



Estado de Santa Catarina  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
Superintendência de Planejamento e Gestão  
Diretoria de Planejamento, Controle e Avaliação do SUS  
Gerência de Coordenação da Atenção Básica



# **ATUALIZAÇÃO EM PRE NATAL PARA PROFISSIONAIS DA ATENÇÃO BÁSICA**

## **Equipe Elaboração**

Camila Boff

Carmem Regina Delziovo

Daniela Eda Silva

Glaúcia Diniz Borges Rossa

Maria Cecília Hechrath

SC , Junho 2014



## SUMÁRIO

10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica .....	7
DIAGNÓSTICO DE GESTAÇÃO, ANAMNESE E ORIENTAÇÕES .....	8
Diagnóstico de Gestação .....	8
Anamnese da Gestante.....	8
Orientações Importantes .....	9
Orientações Específicas Quanto à Amamentação .....	11
O EXAME FÍSICO DA GESTANTE.....	13
Exame Físico na Primeira Consulta de Pré-Natal .....	13
Cálculo e Anotação da Idade Gestacional .....	13
Interrogatório Sobre a Amenorréia (FESCINA, 2007): .....	13
Biometria fetal por ecografia (FESCINA, 2007).....	14
Medida da Pressão Arterial.....	14
Recomendações Específicas para Detecção de Pré-Eclâmpsia .....	16
Determinação do Peso para Avaliação do Índice de Massa Corporal .....	17
Palpação Obstétrica e Medida da Altura Uterina .....	18
Pesquisa de Edema .....	19
Exame Especular e Toque Vaginal.....	20
Descolamento de Membranas Amnióticas .....	20
Exame Rotineiro das Mamas.....	21
Propedêutica Fetal Ausculta dos Batimentos Cardíacos .....	21
SOLICITAR E AVALIAR EXAMES COMPLEMENTARES.....	22
Exames Sugeridos para Serem Solicitados ao Parceiro da Gestante.....	22
Exames Complementares a Serem Solicitados para a Gestante em Pré-Natal....	22
Hemograma .....	23
Tipagem Sanguínea e fator D (Rh) .....	23
Sumário de Urina e Urocultura.....	23
Hepatite B .....	24
Hepatite C .....	24
Pesquisa da Sífilis .....	24
Pesquisa de Anti-HIV .....	25
Pesquisa de Diabete Melito na Gestação .....	25
Avaliação dos Resultados dos Exames Solicitados.....	27

Ecografia Fetal .....	29
<b>DIAGNÓSTICO E MANEJO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS MAIS FREQUENTES .....</b>	<b>31</b>
Náuseas, Vômitos e Hiperêmese.....	31
Constipação e Hemorróidas .....	32
Azia .....	32
Síndrome do Corrimento Vaginal .....	32
Condiloma.....	32
Sífilis .....	33
Gonorréia e Clamídia .....	34
Síndromes Hemorrágicas .....	34
Distúrbios Hipertensivas que Complicam a Gestação .....	35
Infecção do Tracto Urinário (ITU).....	37
Bacteriúria Assintomática.....	37
Cistite .....	37
Pielonefrite Aguda .....	38
Trabalho de Parto Prematuro (TPP).....	38
Gestação Prolongada.....	38
Ruptura Prematura de Membranas.....	39
Asma .....	39
Anemia .....	39
Atenção ao Puerpério.....	41
Orientações a Serem dadas a Puérpera .....	42
Uso de Método Anticoncepcional Durante o Aleitamento .....	43
Intercorrências que se Caracterizam como Sinais de Alerta no Puerpério .....	43
Endometrite.....	44
Infecção da ferida Operatória (cesárea) ou da Episiotomia (parto vaginal).....	44
Mastite e Fissura Mamilar .....	44
Depressão Puerperal.....	45
<b>PLANEJANDO UM PARTO SEGURO .....</b>	<b>46</b>
Critérios para Encaminhamento de Serviços Ambulatoriais de Gestação Alto Risco .....	47

## 10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Básica Ministério da Saúde – 2012

**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 termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.

**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)".

**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.

# DIAGNÓSTICO DE GESTAÇÃO, ANAMNESE E ORIENTAÇÕES

Maria Lucia Medeiros Lenz, Felipe Anselmi Correa

## Diagnóstico de Gestação

A confirmação da gravidez pelo profissional poderá ser feita através da anamnese, do exame físico e dos resultados dos exames complementares, quando forem necessários (BRASIL, 2006; FESCINA et al; FREITAS et al, 2006).

Presume-se que há gestação quando ocorrer: atraso menstrual, manifestações clínicas (náuseas, vômitos, tonturas, salivação excessiva, mudança no apetite, aumento da frequência urinária e sonolência) e/ou modificações anatômicas (aumento do volume da mama, hipersensibilidade nos mamilos, tubérculos de Montgomery, saída do colostro pelo mamilo, coloração violácea vulvar, cianose vaginal e cervical).

A probabilidade de gestação aumenta com a presença de amolecimento da cérvix, o aumento do volume uterino, o aumento da revascularização das paredes vaginais (pode-se observar pulsação da artéria vaginal nos fundos de saco laterais) e a positividade da fração beta do hCG no soro materno, a partir do oitavo ou nono dia após a fertilização, ou seja, antes que se perceba o atraso menstrual. Em caso de resultado negativo, poderá ser repetido o B-hCG em 15 dias, caso a amenorréia persista.

A certeza da gestação dá-se com a presença de batimentos cardíacos fetais (BCF) detectados por sonar (a partir da 10<sup>a</sup> semana), a percepção dos movimentos fetais (a partir da 18<sup>a</sup> a 20<sup>a</sup> semana), e através da ultrassonografia (saco gestacional com 4-5 semanas menstruais, vesícula vitelina e atividade cardíaca como primeira manifestação do embrião com 6 semanas menstruais) (FREITAS et al, 2006).

Logo que for identificada a gestação, deve-se proceder com o registro no SIS prenatal Web!

## Anamnese da Gestante

Durante a primeira consulta de pré-natal, principalmente se a consulta pré-concepcional não foi realizada, é importante obter a **história clínica e familiar da paciente**, identificando especialmente a presença de história prévia de hipertensão arterial sistêmica (HAS), cardiopatias, diabetes, infecções, doenças sexualmente transmissíveis (DST) e doenças psiquiátricas.

Deve-se identificar o **uso de medicações** e, se necessário, suspendê-las ou substituí-las por outras melhor estudadas quanto à segurança à saúde da mãe e do bebê.

A **história obstétrica** busca conhecer o número de gestações, a ocorrência de partos prematuros, intervalos entre os partos, peso do bebê ao nascimento, a ocorrência

de aborto, de perdas fetais, hemorragias, diabetes, pré-eclâmpsia, eclâmpsia e outras situações relacionadas a um maior risco para a saúde da mãe e bebê.

### **A classificação de risco gestacional está orientada no anexo A**

#### Fatores de risco para pré-eclâmpsia

- Nulíparas ou múltiparas
- Gestação gemelar
- Gestante com 40 anos ou mais
- Intervalo entre as gestações > que 10 anos
- Hipertensão arterial prévia
- História familiar ou prévia de pré-eclâmpsia
- Diabetes
- Colagenoses
- Isoimunização ao fator Rh
- trombofilias
- Raça negra
- Obesidade (IMC = ou > 30 Kg/m<sup>2</sup>)
- Doença renal pré-existente

### **Orientações Importantes**

1. Orientar a gestante sobre a **importância do pré-natal**.
2. A gestante deve ser informada sobre os objetivos e a importância do pré-natal. O número de consultas, assim como forma de agendamento devem ser pactuados com as gestantes (NICE, 2010).
3. A recomendação do MS preconiza que a equipe de saúde necessita garantir um número **mínimo** de 6 consultas à gestante; a primeira deve ocorrer no 1º trimestre; duas no segundo e três no terceiro trimestre da gestação (BRASIL, 2006). Segundo recomendação do NICE (2010), gestantes nulíparas e que já tiveram filhos, e sem complicações, devem realizar 10 e 7 consultas respectivamente (NICE, 2010).
4. A rotina recomenda a realização de consultas mensais até o sétimo mês, passando, então, a quinzenais no oitavo mês e semanais no último mês, totalizando 12 consultas durante a gestação.
5. Recomenda também minimamente uma consulta com a equipe de saúde bucal que deve ser realizada preferencialmente no segundo trimestre .
6. Incentivar a **participação do pai** no pré-natal, no parto e nos cuidados com o recém-nascido. Segundo recomendação da OMS, o cuidado pré-natal precisa ser estendido para o casal e para a família, não se restringindo apenas ao cuidado da mulher e do seu filho (BRASIL, 2006).
7. Orientar a mãe sobre **mudanças físicas e psicológicas** que ocorrem na gestação e procurar identificar a presença de depressão
8. É necessário incentivar a manutenção de **atividade física** habitual e ginástica orientada, evitando exercícios violentos. As atividades físicas moderadas não se

relacionam com efeitos adversos. A prática de alguns esportes que implicam em contatos físicos que possam causar acidentes, traumas abdominais (NICE, 2008) e mergulhos (pelo risco de doença descompressiva no feto) devem ser evitada (FREITAS et al, 2011).

9. Orientar uma **alimentação saudável**.
10. Orientar sobre **hábitos de vida** (NICE, 2010) abordando o banho quente com hidromassagem tendo em vista a sua associação com o risco de abortamento antes da 20ª semana de IG. A exposição a dois ou mais tipos de calor (ex: sauna, banhos quentes de imersão, febre) no primeiro trimestre está associada a maior risco de defeitos no tubo neural e a outras malformações congênitas (VILLAR et al, 2007). Embora a associação entre defeitos no tubo neural e hipertermia seja pequena recomenda-se que a temperatura materna não ultrapasse repetidamente 38,9°C. Para mulheres que costumam tomar banhos quentes ou fazer tratamento de imersão em água quente, a exposição deve ser limitada a 15 minutos em água a 39°C ou a 10 minutos em água a 40 ou 41° C. O uso de antipiréticos em doenças febris durante o início da gestação também aparenta ser uma prática prudente (HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE. SIAT, 2010).
11. Não foram encontradas evidências de que existe uma quantidade segura de volume de álcool que possa ser ingerida durante a gestação, sendo assim, a abstinência é recomendada (FREITAS et al,
12. 2011). O **consumo de álcool** durante a gestação está associado a defeitos físicos e alterações psíquicas e de desenvolvimento neurocomportamental denominados de síndrome alcoólica fetal O consumo de álcool durante a lactação pode diminuir a ejeção do leite e provocar transtornos neurológicos menores ao recém-nascido (FESCINA et al, 2007).
13. O CDC estima que 3% das mulheres gestantes usam **drogas ilícitas** como maconha, cocaína, crack, e outras. O uso de cocaína durante a gestação aumenta o risco de abortamento, prematuridade, retardo de crescimento intra-uterino, descolamento prematuro de placenta, rotura prematura de membranas, defeitos congênitos, retardo mental e outras alterações neurológicas (FESCINA et al, 2007). Freitas et al (2011) acrescenta o risco aumentado para hipertensão, proteinúria e convulsões. O uso de maconha relaciona-se ao retardo de crescimento intra-uterino, prematuridade e alterações neurológicas como uma síndrome de abstinência. As gestantes devem ser orientadas para não utilizarem maconha na gestação (NICE, 2010).
14. São efetivas as intervenções sobre gestantes **tabagistas**, empregando material visual, com o objetivo de suspensão do uso de cigarro. E a gestante deve ser informada que parar de fumar em qualquer estágio da gestação traz benefícios. Entre os riscos relacionados ao tabagismo durante a gestação, encontramos: baixo peso ao nascer, restrição do crescimento fetal, parto prematuro, aborto espontâneo, morte fetal, morte neonatal e diminuição da qualidade e quantidade de leite materno. O fumo passivo durante a gestação também aumenta as probabilidades de retardo de crescimento intra-uterino e risco de baixo peso ao nascer (FESCINA et al, 2007)
15. Em relação a **viagens**, não existem restrições, sendo consideradas seguras até quatro semanas antes da data provável do parto (FREITAS et al, 2011). Em relação às viagens de carro é importante orientar a gestante sobre o uso do cinto de segurança de três pontas. As gestantes devem usar o cinto de segurança no automóvel, mantendo o

abdômen livre, a porção superior deve cruzar sobre o peito, entre os seios, e a inferior deve cruzar o corpo sobre a pélvis. (NICE, 2008).

16. Em longas viagens de avião recomenda-se o uso de meias elásticas visto que o seu emprego é efetivo na redução do risco de trombose (NICE, 2008; FREITAS et al, 2011).
17. Identificar e discutir sentimentos comuns relacionados à **sexualidade** como: rejeição pelo companheiro, medo de lesar o feto, modificação na libido, ansiedade (vide capítulo 5). A gestante deve ser orientada que a atividade sexual na gestação não se encontra associada a nenhum resultado adverso (NICE, 2008). Atividade sexual no 3º trimestre não está associada com aumento do risco para trabalho de parto prematuro e deve ser evitada apenas em situações especiais como trabalho de parto prematuro vigente e ruptura prematura de membranas (FREITAS et al, 2011).
18. Orientar **sintomas de pré-eclâmpsia** (NICE, 2010): cefaléia intensa, alterações visuais (visão borrada, luzes diante dos olhos), dor intensa abaixo das costelas, vômitos, edema súbito nas mãos, pés e face. Estes sintomas podem aparecer tanto na gestação quanto no puerpério imediato.
19. Orientar sobre o **trabalho de parto** (sinais e sintomas) e o **tipo de parto** (BRASIL, 2006), reforçando às vantagens do parto vaginal e as indicações mais frequentes de cesárea, tais como: procedimentos repetidos (2 ou mais cesáreas prévias), distócia ou falha na progressão do trabalho de parto, apresentação pélvica, feto não reativo.
20. Estimular e orientar como realizar uma **visita à maternidade** A gestante tem direito, garantido por lei (Lei nº 11.108, de 7/04/2005, regulamentada pela Portaria GM 2.418, de 2/12/2005), a **acompanhante de sua escolha** durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto.
21. Orientar sobre a importância da **consulta de puerpério**) e os **cuidados com o recém-nascido** (BRASIL, 2006).

## Orientações Específicas Quanto à Amamentação

A orientação para a **amamentação** durante a gestação merece uma atenção especial uma vez que pode aumentar a sua incidência e prolongar o período de aleitamento. É importante orientar também as mães que **não** poderão amamentar sobre formas de inibir a produção de leite e a alimentação a ser instituída.

As gestantes que poderão amamentar devem ser orientadas sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida, enfatizar a livre demanda, não oferecer bicos ou chupetas, iniciar a amamentação preferencialmente na primeira hora de vida do bebê e sobre as vantagens do aleitamento materno exclusivo para a mulher, criança, família e sociedade. As vantagens serão listadas a seguir (DUNCAN; SCHMIDT; GIUGLIANI, 2006):

Para a mãe: Fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho, favorecimento da involução uterina, contribui para o retorno do peso normal, contribui para o aumento dos intervalos entre os partos, previne osteoporose, reduz risco para câncer de mama.

Para o bebê: fortalecimento do vínculo afetivo, alimento completo, facilita

eliminação de mecônio e diminui incidência de icterícia no RN, protege contra infecções, diminui riscos para alergias, diarreias, asma, bronquiolite, obesidade infantil. Ocasionalmente ocasiona um melhor desenvolvimento cognitivo e melhor desenvolvimento motor-oral (mastigação, deglutição, fala, respiração). Reduz hospitalizações, doenças em geral e óbitos.

Para a família e sociedade: O leite é limpo, pronto, na temperatura certa e gratuito. Diminui as internações hospitalares e seus custos.

Desde já se deve enfatizar que para amamentar é importante escolher um lugar mais tranquilo, uma posição confortável para ambos (mãe e bebê) e uma boa pega.

# O EXAME FÍSICO DA GESTANTE

Lucia Naomi Takimi

## Exame Físico na Primeira Consulta de Pré-Natal

Durante a primeira consulta, além de calcular a idade gestacional, o profissional deve estar atento para patologias prévias assim como para as que possam desenvolver-se precocemente durante o período gravídico. Idealmente, a primeira consulta deveria ocorrer próximo da 10ª semana de gestação (NICE, 2010).

O exame físico da gestante na primeira consulta pode ser dividido em exame físico completo e gineco-obstétrico (BRASIL, 2006). Nas consultas subsequentes, a avaliação deve ser mais dirigida aos aspectos específicos da gestação (BUCHABQUI; ABEICHE; NICKEL, 2011).

Alem disto, profissionais de saúde devem estar alerta para sinais e sintomas de violência doméstica e a mulher deve ser dada oportunidade de expor-se, em um local onde se sinta segura [D] (NICE, 2010).

## Cálculo e Anotação da Idade Gestacional

Confirmada a gestação (capítulo 3), a idade gestacional (IG) e a data provável do parto (DPP) devem ser estabelecidas. Os métodos habitualmente usados para calcular IG são (FESCINA, 2007): interrogatório sobre a amenorréia; avaliação do tamanho uterino, especialmente no primeiro trimestre e, biometria ecográfica

### Interrogatório Sobre a Amenorréia (FESCINA, 2007):

O cálculo do tempo transcorrido desde o primeiro dia da última menstruação (DUM) é o método de eleição para calcular a IG em mulheres com ciclos menstruais regulares, que não estavam usando contraceptivos hormonais ou não estavam em aleitamento nos últimos meses. A data provável do parto (DPP) pode ser calculada facilmente com o gestograma (ou disco obstétrico). Caso não haja um, pode-se determiná-la mediante o uso de uma destas regras:

- Naegele: a DUM some 7 dias e ao mês subtraia 3;
- Wahl: a DUM some 10 dias e ao mês subtraia 3;
- Pinard: ao ultimo dia da menstruação some 10 e ao mês subtraia 3.
- 280 dias: a partir da DUM, conte 280 dias sobre um calendário. A data correspondente ao dia 280 será a DPP.

## **Biometria fetal por ecografia (FESCINA, 2007)**

Quando não for possível determinar a IG pela anamnese e exame físico ou especialmente se a paciente apresente fator de risco para desenvolver pré-eclampsia (MARTINS-COSTA et al, 2011), a ecografia obstétrica deve ser solicitada.

## **Medida da Pressão Arterial**

A medida da pressão arterial é recomendada na consulta pré-concepcional e em todas as consultas do pré-natal [D] (ICSI, 2009; BUCHABQUI; ABEICHE; NICKEL, 2011), pois a melhor estratégia para diagnosticar a hipertensão na gestação parece ser a detecção precoce de uma pressão arterial anormal. Apesar de não haver evidências diretas que a pesquisa regular da pressão arterial reduza a mortalidade materna ou perinatal, eticamente não seria possível permitir estudos sem este exame ou tratamento com grupos-controle. Além disso, o estabelecimento de desordens hipertensivas em

quaisquer categorias é geralmente assintomático. Por essa razão, somente a pesquisa universal pode detectá-las precocemente [D] (ICSI, 2009). Sendo um teste simples, barato e aceitável para as pacientes, recomenda-se em bases empíricas [D] (USPSTF apud ICSI, 2009).

Uma mudança importante e universalmente aceita ocorrida nos últimos anos foi o abandono do edema como critério para o diagnóstico de pré-eclâmpsia. Também, aumentos relativos de 15mmHg e 30mmHg para pressão diastólica e sistólica, respectivamente, não são mais reconhecidos como definidores de hipertensão por importantes institutos na Austrália, Estados Unidos e a International Society for the Study of Hypertension in Pregnancy (ISSHP), sendo melhor utilizados como sinal de alerta para agendamentos de controles mais próximos. Os mesmos institutos usam uma PAS  $\geq 140$  mmHg e/ou  $\geq 90$  mmHg para definição de aumento de pressão arterial na gestação. O uso de limiares absolutos para PAS e PAD não é arbitrário, há evidência suportando seu uso, de estudos de desfecho em diferentes níveis de PA. Estes pontos de corte alertam clínicos e pacientes para doenças hipertensivas e são estabelecidos em práticas clínicas e de pesquisa. Finalmente, o uso da “diminuição” dos sons (fase IV de Korotkoff) não é mais recomendado, e a fase V de Korotkoff (desaparecimento dos sons) deve ser usada como PAD. Isto remove importantes áreas de potencial variação na pesquisa e prática clínica que confundiam a padronização (RHODES, 2009).

A Pré-eclampsia é definida como hipertensão e proteinúria excessiva, ocorrendo a partir de 20 semanas da gestação. (ICSI, 2009; NICE, 2010). O National High Blood Pressure Working Group recomenda o uso da expressão “hipertensão gestacional” em substituição a “hipertensão induzida pela gravidez”, em mulheres com pressão arterial elevada SEM proteinúria (ICSI, 2009).

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) assim conceitua hipertensão arterial na gestação:

1. A presença de pressão arterial diastólica de 110 mmHg em uma única oportunidade ou aferição

2. A observação de níveis tensionais iguais ou maiores que 140 mmHg de pressão sistólica, e iguais ou maiores que 90 mmHg de pressão diastólica, mantidos em duas ocasiões e resguardado intervalo de quatro horas entre as medidas.

Esse conceito é mais simples e preciso

O quadro abaixo apresenta as condutas frente aos achados durante medida da pressão arterial da gestante.

Níveis de pressão arterial (PA) , avaliação e conduta recomendada (BRASIL, 2006)

<b>A</b>	<b>Avaliação e Conduta</b>
<p>Níveis de <b>PA conhecidos</b> e normais antes da gestação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manutenção dos mesmos níveis de PA</li> </ul> <p>Níveis de <b>PA desconhecidos</b> antes da gestação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valores da pressão inferiores a</li> </ul>	<p>Níveis tensionais <b>normais</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter calendário habitual</li> <li>• Cuidar da alimentação</li> <li>• Praticar atividade física</li> <li>• Diminuir a ingestão de sal</li> <li>• Aumentar a ingestão hídrica</li> </ul>
<p>Níveis de <b>PA conhecidos</b> e normais antes da gestação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento da PA em nível menor do que 140/90 mmHg(sinal de alerta)</li> </ul> <p>Níveis de <b>PA desconhecidos</b> antes da gestação:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Valores da PA, <math>\geq 140/90</math> mmHg e <math>\leq 160/110</math>, sem sintomas e sem ganho ponderal maior que 500 g semanal</li> </ul>	<p>Paciente com suspeita de <b>pré-eclâmpsia leve</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• repetir medida após período de repouso (preferencialmente após quatro horas)</li> <li>• remarcar consulta em 7 ou 15 dias</li> <li>• orientar para presença de sintomas como: cefaléia, epigastralgia, escotomas, edema, redução no volume ou presença de "espuma" na urina, redução de movimentos fetais</li> <li>• orientar repouso, principalmente pós-prandial e controle de movimentos fetais</li> <li>• verificar presença de proteína em uroanálise tipo 1 (EQU). Se possível, dosagem em urina de 24 horas (positivo: a partir de 300 mg/24h)</li> </ul>
<p>Níveis de <b>PA superiores a 140/90 mmHg</b>: proteinúria positiva e/ou sintomas clínicos (cefaléia, epigastralgia, escotomas, reflexos tendíneos aumentados) ou paciente assintomática porém com níveis de PA superiores a 160/110 mmHg</p>	<p>Paciente com suspeita de <b>pré-eclâmpsia grave</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No SSC, devemos encaminhar para o CO</li> </ul>
<p>Paciente com hipertensão arterial crônica moderada, ou grave, ou em uso de medicação anti-hipertensiva</p>	<p>Paciente de <b>risco</b>:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Referir ao pré-natal de alto risco. Caso a paciente esteja utilizando drogas contraindicadas na gestação essas devem ser suspensas ou substituídas, se necessário.</li> </ul>

**Obs:** o acompanhamento da PA deve ser avaliado em conjunto com o ganho súbito de peso, principalmente a partir da 24ª semana. Mulheres com ganho de peso superior a 500 g por semana, mesmo sem aumento da pressão arterial, devem ter seus retornos antecipados, considerando maior risco de pré-eclâmpsia

## Recomendações Específicas para Detecção de Pré-Eclâmpsia

Além das medidas de pressão arterial em todas as consultas, a avaliação de risco individual na primeira consulta, a testagem para proteinúria e educação da gestante de risco para reconhecer os sintomas de pré-eclâmpsia fazem parte de uma estratégia mais ampla para detecção de pré-eclâmpsia (DI MARIO, 2005; NICE, 2010).

A OMS refere que no mínimo um terço das pré-eclâmpsias desenvolver-se-ão em mulheres com pressão arterial normal. Hipertensão ou proteinúria podem estar ausentes em 38% das mulheres com eclâmpsia e 10-15% das pacientes com Síndrome HELLP (RHODES, 2009). Sendo assim, toda a gestante deve ser alertada para necessidade de procurar IMEDIATAMENTE um profissional de saúde se experimentar algum dos sintomas de pré-eclâmpsia, tanto no gestação quanto no puerpério imediato, que incluem (DI MARIO, 2005; NICE, 2010):

- Cefaléia intensa;
- Alterações visuais, como visão borrada ou luzes diante dos olhos;
- Dor intensa no rebordo costal;
- Vômitos;
- Edema súbito em mãos, pés ou face.

Fatores de risco para Pré-eclâmpsia (PE) (DI MARIO, 2005; NICE, 2010, RHODEN, 2009)

Fator de risco	Comentários
<p><b>Evidência forte</b></p> <p>Primigestação Diabete melito Gestação gemelar Irmã com PE Irmã, mãe ou avó com eclâmpsia HAS crônica PE sobreposta em gestação prévia Hidropsia fetal (não imune) Gestação molar Nova paternidade</p>	<p>RR:2,4 (2,1 – 2,7) RR: 2-3 e maior se DM descompensado RR: 3 (2-4,2) RR: 3,3 (1,5-7,5) Respectivamente 37, 26 e 16% de PE 25% desenvolvem PE sobreposta 70% de recorrência RR: 10 RR: 10 Risco semelhante ao da primigestação</p>
<p><b>Evidência média ou fraca</b></p> <p>IMC &gt; ou = 25,8 Idade média &gt; 40 anos Uso de método anticoncepcional de barreira Maior duração da atividade sexual Aborto prévio Ganho excessivo de peso Inseminação artificial "homem de risco" (parceria anterior teve PE)</p>	<p>RR: 2,3-2,7 RR:3-4 Aumento do risco Diminuição do risco Diminuição do risco Aumento do risco Aumento do risco RR: 1,8 (1,2 – 2,6)</p>

Fonte: Adaptada de Correa Junior, Aguiar e Corrêa (2009) e Sibai, Dekker e Kupferminc (2005) in Martins-Costa et al. in Freitas et al, 2011

A medida da pressão e uroanálise para proteinúria devem ser feitas para pesquisa de pré- eclâmpsia. A presença de hipertensão E/OU proteinúria devem alertar o pré-natalista para necessidade de maior atenção (DI MARIO, 2005; NICE, 2010; NCC-WCH, 2010). A proteinúria significativa é definida como excreção de 300mg de proteína em coleta de 24 horas de urina.

## Determinação do Peso para Avaliação do Índice de Massa Corporal

O IMC deverá ser calculado na primeira consulta de pré-natal e o ganho de peso durante a gestação será monitorado nas próximas visitas [D] (ICSI, 2009; OPPERMANN et al, 2011). Os valores encontrados devem ser anotados no gráfico e, o sentido da curva deve ser observado para avaliação no estado nutricional.

Risco gestacional de acordo com o IMC na primeira consulta de pré-natal (ICSI, 2009)

Baixo Peso (IMC <18,5)	Risco aumentado de trabalho de parto prematuro (Spinillo, 1998 [C] apud ICSI)
Sobrepeso (IMC 25,0 - 29,9)	Risco aumentado para diabete gestacional, hipertensão, pré-eclâmpsia, parto distócico, cesariana, indução do trabalho de parto, aumento de infecção na ferida operatória, tromboembolia venosa anteparto e complicações anestésicas [B] (Robinson, 2005 apud ICSI)
Obesas (IMC > 30,0)	Risco aumentado de hipertensão gestacional [A] (Thornton apud ICSI).

Aumento de peso recomendado para mulheres, segundo o IMC pré-gestacional (IOM apud ICSI, 2009)

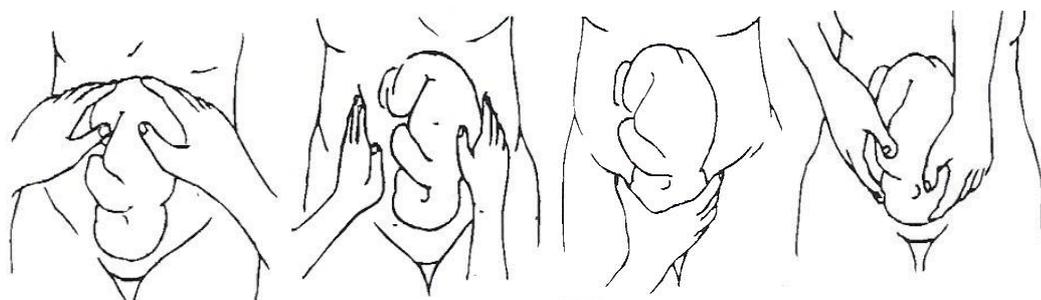
<b>Categoria de peso</b>	<b>IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Aumento total de peso(kg)</b>	<b>Aumento de peso no segundo e terceiro trimestre</b>
Baixo peso	12,0-18,4	12,5- 8,0	0,5 (entre 0,5-0,6)
Peso normal	18,5-24,9	11,5-16,0	0,5 (entre 0,4-0,5)
Sobrepeso	25,0-29,9	7,0-11,5	0,3 (entre 0,2-0,3)
Obesidade	30,0	5,0-9,0	0,2 (entre 0,2-0,3)

## Palpação Obstétrica e Medida da Altura Uterina

A palpação obstétrica deve ser realizada antes da medida da altura uterina, através das manobras de Leopold-Zweifel (fig 1). Ela deve iniciar-se pela delimitação do fundo uterino, bem como de todo o contorno da superfície uterina (esse procedimento reduz o risco de erro da medida da altura uterina). A identificação da situação e da apresentação fetal é feita por meio da palpação obstétrica, procurando identificar os pólos cefálico e pélvico e o dorso fetal, facilmente identificados a partir do terceiro trimestre.

A palpação obstétrica e a identificação da apresentação fetal, a partir da 36<sup>a</sup> semana, influirá na determinação da via de parto. Apresentações desfavoráveis para o parto vaginal devem ser confirmadas com ecografia [D] (NICE, 2010).

**Figura 1.** Manobras de Leopold-Zweifel. Fonte: CLAP, 2007



A **medida da altura uterina** não é exata e esta sujeita a erros inter e intraobservadores [C] (ICSI, 2009). Porém, é uma manobra simples, barata e amplamente usada em todas as consultas de pré-natal. Tem uso limitado em identificar crescimento fetal restrito (CFR), mas faltam estudos melhor delineados (NICE, 2010). Não há evidências que sugiram benefícios em medir antes de 24 semanas (NICE, 2010), embora seja um método auxiliar no diagnóstico da gestação.

Realiza-se colocando a fita métrica apoiada sobre a borda superior da sínfise púbica e no fundo uterino, com a paciente em decúbito dorsal, em uma superfície plana, com os membros em extensão e bexiga vazia (ZUGAIB, 2008). A medida deverá ser sempre registrada no gráfico com o objetivo de possibilitar a observação do padrão de crescimento e detectar alterações. O padrão de referência são duas curvas de altura uterina

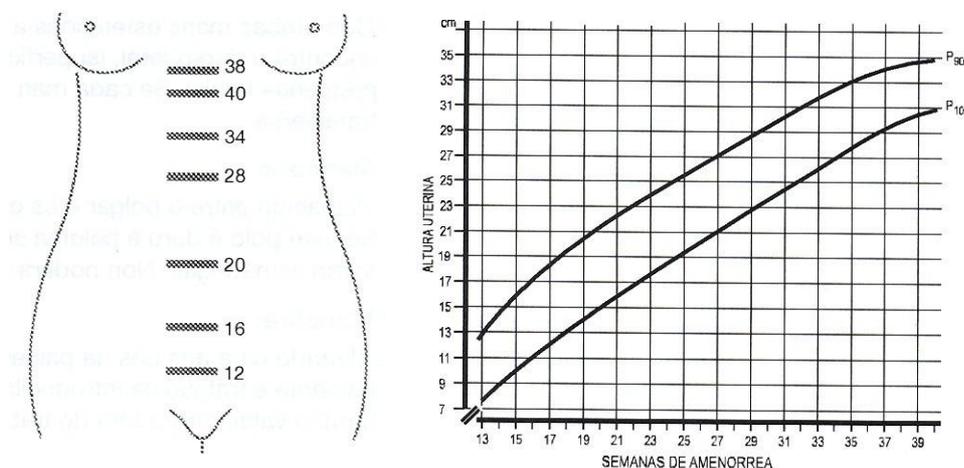
desenhadas a partir de dados do Centro Latino-Americano de Perinatologia (FESCINA, 2007). Recentemente, Freitas et al (2011) apresenta curva desenvolvida por Operman e colab. (2006) a partir de um estudo multicêntrico em seis capitais brasileiras, para rastreamento de diabete gestacional. No SSC, optamos por continuar utilizando a curva do CLAP, preconizada pelo MS.

Medidas isoladas, abaixo do percentil 10 ou acima do percentil 90, devem atentar para a possibilidade de erro de cálculo da idade gestacional. Se possível, deve-se solicitar ecografia e retorno em 15 dias para reavaliação. Deverá ainda ser avaliada, quando acima do percentil 90, a possibilidade de polidrâmnio, macrossomia, gemelar, mola hidatiforme, miomatose e obesidade. Evidências sugerem entretanto que a medida da altura uterina não é um bom preditor ou exclui fetos grandes para idade gestacional (GIG). Recomenda-se não realizar estudo ecográfico em fetos suspeitos de macrossomia, em gestações de baixo risco (NICE, 2010).

Quando abaixo do percentil 10, deverá ser descartado feto morto, oligodrâmnio ou CFR. Nas situações de crescimento fetal restrito evidenciado por ecografia, deverá ser realizado dopplervelocimetria para avaliar vitalidade fetal (FESCINA, 2007). A gestante deverá ser encaminhada para o CO ou alto-risco, conforme a situação encontrada.

A figura abaixo evidencia a curva da altura uterina de acordo com a idade gestacional e a localização do fundo uterino de acordo com as semanas aproximadas da gestação.

Curva de altura uterina (AU) e idade gestacional e desenho da posição aproximada da AU de acordo com a idade gestacional:



**Fontes:** Curva de Altura uterina e idade gestacional. Fonte Clap, 2007  
 Posição aproximada da AU de acordo com idade gestacional.  
 Fonte: Xunta de Galicia; Servizo Galego de Saúde, 2008

## Pesquisa de Edema

O American College of Obstetricians and Gynecologists define edema como "acúmulo generalizado de fluidos representado por mais de 1+ de edema depressível após 12 horas de repouso no leito, ou ganho de peso de 5lbs (2,27 kg)

ou mais em uma semana” (ICSI, 2009).

O edema já foi tradicionalmente um importante critério diagnóstico para pré-eclampsia. Porém, por si, não é útil para prever o desenvolvimento de pré-eclampsia porque é de baixa especificidade e sensibilidade (SMITH, 1993 [R] apud ICSI, 2009). Edema isolado no final da gestação é frequente (25% das gestações) e não representa maior risco.

Recomenda-se observar a presença de edema perimaleolar (tornozelo), região pré-tibial, sacral, facial. Edema na face, tronco e membros (+++) indica alto risco e deve ser melhor avaliada quanto a presença de outros sinais de pré-eclâmpsia ou ICC. Tratando-se de edema unilateral de membro inferior, acompanhado de sinais flogísticos, deve-se suspeitar de processos trombóticos e a gestante deve ser encaminhada ao Centro Obstétrico (BRASIL, 2006).

## **Exame Especular e Toque Vaginal**

O exame pélvico e o toque vaginal devem ser guiados pela história e queixas da paciente. Exame pélvico pode ser usado para detectar algumas condições clínicas como anormalidades anatômicas e doenças sexualmente transmissíveis, para avaliar o tamanho da pelve da mulher (pelvimetria) e avaliar a cérvix uterina assim como detectar sinais de incompetência cervical (associada como abortos recorrentes no segundo trimestre) (NICE, 2010). Exame cervical no termo é útil para diagnosticar apresentação anormal e para identificar dilatação cervical. Exame pélvico de rotina (em todas as consultas) não prevê com exatidão a idade gestacional, nem prediz trabalho de parto prematuro ou desproporção cefalopélvica, portanto, não é recomendado [B] (NICE, 2010).

## **Descolamento de Membranas Amnióticas**

O descolamento de membranas amnióticas, embora não seja um procedimento referido pelo MS em sua última publicação, é citado em dois consensos internacionais (NICE, 2010; ICSI, 2009), portanto, optou-se por comentá-lo nesta revisão.

O método recomendado é a inserção digital de 2-3 cm além do orifício cervical interno e “deslizamento” circunferencial duas vezes. Descolamento de membranas diário após 41 semanas tem-se mostrado mais efetivo que o uso de prostaglandinas em reduzir pós-datismo. (ALLOTT, 1993 [A]; MAGNANN, 1999 [A] apud ICSI, 2009). Antes da indução do trabalho de parto formal, deve-se oferecer a gestante com 41 semanas o exame pélvico para descolamento de membranas [A] (NICE, 2010). Accett, Jimenez e Wender (2011), descrevem o descolamento de membranas como uma alternativa, mas afirma que o benefício é pequeno (para reduzir 1 indução, são necessários 7 descolamentos) e está associado com desconforto materno.

## **Exame Rotineiro das Mamas**

O exame de mamas poderá identificar a presença de nódulos ou outras alterações, mas não tem o intuito de identificar dificuldades para a amamentação [A] (NICE, 2010; ESPANHA, 2009). Os tratamentos propostos para mamilos planos ou invertidos mostraram-se ineficazes e contraproducentes. Antecipar estes problemas reduz a confiança materna em suas possibilidades de amamentar (ESPANHA, 2009). Gestantes com mamilos planos ou invertidos devem ser orientadas que, com a evolução da gestação e/ou pega adequada, a alteração pode ser naturalmente corrigida e a amamentação poderá acontecer normalmente (BRASIL, 2006).

## **Propedêutica Fetal Ausculta dos Batimentos Cardíacos**

Os batimentos cardíacos fetais podem ser identificados a partir de 10-12 semanas de gestação com sonar Doppler e a partir de 18-20 semanas com estetoscópio de Pinnard (ICSI, 2009). No último trimestre deve-se procurar medir na posição lateral, evitando compressão de grandes vasos abdominais e eventual diminuição dos BCF.

Ritmo regular e frequências entre 120 e 160 bpm são normais e podem ser medidas por um minuto ou em frações de 15 segundos multiplicados por quatro. Frequências abaixo de 120 ou acima de 160 necessitam avaliações complementares. Deve-se suspeitar de “estado fetal não tranquilizador” e encaminhar para avaliação no Centro Obstétrico (BRASIL, 2006). Para definir-se como bradicardia ou taquicardia fetal, estas frequências devem persistir por 10 min de observação.

# SOLICITAR E AVALIAR EXAMES COMPLEMENTARES

Lucia Naomi Takimi

Em relação aos exames complementares, a gestante deve ser informada sempre, e de forma compreensível, sobre a finalidade do exame, como ele será realizado, quais os possíveis riscos para si e para o feto, os tipos de resultados que podem surgir (i.e. probabilidade, risco), a chance de ocorrência de resultados falso-positivo ou falso-negativo e as opções que ela terá, mediante resultado obtido (NCCWCH apud KIRKHAM et al, 2005). Uma proposta sistemática deve integrar a melhor evidência em um modelo de consentimento informado e compartilhado. Sugere-se que os profissionais registrem sempre todos os exames solicitados e também, se for o caso, a informação de que a gestante deixou de realizá-lo.

## **Exames Sugeridos para Serem Solicitados ao Parceiro da Gestante**

### **Anti-HIV, DRL, HBsAg.**

São doenças de contaminação vertical, ou seja, de transmissão da mãe para o bebê, mas também são sexualmente transmissíveis, além de serem frequentes em nosso meio, muitas vezes cursando com sintomas discretos. O pré-natal é também uma oportunidade do pai conhecer a sua situação sorológica, sendo assim devemos oferecer a todos, independente de critérios de risco.

### **Tipagem sanguínea e fator Rh**

Este exame deve sempre ser solicitado, caso a gestante seja RhD negativo.

## **Exames Complementares a Serem Solicitados para a Gestante em Pré-Natal**

Os exames complementares mínimos a serem solicitados no acompanhamento buscam avaliar fundamentalmente as condições hematológicas, possível incompatibilidade Rh e ABO, doenças infecciosas e afecções que possam interferir diretamente na saúde da gestante e de seu filho, tais como: malformações fetais, diabetes e transtornos hipertensivos. Considera-se também como mais um momento para a prevenção de câncer ginecológico.

A seguir, serão descritos exames realizados durante o acompanhamento pré-natal e no item .2, a análise de seus resultados e recomendações.

## Hemograma

Recomenda-se dosagem de hemoglobina para todas as gestantes na sua primeira consulta de pré-natal e em torno da 28<sup>a</sup> semana de gestação, quando outros exames sanguíneos serão realizados [B] (NICE, 2010; ICSI, 2010; BRASIL, 2006; OMS, 2005; USPSTF, 2006; BUCHABQUI, 2011).

## Tipagem Sanguínea e fator D (Rh)

Deve-se oferecer testagem para tipagem sanguínea e fator D (ou Rh) precocemente na gestação [B] (NICE, 2010; BUCHABQUI, 2011). Recomenda-se que a profilaxia anti-D logo após o parto seja oferecida para todas as gestantes não sensibilizadas que são D-negativas, cujos bebês sejam D-positivos (NICE, 2010). Evidências atuais permitem recomendar imunoglobulina anti-D em mulheres com fator Rh negativo nas seguintes situações (MAGALHÃES; DIAS, 2010):

- rotineiramente, no período pós-parto imediato se o Rh do recém-nascido for positivo
- após procedimentos invasivos (amniocentese e biópsia de vilos coriônicos)
  - sangramento de 1<sup>o</sup>, 2<sup>o</sup> e 3<sup>o</sup> trimestres
  - abortamento e morte fetal intrauterina
  - após trauma abdominal
  - gestação ectópica
  - mola hidatiforme
  - versão externa

## Sumário de Urina e Urocultura

Solicitar na primeira consulta, por volta da 28<sup>a</sup> semana de gestação e entre as 33 e 35 semanas. Recomenda-se a solicitação do Sumário de urina para a detecção de proteínas, bactérias e glicose na urina. É possível detectar glicose na urina em uma gestação normal, no entanto, níveis iguais ou superiores a 300 mg/dl podem relacionar-se com diabetes gestacional. A presença de proteinúria pode estar relacionada também à infecção urinária e a transtornos hipertensivos na gestação. As análises de urina com fita reagente e leitura visual (Comburtest, Urotest) podem ser utilizadas, no entanto, alguns estudos sugerem baixa sensibilidade para identificar proteínas e infecção e muitos autores recomendam abandoná-las (FESCINA, 2007).

A pesquisa de bacteriúria assintomática por urocultura de jato médio é recomendada para todas as gestantes na primeira consulta de pré-natal. Uma urocultura

obtida entre 12-16 semanas de gestação identifica 80% das mulheres que desenvolveram bacteriúria assintomática, com um adicional 1-2% de identificação pela repetição mensal do exame (BACHMAN, 1993 [C] apud ICSCI, 2010). Os dados são insuficientes para determinar a frequência ótima de repetição deste exame durante a gestação (ICSI,2010; FESCINA, 2007) no entanto, optamos por manter a recomendação de nova solicitação em torno da 28<sup>a</sup> semana de gestação (FESCINA, 2007).

## Hepatite B

O rastreamento universal da hepatite B com o antígeno de superfície (HBsAg) deve ser realizado na primeira consulta de pré-natal para que intervenções pós-natais possam ser oferecidas ao recém-nascido objetivando redução da transmissão vertical [A] (NICE 2010, AMB, 2006

A transmissão vertical da hepatite B é prevenível em 95% aproximadamente, através da administração da vacina e imunoglobulina (HBIg) no bebê, ao nascimento [A]. (NICE 2010; ICSCI 2010).

Indica-se também imunoglobulina hiperimune em gestantes soronegativas que relatem história de acidente com material contaminado, relações sexuais com parceiro em fase aguda ou vítimas de violência sexual (0,06 ml/Kg por via intramuscular) (MARTINS-COSTA, 2011).

## Hepatite C

A pesquisa de rotina do vírus da hepatite C não deve ser oferecida universalmente, porque há evidência insuficiente de sua efetividade e custo-efetividade [C] (NICE, 2010).

## Pesquisa da Sífilis

O rastreamento universal da sífilis é recomendado na primeira consulta de pré-natal para toda gestante, porque o tratamento é benéfico para a mãe e o feto [A] (NICE, 2010; OMS, 2008; AMB, 2006; BRASIL, 2006; KIRKHAM et al, 2005)

No Brasil, a recomendação do Ministério da Saúde é a repetição do exame em torno da 32<sup>a</sup> semana de gestação, no momento do parto ou em caso de abortamento [D]. As mulheres grávidas infectadas pela sífilis podem transmitir a infecção ao feto, causando sífilis congênita, com consequências graves na gestação em 80% dos casos. Cerca de 25% destes casos resultam em natimortos ou abortos espontâneos, e outros 25% de recém-nascidos têm baixo peso ao nascimento ou infecção grave, estando os dois casos associados a um maior risco de morte perinatal. Contudo, o fardo da sífilis congênita ainda é geralmente subestimado (OMS, 2008) O coeficiente de mortalidade por sífilis congênita, no Brasil, em menores de 1 ano, manteve-se estável em cerca de 4 óbitos por 100.000, entre 1991 a 1999,

quando apresentou tendência decrescente, chegando, em 2003, a 2,2 óbitos por 100.000 menores de 1 ano. Em 2007, o coeficiente de mortalidade por sífilis congênita no Brasil passou para 2,4 por 100.000 habitantes. Em menores de 27 dias de vida ocorreram 76% dos óbitos, entre 1996 e 2003. (BRASIL, 2005).

Entre os principais motivos de tratamento materno inadequado no HNSC encontram-se: parceiro não tratado (43,6%) e gestante com tratamento incompleto (23,1%) (VARELLA et al, 2009).

A meta do MS é de até 1 caso para cada 1.000 recém-nascidos vivos.

O Teste Rápido para Sífilis deve estar disponível para uso nas UBS.
---

## **Pesquisa de Anti-HIV**

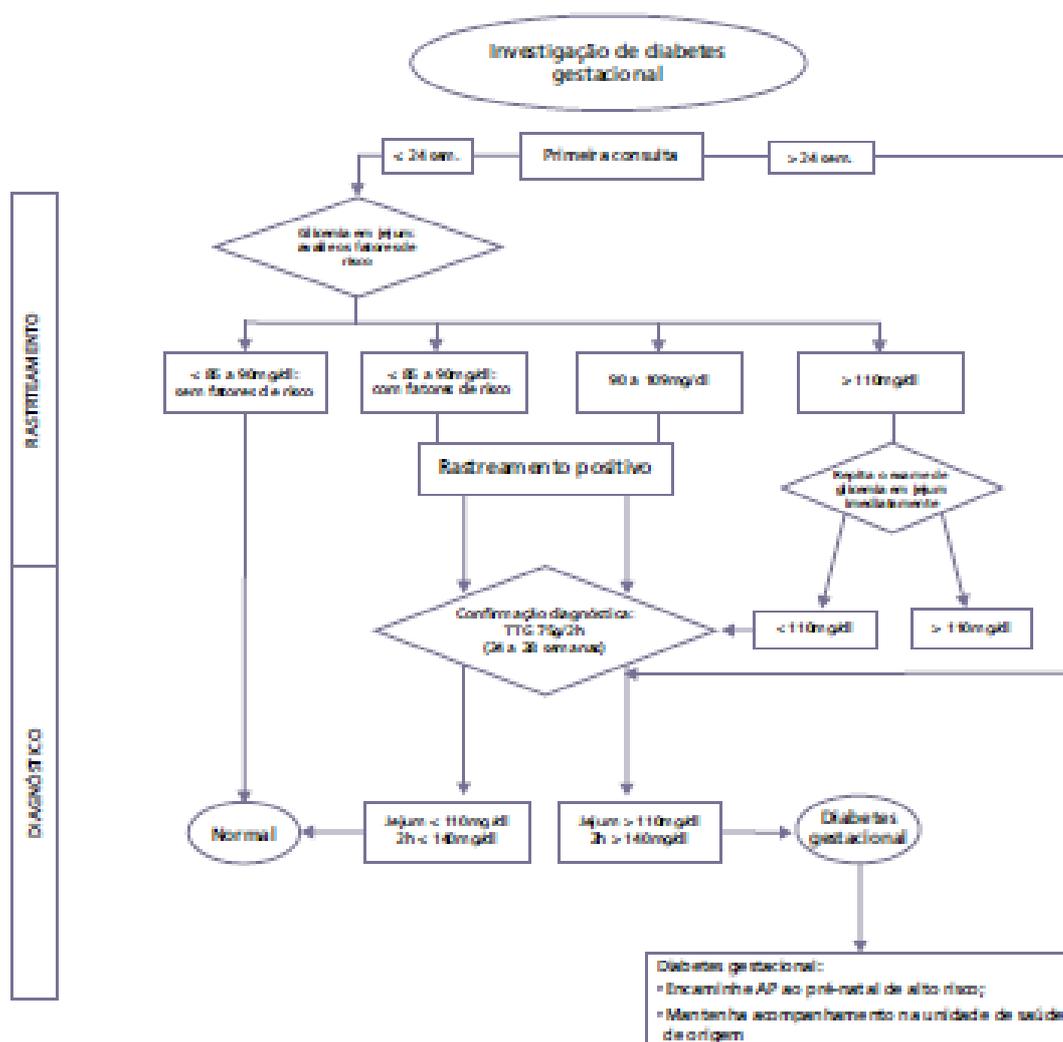
O Ministério da Saúde do Brasil recomenda a realização de teste anti-HIV com aconselhamento e com consentimento para todas as gestantes na primeira consulta pré-natal. Em casos negativos, repetir próximo à 30ª semana de gestação. Solicitar o consentimento para todas as gestantes na primeira consulta pré-natal (AMB, 2006). Em casos positivos, encaminhar para unidade de referência no mesmo momento, não necessitando confirmação (BRASIL, 2006). As intervenções adequadas podem reduzir a transmissão da infecção do HIV da mãe para o conceito [A] (NICE, 2010). Na eventualidade de recusa do teste, recomenda-se registrar a informação em prontuário e na carteira de pré-natal (NICE,2010).

O Teste Rápido para HIV deve estar disponível para uso nas UBS.
---

## **Pesquisa de Diabete Melito na Gestação**

O Ministério da Saúde recomenda a dosagem da glicemia de jejum como primeiro teste para avaliação do estado glicêmico da gestante. O exame deve ser solicitado a TODAS as gestantes, na primeira consulta do pré-natal, como teste de rastreamento para alterações prévias da tolerância à glicose. Recomenda, para o diagnóstico do DMG, o teste de tolerância com 75g de glicose, adotando os critérios de intolerância a glicose, para adultos [D] (BRASIL, 2006).

Figura 10 - Investigação do diabetes gestacional



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012.

O quadro abaixo apresenta os exames a serem solicitados de acordo com a idade gestacional da gestante (baseado na recomendação de 6 consultas mínimas de pré-natal, do Ministério da Saúde).

### Exames complementares a serem solicitados conforme idade gestacional

Período gestacional	Exames
Primeira consulta ou antes da 20ª sem. (sugere-se revisar com a gestante se ela possui exames pré-concepcionais ou de gestação anterior)	Hemograma [B]
	Grupo sanguíneo e fator D (Rh) [B]
	Sorologia para sífilis (VDRL) [A]
	Anti-HIV (sempre com aconselhamento pré e pós-teste) [A]
	Glicemia de jejum [A]
	E.Q.U e urocultura [A]
	Citopatológico para prevenção Ca colo do útero
	HbsAg*[A]
Entre 24-28 sem.	TTG 75 mg glicose, entre 24-28 sem(se não foi previamente diagnosticada)
	E.Q.U e urocultura [D] entre 24-28 sem
A partir da 32ª sem.	VDRL [A]
	Anti-HIV (sempre com aconselhamento pré e pós-teste) [A]
	Hemograma [B]
	E.Q.U e urocultura entre 33-35 sem[D]

## Avaliação dos Resultados dos Exames Solicitados

### Conduas conforme resultados dos exames complementares

Resultado	Conduta
Hemoglobina $\geq 11$ g/dl	<b>Normal.</b> A evidencia é insuficiente para recomendar a favor ou contra a suplementação de ferro em gestantes não-anêmicas. A OMS recomenda suplementação universal, em gestantes de risco. Caso o profissional e a gestante optem pela suplementação de ferro, 60 mg/dia de Fe elementar (1 drácea de 300mg), a partir da 20ª semana, 1 hora antes das refeições, a partir da 20ª semana
Hemoglobina $\geq 8-11$ g/dl	<b>Anemia leve a moderada.</b> Solicitar EPF e tratar parasitoses, se presentes. Mebendazol e metronidazol podem ser utilizados a partir de 16-20 sem (ver capítulo 9). Prescrever sulfato ferroso (120 a 240 mg de Fe elementar/dia): 2 a 4 dráneas V.O./dia 1h antes das principais refeições. Repetir em 30/60 dias: se níveis estiverem subindo, manter tratamento até atingir 11g/dl e depois reduzir dose para suplementação até 6m após nascimento do bebê. Se níveis inalterados ou diminuídos, verificar adesão e referenciar ao PN Alto Risco. Se no exame subsequente, um mês depois, permanecer baixo, deve-se dosar a FERRITINA. Se esta estiver abaixo de 12mcg/l, pode-se diagnosticar anemia ferropriva. Se o tratamento estiver adequado, considera-se reposição de cobre ou zinco.
Hemoglobina < 8 g/dl	<b>Anemia grave.</b> Referenciar ao CO
Rh D negativa	Solicitar tipagem do parceiro. Parceiro Rh D-positivo ou desconhecido, solicitar <b>Coombs Indireto.</b> Se <b>negativo</b> , repetir mensalmente a partir da 28ª semana. Se <b>positivo ou positivar</b> : referenciar ao pré-natal de alto risco ( <b>D</b> ). Todo filho de mãe Rh D- negativa deverá ter a sua tipagem conhecida. Se criança Rh D-positivo ou gestação resultou em aborto, mãe deverá fazer Rhogan até 72h após o parto ou aborto ( <b>A</b> )

Sumário de urina	<p>Piúria (&gt;5 leucócitos/campo) ou bacteriúria – solicitar urocultura com teste (caso não tenha sido realizada). A bacteriúria assintomática (2-10% das gestantes) deve ser tratada [A], conforme fluxograma no item Urocultura .</p> <p>Hematúria - excluir sangramento vaginal. Hematúria com piúria, solicitar urocultura. Hematúria sem piúria ou no caso de cilindrúria – referenciar ao PN de alto-risco.</p> <p>Proteinúria é definida como uma excreção urinária de proteína de mais de 150mg/dia (10- 20mg/dl). Testes com fitas reagentes podem apresentar-se positivos, com traços, em concentrações de 5-10mg/dl. Resultados de 1+ correspondem a aproximadamente 30mg proteínas/dl e são considerados positivos; 2+ correspondem a 100 mg/dl; 3+ a 300mg/dl; e 4+ a 1000mg/dl. Testes com fitas reagentes podem predizer albuminúria com sensibilidade e especificidades maiores que 99%(SIMERVILLE, 2005).</p> <p>Proteinúria traços (+) e sem sinais clínicos de pré-eclâmpsia, repetir</p>
Urocultura positiva	Tratar conforme resultado da cultura com antibiograma
<p>Toxoplasmose <b>Não é rotina para o estado de SC.</b></p>	<p><b>IgM não reagente; IgG reagente:</b> paciente imunizada, não necessita nova dosagem.</p> <p><b>IgM e IgG não reagentes:</b> Segundo Protocolo do GHC (2007), repetir no 2º e 3º trimestre e orientar medidas preventivas[C] (lavar as mãos antes de manipular alimentos; lavar frutas e vegetais, antes de comê-los; cozinhar bem a carne e refeições congeladas prontas; usar luvas e lavar mãos após mexer na terra; evitar manipular fezes de gatos).</p> <p><b>IgM reagente; IgG reagente:</b> <u>Sugere</u> infecção recente. Solicitar teste de avidéz de IgG para toxoplasmose (caso não tenha sido feito automaticamente para gestantes com IgM reagente).</p> <p>Se <b>alta avidéz</b>, exclui contato nos últimos 3-4 meses. Se <b>baixa avidéz</b>, confirma infecção recente. Encaminhar para o pré-natal de Alto Risco.</p>
HBs Ag	<p><b>Negativo:</b> vacinar a gestante que não teve a oportunidade de receber a vacina na rotina dos serviços (esquema básico: 3 doses, com intervalo dMme 1m entre 1ª e 2ª e de 6m entre 1ª e 3ª). A administração da vacina esta indicada <b>após</b> o primeiro trimestre de gestação. Essa estratégia contribuirá para a redução do potencial de transmissão vertical da doença e da tendência de cronificação (70-90%) quando ocorre a contaminação em idade precoce (Brasil, 2009). Ver capítulo 4, sobre imunizações.</p> <p><b>Positivo:</b> o RN receberá imunoglobulina (HBIg) até 72h após o parto e <b>1º</b> dose da vacina nas primeiras 12 horas de vida e deverá ser confirmada imunidade pós-vacinal solicitando anti- HBsAg até 1 ano de idade.</p>
<p>Rastreamento GBS (group B Streptococcal) <b>Não é rotina para o estado de SC.</b></p>	<p><b>Negativo:</b> registrar exame, data e resultado na carteirinha</p> <p><b>Positivo:</b> registrar exame, data e resultado na carteirinha (destacado), uma vez que a gestante poderá reeber terapia antimicrobiana intraparto.</p>
VDRL reagente (a partir de títulos de 1:1 o teste é considerado reagente)	<p><b>1º</b> Já <b>tratar gestante e parceiro</b> (ver capítulo 10) e solicitar teste treponêmico [FTA-Abs (Fluorescent Treponemal Antibody - Absorption); TPHA (Treponema pallidum Hemagglutination) ou ELISA (Enzyme-Linked Immunosorbent Assay)] apenas para confirmação diagnóstica.</p> <p><b>2º</b> Notificar e <b>registrar na carteira</b> o tratamento do <b>CASAL</b> (doses e datas) assim como as titulações mensais que devem ser solicitadas até o parto.</p> <p><b>3º</b> Deve ser oferecido <b>acompanhamento</b> do casal e de <u>toda a criança com mãe VDRL reagente no pré-natal</u>, conforme ficha de acompanhamento (anexo 8) que será enviada pelo Monitoramento e Avaliação ao profissional que realiza o pré-natal, a partir da notificação.</p>

<b>Resultado</b>	<b>Conduta</b>
Anti-HIV	<p><b>Positivo:</b> aconselhamento pós-teste, encaminhar para a UPTV (Unidade de Prevenção da Transmissão Vertical) do HNSC (ver capítulo 15). Orientar para: a importância da prevenção da transmissão vertical; aconselhamento sobre suspensão do aleitamento materno; sobre sexo seguro, reforçando o uso de camisinha.</p> <p><b>Negativo:</b> repetir próximo à 30ª semana de gestação, sempre que possível. Se o parceiro for anti-HIV reagente, da mesma forma a gestante deve ser encaminhada a UPTV (casal sorodiscordante).</p>
Glicemia de Jejum	<p>&lt; 85mg/dl, avaliar presença de fatores de risco. Se presentes, testar com nova glicemia de jejum após 20 sem.</p> <p>&gt; 85mg/dl . Testar com TTG 75g entre 24-28 sem para pesquisar DMG.</p>

## Ecografia Fetal

O Ministério da Saúde (BRASIL, 2006) assim se posiciona sobre a ecografia: “a não realização de ultra-sonografia durante a gestação não constitui omissão, nem diminui a qualidade do pré-natal”.

A realização da ultrassonografia na segunda metade da gravidez em gestações de baixo risco, ou como rastreamento universal, não confere benefício à mãe ou ao recém-nascido. Não reduz a taxa de indução do parto (OR-1,0: IC a 95%: 0,9-1,1) ou de cesariana (OR-1,1: IC a 95%: 1,0-1,1). Não reduz a prematuridade (OR-1,0: IC a 95%: 0,8-1,1), a mortalidade perinatal (OR-1,0: IC a 95%: 0,8-1,4) ou a natimortalidade (OR-1,2: IC a 95%: 0,7-1,8). Não existem dados com relação aos potenciais efeitos psicológicos do exame rotineiro nessa fase da gravidez, nem nos resultados neonatais a curto e longo prazos [A] (AMB, 2006).

Ao revisar-se os consensos internacionais, o que se percebe é uma discussão sobre a racionalização da indicação de ecografia em gestações de baixo risco e recomenda-se uma ecografia morfológica entre 18-22 semanas, onde ainda tem-se uma datação confiável e já é possível analisar as estruturas fetais (inclusive o sexo, se assim desejar o casal).

Outra situação completamente distinta é a indicação do exame ultrassonográfico mais tardiamente na gestação, por alguma indicação específica orientada por suspeita clínica. Abaixo listamos situações cuja vigilância fetal antenatal através de ecografia pode ser benéfica em reduzir morbimortalidade (LISTON; SAWCHUCK; YOUNG, 2007).

Historia obstétrica previa, gestação atual e condições associadas com aumento de morbimortalidade perinatal (LISTON; SAWCHUCK; YOUNG, 2007)

<b>Historia obstétrica previa</b>	
Materna ou fetal	Distúrbios hipertensivos da gestação Descolamento de placenta Restrição de crescimento intrauterino Morte fetal
<b>Gestação atual</b>	
Materna	Pós-datismo (> 42 semanas) Distúrbios hipertensivos da gestação Diabete Mérito prévio Diabete gestacional que necessite de insulinoaterapia Ruptura prematura de membranas amnióticas Descolamento de placenta crônico (estável) Isoimunização Pesquisa sérica alterada de aneuploidias (hCG ou AFP) na ausência de anormalidade fetal confirmada Acidentes de transito durante a gestação Sangramento vaginal Obesidade mórbida Idade maternal avançada Devida a reprodução assistida

# DIAGNÓSTICO E MANEJO DE INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS MAIS FREQUENTES

Lêda Dias Chaves Curra

## Náuseas, Vômitos e Hiperêmese

As náuseas e os vômitos são queixas frequentes no início da gestação, especialmente comuns até cerca de 16 semanas e podem ser amenizadas com medidas relativamente simples, tais como:

- orientar a mulher para alimentação fracionada (seis refeições leves ao dia);
- evitar frituras, gorduras e alimentos com cheiros fortes ou desagradáveis;
- evitar líquidos durante as refeições, dando preferência à ingestão nos intervalos;
- ingerir alimentos sólidos antes de levantar-se pela manhã;

Quando a náusea e o vômito não respondem a simples modificação dietética e antieméticos, a condição é denominada hiperêmese gravídica que caracteriza-se por vômitos persistentes e severos que impedem a alimentação (LEVENO, 2010). Aspectos emocionais e adaptações hormonais são apontados como causadores. Pode também estar associado a gestações múltiplas, mola hidatiforme, pré-eclâmpsia, diabetes, isoimunização Rh e disfunções da tireóide.

Dentre os tratamentos mais recentes, a piridoxina (vitamina B6) parece ser a opção mais efetiva na redução da intensidade das náuseas do início da gravidez (10 a 25 mg 3x/dia – cada comprimido de Dramin B6<sup>R</sup> contém 10 mg de cloridrato de piridoxina). A administração de gengibre em cápsulas (250mg 4x/dia) também tem sido eficiente para reduzir náuseas e vômitos. Apoio psicológico, ações educativas, reorientação alimentar são maneiras de evitar casos mais complicados.

Nas situações de êmese persistente, o MS recomenda a hidratação da paciente e a prescrição de drogas antieméticas, por via oral (metoclopramida - 10 mg de 4/4h, ou dimenidrato – 50 mg de 6/6h), pode-se ainda optar por prometazina 25mg a cada 6 horas, via oral (WILLIAMS, 2010). Por via intravenosa, metoclopramida (a ampola injetável de 2 ml contém 10 mg que pode ser feita de 4/4h) ou dimenidrato (a ampola injetável de 50 mg que pode ser feita de 6/6 h). O medicamento Dramin B6<sup>R</sup> contém 50 mg de dimenidrato e 50mg de cloridrato de piridoxina (ampola de 1ml) e também é uma opção terapêutica. O encaminhamento para manejo hospitalar deve ser realizado em caso de não resposta a terapêutica instituída no nível ambulatorial ou quando há perda de 5% do peso associado a cetose.

## Constipação e Hemorróidas

A constipação ocorre por redução da motilidade intestinal por ação hormonal e compressão exercida pelo útero sobre as porções terminais do intestino. O manejo básico é o aumento da ingestão hídrica e fibras alimentares.

Hemorróidas ocorrem por compressão do útero sobre o plexo hemorroidário e tornam-se mais sintomáticas na presença de constipação. O manejo da situação é a normalização do hábito intestinal com fibras e hidratação adequada. Uso de banhos de assento e analgésicos locais também são indicados. Normalmente regredem após o parto (BUCHABQUI, 2011).

## Azia

Ocorre freqüentemente por compressão gástrica pelo útero, aumentando o refluxo gastroesofágico. O manejo da azia pode ser realizado com o fracionamento de refeições e o uso de cabeceira elevada. A gestante deve evitar posição supina após refeições e a ingestão de alimentos agravantes. O uso de substâncias antiácidas pode ser realizado nos casos refratários (BUCHABQUI, 2011).

## Síndrome do Corrimento Vaginal

As causas mais comuns são candidíase, tricomoníase e vaginose bacteriana. O tratamento da candidíase é **tópico** e preferencialmente com miconazol, isoconazol, tioconazol ou clotrimazol (7 dias de aplicação). O tratamento da vaginose e/ou tricomoníase pode ser realizado após o primeiro trimestre com metronidazol 2g VO dose única, ou 250mg 3x/dia por 7 dias ou 400 mg 12/12h por 7 dias. No caso de tricomoníase, o parceiro deve ser tratado.

## Condiloma

O tratamento é a remoção. Nunca se deve usar podofilina, podofilotoxina ou imiquimod, durante qualquer fase da gestação. O ácido tricloroacético ou dicloroacético, 80 a 90 %, aplicado na forma tópica 1 vez por semana, é um regime efetivo para verrugas sintomáticas externas. As verrugas internas (aquelas envolvendo a vagina ou a cérvice) em geral não são tratadas (LEVENO, 2010).

## Sífilis

O diagnóstico sorológico é realizado pelo VDRL (rastreamento e seguimento) e o FTA-abs (teste apenas confirmatório, não utilizado para seguimento). Quando o VDRL for reagente, sempre que possível, deve-se solicitar o FTA-abs para descartar falsos positivos que podem ocorrer na vigência de doenças auto-imunes (colagenoses), na fase aguda de viroses, cirrose hepática, leptospirose, mononucleose, na própria gestação, em outras infecções treponêmicas, em pacientes com hanseníase, na malária, etc. (NAUD et al, 2011). Se a história de sífilis tratada anteriormente for ignorada, a gestante e o parceiro devem ser imediatamente tratados (BRASIL, 2006). Nos casos de títulos baixos em que a história for conhecida e o tratamento do casal tenha sido adequado e documentado (registrar na carteira da gestante), considerar como cicatriz sorológica e acompanhar mensalmente solicitando VDRL. É considerado cura sorológica a queda dos títulos no VDRL (2 diluições ou diminuição de 4 vezes os títulos: por exemplo, de 1/8 para 1/2; ou 1/128 para 1/32). Nas gestantes, o VDRL de seguimento deve ser realizado mensalmente e a duração da gestação pode não ser suficiente para a negatificação (BRASIL, 2006).

O tratamento recomendado para mulheres grávidas com sífilis permanece sendo a penicilina. Na fase inicial sífilis primária, secundária e latente com menos de 1 ano de duração) deve ser feito com Penicilina G benzatina, 2,4 milhões de unidades, IM, dose única (1,2 milhões de unidades em cada glúteo) (LEVENO, 2010). O ministério da saúde recomenda uma segunda dose após uma semana na sífilis secundária e latente recente (BRASIL, 2006; NAUD et al, 2011). Em caso de alergia a penicilina, o tratamento com outros antibióticos cura a sífilis materna, mas não protege o feto. Por este motivo recomenda-se encaminhar a um nível de maior complexidade para que seja realizada a dessensibilização a penicilina e esta possa ser utilizada (FESCINA et al, 2007).

**Para a sífilis com duração de mais de 1 ano ou duração desconhecida recomenda-se o tratamento com penicilina G benzatina, 2,4 milhões de unidades, IM, semanalmente, totalizando 3 doses (LEVENO, 2010; BRASIL, 2006; NAUD et al, 2011).**

As gestantes tratadas requerem seguimento sorológico quantitativo mensal durante a gestação, devendo ser novamente tratadas, mesmo na ausência de sintomas, se não houver resposta ou se houver aumento de, pelo menos, duas diluições em relação ao último título de VDRL (ex: de 1/2 para 1/8). (BRASIL, 2006).

**A PORTARIA Nº 3.161, DE 27 DE DEZEMBRO DE 2011 do Ministério da Saúde dispõe sobre a administração da penicilina nas unidades de Atenção Básica à Saúde e determina que a penicilina seja administrada em todas as unidades de Atenção Básica à Saúde, nas situações em que seu uso é indicado.**

## Gonorréia e Clamídia

A infecção gonocócica é também um marcador para infecção concomitante por clamídia em cerca de 40% das gestantes infectadas (LEVENO, 2010).

O tratamento deve ser feito com (BRASIL, 2006):

- Amoxicilina: 500 mg, VO, de 8/8h, por sete dias; **ou** Eritromicina (estearato): 500 mg, VO, de 6/6h, por sete dias; **ou** Azitromicina: 1 g, VO, dose única.

Associado a:

- Cefixima: 400 mg, VO, dose única; **ou** Ceftriaxona: 250 mg, IM, dose única; **ou** Espectinomomicina: 2 g, IM, dose única.

## Síndromes Hemorrágicas

Na primeira metade da gestação:

1. Ameaça de abortamento – cólica discreta ou ausente, sangramento escasso proveniente do canal cervical, colo uterino sem modificação. Solicitar ecografia, prescrever repouso físico e psíquico e hioscina 1 cp de 8/8h até o desaparecimento da sintomatologia. Abstinência sexual é recomendada até nova avaliação médica. Pode evoluir para gestação normal ou aborto..

2. Abortamento (morte ou expulsão ovular até 22 semanas ou peso < 500g) - mesma sintomatologia da ameaça de abortamento com colo uterino permeável. Solicitar ecografia para diagnóstico diferencial entre ameaça de abortamento (saco embrionário íntegro e/ou concepto vivo), aborto incompleto (restos ovulares) ou aborto retido (concepto morto ou ausência de saco embrionário). A conduta variará em função de existir ou não repercussão hemodinâmica e infecção. A paciente deve ser encaminhada para atendimento hospitalar mediante o acolhimento das queixas. Após abortamento, a gestante deve realizar VDRL, anti-HIV e tipagem sanguínea, deve ter a atualização das vacinas contra o tétano, rubéola e hepatite B, receber orientação sobre o planejamento familiar, e, é recomendada a profilaxia com imunoglobulina anti-D depois de um abortamento, até 72 horas após - em caso de ser uma mulher Rh negativa não imunizada, pois 5% ficam sensibilizadas nesta situação (LEVENO, 2010; FESCINA et al, 2007).

3. Descolamento cório-amniótico – sangramento de pequena intensidade, diagnosticado por ecografia, evolução em geral boa, não representando risco materno e/ou ovular. A conduta é de esclarecimento à gestante.

4. Gravidez ectópica - sangramento acompanhado de dor em baixo ventre.

No exame físico avaliam-se condições gerais e irritação peritoneal. Ao toque, pode-se perceber amolecimento do colo e presença ou não de aumento uterino e também se pode perceber tumoração na região dos anexos. A gestante deve ser encaminhada para o hospital.

5. Neoplasia trofoblástica gestacional benigna (mola) – sangramento intermitente, pequena quantidade, indolor, acompanhado de vesículas. Hiperêmese e AU (Altura Uterina) maior que a esperada para a IG também é comum nessa situação. Atentar para medida de PA (única condição de pré-eclâmpsia anterior a 20ª semana de IG). Encaminhar para o hospital. Diagnóstico através de ecografia.

#### Na segunda metade da gestação:

1. Placenta prévia (PP)- multíparas e com antecedentes de cirurgias uterinas (cesáreas, miomatose) são consideradas de maior risco. Manifesta-se com sangramento súbito, vermelho vivo, sem dor. Na suspeita, evitar realização de toque. Solicitar ecografia e encaminhamento para pré-natal de alto –risco após diagnóstico.

2. Descolamento prematuro de placenta (DPP) – ocorre em cerca de 0,5-1% das gestações. Associado a hipertensão arterial e uso de drogas ilícitas como crack e cocaína, apresenta alto índice de mortalidade perinatal e materna. Dor abdominal súbita, acompanhada de sangramento (ou não) vermelho escuro, às vezes escasso que leva a hipotensão materna e choque. Na suspeita de DPP ligar para a SAMU e encaminhar a emergência obstétrica.

## **Distúrbios Hipertensivas que Complicam a Gestação**

O diagnóstico dos distúrbios hipertensivos da gestação considera hipertensão a pressão sanguínea igual ou maior que 140/90 mmHg. O edema foi abandonado como critério diagnóstico discriminatório, porque ocorre em muitas mulheres com gestação normal. No passado, era utilizado o aumento de 30 mmHg na pressão sistólica ou de 15 mmHg na pressão diastólica como critério diagnóstico, mesmo quando valores absolutos estavam abaixo de 140/90 mmHg. Este critério não é mais recomendado, porque existem evidências mostrando que mulheres neste grupo não apresentam aumento nos desfechos adversos gestacionais. Mulheres com aumento de 30 mmHg na pressão sistólica ou de 15 mmHg na pressão diastólica necessitam de observação cuidadosa (LEVENO, 2010; FESCINA et al, 2007).

Existem 5 categorias de doença hipertensiva que complicam a gestação (LEVENO, 2010; FESCINA et al, 2007):

1. hipertensão gestacional (anteriormente denominada “hipertensão induzida pela gestação” ou “hipertensão transitória”) - o diagnóstico é feito em mulheres cuja pressão sanguínea chega a 140/90 mmHg ou mais pela primeira vez durante a gestação, mas que

não apresentam proteinúria. A hipertensão gestacional é denominada transitória se a pré-eclâmpsia não se desenvolve e a pressão sanguínea retorna ao normal até 12 semanas pós-parto,

2. pré-eclâmpsia – é uma síndrome específica da gestação. O conhecimento atual da fisiopatologia da pré-eclâmpsia a identificou como uma desordem complexa com amplo dano endotelial que pode envolver todos os órgãos do corpo. Portanto os sinais e sintomas poderão ser mais variados que aumento de pressão arterial e proteinúria (NICE, 2010). A proteinúria é definida como 300 mg ou mais de proteína na urina de 24 horas ou 30 mg/dL em amostras aleatórias OU dois testes em fita reagente (uroteste) com 2 + de proteinúria, com intervalo de 4 horas entre as amostras (NICE, 2010).

3. eclâmpsia – trata-se de ocorrência de convulsões em uma mulher com pré-eclâmpsia, as quais não podem ser atribuídas outras causas. Pode ocorrer até 10 dias após o parto,

4. pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica e
5. hipertensão crônica. (anterior a gestação)

Complicações perinatais da alteração da pressão arterial na gestação (FESCINA, 2007).

<b>Complicacoes</b>	<b>Materna</b>	<b>Fetal-ovular</b>	<b>Neonatal</b>
<b>Hipertensao</b> Diastólica > 90 mm Hg. Sistólica > 140 mm Hg.	Alteracoes do sistema de coagulacao. Hemólise. Hemorragia cerebral. Insuficiencia hepática. Insuficiencia renal. Mortalidade aumentada	Aborto. Descolamente normoplacentario. Restricao do crescimento intrauterino (RCI). Sofrimento fetal agudo intraparto. Oligodramnio Mortalidade aumentada	Pequeno para a idade gestacional (PIG). Prematuro Síndrome de dificuldade Respiratória (SRRN). Depressao neonatal. Mortalidade aumentada
<b>Hipotensao</b> Diastólica < 55 mm Hg. Sistólica < 95 mm Hg.	Lipotimias e desmaios.	Restricao do crescimento intrauterino (RCIU). Mortalidade aumentada.	Pequeno para a idade gestacional (PIG) Mortalidade aumentada.

A pré-eclâmpsia/eclâmpsia é a primeira causa de morte materna e perinatal no Brasil, além do número significativo de neonatos com seqüelas por hipóxia cerebral. Fatores de risco são nulíparas ou multíparas, gestação gemelar, gestante com 40 anos ou mais, intervalo de gestação maior que 10 anos, hipertensão arterial prévia, história familiar de pré-eclâmpsia, diabetes, colagenoses, raça negra, obesidade ou doença renal (DI MARIO S. et al, 2005; NICE, 2010). Complicações hipertensivas ocorrem em cerca de 10% das gestações e as pacientes devem ser acompanhadas no pré-natal de alto risco.

Os exames que fazem parte da avaliação inicial são: hemograma com plaquetas, ácido úrico sérico, LDH (desidrogenase láctica), proteinúria de 24h.

Sendo a aferição da pressão arterial (PA) recomendada em todas as consultas de pré-natal, os transtornos hipertensivos foram abordados também no capítulo 7, que descreve a avaliação e conduta mais adequada de acordo com a PA aferida.

Relembramos aqui a situação de urgência ou emergência:

- PA diastólica  $>$  ou  $=$  110 mmHg com a presença de sintomatologia clínica (emergência) ou sem (urgência) – Chamar SAMU e encaminhá-la ao hospital com acompanhamento médico.

Conduta - drogas de escolha:

Hidralazina –Diluir 1 ampola (20 mg) em 9ml de AD. Dose inicial 5mg ou 2,5 ml da solução IV. Observar por 20 minutos. Se não atingiu 90-100 mmHg de diastólica, repetir dose de 20/20 minutos até uma dose máxima de 20mg. Efeitos colaterais produzidos – rubor, cefaléia e taquicardia.

Nifedina – 10 mg V.O. de 30/30 min (até dose máxima de 30mg) Obs: **não** deve-se usar na forma sub lingual (risco de hipotensão severa).

Lembra-se que a furosemida somente deverá ser usada na presença de edema agudo de pulmão e/ou insuficiência renal aguda comprovada. A alfametildopa e betabloqueadores orais não apresentam indicação nas crises hipertensivas (demoram de 4-6 horas para fazer efeito) e inibidores da ECA (captopril e enalapril) **NÃO PODEM** ser prescritos na gestação pelo risco de morte e malformações fetais.

## **Infecção do Tracto Urinário (ITU)**

Infecção bacteriana mais freqüente na gestação. Casos não tratados podem evoluir para pielonefrite em 40% dos casos, em que o risco de trabalho de parto prematuro é de 20%.

## **Bacteriúria Assintomática**

Tratar seguindo, preferencialmente, o antibiograma e a inocuidade do antibiótico para o feto já que não existe um antibiótico ideal, e, realizar o controle com nova urocultura 7 dias após término do tratamento.

## **Cistite**

Iniciar tratamento mesmo antes do resultado da urocultura e realizar controle com nova urocultura após 3 a 7 após término do tratamento. Na presença de duas ITU, a gestante deve manter profilaxia com nitrofurantoína 100 mg/dia, ou amoxicilina 250 mg/dia até o final da gestação. O controle será com uroculturas a cada 6 semanas até o parto (LEVENO, 2010).

A antibioticoterapia também se associa à redução na incidência de parto prematuro

ou baixo peso ao nascer (OR-0,6; IC a 95%: 0,5-0,8) [A]. (FEBRASGO, 2006)

O tratamento pode ser feito por via oral e deve se estender por sete dias, visto tratar-se de infecção em gestante (LE apud DUARTE et al, 2008). O tratamento com dose única ou por curto período de tempo (três dias) mostrou altos índices de falha e não é indicado para gestantes (SMALL apud DUARTE et al, 2008).

**A escolha do antimicrobianos deve-se dar de acordo com a sensibilidade da cultura. Nos casos de escolha empírica o antimicrobiano de escolha é nitrofurantoína 100 mg a cada seis horas ( CFT Florianópolis, 2013).**

## **Pielonefrite Aguda**

Febre, calafrios, dor na região lombar, referência progressiva de sintomas de cistite. Presença de náuseas, vômitos, taquicardia, dispnéia e hipotensão, podem sugerir evolução para quadro séptico. O tratamento inicial deve ser SEMPRE hospitalar.

## **Trabalho de Parto Prematuro (TPP)**

O parto pré-termo (entre 22ª e 37ª semana) é responsável por 75% da mortalidade neonatal e 50% das lesões neurológicas em crianças. O fator de risco mais claramente definido é o antecedente de parto prematuro em uma gestação prévia (FESCINA et al, 2007).

Com o avanço e a melhoria nos cuidados com o recém-nascido pré-termo, novas definições foram desenvolvidas. Por exemplo, a grande preponderância de mortalidade e morbidade grave ocorre no

parto pré-termo antes de 34 semanas, e alguns clínicos consideram 34 semanas o limite para a prematuridade significativa. O “peso muito baixo ao nascer” (crianças pesando 1500 g ou menos) e o “peso extremamente baixo ao nascer” (aquelas que pesam 1000g ou menos) são também expressões muito utilizadas para descrever as crianças prematuras (LEVENO, 2010).

Os profissionais da atenção primária devem estar atentos para os fatores de risco (estresse familiar, tabagismo, uso de álcool e drogas, DST, gestante de baixo peso), orientar as gestantes sobre os sinais e sintomas e realizar diagnóstico precoce.

## **Gestação Prolongada**

A gestante que apresenta IG > 42 semanas considera-se gestação pós-termo e quando atinge 41 semanas, pós-data. Na 41ª semana a gestante deverá ser encaminhada para referência hospitalar (CO), onde será avaliada com provas de vitalidade fetal e tomada conduta de promoção do nascimento. O início precoce do pré-natal com a determinação da IG diminui o risco de pós-datismo.

## Ruptura Prematura de Membranas

A ruptura prematura de membranas é a que ocorre antes do início do trabalho de parto, independente da idade gestacional. É a principal causa de TPP e ocorre em torno de 10% de todas as gestações, na maioria das vezes em torno da 37ª semana. Os fatores predisponentes são: incontinência istmocervical, inserção baixa de placenta, macrossomia, poliidrâmnios, trabalho de parto pré-termo e infecções. O diagnóstico é realizado pela história de perda de líquido e pelo exame físico. A rotina do exame físico deve ser seguida:

- paciente em posição ginecológica
- inspeção da genitália externa
- lavagem dos genitais externos com iodoform aquoso
- usar espéculo esterelizado para visualização do orifício cervical externo.

Deve-se também estabelecer a idade gestacional, avaliar se a paciente encontra-se em trabalho de parto, auscultar BCFs, identificar sinais clínicos de infecção. O profissional da atenção primária deve fazer o diagnóstico e, mesmo em caso de dúvida, deve encaminhar para o centro obstétrico.

Obs importante: não realizar toque vaginal, a menos que a paciente encontra-se em franco trabalho de parto.

## Asma

Manejo da asma ambulatorial depende da gravidade da doença. Para asma leve,  $\beta$ -agonistas inalatórios conforme a necessidade são, em geral, suficientes. Os corticóides inaláveis são o tratamento preferido para a asma persistente. O tratamento da asma aguda é semelhante àquele para a mulher não grávida com asma. Uma exceção é o limiar significativamente mais baixo para a hospitalização da mulher grávida. A maioria se beneficiará com a hidratação intravenosa para auxiliar a retirada das secreções pulmonares (LEVENO, 2010).

## Anemia

É considerado anemia quando os valores de hemoglobina encontram-se menores de 11 g/dL no primeiro e terceiro trimestres, e menos de 10,5 g/dL no segundo trimestre. Se a hemoglobina se situa entre 7,0 e 9,0 g/dL se considera que a anemia é moderada e quando é menor que 7,0 g/dL que a anemia é severa. As causas mais comuns de anemia durante a gestação e o puerpério são a deficiência de ferro e a perda de sangue aguda, mas é necessário ter em mente que a anemia pode ter mais que uma causa, tal como se vê na deficiência de vitamina A, B12, piridoxina, processos inflamatórios crônicos (HIV, malária e infestações parasitárias) (BRASIL, 2006).

Na anemia ferropênica, além do déficit de hemoglobina, encontramos glóbulos vermelhos hipocrômicos e microcíticos. A segunda causa de anemia nutricional na

gestação é a deficiência de folato, que aparece em função da ingestão, em geral, pobre e da demanda aumentada; aí os glóbulos vermelhos se apresentam megaloblásticos e macrocíticos. Essas características dos glóbulos vermelhos estão presentes nas anemias por deficiência de vitamina B12, que é a terceira forma mais comum de anemia nutricional.

Estratégias de prevenção:

- Modificar a dieta dando preferência aos alimentos ricos em ferro e ácido
- Fortificar os alimentos de consumo habitual com ferro e ácido fólico.

Suplementar com medicamentos que contenham ferro e ácido fólico. Oferecer 60 mg de ferro elementar por dia desde o início da gestação até 3 meses depois do parto. O ácido fólico deve ser oferecido 3 meses antes da gestação e todo o 1º trimestre para a prevenção de defeitos congênitos.

Manejo da anemia:

Tratar as infecções/infestações. Tratar a causa que provoca a condição e simultaneamente está indicado iniciar com 120 mg de ferro elementar por dia e 0,4 mg de ácido fólico. Recomenda-se a realização de exame parasitológico de fezes em gestantes de risco e com condição socioeconômica desfavorecida; o tratamento das parasitoses deve ser realizado ainda na gestação, logo após as 16-20 semanas para evitar os potenciais teratogênicos das drogas e a soma de seu efeito à emese da gravidez (BRASIL, 2006).

#### **Orientar sinais de Trabalho de parto**

- **Contrações**
- **Perda de tampão**

#### **Orientar sinais de alerta**

Qualquer membro da equipe deve estar apto a orientar a gestante para avaliação na unidade de saúde no caso de: febre, calafrios, corrimento com mau cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas frequentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes e dor ao urinar.

#### **Orientar e identificar os sinais de alerta que exigem avaliação no centro obstétrico**

- Síndromes hemorrágicas;
- Suspeita de pré-eclâmpsia (PA > 140/90 + proteinúria);
- Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito;
- Crise hipertensiva (PA > 160/110);
- Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal

**Quadro 15 - Vantagens e desvantagens do parto normal ou cesáreo**

	Parto normal	Parto cesáreo
Prematuridade	Menor	Maior
Respiração do bebê	Favorece	Não favorece
Dor no trabalho de parto	Pode ser dolorosa, com gradações.	
Pode ser controlada com preparo psicológico, apoio emocional ou mediante aplicação de anestesia.	Idem	
Dor na hora do parto	Também pode ser controlada com anestesia.	É sempre realizada com anestesia.
Dor após o parto	Menor	Maior. Há necessidade de analgésicos mais fortes.

continuação

	Parto normal	Parto cesáreo
Complicações	Menos frequentes	Acidentes anestésicos e hemorragias são mais comuns.
Infecção puerperal	Mais rara	Mais frequente
Aleitamento materno	Mais fácil	Mais difícil
Recuperação	Mais rápida	Mais lenta
Custo	Menor	Maior
Cicatriz	Menor (episiotomia)	Maior
Risco de morte	Muito baixo	Pequeno, porém maior do que no parto normal.
Futuras gestações	Menor risco	Maior risco

Fonte: Brasil, 1995.

## Atenção ao Puerpério

No âmbito da Rede Cegonha, preconiza-se a realização da "Primeira Semana de Saúde Integral" (PSSI). Recomenda-se uma visita domiciliar na primeira semana após a alta do bebê. Caso o RN tenha sido classificado como de risco, a visita deverá acontecer nos primeiros 3 dias após a alta. O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde e uma visita domiciliar, entre 7 a 10 dias após o parto, devem ser incentivados desde o pré-natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde na visita domiciliar.

Objetivos: Avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido; Orientar e apoiar a família para a amamentação; Orientar os cuidados básicos com o recém-nascido; Avaliar a interação da mãe com o recém-nascido; Identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las; Orientar o planejamento familiar.

## Orientações a Serem dadas a Puérpera

- higiene, alimentação, atividades físicas (vide capítulo 6);
- atividade sexual, informando sobre prevenção de DST/Aids;
- cuidado com as mamas, reforçando a orientação sobre o aleitamento
- considerar a situação das mulheres que não puderam amamentar; estando recomendado enfaixar as mamas, evitar o esvaziamento, analgesia, compressas frias e restrição hídrica (FREITAS et al, 2011). Uso de medicamentos como estrogênios e inibidores da prolactina, como bromocriptina podem ser utilizados, mas podem ter efeitos colaterais graves (GALÃO, A.O; HENTSCHEL, 2011).
- cuidados com o recém-nascido;
- direitos da mulher: reprodutivos, sociais e trabalhistas (ver capítulo 12).
- orientar sobre planejamento familiar e métodos contraceptivos (ver item 19.5)
- aplicar vacinas, dupla tipo adulto (para completar esquema vacinal iniciado na gestação, se necessário) e tríplice viral, se necessário (ver Capítulo 4 sobre imunizações);
- oferecer teste anti-HIV e VDRL, com aconselhamento pré e pós-teste, para as puérperas não aconselhadas e testadas durante a gravidez e o parto;
- prescrever suplementação de ferro: 60mg/dia de ferro elementar, até três meses após o parto, para gestantes sem anemia diagnosticada (BRASIL, 2006);
- registrar informações em prontuário e dar alta do programa SIS PRE-NATAL WEB, informando a data do parto e o tipo de parto.

Sinais e sintomas comuns no puerpério e manejo. Adaptado do CLAP 2007.

Sinais e Sintomas	Manejo
Dor perineal, lóquios fétidos, dor nas relações sexuais.	Descartar infecção ou cicatrização defeituosa da episiotomia. Recomendar frio local, analgésicos e se, não efetivos, considerar anti-inflamatórios não esteróides locais ou via oral
Dor nas relações sexuais	Avaliar a episiotomia. Aconselhar lubrificantes de base aquosa nas relações
Dor de cabeça pós anestesia epidural ou Raquídea	Analgésicos e repouso sem travesseiro
Fadiga persistente	Investigar a presença de outros sintomas e em especial anemia. Averiguar a necessidade de incremento da alimentação, aporte de ferro e exercícios físicos.
Hemorróidas	Analgesia e banhos de assento. Se severas, edemaciadas e prolapsadas.
Constipação	Recomendar dieta rica em fibras e líquidos. Pode se usar laxante suave (óleo mineral).
Incontinência fecal	Avaliar severidade, duração, frequência. Se persistir mais de 1 mês: referir
Incontinência urinária	Ensinar exercícios do assoalho pélvico. Se persistir: referir

## Uso de Método Anticoncepcional Durante o Aleitamento

A escolha do método deve ser sempre personalizada. Para orientar o uso de métodos anticoncepcionais no pós-parto, deve-se considerar: - o tempo pós-parto, o padrão da amamentação, o retorno ou não da menstruação, os possíveis efeitos dos anticoncepcionais hormonais sobre a lactação e o lactante (BRASIL, 2006). Quanto ao retorno a atividade sexual, não há período ideal definido, no entanto há de se orientar o casal para as particularidades deste período (mudança dos papéis sociais, diminuição da libido), bem como das mudanças na fisiologia e, neste aspecto, é importante a prescrição de lubrificantes vaginais (FREITAS et al, 2011).

Métodos anticoncepcionais:

- O DIU pode ser opção para a mulher na fase de amamentação e pode ser inserido imediatamente ou a partir de quatro semanas após o parto. O DIU está contra-indicado para os casos que cursaram com infecção puerperal, até três meses após a cura;

- Anticoncepcional injetável trimestral (com progestogênio isolado) – acetato de medroxiprogesterona 150mg: deve-se indicar o início do uso desse método, nas lactantes, a partir de seis semanas após o parto. Seu uso tem sido preferencial nas situações de doenças maternas como diabetes, hipertensão e outras;

- O anticoncepcional hormonal oral combinado não deve ser utilizado em lactantes, pois interfere na qualidade e quantidade do leite materno, e pode afetar adversamente a saúde do bebê

- A laqueadura tubária, por ser método definitivo, deve respeitar os preceitos legais e, se indicada, a sua realização deverá ser postergada para após o período de aleitamento e, nessa situação, introduzido o método contraceptivo transitório;

## Intercorrências que se Caracterizam como Sinais de Alerta no Puerpério

**Quadro 2.** Sinais e sintomas, condição de alerta e manejo inicial.

<b>Sinais</b>	<b>C</b>	<b>M</b>
Perda súbita ou contínua de sangue Fraqueza, tontura ou palpitações/ Taquicardia	Hemorragia pós-parto	Avaliar, estabilizar clinicamente e encaminhar para CO.
Febre, calafrios, dor abdominal e/ou lóquios fétidos	Infecção	Procurar realizar diagnóstico diferencial e tratar conforme diagnóstico
Cefaléia acompanhada por um ou mais sintomas após até 72 horas do parto: • distúrbios visuais • náuseas, vômitos	Pré-eclâmpsia/eclâmpsia	Avaliar, estabilizar (ver capítulo 10) e encaminhar ao CO
Dor unilateral na panturrilha, eritema ou edema Respiração curta ou dor torácica	Tromboembolismo	Encaminhar para CO

**Fonte:** adaptado do NICE, 2006

A seguir, serão descritas algumas patologias encontradas no período puerperal e o seu manejo. Se necessário tratamento medicamentoso, consulte o capítulo 9.

## **Endometrite**

Uma endometrite pós-parto leve, ou seja, sem repercussão no estado geral da paciente, pode ser tratada de ambulatório com antibiótico via oral. São usadas drogas de amplo espectro como a ampicilina. A melhora deverá ocorrer em 48 a 72 horas e, se houver persistência de febre após este intervalo, referir a paciente ao hospital, pela possibilidade de restos placentários. Na endometrite pós-parto com peritonite (íleo, distensão abdominal e irritação peritoneal) bem como na endometrite pós-cesareana, a paciente deverá ser referida a hospitalização para tratamento intravenoso até a paciente estar afebril por 48 horas (FREITAS et al, 2011).

## **Infecção da ferida Operatória (cesárea) ou da Episiotomia (parto vaginal)**

A ferida operatória deve ser explorada e se a infecção for superficial, não envolvendo fáscia, são orientados curativos 2 a 3 vezes ao dia com soro fisiológico. Se a infecção comprometer a aponeurose e houver deiscência há necessidade de desbridamento cirúrgico e correção da área de deiscência, por isto a paciente deverá ser referida ao hospital. O uso de antibióticos, cefalosporina de primeira geração (cefalexina por 7 dias), está indicado, sem necessidade de internação, somente quando se tratar de infecção que se estender além dos limites cirúrgicos (tendo como sinal a celulite), e observando a cicatrização por segunda intenção. Infecções mais extensas, além de maior cobertura de antibióticos, necessitam eventualmente de desbridamento, sendo necessário internar (FREITAS et al, 2011).

A infecção de episiotomia deve ser explorada e os fios de sutura removidos, orientando banhos de assento com água morna e soluções antissépticas. Lembrar de examinar a região anal, para avaliar a integridade do esfíncter anal e da mucosa anal. Quando não ocorrer a cicatrização normal, considerar possível perineorrafia quando se tiver formado tecido de granulação saudável (FREITAS et al, 2011). Não havendo melhora, presença de hematoma ou sintomas sistêmicos de infecção (febre, calafrios), a paciente deve ser referida ao CO.

## **Mastite e Fissura Mamilar**

Usar analgésico/antitérmico e antibióticos penicilinase resistentes, ou as cefalosporinas (SALES et al, 2000). Também pode ser usada dicloxacilina, sendo que o uso de cefalexina por sete dias e orientação para não suspender a amamentação são suficientes (FREITAS et al, 2011). No caso de já ter formado um abscesso mamário, a puérpera deve ser encaminhada para drenagem e poderá ser necessário suspender a amamentação (FREITAS et al, 2011).

As fissuras de mamilo devem ser manejadas com orientação para: manter a região

seca e areada; expor os mamilos ao sol; fazer expressão do leite no final da mamada passando pela região mamilo-areolar e deixar secar naturalmente e, não usar medicamentos tópicos (BRASIL, 2009). Deve-se estar atento para possível pega incorreta do bebê, o que é causa comum de fissura mamilar.

## Depressão Puerperal

A depressão puerperal tem uma prevalência de 10 a 15%. Devem ser adotadas medidas de apoio com médico e/ou enfermeira ou técnico em saúde mental, que devem tratar a depressão, de maneira eficaz, em 70% dos casos. A equipe como um todo deve estar atenta à saúde mental da mãe. O NICE (2010) descreve uma forma simplificada de rastreamento de transtorno mental que podem ser aplicado por qualquer profissional da equipe de APS. As visitas domiciliares podem ser ainda mais úteis quando se suspeita de depressão puerperal, principalmente pelo risco de negligência e/ou maus tratos ao bebê. É possível utilizar drogas antidepressivas seguras para o período da lactação, se necessário (FRIEDMAN; RESNICK, 2009). Caso a paciente não consiga seguir o acompanhamento proposto ou não houver melhora do quadro, deverá ser referenciada para profissional da saúde mental (interconsulta ou referência secundária. (PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal da Saúde, 2006; FREITAS et al, 2011).

Alguns fatores de risco para depressão puerperal são: primiparidade, gestação não planejada, mãe jovem ou mãe solteira, prematuridade, baixo peso ao nascer (PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal da Saúde, 2006) e a ocorrência de depressão puerperal em gestação anterior (NICE, 2010).

Este material é uma Reprodução Parcial do Manual do GHC – Atenção à Saúde da Gestante em APS/ Organização de Maria Lucia Medeiros Lenz, Rui Flores. – Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011. O livro poderá ser acessado na íntegra na página do Grupo Hospitalar Conceição <http://www2.ghc.com.br/GepNet/publicacoes/atencaosaudedagestante.pdf>

### **Graus de Recomendação (resumo com enfoque de terapia/prevenção e etiologia/risco)**

**A:** ensaios clínicos randomizados e revisão sistemática de ensaios clínicos randomizados consistentes.

**B:** estudos de coorte, caso-controle e ecológicos e revisão sistemática de estudos de coorte ou caso- controle consistentes ou ensaios clínicos randomizados de menor qualidade.

**C:** séries de casos, estudos de coorte e caso-controle de baixa qualidade.

**D:** opiniões de especialistas sem maior evidência explícita ou baseadas em fisiologia.

Fonte: Centre for Evidence-Based Medicine CENTRE FOR EVIDENCE-BASED MEDICINE. Levels of evidence. Disponível em:

<<http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>>. Acesso em: 24/01/12011

# PLANEJANDO UM PARTO SEGURO

**SÓ ir para maternidade quando em Trabalho de Parto ATIVO**

## DURANTE O TRABALHO DE PARTO

- 1) Escolha de Local de Parto
- 2) Direito a Acompanhante e Doula
- 3) Procedimentos questionáveis na maternidade:
  - Lavagem intestinal
  - Tricotomia (raspagem pêlos pubianos)
  - Acesso venoso e ocitocina rotineira
  - Manutenção de Jejum
  - Rompimento da bolsa somente informado e justificado
- 4) Liberdade de movimentos
- 5) Acesso a meios não farmacológicos para alívio da dor (banho, massagem, acupuntura)
- 6) Consentimento informado para Analgesia de parto

## DURANTE O PARTO

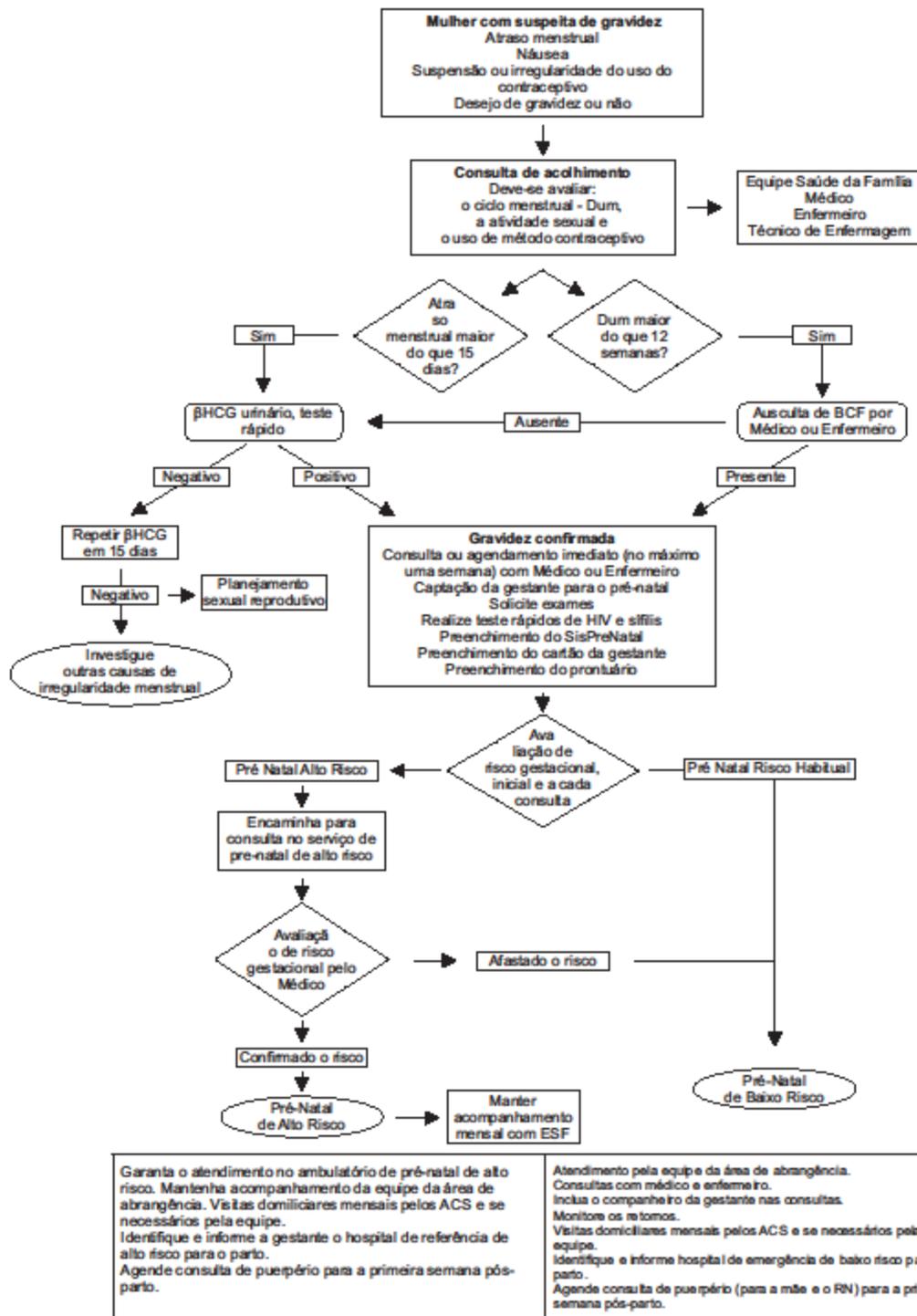
(Conhecer indicações de cesareana e funcionamento do partograma)

- 1) Liberdade para escolher posição de parto e evitar posição deitada
- 2) Não aceitar pernas presas em perneiras ou estribos
- 3) Episiotomia apenas se for necessário – orientar preparo do períneo com óleo vegetal
- 5) Clampeamento do cordão apenas depois que parar de pulsar.
- 6) O pai ou acompanhante corta o cordão umbilical.
- 7) Contato precoce pele-a-pele por no mínimo 1 hora antes do primeiro banho
- 8) Bebê amamentado assim que possível

## PÓS-PARTO

- 1) Alojamento conjunto 24 horas
- 2) Livre demanda ao Aleitamento Materno. Questionar complementação com leite artificial

# Fluxograma de Pré-Natal



Fonte: Adaptado pela GEABS/SES do Manual Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (MS/SAS/DAB 2012).

**REDE CEGONHA – SANTA CATARINA**  
**Critérios para Encaminhamento de Serviços**  
**Ambulatoriais de Gestação Alto Risco**

**CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL**

RISCO.....10 ou + Pontos	ALTO
RISCO..... 5 a 9 Pontos	MÉDIO
RISCO..... até 4 Pontos	BAIXO

<p><b>1 – IDADE:</b>                  (-) de 15 anos.....1                  De 15 a 34 anos.....0                  (+) de 35 anos.....1</p> <p><b>2 – SITUAÇÃO FAMILIAR</b>                  Situação Familiar Instável                  Não.....0                  Sim.....1                  Aceitação de GRAVIDEZ:                  Aceita.....0                  Não Aceita.....1</p> <p><b>3 – ESCOLARIDADE:</b>                  Sabe Ler e Escrever:                  Sim.....0                  Não.....1</p> <p><b>4 – HÁBITOS:</b>                  Tabagista:                  Sim.....2                  Não.....0</p>	<p><b>5. AVALIAÇÃO NUTRICIONAL:</b>                  Baixo Peso(IMC&lt;18, 5kg/m2) e/ou                  ganho de peso inadequado e/ou                  anemia.....1                  Peso Adequado (IMC 18, 5-24, 9kg/m2)                  .....0                  Sobrepeso(25-29, 9kg/m2).....1                  Obesidade (IMC&gt;30kg/m2).....5</p> <p><b>6 – ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:</b>                  Abortos até 2 .....5                  Abortos espontâneos + 2.....10                  Natimorto.....5                  Prematuro.....5                  Óbito Fetal.....5                  Eclampsia.....10                  Placenta Prévia.....5                  Descol. Prem. de Placen.....5                  Incompetência Istmo Cervical .....10                  Restrição de Cresc. Intrauterino.....5                  Malformação Fetal .....5                  Último Parto (-) de 12 meses.....2                  + 1 Filho Prematuro ..... 10                  Pre eclampsia..... 5</p>	<p><b>7 - PATOLOGIAS DE RISCO ATUAL: OBST. + GINEC.</b></p> <p>Ameaça de Aborto .....5                  Anom. do trato Genitourinario .....5                  Placenta Prévia .....10                  Câncer Materno .....10                  Doença Hemolítica.....10                  Esterelidade Tratada.....5                  Isoimunização .....10                  Neoplasias Ginecológicas .....10                  Mal Formações Congênitas.....10                  Crescimento Uterino Retardado .....10                  Polihidramnio/Oligoidramnio.....10                  Citologia Cervical Anormal(NicI-II-III)10                  Doença Hipertensiva da Gestação ..10                  Diabetes Gestacional .....10                  Gemelar .....10                  Incomp. Istmo Cervical.....10</p> <p><b>MÉDICAS + CIRURG</b></p> <p>Cardiopatias.....10                  Varizes acentuadas.....5                  Pneumopatia Grave .....10                  Diabetes Mellitus.....10                  Doenças Auto-ímmunes(Colagenose)10                  Doença Psiquiátrica .....5                  Doença Renal Grave.....10                  Epilepsia e Doença Neurológica.....10                  Hemopatias.....10                  Hipertensão Arterial .....10                  Infecção Urinária de repetição                  (pielonefrite ou infecções 3x ou +) ..10                  Infecções Grave.....10                  AIDS/HIV .....10                  Sífilis .....10                  Tuberculose .....10                  Toxoplasmose.....10                  Dep. de Drogas.....10                  Alcoolismo.....10                  Trombofilia .....10                  Endocrinopatias .....10                  Alterações da .....10</p>
<p>*Fatores sócio econ�micos não são critérios isoladamente para encaminhamento ao Pré Natal de Alto Risco (PNAR). Merecem atendimento diferenciado na Atenção Básica.</p> <p><b>PNAR:</b> Deve conter obrigatoriamente itens dos quadros 5 e\ou 6 e\ou 7 da classificação acima (somando 10 ou mais pontos).</p> <p><b>Médio Risco:</b> Somatório de 5 a 9 pontos deve receber atendimento de Pré Natal na Atenção Básica pelo médico intercalado com o enfermeiro.</p> <p><b>Baixo Risco:</b> Somatório de até 4 pontos deve receber atendimento intercalado de Pré Natal na Atenção Básica pelo enfermeiro e pelo médico.</p> <p style="text-align: center;"><b>Seguir fluxograma de pré natal.</b></p>		

Baseado nas publica es do MS: Manual Técnico Gesta o de Alto Risco e Caderno de Atenção Básica N  32- Atenção ao Pré Natal de Baixo Risco e Material Funda o SESP.