sistemática ainda mostrou que gestantes obesas apresentam maior risco para diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, hipertensão arterial, depressão, cesariana, infecção de sítio cirúrgico, prematuridade, macrosomia fetal, dificuldades no aleitamento e anomalias fetais, quando comparadas a gestantes com peso saudável. Além disso, a obesidade e o ganho de peso gestacional excessivo durante a gravidez alteram o ambiente intrauterino e elevam o risco de obesidade infantil.

Assim, é de extrema importância o registro do estado nutricional tanto no prontuário quanto no Cartão da Gestante. A avaliação do estado nutricional é capaz de fornecer informações importantes para a prevenção e o controle de agravos à saúde e à nutrição. Para maiores esclarecimentos veja o tópico “4.2.4 Avaliação nutricional”. O **QUADRO 12** apresenta o ganho de peso total recomendado, assim como o ganho de peso no 1º, 2º e 3º trimestres nos casos de gestantes com sobrepeso e obesidade.

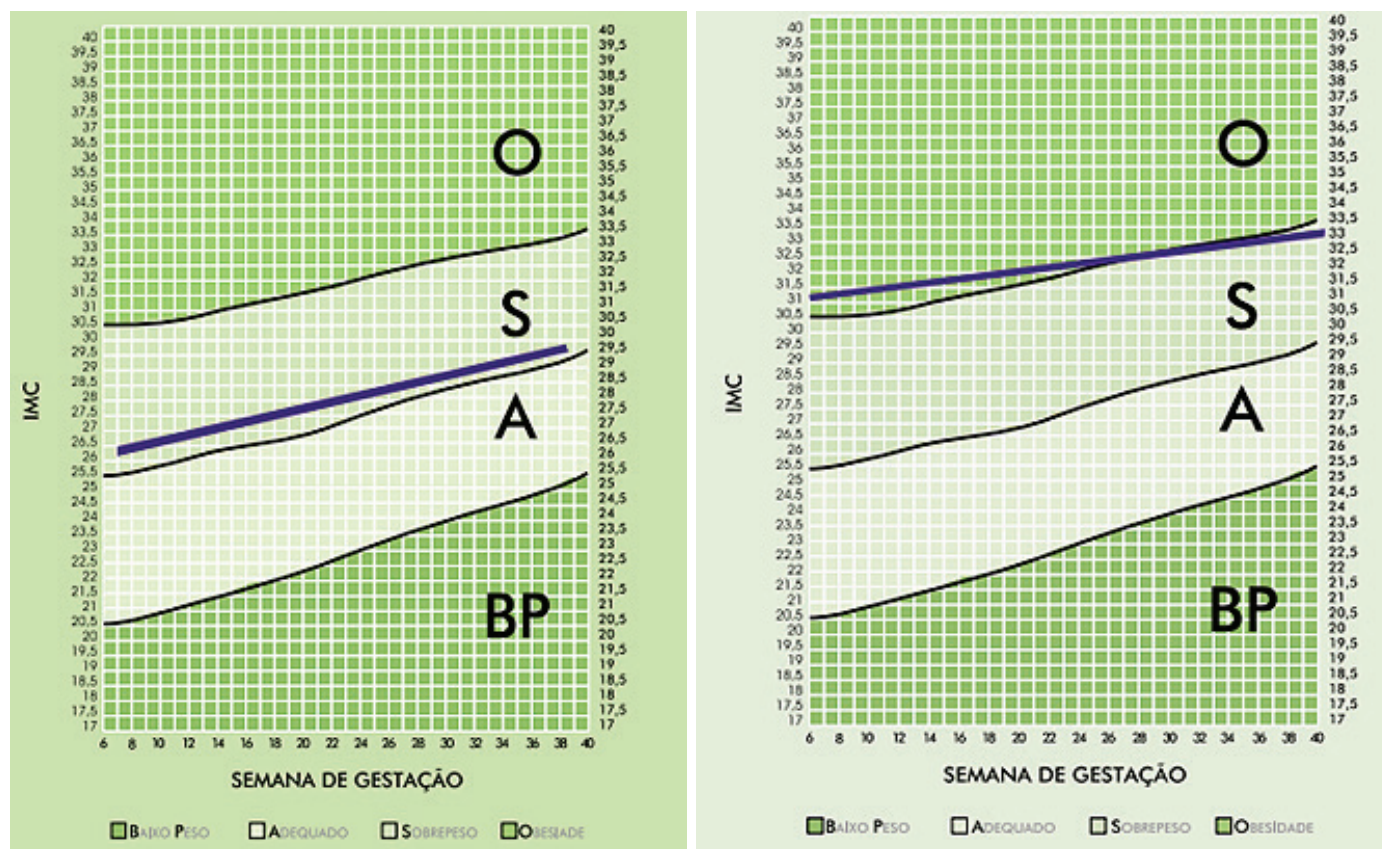
Quadro 12 - Ganho de peso recomendado durante a gestação segundo o estado nutricional inicial nos casos de excesso de peso

Estado nutricional inicial	Ganho de peso (kg) total no 1º trimestre (IG < 14 semanas)	Ganho de peso (g) semanal médio no 2º e 3º trimestres (IG ≥ 14 semanas)	Ganho de peso (kg) total na gestação
Sobrepeso	Até 0,5 a 2,0 kg	280	7,0 a 11,0
Obesidade	Até 0,5 a 2,0 kg	220	5,0 a 9,0

Fonte: Adaptado de INSTITUTE OF MEDICINE, 2009.

O acompanhamento do estado nutricional deve ser realizado por meio do gráfico do IMC segundo a semana gestacional, presente no cartão da gestante e no prontuário eletrônico. Deve-se acompanhar o traçado da curva. Nos casos de gestantes com sobrepeso, a curva deve apresentar inclinação ascendente semelhante às curvas que delimitam a de sobrepeso (S), a depender do seu estado nutricional inicial. Já nos casos de gestantes com obesidade, a curva deve apresentar inclinação semelhante ou inferior (desde que ascendente) à curva que delimita a parte inferior da faixa de obesidade (O).

Figura 3 - Avaliação do traçado da curva de acompanhamento do estado nutricional da gestante, segundo o gráfico de índice de massa corporal, por semana gestacional



Fonte: BRASIL, 2004, p.29.

É importante ressaltar que o traçado deve ser sempre ascendente, durante toda a gestação, mesmo para gestantes com excesso de peso. No entanto, este ganho de peso deve ser acompanhado e não ultrapassar os limites da faixa de ganho de peso recomendado.

Um trabalho de revisão sistemática mostrou que, independente do IMC pré-gestacional, o ganho de peso acima da meta durante a gestação esteve relacionado ao recém-nascido grande para a idade gestacional e macrosomia fetal.

Evidências mostram que alimentação saudável e atividade física podem reduzir o risco de ganho de peso gestacional em excesso, além de outros benefícios como menor risco de parto por cesariana, de macrosomia fetal, de morbidade respiratória neonatal e de hipertensão materna.

No acompanhamento do pré-natal, além das questões biológicas e nutricionais, deve-se considerar o contexto familiar e a rede social em que a gestante está inserida. Um aspecto importante no cuidado pré-natal da gestante com excesso de peso, está relacionado ao aumento do apetite, que não deve ser compreendido apenas como uma necessidade fisiológica. Este apetite excessivo também pode estar relacionado a uma demanda afetiva, exacerbada pela busca de alimentos. Dessa forma, espaços de discussões devem ser estabelecidos na busca por estratégias facilitadoras do cuidado nutricional da gestante que apresenta excesso de peso.

5.4.I Orientações nutricionais para tratamento da obesidade

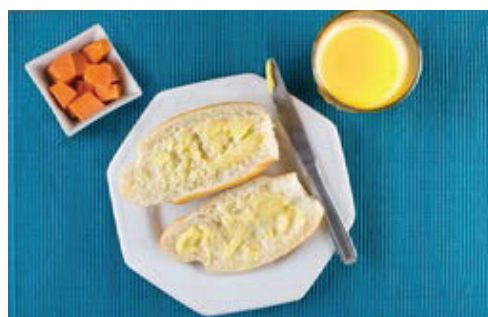
Durante a gestação não se recomenda dietas restritivas para perda de peso, somente orientações para alimentação saudável que visem o ganho de peso dentro do previsto, conforme **QUADRO 12**. As orientações nutricionais gerais também podem ser repassadas às gestantes obesas.

Ressalta-se que o uso de adoçantes durante a gestação deve ser reservado para pacientes que

precisam controlar o seu ganho de peso e para as diabéticas. Baseado nas evidências atualmente disponíveis deve-se dar preferência a estévia, sucralose, acessulfame-K e aspartame. O açúcar pode ser utilizado por gestantes com sobrepeso e obesidade com moderação, inserido na quantidade calórica diária computada.

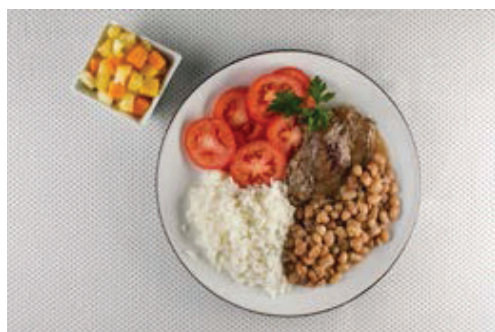
Para garantir a variedade e equilíbrio das recomendações de alimentação saudável, sugere-se que os profissionais de saúde orientem as gestantes a adequarem suas refeições com a combinação de alimentos da seguinte maneira:

- Café da manhã: Leite ou derivado + Preparações à base de cereais ou farinha ou tubérculos + Fruta.



Fonte: BRASIL, 2014c.

- Almoço e jantar: Verduras e legumes crus em saladas ou em preparações cozidas ou refogadas + Arroz ou farinhas ou raízes/tubérculos ou massas + Feijão ou outra leguminosa + Carnes magras + Fruta de sobremesa.



Fonte: BRASIL, 2014c.



- Pequenas refeições: Frutas frescas ou frutas secas ou leite ou iogurte natural ou oleaginosas (castanhas e nozes).



Fonte: BRASIL, 2014c.



É muito importante planejar o que será consumido nas refeições, sobretudo quando se está fora de casa.

As necessidades nutricionais, particularmente de calorias, são muito variáveis, dependendo da idade, peso, altura, nível de atividade física e trimestre de gestação, por isso não se pretende propor dietas padronizadas. Além disso, há bastante variabilidade no modo como as pessoas distribuem sua alimentação ao longo do dia.

O nutricionista poderá orientar quanto à necessidade calórica da gestante, propondo plano alimentar conforme os hábitos individuais e condição clínica da gestante.

Os casos de gestantes com excesso de peso devem ser discutidos em reuniões de matriciamento da eSF com o NASF-AB e encaminhados a nutricionistas e/ou psicólogos quando necessário. Os profissionais de saúde podem fornecer orientações nutricionais básicas às gestantes e nos casos que tais orientações forem insuficientes para o ganho de peso adequado/esperado das gestantes com sobrepeso ou obesidade, a eSF poderá encaminhar para o NASF-AB para atendimento especializado, seja individual ou em grupos.

Para melhorar a eficácia das orientações dietéticas sobre a velocidade do ganho de peso em gestantes, essas orientações devem ser implementadas antes da 20ª semana de gestação. Além do aconselhamento nutricional, as gestantes devem ser aconselhadas sobre a prática de atividade física, desde que adaptada à sua condição individual e que não haja contraindicação médica.

5.4.2 Atividade física

Mulheres em idade reprodutiva e obesas antes de engravidarem já devem iniciar um exercício físico regular de acordo com suas preferências.

As gestantes obesas que já estavam praticando exercício físico devem continuar com o treinamento, desde que não tenha contraindicação e comunicar ao profissional de educação física em qual semana gestacional se encontram para os devidos ajustes.

Se a gestante não praticava nenhum exercício físico, mas já era uma mulher ativa, está motivada e não apresenta nenhuma contraindicação à prática, a mesma pode e deve ser encaminhada a Academia da Cidade ou grupos de atividade física orientada para avaliação.

É importante o profissional observar que os exercícios físicos no primeiro trimestre devem ser mais suaves devido aos desconfortos e riscos da gestação. Já o segundo trimestre é o momento ideal para progredir com o treinamento e ajudar no controle de ganho de peso gestacional. As gestantes podem ser encaminhadas por médico ou outro profissional do CS através de guia de referência para Avaliação Física completa na Academia da Cidade e grupos do NASF-AB.

5.5 Diabetes *mellitus*

Os critérios para diagnóstico de diabetes *mellitus* durante a gestação são controversos e não existe, até o momento, consenso na literatura internacional quanto ao melhor critério a ser utilizado. O rastreamento está esquematizado na **figura 4** e **figura 5**.

A **glicemia de jejum** deve ser solicitada na primeira consulta de pré-natal. Se for **menor que 92mg/dL**, deve ser **solicitado nova glicemia de jejum e o teste oral de tolerância à glicose (GPD 1 e 2 horas após 75g de dextrosol) entre 24 e 28 semanas de gestação**. Se glicemia de jejum alterada ($\geq 92 - 125$ mg/dL) antes de 24 semanas de gestação, recomenda-se **repetir a glicemia de jejum imediatamente, com orientações sobre o tempo correto de jejum (8 a 10 horas)** para coleta do exame, não orientando dieta com restrição de carboidratos entre os dois exames. **Nova glicemia entre 92 e 125 mg/dL é diagnóstico de diabetes *mellitus* gestacional** e a gestante deve ser encaminhada ao **pré-natal de alto risco, sob regulação, além de receber orientações dietéticas**. Se a **glicemia de jejum realizada antes de 24 semanas for maior ou**

igual a 126mg/dL, caracteriza diabetes *mellitus* de diagnóstico na gravidez (provavelmente pré-gestacional). Nestes casos, a gestante deve ser encaminhada ao pré-natal de alto risco, sob regulação, além de receber orientações dietéticas.

Nos casos de glicemia de jejum alterada antes de 24 semanas de gestação, deve ser garantido retorno em uma semana para avaliação do resultado da nova glicemia.

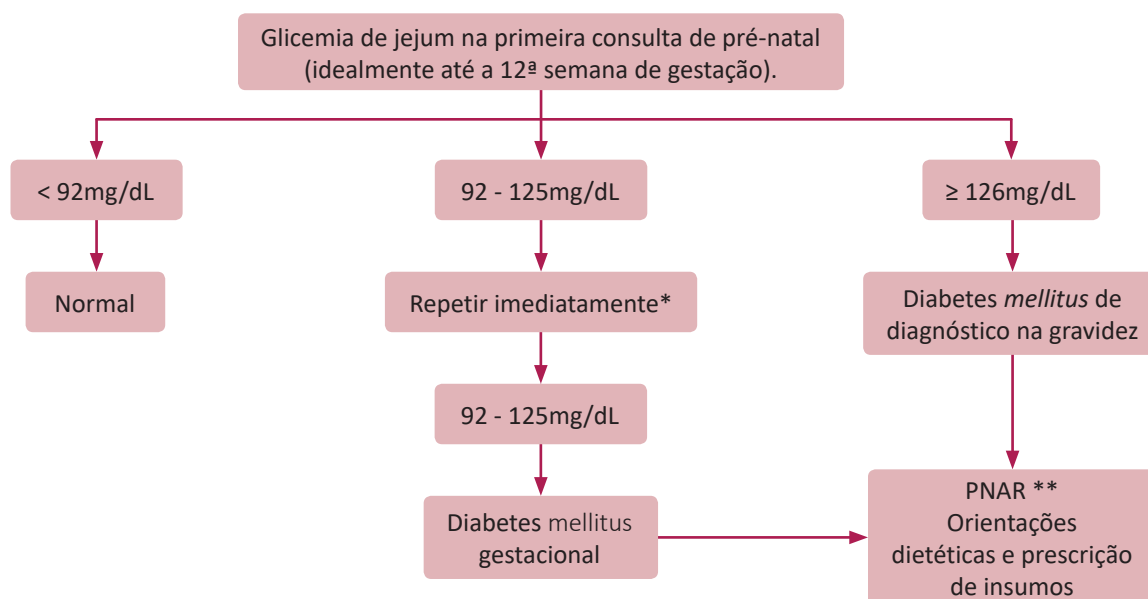
Recomenda-se realizar o teste oral de tolerância à glicose (Glicemia de jejum, GPD 1 e 2 horas após 75g de dextrosol) entre 24 e 28 semanas de gestação em todas as gestantes que apresentaram glicemia de jejum normal no início da gestação. Qualquer valor alterado (jejum: $\geq 92\text{mg/dL}$ ou 1 hora: $\geq 180\text{mg/dL}$ ou 2 horas: $\geq 153\text{mg/dL}$) é diagnóstico de diabetes *mellitus* gestacional e a gestante deve ser encaminhada ao pré-natal de alto risco, sob regulação (prioridade altíssima), com orientações dietéticas. Glicemia de jejum maior ou igual a 126mg/dL ou glicemia 2 horas após 75g de dextrosol maior ou igual a 200mg/dL caracterizam diabetes *mellitus* de diagnóstico na gravidez. Nestes casos, a gestante deve ser encaminhada ao pré-natal de alto risco, sob regulação (prioridade altíssima), além de receber orientações dietéticas.

No momento do diagnóstico de diabetes *mellitus*, o médico ou o enfermeiro deverá prescrever glicosímetro e fitas para medidas de glicemia capilar, conforme protocolo atual de diabetes *mellitus* da PBH.

Todas as gestantes com diagnóstico de diabetes *mellitus* gestacional deverão ser reclassificadas no puerpério, estando indicada a realização de glicemia de jejum e GPD 2 horas após 75g de dextrosol 42 dias após o parto. A interpretação dos exames é semelhante à utilizada para o diagnóstico de diabetes.

O nutricionista do NASF-AB poderá orientar as gestantes com diabetes *mellitus* mediante a discussão do caso em reuniões de matriciamento com a equipe de Saúde da Família, conforme necessidade.

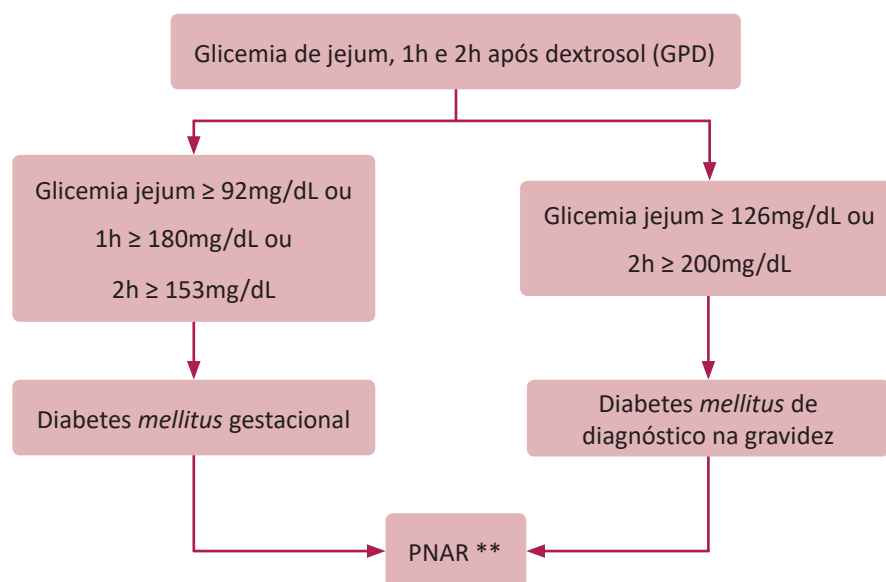
Figura 4 - Diagnóstico de diabetes mellitus antes de 24 semanas



* Orientar sobre o tempo correto de jejum (8 a 10 horas) para realização do exame e não orientar dieta com restrição de carboidrato entre os dois exames.

** Agendamento como prioridade alta para diabetes mellitus gestacional e sob regulação (prioridade altíssima) nos casos de diabetes mellitus de diagnóstico na gravidez.

Figura 5 - Diagnóstico de diabetes mellitus entre 24 e 28 semanas



** Agendamento como prioridade alta para diabetes mellitus gestacional e sob regulação (prioridade altíssima) nos casos de diabetes mellitus de diagnóstico na gravidez

OBS: Se o diagnóstico de diabetes mellitus gestacional ocorrer após 32 semanas de gestação, o agendamento do PNAR deverá ser sob regulação (prioridade altíssima).

5.6 Sangramento vaginal na gravidez

5.6.1 Na primeira metade da gravidez

Qualquer sangramento vaginal durante a gestação deve ser considerado anormal. Identificar a origem do sangramento é primordial para a conduta adequada. O **exame especular e toque** são **imprescindíveis** para avaliação dos sangramentos que ocorrem na primeira metade da gravidez, que têm como principais causas o abortamento, a gravidez ectópica e a doença trofoblástica gestacional. Outras causas de sangramento genital no primeiro trimestre são: lesões no colo uterino (pólipos, cervicites, câncer) e traumatismos ou lacerações em vulva e vagina.

Caso a gestante seja Rh negativo, o profissional de saúde deverá encaminhá-la à maternidade de referência para administração de imunoglobulina anti-Rh, exceto se o sangramento for secundário a lesões de colo uterino, traumatismos ou lacerações de vulva ou vagina. A imunoglobulina anti-Rh não está disponível para administração nos centros de saúde.

5.6.1.1 Abortamento

Abortamento é a interrupção da gestação antes de 20 semanas ou com peso fetal menor que 500g. O diagnóstico diferencial entre as formas clínicas de abortamento e a conduta em cada caso estão descritos no **QUADRO 13**.

O ultrassom contribui para o diagnóstico da forma clínica de abortamento, além de ser importante para o diagnóstico diferencial com outras causas de sangramento da primeira metade da gestação (gravidez ectópica, doença trofoblástica gestacional), porém não influencia no prognóstico da gestação e não configura urgência, **exceto nos casos de suspeita de gravidez ectópica, instabilidade hemodinâmica ou abdome agudo, quando a gestante deverá ser encaminhada**

à **maternidade em caráter de urgência / emergência**. O ultrassom realizado antes de 13 semanas de gestação deve ser solicitado **sob regulação (prioridade altíssima)** por médico e realizado por via endovaginal.

Quadro 13 - Diagnóstico diferencial entre as formas clínicas de abortamento e conduta

Diagnóstico	Apresentação clínica	Conduta
Ameaça de abortamento	Sangramento discreto, associado a cólicas leves; útero com volume proporcional ao esperado para a idade gestacional; colo uterino fechado. Palpação de anexos ao toque sem alterações.	Repouso, abstinência sexual, antiespasmódicos. Solicitar ultrassom endovaginal / transvaginal sob regulação (prioridade altíssima) . Orientações pelo CS – Não há necessidade de encaminhar à maternidade.
Abortamento inevitável	Sangramento e cólicas intensos; bolsa rota; útero com volume proporcional ou ligeiramente inferior à idade gestacional; colo dilatado.	Encaminhamento à maternidade de referência.
Abortamento incompleto	Sangramento intenso, associado a cólicas moderadas; útero com volume inferior ao esperado para idade gestacional; colo uterino entreaberto.	Encaminhamento à maternidade de referência.
Abortamento completo	Sangramento discreto ou ausente; ausência de cólicas; eliminação de conceito e anexos; volume uterino menor que o esperado para a idade gestacional; colo uterino fechado.	Solicitar ultrassom endovaginal / transvaginal sob regulação (prioridade altíssima) .
Abortamento infectado	Sangramento discreto, opaco; cólicas intensas, acompanhadas de febre ou secreção purulenta pela vagina; útero com volume variável, consistência amolecida; colo uterino entreaberto.	Encaminhamento à maternidade de referência.
Abortamento retido	Ausência de sangramento ou cólicas; útero menor que o esperado para idade gestacional; colo uterino fechado. Ultrassom evidenciando CCN $\geq 7\text{mm}$ e batimentos cardíacos fetais ausentes ou saco gestacional $\geq 25\text{mm}$ e ausência de embrião ou ausência de embrião após 14 dias da realização de ultrassom que evidenciou saco gestacional sem vesícula vitelínica ou ausência de embrião com batimento cardíaco 11 dias após realização de ultrassom que evidenciou saco gestacional com vesícula vitelínica.	Encaminhamento à maternidade de referência.

5.6.1.2 Gravidez ectópica

A gravidez ectópica corresponde a nidação do ovo fora da cavidade uterina, mais frequentemente nas tubas uterinas.

O quadro clínico caracteriza-se por história de atraso menstrual, teste positivo para gravidez, perda sanguínea uterina e dor pélvica intermitente, na fase inicial, evoluindo para dor contínua e intensa, com sinais de irritação peritoneal. As repercussões hemodinâmicas podem ser discretas, apenas com lipotímia, até quadros graves com choque hipovolêmico, na dependência do volume de sangramento intracavitário. No exame físico, avaliam-se as condições gerais e os sinais de irritação peritoneal. O exame especular pode mostrar presença de sangramento e pelo toque vaginal,

verifica-se o amolecimento do colo e a presença ou não de aumento uterino. A palpação das zonas anexiais pode provocar dor e demonstrar presença de massa.

Na suspeita de gravidez ectópica, a gestante deve ser encaminhada à maternidade de referência em caráter de urgência. A presença de abdome agudo configura urgência e sinais de instabilidade hemodinâmica caracterizam emergência. Nestes casos, os profissionais do CS deverão puncionar dois acessos venosos calibrosos, iniciar hidratação venosa vigorosa e solicitar a transferência da gestante à maternidade de referência por meio do SAMU.

5.6.1.3 Doença trofoblástica (mola hidatiforme)

O diagnóstico clínico é sugerido pela presença de sangramento vaginal intermitente, geralmente de pequena intensidade, indolor, algumas vezes acompanhado da eliminação de vesículas (sinal patognomônico). A altura uterina ou o volume uterino, em geral, é incompatível com o esperado para a idade gestacional, sendo maior previamente a um episódio de sangramento e menor após o episódio de sangramento (útero em sanfona). Nas formas completas, não há presença de batimentos cardíacos ou outras evidências de embrião. O β HCG quantitativo apresenta valor muito acima do valor normal. O diagnóstico é ultrassonográfico e é confirmado pelo exame histopatológico do material retirado na curetagem uterina. Podem estar presentes hiperemese gravídica ou pré-eclâmpsia (antes da 20ª semana de gestação).

O seguimento dos casos de mola hidatiforme de baixo risco é realizado através de dosagens semanais de β HCG quantitativo até sua negativação e, a seguir, β HCG mensal durante seis meses. Este seguimento pode ser realizado pelo médico de família ou ginecologista de apoio. É imprescindível garantir método contraceptivo eficaz durante este seguimento. Se o β HCG permanecer negativo após seis meses de acompanhamento, a mulher pode planejar nova gestação, se for seu desejo. Caso haja aumento dos níveis de β HCG, a mulher deverá ser encaminhada para o serviço de oncologia.

5.6.2 Na segunda metade da gravidez

5.6.2.1 Placenta prévia

Conhecida também como placenta de inserção baixa, ocorre em 1:200 gestações, em especial em mulheres multíparas, com passado de cesariana ou cirurgia uterina, ou com idade avançada. Corresponde à ocorrência da implantação da placenta no segmento inferior do útero, podendo ou não recobrir o orifício interno do colo uterino, e se manifesta por perda sanguínea por via vaginal, súbita, de cor vermelha viva, de quantidade variável, não acompanhada de dor, geralmente por volta da 30ª semana.

O exame obstétrico revela volume e tônus uterino normais, e os batimentos cardíacos fetais estão mantidos. O exame especular revela presença de sangramento proveniente da cavidade uterina e, na suspeita clínica, deve-se **evitar a realização de toque vaginal**.

O diagnóstico de certeza é realizado por **ultrassom**. Nos casos de sangramento leve, o médico do centro de saúde deverá solicitar ultrassom obstétrico endovaginal / transvaginal, **sob regulação (prioridade altíssima)**. Nos casos de sangramento moderado a volumoso (associado a instabilidade hemodinâmica), o profissional de saúde deve puncionar dois acessos venosos calibrosos, iniciar hidratação venosa vigorosa e encaminhar a gestante à maternidade de referência, com urgência, por meio do SAMU.

Embora seja frequente a detecção de placenta prévia no segundo trimestre da gestação, as alterações anatômicas causadas pela formação no segmento inferior do útero conduzem à resolução de mais de 90% dos casos quando a gravidez atinge o terceiro trimestre. A probabilidade de persistência de placenta prévia em gestações a termo depende da idade gestacional em que é estabelecido o diagnóstico e da distância entre a margem inferior da placenta e o orifício interno do colo. Portanto, o diagnóstico de placenta prévia requer uma confirmação ecográfica no terceiro trimestre da gestação. Para gestações acima de 16 semanas, se a borda da placenta se localiza a mais de dois centímetros do orifício interno, a localização da placenta é considerada normal e o acompanhamento ultrassonográfico para localização placentária não está indicado. As gestantes com diagnóstico de placenta prévia confirmado por ultrassom devem ser encaminhadas para o pré-natal de alto risco.

5.6.2.2 Descolamento prematuro de placenta

Corresponde à separação abrupta da placenta do sítio de implantação, antes do nascimento.

O **diagnóstico** é, preferencialmente, **clínico**. Caracteriza-se pelo aparecimento de dor abdominal súbita, com intensidade variável, dor lombar, sangramento vermelho escuro em pequena quantidade ou volumoso (coágulos), associado à hipertonia uterina e alteração dos batimentos cardíacos fetais. Na suspeita clínica, encaminhar a gestante à maternidade de referência, como emergência, por meio do SAMU.

5.7 Doenças infecciosas na gestação

5.7.1 Infecção urinária

Representa a complicação clínica mais comum durante a gestação e associa-se a abortamento, trabalho de parto pré-termo, amniorrexe prematura, baixo peso ao nascimento e infecção neonatal.

Os microorganismos mais frequentemente envolvidos são gram-negativos: *Escherichia coli* (80% a 90% das infecções), *Klebsiella pneumoniae*, *Enterobacter*, *Proteus mirabilis*, *Enterococcus faecalis* e estreptococos do grupo B.

Considera-se **bacteriúria assintomática** a colonização bacteriana do trato urinário sem qualquer manifestação clínica, ou seja, um resultado de urocultura evidenciando mais de 100.000 unidades formadoras de colônias (UFC) em gestante sem queixas urinárias relacionadas. Recomenda-se o tratamento de qualquer gestante com diagnóstico de bacteriúria assintomática, que deve ser orientado pelo antibiograma. Realizar **urocultura após o término do tratamento** (7 a 10 dias). **Após o segundo episódio de bacteriúria assintomática durante a gestação, indica-se quimioprofilaxia** (nitrofurantoína 100mg ou cefalexina 500mg, via oral, um comprimido à noite até o final da gestação).

A **cistite aguda** caracteriza-se pela presença de sintomas urinários como: disúria, polaciúria, urgência miccional, algúria, dor supra púbica, odor urinário e alterações laboratoriais. Caso a gestante já tenha urocultura com antibiograma mostrando infecção que não tenha sido tratada, realizar o tratamento orientado pelo antibiograma. Entretanto, se não há resultados de exames anteriores, o ideal é colher material para urina rotina e urocultura no mesmo dia ou no dia seguinte, e iniciar o tratamento empírico até que o resultado da urocultura esteja disponível para avaliar a eficácia do tratamento. O mais importante é iniciar o tratamento precoce, ou seja, em até 24h. Na impossibilidade de se colher material para exame de urina rotina e urocultura, iniciar o tratamento empírico e realizar **urocultura após o término do tratamento** (7 a 10 dias). **Após o segundo episódio**

de cistite durante a gestação, indica-se quimioprofilaxia (nitrofurantoína 100mg ou cefalexina 500mg, um comprimido via oral à noite até 42 dias após o parto).

As gestantes com quadro agudo sugestivo de cistite devem ser avaliadas no centro de saúde, com realização da propedêutica na própria unidade.

Os antibióticos mais comumente utilizados no tratamento ambulatorial de infecção urinária durante a gestação são descritos no **QUADRO 14**. Porém, se urocultura apresentar bactéria resistente, necessitando uso de ceftriaxona ou gentamicina, tais antibióticos poderão ser administrados no centro de saúde por via intramuscular ou endovenosa.

Quadro 14 - Principais antibióticos utilizados no tratamento ambulatorial de infecção urinária durante a gestação

Antibiótico	Dose / Via / Intervalo	Duração do tratamento
Cefalexina	500mg, via oral, 6/6h	7 dias
Nitrofurantoína*	100mg, via oral, 6/6h	7 dias
Amoxicilina	500mg, via oral, 8/8h	7 dias
Amoxicilina / clavulanato**	500/125mg, via oral, 8/8h	7 dias

* Evitar no final da gestação devido ao risco de hemólise neonatal

** Evitar o uso no terceiro trimestre devido ao risco de enterocolite necrotizante no recém-nascido

Infecção urinária na presença de **febre** caracteriza quadro de **pielonefrite**, que requer **internação para antibioticoterapia venosa durante a gestação e puerpério**. Portanto, gestantes ou puérperas com suspeita de pielonefrite devem ser encaminhadas à maternidade de referência para tratamento com antibiótico venoso. Todos os egressos de internação por pielonefrite durante a gestação ou puerpério deverão ser acompanhados pela eSF. **Após um episódio de pielonefrite, indica-se quimioprofilaxia** (nitrofurantoína 100mg ou cefalexina 500mg, um comprimido via oral à noite até o final da gestação). **Realizar urocultura após o término do tratamento (7 a 10 dias) e, a seguir, realizar urocultura mensalmente, até o final da gestação.**

5.7.2 Infecção pelo vírus Zika

Deve-se suspeitar de infecção pelo vírus Zika em toda gestante que apresente exantema maculopapular, independentemente da idade gestacional ou da presença de outros sintomas concomitantes (febre, hiperemia conjuntival sem secreção e prurido, poliartralgia, edema periarticular). A zika é um agravo de notificação imediata, devendo ser feito contato via telefone com a Vigilância Epidemiológica (GAERE em dias úteis, 7h às 18h e após as 18h, nos feriados e nos finais de semana, o contato deve ser feito com o plantão do CIEVS-BH, pelo celular), deve ser notificado também por meio da ficha do SINAN (notificação individual ou de dengue), não havendo necessidade de preenchimento da ficha RESP (Registro de Eventos em Saúde Pública). É necessário destacar, no alto da ficha, tratar-se de gestante com exantema.

A gestante, assim como os demais usuários suspeitos de uma ou mais arboviroses, deve receber o manejo clínico de dengue, conforme protocolo vigente, durante o período agudo da doença. Essa condução é essencial devido ao maior risco de evolução desfavorável por esse agravo, principalmente dos grupos que apresentam condições especiais, com potenciais vulnerabilidades clínicas.

Se o primeiro atendimento for realizado até o 5º dia de sintomas, deve-se proceder à solicitação de teste rápido para dengue (NS1) e PCR de zika. Deve ser coletada uma amostra de sangue para realização de hemograma, que será utilizada para a realização do teste rápido para dengue (NS1), que será processado no laboratório distrital ou UPA, a mesma amostra migrará para a FU-

NED para a testagem de zika, independente de resultado de dengue e será testada também para chikungunya, independentemente dos resultados anteriores.

Caso a gestante seja atendida a partir do 6º dia de sintomas, proceder à solicitação e coleta de sangue para a realização de sorologia para dengue e sorologia para zika. As gestantes que forem submetidas ao teste rápido e apresentarem resultado negativo, devem realizar também a sorologia para dengue.

Deve-se coletar urina para a realização de PCR para zika para todas as gestantes suspeitas atendidas entre o 1º e o 15º dias de sintomas.

É necessário realizar os exames para as outras Z-STORCH (sífilis, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus), também, ao primeiro atendimento. Estes exames devem ser solicitados no serviço onde a gestante realiza o pré-natal, para todas as gestantes susceptíveis (independentemente da data do último exame realizado) e resultado do último exame realizado.

As gestantes com diagnóstico confirmado laboratorialmente para o vírus Zika ou com diagnóstico ultrassonográfico de microcefalia e/ou outras malformações deverão ser encaminhadas à especialidade “Ginecologia - pré-natal de alto risco para Zika vírus”, no Hospital Odilon Behrens, via regulação, pelos centros de saúde. A solicitação deve conter os dados da gestação atual (paridade, idade gestacional), comorbidades existentes, resultado de ultrassom (quando realizado) e resultado de exame confirmando a infecção pelo vírus Zika. É de extrema importância que essas gestantes permaneçam também com o acompanhamento pelas equipes dos centros de saúde, com fortalecimento de vínculo e vigilância diferenciada, ofertando-se suporte psicológico e social quando necessário.

Para as gestantes em situação de suspeita de infecção pelo vírus Zika ou que não tenham colhido a amostra em tempo adequado, o profissional do centro de saúde, responsável pelo pré-natal, deverá solicitar a ultrassonografia como prioridade alta no SISREG. Estas gestantes permanecerão em acompanhamento no pré-natal de risco habitual, no centro de saúde, conforme calendário preconizado pelo Ministério da Saúde.

Embora exista grande ansiedade por parte de gestantes e profissionais de saúde em relação ao diagnóstico de microcefalia ou outras malformações fetais após a infecção materna pelo vírus Zika, a identificação da microcefalia intraútero não modifica o acompanhamento pré-natal, pois não existe tratamento específico que possa prevenir ou evitar o agravamento de malformações decorrentes da transmissão congênita do vírus Zika. Portanto, a realização de exames ultrassonográficos de maneira excessiva não é recomendada. Além disso, apesar de um laudo de ultrassonografia normal ser capaz de afastar anomalias anatômicas maiores, este resultado não afasta o comprometimento fetal.

A Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte orienta o seguimento ultrassonográfico fetal conforme descrito abaixo: para as gestantes suspeitas de zika, que já tenham realizado ultrassonografia obstétrica antes do exantema, independentemente da data do exame, recomenda-se a realização de mais duas ultrassonografias obstétricas durante a gestação, nos seguintes momentos:

- Entre 20 e 24 semanas de gestação e
- Entre 32 e 35 semanas de gestação.

Para as gestantes que apresentaram exantema e que ainda não tenham realizado nenhuma ultrassonografia obstétrica na gestação atual recomenda-se:

- Realizar, a partir da 12ª semana de gestação, ultrassonografia obstétrica para avaliação da idade gestacional e avaliação inicial do feto.
- Realizar uma ultrassonografia entre 20 e 24 semanas de gestação.
- Repetir a ultrassonografia entre 32 e 35 semanas de gestação.

Para as gestantes com infecção confirmada pelo vírus Zika (PCR positivo), o serviço de pré-na-

tal de alto risco do Hospital Odilon Behrens (PNAR ZIKA vírus) será responsável pela solicitação / realização dos exames de ultrassonografia obstétrica.

As gestantes com ultrassonografias sugestivas de malformações congênitas devem ser notificadas no sistema RESP (Registro de Eventos em Saúde Pública) no site (www.resp.saude.gov.br).

Observação: para maior detalhamento sobre a coleta de exames e para informações sobre o manejo e notificação dos recém-nascidos, consultar as notas técnicas vigentes.

5.7.2.1 Recomendação para se evitar o contágio pelo vírus Zika, Dengue, Chikungunya e Febre Amarela

Para a prevenção da Dengue, Zika, Chikungunya e Febre Amarela, é recomendada a eliminação de recipientes que possam acumular água, pois representam possíveis **focos do mosquito**, vetor de transmissão das doenças. Os focos que não possam ser retirados devem permanecer totalmente cobertos (ex: caixa d'água, piscinas). Outras medidas preventivas são indicadas para a prevenção dessas doenças para as gestantes, que precisam redobrar os cuidados:

5.7.2.1.1 Repelentes de uso tópico

Podem ser utilizados os repelentes recomendados para gestantes, de acordo com a orientação do profissional responsável pelo pré-natal e com as orientações do rótulo do produto. O uso é recomendado principalmente na parte da manhã e no final da tarde/anoitecer. O repelente deve ser o último produto a ser aplicado na pele (após maquiagem, filtro solar ou hidratante).

Os repelentes contendo **DEET** e **icaridina** são seguros e eficazes, sendo recomendados para gestantes. O princípio ativo IR3535 ainda não foi amplamente estudado como os anteriores, os estudos realizados demonstraram segurança no uso em período gestacional, mas a eficácia, relacionada ao tempo de ação repelente, ainda não se apresenta clara.

O eucalipto-limão (PMD) é eficaz, com proteção duradoura, no entanto, não foram realizados estudos sobre toxicidade reprodutiva.

A eficácia do óleo de citronela e do óleo de andiroba foi menos estudada e ambos parecem ser menos eficazes que o DEET. Além disso, a duração do efeito repelente dos óleos de citronela e de andiroba é curta, exigindo aplicações mais frequentes. Nesse sentido, esses óleos não são recomendados oficialmente pelo Ministério da Saúde.

5.7.2.1.2 Uso de repelentes ambientais e inseticidas

Produtos saneantes repelentes e inseticidas podem ser utilizados em ambientes frequentados por gestantes, desde que estejam devidamente registrados na Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA) e que sejam seguidas as instruções de uso descritas no rótulo. A segurança para a utilização desses produtos em ambientes frequentados por gestantes depende da estrita obediência a todos os cuidados e precauções descritas nos rótulos dos produtos.

Os repelentes utilizados em aparelhos elétricos ou espirais não devem ser utilizados em locais com pouca ventilação nem na presença de pessoas asmáticas ou com alergias respiratórias. Podem ser utilizados em qualquer ambiente da casa desde que estejam, no mínimo, a 2 metros de distância das pessoas.

Os inseticidas “naturais” à base de citronela, andiroba e óleo de cravo, entre outros, não pos-

suem comprovação de eficácia nem a aprovação pela ANVISA, até o momento. Portanto, todos os produtos anunciados como “naturais”, comumente comercializados como velas, odorizantes de ambientes, limpadores e os incensos, que indicam propriedades repelentes de insetos, não estão comprovados e aprovados pela ANVISA.

- **Roupas compridas:** É indicado o uso de blusas de manga longa, de calças compridas e de sapatos fechados durante o dia. Dessa forma é possível minimizar a exposição da pele aos mosquitos.
- **Janelas e portas fechadas ou com tela antimosquito:** É recomendado para se evitar a entrada dos mosquitos nas residências.
- **Preservativo masculino ou feminino:** A utilização correta e consciente de preservativos em todas as relações sexuais (oral, anal e vaginal) para as gestantes e seus parceiros é recomendada pelo Ministério da Saúde devido à possibilidade de transmissão do vírus Zika por via sexual.

5.7.3 Toxoplasmose

A toxoplasmose aguda na gestação constitui infecção de importante relevância, tendo em vista a possibilidade de transmissão vertical, que pode levar a abortamento, óbito fetal, coriorretinite, micro ou macroencefalia, hidrocefalia, calcificações cerebrais, retardo mental, estrabismo ou convulsões no neonato.

A taxa de transmissão materno fetal da toxoplasmose varia de acordo com a idade gestacional no momento da infecção materna, sendo maior no final da gestação. Entretanto, o comprometimento fetal é mais grave quando a infecção ocorre no primeiro trimestre da gestação.

O diagnóstico sorológico da toxoplasmose aguda durante a gestação é baseado na demonstração de aumento significativo do nível sérico de imunoglobulina G (IgG) ou na presença de anticorpos tipo imunoglobulina M (IgM) específicos. No entanto, altos títulos de IgG específicos para toxoplasmose estão presentes em indivíduos normais, na maioria das populações. A persistência de anticorpos IgM específicos em algumas situações muitas vezes ocasiona complicações na interpretação de testes sorológicos, principalmente quando há suspeita de toxoplasmose materna aguda. Portanto, a determinação do teste de avides dos anticorpos IgG é um importante marcador sorológico. Valores reduzidos de avides estão predominantemente relacionados à síntese recente de anticorpos, enquanto que valores elevados condizem com produção antiga dos mesmos.

O diagnóstico precoce e o tratamento antiparasitário adequado da gestante reduzem a taxa de transmissão para o feto e as sequelas fetais nos casos de infecção fetal estabelecida.

A sorologia de toxoplasmose deverá ser solicitada na primeira consulta de pré-natal pelo médico ou enfermeiro.

O protocolo de coleta de sorologias em gestantes susceptíveis para Controle da Toxoplasmose Congênita em Belo Horizonte e a conduta nos casos de gestantes com provável infecção aguda confirmada estão descritos, respectivamente, nas **figuras 6 e 7**.

Gestantes com resultado IgG positivo / IgM negativo são consideradas imunes para toxoplasmose. Nestes casos, o rastreamento não precisa ser repetido, exceto em gestantes imunodeprimidas, em que se recomenda repetir a avaliação mensal.

Gestantes com resultado IgG negativo e IgM negativo são consideradas susceptíveis. Nestes casos, recomenda-se repetir o rastreamento mensal durante a gestação (**figura 6**) e orientar medidas de prevenção primária:

- Lavar bem as mãos antes do preparo das refeições.
- Lavar as mãos após o manuseio de carnes cruas e vegetais.
- Manusear carnes cruas com luvas.

- Uso de luvas descartáveis ao manusear dejetos de gatos, trabalhos em jardins e ao limpar caixas de areia de crianças.
- Evitar áreas que possam estar contaminadas com fezes de gato.
- Evitar locais com presença de dejetos de pombos e aves em geral.
- Lavar bem frutas e verduras (deixar as frutas e verduras de molho por aproximadamente 15 minutos – diluir uma colher de sopa de água sanitária em um litro de água filtrada).
- As carnes e os ovos devem ser bem cozidos e os laticínios devem ser pasteurizados para o consumo por gestantes.
- Proteger os alimentos de moscas e baratas.

Resultado IgG positivo / IgM positivo pode significar infecção aguda ou IgM residual. O laboratório municipal da Prefeitura de Belo Horizonte realizará o teste de avidéz para IgG na mesma amostra em que foi realizada a sorologia para toxoplasmose. Se < 16 semanas de gestação e alta avidéz (maior que 60%), considerar IgM residual. Se < 16 semanas e baixa avidéz (< 30%), considerar infecção aguda, iniciar tratamento (**figura 7 e quadro 15**) e encaminhar gestante ao pré-natal de alto risco. Se > 16 semanas, considerar infecção aguda, iniciar tratamento (**figura 7 e quadro 15**) e encaminhar gestante ao pré-natal de alto risco, independentemente do resultado do teste de Avidéz. Resultado IgG negativo / IgM positivo pode significar infecção aguda inicial ou falso positivo. Neste caso, recomenda-se iniciar o tratamento e repetir a sorologia em três semanas. Se IgG e IgM positivos, considerar infecção aguda, (**figura 7 e quadro 15**) e encaminhar gestante ao pré-natal de alto risco. Se IgG permanecer negativo, considerar IgM falso positivo.

Figura 6 - Recomendação de coleta de sangue para sorologia em gestantes suscetíveis à toxoplasmose, a partir da primeira coleta do pré-natal, idealmente nas primeiras 12 semanas da gestação

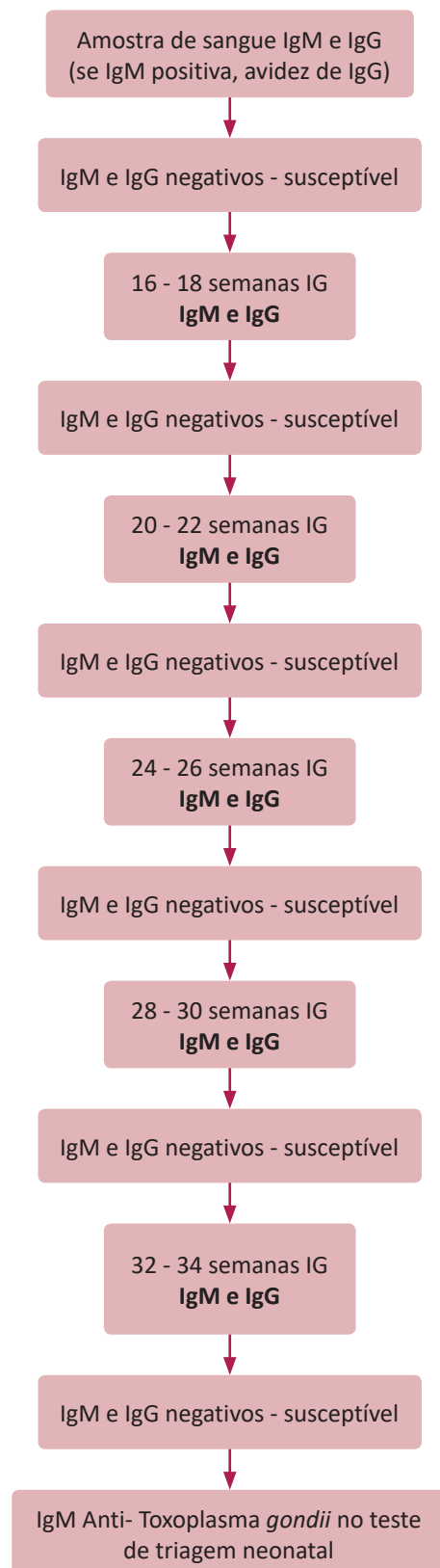
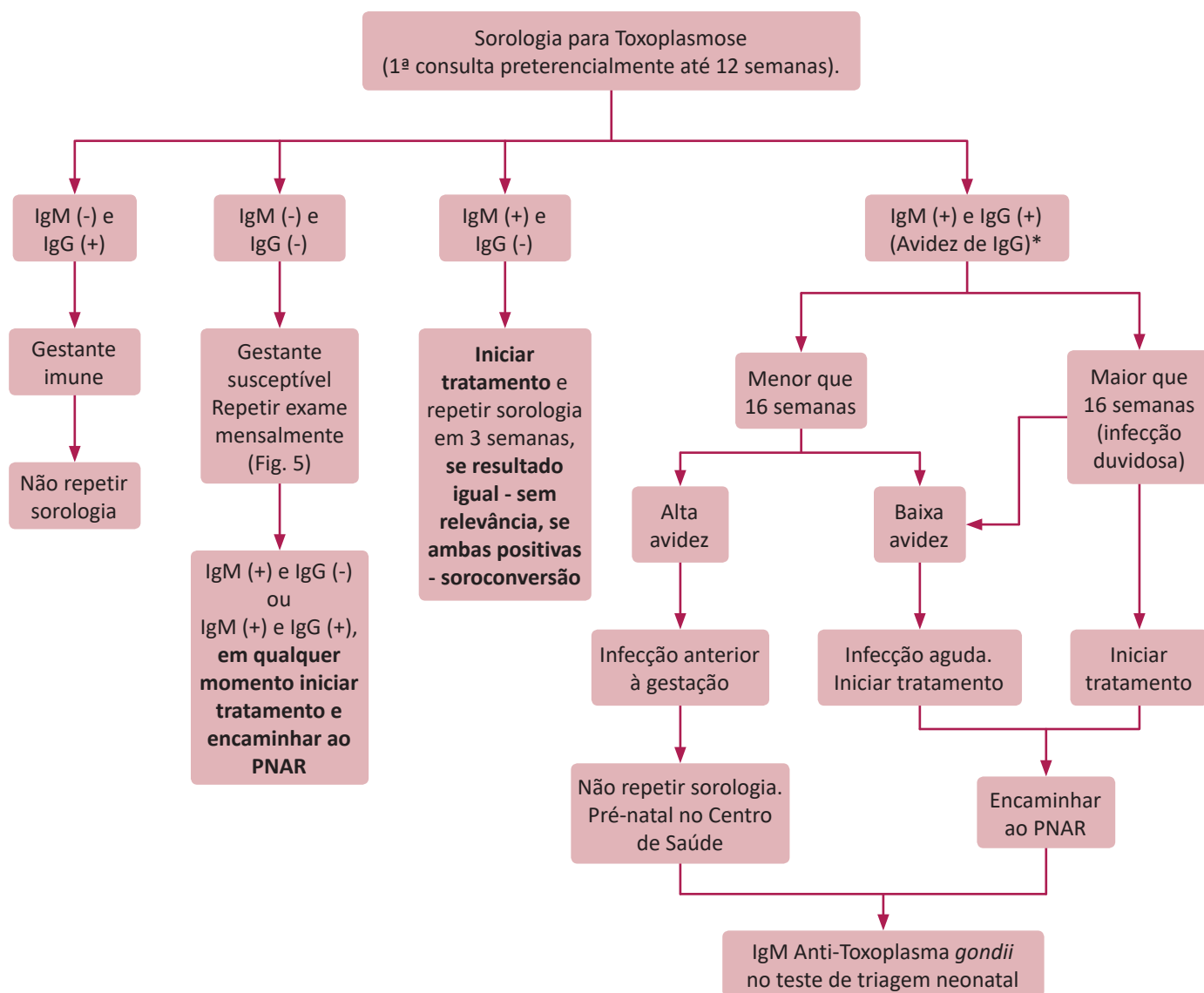


Figura 7 - Conduta nos casos de gestantes com infecção aguda confirmada por *T. gondii*



*O teste de avidéz será feito na mesma amostra de sangue, sempre que o IgM for positivo

** Nos casos de gestante com diagnóstico de toxoplasmose na gestação, o recém-nascido deve ser investigado para toxoplasmose congênita na maternidade e encaminhado para acompanhamento no serviço de referência em Infectologia Pediátrica.

Quadro 15 - Tratamento da toxoplasmose

Período Gestacional	Tratamento
Até 18 semanas	Espiramicina comp de 500 mg: 02 comprimidos VO de 8/8 horas.
Após 18 semanas até o parto Esquema tríptico	Pirimetamina comp de 25 mg: 02 comp. VO de 24/24 horas.
	Sulfadiazina comp. de 500 mg: 02 comp. VO de 6/6 horas.
	Ácido Fólnico comp. de 15 mg: 01 comp. VO 1 vez ao dia.

5.7.4 Sífilis

A sífilis na gestação requer intervenção imediata, com o objetivo de reduzir a possibilidade de transmissão vertical. Para o diagnóstico da sífilis, devem ser utilizados um dos testes treponêmicos

(exemplo: teste rápido (TR) ou FTA-Abs ou TPHA ou EQL ou ELISA), seguido de um dos testes não treponêmicos (exemplo: VDRL).

Recomenda-se a realização do TR e VDRL para sífilis de rotina na primeira consulta de pré-natal, idealmente no primeiro trimestre. A **figura 8** e **figura 9** orienta a testagem e a conduta para a sífilis na gestação.

O teste rápido da sífilis prevê a triagem da infecção na gestante e em seu parceiro sexual. Nos casos de gestante com teste rápido positivo, deve-se iniciar a primeira dose de penicilina benzatina, solicitar o teste não treponêmico (VDRL) e agendar consulta médica para avaliar o resultado em sete dias e orientar a utilização de preservativos. Em caso de confirmação do diagnóstico, deve-se realizar o estadiamento clínico da sífilis (conforme **QUADRO 16**), completar o esquema de tratamento e notificar o caso. A notificação de caso deve ser feita conforme critérios da Gerência de Epidemiologia de Belo Horizonte.

O tratamento de gestantes e puérperas com diagnóstico de sífilis de acordo com a classificação clínica deve ser realizado conforme descrito no QUADRO 17.

Nos casos de gestantes com diagnóstico de sífilis, deve-se ofertar consulta a parceria sexual com o objetivo de realizar os exames (TR e/ou VDRL) e iniciar o tratamento (primeira dose de penicilina benzatina). Ao iniciar o tratamento, a ficha de acompanhamento do tratamento da sífilis em gestantes e da parceria sexual (**ANEXO II**) deve ser anexada (grampeada) ao cartão de pré-natal, após consentimento de ambos, e preenchida cuidadosamente com as informações do seguimento do tratamento. Ao término do tratamento da gestante, indica-se a realização de VDRL mensal, para controle de cura e investigação de possíveis reinfecções. A elevação da diluição do VDRL em duas vezes ou mais (exemplo: VDRL de 1:2 para 1:8) acima do último VDRL realizado justifica um novo tratamento. Recomenda-se realizar VDRL da parceria infectada trimestralmente.

Na gestação, **tratamentos não penicilínicos são considerados inadequados** e só devem ser considerados como opção nas contraindicações absolutas ao uso da penicilina e após discussão com a área técnica dos distritos e do nível central. Nos casos de gestantes alérgicas a penicilina, recomenda-se o encaminhamento para maternidade de referência para dessensibilização de acordo com os protocolos existentes. Caso não seja possível, entre em contato com a Coordenação Municipal de Saúde Sexual e Atenção às IST/AIDS e Hepatites Virais.

Reação de Jarisch-Herxheimer

Após a primeira dose de penicilina, a pessoa pode apresentar exacerbação das lesões cutâneas com eritema, dor ou prurido, as quais regredem espontaneamente após 12 a 24 horas, sem a necessidade da descontinuidade do tratamento. Tipicamente, vêm acompanhadas de febre, artralgia e mal-estar. Essa reação não configura alergia à penicilina e ocorre em resposta a grande quantidade de proteínas e outras estruturas liberadas na corrente sanguínea pelas espiroquetas mortas com a administração de penicilina. É mais comum em pessoas que recebem tratamento na fase secundária da sífilis. As gestantes e suas parcerias sexuais em início de tratamento devem ser orientadas quanto à possibilidade de ocorrência da reação de Jarisch-Herxheimer e à benignidade do quadro, que é autolimitado. Podem ser prescritos sintomáticos, como antipiréticos.

Gestantes que apresentam essa reação têm risco de trabalho de parto prematuro, pela liberação de prostaglandinas em altas doses. Assim, as gestantes com manifestações clínicas da sífilis secundária e/ou altas titulações do VDRL, devem ser encaminhadas para receber a primeira dose da benzilpenicilina na maternidade de referência. Contudo, caso a gestante não seja tratada adequadamente para sífilis, o risco de abortamento ou morte fetal pela sífilis é maior que os riscos potenciais da reação.

O profissional de saúde deve orientar o uso de preservativo durante o tratamento da gestante e do parceiro.

Figura 8 - Conduta frente a um teste reagente para sífilis em gestante

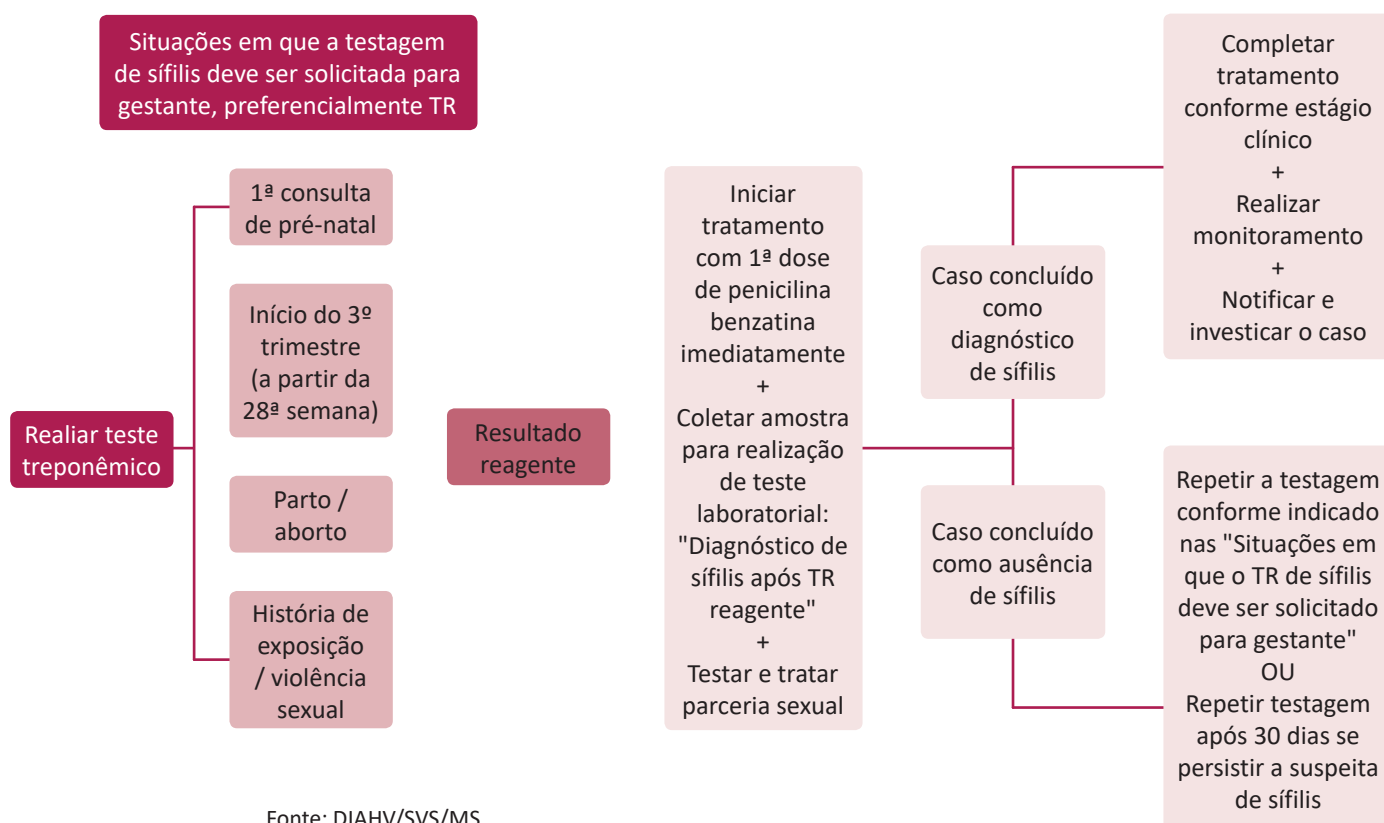
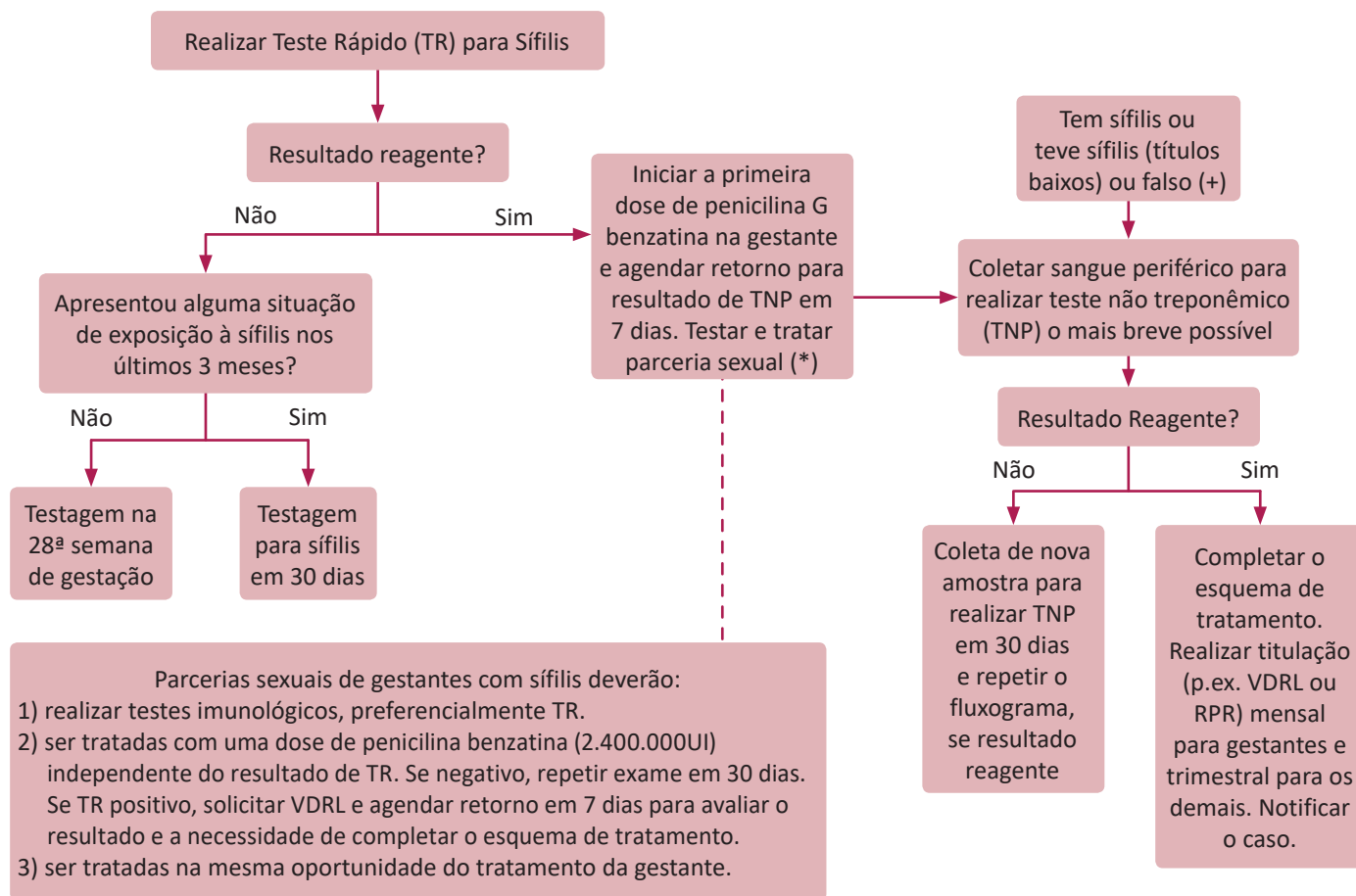


Figura 9 - Manejo da sífilis utilizando teste rápido inicial com teste não treponêmico confirmatório



(*) Entende-se por tratamento inadequado o caso de parceiro/parceira(s) sexual(is) com sífilis sintomática ou com testes imunológicos positivos não tratado(s) ou tratado(s) inadequadamente.

Quadro 16 - Estadiamento clínico da sífilis adquirida e em não gestantes

Classificação		Sinais/sintomas
SÍFILIS RECENTE	Primária	Cancro duro: lesão genital ulcerada ou erosada, geralmente única, que aparecem entre 10 a 90 dias (média de 21 dias) após o contágio (contato sexual infectante).
		Adenopatia regional (íngua) não supurativa, indolor e múltipla.
	Secundária	As lesões podem ser extragenitais e desaparecem, independente do tratamento em 04 a 08 semanas.
		Lesões cutaneomucosas, não ulceradas que aparecem no corpo em cerca de 8 semanas após o desaparecimento do cancro duro.
SÍFILIS TARDIA	Latente	Exantema morbiliforme e máculas (roséolas sifilíticas).
		Em 70-90% dos casos pode ocorrer sintomas gerais como febre, artralgias, mal-estar geral e linfadenopatia generalizada.
	Latente	Sem sinais e sintomas clínicos (período desde o desaparecimento das lesões da sífilis secundária, até 01 ano de evolução).
SÍFILIS TARDIA	Latente	Sem sinais ou sintomas clínicos - após 01 ano e até 2 anos da infecção.
	Terciária	Sinais e sintomas que ocorrem após 02 até 40 anos após a infecção inicial, principalmente por lesões cutaneomucosas (tubérculos ou gomas) neurológicas (neurosífilis, demência), cardiovasculares (aneurisma aórtico/ insuficiência aórtica) e osteo-articulares (artropatia).

Quadro 17 - Classificação e tratamento de gestantes e puérperas com diagnóstico de sífilis

Classificação	Esquema terapêutico	Dose total
Sífilis primária, sífilis secundária ou latente precoce (< 1 ano)	Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI, via intramuscular (1.200.00 U.I., em cada glúteo), em dose única.	Dose total de 2.400.000 UI
Sífilis latente tardia (> 1 ano) ou de duração ignorada	Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI, via intramuscular (1.200.000 U.I, em cada glúteo), semanalmente, por 3 semanas consecutivas.	Dose total de 7.200.000 UI Caso a gestante e ou a parceria sexual apresente um intervalo entre doses maior do que 7 dias, o tratamento deverá ser considerado inadequado, sendo necessário repetir todas as doses recomendadas.

5.7.5 Vulvovaginites

As causas mais comuns de vulvovaginites na gestação são a candidíase, a vaginose bacteriana e a tricomoniase, sendo que apenas esta é considerada de transmissão sexual. Para que o diagnóstico seja estabelecido, é necessário realizar inspeção vulvar e exame especular vaginal. Após diagnóstico, o tratamento deve ser instituído ambulatorialmente, não devendo a gestante ser encaminhada à maternidade para tratamento de vulvovaginite.

Quadro 18 - Tratamento de gestantes e puérperas com diagnóstico de vulvovaginite

Agente Causador	Sinais e sintomas	Tratamento
Candidíase	Corrimento espesso e grumoso, branco-amarelado, acompanhado de irritação local e prurido, normalmente sem odor.	Miconazol creme vaginal por 7 noites. Não é necessário tratar o parceiro.
Vaginose Bacteriana	Corrimento com odor típico de peixe ou que apresenta este odor após a adição de KOH a 10% ("tesde de Whiff")	Metronidazol 250 mg VO 8/8h durante 7 dias ou 500 mg VO de 12/12 h durante 7 dias.* Não é necessário tratar o parceiro.
Tricomoniase	Corrimento vaginal difuso, com odor fétido ou amarelo esverdeado. Irritação vulvar presente ou ausente.	Metronidazol 2g VO.* Realizar tratamento do parceiro (2g, via oral, dose única)

* O uso de álcool deve ser evitado durante tratamento com metronidazol. O tratamento com metronidazol só deve ser prescrito após o primeiro trimestre de gestação

5.7.6 Cancro mole (cancroide)

O Cancro Mole é uma IST causada pela bactéria *Haemophilus ducreyi* e caracteriza-se por uma úlcera genital dolorosa, hiperemiada, com a base amolecida e purulenta e formato irregular. É frequente linfadenopatia regional. Exames sorológicos para diagnóstico diferencial com sífilis (VDRL, FTA-Abs) e pesquisa das demais IST's (HIV, Hepatites) devem ser realizados. O tratamento pode ser realizado com Azitromicina 1g VO dose única e quando este é realizado a cura completa é obtida.

5.7.7 Granuloma inguinal (donovanose)

O Granuloma inguinal caracteriza-se por lesões ulcerativas indolores na região genital, altamente vascularizadas e avermelhadas, sanguinolentas. No subcutâneo encontra-se bulbões ou granulomas.

O tratamento é feito com Azitromicina 500 mg, via oral, diariamente, por no mínimo três semanas até que as lesões estejam completamente curadas. Os parceiros devem ser convidados para exame clínico e tratados se tiverem lesões.

5.7.8 Herpes

O herpes é uma infecção viral crônica que dura toda a vida e acomete a região genital em episódios recorrentes. As lesões genitais caracterizam-se por pequeninas vesículas (1-3 mm) agrupadas que se rompem tornando-se úlceras dolorosas e desaparecem espontaneamente em 7 a 10 dias, mesmo que nenhum tratamento seja instituído. Apesar de causar graus variáveis de dor e desconforto, em geral é uma doença auto-limitada em mulheres imunocompetentes.

O risco existe quando ocorre a primo-infecção herpética durante a gestação, pois neste caso o vírus circula sistemicamente e alcança a placenta, podendo infectar o feto, causando o Herpes Congênito.

O tratamento do herpes genital, na gravidez, não diminui a infecção fetal. Desta forma, o tratamento com medicação antiviral pode ser utilizado apenas para reduzir o desconforto materno, pois poderá diminuir a duração das lesões herpéticas (Aciclovir 400 mg, VO, de 8/8 horas por sete dias na primo-infecção e cinco dias nos episódios de recorrência).

No caso de aparecimento de lesão na genitália materna no dia do parto, o parto vaginal é contraindicado, pois aumenta a chance de transmissão viral para o recém-nascido. Para mulheres que já tinham herpes genital antes da gravidez e apresentam recorrência de lesões durante a gestação, o uso de Aciclovir profilático a partir da 36ª semana diminui a chance de recorrência de lesões no dia do parto, então o profissional de saúde que as acompanha deve orientá-las e deve oferecer a elas esta opção de profilaxia, para que aumente sua chance de parto vaginal e diminua a chance de Herpes Neonatal (que acontece quando o recém-nascido adquire o vírus no momento do parto).

Quando a primo-infecção herpética materna acontece no terceiro trimestre (a partir da 28ª semana) recomenda-se que a via de parto seja cesariana, pois associa-se a melhores resultados perinatais (menor taxa de herpes neonatal).

IMPORTANTE

A amamentação não é contraindicada em mulheres com lesões herpéticas em região oral ou genital!

5.7.9 Condiloma acuminado vulvar

Caracteriza-se por lesões verrucosas, isoladas ou agrupadas, úmidas ou secas e queratinizadas, geralmente localizadas na vulva, períneo, região perianal e colo uterino.

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

- Lesões pequenas, isoladas - podem ser tratadas no CS, pelo médico de família ou ginecologista de apoio com ácido tricloroacético (ATA) a 80%*, de acordo com o tamanho e evolução da lesão até que a mesma desapareça.
- Lesões grandes e externas – deverão ser tratadas no Serviço de Propedêutica do colo, vagina e vulva (agendamento via SISREG).

*Prescrever e aguardar disponibilização via farmácia distrital.

6 Manejo clínico da gestante e puérpera em sofrimento mental

A gravidez, parto e puerpério são períodos de grandes transformações psíquicas. É essencial que o profissional da saúde tenha sensibilidade para entender o que está acontecendo com cada gestante, pois, muitas vezes, as queixas apresentadas estão relacionadas a questões emocionais, ansiedades e medos. Deve-se estar atento a estas questões, com objetivo de detectar precocemente situações de sofrimento psíquico, e subsidiar o desenvolvimento de ações de prevenção, promoção e tratamento em saúde mental.

Durante a consulta de pré-natal, é importante perguntar à mulher sobre como está ocorrendo a gestação; os sentimentos de quando soube que estava grávida; como foi para o pai e outros membros da família saberem sobre a gravidez; o apoio que gostaria de receber após o filho nascer;

como a chegada do bebê vai afetar a vida da mãe/pai/membros da família; o que espera do parto; como pensa em alimentar o bebê. Caso sejam apontados problemas ou sentimentos negativos, explorar com questionamentos de como resolvê-los e incentivar que sejam compartilhados com companheiros, familiares e/ou pessoas próximas.

É importante levar em consideração os sintomas apresentados pela mulher, tais como ansiedade, medo e humor deprimido, além dos antecedentes pessoais, como por exemplo história prévia de depressão pós-parto abuso físico, verbal e/ou sexual e história familiar de doenças psiquiátricas.

Durante a gestação pode ocorrer uma sobreposição de algumas queixas típicas da gravidez com certos sintomas depressivos (p.ex.: fadiga, alteração no apetite e no padrão de sono). A “Escala de depressão perinatal de *Edinburgh* - EPDS” (**ANEXO V**) é um instrumento autoaplicável e facilmente utilizado por qualquer profissional da eSF e auxilia no diagnóstico de depressão. Essa escala pode ser aplicada no segundo ou terceiro trimestre da gestação e no primeiro ano após o parto. Um escore igual ou maior que 12 indica risco para o desenvolvimento da depressão perinatal, devendo esta ser avaliada pelo médico da equipe de Saúde da Família para diagnóstico, acompanhamento e tratamento se necessário. Caso o escore esteja entre 9 e 11 é recomendável manter observação e repetir a EPDS em consultas subsequentes.

Os transtornos psiquiátricos podem impactar de forma direta na gestação, aumentando as taxas de abortamento, de prematuridade, de baixo peso ao nascer, de pré-eclâmpsias, de atraso no desenvolvimento neuropsicomotor do feto e depressão pós-parto materna. Também há possíveis implicações indiretas nos cuidados maternos pré e pós-natais.

As mulheres em idade fértil, em sofrimento mental e uso de medicamentos, devem ser aconselhadas a planejar a gestação e serem estimuladas a discutir sobre o planejamento sexual e reprodutivo, pensando tanto em alternativas medicamentosas que gerem menor risco ao feto, como a retirada gradual da medicação. No caso de gravidez inesperada, ou seja, não programada, deve ser considerada a possibilidade de mudar para um medicamento mais seguro ou a retirada completa da medicação. A retirada da terapêutica medicamentosa deve ser cuidadosa, minimizando o risco de recaídas e recorrências de quadros controlados.

Os profissionais do (NASF-AB) e os psicólogos vinculados aos CS podem auxiliar as eSF na atenção integral durante o pré-natal e puerpério, participando de discussões de casos, momentos de educação permanente, atendimentos compartilhados, realização de grupos e visitas domiciliares. Podem auxiliar também na identificação, acolhimento e no atendimento às gestantes e puérperas que apresentam sofrimento mental.

Gestantes que apresentem transtornos mentais graves devem ser acompanhadas pela eSF, em conjunto com a equipe de Saúde Mental, a partir das reuniões de matriciamento, se necessário. Casos que se configurem como crise, onde envolve risco para a gestante, puérperas e o recém-nascido, devem ser encaminhadas para avaliação no CERSAM ou CERSAMI, nos casos de adolescentes (12 a 18 anos).

Os serviços e profissionais disponíveis na rede SUS/BH que auxiliam no cuidado, acompanhamento e monitoramento da gestante e puérpera com sofrimento mental são:

- Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB)
- Equipe Complementar de Saúde Mental*
- Psicólogos
- Psiquiatras
- CERSAM, CERSAM AD e CERSAMI
- Consultório de Rua

*As equipes complementares são composições específicas localizadas estrategicamente em um CS por Regional de Saúde. É composta por médico psiquiatra infantil, fonoaudiólogo e terapeuta ocupacional. Atendem as crianças e adolescentes em sofrimento mental grave, em parceria com as equipes de saúde mental, equipes de saúde da família e outros dispositivos como o Arte da Saúde e os CERSAMI.

6.1 Classificação

Tradicionalmente, os transtornos psiquiátricos no pré-natal, parto e puerpério podem ser classificados da seguinte forma:

6.1.1 Depressão perinatal

6.1.1.1 Depressão maior

Sentimentos de tristeza ou infelicidades são comuns em situação de perda, insucessos ou conflitos interpessoais. Porém, quando esses sintomas não desaparecem espontaneamente e/ou são desproporcionais à situação ou evento que os desencadeou, deve-se avaliar a diagnóstico de depressão maior.

6.1.1.1.1 Fatores de risco

Os principais fatores de risco associados à doença são:

Risco elevado

- Violência doméstica
- História prévia de psicopatologia
- História de uso prejudicial de álcool e outras drogas

Risco moderado a alto

- Eventos estressantes e eventos negativos
- Baixo status econômico
- Baixo suporte social
- Baixo suporte do parceiro e dificuldades conjugais
- Migração
- Ansiedade na gravidez

Risco baixo a moderado

- Gravidez não planejada
- Abuso de substâncias
- Multiparidade
- Doença crônica

6.1.1.1.2 Principais sintomas

- a) Humor deprimido: tristeza, autodesvalorização e sentimentos de culpa. Os pensamentos relativos à morte devem ser investigados frequentemente, uma vez que essa conduta poderá prevenir atos suicidas.
- b) Perda do interesse por atividades que antes lhe davam prazer (por exemplo atividades físicas e sociais).
- c) Fadiga ou sensação de perda de energia.
- d) Diminuição da capacidade de pensar, concentrar ou de tomar decisões.
- e) Alterações do sono: sonolência ou insônia (mais frequente).
- f) Alterações do apetite.
- g) Redução do interesse sexual.
- h) Retraimento social.

- i) Crises de choro.
- j) Comportamentos suicidas.
- k) Retardo psicomotor e lentificação generalizada ou agitação psicomotora.

6.I.I.I.3 Sinais de alerta com necessidade de intervenção imediata pela eSF e encaminhamento responsável para avaliação da equipe de saúde mental

- a) Ausência de resposta ao tratamento medicamentoso em 6 semanas em doses terapêuticas.
- b) Ideação ou comportamento suicida ou homicida.
- c) Catatonia.
- d) Alterações do comportamento que coloquem a paciente ou terceiros em risco iminente.
- e) Perdas funcionais limitantes.

6.I.I.I.4 Critério diagnóstico

Sintomas recorrentes com duração maior ou igual a 2 semanas, envolvendo impacto negativo em afeto, cognição e funções neurovegetativas.

6.I.I.I.5 Complicações

- a) Baixo ganho de peso materno.
- b) Recusa à amamentação.
- c) Má adesão ao pré-natal.
- d) Ideação e comportamento suicida.
- e) Depressão pós-parto.
- f) Prejuízo da relação mãe e recém-nascido.
- g) Risco de suicídio, principalmente nos casos onde existe antecedente de depressão, história de internação hospitalar psiquiátrica prévia à gestação, adolescentes e pacientes com óbito fetal.
- h) Baixo peso ao nascer.
- i) Parto prematuro.
- j) Uso de álcool, tabaco e outras drogas.

6.I.I.I.6 Condutas

- Nos casos de depressão leve a moderada recomenda-se como tratamento não medicamentoso: psicoterapia (terapia interpessoal e a terapia cognitivo-comportamental), grupo psico-educativos, orientações pré e pós-parto, visitas domiciliares regulares, contato telefônico por profissional treinado ou por pares da comunidade e psicoterapia. Deve ser avaliada a necessidade da terapia medicamentosa em casos específicos.
- Nos casos graves, ou nos casos onde foi identificado a necessidade de medicação, a escolha do medicamento deve basear-se na resposta terapêutica anterior (nos casos de

tratamento prévio) e nos efeitos adversos potenciais. O uso de medicações durante a gestação e lactação não estão isentos de riscos. Sempre avaliar o risco do uso e o dano associado a doença não tratada.

Opções terapêuticas disponíveis na Rede SUS/BH (REMUME 2018):

Droga	Categoria de risco	Possíveis efeitos adversos
Fluoxetina	*B/C	Aumento das complicações perinatais e risco mínimo de teratogenicidade
Amitriptilina	*B/C	Taquicardia fetal, abstinência fetal, efeitos anticolinérgicos fetais, retenção urinária, obstrução intestinal, risco mínimo de teratogenicidade

*Há divergências na literatura quanto a classificação da categoria de risco.

Os antidepressivos citados acima são os mais utilizados, entretanto, a REMUME 2018 também cita os seguintes antidepressivos: Clomipramina, Imipramina e Nortriptilina. Estes podem ser avaliados para uso caso a caso, sendo importante a avaliação do risco-benefício para a gestante e feto na prescrição desse tipo de medicamento.

Obs: Deve-se estar atento às situações que demandam encaminhamentos para o pré-natal de alto risco, serviço de Medicina Fetal e ao serviço de urgência, detalhados no item 4.2.6.

6.1.1.2 Depressão pós-parto

É um episódio depressivo maior, com sintomas clínicos como ansiedade, irritabilidade, anedonia (perda da capacidade de sentir prazer), alterações do sono, desânimo persistente, sentimento de culpa, ideação suicida, temor de machucar o filho, diminuição do apetite e da libido, diminuição da cognição e presença de ideias obsessivas ou supervalorizadas.

6.1.1.2.1 Início dos sintomas

Ocorre geralmente na terceira ou quarta semana de puerpério, alcançando sua intensidade máxima nos primeiros 6 meses.

6.1.1.2.2 Fatores de risco

- a) Relação conjugal conflituosa.
- b) Eventos de vida estressantes nos últimos 12 meses.
- c) Ausência de suporte familiar e social para a gestação.
- d) Ausência de suporte emocional e financeiro por parte do parceiro.
- e) Ausência física do parceiro.
- f) Gestação não planejada.
- g) Tentativa de abortamento na gestação atual.
- h) Abortamento prévio.
- i) Antecedente familiar de doença psiquiátrica.
- j) Ausência de relacionamento afetivo com a própria mãe.
- k) Não amamentar.

- l) Desemprego.
- m) Antecedente de depressão do parceiro.

6.1.1.2.3 Condutas

- Casos leves e moderados, com ausência de agressividade, crítica preservada, ausência de sintomas psicóticos e ausência de planejamento suicida e homicida podem ser acompanhados e tratados em conjunto com a Saúde Mental, permanecendo sob os cuidados de sua eSF, com calendário de consultas flexível.
- Avaliar necessidade de psicoterapia.
- Avaliar necessidade de antidepressivo em casos mais graves e não responsivo a psicoterapia.

Opções terapêuticas disponíveis na Rede SUS/BH (REMUME 2018):

Droga	Amamentação
Fluoxetina - 20 mg - Cápsula	Uso compatível com a amamentação.
Amitriptilina - 25 mg - Comprimido	Uso compatível com a amamentação.
*Nortriptilina - 25 mg ou 50 mg - Comprimido	Uso compatível com a amamentação.
Clomipramina - 25 mg - Comprimido	Uso compatível com a amamentação.
Imipramina - 25 mg - Comprimido	Uso compatível com a amamentação.

Fonte: Ministério da Saúde - AMAMENTAÇÃO E USO DE MEDICAMENTOS E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.

*Em relação a amamentação, os estudos apontam que a nortriptilina seria a mais segura. As outras são menos seguras devido biodisponibilidade no leite materno.

6.1.2 Transtorno afetivo bipolar

Caracteriza-se pela ocorrência de episódios de mania, frequentemente alternados com períodos de depressão e de eutimia. É importante saber que o risco de recaída de transtorno bipolar após o parto é aumentado em até oito vezes no primeiro mês pós-parto. Mulheres com doença bipolar (tratadas ou não) têm 50% mais chance de parto prematuro, recém-nascido pequeno para a idade gestacional, maior risco de hipoglicemia e microcefalia.

6.1.2.1 Principais sintomas de mania

- a) Exaltação do humor.
- b) Euforia.
- c) Hiperatividade.
- d) Diminuição da necessidade de sono.
- e) Comportamento hipersexualizado.
- f) Comprometimento da crítica.
- g) Irritabilidade.
- h) Agressividade.
- i) Impulsividade.
- j) Pensamento acelerado.
- k) Desorganização das ações para alcançar objetivos.

6.1.2.2 Conduitas

- Deve-se manter o acompanhamento em conjunto com a Saúde Mental, permanecendo sob os cuidados de sua eSF, com calendário de consultas flexível.
- Se necessário uso de medicamentos, deve-se procurar sempre a monoterapia e com a menor dose terapêutica.
- Gestantes em uso de carbamazepina ou valproato, recomenda-se o uso de ácido fólico 5 mg/dia, a partir de 4 semanas antes da concepção até 12 semanas de gestação. Ácido Valpróico e carbamazepina são teratogênicos e devem ser evitados durante a gestação. Evitar o uso de valproato em todas as mulheres em idade fértil por estar associado ao aumento do risco de teratogênese e pior desenvolvimento cognitivo. Caso a mulher esteja utilizando carbamazepina, ofertar método contraceptivo seguro não hormonal devido interação farmacológica (reduz o efeito do anticoncepcional hormonal).
- Realizar ultrassom obstétrico entre 13 - 20 semanas, conforme estabelecido em protocolo assistencial, preferencialmente com a idade gestacional mais próxima da 20ª semana.

Opções terapêuticas disponível na Rede SUS/BH (REMUNE 2018):

Droga	Categoria de risco	Possíveis efeitos adversos
Lítio*	D	Na gestante: Sede, poliúria, alteração da memória, tremores de extremidades, ganho de peso, cansaço e diarreia. A ocorrência de diarreia e tremores grosseiros pode indicar intoxicação e requerer imediata avaliação. No feto: Cardiopatia fetal, síndrome do floppy baby (cianose e hipotonicidade)
Valproato*	D	No feto: Defeito de fechamento do tubo neural No recém nascido: bradicardia, irritabilidade, inquietação, dificuldade de sucção e alteração tônus muscular e hipoglicemia
Carbamazepina*	D	No feto: Defeito de fechamento do tubo neural

Fonte: ANVISA

*Uso criterioso durante a amamentação. Monitorizar os níveis séricos no lactente. Observar inquietação, fraqueza e hipotermia no lactente.

Os níveis recomendados de lítio para o tratamento situam-se entre 0,6 mEq/L e 1,2 mEq/L, e, em razão da estreita faixa terapêutica, recomenda-se a monitorização periódica de seus níveis séricos, principalmente no início do tratamento, quando as doses forem alteradas.

A utilização de medicamentos durante a gestação e amamentação exige a avaliação da relação custo-benefício, uma vez que os riscos para o feto e o recém-nascido dizem respeito tanto à exposição às drogas quanto à doença materna.

Os riscos de abuso de substâncias ilícitas, suicídio, abandono do acompanhamento pré-natal e de nutrição inadequada estão aumentados nas gestantes portadoras de distúrbios psiquiátricos, representando problemas para o feto e para o casal.

Obs: Deve-se estar atento às situações que demandam encaminhamentos para o pré-natal de alto risco, serviço de Medicina Fetal e ao serviço de urgência, detalhados no item 4.2.6.

6.1.3 Transtorno de ansiedade

Transtorno de ansiedade são o grupo de transtornos psiquiátricos mais prevalentes na população mundial, sendo a ansiedade uma grande mobilizadora de distonias do sistema nervoso autônomo, levando não apenas sintomas e sinais psíquicos, mas especialmente, físicos.

6.1.3.1 Sintomas

- a) Tremores ou sensação de fraqueza.
- b) Tensão ou dor muscular.
- c) Inquietação.
- d) Fadiga fácil.
- e) Dispneia ou sensação de fôlego curto.
- f) Palpitações.
- g) Sudorese.
- h) Mãos frias e úmidas.
- i) Boca seca.
- j) Vertigens ou tonturas.
- k) Náuseas e diarreia.
- l) Rubor ou calafrios.
- m) Polaciúria.
- n) Impaciência.
- o) Resposta exagerada a situações de surpresa.
- p) Dificuldade de concentração ou déficit de memória.
- q) Alterações de sono.
- r) Irritabilidade.

6.1.3.2 Condutas

- Deve-se manter o acompanhamento em conjunto com a Saúde Mental, permanecendo sob os cuidados de sua eSF, com calendário de consultas flexível.
- Psicoterapia cognitiva-comportamental.

Obs: Deve-se estar atento às situações que demandam encaminhamentos para o pré-natal de alto risco, serviço de Medicina Fetal e ao serviço de urgência, detalhados no item 4.2.6.

6.1.4 Transtorno psicótico

A esquizofrenia é uma síndrome clínica complexa que compreende manifestações variadas de pensamento, percepção, emoção, movimento e comportamento. Pode ser caracterizada por sintomas "positivos" como delírios, alucinações e catatonia e sintomas "negativos" como por exemplo embotamento afetivo, alogia e falta de vontade. A manifestação desses sintomas varia com as características do paciente e com o tempo, sendo o efeito cumulativo da doença grave e persistente, constituindo uma doença psiquiátrica crônica, com prejuízo social.

6.1.4.1 Complicações obstétricas e perinatais

- a) Baixo peso ao nascer.
- b) Prematuridade.
- c) Trabalho de parto prolongado.
- d) Maior incidência de apresentação fetal anômala.
- e) Pré-eclâmpsia.
- f) Rotura prematura de membranas ovulares.

6.1.4.2 Condutas

- Deve-se manter o acompanhamento em conjunto com a Saúde Mental, permanecendo sob os cuidados de sua equipe de saúde da família (eSF), com calendário de consultas flexível.

Obs: Deve-se estar atento às situações que demandam encaminhamentos para o pré-natal de alto risco, serviço de Medicina Fetal e ao serviço de urgência, detalhados no item 4.2.6.

6.1.5 Blues puerperal

É o distúrbio psiquiátrico mais comum no período puerperal, afetando entre 40 e 80% das mães e caracterizando-se pela ocorrência de sintomas depressivos leves (tristeza, irritabilidade, choro fácil e ansiedade), insônia e redução da concentração.

Início dos sintomas: a partir do terceiro ao quinto dia pós-parto, apresentando piora dos sintomas na primeira semana e melhora do quadro depressivo após 10 a 14 dias do parto.

6.1.5.1 Fatores de risco

- a) História de depressão.
- b) Sintomas depressivos durante a gestação.
- c) História familiar positiva de depressão.
- d) Alterações de humor pré-menstruais ou relacionadas à utilização de contraceptivos hormonais.
- e) Estresse relacionados aos cuidados com o recém-nascido.
- f) Desajustes psicossocial relacionado ao trabalho, às relações interpessoais ou a atividades de lazer.

6.1.5.2 Complicações

Depressão pós-parto (no primeiro ano pós-natal).

6.1.5.3 Conduas

- Abordagem terapêutica conservadora.
- Suporte psicossocial.
- Auxílio familiar de forma que a puérpera possa dormir e descansar adequadamente.

Caso os sintomas não se resolvam dentro de 2 semanas ou piores, é necessário diagnóstico diferencial com depressão pós-parto.

6.1.6 Psicose puerperal

É o distúrbio psiquiátrico mais grave no período puerperal, com incidência em 1 a 2:1.000 gestações e tendem a se manifestar nas primeiras duas semanas pós-parto. A psicose puerperal é **considerada uma emergência médica**.

6.1.6.1 Sinais e sintomas

- a) Confusão mental e desorientação.
- b) Alucinações.
- c) Distorção da realidade.
- d) Insônia.
- e) Pensamentos anormais ou obsessivos sobre o seu filho.
- f) Fantasias e ideações agressivas contra si e contra o recém-nascido.
- g) Ideia de suicídio ou homicídio.

6.1.6.2 Conduas

- Encaminhar a paciente para o CERSAM ou CERSAMI, nos casos de adolescentes (12 a 18 anos).
- Mobilização familiar a fim de garantir cuidados adequados ao recém-nascido, devendo estimular visitas supervisionadas.

7 Atenção integral à saúde das gestantes, puérperas e seus bebês em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social

A atenção integral à saúde da mulher, gestante e puérpera, principalmente em situações de vulnerabilidade e risco social e pessoal, inclui os direitos aos cuidados com a saúde sexual e reprodutiva, o cuidado no pré-natal, a atenção ao parto e ao puerpério e os cuidados para o nascimento seguro, com o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança. É fundamental que essas práticas sejam humanizadas, pautadas na lógica da redução de danos e centradas nas necessidades

de cada mulher, de forma a estimular os vínculos, a autonomia e a corresponsabilização pelo seu autocuidado, valorizando-a enquanto protagonista em seu processo de produção de saúde.

A Portaria Conjunta SMSA/SMASAC Nº 0001/2017, que estabelece as diretrizes para a articulação e proteção social intersetorial e institui o Fluxograma de Atenção às Gestantes, Puérperas e Bebês em Situação de Vulnerabilidade e Risco Social e Pessoal (**ANEXO VII**), considera, potencialmente, “em situação de vulnerabilidade e risco social e pessoal”, as gestantes e puérperas com sofrimento mental, em uso prejudicial de álcool e outras drogas, vítimas de violência e com trajetória de vida nas ruas, não sendo desconsideradas outras possíveis situações.

O cuidado integral a essas mulheres e bebês deve ocorrer em qualquer ponto de atenção da rede do Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte (SUS-BH) e da rede do Sistema Único de Assistência Social de Belo Horizonte (SUAS-BH), assegurando a preservação do vínculo das mesmas com os profissionais de saúde e assistência social. A articulação intersetorial entre a rede SUS-BH, rede SUAS-BH e demais políticas públicas visa o desenvolvimento de ações efetivas para a promoção da defesa dos direitos da mulher e da criança, privilegiando a convivência familiar, socioafetiva e comunitária.

Frequentemente, as gestantes em situação de vulnerabilidade têm dificuldades para procurar o atendimento de pré-natal por medo do julgamento a que são submetidas, por preocupações com questões legais que envolvem, por exemplo, os serviços de proteção à infância, por controle de companheiros abusivos ou por dificuldade de adaptação às rotinas complexas dos centros de saúde. Esses fatores podem atrapalhar a construção de relações de confiança com os profissionais de saúde, o que impede o compartilhamento de informações importantes para o cuidado.

Cuidar destas mulheres durante a gestação pode exigir mais tempo e flexibilidade dos profissionais para facilitar a adesão e melhorar o cuidado ofertado a elas. Nesse sentido, algumas estratégias são fundamentais:

- Fazer agendamentos mais próximos.
- Garantir as consultas, mesmo diante de atrasos.
- Evitar postergar intervenções, como consultas e exames, aproveitando a presença da mulher no centro de saúde.

A construção de uma relação de confiança com essas mulheres favorece a vinculação com a rede de saúde, e esse laço é o que possibilita a continuidade do cuidado. Por isso, é fundamental reconhecer a singularidade de cada caso; fazer as abordagens de maneira acolhedora, respeitosa, empática e sensível; evitar julgamentos e críticas e guardar o sigilo das informações confiadas aos profissionais.

7.1 Organização da Atenção Primária à Saúde para o cuidado integral das gestantes, puérperas e seus bebês em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social

A identificação das vulnerabilidades e dos riscos sociais e pessoais devem ser feitas por meio da avaliação singular de cada caso. Considerando a linha do cuidado materno-infantil, a detecção dos casos que necessitam de atenção especial deve ocorrer durante o período gestacional, no momento do parto ou durante atendimento às intercorrências da gestação, pela maternidade ou no período pós-natal.

7.1.1 Atribuições dos profissionais da Atenção Primária à Saúde

Visando o fortalecimento do vínculo à eSF e a sensibilização para adesão ao pré-natal, a APS deve dar especial atenção às gestantes em situação de vulnerabilidade e risco social e pessoal, com a adoção das seguintes ações/estratégias:

- Realizar a busca ativa.
- Acolher essas mulheres quando estiverem presentes no centro de saúde, buscando organizar o processo de trabalho, flexibilizando agendas para atendimento e identificando o profissional com o qual a mulher tenha maior vinculação, para realizar o acolhimento e escuta qualificada sempre que oportuno.
- Reduzir barreiras de acesso devido à ausência de documento de identificação e comprovante de residência ou outras.
- Participar de reuniões de matriciamento e de discussões de caso.
- Promover, se necessário, a discussão do caso com as equipes de matriciamento no território, quais sejam: Saúde Mental, NASF-AB e profissionais de apoio, com vistas ao cuidado integral e singular.
- Elaborar PTS de forma coletiva e interdisciplinar com a eSF, articulando o apoio matricial para os casos. Reforçar que o PTS deve ser construído junto a esta mulher, seus familiares e seus apoios socioafetivos para potencializar a adesão aos cuidados planejados.
- Nos casos em que houver a necessidade de compartilhamento do cuidado, acionar a GAERE e outros equipamentos e serviços da rede SUS e SUAS, tais como: BH de Mãos Dadas contra a AIDS, EMAP-GPV, serviços de saúde mental (CERSAM'S, CERSAM's AD, CERSAMI's e Consultório de Rua), CRAS, CREAS e PAEFI.
- Quando necessário, encaminhar os casos para discussão nos Fóruns Perinatais Distritais e/ou outros espaços de articulação entre os serviços, envolvendo a maternidade de referência.
- Registrar no PE, no cartão da gestante, na caderneta da criança, no PTS e nos instrumentos de acompanhamento coletivo as informações relevantes para a vigilância dos casos, respeitando as necessidades de cada usuária/família extensa.

7.1.2 Projeto Terapêutico Singular

Essas gestantes devem ser estimuladas a realizar o pré-natal, a fim de promover uma gestação saudável e potencializar a relação afetiva mãe-bebê. O cuidado integral à saúde dessas usuárias deve ser discutido sistematicamente por equipes interdisciplinares e intersetoriais, possibilitando a construção de um Projeto Terapêutico Singular (PTS) **ANEXO VIII** adequado às necessidades de saúde da mulher e da criança.

O PTS é um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas a partir da discussão coletiva entre os profissionais envolvidos no caso e da escuta das necessidades e desejos da mulher e de sua família extensa. É importante designar um **gestor de caso local** — independentemente da categoria profissional — com o qual a usuária tem o melhor vínculo. Esse gestor tem a função de acompanhar e monitorar as ações, além de trabalhar para que elas sejam compartilhadas de forma organizada e efetiva. São atribuições do gestor de caso local:

- Participar da construção do PTS e da reavaliação do mesmo, com vistas ao cuidado integral e abrangente à mulher, gestante, puérpera, criança e família extensa.
- Acompanhar a adesão às etapas do PTS e articular quando necessário a reavaliação do mesmo.

- Articular, junto ao gerente do CS e outros equipamentos da rede, as ações previstas no plano de cuidado da mulher e da criança.
- Identificar as dificuldades para acesso e vinculação da mulher, em parceria com a eSF, e promover estratégias para reverter estas barreiras.
- Promover, junto aos colegas de equipe do CS, a empatia e compreensão acerca das dificuldades da mulher e da família extensa para adesão às ações propostas, buscando assegurar o cuidado.
- Informar à Gerência de Assistência Epidemiologia e Regulação (GAERE), quando solicitado, sobre o acompanhamento dos casos.

A eSF deverá ser, preferencialmente, a coordenadora do cuidado da gestante, puérpera e criança, apoiada pelos serviços especializados, respeitando a escolha da mulher.

7.1.3 Atendimento à demanda espontânea e programada para gestantes, puérperas e seus bebês em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social

A eSF deve se organizar para que o atendimento às gestantes e puérperas em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social, principalmente aquelas com vinculação frágil, aconteça de forma oportuna, quando demandarem escuta e atendimento. Propõe-se que, em algumas situações, o atendimento seja realizado de maneira conjunta por profissionais de saúde das diversas áreas, considerando suas especificidades e suas competências.

As condições de vulnerabilidade podem ter atendimento priorizado, em algumas circunstâncias, conforme diretrizes do protocolo “Demanda Espontânea na Atenção Primária à Saúde”, disponível no link: <https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/documento-demanda-espontanea.pdf> (ver **QUADRO 19**).

É importante lembrar que outras condições e necessidades de saúde podem ser identificadas pelos profissionais durante o atendimento a essas mulheres, que frequentemente sofrem com a falta de cuidados de saúde antes da gravidez e têm maiores riscos para certas condições, como o uso de tabaco, álcool e outras drogas, transtornos mentais, infecções sexualmente transmissíveis, hepatite C, HIV, exposição à violência e saúde bucal negligenciada. Nesse sentido, o pré-natal é uma oportunidade para a aproximação, vinculação e cuidado integral.

O planejamento sexual e reprodutivo é outro ponto fundamental a ser abordado junto às mulheres em situação de vulnerabilidade pessoal e risco social. Conversar sobre as expectativas e projetos de vida durante o pré-natal (momento ideal), após o nascimento do bebê, aborto ou decesso fetal é importante para que essas mulheres tenham acesso à informação e aos métodos contraceptivos que desejarem, associados ao método de barreira para prevenção de infecções sexualmente transmissíveis. É essencial que essas mulheres e seus parceiros sejam sensibilizados para a realização do planejamento sexual e reprodutivo de modo consciente e de livre escolha, e é papel da eSF realizar essa abordagem de modo claro e efetivo.

Quadro 19 - Condições de vulnerabilidade ou de atendimento oportuno que necessitam de priorização

Critério	Condição	Conduta
Condições de vulnerabilidade ou de atendimento oportuno	Uso de drogas (lícitas ou ilícitas)	Avaliação da eSF preferencialmente no mesmo turno para abordagem oportuna. Se tabagismo, orientações de abordagem breve disponíveis no módulo Demanda Espontânea (botão: Busca Ativa) no SISREDE.
	Vulnerabilidade psicossocial importante (classificação do risco familiar VERMELHO no botão “F” do prontuário eletrônico ou através de avaliação do profissional)	Avaliação da eSF, psicólogo ou assistente social preferencialmente no mesmo turno para abordagem oportuna.
	Puérpera	Avaliação da eSF preferencialmente no mesmo dia.

Adaptado de: BELO HORIZONTE. 2014. “Quadro 08 - Casos avaliados como não urgente que necessitam de priorização”. Demanda espontânea na Atenção Primária à Saúde em Belo Horizonte: recomendações para organização do processo de trabalho no nível local, p. 29. Belo Horizonte.

7.1.4 Atendimento às violências contra à mulher na Atenção Primária à Saúde

O diagnóstico de violência, muitas vezes, pode ser confundido com outras patologias orgânicas. É importante que todos os profissionais da eSF reúnam os dados e evidências observadas, de acordo com suas competências, para a construção de uma história precisa sobre o evento. Além disso, é importante solicitar apoio nas instâncias regional e central, quando o caso se configurar com uma complexidade maior que a habitual. As mulheres em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social estão mais expostas ao risco de sofrer violências.

Em 2015, a SMSA-BH publicou o “Guia de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência”, que aborda o conceito dos diversos tipos de violência, a identificação destas pela atenção primária à saúde, os encaminhamentos e acompanhamentos necessários diante dos casos. Além dos fluxogramas para nortear os atendimentos de casos agudos e/ou crônicos, o guia lista os locais de atendimento conforme o tipo de violência, a faixa etária para atendimento e a importância da realização da notificação.

O “Guia de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência” encontra-se na intranet no site da Prefeitura de Belo Horizonte no *link*: https://prefeitura.pbh.gov.br/sites/default/files/estrutura-de-governo/saude/2018/documentos/publicacoes%20atencao%20saude/guia_atendimento_mulheres_situacao_violencia.pdf.

Figura 10 - Capa do Guia de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência



7.2 Estratégias e equipamentos da rede de atenção à saúde SUS-BH

A rede SUS-BH conta com equipes volantes que percorrem os territórios, auxiliando na abordagem, construção de vínculo e cuidado dos usuários em situações de vulnerabilidades diversas.

O Consultório de Rua, vinculado à Coordenação de Saúde Mental, é um dispositivo que atua nas cenas públicas de uso de álcool e outras drogas nos distritos Oeste, Norte, Noroeste e Centro-Sul, utilizando a Redução de Danos como estratégia de cuidado. O CR tem como público alvo as pessoas em situação de rua e em uso prejudicial de álcool e outras drogas, priorizando as mais vulneráveis, como: portadores de sofrimento mental, crianças, adolescentes, gestantes e puérperas. Esse dispositivo é uma ferramenta importante para a vinculação, acompanhamento e

articulação intra e intersetorial das gestantes e puérperas em situação de rua em Belo Horizonte, já que é, muitas vezes, no primeiro momento, o único serviço autorizado por essas mulheres para a realização do seu cuidado.

O CR realiza esse acompanhamento por meio de demanda espontânea, busca-ativa e por solicitação dos dispositivos da rede intersetorial. É importante ressaltar que essa articulação da rede com o CR deve ser realizada com base na corresponsabilização e no compartilhamento, ou seja, sem a transferência do cuidado. O contato com as equipes do CR pode ser realizado via telefone corporativo ou e-mail institucional.

O BH de Mãos Dadas Contra a AIDS, vinculado à Coordenação de Saúde Sexual e Atenção às IST/AIDS e Hepatites Virais é um programa municipal que visa a promoção da saúde sexual, a prevenção e a redução da incidência da infecção pelo HIV, sífilis, hepatites virais e demais IST. Tem como público alvo populações em situações de vulnerabilidade, tais como: homens que fazem sexo com outros homens, gestantes e puérperas em situação de vulnerabilidade, pessoas em situação de rua, profissionais do sexo, usuários de álcool e outras drogas e populações LGBTQI.

As ações do programa objetivam oportunizar e aperfeiçoar a oferta do diagnóstico e o acesso aos equipamentos de saúde e assistência social por meio da intervenção dos redutores de danos do programa que atuam nos locais e horários de maior concentração deste público. O acesso ao BH de Mãos Dadas contra Aids se dá por demanda espontânea, busca-ativa e por solicitação da rede socioassistencial via e-mail ou telefone diretamente na Coordenação de Saúde Sexual.

Recentemente, foi integrada à rede SUS-BH a Equipe Multiprofissional de Apoio às Gestantes e Puérperas em Situação de Vulnerabilidade (EMAP-GPV), vinculada tecnicamente às Coordenações Perinatal e de Atenção Integral à Saúde da Mulher. Essa equipe atua junto às gestantes e puérperas com vínculos frágeis na rede, buscando o fortalecimento desse vínculo e a transferência do cuidado — de maneira responsável — entre as maternidades e o serviço que essa mulher identificar como de referência, preferencialmente, o centro de saúde. A EMAP-GPV pode ser acionada pelas eSF por meio da GAERE. O contato deve ser formalizado por e-mail, contendo os dados do caso e as situações de vulnerabilidades identificadas. É importante destacar que a EMAP-GPV é mais uma estratégia da SMSA que atua como apoio à APS, não devendo ser transferido para esta a coordenação do cuidado.

Essas equipes volantes têm trabalhado e se articulado intra e intersetorialmente para auxiliar na atenção intensiva e cuidado continuado. A complexidade de interlocução entre o discurso assistencial e as populações em situação de vulnerabilidade, por vezes, dificulta o acesso deste público aos centros de saúde, principalmente durante os horários habituais de funcionamento. Somando-se a este fato a dificuldade de capilarizar a assistência em saúde em locais de acesso restrito, a abordagem em campo torna-se fundamental para a promoção do acesso à saúde integral às pessoas em situação de vulnerabilidade.

Além dos serviços internos do centro de saúde (profissionais de apoio, NASF-AB, equipes de saúde mental e equipes de saúde mental complementar), a rede de saúde SUS-BH também é composta por serviços especializados na atenção aos usuários com sofrimento mental e uso prejudicial de álcool e outras drogas, para onde os casos mais graves e as urgências podem ser encaminhados pela APS ou outros pontos de atenção, mantendo o cuidado compartilhado e articulado com o centro de saúde, bem como com outros serviços da Rede de Atenção Psicossocial (RAPS). Atualmente existem em BH 8 CERSAMs (Barreiro, Leste, Norte, Nordeste, Noroeste, Oeste, Pampulha e Venda Nova), 4 CERSAMs AD (Barreiro, Nordeste, Pampulha e Centro-Sul) e 3 CERSAMIs (Nordeste, Noroeste e CEPAL), além do SUP (Serviço de Urgência Psiquiátrica), com funcionamento exclusivamente noturno, que oferece cuidado aos casos inscritos em Hospitalidade Noturna nos CERSAM's, CERSAM's AD e CERSAMI's e também recebe os casos encaminhados pelo SAMU e diversos serviços de urgência da cidade.

As equipes volantes e os demais equipamentos, quando necessário, devem ser acionados como rede de cuidado e proteção às gestantes e puérperas em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social, e devem participar da discussão, matriciamento dos casos e construção conjunta do PTS.

8 Puerpério

O puerpério compreende período de grandes modificações físicas e psíquicas e divide-se em três fases:

- Puerpério imediato: após a saída da placenta até o 10º dia depois do parto.
- Puerpério tardio: entre o 11º e 40º dia após o parto.
- Puerpério remoto: do 41º dia até o 60º dia após o parto.

Com o objetivo de minimizar as perdas sanguíneas, o útero se contrai próximo à cicatriz umbilical logo após o parto. Duas semanas após o parto o útero pode ser palpado intra-pélvico e, na sexta semana de puerpério, atinge seu tamanho normal. O colo uterino encontra-se fechado em uma semana após o parto. Nos casos em que exista infecção intrauterina ou que a placenta não tenha sido expulsa completamente, a contração uterina adequada não acontece e o sangramento persiste.

O sangramento que acontece após o parto (lóquios) apresenta características diferentes com o passar do tempo. Inicialmente é sanguinolento (lóquia rubra), tornando-se serossanguinolento e, ao final de duas a três semanas, torna-se mucoso (lóquia alba).

Após o parto vaginal é comum hiperemia e edema da mucosa vaginal, assim como edema da região perineal. O profissional de saúde deve orientar a **lavagem da região perineal com água e sabão**, não sendo necessária a aplicação de nenhuma pomada, creme ou spray no local. Em partos vaginais traumáticos, pode-se utilizar compressas de gelo para diminuir o edema e o desconforto local. As duchas vaginais são contraindicadas. A doença hemorroidária também é comum durante o período do puerpério, devido ao aumento da pressão abdominal durante o período expulsivo do trabalho de parto, ocasionando dor e desconforto local. O tratamento cirúrgico só é indicado nos casos de trombose. Quando a dor for significativa, recomendam-se dietas laxativas, aplicação de cremes contendo anestésicos e antiinflamatórios e banhos de assento.

Edema simétrico de membros inferiores pode ser observado até o 10º - 12º dia pós-parto.

A presença de taquicardia no puerpério sugere perda sanguínea excessiva, descompensação cardíaca ou infecção.

A presença de **febre no puerpério** (temperatura axilar maior ou igual a 38°C após as primeiras 24 horas pós-parto) é o principal **sintoma de infecção** e constitui **sinal de alerta** para o profissional de saúde. **Puérperas que apresentem febre devem ser encaminhadas à maternidade de referência para avaliação e definição do foco infeccioso.**

Puérperas que apresentam hipertensão arterial grave ($PAS \geq 160$ e/ou $PAD \geq 110$ mmHg) devem ser encaminhadas para avaliação na maternidade de referência.

As principais causas de infecção durante o puerpério são:

- **Cistite:** recomenda-se antibioticoterapia oral.
- **Pielonefrite:** febre associada a infecção urinária confirmada por exame laboratorial (urina rotina, Gram de gota e/ou urocultura). Recomenda-se internação para antibioticoterapia venosa.
- **Infecção de ferida operatória pós-cesariana:** manifesta-se mais frequentemente entre o quinto e sétimo dia de puerpério. Em casos leves, com acometimento apenas da pele/epiderme, pode-se utilizar cefalexina 500mg, via oral, 6/6h, por 7 a 10 dias ou amoxicilina/clavulanato 500/125mg, via oral, 8/8h, por 7 a 10 dias. Em casos de **celulite com comprometimento sistêmico (febre) ou abscesso, recomenda-se internação e antibioticoterapia venosa, além de exploração de ferida operatória.**
- **Endometrite:** ocorre mais frequentemente entre o terceiro e sétimo dia de puerpério. O diagnóstico é clínico e observa-se dor à palpação abdominal, útero amolecido e aumentado de volume, colo dilatado e doloroso à mobilização e/ou saída de secreção purulenta pela vagina. Recomenda-se **internação para antibioticoterapia venosa.**
- **Ingurgitamento mamário:** ocorre mais comumente entre o terceiro e o quinto dia pós-

-parto. Deve-se orientar/ensinar a mulher a realizar a ordenha manual e estimular essa mulher a armazenar e doar o leite excedente a um Banco de Leite Humano.

- **Mastite:** a mastite puerperal é secundária à contaminação das fissuras mamárias ou ductos lactíferos por microorganismos da pele, do meio ambiente ou da boca do lactente. Ocorre mais frequentemente em primíparas que apresentam dificuldades com a amamentação. Os principais sinais e sintomas são: edema, calor, hiperemia, dor, endurecimento local e/ou abscesso. Recomenda-se a aplicação de **compressas frias nas mamas e antibioticoterapia oral** (cefalexina, 500mg, 6/6h, por sete dias). Na presença de **abscesso mamário**, a puerpéra deve ser encaminhada à **maternidade de referência para drenagem cirúrgica**. A amamentação deve ser encorajada, mesmo na presença de abscesso, pois não oferece riscos ao lactente. Caso a puérpera não tolere amamentar, orienta-se a ordenha manual a cada três horas.
- **Infecção de canal de parto:** hiperemia, calor, edema local e/ou saída de secreção purulenta pela ferida operatória são sinais e sintomas que podem aparecer no local. Na ausência de comprometimento sistêmico ou abscesso, pode ser administrado antibioticoterapia oral (cefalexina 500mg 6/6horas por 7 a 10 dias). **Na presença de abscesso ou comprometimento sistêmico (febre)**, recomenda-se **internação para antibioticoterapia**.

Orienta-se a administração de vacinas durante o puerpério para as mulheres não imunizadas previamente contra hepatite B, dupla adulto e rubéola, além da vacinação contra a influenza durante o período de campanha.

8.I Ações do 5º dia

As ações do 5º dia no puerpério são ações de acolhimento da mulher e do recém-nascido (RN). Deve-se iniciar com escuta do que a mulher tem a dizer, incluindo possíveis queixas, e estimulá-la a fazer perguntas e esclarecer as dúvidas.

8.I.I Consulta do 5º dia da puérpera

A avaliação de todas as puérperas no quinto dia pós-parto deve ser realizada pelo enfermeiro, médico de família ou médico ginecologista. Mulheres que apresentem sintomas como febre, secreção purulenta, hemorragia ou hipertensão grave, devem ser encaminhadas para avaliação médica imediata no centro de saúde (caso o atendimento esteja sendo realizado por enfermeiro) e posterior encaminhamento à maternidade de referência para propedêutica e, se necessário, reinternação. Mulheres que apresentaram **complicações** no parto ou puerpério, tais como pré-eclâmpsia, infecção puerperal, mastite, hemorragia pós-parto, depressão pós-parto ou outras intercorrências clínicas, mesmo que controladas no momento da consulta do 5º dia, devem ser encaminhadas para avaliação imediata do médico de família e, assim que possível, para o ginecologista de apoio.

No momento do atendimento à puérpera, durante a anamnese, deve-se verificar o cartão da gestante e o resumo de alta hospitalar, perguntar sobre as condições da gestação (uso de medicamentos, intercorrências na gestação, se recebeu aconselhamento e realizou testagem para sífilis ou HIV) e do atendimento ao parto (data; tipo de parto; se cesariana, qual a indicação; intercorrências no parto ou no pós-parto, como febre, hemorragia, hipertensão, diabetes, convulsões, isoimunização pelo fator Rh) e questionar sobre aleitamento materno, frequência das mamadas durante o dia e a noite, dificuldades na amamentação, satisfação do RN com as mamadas, condições das mamas. É oportuno, nesse momento, perguntar como está a alimentação, o sono e

atividades da rotina doméstica da puérpera; deve-se orientar sobre a questão de dor, fluxo vaginal, sangramento, queixas urinárias e febre; avaliar, ainda, as condições psicoemocionais, como o humor da puérpera, preocupações, desânimo e fadiga, estando alerta para quadros de depressão.

É válido observar as condições sociais da puérpera durante a consulta do 5º dia (pessoas de apoio, enxoval do bebê, condições para atendimento a necessidades básicas) e estimular a puérpera a estabelecer uma rede de apoio social.

Durante o exame físico completo dessa puérpera, é preciso atentar e observar a presença de edema, as características da ferida operatória e durante a palpação abdominal verificar a condição do útero e se há dor à palpação. Ao examinar mamas, identificar se há ingurgitamento, sinais inflamatórios, infecciosos ou cicatrizes que dificultem a amamentação. Durante o exame do períneo e dos genitais externos, detectar sinais de infecção, presença e características de lóquios; quando parto normal, se houve episiotomia ou laceração.

No caso de cesariana, deve-se avaliar o momento da retirada dos pontos da cicatriz cirúrgica e orientar sobre os cuidados locais.

O agendamento da consulta de avaliação no período puerperal, é realizado idealmente 42 dias após o parto, no máximo 60 dias, para mulheres que estão amamentando, e 30-42 dias para mulheres que não estiverem amamentando.

Nas consultas de 5º e 42º dia é importante que as mulheres recebam a "*Escala de depressão perinatal de Edinburgh*" (**ANEXO V**). Trata-se de um instrumento autoaplicável que visa avaliar o estado emocional da mulher e pode ser preenchido durante a consulta ou em outro momento oportuno. Se a mulher decidir preencher o questionário em casa, deverá agendar consulta no CS posteriormente para avaliação do resultado pela equipe. Caso o teste seja negativo para depressão, outro impresso deve ser fornecido a ela que deverá ser orientada a guardar e realizar o preenchimento novamente caso se sinta triste até o final do primeiro ano após o nascimento do bebê. Deve-se ainda orientá-la que, caso a soma dos pontos seja maior ou igual a 11, ela deverá procurar atendimento no centro de saúde ou no CERSAM.

8.1.2 Avaliação do recém-nascido

Avaliação detalhada do recém-nascido pode ser encontrada no protocolo de saúde da criança da PBH.

Contudo, alguns pontos fundamentais não podem ser esquecidos na consulta do quinto dia: perguntar e anotar as condições de alta do recém-nascido, verificar o preenchimento correto da Caderneta de Saúde da Criança, observar e orientar a mamada, reforçar a importância do aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida do bebê, fazer exame físico completo, verificar se já realizou ou agendou o exame de Triagem Auditiva Neonatal e avaliar a criança de forma integral. Um dos pontos chaves dessa avaliação é identificar o recém-nascido de risco segundo o **QUADRO 20**.

Caso sejam identificados alguns destes critérios, solicitar avaliação médica imediatamente.

Quadro 20 - Critério para estabelecer qual recém-nascido é de risco

Critérios Principais	Critérios Associados (dois ou mais)
- Baixo peso ao nascer (menor que 2.500 g). - Recém-nascidos que tenham ficado internados por intercorrências após o nascimento. - História de morte de criança < 5 anos na família. - RN de mãe HIV positivo	- Família residente em área de risco. - RN de mãe adolescente (< 16 anos). - RN de mãe analfabeta. - RN de mãe portadora de deficiência ou distúrbio psiquiátrico, ou drogadição que impeça o cuidado da criança. - RN de família sem fonte de renda. - RN manifestamente indesejado.

Sugere-se, nesses casos (recém-nascidos de risco), que se inicie, na puericultura, acompanhamento compartilhado entre eSF e profissionais fisioterapeutas, fonoaudiólogos e terapeutas ocupacionais do NASF-AB e que sejam valorizados os espaços de matriciamento para ampliar o olhar da equipe avaliadora, considerando os aspectos do desenvolvimento neuropsicomotor. Esses profissionais irão contribuir na identificação de sinais de atrasos e disfunções ao longo do desenvolvimento do bebê e início em tempo oportuno do cuidado integral que se fizer necessário.

8.1.3 Avaliação do vínculo mãe-bebê

O vínculo mãe-bebê é um relacionamento de dependência afetiva mútua e de cuidados entre a mãe e bebê, que inicia seu desenvolvimento durante a gestação, consolida-se após o nascimento, e é percebido, objetivamente, por meio dos cuidados dedicados da mãe para com seu bebê.

Alguns fatores impactam positivamente na formação desse vínculo, como o contato prolongado entre a mãe e seu bebê nas primeiras horas após o parto, suporte básico a essa mãe nos dias posteriores ao parto, o empoderamento materno em relação aos cuidados com seu filho.

O profissional de saúde deve observar se há contato olho a olho entre a mãe e seu bebê, se ela toca o seu filho, se ele sorri para ela, se ela conversa com ele e se preocupa, antecipa as necessidades do bebê e se ela atende as necessidades dele. Esse comportamento da mãe em relação ao seu filho é um forte indício que houve o estabelecimento desse vínculo.

O profissional deve tentar compreender os sentimentos de ansiedade, angústia, culpa e impaciência que a mulher pode carregar consigo, compreender ainda as relações, atitudes e o apoio dos familiares, e buscar o alívio dessas tensões para melhorar a assistência à criança.

8.1.4 Avaliação do aleitamento materno

Observar e avaliar a mamada a fim de garantir o adequado posicionamento e pega da aréola. O posicionamento errado do bebê, além de dificultar a sucção, comprometendo a quantidade de leite ingerido, é uma das causas mais frequentes de problemas nos mamilos. Em caso de ingurgitamento mamário, mais comum entre o 3º e o 5º dia pós-parto, orientar quanto à ordenha manual, armazenamento e /ou doação do leite excedente. Veja no item **8.1.4.3**.

A abordagem ao aleitamento materno (incentivo e apoio) deve ser de preferência interdisciplinar e intersetorial, garantindo cuidados e orientações não só às gestantes e mães, mas também aos companheiros e todo núcleo familiar.

Essas ações devem se iniciar no pré-natal e prosseguir na maternidade, antes, durante e após o parto, nas visitas domiciliares e em todos os momentos em que a mãe comparecer ao centro de saúde.

É importante ressaltar que a gestante deve ser informada de seu direito em amamentar seu filho ao nascer (aleitamento materno na primeira hora de vida), desde que seja possível, de acordo com as condições clínicas da criança e da puérpera, assim como o direito de ter um acompanhante na sala de parto.

Por meio da Rede Solidária BH de Aleitamento Materno, as equipes contam com o apoio das maternidades do SUS e o Serviço de Apoio ao Aleitamento Materno e Doação de Leite Humano da URS SAUDADE - Regional Leste, para onde podem encaminhar, discutir e buscar orientações de casos complexos, tais como mastite, bebês com dificuldades de sucção, entre outros.

Nos postos de coleta de leite e maternidades de referência os profissionais poderão também receber treinamentos e reciclagens nos cuidados com o aleitamento.

Após o parto, durante o período de amamentação, o profissional deve orientar a puérpera quanto a:

- Escolha de uma posição confortável para amamentar.

- Verificação do estado da aréola, se está macia.
- Importância de ofertar sempre as duas mamas.
- Iniciar sempre pela mama na qual terminou a última mamada.
- Não colocar água quente ou compressa quente nas mamas, nos casos de ingurgitamento mamário.

O fonoaudiólogo das equipes do NASF-AB pode auxiliar as equipes do centro de saúde nas ações de prevenção, avaliação e manejo das dificuldades no aleitamento, principalmente relacionadas à sucção dos bebês.

8.1.4.1 Orientações nutricionais para a lactante durante a amamentação

As orientações nutricionais realizadas para a gestante devem ser mantidas para a mulher quando a mesma se torna lactante.

Aumentar o consumo de líquidos para 3 litros de água e outras bebidas. O aumento da produção de leite se deve ao aumento da ingestão de água. Alimentos como canjica e cerveja preta **não** aumentam a produção de leite.

O consumo excessivo de cafeína (acima de 2 xícaras de café ao dia) pode reduzir o teor de ferro do leite humano, assim como o consumo de chás (preto, branco, verde e mate) e refrigerantes à base de cola.

8.1.4.2 Quando o bebê deve ser amamentado

O bebê deve ser alimentado sempre que tiver fome. Não existe horário fixo e, portanto, ele deve mamar sempre que quiser, é o chamado aleitamento materno em livre demanda.

É importante que a primeira mamada seja o mais precoce possível, de preferência ainda na primeira hora de vida.

Quanto mais o bebê mama, mais leite a mama produz. A ordenha ao seio é o estímulo que irá liberar os hormônios responsáveis pela produção e ejeção do leite.

Durante as primeiras mamadas, a mãe poderá sentir cólica no baixo ventre. Este episódio reflete que está havendo contrações do útero, fazendo com que o mesmo volte ao tamanho normal.

Não é necessário complementar a amamentação com água, chá ou outro tipo de alimento até o sexto mês de vida.

Após o fim da licença-maternidade continuar amamentando requer planejamento e organização. A tarefa costuma criar expectativas em muitas mulheres por se tratar de um momento que já é delicado por estar associado à separação entre mãe e filho. A legislação trabalhista em vigor prevê dois intervalos para amamentação, de meia hora cada, durante a jornada de trabalho, até que a criança complete seis meses.

A lactante pode começar a retirar seu leite com pelo menos 15 dias de antecedência (o ideal é um planejamento, afinal a ideia é deixar leite armazenado para o bebê enquanto a mulher estiver no trabalho) e o leite deve ser mantido congelado. Abaixo, segue os passos para a extração do leite (seja para armazenar para o bebê ou para doação):

- Escolher um frasco de vidro incolor com tampa plástica de rosca (os melhores são os de maionese ou de café solúvel).
- Lavar bem o frasco com água e sabão, retirar o papel interno da tampa se houver, e depois ferver a tampa e o frasco por 15 minutos (contando o tempo a partir do início de fervura).

- Escorrer vidro e tampa sobre um pano limpo até secar.
- Fechar bem o frasco depois de seco.
- Identificar o frasco de vidro onde vai colocar o leite com o nome, data e hora da coleta.
- Retirar anéis, pulseiras e relógio.
- Colocar uma touca ou um lenço no cabelo e amarrar um lenço/tecido limpo na boca.
- Lavar as mãos até o cotovelo com água e sabão.
- Lavar as mamas apenas com água limpa.
- Secar as mãos e as mamas com papel toalha, evitando deixar resíduo de papel, ou com um pano limpo.

Para ordenhar o leite:

- Iniciar a massagem das mamas: fazer movimentos circulares com a ponta dos dedos em toda a aréola (parte escura da mama).
- Massagear toda a mama, mantendo os movimentos circulares.
- Colocar o polegar acima da linha onde acaba a aréola e os dedos indicador e médio abaixo dela.
- Firmar os dedos e empurrar para trás em direção ao tronco.
- Apertar o polegar contra os outros dedos com cuidado, até o leite sair.
- Não deslizar os dedos sobre a pele. Apertar e soltar... apertar e soltar muitas vezes.
- Desprezar os primeiros jatos ou gotas.
- Em seguida, abrir o frasco e colocar a tampa sobre a mesa, com a parte interna voltada para cima.
- Retirar o leite do peito com as mãos ou com bomba manual ou elétrica (ao utilizar bombas, é necessário realizar a higienização das mesmas, assim como é realizada com os frascos).
- Após terminar a coleta, fechar bem o frasco.
- Após a coleta, o leite deve ser imediatamente congelado.

Não é necessário encher os potes até a boca, mas apenas com o volume ideal para uma ou duas mamadas; pode ser colocada mais de uma ordenha no mesmo frasco, porém a nova coleta deve ocorrer em outro recipiente de vidro previamente higienizado e fervido por 15 minutos (ex.: copo de vidro). Realizar a nova coleta e ao final, este leite líquido pode ser colocado por cima do leite já congelado.

Para oferecer o leite materno que foi congelado:

- Retirar o frasco do congelador ou freezer e descongelar o leite em banho-maria com o fogo desligado (a água deve ser aquecida e o fogo desligado ao iniciar formação de pequenas bolhinhas).
- Colocar o leite em banho-maria (água aquecida em fogo desligado) e agitar o vidro lentamente, para misturar os seus componentes até que não reste nenhum gelo. O leite não deve ser fervido e nem aquecido em micro-ondas, pois este tipo de aquecimento pode destruir seus fatores de proteção.
- Retirar do frasco apenas a quantidade de leite que o bebê for tomar; o restante do leite descongelado deve ser estocado na geladeira e utilizado no prazo de 12 horas após o descongelamento.
- Oferecer o leite em copinho, xícara ou colher.
- Se o bebê não tomar todo o leite, a sobra deverá ser desprezada.

Outras informações importantes:

- Nos casos de bebês internados por prematuridade ou doença, a mãe pode ser orientada a tirar o leite 6 a 8 vezes por dia para estimular e manter a produção de leite.
- As lactantes com excesso de leite, poderão ser orientadas sobre a doação de leite, a fim de beneficiar outros bebês (ver item **8.1.4.3**).

8.1.4.3 Doação de leite humano

O banco de leite humano (BLH) é um serviço especializado vinculado a um hospital de atenção materna e/ou infantil. O BLH é responsável por ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e execução de atividades de coleta da produção láctea da nutriz, seleção, classificação, processamento, controle de qualidade e distribuição.

O posto de coleta de leite humano (PCLH) é uma unidade fixa ou móvel, intra ou extra-hospitalar, vinculada tecnicamente a um banco de leite humano e administrativamente a um serviço de saúde ou ao próprio banco. O PCLH, assim como o BLH, é responsável por ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e execução de atividades de coleta da produção láctea da nutriz e sua estocagem, não podendo executar as atividades de processamento do leite, que são exclusivas do BLH.

A unidade de coleta de leite humano (UCLH) funciona em um centro de saúde e está vinculada a um posto de coleta de leite humano para o qual envia o leite humano (LH) doado. A UCLH realiza ações de promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e a captação e orientação a possíveis doadoras. Os profissionais do CS capacitados buscam o LH extraído e congelado no domicílio da doadora que, após inspeção no PCLH segue para o BLH.

Algumas mulheres quando estão amamentando produzem um volume de leite além da necessidade do bebê, o que possibilita que sejam doadoras.

O leite humano doado, após passar por processo que envolve seleção, classificação e pasteurização, é distribuído com qualidade certificada aos bebês internados em unidades neonatais.

Baseado na resolução nº. 171/06 da ANVISA, que dispõe sobre o regulamento técnico para os BLH, é recomendado que o profissional que assiste a gestante no pré-natal registre no Cartão da Gestante que a mesma está apta para a amamentação e a doação de leite.

Embora a seleção de doadoras seja de responsabilidade do BLH ou PCLH, os requisitos para esta seleção podem ser observados e avaliados também pelo profissional que realiza o pré-natal e puerpério, para que seja possível detectar as mulheres que serão consideradas aptas à doação e, ao mesmo tempo, estimular este ato sempre que possível.

Devem ser consideradas aptas para doação, as nutrízes que atendem aos seguintes requisitos:

- Estar amamentando ou ordenhando leite humano para o próprio filho.
- Ser saudável.
- Apresentar exames pré ou pós-natais compatíveis com a doação de leite humano.
- Não fumar mais que 10 cigarros por dia.
- Não usar medicamentos incompatíveis com a amamentação.
- Não usar álcool ou drogas ilícitas.
- Realizar exames (hemograma completo, VDRL, anti-HIV, Hepatite B) quando o cartão de pré-natal não estiver disponível ou a nutriz não tiver realizado pré-natal.
- Realizar outros exames conforme perfil epidemiológico local ou necessidade individual da doadora.

Em Belo Horizonte há 6 Postos de Coleta de Leite Humano (PCLH) localizados em maternidades e 1 em Unidade de Referência Secundária (URS), Unidades de Coleta de Leite Humano (UCLH) localizadas em 15 centros de saúde e 2 Bancos de Leite, conforme **QUADRO 21** abaixo:

Quadro 21 - Relação dos bancos de leite humano, postos de coleta de leite humano e unidades de coleta de leite humano em Belo Horizonte

Bancos de Leite Humano	Postos de Coleta de Leite Humano	Unidades de Coleta de Leite Humano
Hospital Sofia Feldman	Hospital Sofia Feldman	Distrito Centro-Sul
Maternidade Odete Valadares	Maternidade Odete Valadares	CS Cafezal
	Hospital das Clínicas	CS Nossa Senhora Aparecida
	Hospital Júlia Kubitscheck	CS Padre Tarcísio
	Hospital Metropolitano Odilon Behrens	Distrito Leste
		CS Alto Vera Cruz
		CS Boa Vista
		CS Paraíso
		CS Pompeia
		CS Novo Horizonte
	URS Saudade (Distrito Leste)	Distrito Nordeste
		CS Cachoeirinha
		CS Olavo Albino
		CS Vila Maria
		Distrito Norte
		CS Novo Aarão Reis
		Distrito Venda Nova
		CS Copacabana
		CS Lagoa
		CS Venda Nova

8.1.4.4 Situações em que há restrições ao aleitamento materno

A suspensão da amamentação por motivos de doença materna ou uso de medicamentos é condição rara.

Nas seguintes situações o aleitamento materno não deve ser recomendado:

- Mães infectadas pelo HIV.
- Mães infectadas pelo HTLV1 e HTLV2.
- Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação. Alguns fármacos são considerados contraindicados absolutos ou relativos ao aleitamento materno, como por exemplo, os antineoplásicos e radiofármacos. Como essas informações sofrem frequentes atualizações, recomenda-se que previamente à prescrição de medicações a nutrízes o profissional de saúde consulte o manual “Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias” (http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/amamentacao_uso_medicamentos_outras_substancias_2edicao.pdf).
- Criança portadora de galactosemia, doença rara em que ela não pode ingerir leite humano ou qualquer outro que contenha lactose.

As crianças nascidas de mães com HIV e HTLV devem ser alimentadas exclusivamente com fórmula infantil. Elas podem ter acesso às fórmulas por meio do encaminhamento ao Centro de Treinamento e Referência em Doenças Infectocontagiosas e Parasitárias Orestes Diniz (CTR).

8.1.5 Planejamento sexual e reprodutivo

Deve-se abordar o Planejamento Sexual e Reprodutivo durante o pré-natal (desejo de ter mais filhos, de usar ou não método contraceptivo, métodos já utilizados e qual o método de preferência), valorizando a consulta pré-concepcional e desestimulando intervalo intergestacional inferior a seis meses.

O projeto de Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia (*Apice On*) é uma iniciativa do Ministério da Saúde em parceria com a EBSEH, ABRAHUE, MEC e IFF/ FIOCRUZ, tendo a Universidade Federal de Minas Gerais (UFMG) como instituição executora que propõe a qualificação da assistência nos campos de atenção/cuidado ao parto e nascimento, planejamento reprodutivo no pós-parto e pós-aborto, atenção às mulheres em situação de violência sexual e de abortamento e aborto legal em hospitais de ensino, universitários e/ou que atuam no âmbito da Rede Cegonha. Em Belo Horizonte, as sete maternidades SUS-BH aderiram ao projeto *Apice On*. No pilar referente ao planejamento reprodutivo pós-parto e pós-aborto, o projeto busca fortalecer as ações de saúde sexual e reprodutiva com a oferta do DIU de cobre (Tcu380) no pós-parto e pós-abortamento nas primeiras 48 horas, quando a mulher ainda está na maternidade.

Consta na caderneta da gestante do MS, edição 2018, um campo específico onde a gestante pode sinalizar sua intenção em colocar o DIU no pós-parto. Para tanto, é preciso que ela seja orientada e esclarecida durante o pré-natal quanto aos métodos contraceptivos existentes na rede SUS-BH para que realize uma escolha livre e consciente.

8.1.5.1 Métodos contraceptivos durante a amamentação

Ao se avaliar um método contraceptivo no pós-parto, devemos levar em consideração a singularidade desse período no que diz respeito ao tempo pós-parto, ao padrão da amamentação, se a menstruação já retornou ou não e, principalmente, aos possíveis efeitos dos anticoncepcionais hormonais sobre a lactação e o lactente. É importante lembrar que a escolha do método contraceptivo deve ser **sempre personalizada** para cada puérpera.

Até o sexto mês do pós-parto, a amamentação exclusiva com amenorreia está associada com a diminuição da fertilidade, mas esse quadro deixa de existir quando ocorre o retorno das menstruações e/ou quando o leite materno deixa de ser o único alimento recebido pelo bebê. Por esse motivo é importante orientar a mulher sobre os métodos contraceptivos, sua eficácia na contracepção e a possível interferência com a amamentação.

O **dispositivo intrauterino (DIU) T de cobre** pode ser utilizado como método contraceptivo, tendo sua inserção realizada nas primeiras 48 horas após o parto (na maternidade) ou a partir de 6 a 8 semanas pós-parto (pelo médico no CS). Ele está contraindicado nos casos infecção puerperal e só poderá ser utilizado após três meses da cura.

O uso do **preservativo masculino ou feminino** deve ser sempre incentivado pelo fato de ter uma boa eficácia contraceptiva e, principalmente, por ser o único a conferir proteção contra as infecções de transmissão sexual.

O **anticoncepcional hormonal oral de progesterona** (minipílula) é o anticoncepcional hormonal oral que pode ser utilizado pela mulher durante a amamentação e deve ser iniciado após a sexta semana do parto. O **anticoncepcional hormonal oral combinado** tem seu uso desaconselhado até o sexto mês pós-parto, pois interfere na qualidade e quantidade do leite materno, além de possíveis efeitos adversos na saúde do bebê. Após esse período, poderá ser utilizado.

O **anticoncepcional injetável trimestral – acetato de medroxiprogesterona 150 mg** – apresenta alta eficácia quando usado por mulheres durante o período de amamentação. Tem forte indicação de uso na presença de comorbidades como hipertensão arterial, diabetes e outras. Semelhante ao anticoncepcional hormonal oral de progesterona, também deverá ser iniciado após a

sexta semana do parto. Já o **anticoncepcional injetável mensal** é contraindicado para lactantes até o sexto mês pós-parto devido aos mesmos motivos do anticoncepcional hormonal oral combinado, mas, após esse período, poderá ser utilizado mesmo em mulheres que ainda amamentam.

O **diafragma** é um método anticoncepcional de uso feminino que consiste num anel flexível, coberto no centro com uma delgada membrana de látex ou silicone em forma de cúpula que se coloca na vagina cobrindo completamente o colo uterino e a parte superior da vagina, impedindo a penetração dos espermatozoides no útero e trompas. Usar o diafragma preferencialmente com espermaticida (deve ser colocado na parte côncava, antes da introdução do diafragma) todas as vezes que mantiver relações sexuais, para maior eficácia do método. Entretanto, essa associação limita-se às mulheres com baixo risco para o HIV e outras IST's. Para medição do tamanho do diafragma a ser indicado para a mulher há a possibilidade de solicitação do kit medidor via farmácia local. O diafragma deve ser solicitado através de prescrição médica na farmácia do CS em duas vias. O insumo será encaminhado a esse serviço pela farmácia regional e quando estiver disponível no CS a equipe entrará em contato com a usuária para retirada do método. Pode ser utilizado após seis meses pós-parto.

Outros métodos comportamentais, como tabelinha e muco cervical, só são recomendados a serem utilizados após a regularização do ciclo menstrual.

A **laqueadura tubária**, por ser método definitivo, deve respeitar os preceitos legais (artigo 10 da lei nº 9263 de 12/01/2016). Ver **item 10.1**.

8.1.6 Visita domiciliar

Em até 72 horas após a alta hospitalar toda puérpera deve receber, no domicílio, uma visita de um membro da eSF ou da equipe de apoio, seja o ACS, o técnico de enfermagem, enfermeira, médico de família, médico ginecologista e/ou médico pediatra para orientá-la sobre os cuidados básicos com o recém-nascido e se possível, realizar a avaliação completa programada para a visita domiciliar. Deve-se aproveitar este momento para orientar a puérpera a comparecer ao centro de saúde para que sejam realizadas as ações do quinto dia.

Quando, neste primeiro momento, não for possível realizar a avaliação completa programada pela equipe de Saúde da Família no domicílio, esta deve ser agendada para que se possa realizar, além da orientação sobre os cuidados básicos com o recém-nascido, a avaliação do vínculo mãe-bebê, a ambiência do domicílio do aleitamento, a apojadura, dos lóquios e a involução uterina: verificar o sumário de alta com histórico de parto e exame do recém-nascido a atentar para sinais de alerta: infecções, desidratação, icterícia, dentre outros.

8.1.7 Avaliação e acompanhamento da mulher com óbito fetal

A equipe do CS deve apoiar a mulher após um óbito fetal ou neonatal, não a culpabilizando pelo fato. Deve-se respeitar o luto dessa mulher e ajudá-la, apoiando-a, quando ocorrer a recordação do fato. O atendimento, preferencialmente deverá ser feito por uma equipe multiprofissional, de forma que haja respeito à privacidade e fornecimento de informações adequadas.

8.1.8 Apoio à puérpera com recém-nascido internado

Nos casos em que o bebê permanecer internado devido a alguma complicação, a equipe de

saúde deve oferecer meios para que a mulher consiga enfrentar esta fase com mais tranquilidade. A abordagem dessa mulher deverá ser realizada por uma equipe multiprofissional, de forma que haja respeito à privacidade e fornecimento de informações adequadas.

8.2 Acompanhamento do recém-nascido

A consulta entre o terceiro e quinto dia de vida é muito importante para saber como estão a mãe e o bebê.

A triagem neonatal é uma ação preventiva que permite identificar, em tempo oportuno, distúrbios e doenças congênitas, o que possibilita realizar tratamento e acompanhamento para diminuir ou eliminar os danos associados a eles. A triagem neonatal inclui os testes do pezinho, do olhinho, da orelhinha e do coraçãozinho, que devem ser realizados nos primeiros dias de vida para verificar a presença de doenças que, se descobertas bem cedo, podem ser tratadas com sucesso.

O Teste do Pezinho é realizado no CS do 3º ao 5º dia de vida da criança, e permite identificar as seguintes doenças: fenilcetonúria, hipotireoidismo congênito, hiperplasia adrenal congênita, anemia falciforme e fibrose cística.

O Teste do Olhinho deve ser realizado na maternidade e, pelo menos, duas a três vezes ao ano, nos três primeiros anos de vida, durante as consultas de puericultura no CS. Por meio deste teste podemos identificar: catarata (alteração da transparência do cristalino), glaucoma (alteração da transparência da córnea), toxoplasmose (alteração da transparência do vítreo pela inflamação), retinoblastoma (alteração da transparência do vítreo pelo tumor intraocular).

O Teste da Orelhinha ou Triagem Auditiva Neonatal será realizado na maternidade ou agendado pelo centro de saúde na consulta da primeira semana de vida e deve ser realizado, de preferência, nos primeiros 30 dias de vida. Ele permite detectar a ocorrência de deficiência auditiva.

O Teste do Coraçãozinho é realizado na maternidade e permite identificar precocemente se o bebê tem alguma doença grave no coração.

A vacinação é essencial para manter a criança saudável. Mesmo com febre, gripada ou com outros sintomas, a criança pode tomar vacina. É importante manter o calendário de vacinação sempre em dia para a prevenção de doenças.

8.2.1 O sono do bebê

O bebê recém-nascido dorme muito e por isso, ele precisa de um lugar tranquilo, arejado e limpo para dormir. A posição correta é mantê-lo no berço de barriga para cima. Importante orientar a mãe para observar se a boca e nariz estão descobertos; não usar travesseiro e cobertor e agasalhar com roupa adequada à temperatura do ambiente. Além disso, é importante ajudar o bebê a diferenciar o dia e a noite, sendo importante que o sono da criança durante o dia se dê em ambiente normalmente iluminado e com exposição ao barulho normal de funcionamento da família, restringindo para a noite o sono em ambiente escuro e estritamente silencioso.

8.2.2 Os cuidados com coto umbilical

Antes de iniciar a higienização do coto umbilical, sempre se deve lavar as mãos com água e sabão para evitar que microrganismos infectem o bebê, causando doenças.

Para a higiene da região umbilical, usar um pano lavado e passado a ferro, gases, algodão ou

haste com algodão (cotonete) molhado em álcool a 70% em toda a volta do coto, sempre da base para ponta (pegar outro pano, gaze, algodão ou haste com algodão quando estes estiverem sujos). Imediatamente após a limpeza pode-se observar hiperemia transitória da pele, o que não apresenta risco para o RN. Limpar o coto umbilical diversas vezes ao dia, após o banho e troca de fraldas, até que completamente cicatrizada. **Não** cobrir (**não** colocar faixas, moedas ou qualquer outro objeto) e **não** aplicar outras substâncias no umbigo, como borra de café, teia de aranha, terra, chás ou folhas. Colocar a fralda abaixo do coto umbilical, a fim de que o local fique sempre seco.

A presença de vermelhidão ao redor do coto do umbigo, edema (sobretudo se formar um triângulo na parte superior do umbigo) e/ou de secreção amarelada, com pus e com mau cheiro, pode ser sinal de infecção (onfalite – infecção de alto risco para a criança). Neste caso, orientar a mãe a levar o bebê imediatamente a um profissional de saúde.

O coto costuma cair até o final da segunda semana de vida dos bebês.

8.2.3 O banho

A hora do banho deve ser um momento muito relaxante e, nesta ocasião o bebê deve se sentir seguro. Sustentá-lo com firmeza, falar com ele, tocá-lo com delicadeza, utilizar preferencialmente uma banheira ou uma bacia pois dão mais segurança ao bebê. Colocá-la em um local protegido, onde não haja risco do bebê ficar exposto ao vento, usar água morna e sabonete neutro em pequena quantidade e nunca colocar o bebê na água sem antes conferir a temperatura (37°C) com o dorso da mão. Orientar enxugar adequadamente e secar bem as dobras da pele e o umbigo antes de vesti-lo.

8.2.4 A cor da pele

Orientar a mãe a prestar atenção à cor da pele do bebê é muito importante. A cor amarelada significa icterícia, doença conhecida como “amarelão”. Se a cor amarela aparecer nas primeiras 24 horas de vida, se for muito forte, se estiver espalhada por todo o corpo ou se durar mais de duas semanas, é necessário que o bebê seja avaliado com urgência pelo profissional de saúde.

É recomendado a exposição direta da pele à luz solar a partir da segunda semana de vida. O tempo de exposição varia de 6 a 8 minutos por dia (três vezes por semana) se a criança estiver usando apenas fraldas ou 17 minutos por dia se somente estiverem expostas ao sol a face e as mãos da criança.

8.2.5 As fezes

A quantidade de evacuações da criança é muito variada: podem ocorrer diversas vezes ao dia (especialmente após as mamadas) ou ficar até dois ou três dias sem evacuar. É mais importante observar o estado geral do bebê e o esforço dele para evacuar, antes de pensar que há algo anormal.

Nos primeiros dias de vida, as fezes costumam ser escuras, tornando-se amareladas durante a primeira semana. Também podem ser líquidas e, às vezes, esverdeadas. Se a criança estiver bem, se não apresentar nenhum outro sintoma, as fezes esverdeadas não significam diarreia.

Fezes excessivamente claras, que não escurecem, permanecendo quase brancas ou cinzas, podem significar alguma doença que precisa ser investigada e descoberta cedo. Nesses casos, orientar a mãe a procurar o serviço de saúde.

Se o bebê estiver com cólicas, algumas ações podem ajudar a acalmar e minimizar o desconforto da criança:

- Massagear suavemente a barriguinha do bebê no sentido horário para mobilizar os gases e fazer movimentos nas pernas do bebê, como “pedalar no ar” para auxiliar na eliminação dos mesmos.
- Aplicar compressas mornas na barriguinha com toalhas felpudas passadas a ferro para minimizar o desconforto da criança (teste antes o calor da toalha em sua própria face).

8.2.6 A troca de fraldas

Orientar a mãe a trocar as fraldas sempre antes das mamadas ou quando elas estiverem molhadas ou sujas para evitar assaduras, que são muito dolorosas para o bebê. Antes e depois da troca devem-se lavar as mãos com água e sabão e em seguida com álcool em gel. Fazer a limpeza da região de fraldas usando um pano lavado e passado a ferro, gazes ou algodão com água, e evitar a utilização de outros produtos. A limpeza deve ser realizada sempre em um único sentido (do ventre para as nádegas), e a gaze ou o algodão devem ser descartados após passados uma única vez na criança.

A vermelhidão nas áreas cobertas pela fralda pode ser assadura ou alergia. Procurar orientação do profissional de saúde sobre os cuidados que podem melhorar essa situação.

8.2.7 A limpeza de roupas e objetos

As roupas, os objetos e os brinquedos do bebê devem ser lavados com água e sabão neutro e devem estar bem secos quando forem usados por ele.

8.2.8 Orientações

- Vestir a criança com roupas macias e confortáveis, sem cordões no pescoço, pois eles podem sufocá-la.
- Nunca deixar o bebê sozinho em casa, no carro, no banho, no trocador, em cama sem proteção ou sob os cuidados de outra criança.
- Não mexer em líquidos ou alimentos quentes com o bebê no colo ou por perto.
- Não deixar que animais cheguem perto da criança.
- No carro, o bebê deve ir sempre no banco de trás, na cadeirinha e preso com cinto de segurança.

9

Indicadores assistenciais

Indicadores assistenciais são dados ou informações numéricas que quantificam o desempenho dos processos de trabalho e são empregados para monitorar e avaliar a assistência e as atividades de um serviço.

Os indicadores relacionados ao pré-natal e puerpério são extraídos dos atendimentos realiza-



dos no protocolo de pré-natal do prontuário eletrônico (Sistema Gestão Saúde em Rede/ SISREDE) e de base de dados do DATASUS. Portanto, é fundamental que o profissional de saúde registre todas as consultas e procedimentos realizados durante o pré-natal e puerpério no protocolo de pré-natal do prontuário eletrônico (SISREDE) e cadastre a gestante no SISPRENATAL (cadastro e fechamento), para que as informações possam ser extraídas para o cálculo fidedigno dos indicadores assistenciais relacionados à saúde materna e infantil.

Os indicadores assistenciais relacionados à saúde materna e infantil estão descritos abaixo:

9.1 Indicadores da Rede Cegonha

- Proporção de gestantes com captação precoce no pré-natal (1º trimestre).
- Proporção de gestantes com seis ou mais consultas de pré-natal.
- Proporção de gestantes com seis ou mais consultas de pré-natal e uma consulta de puerpério.
- Cobertura vacinal da vacina pentavalente.
- Proporção de gestantes com glicemia, VDRL, anti HIV, hemograma e urina até a 20ª semana.
- Proporção de gestantes com glicemia, VDRL, anti HIV, urocultura entre a 28ª e 36ª semana de gestação.
- Proporção de crianças em aleitamento materno exclusivo até 4 meses.

9.2 Indicadores de monitoramento da Secretaria Municipal de Saúde de Belo Horizonte

- Razão de mortalidade materna.
- Número de mortes fetais-infantis evitáveis.
- Proporção de gestantes acompanhadas no pré-natal.
- Proporção de gestantes adolescentes acompanhadas no pré-natal.
- Percentual de gestantes com diagnóstico de sífilis realizado durante o pré-natal.
- Proporção de cobertura de 1ª consulta odontológica à gestante.

10 Direitos da mulher durante gravidez e lactação

Direitos trabalhistas (CLT - Decreto Lei nº 5.452 de 01 de maio de 1943 – Art. 392):

- Licença-maternidade de 120 (cento e vinte) dias corridos para gestantes com carteira de trabalho assinada.
- Os períodos de repouso, antes e depois do parto, poderão ser aumentados de 2 (duas) semanas cada um, mediante atestado médico, além da licença-maternidade de 120 (cento e vinte) dias. (Redação dada pela Lei nº 10.421, 15.4.2002).
- Não ser demitida enquanto estiver grávida e até cinco meses após o parto, a não ser por “justa causa”.
- Mudar de função ou setor em trabalho, caso ele apresente riscos ou problemas para sua saúde ou à saúde do bebê. Para isso, a gestante deve apresentar à sua chefia um atestado médico comprovando que ela precisa mudar de função.
- Receber declaração de comparecimento sempre que comparecer às consultas de pré-

-natal ou fizer algum exame, justificando as horas de ausência do trabalho, mas não abonando o dia de trabalho.

- Até o bebê completar seis meses, a mulher tem o direito de ser dispensada do trabalho todos os dias, por dois períodos de meia hora ou um período de uma hora, para amamentar. A lactante deve acordar com seu empregador o melhor jeito de aproveitar esse tempo.
- Licença de cinco dias corridos para o pai logo após o nascimento do bebê.
- O Decreto nº 8.737, de 3 de maio de 2016, amplia a licença-paternidade para os servidores públicos federais em 15 dias, além dos 5 garantidos pela Constituição Federal.

Observação: Caso a empresa que a gestante ou o pai da criança trabalhe tenha aderido ao **Programa Empresa Cidadã**, a licença-maternidade terá sua duração prorrogada por mais 60 (sessenta) dias dando um total de 180 (cento e oitenta) dias e a licença-paternidade será acrescida de 15 (quinze) dias em sua duração, dando um total de 20 (vinte) dias.

Direitos sociais:

- Guichês e caixas especiais ou prioridade nas filas para atendimento em instituições públicas e privadas (bancos, supermercados, lojas).
- Assento prioritário para gestantes e mulheres com bebê no colo em ônibus e metrô. No ônibus a gestante pode sair pela porta da frente.
- Se a família da gestante for beneficiária do Bolsa Família, a gestante tem o direito ao benefício variável extra na gravidez e durante a amamentação.

Entrega em adoção:

- A Lei nº 12.010/2009 garante à gestante a oferta de atendimento psicossocial pela Vara da Infância e Juventude no caso da mulher precisar ou desejar entregar a criança em adoção.

Estudante Grávida:

- A Lei nº 6.202/1975 garante à estudante grávida o direito à licença-maternidade sem prejuízo do período escolar.
- A partir do oitavo mês de gestação, a estudante poderá cumprir os compromissos escolares em casa – Decreto-Lei nº 1.044/1969.
- O início e o fim do período de afastamento serão determinados por atestado médico a ser apresentado à direção da escola.
- Em qualquer caso, é assegurado às estudantes grávidas o direito a prestação dos exames finais.

Direitos nos serviços de saúde:

- Ser atendida com respeito e dignidade pela equipe, sem discriminação de cor, raça, orientação sexual, religião, idade ou condição social.
- Ser chamada pelo **nome que preferir** e saber o nome do profissional que a atende.
- Aguardar o atendimento sentada, em lugar arejado.

Lei da vinculação para o parto:

- Lei Federal nº 11.340/2007, que garante à gestante o direito de ser informada anteriormente, pela equipe do pré-natal, sobre qual a maternidade de referência para seu parto e de visitar o serviço antes do parto.

Gestante e bebê sempre têm direito a vaga:

- Para o parto a gestante deve ser atendida no primeiro serviço de saúde que procurar. Em caso de necessidade de transferência para outro serviço de saúde, o transporte deverá ser garantido de maneira segura.

Lei do direito a acompanhante no parto:

- A Lei Federal nº 11.108/2005 e a Lei Municipal nº 9016/2015 garante às parturientes o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, no parto e no pós-parto, no SUS. Este acompanhante é escolhido pela gestante, podendo ser homem ou mulher.

Violências na gravidez:

- Durante o atendimento de gestantes vítimas de qualquer tipo de violência física, sexual ou psicológica por parte de pessoas próximas ou desconhecidas, o profissional deve preencher a ficha de notificação (obrigatória) e orientar a gestante a ligar para 180 ou 136 (Disque Saúde), gratuitamente, para denunciar o(s) agressor(es).

10.1 Critérios para contracepção cirúrgica

De acordo com o artigo 10 da lei nº 9263, de 12 de janeiro de 1996, somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações:

- Em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade **OU**, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce.
- Risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro conceito, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos.

É condição para que se realize a esterilização, o registro de expressa manifestação da vontade em documento escrito e firmado, após a informação a respeito dos riscos da cirurgia, possíveis efeitos colaterais, dificuldades de sua reversão e opções de contracepção reversíveis existentes.

É vedada a esterilização cirúrgica em mulher durante os períodos de parto ou aborto, exceto nos casos de comprovada necessidade, por cesarianas sucessivas anteriores (pelo menos duas cesarianas anteriores).

Não será considerada a manifestação de vontade, quando expressa durante ocorrência de alterações na capacidade de discernimento por influência de álcool, drogas, estados emocionais alterados ou incapacidade mental temporária ou permanente.

A esterilização cirúrgica como método contraceptivo somente será executada por meio da laqueadura tubária, vasectomia ou de outro método cientificamente aceito, sendo vedada por meio da histerectomia e ooforectomia.

Na vigência de sociedade conjugal, a esterilização depende do consentimento expresso de ambos os cônjuges.

A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes somente poderá ocorrer mediante autorização judicial, regulamentada na forma da lei.

Referências

ACCIOLY, E.; SAUDERS, C.; LACERDA, E. *Nutrição em Obstetrícia e Pediatria*. 2. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009. 649 p.

ACOG Practice Bulletin No. 95: anemia in pregnancy. In: (Ed.). **Obstet Gynecol**. United States, v.112, 2008. p.201-7. ISBN 0029-7844 (Print) 0029-7844 (Linking).

AUNE, D., SAUGSTAD, O. D., HENRIKSEN, T., & TONSTAD, S. *Maternal body mass index and the risk of fetal death, stillbirth and infant death: a systematic review and meta-analysis*. JAMA. 2014; p. 1536-46.

BELO HORIZONTE. Portaria Conjunta SMSA/SMASAC N.º 0001/2017. Estabelece diretrizes para a articulação e proteção social intersetorial e, institui Fluxograma de Atenção às Gestantes, Puérperas e Bebês em Situação de Vulnerabilidade e Risco Social e Pessoal. 2017.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Assistência ao Pré-Natal: protocolos de Atenção à Saúde da Mulher*. 2008; 50p.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Demanda espontânea na atenção primária à saúde em Belo Horizonte: recomendações para organização do processo de trabalho no nível local*. 2014; 60p.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Guia de Atendimento às Mulheres em Situação de Violência*. 2015; 15p.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Guia Técnico Sífilis adquirida, Sífilis na Gestante e Sífilis Congênita*. Belo Horizonte. 2014a; p.26.

BELO HORIZONTE. Secretaria Municipal de Saúde. *Planejamento familiar e infertilidade conjugal*. Belo Horizonte. 2008; p.58.

BRASIL. Ministério da Saúde. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. *Banco de leite humano: funcionamento, prevenção e controle de riscos*. Brasília. 2008; p.160.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês. *Protocolos da Atenção Básica: Saúde da Mulher*. Brasília. 2016; p. 232.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico. *Pré-Natal e Puerpério: Atenção Qualificada e Humanizada*. Brasília. 2006; p.162.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Atenção à Saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde - volume 1*. Brasília. 2012a; p.165.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Cartilha para a mãe trabalhadora que amamenta*. Brasília, 2010; p.23.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. *Cartilha para pais: como exercer uma paternidade ativa*. Brasília, 2018; p.28.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação-Geral de Saúde das Mulheres. Coordenação-Geral de Saúde da Criança e Aleitamento Materno. *Apice On – Aprimoramento e Inovação no Cuidado e Ensino em Obstetrícia e Neonatologia*. Brasília. 2017; p.55.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Atenção ao pré-natal de baixo risco*. Brasília. 2012b; p. 320.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica: obesidade*. Brasília. 2014b; p.214.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Guia Alimentar para a População Brasileira*. Brasília. 2014c; p.158.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde Bucal*. Brasília. 2008; p.92.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Básica. Departamento de Atenção Básica. *Núcleo de Apoio à Saúde da Família - volume 1: Ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano*. Brasília. 2014d; p.118.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)*. Brasília. 2015; p. 122.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Política Nacional de Humanização*. 1. ed., 2. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde. 2014e, v.2, 256 p.2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de vigilância, prevenção e controle das IST, do HIV/ Aids e das Hepatites Virais. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais*. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de vigilância, prevenção e controle das IST, do HIV/ Aids e das Hepatites Virais. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais*. 2018. 252 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de vigilância, prevenção e controle das IST, do HIV/ Aids e das Hepatites Virais. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)*. 2018. 175 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Saúde da criança: Aleitamento Materno e Alimentação Complementar*. 2. ed. Brasília. 2015; 184p.

BRASIL. Ministério da Saúde. *Portaria nº. 1.028, de 1º de julho de 2005*. Determina que as ações que visam à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, sejam reguladas por esta Portaria. 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Vigilância Alimentar e Nutricional. *Sisvan: orientações básicas para a coleta, processamento, análise de dados e informação em serviços de saúde*. Brasília. 2004; 120p.

BRASIL. Conselho Federal de Enfermagem. *Parecer Normativo nº 001, de 31 de janeiro de 2013*. Dispõe sobre a competência do enfermeiro para realizar teste rápido para detecção de HIV, sífilis e outros agravos. 2013.

BRASIL. Sobre o uso de repelentes de inseto durante a gravidez. In: *Protocolo de vigilância das microcefalias relacionadas ao vírus Zika no Brasil*. 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde* / Angelita Herrmann, Michelle Leite da Silva, Eduardo Schwarz Chakora, Daniel Costa Lima. - Rio de Janeiro: Ministério da Saúde, 55 p.: il.

CASTRO, F. C., MENESES, M. T., PORDEUS, I. A., *et al.* Tratamento odontológico no período da gravidez enfoque para o uso de anestésicos locais. *JBC*. 2002; p. 62-67.

COLAGIURI, S., FALAVIGNA, M., AGARWAL, M. M., *et al.* Riscos do uso de dentifrício fluoretado na prevenção e controle de cárie na primeira infância. *Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre*. 2012; p. 21-27.

CORRAL, J. L. *Mujer Dadora de Luz*. Escuela Neijing. 2014; p. 628.

COYLE, M. E., SMITH, C. A., PEAT, B. Cephalic version by moxibustion for breech presentation. *Cochrane Database os Systematic Reviews*, 2012.

DELIGIANNIDIS, K.M., BYATT, N., FREEMAN, M.P. Pharmacotherapy for mood disorders in pregnancy: a review of pharmacokinetic changes and clinical recommendations for therapeutic drug monitoring. *J Clin Psychopharmacol*. 2014;34:244–55.

DENNIS, C.L. and HODNETT, E.D. Psychosocial and psychological interventions for treating postpartum depression. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007; Issue 4. Art. No.: CD006116.

DIAM-CITRIN, O., SHECHTMAN, S., ORNOY, S., *et al.* Safety of haloperidol and penfluridol in pregnancy: a multicenter, prospective, controlled study. *J Clin Psychiatry*. 2005; 66(3):317-22.

DURAN, A., SÁENZ, S., TORREJÓN, M.J., *et al.* Introduction of IADPSG Criteria for the Screening and Diagnosis of Gestational Diabetes Mellitus Result in Improved Pregnancy Outcomes at Lower Cost in a Larger Cohort of Pregnant Women: The St. Carlos Gestational Diabetes Study. *American Diabetes Association - Diabetes Care*. 2014;37(9)p. 2442-50.

EARLS, M.F. Incorporating recognition and management of perinatal and postpartum depression into pediatric practice. *Pediatrics*. 2010; 126(5): 1032-9.

EBERHARD-GRAN, M., ESKILD, A., OPJORDSMOEN, S. Use of psychotropic medications in treating mood disorders during lactation: practical recommendations. *CNS Drugs*. 2006; 20(3):187-98.

FERRARO, Z. M., GAUDET, L., & ADAMO, K. B. The Potential Impact of Physical Activity During Pregnancy on Maternal and Neonatal Outcomes. *Obstetrical and Gynecological Survey*. 2012; p. 99-110.

FORSBERG, L., NAVAR, L., GUSTAFSSON, L.L., *et al.* Neonatal adaptation in infants prenatally exposed to antidepressants-clinical monitoring using neonatal abstinence score. *PLoS One*. 2014;9(11):e111327.



GELENBERG, A.J., FREEMAN, M.P., MARKOWITZ, J.C., *et al.* Practice Guideline for the Treatment of Patients with Major Depressive Disorder, third edition. *Am Psychiatry Association*. 2010; 152p.

GENTILE, S. Antipsychotic therapy during early and late pregnancy. A systematic review. *Schizophr Bull*. 2010; 36(3):518–544.

GENTILE, S. *Tricyclic antidepressants in pregnancy and puerperium*. Journal Expert Opinion on Drug Safety. 3 jan., 2014, v.13, p. 207-225.

GOPMAN, S. Prenatal and postpartum care of women with substance use disorders. *Obstet Gynecol Clin North Am*. 2014 Jun;41(2):213-28.

HARLOW, B.L., VITONIS, A.F., SPAREN, P., *et al.* Incidence of hospitalization for postpartum psychotic and bipolar episodes in women with and without prior prepregnancy or prenatal psychiatric hospitalizations. *Arch Gen Psychiatry*. 2007; 64(1):42–48.

HOWARD, L.M., MOLYNEAUX, E., DENNIS, C.L., *et al.* Non-psychotic mental disorders in the perinatal period. *The Lancet*. 2014; 384(9956):1775-88.

INSTITUTE OF MEDICINE AND NATIONAL RESEARCH COUNCIL. Committee to Reexamine IOM Pregnancy Weight Guidelines. *Weight gain during pregnancy: reexamining the guidelines*. Washington. 2009; p.250.

KALLEN, B. Neonate characteristics after maternal use of antidepressants in late pregnancy. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2004;158(4):312–316.

KIMMEL, M.C.; MELTZER-BRODY, S. *Safety of infant exposure to antidepressants and benzodiazepines through breastfeeding*. Up To Date. 2017. Disponível em: < <https://www.uptodate.com/contents/safety-of-infant-exposure-to-antidepressants-and-benzodiazepines-through-breastfeeding?csi=2b2323c4-e6d6-4b33-8c16-e8de97dbf533&source=contentShare>>. Acesso em: 14/03/2019

LINHARES, E. F. *A saúde do coto umbilical*. Jequié: UESB. 2011; p.9.

MANYANDE, A., & GRABOWSKA, C. Factores affecting the success of moxibustion in the management of a breech presentation as a preliminary treatment to external cephalic version. *Elsevier*. 2009; p. 774-78.

MARCHI, J., BERG, M., DENCKER, A., *et al.* Risks associated with obesity in pregnancy, for the mother and baby: a systematic reviews. *Obesity Reviews*. 2015; pp. 621-38.

MASSARA, M.L.A., REDUA, P.C.B. Atenção odontológica na Primeira Infância: Enfoque em Cárie Dentária. In: *Manual de referência para procedimentos clínicos em odontopediatria*. 2 ed. 2013.

McALLISTER-WILLIAMS, R.H., BALDWIN, D.S., CANTWELL, R., *et al.* British Association for Psychopharmacology consensus guidance on the use of psychotropic medication preconception, in pregnancy and postpartum 2017. *J Psychopharmacol*. 2017; 31(5): 519-552.

MUKTABHANT, B., LAWRIE, T. A., LUMBIGANON, P., *et al.* Diet or exercise, or both, for preventing excessive weight gain pregnancy. *The Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2015; p.260.

NERI, I., VENTURINI, P., FACCHINETTI, F. Effects of Three Different Stimulations (Acupuncture, Moxibustion, Acupuncture Plus Moxibustion of BL.67 Acupoint at Small Toe on Fetal Behavior of Breech Presentation. *The American Journal of Chinese Medicine*. 2007; p. 27-33.

NICE, National Institute for Health and Clinical Excellence. Antenatal and postnatal mental health: Clinical management and service guidance. *Clinical Guideline* 192. 2014. 52p.

O'CONNOR, E., ROSSOM, R.C., HENNINGER, M., *et al.* Primary Care Screening for and Treatment of Depression in Pregnant and Postpartum Women: Evidence Report and Systematic Review for the US Preventive Services Task Force. *JAMA*. 2016 Jan 26; 315(4):388-406.

O'HARA, M.W., WISNER, K.L., Perinatal mental illness: definition, description and aetiology. *Best Pract Res: Clin Obstet Gynaecol*. 2014 Jan; 28(1):3-12.

PITANGUI, A. C., FERREIRA, C. H. Avaliação fisioterapêutica e tratamento de lombalgia gestacional. *Fisioter Mov*. 2008; p.135-42.

PUURA, K.; DAVIS, H.; PAPADOPOULOU, K. The European Early Promotion Project: A new primary health care service to promote children's mental health. *Infant Ment. Health J*. 2002, 23(6): 606–624.

REMINGTON, J. S., KLEIN, J. O., NILSON, C. B., *et al.* Infectious Diseases of the Fetus and Newborn Infant. *Elsevier Mosby Saunders*. 2011.

SANTOS, M. M., GALLO, A. P. Lombalgia gestacional: prevalência e características de um programa pré-natal. *Arq Bras Ciên Saúde*. 2010; p.174-9.

SÃO PAULO. Secretaria Estadual de Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. *Atenção à gestante e à puérpera no SUS - SP: manual técnico do pré-natal e puerpério*. 2010; 234p.

SCHNEID-KOFMAN, N., SHEINER, E., LEVY, A., *et al.* Psychiatric illness and adverse pregnancy outcome. *Int J Gynaecol Obstet*. 2008; 101(1):53–56.

SILVA, J. C., AMARAL, A. R., FERREIRA, B. S., *et al.* Obesidade materna e suas consequências na gestação e no parto: uma revisão sistemática. *FEMINA*. 2014; p.135-40.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 / Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. -- São Paulo: Editora Clannad, 2017. 383p. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br/profissionais/images/2017/diretrizes/diretrizes-sbd-2017-2018.pdf>

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PNEUMOLOGIA E TISIOLOGIA. Diretrizes para o manejo da asma. *J Bras Pneumol*. v.38, Suplemento 1, p.S1-S46, Abril 2012. Disponível em: http://www.jornaldepneumologia.com.br/pdf/suple_200_70_38_completo_versao_corrigida_04-09-12.pdf.

STEIN, A., PEARSON, R.M., GOODMAN, S.H., *et. al.* Effects of perinatal mental disorders on the fetus and child. *The Lancet*. 2014; 384(9956):1800-19.

THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIAN AND A GYNECOLOGISTS. Hypertesion in Pregnancy. *Women's Health Care Physicians*. 2013; p. 89.

TORLONI, M. R., NAKAMURA, M. U., MEGALE, A., *et al.* O uso de adoçante na gravidez: Uma análise dos produtos disponíveis no Brasil. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2007; p. 267-75.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MINAS GERAIS. Faculdade de Medicina. Programa de toxoplasmose congênita. 2015; p.4. Disponível em: <http://www.nupad.medicina.ufmg.br/wp-content/uploads/2016/12/PROTOCOLO-DE-TOXOPLASMOSE-EM-BELO-HORIZONTE.pdf>.

VIGUERA, A.C., WHITFIELD, T., BALDESSARINI, R.J., *et al.* Risk of recurrence in women with bipolar disorder during pregnancy: prospective study of mood stabilizer discontinuation. *Am J Psychiatry*. 2007;164(12):1817–24.

VISWANATHAN, M., SIEGA-RIZ, A. M., MOOS, M. K., *et al.* Outcomes of maternal weight gain. *Evidence Report/Technology Assessment*. 2008; p. 223.

VITOLO, M. R., BUENO, M. S., & GAMA, C. M. Impacto de um programa de orientação dietética sobre a velocidade de ganho de peso de gestantes atendidas em unidades de saúde. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*. 2011; p.13-19.

WESSELOO, R., KAMPERMAN, A.M., MUNK-OLSEN, T., *et al.* Risk of postpartum relapse in bipolar disorder and postpartum psychosis: a systematic review and meta analysis. *Am J Psychiatry*. 2016; 173(2): 117-27.

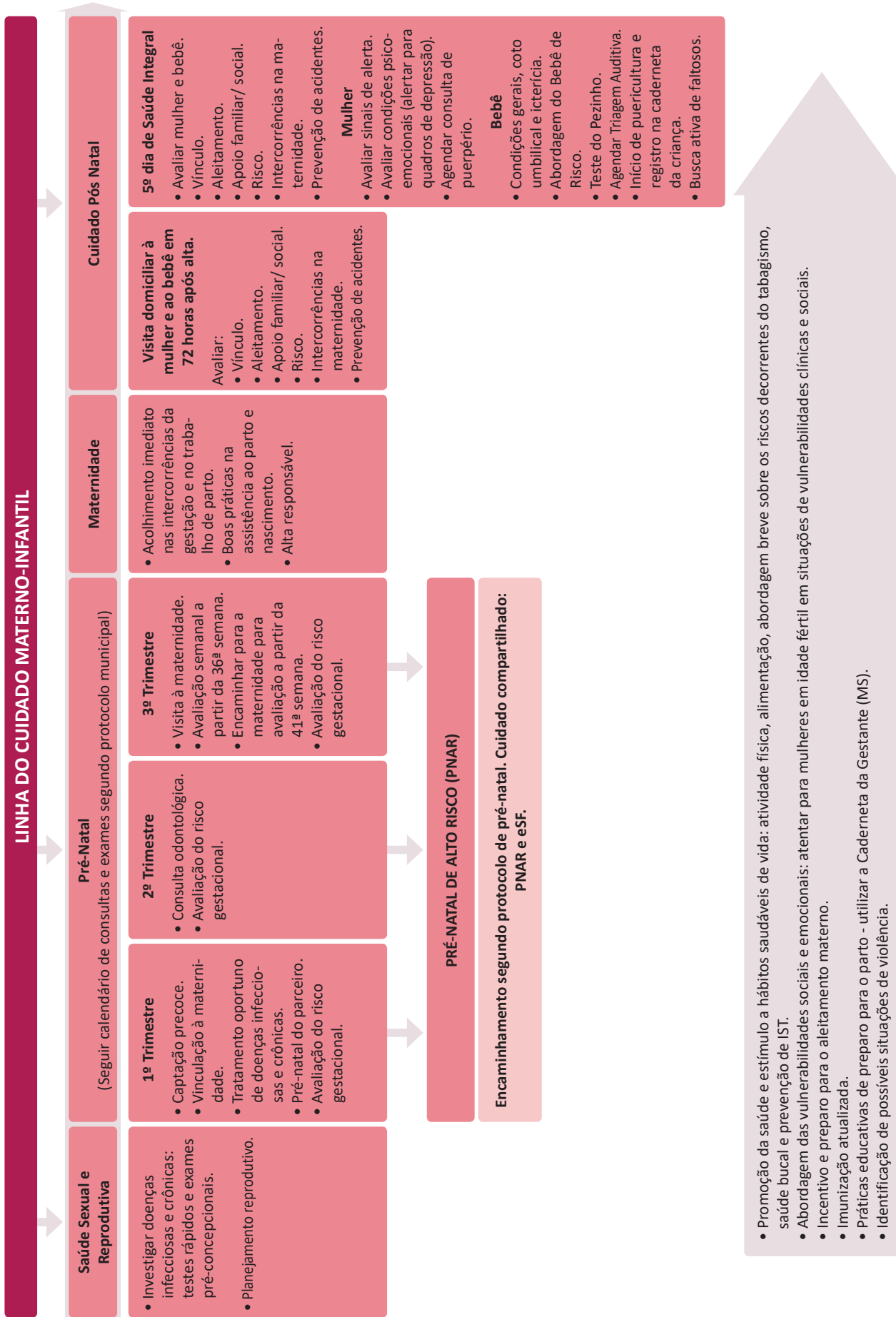
WORLD ORGANIZATION HEALTH (WHO). Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde. *Centro Brasileiro de Classificação de Doenças*. 2003; p. 7. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v8n2/11.pdf>.

The background of the entire page is a complex, repeating pattern of abstract geometric shapes. These shapes include various types of chevrons, triangles, squares, and lines, some of which are filled with a solid color while others are outlined. The colors used in the pattern are a range of blues, from light sky blue to deep navy blue, and a vibrant orange. The shapes are arranged in a way that creates a sense of movement and depth, with some elements appearing to overlap others. The overall effect is a modern, dynamic, and visually rich background.

ANEXOS

Anexo I Linha do Cuidado Materno-infantil

LINHA DO CUIDADO MATERNO-INFANTIL



ANEXO II**Ficha de acompanhamento do tratamento de sífilis da gestante e do parceiro**

Nome: _____

DUM: ____/____/____

DPP: ____/____/____

Nome do parceiro: _____

Exame

Gestante				Parceiro			
VDRL		Teste Treponêmico		VDRL		Teste Treponêmico	
Data	Título	Data	Reator / Não Reator	Data	Título	Data	Reator / Não Reator

Tratamento

Medicação/dose			
Data	Gestante	Parceiro	Ass. Profissional

Obs.:

Anexo III

Mapa de vinculação do pré-natal de alto risco, parto e nascimento para os Centros de Saúde de BH



Anexo IV Ficha para realização do mobilograma

Mobilograma fetal entre 39 e 41 semanas

Nome da Gestante: _____

Centro de Saúde: _____

Instruções:

- Após as principais refeições (Café da Manhã, Almoço e Jantar), a gestante deverá deitar em decúbito lateral esquerdo e anotar o número de movimentações percebidas durante uma hora.
- Se perceber no mínimo seis movimentos do bebê, sugere que o feto está bem.
- Se for percebido menos de seis movimentos, a gestante deverá comparecer à maternidade de referência para que seja realizada avaliação fetal.

Idade Gestacional		Após o Café da Manhã	Após o Almoço	Após o Jantar	Observação
Semanas	Dias	1 (uma) Hora	1 (uma) Hora	1 (uma) Hora	
39	0				
	1				
	2				
	3				
	4				
	5				
	6				
40	0				
	1				
	2				



	3				
	4				
	5				
	6				
41	Ir para a Maternidade de Referência				
					Na dúvida, procure a maternidade de referência.
		6 movimentos OK	6 movimentos OK	6 movimentos OK	

Anexo V Escala de depressão perinatal de *Edinburgh*

Nome: _____
Idade da mãe: _____ anos. Data: ____ / ____ / _____
Data de nascimento (bebê): ____ / ____ / _____
Por favor, marque a resposta que mais se aproxima de como você tem se sentido nos últimos 7 (sete) dias, não apenas hoje.
Aqui está um exemplo:
Eu tenho me sentido feliz:
() Sim, o tempo todo
(X) Sim a maior parte do tempo
() Não, não muito frequentemente
() Não, de maneira alguma
Isto significaria: “Eu me senti feliz a maior parte do tempo durante a última semana”.
Complete o restante do questionário da mesma forma.
Nos últimos 7 dias:
1. Eu tenho rido e visto o lado engraçado das coisas:
() Tanto quanto eu sempre fiz - 0 ponto
() Não tanto quanto antes - 1 ponto
() Sem dúvida, menos que antes - 2 pontos
() De jeito nenhum - 3 pontos
2. Eu tenho encarado o futuro com alegria:
() Tanto quanto sempre fiz - 0 ponto
() Menos do que o de costume - 1 ponto
() Muito menos do que o de costume - 2 pontos
() Praticamente não - 3 pontos

3.	Eu tenho me culpado quando as coisas dão errado:	
	() Sim, a maior parte do tempo	- 3 pontos
	() Sim, parte do tempo	- 2 pontos
	() Não muito frequentemente	- 1 ponto
	() Não, nunca	- 0 ponto
4.	Eu tenho estado ansiosa ou preocupada sem uma boa razão:	
	() De jeito nenhum	- 0 ponto
	() Raramente	- 1 ponto
	() Sim, algumas vezes	- 2 pontos
	() Sim, frequentemente	- 3 pontos
5.	Tenho tido medo ou pânico sem uma boa razão:	
	() Sim, muito	- 3 pontos
	() Sim, algumas vezes	- 2 pontos
	() Não, não muito	- 1 ponto
	() Não, de jeito algum	- 0 ponto
6.	Eu tenho me sentido sobrecarregada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia:	
	() Sim, na maioria das vezes eu não consigo controlar a situação	- 3 pontos
	() Sim, algumas vezes eu não consigo controlar a situação	- 2 pontos
	() Não, na maioria das vezes eu controlo bem a situação	- 1 ponto
	() Não, sempre eu tenho controlado a situação	- 0 ponto
7.	Tenho estado tão triste que tenho dificuldade para dormir:	
	() Sim, na maioria das vezes	- 3 pontos
	() Sim, algumas vezes	- 2 pontos
	() Não muito frequentemente	- 1 ponto
	() Não, nunca	- 0 ponto



8.	Eu tenho estado triste ou arrasada:
☐	Sim, na maioria das vezes - 3 pontos
☐	Sim, frequentemente - 2 pontos
☐	Não muito frequente - 1 ponto
☐	Não, de jeito algum - 0 ponto
9.	Tenho estado tão triste que choro:
☐	Sim, na maior parte do tempo - 3 pontos
☐	Sim, frequentemente - 2 pontos
☐	Ocasionalmente, apenas - 1 ponto
☐	Nunca - 0 ponto
10.	Tenho pensado em me machucar (ferir)
☐	Sim, frequentemente - 3 pontos
☐	Às vezes - 2 pontos
☐	Raramente - 1 ponto
☐	Nunca - 0 ponto
INTERPRETANDO O RESULTADO	
Caso a soma dos pontos seja igual ou maior que 11, há a possibilidade de que estes sintomas sejam decorrentes de DEPRESSÃO PERINATAL. Neste caso, recomenda-se avaliação especializada para confirmar ou excluir o diagnóstico e delinear o melhor plano de tratamento, que atenda as expectativas da mãe e do casal.	
O tratamento adequado melhora a qualidade de vida de todos e torna a experiência da maternidade mais plena e prazerosa, como ela deve ser!	
Quando há necessidade de medicação, muitos tratamentos disponíveis são seguros e PODEM SER USADOS DURANTE A AMAMENTAÇÃO.	

Anexo VI

Quadro de atividades de rotina e exames laboratoriais a serem realizados de acordo com a idade gestacional

ATIVIDADES DE ROTINA EXAMES LABORATORIAIS	1ª (até 12s)	2ª (13a20s)	3ª (21a24s)	4ª (25a28s)	5ª (29a32s)	6ª (33a36s)	7ª (37a40s)	8ª (41s)
Anamnese	X	X	X	X	X	X	X	X
Exame clínico geral	X							
Investigação de violência doméstica	X		X			X		
Peso, PA, inspeção de pele e mucosas, avaliação de edema, FC, FR	X	X	X	X	X	X	X	X
Cálculo da idade gestacional	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação de crescimento fetal (altura uterina)		X	X	X	X	X	X	X
Palpação obstétrica (determinação da situação, posição e apresentação fetal)						X	X	X
Avaliação da frequência cardíaca fetal		X	X	X	X	X	X	X
Exame especular		X						
Toque vaginal		X		s/n	s/n	s/n	s/n	s/n
Coleta de material para citologia oncótica		X						
Grupo sanguíneo / Rh	X							
Coombs indireto (se Rh negativo)	X	X	X	X	X	X	X	X
Hemograma	X				X			
VDRL	X			X				
Teste rápido sífilis	X		X			X		



Anti-HIV	X				X			
Teste rápido HIV	X							
HBsAg	X				X			
Teste rápido hepatite B	X							
Sorologia toxoplasmose	X			X		X		
Glicemia jejum	X			X				
GPD (24 a 28 semanas)				X				
Urina rotina / urocultura	X			X		X		
Eletroforese hemoglobina*	X							
Ultrassom obstétrico		X					X	
Avaliação do estado nutricional	X	X	X	X	X	X	X	X
Avaliação do risco gestacional	X	X	X	X	X	X	X	X
Registro das avaliações no protocolo de pré-natal e cartão da gestante	X	X	X	X	X	X	X	X
Consulta odontológica	X							
Orientações	X	X	X	X	X	X	X	X
Ácido fólico	X							
Sulfato ferroso			X	X	X	X	X	X
Encaminhar para a maternidade								X

s/n: se necessário

* Quando não houver registro de exame prévio.

Anexo VII

Portaria Conjunta SMSA/SMASAC nº 0001/2017 e Fluxograma de Atenção às Gestantes, Puérperas e Bebês em Situação de Vulnerabilidade e Risco Social e Pessoal

PORTARIA CONJUNTA SMSA/SMASAC N.º 0001/2017

Estabelece diretrizes para a articulação e proteção social intersetorial e, institui Fluxograma de Atenção às Gestantes, Puérperas e Bebês em Situação de Vulnerabilidade e Risco Social e Pessoal.

O Secretária Municipal de Saúde (SMSA) e a Secretária Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania (SMASAC), no uso de suas atribuições, e

Considerando a Ata 60ª Sessão Plenária extraordinária do Conselho Municipal de Assistência Social de Belo Horizonte, de 13 de setembro de 2017, que dispõem sobre a instituição de fluxograma de atenção às gestantes, puérperas e seus bebês em situação de vulnerabilidade e risco social e pessoal;

Considerando a Resolução CMS/BH nº 431/17 de 23 de novembro de 2017, que aprova o Fluxograma de atenção às gestantes, puérperas e bebês em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social da SMSA/SMASAC, ambas da Prefeitura de Belo Horizonte, com a seguinte recomendação: que a comunicação à Defensoria Pública seja realizada nos casos previstos no item 2, no passo 5, quando “excepcionalmente, na inviabilidade do cuidado da mãe com o bebê, após esgotadas todas as possibilidades de apoio, proteção e cuidado”;

Considerando o disposto no Decreto Municipal nº 16.730, de 27 de setembro de 2017, que institui a Política Municipal Intersectorial para Atendimento à População em situação de rua e dá outras providências;

Considerando a Lei Federal nº 8.069, de 13 de julho de 1990, que dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências;

Considerando a Deliberação CMDCA nº 111/2015, que dentre outras orientações destaca a necessidade dos órgãos públicos responsáveis pelos serviços de atendimento aos nascituros ou recém-nascidos e às mães que porventura façam ou tenham feito uso de substâncias entorpecentes durante a gestação, realizem avaliação técnica por meio de profissionais especializados - médicos, psicólogos, assistentes sociais e outros necessários - objetivando avaliar as condições familiares para que as mães possam permanecer com seus filhos recém-nascidos, bem como para que os mesmos sejam inseridos nos programas e serviços de saúde e assistência social, executados pela municipalidade;

Considerando o disposto na Resolução CMDCA/BH nº 120, de 25 de setembro de 2015, que estabelece parâmetros para a execução da política de atendimento a criança e adolescente em acolhimento institucional no município e dá outras providências;

Considerando a Resolução CNAS nº 33, de 12 de dezembro de 2012, que aprova a Norma Operacional Básica do Sistema Único de Assistência Social - NOB/SUAS;

Considerando a Resolução nº 109, de 11 de novembro de 2009, que aprova a Tipificação Nacional de Serviços Socioassistenciais. Conselho Nacional de Assistência Social;

Considerando o disposto na Lei Municipal nº 10.836, de 29 de julho de 2015, que destaca como destinatários da atuação do SUAS-BH as famílias, os grupos ou os indivíduos que se encontrem, temporária ou permanentemente, em situações de risco ou de vulnerabilidade social;

Considerando o disposto na Lei Federal nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre o Sistema Único de Saúde (SUS), estabelecendo que a saúde é um direito fundamental do ser humano, devendo o Estado prover as condições indispensáveis para o seu pleno exercício - Art. 2 - sob as diretrizes: universalidade do acesso aos serviços de saúde em todos os níveis de assistência; integralidade e igualdade da assistência a saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie;

Considerando o Decreto Federal nº 7.508, de 28 de junho de 2011, que regulamenta a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispondo sobre a organização do SUS, o planejamento da saúde, a assistência à saúde e a articulação interfederativa, e dá outras providências;

Considerando a Portaria GM/MS nº 569, de 1º de junho de 2000, que institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento, no âmbito do Sistema Único de Saúde;

Considerando a Lei Federal nº 13.257, de 08 de março de 2016, que dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 - Estatuto da Criança e do Adolescente - o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 - Código de Processo Penal - a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012;

Considerando a Nota Técnica Conjunta MDS/MS nº 01/2016, que dispõe sobre diretrizes, fluxo e fluxograma para a atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos;

Considerando o disposto nos Planos Nacional, Estadual e Municipal de Promoção, Proteção e Defesa dos Direitos das Crianças e dos Adolescentes à Convivência Familiar e Comunitária;

Considerando a Portaria GM/MS nº 3.088, de 23 de dezembro de 2011, que institui a Rede de Atenção Psicossocial para pessoas em sofrimento ou transtorno mental e com necessidades decorrentes do uso de crack, álcool e outras drogas, no âmbito do SUS;

Considerando a Resolução Conjunta da SES-MG/SEDPAC-MG/SEDESE-MG nº 206, de 18 de novembro de 2016, que autoriza a divulgação de orientações para os Serviços Públicos de atendimento às mulheres e adolescentes usuárias de crack e outras drogas e a seus filhos recém-nascidos;

Considerando a Nota Técnica Conjunta nº 001, de 16 de setembro de 2015, da Secretaria de Atenção à Saúde (SAS) e Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (SGEP), do Ministério da Saúde (MS), sobre o direito à convivência familiar e ao acesso a serviços públicos de qualidade, a qual estabelece as Diretrizes e Fluxograma para a atenção integral à saúde das mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de crack e outras drogas;

Considerando que o acolhimento e atenção às mulheres, gestantes e puérperas em situação de vulnerabilidade e risco social e pessoal deverá ocorrer em qualquer ponto de atenção da rede SUS-BH e rede SUAS-BH, assegurando a preservação do vínculo das mesmas com os profissionais de saúde e assistência social;

Considerando que a quebra de vínculo impossibilita a construção de uma relação de confiança, dificultando, assim, a abordagem subjetiva da usuária e a efetividade dos cuidados em saúde e ações de proteção social;

Considerando a garantia do sigilo profissional em todo o atendimento assistencial;

Considerando a gestão intersetorial entre a Rede SUS-BH/Sistema Único de Saúde de Belo Horizonte, Rede SUAS-BH/Sistema Único de Assistência Social de Belo Horizonte e demais políticas públicas, visando o desenvolvimento de ações efetivas para promoção da defesa dos direitos à saúde e à convivência familiar e comunitária;

Considerando que a atenção às mulheres em situação de vulnerabilidade e risco social e pessoal envolve os diferentes serviços da Rede SUS;

Considerando que no âmbito da saúde a atenção à mulher em situações de vulnerabilidade e risco social e pessoal inclui os direitos aos cuidados com a saúde sexual e saúde reprodutiva, o cuidado no pré-natal, a atenção ao parto, ao puerpério, incluindo os cuidados para o nascimento seguro, com o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança, com vistas à atenção integral à saúde da mulher e da sua família;

RESOLVEM:

Art. 1º - Estabelecer diretrizes para a articulação intersetorial e instituir Fluxograma de Atenção às Gestantes, Puérperas e seus Bebês em Situação de Vulnerabilidade e Risco Social e/ou Pessoal.

Art. 2º - A atenção às mulheres, gestantes e puérperas em situação de vulnerabilidade e risco social e pessoal será realizada por meio da Rede Intersectorial, composta pela Rede SUS-BH/Sistema Único de Saúde e pela Rede SUAS-BH/Sistema Único de Assistência Social, dentre outros serviços, programas, projetos e benefícios desenvolvidos por outras políticas públicas em Belo Horizonte, com ações e cuidados prioritários.

DA IDENTIFICAÇÃO, CAPTAÇÃO PRECOCE E VINCULAÇÃO À SAÚDE E À ASSISTÊNCIA SOCIAL NO TERRITÓRIO

Art. 3º - A Rede de Saúde deverá identificar, captar e vincular as gestantes e puérperas em situação de vulnerabilidade e risco social e pessoal, bem como seus(suas) parceiros(as), ofertando os cuidados de promoção e de atenção à saúde, inclusive a sexual e reprodutiva, saúde mental, pré-natal, parto e puerpério, com vistas à atenção integral à saúde da mulher e sua família.

§1º. Todas as gestantes do território, em especial àquelas em situação de vulnerabilidade e risco social e pessoal, deverão ser identificadas, para oferta de atenção e vinculação ao pré-natal o mais precocemente possível.

§2º. São consideradas, potencialmente, em situação de vulnerabilidade e risco social e pessoal, as gestantes e puérperas com sofrimento mental, em uso prejudicial de álcool e outras drogas, vítimas de violência, com trajetória de vida nas ruas, não sendo desconsideradas outras possíveis situações.

§3º. A identificação da vulnerabilidade e dos riscos sociais e pessoais ocorrerá por meio de avaliação singular de cada caso.

Art. 4º - A Rede da Saúde dará especial atenção, buscando a adesão ao pré-natal, às gestantes em situação de vulnerabilidade e risco social e pessoal, com a adoção das seguintes ações:

- I. Realizar a busca ativa;
- II. Acolher quando presentes na unidade e buscar estratégias para redução de barreiras de acesso enfrentadas por estas mulheres, quais sejam: ausência ou insuficiência de informações, de documentação, de endereço convencional, de organização para adesão a horários e rotinas rígidos, dentre outras.
- III. Promover a discussão do caso junto a Equipe de Saúde da Família (eSF);
- IV. Se necessário, promover a discussão do caso com as equipes de matriciamento no território, quais sejam: Saúde Mental, NASF e profissionais de apoio, com vistas ao cuidado integral e singular.

Art. 5º - Deverá ser construído o Plano Terapêutico Singular (PTS) pela Equipe de Saúde da Família (eSF) das Unidades de Saúde, articulado com as Equipes de Matriciamento do território.

§1º. Entende-se por PTS um conjunto de propostas terapêuticas e individuais construídas de forma coletiva e interdisciplinar.

§2º. A coordenação do cuidado da gestante e da criança será preferencialmente da Atenção Primária, apoiada pelos serviços especializados, respeitando a escolha da mulher.

§3º. Caso haja vinculação a outros pontos de atenção, as equipes envolvidas deverão construir o Plano Terapêutico Singular, visando ao cuidado integral.

§4º. A Diretoria Regional de Saúde, os serviços especializados, serviços de saúde mental como CERSAM'S, CERSAM's AD, CERSAMI's, Consultório de Rua, bem como outros serviços, serão acionados pela eSF nos casos em que haja necessidade de compartilhamento do cuidado.

§5º. A Atenção Primária poderá, ainda, encaminhar o caso para a discussão nos Fóruns Perinatais Distritais e/ou outros espaços de articulação entre os serviços, envolvendo a maternidade de referência.

§6º. As mulheres identificadas e acolhidas em outros pontos de atenção ou em outros serviços deverão ser referenciadas para o Centro de Saúde de seu território, se de acordo, para vinculação e acompanhamento;

Art. 6º - A Rede SUAS/BH, por meio dos serviços, programas e projetos socioassistenciais básicos e/ou regionais, de Proteção Social Básica e Especial, identificarão gestantes em uso prejudicial de drogas, em situação de rua, dentre outras situações de vulnerabilidade e risco social e pessoal, promovendo a acolhida, a escuta e encaminhamentos iniciais para inserção destas e de suas famílias na rede de proteção social, de acordo com as necessidades socioassistenciais constatadas.

§1º. No âmbito da Proteção Social Básica, o atendimento será referenciado nos Centros de Referência de Assistência Social (CRAS) e, fora da área de cobertura do CRAS, em equipe de referência da Proteção Social Básica regional.

§2º. No âmbito da Proteção Social Especial, o atendimento será referenciado nos Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS) e/ou nos Centro de Referência Especializado para População em Situação de Rua (Centro POP).

§3º. A Unidade/Serviço em que o atendimento/acompanhamento às usuárias está referenciado identifica e avalia as situações de vulnerabilidade e riscos sociais vivenciados pelas gestantes, puérperas e suas famílias e elabora o Plano de Acompanhamento Individual e/ou Familiar.

§4º. Todos os casos identificados pelas Unidades/Serviços socioassistenciais serão comunicados à Diretoria Regional de Assistência Social.

§5º. Se necessário, além da comunicação sobre a identificação, os serviços socioassistenciais solicitarão à Diretoria Regional de Assistência Social a realização de reunião de rede interna entre os serviços da Proteção Social Básica e da Proteção Social Especial para estudo e avaliação do caso.

§6º. A Diretoria Regional de Assistência Social acionará as coordenações do CRAS, do CREAS, do Centro POP ou dos demais serviços socioassistenciais para conduzirem as reuniões de rede interna, com o objetivo de qualificar a interface entre os serviços e incorporar as ações conjuntas no Plano Individual e/ou Familiar de Acompanhamento do serviço em que o atendimento ficará referenciado.

DA ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO COMPARTILHADA E INTERSETORIAL

Art. 7º - A partir da identificação, acolhida, avaliação de vulnerabilidades e riscos sociais e pessoais, se necessário, as Unidades/Serviços que compõem a Rede de Saúde ou a Rede Socioassistencial demandarão, respectivamente, à Diretoria Regional de Saúde ou à de Assistência Social, reunião de rede intersetorial para discussão e pactuação das ações a serem inseridas no Plano Terapêutico Singular e/ou no Plano Individual e/ou Familiar de Acompanhamento.

§1º. Sempre que necessário, solicitar à Diretoria Regional de Saúde, por meio da Coordenação de Saúde Mental, Coordenação de Atenção à Saúde da Mulher e Coordenação de Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente, a discussão dos casos mais complexos, com vistas à construção de conduta singular para o caso.

§2º. Quando necessário e em benefício da gestante, puérpera e sua família, os Serviços de Saúde e de Assistência Social do território irão compartilhar informações e integrar as ações propostas no PTS e no Plano de Acompanhamento individual e/ou familiar.

§3º. Nesta articulação intersetorial, deve-se avaliar as situações de vulnerabilidade e risco social e pessoal, vivenciadas pela gestante e pela sua família extensa e/ou ampliada, planejando, caso-a-caso, o processo de atendimento/acompanhamento, a fim de proporcionar a atenção necessária à gestante.

Art. 8º - O Conselho Tutelar será acionado sempre que a Atenção Primária à Saúde e a Atenção Socioassistencial do território identificarem situações que apontem a necessidade de atuação deste.

Art. 9º - Havendo a necessidade de articulação conjunta de mais de um território regional para atendimento às gestantes, puérperas e suas famílias, deverá ser comunicado o Nível Central da SMSA e/ou da SMASAC, por meio da Subsecretaria de Assistência Social (SUASS), para apoio, se necessário.

Parágrafo Único. Aplica-se esta disposição nas hipóteses em que as Diretorias Regionais constatarem falta de autonomia e/ou necessidade de suporte para a condução dos casos.

Art. 10 - A maternidade de referência do caso ou aquela de escolha da gestante será acionada pela Equipe da Atenção Primária e/ou Diretoria Regional de Saúde, quando estas considerarem ser necessário, a fim de garantir a continuidade do cuidado e acompanhamento do caso em conjunto com a Atenção Primária.

Parágrafo Único. As maternidades de referência para as gestantes, quando acionadas, deverão participar da discussão do caso durante o pré-natal, a fim de tomarem conhecimento antecipadamente de todas as articulações e condutas realizadas pela Rede de Proteção Social para apoio a gestante e sua família.

Art. 11 - A Maternidade deverá comunicar, no prazo de 24 (vinte e quatro) horas, ao Centro de Saúde de referência da usuária e/ou da sua família a alta hospitalar da puérpera.

DO ENCAMINHAMENTO PARA MATERNIDADE E DA ASSISTÊNCIA E ACOMPANHAMENTO DURANTE A INTERNAÇÃO

Art. 12 - A Unidade de Saúde de referência para a usuária e/ou da sua família deverá, no prazo de até 48 (quarenta e oito) horas do comunicado da maternidade, agendar consulta para a puérpera e o bebê, visando o acompanhamento da saúde de ambos.

Art. 13 - A Unidade de Saúde orientará a gestante sobre a Maternidade de referência ou de escolha da mulher.

Art. 14 - O Distrito Sanitário manterá, se necessário, interlocução com a Maternidade para suporte no atendimento e cuidado da mulher e do bebê durante a permanência de ambos no estabelecimento de saúde.

Parágrafo Único. Quando do nascimento da criança, as maternidades deverão possuir amplo e irrestrito conhecimento da assistência prestada a gestante pela Rede de Proteção Social Intersetorial, a fim de garantir a proteção integral da mãe e da criança.

Art. 15 - A equipe da maternidade responsável pelo acolhimento da gestante em situação de vulnerabilidade e risco social e pessoal, que ainda não se encontre vinculada à Atenção Primária, acionará a Diretoria Regional de Saúde específica da residência da gestante e, ainda, comunicará a SMSA/Comissão Perinatal - comissaoperinatal@pbh.gov.br - para articulação da rede de apoio e cuidado.

Art. 16 - A Diretoria Regional de Saúde deverá acionar a Diretoria Regional de Assistência Social para definição conjunta das ações para apoio à gestante, puérpera e família e encaminhamentos necessários, que poderão configurar nas seguintes situações:

I. Mãe e criança com condição de retorno à moradia: ambos recebem alta hospitalar respon-

sável para garantia da continuidade de cuidado à saúde, com o acompanhamento de rotina pela Equipe da Unidade de Saúde e Rede Intersetorial no território.

II. Mãe e criança em situação de vulnerabilidade e risco social e pessoal que contam com o apoio do genitor da criança, de família extensa ou ampliada: ambos recebem alta responsável, com o acompanhamento do genitor da criança, da família extensa e/ou ampliada e com o apoio e o acompanhamento pela Unidade de Saúde, de Assistência Social e demais atores da rede no território.

III. Mãe e criança em situação de vulnerabilidade e risco pessoal e social, sem apoio do genitor da criança e/ou da família extensa e/ou ampliada:

a. Mãe demanda apoio para cuidados com a criança: a SMSA e a SMASAC, por meio da SUASS, articularão o acolhimento institucional para a família, visando a alta responsável, com a oferta de cuidados compartilhados.

b. Excepcionalmente, na inviabilidade do cuidado da mãe com a criança, após esgotadas todas as possibilidades de apoio, proteção e cuidado, a Maternidade, a SMSA e a SMASAC, por meio da SUASS, deverão conjuntamente: 1. Comunicar o caso ao Conselho Tutelar para aplicação das medidas protetivas pertinentes; 2. Orientar e encaminhar a puérpera para a Defensoria Pública; 3. Manter o acompanhamento da puérpera e da criança pela Unidade de Saúde, Assistência Social e Rede Intersetorial no território.

Art. 17 - Para a análise e discussão dos casos, deverá sempre ser avaliada a condição de vulnerabilidade e risco social e pessoal da mãe, da criança e da família extensa e/ou ampliada, de modo a se optar pela conduta que melhor proporcione atenção ao caso, considerando sempre o direito a convivência familiar e comunitária, conforme fluxograma, anexo.

Art. 18. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

Belo Horizonte, 24 de novembro de 2017

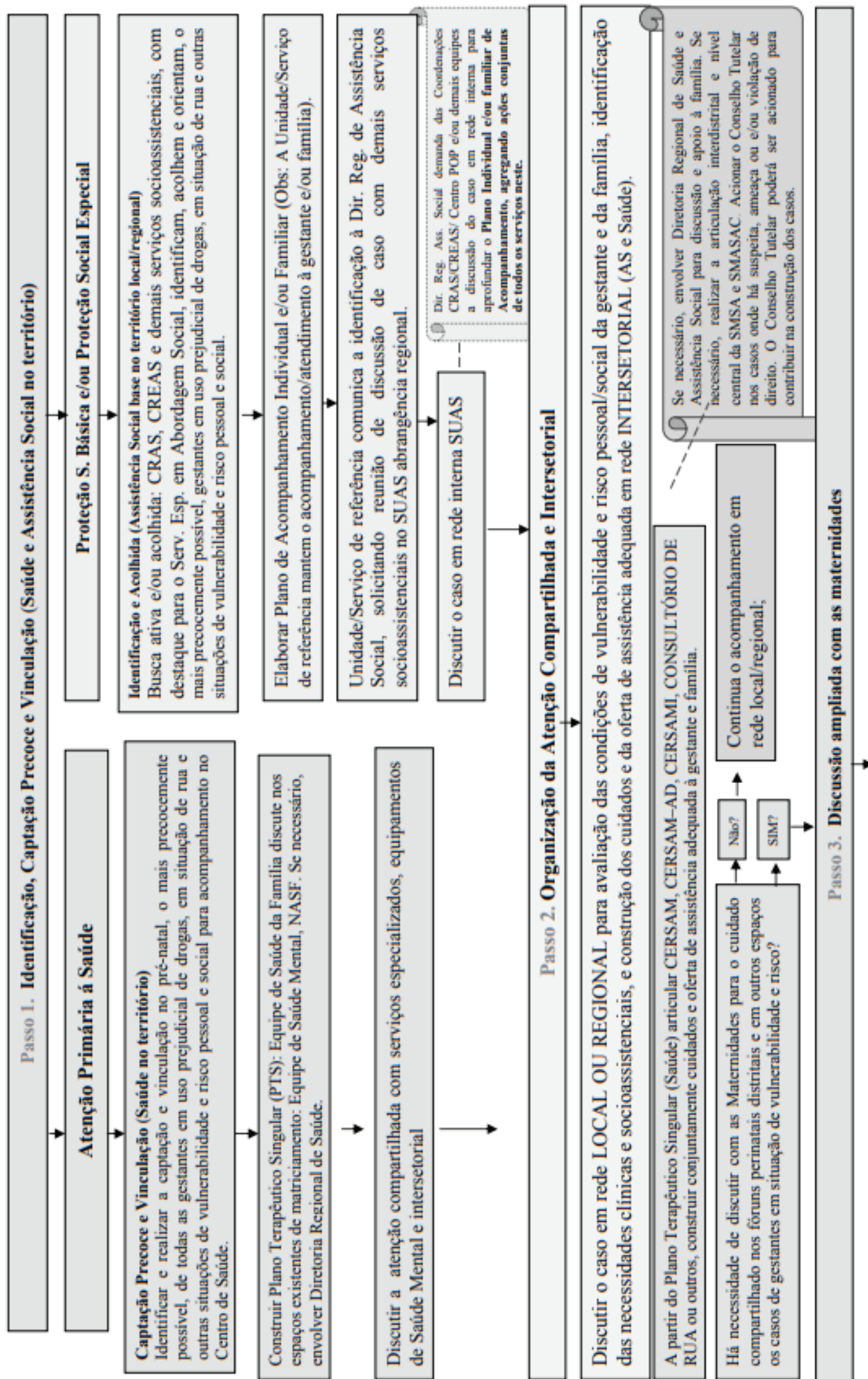
Maíra da Cunha Colares

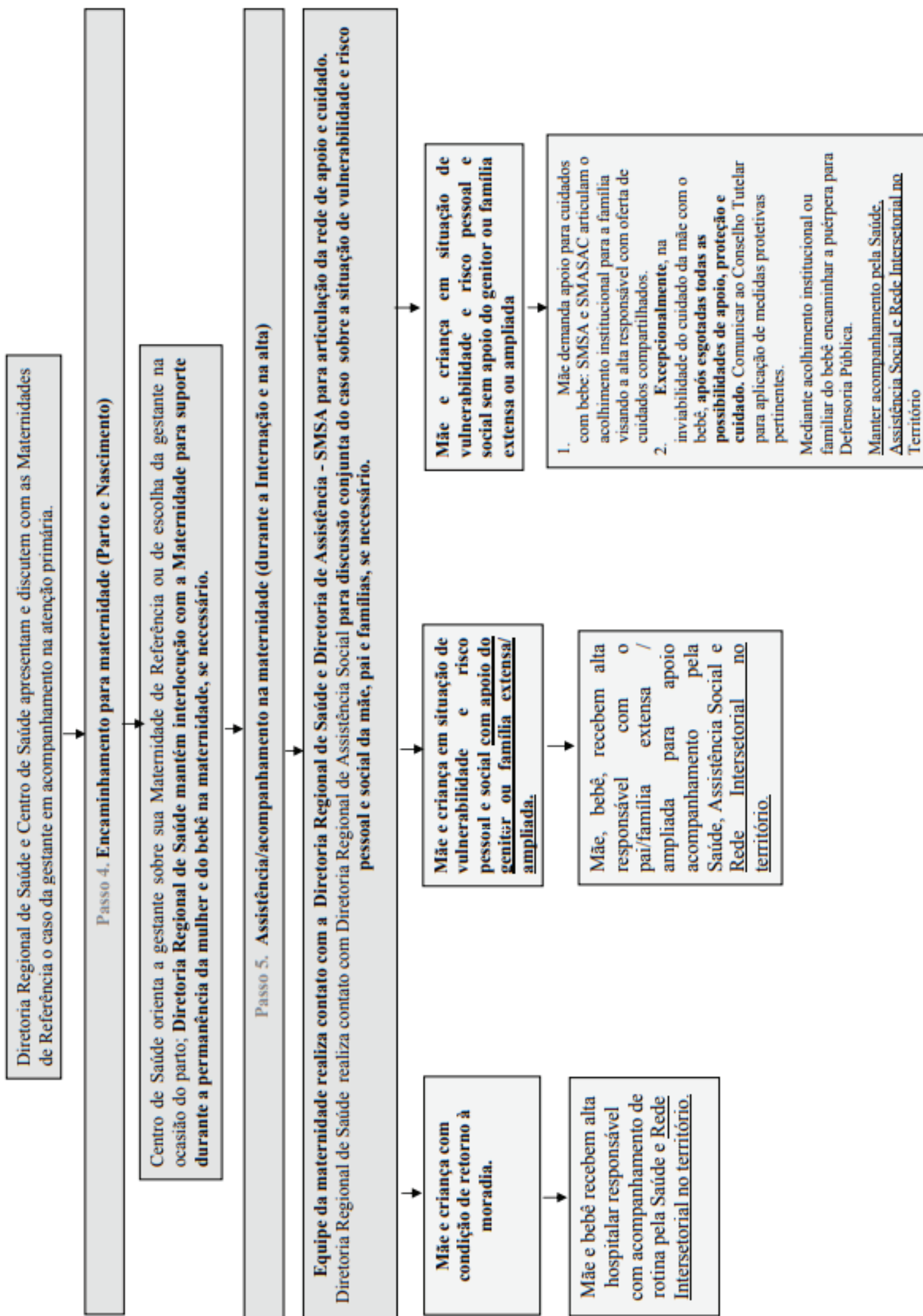
Secretária Municipal de Assistência Social, Segurança Alimentar e Cidadania

Jackson Machado Pinto

Secretário Municipal de Saúde

FLUXOGRAMA DE ATENÇÃO ÀS GESTANTES E PUÉRPERAS E SEUS BEBÊS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE E RISCO PESSOAL E SOCIAL SMSA / SMASAC - PBH





Anexo VIII Projeto Terapêutico Singular

 PREFEITURA BELO HORIZONTE GOVERNANDO PARA QUEM PRECISA		Secretaria Municipal de Saúde			
PROJETO TERAPÊUTICO SINGULAR DE CUIDADO À GESTANTE E/OU PUÉRPERA EM EXTREMA VULNERABILIDADE E/OU RISCO SOCIAL SUS-BH					
IDENTIFICAÇÃO					
Nome Social:				PE:	
Nome da Gestante/Puérpera:				DN:	
Localização/endereço:				ACS:	
Centro de Saúde:		Equipe:		DRS:	
Profissional de Referência do caso:					
Beneficiária do Programa Bolsa Família: ☐ SIM ☐ NÃO				NIS:	
AVALIAÇÃO FAMILIAR					
FATORES DE PROTEÇÃO					
Fatores de proteção identificados pela equipe (Rede de apoio):					
Fatores de proteção identificados pela gestante ou puérpera (familiares, pessoas de referência e/ou contatos):					
DESEJO DA GESTANTE OU PUÉRPERA DE PERMANECER COM SEU BÊBE ☐ Presente ☐ Ausente					
APOIO DO PROGENITOR OU DA FAMÍLIA EXTENSA:					
HISTÓRICO RELEVANTE RESUMIDO:					
BREVE RELATO DAS AÇÕES E CUIDADOS JÁ REALIZADOS:					
NECESSIDADE IDENTIFICADA:					
CUIDADO					
Ações de cuidado planejadas para enfrentamento dos problemas					
Ação	Integrante	Responsável	Prazo		
DATA: ____/____/____					



**PREFEITURA
BELO HORIZONTE**

GOVERNANDO PARA QUEM PRECISA