



PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL

Marcio Azevedo

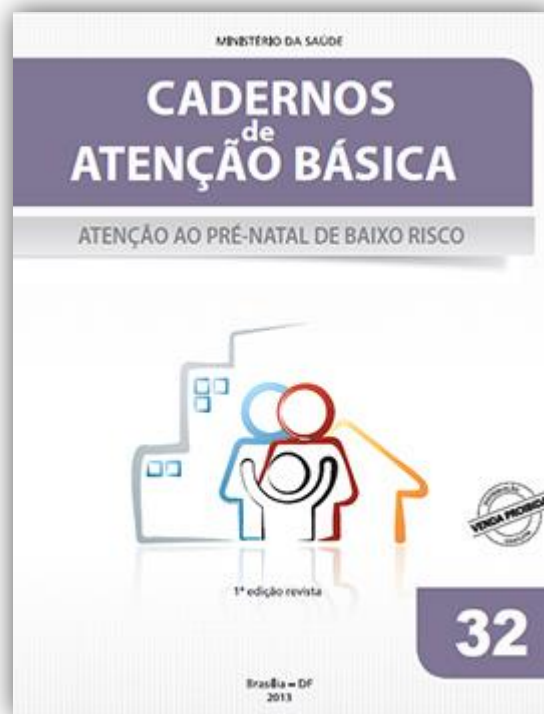
Mestre em Pesquisa Clínica – FIOCRUZ

Especialista em Enfermagem Obstétrica e Ginecológica – UFF

Especialista em Saúde da Família - UERJ

2019

MATERIAL DE REFERÊNCIA



A REDE CEGONHA



- “Trata-se de um modelo que garante às mulheres e às crianças uma **assistência humanizada e de qualidade**, que lhes permite vivenciar a experiência da gravidez, do parto e do nascimento com **segurança, dignidade e beleza**. Não se pode esquecer jamais que **dar à luz não é uma doença** ou um processo patológico, mas uma função fisiológica e natural que constitui uma **experiência única** para a mulher e o(a) parceiro(a) envolvido(a)”



AVALIAÇÃO PRÉ-CONCEPCIONAL

- Objetiva identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação.
- Importante instrumento na melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil.
- Metade das gestações não é planejada, embora possa ser desejada.
- O não planejamento é multifatorial.
- Abordagem ativa sobre o desejo de engravidar nas consultas de rotina.



PLANEJAMENTO DA GESTAÇÃO

- Diminui o número de gestações não desejadas e de abortamentos provocados;
- Diminui o número de cesáreas realizadas para fazer a ligadura tubária;
- Diminui o número de ligaduras tubárias por falta de opção e de acesso a outros métodos anticoncepcionais;
- Aumenta o intervalo entre as gestações, contribuindo para diminuir a frequência de bebês de baixo peso e para que eles sejam adequadamente amamentados;
- Possibilita planejar a gravidez em adolescentes ou com patologias crônicas descompensadas, tais como: diabetes, cardiopatias, hipertensão, portadoras do HIV, entre outras.



AVALIAÇÃO PRÉ-CONCEPCIONAL

- **História clínica:** pesquisar diabetes mellitus, hipertensão arterial, cardiopatias, distúrbios da tireoide e processos infecciosos, incluindo as infecções sexualmente transmissíveis (IST).
- **História obstétrica:** registrar o número de gestações anteriores e de partos, o intervalo entre os partos, o tipo de parto, o peso ao nascimento, prematuridade, as complicações nas gestações anteriores, como abortamento, perdas fetais, pré-eclâmpsia, hemorragias e malformações congênitas.
- **História vacinal:** dT, hepatite B, febre amarela e triviral.



AÇÕES ESPECÍFICAS QUANTO AOS HÁBITOS E ESTILOS DE VIDA

- Orientação nutricional e adoção de práticas alimentares saudáveis e de atividade física;
- Orientações sobre os riscos do tabagismo e do uso rotineiro de bebidas alcoólicas e outras drogas;
- Orientações quanto ao uso de medicamentos e, se necessário mantê-los, substituir para drogas com menores efeitos sobre o feto;
- Avaliação das condições de trabalho, com orientação sobre os riscos nos casos de exposição a tóxicos ambientais;
- Orientação para registro sistemático das datas das menstruações e estímulo para que o intervalo entre as gestações seja de, no mínimo, 2 (dois) anos.



EXAMES COMPLEMENTARES

- **Tipagem sanguínea e fator Rh:** Se a mulher for Rh negativo, solicitar a tipagem sanguínea do parceiro e, se este for Rh positivo, solicita-se o coombs indireto.
- **Eletroforese de hemoglobina** para rastreamento da doença falciforme.
- **Hemograma completo** para identificação de anormalidades hematimétricas.
- **Glicemia de jejum** para rastreamento do diabetes mellitus.
- **Colpocitologia oncológica:** a cada três anos, após duas citologias normais com um ano de intervalo.
- **Mamografia** para mulheres com 35 anos ou mais pertencentes a grupos populacionais com risco elevado de desenvolver câncer de mama.



EXAMES COMPLEMENTARES

- **Sorologia para toxoplasmose** com identificação de **IgG** e **IgM**: Em caso de mulheres suscetíveis, orientar medidas profiláticas.
- **Sorologia para sífilis**: Se sorologia positiva para sífilis, iniciar prontamente o tratamento do casal e acompanhar clínico-laboratorialmente.
- **Sorologia para HIV**: se positiva, encaminhar para tratamento. Independentemente do resultado, incentivar a utilização do preservativo.
- **Sorologia para Hepatite B** (HBsAg, Anti-HBs) e para **Hepatite C** (Anti-HCV). Nas mulheres com anti-HBs negativo, indica-se vacinação para Hepatite B. Em casos de sorologia positiva (HBsAg e/ou anti-HVC), encaminhar para serviço especializado.
- **Sorologia para rubéola** (IgG e IgM): se negativa, recomendar a vacinação antes da gestação.



ACONSELHAMENTO

- **Discutir** sobre como a gravidez e a maternidade poderiam influenciar o curso de vida da mulher, nas perspectivas afetiva, educacional e social.
- Sempre que possível, deve-se **incluir o(a) parceiro(a)** na avaliação pré-concepcional.
- Deve-se sugerir um **intervalo interpartal** mínimo de **dois anos**.
- Recomenda-se **planejar o melhor momento ou desencorajar** a gravidez em mulheres com doenças crônicas até que estas estejam compensadas (como diabetes, cardiopatias, hipertensão arterial crônica, infecção pelo HIV, hepatites, obesidade, entre outras).
- Para as mulheres com complicações clínicas que realizam tratamentos medicamentosos, deve-se buscar a **substituição das drogas** contraindicadas na gestação.
- Deve-se realizar a profilaxia de defeitos abertos do tubo neural, administrando-se **ácido fólico** para todas as “tentantes”, na dose de 5mg via oral diariamente, de 60 a 90 dias antes da concepção.



10 PASSOS PARA O PRÉ-NATAL DE QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA

- 1º PASSO:** Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (**captação precoce**);
- 2º PASSO:** Garantir os **recursos** humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal;
- 3º PASSO:** Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em tempo oportuno do resultado dos **exames** preconizados no atendimento pré-natal;



10 PASSOS PARA O PRÉ-NATAL DE QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA

4º PASSO: Promover a **escuta ativa** da gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: “rodas de gestantes”;

5º PASSO: Garantir o **transporte** público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário;

6º PASSO: É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: “**pré-natal do(a) parceiro(a)**”;

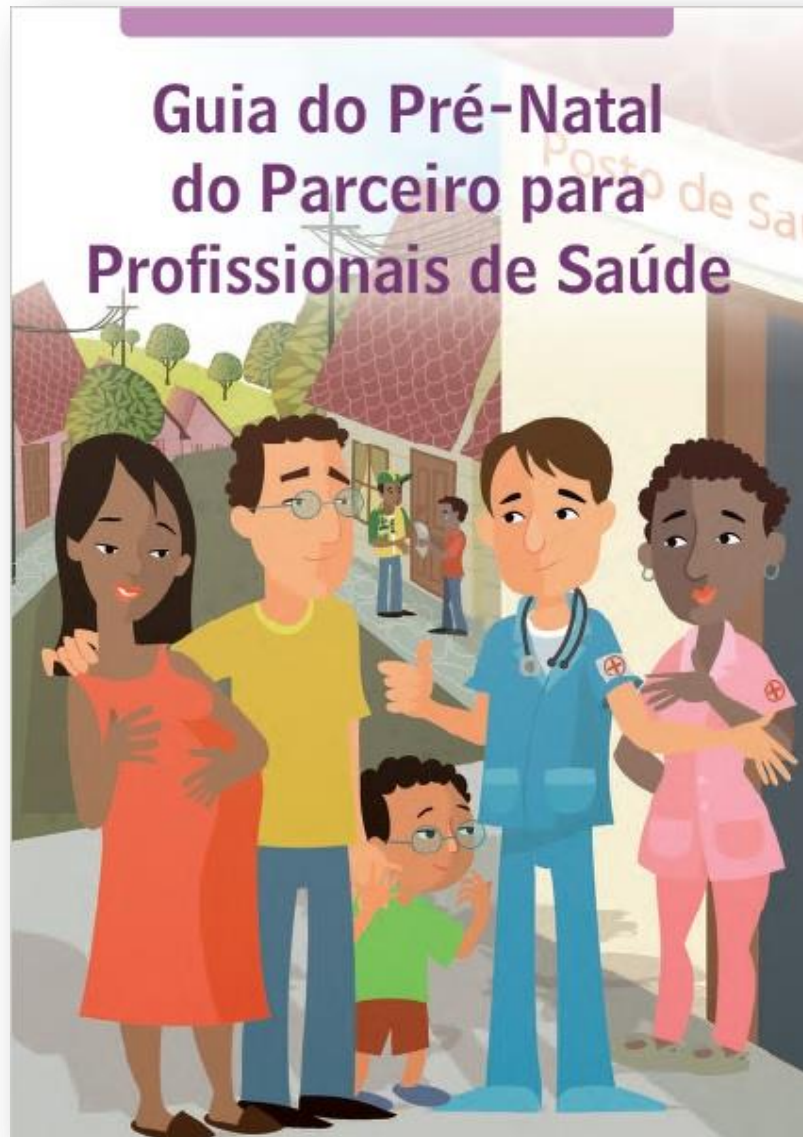


10 PASSOS PARA O PRÉ-NATAL DE QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA

- 7º PASSO:** Garantir o acesso à unidade de **referência** especializada, caso seja necessário;
- 8º PASSO:** Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do “**Plano de Parto**”;
- 9º PASSO:** Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (**vinculação**);
- 10º PASSO:** As mulheres devem conhecer e exercer os **direitos** garantidos por lei no período gravídico-puerperal.



PRÉ-NATAL DO PARCEIRO



PRESSUPOSTOS

- Historicamente, tanto o planejamento reprodutivo quanto as ações em saúde voltadas ao momento da gestação, parto e puerpério foram pensadas e direcionadas às mulheres e às gestantes, enfocando o binômio mãe-criança.
- Os homens podem e devem ser envolvidos integralmente em tudo o que diz respeito à tomada de decisão reprodutiva, desde a escolha de ser pai à participação na gestação, no parto, no cuidado e na educação das crianças.



O “NOVO PAI” E AS “NOVAS FAMÍLIAS”





1º

Chegada do homem no serviço SUS: informar como será a participação do homem no pré-natal, parto e puerpério



2º

Realizar o atendimento, incluindo exames de rotina e testes rápidos



3º

Atualizar o cartão de vacinas



4º

Trabalhar com temas voltados para o público masculino



5º

Participar ativamente do pré-parto, parto, puerpério e cuidados com a criança



Nome:
 Como gosta de ser chamado:
 Idade: anos (<15 anos >45 anos)
 Pressão arterial:
 Peso:
 Altura: cm
 IMC (Índice de Massa Corporal):
 Antecedentes familiares:

- Diabetes: NÃO SIM
- Hipertensão arterial:
- Gemelar:
- Outros:

O Pré-Natal do Parceiro

tem como objetivo preparar o homem para a paternidade ativa e consciente, assim como detectar precocemente doenças, atualizar a carteira vacinal e incentivar a participação em atividades educativas nos serviços de saúde.

A gestação é um momento importante tanto para a mulher quanto para o homem. São emoções intensas que se misturam, e você pode contar com sua equipe de saúde. Nas Unidades Básicas de Saúde do SUS, os homens também têm o direito de cuidar de si ao mesmo tempo em que acompanham suas parceiras. Essa estratégia se chama Pré-Natal do Parceiro.

Converse com sua parceira, falem sobre suas emoções, o que esperam desta nova vida.

Troque ideias com outros pais que já viveram essa experiência e aproveite esse momento para se cuidar também!

Afinal, seu bebê precisa de você saudável!

Consulta odontológica

18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- Legenda**
- * - Mancha branca ativa
 - O - Mancha branca inativa
 - A - Ausente
 - Aa - Abração/erosão
 - Am - Amálgama
 - Ca - Lesão cavitada ativa
 - CI - Lesão cavitada inativa
 - E - Extraído
 - H - Hígido
 - M - Restauração metálica
 - PF - Prótese fixa
 - RE - Restauração estética
 - SP - Selamento provisório
 - T - Traumatismo
 - X - Extração indicada

Tratamento para sífilis

1º dose / / /
 2º dose / / /
 3º dose / / /

Exames

Exames	Data	Resultado
ABO-RH		
Glicemia		
Sífilis (teste rápido)		
VDRL		
HIV/Anti-HIV (teste rápido)		
Hepatite C		
Hepatite B-HBsAg		
Hemograma		
Lipidograma		
Dosagem de Colesterol HDL		
Dosagem de Colesterol LDL		
Dosagem de Colesterol total		

Eletroforese de Hemoglobina

Padrão AA
 Heterozigoso AS AC
 Outros
 Homozigoso SS SC
 Outros

Vacina antitetânica

Sem informação de imunização
 Imunizado há menos de 10 anos
 Imunizado há mais de 10 anos

Informe

1º dose / / /
 2º dose / / /
 3º dose / / /
 Reforço (posterior) / / /

Hepatite B

Imunizado
 Informe

1º dose / / / 2º dose (mais que 1º dose) / / /
 3º dose (mais que 1º dose) / / /

Febre amarela

Informe
 data / /

- A participação do homem no pré-natal ajuda a melhorar as condições de saúde da mãe, do bebê e do próprio pai.
- Sugestão de utilização do **CID Z76.8** (contatos com serviços de saúde por outras circunstâncias especificadas) ou do **CIAP A29** (outros sinais/sintomas gerais) para justificar a ausência do homem no trabalho.

O PAI E O SUS



1/3 DOS HOMENS NUNCA RECEBEU ORIENTAÇÃO SOBRE PLANEJAMENTO FAMILIAR

1 EM CADA 4 HOMENS NÃO ACOMPANHOU A CONSULTA DE PRÉ-NATAL

4 DE CADA 5 HOMENS NÃO PARTICIPARAM DE NENHUMA PALESTRA, RODA DE CONVERSA OU CURSO SOBRE CUIDADOS COM O BEBÊ

1/3 DOS HOMENS NÃO ACOMPANHOU O NASCIMENTO DO FILHO

48% DOS HOMENS NÃO TIRARAM LICENÇA PATERNIDADE

DADOS: PESQUISA SAÚDE DO HOMEM, PATERNIDADE E CUIDADO NO BRASIL 2017 (MINISTÉRIO DA SAÚDE)

Intervalo...
Retorno em 15 minutos



ASPECTOS LEGAIS E DIREITOS NA GESTAÇÃO, PARTO E PUERPÉRIO

Atenção à saúde

- A gestante tem direito ao conhecimento e à **vinculação** à maternidade, onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde (Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007).
- A gestante tem direito à **acompanhante** de sua escolha durante toda sua permanência na maternidade, inclusive durante o parto, independentemente de sexo (Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005).



Direitos sociais

- **Prioridade** nas filas para atendimento em instituições públicas ou privadas e para acomodar-se sentada em transportes coletivos;
- **Registrar** o seu bebê (Certidão de Nascimento) gratuitamente em qualquer cartório;

Direitos trabalhistas

- O artigo 7º, inciso II, alínea “b”, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias garante a toda empregada gestante direito à **estabilidade** no emprego, desde a confirmação da gravidez até 5 (cinco) meses após do parto.



- O artigo 7º, inciso XVII, da Constituição Federal garante à empregada gestante o direito à **licença-maternidade**, correspondente a 120 (cento e vinte) dias, após o nascimento de seu filho, sem prejuízo do emprego, dos salários e dos demais benefícios.
- Durante a gravidez, a empregada poderá se **adequar** a outras funções no trabalho, sem prejuízo dos salários e das demais vantagens.
- O artigo 371, § 4º, inciso II, da Consolidação das Leis do Trabalho garante à gestante a **dispensa** do trabalho pelo tempo necessário para a realização das consultas e dos exames complementares.



- O artigo 396 da Consolidação das Leis do Trabalho assegura à mãe o direito a 2 (dois) **descansos** especiais, de meia hora cada um, durante a jornada de trabalho, para a amamentação de seu filho, até que complete 6 (seis) meses de idade.



Direitos do Pai

- Constituição Federal/88 em seu artigo 7º, XIX e art.10, §1º, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias, os pais têm direito a 5 dias de **licença paternidade**.
- Lei 13.257/2016, que dispõe sobre as políticas públicas para primeira infância. Dentro dessa lei, existem artigos específicos ligados ao exercício da paternidade ativa e consciente, como **ampliação da licença paternidade** para os funcionários das empresas cidadãs que agora tem direito a 20 dias.



PRÁTICAS EDUCATIVAS NO PRÉ-NATAL

- Uma assistência centrada na prática clínica não dá conta das **necessidades** da mulher gestante.
- Discussões, rodas de conversa, dramatizações, trabalhos artísticos coletivos, dinâmicas de grupo ou outras ferramentas podem facilitar a **troca de experiências**.
- É importante que os temas sejam de **interesse do grupo**, que responda dúvidas e inquietações, com **participação ativa** das gestantes e seus companheiros(as) e familiares.



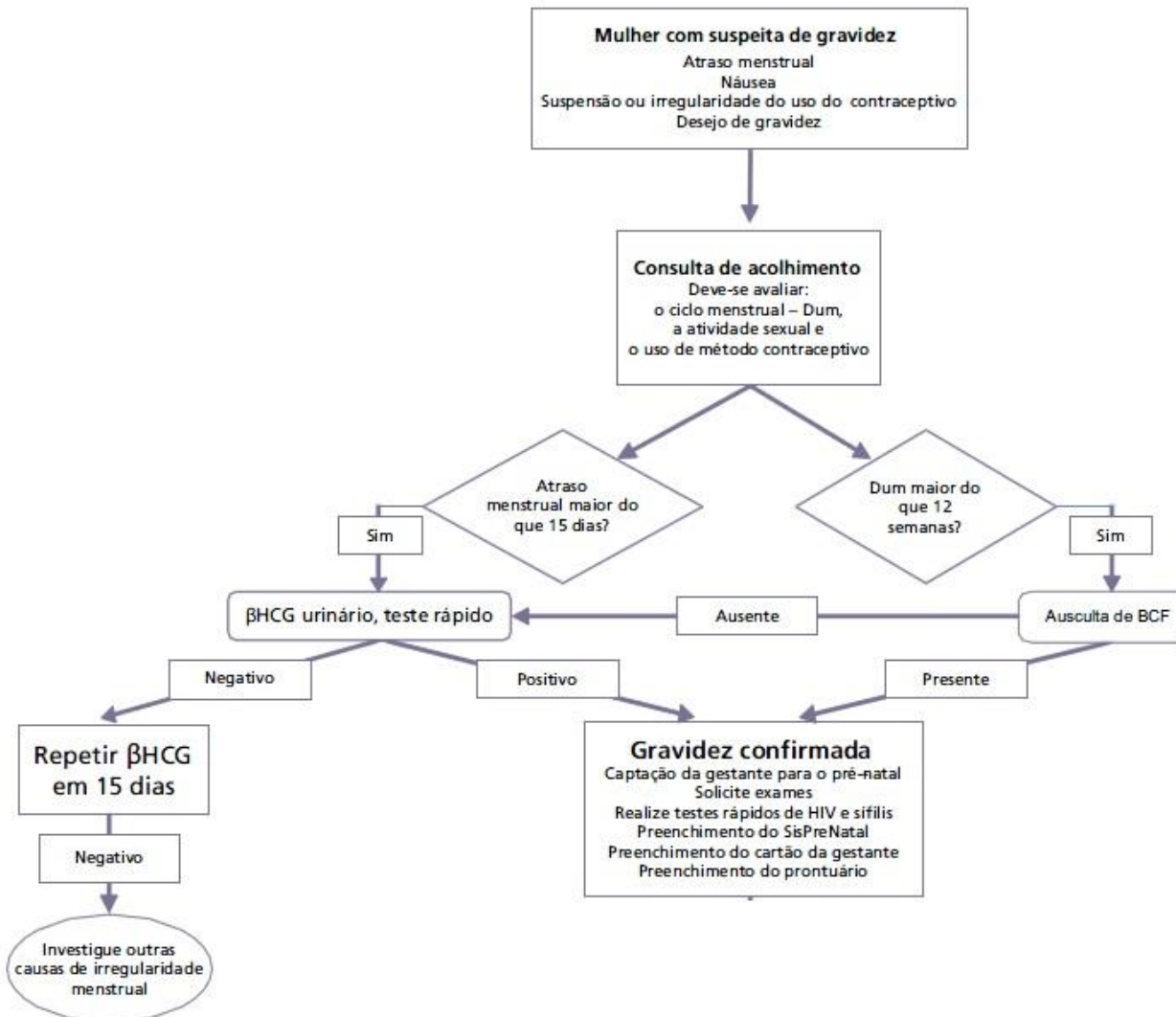
PRÁTICAS EDUCATIVAS NO PRÉ-NATAL

- O conceito de base deve ser a **promoção da saúde**.
- Sugestões:
 - Alimentação saudável
 - Atividade física
 - Sexualidade
 - Medos e fantasias referentes à gestação e ao parto
 - Aleitamento materno
 - Paternidade e cuidado
 - Plano de parto



ATENÇÃO PRÉ-NATAL

○ Diagnóstico da gravidez



RISCO GESTACIONAL

- O pré-natal de **alto risco** abrange cerca de **10%** das gestações.
- O acompanhamento periódico e rotineiro por obstetras durante o pré-natal **não traz melhora** aos desfechos perinatais em comparação com o encaminhamento destas mulheres em casos de complicações durante o acompanhamento (grau de recomendação A – nível de evidência I).



AVALIAÇÃO DO RISCO GESTACIONAL

Fatores de risco indicativos de realização do pré-natal de risco habitual

- **Fatores relacionados às características individuais e às condições sociodemográficas desfavoráveis:**
 - Idade menor que 15 e maior que 35 anos;
 - Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse;
 - Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente;
 - Situação conjugal insegura;
 - Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular);
 - Condições ambientais desfavoráveis;
 - Altura menor do que 1,45 m;
 - IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade.



AVALIAÇÃO DO RISCO GESTACIONAL

- **Fatores relacionados à história reprodutiva anterior:**
 - Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado;
 - Macrossomia fetal;
 - Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas;
 - Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos;
 - Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos);
 - Cirurgia uterina anterior;
 - Três ou mais cesarianas.



AVALIAÇÃO DO RISCO GESTACIONAL

- **Fatores relacionados à gravidez atual:**
 - Ganho ponderal inadequado;
 - Infecção urinária;
 - Anemia.



Atenção especial no acompanhamento de mulheres *negras, indígenas*, com *baixa escolaridade*, com *idade inferior a 15 anos e superior a 35 anos*, nas que tiveram pelo menos *um filho morto* em gestação anterior e nas que tiveram *mais de três filhos vivos* em gestações anteriores.



FATORES DE RISCO INDICATIVOS DE ENCAMINHAMENTO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

- **Fatores relacionados às condições prévias:**
 - Cardiopatias;
 - Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica não controlada);
 - Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados);
 - Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo);
 - Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia);
 - Doenças neurológicas (como epilepsia);
 - Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.);



FATORES DE RISCO INDICATIVOS DE ENCAMINHAMENTO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

- **Fatores relacionados às condições prévias (cont):**
 - Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras collagenoses);
 - Alterações genéticas maternas;
 - Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar;
 - Ginecopatias (malformação uterina, tumores anexiais e outras);
 - Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras IST (condiloma);
 - Anemia grave (hemoglobina < 8);
 - Isoimunização Rh;
 - Qualquer patologia clínica que necessite de atenção especializada.



FATORES DE RISCO INDICATIVOS DE ENCAMINHAMENTO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

- **Fatores relacionados à história reprodutiva anterior:**
 - Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida;
 - Abortamento habitual (duas ou mais perdas precoces consecutivas);
 - Esterilidade/infertilidade;
 - História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome HELLP, eclâmpsia, internação da mãe em UTI).



FATORES DE RISCO INDICATIVOS DE ENCAMINHAMENTO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

- **Fatores relacionados à gravidez atual:**
 - Restrição do crescimento intrauterino;
 - Polidrâmnio ou oligodrâmnio;
 - Gemelaridade;
 - Malformações fetais ou arritmia fetal;
 - Evidência laboratorial de proteinúria;
 - Diabetes *mellitus gestacional*;
 - Desnutrição materna severa;
 - Obesidade mórbida ou baixo peso (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante para avaliação nutricional);
 - NIC III;
 - Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-RADS III ou mais.
 - Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória);



FATORES DE RISCO INDICATIVOS DE ENCAMINHAMENTO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

○ **Fatores relacionados à gravidez atual (cont):**

- Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite;
- Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso;
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras IST (como o condiloma), quando não há suporte na unidade básica;
- Hanseníase;
- Tuberculose;
- Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas gestação atual;
- Adolescentes com fatores de risco psicossocial.



SINAIS INDICATIVOS DE ENCAMINHAMENTO À URGÊNCIA/EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA

- Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional;
- Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial $> 140/90$ (medida após um mínimo de cinco minutos de repouso, na posição sentada) associada ou não à proteinúria;
- Pode-se usar o teste rápido de proteinúria. Edema não é mais considerado critério diagnóstico;
- Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito;



SINAIS INDICATIVOS DE ENCAMINHAMENTO À URGÊNCIA/EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA

- Eclâmpsia (crises convulsivas em mulheres com pré-eclâmpsia);
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular/corioamnionite ou outra infecção que necessite de internação hospitalar;
- Suspeita de trombose venosa profunda (dor no membro inferior, sinais flogísticos, edema localizado e/ou varicosidade aparente);
- Situações que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma etc.
- Crise hipertensiva (PA > 160/110);
- Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal (consistência líquida, em pequena ou grande quantidade, mas de forma persistente), podendo ser observada mediante exame especular com manobra de Valsalva e elevação da apresentação fetal;



SINAIS INDICATIVOS DE ENCAMINHAMENTO À URGÊNCIA/EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA

- Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 37 semanas);
- IG a partir de 41 semanas confirmadas;
- Hipertermia ($\text{tax} \geq 37,8 \text{ }^\circ\text{C}$), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de IVAS;
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes.
- Investigação de prurido gestacional/icterícia;
- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas;
- Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre;
- Oligodrâmnio;
- Óbito fetal.
- Doenças exantemáticas



SINAIS DE ALERTA

Sinal de alerta	Interpretação	O que fazer?
<ul style="list-style-type: none">• Sangramento vaginal	Anormal em qualquer época da gravidez	Avaliação médica imediata
<ul style="list-style-type: none">• Cefaléia• Escotomas visuais• Epigastralgia• Edema excessivo	Principalmente no final da gestação, podem sugerir pré-eclâmpsia	Avaliação médica e da PA imediata
<ul style="list-style-type: none">• Contrações regulares• Perda de líquido	Indicativos de início do trabalho de parto	Avaliação médica imediata e encaminhamento para a maternidade
<ul style="list-style-type: none">• Diminuição da movimentação fetal	Pode indicar sofrimento fetal	Avaliação médica no mesmo dia, avaliação do BCF. Considerar encaminhamento para a referência
<ul style="list-style-type: none">• Febre	Pode indicar infecção	Avaliação médica no mesmo dia e encaminhamento, se necessário



Intervalo para o almoço...
Retorno em 1 hora

CALENDÁRIO BÁSICO DE CONSULTAS



- O pré-natal deve ser iniciado o mais precocemente possível e só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que a consulta de puerpério deverá ter sido realizada.
- Até 28ª semana – mensalmente;
- Da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente;
- Da 36ª até a 41ª semana – semanalmente.
- Quando o parto não ocorre até a 41ª semana, é necessário encaminhar a gestante para avaliação do bem-estar fetal.



ROTEIRO DAS CONSULTAS

- Acolhimento com escuta qualificada;
- Avaliação global: antecedentes familiares e pessoais, gestação atual;
- Exame físico geral, específico e odontológico;
- Solicitação/checagem de exames;
- Presença de sinais de alerta;
- Avaliação do risco gestacional;
- Cadastramento e preenchimento da caderneta da gestante;
- Identificação e manejo das queixas e intercorrências;
- Suplementação de ácido fólico e ferro;
- Vinculação à maternidade de referência;
- Imunizações.





FICHA PERINATAL – Ambulatório

Unidade _____

Nome _____ **Como quer ser chamada** _____

Endereço _____ **Cidade** _____

Idade _____ **Estado civil/união** _____ **Casado** **Solteira**

Estado civil/união **Estável** **Outra**

Instrução **Mãe** **Fundamental** **Médio** **Superior**

Peso atual _____ **Gravidas** **Risco Substancial** **Alto risco**

Altura em _____ **Gravidas planejada** **SIM** **NÃO**

DUM / / **Tipo da gravidez**

OPP / / Única Gemelar Tripla ou mais Ignorada

DPP / / **Hospitalização na gravidez**

NÃO **SM** **Grupo** **B+** **B-** **SM** **Sensibilização NÃO** **SM**

Transferida **NÃO** **SM** **Antecedentes familiares NÃO SM**

Diabetes **Hipertensão arterial** **Gemelar** **Gravos**

Exames

Exame	Data	Resultado
AEO-RH		
Glicemia do Jejum		
Teste Oral Tolerância Glic.		
Sífilis (teste rápido)		
VDRL		
HIV/Anti-HIV (teste rápido)		
Hepatite B-HBsAg		
Toxoplasmaose		
Hemag. Hematócrito		
Urina-EAS		
Urina-Cultura		
Coombs Indireto		

Ultrasonografia

Exame	Data	IG DUM	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros

Matéria **Hig.** **Pos.**

Sulfato ferroso 1º dose / / 2º dose / / 3º dose / / 4º dose / / 5º dose / / 6º dose / / 7º dose / / 8º dose / /

Ácido fólico 1º dose / / 2º dose / / 3º dose / / 4º dose / / 5º dose / / 6º dose / / 7º dose / / 8º dose / /

Parto **AA**

Naturologias **AS** **AC**

Naturologias **SS** **SC**

Tratamento de Sífilis

1º dose / / / 2º dose / / / 3º dose / / /

Abortos _____ **Parto vaginal** _____ **Parto** _____

Gravos prévios _____ **3 ou + abortos** _____ **2 ou mais abortos** _____ **Pré-eclâmpsia Eclâmpsia** _____

Gravos atuais **Entrega** **1 bebê < 3.500g** **2 bebês > 4.500g** **3 ou mais bebês** **2 ou mais bebês** **Parto de gestação anterior há 1 ano** **NÃO SM**

Gravos anteriores **Abortos** _____ **Parto vaginal** _____ **Parto** _____

Gravos anteriores **Entrega** **1 bebê < 3.500g** **2 bebês > 4.500g** **3 ou mais bebês** **2 ou mais bebês** **Parto de gestação anterior há 1 ano** **NÃO SM**

Gravos anteriores **Entrega** **1 bebê < 3.500g** **2 bebês > 4.500g** **3 ou mais bebês** **2 ou mais bebês** **Parto de gestação anterior há 1 ano** **NÃO SM**

Gravos anteriores **Entrega** **1 bebê < 3.500g** **2 bebês > 4.500g** **3 ou mais bebês** **2 ou mais bebês** **Parto de gestação anterior há 1 ano** **NÃO SM**

Curva da altura uterina / idade gestacional

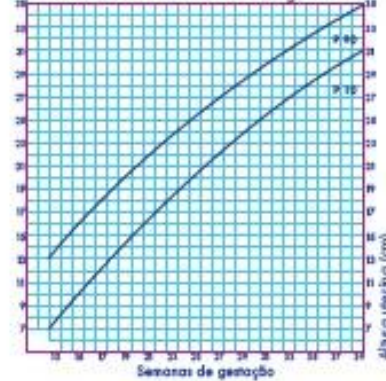
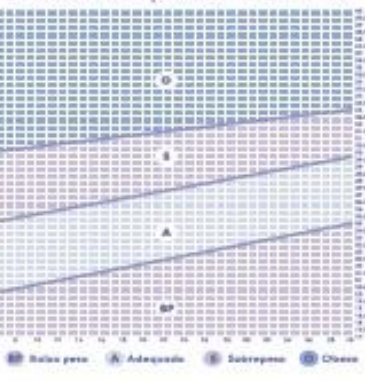


Gráfico de acompanhamento nutricional



	1º	2º	3º	4º	5º	6º	7º	8º	9º	10º
Data										
Gestor										
IG - DUM/USG										
Peso (kg) / IMC										
Edema										
Pressão arterial (sistólic)										
Alterações (x)										
Apresentação fetal										
SGF / Hec. fetal										
Teq. se indicado										
Realiza visita à maternidade										
Sim / Não										
Participa de atividades educativas										
Sim / Não										

Parto e nascimento

Idade gest. _____ **Semanas** _____

Índice real. parto **Esperado** **Realizado**

Tempo de parto **Esperado** **Realizado**

Sexo **Fem.** **Mas.**

VOL **Heg.** **Post.**

APGAR 1º min. _____ **2º min.** _____

Recém-nascido **NÃO** **SM**

Ex. físico imediato **Normal** **Anormal**

Peso _____ **Entre 2.500g**

Peso/IG **Adequado** **Grande** **Pequeno**

Per. cel. **Mãe com R.** **Normal de 2º**

Alta materna **Saudável** **Com part.** **Transt.**

Alta recém-nascido **Saudável** **Com part.** **Fetal**

Patologias R.H. **Marfanose** **Al. int.** **Agrasão** **Infecção** **S. esp.** **Hemorr.** **Neuról.** **Myel.** **A. amp.** **Ceto SDB**



Consulta odontológica



Legenda

* - Mancha branca ativa	Ca - Lesão cavitada ativa	PF - Prótese fixa
O - Mancha branca inativa	CI - Lesão cavitada inativa	RE - Restauração estética
A - Ausente	E - Extraído	SP - Selamento provisório
Ae - Abrasão/erosão	H - Higido	T - Traumatismo
Am - Amálgama	M - Restauração metálica	X - Extração indicada

Presença de gengivite/periodontite NÃO SIM data / /

Plano de tratamento (por consulta):

EX odontológica: pode ser realizado no segundo trimestre, desde que a gestante utilize avental de chumbo.

Tratamento realizado (para o drurgião dentista)

Data	Dente	Procedimentos realizados	Ass. CD

Necessidade de encaminhamento para referência (para o drurgião dentista)

Especialidade	Tratamento necessário	Encaminhamento	Retorno	Plano cuidado (uma-rtac)
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	



IMUNIZAÇÕES



IMUNIZAÇÕES

▪ dT e dTpa

1 dTpa a cada gestação
a partir da 20ª semana

Não vacinadas ou histórico desconhecido:
1 dTpa + 2 dT
(dTpa a partir da 20ª semana)

O PNI disponibiliza uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação até 45 dias após o parto em todas as gestações.

PNI: intervalo mínimo de 30 dias, ideal de 60 dias
SBIm: esquema 0-2-4 a 8 meses



IMUNIZAÇÕES

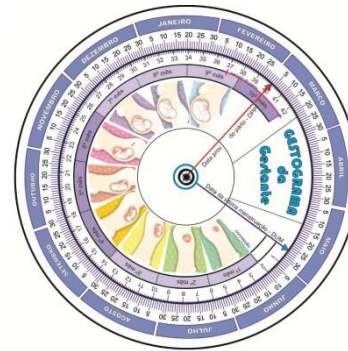
VACINA	SITUAÇÃO	DOSES	ESQUEMA INDICADO	OBSERVAÇÕES
Hepatite B	<ul style="list-style-type: none">• Esquema vacinal desconhecido• Não vacinada• HBsAg (-) e Anti-HBs < 10	Três doses	<ul style="list-style-type: none">• 1ª dose (após a 14ª semana de gestação)• 2ª dose (após 30 dias da primeira)• 3ª dose (após seis meses da primeira)	-
	<ul style="list-style-type: none">• Esquema incompleto	Completar esquema	<ul style="list-style-type: none">• Conforme o número de doses faltantes	
Influenza	<ul style="list-style-type: none">• Em qualquer período gestacional	Dose única	<ul style="list-style-type: none">• Dose única	Caso não tenha tomado a vacina no período gestacional, recomenda-se tomar no puerpério



PROCEDIMENTOS PADRONIZADOS

Cálculo da Idade Gestacional (IG)

- Quando a data da última menstruação (DUM) é conhecida e certa:
 - Calendário;
 - Gestograma;
 - App;



- Quando a data da última menstruação é desconhecida, mas se conhece o período do mês em que ela ocorreu:
 - Considere como data da última menstruação os dias 5, 15 e 25



- Quando a data e o período da última menstruação são desconhecidos:
 - *Até a 6ª semana*, não ocorre alteração do tamanho uterino;
 - *Na 8ª semana*, o útero corresponde ao dobro do tamanho normal;
 - *Na 10ª semana*, o útero corresponde a três vezes o tamanho habitual;
 - *Na 12ª semana*, o útero enche a pelve, de modo que é palpável na sínfise púbica;
 - *Na 16ª semana*, o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical;
 - *Na 20ª semana*, o fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical;
 - *A partir da 20ª semana*, existe relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina. Porém, este parâmetro torna-se menos fiel a partir da 30ª semana de idade gestacional.
- Quando não for possível determinar clinicamente a idade gestacional, solicite o mais precocemente possível a **ultrassonografia obstétrica**.



Cálculo da Data Provável do Parto (DPP)

- Calendário (280 dias, 40 semanas);
- Gestograma;
- App;
- Regra de Naegele (+7/-3);
- USG.



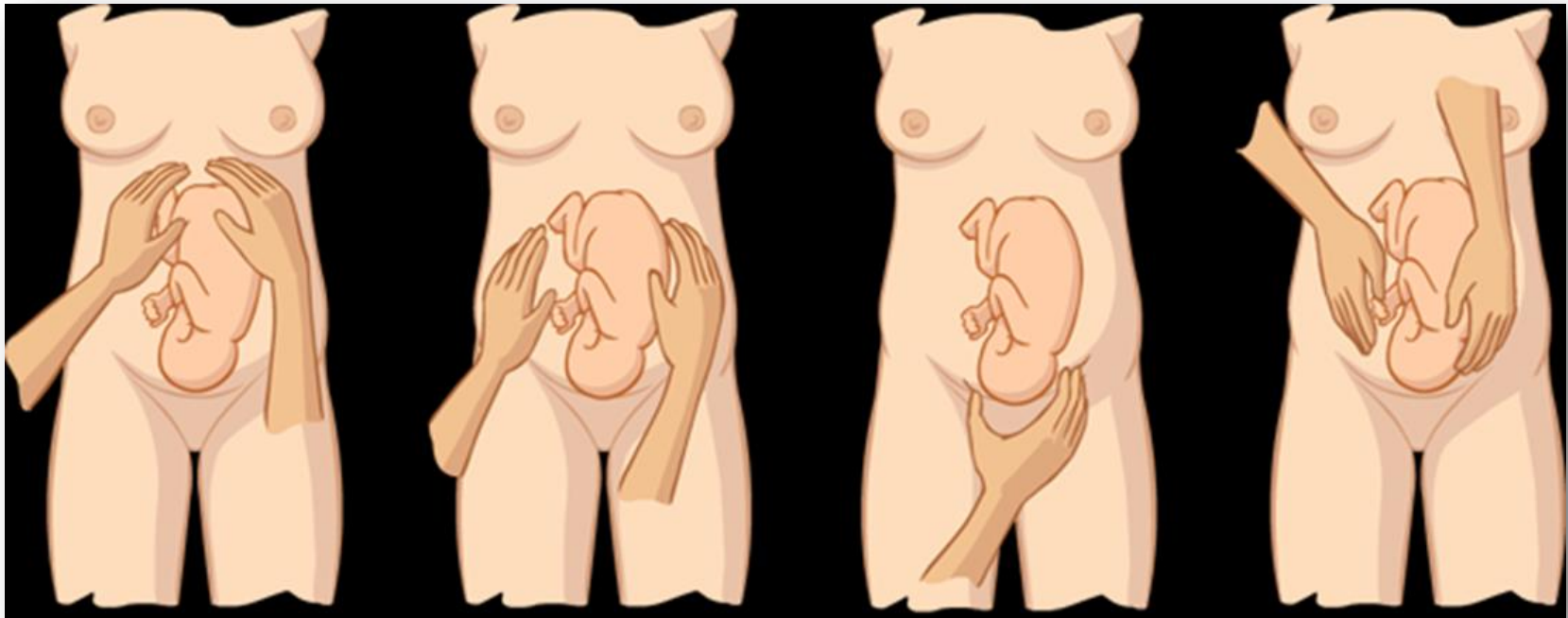
Palpação obstétrica e medida da AU

○ Objetivos:

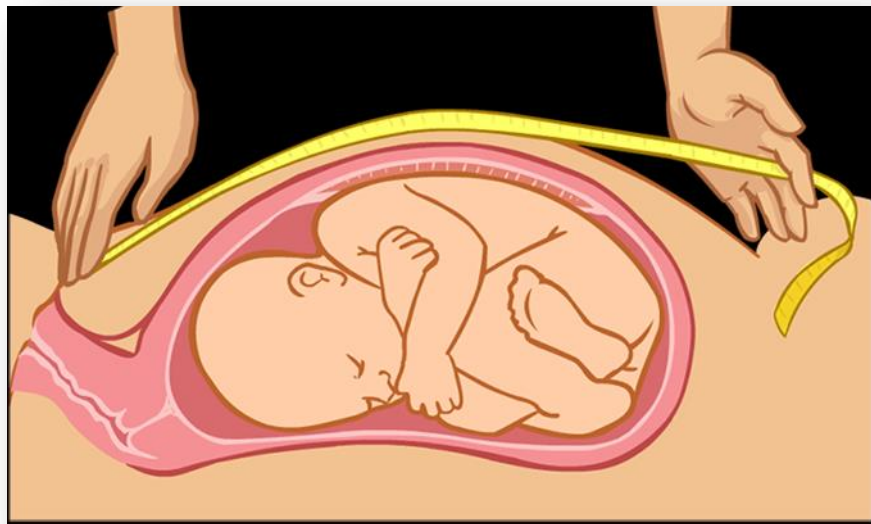
- Identificar o crescimento fetal;
- Diagnosticar os desvios da normalidade a partir da relação entre a altura uterina e a idade gestacional;
- Identificar a situação e a apresentação fetal.



Manobras de Leopold



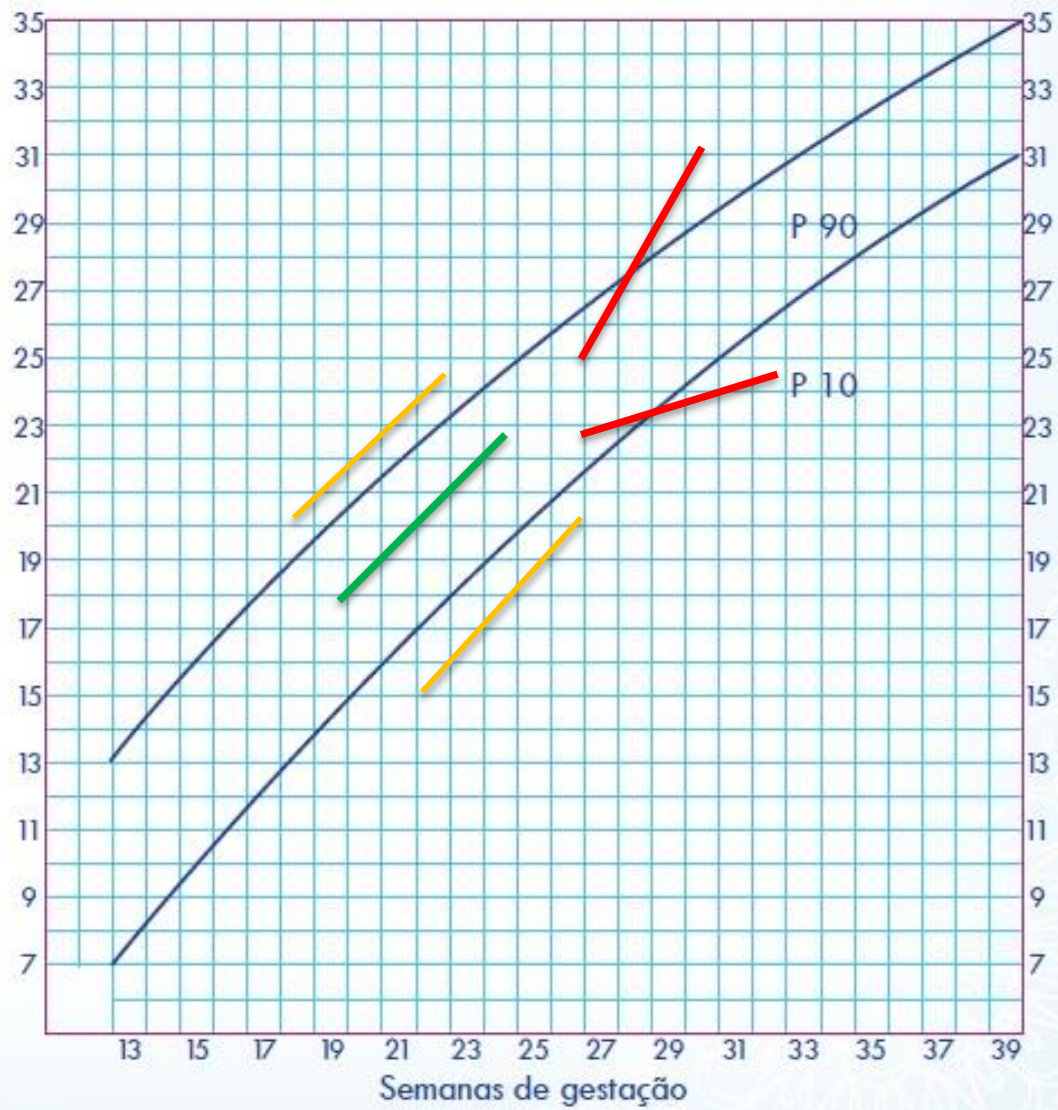
Medida da altura uterina (AU)



- Posicione a gestante em decúbito dorsal, com o abdome descoberto;
- Fixe a extremidade inicial (0cm) da fita métrica na borda superior da sínfise púbica com uma das mãos, passando-a entre os dedos indicador e médio.
- Deslize 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;
- Proceda à leitura quando a borda cubital da mão atingir o fundo uterino;



Curva de altura uterina / idade gestacional



Avaliação da altura uterina

TRAÇADO	INTERPRETAÇÃO	CONDUTA
Evoluindo entre as curvas superior e inferior	Crescimento normal	Seguir calendário básico
Evoluindo acima da curva superior ou abaixo da inferior, mas com a mesma inclinação	É possível que a IG seja diferente da estimada	<ul style="list-style-type: none">- Solicitar USG- Referir para alto risco na suspeita de desvio do crescimento fetal
Evoluindo acima da curva superior e com inclinação maior que esta	Suspeitar de gemelaridade, polidramnia, macrossomia, outros.	<ul style="list-style-type: none">- Solicitar USG- Referir para alto risco na suspeita de desvio do crescimento fetal.
Evoluindo com inclinação persistentemente menor que a curva inferior	Se o traçado cruzar a curva inferior ou estiver afastando-se dela, provável CIUR	Referir ao pré-natal de alto risco



Deve-se pensar em erro de medidas quando ocorrer queda ou elevação abrupta em curva que vinha evoluindo normalmente.



Ausculta dos Batimentos Cardio-fetais

Objetivo

- Constatar a cada consulta a presença, o ritmo, a frequência dos batimentos cardíacos fetais (BCF). Deve ser realizada com sonar, após 12 semanas de gestação, ou com Pinard, após 20 semanas.



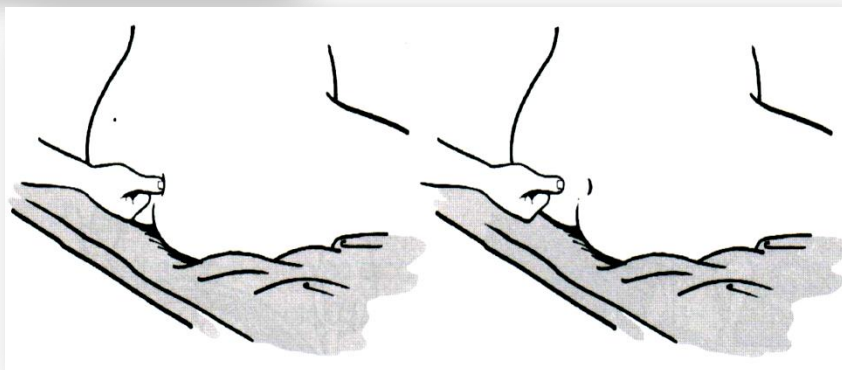
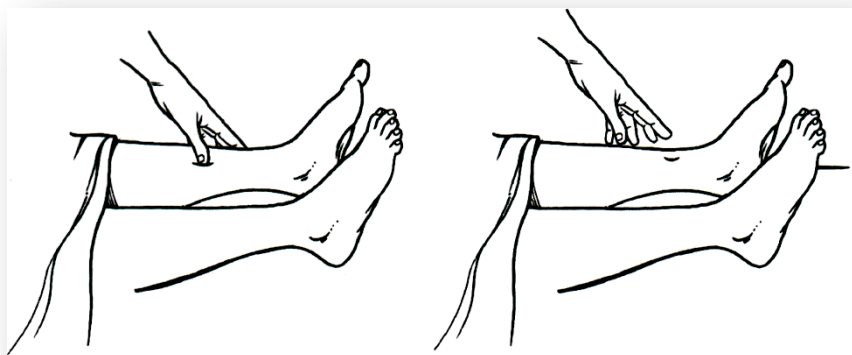
Avaliação da Frequência Cardio-fetal

- É considerada normal a frequência cardíaca fetal entre 110 a 160 bpm.
- Após contração uterina, movimentação fetal ou estímulo mecânico sobre o útero, o aumento transitório na frequência cardíaca fetal é sinal de boa vitalidade.
- Bradicardia e taquicardia: sinais de alerta
 - Afastar febre e/ou uso de drogas pela mãe;
 - Suspeitar de sofrimento fetal;
 - Persistindo, encaminhar para pronto atendimento obstétrico.



Verificação da presença de edema

- Membros inferiores, região sacra, face e membros superiores.
- A presença de edema ocorre em 80% das gestantes e ele é pouco sensível e específico para o diagnóstico de pré-eclâmpsia.



Avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional

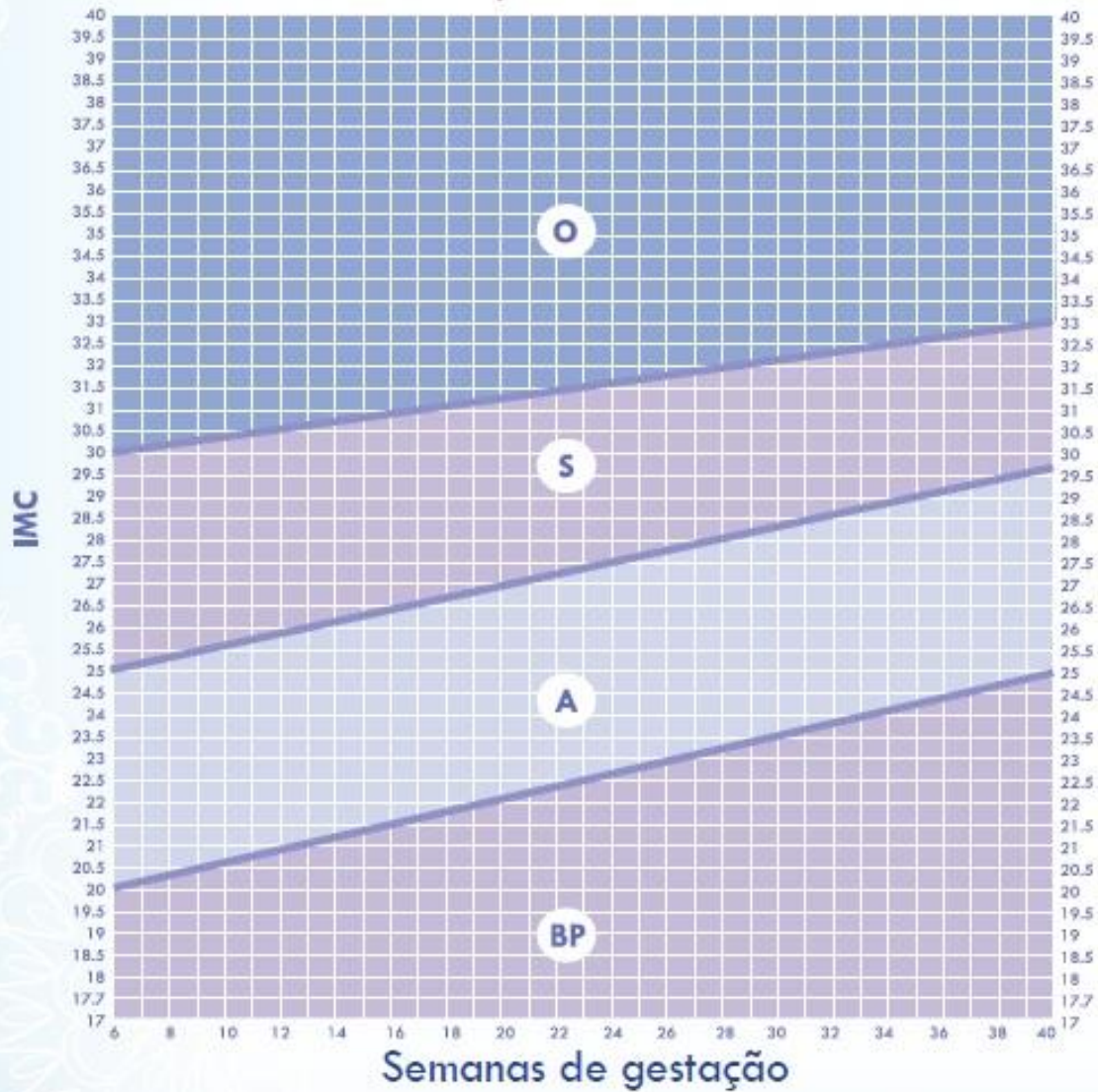
- Classificação do índice de massa corporal (IMC) por semana gestacional.

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/m ²)	0,5 (0,44 – 0,58)	12,5 – 18,0
Adequado (18,5 – 24,9kg/m ²)	0,4 (0,35 – 0,50)	11,5 – 16,0
Sobrepeso (25,0 – 29,9kg/m ²)	0,3 (0,23 – 0,33)	7,0 – 11,5
Obesidade (≥ 30kg/m ²)	0,2 (0,17 – 0,27)	5,0 – 9,0

$$IMC = \frac{PESO}{ALTURA^2}$$



Gráfico de acompanhamento nutricional



BP Baixo peso **A** Adequado **S** Sobrepeso **O** Obesa



Conduitas segundo a AEN:

- O ideal é que o IMC considerado no diagnóstico inicial da gestante seja o IMC pré-gestacional referido ou o IMC calculado a partir de medição realizada até a 13^a semana gestacional.
- **Baixo Peso (BP):** investigar história alimentar, hiperêmese gravídica, infecções, parasitoses, anemias e doenças debilitantes; dar orientação nutricional, visando à promoção do peso adequado e de hábitos alimentares saudáveis; remarcar **consulta em intervalo menor** que o fixado no calendário habitual;



Condutas segundo a AEN:

- **Adequado (A):** seguir **calendário habitual**, explicar à gestante que seu peso está adequado para a idade gestacional, dar orientação nutricional, visando à manutenção do peso adequado e à promoção de hábitos alimentares saudáveis;
- **Sobrepeso e Obesidade (S e O):** investigar obesidade pré-gestacional, edema, polidrâmnio, macrossomia, gravidez múltipla; dar orientação nutricional, visando à promoção do peso adequado e de hábitos alimentares saudáveis, ressaltando que no período gestacional não se deve perder peso; remarcar **consulta em intervalo menor** que o fixado no calendário habitual.





Receita para uma gravidez saudável!

Como está sua alimentação? Durante a gestação procure ter uma alimentação saudável e diversificada, predominantemente de origem vegetal, rica em alimentos naturais e com o menor processamento industrial possível. Isso é importante para sua saúde e bem-estar, e para a formação e o crescimento adequado do bebê.

Dez passos para que sua alimentação seja saudável:

1) Faça pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e duas refeições menores por dia, evitando ficar muitas horas sem comer. Entre as refeições beba água.

2) Faça as refeições em horários semelhantes e, sempre que possível, acompanhada de familiares ou amigos. Evite “beliscar” nos intervalos e coma devagar, desfrutando o que você está comendo.

3) Alimentos mais naturais de origem vegetal devem ser a maior parte de sua alimentação. Feijões, cereais, legumes, verduras, frutas, castanhas, leites, carnes e ovos tornam a refeição balanceada e saborosa. Prefira os cereais integrais.

4) Ao consumir carnes, retire a pele e a gordura aparente. Evite o consumo excessivo de carnes vermelhas, alternando, sempre que possível, com pescados, aves, ovos, feijões ou legumes.

5) Utilize óleos, gorduras e açúcares em pequenas quantidades ao temperar e cozinhar alimentos. Evite frituras e adicionar açúcar a bebidas. Retire o saleiro da mesa. Fique atenta aos rótulos dos alimentos e prefira aqueles livres de gorduras trans.



6) Coma todos os dias legumes, verduras e frutas da época. Ricos em várias vitaminas, minerais e fibras, possuem quantidade pequena de calorias, contribuindo para a prevenção da obesidade e de doenças crônicas.

7) Alimentos industrializados, como vegetais e peixes enlatados, extrato de tomate, frutas em calda ou cristalizadas, queijos e pães feitos com farinha e fermento, devem ser consumidos com moderação.

8) Evite refrigerantes e sucos artificiais, macarrão instantâneo, chocolates, doces, biscoitos recheados e outras guloseimas em seu dia a dia.

9) Para evitar a anemia (falta de ferro no sangue), consuma diariamente alimentos ricos em ferro, principalmente carnes, miúdos, feijão, lentilha, grão-de-bico, soja, folhas verde-escuras, grãos integrais, castanhas e outros. Junto com esses alimentos, consuma frutas que sejam fontes de vitamina C, como acerola, goiaba, laranja, caju, limão e outras.

10) Todos esses cuidados ajudarão você a manter a saúde e o ganho de peso dentro de limites saudáveis. Pratique alguma atividade física e evite as bebidas alcoólicas e o fumo.

Além desses cuidados, é recomendável o uso de ácido fólico durante toda a gravidez e de sulfato ferroso durante a gestação e até o 3º mês pós-parto. Tanto o ácido fólico quanto o sulfato ferroso são distribuídos nas Unidades Básicas de Saúde.



Intervalo...
Retorno em
15 minutos



ACONSELHAMENTO SOBRE OS HÁBITOS DE VIDA

EXERCÍCIO FÍSICO: PODE?



PRÁTICA DE ATIVIDADE FÍSICA

- Recomenda-se exercício regular **três a cinco vezes por semana**, numa intensidade que permita conversar começando com 15 minutos e terminando em 30 minutos, movendo grandes grupos musculares (caminhadas, exercícios na água, bicicleta), além de exercícios de alongamento e perineais.
- Deve-se **evitar** que a gestante fique de pé, sem se movimentar durante longos períodos de tempo e/ou em decúbito dorsal e recomenda-se evitar atividades com risco de trauma abdominal, entorse dos membros inferiores e perda de equilíbrio.



CONTRAINDICAÇÕES AO EXERCÍCIO AERÓBICO DURANTE A GRAVIDEZ:

- Doença cardíaca hemodinamicamente significativa;
- Doença pulmonar restritiva;
- Cérvix incompetente ou cerclagem;
- Gestação múltipla em risco de parto prematuro;
- Hemorragia persistente no segundo ou no terceiro trimestre;
- Placenta previa após 26 semanas de gestação;
- Trabalho prematuro durante a gravidez atual;
- Membranas rompidas;
- Pré-eclampsia ou hipertensão induzida pela gravidez;
- Anemia grave.



DIRIGIR, VIAJAR... PODE?



VIAGENS DURANTE A GRAVIDEZ

- Viagens aéreas geralmente são **seguras** para a grávida **até quatro semanas antes da data provável do parto**.
- **Viagens longas de avião** estão associadas ao aumento de risco de **trombose venosa**; entretanto, não está claro se há risco adicional na gravidez ou não. Na população geral, o uso de **meia de compressão** é efetivo e reduz o risco.
- Nas **viagens de carro**, as gestantes devem ser informadas sobre o **uso correto dos cintos de segurança**, que devem ser de três pontos, A parte inferior deve passar acima das cristas ilíacas e a parte superior pela linha intermamária, ao lado do útero, estendendo-se pelo terço médio da clavícula
- A Associação Brasileira de Medicina de Tráfego **não recomenda que grávidas dirijam** veículos se: a idade gestacional for **superior a 36 semanas**, houver edema acentuado dos pés, queixas de náuseas, cãibras, tonturas e vômitos, ameaça de abortamento, hemorragias, hipertensão, no calor demasiado e jejum prolongado.



SEXO NA GRAVIDEZ... FAZ MAL?



ATIVIDADE SEXUAL NA GRAVIDEZ

- A atividade sexual durante o terceiro trimestre da gravidez não está associada com o aumento da mortalidade perinatal, comparando-se mulheres sem atividade sexual com aquelas com mais de quatro relações por mês (grau de recomendação B).
- A atividade sexual na gravidez também não está associada com o aumento da prematuridade, independentemente da presença de vaginose bacteriana ou de tricomoníase (grau de recomendação A).
- **Não há razão para contraindicar a atividade sexual na gestação**, orientando-se, no entanto, abstinência nos casos de amniorrexe prematura, trabalho de parto prematuro, insuficiência istmo-cervical, colo uterino encurtado e síndromes hemorrágicas.
- **O uso de preservativo deve ser recomendado** em função do risco associado com a aquisição de doenças que podem ser transmitidas pela relação sexual, incluindo-se o vírus zika, além de sífilis, HIV e hepatite, por exemplo.



POSSO TRABALHAR NORMALMENTE?



TRABALHO DURANTE A GESTAÇÃO

- A atividade laboral **pode continuar** nas gestações de risco habitual **até o momento do parto**.
- Deve-se **avaliar as condições de trabalho**, particularmente possibilidade de acidentes, exposição a calor, trabalho noturno e longos períodos em pé ou realizando atividades físicas extenuantes. Nestas situações, deve-se recomendar mudança de função.
- Nos casos de **complicações** da gestação, **cada situação deve ser analisada** com cuidado.



TINTURA, ESMALTE E OUTRAS COISINHAS...



HÁBITOS E EXPOSIÇÕES

- A avaliação sobre as condições de trabalho é relevante, alertando-se sobre exposições a **agentes tóxicos** ambientais, como solventes orgânicos e radiação.
- Desestimular o **tabagismo**, pelo risco de prejuízo do crescimento fetal, associação com abortamento, prematuridade, descolamento prematuro de placenta e amniorrexe prematura,
- Ainda não está estabelecida a dose segura de ingestão de **álcool** durante a gestação para se evitar danos fetais (discreta restrição do crescimento fetal à grave síndrome alcoólica fetal)



HÁBITOS E EXPOSIÇÕES

- As **drogas ilícitas** produzem danos diversos sobre a gestação, provocados pela própria substância ou por prejuízo de sociabilidade.
- A utilização de produtos químicos, principalmente à base de **amônia ou metais pesados**, não é recomendada nessa fase. O contato dessas substâncias com o couro cabeludo pode fazer com que elas sejam absorvidas e levadas à circulação sanguínea e, assim, cheguem ao feto. Entre as opções, estão tinturas sem amônia, xampus tonalizantes e hennas naturais. Mesmo assim, o melhor é **evitar tingir os cabelos antes das 14^a ou 16^a semanas de gestação**, quando o feto ainda está se formando.



USO DE REPELENTE DE INSETO DURANTE A GRAVIDEZ

- Produtos repelentes de uso tópico devidamente registrados na ANVISA podem ser utilizados por gestantes.
- Orientações para a aplicação:
 - 2 a 3 vezes ao dia apenas sobre a pele exposta e nas roupas (não aplicar em região coberta pela roupa);
 - Não utilizar sobre feridas ou mucosas;
 - Evitar dormir com o repelente no corpo;
 - Quando aplicados, devem sempre ser o último produto a ser passado na pele, depois dos filtros solares, hidratantes ou maquiagem;
 - Evitar contato com olhos, nariz e boca.



REPELENTES AMBIENTAIS E INSETICIDAS

- Repelentes ambientais e inseticidas também podem ser utilizados em ambientes frequentados por gestantes, desde que devidamente registrados na ANVISA.
- Os inseticidas “naturais” à base de citronela, andiroba e óleo de cravo, entre outros, **não possuem comprovação de eficácia** nem a aprovação pela ANVISA.
- A **Tiamina ou Vitamina B não apresentam eficácia comprovada** como repelente e esta indicação de uso não é aprovada.



PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

- A única **restrição** está relacionada com o uso de **fitoterápicos**, devido á escassez de estudos.
- A **homeopatia** pode ser oferecida a todas as pessoas que desejem este tratamento. Não há restrições a esta terapêutica.
- A **acupuntura** pode ser usada no acompanhamento de mulheres na gravidez, no trabalho de parto e no puerpério.
- A **shantala** para os recém-nascidos auxilia o fortalecimento do vínculo entre a mãe e o bebê, promove o relaxamento, amenizando as cólicas abdominais e melhorando o sono, o que conseqüentemente promove a saúde materno-infantil.
- **Outras PICs** já oferecidas no SUS podem ser utilizadas na gestação, tais como: cromoterapia, terapia floral, meditação, yoga, reiki, etc...

O uso das PICs está condicionado à existência de profissionais devidamente habilitados!





PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL

Marcio Azevedo

Mestre em Pesquisa Clínica – FIOCRUZ

Especialista em Enfermagem Obstétrica e Ginecológica – UFF

Especialista em Saúde da Família - UERJ

2019

EXAMES PADRONIZADOS

○ Primeira consulta

- Hematócrito e hemoglobina
- Eletroforese de hemoglobina
- Tipagem sanguínea e fator Rh
- Glicemia em jejum
- EAS
- Urocultura e antibiograma
- Testes rápidos: HIV, sífilis e hepatite B
- Sorologia para toxoplasmose: IgG e IgM

- **USG:** está preconizada pelo Ministério da Saúde a realização de 1 (uma) ultrassonografia obstétrica por gestante (Portaria MS/SAS nº 650, de 5 de outubro de 2011, Anexo III)



○ Terceiro trimestre

- Hematócrito e hemoglobina
- Glicemia em jejum
- EAS
- Urocultura e antibiograma
- Testes rápidos: HIV, sífilis e hepatite B
- Sorologia para toxoplasmose: IgG e IgM


○ Exames complementares

- Coombs indireto: a partir da 24^a semana
- TOTG: entre 24^a e 28^a semana
- Teste rápido de proteinúria/proteinúria de 24h
- VDRL
- Parasitológico de fezes
- Citologia oncótica



Exame ginecológico e coleta de material para colpocitologia oncótica

Gestantes



- Seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária como para as demais mulheres.
- Há recomendações conflitantes quanto à coleta de material endocervical em grávidas. Apesar de não haver evidências de que a coleta de espécime endocervical aumente o risco sobre a gestação quando utilizada uma técnica adequada, outras fontes recomendam evitá-la devido ao risco em potencial.
- Recomenda-se análise caso a caso, pesando riscos e benefícios da ação. Gestantes aderentes ao programa de rastreamento com últimos exames normais podem ser acompanhadas de forma segura sem a coleta endocervical durante a gravidez. Por outro lado, para mulheres com vínculo frágil ao serviço e/ou não aderentes ao programa de rastreamento, o momento da gestação se mostra como valiosa oportunidade para a coleta do exame, devendo, portanto, ser completa.



O exame ginecológico é indispensável.



INTERPRETAÇÃO DOS EXAMES LABORATORIAIS E CONDUTAS

Tipagem sanguínea e fator Rh

- **Rh positivo:** acompanhamento de rotina
- **Rh negativo:**
 - Parceiro negativo: acompanhamento de rotina
 - Parceiro positivo ou desconhecido: realizar coombs indireto



Antecedente de hidropsia fetal ou neonatal, independentemente do Rh, realizar exame de Coombs indireto.



Coombs indireto

Resultado	Interpretação	Conduta
Negativo	Não sensibilizada	Repetir a cada 4 semanas
Positivo	Sensibilizada	Referenciar para alto risco



Quando solicitar? A partir da 24^a semana.

Imunoglobulina anti-D:

1. No pós-parto, se o RN for Rh positivo e coombs direto for negativo;
2. Após abortamento, gestação ectópica, gestação molar;
3. Em casos de sangramento vaginal na gestação, após procedimentos invasivos (biópsia de vilo, amniocentese, cordocentese) ou traumas abdominais.



Eletroforese de hemoglobina

- **HbAA:** sem doença falciforme;
- **HbAS:** heterozigose para hemoglobina S ou traço falciforme, sem doença falciforme;
- **HbAC:** heterozigose para hemoglobina C, sem doença falciforme;
- **HbA com variante qualquer:** sem doença falciforme;
- **HbSS ou HbSC:** doença falciforme.



- As gestantes com **traço** falciforme devem receber informações e **orientações** genéticas pela equipe de Atenção Básica.
- As gestantes diagnosticadas com **doença** falciforme devem ser **encaminhadas** ao pré-natal de alto risco.
- Por conta do alto grau de miscigenação da população brasileira, **todas as gestantes devem ser rastreadas para doença falciforme**, conforme Nota Técnica nº 035/2011/CGSH/DAE/SAS/MS da Rede Cegonha.



Hematócrito e hemoglobina

Hemoglobina	Interpretação	Conduta
≥ 11 g/dl	Normal	Profilaxia: 1 cp sulfato ferroso (200 mg) ao dia
< 11 e ≥ 8 g/dl	Anemia leve a moderada	<ul style="list-style-type: none">- Tratar com 4-6 cp sulfato ferroso/dia (1 hora antes das grandes refeições e com suco de frutas cítricas);- Pesquisar parasitoses intestinais;- Repetir Hb em 60 dias:<ul style="list-style-type: none">(1) Níveis crescentes, manter tratamento até Hb > 11 g/dl;(2) Níveis estacionários ou em queda, referir para alto risco
< 8 g/dl	Anemia grave	Referenciar para alto risco



A anemia durante a gestação pode estar associada a um risco aumentado de baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e trabalho de parto prematuro.



ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA



- A realização de ultrassonografia em gestantes de baixo risco tem gerado controvérsias, pois não existem evidências de que melhore o prognóstico perinatal, além da grande variação da sensibilidade do método (grau de recomendação A).



USG NO 1º TRIMESTRE

- Preferencialmente deve ser realizada por via transvaginal;
- Observar a vitalidade embrionária;
- Diagnosticar gestações múltiplas;
- Datar a gestação (9^a-12^a semana);
 - Nunca recalcular a DPP por USG posteriores;
- Medir a translucência nucal (11^a-13^a semana);
 - Normal até 2,5mm;
 - Não é recomendado o rastreamento de aneuploidias de rotina;



USG NO 2º TRIMESTRE

- Avaliar o desenvolvimento fetal (18^a-22^a semana)
 - USG morfológica;
- Avaliar a localização definitiva da placenta.
- Apesar de aumentar a taxa de detecção das malformações congênitas, não existem evidências de que a USG em gestantes de baixo risco melhore o prognóstico perinatal (grau de recomendação A).



USG NO 3º TRIMESTRE

- Avaliar o crescimento fetal;
- Avaliar maturidade fetal e placentária;
- Avaliar ILA;

Moore e Cayle, 1990

IG (semanas)	ILA (mm)	
	P5	P95
16-19	80	200
20-23	90	220
24-27	100	230
28-31	90	240
32-35	90	250
36-38	80	240
39-42	70	180

- Revisão sistemática disponibilizada pela biblioteca Cochrane sugere que não há benefícios da ultrassonografia de rotina em gestações de risco habitual após a 24ª semana de gravidez (grau de recomendação A).



CONCLUSÕES ACERCA DA USG OBSTÉTRICA

- Não define a qualidade da assistência pré-natal;
- Não deve ser usada como exame de rotina para gestantes de risco habitual;
- A solicitação deste exame deve levar em consideração as indicações clínicas, as expectativas da mulher/família e as implicações emocionais no caso de exames alterados;
- Não se conhecem os efeitos do US a médio-longo prazo.
- É um excelente método para matar a curiosidade!



HEPATITE B

- A infecção pelo HBV durante a gestação não está relacionada a aumento de mortalidade materna ou efeito teratogênico no feto.
- A identificação das gestantes com hepatite B crônica é fundamental para a instituição das medidas de PTV, bem como o fornecimento de vacina hepatite B e IGHAHB à criança exposta, além da oferta de profilaxia antiviral para as gestantes.
- A principal forma de TV da infecção pelo HBV é a perinatal, sendo a transmissão intrauterina mais rara.



Resultados & Condutas

- Aconselhamento pré e pós-teste.
- Imunização está recomendada para todas as gestantes.
- HBsAg **negativo**: normal.
- HBsAg **positivo**:
 - Solicitar HBeAg, TGO e TGP;
 - Encaminhar para alto risco.

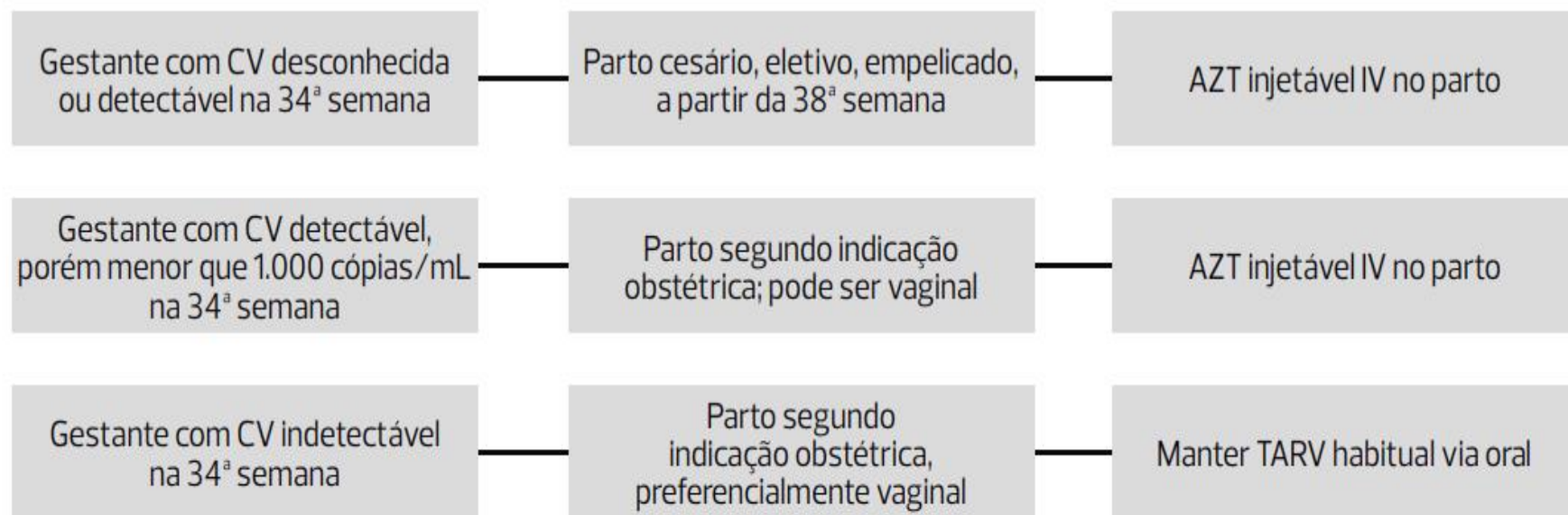


HIV

- O diagnóstico reagente da infecção pelo HIV deve ser realizado mediante pelo menos duas etapas de testagem.
- Gestantes diagnosticadas ou sabidamente HIV positiva devem ser encaminhadas para acompanhamento em serviço de pré-natal de alto risco ou Serviço de Atendimento Especializado (SAE).
- Toda gestante infectada pelo HIV deve receber TARV durante a gestação, com dois objetivos:
 - Profilaxia da transmissão vertical;
 - Tratamento da infecção pelo HIV.



Figura 4 – Fluxograma quanto às situações para administração de AZT intravenoso profilático para gestante durante o parto



Fonte: DIAHV/SVS/MS.



TOXOPLAMOSE

- O objetivo principal do rastreamento é a identificação de gestantes **suscetíveis** visando à prevenção da infecção aguda por meio de medidas profiláticas.
- A detecção precoce também objetiva **prevenir a transmissão fetal**.
- **Repercussões para o feto:** restrição de crescimento intrauterino, morte fetal, prematuridade, microftalmia, lesões oculares, microcefalia, hidrocefalia, calcificações cerebrais, pneumonia, hepatoesplenomegalia, erupção cutânea e retardo mental.



Formas de prevenção primária

- Lave as mãos ao manipular alimentos;
- Lave bem frutas, legumes e verduras antes de se alimentar;
- Não faça a ingestão de carnes cruas, mal cozidas ou mal passadas, incluindo embutidos (salame, copa etc.);
- Evite o contato com o solo e a terra de jardim; se isso for indispensável, use luvas e lave bem as mãos após a atividade;
- Evite o contato com fezes de gato no lixo ou no solo;
- Após manusear a carne crua, lave bem as mãos, assim como também toda a superfície que entrou em contato com o alimento e todos os utensílios utilizados;
- Não consuma leite e seus derivados crus, não pasteurizados, sejam de vaca ou de cabra;
- Proponha que outra pessoa limpe a caixa de areia dos gatos e, caso isso não seja possível, tente limpá-la e trocá-la diariamente utilizando luvas e pzinha;
- Alimente os gatos com carne cozida ou ração, não deixando que eles façam a ingestão de caça;
- Lave bem as mãos após o contato com os animais.



Resultados & Condutas

Gestante IgG (+) e IgM (-)

- Imunidade remota: gestante com doença antiga ou toxoplasmose crônica.
- Não há necessidade de novas sorologias.

Enfermeiro(a)/médico(a)

Gestante IgG (+) e IgM (+)

- Possibilidade de infecção durante a gestação.
- Realizar teste de avidéz de IgG na mesma amostra:
 - Avidéz forte e gestação < 16 semanas: infecção adquirida antes da gestação, não há necessidade de mais testes.
 - Avidéz forte e gestação > 16 semanas: iniciar espiramicina se antes da 30ª semana e esquema tríplice após a 30ª semana.
 - Avidéz fraca: possibilidade de infecção adquirida na gestação, iniciar espiramicina imediatamente.

Médico(a)

Gestante IgG (-) e IgM (+)

- Infecção muito recente ou IgM falso positivo.
- Iniciar espiramicina imediatamente.
- Repetir a sorologia em três semanas:
 - IgG positiva: confirma-se a infecção.
 - IgG negativa: suspender a espiramicina, prevenção primária e repetir sorologia de três em três meses e no momento do parto.

Médico(a)

Aspectos Relevantes

- Confirmada a **infecção aguda antes da 30^a semana**, deve-se manter a **espiramicina** (1 g - 3.000.000 UI), de 8/8 horas, via oral, continuamente até o final da gravidez.
- Se a infecção se der **após a 30^a semana**, recomenda-se instituir o **tratamento tríplice** materno: pirimetamina (25 mg), de 12/12 horas, por via oral; sulfadiazina (1.500 mg), de 12/12 horas, por via oral; e ácido fólico (10 mg/dia) – este imprescindível para a prevenção de aplasia medular causada pela pirimetamina.
- Em gestantes com infecção aguda, deve-se realizar **USG mensal** para avaliar **alterações morfológicas fetais** e, caso haja alterações, **encaminhar para o serviço especializado**.
- Se há suspeita de infecção aguda materna, deve-se encaminhar a gestante para centro especializado em medicina fetal para realização de amniocentese, visando avaliar a presença de infecção fetal por análise do líquido amniótico por meio de PCR.
- Se idade gestacional > 30 semanas, não é necessário avaliar o líquido amniótico. Inicia-se esquema tríplice pela alta probabilidade de infecção fetal.



Intervalo...
Retorno em
15 minutos



MANEJO DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO



DEFINIÇÃO E ETIOLOGIA

- IST de caráter sistêmico, **curável** e exclusiva do ser humano.
- É causada pelo *Treponema pallidum*, uma bactéria Gram-negativa do grupo das espiroquetas, descoberta em 1905.
- Os profissionais de saúde devem estar aptos a **identificar** as manifestações clínicas e **classificar** os estágios da sífilis, assim como a **interpretar os resultados dos testes** que desempenham função importante no controle do agravo, permitindo a definição do diagnóstico e o monitoramento da resposta terapêutica.
- **A prevenção, o diagnóstico e o tratamento de gestantes e parcerias sexuais com sífilis devem ser priorizados, principalmente, na Atenção Básica.**
- **A notificação compulsória** da gestante com sífilis no país foi instituída desde 2005.



TRANSMISSÃO DA SÍFILIS

- É transmitida predominantemente por **via sexual e vertical**.
- O risco dessa IST está diretamente relacionado à presença de lesões sífilíticas mucocutâneas, mais comuns no primeiro ano de infecção (fases primária e secundária). Isso explica-se pelo maior número de treponemas nessas lesões.
- A TV acontece mais frequentemente **intraútero (80%)**, embora também possa ocorrer durante a passagem do feto pelo canal do parto, se houver a presença de lesão ativa.
- A probabilidade da **ocorrência de sífilis congênita é influenciada pelo estágio da sífilis na mãe e pela duração da exposição fetal**. Dessa forma, a transmissão é maior (em torno de **70% a 100%**) quando a gestante apresenta sífilis **primária ou secundária**. Tal acometimento fetal provoca entre **30% a 50% de morte *in utero***, parto pré-termo ou morte neonatal.
- A sífilis congênita é **passível de prevenção** quando a gestante infectada por sífilis é tratada adequadamente.



MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E CLASSIFICAÇÃO

ESTÁGIOS DE SÍFILIS ADQUIRIDA	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS
Primária	Cancro duro (úlceras genitais) Linfonodos regionais
Secundária	Lesões cutâneo-mucosas (roséola, placas mucosas, sífilides papulosas, sífilides palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão) Micropoliadenopatia Linfadenopatia generalizada Sinais constitucionais Quadros neurológicos, oculares, hepáticos
Latente recente (até dois anos de duração)	Assintomática
Latente tardia (mais de dois anos de duração)	Assintomática
Terciária	Cutâneas: lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo; Ósseas: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justa-articulares; Cardiovasculares: estenose de coronárias, aortite e aneurisma da aorta, especialmente da porção torácica; Neurológicas: meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, manifestações psiquiátricas, <i>tabes dorsalis</i> e quadros demenciais como o da paralisia geral.







**SÍFILIS TERCIÁRIA
GOMA SIFILÍTICA**

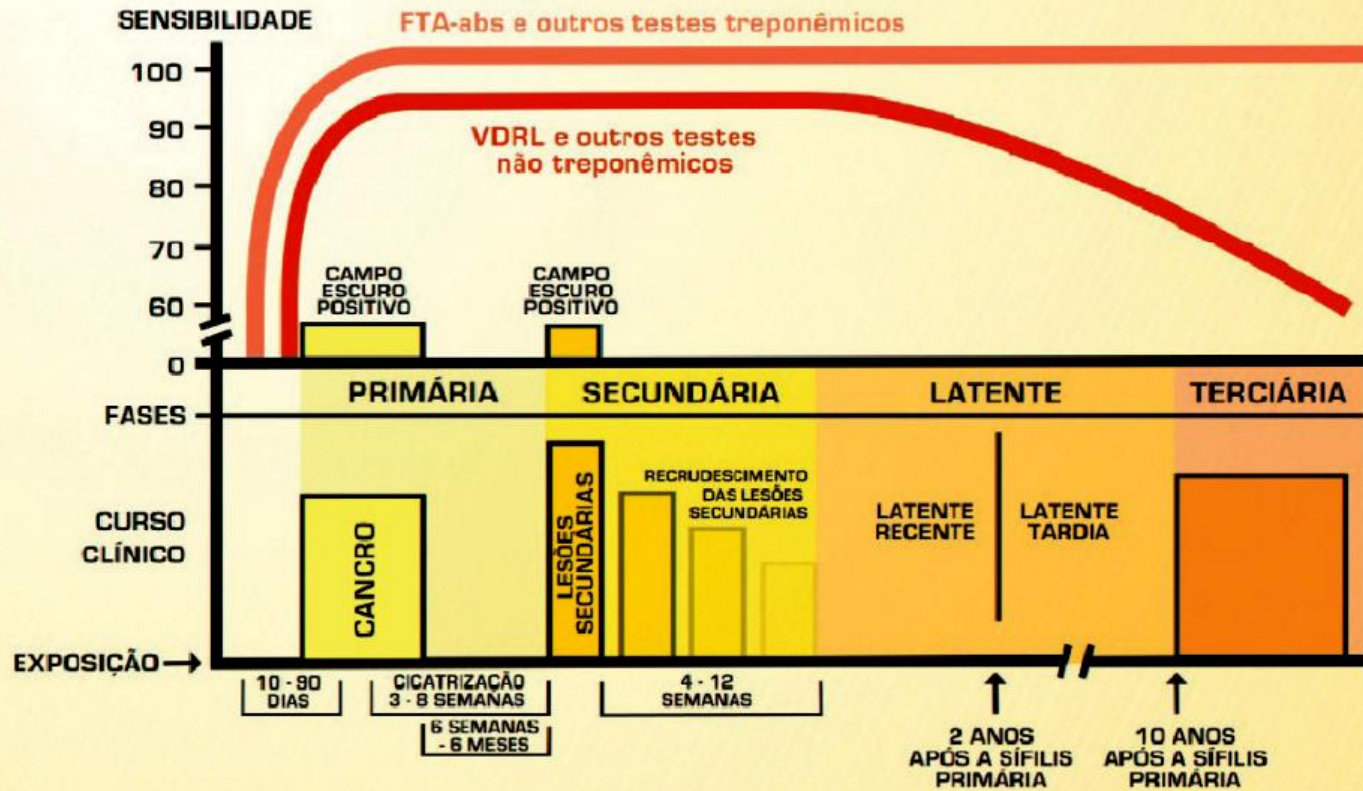


MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO DE SÍFILIS NA GESTAÇÃO

- O diagnóstico da sífilis exige uma correlação entre dados clínicos, resultados de testes laboratoriais, histórico de infecções passadas e investigação de exposição recente.
- **Apenas o conjunto dessas informações permitirá a correta avaliação diagnóstica de cada caso e, conseqüentemente, o tratamento adequado.**
- Os testes utilizados para o diagnóstico da sífilis são divididos em duas categorias: **exames diretos e testes imunológicos.**
- No momento da escolha dos testes, é importante considerar não somente os testes disponíveis, mas também o provável estágio da sífilis a ser diagnosticado.



TESTES



Fonte: adaptado de Brasil, 2006.



EXAMES DIRETOS

- Na prática são pouco usados.

	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	MATERIAL	SENSIBILIDADE/ ESPECIFICIDADE	SIGNIFICADO CLÍNICO	OBSERVAÇÕES
Exame em campo escuro		Exsudato seroso das lesões ativas para observação dos treponemas viáveis em amostras frescas	Alta sensibilidade e especificidade Depende da experiência do técnico Teste eficiente e de baixo custo para diagnóstico direto de sífilis	Positivo: infecção ativa. Considerar diagnóstico diferencial com treponemas não patogênicos e outros organismos espiralados Negativo: considerar que	Positividade em pessoas com cancro primário pode ser anterior à soroconversão (positividade nos testes imunológicos) Não é recomendado para lesões de cavidade oral
Pesquisa direta com material corado	Lesões primárias e secundárias	Esfregaço em lâmina ou cortes histológicos com diferentes corantes	Todas as técnicas têm sensibilidade inferior à microscopia de campo escuro	1) número de <i>T. pallidum</i> na amostra não foi suficiente para sua detecção; 2) a lesão está próxima à cura natural; 3) a pessoa recebeu tratamento sistêmico ou tópico	



TESTES IMUNOLÓGICOS

TESTES IMUNOLÓGICOS	Não treponêmicos	VDRL RPR TRUST USR	Quantificáveis (ex.: 1:2, 1:4, 1:8). Importantes para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento.
	Treponêmicos	FTA-Abs ELISA/EQL/CMIA TPHA/TPPA/MHA-TP Teste Rápido (TR)	São os primeiros a se tornarem reagentes. Na maioria das vezes, permanecem reagentes por toda a vida, mesmo após o tratamento. São importantes para o diagnóstico, mas não estão indicados para monitoramento da resposta ao tratamento.

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Testes treponêmicos: detectam **anticorpos específicos** produzidos contra os antígenos do *Treponema pallidum*. São os primeiros a se tornarem reagentes.

Testes não treponêmicos: detectam **anticorpos não específicos** anticardiolipina, material lipídico liberado pelas células danificadas em decorrência da sífilis e possivelmente contra a cardiolipina liberada pelos treponemas.



TESTAGEM RÁPIDA E TRATAMENTO IMEDIATO DA GESTANTE

- A testagem para sífilis está preconizada na gestação:
 - Na 1ª consulta de pré-natal, idealmente no 1º trimestre;
 - No início do 3º trimestre (a partir da 28ª semana);
 - No momento do parto;
 - Em caso de aborto, exposição de risco e violência sexual.
- **Em todos os casos de gestantes, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente, treponêmico ou não treponêmico, sem aguardar o resultado do segundo teste.**
- Também devem ser tratados após apenas um teste rápido as vítimas de violência sexual, pessoas com chance de perda de monitoramento e pessoas com sinais e sintomas de sífilis primária e secundária



INTERPRETAÇÃO & CONDUTAS

PRIMEIRO TESTE	+	TESTE COMPLEMENTAR	POSSÍVEIS INTERPRETAÇÕES	CONDUTA
<p>TESTE NÃO TREPONÊMICO</p> <p>NÃO REAGENTE</p> <p>ou</p> <p>TESTE TREPONÊMICO</p> <p>NÃO REAGENTE</p>	+	<p>Não realizar teste complementar se o primeiro teste for NÃO REAGENTE e não houver suspeita clínica de sífilis primária</p>	<p>Ausência de infecção ou período de incubação (janela imunológica) de sífilis recente.</p>	<p>Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica, solicitar nova coleta de amostra em 30 dias.</p> <p>Isso não deve, no entanto, retardar a instituição do tratamento, caso o diagnóstico de sífilis seja o mais provável (ex.: visualização de úlcera anogenital) ou o retorno da pessoa ao serviço de saúde não possa ser garantido.</p>

Fonte: DCCI/SVS/MS.



PRIMEIRO TESTE	+	TESTE COMPLEMENTAR	POSSÍVEIS INTERPRETAÇÕES	CONDUTA
TESTE TREPONÊMICO REAGENTE	+	TESTE NÃO TREPONÊMICO REAGENTE	<p>Diagnóstico de sífilis.</p> <ul style="list-style-type: none"> Classificação do estágio clínico a ser definida de acordo com o tempo de infecção e o histórico de tratamento. <p>Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos duas diluições.</p>	<p>Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis.</p> <p>Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.</p>
TESTE TREPONÊMICO REAGENTE	+	TESTE NÃO TREPONÊMICO NÃO REAGENTE	<p>Realiza-se um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se reagente, diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica. Se não reagente, considera-se resultado falso reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis. Se terceiro teste treponêmico não disponível, avaliar exposição de risco, sinais e sintomas e histórico de tratamento para definição de conduta. 	<p>Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis.</p> <p>Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.</p> <p>Para os casos concluídos como ausência de sífilis, apenas orientar.</p>



PRIMEIRO TESTE	+	TESTE COMPLEMENTAR	POSSÍVEIS INTERPRETAÇÕES	CONDUTA
TESTE NÃO TREPONÊMICO REAGENTE	+	TESTE TREPONÊMICO NÃO REAGENTE	<p>Realiza-se um terceiro teste treponêmico com metodologia diferente do primeiro.</p> <p>O resultado final do fluxograma será definido pelo resultado desse terceiro teste.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se reagente, diagnóstico de sífilis ou cicatriz sorológica. Se não reagente, considera-se resultado falso reagente para o primeiro teste, sendo excluído o diagnóstico de sífilis. <p>Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos duas diluições.</p> <ul style="list-style-type: none"> Se terceiro teste treponêmico não disponível, avaliar exposição de risco, sinais e sintomas e histórico de tratamento para definição de conduta. 	<p>Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis.</p> <p>Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.</p> <p>Para os casos concluídos como ausência de sífilis, apenas orientar.</p>
TESTE NÃO TREPONÊMICO REAGENTE	+	TESTE TREPONÊMICO REAGENTE	<p>Diagnóstico de sífilis.</p> <ul style="list-style-type: none"> Classificação do estágio clínico a ser definida de acordo com o tempo de infecção e o histórico de tratamento. <p>Cicatriz sorológica: tratamento anterior documentado com queda da titulação em pelo menos duas diluições.</p>	<p>Quando sífilis, tratar, realizar monitoramento com teste não treponêmico e notificar o caso de sífilis.</p> <p>Quando confirmado caso de cicatriz sorológica, apenas orientar.</p>



TRATAMENTO DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO

- **A penicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para tratamento adequado das gestantes.**
- **Gestantes que ultrapassarem o intervalo de 14 dias entre as doses devem reiniciar o esquema terapêutico.**
- **Qualquer outro tratamento realizado durante a gestação, para fins de definição de caso e abordagem terapêutica da sífilis congênita, é considerado tratamento não adequado da mãe, e o RN será submetido a avaliação clínica e laboratorial.**



ESQUEMAS TERAPÊUTICOS

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	ALTERNATIVA ^a (EXCETO PARA GESTANTES)	SEGUIMENTO (TESTE NÃO TREPONÊMICO)
Sífilis recente: sífilis primária, secundária e latente recente (com até dois anos de evolução)	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 15 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes, o controle deve ser mensal)
Sífilis tardia: sífilis latente tardia (com mais de dois anos de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas ^b . Dose total: 7,2 milhões UI, IM	Doxiciclina 100mg, 12/12h, VO, por 30 dias	Teste não treponêmico trimestral (em gestantes, o controle deve ser mensal)

As **parcerias sexuais** de gestantes com sífilis podem estar infectadas, mesmo apresentando **testes imunológicos não reagentes**; portanto, devem ser tratadas presumivelmente com apenas uma dose de **penicilina benzatina IM (2.400.000 UI)**. No caso de **teste reagente** para sífilis, **seguir as recomendações** de tratamento da sífilis adquirida no adulto, de acordo com o estágio clínico da infecção, utilizando preferencialmente penicilina benzatina.



MONITORAMENTO PÓS-TRATAMENTO

- O seguimento da gestante com sífilis **deve levar em consideração** tanto os **sinais e os sintomas** clínicos quanto o **monitoramento laboratorial** da resposta ao tratamento.
- Os **testes não treponêmicos** (VDRL, RPR, TRUST, por exemplo) devem ser realizados **mensalmente nas gestantes**, utilizando preferencialmente sempre o mesmo teste, para que seja possível comparação entre eles.
- O **monitoramento é fundamental para classificar a resposta ao tratamento e definir a conduta mais correta para cada caso.**

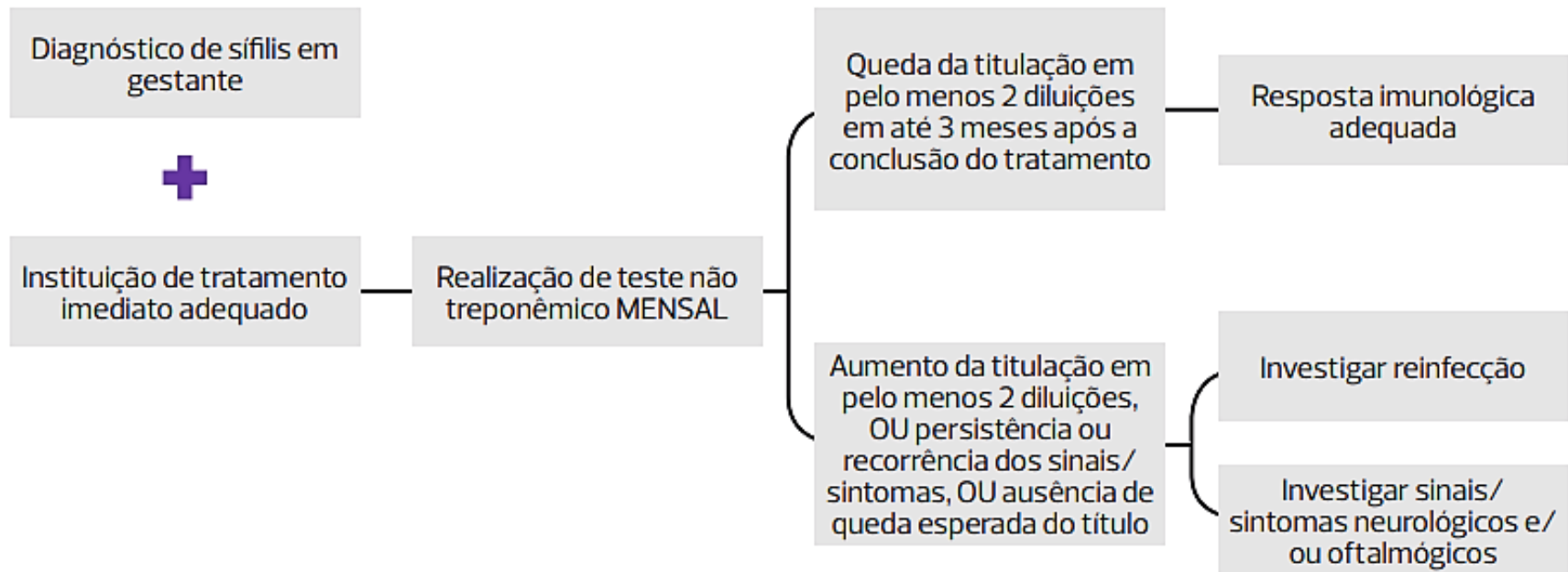


RESPOSTA IMUNOLÓGICA ADEQUADA AO TRATAMENTO DA SÍFILIS

- É indicação de sucesso de tratamento a ocorrência de **diminuição da titulação em duas diluições dos testes não treponêmicos em três meses, ou de quatro diluições em seis meses após a conclusão do tratamento** (ex.: pré-tratamento 1:64 e em três meses 1:16, ou em seis meses 1:4).
- Mesmo que ocorra resposta adequada ao tratamento, o seguimento clínico deve continuar, com o objetivo de monitorar possível reativação ou reinfeção.
- **A persistência de resultados reagentes em testes não treponêmicos com títulos baixos (1:2 a 1:4) durante um ano após o tratamento, quando descartada nova exposição de risco e a presença de sinais clínicos durante o período analisado, é chamada de “cicatriz sorológica”** e não caracteriza falha terapêutica.



AVALIAÇÃO DA RESPOSTA IMUNOLÓGICA AO TRATAMENTO DA SÍFILIS



Fonte: DIAHV/SVS/MS.



CRITÉRIOS DE RETRATAMENTO: REATIVAÇÃO OU REINFECÇÃO

Crériterios para retratamento da gestante com sífilis

- > ***Não redução da titulação em duas diluições*** no intervalo de seis meses (sífilis primária, secundária e sífilis latente recente) ou 12 meses (sífilis tardia) após o tratamento adequado (ex.: de 1:32 para 1:8, ou de 1:128 para 1:32);

OU

- > ***Aumento da titulação em duas diluições*** (ex.: de 1:16 para 1:64 ou de 1:4 para 1:16) em qualquer momento do seguimento;

OU

- > ***Persistência ou recorrência de sinais e sintomas de sífilis*** em qualquer momento do seguimento.



RECOMENDAÇÕES AOS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DO PRÉ-NATAL QUANTO AO RISCO DE SÍFILIS CONGÊNITA

Para fins clínicos e assistenciais, alguns fatores são considerados para o tratamento adequado da GESTANTE com sífilis, como:

- > Administração de **penicilina benzatina**;
- > Início do tratamento até **30 dias antes do parto**;
- > **Esquema terapêutico** de acordo com o estágio clínico;
- > Respeito ao **intervalo recomendado** de doses;
- > Avaliação quanto ao **risco de reinfeção**;
- > Documentação de **queda do título do teste não treponêmico em pelo menos duas diluições** em três meses, ou de quatro diluições em seis meses após a conclusão do tratamento – resposta imunológica adequada.





**Intervalo para o almoço...
Retorno em 1 hora**

DIABETES *MELLITUS* GESTACIONAL

- Nas duas últimas décadas houve aumento progressivo do número de casos, como reflexo do crescimento populacional, do **aumento da idade materna**, do **sedentarismo** e, principalmente, do aumento da prevalência de **obesidade**.
- A **prevalência** estimada de DMG no Brasil é de **18%**.
- Aquelas diagnosticadas com DMG devem ser referenciadas ao pré-natal de **alto risco**.



FATORES DE RISCO PARA DMG

Idade (aumento progressivo do risco com o aumentar da idade)

Sobrepeso/obesidade ($\text{IMC} \geq 25\text{Kg/m}^2$)

Antecedentes familiares de DM (primeiro grau)

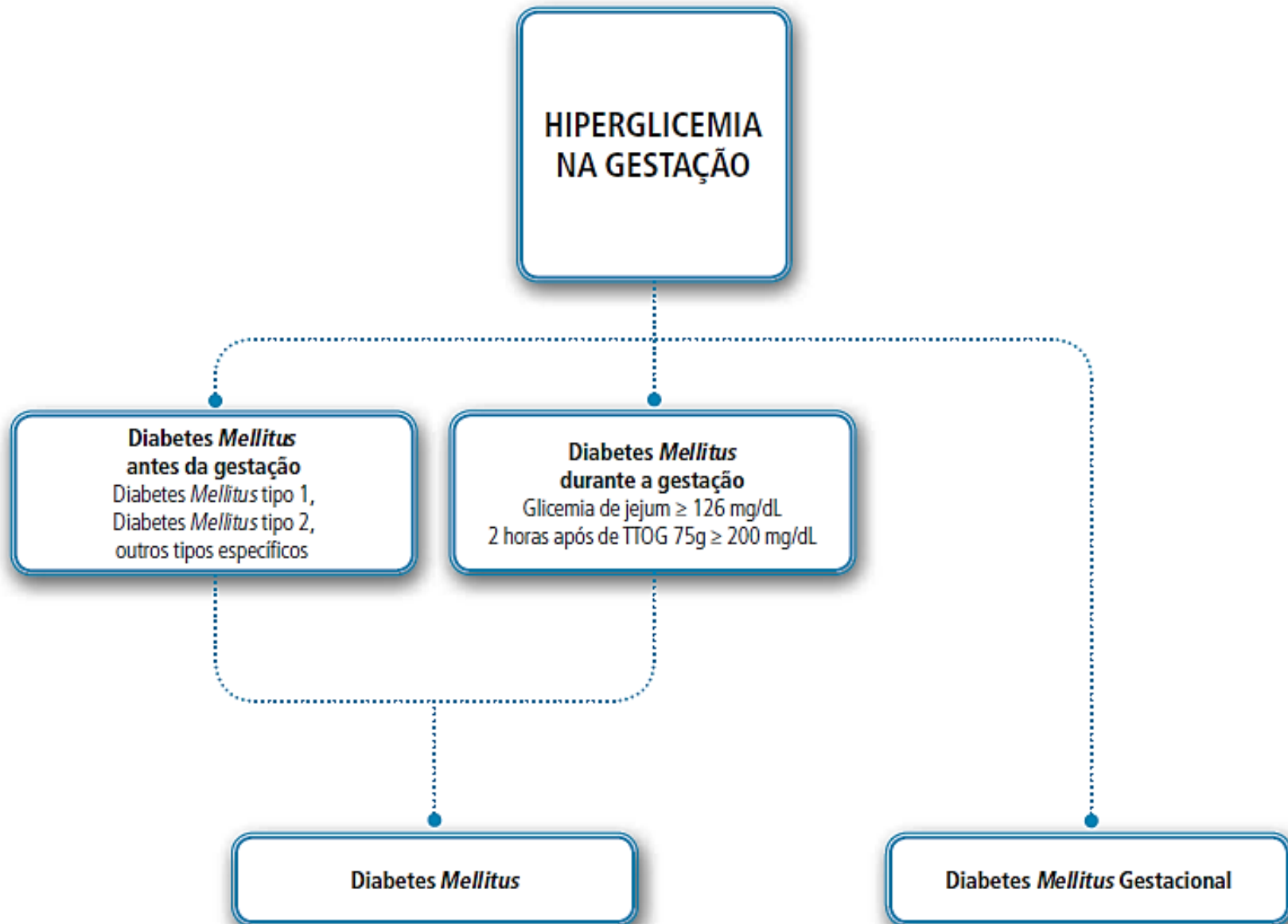
Antecedentes pessoais de alterações metabólicas:

- HbA1c $\geq 5,7\%$ (método HPLC)
- Síndrome dos ovários policísticos
- Hipertrigliceridemia
- Hipertensão arterial sistêmica
- Acantose nigricans
- Doença cardiovascular aterosclerótica
- Uso de medicamentos hiperglicemiantes

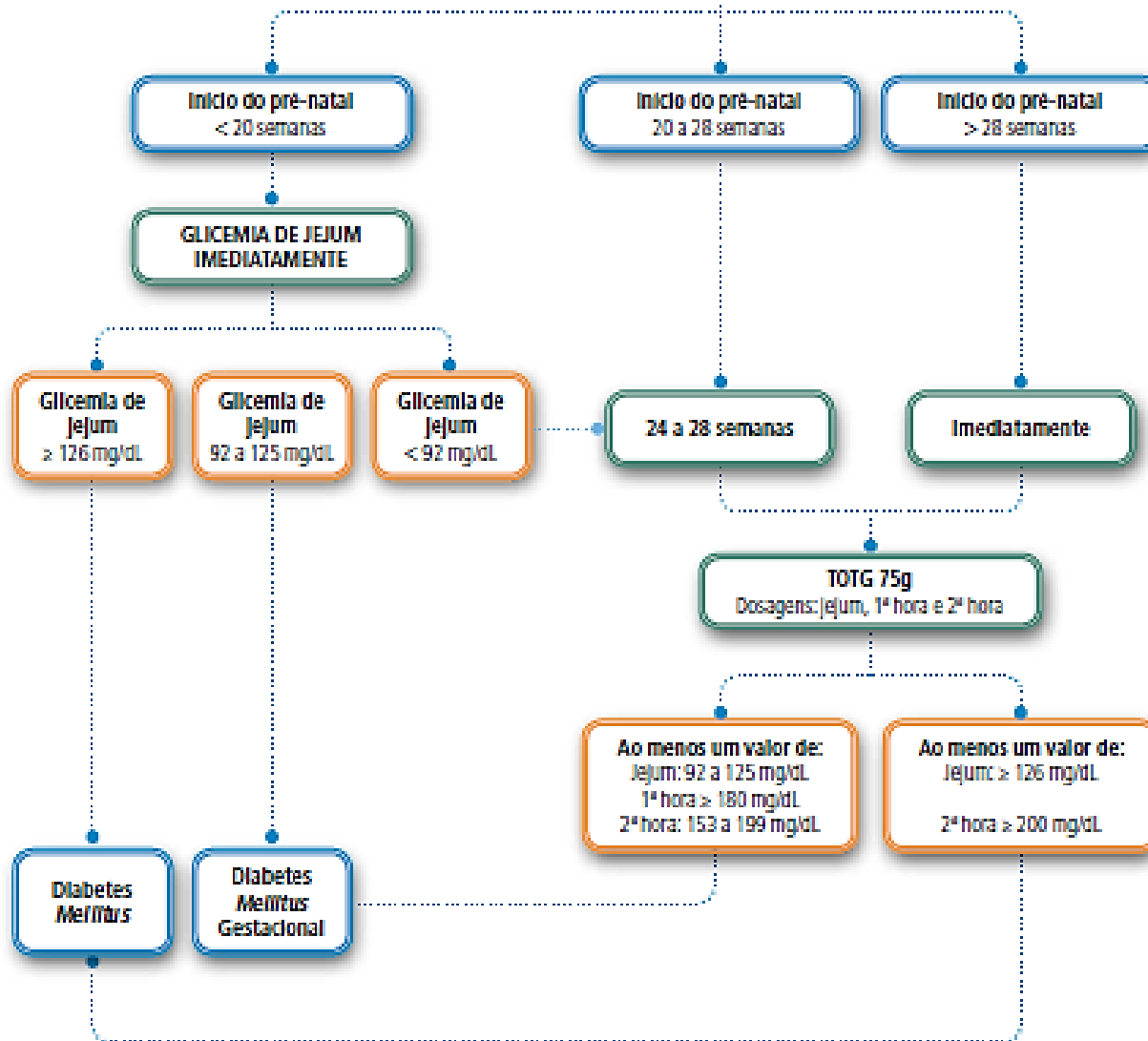
Antecedentes obstétricos:

- Duas ou mais perdas gestacionais prévias
- Diabetes *Mellitus* gestacional
- Polidrâmnio
- Macrossomia (recém-nascido anterior com peso $\geq 4000\text{g}$)
- Óbito fetal/neonatal sem causa determinada
- Malformação fetal

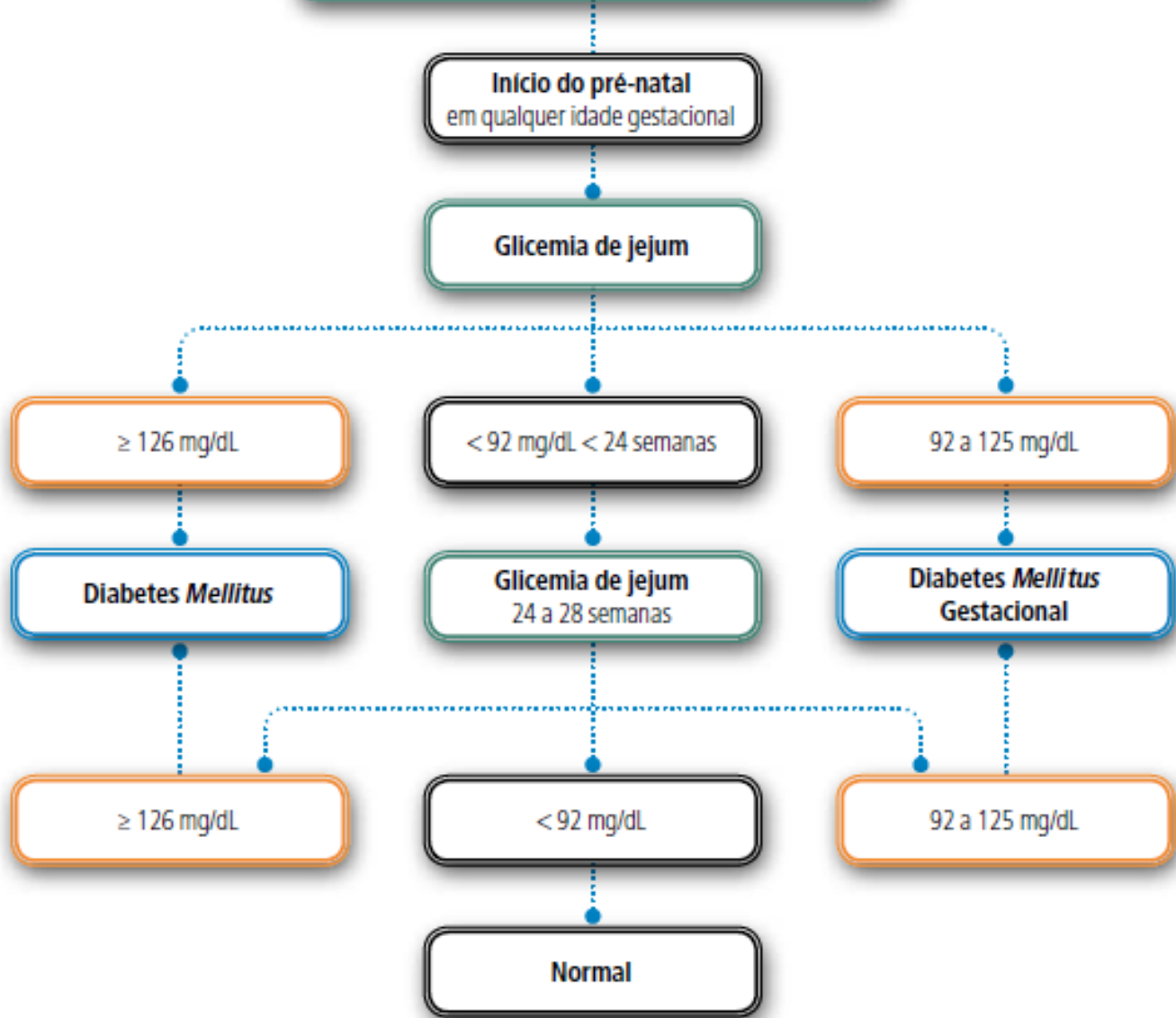
CLASSIFICAÇÃO



**VIABILIDADE FINANCEIRA E
DISPONIBILIDADE TÉCNICA TOTAL
100% DE TAXA DE DETECÇÃO**



**VIABILIDADE FINANCEIRA E/OU
DISPONIBILIDADE TÉCNICA PARCIAL
86% DE TAXA DE DETECÇÃO**



- Todas as mulheres gestantes devem receber orientações quanto a alimentação saudável e a prática de atividade física.
- Para a maioria das mulheres, o DMG responde bem somente à dieta e aos exercícios físicos. Pode-se utilizar adoçantes artificiais (aspartame, sacarina, acessulfame-K e neotame) com moderação.
- Algumas mulheres (de 10% a 20%) necessitarão usar insulina. Os hipoglicemiantes orais são contraindicados.
- DMG não é indicação de cesariana.



HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO: MAGNITUDE DO PROBLEMA

- A pré-eclâmpsia é a **principal causa de mortalidade materna** no Brasil e na América Latina, e a segunda causa no mundo.
- As desordens hipertensivas são responsáveis por 5% dos óbitos perinatais e 10% de **prematuridade**, sendo que 50% dos casos de pré-eclâmpsia grave terão partos prematuros.
- Incidência no Brasil: 1,5% para PE e 0,6% para eclâmpsia.
- Forte relação entre pré-eclâmpsia e **CIUR**.



FATORES DE RISCO

Extremos da
vida
reprodutiva

Raça negra

HAS

Gestação
múltipla

Diabetes
mellitus

Primiparidade

Mudança de
parceiro

Obesidade

Pré-eclâmpsia
anterior

História
familiar de PE

Gestação molar

Trombofilias

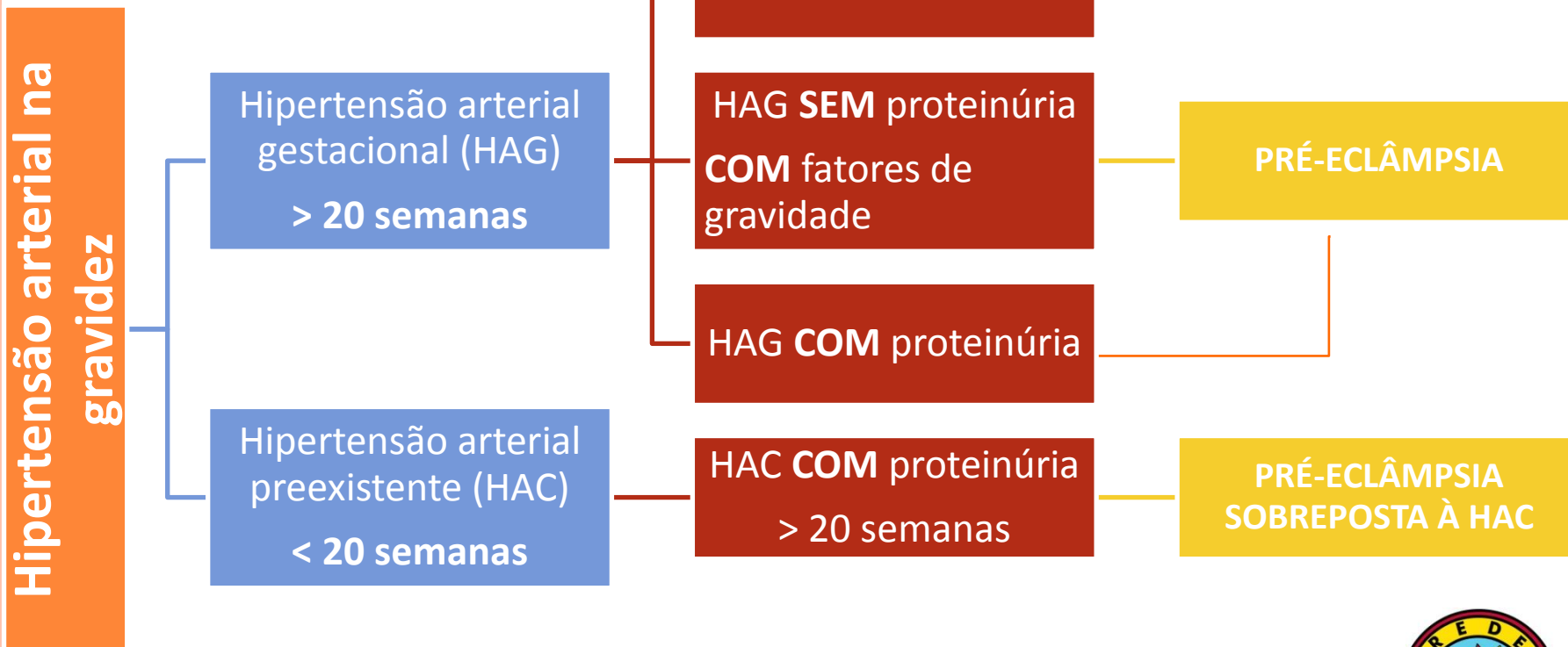
Colagenoses

Aloimunização
Rh

Intervalo
interpartal
longo

Baixo nível
socioeconômico

CLASSIFICAÇÃO DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO



DIAGNÓSTICO DA PRÉ-ECLÂMPSIA



- PAS \geq 140 mmHg ou PAD \geq 90 mmHg em duas ocasiões, com intervalo mínimo de 4 horas; após 20 semanas de gestação, sem história de HAC.
- PAS \geq 160 mmHg ou PAD \geq 110 mmHg.

PROTEINÚRIA

- \geq 300 mg/24 horas;
- \geq 0,3 mg/dl RPC;
- 1+ de fita urinária



<Ou>

PROMBOCITOPENIA: PLT < 100.000 mm³
INSUFICIÊNCIA RENAL: CREATININA > 1.1 mg/dl
COMPROMETIMENTO HEPÁTICO: TGO e TGP 2X o máximo
EDEMA AGUDO DE PULMÃO
SINTOMAS CEREBRAIS E VISUAIS
CIUR

PREVENÇÃO

- Atualmente não existem estratégias preventivas eficazes que possam ser utilizadas para todas as gestantes.
- A conduta deve ser individualizada e levar em consideração os fatores de risco.
- A melhor estratégia de prevenção é o controle dos fatores de risco.



ESTRATÉGIAS PARA PREVENÇÃO DA PRÉ-ECLÂMPسيا

Estratégيا preventiva	Resultado	Recomendação	Grau de recomendação
Dieta e exercícios	Não reduz	Evidência insuficiente	A
Repouso	Reduz	Evidência insuficiente	A
Restrição de proteína ou sal	Não reduz	Evidência insuficiente	A
Suplementação com zinco e magnésio	Não reduz	Não recomendada	A
Suplementação com óleo de peixe ou outras fontes de ácidos graxos	Não reduz	Evidência insuficiente	A
Suplementação com cálcio	Reduz a pré-eclâmpsia nas populações de alto risco e com dieta pobre em cálcio; sem efeito no prognóstico perinatal	Recomendada para gestantes de risco ou de comunidades com dieta pobre em cálcio	A
Ácido fólico	Reduz	Evidência insuficiente	B
Aspirina em baixas doses	Reduz em 17% a incidência de pré-eclâmpsia em gestantes de risco; reduz em 14% a morte fetal ou neonatal	Recomendada para gestantes de risco	A
Heparina e heparina de baixo peso molecular	Reduz a frequência de pré-eclâmpsia em mulheres com doença renal e trombofilias	Evidência insuficiente. Recomendada em gestantes com síndrome antifosfolípide	B
Vitaminas antioxidantes (C e E)	Não reduz	Não recomendadas	A
Drogas anti-hipertensivas em mulheres com hipertensão crônica	Reduz o risco de desenvolver hipertensão grave pela metade, mas não o risco de pré-eclâmpsia	Como prevenção não há evidência para a sua recomendação	A
Uso de diuréticos	Não reduz	Evidência insuficiente	A
Progestágenos	Não reduz	Evidência insuficiente	A
Alho	Não reduz	Evidência insuficiente	A



RASTREAMENTO

- Tecnicamente simples;
- Baseado na aferição **adequada** da PA, da presença de proteinúria e dos fatores de gravidade;
- Considerar história clínica e fatores de risco.
- A elevação ≥ 30 mmHg na PA sistólica e/ou ≥ 15 mmHg na diastólica, é um indicativo para avaliar com maior frequência a PA.



QUESTÕES PARA RECORDAR...

- Técnica **CORRETA** de aferição da pressão arterial;
- O **EDEMA** ocorre com muita frequência em gestantes e por isso **NÃO** deve ser usado como discriminador neste esquema de classificação;



AVALIAÇÃO DA PROTEINÚRIA

- **EAS:** positivo a partir de (+)
- **Teste rápido (fita):** positivo a partir de (+)
- **Proteinúria de 24 horas:** positivo a partir de 300 mg/24 horas
- **Relação proteinúria/creatinúria:** positivo a partir de 0,3



MANEJO DA HAS NA GESTAÇÃO

- A maioria das hipertensas sem lesão de órgãos alvo não necessita de medicação anti-hipertensiva durante a primeira metade da gestação devido à redução fisiológica da PA neste período.
- O tratamento deve ser iniciado quando ocorrer aumento pressórico que possa provocar complicações maternas, como AVE, insuficiência cardíaca ou insuficiência renal.
- **O objetivo do tratamento** é manter a PAS entre 140-150 mmHg e a PAD entre 90-100 mmHg.



MANEJO DA HAS NA GESTAÇÃO

- A escolha do melhor agente medicamentoso para tratamento da hipertensão durante a gravidez é alvo de muitas controvérsias.
- Os principais medicamentos utilizados via oral são:
 - α -metildopa;
 - β -bloqueadores (pindolol, labetalol e atenolol);
 - bloqueadores dos canais de cálcio (nifedipina).
- Nas emergências hipertensivas são utilizadas medicações por via intravenosa, como hidralazina e labetalol, ou por via oral, como a nifedipina.



Intervalo...
Retorno em 15 minutos



INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO

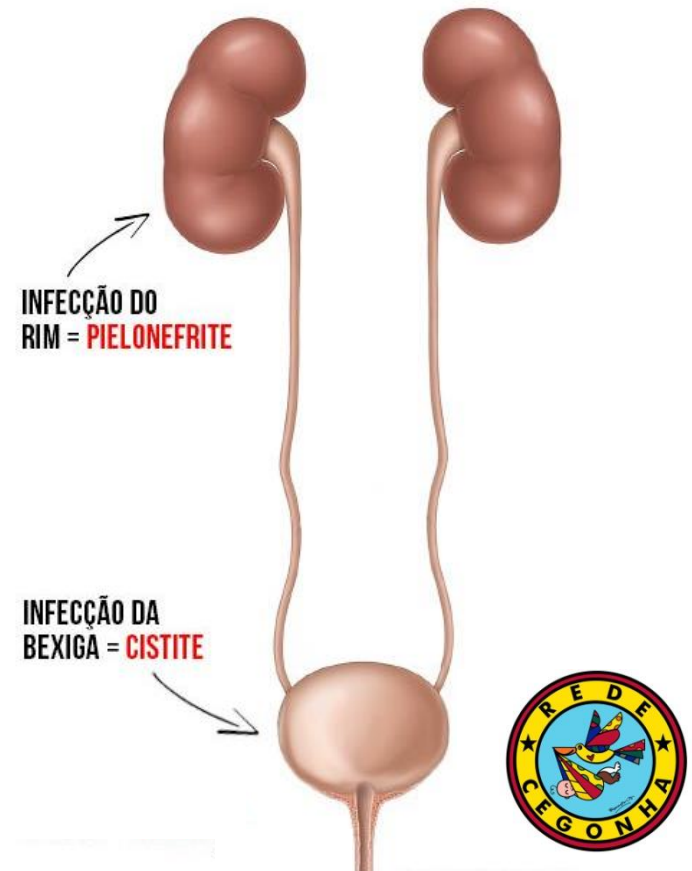


- Complicação clínica mais frequente na gestação (17% a 20%);
- Associada à rotura prematura de membranas, abortamento, trabalho de parto prematuro, corioamnionite, baixo peso ao nascer, infecção neonatal, além de ser uma das principais causas de septicemia na gravidez;
- Sua frequência aumenta com a atividade sexual, paridade, suscetibilidade individual, baixo nível socioeconômico e com a idade.

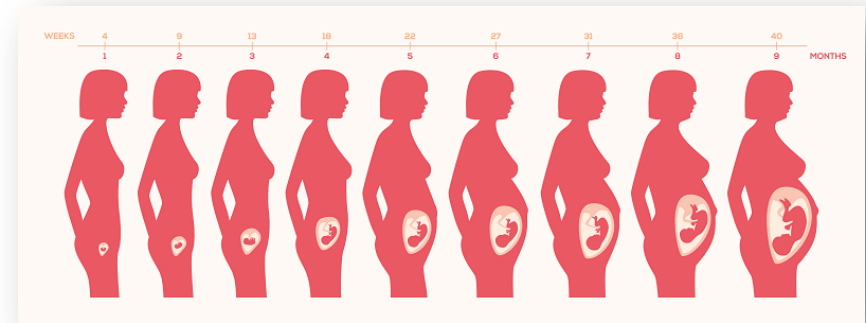


DEFINIÇÃO

- Presença e replicação de bactérias no trato urinário, provocando danos aos tecidos do sistema urinário.
- Formas clínicas:
 - Bacteriúria assintomática;
 - Cistite aguda;
 - Pielonefrite aguda.



FISIOPATOLOGIA



Modificações fisiológicas do aparelho urinário na gestação

- Compressão mecânica da bexiga pelo útero gravídico;
- Níveis elevados de progesterona:
 - Aumento da complacência vesical;
 - Redução do tônus e da peristalse ureteral.
- Dilatação da pelve renal;
- Aumento do débito urinário;



FISIOPATOLOGIA



As modificações resultam em:

- Glicosúria e aminoacidúria, fornecendo um meio apropriado para a proliferação bacteriana;
- Estase urinária e o refluxo vesico-ureteral, possibilitando a evolução das infecções assintomáticas para sintomáticas;
- A urina da grávida apresenta pH mais alcalino, situação favorável ao crescimento das bactérias presentes no trato urinário.



ETIOLOGIA



- Os microrganismos envolvidos são aqueles da flora perineal normal, principalmente a *Escherichia coli*, que responde por cerca de **80%** das infecções.
- Outros gram-negativos (como *Klebsiella*, *Enterobacter* e *Proteus*) respondem pela maioria dos outros casos.
- Germes gram-positivos têm baixa prevalência, com maior importância para o *Streptococcus agalactiae* (estreptococo do grupo B).
- O crescimento de mais de uma espécie bacteriana na urocultura pode significar contaminação durante a coleta.



BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA



- **Definição:** condição clínica onde a gestante assintomática apresenta urocultura positiva.
- **Prevalência:** 2% a 10%
- **Importância clínica:** 30% evolui para cistite.
- ⚠ **Toda gestante com BA deve ser tratada.**
- **Rastreamento:** feito obrigatoriamente pela urocultura (padrão-ouro). Deve ser oferecida de rotina na primeira consulta e no terceiro trimestre da gravidez.
- **Tratamento:** igual ao da cistite. Deve ser guiado, sempre que possível, pelo antibiograma.



CISTITE AGUDA



- **Definição:** infecção sintomática que acomete a bexiga.
- **Prevalência na gestação:** 1 – 5%
- **Manifestações clínicas:** disúria, polaciúria, urgência miccional, nictúria, estrangúria, dor retropúbica, suprapúbica ou abdominal.
 - Normalmente, é afebril e sem evidência de sintomas sistêmicos.
- **Diagnóstico:** clínico e laboratorial.
 - EAS: leucocitúria (acima de 5 leucócitos por campo), hematúria, nitrito positivo.
 - Urocultura: apresenta mais de 100.000 UFC/ml.



CISTITE AGUDA



- **Tratamento:** é iniciado antes que o resultado da cultura esteja disponível. A escolha do antibiótico deve estar direcionada para cobertura de germes comuns e pode ser modificada após a identificação do agente e a determinação de sua susceptibilidade.



ESCOLHA DO ANTIBIÓTICO PARA O TRATAMENTO DE INFECÇÕES URINÁRIAS NA GRAVIDEZ

Antibiótico	Evidência na gravidez	Posologia
Cefalexina	B	Um comprimido de 500mg em intervalos de 6 horas.
Cefadroxil	B	Um comprimido de 500mg em intervalos de 8 ou 12 horas.
Amoxicilina	B	Um comprimido de 500mg em intervalos de 8 horas.
Nitrofurantoína	B	Um comprimido de 100mg em intervalos de 6 horas.
Ampicilina		Um comprimido de 500mg em intervalos de 6 horas.
Fosfomicina Trometamol*	A e B	Administrada, em jejum, na dose única de 3g da apresentação em pó, diluída em água.

Fonte: (LOPES; TAVARES, 2004).



PIELONEFRITE



- Doença grave que pode cursar com sepse e trabalho de parto prematuro. Caracteriza-se pelo comprometimento do ureter, da pelve e do parênquima renal.
- **Prevalência:** ocorre em até 2% das grávidas, com até 23% de recorrência.
- **Diagnóstico:** bacteriúria acompanhada de sintomas sistêmicos como febre, taquicardia, calafrios, náuseas, vômitos e dor lombar, com sinal de Giordano positivo.
- De forma geral, é precedido por sintomas de infecção do trato urinário inferior.

 **Na suspeita, encaminhe a gestante para avaliação hospitalar.**

- **Tratamento:** hospitalar, com antibioticoterapia IV.



ESTREPTOCOCO DO GRUPO B



- O estreptococo do grupo B pode colonizar o trato gastrointestinal, a vagina ou a uretra, de forma assintomática;
- Apenas 1:200.000 recém-nascidos (0,0005%) têm a infecção pelo estreptococo do grupo B;
- A infecção pode ser transmitida pela mãe durante a passagem pelo canal de parto;
- A **recomendação é não realizar rastreamento**, pois não há comprovação de custo-efetividade do rastreamento e do uso de antibioticoterapia intraparto (grau de recomendação A – nível de evidência I).



CONTROLE DE CURA



- Urocultura 7-10 dias após o término do tratamento;
- Se urocultura negativa, repetir mensalmente até o parto;
- Se urocultura positiva, tratar conforme o teste de sensibilidade.





OBSERVAÇÕES



- Na ocorrência de um segundo episódio de bacteriúria assintomática ou cistite, a gestante deverá ser avaliada e acompanhada pelo médico da equipe.
- Em caso de ITU de repetição (3 episódios), a gestante deve ser referida ao pré-natal de alto risco.



ATENÇÃO AO PUERPÉRIO



CUIDADOS NO PÓS-PARTO

- O cuidado da mulher no puerpério é fundamental para a saúde materna e neonatal e deve incluir o pai, a família em seus diversos arranjos e toda a rede social envolvida nesta fase do ciclo vital e familiar.
- **Classificação:**
 - Imediato: do 1º ao 10º após o parto;
 - Tardio: do 11º ao 45º dia;
 - Remoto: após o 45º dia, com término imprevisto.
- O pós-parto é um momento muito delicado para a mulher, pois envolve o cuidado do bebê e as mudanças físicas e emocionais, no cotidiano e nas relações sociais.



- Os profissionais da Atenção Básica devem estar atentos e preparados para apoiar a mulher e sua família, para reconhecer condições de risco e vulnerabilidade física, psíquica e social, e para utilizar os recursos das redes de saúde e intersetorial para lidar com os possíveis problemas surgidos nessa fase.
- **Sinais de alerta:** febre, sangramento vaginal, dor pélvica ou infecção, leucorreia fétida, alteração da pressão arterial, tontura muito frequente, mamas ingurgitadas e doloridas.
- Recomenda-se uma visita domiciliar na primeira semana após a alta do bebê. “Primeira Semana de Saúde Integral”.



Este espaço é para o profissional de saúde anotar os dados de seu parto.

Tipo de parto: normal cesárea

Motivo da cesárea: _____

Episiotomia: sim não

Sangramento: normal aumentado

Intercorrências no parto: _____

Medicamentos usados: _____

Alta da maternidade: _____

Recém-nascido (RN): prematuro a termo

Apgar: 1º minuto _____ 5º minuto _____

Peso na alta: _____ kg

Visita domiciliar: _____



Consulta de puerpério

Temperatura

Pressão arterial

Peso

Eliminações intestinais

Eliminações vesicais

Períneo

Lóquios

Cicatriz cirúrgica
(no caso de cesariana)

Vínculo/estado
emocional

Amamentação

Exame de mamas
(queixas)

Planejamento
reprodutivo

sulfato ferroso até o 3º mês pós-parto

PLANO DE CUIDADOS NO PUERPÉRIO

- Verificar as condições do parto e nascimento;
- Observar a formação do vínculo mãe-bebê;
- Avaliar mamas e mamilo e orientar cuidados;
- Examinar abdome: involução uterina e ferida operatória, em caso de cesariana;
- Examinar períneo e genitais externos: lóquios e suturas, em caso de parto;
- Aferir PA, FC e temperatura;
- Orientar, estimular e apoiar a família na amamentação exclusiva;
- Atualizar o calendário vacinal da mulher, dT e tríplice viral, quando necessário;
- Retirar os pontos da cesariana entre sete a dez dias após o parto;



PLANO DE CUIDADOS NO PUERPÉRIO

- Orientar quanto ao retorno da atividade sexual e planejamento reprodutivo.
- Prescrever de sulfato ferroso 40 mg de ferro elementar (comprimido de 200 mg), 30 minutos antes almoço, de preferência com suco de frutas cítricas, até três meses após o parto.
- Puérperas que tiveram o pré-natal em serviço de alto risco devem retornar também ao serviço especializado;
- Preencher a caderneta da gestante e orientar a guarda da mesma;
- Registrar em prontuário e inserir as informações do puerpério no SisPreNatal;
- Agendar consulta de puerpério tardio até 42 dias após o parto.



PLANO DE CUIDADOS COM O RECÉM NASCIDO



- Examinar RN (peso, estatura, perímetro cefálico, pele e mucosas, hidratação, fontanelas, condições de coto umbilical, genitália, eliminações);
- Observar a mamada avaliando o adequado posicionamento e pega;
- Orientar cuidado com coto umbilical e higiene;
- Orientar o banho de sol diário;
- Orientar/realizar imunização e triagem neonatal;
- Agendar consulta de puericultura.



Por hoje é só...

