



TOLEDO

PREFEITURA

Secretaria de Saúde

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO
PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL
E INTERMEDIÁRIO**

PROTOCOLO Nº 1

4ª EDIÇÃO

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM

**ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM AO PRÉ-NATAL DE
RISCO HABITUAL E INTERMEDIÁRIO**

**PROTOCOLO Nº 1
4ª EDIÇÃO**

TOLEDO, JULHO DE 2021

AUTORES

Andressa Caroline Silva Gottardi - Enfermeira
Carla Caroline Campanelli Moreira - Enfermeira
Claudia Terezinha Frohlich - Enfermeira
Claudia Bonifácio Andrade – Enfermeira
Diane Michely Cassaro – Enfermeira
Jéssica Bernart da Silva - Enfermeira
Juliana Beux Konno – Enfermeira
Kiusa Taina Geteins Vidal Cintra - Enfermeira
Márcia Inês Mallmann Baptista – Enfermeira
Paula Franciele da Silva – Enfermeira Obstetra
Sirlene de Fátima da Silva Dela Torre – Enfermeira
Taise Pereira Ribeiro Alberghini – Enfermeira
Thaís Schmidt Vitali Hermes – Enfermeira

REVISORES

Marcos Fernando Soares – Enfermeiro Obstetra
Marcia Inês Mallmann Baptista – Enfermeira
Paula Franciele da Silva – Enfermeira Obstetra
Viviane Carnelossi Benvenuto – Enfermeira Obstetra

DIRETORA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE

Sirlene de Fátima da Silva Dela Torre – Enfermeira

SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Gabriela Almeida Kucharski Ravache

TOLEDO, JULHO DE 2021

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO	9
2. JUSTIFICATIVA.....	9
3. OBJETIVO GERAL.....	9
4. EQUIPE RESPONSÁVEL	9
5. POPULAÇÃO ALVO.....	9
6. ASSISTÊNCIA AO PRÉ NATAL PELO ENFERMEIRO	9
7. CAPTAÇÃO DA MULHER COM SUSPEITA DE GESTAÇÃO	10
7.1 Acolhimento	10
7.2 Diagnóstico precoce da gestação	10
7.2.1 Sinais de presunção de gravidez	11
7.2.2 Sinais de probabilidade	11
7.2.3 Sinais de certeza	11
7.3 Estímulo a Paternidade Responsável.....	12
7.4 Projeto “Um Outro Destino” - NAE	13
8. SISTEMA DE INFORMAÇÃO	14
9. PRIMEIRA CONSULTA DE PRÉ-NATAL	16
9.1 Exame físico	17
10. PRIMEIRA CONSULTA DO PAI / PARCEIRO(A).....	18
11. VACINAS NA GESTAÇÃO	18
11.1 Vacina dT e dTpa (Difteria, Tétano e Coqueluche [<i>Pertussis</i> acelular]).	19
11.2 Vacina Hepatite B.....	19
11.3 Vacina contra Influenza	20
11.4 Vacina contra COVID-19	20
11.5 Imunoglobulina do fator ANTI-RH.....	20
11.6 Imunoglobulina Anti Hepatite B	21
12. MEDICAÇÃO NO PRÉ-NATAL	21
12.1 Suplementação Profilática com Ferro e Ácido Fólico	21
12.2 Modificações e Desconfortos Mais Frequentes na Gestação – Cuidados de Enfermagem e Prescrições Farmacológicas	22
13. EXAMES NO PRÉ-NATAL	29
13.1 Teste da Mãezinha	30
13.1.1 Sobre a coleta	30
13.1.2 Prazo de envio	31
13.1.3 Rotina para coleta dos exames	31
13.1.4 Lançamento no Sistema SIG saúde MV	31
13.2 Testes Rápidos	31
13.2.1 Caso HIV positivo	31
13.2.2 Caso Sífilis positivo.....	32
13.2.3 Caso Hepatite B ou Hepatite C positivo gestante.....	34
13.3 Toxoplasmose na Gestante.....	35

13.3.1 Instruções para prescrição e dispensação de medicamentos para tratamento de toxoplasmose	35
14. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO.....	36
15. DADOS OBRIGATÓRIOS PARA REGISTRO DA EVOLUÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM.....	39
15.1 Primeira consulta	39
15.2 Consultas subsequentes	40
16. ROTEIROS PARA AÇÕES EDUCATIVAS	40
16.1 Primeiro trimestre de gestação	40
16.2 Segundo trimestre de gestação	41
16.3 Terceiro trimestre de gestação	42
17. VISITA/ ATENDIMENTO DOMICILIAR DO RECÉM- NASCIDO	43
18. REGULAÇÃO/ CONTROLE / AVALIAÇÃO PELO GESTOR.....	43
19. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:	45

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Relação de ciap´s para desfecho da gestação	15
Quadro 2 - Administração da suplementação profilática de sulfato ferroso	22
Quadro 3 - Administração da suplementação profilática de ácido fólico.	22
Quadro 4 - Modificações e desconfortos mais frequentes na gestação – cuidados de enfermagem e prescrições farmacológicas	22
Quadro 5 - Exames no pré-natal	29
Quadro 6 - Documentos para agendamento de consulta no CTA	32
Quadro 7 - Esquema terapêutico para tratamento de sífilis em gestantes e seguimento pós tratamentos	33
Quadro 8 - Gestantes alérgicas a penicilina.	33
Quadro 9 - Controle de cura da sífilis.....	34
Quadro 10 - Estratificação do risco gestacional: Risco Habitual	36
Quadro 11 - Estratificação do risco gestacional: Risco Intermediário	37
Quadro 12 - Estratificação do risco gestacional: Alto Risco	38

LISTA DE FLUXOGRAMAS

FLUXOGRAMA 1 – SUSPEITA DE GRAVIDEZ	46
FLUXOGRAMA 2 – GRAVIDEZ CONFIRMADA	47
FLUXOGRAMA 3 – RISCO GESTACIONAL	48
FLUXOGRAMA 4 – ROTINA DE EXAMES LABORATORIAIS	49
FLUXOGRAMA 5 – ROTINA DE EXAMES DO PARCEIRO	50
FLUXOGRAMA 6 – CONDUTAS FRENTE A UM RH NEGATIVO	51
FLUXOGRAMA 7 – INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO – ITU	52
FLUXOGRAMA 8 – SÍFILIS GESTACIONAL	53
FLUXOGRAMA 9 – VACINAÇÃO DA GESTANTE	54
FLUXOGRAMA 10 – SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO E ÁCIDO FÓLICO	55
FLUXOGRAMA 11 – EXAME CITOPATOLÓGICO EM GESTANTES	56

LISTA DE ANEXOS:

ANEXO 1 – TABAGISMO	57
ANEXO 2 – ETILISMO	58
ANEXO 3 – PLANO DE PARTO NORMAL	59
ANEXO 4 – FLUXO CESÁREA ELETIVA	62
ANEXO 5 – TERMO DE CONSENTIMENTO CESÁREA ELETIVA	63
ANEXO 6 – PLANO DE PARTO CESÁREA	64
ANEXO 7 – FLUXO MANEJO DO HIPERTIREOIDISMO EM GESTANTES	65
ANEXO 8 – FLUXO MANEJO DO HIPOTIREOIDISMO EM GESTANTES	66
ANEXO 9 – FLUXO DE DIABETES NA GESTAÇÃO	67
ANEXO 10 – FLUXO HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO	73
ANEXO 11 – LISTA DE EXAME PARA SEREM SOLICITADOS	74
ANEXO 12 – LISTA DE PROFISSIONAIS PARA ENCAMINHAMENTO	75

1. INTRODUÇÃO

Conforme pactuação do Município de Toledo com a 20ª Regional de Saúde do Estado do Paraná e com intuito de melhorar a assistência da mulher e do recém-nascido, este protocolo vem estabelecer orientações e fluxogramas da assistência de enfermagem ao pré-natal de risco habitual e intermediário e assistência puerperal das gestantes da rede pública no município de Toledo/PR.

2. JUSTIFICATIVA

Este protocolo tem o intuito de permitir a padronização da assistência de enfermagem atendendo ao princípio da equidade, norteando os profissionais no planejamento e execuções dos cuidados, estabelecendo e padronizando condutas e manejos, bem como qualificar a assistência para uma melhor qualidade das ações de saúde da gestante no período de pré-natal, fornecendo orientações quanto ao parto e assistência ao puerpério.

3. OBJETIVO GERAL

Qualificar a assistência do pré-natal de risco habitual e intermediário pelo enfermeiro contribuindo para a diminuição dos índices de morbimortalidade materno-infantil.

4. EQUIPE RESPONSÁVEL

Enfermeiros integrantes do corpo técnico da Secretaria Municipal de Saúde do Município de Toledo/PR.

5. POPULAÇÃO ALVO

Gestantes, parceiros, familiares e puérperas.

6. ASSISTÊNCIA AO PRÉ NATAL PELO ENFERMEIRO

A Consulta de Pré-natal de Enfermagem na rede de atenção primária em saúde é respaldada pelo MS e a Lei do Exercício Profissional 7.498/86, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87.

7. CAPTAÇÃO DA MULHER COM SUSPEITA DE GESTAÇÃO

Toda mulher em idade fértil (10 aos 49 anos) (BRASIL, 2012) e, sexualmente ativa, com relato de atraso menstrual, deve ser encaminhada ao profissional enfermeiro da unidade com intuito de detectar precocemente uma possível gestação. Observando que qualquer membro da equipe é responsável em receber esta informação e direcionar adequadamente esta possível gestante.

7.1 Acolhimento

O acolhimento da gestante na rede de atenção primária em saúde implica a responsabilização pela integralidade do cuidado a partir da recepção da usuária com escuta qualificada, favorecimento do vínculo e avaliação de vulnerabilidades, de acordo com seu contexto social, entre outros (BRASIL, 2012).

Durante a escuta qualificada é fundamental que se garanta a privacidade da mulher e da sua família, para que seja realizada uma anamnese clara e objetiva com espaço para dúvidas e solicitações e que possibilite a estratificação de risco conforme a linha guia do Estado.

Quando existir a figura de um parceiro(a) e/ou acompanhante é um momento oportuno para sensibilizar e envolver sua participação valorizando a capacidade do parceiro(a) escutando suas demandas e sugestões oferecendo apoio e incentivando ao cuidado da própria saúde. No caso em que a mulher não queira a presença do parceiro(a) deve-se questionar as razões e se gostaria de outro acompanhante explicando os benefícios deste neste momento. Caso a mulher decida por não ter o futuro pai como acompanhante, respeitar a sua decisão.

Nas Unidades Básicas de Saúde, os atendimentos destas mulheres para realização de teste rápido para gravidez deve ser realizado no momento em que a mulher procura a unidade, entre as agendas, e caso positivo pode ser agendado o dia para consulta de Abertura de pré-natal. Na consulta de abertura de pré-natal é que serão realizadas a escuta qualificada, orientações sobre a gestação, as rotinas do serviço e haverá tempo hábil para retirar dúvidas.

7.2 Diagnóstico precoce da gestação

Com objetivo de realizar o diagnóstico precoce da gestação, as unidades de saúde deverão oferecer as mulheres com atraso menstrual ou suspeita de gestação o Teste Rápido para detecção da gravidez, instituído no Município desde 2009. Na

ausência do teste solicitar Beta-HCG no laboratório de referência, considerando que ambos os testes são sensíveis e confiáveis. *Ao solicitar o Beta-HCG o profissional deverá estabelecer uma forma de busca ativa da mulher para acompanhamento desse exame.* Orientar a mulher que em de teste rápido negativo: se persistir o atraso menstrual por mais 10 dias, retornar a UBS, para solicitar o Beta-HCG, conforme Fluxograma 1.

Caso a mulher seja captada com atraso menstrual acima de 12 semanas pode-se detectar a presença de Batimento Cardíaco Fetal (BCF) utilizando o detector fetal. Caso não seja possível a detecção do BCF, realizar o teste rápido para gravidez e por última escolha o exame laboratorial Beta-HCG, se o teste rápido de gravidez negativo.

Segundo o Ministério da Saúde (2012) as mulheres com atraso menstrual podem apresentar sinais que indiquem uma possível gestação, devendo o enfermeiro estar atento a estes, para detecção e seguimento do acompanhamento.

7.2.1 Sinais de presunção de gravidez:

- Atraso menstrual
- Manifestações clínicas (náuseas, vômitos, tonturas, salivação excessiva, mudança de apetite, aumento da frequência urinária e sonolência);
- Modificações anatômicas (aumento do volume das mamas, hipersensibilidade nos mamilos, tubérculos de Montgomery, saída de colostro pelo mamilo, coloração violácea vulvar, cianose vaginal e cervical, aumento do volume abdominal).

7.2.2 Sinais de probabilidade:

- Amolecimento da cérvix uterina, com posterior aumento do seu volume;
- Paredes vaginais aumentadas, com aumento da vascularização (pode-se observar pulsação da artéria vaginal nos fundos de sacos laterais);
- Positividade da fração beta do HCG no soro materno a partir do oitavo ou nono dia após a fertilização.

7.2.3 Sinais de certeza:

- Presença dos batimentos cardíacos fetais (BCF), que são detectados pelo sonar a partir de 12 semanas.

- Percepção dos movimentos fetais (de 18 a 20 semanas);
- Ultrassonografia: o saco gestacional pode ser observado por via transvaginal a partir de 6 ou 7 semanas de gestação e a atividade cardíaca.

7.3 Estímulo a Paternidade Responsável

O profissional responsável pelo acolhimento deve estar atento a situações em que a gestante chega à consulta de pré-natal sem acompanhante: pergunte sobre o seu relacionamento com o pai e se ela gostaria que ele a acompanhasse nas próximas consultas e durante o parto; se a gestante quiser ir com o pai, converse com ela sobre como convidar, sobre os benefícios desse envolvimento e sobre o que teriam que considerar para a sua participação (horário do pedido de autorização para sair do trabalho, etc.); se o futuro pai/accompanhante não pode acompanhá-la nas consultas por razões como viagens, trabalho, privação de liberdade, etc., orientar a mãe a transmitir a ele todas as informações para que se sinta estimulado a se envolver no processo.

A participação do (a) parceiro (a) durante o acompanhamento da gestação e do parto e nos cuidados no desenvolvimento da criança é de fundamental importância, pois possibilita a todos uma melhor qualidade de vida e a formação de vínculos afetivos saudáveis. Baseado nisso, as Políticas Nacional e Distrital de Atenção Integral à Saúde do Homem (Portaria GM/MS nº 1.944, de 27 de agosto de 2009; e Resolução SES-DF nº 420, de 03 de dezembro de 2013) tem como um dos seus objetivos a proposição de ações estratégicas que fortaleçam e que efetivem a participação dos pais em todas as etapas da gravidez e do desenvolvimento da criança.

Dessa forma, recomenda-se que os profissionais de saúde que realizam pré-natal na rede busquem acolher o(a) parceiro(a) da mulher, desde o diagnóstico da gravidez, e o(a) integre às ações realizadas durante o acompanhamento do pré-natal, do parto, do puerpério e do crescimento e desenvolvimento infantil, a partir das seguintes ações:

- Acolher e buscar envolver os pais/parceiros(as) desde o teste de gravidez, permitindo que ele(a) se identifique com a proposta de cuidar e começar a criar vínculos com seu futuro filho(a);

- Explicar para a gestante e o futuro pai os benefícios da participação dele em todas as etapas da gestação, incluindo as consultas de pré-natal e o momento do parto (Lei do Acompanhante);
- Realizar exames de testes rápidos e exames de rotina;
- Atualizar o cartão vacinal do(a) companheiro(a) da gestante;
- Desenvolver temas voltados para o público masculino nas atividades educativas durante o pré-natal;
- Apresentar ao parceiro os textos disponíveis na Caderneta da Gestante;
- Estimular que o pai compareça aos serviços de saúde para consultas médicas e vacinação;
- Incentivar a participação efetiva do parceiro(a) no momento do parto, puerpério e cuidado ao RN;
- Orientar e valorizar o apoio que ele(a) pode dar com relação à amamentação e realizando atividades domésticas como cuidar da casa, cozinhar e lavar as roupas.

No momento do diagnóstico da gravidez, caso essa mulher esteja sozinha, o profissional de saúde deve incentivar a participação do(a) parceiro(a) nas próximas consultas de pré-natal para que o acompanhamento seja realizado pelo casal, *respeitados os direitos da mulher acerca da presença de acompanhante.*

7.4 Projeto “Um Outro Destino” - NAE (Núcleo de Apoio Especializado à criança e ao adolescente)

O projeto “Um Outro Destino” existe para ajudar as gestantes ou mães de recém-nascidos, que manifestem o interesse de entregar o(a) filho(a) para adoção, a tomar uma decisão consciente, seja pela entrega para a adoção ou pela permanência com a criança. A entrega para a adoção tem respaldo jurídico e os profissionais ligados ao projeto estão preparados para oferecer a gestante ou mãe um tratamento humanizado, sem críticas ou censura, garantindo-lhe o direito ao sigilo.

A gestante que tem a intenção de entregar o(a) filho(a) em adoção deve procurar a vara da infância e da juventude onde receberá as informações e acompanhamento necessários para que possa tomar a decisão de maneira consciente e esclarecida. A gestante é acompanhada pela saúde, para o pré-natal e pela assistência social para atendimento especializado. Após o nascimento da criança,

a vontade da mãe ou de ambos os genitores, se houver pai registral ou pai indicado, deve ser manifestada na audiência.

Após a manifestação de intenção da entrega, a mãe pode desistir. O consentimento é retratável até a data da audiência realizada após o nascimento e os pais podem exercer o arrependimento no prazo de 10 dias, contados da data de prolação da sentença de extinção do poder familiar.

A adoção legal oferece à criança a oportunidade de ter um outro destino, sendo inserida em uma família habilitada, preparada dentro das atividades do grupo de apoio à adoção de Toledo(GAAT) e acompanhada pela Vara da Infância e da Juventude.

ABANDONAR É CRIME, ENTREGAR PARA A ADOÇÃO É UM ATO DE AMOR.

CONTATOS: (45) 99825-8674

(45) 3277-4811

8. SISTEMA DE INFORMAÇÃO

Após o diagnóstico da gestação dá-se início ao acompanhamento do pré-natal da gestante, e os registros no prontuário eletrônico se darão da seguinte forma:

- Primeira consulta: obrigatoriamente deve ser agendado no sistema de informação municipal como: ADESÃO A ASSISTÊNCIA PRÉ NATAL INCENTIVO PHPN; Dados necessários para a adesão ao pré-natal web. No atendimento clicar na aba hipótese, abrir aba SOAP (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano), clicar em pré-natal, preencher todos os dados do atendimento obstétrico, ao final do preenchimento gravar os dados do pré-natal, incluindo o CIAP (W78).
- Consultas subsequentes: deverão ser agendadas no sistema de informação municipal como: CONSULTA DE PRÉ NATAL.
- Consultas por demandas espontâneas, exames de testes rápidos e estreptococos, e coleta de preventivo: agendar como consulta de profissional de nível superior exceto médico.
- Consulta Puerperal: as consultas realizadas até 45 dias pós-parto deverão ser agendadas no sistema de informação municipal como: CONSULTA PUERPERAL. Durante o atendimento puerperal para poder concluir a gestação no sistema (municipal e pré-natal web) deve ser realizado registro no módulo atendimento de consultas SOAP, no campo avaliação informando os CIAPs relacionados ao desfecho da gestação conforme Quadro 1. Importante utilizar apenas

os CIAPs abaixo descritos, pois fora estes não se consegue exportar estes dados para base do Ministério da Saúde:

Quadro 1 – Relação de CIAP´s para desfecho da gestação

CONDIÇÃO	CIAP
Parto sem complicações de nascido vivo	W90
Parto sem complicações de natimorto	W91
Parto com complicações de nascido vivo	W92
Parto com complicações de natimorto	W93
Aborto espontâneo	W82
Aborto provocado	W83

- Consulta do Pai/Parceiro: a consulta deverá ser agendada no sistema de informação municipal como: CONSULTA PRÉ NATAL DO PARCEIRO.
- Aplicação de medicações em gestantes – principalmente gestantes e parceiros em tratamento de Sífilis: em qualquer situação que haja necessidade de aplicações de medicação na UBS para parceiro ou gestante, deve ser colocado no sistema de informação municipal, entrar em atendimento, procedimento ambulatorial, colocar nome do usuário/paciente, e procedimento administração de medicação. Colocando no campo de observação obrigatoriamente, o tipo de medicação administrada e a via de administração. Anotar também no cartão da gestante.
- Planilha de Gestante Municipal: o município conta com uma planilha de gestante municipal, toda adesão ao pré-natal a gestante deve ser inclusa nesta planilha, devendo esta ser alimentada conforme suas especificações por todos os membros da equipe, conforme organização de cada UBS.
- Planilha de Infecção do Trato Urinário e Sífilis: o município conta com uma planilha municipal, para a inclusão de gestantes com Infecção do Trato Urinário (ITU) e Sífilis, para rastreabilidade, monitoramento e acompanhamento, da gestão e da UBS. O enfermeiro deve alimentar esta planilha, com o auxílio das informações do médico.
- Quando gestante muda de endereço para outro município: alterar no cadastro do usuário endereço para não informado e descrever no campo observação que mudou-se e realizar o bloqueio do cadastro.

9. PRIMEIRA CONSULTA DE PRÉ-NATAL

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, amamentação e vacinação;
- Realizar o devido preenchimento do Cartão da Gestante (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta);
- Realizar a consulta de pré-natal intercalada com a do(a) médico(a) até o término da gestação;
- Solicitar exames de rotina de acordo com a Rede Materno Infantil;
- Realizar testes rápidos na gestante e parceiro(a) (lembrando que os resultados devem ser entregues separadamente). OBS.: *caso parceiro(a) não esteja presente na consulta, agendar conforme rotina da UBS;*
- Realizar o Teste da Mãezinha;
- Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal;
- Encaminhar e/ou agendar a gestante para atendimento odontológico;
- Realizar a estratificação de risco conforme linha guia e encaminhar a gestante para atendimentos multiprofissionais conforme a necessidade (conforme quadros 10, 11 e 12)
- Verificar a situação vacinal e encaminhar a gestante a sala de vacina conforme sua necessidade. Caso a mulher não esteja portando o cartão vacinal e não existindo dados no sistema de informação municipal, orientá-la a trazer na próxima consulta e monitorar se houve a realização das vacinas necessárias durante o período de gestação;
- Identificar gestantes com sinal de alarme e encaminhá-las para consulta médica;
- Orientar as gestantes quanto aos sinais de riscos obstétricos, esta deve ser orientada a procurar o hospital de referência caso a unidade de saúde não esteja em horário de atendimento;
- Incentivar a participar das atividades educativas;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e atentar-se para a busca ativa das gestantes faltosas;
- Vincular as gestantes ao hospital\maternidade de referência de acordo com sua estratificação de risco, no município de Toledo, todas as gestantes deverão estar vinculadas ao HOESP/ Hospital Bom Jesus;

- *A visita guiada para o hospital de referência deve ser orientada desde a primeira consulta de pré-natal, sempre confirmar a disponibilidade da instituição para o agendamento. Contato com o Banco de Leite Humano – telefone: (45) 2103-2013;*
- Programa “Mãe Toledana”, instituído pela Lei “R” Nº 109, de 5 de setembro de 2007, o qual consiste no custeio de até vinte e oito passagens de transporte coletivo urbano a gestantes residentes no Município de Toledo, para viabilizar a realização do acompanhamento de pré-natal (a solicitação deve ser realizada através do e-mail maetoledana@toledo.pr.gov.br, após a gestante possuir o cartão de transporte do município);
- Programa “Mãe Dedicada – Pré-natal 100%”, instituído pela Lei “R” Nº 135, de 6 de novembro de 2009, que tem como objetivo a concessão de prêmio, a título de incentivo, no valor de R\$ 200,00 (duzentos reais), em parcela única, às parturientes residentes no Município de Toledo, que tenham realizado, através do SUS, no mínimo sete consultas e exames preconizados pelo Ministério da Saúde, durante a gravidez, e a primeira consulta do recém-nascido, mediante verificação pelos Relatórios de Acompanhamento, Cartão da Gestante e Declaração de Nascido Vivo da Secretaria da Saúde (a solicitação deverá ser realizada no setor de protocolo da prefeitura);

Em todas as consultas de pré-natal é necessário realizar a estratificação do risco conforme a Linha Guia Rede Materno Infantil, sempre identificando e monitorando o correto preenchimento do cartão da gestante.

Ao identificar uma situação que caracterize risco real e/ou fatores evitáveis a gestante deve ser, necessariamente, referenciada. Depois de realizado o atendimento especializado, a unidade básica de saúde deve continuar responsável pelo seguimento da gestante encaminhada.

9.1 Exame físico geral e obstétrico

Durante a consulta de enfermagem além da competência técnica, o enfermeiro deve atentar-se para as condições crônicas e agudas apresentadas pela gestante:

- Avaliação dos dados vitais;
- Avaliação nutricional;
- Avaliação da região cervical;

- Avaliação da cavidade oral;
- Inspeção e palpação das mamas;
- Avaliação de edemas principalmente em face e MMII;
- Observar varizes e sinais flogísticos;
- Palpação Obstétrica para identificação da situação e apresentação fetal e acompanhamento da altura uterina;
- Ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF);
- Presença de perdas vaginais;
- Leucorreia;
- Queixas urinárias;
- Exame especular, podendo ser na primeira consulta e/ou nas subsequentes. OBS: *Diante da necessidade de coleta de preventivo na gestação, realizar o preventivo e avaliação ginecológica simultaneamente.*

10. PRIMEIRA CONSULTA DO PAI / PARCEIRO(A)

Além das orientações gerais sobre o pré-natal deve-se solicitar/realizar os seguintes exames:

- Testes rápidos (HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C);
- Solicitação laboratoriais de rotina: tipagem sanguínea e fator RH, hemograma, lipidograma (HDL, LDL, colesterol total, triglicerídeos), glicose de jejum, urina e TSH;
- Aferição dos Sinais Vitais e IMC;

Estes deverão ser solicitados/realizados no primeiro trimestre de gestação da mulher e, caso seja detectado alguma alteração, deve-se ofertar o devido tratamento ou encaminhamento para a condição clínica diagnosticada.

Solicitar carteira de vacinação e/ou verificar no sistema de informação municipal e atualizar as vacinas atrasadas.

11. VACINAS NA GESTAÇÃO

A vacinação durante a gestação não objetiva somente a proteção da gestante, mas também a proteção do feto. Dessa forma, recomenda-se que as mulheres gestantes estejam com seu calendário vacinal atualizado com as seguintes vacinas: dT (Dupla Adulto – Difteria e Tétano); dTpa (Difteria, Tétano e Coqueluche [*Pertussis*

acelular]); Influenza, COVID-19 e Hepatite B. Baseado nisso, a gestante deverá iniciar ou complementar seu esquema vacinal de acordo com a situação encontrada, a saber:

11.1 Vacina dT e dTpa (Difteria, Tétano e Coqueluche [*Pertussis* acelular])

a) *Gestante sem nenhuma dose registrada da dT*: iniciar o esquema vacinal o mais precocemente possível com 3 doses, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo 30 dias, sendo pelo menos 1 dose com a dTpa, no período de 27 a 36 semanas de gestação;

b) *Gestante com esquema vacinal incompleto (1 ou 2 doses) em qualquer período gestacional*: deve-se completar o esquema de 3 doses o mais precocemente possível, com intervalo de 60 dias ou, no mínimo 30 dias entre elas, sendo pelo menos 1 dose com a dTpa, no período de 27 a 36 semanas de gestação;

c) *Gestante com esquema vacinal completo (3 doses ou mais) e última dose administrada há menos de 5 anos*: deverá receber 1 dose da dTpa, no período de 27 a 36 semanas de gestação;

d) *Gestante com esquema completo (3 doses ou mais) e última dose há mais de 5 anos e menos de 10 anos*: deverá receber 1 dose de reforço com a dTpa, no período de 27 a 36 semanas de gestação;

e) *Gestante com esquema vacinal completo (3 doses ou mais), sendo a última dose há mais de 10 anos*: deverá receber 1 dose de reforço com a dTpa, no período de 27 a 36 semanas de gestação.

Deve ser administrada 01 dose da vacina dTpa para cada gestação, devido os anticorpos serem de curta duração. Gestantes que residem em locais de difícil acesso aos serviços de saúde podem receber a vacina dTpa a partir da 20ª semana de gestação, podendo ser administrada até 20 dias antes da data provável do parto. As mulheres que perderam a oportunidade de serem vacinadas durante a gestação, devem receber uma dose de dTpa no puerpério (até 45 dias após o parto).

11.2 Vacina Hepatite B

a) As gestantes não vacinadas, independente da faixa etária e idade gestacional devem receber 03 doses da vacina com esquema 0, 1 e 6 meses. Aquelas que apresentam esquema vacinal incompleto devem apenas completar o esquema já iniciado.

b) Para as gestantes que perderam ou não possuem o comprovante de vacinação e forem menores de 25 anos (após esgotadas as possibilidades de busca) solicitar o exame Anti-Hbs para avaliar imunidade contra Hepatite B – agendar o exame com cota do CISCOPAR;

c) Para as gestantes que perderam ou não possuem o comprovante de vacinação e forem maiores de 25 anos (após esgotadas as possibilidades de busca) devem receber 3 doses da vacina com esquema 0, 1 e 6 meses.

11.3 Vacina contra Influenza

É recomendada em todas as gestantes, em qualquer período gestacional, ou puérperas até 45 dias pós-parto, durante a campanha anual contra influenza sazonal. O esquema consta de uma dose no período da campanha.

11.4 Vacina contra COVID-19

a) A vacina pode ser administrada em qualquer faixa etária e Idade Gestacional, apenas respeitando intervalo mínimo entre as doses recomendadas pelo Programa Nacional de Imunização (PNI).

c) No caso de puérperas que receberem a vacina não há indicação de interromper a amamentação.

11.5 Imunoglobulina do fator ANTI-RH

Quando for necessária a administração de imunoglobulina, deve-se registrar a indicação no cartão da gestante e destacar o exame laboratorial que atesta a necessidade da imunoglobulina. O hospital de referência que realizará tal procedimento.

Em casos de aborto, em que não tenha sido feito imunoglobulina ANTI-RH, ou não há anotações frente à administração por parte do hospital, primeiramente deve-se entrar em contato telefônico com o hospital de referência, se não realizado, solicitar ao setor de epidemiologia a imunoglobulina para aplicação na Unidade de Saúde.

Atentar-se a consulta puerperal, a anotação do hospital de referência do parto, se existe anotação no cartão da gestante frente a administração de imunoglobulina, se não houver registro entrar em contato com hospital. Caso haja algum problema ou falta de informação entrar em contato com vigilância epidemiológica do município.

11.6 Imunoglobulina Anti Hepatite B

Em caso de Teste Rápido de Hepatite B positivo, realizar notificação a epidemiologia e solicitar exames confirmatórios (Uma vez confirmado a Hepatite B ou caso a gestante já saiba que é portadora, solicitar a imunoglobulina pela ficha do CRIE, preencher adequadamente a ficha e encaminhar ao setor de epidemiologia. **Imprescindível colocar data provável do parto (DPP) e hospital de referência na ficha do CRIE (Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais).**

12. MEDICAÇÃO NO PRÉ-NATAL

12.1 Suplementação Profilática com Ferro e Ácido Fólico

A necessidade de ferro durante a gestação é muito elevada, por isso recomenda-se a adoção de medidas complementares ao estímulo à alimentação saudável, com o intuito de oferecer ferro adicional de forma preventiva.

Desse modo, a prevenção da anemia por deficiência de ferro deve ser planejada com a priorização da suplementação de ferro medicamentosa em doses profiláticas; com ações de educação alimentar e nutricional para alimentação adequada e saudável; com a fortificação de alimentos; com o controle de infecções e parasitoses; e com o acesso à água e esgoto sanitariamente adequado. As ações de prevenção da anemia devem priorizar intervenções que contribuam para o enfrentamento dos seus principais determinantes.

A suplementação com ferro e ácido fólico durante a gestação é recomendada como parte do cuidado no pré-natal para reduzir o risco de baixo peso ao nascer da criança, anemia e deficiência de ferro na gestante (SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 2006). Inicialmente, deve ser indicada para toda gestante, independente do risco estratificado, devido poucas exceções que contraindicam o uso na gestação, o custo-benefício é maior.

Ressalta-se que a suplementação com ácido fólico deve ser iniciada pelo menos 30 dias (idealmente 03 meses) antes da data em que se planeja engravidar para a prevenção da ocorrência de defeitos do tubo neural e deve ser mantida durante toda a gestação para a prevenção da anemia (FEBRASGO, 2012).

O esquema de prescrição e administração da suplementação profilática de sulfato ferroso e ácido fólico encontra-se nos quadros 2 e 3. Ressalta-se que o profissional enfermeiro está habilitado para prescrever esses medicamentos.

Quadro 2 - Administração da Suplementação Profilática de Sulfato Ferroso

PÚBLICO	CONDUTA	PERIODICIDADE
Gestante	40 mg de ferro elementar	Diariamente a partir das 12 semanas até o final da gestação
Mulheres pós-parto e pós- aborto	40 mg de ferro elementar	Diariamente até o terceiro mês pós-parto ou pós-aborto

Quadro 3 - Administração da Suplementação Profilática de Ácido fólico.

PÚBLICO	CONDUTA	PERIODICIDADE
Mulheres que planejam engravidar	Ácido fólico 5mg*	Pelo menos 30 dias antes da data em que se planeja engravidar (ideal 3 meses)
Gestante	Ácido fólico 5mg*	Diariamente até o final da gestação

*Se disponível na rede pública utilizar preferencialmente a dosagem de 400mcg.

12.2 Modificações e Desconfortos Mais Frequentes na Gestação – Cuidados de Enfermagem e Prescrições Farmacológicas

Quadro 4 - Modificações e Desconfortos Mais Frequentes na Gestação – Cuidados de Enfermagem e Prescrições Farmacológicas

Modificação / Desconforto	Observação	Prescrição de Cuidados	Prescrição Farmacológica
Cefaleia	<ul style="list-style-type: none"> * Bastante comum no primeiro trimestre devido a alterações hormonais; * Pode também estar relacionado a tensão emocional, ansiedade, medo, insegurança, a períodos longos em jejum e ingesta hídrica inadequada; * Sempre afastas o risco de alterações de Pressão Arterial e sinais de pré-eclâmpsia; * Investigar história prevista de enxaqueca ou outras causas ou uso de medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> * Repouso em local com pouca luminosidade e boa ventilação; * Conversar com a gestante tentando identificar fatores emocionais; * Orientar exercícios de relaxamento e respiração, pratica de meditação ou yoga; * Facilitar expressão de sentimentos e expectativas; * Estimular a participação em grupos de gestantes ou de psicoterapia; * Estimular a prática física; * Estimular aumento da ingesta hídrica e alimentação adequada; * Se dor recorrente, solicitar avaliação médica. 	<ul style="list-style-type: none"> * Afastando a hipótese de qualquer risco e, caso as medidas anteriores não resolvam, prescrever: <p>1ª Escolha: Paracetamol 500mg de 6/6 horas, se dor.</p> <p>2ª Escolha: Dipirona 500mg de 6/6 horas, se dor.</p>
Desmaios Tontura Fraqueza	<ul style="list-style-type: none"> * Alteração na mecânica corporal e instabilidade motora e de hemodinâmica (vasodilatação e hipotonia vascular (progesterona) e estase sanguínea em membros inferiores); * Diminuição do débito cardíaco; 	<ul style="list-style-type: none"> * Repouso de preferência em decúbito lateral esquerdo; * Movimentar-se com mais cuidado e mais devagar; * Estimular prática de exercícios físicos e respiratórios; 	

	<ul style="list-style-type: none"> * Quadros de Hipotensão postural e de supina (por compressão da veia cava e aorta abdominal); * Anemia; * Hipoglicemia. 	<ul style="list-style-type: none"> * Evitar ambientes fechados e com muitas pessoas; * Alimentação fracionada rica em ferro e vitamina C; * Ingesta hídrica adequada; Sentar coma cabeça abaixada ou deitar-se de decúbito lateral esquerdo e respirar profunda e pausadamente para aliviar os sintomas; * Nos casos recorrentes, o uso de meias elásticas para melhorar o retorno venoso pode estar indicado; * Avaliar a pressão arterial. 	
Sonolência	<ul style="list-style-type: none"> * Relacionada a aspectos que circundam o universo psíquico da gestante como a regressão inconsciente ao seu nascimento, ambivalência, introspecção e muitas vezes fuga para auxiliar no enfrentamento dos medos e inseguranças que circundam a hora do parto. 	<ul style="list-style-type: none"> * Estimular a gestante a falar sobre suas expectativas e sentimentos; * Estimular o repouso; * Estimular a prática física, exercícios de respiração, yoga; * Estimular a meditação; * Avaliar Pressão Arterial; * Aumentar ingestão hídrica. 	
Insônia	<ul style="list-style-type: none"> * Stress, sobrecarga de trabalho; * Dificuldade de achar uma postura confortável para dormir; * Aspectos emocionais que circundam o momento do parto como ansiedade, medo; * Aspectos emocionais que circundam o cuidado e a chegada do bebê; * Movimentação fetal excessiva 	<ul style="list-style-type: none"> * Estimular a gestante a falar sobre suas expectativas e sentimentos; * Estimular o repouso; * Estimular a prática física, exercícios de respiração, yoga; * Estimular a meditação; * Avaliar Pressão Arterial; * Aumentar ingestão hídrica; * Estimular atividades de lazer e companhia de pessoas da rede de apoio da gestante; * Participar de grupos de gestantes; * Ler livros e ver filmes que relaxem; * Evitar tumultos, situações de medo, pessoas indesejáveis, notícias ruins; * Banho morno, massagens; * Evitar alimentos com cafeína; * Evitar telas pelo menos 2h antes de dormir; 	
Náuseas Vômito	<ul style="list-style-type: none"> * Devido as alterações hormonais da gravidez são comuns no primeiro trimestre da gravidez, retornando as vezes no 3º trimestre também; * Costumam ser mais intensas pela manhã, ao acordar ou após um período de jejum prolongado; * Pioram com estímulos sensoriais, em especial do olfato, com o cheiro de cigarro; ou do paladar, como pasta de dentes; * Atenção a aspectos emocionais que circundam a gestante, expectativas com a gravidez, ansiedade, história prévia de tabagismo; * Avaliar sempre o risco de evolução da Hiperêmese Gravídica caracterizada por vômitos contínuos e intensos ocasionando muitas vezes a 	<ul style="list-style-type: none"> * Orientar alimentar-se de forma fracionada de 3/3horas de preferência; * Orientar alimentar-se logo ao acordar e antes de deitar comer algo leve; * Orientar evitar jejum prolongado; * Orientar comer devagar e mastigar bem os alimentos; * Orientar dar a preferência a alimentos pastosos e secos (pão, torrada, bolachas); * Orientar evitar alimentos muito gordurosos, temperados, doces ou com odor forte; * Orientar ingestão hídrica adequada; 	<ul style="list-style-type: none"> * Afastando a hipótese de qualquer risco e, caso as medidas anteriores não resolvam, prescrever: <p>1ª ESCOLHA: * Bromoprida 10mg de 8/8 horas (meia hora antes das principais refeições);</p> <p>2ª ESCOLHA: * Metoclopramida 10mg de 8/8 horas (meia hora antes das principais refeições)</p> <p>3ª ESCOLHA: * Ondansetrona 4mg 2cp de 8/8 horas (meia hora antes das principais refeições)</p>

	desidratação, perda de peso, alterações urinárias e alterações metabólicas.	* Orientar auriculoterapia ou acupuntura; * Dar preferência para alimentos frios e ácidos;	Atentar-se para alergias e síndrome extrapiramidal <i>Obs: na suspeita de Hiperêmese Gravídica, solicitar avaliação médica.</i>
Queixas urinárias Ou Infecção urinária confirmada com exame laboratorial	* A provável compressão da bexiga pelo útero gravídico, diminui a capacidade volumétrica, ocasionando a urgência e frequência de urinar e a nictúria (aumento do ritmo miccional no período de sono), que se acentua à medida que a gravidez progride, dispensando tratamento e cuidados especiais. Avaliar sempre: * Presença de sinais de alerta; * Presença de sintomas sistêmicos.	* Aumentar ingesta hídrica; * Repouso em decúbito lateral esquerdo; * Orientar que o sintoma é transitório até o final da gravidez; * Caso exista outro sintoma, como disúria, hematúria, acompanhado ou não de febre, encaminhar para consulta médica.	* O tratamento deverá ser realizado após a confirmação da ITU com resultado de Urocultura positiva com antibiograma 1ª Escolha: Nitrofurantoína 100mg 1cp 6/6 horas por 7 dias 2ª Escolha: Cefalexina 500mg 1cp 6/6 horas por 7 dias 3ª Escolha: Amoxicilina + Clavulanato: 500+125mg 1cp 8/8 horas por 7 dias (junto com as refeições) **Após 36 semanas usar apenas Cefalexina. **Avaliar resultado do antibiograma, caso tenha resistência das medicações acima, encaminhar para avaliação médica.
Dor abdominal Cólicas	* Entre as causas mais frequentes estão: o corpo lúteo gravídico, flatulência, sensação de queda causada pelo peso da barriga, cólicas intestinais, o estiramento do ligamento redondo e as contrações uterinas de Braxton Hicks, geralmente são discretas, indolores, sem ritmo e desaparecem espontaneamente (por volta da 30ª semana); * Também pode ter dor abdominal baixa pelo peso uterino e o relaxamento das articulações da pelve. Avaliar sempre: * Presença de sinais de alerta (febre, sinal de Blumberg positivo, sangramento vaginal, cólicas que se tornam mais frequentes e fortes com o passar do tempo); * Presença de ITU; * Verificar se a gestante não está apresentando contrações uterinas.	* Orientar a paciente manter repouso em decúbito lateral esquerdo (aumenta o débito cardíaco, facilita o fluxo da placenta, aumentando a oxigenação para o bebê e a mãe); * Encorajar a falar de seus sentimentos e expectativas; * Usar cintas ou travesseiros e almofadas para apoiar a barriga; * Cuidados nutricionais, aumento da ingesta hídrica e bons hábitos para prevenir a constipação e flatulência; * Avaliar dinâmica uterina e sinais de parto prematuro; * Em caso de TPP, orientar manter repouso, evitar esforço, abstinência sexual até cessarem contrações e não estimular o mamilo.	Buscopam simples 01 cp de 8/8 horas se cólicas.
Edema	* No geral, surge no 3º trimestre da gestação, resultando da ação dos hormônios esteroides do ovários, da placenta e da suprarrenal e também das modificações circulatórias relacionadas com a mecânica postural, atividades laborais ou hábitos da gestante, aumentando a congestão venosa devido também ao	* Elevar as pernas acima da linha do coração pelo menos 10/15 min várias vezes ao dia; * Realizar exercícios rotatórios com tornozelos; * Dormir em decúbito lateral esquerdo com as pernas elevadas, se caso for necessário adaptar o pé da	Meia de compressão para gestantes. (compressão média) Ou Meia 7/8 média compressão

	<p>ortostatismo (ficar em pé) prolongado e com a deambulação;</p> <p>* Desaparece pela manhã e acentua-se ao longo do dia.</p> <p>Avaliar sempre:</p> <p>* A possibilidade do edema patológico, em geral associado à hipertensão e proteinúria, sendo sinal de pré-eclâmpsia.</p> <p>* A maioria das grávidas edemaciadas exibe gestação normal.</p> <p>* Com maior frequência no final da gestação, mas pode aparecer em todo período gestacional.</p>	<p>cama com tijolos, favorecendo o retorno venoso diminuindo o edema;</p> <p>* Usar roupas leves, evitando roupas apertadas que dificultem o retorno venoso;</p> <p>* Dieta normossódica e aumentar ingestão hídrica;</p> <p>* Realizar controle de peso e pressão arterial.</p>	
Pirose Azia	<p>* Devido às alterações hormonais, ocasionando distúrbios na motilidade gástrica resultando em refluxo e regurgitação, aumento da pressão intra-abdominal aumento da pressão intraperitoneal, pelo crescimento uterino;</p> <p>* Presente na maioria das vezes durante toda gestação, é mais observado no 3º trimestre;</p> <p>* Se presença concomitante com elevação pressórica, investigar possibilidade de pré-eclâmpsia.</p> <p>Avaliar sempre:</p> <p>* História clínica;</p> <p>* Uso de medicamentos.</p>	<p>* Fazer alimentação fracionada de 3/3 horas de preferência;</p> <p>* Evitar líquido durante as refeições e deitar-se logo após as refeições;</p> <p>* Ingerir líquido gelado durante a crise ou gelo ou ainda uma bolacha seca;</p> <p>* Elevar a cabeceira da cama ao dormir;</p> <p>* Evitar frituras, café, chá mate e preto, doces, alimentos gordurosos e/ou picantes.</p>	<p>* Afastando a hipótese de qualquer risco e, caso as medidas anteriores não resolvam, prescrever:</p> <p>Hidróxido de alumínio 10-15ml (duas colheres de chá a uma colher de sopa) após as refeições e ao deitar-se;</p> <p>- Orientar armazenamento na geladeira.</p> <p><i>Obs: Encaminhar para avaliação médica caso não tenha melhora do quadro.</i></p>
Dor lombar Dor em região pélvica	<p>* As ações dos hormônios agem ativamente em nossas articulações causando um evento denominado embrição gravídica, a adaptação da postura materna, peso fetal, deslocamento do centro de gravidade, tensões posturais e dorsal, problemas em nervo ciático podem ser as possíveis causas da gestante referir dor lombar e dor na região pélvica.</p> <p>Avaliar sempre:</p> <p>* Características da dor (mecânica ou inflamatória, tempo de evolução, fatores de melhora ou piora, relação com o movimento);</p> <p>* Sinais e sintomas associados (alerta para febre, mal-estar geral,</p> <p>* Sintomas urinários, enrijecimento abdominal e/ou contrações uterinas, déficit neurológico);</p> <p>* História de trauma.</p>	<p>* Recomendar o uso de sapatos confortáveis e evitar saltos altos;</p> <p>* Recomendar a aplicação de calor local e massagens;</p> <p>* Recomendar acupuntura;</p> <p>* Corrigir postura e movimentar-se devagar;</p> <p>* Indicar atividades de alongamento, relaxamento e orientação postural.</p> <p>* Utilizar travesseiros entre as pernas para alinhar coluna;</p> <p>* Evitar exercícios em excesso seguindo o ritmo que a gestante conseguir suportar com conforto;</p> <p>* Realizar atividades de lazer para diminuir o estresse ansiedade;</p> <p>* Estimular a gestante a confiar em sua consciência corporal restringindo o que lhe causa dor e desconforto.</p> <p>* Encaminhar para fisioterapia caso necessário.</p>	<p>* Afastando a hipótese de qualquer risco e, caso as medidas anteriores não resolvam, prescrever:</p> <p>Paracetamol 500mg de 6/6 horas, se dor.</p> <p>ou</p> <p>Dipirona 500mg de 6/6 horas, se dor.</p>
Cãibras	<p>* Geralmente iniciam no primeiro trimestre e podem se intensificar até o final da gravidez.</p> <p>* A causa pode estar associada a alguns fatores dentre eles:</p> <p>* Estiramento da musculatura e da fáscia;</p> <p>* Deficiente circulação nos músculos devido a pressão uterina;</p> <p>* Redução do nível de Cálcio;</p> <p>* Compressão de raízes nervosas;</p> <p>* Problemas posturais;</p>	<p>* Aumentar ingestão de alimentos ricos em potássio (banana/melão) e reduzir alimentos ricos em fósforo (iogurte, grãos, carne vermelha, etc.).</p> <p>* Recomendar pisar em superfície fria</p> <p>* Massagear músculo contraído e dolorido</p> <p>* Evitar o alongamento muscular excessivo ao</p>	

		<p>acordar, em especial dos músculos do pé (ato de se espreguiçar);</p> <ul style="list-style-type: none"> * No último trimestre evitar ficar na mesma posição por período prolongado; * Nas crises, a grávida com câimbras nos membros inferiores se beneficia muito do calor local, da aplicação de massagens na perna e da realização de movimentos passivos de extensão e flexão do pé; * Evitar excesso de exercício físico e massagear o músculo contraído e dolorido; * Realizar alongamentos específicos, com orientação profissional; 	
Constipação intestinal Flatulência	<ul style="list-style-type: none"> * Pela ação hormonal dos esteroides e progesterona, há um relaxamento da musculatura lisa, diminuindo peristaltismo, diminuição do tônus, aumentando o tempo do esvaziamento gástrico, favorecendo a flatulência e hábito de eliminação intestinal inadequado. * Às vezes é agravado pela consistência das fezes, fissuras e hemorroidas. 	<ul style="list-style-type: none"> * Ingerir alimentos ricos em fibras como legumes, verduras, frutas, vegetais crus, grão integrais, mamão, linhaça, gergelim, mamão, ameixa seca. * Fracionar alimentação 3/3 horas; * Estabelecer como rotina horário de evacuação; * Aumentar ingestão hídrica; * Evitar alimentos flatulosos (feijão, grão-de-bico, lentilha, repolho, brócolis, pimentão, pepino e couve); * Realizar higiene anal após evacuação com água e sabão; * Evitar óleos minerais que dificultam a absorção das vitaminas; * Caso cuidados não sejam efetivos encaminhar para avaliação médica. 	<ul style="list-style-type: none"> * Afastando a hipótese de qualquer risco e, caso as medidas anteriores não resolvam, prescrever: <p>Lactulona ou óleo mineral (suspensão) – 1 colher de sopa no máximo 3x ao dia</p> <p><i>Obs: Encaminhar para avaliação médica caso não tenha melhora do quadro.</i></p>
Sialorreia	<ul style="list-style-type: none"> * A sialorreia, ptialismo ou salivação excessiva é uma das queixas que mais incomodam na gravidez; * Está associada a náusea e pode causar a perda de líquidos, eletrólitos e enzimas. 	<ul style="list-style-type: none"> * Orientar paciente sobre o desconforto; * Manter dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos; * Orientar a gestante a deglutir a saliva; * Aumentar ingestão hídrica. 	
Hiperpigmentação da pele	<ul style="list-style-type: none"> * O aparecimento de manchas castanhas e irregulares na face ocorre em torno de 50% a 70% das gestantes, dando origem ao cloasma gravídico; * Devido ao aumento dos hormônios melanina, estrógeno e progesterona. 	<ul style="list-style-type: none"> * Geralmente desaparecem lentamente, ou ao menos regridem após o parto. Entretanto, um número considerável de casos exige tratamento dermatológico. * Orientar que é comum na gravidez e costuma diminuir ou desaparecer após o parto; * Evitar exposição direta ao sol (usar boné, chapéu ou sombrinha); * Utilizar filtro solar, aplicando no mínimo três vezes ao dia. 	
Dispneia	<ul style="list-style-type: none"> * Embora o fator mecânico (compressão do diafragma pelo útero gravídico) contribua para o 	<ul style="list-style-type: none"> * É recomendado realizar ausculta cardíaca e pulmonar e, se houver alterações, 	

	<p>agravamento da queixa no final da gestação, é a hiperventilação a maior responsável por esse distúrbio respiratório.</p> <p>* Atentar sempre as comorbidades e história clínica da paciente.</p>	<p>encaminhar para avaliação médica.</p> <p>* Solicitar repouso em decúbito lateral esquerdo.</p> <p>* Elevar a cabeceira da cama.</p>	
Hemorroidas	<p>* O mais provável é que, na gestação, as hemorroidas preexistentes e assintomáticas possam ser agravadas;</p> <p>* É certo que aquelas previamente sintomáticas se agravam na gestação e, sobretudo, no parto e no pós-parto;</p> <p>Avaliar:</p> <p>* Aumento da intensidade da dor;</p> <p>* Endurecimento do botão hemorroidário;</p> <p>* Sangramento retal.</p>	<p>* Realizar exercícios de contrações do assoalho pélvico para facilitar circulação anal e perineal;</p> <p>* Dieta rica em fibras, estimular a ingestão de líquidos e, se necessário, supositórios de glicerina;</p> <p>* Higiene local com duchas ou banhos após a evacuação;</p> <p>* Banho de assento com água morna;</p> <p>* Em qualquer alteração, se faz necessária avaliação médica.</p>	
Leucorreia	<p>* O aumento do fluxo vaginal é comum na gestação, sendo importante realizar avaliação adequada pelo fato das vulvovaginites infecciosas estarem associadas ao parto prematuro, baixo peso ao nascer e rotura prematura de membranas.</p> <p>Avaliar sempre:</p> <p>* Se há queixas de mudanças do aspecto do corrimento, coloração, presença de sintomas associados como prurido, ardência, odor e outros;</p> <p>* Usar calcinhas confortáveis de malha, lavar com sabão neutro e secar ao ar livre se possível;</p> <p>* Fazer higiene íntima no sentido antro posterior com sabão neutro;</p> <p>ATENÇÃO As cervicites são assintomáticas em torno de 70% a 80% dos casos.</p> <p>• Nos sintomáticos as queixas mais frequentes: corrimento vaginal, sangramento pós-coito, dispareunia e disúria.</p> <p>Achados ao exame físico: sangramento ao toque da espátula ou swab, material mucopurulento no orifício externo do colo e dor à mobilização do colo uterino.</p>	<p>Orientar:</p> <p>* O fluxo vaginal normal é comumente aumentado durante a gestação e não causa prurido, desconforto ou odor fétido;</p> <p>* Usar calcinhas confortáveis de malha, lavar com sabão neutro e secar ao ar livre se possível;</p> <p>* Fazer higiene íntima no sentido antro posterior com sabão neutro;</p> <p>* Encaminhar Bacterioscopia conforme avaliação;</p>	<p>Candidíase (independente da IG): O tratamento na gestação deve ser realizado preferencialmente com medicação tópica, com Miconazol a 2%, creme vaginal por 7 dias;</p> <p>Vaginose bacteriana (independente da IG): Metronidazol 250mg. 2 comprimidos VO, 2x por dia, por 7 dias</p> <p>OU Metronidazol 400mg. 1 comprimidos VO, 8/8h, por 7 dias</p> <p>OU Metronidazol 400mg, 5 comprimidos, VO, dose única (dose total de tratamento 2g)</p> <p>OU Metronidazol gel vaginal 100mg/g, um aplicador cheio via vaginal, à noite ao deitar-se, por 5 dias</p> <p>Tricomoniase (independente da IG): Metronidazol 2 g, VO, dose única;</p> <p>OU Metronidazol, 250 mg, VO, a cada 8 horas, por 7 dias;</p> <p>OU Metronidazol de 400 a 500 mg, VO, a cada 12 horas, por 7 dias.</p> <p>Tratamento parceiro: Metronidazol, 2 g, VO, dose única.</p>
Epistaxe	<p>* O aumento de estrogênio característico da gestação provoca mudanças na mucosa que favorecem o sangramento nasal, principalmente</p>	<p>Prescrever:</p> <p>* Soro nasal com 2 a 4 gotas em cada narina, 3 a 4 vezes ao dia ou o suficiente para</p>	

	em locais menos úmidos e no inverno; * Sendo em pequena quantidade e esporádico, não é motivo para preocupação; * Acompanhar pressão arterial sistêmica e capacidade de coagulação.	manter as narinas úmidas; * Compressão com aplicação de compressa fria na base do nariz; * Encaminhar para avaliação médica, caso necessário.	
Síndrome do Tunel Carpeano	* Ocorre devido a compressão geralmente relacionada ao edema do nervo mediano em torno do polegar. * Os sintomas se iniciam geralmente com sensibilidade, dormência e formigamento podendo evoluir para dor.	* Usar talas no pulso para dormir, aplicação de frio local. * Dormir com as mãos elevadas. * Exercícios de alongamento dos membros superiores ajudam bastante.	
Estrias	* Lesões dermatológicas definitivas que aparecem na segunda metade da gravidez e se localizam, preferencialmente, no abdome inferior, na região glútea, nas coxas e nos seios. * Orientar que são frequentes após o 5º mês de gestação, geralmente no quadril, abdome e mamas, ocasionadas pela distensão dos tecidos, e que não existe método eficaz de prevenção ou de tratamento.	Ainda que polêmica, na tentativa de preveni-las, pode ser recomendada as seguintes orientações: * A hidratação reflete também na elasticidade da pele, por isso orientar e estimular aumento da ingesta hídrica; * O uso de cremes e óleos específicos para gestação pode ajudar; * O ganho adequado de peso também vai atuar na prevenção de estrias; Obs: Qualquer tratamento estético de estrias está contraindicado na gestação, inclusive o uso de ácido retinoico, é também contraindicado na amamentação.	
Sangramento gengival	* Devido a ação da produção de hormônios esteroides que resultam em um aumento da vascularização e vasodilatação dos tecidos conjuntivos, as gengivas apresentam-se mais sensíveis e a cavidade oral e dentição mais propensa a doença periodontal.	* Encaminhar toda gestante para consulta e avaliação odontológica; * Fazer uso de uma escova de dente macia e suave; * Realizar bochechos com soluções antissépticas.	
Alergia	As alergias são freqüentes na gestação, ainda mais em mulheres que já sofriam de reações alérgicas antes de engravidar. É comum a piora dos sintomas, devido o aumento dos hormônios e as mudanças do corpo deixando a mulher mais sensível aos alérgenos.	*Evitar banhos quentes e longos; *Aumentar a ingesta hídrica; *Observar objetos que podem desencadear processo alérgico; *Trocar roupa de cama semanalmente; *Não coçar; *Não usar roupas muito apertadas;	Loratadina 10mg 1cp/dia por 5 dias.
Hipotireoidismo	Alteração comprovada em exame laboratorial conforme fluxo***	*Fazer uso da medicação em jejum; *Esperar mínimo de 30 minutos para tomar café da manhã; *Evitar café preto no café da manhã; *Aumentar consumo de verduras verde escura;	Levotiroxina 25mcg 1cp/jejum **O aumento da dosagem deve ser discutida com o médico.
Anemia	Alteração do resultado da hemoglobina	*Tomar 1 hora antes do almoço ou jantar;	Anemia leve: Sulfato ferroso 40mg 2cp/dia;

Anemia Leve – HB 9-11	*Consumir uma fruta cítrica – (ex laranja); suco de limão.	Anemia moderada: Sulfato ferroso 40mg 3cp/dia
Anemia Moderada – HB 8-8,9		
Anemia grave – HB < 8.		

13. EXAMES NO PRÉ-NATAL

Quadro 5 - Exames de Rotina no pré-natal

Exames	1º Trimestre	2º Trimestre	3º Trimestre
Teste Rápido para detecção da Gestação	X		
Beta HCG	X (quando necessário)		
Teste Rápido para HIV	X	X	X
Teste Rápido para Sífilis (treponêmico)	X	X	X
VDRL* (não treponêmico)	Seguimento mensal após TR com titulação.		
Teste Rápido para Hepatite B (HBS AG)	X	X	X
Teste Rápido para Hepatite C (Anti HCV)	X	X	X
Triagem Sanguínea (Grupos ABO, Fator Rh)	X		
Teste Indireto de Aniglobulina Humana (TIA) (Coombs Indireto)	* Se Rh negativo solicitar Coombs indireto no 1º trimestre; * Se Coombs indireto for POSITIVO, encaminhar ao pré-natal de alto risco; * A imunoglobulina anti-D será administrada no pós-parto caso o recém-nascido for Rh positivo e o Coombs direto for negativo, se a mãe Rh negativo e pai Rh positivo e nas situações pós-abortamento, gestação ectópica, gestação molar, sangramento vaginal ou após procedimentos invasivos (biópsia de vilo, amniocentese, cordocentese).		Se Coombs indireto negativo solicitar mensalmente a partir da 24ª semana de gestação.
Teste da Mãezinha (Eletroforese de Hemoglobina)	X	Se Alteração (Traço Anemia Falciforme ou Anemia Falciforme) solicitar Eletroforese para o parceiro.	
Hemograma	X	X	X
Urina I	X	X	X
Cultura de Urina (Urocultura)	X (Registrar agente bacteriano se ITU e ATB usado no tratamento)	X	X
Dosagem de Glicose	X	X	X
Teste de Tolerância à Glicose 1 e 2h		X (entre 24 e 28 semanas)	

Exame Citopatológico Cérvico-vaginal/microflora		X (a partir de 20 semanas)	
Toxoplasmose (IgM e IgG)	X *Se imune não solicitar mais! * Registrar na carteirinha IMUNE	X	X
Avidez para toxo IGG	**Solicitar caso Toxoplasmose IGM e IGG reagente ou indeterminados **solicitar antes de 16 semanas.		
Pesquisa de Hormônio Tireoideestimulante (TSH)	X		
Parasitológico de fezes	X		
Swab para Streptococcus			X *Preconizado entre 35 e 37 semanas, em caso de exceção coletar em tempo oportuno. *Quando positivo grampear o resultado na primeira folha da carteirinha ou anotar e grifar na primeira folha da carteirinha.
Ultrassonografia	X * TN + ON; * Obrigatoriamente de 11 a 13 semanas e 6 dias; *Colocar a DATA mais adequada para a realização e IG; ULTRASSON ENDOVAGINAL NO PRIMEIRO TRIMESTRE APENAS PARA DUM DESCONHECIDA; *Anotar no cartão da gestante CCN, TN e ON	X *Morfológica + Colo uterino; *Preferência entre 20 e 24 semanas; *Colocar DATA mais adequada para a realização e IG. *Anotar no cartão da gestante IG, Peso fetal estimado, percentil, Placenta, ILA, BCF, posição e as possíveis alterações de morfologia e/ou morfometria	X *Preferencialmente entre 35 a 37 semanas; *Colocar DATA mais adequada para a realização e IG; *Anotar no cartão de gestante IG, Peso fetal estimado, percentil, Placenta, ILA, BCF, posição do bebê

13.1 Teste da Mãezinha

Este exame permite identificar em gestantes, hemoglobinopatias como a Doença Falciforme e a Talassemia Major.

13.1.1 Sobre a Coleta

Os exames deverão ser coletados preferencialmente no primeiro trimestre de gestação, conforme organização de cada unidade, seguindo as orientações específica da FEPE (Federação Ecumênica de Proteção ao Excepcional), contidas no envelope.

13.1.2 Prazo para o envio

O exame após coletado precisa estar no correio o mais breve possível.

13.1.3 Rotina para coleta dos exames

O envelope contendo os testes e a ficha nominal (original) deverá ser encaminhado à Secretaria de Saúde impreterivelmente nos dias seguintes a coleta, junto com o malote da central de especialidades que é feito diariamente nas unidades, dessa forma haverá tempo hábil para o envio pelo correio, e assim, o exame não será rejeitado.

A unidade deverá anexar (com clips) ao envelope da FEPE uma cópia da lista nominal, para controle da secretaria de saúde.

A funcionária responsável pelo recebimento dos malotes, assim que receber o envelope identificado pela FEPE encaminhará diariamente ao correio.

13.1.4 Lançamento no Sistema Sig Saúde MV

O procedimento deverá constar no prontuário da paciente e no cartão da gestante, bem como lançar no campo procedimento ambulatorial: teste da mãezinha.

Obs.: Não será necessário solicitar eletroforese de hemoglobina via laboratorial na rotina do pré-natal das gestantes.

13.2 Testes Rápidos

Os testes rápidos para Sífilis, HIV, Hepatite B e C devem ser feitos mediante a orientação da gestante e parceiro e com oferta de aconselhamento pré e pós testes. O aconselhamento pré e pós teste deve ser feito por profissional de nível superior devidamente capacitado. *Atenção para a realização dos testes rápidos no mesmo momento na gestante e parceiro, pois os resultados devem ser entregues separadamente.*

13.2.1 Caso HIV positivo

- Realizar contra teste na unidade, tendo em mãos dois resultados positivos de testes com laboratórios diferentes;
- Realizar notificação compulsória e enviar ficha para setor de epidemiologia do município;
- Aconselhar e orientar o(a) usuário(a), e encaminhar ao Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA/CISCOPAR);
- Estratificação de alto risco gestacional, manter acompanhamento UBS e pré-natal de alto risco no MACC;

- Ligar no serviço de referência CTA para realizar o agendamento;
- Orientar o paciente sobre a documentação necessária no serviço de referência para este atendimento, conforme quadro 6:

Quadro 6 - Documentos para agendamento de consulta no CTA

GESTANTE	PARCEIRO
RG, CPF, Cartão SUS	RG, CPF, Cartão SUS;
Comprovante de endereço atualizado;	Comprovante de endereço atualizado;
Exames realizados para fim de diagnóstico do agravo (testes rápidos ou laboratorial);	Exame do diagnóstico do agravo (resultados testes rápidos);
Carteira de Pré-natal;	Outros exames realizados recentemente, se houver;
Laudos exames de sífilis, hepatite b e hepatite C (podendo ser testes rápidos ou laboratorial)	Encaminhamento do município de origem (médico ou enfermeiro)
Encaminhamento do município de origem (médico ou enfermeiro)	Se transferência de outro serviço e/ou município, a gestante e parceiro devem já estar cadastrado no município que irá fazer o encaminhamento.

Fonte: Vigilância epidemiológica e CTA/CISCOPAR, 2019.

13.2.2 Caso Sífilis positivo

- Com teste rápido positivo, iniciar tratamento para a gestante no mesmo dia, conforme Quadro 7;
- Se o parceiro estiver presente iniciar tratamento concomitante, independente do resultado do teste rápido deste;
 - Se teste rápido do parceiro reagente e gestante não reagente, iniciar tratamento de ambos da mesma forma;
 - Solicitar VDRL para coleta no mesmo dia, prazo máximo de uma semana e realizar acompanhamento de VRDL mensal para estadiamento;
 - Preencher ficha de notificação, planilha de ITU e Sífilis, ressaltar a importância de estar tudo anotado no cartão da gestante, solicitar VDRL e realizar acompanhamento mensal;
 - Monitorar o seguimento clínico e laboratorial da gestante pós-tratamento, observando as quedas de títulos em testes não-treponêmicos (SESA, 2017);

IMPORTANTE:

- Na ausência de teste treponêmico (T.R. ou FTA-ABS IGM/IGG), deve ser considerado para o tratamento da gestante o teste não-treponêmico, com qualquer

titulação, desde que não tenha sido tratada anteriormente de forma adequada ou o registro do tratamento não esteja disponível (SESA, 2017);

- Em relação ao tratamento do parceiro sexual, é considerado como concomitante aquele que ocorrer entre a data de início até a data de aplicação da última dose do tratamento da gestante (SESA, 2017).
- A regra é que o intervalo entre as doses seja de 7 dias para completar o tratamento. No entanto, **caso esse intervalo ultrapasse 14 dias**, o esquema deve ser reiniciado (Brasil, 2020).

Quadro 7 - Esquema terapêutico para tratamento de sífilis em gestantes e seguimento pós tratamentos

Sífilis primária, secundária e latente recente (até 1 ano do contato)	
Esquema terapêutico	Seguimento
Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Seguimento mensal, com testes não treponêmicos
Sífilis latente tardia (mais de 1 ano do contato) ou latente com duração ignorada ou sífilis terciária	
Esquema terapêutico	Seguimento
Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal por 3 semanas (1,2 milhão UI em cada glúteo) Dose total: 7,2 milhões de UI, IM	Seguimento mensal, com testes não treponêmicos

Fonte: Adaptado de Guia prático estadual para multiplicadores: prevenção, controle e redução da sífilis, SESA, 2017.

Quadro 8 - Gestantes alérgicas a penicilina.

Gestantes com alergia confirmada a penicilina
Como não há garantia de que outros medicamentos consigam tratar a gestante e o feto, impõe-se a dessensibilização e o tratamento com penicilina G benzatina.

Fonte: Adaptado de Guia prático estadual para multiplicadores: prevenção, controle e redução da sífilis, SESA, 2017.

Quadro 9 - Controle de cura da Sífilis

Controle de cura

- Realizar testes não-treponêmicos mensalmente nas gestantes, e no parceiro, a cada três meses no primeiro ano e a cada seis meses no segundo ano;

- Redução de dois ou mais títulos do teste não-treponêmico (ex.: de 1:32 para 1:8) ou a negatificação após 6 a 9 meses do tratamento demonstra a cura da infecção.

- No caso de sífilis primária, secundária e latente recente, os títulos devem declinar em torno de duas diluições em 3 meses a três diluições em 6 meses (ex.: de 1:32 para 1:8, após 3 meses e para 1:4 após 6 meses). Se os títulos de mantiverem baixos e estáveis em duas oportunidades, após dois anos, pode-se dar alta.

- A não redução da titulação em duas diluições (ex.: de 1:32 para 1:8), o aumento da titulação em duas diluições (ex.: de 1:16 para 1:64) ou a persistência ou recorrência de sinais e sintomas de sífilis em qualquer momento do seguimento, um novo tratamento deve ser iniciado.

- Considerar a necessidade de oferta de testagem periódica (incluindo HIV) em pessoas com vulnerabilidade aumentada.

Fonte: Adaptado de Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites virais, 2019.

13.2.3 Caso Hepatite B ou Hepatite C positivo gestante

- Com a realização do teste rápido positivo para hepatites virais, realizar notificação que deve ser enviado ao setor de epidemiologia, e solicitar exames conforme rotinas;

- Para casos de *hepatite C* reagente, solicitar exame de PCR quantitativo que deve ser assinado pelo médico e/ou enfermeiro e encaminhar a epidemiologia para agendamento do mesmo. Após resultado, encaminhar para o infectologista na vaga (sem urgência), já que o tratamento na gestação e lactação é contraindicado;

- Para casos de *hepatite B* reagente, solicitar demais marcadores virais (Anti-HBc IgM e IgG; Anti-HBs, Anti-HBe e HBeAg (estes exames devem ser encaminhados ao laboratório CISCOPAR/CTA onde realizará a coleta e estes seguirão para o LACEN-PR). Solicitar exame de PCR quantitativo que deve ser assinado pelo médico e/ou enfermeiro e encaminhar a epidemiologia para agendamento do mesmo. A necessidade de consulta para gestantes portadoras do **vírus da hepatite B** se dá em duas situações:

- **1ª Situação:** Gestante portadora do VHB com HBeAg reagente - encaminhar ao infectologista para tratamento.

- **2ª Situação:** Gestante portadora do VHB com HBeAg não reagente e PCRVHB acima de 2000UI/ml encaminhar ao infectologista para avaliar necessidade de tratamento.

- Se for HbsAg reagente além de notificar solicitar Imunoglobulina Anti Hepatite B pelo formulário do CRIE e encaminhar com a notificação à epidemiologia.

13.3 Toxoplasmose na Gestante

A sorologia deverá ser solicitada no início do 1º trimestre de gestação (IgM e IgG), se a gestante for suscetível (IgM e IgG não reagentes) a sorologia deverá ser repetida no início do 2º e 3º trimestre. Caso IgM não reagente e IgG reagente, quando realizados precocemente, indica doença antiga não sendo necessário repetir o exame durante a gestação (exceto em paciente com imunodeficiência). Em pacientes que apresentem resultado IgM e IgG positivos deverá ser solicitado o teste da avidéz para IgG, preferencialmente na mesma amostra (SESA, 2017).

13.3.1 Instruções para prescrição e dispensação de medicamentos para tratamento de toxoplasmose

Todas as prescrições devem constar o CID da doença, além da posologia e demais informações pertinentes ao paciente e prescritor, *para gestante* ou caso de toxoplasmose congênita, além da informação o CID deve-se também constar o número do SINAN e idade gestacional.

Para ter acesso aos medicamentos a gestante deve procurar a FARMÁCIA ESCOLA, munido de documentos pessoais, comprovante de residência, cartão SUS, prescrição médica contendo as informações anteriormente citadas. A medicação será fornecida para um período de 30 dias.

Os medicamentos utilizados para o tratamento da toxoplasmose são fornecidos e distribuídos pela 20ª Regional de saúde. O pré-requisito para fornecimento/distribuição para o município é disponibilizar informações relacionadas aos tratamentos dispensados aos pacientes. Dessa forma preencher a prescrição e fazer a ficha do SINAN (gestante e toxoplasmose congênita) com as informações já mencionadas acima é primordial, para não ocorrer o desabastecimento no município.

14. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

Quadro 10 - Estratificação do risco gestacional: Risco Habitual

RISCO HABITUAL		
Onde é atendida? (Local)	Quem atende? (Profissional)	Quem é? (Gestante)
Atenção Primária à Saúde (Unidade de Saúde)	Equipe APS	<p>Gestantes com características individuais e condições sociodemográficas favoráveis, inclusive:</p> <p><u>Características individuais e socioeconômicas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Obesidade Grau I e Grau II (IMC<40); <p><u>História reprodutiva anterior:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Abortos precoces (até 12 semanas) em gestações anteriores (até dois abortos); <p><u>Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Ameaça de aborto¹; • Hipotireoidismo²; • Tabagismo (Fagerström< 8 pontos)³; • Etilismo sem indicativo de dependência (T-ACE <2 pontos)⁴ ; • Anemia leve (hemoglobina entre 9 e 11 g/dl); • Depressão e ansiedade leve⁵; • Sífilis (exceto sífilis terciária OU resistente ao tratamento com penicilina benzatina OU com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita).

1. Ameaça de aborto é a presença de sangramento transvaginal antes de 20 semanas de gestação, associado ou não a dores por contrações uterinas. O colo uterino deve estar fechado e o concepto vivo intraútero. Demanda avaliação na maternidade de referência **2. Hipotireoidismo:** Anexo I; **3. Teste de Fagerström** – Estratificação de risco tabagismo: Anexo II; **4. Teste de T-ACE** – Estratificação de risco alcoolismo: Anexo III; **5. Depressão e Ansiedade leve:** Para definição dos casos leves e graves relacionados à saúde mental das gestantes pode ser utilizado o apoio diagnóstico da Atenção Ambulatorial Especializada (preencher ficha de estratificação de risco: Anexo **).

Quadro 11 - Estratificação do risco gestacional: Risco Intermediário

RISCO INTERMEDIÁRIO		
Onde é atendida? (Local)	Quem atende? (Profissional)	Quem é? (Gestante)
Atenção Primária à Saúde (Unidade de Saúde) E Atenção Ambulatorial Especializada (Ambulatório Municipal, Regional ou Hospitalar)	Equipe APS E Equipe Multiprofissional Especializada	Gestantes que apresentam: <u>Características individuais e condições socioeconômicas e familiares:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Idade < 15 anos ou > 40 anos; • Baixa escolaridade (<3 anos de estudos); • Gestantes em situação de vulnerabilidade: em situação de rua, indígenas, quilombolas ou migrantes; • Gestante negra (preta ou parda); • Tabagismo com dependência de tabaco elevada (Fagertöm: 8 a 10 pontos)¹; • Etilismo com indicativo de dependência (T-ACE: 2 pontos ou mais)²; <u>História reprodutiva anterior:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Histórico de óbito fetal (natimorto) em gestação anterior; • Abortos tardios (entre 13 e 20 semanas) em gestações anteriores (até dois abortos); • Histórico de pré-eclampsia grave ou eclampsia em gestação anterior; • Cirurgia bariátrica estabilizada (acima de 2 anos de pós-operatório) e sem comorbidades. <u>Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual:</u> <ul style="list-style-type: none"> • Diabetes gestacional não-insulinodependente; • Anemia moderada (hemoglobina entre 8 e 8,9d/dl);

1. Teste de Fagerström – Estratificação de risco tabagismo: Anexo II; **2. Teste de T-ACE** – Estratificação de risco alcoolismo: Anexo III; **3. Óbito fetal (natimorto):** quando a duração da gestação for igual ou superior a 20 semanas de gestação, ou se o feto apresentar peso igual ou superior a 500g, ou estatura igual ou superior a 25 cm (BRASIL, 2009).

Quadro 12 - Estratificação do risco gestacional: Alto Risco

ALTO RISCO		
Onde é atendida? (Local)	Quem atende? (Profissional)	Quem é? (Gestante)
<p>Atenção Primária à Saúde (Unidade de Saúde)</p> <p>E</p> <p>Atenção Ambulatorial Especializada (Ambulatório Municipal, Regional ou Hospitalar)</p>	<p>Equipe APS E</p> <p>Equipe Multiprofissional Especializada</p>	<p>Gestantes que apresentam:</p> <p><u>Características individuais e condições socioeconômicas:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dependência de drogas ilícitas; • Obesidade mórbida (IMC≥40). <p><u>Condições Clínicas prévias à gestação:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Cardiopatias em tratamento e/ou acompanhamento; • Cirurgia bariátrica prévia com peso não estabilizado (com menos de 2 anos de pós-operatório) e/ou com comorbidades; • Cirurgia uterina prévia fora da gestação; • Colelitíase com repercussão na atual gestação; • Diabetes mellitus tipo I e tipo II; • Doenças autoimunes (ex. lúpus eritematoso e/ou outras doenças sistêmicas graves comprometedoras da evolução gestacional); • Doenças hematológicas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Doença falciforme (exceto traço falciforme) ✓ outras hematopatias. • Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular encefálico, aneurisma e outras); • Exames de rastreamento oncológico recentes: Citopatológico com lesão de alto grau e/ou mamografia com classificação BIRADS ≥4; • Hipertensão arterial crônica; • Hipertireoidismo; • Histórico de tromboembolismo; • Má formação útero-vaginal; • Nefropatias em tratamento e com repercussão na atual gestação (ex. nefrolitíase com repercussão na atual gestação); • Neoplasias; • Pneumopatias descompensadas ou graves; • Psicose ou depressão grave¹. <p><u>História reprodutiva anterior:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Abortos de repetição em qualquer idade gestacional (3 ou mais abortos espontâneos consecutivos); • Histórico de 3 ou mais cesáreas anteriores <p><u>Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Anemia grave (Hemoglobina<8); • Diabetes gestacional insulínico dependente; • Doenças infectocontagiosas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ HIV, HTLV, toxoplasmose, rubéola, tuberculose, hanseníase, citomegalovírus, Zika vírus, vírus respiratórios (influenza, coronavírus e outros) com complicações maternas e/ou fetais, hepatites virais, sarampo, febre amarela e outras arboviroses; ✓ Sífilis terciária OU resistente ao tratamento com penicilina benzatina OU com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita; • Doença hemolítica perinatal;

		<ul style="list-style-type: none"> • Gestação gemelar; • Infecção do trato urinário recorrente (3 ou mais episódios na gestação atual) OU Pielonefrite na atual gestação (1 episódio). • Isoimunização Rh (TIA/ Coombs indireto positivo); • Incompetência Istmo-cervical; • Má formação fetal confirmada; • Macrossomia fetal (Peso fetal estimado acima do percentil 90)²; • Oligodrâmnio ou polidrâmnio; • Placenta acreta/acretismo placentário; • Placenta prévia (após 22 semanas); • Restrição de crescimento intrauterino (peso fetal estimado abaixo do percentil 10)²; • Síndromes hipertensivas na gestação: hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia; • Trabalho de parto prematuro abaixo de 37 semanas (persistente após manejo em hospital de risco habitual ou intermediário); • Tromboembolismo na gestação; • Trombofilias na gestação; • Senescência placentária com comprometimento fetal.
--	--	--

1. Para definição dos casos leves e graves relacionados a saúde mental das gestantes pode ser utilizado o apoio diagnóstico da Atenção Ambulatorial Especializada. 2. Utilizar Tabela de Hadlock (vide carteira da gestante).

15. DADOS OBRIGATÓRIOS PARA REGISTRO DA EVOLUÇÃO DA CONSULTA DE ENFERMAGEM

Minimamente a evolução da consulta de enfermagem deve conter os seguintes dados:

15.1 Primeira Consulta

- Data da última menstruação (DUM);
- Idade gestacional de acordo com a DUM;
- Data provável do parto de acordo com a DUM;
- Gravidez planejada – sim ou não;
- Antecedentes obstétricos, número de gestações, abortos, cesáreas e partos (G.. A.. C...P..);
 - Antecedentes pessoais e de doenças prévias;
 - História familiar;
 - História gestações anteriores/ antecedentes obstétricos;
 - GESTAÇÃO ATUAL: Uso de medicações, uso de substâncias que podem causar dependências, último preventivo, vacinação, estratificação de risco (o que a gestante apresenta e qual risco (habitual ou baixo, intermediário ou alto risco));

- Exame físico;
- Realização de testes rápidos com resultados;
- Realização teste da mãezinha;
- Conduas: prescrições, solicitações de exames, orientações.

15.2 Consultas Subsequentes

- DUM, IG, DPP;
- Reestratificação de risco;
- Queixas;
- Exame físico: movimentos fetais, BCF, altura uterina, edema, apresentação fetal;
 - Em algum momento exame especular (pode ser no momento da coleta de preventivo), exame clínico das mamas;
 - Resultados de exames;
 - Perdas vaginais;
 - Conduas e orientações.

16. ROTEIROS PARA AÇÕES EDUCATIVAS

As ações educativas são práticas de saúde que valorizam a construção de redes de apoio social e da cidadania, estimulam práticas de promoção da saúde e da qualidade de vida e fortalecem os vínculos entre profissionais e usuários, e usuários e população.

Destacamos que é de extrema importância, e se faz necessária, a realização de grupos de gestantes em todas as unidades básicas de saúde do município de Toledo.

Para a realização dos grupos, sugere-se que as equipes busquem parcerias com outros serviços existentes na rede para trabalhar as diversas temáticas, de acordo com cada realidade. Temas sugeridos:

16.1 Primeiro Trimestre da Gestação

- Adaptações fisiológicas do corpo da mulher durante o primeiro e segundo trimestre e os sintomas correspondentes;
- Evolução do feto;

- Hábitos de vida (alimentação, atividades físicas, higiene pessoal, uso de drogas lícitas e ilícitas...);
- Aspectos emocionais e psicológicos da gestação;
- Intercorrências obstétricas;
- Dor em baixo ventre;
- A importância das vacinas durante a gestação;
- A importância da realização do pré natal: exames preconizados e tratamentos, inclusive para parceiros quando necessário;
- O risco associado ao ganho de peso exagerado (diabetes e pré-eclâmpsia);
- Fluxograma municipal para encaminhamento de gestantes;
- Orientação sobre o preparo das mamas para a amamentação e os benefícios do aleitamento materno para o bebê e para a mulher;
- Atividade sexual durante a gravidez;
- Importância da presença do(a) acompanhante nas consultas de pré-natal;
- Os direitos das mulheres, especialmente a Lei do Acompanhante (Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005);
- Utilizar os conteúdos da Caderneta da Gestante como apoio;
- Orientar a gestante para anotar suas dúvidas e trazer na próxima reunião ou levar para a consulta de pré-natal.

16.2 Segundo Trimestre da Gestação

- Orientação sobre o preparo das mamas para a amamentação e os benefícios do aleitamento materno para o bebê e para a mulher;
- A importância da coleta do exame citopatológico, para prevenção de câncer do colo uterino;
- O risco do corrimento vaginal, da infecção urinária ou da infecção dentária para o parto prematuro;
- Intercorrências obstétricas;
- Dor em baixo ventre;
- A importância da suplementação com ferro para prevenção da anemia na mãe e no bebê depois de nascido;

- O risco associado ao ganho de peso exagerado (diabetes e pré-eclâmpsia);
- Orientar sobre o papel do acompanhante durante o internamento hospitalar (estimular a presença do acompanhante durante as atividades em grupo);
- As fases do trabalho de parto: a fase latente de trabalho de parto (<4cm de dilatação), a fase ativa de trabalho de parto (>4cm de dilatação), a fase de expulsão do bebê e da placenta;
- Esclarecer sobre duração de um trabalho de parto, posições de parto, alimentação durante trabalho de parto, episiotomia, necessidade de realizar episiotomia e o uso de ocitocina, tendo como referência as Boas Práticas na Atenção Obstétrica e Neonatal;
- Importância da presença do(a) companheiro(a) nas consultas de pré-natal;
- Orientar a gestante para anotar suas dúvidas e trazer na próxima reunião ou levar para a consulta de pré-natal.

16.3 Terceiro Trimestre da Gestação

- Intercorrências obstétricas;
- Dor em baixo ventre;
- Orientação sobre o preparo das mamas para a amamentação e os benefícios do aleitamento materno para o bebê e para a mulher;
- A importância da visita guiada como forma de vinculação obstétrica ao seu hospital de referência;
- Orientação de que a partir de 36 semanas as contrações uterinas são normais sem que seja trabalho de parto, sobretudo no fim da tarde e noite;
- A importância da realização dos exames preconizados e tratamento, inclusive para parceiros quando necessário;
- Orientação que a gestante procure o hospital de referência se contrações frequentes (3 ou mais em 10 minutos), perda de sangue ou líquido via vaginal, diminuição ou parada de movimentação fetal;
- Reafirmar as consultas de pré-natal semanais entre 36 e 41 semanas ou até o bebê nascer, não havendo alta do pré-natal;
- Oferecer as PIS disponíveis na UBS;

- Reafirmar o protocolo de internação quando atingir 41 semanas de idade gestacional, independentemente de trabalho de parto;
- Reafirmar que o parto cesárea só pode ser indicado quando ela estiver em trabalho de parto ou em casos que há uma real indicação clínica. Não é possível prever que o parto será cesariano no pré-natal;
- Orientar como será o acompanhamento do puerpério na APS;
- Enfatizar a importância das consultas de puerpério;
- Orientar sobre a doação de leite materno após o parto para os BLH ou PCLH;
- Orientar sobre os métodos disponíveis para planejamento reprodutivo;
- Orientar sobre a importância da presença do(a) companheiro(a) nas consultas de pré-natal;
- Os direitos das mulheres, especialmente a Lei do Acompanhante (Lei Federal nº 11.108, de 7 de abril de 2005);
- Utilizar os conteúdos da Caderneta da Gestante como apoio;
- Orientar a gestante para anotar suas dúvidas e trazer na próxima reunião ou levar para a consulta de pré-natal;
- Reforçar quais documentos a gestante precisa levar para a maternidade.

17. VISITA/ ATENDIMENTO DOMICILIAR DO RECÉM- NASCIDO

Visita domiciliar (VD) deve ser realizada até o 5º dia, após a alta hospitalar, pela equipe de enfermagem e/ou médica. A visita domiciliar do ACS não deve ser considerada para esta finalidade, embora não deve deixar de ser realizada. Em anexo Padrão de Visita da UBS Panorama frente a condições a serem avaliadas na VD, servindo como um guia.

18. REGULAÇÃO/ CONTROLE / AVALIAÇÃO PELO GESTOR

A avaliação da qualidade da atenção à saúde da mulher durante o pré-natal deve ocorrer por meio do acompanhamento e avaliação dos seguintes indicadores:

- Percentual de nascidos vivos de mães que realizaram sete ou mais consultas de pré natal;
- Proporção de mulheres que iniciaram o pré-natal no primeiro trimestre de gestação (até 12ª semana de gestação);

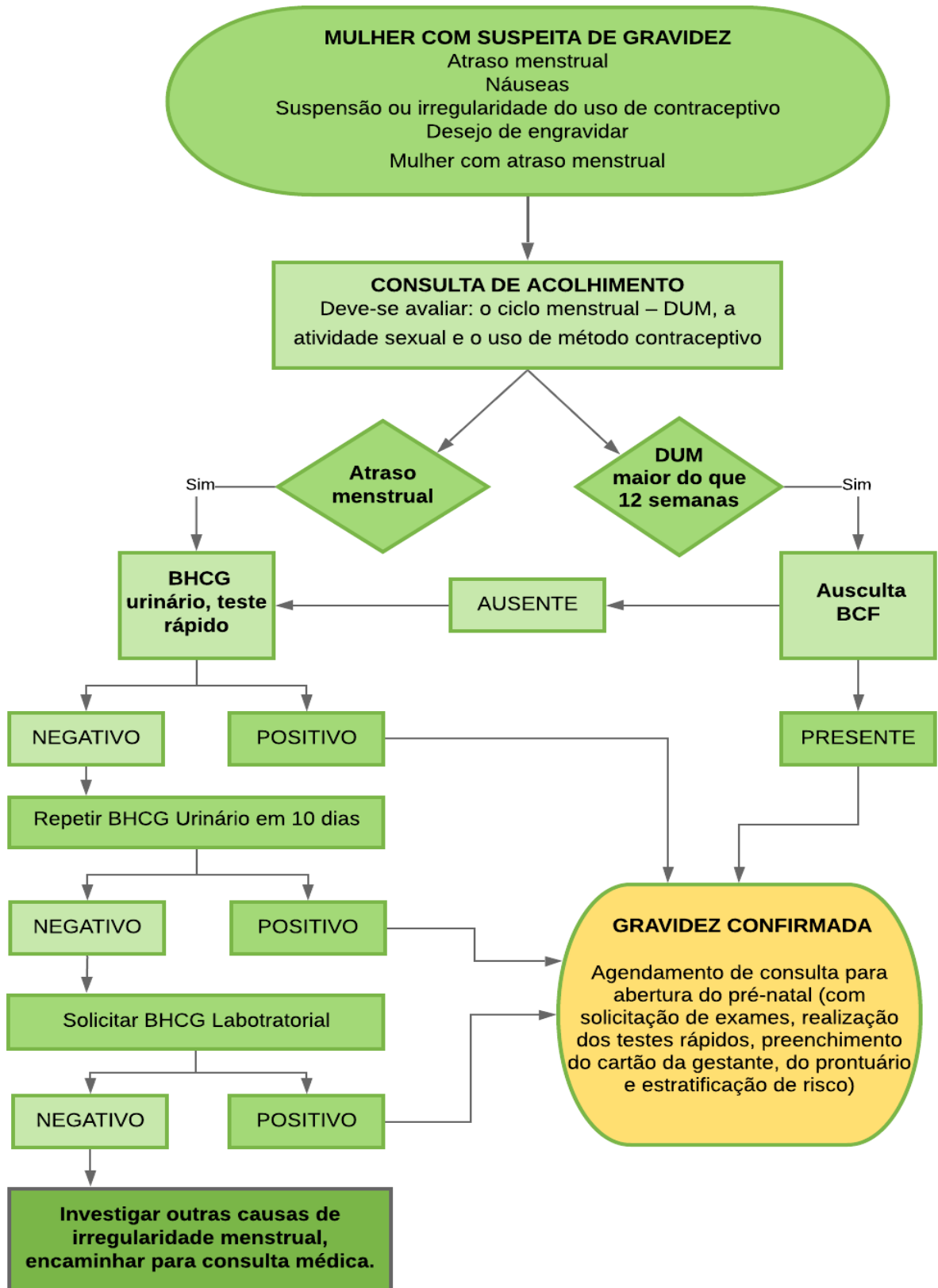
- Proporção de gestantes que realizaram visita ao serviço de saúde de referência indicado para o parto (maternidade ou centro de parto normal);
 - Número de casos de sífilis congênita em filhos de gestantes acompanhadas nas UBS;
 - Número absoluto de casos de morte materna na Superintendência de Saúde;
 - Número absoluto de casos de mortes fetais e infantis na Superintendência de Saúde;
 - Realização de consulta de puerpério até o 10º dia pós-parto;
 - Realização de consulta do RN em até 5 dias após alta hospitalar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

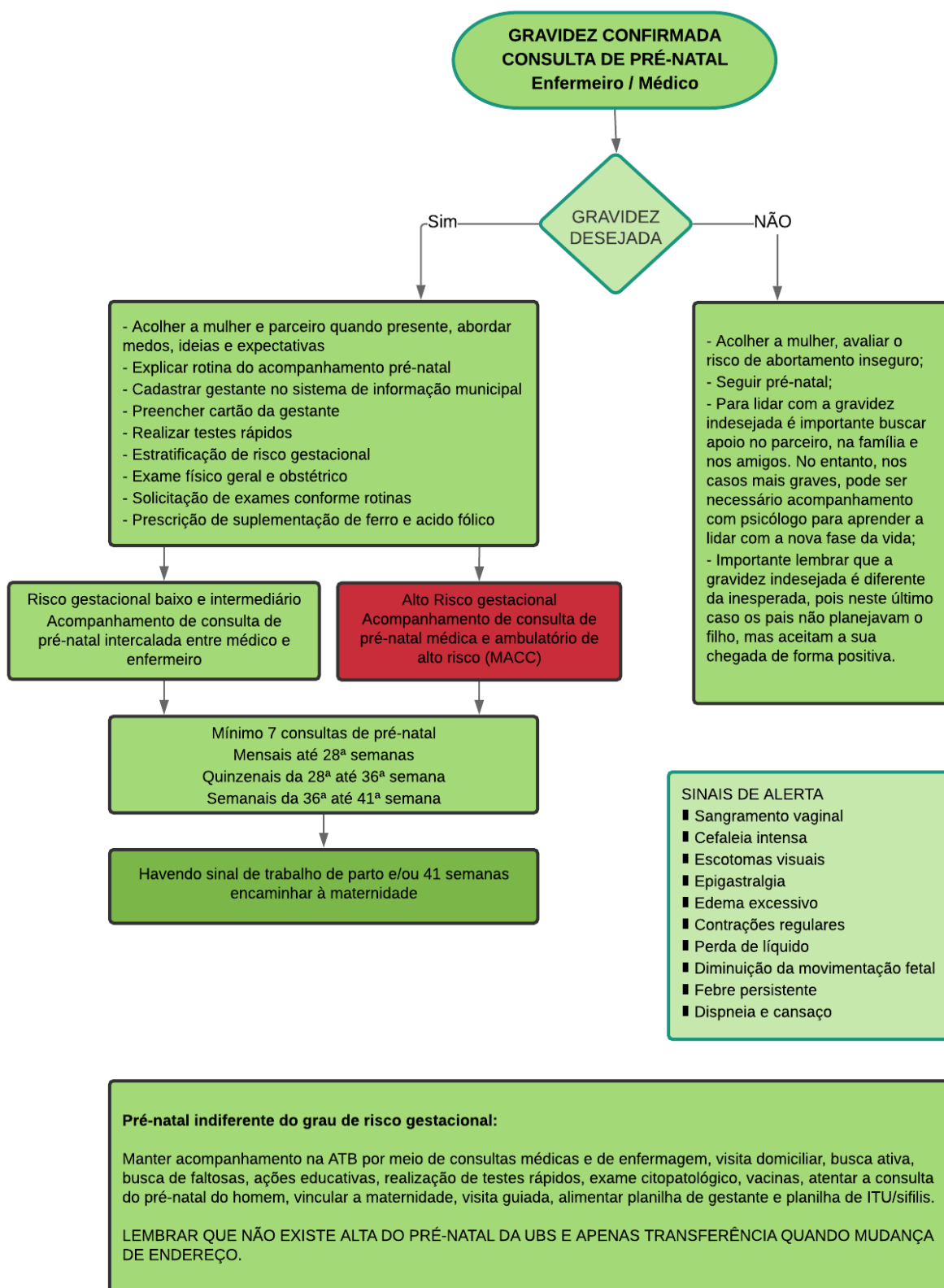
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Cadernos de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: 2012.
- BRASIL. Teste rápido de gravidez na atenção básica: guia técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2019.
- CONSORCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE COSTA OESTE DO PARANÁ. Fluxo de encaminhamentos hepatites virais, HIV/ADIS, Toledo: CTA/CISCOPAR, 2018/2019.
- PROTOCOLO DE ENFERMAGEM. Saúde da mulher: acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida. Vol.3. Florianópolis: Prefeitura Municipal de Florianópolis/ Saúde, 2016.
- SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PARANA. Caderno de atenção ao pré-natal: toxoplasmose. Curitiba: SESA.
- SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PARANA. Guia prático estadual para multiplicadores: prevenção, controle e redução da sífilis. Curitiba: SESA, 2017.
- SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO PARANA. Linha guia rede mãe paranaense 7ª Ed.. Curitiba: SESA, 2018.
- Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde /Angelita Herrmann, Michelle Leite da Silva, Eduardo Schwarz Chakora, Daniel Costa Lima. - Rio de Janeiro: Ministério da Saúde.
- Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020. 248 p. : il.

FLUXOGRAMAS

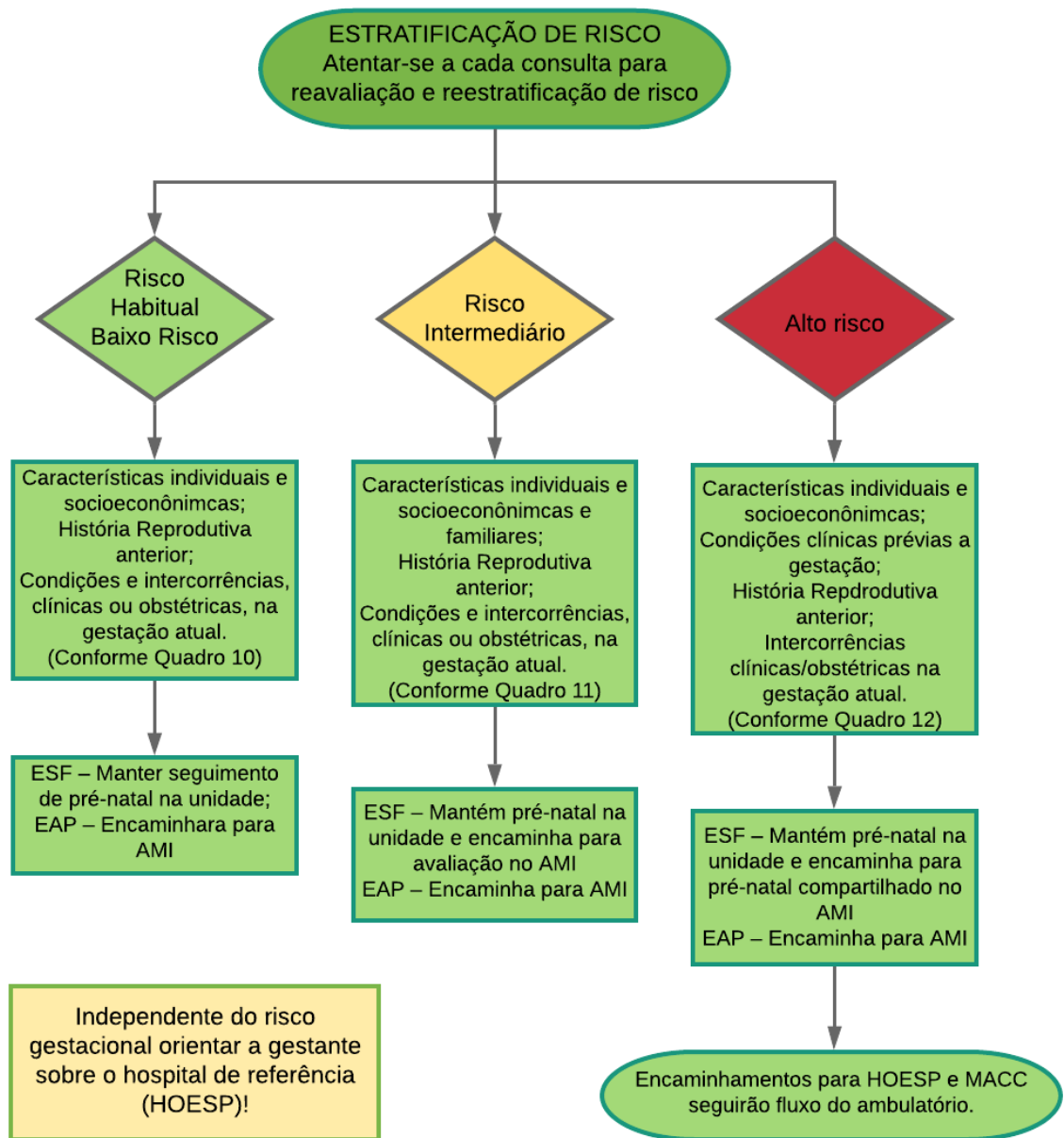
FLUXOGRAMA 1 – SUSPEITA DE GRAVIDEZ



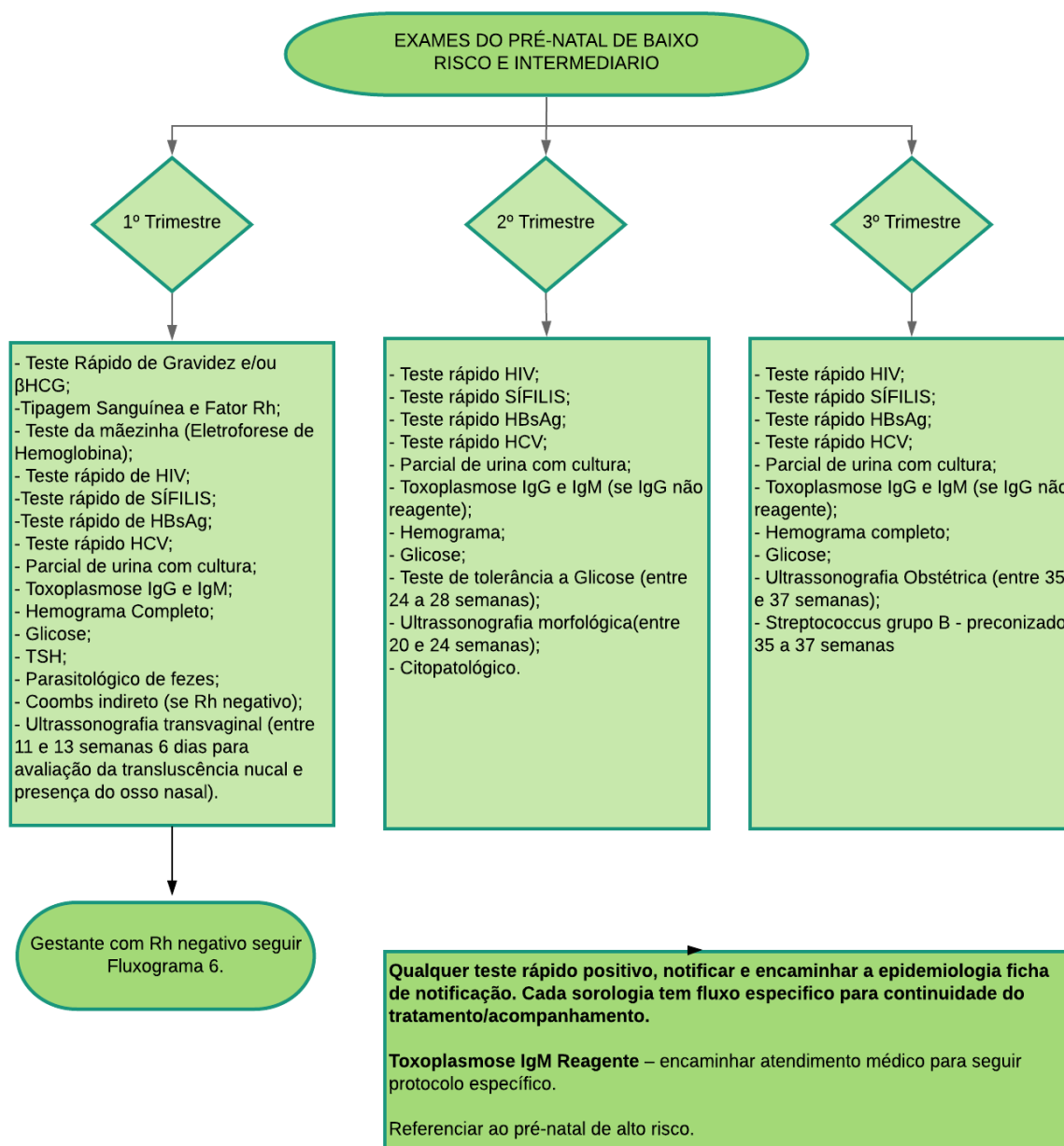
FLUXOGRAMA 2 – GRAVIDEZ CONFIRMADA



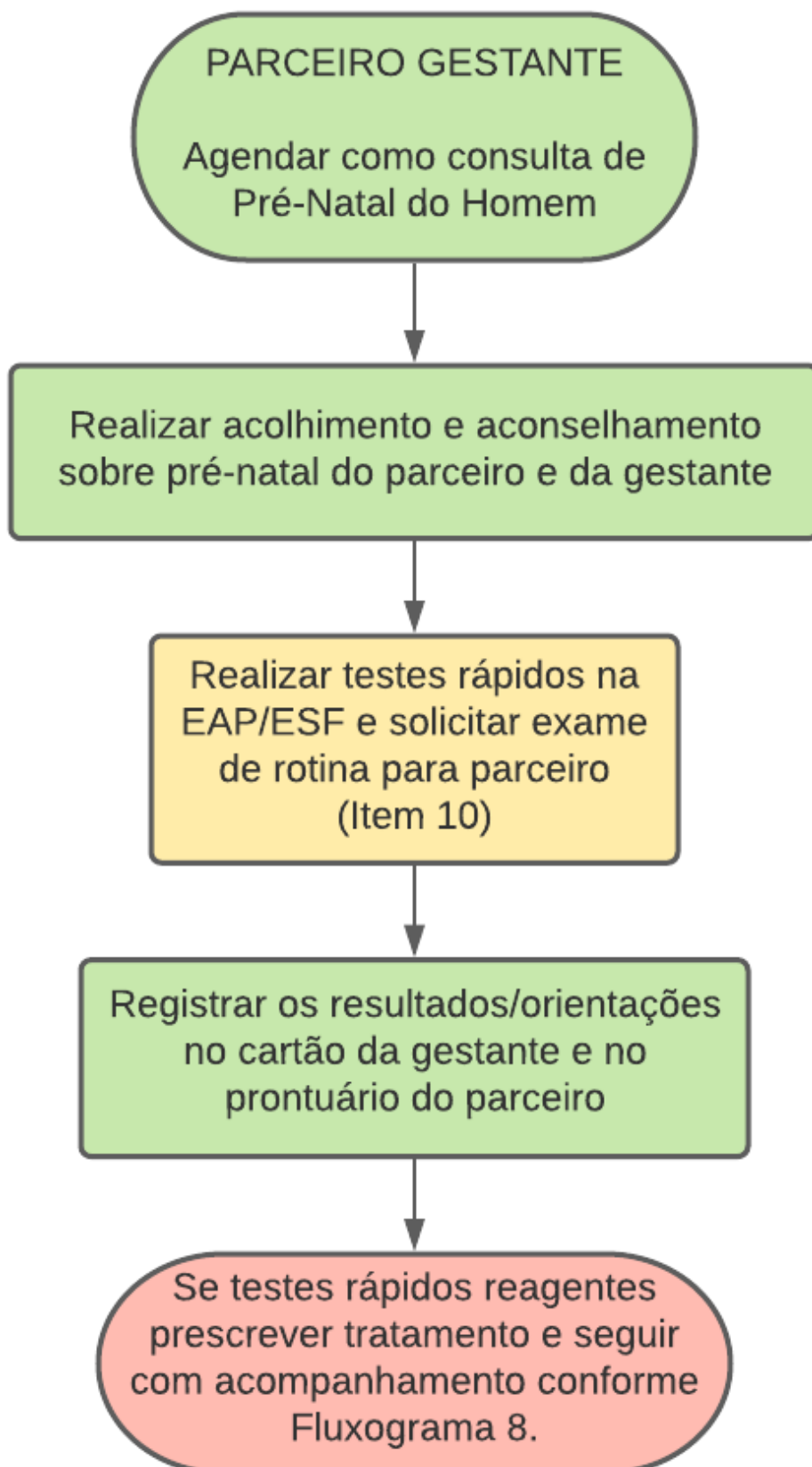
FLUXOGRAMA 3 – RISCO GESTACIONAL



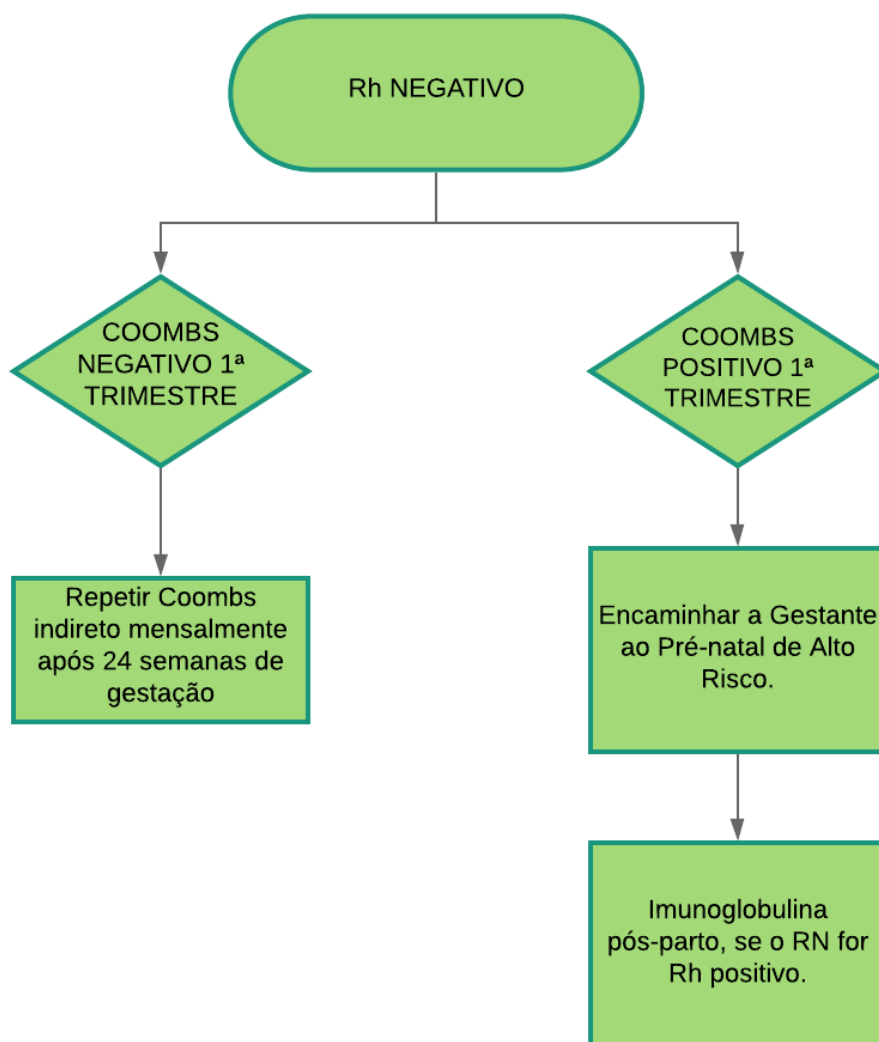
FLUXOGRAMA 4 – ROTINA DE EXAMES LABORATORIAIS



FLUXOGRAMA 5 -- ROTINA DE EXAMES DO PARCEIRO



FLUXOGRAMA 6 – CONDUTAS FRENTE A UM Rh NEGATIVO



ATENTAR-SE

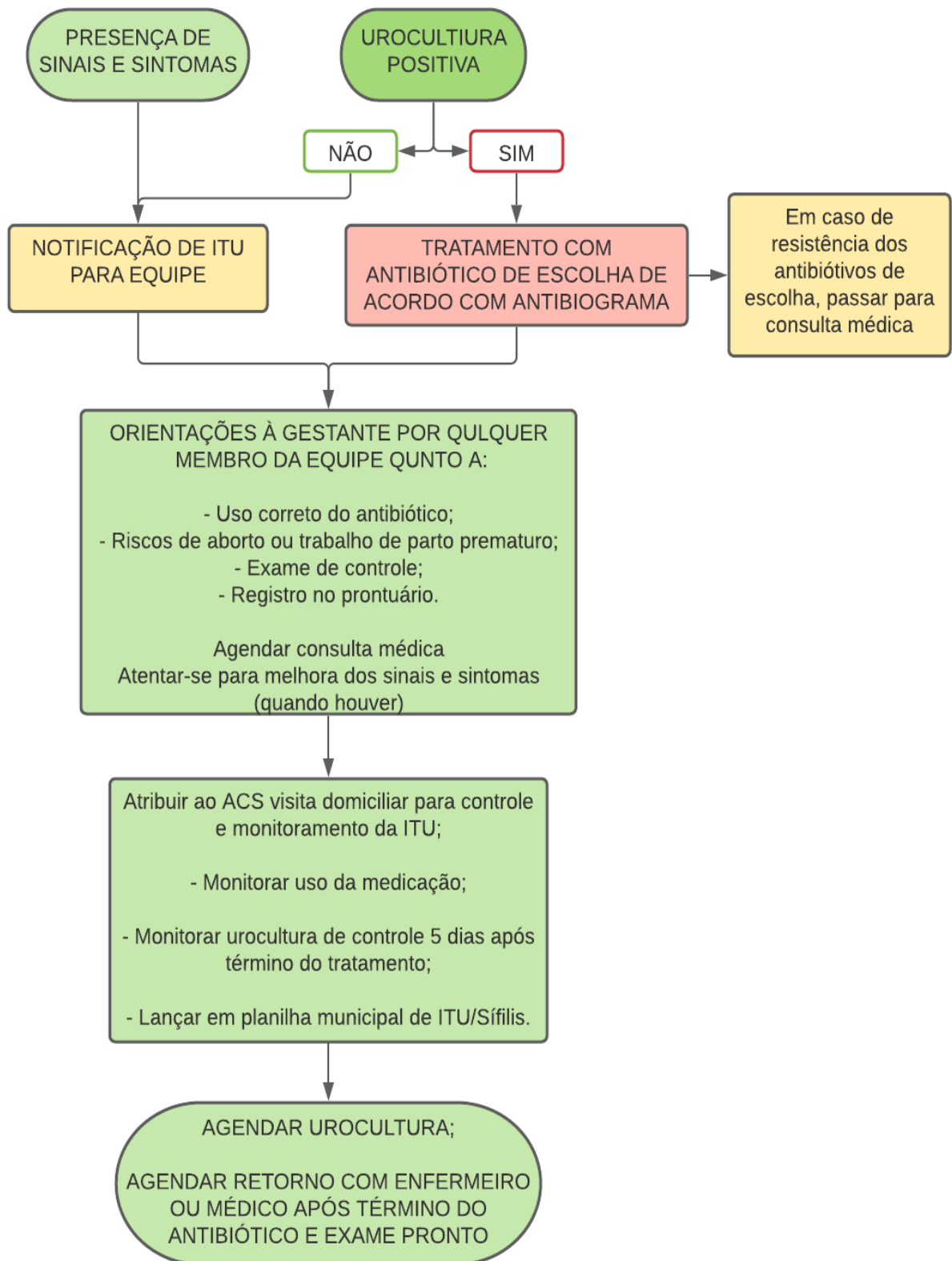
■ **Orientar à gestante procurar o hospital de referência caso apresente qualquer sangramento;**

■ Uma vez necessária a administração de imunoglobulina, será realizada no hospital sem necessidade de solicitação prévia;

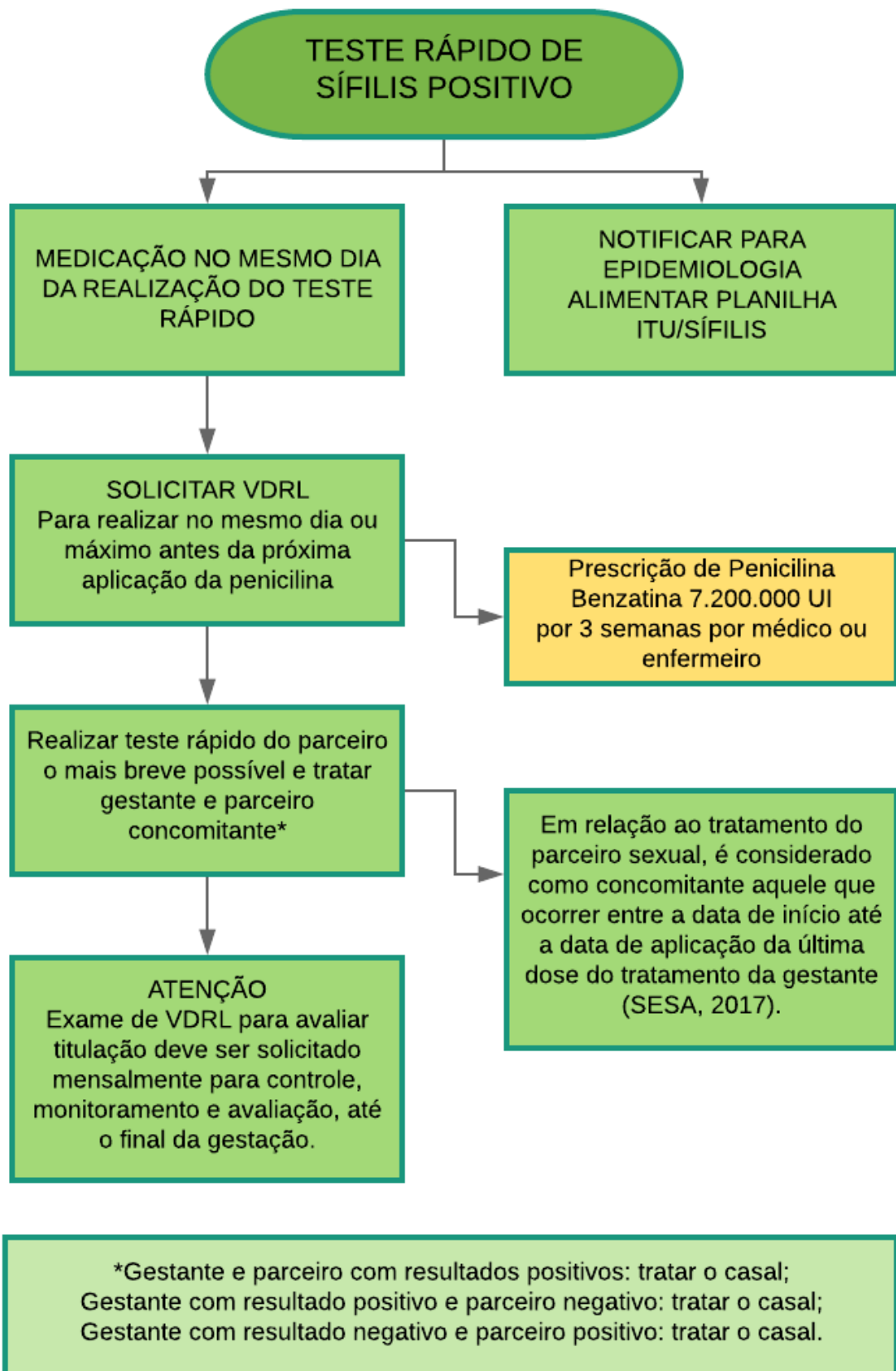
■ Deve estar anotado em destaque no cartão da gestante e grampeado o exame laboratorial do qual atesta a necessidade da imunoglobulina Anti-Rh.

■ Em casos de aborto que não constar no cartão da gestante a aplicação da imunoglobulina Anti-Rh, entrar em contato com hospital e posteriormente com o setor de epidemiologia, pois se não foi realizado a UBS deverá realizar a administração.

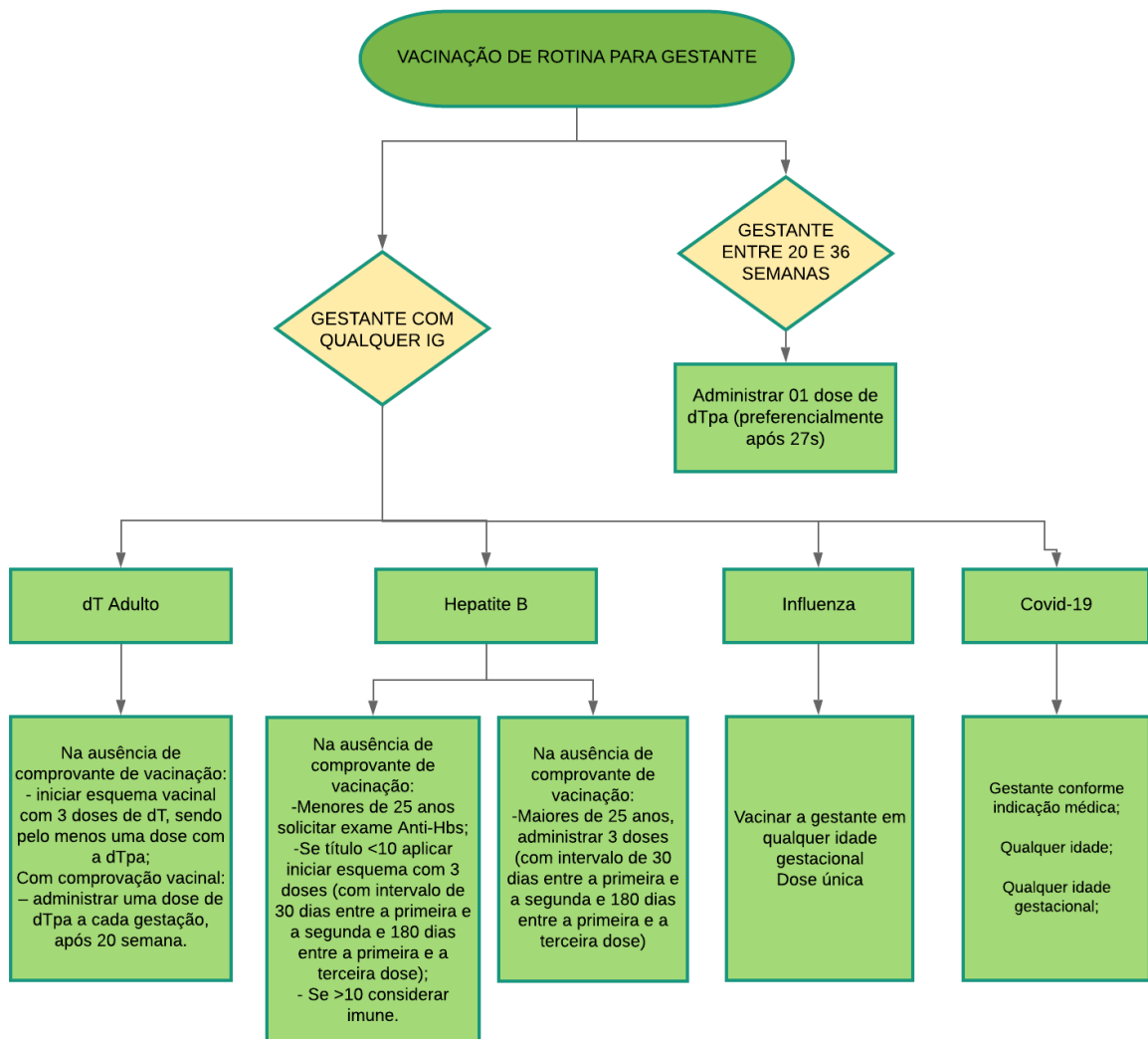
FLUXOGRAMA 7 – INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO – ITU



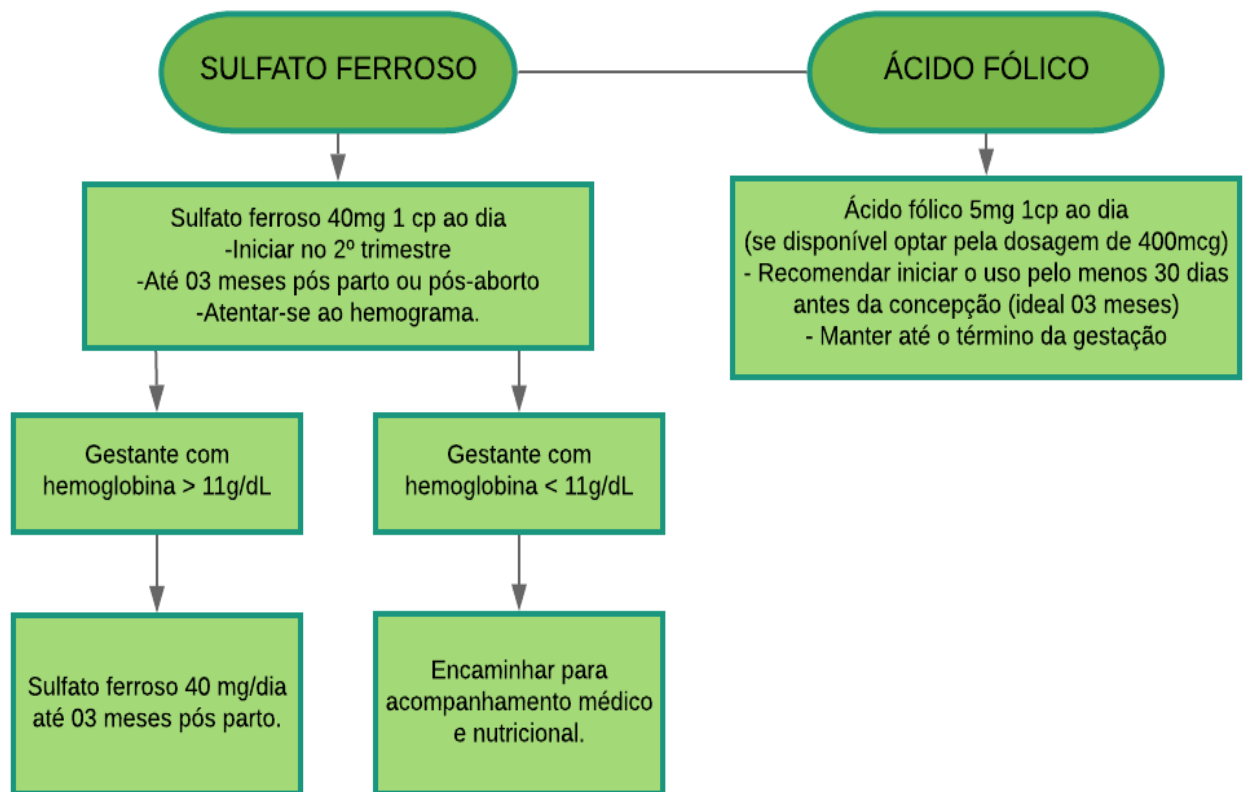
FLUXOGRAMA 8 – SÍFILIS GESTACIONAL



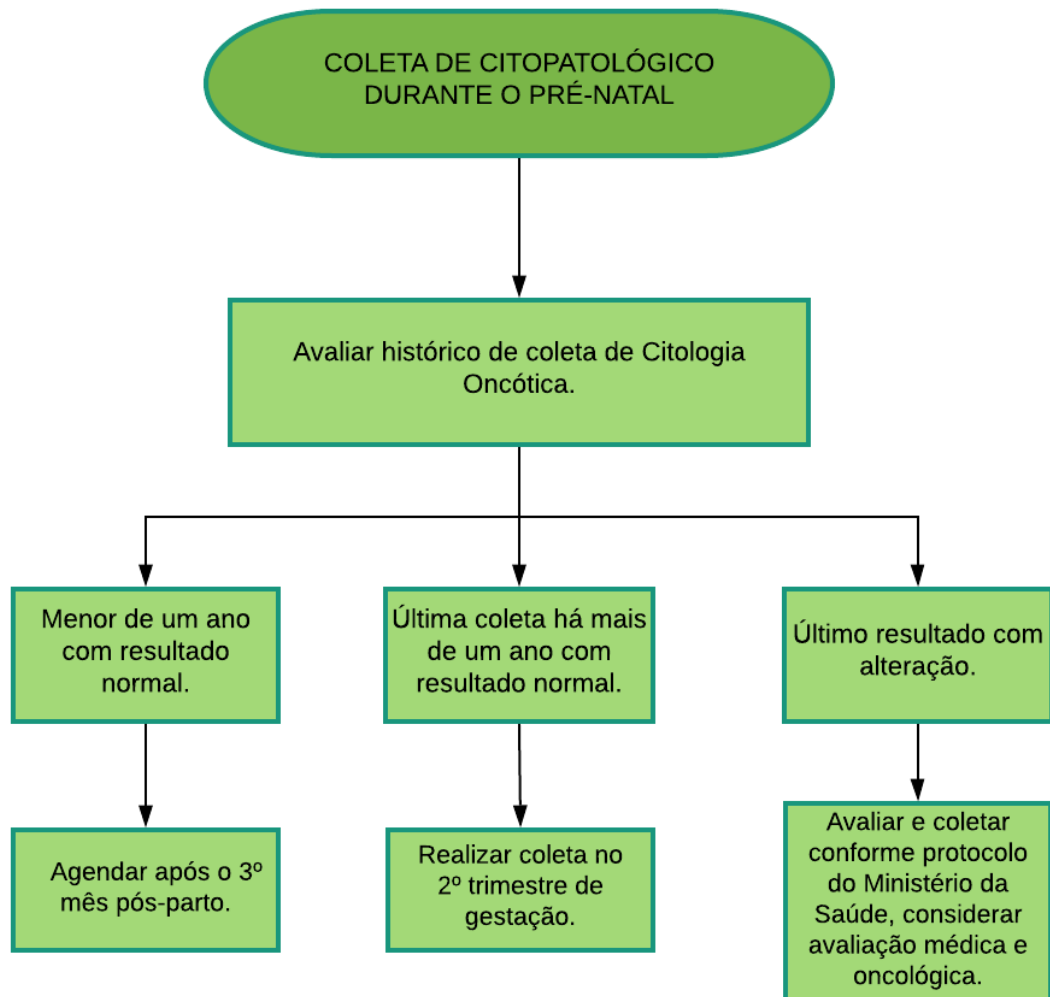
FLUXOGRAMA 9 – VACINAÇÃO DA GESTANTE



FLUXOGRAMA 10 – SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO E ÁCIDO FÓLICO



FLUXOGRAMA 11 – EXAME CITOPATOLÓGICO EM GESTANTES



ANEXO 1: TABAGISMO

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomendada que se suspenda o uso do tabaco durante a gestação. Todas as gestantes devem ser questionadas sobre o uso de tabaco. Diante de resposta positiva ao uso de tabaco (pg.9 Carteira da Gestante) deve ser aplicado o teste abaixo.

TESTE DE FAGERSTROM: mede o grau de dependência à nicotina. Ele deve ser aplicado nas gestantes tabagistas na primeira consulta e quando necessário em consultas subsequentes. As perguntas devem ser feitas as gestantes, somados o número no final de cada resposta e avaliado o resultado no fim da página.

Teste de Fagerstrom	Pontos
1. Em quanto tempo depois de acordar você fuma o primeiro cigarro? <ul style="list-style-type: none">• Dentro de 5 minutos (3)• 6-30 minutos (2)• 31-60 minutos (1)• Depois de 60 minutos (0)	
2. Você acha difícil ficar sem fumar em lugares onde é proibido (por exemplo, na igreja, no cinema, em bibliotecas, e outros.)? <ul style="list-style-type: none">• Sim (1)• Não (0)	
3. Qual o cigarro do dia que traz mais satisfação? <ul style="list-style-type: none">• O primeiro da manhã (1)• Outros (0)	
4. Quantos cigarros você fuma por dia? <ul style="list-style-type: none">• Menos de 10 (0)• De 11 a 20 (1)• De 21 a 30 (2)• Mais de 31 (3)	
5. Você fuma mais frequentemente pela manhã? <ul style="list-style-type: none">• Sim (1)• Não (0)	
6. Você fuma mesmo doente quando precisa ficar na cama a maior parte do tempo? <ul style="list-style-type: none">• Sim (1)• Não (0)	
TOTAL DE PONTOS	

Resultado Teste de Fagerström:

Pontos	0-2	3-4	5	6-7	8-10
Dependência do tabaco	Muito baixa	Baixa	Média	Elevada	Muito elevada

ANEXO 2: ETILISMO

Todas as gestantes devem ser questionadas sobre a ingestão de bebidas alcoólicas. Diante de resposta positiva ao uso de álcool (pg.9 carteira da gestante) deve ser aplicado o teste abaixo.

TESTE T-ACE

T-ACE	Respostas
T (Tolerance = Tolerância) Qual a quantidade que você precisa beber para se sentir desinibida ou “mais alegre”? (avaliar conforme número de doses-padrão)	() Não bebo - 0 ponto () Até duas doses – 1 ponto () Três ou mais doses – 2 pontos
A (Annoyed = Aborrecida) Alguém tem lhe incomodado por criticar o seu modo de beber?	() Não - 0 ponto () Sim - 1 ponto
C (Cut down = cortar) Você tem percebido que deve diminuir seu consumo de bebida?	() Não - 0 ponto () Sim - 1 ponto
E (Eye-opener = abrir os olhos) Você costuma tomar alguma bebida logo pela manhã para manter-se bem ou para livrar-se do mal estar do “dia seguinte” (ressaca)?	() Não - 0 ponto () Sim - 1 ponto
Total de Pontos	

Resultado: 2 ou mais pontos = Indicativo de Dependência ao álcool.

Fonte: Cadernos de atenção básica: Saúde Mental. Brasil, 2013.

ANEXO 3: PLANO DE PARTO NORMAL

PLANO DE PARTO

AMBULATÓRIO DE GESTANTES e CRIANÇAS DE TOLEDO

Eu, _____, estou ciente de que o parto pode tomar diferentes rumos. Abaixo, listo minhas preferências em relação ao nascimento do meu(minha) filho(a). Entendo que a equipe obstétrica tentará sempre tomar as melhores condutas no meu atendimento, mas gostaria de ser avisada ou consultada sempre que os planos não puderem ser seguidos.

Quero que seja meu acompanhante:

Grau de parentesco: () Parceiro(a) () Mãe () Amiga () Outra () nenhum

Quando ocorrer a participação de Doula, esta deverá estar devidamente cadastrada na instituição. Caso não esteja, deverá providenciar o cadastro, caso contrário ela não poderá atuar no seu atendimento.

1. Sobre ter infusão de soro com ocitocina (hormônio que facilita as contrações):

() Sim () Não () não tenho preferências

2. Sobre ter a minha bolsa rompida (estourar a bolsa manualmente):

() Sim () Não () não tenho preferências

3. Se a minha bolsa romper espontaneamente, antes de eu entrar em trabalho de parto:

() induzir o parto, caso não haja contraindicação

() entrar em trabalho de parto espontaneamente

() não tenho preferência

4. Se eu chegar no final da gestação e não entrar em trabalho de parto espontaneamente:

() realizar indução do trabalho de parto

() não realizar indução do trabalho de parto

() não tenho preferências

5. Durante o trabalho de parto:

a) Quanto a alimentação:

() prefiro comer e ingerir líquidos

() prefiro ficar em jejum

() prefiro decidir na hora

- b) quanto a deambulação (andar):
- prefiro poder caminhar e me movimentar
 - prefiro ficar deitada
 - prefiro decidir na hora

- c) quanto a dor:
- prefiro métodos não farmacológicos para controle da dor
 - prefiro analgésicos para dor
 - prefiro decidir na hora

- d) quanto ao ambiente:
- prefiro ambiente com pouca luminosidade
 - prefiro ambiente claro e luz acesa
 - prefiro ambiente com aromas e música
 - prefiro decidir na hora

6. Na hora do Parto:

- a) quanto a posição:
- posição de minha preferência
 - prefiro deitada na mesa de parto
 - prefiro decidir na hora

- b) quanto a episiotomia:
- prefiro que não seja realizada
 - prefiro que seja realizada somente em caso de necessidade
 - prefiro decidir na hora

- c) quanto ao nascimento do bebê:
- prefiro que seja colocado pele a pele ao nascer
 - prefiro que seja avaliado logo de imediato pelo pediatra
 - prefiro decidir na hora

- d) quanto ao corte do cordão umbilical:
- prefiro que meu acompanhante realize o corte
 - prefiro que o profissional corte
 - prefiro decidir na hora

- e) quanto a amamentação na sala de parto:
- prefiro que meu bebê seja colocado para mamar assim que nascer
 - prefiro que seja colocado para mamar no quarto, quando estiver mais recu-

perada

- prefiro decidir na hora

7. Sobre os cuidados com o bebê:

- a) quanto a aplicação do colírio:
- prefiro que não seja aplicado
 - prefiro que seja aplicado
 - prefiro decidir na hora

- b) quanto a aplicação da vitamina K (kanakin):
- prefiro que não seja aplicado
 - prefiro que seja aplicado
 - prefiro decidir na hora

- c) quanto a amamentação:
 quero amamentar sob livre demanda
 não quero e não vou amamentar
 prefiro decidir na hora

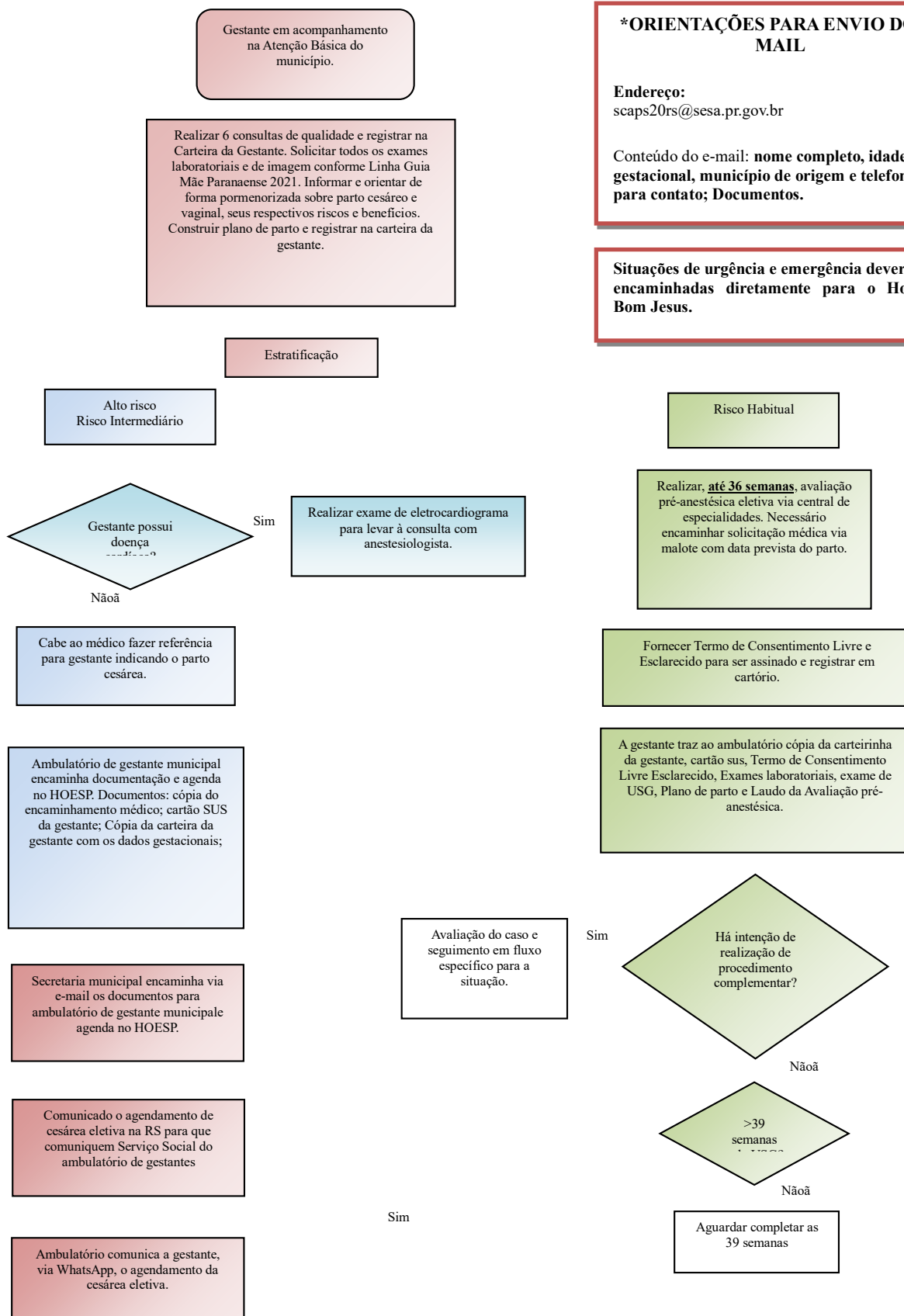
8. Observações e detalhes sugeridas por mim:

*Confio na intenção da equipe obstétrica de seguir esse Plano de Parto, dentro do possível.

Toledo-PR, ____ de _____ de _____.

Assinatura com firma reconhecida

ANEXO 4: FLUXO CESÁREA ELETIVA



*ORIENTAÇÕES PARA ENVIO DO E-MAIL

Endereço:
scaps20rs@sesa.pr.gov.br

Conteúdo do e-mail: **nome completo, idade gestacional, município de origem e telefone para contato; Documentos.**

Situações de urgência e emergência deverão ser encaminhadas diretamente para o Hospital Bom Jesus.

ANEXO 5: TERMO DE CONSENTIMENTO CESÁREA ELETIVA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Eu, _____,
_____, nacionalidade _____, portadora do RG nº _____,
_____ e inscrita no CPF/MF sob nº _____,
_____, residente e domiciliada na _____,

_____, na cidade de _____, estado do _____, declaro para os devidos fins minha decisão de realizar PARTO CESÁREA.

Declaro ter ciência que o parto vaginal normal é considerado a melhor via de parto em condições normais de gestação, conforme descrito pela literatura médica.

Declaro estar ciente de que a data da cesárea será definida pelo(a) médico(a) assistente, com base nos indicativos de completa maturidade do feto, consoante a literatura médica pertinente. Declaro ainda ter sido informada pelo Dr(a). _____, CRM/PR _____ que a cesárea

representa, em condições normais, maiores riscos para a mãe sendo os mais comuns: infecção, hemorragia, atonia uterina (quando o útero não contrai após o nascimento da criança), histerectomia (retirada cirúrgica do útero), a possibilidade de transfusão de sangue e infecção da cicatriz operatória (incisão da cesárea). Para o recém-nascido há maior chance de desconforto respiratório e, como em toda intervenção cirúrgica, existe risco excepcional de mortalidade derivado do próprio ato cirúrgico ou da situação vital de cada paciente. Declaro, também, ter sido informada de que ficarei com uma cicatriz decorrente da intervenção cirúrgica, podendo ocorrer a formação de quelóide (cicatriz alta com forma de cordão, podendo gerar irritação local) ou ainda cicatrização hipertrófica (espessa), que independem da habilidade do meu médico, visto que, dependem das características pessoais de cada paciente. Declaro, por fim, que tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas e mantenho minha decisão de realizar parto cesárea.

Toledo, ____ de _____ de _____.

Assinatura e RG da gestante

Assinatura do Cônjuge

Assinatura e carimbo do obstetra

ANEXO 6: PLANO DE PARTO CESARIANA:

PLANO DE PARTO – CESARIANA

Eu, _____,
estou ciente de que o parto pode tomar diferentes rumos, porém desejo realizar cesariana eletiva após 39 semanas, pois não quero entrar em trabalho de parto.

Abaixo, listo minhas preferências em relação ao nascimento do meu filho. Entendo que a equipe obstétrica tentará sempre tomar as melhores condutas no meu atendimento, mas gostaria de ser avisada ou consultada sempre que os planos não puderem ser seguidos.

Quero que seja meu acompanhante: _____

Não desejo ter acompanhante.

Desejo ter meu filho de parto cesariana, fui orientada sobre as condições e os riscos da minha escolha.

Prefiro optar por cesariana eletiva por motivos particulares, já que minha gestação é baixo risco, e gostaria que fosse realizado após 39 semanas, se tudo estiver bem comigo e com o meu filho.

Gostaria que meu filho fosse colocado em contato comigo logo após o nascimento ou entregue para o meu acompanhante, assim que liberado pelo obstetra e pediatra.

Gostaria que fosse permitido fazer fotos do nascimento pela equipe de enfermagem ou pelo meu acompanhante.

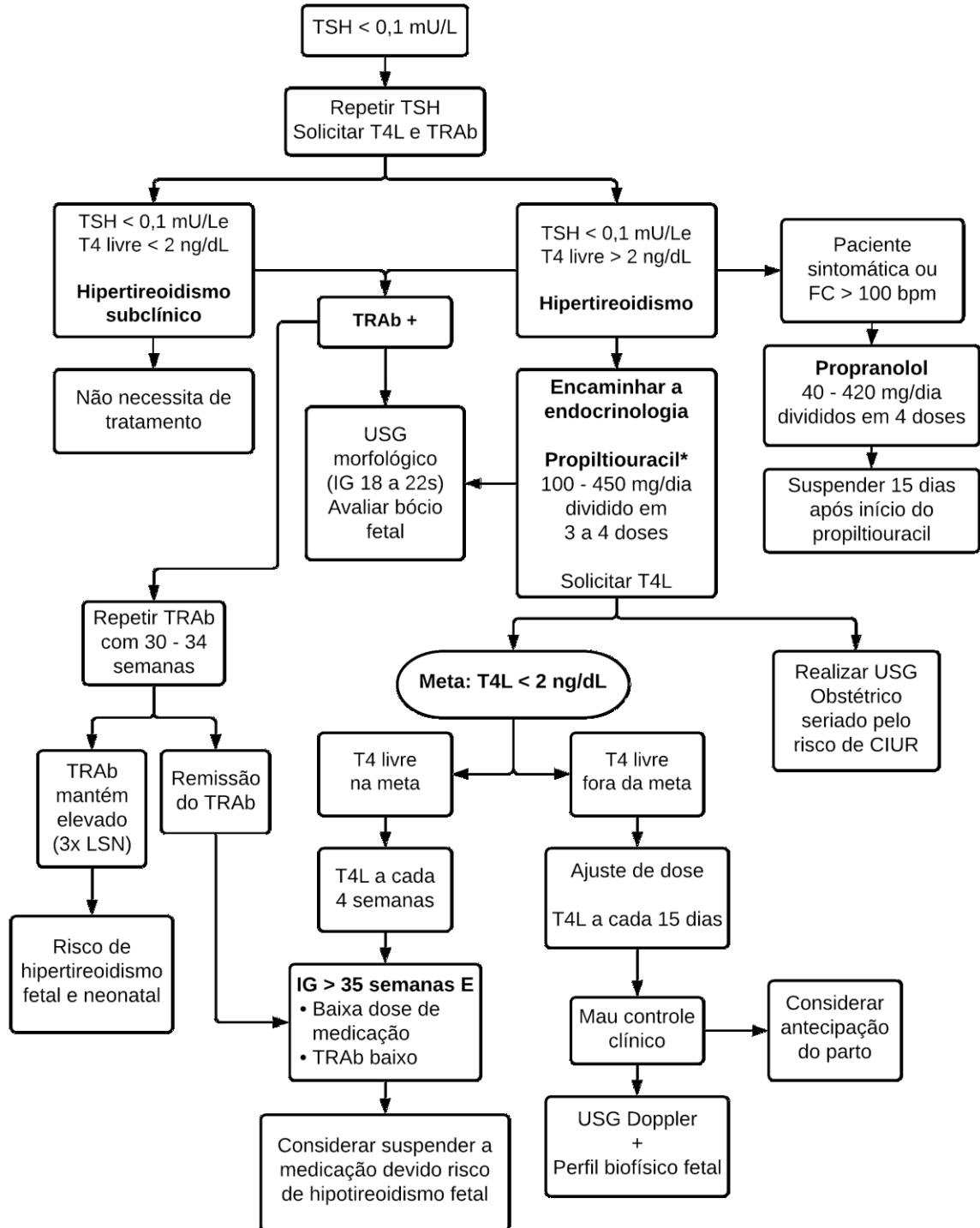
Gostaria que o procedimento fosse realizado sem sedação, preferencialmente com o uso de anestesia raquidiana.

Se possível gostaria que as minhas mãos não fossem amarradas durante a cesariana, mas entendo se não for possível.

Toledo, _____ de _____ de _____.

Assinatura: _____

ANEXO 7: FLUXO MANEJO DO HIPERTIREOIDISMO EM GESTANTES



Hipertireoidismo transitório pode ocorrer no 1º trimestre devido à aumento de TBG, falso-positivo devido resposta cruzada entre HCG e TBG ou associado a hiperêmese gravídica, normalmente sem sinais clínicos e não necessita de tratamento.

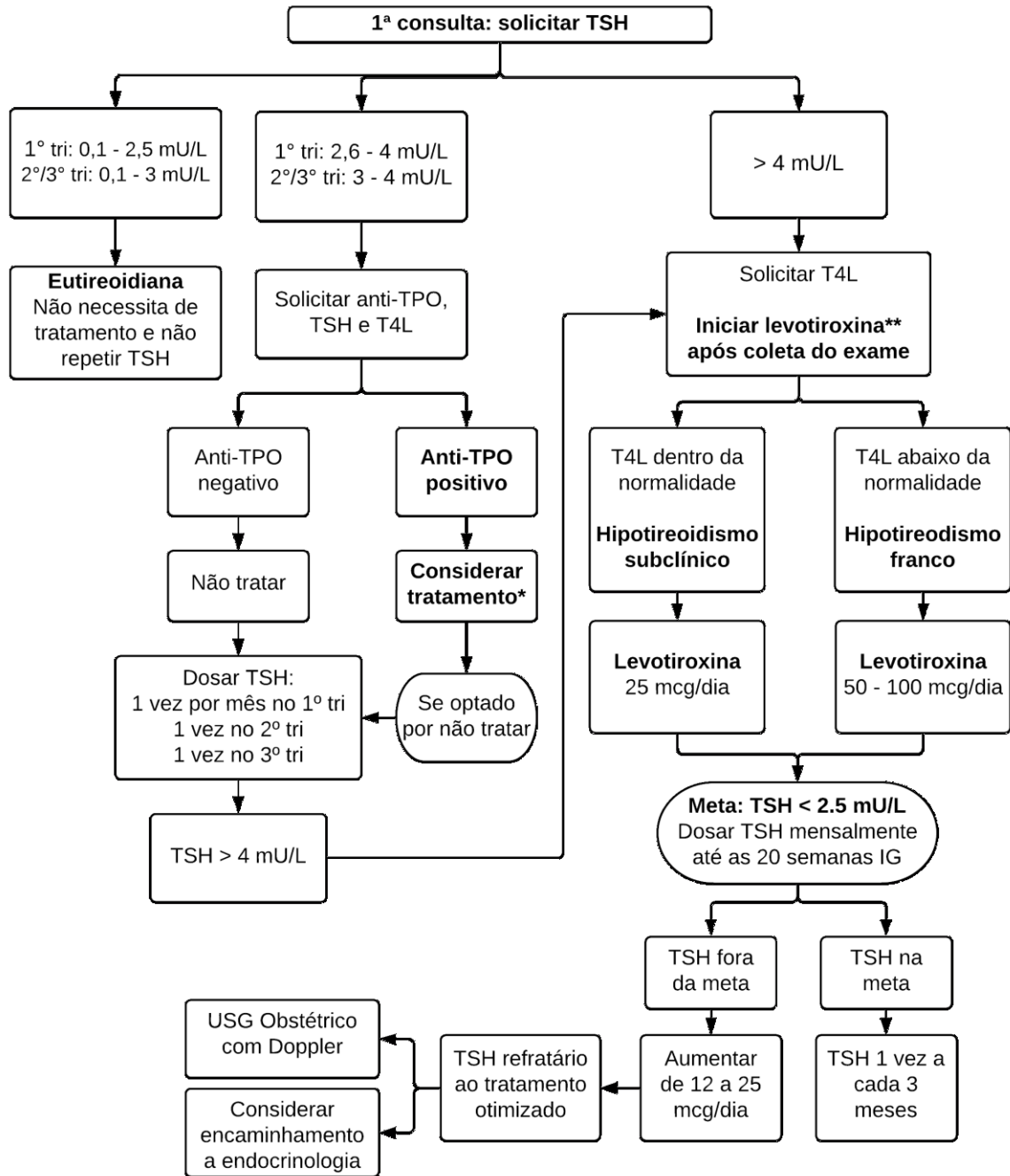
Autores: Andrea Sá, Allan Leon, Manoela Neta, Mayara Bueno, Juliana Dantas, Matheus Weiser.

***Usar a menor dose possível para obter controle clínico e T4L dentro da normalidade.** Caso paciente com sintomas gastrointestinais exuberantes (avaliar hepatotoxicidade) ou baixa adesão ao propiltiouracil, considerar **metimazol** a partir da 16ª semana, com dose de 10 a 30 mg/dia.

Na amamentação é permitido tanto o propiltiouracil (até 450 mg) quanto o metimazol (até 30 mg), sendo as medicações administradas após as mamadas, e com monitorização da função tireoidiana do recém-nascido.

Referências: 1. Doenças da tireoide na gestação. São Paulo: FEBRASGO; 2021.
2. Hyperthyroidism during pregnancy: Treatment UpToDate, 2021.

ANEXO 8: FLUXO MANEJO DO HIPOTIREOIDISMO EM GESTANTES

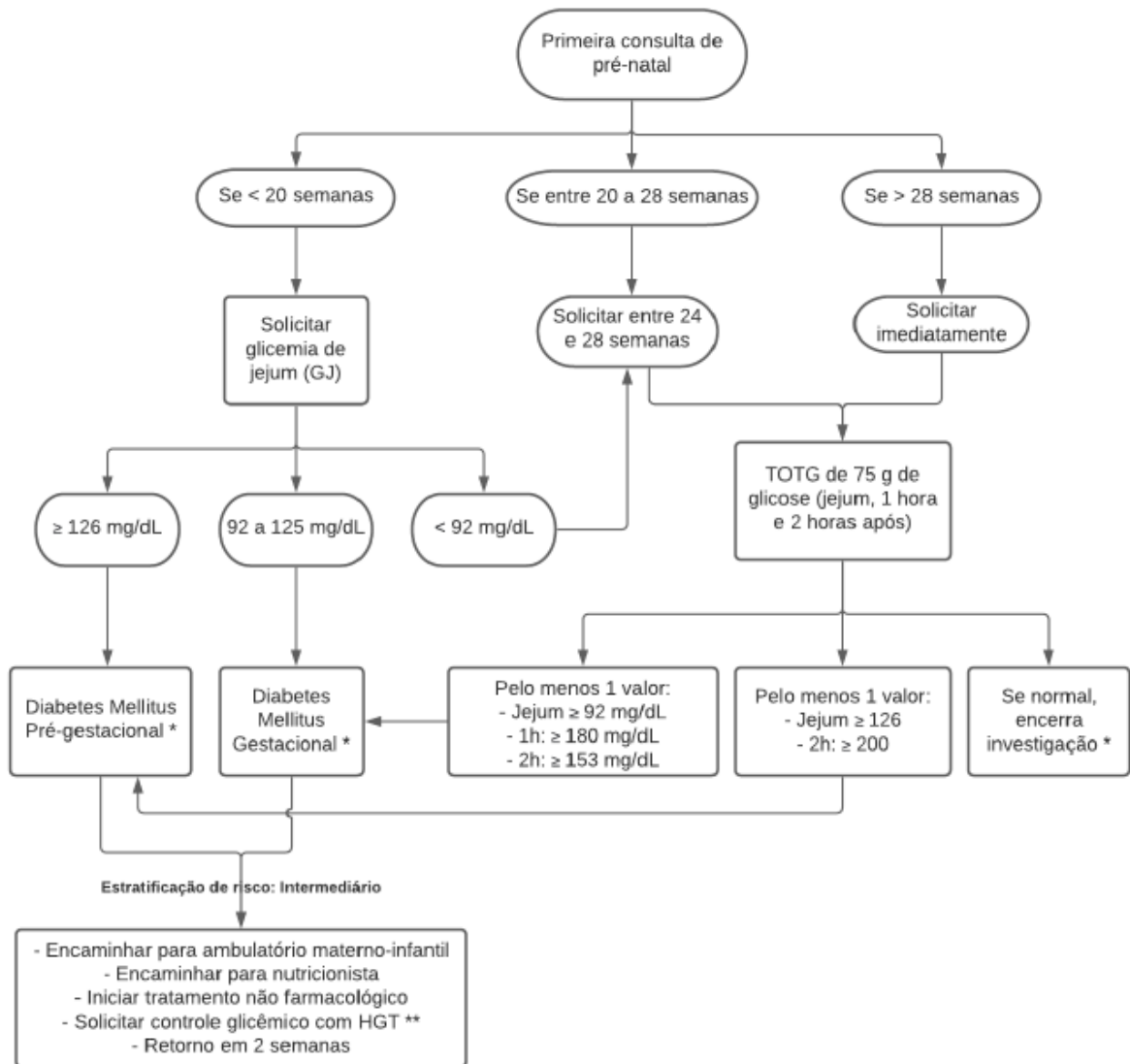


<p>Hipotireoidismo anterior a gestação: Aumentar em 30% a dose de levotiroxina em uso. Seguir fluxo do hipotireoidismo franco.</p>	<p>Seguimento pós-parto</p> <ul style="list-style-type: none"> Hipotireoidismo prévio: reduzir levotiroxina para a dose pré-gestacional e dosar TSH em 6 semanas Hipotireoidismo gestacional: suspender levotiroxina e dosar TSH em 6 semanas
<p>*Considerar história de abortos de repetição (≥ 3 abortos consecutivos) e história familiar. Se optado por tratar, administrar levotiroxina 50 mcg/dia. **Iniciar com levotiroxina 25 mcg/dia e ajustar após obter o valor do T4 livre Se dúvidas, entrar em contato com obstetra responsável pelo matriciamento</p>	<p>Referências:</p> <ol style="list-style-type: none"> Doenças da tireoide na gestação. São Paulo: FEBRASGO; 2021. Hypothyroidism during pregnancy: Clinical manifestations, diagnosis, and treatment. UpToDate, 2021. <p>Autores: Andrea Sá, Allan Leon, Manoela Neta, Mayara Bueno, Juliana Dantas, Matheus Weiser.</p>

ANEXO 9: FLUXO DE DIABETES NA GESTAÇÃO

DIAGNÓSTICO E CLASSIFICAÇÃO DE DIABETES MELLITUS NA GESTAÇÃO

FLUXOGRAMA 1



GJ: glicemia de jejum. TOTG: teste oral de tolerância a glicose.

* Após o diagnóstico, não solicitar GJ ou TOTG.

** Medidas para controle glicêmico sem tratamento farmacológico: jejum, 1h após café, 1h após almoço e 1h após jantar.

Manejo pós-parto: quando diabetes gestacional, solicitar novo TOTG 75 g de glicose 6 a 8 semanas após o parto para reclassificação da paciente quanto a diabetes.

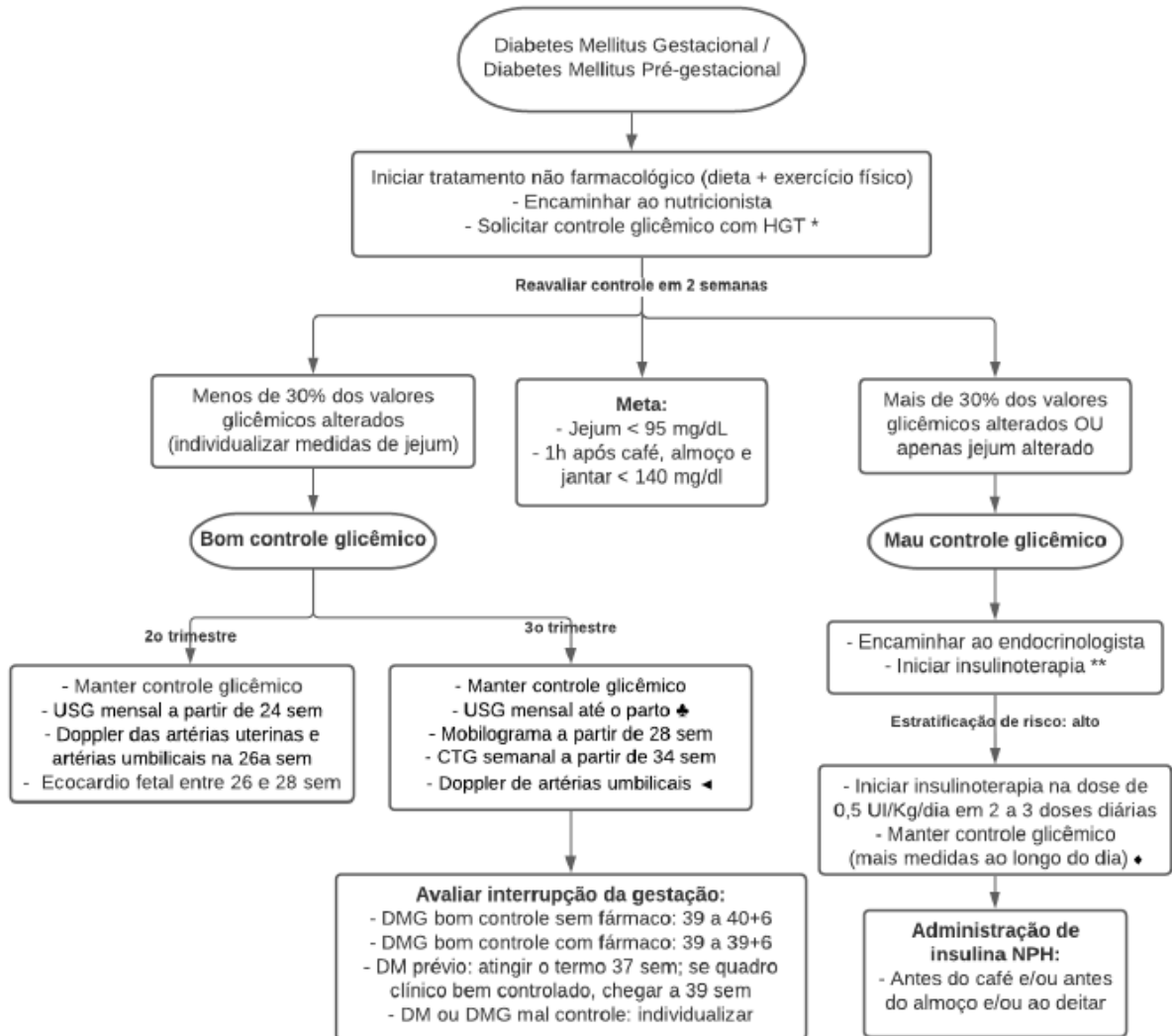
Referências bibliográficas:

- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014-2015; 2019-2020.
- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2019 e 2021.

Autores: Mariana Marassi Pimenta, Gabriela Magro, Manoela Ferreira da Cruz Neta e Taiane Costa Santana.

MANEJO DE DIABETES MELLITUS NA GESTAÇÃO

FLUXOGRAMA 2



TOTG: teste oral de tolerância a glicose. Não deve ser realizado após o diagnóstico.

* Medidas para controle glicêmico sem tratamento farmacológico: jejum, 1h após café, 1h após almoço e 1h após jantar.

** Não há necessidade de solicitar novas GJ ou TOTG durante o pré-natal.

♦ Medidas para controle glicêmico em uso de insulina: jejum, 1h após o café, antes do almoço, 1h após o almoço, antes da janta, 1h após o jantar e as 22 horas. Quando com bom controle, fazer 4 medidas ao dia, jejum sempre e alternando os outros períodos.

◆ Em caso de suspeita de restrição de crescimento ou feto grande para idade gestacional realizar avaliação a cada 15 dias.

◀ Solicitar se houver hipertensão arterial sistêmica, toxemia ou vasculopatia

Manejo pós-parto: quando diabetes gestacional, solicitar novo TOTG 75 g de glicose de 6 a 8 semanas após o parto para reclassificação da paciente quanto a diabetes.

Referências bibliográficas:

- Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2014-2015; 2019-2020.
- American Diabetes Association. Standards of Medical Care in Diabetes – 2019 e 2021.

Autores: Mariana Marassi Pimenta, Gabriela Magro, Manoela Ferreira da Cruz Neta e Taiane Costa Santana.

MODELO DE SOLICITAÇÃO DE GLICOSÍMETRO E TIRAS DE HGT

NOME DA PACIENTE:

SOLICITO:

1. GLICOSÍMETRO

01 un

2. TIRAS DE HGT

120un

****REALIZAR CONTROLE GLICÊMICO 4X/DIA.**

CIAP: W85

CID: O24.9

ASSINATURA E CARIMBO

DATA: **//******

MODELO DE CONTROLE DE HGT EM GESTANTES:

FAZER CONTROLE DA GLICEMIA CAPILAR (HGT) 4 VEZES AO DIA:

JEJUM, 1 HORA APÓS CAFÉ- DA-MANHÃ, ALMOÇO E JANTAR

VALORES ALVO: JEJUM ≤ 95 , 1 HORA APÓS COMER ≤ 140

NOME GESTANTE: _____

DATA	JEJUM	1h PÓS CAFÉ	1h PÓS ALMOÇO	1h PÓS JANTA

ORIENTAÇÕES PARA DIABETES GESTACIONAL:

Tenho Diabetes Gestacional, e agora?

A Diabetes é uma doença que aumenta o açúcar, que chamamos de glicose, no sangue.

O sangue da mãe com muita glicose passa para o bebê pela placenta.

Aumentam as chances de complicações na gestação quando você não tem conhecimento ou controle.

O que pode acontecer comigo?

Infecção de urina • Pressão alta • Parto prematuro • Maior risco de hemorragia pós-parto • Maior risco de diabetes no futuro • Morte materna

E com o bebê?

Peso maior que 4 Kg, com dificuldades no parto e fraturas • Problemas na respiração • Hipoglicemia (baixa de glicose) • Icterícia (pele amarela) • Morte

O que tenho que fazer?

Manter valores de glicemia normais

Anotar os valores e levar em todas as consultas.

Fazer 3 refeições principais (café da manhã, almoço e jantar) e 2 a 3 lanches (um no meio da manhã, um no meio da tarde, um antes de se deitar)

SEGUIR UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Tente não ficar muito tempo sem comer.

FAZER ATIVIDADE FÍSICA

A atividade física diminui a glicose do sangue e deve ser realizada por 30 minutos 4 a 5 vezes por semana. Atividades como caminhada, hidroginástica, pilates, yoga, natação, etc.

CONTROLE DA GLICEMIA

O controle da glicose é feito com um aparelho (glicosmetro), na lateral dos dedos das mãos.

Inicialmente deve ser feito 4 vezes no dia (jejum, 1 hora após iniciar a alimentação, no café-da-manhã, almoço e jantar).

Anote sua glicemia em um diário de glicemia. Isto é importante para o seu controle e durante as consultas de pré-natal, nutricionista e endocrinologista.

COMO DEVEM FICAR AS MEDIDAS

Jejum: menor ou igual a 95 mg/ dl

1 Hora após o início das principais refeições: menor ou igual a 140 mg/ dl

2 Horas após o início das principais refeições: menor ou igual a 120 mg/ dl

No aparelho, podem aparecer umas letras: HI: glicemia acima de 600 mg/dl*

LO: glicemia abaixo de 10 mg/dl*

*** os valores podem variar de acordo com a marca.**

ATENÇÃO!!! SE ISSO ACONTECER, PROCURE IMEDIATAMENTE ATENDIMENTO MÉDICO.

COMO MEDIR SUA GLICEMIA

1. Lavar as mãos ou passar álcool 70. Secar bem.
2. Furar o dedo na lateral.
3. Preencher todo o espaço da fita, com a gota de sangue.
4. Descartar as lancetas e fitas usadas, em um frasco de plástico rígido vazio (amaciante ou água sanitária).
5. Anotar o valor da glicemia no diário.
6. Fazer o rodízio dos dedos.

SIGA AS ORIENTAÇÕES E FAÇA TODOS OS EXAMES SOLICITADOS NO PRÉ-NATAL. SE A GLICEMIA NÃO CONTROLAR COM DIETA E ATIVIDADE FÍSICA, VOCÊ PODE PRECISAR DE MEDICAMENTOS COMO INSULINA.

O QUE VOCÊ DEVE COMER AO DIA?

→ PORÇÕES TOTAIS DO DIA

1. Verduras e legumes à vontade (alface, couve, abobrinha, etc);
2. 01 porção de feijões ou oleaginosas (feijão, soja, lentilha, amendoim, castanha, etc);
3. 02 porções de carne ou ovos;
4. 01 porção de óleos ou gorduras (manteiga, margarina, azeite, óleo, etc);
5. 03 porções de legumes de raiz (abóbora, cenoura, chuchu, quiabo, vagem, etc);

6. 03 porções de frutas (maçã, banana, abacaxi, laranja, etc);
7. 03 porções de leite ou derivados (queijo, iogurte, coalhada, etc);
8. 05 porções de carboidratos (macarrão, arroz, angu, batata, mandioca, farofa, pães, bolos, biscoitos, etc).

PREFIRA ALIMENTOS INTEGRAIS (Pão integral, arroz integral, etc)

EVITE SUCOS DE FRUTAS (mesmo natural sem açúcar) E REFRIGERANTES.

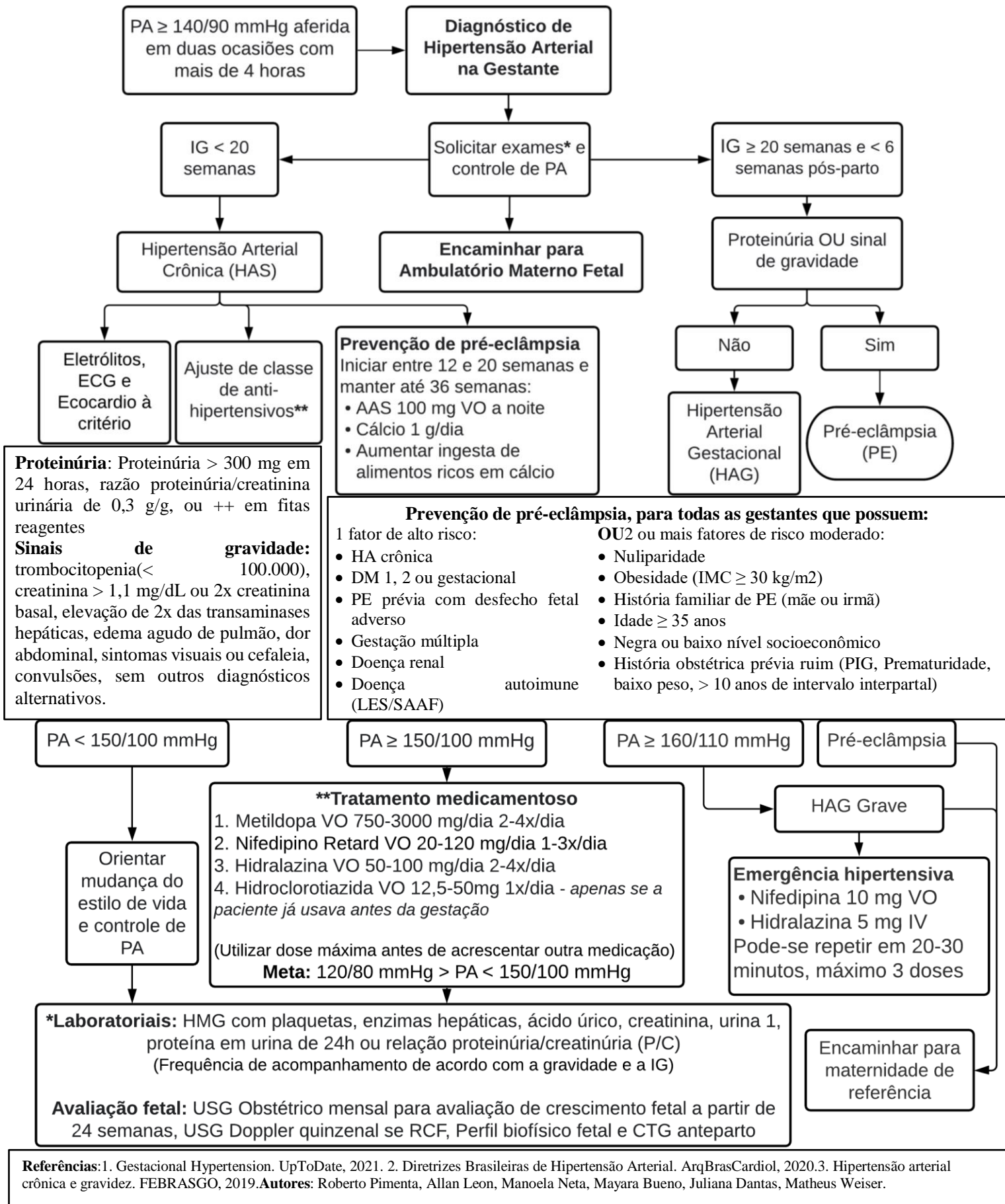
EVITE TODOS OS TIPOS DE DOCES: AÇUCAR, AÇUCAR MASCAVO, MEL, MELADO, CHOCOLATE. SE PRECISAR ADOÇAR, PREFIRO O ADOÇANTE DE ESTÉVIA.

ORIENTAÇÕES GERAIS NO DIAGNÓSTICO DE DIABETES NA GESTAÇÃO

- Não pular refeições.
- Avaliar o controle glicêmico 1 hora após a primeira garfada da refeição.
- Não tomar nenhum medicamento quando em jejum para controle do HGT.
 - Atividade física preferível: caminhadas diárias.
- Se usa insulina, aguardar 10 segundos após a aplicação da insulina para retirar a agulha.
- Fazer um diário alimentar 1 semana antes da consulta com nutricionista.
- Sempre levar a folha anotada com o controle glicêmico nas consultas médicas e nutricionista.

ANEXO 10: FLUXO HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO

Manejo da Hipertensão Arterial em Gestantes



ANEXO 11: LISTA DE EXAMES PARA SEREM SOLICITADOS

EXAMES LABORATORIAIS:

- Hemograma completo;
- Glicose de Jejum; Glicose pós-prandial; TOTG;
- TSH; T4 livre; Anti-TPO; Trab;
- Toxoplasmose IGM/IGG; Teste de avidéz IGG;
- Urina; Urocultura; Antibiograma; Proteinúria de 24h;
- EPF;
- Swab para streptococcus tipo B;
- Tipagem sanguínea + fator RH; Eletroforese de hemoglobina;
- Tipagem sanguínea + fator RH e Eletroforese de hemoglobina do parceiro;
- TGO; TGP
- Creatinina; Ureia;
- Teste rápido de HIV, Elisa, Western Blot;
- Teste rápido Sífilis, VDRL, FTA-ABS;
- Teste rápido Hepatite B; Anti-hbs, HbsAg, Anti-HbeAg, HbeAg, Anti-HBC total, Anti-HBC IgM e IgG, PCR;
- Teste rápido Hepatite C; PCR.

EXAMES DE IMAGEM:

- USG Endovaginal; USG Transvaginal;
- USG Obstétrica; USG Obstétrica Morfológica; USG Obstétrica com Doppler;
- USG Obstétrica gemelar; USG Obstétrica Morfológica gemelar; USG Obstétrica com Doppler gemelar;
- Ecocardiograma fetal;
- Cardiotocografia**;

CONTROLE DE HGT:

- Glicosímero;
- Fitas de HGT;
- Lancetas de HGT;

CONTROLE DE PRESSÃO:

- Aferição de pressão diária;

ANEXO 12: LISTA DE PROFISSIONAIS PARA ENCAMINHAMENTO

- **Nutricionista:** Gestante com obesidade III (mórbida); diabetes gestacional, diabética prévia, hipertensa mal controlada; baixo peso; alteração da abrupta da curva de peso;
- **Psicólogo:** Gestantes estratificadas – encaminhara para Psicóloga Tereza – Ambulatório de Saúde Mental
- **Endocrinologista:** Gestante com diabetes gestacional ou diabética prévia com mal controle glicêmico e laboratorial;
- **Cardiologista:** Gestante cardiopata ou com mal controle pressórico;
- **Ginecologista/Obstetra:** Gestantes de risco intermediário e alto risco;
- **Assistente Social:** Gestantes em situação de vulnerabilidade social, pedido de laqueadura, pedido de cesárea eletiva;
- **Dentista:** Gestante para avaliação odontológica na gestação e queixas odontológicas.

“Nenhum de nós é tão bom, quanto todos nós juntos”
Ray Kroc