

Protocolos Assistenciais da Maternidade Climério de Oliveira
Pré-Natal de Risco Habitual

MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA
UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
EMPRESA BRASILEIRA DE SERVIÇOS HOSPITALARES
Rua do Limoeiro, Nº 137, Nazaré
CEP: 40055-150 | Salvador-BA |
Telefone: (71) 3283-9210 | Site: www.mco.ufba.br

ROSSIELI SOARES DA SILVA
Ministro de Estado da Educação
KLEBER DE MELO MORAIS
Presidente
SINAIDE SANTOS CERQUEIRA COELHO
Superintendente
VIVIANA DE CARVALHO MALTEZ
Gerente de Atenção à Saúde
CARLOS AUGUSTO DOS SANTOS MENEZES
Gerente de Ensino e Pesquisa
LINDINALVA ALVES DA SILVA
Gerente Administrativo

ELABORAÇÃO

Assistente Social

Geisa Maria Reis de Santana

Dentista

Poliana Pimentel

Enfermeira Obstétrica

Fanny Eichenberger Barral

Médico Ginecologista e Obstetra

Ana Claudia Trigo

Lídia Lima Aragão Sampaio

Nutricionista

Ana Regina Nogueira Meirelles

Ana Paula de Brito Aguiar

Profissional de Educação Física

Nilo Ricardo Lobo do Espírito Santo Cerqueira

Psicóloga

Marina Marinho dos Santos

Fabiana Maia (Médico Residente Ginecologia e Obstetrícia)

Felipe Leiro (Médico Residente Ginecologia e Obstetrícia)

Residentes Medicina de Saúde da Família

Camila Lyra Borges

Rafaella Kattarinne Nascimento Cordeiro

Mariana Oliveira Leite

Isabela Cruz de Vasconcelos

COLABORADORES

Ameline Rodrigues

Jéssica Fonseca Mota

Lucas Vinícius Ribeiro

Milene Souza

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	5
2	PERIODICIDADE DAS CONSULTAS	5
3	HISTÓRICO DA 1ª CONSULTA PRÉ-NATAL	6
4	AValiação DE RISCO	7
5	ANAMNESE E EXAME FÍSICO DA PRIMEIRA CONSULTA E CONSULTAS SUBSEQUENTE	9
6	EXAMES COMPLEMENTARES	10
7	IMUNIZAÇÕES	25
8	ORIENTAÇÕES	31
9	ATIVIDADES EDUCATIVAS COM GESTANTES	34
10	NUTRIÇÃO E SUPLEMENTAÇÃO	35
11	ATIVIDADE FÍSICA	43
12	SERVIÇO SOCIAL	48
13	ODONTOLOGIA	50
14	PSICOLOGIA	53
15	PRÉ-NATAL DO PARCEIRO	55

1 INTRODUÇÃO

A adequada assistência ao pré-natal é uma oportunidade de cuidado e atenção e pode contribuir para a redução da morbimortalidade materna e infantil. Torna-se um momento privilegiado para discutir e esclarecer questões que são únicas para cada mulher, parceiro e familiares, de forma individualizada, respeitando a integralidade e a subjetividade.

Por isso, a avaliação cuidadosa da gestante deve ser feita por meio de escuta ativa, sem julgamentos, incluindo a valorização de suas queixas, permitindo que a mulher exponha sua intimidade com segurança, observando sinais de alerta durante o exame clínico, assim como a realização de exames complementares preconizados, os quais são importantes ferramentas para garantir o bem-estar materno e fetal durante o pré-natal.

Além disso, é um momento oportuno para os/as profissionais investirem em estratégias de educação e cuidado em saúde, sendo fundamental o incentivo às práticas de promoção à saúde, assim como a inclusão do pai e/ou parceiro e família, desde que respeitado o desejo da gestante, para a vivência saudável da gravidez e do parto com o exercício do pleno protagonismo da mulher (BRASIL, 2012).

A avaliação do risco gestacional em cada consulta também é importante instrumento neste processo para a detecção e abordagem oportunas, com o devido referenciamento à assistência de maior complexidade. Para o alcance dos objetivos esperados, a qualificação dos profissionais de saúde ainda se constitui num desafio, principalmente no que se refere ao processo de cuidado, à interpretação dos exames e ao desfecho de conduta acertada e segura para o binômio.

Desta forma, este protocolo objetiva nortear os profissionais para a assistência pré-natal adequada, de acordo com as evidências mais atuais, primando pela realização de uma prática humanizada, integral e de qualidade. Pretende-se subsidiar a conduta frente à abordagem da gestante, incluindo anamnese e exame físico, avaliação do risco gestacional e critérios para o encaminhamento ao pré-natal de alto risco e à maternidade, realização dos exames preconizados, queixas e intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes, vinculação da maternidade para o parto e nas urgências, e ao incentivo e preparo para o parto normal e aleitamento materno.

2 PERIODICIDADE DE CONSULTAS

O total de consultas deverá ser de, no mínimo, 6 (seis), devendo ser realizadas, no mínimo, 2 consultas de pré-natal com o obstetra (o período oportuno deve ser indicado na consulta). Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma:

- Até 28ª semana – mensalmente;

- Da 28ª até a 36ª semana – quinzenalmente;
- Da 36ª até a 41ª semana – semanalmente.

Solicitar marcação para nutricionista, serviço social, obstetra, educador físico, odontóloga, grupo de gestante e os retornos de todas as consultas da enfermagem na primeira consulta do pré-natal. Nas consultas subsequentes, confirmar a marcação das consultas solicitadas.

3 HISTÓRICO DA 1ª CONSULTA PRÉ-NATAL

3.1 DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

- Escolaridade;
- Profissão/ocupação;
- Estado civil;
- Orientação sexual;
- Raça/Cor;
- Confirmar endereço e telefone;
- Religião;
- Idade.

3.2 ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS

- Nº de gestações (Última gestação há quanto tempo?);
- Nº de partos;
- Nº de partos vaginais e cesáreos;
- Nº de abortos. Curetagem, AMIU;
- Infecção ou complicações no abortamento, parto ou pós-parto;
- Intercorrências ou complicações em gestações anteriores (HAS, eclâmpsia, pré-eclâmpsia, DM gestacional, internação em UTI);
- Condições de nascimento (atermo, prematuro, pós-termo, natimorto/neomorto, má formação, peso do RN);
- Amamentação.

3.3 ANTECEDENTES GINECOLÓGICOS

- Idade da menarca;
- Característica do ciclo menstrual (Regular/irregular, duração e intensidade);
- Fez tratamento para engravidar?
- Uso de método contraceptivo antes de engravidar (qual e por quanto tempo?)
- Data do último preventivo (Se recente, pedir para trazer em consulta subsequente).

3.4 ANTECEDENTES SEXUAIS

- Idade da primeira relação sexual;
- Nº de parceiros sexuais durante a vida sexual;
- Dispaurenia ou Sinusiorragia
- Histórico de IST (Se sim, quando? Qual IST? Fez tratamento? Parceiro tratado?)

3.5 ANTECEDENTES CLÍNICOS

- HAS ou DM?
- Cardiopatias? Pneumopatias? Hipo/Hiper tireoidismo?
- Miomatose?
- Alergia medicamentosa ou alimentar?
- Cirurgias prévias? (tipo e data)
- Viroses (Zika)? Dengue? Chikungunya?
- Infecção urinária (Quando? Tratada? Medicação usada);
- Uso de medicamentos;
- Realizou transfusão de sangue? Quando?

3.6 HÁBITOS DE VIDA

- Uso de drogas (qual?);
- Tabagismo (há quanto tempo? Quantos cigarros por dia?)
- Etilismo (Quantidade e frequência);
- Atividade física (Tipo de atividade física; Grau de esforço; Periodicidade).

3.7 ANTECEDENTES FAMILIARES

- HAS, DM, Cardiopatias, Gemelaridade, malformações congênitas, câncer de mama ou colo uterino (Especificar o grau de parentesco)

4 AVALIAÇÃO DE RISCO

4.1 CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

Fatores relacionados às condições prévias:

- Cardiopatias;
- Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica);
- Nefropatias graves;
- Endocrinopatias (especialmente DM, hipo/hiper tireoidismo);
- Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia);
- HAS crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo;
- Doenças neurológicas (como epilepsia);
- Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento;
- Doenças autoimunes;
- Alterações genéticas maternas;
- Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar;
- Ginecopatias (malformação uterina, miomatose, incompetência istmo-cervical, tumores anexiais e outras);
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma);
- Hanseníase; Tuberculose;
- Dependência de drogas lícitas ou ilícitas;
- Anemia grave (hemoglobina < 8);
- Isoimunização Rh;
- Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado.
- Fatores relacionados à história reprodutiva anterior:

- Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida;
- História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome Hellp, eclâmpsia, internação da mãe em UTI);
- Abortamento habitual;
- Esterilidade/infertilidade.
- Fatores relacionados à gravidez atual:
- Restrição do crescimento intrauterino;
- Polidrâmnio ou oligodrâmnio;
- Gemelaridade;
- Malformações fetais ou arritmia fetal;
- Distúrbios hipertensivos da gestação;
- Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite;
- Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso;
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV; Sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma);
- Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual;
- Evidência laboratorial de proteinúria;
- DMG;
- Desnutrição materna severa; Obesidade mórbida ou baixo peso
- LIEAG
- Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-rads III ou mais;
- Adolescentes com fatores de risco psicossocial.

4.2 CRITÉRIOS QUE INDICAM ENCAMINHAMENTO À URGÊNCIA/ EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA

- Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional;
- Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial $> 140/90$, quando estiver associada à proteinúria;
- Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas;
- Eclâmpsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia);
- Crise hipertensiva (PA $> 160/110$);
- Amniorrexe prematura: podendo ser observada mediante exame especular com manobra de Valsalva e elevação da apresentação fetal;
- Isoimunização Rh;
- Anemia grave (hemoglobina < 8);
- Trabalho de parto prematuro;
- IG a partir de 41 semanas confirmadas;
- Hipertermia, na ausência de sinais ou sintomas clínicos de IVAS;
- Situações que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma etc.
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes;
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular ou outra infecção que necessite de internação hospitalar;
- Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes;

- Investigação de prurido gestacional/icterícia;
- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com IG < 20 semanas;
- Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre;
- Restrição de crescimento intrauterino;
- Oligoidrâmnio severo;
- Gestação ectópica;
- Óbito fetal.

5 ANAMNESE E EXAME FÍSICO DA PRIMEIRA CONSULTA E CONSULTAS SUBSEQUENTE

Avaliar risco;

Gravidez atual planejada? Bem aceita pela gestante e pelo pai da criança?

Gestação fruto de violência sexual;

Grau de parentesco com o pai do bebê;

Histórico de violência obstétrica;

Vida sexual;

Data da última menstruação (DUM);

Cálculo da Idade Gestacional (IG)

- A idade gestacional deve ser calculada a partir da DUM. Na impossibilidade de identificação da IG por esse parâmetro, a USG no primeiro trimestre é o método mais fidedigno de datação da gestação
- Quanto maior o tempo de gestação, maior a margem de erro no cálculo da IG pelo USG em comparação com a DUM confiável. O desvio esperado no cálculo pelo USG é em torno de 8% em relação à DUM. No primeiro trimestre, o desvio esperado no cálculo da idade gestacional é de três a sete dias (aumentando o intervalo, o número de dias, quanto maior a IG). Se a DUM estiver dentro da variação esperada, considerá-la para cálculo; se a diferença for maior, considerar a USG. Não recalculer durante a gravidez.

Cálculo da Data Provável do Parto (DPP);

Investigar queixas (azia, náuseas, vômitos, obstipação, leucorréia, varizes, sangramento e perdas vaginais, cefaleia, edema, hemorroida, queixas urinárias, ex. disúria, contrações e movimentação fetal, outras);

Questionar uso de medicamentos (sulfato ferroso/polivitamínico e outros);

Verificar situação vacinal (dT/hepatite B/ Influenza);

Avaliar estado nutricional: Ganho/perda de peso, calcular IMC;

- Exame físico geral;

Sinais vitais: FC, FR, PA e Temperatura;

Palpação da tireoide, região cervical, supraclavicular e axilar (pesquisar nódulos e alterações);

Exame clínico das mamas;

Pesquisar varizes;

Edemas: (-) ou ausente; (+) apenas no tornozelo; (++) em membros inferiores + ganho de peso + hipertensão; (+++) em face, membros e região sacra, ou edema observado ao acordar pela manhã, independentemente de ganho de peso e hipertensão; Unilateral de MMII, com sinais flogísticos e dor – suspeita de tromboflebite e trombose venosa profunda.

➤ Exame gineco-obstétrico:

Realizar medida da circunferência abdominal, altura uterina e ausculta de BCF (após 12ª semana com sonar);

Realizar Manobra de Leopold:

- Delimite o fundo do útero com a borda cubital de ambas as mãos e reconheça a parte fetal que o ocupa;
- Deslize as mãos do fundo uterino até o polo inferior do útero, procurando sentir o dorso e as pequenas partes do feto;
- Explore a mobilidade do polo, que se apresenta no estreito superior pélvico;
- Determine a situação fetal, colocando as mãos sobre as fossas ilíacas, deslizando-as em direção à escava pélvica e abarcando o polo fetal, que se apresenta. As situações que podem ser encontradas são: longitudinal (apresentação cefálica e pélvica), transversa (apresentação córmica) e oblíquas.

Registrar movimentos fetais;

Exame ginecológico - na primeira consulta examinar externamente ou fazer exame especular, se queixa.

Observações:

Todas as condutas, solicitações, orientações e encaminhamentos deverão ser registrados na evolução e os exames devem ser anotados no prontuário (folha própria).

O valor do IMC e da altura uterina deverá ser sinalizado no gráfico do cartão da gestante; assim como exames realizados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírío-Libanês de Ensino e Pesquisa . Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF, 2012.

6 EXAMES COMPLEMENTARES

6.1 HEMOGRAMA COMPLETO

Permite o diagnóstico de anemia, infecções e/ou distúrbios de plaquetas. Deve ser solicitado na rotina de primeiro e terceiro trimestre.

Valores de hemoglobina maiores ou iguais a 11mg/dL são considerados normais na gestação. Recomenda-se a suplementação de ferro a partir de 20 semanas. No primeiro trimestre

da gestação, a necessidade de ferro é pequena e não há necessidade de suplementação. O uso de ferro no primeiro trimestre pode agravar os sintomas de náuseas e vômitos.

Considera-se $Hb < 11\text{mg/dL}$ como valor indicativo de anemia, que deverá ser pesquisada e tratada segundo o protocolo específico. Valores menores que 8mg/dL indicam anemia grave, e a gestante deve ser encaminhada ao pré-natal de alto risco.

6.2 TIPAGEM SANGUÍNEA E FATOR RH

Visa avaliar o risco da gestante desenvolver aloimunização Rh, e assim possibilitar a tomada de medidas necessárias para sua prevenção.

Deve ser solicitado na primeira consulta. Em caso de resultado Rh negativo, solicitar a tipagem sanguínea do parceiro e Coombs indireto da gestante.

6.3 COOMBS INDIRETO

Identifica aloimunização em gestantes Rh negativo que já foram expostas ao antígeno D anteriormente ou na gestação atual. O resultado positivo indica aloimunização e desperta a necessidade de vigilância materna e fetal para complicações associadas.

Deve ser solicitado em todas as gestantes Rh negativo, exceto se há certeza que o pai da criança é Rh negativo e em toda gestante com história de hidropsia fetal ou neonatal, independente do Rh.

Em caso de resultado negativo, deve ser repetido entre a 24^a e a 28^a semana. Pacientes com Rh negativo que não são aloimunizadas (coombs indireto negativo) devem receber imunoglobulina anti-D na 28^a semana de gestação e em até 72h após o aborto ou parto (neste caso, se RN for Rh positivo).

O resultado positivo deve ser manejado conforme protocolo específico, com titulações do Coombs a cada 4 semanas.

6.4 GLICEMIA EM JEJUM E TOTG

O rastreamento do Diabetes Mellitus Gestacional deve ser universal e iniciar-se na primeira consulta de pré natal através da glicemia de jejum. A conduta subsequente será de acordo com os seguintes resultados:

1. Glicemia de jejum $< 92\text{mg/dl}$: considera-se rastreio negativo. A gestante deve ser reavaliada no segundo trimestre com TTOG 75g entre 24 - 28 semanas.
2. Glicemia de jejum $\geq 92\text{ mg/dl}$ e $< 126\text{ mg/dl}$: diagnóstico de DMG precoce. Deve-se confirmar o resultado com uma segunda dosagem da glicemia de jejum.

3. Glicemia de jejum ≥ 126 mg/dL: diagnóstico de diabetes mellitus pré-gestacional. Deve-se confirmar o diagnóstico com nova glicemia de jejum e solicitar Hb glicada para avaliar controle glicêmico.

Somente para as pacientes com rastreio negativo, deve-se então solicitar TOTG 75g entre 24-28 semanas de gestação, seguindo criteriosamente as seguintes orientações: dieta sem restrição de carboidratos ou com, no mínimo, ingestão de 150 g de carboidratos nos 3 dias anteriores ao teste e jejum de 8 horas². Os valores de referência são: jejum ≥ 92 mg/dL; em 1 hora ≥ 180 mg/dL; em 2 horas ≥ 153 mg/dL, e devem ser interpretados segundo a Tabela 1, sendo que um valor alterado é suficiente para o diagnóstico.

Tabela 1 - Interpretação dos resultados do TOTG com ingestão de 75 g de glicose.

TOTG 75g	Resultado	Diagnóstico
Jejum	92 a 125 mg/dL	Diabetes Mellitus Gestacional
	≥ 126 mg/dL	Diabetes Mellitus pré gestacional
1 hora	≥ 180 mg/dL	Diabetes Mellitus Gestacional
2 horas	153 a 199 mg/dL	Diabetes Mellitus Gestacional
	≥ 200 mg/dL	Diabetes Mellitus pré gestacional

6.5 TOXOPLASMOSE

A Toxoplasmose apresenta especial relevância quando adquirida durante a gestação pelo elevado risco de acometimento fetal, portanto, o rastreamento universal na primeira consulta do pré-natal é fortemente recomendado e deve ser realizado por meio de sorologia (IgG e IgM) para toxoplasmose, e os seus resultados interpretados como a seguir:

Tabela 2 - Interpretação dos resultados da sorologia para Toxoplasmose.

IgG	IgM	Interpretação	Conduta
Reagente	Não reagente	Gestante imune	Não há necessidade de novas sorologias. Pacientes HIV positivo solicitar acompanhamento com infectologista.
Não reagente	Reagente	Infecção recente ou toxoplasmose aguda ou IgM falso reagente.	Inicie espiramicina imediatamente. Repita a sorologia em 3 semanas (IgG positiva: confirma-se a infecção)
Reagente	Reagente	Infecção crônica ou toxoplasmose aguda.	Notificar, informar sobre os riscos de transmissão vertical, repetir sorologias em duas semanas e realizar teste de avidéz para IgG de Toxoplasmose.

			1) Avidéz forte (>60%): infecção adquirida antes da gestação. Não há necessidade de mais testes. Pré – natal de risco habitual. 2) Intermediário (30 e 60%) ou se não houver acréscimo das titulações: refazer o teste de avidéz para definição diagnóstica. 3) Avidéz fraca (<30%) ou IG > 16 semanas ou elevação dos níveis sorológicos: possibilidade de infecção adquirida na gestação. Inicie espiramicina imediatamente (1g, VO de 8/8h durante toda a gestação). Encaminhar para pré-natal de alto risco.
Não reagente	Não reagente	Susceptibilidade à toxoplasmose	Manter acompanhamento no ambulatório Pré-natal de risco habitual. Orientação de medidas profiláticas (Anexo 1). Repetir sorologia trimestralmente.

Na vigência de viragem sorológica (aparecimento de anticorpos IgG ou IgM) ao longo do pré-natal, define-se infecção aguda materna, devendo-se iniciar imediatamente o tratamento (vide capítulo de infecções na gestação), além de investigar a possibilidade de infecção fetal através da pesquisa do *Toxoplasma gondii* no líquido amniótico pela reação em cadeia da polimerase (PCR), que pode ser realizada a partir da 18ª semana de gestação⁴. Nesses casos, também está indicada a realização de exame ecográfico mensal, com o objetivo de pesquisar sinais de acometimento fetal, como hidrocefalia, calcificações cerebrais, ascite fetal e alterações de ecotextura hepática e esplênica.

➤ Todas as gestantes devem ser instruídas sobre os cuidados de prevenção primária da toxoplasmose:

- Lave as mãos ao manipular alimentos;
- Lave bem frutas, legumes e verduras antes de se alimentar. Desinfetar por meio de imersão em solução clorada por 15 minutos: diluir 01 colher de sopa de água sanitária em 1 litro de água.
- Não faça a ingestão de carnes cruas, mal cozidas ou mal passadas, incluindo embutidos (salame, copa etc.);
- Evite o contato com o solo e a terra de jardim; se isso for indispensável, use luvas e lave bem as mãos após a atividade;
- Evite o contato com fezes de gato no lixo ou no solo;
- Após manusear a carne crua, lave bem as mãos, assim como também toda a superfície que entrou em contato com o alimento e todos os utensílios utilizados;
- Não consuma leite e seus derivados crus, não pasteurizados, sejam de vaca ou de cabra;
- Proponha que outra pessoa limpe a caixa de areia dos gatos e, caso isso não seja possível, tente limpá-la e trocá-la diariamente utilizando luvas e pazinha;

- Alimente os gatos com carne cozida ou ração, não deixando que eles façam a ingestão de caça;
- Lave bem as mãos após o contato com os animais.

6.6 RUBÉOLA

Todas as gestantes devem ser rastreadas para rubéola na primeira consulta de pré-natal, com o objetivo de conhecer sua imunidade ou identificar mulheres em risco de contrair a infecção, possibilitando vacinação no período pós-natal e protegendo gestações futuras. O rastreio é realizado pela titulação de anticorpos IgG e IgM para rubéola e deve ser interpretado da seguinte maneira:

Tabela 3 - Interpretação dos resultados da sorologia para Rubéola.

IgG	IgM	Interpretação	Conduta
Reagente	Não reagente	Gestante imune	Expectante
Não reagente	Não reagente	Gestante suscetível	Vacinar gestante após o parto e manter contracepção por, no mínimo, três meses.
Reagente com avidéz baixa ou não reagente	Reagente	Gestante com Rubéola	Diagnóstico da infecção fetal poderá ser realizada através de PCR em líquido amniótico ou pela identificação do IgM no sangue fetal por cordocentese após 22 semanas de gestação.

Em casos duvidosos de infecção aguda no 1º trimestre, pode-se realizar o teste de avidéz para o IgG em pacientes assintomáticas: alta avidéz sugere infecção adquirida antes da gestação e nada precisa ser realizado já que a reinfecção de rubéola é subclínica e não acarreta em infecção fetal, baixa avidéz indica infecção recente e necessita pesquisa de infecção fetal. Em pacientes sintomáticas, a positividade do IgM para Rubéola é suficiente para o diagnóstico de infecção materna aguda.

Devido à alta prevalência de imunidade e à erradicação da rubéola, incluindo a do tipo congênita, no Brasil, não se recomenda continuar o rastreio ao longo da gestação em gestantes susceptíveis.

6.7 CITOMEGALOVÍRUS

Não há consenso quanto ao rastreio rotineiro do citomegalovírus na gestação, visto que grande parte das infecções fetais ocorrem nas reinfecções, de modo que mulheres expostas previamente não estariam livres de risco fetal, além disto, não dispomos de tratamento eficaz

durante a gestação. Desta forma, os testes sorológicos para CMV devem ser solicitados apenas em casos onde exista evidência ultrassonográfica de infecção congênita, sintomatologia materna ou em mulheres com sorologia positiva para HIV.

Nestes casos, a pesquisa de infecção materna deve ser realizada através da dosagem de IgG e IgM para citomegalovírus. Caso as sorologias sejam positivas, deve-se realizar o teste de avidez do IgG anti-CMV para diferenciar infecção recente ou tardia (avidez abaixo de 30% indica infecção aguda), isso porque IgM e IgG reagentes não definem infecção primária ou maior risco de transmissão fetal, entretanto, sabe-se que o IgM para CMV é positivo em 75 % das infecções primárias contra apenas 10% das infecções secundárias. Já se as sorologias forem negativas, deve-se repeti-la com intervalo de pelo menos 4 semanas, período em que já se espera que esteja fora da janela imunológica. A presença de soroconversão nesse período por si só confirma presença de infecção recente, sem necessidade do teste de avidez.

Na vigência de infecção materna confirmada por algum dos métodos citados acima, deve-se prosseguir com investigação fetal, que pode ser realizada pela detecção de anomalias na USG (CIUR, calcificações intracranianas e hepáticas, hidropsia fetal ou hepatoesplenomegalia) e através do PCR em líquido amniótico.

6.8 SÍFILIS

A sífilis na gestação requer intervenção imediata para que se reduza ao máximo o risco de acometimento fetal, o qual é maior quanto mais recente for a infecção materna. Desta forma, recomenda-se o rastreio para sífilis na primeira consulta de pré-natal, no início do terceiro trimestre (entre 28 e 30 semanas) e no momento da internação hospitalar, seja para parto ou curetagem uterina pós-abortamento. A triagem deve ser realizada através de testes não treponêmicos, teste rápido para sífilis ou VDRL, os quais serão interpretados como segue abaixo: Tabela 4 - Interpretação dos resultados do teste rápido para Sífilis.

Teste rápido para sífilis	Conduta
Reagente	Colete amostra sanguínea para realização do VDRL e teste parceiros sexuais.
Não reagente	Realize sorologia no 3º trimestre e no momento da internação hospitalar

Tabela 5 - Interpretação dos resultados da sorologia para Sífilis.

Sorologia para sífilis	Conduta / Tratamento
VDRL reagente	Trate a gestante e seu parceiro.

	Repita o VDRL mensalmente para controle de cura.
VDRL não reagente	Repita o exame no 3º trimestre e no momento da internação hospitalar

Os testes não treponêmicos (VDRL/RPR) devem ser realizados mensalmente em gestantes diagnosticadas com sífilis. A elevação de títulos do VDRL em quatro ou mais vezes (exemplo: de 1:2 para 1:8) em relação ao último exame realizado justifica um novo tratamento. Se os títulos se mantiverem baixos e estáveis em 2 oportunidades após 1 ano pode ser dada alta.

6.9 HIV

A testagem para HIV durante a gestação tem por objetivo rastrear gestantes portadoras do HIV e assim indicar medidas para controle da doença e prevenção da transmissão vertical do vírus.

A transmissão vertical pode ocorrer em qualquer momento da gestação (35% intraútero, sobretudo nas últimas semanas de gestação), do parto (65%) e do pós-parto (7 a 22% pelo aleitamento materno).

O rastreamento do HIV deve ser realizado na primeira consulta e no terceiro trimestre do pré-natal, preferencialmente antes das 36 semanas de gestação, pois as intervenções podem reduzir a transmissão vertical. O rastreamento pode ser realizado através dos testes rápidos:

- 1) A amostra com resultado não reagente no teste rápido 1 (TR1) será definida como: “Amostra Não Reagente para HIV”. Neste caso, o rastreio é negativo e não há a necessidade da realização de nenhum teste adicional. Todavia, se existir a suspeita de infecção pelo HIV, nova testagem deve ser realizada após 30 dias.
- 2) Amostras com resultado reagente no TR1 deverão ser submetidas ao teste rápido 2 (TR2). Quando disponível no serviço de saúde, o Imunoblot rápido também poderá ser utilizado como TR2. Amostras com resultados reagentes no TR1 e no TR2 terão seu resultado definido como: “Amostra Reagente para HIV”, sem a necessidade de nenhum teste adicional.

A realização imediata do teste de carga viral do HIV (CV-HIV) está indicada após a confirmação da infecção pelo HIV por qualquer um dos fluxogramas de diagnóstico. As amostras com resultados discordantes entre TR1 e TR2 não terão seu resultado definido. Caso o diagnóstico definitivo não seja estabelecido, a gestante deverá ser encaminhada ao pré-natal de alto risco/Serviço de Atenção Especializada em DST/Aids (Em Salvador: CEDAP ou SEMAE). Ressalta-se que se devem seguir as recomendações definidas pela Portaria nº. 29/2013 e descritas no “Manual Técnico para Diagnóstico da Infecção pelo HIV”, disponível em <http://www.aids.gov.br/pagina/publicacoes>.

Toda gestante infectada pelo HIV deve ter tratamento iniciado precocemente, além de receber orientações sobre o parto e puerpério.

Referência na Rede Pré-Natal para Gestantes infectadas pelo HIV:

1. Centro Estadual Especializado em Diagnóstico, Assistência e Pesquisa - CEDAP Rua Comendador José Ferreira Alves, 240, Garcia, Salvador – Bahia Telefone: (71)3116-8888
2. Serviço Municipal de Atenção Especializada – SEMAE Rua Lima e Silva, 217, Liberdade, Salvador – Bahia Telefone: (71)3611-4180

6.10 HEPATITE B

O rastreamento para hepatite B está indicado para todas as gestantes. Deve-se oferecer vacinação para as mulheres susceptíveis e intervenções no pós-parto para as mulheres infectadas, de modo a diminuir o risco de transmissão vertical, que pode ocorrer durante o parto, pela exposição do recém-nascido ao sangue materno ou ao líquido amniótico e também, mais raramente, por transmissão transplacentária.

O rastreamento deve ser realizado com a solicitação do antígeno de superfície da hepatite B (HBsAg) nos exames pré-concepcionais, na primeira consulta de pré-natal, e ser repetido no terceiro trimestre.

Em casos de HBsAg reagente, deve-se solicitar o HBeAg (replicação viral) e transaminases. A gestante com HBsAg reagente e com HBeAg reagente deve ser encaminhada ao serviço de referência para gestação de alto risco.

Gestantes que não apresentam comprovação vacinal contra hepatite B ou não recordam sobre a vacinação, devem realizar o anti-HbsAg. As gestantes com vacinação incompleta devem completar o esquema vacinal já iniciado. Em gestantes, sem esquema vacinal, devem-se realizar as três doses preconizadas.

O leite materno em mães portadoras do HBV não representa risco adicional de transmissão, mesmo em crianças que não receberam a imunoprofilaxia. Potencialmente, o HBV pode ser transmitido por fissura no mamilo, a amamentação deve ser interrompida naquela mama até cicatrização completa.

6.11 HEPATITE C

O ministério da saúde e a FEBRASGO não preconizam o rastreamento de rotina para Hepatite C, devendo ser solicitado o anti-HCV em situações especiais de alto risco: uso de drogas injetáveis e/ou parceiro usuário, história transfusional de sangue ou derivados, pacientes coinfectadas com VHB ou HIV, portadores de piercing ou tatuagens, contactantes sexuais de

portadores de VHC, VHB ou HIV, receptoras de transplante de órgãos, portadoras de enzimas hepáticas elevadas, e mulheres em situação de rua.

Não há imunização contra o vírus C, não existe uma profilaxia pós-exposição disponível e nem profilaxia da transmissão vertical. A amamentação não é contraindicada. Entretanto, em caso de fissura no mamilo deve ser suspensa naquela mama até cicatrização completa.

6.12 HTLV

Em torno de 5% dos infectados evoluem para a doença, sendo a maioria dos infectados transmissores silenciosos do vírus. O aleitamento materno é a principal via de transmissão vertical da infecção, que ocorre em 20% a 30% dos lactentes amamentados por mães infectadas. A transmissão intrauterina ou no período peri parto ocorre em menos de 5% dos casos.

Deve-se indicar a triagem da infecção pelo HTLV durante a primeira consulta do pré-natal. Esta é realizada com teste ELISA, que apresenta elevada sensibilidade, sendo frequentes reações falso positivas. Assim, caso a triagem seja positiva ou indeterminada, deve-se solicitar testes sorológicos de maior especificidade, como o Western Blot, para confirmação da infecção. Caso o resultado pelo Western Blot seja indeterminado, está indicada a realização da reação em cadeia de polimerase (PCR).

Não há evidências de qualidade a indicar que a cesariana ou o uso de antirretrovirais que possam reduzir as taxas de transmissão vertical. As recomendações para prevenção da transmissão vertical são o uso de preservativo em todas as relações sexuais, oferta de redução de danos para pessoas que usam drogas injetáveis, contraindicação à amamentação em mães vivendo com HTLV 1/2, sendo recomendado o uso de inibidores de lactação e de fórmulas lácteas infantis.

A partir de 2015, a Secretária Municipal da Saúde de Salvador começou a oferecer fórmula de partida (menores de 6 meses) e fórmula de seguimento (6 meses até 12 meses) para crianças cujas mães têm sorologia positiva para o HTLV. Para solicitar o produto, a gestante deve ser vinculada à Unidade de Saúde da Família.

6.13 SUMÁRIO DE URINA

Tem por objetivos principais identificar alterações sugestivas de infecção do trato urinário – incluindo bacteriúria assintomática - e a presença de proteínas, que pode estar associada a patologia renal pré-existente (principalmente em pacientes portadoras de comorbidades) ou a pré-eclâmpsia.

Deve ser solicitado na primeira consulta e repetido no terceiro trimestre.

6.14 UROCULTURA

É o exame padrão-ouro para diagnóstico de infecção urinária, incluindo bacteriúria assintomática. Deve ser solicitado na primeira consulta e repetido no terceiro trimestre.

Em caso de infecção urinária ou bacteriúria assintomática durante a gestação, deve ser solicitada urocultura de controle 7 dias após término do tratamento e a cada 4 semanas até o termo.

Urocultura com resultado positivo para estreptococo do grupo B: paciente não necessita realizar rastreio para estreptococo no 3º trimestre e tem indicação de antibioticoprofilaxia intraparto.

6.15 PARASITOLÓGICO DE FEZES

Com este exame identificam-se os protozoários e parasitas para que se proceda o tratamento adequado, ainda na gravidez, se possível. Geralmente são tratadas quando o quadro clínico é exuberante ou em infecções maciças. Muitos diagnósticos clínicos e/ou laboratoriais de anemias na gestação podem ter, como única causa, parasitoses intestinais que provocam microsangramentos.

Deve ser realizado na rotina de primeiro trimestre ou frente a um diagnóstico de anemia.

6.16 COLPOCITOLOGIA ONCÓTICA

Visa o rastreamento do câncer do colo do útero nas gestantes. Pode ser realizado em qualquer trimestre da gestação, preferencialmente até o 7º mês.

Há recomendações conflitantes quanto a coleta de material da endocérvice em gestantes. Sugere-se que avalie caso a caso. Gestantes que apresentem últimos exames normais podem ser acompanhadas de forma segura sem a coleta endocervical. Por outro lado, mulheres com vínculo frágil ao serviço e/ou não aderentes ao programa de rastreamento podem ter, no momento da gestação, valiosa oportunidade para a coleta, devendo, portanto, ser realizada na ectocérvice e endocérvice.

A gestante deve ser orientada que pode ter um discreto sangramento ou cólica leve e que este procedimento não causa nenhuma repercussão para o feto.

6.17 RASTREIO PARA ESTREPTOCOCO DO GRUPO B

Realizado entre a 35ª e 37ª semana de gestação ou 4-5 semanas antes da data estimada para o parto em pacientes com indicação de antecipação do parto (em pacientes com comorbidades ou gestação gemelar, por exemplo), através de coleta de swab vaginal e anal.

Seu resultado positivo indica antibioticoprofilaxia intraparto para prevenção de infecção neonatal grave, exceto em pacientes submetidas a cesariana eletiva com membranas amnióticas íntegras, fora de trabalho de parto.

O rastreio é dispensado nas seguintes situações de risco, sendo prontamente indicada a antibioticoprofilaxia:

- História de filho anterior com infecção neonatal grave;
- Urocultura positiva para estreptococo do grupo B durante a gestação atual;
- Parto pretermo (<37 semanas);
- Rotura de membranas amnióticas > 18 horas.

6.18 TSH E T4 LIVRE

Apesar de alguns estudos apontarem benefício do rastreio universal para tireoidopatias na gestação, ainda não há recomendação para a realização do mesmo. TSH deve ser solicitado apenas para pacientes com alto risco individual para tireoidopatias, conforme os critérios a seguir:

- História de hiper/hipotireoidismo ou sinais/sintomas atuais de disfunção tireoidiana
- Presença de bócio
- Positividade conhecida para anticorpos tireoidianos
- História de radiação em cabeça/pescoço ou cirurgia tireoidiana
- Idade > 30 anos
- Diabetes tipo 1 ou outra condição auto imune
- História de abortamento, parto pretermo ou infertilidade
- Paciente com > 2 gestações anteriores (G3)
- História familiar de disfunção tireoidiana ou tireoidopatia autoimune
- Obesidade mórbida (IMC > 40kg/m²)
- Uso de amiodarona, lítio ou administração recente de contraste iodado
- Residência em área de insuficiência na ingesta de iodo moderada a grave

6.19 ULTRASSONOGRAFIAS

Apesar de não ser consenso na literatura nacional e internacional sobre os benefícios da ultrassonografia de rotina em gestantes de baixo risco para a mãe ou ao conceito, o American College of Obstetricians and Gynecologists juntamente com o American Institute of Ultrasound in Medicine infere que a ultrassonografia transvaginal no 1º trimestre é a forma mais acurada de

estabelecer ou confirmar a idade gestacional¹. Sabendo que cerca de 25% das mulheres que dizem ter certeza da data da última menstruação apresentam pelo menos uma semana de diferença da idade calculada pelo exame ultrassonográfico e da importância de uma avaliação precisa das semanas de gestação, recomendamos que uma ultrassonografia transvaginal seja realizada entre 7 e 11 semanas e 6 dias, melhor período para se precisar a idade gestacional.

O rastreamento de aneuploidias fetais, como síndrome de Down (89%), trissomia do 18 (95%) e trissomia do 21 (75%) também é recomendado entre 11 e 14 semanas de gestação por meio da avaliação da translucência nuchal e osso nasal, realizadas através de ultrassonografia^{2,4}. Já o rastreamento para anomalias fetais estruturais deve ser realizado de forma otimizada no segundo trimestre, entre 18 e 22 semanas de gestação^{5,6}, quando também deve ser executado o estudo do fluxo das artérias uterinas maternas com o objetivo de identificar pacientes com risco de desenvolvimento de pré-eclâmpsia, assim como, fetos com maior risco de crescimento intrauterino restrito, e a medida do colo uterino para estimar o risco de parto prematuro.

Uma outra ultrassonografia obstétrica deve ser realizada entre 34 e 36 semanas para avaliação do crescimento fetal, quantidade de líquido amniótico, localização e grau de maturação da placenta². A Dopplerfluxometria das artérias umbilicais não é recomendada de rotina neste momento, devendo ser reservada apenas para gestantes com doenças que podem levar à insuficiência placentária, tais como hipertensão arterial, diabetes mellitus, trombofilias, cardiopatias, lúpus eritematoso sistêmico e pneumonias.

A ecocardiografia fetal também não deve ser realizada de rotina, sendo reservada para as pacientes com alto risco para cardiopatia congênita, como aquelas com doença metabólica (diabetes mellitus e fenilcetonúria), infecção (rubéola, citomegalovírus e coxsackie vírus) ou expostas a substâncias cardiogeratogênicas (álcool, antiepiléticos, lítio, vitamina A e radiação ionizante), ou ainda, que apresentem suspeita fetal de cardiopatia (presença de distúrbios do ritmo cardíaco, malformações extracardíacas, hidropsia fetal, entre outros)^{2,6}. Quando houve indicação, o exame pode ser realizado a partir de 18 semanas de gestação, embora o período ideal seja por volta da 28ª semana.

Tabela 6 - Rotina ultrassonográfica em pré-natal de baixo risco.

Idade Gestacional	Exame
07 – 11 sem e 06 dias	USG transvaginal para datação da gravidez.
11 – 14 semanas	USG morfológica do 1º trimestre.
18 – 22 semanas	USG morfológica do 2º trimestre com Dopplerfluxometria das artérias uterinas maternas e cervicometria.

34 – 36 semanas	USG obstétrica para avaliação do crescimento fetal, quantidade de líquido amniótico e placenta*.
-----------------	--

*Acréscimo de Dopplerfluxometria das artérias umbilicais se risco aumentado para insuficiência placentária.

REFERÊNCIAS

ALEXANDER, B. K. et al. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. **Thyroid**. v. 27, n. 3, p315-389, 2017.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS American Academy of Pediatrics, American College of Obstetricians and Gynecologists. **Guidelines for perinatal care**. 8. ed. Elk Grove Village (IL): AAP; Washington, 2017.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG Committee Opinion No. 485: Prevention of early-onset group B streptococcal disease in newborns. **Obstet Gynecol**. v. 117, n. 4, p. 1019-27, 2011.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG Practice bulletin no. 86: Viral hepatitis in pregnancy. **Obstet Gynecol**. v. 110, n. 4, p. 941-56, 2007.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG Practice bulletin no. 148: Thyroid disease in pregnancy. **Obstet Gynecol**. v. 125, n. 4, p. 996-1005, 2015.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG Practice bulletin no. 151: Cytomegalovirus, parvovirus B19, varicella zoster, and toxoplasmosis in pregnancy. **Obstet Gynecol**, v. 125, n. 6, p. 1510-25, 2015.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG Practice bulletin no. 181: Prevention of Rh D Alloimmunization. **Obstetrics & Gynecology**. v. 130, n. 2, p. e57-e70, 2017.

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG Practice bulletin no. 192: Management of alloimmunization during pregnancy. **Obstet Gynecol**. v. 131, n. 3, p. e82-e90, 2018.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Recommendations on the Diagnosis and Classification of Hyperglycemia in Pregnancy. **Diabetes Care**. v. 33, n. 3, p. 676-682, 2010.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. Standards of medical care in diabetes. **Diabetes Care**. v. 34, supl. 1, p. S11-S61, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília, DF, 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Hepatite B e Coinfecções**. Brasília, DF, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília, DF, 2018.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa . Brasília, DF, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco: manual técnico**. 5. ed. Brasília, DF, 2010

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST A e HIV. **Manual Técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV**. Brasília, DF, 2015.

Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2017-2018 / Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. São Paulo: Editora Clannad, 2017

FIGUEIREDO-ALVES, R. R.; NONATO, D. R.; CUNHA, A. M. **HTLV e gravidez: protocolo clínico**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, no. 5/ Comissão Nacional Especializada em Doenças Infecto-Contagiosas).

International Association of Diabetes and Pregnancy Study Groups Recommendations on the Hyperglycemia and Adverse Pregnancy Outcomes(HAPO Study). **N Engl J Med**. 2008. Disponível em: < <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa0707943>>. Acesso em: 20 fev. 2019.

JEANNE, S. S. et al. **Cytomegalovirus infection in pregnancy**. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/cytomegalovirus-infection-in-pregnancy?sectionName=Screening&search=prenatal%20care&topicRef=446&anchor=H1524977865&source=see_link#H1524977865>. Acesso em: 28 fev. 2019.

JEFFERYS, A et al. Thyroid dysfunction and reproductive health. *The Obstetrician & Gynaecologist*. v. 17, p. 39-45, 2015.

LOBATO-SILVA, D. F. Citomegalovírus: epidemiologia baseada em dados de soroprevalência. **Rev Pan-Amaz Saude**. Ananindeua, v. 7, n. esp, p. 213-219, 2016.

LOCKWOOD, C. J. et al. **Prenatal care: Initial assessment**. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/prenatal-care-initial-assessment?search=prenatal%20care&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H76158637>. Acesso em: 28 fev. 2019.

LOCKWOOD, C. J. et al. **Prenatal care: Second and third trimesters**. 2019. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/prenatal-care-second-and-third-trimesters?search=prenatal%20care&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2>. Acesso em: 21 fev. 2019.

MARTHA, W. F. et al. Syphilis during pregnancy: a preventable threat to maternal-fetal health. **American Journal of Obstetrics & Gynecology**. v. 216, n. 4, p. 352-363, 2017.

MONTOYA, J. G.; REMINGTON, J. S. Management of Toxoplasma gondii Infection during Pregnancy. **Clinical Infectious Diseases**. v. 47, n. 4, p. 554–566, 2008.

NARDOZZA, L. M.; BORTOLETTI, F. J. **Citomegalovírus e gravidez**. São Paulo: **Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO)**; 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, no. 97/Comissão Nacional Especializada em Medicina Fetal).

NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE. **Clinical guideline on antenatal care for uncomplicated pregnancies**. 2019. Disponível em: <<https://www.nice.org.uk/guidance/cg62/chapter/1-Guidance#screening-for-fetal-anomalies>>. Acesso em: 21 fev. 2019.

NEU, N.; DUCHON, J.; ZACHARIAH, P. TORCH infections. **ClinPerinatol**. v. 42, n. 1, p. 77-103, 2015.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes **Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil**. Brasília, DF, 2016.

PEIXOTO, S. **Manual de assistência pré-natal**. 2. ed. São Paulo : Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014.

SOCIETY OF MATERNAL-FETAL MEDICINE. HUGHES, B. L.; GYAMFI-BANNERMAN, C. Diagnosis and antenatal management of congenital cytomegalovirus infection. **Am J Obstet Gynecol**, v. 214, n. 6, p. B5-B11, 2016.

THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS AND AMERICAN INSTITUTE OF ULTRASOUND IN MEDICINE. **Committee opinion on methods for estimating the due date**. EUA, 2017. Disponível em: <<https://www.acog.org/Clinical-Guidance-and-Publications/Committee-Opinions/Committee-on-Obstetric-Practice/Methods-for-Estimating-the-Due-Date?IsMobileSet=false>>. Acesso em: 10 abr. 2019.

THE ROYAL AUSTRALIAN AND NEW ZELAND COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. **Testing for hypothyroidism during pregnancy with sérum TSH**. 2015. Disponível em: <[https://www.ranzcog.edu.au/RANZCOG_SITE/media/RANZCOG-MEDIA/Women%27s%20Health/Statement%20and%20guidelines/Clinical-Obstetrics/Testing-for-hypothyroidism-during-pregnancy-with-serum-TSH-\(C-Obs-46\)-Review-July-2015.pdf?ext=.pdf](https://www.ranzcog.edu.au/RANZCOG_SITE/media/RANZCOG-MEDIA/Women%27s%20Health/Statement%20and%20guidelines/Clinical-Obstetrics/Testing-for-hypothyroidism-during-pregnancy-with-serum-TSH-(C-Obs-46)-Review-July-2015.pdf?ext=.pdf)>. Acesso em: 20 mar. 2019.

VERANI, J. R.; MCGEE, L.; SCHRAG, S. J. Centers for Disease Control and Prevention. Prevention of Perinatal Group B Streptococcal Disease – revised guidelines from CDC. 2010. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5910a1.htm>>. Acesso em: 20 fev. 2019.

WORKOWSKI, K. A.; BOLAN, G. A. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. Centers for Disease Control and Prevention. 2015. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr6403a1.htm>>. Acesso em: 02 mar. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Diagnostic criteria and classification of hyperglycaemia first detected in pregnancy.** Geneva, 2013. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85975/1/WHO_NMH_MND_13.2_eng.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2019.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience.** Geneva, 2016. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHO-RHR-16.12-por.pdf;jsessionid=60DE409D0F0D14AD2E104931335356CF?sequence=2>>. Acesso em: 03 mar. 2019.

7 IMUNIZAÇÕES

O Ministério da Saúde, por meio do Programa Nacional de Imunização (PNI), oferta quatro vacinas para gestantes, todas compostas por vírus vivo atenuado, são elas: dTpa (difteria, tétano e coqueluche), dT (difteria e tétano), Hepatite B e Influenza, que além de lhes conferir proteção, transferem os anticorpos obtidos com a vacinação, para o feto/recém-nascido, por meio da placenta e do leite materno. Essa proteção é fundamental nos primeiros meses de vida da criança já que o sistema imunológico ainda está se desenvolvendo e fortalecendo.

A seguir apresentamos cada uma destas vacinas, seguida do esquema e condutas diante do histórico vacinal.

7.1 VACINAS TRÍPLICE BACTERIANA ACELULAR DO TIPO ADULTO - dTpa E dT

A vacina tríplice bacteriana acelular adulta (dTpa) protege contra difteria, tétano e coqueluche e a dT adulto, contra difteria e tétano.

A dTpa está recomendada em todas as gestações, podendo ser administrada a partir da 20ª semana gestacional, pois além de proteger a gestante, permite a transferência de anticorpos ao feto protegendo-o nos primeiros meses de vida.

Para aquelas mulheres que perderam a oportunidade de serem vacinadas durante a gestação, administrar uma dose de dTpa no puerpério, o mais precocemente possível.

É importante ressaltar que esta estratégia só deve ser realizada como última opção, pois ao se vacinar uma gestante após o parto, não haverá transferência de anticorpos para o feto, conseqüentemente, há diminuição da possibilidade de proteção das crianças contra a coqueluche nos primeiros meses de vida. A vacinação no período do puerpério impede apenas que a mãe

adoeça e possa ser uma fonte de infecção para o seu filho, não impedindo, portanto, que a criança, ao ter o contato com outra fonte de infecção, tenha o risco de adoecer.

A última dose das vacinas dt ou dTpa devem ser administradas até 20 dias antes da data provável do parto.

Tabela 7 - Esquemas e recomendação para administração das vacinas dT e dTpa.

VACINA	SITUAÇÃO	DOSES	ESQUEMA INDICADO	OBSERVAÇÕES
dT/dTpa	Esquema vacinal desconhecido; Não vacinada.	Três doses	1ª dose dT (qualquer idade gestacional) 2ª dose dT (após 60 ou no mínimo 30 dias da primeira) 3ª dose dTpa (após 60 dias ou no mínimo 30 dias da segunda, preferencialmente entre a 27ª e 36ª semana de gestação)	Caso iniciado o esquema tardiamente, para prevenção do tétano neonatal, a 2ª ou 3ª dose deve ser realizada pelo menos 20 dias antes do parto, respeitando o intervalo mínimo de 30 dias da 1ª dose, garantindo uma dose de dTpa; A dose de dTpa deve ser administrada em todas as gestações, independentemente de já ter sido realizada em gestações anteriores; Para gestantes em áreas de difícil acesso, administrar dTpa a partir da 20ª semana de gestação, adequando as doses conforme informações nesse quadro, visando não perder a oportunidade
	Esquema incompleto	Completar esquema	Conforme o número de doses faltantes, sendo uma de dTpa, preferencialmente entre a 27ª e 36ª semana de gestação	
	Esquema com três doses de dT	Uma dose dTpa	Administrar uma dose de dTpa preferencialmente entre a 27ª e 36ª semana de gestação	
	Vacinação completa	Uma dose dTpa	Reforço preferencialmente	

			entre a 27ª e 36ª semana de gestação	
--	--	--	--------------------------------------	--

Fonte: Brasil, 2016.

7.1.1 Contraindicações

- Anafilaxia e eventos neurológicos subsequentes à administração da dT e dTpa contraindicam novas doses;
- Hipersensibilidade ao princípio ativo ou a qualquer um dos excipientes da vacina.

7.2 VACINA HEPATITE B

A vacina previne a infecção pelo vírus da hepatite B e pode ser administrada em qualquer faixa etária e idade gestacional.

O esquema de administração corresponde, de maneira geral, a três doses, com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda dose e de seis meses entre a primeira e a terceira doses (0, 1 e 6).

Caso a mulher apresente resultado de Anti HBs não reagente (inferior a 10UI/ml), reiniciar esquema ou continuar esquema, depende do histórico vacinal (e após concluir, repetir o exame). Se o Anti HBs for positivo (superior a 10UI/ml), considerar imunizada.

Tabela 8 - Esquema e recomendação da vacina hepatite B.

VACINA	ESQUEMA E RECOMENDAÇÃO	
	HISTÓRICO VACINAL	CONDUTA
Hepatite B	Nenhuma dose anterior ou histórico vacinal desconhecido.	Encaminhar para sala de vacina, a fim de administrar 1ª dose e agendar 2ª dose para 30 dias.
	Uma dose anterior	Se mais de 30 dias que recebeu a 1ª dose, administrar 2ª dose e agendar 3ª dose para 06 meses depois da 1ª dose. Respeitar o intervalo de 30 dias entre 1ª e 2ª doses e 06 meses entre 1ª e 3ª doses.
	Duas doses anteriores	Se mais de 06 meses que recebeu a 1ª dose, administrar a 3ª dose. Respeitar o intervalo de 06 meses entre 1ª e 3ª doses.

Fonte: Brasil, 2014.

7.2.1 Contraindicações

- Ocorrência de hipersensibilidade (reação anafilática) confirmada após o recebimento de dose anterior;
- História de hipersensibilidade a qualquer componente dos imunobiológicos.

7.2 VACINA INFLUENZA

É indicada para proteger contra o vírus da influenza e contra as complicações da doença, principalmente as pneumonias bacterianas secundárias. Ela é oferecida em períodos específicos do ano e pode mudar sua formulação de um ano para outro, devido as mudanças das características do vírus influenza.

Gestantes devem ser imunizadas com dose única em qualquer período gestacional.

Tabela 9 - Recomendação da vacina Influenza.

VACINA	RECOMENDAÇÃO
Influenza	Vacinar, com 01 dose, durante a Campanha de Vacinação Contra Influenza

Fonte: Brasil, 2016.

7.2.1 Contraindicações e Precauções

- Para indivíduos que, após o recebimento de qualquer dose anterior, apresentaram hipersensibilidade imediata (reação anafilática).
- Alergia grave relacionada ao ovo de galinha e aos seus derivados, a vacinação deve ser feita em ambiente hospitalar, após avaliação médica.

7.3 IMUNIZAÇÃO EM SITUAÇÕES ESPECIAIS

As gestantes não devem receber vacinas vivas, pois existe a possibilidade de passagem dos antígenos vivos atenuados para o feto e de causar alguma alteração, como malformação, aborto ou trabalho de parto prematuro.

7.3.1 Hepatite A

Como no Brasil as situações de risco de exposição ao agente transmissor da Hepatite A são frequentes, a vacinação deve ser considerada. Além disso, por se tratar de vacina inativada, não tem contraindicação.

Mulheres que já tiveram hepatite A em algum momento da vida estão imunes e não precisam se vacinar.

A sorologia serve para identificar os pacientes já imunizados previamente.

7.3.2 Pneumocócicas

Esquema sequencial de vacinas pneumocócicas pode ser feito em gestantes de risco para doença pneumocócica invasiva.

7.4.3 Meningocócicas

Neste caso, considera-se a situação epidemiológica, que varia de região para região.

7.4.4 Febre Amarela

Normalmente é contraindicada para gestantes. Porém, em situações em que o risco da infecção supera os riscos potenciais da vacinação, pode ser feita durante a gravidez.

7.4.5 Vacina Raiva

- Pós-exposição

Na pós-exposição, o esquema depende do tipo de exposição, quando a natureza da agressão e as condições do animal agressor são consideradas. Essas características são fundamentais para determinar a indicação ou não de profilaxia da raiva.

Tabela 10 - Tipo de exposição e condições do animal agressor para indicação ou não da profilaxia da raiva.

Tipo de Exposição	Condições do Animal Agressor		
	-Cão ou gato sem suspeita de raiva no momento da agressão	Cão ou gato clinicamente suspeito de raiva no momento da agressão	Cão ou gato raivoso, desaparecido ou morto, animais silvestres (inclusive os domiciliados), animais domésticos de interesse econômico ou de produção
Contato indireto	- Lavar com água e sabão. - Não tratar.	- Lavar com água e sabão. - Não tratar.	- Lavar com água e sabão. - Não trate.
Acidentes leves: - Ferimentos superficiais, pouco extensos, geralmente únicos, em tronco e membros (exceto nas mãos, nas polpas digitais e na planta dos pés), podem acontecer em decorrência de mordeduras ou arranhaduras	- Lavar com água e sabão. - Observar o animal durante 10 dias após a exposição. - Se o animal permanecer sadio no período de observação, encerre o caso. - Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, administre 4 doses de vacina, IM, nos dias 0, 3, 7 e 14.	- Lavar com água e sabão. - Iniciar esquema profilático com 2 doses da vacina, IM, uma no dia zero e outra no dia 3. - Observe o animal durante 10 dias após a exposição. - Se a suspeita de raiva for descartada após o 10º dia de observação, suspender o esquema	- Lavar com água e sabão. - Iniciar imediatamente o esquema profilático com 4 doses da vacina, IM, nos dias 0, 3, 7 e 14.

causadas por unha ou dente. - Lamedura de pele com lesões superficiais.		profilático e encerrar o caso. - Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, completar o esquema até 4 doses, IM.	
Acidentes graves: - Ferimentos na cabeça, face, pescoço, mãos, polpas digitais e/ou nas planta do pé. - Ferimentos profundos, múltiplos ou extensos em qualquer região do corpo. - Lamedura de mucosas. - Lamedura de pele onde já existe lesão grave. - Ferimento profundo causado por unha de animal.	- Lavar com água e sabão. - Observar o animal durante 10 dias após a exposição. - Iniciar esquema profilático com 2 doses, uma no dia 0 e outra no dia 3. - Se o animal permanecer sadio no período de observação, encerre o caso. - Se o animal morrer, desaparecer ou se tornar raivoso, completar esquema profilático com soro uma única vez e até 4 doses de vacina, IM, uma dose entre o 7º e o 10º dia e uma dose no dia 14.	- Lavar com água e sabão. - Iniciar o esquema profilático com soro uma única vez e 4 doses de vacina, IM, nos dias 0, 3, 7 e 14. - Observar o animal durante 10 dias após a exposição. - Se a suspeita de raiva for descartada após o 10º dia de observação, suspender o esquema profilático e encerre o caso.	- Lavar com água e sabão. - Iniciar imediatamente o esquema profilático com soro 4 doses de vacina, IM, nos dias 0, 3, 7 e 14.

Fonte: Brasil, 2017.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Informe Técnico para Implantação da Vacina Adsorvida Difteria, Tétano e Coqueluche (Pertussis Acelular) Tipo adulto – dTpa**. Brasília, DF, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Febre amarela: guia para profissionais da saúde**. 1. ed. Brasília, DF, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Nota Informativa nº 26. Informa sobre alterações no esquema de vacinação da raiva humana pós-exposição e dá outras orientações**. Brasília, DF, 2017.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações. **Nota informativa sobre mudanças no calendário nacional de vacinação para o ano de 2017**. Brasília, DF, 2017.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília, DF, 2016.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual dos Centros de Referência para Imunobiológicos Especiais**. 4. ed. Brasília, DF, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância das Doenças Transmissíveis. **Manual de Normas e Procedimentos para Vacinação**. Brasília, DF, 2014.

8 ORIENTAÇÕES

8.1 ÁLCOOL, TABACO E OUTRAS DROGAS

Tabaco	A grávida deve ser encorajada a não fumar. O tabagismo, ou seja, o consumo diário de cigarros superior a 10 aumenta a incidência de crescimento fetal restrito, trabalho de parto prematuro, descolamento prematuro de placenta, síndrome da morte súbita, abortamento espontâneo, e, por conseguinte, a mortalidade perinatal.
Álcool	Pode levar a síndrome alcoólica fetal, deficiência mental e aumento do risco de malformações. Em decorrência do risco, o consumo de álcool durante a gravidez deve ser proibido, mesmo que seja ocasional.
Drogas ilícitas	Deve ser orientada a interromper ou redução gradativa do uso e quanto aos efeitos deletérios para a mãe e o feto. O uso de drogas ilícitas durante a gestação aumenta o risco de descolamento prematuro da placenta, crescimento fetal restrito, prematuridade, abortamento e redução do fluxo placentário, com repercussões no crescimento e na oxigenação fetais, possibilitando hemorragias intracranianas na mãe e no feto.
Políticas de redução de danos	A portaria nº 1.028/2005 determina ações de informação, educação e aconselhamento que tem por finalidade à redução de danos à saúde, decorrentes do uso de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, mediante estímulo à adoção de comportamentos mais seguros no consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência, e nas práticas sexuais de seus consumidores e parceiros sexuais.

	Os conteúdos necessários nas ações de informação, educação e aconselhamento: I - informações sobre os possíveis riscos e danos relacionados ao consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência; II - desestímulo ao compartilhamento de instrumentos utilizados para consumo de produtos, substâncias ou drogas que causem dependência; III - orientação sobre prevenção e conduta em caso de intoxicação aguda (“overdose”); IV - prevenção das infecções pelo HIV, hepatites, endocardites e outras patologias de padrão de transmissão similar; V - orientação para prática do sexo seguro. É importante destacar que as ações de informação, educação e aconselhamento devem, necessariamente, ser acompanhadas da distribuição dos insumos destinados a minimizar os riscos decorrentes do consumo de produtos, substâncias e drogas que causem dependência.
--	--

8.2 ATIVIDADE SEXUAL

Recomendações	Está liberada durante a gravidez e sua restrição só será recomendado em caso de desconforto, sangramento gestacional, ameaça de parto prematuro, ameaça de abortamento e quando houver patologias como placenta prévia ou insuficiência cervical. Além disso, manter relações sexuais na gravidez não está associado a efeitos adversos na gestação, ao aumento da mortalidade perinatal e a prematuridade, independentemente da presença de vaginose bacteriana ou de tricomoníase.
Quanto ao desejo sexual	Desejo e disposição sexual podem mudar na gravidez. Há mulheres que têm menos vontade e outras que têm mais vontade do que antes. Isso pode acontecer para o(a) companheiro(a) também. Ter relações sexuais até o final da gravidez é saudável, pode dar muito prazer, não machuca o bebê e pode, inclusive, ajudar no seu nascimento. Orientar às mulheres que durante o orgasmo é comum à barriga ficar dura. Devem-se evitar posições que causem desconforto e respeitar a vontade da mulher de ter ou não relação. Atenção: Na presença de sangramento ou saída de líquido diferente, deve-se evitar atividade sexual.

8.3 SINAIS DE TRABALHO DE PARTO

Alterações do colo do útero	Amolecimento e dilatação do colo do útero
Descida	Com essa descida, a gestante nota que a respiração fica mais fácil, aumento da pressão pélvica, cólicas, aumento da secreção vaginal, aumento da frequência miccional e edema de membros inferiores devido estase sanguínea.
Aumento do nível de energia	As mulheres concentram essa energia em se preparar para o parto, limpar, cozinhar, preparar o quarto do bebê e passar mais tempo com outras crianças da família.
Saída do tampão sangüinolento	É expelido em decorrência do amolecimento do colo do útero e aumento da pressão exercida pela apresentação fetal.
Ruptura espontânea das membranas amnióticas	Pode resultar de um jato súbito ou extravasamento constante de líquido amniótico. Após a ruptura, não há mais barreira de proteção contra infecções. Devido essa possibilidade, aconselhe a gestante a procurar emergência obstétrica.
Contrações	Na ocorrência de contrações rítmicas e dolorosas: no mínimo 2 em 10 minutos, que se estendem a todo útero com duração de 50 a 60 segundos define-se que a gestante está em trabalho de parto.

8.4 AMAMENTAÇÃO

Pré-natal	Entre os princípios da assistência pré-natal, estão o incentivo e a orientação ao aleitamento materno. Devem-se identificar os conceitos sobre a amamentação e se a mulher já se decidiu sobre o assunto. Nas pacientes com filhos anteriores, é importante avaliar o aleitamento dos seus filhos e os motivos da interrupção.
Cuidado com as mamas para o aleitamento	• É contraindicada a expressão do peito (ou ordenha) durante a gestação para a retirada do colostro. • Usar sutiã durante a gestação. • Realizar banhos de sol nas mamas por 15 minutos (até as 10 horas da manhã ou após as 16 horas) ou banhos de luz com lâmpadas de 40 watts, a cerca de um palmo de distância. • Desaconselhar o uso de sabões, cremes ou pomadas no mamilo.

8.5 SINAIS DE ALERTA

Gestante deve procurar emergência obstétrica se:	• Sangramento vaginal anormal em qualquer época da gravidez; • Cefaleia, escotomas visuais, epigastralgia e edema
---	--

	excessivo; • Pressão arterial elevada; • Dor ou ardor ao urinar; • Contrações regulares, fortes e dolorosas; • Perda de líquido amniótico; • Diminuição da movimentação fetal; • Febre.
--	--

REFERÊNCIAS

BRASIL Ministério da Saúde. Portaria nº 1.028 de 1 de julho de 2005. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 2005.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF, 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Caderneta da Gestante**. Brasília, DF, 4. ed., 2018.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança : aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília, DF, 2. ed., 2015.

_____. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa . Brasília, DF, 2016.

MARIANI, N.; MYIASHITA, N. T. **O papel do obstetra no incentivo ao aleitamento materno**. In: Amamentação. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia; 2018. Cap. 1, p. 1-8. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, no. 6/Comissão Nacional Especializada em Aleitamento Materno).

MONTENEGRO, C. A. B.; FILHO, J. **Rezende obstetrícia fundamental**. 13. ed. –Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2014.

PEIXOTO, S. **Manual de assistência pré-natal**. 2. ed. – São Paulo : Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014.

RICCI, S. S. **Enfermagem materno-neonatal e saúde da mulher**/ Susan Scott Ricci; tradução Maiza Ritomy Ide. 3. ed. – Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2015.

ZUGAIB, Marcelo. **Zugaib obstetrícia**. 2. ed. – Barueri, SP: Manole, 2012.

9 ATIVIDADES EDUCATIVAS COM GESTANTES

O grupo de gestantes possibilita a troca de experiências e conhecimentos, por isso é considerado a melhor forma de promover a compreensão das modificações do organismo

materno na gestação, cuidados com o recém-nascido, aleitamento materno e trabalho de parto e parto. Neste contexto, informações sobre as diferentes vivências são trocadas entre as mulheres e os profissionais de saúde.

CRONOGRAMA GRUPO DE GESTANTE MATERNIDADE CLIMÉRIO DE OLIVEIRA

SEMANA DO MÊS	TEMA
1º SEMANA	Modificações no organismo materno
2º SEMANA	Cuidados com o recém-nascido
3º SEMANA	Trabalho de parto e parto
4º SEMANA	Aleitamento materno
5º SEMANA	Atividade realizada por um (a) convidado (a) como assistente social e nutricionista, psicóloga.

10 NUTRIÇÃO E SUPLEMENTAÇÃO

A gestação é um período em que as necessidades nutricionais estão aumentadas e a adequada nutrição é essencial para a saúde da mãe e do feto. A qualidade da alimentação, o estado nutricional da mulher, bem como o ganho de peso gestacional, possuem um papel determinante sobre o desfecho da gestação, sobretudo quanto ao crescimento fetal e o peso ao nascer.

10.1 ATENDIMENTO NUTRICIONAL

O atendimento nutricional se inicia pela anamnese nutricional da gestante que inclui a análise da história clínica, histórico reprodutivo, histórico familiar e pessoal, a avaliação antropométrica, bioquímica e dietética, incluindo hábitos de vida e aspectos sociais para gerar um diagnóstico nutricional e guiar a conduta do profissional. A anamnese é feita na primeira consulta. Nas consultas subsequentes será avaliado o ganho de peso e reavaliação deste ganho até a 40ª semana; a anamnese alimentar detalhada; a investigação de sinais e sintomas digestivos e da função intestinal; o acompanhamento dos exames complementares; o ajuste da orientação

nutricional, conforme exames e ganho de peso e o reforço dos cuidados com as mamas e sucesso na amamentação.

10.2 AVALIAÇÃO DO ESTADO NUTRICIONAL E DO GANHO DE PESO GESTACIONAL

A avaliação do estado nutricional da gestante, assim como a avaliação do ganho de peso, será realizada mensalmente, por meio do cálculo do índice de massa corporal (IMC), feito a partir da divisão do peso atual pela altura ao quadrado. A estatura pode ser aferida apenas na primeira consulta, desde que não seja gestante adolescente (menor de 20 anos), cuja medida deverá ser realizada pelo menos trimestralmente. Com o resultado do IMC, é possível observar o estado nutricional pré-gestacional segundo a OMS, 1995 (Quadro 01).

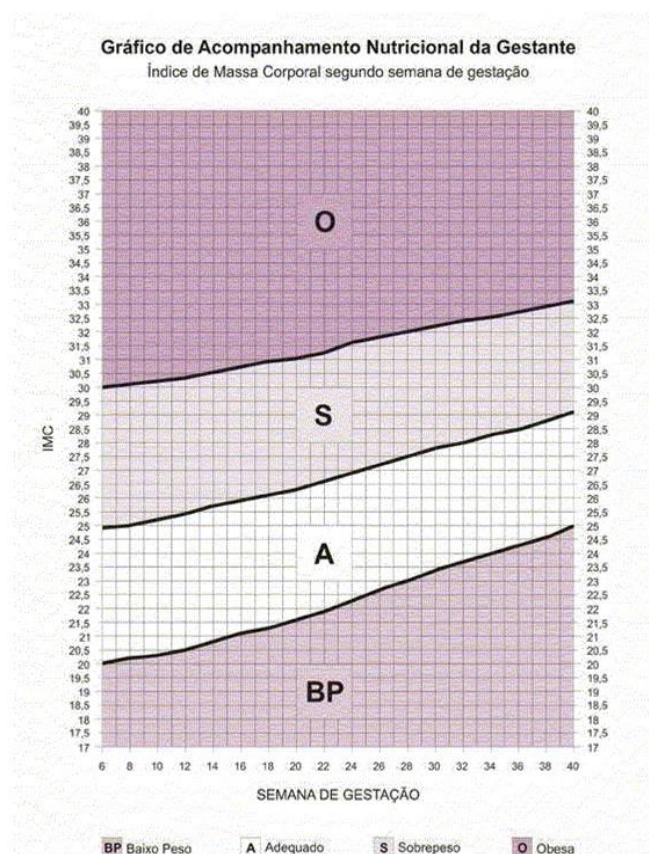
Tabela 11 - Classificação do estado nutricional a partir do IMC.

IMC	CLASSIFICAÇÕES
Menor do que 18,5	Abaixo do peso normal
18,5 – 24,9	Peso normal
25,0 – 29,9	Excesso de peso
30,0 – 34,9	Obesidade classe I
35,0 – 39,9	Obesidade classe II
Maior ou igual a 40,0	Obesidade classe III

Fonte: OMS, 1995.

Obtido o resultado do IMC e do cálculo da semana gestacional, encontra-se o diagnóstico nutricional da gestante utilizando-se a curva de Atalah (Figura 01).

Figura 01 – Curva de Atalah, 1997



O ganho de peso gestacional preconizado para a gestante deve ser calculado em função desse diagnóstico de acordo com o Institute of medicine, 2009 (Quadro 03). As recomendações de ganho de peso para gestação gemelar são diferentes das para gestação de feto único. (Quadro 04).

Tabela 12 - Recomendação de ganho de peso de gestantes a partir do diagnóstico nutricional pré-gestacional.

IMC PRÉ-GESTACIONAL (kg/m²)	GANHO DE PESO SEMANAL MÉDIO NO 2º E 3º TRIMESTRES DE GESTAÇÃO (kg)	GANHO DE PESO TOTAL NA GESTAÇÃO (kg)
Baixo peso (<18,5)	0,45 (0,45 – 0,59)	12,5 – 18,0
Adequado (18,5 – 24,9)	0,36 (0,36 – 0,45)	11,5 – 16,0
Sobrepeso (25,0 – 29,9)	0,28 (0,23 – 0,31)	7,0 – 11,5
Obesidade (≥30,0)	0,23 (0,18 – 0,28)	5,0 – 9,0

Fonte: Institute of medicine, 2009.

Tabela 13 – Recomendação de ganho de peso por semana gestacional para gestante de gravidez gemelar de acordo com IMC pré gravídico

IDADE GESTACIONAL	BAIXO PESO	EUTRÓFICA	SOBREPESO
0 a 20 semanas	0,57 a 0,79	0,45 a 0,68	0,34 a 0,45
20 a 28 semanas	0,68 a 0,79	0,57 a 0,79	0,34 a 0,57
>28 semanas	0,57	0,45	0,34

Fonte: Luke e cols, 2003

É de extrema importância o registro do estado nutricional tanto no prontuário quanto no cartão da gestante. A avaliação do estado nutricional é capaz de fornecer informações importantes para a prevenção e o controle de agravos à saúde e nutrição, contudo vale ressaltar a importância da realização de outros procedimentos que possam complementar o diagnóstico nutricional ou alterar a interpretação deste, conforme a necessidade de cada gestante. Assim, destaca-se a avaliação clínica para detecção de doenças associadas à nutrição (ex.: diabetes), a observação da presença de edema, que acarreta aumento de peso e confunde o diagnóstico do estado nutricional, a avaliação laboratorial, para diagnóstico de anemia e outras doenças de interesse clínico. Toda a conduta da nutrição será baseada no diagnóstico da gestante (baixo peso, adequado ou sobrepeso/obesidade) visando a adequação e/ou melhoria do estado nutricional.

Deve-se observar que a classificação do estado nutricional na gestação aqui proposta não é específica para gestantes adolescentes, devido ao crescimento e à imaturidade biológica nessa fase do ciclo de vida. No entanto, essa classificação pode ser usada, desde que a interpretação dos achados seja flexível e considere a especificidade desse grupo. Para adolescentes que engravidaram dois ou mais anos depois da menarca (em geral maiores de 15 anos), a interpretação dos achados é equivalente à das adultas. Para gestantes que engravidaram menos de dois anos após a menarca, é provável que se observe que muitas serão classificadas como de baixo peso. Nesses casos, o mais importante é acompanhar o traçado, que deverá ser ascendente; tratar a gestante adolescente como de risco nutricional; reforçar a abordagem nutricional e aumentar o número de visitas à unidade de saúde.

10.3 ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS PARA UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL E ORIENTAÇÕES DE ACORDO COM OS SINTOMAS E/OU PATOLOGIAS MAIS FREQUENTES NA GESTAÇÃO

- ✓ Realizar refeições saudáveis de 3/3 horas, preferindo os alimentos na sua forma mais natural;
- ✓ Aumentar o consumo hídrico (ao menos 2 litros/dia);
- ✓ Consumir, diariamente, pelo menos três porções de legumes e verduras como parte das refeições e três porções ou mais de frutas nas sobremesas e nos lanches;
- ✓ Consumir cereais integrais (como arroz integral, pão integral, farelo de aveia, linhaça), alimentos protéicos com baixo teor de gordura como peixes e frangos e sempre preferir as carnes magras, retirando a pele e a gordura visível;
- ✓ Consumir feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, cinco vezes na semana, na proporção de 2 partes de arroz para 1 de feijão.. Pode-se variar os tipos de feijão (carioquinha, mulatinho, preto, fradinho, verde) e substituí-lo por outros grãos como a lentilha, grão de bico, ervilha fresca e soja;
- ✓ Consumir sementes (de girassol, gergelim, abóbora e outras) e castanhas (do Brasil, de caju, nozes, amendoim, amêndoas e outras), pois são fontes de proteínas e de gorduras de boa qualidade;
- ✓ Preferir as preparações assadas, grelhadas ou cozidas. Utilizar óleos vegetais (de soja, canola, girassol, milho ou algodão) em vez de margarina, gordura vegetal, manteiga ou banha para cozinhar e dar preferência ao azeite de oliva para temperar saladas, sem exagerar na quantidade;
- ✓ Consumir diariamente três porções de leite e derivados, tais como, ricota, iogurte integral natural, iogurte desnatado de frutas, queijo minas frescal;
- ✓ A quantidade de sal por dia deve ser de, no máximo, uma colher de chá rasa (5g), por pessoa, distribuída em todas as refeições;
- ✓ Preferir temperos naturais, como cheiro verde, alho, cebola, ervas frescas ou secas e suco de frutas, como limão, para temperar e valorizar o sabor natural dos alimentos e, com isso, reduzir a quantidade de sal;
- ✓ Evitar alimentos com alto teor de sódio como salsicha, hambúrguer, charque, salgadinhos, calabresa, presunto, peito de peru, blanquet, mortadela, caldos, molhos e temperos prontos;

Se a gestante for adolescente, a quantidade de porções que deve ser consumida poderá ser diferente. Gestantes adolescentes precisam de mais energia e nutrientes para garantir o próprio crescimento físico e o bom desenvolvimento do feto, além de preparar o seu organismo para a amamentação. Todas as orientações devem ser ajustadas nas consultas com o nutricionista, onde serão avaliados sintomas e condições patológicas diagnosticadas e/ou que possam surgir durante o acompanhamento pré-natal. No quadro abaixo, seguem as principais orientações nutricionais para tais condições:

Hiperêmese
✓ Fracione a dieta em no mínimo 6 refeições/dia em pequenos volumes e procure variar os tipos de alimentos; ✓ Consuma peixes, aves, carne de boi magra (preferindo músculo, patinho ou alcatra), retirando toda gordura visível e pele de aves; ✓ Dar preferência a alimentos mais secos como torradas e temperos suaves; ✓ Dar preferência a frutas e sucos gelados; ✓ Evitar jejuns prolongados; ✓ Evitar alimentos com temperaturas muito extremas; ✓ Evitar preparações que contenham frituras e alimentos gordurosos.
Pirose
✓ Fracione a dieta em no mínimo 6 refeições/dia em pequenos volumes e procure variar os tipos de alimentos; ✓ Dar preferência a frutas e sucos gelados; ✓ Não deitar após as refeições.
Desnutrição
✓ Prefira os carboidratos complexos, como massas e pães integrais, aipim, batata doce, inhame, banana da terra, pois são ótimas fontes energéticas. ✓ Sempre comer a fruta com bagaço e casca, não processar os alimentos (não usar liquidificador nem peneira). ✓ Enriqueça o leite com produtos como: farinha de milho ou tapioca ou aveia, mistura de cereais. ✓ Acrescente azeite oliva (uma colher de sopa) nas refeições já prontas para aumentar o valor calórico da dieta.
Sobrepeso/obesidade
✓ Fracione a alimentação diária em 6 vezes. Não exagere nas quantidades; ✓ Inicie as refeições, de preferência, com uma salada crua (tomate, alface, repolho, agrião, pepino, etc.), pois esses alimentos são fontes de fibras, importantes para aumentar a sensação de saciedade; ✓ Prefira preparações a vapor, cozidas, assadas ou grelhadas. As carnes devem ser magras e retiradas toda a gordura e a pele do frango e peixe, antes de prepará-los; ✓ Utilize as frutas nos lanches e sobremesa. Na dúvida entre a fruta e o suco dê preferência à fruta.

- ✓ Se possível, prefira alimentos integrais aos refinados, como: pão integral, biscoito integral, arroz integral, etc. Consuma-os na quantidade recomendada;
- ✓ Consuma vegetais e hortaliças diariamente. Varie sempre as cores dos alimentos, pois quanto mais colorido o seu prato mais vitaminas e minerais diferentes estará consumindo;
- ✓ A quantidade de líquido consumido diariamente deve ser de 2000mL/dia, de preferência entre as refeições;
- ✓ Evite alimentos gordurosos e industrializados.

Anemia

- ✓ Fazer uso de alimentos ricos em ferro, como:
Vísceras (no mínimo duas vezes na semana): fígado, rim, coração, moela.
Carnes: boi, aves e peixes.
Leguminosas: feijões, ervilhas, lentilhas, soja.
Folhosos verdes escuros: espinafre, brócolis, couve folha, agrião.
Legumes e verduras: quiabo, jiló, beterraba, maxixe.
Raízes e tubérculos: inhame, batata doce.
Outros: aveia, rapadura, cana de açúcar, melaço, açúcar mascavo.
- ✓ Paralelamente à ingestão de frutas, leguminosas e verduras deve-se ingerir vitamina C, que ajudam na absorção do ferro.
- ✓ Frutas ricas em vitamina C: caju, goiaba, acerola, abacaxi, limão, laranja, lima, tangerina, umbu.

Obstipação

- ✓ Escolha alimentos com alto teor de fibras, pois eles melhoram a função intestinal. As fibras estão presentes nas:
Frutas frescas: laranja e tangerina com o bagaço, mamão, ameixa, manga, uva com casca e abacaxi.
Frutas secas: uva passa, abacaxi e ameixa seca.
- ✓ Cereais integrais: arroz integral, farinha de trigo integral, farelo de trigo, farelo de aveia, aveia em flocos, preparações feitas com trigo integral (biscoitos, pães integrais, macarrão)
Leguminosas: feijão, lentilha, ervilha, andu, feijão verde.
Hortaliças: tomate, berinjela, beterraba, quiabo abóbora, cenoura crua, maxixe, alface, rúcula, espinafre e outras;
- ✓ A quantidade de líquido (água e alimentos líquidos) consumido diariamente deve ser de no mínimo 2 litros/dia. Prefira beber a água no intervalo das refeições;
- ✓ Evite alimentos com ação obstipante, como: banana, maçã sem casca, goiaba, maisena, farinha de mandioca, arroz polido, batata, pães, biscoitos e massas preparadas com farinha de trigo branca.

Diabetes

- ✓ Fracionar a dieta em, pelo menos, 6 refeições diárias. A dieta deve ser consumida de 3 em 3 horas;
- ✓ Não ingerir líquidos durante as refeições (almoço e jantar);
- ✓ Recomendamos ler os rótulos antes de consumir os alimentos industrializados. Se contiver as palavras: glicose, sacarose, dextrose, glucose, açúcar ou açúcar invertido, evite esses alimentos;

✓ O alimento dietético (diet) que deve ser usado é o adoçante (a base de sucralose ou Stévia).
Hipertensão
✓ Melhore o sabor dos alimentos utilizando alho, cebola, azeite de oliva, pimenta, cheiro verde, limão, vinagre, manjeriço, açafrão, salsa, hortelã, noz moscada ou outro condimento que não contenha sal; ✓ Evite carnes salgadas e defumadas, embutidos (salame, presunto, mortadela, salsicha, calabresa); enlatados (sardinha, patê, quitute, ervilha, milho verde, azeitonas, extrato de tomate e pickles); ✓ Evite alimentos que tenham sal, sódio ou glutamato monossódico, caldo de carne/galinha/bacon/feijão/camarão/legumes e caldos concentrados (<i>sazon, knorr, maggi, ajinomoto e arisco</i>), maionese, catchup, mostarda, molho inglês e molho de soja.

10.4 SUPLEMENTAÇÃO NUTRICIONAL NA GESTAÇÃO

Micronutriente	Importância e conduta
Vitamina A	Durante a gestação o feto faz sua reserva no terceiro trimestre, pois essa vitamina tem papel na diferenciação celular, no sistema antioxidante e imunológico e no crescimento, atuando principalmente no desenvolvimento do coração, olhos e dos ouvidos. O potencial teratogênico dessa vitamina é relatado em doses 25.000UI/dia, com relatos de possíveis efeitos teratogênicos em doses diárias acima de 10.000UI/dia (2.400mg de retinol), consumidas em período próximo à concepção e também nas primeiras semanas de gravidez. Ou seja, tanto doses altas ou baixas tem potenciais teratogênicos. A suplementação normalmente só é indicada diante de uma deficiência comprovada tendo atenção especial no primeiro trimestre, quando ela é ainda mais lesiva, sendo a recomendação de 700 a 770mg/dia.
Vitamina C	O ácido ascórbico tem grande importância na gestação, visto que facilita a absorção do ferro no trato gastrointestinal, contribuindo para a prevenção da anemia. Alimentos como acerola, goiaba, morango, manga, laranja, mamão, pimentão, espinafre, couve são ricos em vitamina C. A recomendação de ingestão diária, segundo a IOM, é de 80mg para gestantes até 18 anos e de 85mg para gestantes de 19 a 50 anos.
Ácido fólico	É uma vitamina hidrossolúvel relacionada metabolicamente com a vitamina b12. As deficiências de ambos os nutrientes podem resultar em anemia megaloblástica, um aumento da hemácia como mecanismo de compensação da depressão de síntese de DNA. Durante a gestação, o ácido fólico auxilia na prevenção de defeitos relacionados ao tubo neural, como encefalia e espinha bífida, sendo indicada a administração na preconcepção (até 12 semanas antes) até o final da gestação. O consumo de brócolis, espinafre, ervilhas grãos, feijão, lentilha, laranja, fígado bovino, gema de ovo auxilia para atingir as necessidades dietéticas. A recomendação diária de ácido fólico para gestantes é de 600ug/dia.
Cálcio	O cálcio é o mineral mais abundante no corpo humano e possui funções estruturais e funcionais no organismo, principalmente na formação do esqueleto, regulação neuronal, contração muscular e sinalização celular. Mulheres grávidas e lactantes podem ter seu conteúdo ósseo diminuído devido ao desenvolvimento do feto e

	produção de leite materno, sendo necessário observar a sua ingestão dietética de leite, derivados do leite e folhosos, com ênfase nas gestantes adolescentes que necessitam do cálcio para seu próprio desenvolvimento. Além disso, o cálcio auxilia na prevenção da DHEG e do parto prematuro. A IOM indica que a recomendação diária de cálcio para gestantes de 14 a 18 anos é de 1300mg e de 19 a 50 anos, 1000mg.
Ferro	O ferro participa de processos metabólicos no organismo, como transporte de elétrons, transporte de oxigênio para respiração celular materna e fetal, produção de energia e desenvolvimento celular. As necessidades do ferro vão aumentando a cada trimestre gestacional devido à manutenção dos níveis de hemoglobina da mãe e do feto, além da reposição de perda sanguínea, principalmente no caso de parto cesárea. A sua ingestão é otimizada pelo consumo de alimentos ricos em vitamina C, que aumentam a biodisponibilidade do ferro não heme, além de ter papel no transporte de ferro, por regular a síntese de ferritina. São fontes de ferro: carnes, vísceras (fígado, coração, moela), feijão, lentilha, grão-de-bico, soja, folhas verde-escuras, nozes e castanhas. Para o período gestacional, a OMS recomenda a suplementação de 200mg de sulfato ferroso a partir da 20ª semana, sendo mantida no pós-parto até enquanto estiver amamentando exclusivamente.
Vitamina D	A vitamina D está relacionada com a imunidade, o crescimento ósseo, a atividade reprodutora e auxilia na absorção e equilíbrio dos níveis séricos de cálcio e fósforo. No período gestacional, a deficiência dessa vitamina está relacionada a osteomalácia materna, baixo desenvolvimento fetal e hipocalcemia neonatal. A síntese da vitamina D é realizada pela pele por ação dos raios UVB, porém se essa exposição não for adequada, é necessário que esta vitamina esteja presente na alimentação, sendo suas principais fontes os óleos de fígado de peixes, os alimentos derivados do leite e ovos. A recomendação de ingestão diária é de 600 UI (15 ug) para gestantes.
DHA	O consumo materno de DHA tem sido estimulado por ser essencial, dentre outras coisas, para formação de todas as membranas celulares do sistema nervoso central, por poder prolongar gestações de alto risco, aumentar peso do recém-nascido, comprimento e circunferência da cabeça ao nascimento, aumentar acuidade visual, além de estar envolvido na melhora da imunidade e na resposta do sistema nervoso autônomo. As gestantes devem ingerir boas fontes de DHA, especialmente peixes ricos nesse nutriente, como salmão, arenque e atum. Recomenda-se ainda que, independente da dieta, toda gestante deve receber suplementação diária de 200mg de DHA, preferencialmente obtido industrialmente através de algas e/ou suplementação com óleo de pescados.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF, 2012.

COZZOLINO, S. M. F. **Biodisponibilidade de nutrientes**. Barueri, Sp: Manole, 2012.

SILVA, S. M. C. S. da; MURA, J. D. P. **Tratado de alimentação, nutrição e dietoterapia**. 2. ed. São Paulo: Roca, 2011.

11 ATIVIDADE FÍSICA

As gestantes saudáveis, sem contraindicação para a prática de exercício físico (Quadro 1), devem ser incentivadas a praticar exercício físico durante toda a gestação. Em geral, o exercício físico regular demonstra melhorar o condicionamento físico, reduz as queixas de dores musculoesqueléticas habitualmente relacionadas à gravidez, proporciona bem-estar, melhora a imagem corporal e reduz o ganho de peso materno. Além disso, o risco de desenvolvimento de diabetes gestacional, hipertensão gestacional, parto prematuro, pré-eclâmpsia e obesidade, são menores em mulheres gestantes fisicamente ativas do que em sedentárias.

Cabe destacar, que a incidência de complicações na gestação devido à hiperglicemia é estimada em 7% no Brasil. Nesses casos, a hiperglicemia afeta diretamente o feto, provocando macrosomia, aumentando a taxa de cesáreas e traumas no canal de parto, distócia de ombro e hipoglicemia neonatal. Por sua vez, o exercício físico aumenta a captação de glicose pelas células musculares, diminuindo a glicemia sanguínea, e, por consequência, auxilia no seu tratamento da doença.

Apesar da contraindicação da prática de exercício físico quando a gestante apresenta hipertensão arterial e síndrome hipertensiva de origem gestacional, em estudo, verificou-se que mulheres praticantes de atividades recreacionais antes do período gestacional experimentaram redução de 43% no risco em desenvolver pré-eclâmpsia quando comparadas ao grupo sedentário.

Em relação à obesidade, é preciso ressaltar, que a prática de exercício auxilia no controle de peso gestacional, diminuindo as chances do surgimento de doenças relacionadas ao excesso de peso, como diabetes gestacional, hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia, parto prematuro e cesáreas.

Além disso, o período gestacional é acompanhado de mudanças no corpo da mulher, aumentando a incidência de dores na lombar e pélvica devido ao aumento de peso e curvaturas da coluna. O exercício físico também tem papel fundamental para o tratamento e controle de dores articulares em gestantes.

11.1 PRESCRIÇÃO DE EXERCÍCIO

A prescrição do exercício para as mulheres grávidas em geral é consistente com as recomendações para a população adulta em geral. Porém a prática de exercício deverá ser individualizada e adequada para cada gestante, devendo ser levado em consideração o tipo, frequência, intensidade e tempo do exercício físico. É contraindicado que a gestante realize exercícios máximos, aplicando manobra de Valsalva, em decúbito dorsal (após o primeiro trimestre) e/ou com risco de impactos e quedas.

Tipo: Atividades físicas dinâmicas e rítmicas que utilizam grandes grupos musculares, como caminhada e pedalagem.

Frequência: Recomenda-se a prática de pelo menos três vezes e preferencialmente todos os dias da semana.

Intensidade: leve à moderada, podendo utilizar a taxação de esforço percebido (TEP) (12 a 14 em uma escala de 6 a 20).

A taxa de esforço percebido, conhecida também como Escala de Borg (quadro 1) é uma escala de pontuação que varia de 06 a 20. A predição de percepção subjetiva de esforço é uma forma quantitativa de acompanhar o indivíduo durante testes de esforço físico ou mesmo sessões de exercícios.

Quadro 1. Escala de Borg para classificação do esforço percebido 6-20

ESCALA DE BORG	
6	Muito, muito leve
7	
8	
9	Muito leve
10	
11	Moderadamente leve
12	
13	Um pouco pesado
14	
15	Pesado
16	
17	muito pesado
18	
19	Muito, muito pesado
20	

Fonte: FOSS et al., 2000.

Na tabela 14, são apresentadas as intensidades relativas de esforço correspondentes à frequência cardíaca de reserva, consumo máximo de oxigênio de reserva e frequência cardíaca máxima. A partir desta classificação e levando em consideração o objetivo e nível de aptidão física dos alunos, o professor pode controlar a intensidade das aulas durante a sua realização, proporcionando melhores resultados e segurança aos praticantes.

Tabela 14 – Classificação da intensidade do exercício.

INTENSIDADE RELATIVA			
Intensidade	%VO ₂ máxR/%FCres	%FCmáx	PE
Muito leve	<20	<50	<10
Leve	20-39	50-63	10-11
Moderada	40-59	64-76	12-13
Pesada	60-84	77-93	14-16
Muito pesada	≥85	≥94	17-19
Máxima	100	100	20

Adaptado, %VO₂máxR = percentual do consumo máximo de oxigênio de reserva; %FCres = percentual da frequência cardíaca de reserva que pode ser obtida a partir da subtração da frequência cardíaca máxima menos a frequência cardíaca de repouso; %FCmáx = percentual da frequência cardíaca máxima; PE = percepção de esforço pela escala de Borg de 6 a 20 pontos.

Tempo: pelo menos 15 minutos/dia, aumentando gradualmente, até pelo menos 30 minutos/dia de uma atividade física acumulada de intensidade moderada até um total de 150 minutos/semana.

11.2 CONSIDERAÇÕES ESPECIAIS PARA A PRÁTICA DE EXERCÍCIO FÍSICO DURANTE A GESTAÇÃO

- Gestantes previamente sedentárias ou que sofram de alguma condição médica devem aumentar gradualmente a atividade de forma a satisfazer os níveis recomendados de exercício físico;
- Gestantes com obesidade mórbida e/ou que sofram de diabetes gestacional ou de hipertensão devem consultar seu médico antes de iniciarem um programa de exercícios, e suas prescrições dos exercícios devem ser ajustadas à sua condição médica, aos sintomas e a capacidade funcional;
- Gestantes devem evitar esportes de contato ou que possam acarretar a perda de equilíbrio ou algum traumatismo;
- O exercício deve ser encerrado no caso de ocorrer qualquer um dos seguintes eventos: sangramento vaginal, dispneia antes do esforço, vertigem, cefaleia, dor torácica, fraqueza muscular, dor ou tumefação na panturrilha, trabalho de parto pré-termo, redução da movimentação fetal e vazamento de líquido amniótico;
- Gestantes devem evitar o exercício na posição supina (decúbito dorsal) após o primeiro trimestre;
- Gestantes devem evitar a realização da manobra de Valsalva durante o exercício;

- Gestantes devem se exercitar em ambiente termoneutro e estarem bem hidratadas para evitar estresse térmico;
- Gestantes podem realizar exercício resistido (musculação) que incorpore todos os principais grupamentos musculares, desde que estejam acompanhadas por profissionais da área devendo evitar realizar manobra de Valsalva, exercícios isométricos e em decúbito dorsal (após primeiro trimestre);
- Em geral, o exercício no período pós-parto pode começar entre 4 a 6 semanas após o parto.

11.3 ENCAMINHAMENTO PARA O PROGRAMA DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Antes da gestante ser avaliada pelo profissional de educação física, o médico e/ou enfermeira deverá encaminhar a paciente através do preenchimento do “Encaminhamento para programa de educação física”, liberando-a para a prática de exercício físico de leve à moderada intensidade.

Cabe destacar que nem todas as gestantes estão aptas para realizar exercício físico. As contraindicações relativas e absolutas estão no quadro abaixo.

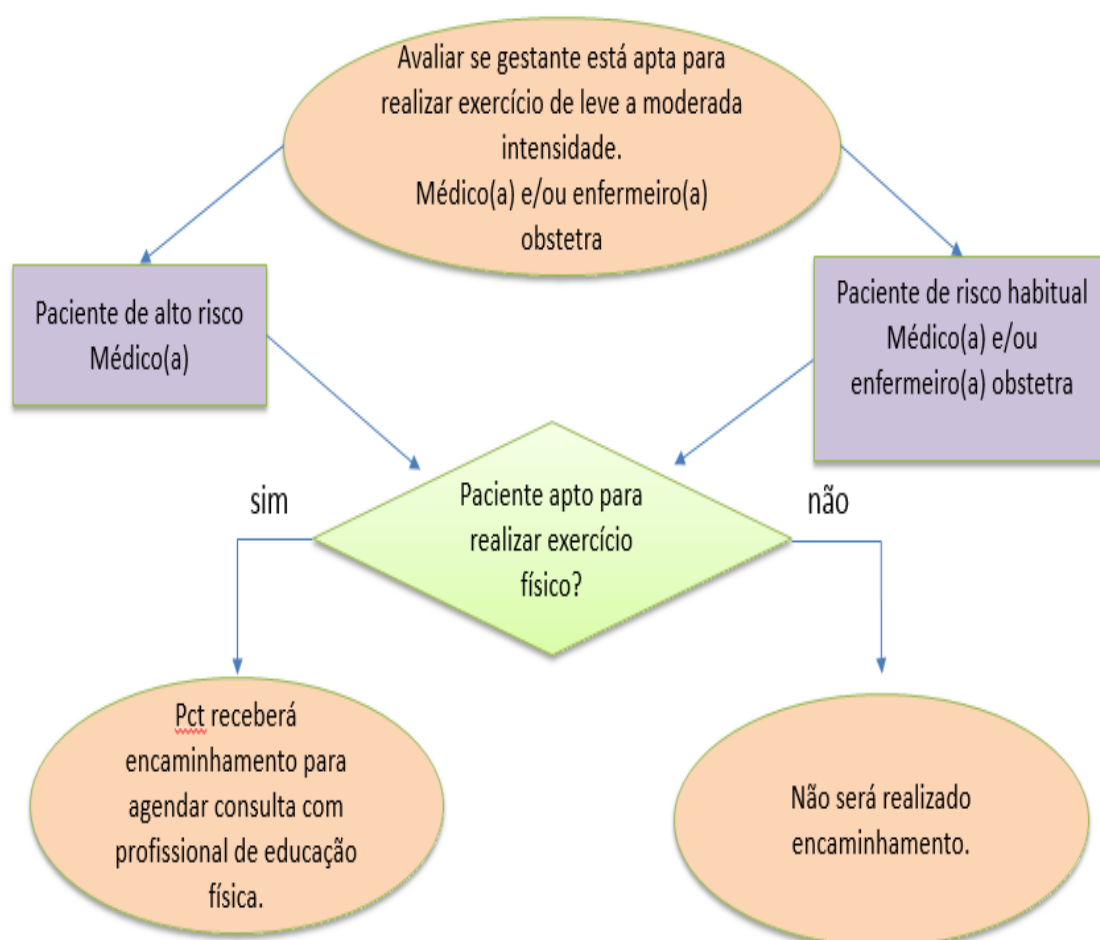
Tabela 15 – Contraindicações para o exercício durante a gravidez.

Contraindicação relativa	Contraindicação absoluta
Anemia intensa	Doença cardíaca hemodinamicamente significativa
Disritmia Cardíaca materna não avaliada	Doença pulmonar restritiva
Bronquite crônica	Cérvice/cerclagem incompetente
Diabetes melitus tipo 1 precariamente controlado	Gestação múltipla com risco de trabalho de parto prematuro
Obesidade mórbida extrema	Sangramento persistente no segundo ou terceiro trimestre
Peso extremamente baixo	Placenta prévia após 26 semanas de gestação
História de estilo de vida extremamente sedentário	Trabalho de parto prematuro durante a atual gestação
Restrição do crescimento intrauterino na atual gestação	Ruptura de membranas
Hipertensão precariamente controlada	Pré-eclâmpsia/hipertensão induzida pela gravidez
Limitações ortopédicas	
Distúrbio convulsivo precariamente controlado	

Hipertireoidismo controlada	precariamente	
Fumante inveterada		

Fonte: ACOG, 2002.

FLUXOGRAMA – Encaminhamento para o Programa de Educação Física



11.4 CONSULTA COM PROFISSIONAL DE EDUCAÇÃO FÍSICA

Na consulta da gestante com o profissional de educação física serão coletados dados pessoais, gestacionais, antropométricos, histórico pessoal, familiar, doenças obstétricas, aspectos psicológicos, aspectos físicos e hábitos de vida com objetivo de facilitar a orientação relacionada à prática de exercícios para a gestante.

11.5 PERIODICIDADE DE CONSULTAS

As consultas serão realizadas com periodicidade, sempre que possível, a cada mês de acordo com disponibilidade da agenda.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. ACOG Committee opinion. Number 267, January 2002: exercise during pregnancy and the postpartum period. **Obstet Gynecol.** v. 99, n. 1, p. 171-3, 2002.

ASSUMPÇÃO, Cláudio de Oliveira et al. Controle da intensidade progressiva de exercícios localizados em mulheres idosas por meio da percepção. **R. da Educação Física.** v. 19, n. 1, p. 33-39, 2008.

CAMPBELL, M. K.; MOTTOLA, M. F. Recreational exercise and occupational activity during pregnancy and birth weight: a case-control study. **Am J Obstet Gynecol.** v. 184, n. 3, p. 403-8, 2001.

LOPES, Marco Antonio Borges. **Atividade física na gravidez e no pós-parto** / Marco Antonio Borges Lopes, Marcelo Zugaib. – São Paulo: Roca, 2009.

MANN, L. et al. Dor lombo-pélvica e exercício físico durante a gestação. **Fisioter. Mov.** v. 21, n. 2, p. 99-105, 2008.

NOGUEIRA, A. I.; CARREIRO, M. P. Obesidade e gravidez. **Rev Med Minas Gerais.** v. 23, n. 1, p. 88-98, 2013.

POWERS, S. K.; HOWLEY, E. T. **Fisiologia do exercício.** 3. ed. São Paulo: Manole, 2000.

WEINERT, L. S. et al. Diabetes gestacional: um algoritmo de tratamento multidisciplinar. **Arq Bras Endocrinol Metab.** v. 55, n. 7, p. 435-45, 2011.

12 SERVIÇO SOCIAL

A operacionalização das consultas de Serviço Social, no ambulatório, tem como premissa a compreensão dos determinantes sociais, econômicos e culturais que interferem no processo saúde-doença, buscando estratégias de intervenção para o enfrentamento das questões que interferem no bem-estar biopsicossocial do usuário do serviço, com destaque para a saúde materno-infantil, permeando seu contexto sócio familiar. O exercício profissional do assistente social não deve desconsiderar as dimensões subjetivas vividas pelo usuário e cabe também analisar à luz das condições de vida e trabalho, ou seja, a partir da constituição dos determinantes sociais que caracterizam o cotidiano do usuário e da família onde está inserida, dentro de uma perspectiva crítico – reflexiva, de promoção de direitos, e não assistencialista.

12.1 ORGANIZAÇÃO DO ATENDIMENTO

A consulta de Serviço Social, na assistência pré-natal, desenvolve-se mediante agendamento prévio no setor de Marcação das seguintes formas:

- Apresentação, pelo usuário, de encaminhamento recebido após avaliação pela Triagem de Enfermagem, para admissão no Pré-Natal ;
- Apresentação, pelo usuário de requisição/ guia SUS 1, recebida após realização de consulta por outros profissionais na instituição;

O agendamento gerará um prontuário para a usuária, chamado de prontuário da paciente, qual é manual, identificado por um número de registro, constando todos os atendimentos de consultas multidisciplinares pelo qual passou ou passará. E toda consulta realizada pelo profissional de Serviço Social, mediante marcação, deve ser registrada em ficha de evolução social, seja ela de anamnese social, quando da realização de primeira consulta ou de seguimento.

Quando da realização da primeira consulta é feito a anamnese social, preenchimento da ficha do Serviço Social do atendimento específico e contextualização sócio-familiar, sócio-financeira com possibilidade para a realização do diagnóstico social.

12.2 CONSULTA COM ASSISTENTE SOCIAL

Na assistência Pré-natal existem diversos perfis de usuárias do serviço, como a gestante adolescente, gestante com má formação fetal, gestante em situação de rua, gestantes residentes nos municípios do Estado da Bahia, quais são usuárias do Tratamento Fora do Domicílio - TFD, gestante dependente de substância psicoativa- SPA, sendo assistidas pelo Pré-Natal com suas peculiaridades, acolhidas e orientadas conforme necessidades identificadas durante as consultas desenvolvidas pelas assistentes sociais.

Durante a primeira consulta, elabora-se a anamnese social Pré-natal da paciente, salientando informações acerca identificação, caracterização sócio-econômica, situação de vulnerabilidade, composição familiar, informação gestacional e orientações sociais pertinentes às demandas observadas durante a consulta.

A periodicidade das consultas é mensal, podendo ocorrer variações a partir da escolha do profissional a depender de sua avaliação para observação e intervenção social frente à demanda estabelecida.

Destacam-se as seguintes atividades, na realização das consultas de Serviço Social na Assistência Pré-Natal, seja gestante adolescente, gestante com má formação fetal, gestante em

situação de rua, gestante residente nos municípios do Estado da Bahia, gestante dependente de substância psicoativa- SPA:

1. Escuta individualizada;
2. Identificação de demandas:
 - 2.1. Orientações Sociais, sejam estas vinculadas aos direitos da mulher gestante, violências doméstica e/ ou sexual, direitos trabalhistas, direitos sócio-previdenciários, períodos pré parto, parto, pós parto, puérperio, puericultura, aleitamento materno, direitos da criança, saúde sexual e reprodutiva;
 - 2.2. Definição de conduta (focar na continuidade da assistência pré natal).
3. Preenchimento da ficha de atendimento resumida ao prontuário da usuária;
4. Realização de contatos intra e interinstitucionais para promoção de direitos sociais;
5. Elaboração e entrega de encaminhamentos sociais quando necessário para Rede SUS;
6. Elaboração de relatório social quando necessário e encaminhamentos aos órgãos de Proteção Especial de acordo com a demanda ,conduta e intervenção social definida;
 - 6.1 Elaboração de relatório social quando necessário, salientando a obrigatoriedade quando nos casos de gestação em menores de 14 anos, conforme súmula 593 do STJ e recomendação MP/BA nº003/2011.
7. Realização de contatos sócio familiares com as gestantes que não mantém a regularidade nas consultas com o Serviço Social;

Aspectos relacionados aos direitos da mulher gestante, e questões que ocorrem no meio social desta mulher gestante e que impactam no desenvolvimento da gestação são abordadas durante toda a assistência realizada pelas profissionais durante o Pré-Natal. Salientam-se orientações vinculadas aos direitos trabalhistas, direitos sócio-previdenciários, período gestacional, assistência pré-natal, puerpério, puericultura, direitos da criança, violência doméstica e/ou sexual, direitos sexuais e reprodutivos, contextualização sócio-familiar e sócio financeira são realizadas periodicamente.

REFERÊNCIAS

BRASIL. ECA - Estatuto da Criança e do Adolescente. Atualizado em novembro de 2009. Parâmetros para Atuação de Assistentes Sociais na Saúde, Brasília, DF, 2009;

BRASIL. Portaria nº 1.020 de 29 de maio de 2013. **Ministério da Saúde**. Brasília, DF, 2013.

OLIVEIRA, J. M. S. **Livros de Fluxos, rotinas e ações do Serviço Social**. 2013.

OLIVEIRA, J. M. S. **Livros de Fluxos, rotinas e ações do Serviço Social**. 2010.

13 ODONTOLOGIA

O estado da saúde bucal apresentado durante a gravidez tem relação com a saúde geral da gestante e pode influenciar na saúde geral e bucal do bebê. Isso mostra a importância do

cirurgião-dentista trabalhando de forma integrada com os demais profissionais da equipe pré-natal. O pré-natal odontológico visa fornecer não apenas cuidados gerais para a saúde bucal das gestantes, mas também, promover educação para os cuidados com o bebê.

13.1 ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO

Exame clínico anamnésico completo:

1. Estado geral de saúde e social da gestante como: hipertensão arterial, obesidade, diabetes, cardiopatias, coagulopatias, doenças infectocontagiosas, anemias, alergias, entre outras condições sistêmicas; medicamentos utilizados, hábitos nutricionais, condições socioeconômicas.
2. Condições gestacionais: idade gestacional, antecedentes gestacionais, abortos anteriores, frequência de enjoos e vômitos, hábitos gerais, entre outros.
3. Antecedentes odontológicos: última visita ao dentista, motivo e tratamento realizado, procedimentos pendentes anteriores a gestação. Hábitos de higiene bucal. Presença de queixas bucais: sangramento gengival, cáries, dor, entre outros.
4. Exame clínico: análise geral intra-oral: dentes, gengiva, mucosa, língua, palato e lábios e análise extra-oral. As doenças bucais mais comuns presentes nas gestantes são cáries dentárias e doenças periodontais (gengivite e periodontite).

Orientações educacionais:

➤ Cuidados com as gestantes:

- Importância da higienização oral utilizando escovas de cerdas macias e cabeça pequena e enfatizando o uso do fio/fita dental, pastas de dentes fluoretadas, importância da escovação noturna;
- Orientação nutricional no processo cárie: controle na ingestão de açúcares refinados, diário de alimentação;
- Conhecimento da doença cárie e doenças periodontais: etiologia, formas de controle, tratamentos;
- Desmistificação de crenças sobre o tratamento odontológico durante a gestação;
- Esclarecimento de dúvidas em relação a saúde bucal geradas pela própria paciente.

➤ Cuidados com o bebê:

- Importância da amamentação para o desenvolvimento facial e dentário, orientação do aleitamento exclusivo até o 6º mês de vida, evitar o uso de açúcares pelo menos até os 2 anos de idades e evitar uso de chupetas e se necessário desencorajar o uso após os dois anos de idade;
- Higienização bucal do bebê do primeiro dia de vida até o nascimento do primeiro dente decíduo (mais ou menos até o 6º mês): uso de gaze (ou fralda de pano) úmida com água filtrada e levemente morna, passando em toda a porção interna da boca e língua do bebê. Deverá ser feito pelo menos uma vez ao dia, se em processo de amamentação exclusiva, com intuito principal de estimulação da manipulação bucal. Se em processo de aleitamento misto ou apenas com fórmula, idealmente deverá ser feito pelo menos duas vezes ao dia, tendo, além do intuito anterior, o intuito de remoção dos componentes da fórmula (leite externo);

- Higienização após o primeiro dente decíduo: orientação em relação a cronologia de erupção dentária, orientação de higienização do dente com escovas infantis ultra macias com uso de pasta dentária fluoretada (mínimo de 1000ppm de flúor), mostrar importância do flúor na prevenção da cárie e o uso crônico e agudo do flúor. O controle da quantidade de pasta é extremamente importante para que se possa prevenir a cárie mas evitar a fluorose. Para bebê e crianças que não conseguem cuspir, a quantidade de pasta deve equivaler ao tamanho de meio grão de arroz cru (abaixo de 10 kg) até a um grão de arroz cru (acima de 10kg), e para aqueles que possuem capacidade de cuspir, tamanho equivalente de um grão de ervilha. Essa higienização deve ser feita pelo menos duas vezes ao dia. O uso do fio dental logo quando estiver ponto de contato estabelecido;
- Visita ao dentista logo após a erupção dos primeiros dentes decíduos;
- Acometimentos bucais mais comuns em bebês e crianças: candidíase (sapinho), cárie de mamadeira (hábito de adoçar mamadeiras e mamadas noturnas), traumas.

Tratamento:

O tratamento odontológico em gestantes pode ser realizado de forma segura em qualquer período gestacional, sendo feito algumas orientações gerais. No 1º trimestre: tratamento direcionado para condições de urgência, considerado período menos adequado para tratamento odontológico, devido a sensibilidade embrionária nesse período. Deve-se evitar, principalmente, tomadas radiográficas desnecessárias, caso seja necessário seu uso, deve-se ser realizado da forma mais criteriosa e segura possível, utilizando coletes de chumbo para o corpo e tireóide adequados, filmes ultra-rápidos ou sistemas digitais, aferição radiométrica do aparelho. No 2º trimestre: é o período mais adequado para a realização de procedimentos odontológicos necessários. O 3º trimestre é um momento um pouco mais delicado, principalmente nas semanas finais da gestação, já que a gestante possui um maior risco de síncope e hipertensão, além de um desconforto respiratório. É importante que nesse trimestre final o posicionamento da cadeira seja o mais confortável possível para a paciente com consultas com controle de ansiedade e mais breves possíveis. Os cuidados radiográficos devem ser feitos em todo período gestacional, assim como também os mesmos critérios devem ser adotados para pacientes que não estejam gestantes. Importante salientar que tratamento de urgência são aconselhados que sejam realizados em qualquer período gestacional.

REFERÊNCIAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. **Policy on Early Childhood Caries (ECC): Classifications, Consequences, and Preventive Strategies.** v. 40, n. 6, 2018.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRIC DENTISTRY. **Policy on Use of Fluoride. Oral health policies.** v. 40, n. 6, 2018.

ASSOCIAÇÃO LATINO-AMERICANA DE ODONTOPEDIATRIA. **Guia de saúde bucal para pediatras**, 2017. Disponível em:
<<https://www.revistaodontopediatria.org/publicaciones/Guias/Guia-de-salud-bucal-infantil-para-pediatras-Imprenta-Portugues.pdf>> Acesso em: 02 mar 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres** / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa . Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF, 2012.

CASAGRANDE, L. et al. Aleitamento natural e artificial e o desenvolvimento do sistema estomatognático. **Rev. Fac. Odontol.** Porto Alegre, v. 12, n. 2, p. 11-17, 2008.

GEORGE, A. et al. How do dental and prenatal care practitioners perceive dental care during pregnancy? Current evidence and implications. **Birth issues in perinatal care**, v. 39, n. 2, p. 238-47, 2012.

LIRA, A. L. S. et al. Evaluation of the Maternal Perception of the Oral Health of the Inpatient Infant. **Braz J Oral Sci.** v. 15, n. 3, p. 205-208, 2016.

REIS, D. M. et al. Educação em saúde como estratégia de promoção de saúde bucal em gestantes. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 5, n. 1, p. 269-276, 2010.

14 PSICOLOGIA

Atualmente a psicologia dispõe de cinco turnos para atendimento ambulatorial, sendo um deles destinado exclusivamente para o acompanhamento de bebês e crianças vinculadas ao programa Follow-up, integrando a equipe interdisciplinar, e os demais voltados para o cuidado de mulheres dos diversos programas da casa que se encontrem em situações de vulnerabilidade psicológica.

Em se tratando dos demais programas, para que estas usuárias sejam assistidas pela psicologia se faz necessário o encaminhamento por parte de qualquer profissional que componha o quadro de especialidades do pré-natal ou que tenha assistido a paciente durante seu internamento no bloco hospitalar. Para favorecer melhor identificação do que pode ser considerada demanda para avaliação/acompanhamento psicológico, identificamos alguns critérios a serem observados pela equipe:

- Fragilidade do vínculo mãe-bebê;
- Histórico de alterações psicopatológicas;
- Histórico de acompanhamento psicológico ou psiquiátrico anterior e/ou uso de medicação;
- Histórico de violência doméstica, sexual e/ou obstétrica;
- Vivência de conflitos familiares;

- Vulnerabilidade Socioeconômica;
- Ausência de rede de apoio presente durante gestação;
- Comportamento de isolamento social;
- Alterações importantes no estado de humor;
- História de gestação complicada e/ou perdas e intercorrências anteriores;
- Descoberta de diagnóstico de doenças sexualmente transmissíveis durante a gestação;
- Diagnóstico de malformação fetal;
- Experiências de internamento durante a gestação;
- Situação de rua;
- Uso de substâncias Psicoativas na gestação/período próximo;
- Gestante de idade menor ou igual a 16 anos.

Após o encaminhamento e agendamento da paciente, a mesma passará pelo acolhimento da psicologia e por uma entrevista preliminar que visará o reconhecimento das condições psicossociais que compõe o seu contexto de vida no momento do encaminhamento, bem como as variáveis clínicas que podem estar impactando em suas condições psicológicas. A compreensão do contexto familiar atual, bem como influências intergeracionais na relação estabelecida com a maternidade deverão ser consideradas para a identificação da necessidade de seguimento de acompanhamento psicológico.

A partir desta avaliação, a psicóloga deverá acordar junto à paciente se ela seguirá em acompanhamento e qual será sua frequência, considerando as demandas identificadas, condições institucionais e disponibilidade da usuária.

Ressalta-se que o trabalho psicológico deve ocorrer em uma perspectiva reflexiva, e não em uma abordagem de convencimento. O principal objetivo incorre em, a partir do vínculo terapêutico, favorecer a elaboração da sua história gestacional, das mudanças vividas ao longo da gravidez, suas expectativas e temores, aproximando-a da responsabilização pelas decisões e escolhas que realiza a respeito da sua saúde e a do bebê.

A profissional de psicologia, além de favorecer o reconhecimento dos recursos protetivos da usuária e estratégias para lidar com dificuldades vivenciadas na gravidez, deve estar atenta à necessidade de interlocução com outras especialidades para garantir um cuidado integrado à mesma, podendo encaminhar a paciente para outros profissionais sempre que necessário, buscando diálogo com os mesmos.

A Psicóloga também poderá convidar membros da família para algumas intervenções que avalie importante para o estado psicológico da gestante, bem como para a saúde do bebê, desde que respeitando o sigilo profissional.

No caso de alterações psicopatológicas importantes, a psicóloga também deverá buscar diálogo com a equipe de psiquiatria para a garantia de um cuidado integral à gestante.

REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. **Núcleo de apoio à saúde da família – volume 1: ferramentas para a gestão e para o trabalho cotidiano**. Brasília, DF, 2014. 116 p.

15 PRÉ-NATAL DO PARCEIRO

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

Após a confirmação da gravidez, em consulta médica ou de enfermagem, dá-se início à participação do pai/parceiro nas rotinas de acompanhamento da gestante. Este processo é composto por cinco (05) passos.

1º PASSO:

- Ter postura acolhedora;
- Incentivar a sua participação nas consultas de pré-natal e nas atividades educativas;
- Informar que poderá tirar dúvidas e se preparar adequadamente para exercer o seu papel durante a gestação, parto e pós-parto.

2º PASSO:

Solicitar os testes rápidos e exames de rotina, como estratégia para a prevenção de vários agravos.

Exames e procedimentos que devem ser solicitados:

- Tipagem sanguínea e Fator RH (no caso da mulher ter RH negativo);
- Teste rápido para Sífilis e/ou VDRL;
- Pesquisa de Anticorpos anti-HIV, anti-HCV e antígeno HBsAg;
- Hemograma, glicemia de jejum;
- Lipidograma: dosagem de colesterol HDL, dosagem de colesterol LDL, dosagem de colesterol total, dosagem de triglicerídeos;
- Eletroforese da hemoglobina (para detecção da doença falciforme);
- Aferição de Pressão Arterial;
- Verificação de Peso e cálculo de IMC (índice de Massa Corporal).

3º PASSO:

Vacinar o pai/parceiro conforme a situação vacinal encontrada:

- Dupla Adulto/DT: Reforço a cada 10 anos;
- Tríplice Viral/SCR: 2 doses (20 a 29 anos) 1 dose (30 a 49 anos);
- Hepatite B: 3 doses a depender da situação vacinal;
- Febre Amarela: Dose única - Verificar a situação vacinal;
- Influenza: Anualmente, se fizer parte dos grupos alvo;
- OBS: Se o Pai/parceiro for adolescente, consultar calendário vacinal próprio.

4º PASSO:

- Esclarecer dúvidas e orientar sobre temas relevantes, tais como: relacionamento com a parceira, atividade sexual, gestação, parto e puerpério, aleitamento materno, prevenção da violência doméstica, etc;
- Sugestões de atividades educativas com temas voltados para o público masculino: Orientação de hábitos saudáveis, como: prática de atividades físicas regulares, alimentação balanceada e saudável, diminuir ou cessar consumo de bebida alcoólica, cigarro e outras drogas; Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; Gênero, socialização masculina e impactos para a vida de homens, mulheres e crianças; sexualidade, direitos sexuais e direitos reprodutivos; paternidade, como ser um pai/parceiro presente.

Observação: Os parceiros devem ser encorajados a participarem do Grupo de Gestantes.

5º PASSO:

- Esclarecer sobre o direito da mulher a um acompanhante no pré-parto, parto e puerpério e incentivar o pai a conversar com a parceira sobre a possibilidade da sua participação nesse momento;
- Mostrar ao futuro pai que ao participar do parto, ele pode ajudar a:
 - Garantir um melhor atendimento para a sua parceira, reduzindo com isso a possibilidade de eventuais situações de violência obstétrica e/ou institucional;
 - Estimular o parto normal;
 - Diminuir a duração do trabalho de parto;
 - Diminuir o medo, a tensão e, conseqüentemente, aliviar a dor;
 - Aumentar a sensação de prazer e satisfação no parto;
 - Diminuir a ocorrência de depressão pós-parto;
 - Favorecer o aleitamento materno;
 - Fortalecer o vínculo entre pai/parceiro, mãe e bebê.

FLUXOGRAMA ILUSTRATIVO DA PARTICIPAÇÃO DO HOMEM NO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO



REFERÊNCIAS

BRASIL. Ministério da saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. Brasília, DF, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Calendário Nacional de Vacinação**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: <<http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2018/julho/11/Calendario-de-Vacinacao-2018.pdf>> Acesso em: 05 dez. 2018.