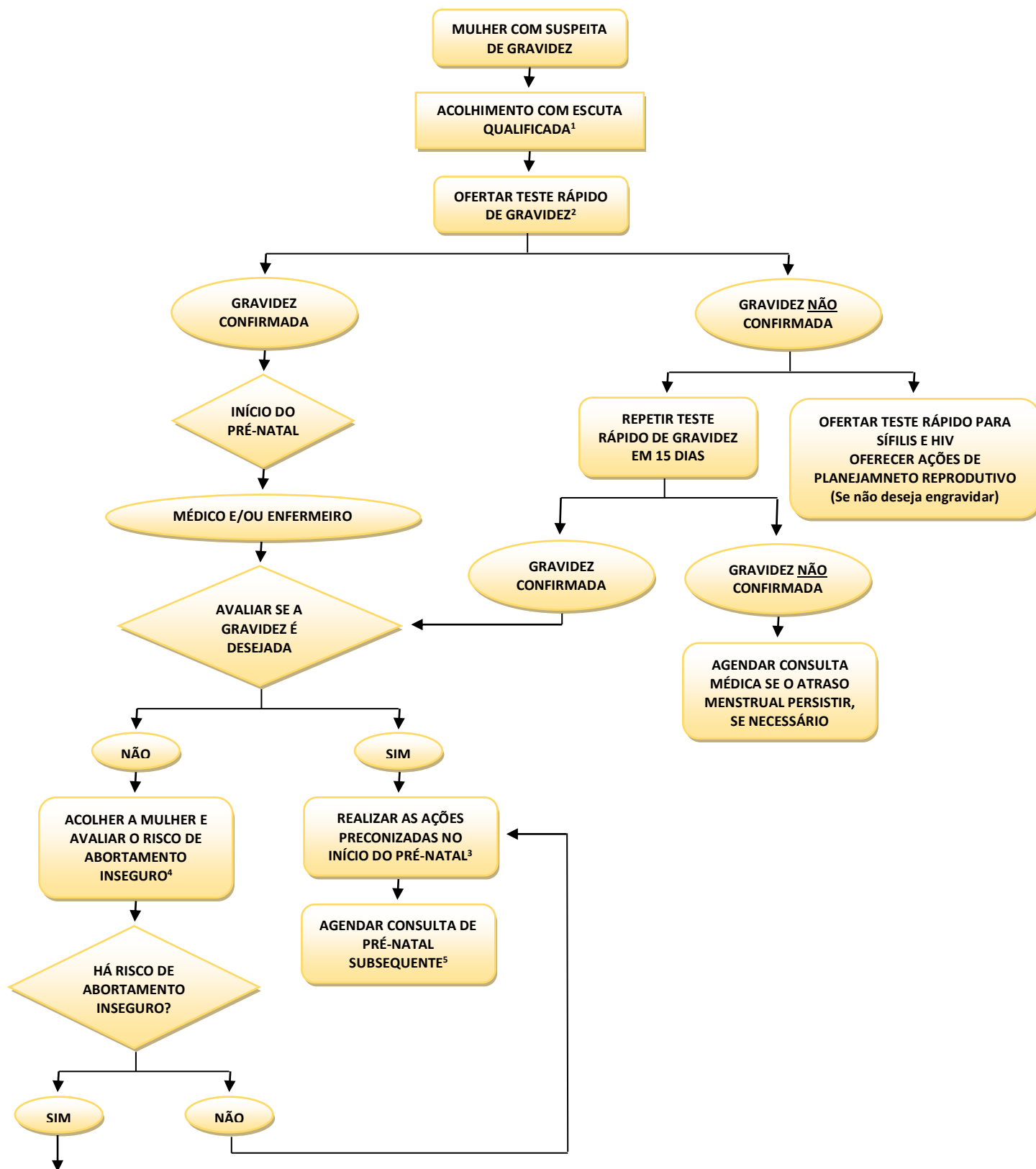


FLUXOGRAMA 1 – ENTRADA NO PRÉ-NATAL



- Orientar situações em que o aborto é permitido por lei e sobre possibilidade de adoção;
- Aconselhar a mulher a conversar com pessoa de confiança e, se gestação em fase inicial, oferecer-se ao cuidado, mediação de conflitos, verificar vulnerabilidades sociais e familiares;
- Orientar sobre riscos de práticas inseguras de interrupção da gravidez (hemorragia, perfuração uterina, infertilidade, morte);
- Marcar retorno para reavaliação;
- Se ocorrer abortamento, assegurar planejamento reprodutivo para evitar nova gestação indesejada.

¹ Questionar sobre sintomas sugestivos de gravidez; avaliar a regularidade de uso de contraceptivo; atentar a situações oportunas para uso de contracepções de emergência (relação desprotegida nos últimos 5 dias e ocorrência de violência sexual).

² O teste rápido deve ser feito em mulher adulta, jovem ou adolescente e sempre acompanhado de aconselhamento pré e pós-teste.

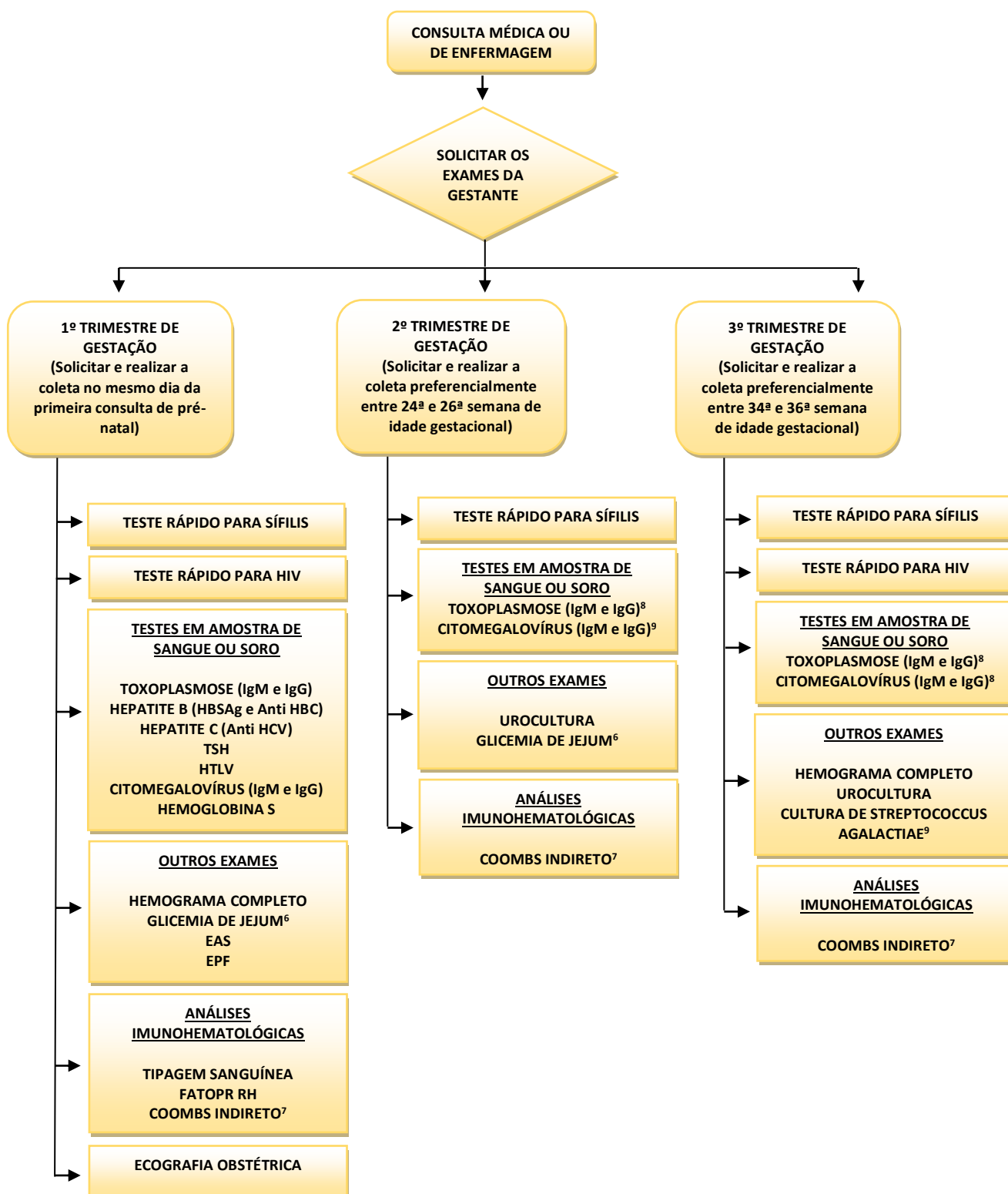
³ AÇÕES PRECONIZADAS NO INÍCIO DO ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL:

- Acolher a mulher e abordar sobre os seus medos, ideias e expectativas;
- Explicar a rotina do acompanhamento pré-natal;
- Estimular a participação do(a) parceiro(a) durante o acompanhamento pré-natal;
- Iniciar o pré-natal o mais precocemente possível com a realização da 1ª consulta;
- Preencher e entregar à mulher a Caderneta da Gestante;
- Realizar os testes rápidos para Sífilis e HIV;
- Solicitar os exames em amostra de sangue ou soro, análise imunohematológicas e de análise clínica convencional;
- Realizar exame físico completo;
- Realizar avaliação de risco e/ou vulnerabilidade obstétrica;
- Verificar a situação vacinal da mulher.

⁴ Oferecer ambiente acolhedor e privativo para escutar a mulher de forma aberta e não julgadora; oferecer mediação de conflitos pessoais e/ou familiares decorrentes de gravidez não planejada; e questionar abertamente sobre intenção de abortar sem julgamento ou intimidação.

⁵ As consultas de pré-natal devem acontecer mensalmente para gestantes até 28 semanas de IG, quinzenalmente da 28ª a 36ª semana e semanalmente da 36ª até o parto. Em nenhuma hipótese deverá haver alta do pré-natal. As consultas devem ser intercaladas entre médico e enfermeiro.

FLUXOGRAMA 2 – EXAMES DA GESTANTE



6 Teste de Tolerância Oral à Glicose (TOTG)

- Deve ser solicitada a glicemia de jejum para toda gestante no primeiro trimestre ou em primeira consulta;
- Gestantes com glicemia ≥ 85 mg/dl realizar TOTG entre 24 – 28 semanas;
- Glicemia de jejum ≥ 92 mg/dl em duas dosagens com diferença de quinze dias é diagnóstico de DMG, não há necessidade de realizar TOTG para confirmação diagnóstica;
- Se a segunda dosagem da glicemia de jejum for < 92 mg/dl, a gestante deve ser reavaliada no segundo trimestre com TOTG;
- Se glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl em duas dosagens, é diagnóstico de diabetes mellitus pré-gestacional ou DM diagnosticado na gravidez, não há necessidade de realizar TOTG para confirmação diagnóstica;
- O TOTG não é útil para seguimento e não deve ser repetido, salvo situações excepcionais para confirmação diagnóstica no terceiro trimestre;
- A curva glicêmica não é um exame utilizado para o diagnóstico de DMG e sim para outras doenças endocrinológicas, o termo adequado é TOTG (teste oral de tolerância a glicose e deve descrever: jejum, 60 e 120 min após 75 g de glicose anidra);
- Glicemia capilar alterada não pode ser utilizada para critério diagnóstico sendo necessária a confirmação com glicemia plasmática. Este exame é útil para o acompanhamento e o controle da glicemia em mulheres com diagnóstico prévio de diabetes ou DMG.

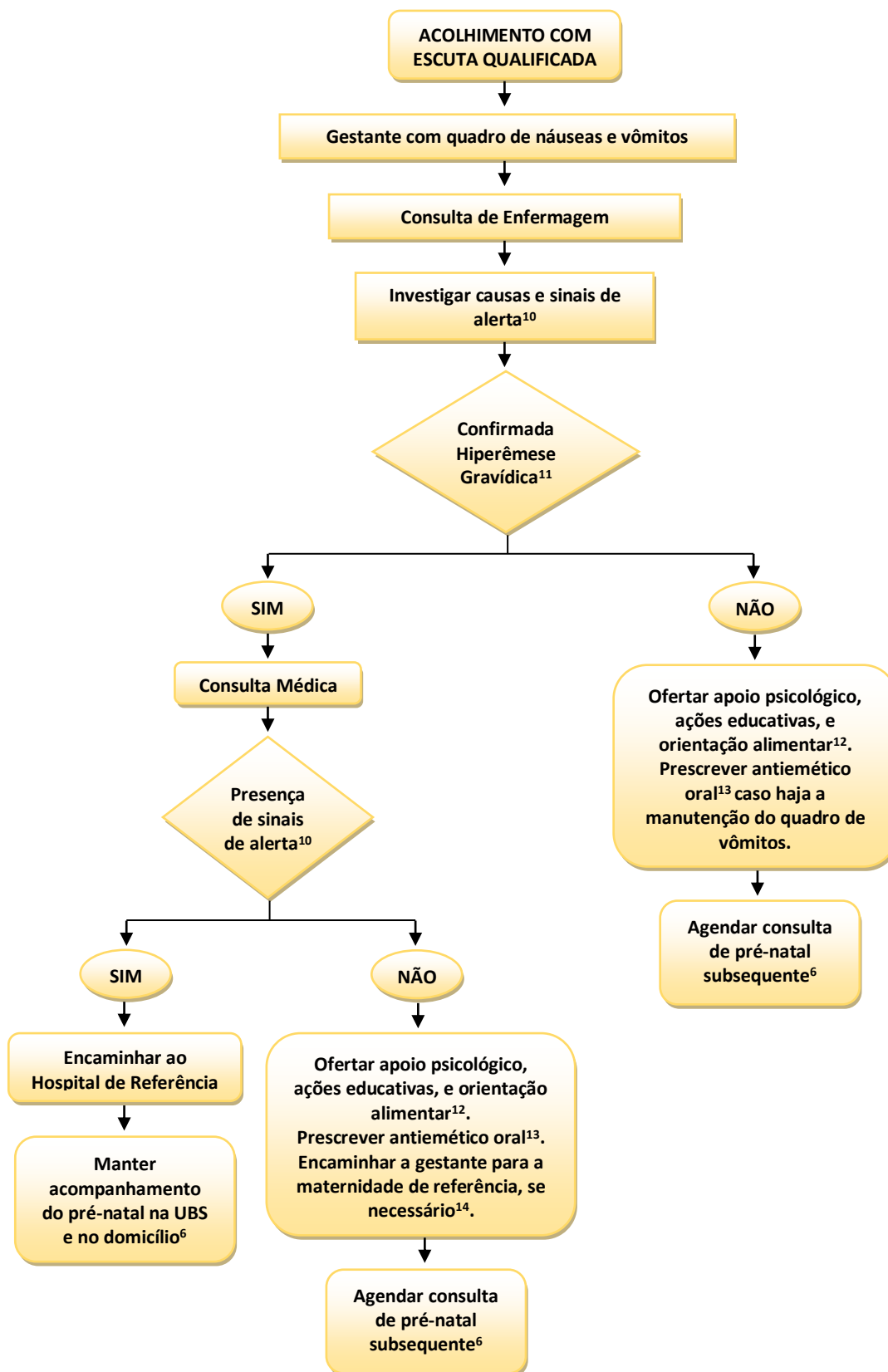
7 Solicitar Coombs indireto se a mulher apresentar Fator RH negativo.

8 Realizar nas gestantes susceptíveis, ou seja, com IgM e IgG negativos.

9 Cultura de Streptococcus Agalactiae (EGB)

- Rastreamento: é baseado na cultura de secreção vaginal e retal, colhidas por SWAB, entre a 35ª e a 37ª semanas de gestação, para todas as gestantes.
- Instruções para coleta de material para cultura: é necessário não tomar banho ou evacuar até o momento da coleta. Se tiver tomado banho ou evacuado pela manhã, é possível coletar o material no final da tarde. Fazer inicialmente um SWAB no intróito vaginal sem utilização de especulo. A amostra deverá ser colhida da vagina inferior, introduzindo o SWAB por cerca de 2 cm, fazendo movimentos giratórios por toda a circunferência da parede vaginal. Fazer posteriormente um SWAB anal introduzindo levemente (em torno de 0,5 cm) no esfíncter anal. Identificar os meios de transporte com os respectivos locais de coleta (vaginal e anal).
- Conservação para envio: manter os tubos em temperatura ambiente até o envio ao laboratório, que poderá ser em um prazo de até 3 dias.

FLUXOGRAMA 3 – NÁUSEAS E VÔMITOS



¹⁰ **SINAIS DE ALERTA:** Queda no estado geral; sinais de desidratação; sinais de distúrbios metabólicos.

¹¹ **Hiperêmese Grávida:** caracteriza-se por vômitos contínuos e intensos que impedem a alimentação da gestante, ocasionando desidratação, oligúria, perda de peso e transtornos metabólicos, com alcalose (pela perda maior de cloro, perda de potássio e alterações no metabolismo das gorduras e dos carboidratos).

¹² **Orientações:**

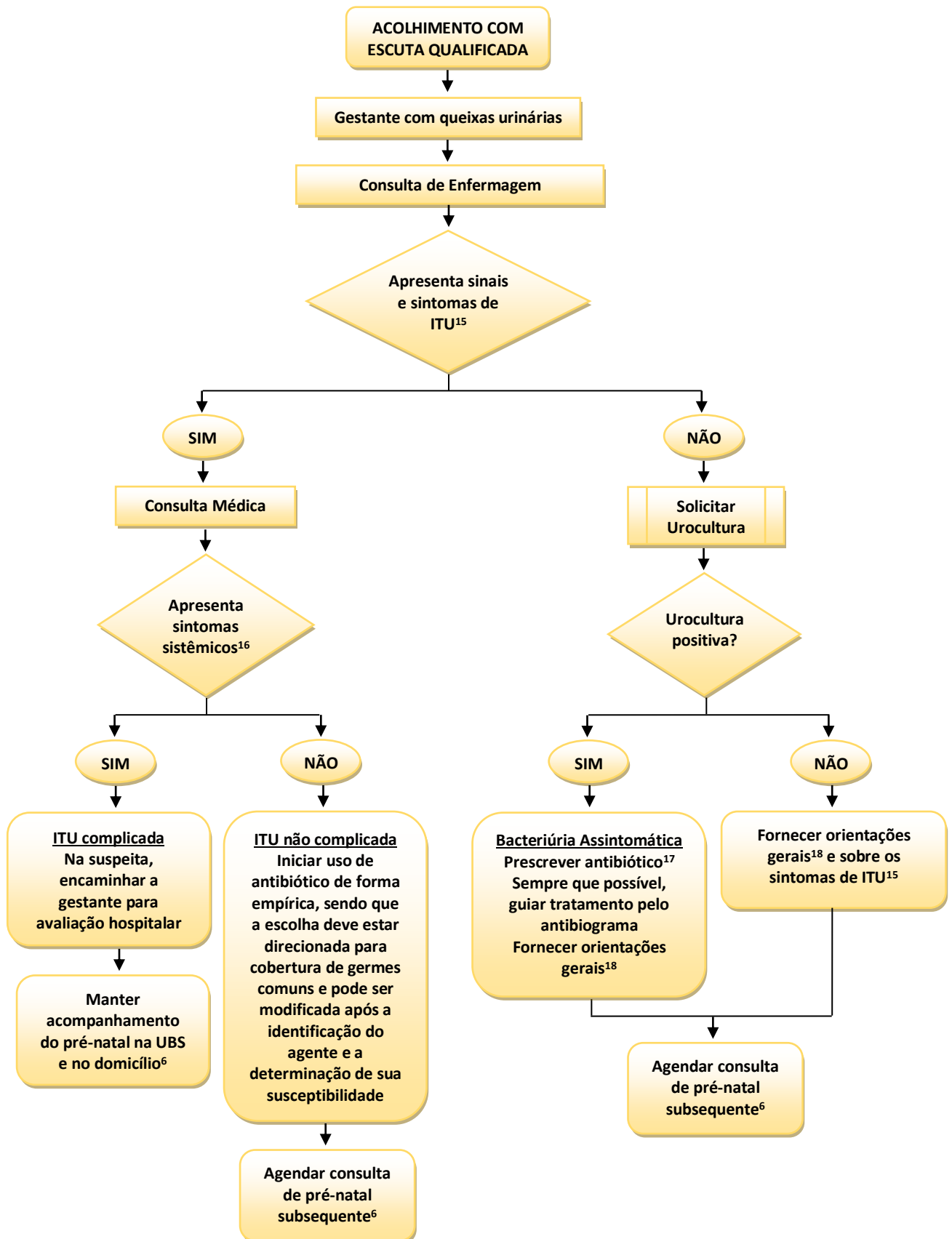
- Explicar que são sintomas comuns do início da gestação.
- Dieta fracionada: fazer 5 a 6 refeições por dia, em pequenos volumes; interromper a ingestão tão logo atinja a saciedade, pois tanto o estômago vazio quanto a plenitude podem provocar náuseas e vômitos.
- Iniciar a primeira refeição com alimentos mais secos (por exemplo, biscoitos, beiju, pão ou torradas).
- Evitar frituras, alimentos gordurosos e alimentos com cheiros fortes ou desagradáveis.
- Evitar consumir líquidos durante as refeições, dando preferência à sua ingestão nos intervalos.
- Evitar deitar logo após as refeições.
- Ofertar apoio psicológico e educativo.

¹³ Metoclopramida 10mg, 8/8h OU Dimenidrato 50mg + Cloridrato de Piridoxina 10mg, 6/6h.

¹⁴ Nos casos de Hiperêmese Grávida que não respondam à terapêutica inicialmente instituída ou quando a UBS não tiver disponibilidade para essas medidas, a internação faz-se necessária. Em tais situações, deve-se encaminhar a gestante imediatamente para um hospital.

⁶ As consultas de pré-natal devem acontecer mensalmente para gestantes até 28 semanas de IG, quinzenalmente da 28ª a 36ª semana e semanalmente da 36ª até o parto. Em nenhuma hipótese deverá haver alta do pré-natal. As consultas devem ser intercaladas entre médico e enfermeiro.

FLUXOGRAMA 4 – QUEIXAS URINÁRIAS



- Repetir urocultura 7 a 10 dias após o término do tratamento.
- Verificar se o quadro de infecção urinária é recorrente ou de repetição.
- Na apresentação de um segundo episódio de Bacteriúria Assintomática ou ITU não complicada na gravidez, a gestante deverá ser encaminhada para avaliação e acompanhamento médico.

⁶ As consultas de pré-natal devem acontecer mensalmente para gestantes até 28 semanas de IG, quinzenalmente da 28ª a 36ª semana e semanalmente da 36ª até o parto. Em nenhuma hipótese deverá haver alta do pré-natal. As consultas devem ser intercaladas entre médico e enfermeiro.

¹⁵ Sintomas de Infecção do Trato Urinária (ITU): dor ao urinar, dor suprapúbica, urgência miccional, aumento da frequência urinária, nictúria, presença de sangramento visível na urina.

¹⁶ Sintomas Sistêmicos: febre, taquicardia, calafrios, náuseas, vômitos, dor lombar com sinal de Giordano positivo, dor abdominal.

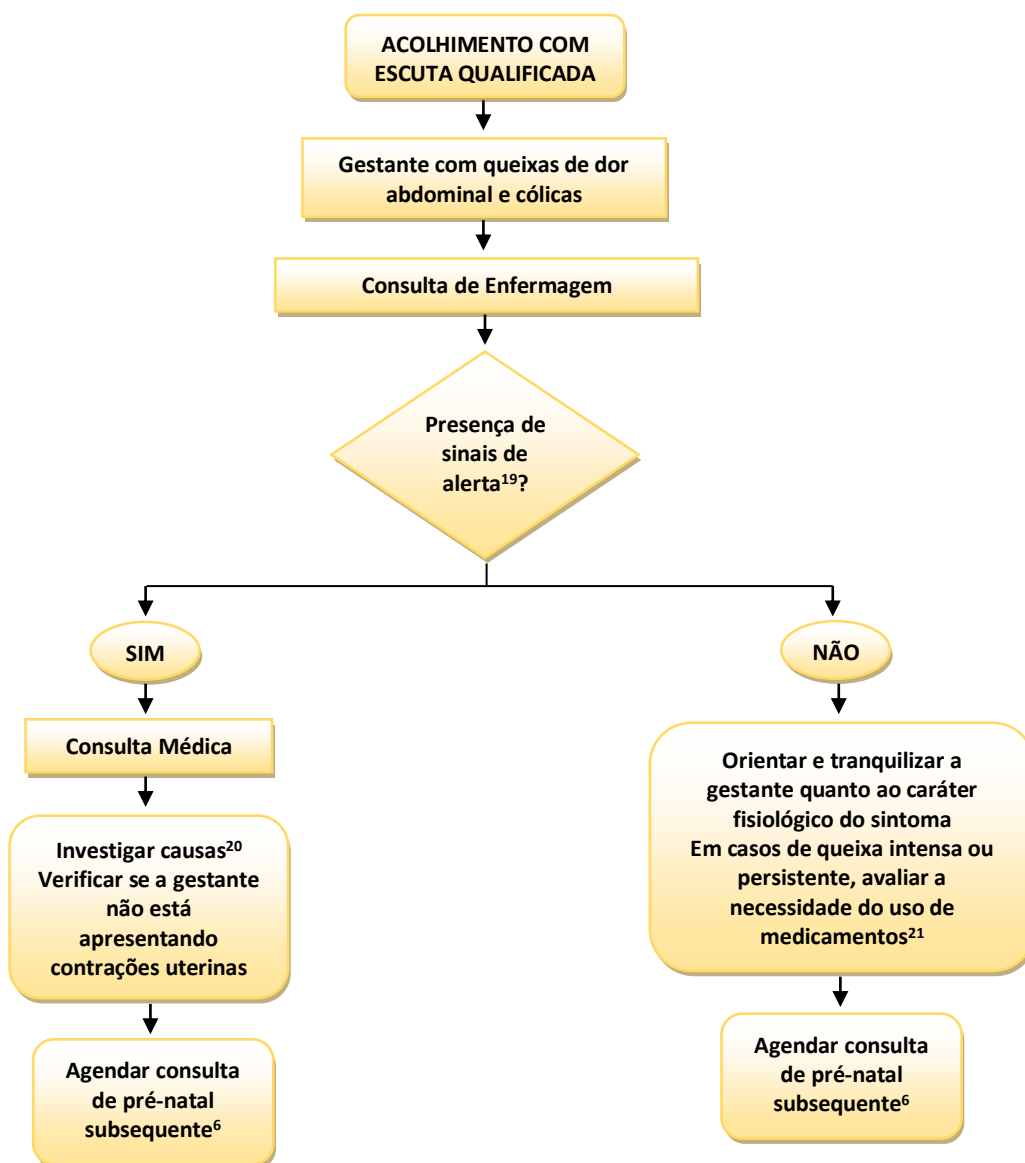
¹⁷ Antibióticos de escolha no tratamento da Bacteriúria Assintomática e ITU não complicada em gestantes:

- Nitrofurantoína 100mg, 1 cápsula, 6/6h, por 10 dias (evitar após a 36ª semana de gestação);
- Cefalexina 500mg, 1 cápsula, 6/6h, por 7 a 10 dias;
- Amoxicilina 500mg, 1 cápsula, 8/8h, por 7 a 10 dias.

¹⁸ Orientações:

- Explicar que, geralmente, o aumento do número de micções é comum no início e no final da gestação (devido ao aumento do útero e à compressão da bexiga e ureter).
- Esvaziar regularmente a bexiga.
- Incentivar a ingestão hídrica adequada.
- Limitar a ingestão de líquidos antes de deitar.
- Comunicar ao profissional de saúde a sensação de dor, ardência ou hematúria acompanhada ou não de febre.
- Cólicas e/ou contrações sem causa aparente, sempre avaliar a possível existência de ITU.

FLUXOGRAMA 5 – DOR ABDOMINAL E CÓLICAS



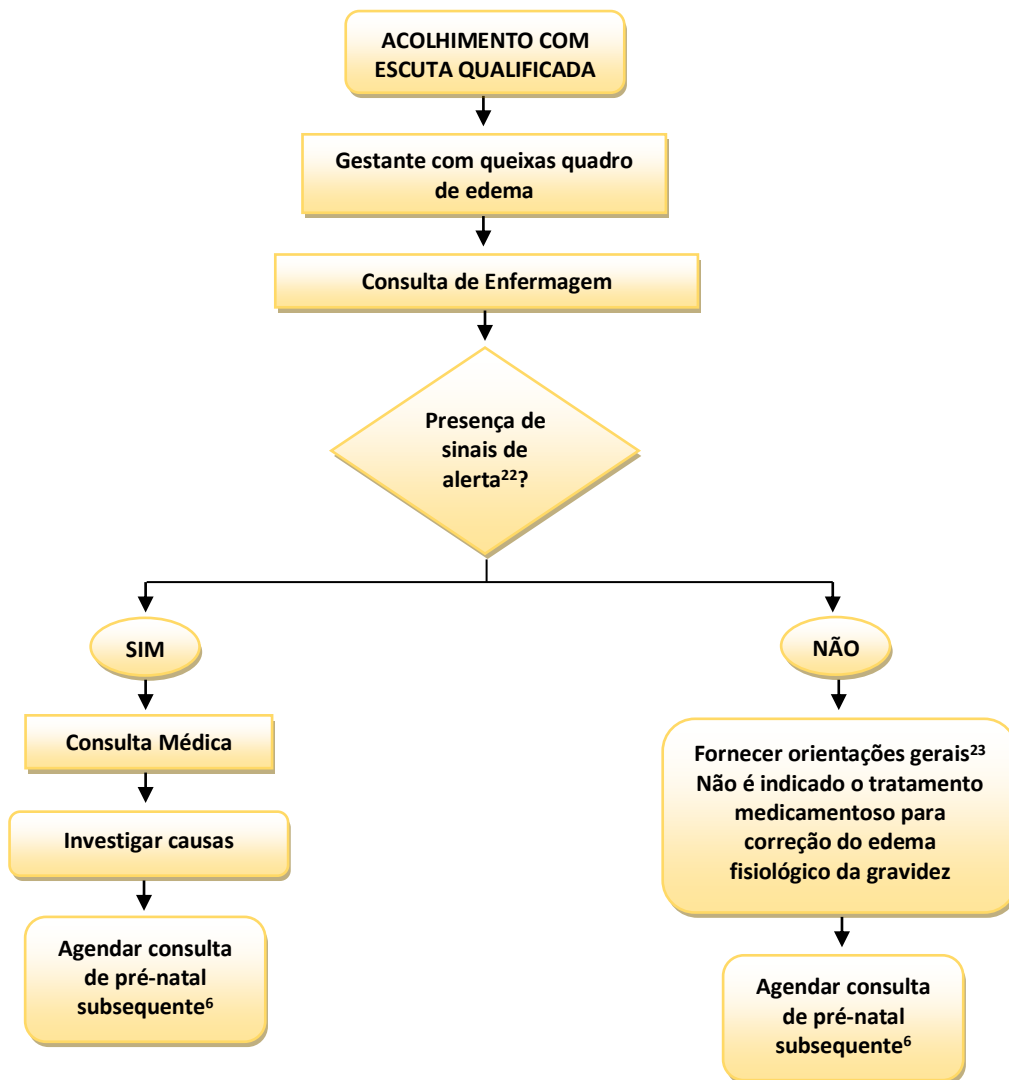
⁶ As consultas de pré-natal devem acontecer mensalmente para gestantes até 28 semanas de IG, quinzenalmente da 28ª a 36ª semana e semanalmente da 36ª até o parto. Em nenhuma hipótese deverá haver alta do pré-natal. As consultas devem ser intercaladas entre médico e enfermeiro.

¹⁹ **SINAIS DE ALERTA:** dor em baixo ventre de intensidade, duração e ritmo aumentados, sugerindo contrações uterinas; sangramento vaginal; sintomas sistêmicos; sinais de abdome agudo.

²⁰ Consultar fluxogramas de queixas urinárias e de síndromes hemorrágicas.

²¹ Hioscina 10mg, 8/8h.

FLUXOGRAMA 6 – EDEMA



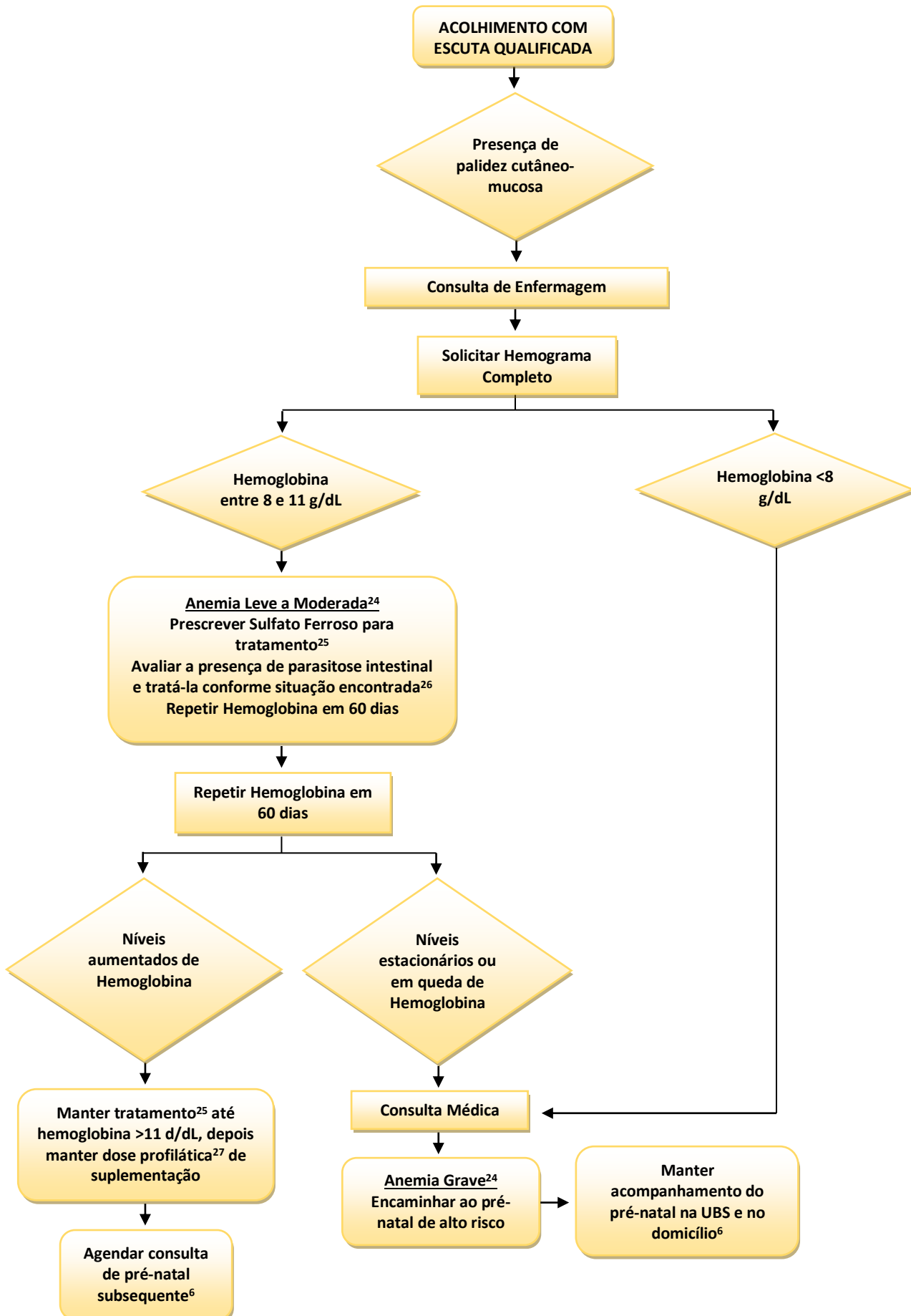
⁶ As consultas de pré-natal devem acontecer mensalmente para gestantes até 28 semanas de IG, quinzenalmente da 28ª a 36ª semana e semanalmente da 36ª até o parto. Em nenhuma hipótese deverá haver alta do pré-natal. As consultas devem ser intercaladas entre médico e enfermeiro.

²² **SINAIS DE ALERTA:** edema limitado aos MMII, porém associado à hipertensão ou ao ganho de peso; edema generalizado; edema unilateral de MMII com dor e/ou sinais flogísticos.

²³ **Orientações:**

- Evitar ortostatismo prolongado.
- Evitar permanecer sentada por longo período, como em viagens demoradas.
- Fazer repouso periódico em decúbito lateral e/ou com os membros inferiores elevados.
- Usar meia elástica.

FLUXOGRAMA 7 – ANEMIA GESTACIONAL



- Para as gestantes, a anemia é definida por Hb abaixo de 11 g/dL. Classifica-se a anemia na gestação em leve, moderada ou grave, conforme taxas entre 9 e 11 g/dL, 7 e 9 g/dL e abaixo de 7 g/dL, respectivamente. A anemia da puérpera é definida com uma taxa de Hb abaixo de 10 g/dL nas primeiras 48 horas ou abaixo de 12 g/dL nas primeiras semanas após o parto.

- Atentar para os diagnósticos prévios ou no pré-natal de talassemia, doença falciforme, entre outros, avaliando a necessidade de acompanhamento no pré-natal de alto risco.

⁶ As consultas de pré-natal devem acontecer mensalmente para gestantes até 28 semanas de IG, quinzenalmente da 28ª a 36ª semana e semanalmente da 36ª até o parto. Em nenhuma hipótese deverá haver alta do pré-natal. As consultas devem ser intercaladas entre médico e enfermeiro.

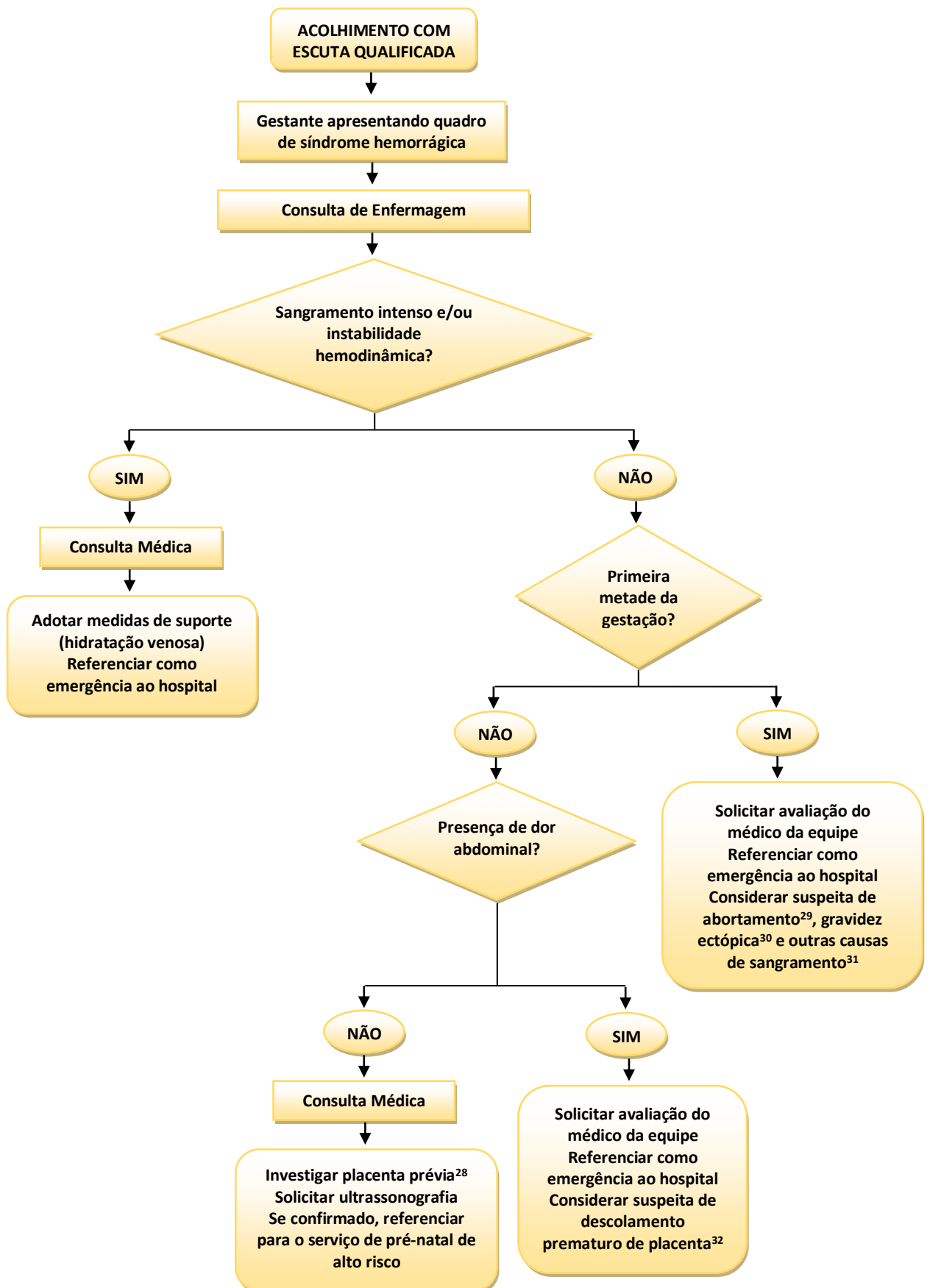
²⁴ A anemia durante a gestação pode estar associada a um risco aumentado de baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e trabalho de parto prematuro.

²⁵ Sulfato Ferroso 200mg, uma hora antes das refeições (2 comprimidos antes do café, 2 comprimidos antes do almoço e 1 comprimido antes do jantar) de preferência com suco de frutas cítricas.

²⁶ Caso suspeite de parasitose intestinal, solicitar Exame Parasitológico de Fezes (3 amostras) e identificado alguma parasitose encaminhar para consulta médica para início de tratamento.

²⁷ Sulfato Ferroso 40mg uma vez ao dia antes do almoço, de preferência com suco de frutas cítricas.

FLUXOGRAMA 8 – SÍNDROMES HEMORRÁGICAS



- Na avaliação do caso, o exame especular deve ser realizado para o diagnóstico diferencial de outras possíveis causas de hemorragia e como forma de se evitar o toque vaginal que pode ser prejudicial no caso de placenta prévia.
- Avaliar outras causas de sangramento como as DST (cervicite/tricomoníase), pólipos cervicais, câncer de colo uterino e vagina, lesões traumáticas, entre outras.

²⁸ Placenta Prévia:

- *Características:* sangramento vaginal, súbito de cor vermelho-vivo, de quantidade variável, indolor. É episódica, recorrente e progressiva.
- *Realização do exame obstétrico:* revela volume e tônus uterino normais e frequentemente apresentação fetal anômala; habitualmente, os batimentos cardíacos fetais estão mantidos; o exame especular revela presença de sangramento proveniente da cavidade uterina e, na suspeita clínica, deve-se evitar a realização do toque vaginal.

²⁹ Abortamento:

- Identificação/avaliação:
 - sinais de alerta para abortamento
 - atraso menstrual
 - sangramento vaginal
 - presença de cólicas no hipogástrio
 - realização de exame especular e toque vaginal, visualização do colo uterino para a constatação da origem intrauterina do sangramento e detecção de fragmentos placentários no canal cervical e na vagina; ao toque vaginal avaliar permeabilidade do colo uterino e presença de dor
 - ameaça de aborto X abortamento em curso: a diferenciação é pelo colo do útero (se está pérvio ou não)
 - idade gestacional acima de 12 semanas: risco de perfuração uterina por partes ósseas fetais. Necessita de exame ultrassonográfico
 - realização de exame ultrassonográfico, se possível
 - no aborto infectado: presença de secreção fétida endovaginal, dor pélvica intensa à palpação. Calor local e febre, além de comprometimento variável no estado geral
- Conduta médica:
 - na ameaça de aborto: administrar, por tempo limitado, antiespasmódicos; recomendar abstinência sexual; observar evolução do quadro, pois uma ameaça de abortamento pode evoluir para gestação normal ou para abortamento inevitável; encaminhar para o hospital de referência para realização de ultrassonografia.
 - no abortamento inevitável e aborto retido: encaminhar para o hospital de referência.
 - no abortamento infectado: iniciar hidratação venosa para estabilização hemodinâmica; e encaminhar para o hospital de referência.

³⁰ Gravidez Ectópica:

- *Características:* história de atraso menstrual com teste positivo para gravidez; perda sanguínea uterina e dor pélvica intermitente na fase inicial, evoluindo para dor contínua, dor pélvica intermitente; ultrassonografia após a 5ª semana de gestação demonstrando gravidez ectópica.
- *Sinais de alerta:* sinais de irritação peritoneal e repercussões hemodinâmicas que podem ser discretas, apenas com lipotímia, até quadros graves com choque hipovolêmico, na dependência do volume de sangramento intracavitário.

³¹ Outras causas de sangramento:

Doença trofoblástica gestacional

- Características: presença de sangramento vaginal intermitente, de intensidade variável, indolor e, por vezes, acompanhado da eliminação de vesículas; altura uterina ou o volume uterino, em geral, é incompatível com o esperado para a IG, sendo maior previamente a um episódio de sangramento e menor após (útero em sanfona); não há presença de batimento cardíacos fetais; a presença de hiperêmese é mais frequente, podendo levar a mulher a estados de desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos; pode vir com sangramento volumoso e até choque e hipertensão gestacional precoce.

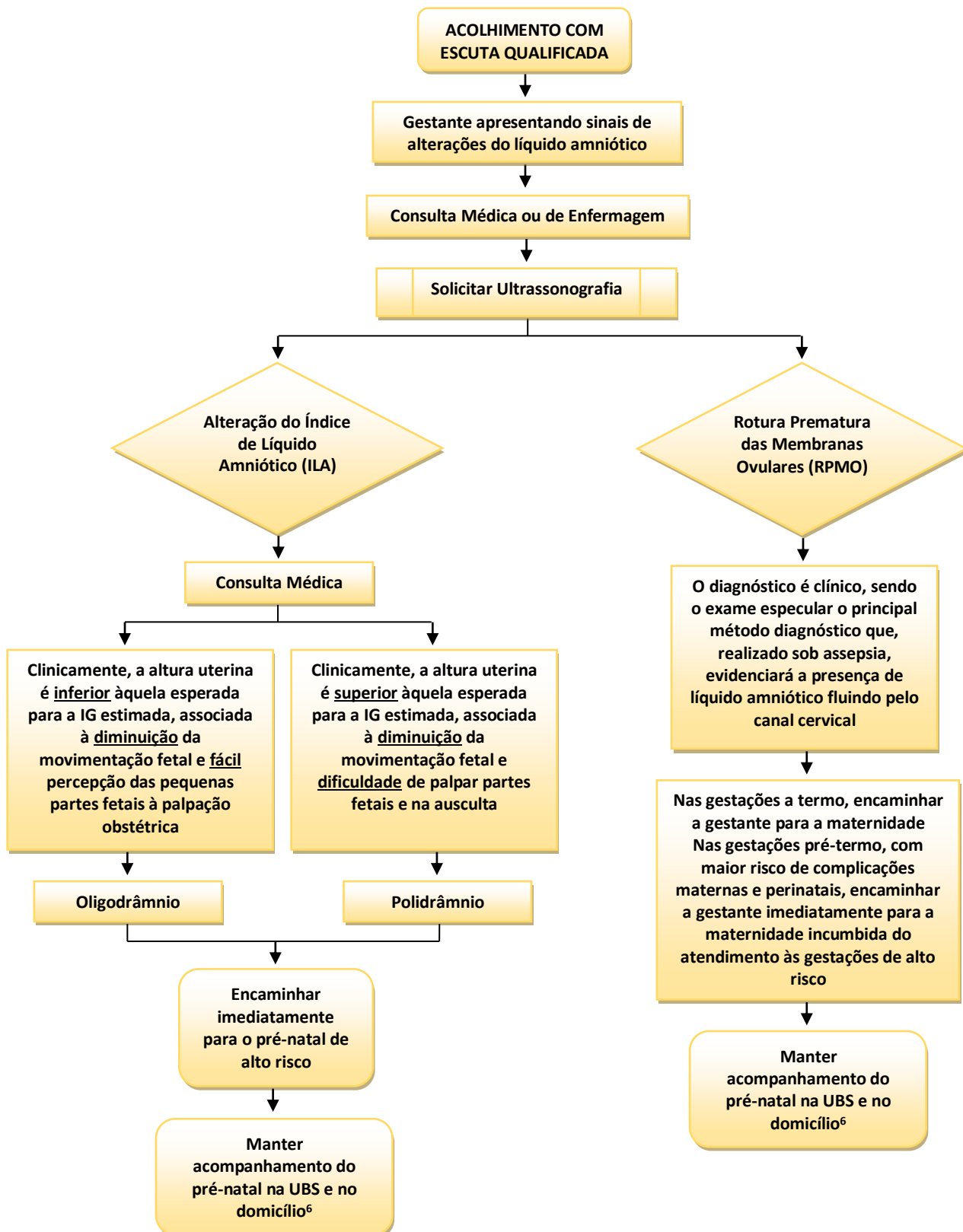
Descolamento corioamniótico

- Características: sangramento de pequena intensidade no primeiro trimestre; a evolução em geral é boa e não representa quadro de risco materno e/ou ovular.

³² Descolamento Prematuro de Placenta:

- *Características:* aparecimento de dor abdominal súbita, com intensidade variável; sangramento vaginal pode variar de discreto a volumoso e muitas vezes incompatível com o quadro de hipotensão (ou choque) materno; pode ocorrer “sangramento oculto” quando não há exteriorização do sangramento; pode evoluir para quadro grave caracterizado por atonia uterina; causa importante de sangramento no terceiro trimestre de gestação.
- *Realização do exame obstétrico:* contrações frequentes (>5 em 10 minutos) e intensas, seguida de hipertonía uterina e alteração dos batimentos cardíacos fetais (BCF); útero hipertônico, doloroso, sensível às manobras palpatórias; BCF alterados ou ausentes; comprometimento das condições gerais maternas, desde palidez de pele e mucosas até choque e distúrbios da coagulação sanguínea.

FLUXOGRAMA 9 – ALTERAÇÕES NO LÍQUIDO AMNIÓTICO

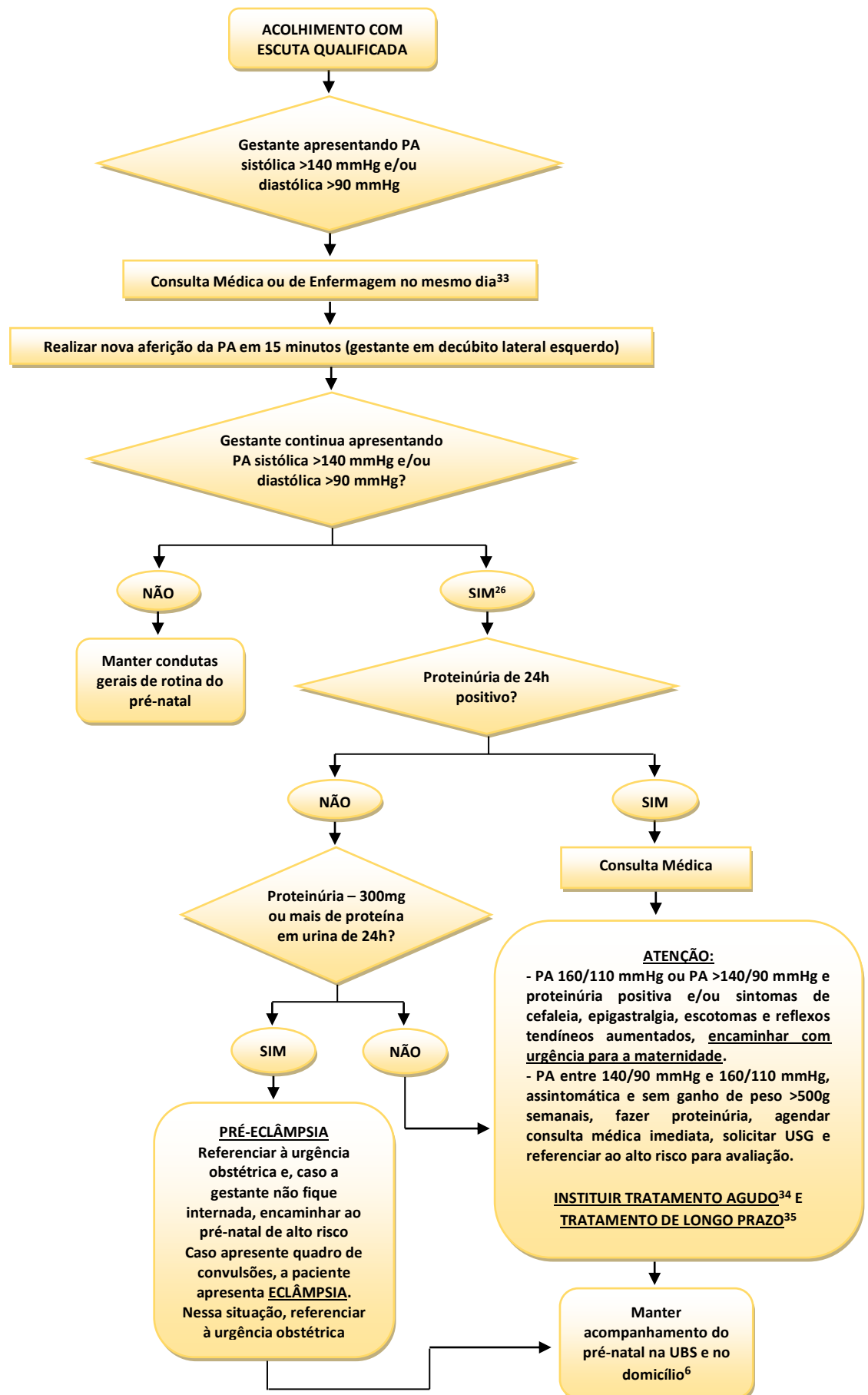


- No diagnóstico diferencial de RPMO, deve-se distingui-la da perda urinária involuntária e do conteúdo vaginal excessivo. A presença de líquido em fundo de saco vaginal, as paredes vaginais limpas e a visualização de saída de líquido amniótico pelo orifício do colo, espontaneamente ou após esforço materno, indicam a confirmação diagnóstica.

- Na RPMO, embora a ultrassonografia não permita firmar o diagnóstico, ela pode ser muito sugestiva ao evidenciar, por meio da medida do ILA abaixo do limite inferior para a respectiva IG, a presença de oligodrânio.

- Os casos suspeitos ou confirmados de RPMO não devem ser submetidos ao exame de toque vaginal, pois isso aumenta o risco de infecções amnióticas, perinatais e puerperais.

FLUXOGRAMA 10 – SÍNDROMES HIPERTENSIVAS, PRÉ-ECÂMPsia E ECLÂMPsia



- Hipertensão Crônica: é a hipertensão que está presente antes da gestação ou diagnosticada antes de 20 semanas.
- Hipertensão Gestacional: é o aumento da PA que surge após 20 semanas de gestação, sem proteinúria.
- Pré-eclâmpsia: é uma síndrome caracterizada por comprometimento clínico generalizado heterogêneo e alterações laboratoriais.
 - Leve: PA>140/90 mmHg após 20 semanas em pacientes normotensas antes da gestação, proteinúria >0,3 g em urina de 24 horas, sintomas cerebrais, visuais, gástricos, trombocitopenia e alterações das enzimas hepáticas, mesmo sem proteinúria.
 - grave: PA>160/110 mmHg, em duas aferições com intervalo de 6 horas, com paciente em repouso, proteinúria de 24 h > 5g, oligúria (volume urinário <500 ml/24h), creatinina > 1,2 mg/dl , em pacientes com função renal normal prévia, TGO/TGO> 70, dor epigástrica, plaquetas <100.000 , síndrome HELLP, CIUR.
- Eclâmpsia: é o surgimento de convulsões em pacientes com pré-eclâmpsia ou hipertensão na gestação.
- Pré-eclâmpsia sobreposta a HAC: é o surgimento de proteinúria após 20 semanas de gestação em portadoras de HAC, ou aumento adicional da proteinúria, ou aumento súbito da PA em quem apresenta níveis controlados , ou ainda alteração clínica/laboratorial, características de pré-eclâmpsia.
- A presença de sintomas cerebrais, visuais, gástricos, trombocitopenia e alterações das enzimas hepáticas, mesmo sem proteinúria, encaminhar para emergência.
- Edema não entra mais nos critérios diagnósticos.

Como é alta a incidência de pré-eclâmpsia sobreposta (25% a 50%), as pacientes devem ser adequadamente monitoradas a partir das 20 semanas. A pré-eclâmpsia sobreposta deve ser suspeitada quando a paciente sem proteinúria antes de 20 semanas, passa a apresentar proteinúria >0,3 g/24h ou com proteinúria patológica prévia, que após 20 semanas apresenta aumento importante da PA, associada a sintomas tipo cefaleia, escotomas, tontura, dor epigástrica e/ou alteração dos exames laboratoriais.

- Pacientes com hipertensão leve, sem comprometimento de órgão alvo, geralmente não necessitam de tratamento na primeira metade da gestação.
- Pacientes com comprometimento de órgão alvo, necessitam de controle mais rigoroso (mantendo entre 140/90 mmHg).
- Rotina DHEG: hemograma, TGO, TGP, bilirrubinas totais e frações, ureia, creatinina, sódio, potássio, ácido úrico, LDH, EAS.
- As gestantes negras requerem maiores cuidados devido à maior incidência de HAS, diabetes e morte materna na população negra.
- Sugere-se que o tratamento seja instituído mais precocemente quando a PAS for >150 e PAD entre 90 e 100 mmHg

⁶ As consultas de pré-natal devem acontecer mensalmente para gestantes até 28 semanas de IG, quinzenalmente da 28ª a 36ª semana e semanalmente da 36ª até o parto. Em nenhuma hipótese deverá haver alta do pré-natal. As consultas devem ser intercaladas entre médico e enfermeiro.

³³ Observar e avaliar a presença de sinais de alerta: cefaleia, escotomas visuais, epigastralgia, edema excessivo, epistaxe, gengivorragia, reflexos tendíneos aumentados, PA >160/100 mmHg.

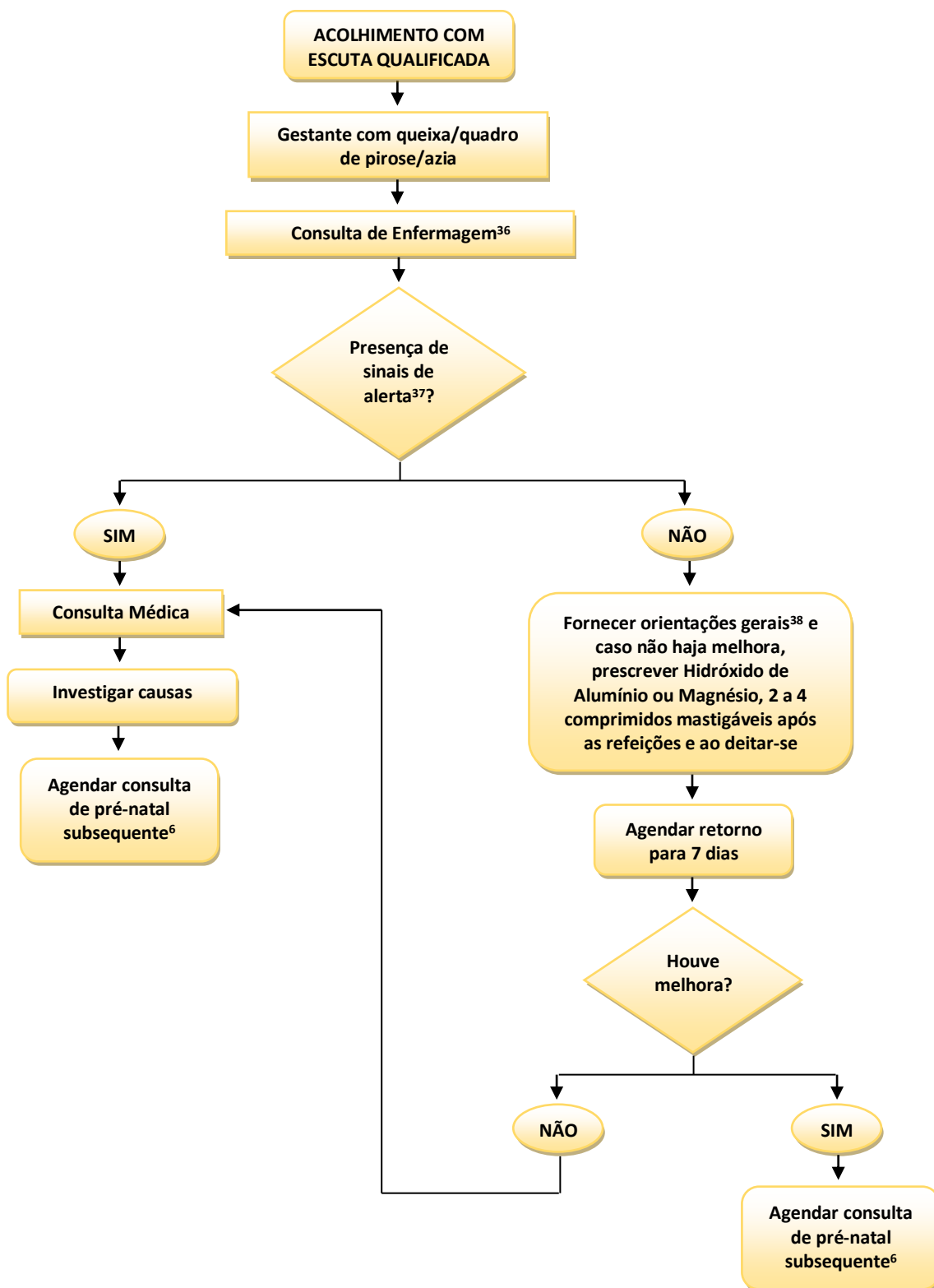
³⁴ Tratamento Agudo:

- Em urgência ou emergência hipertensiva que requeira hospitalização, realizar monitoramento intensivo, administração parenteral de anti-hipertensivos (preferencialmente hidralazina), considerar antecipação do parto (a depender da IG e das condições clínicas da mulher e do feto).

³⁵ Tratamento de Longo Prazo:

- Metildopa 750-2.000mg/dia; ou Nifedipino 10-80mg/dia.
- Por seus efeitos danosos no feto, os inibidores da enzima conversora de angiotensina (IECA), como captopril, e antagonistas da angiotensina II, como losartana, devem ser substituídos.
- Recomenda-se NÃO prescrever anti-hipertensivo para gestantes com HAS com valores de PA <150/100 mmHg associada a pré-eclâmpsia ou à hipertensão crônica. Não há comprovação de benefícios para a mãe ou para o feto, exceto redução do risco de HAS grave, que é considerado insuficiente diante da exposição do feto ao risco potencial de comprometimento de seu crescimento.
- Em relação à HAS crônica, recomenda-se o início ou a reinstituição do tratamento medicamentoso com PA sistólica >150 mmHg e PA diastólica de 95 a 99 mmHg ou sinais de lesão em órgão-alvo. Para gestantes portadoras de HAS crônica que estão em uso de anti-hipertensivos e com PA <120/80 mmHg, recomenda-se reduzir ou mesmo descontinuar o tratamento e iniciar monitoramento cuidadoso da PA.

FLUXOGRAMA 11 – PIROSE/AZIA



³⁶ **Consulta de Enfermagem:**

- Embora possa acometer a gestante durante toda a gravidez, é mais intensa e frequente no final da gestação.
- Avaliar sempre: sintomas iniciados na gravidez; uso de medicamentos; e história pessoal e familiar de úlcera gástrica.

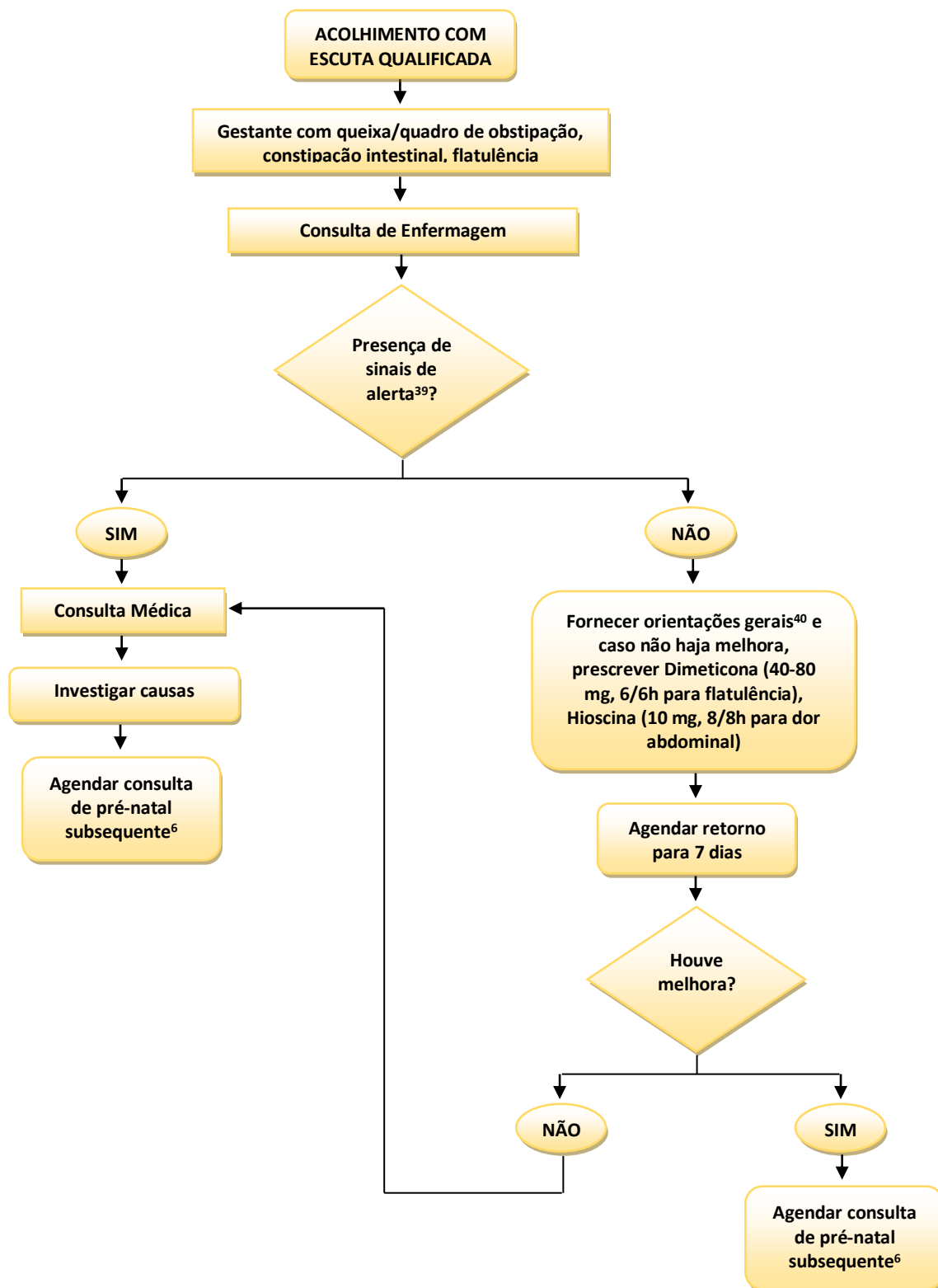
⁶ As consultas de pré-natal devem acontecer mensalmente para gestantes até 28 semanas de IG, quinzenalmente da 28ª a 36ª semana e semanalmente da 36ª até o parto. Em nenhuma hipótese deverá haver alta do pré-natal. As consultas devem ser intercaladas entre médico e enfermeiro.

³⁷ **SINAIS DE ALERTA:** regurgitação, sialorreia, eructação, sensação de opressão retroesternal, anemia, hemorragia digestiva, emagrecimento, disfagia e odinofagia.

³⁸ **Orientações:**

- Dieta fracionada: fazer 5 a 6 refeições por dia e em pequenos volumes;
- Evitar frituras, alimentos gordurosos e doces concentrados;
- Evitar café, chá preto, chá mate, refrigerantes, álcool e fumo;
- Evitar comida muito condimentada;
- Evitar deitar logo após as refeições;
- Evitar beber líquidos durante as refeições;
- Para o alívio momentâneo da pirose, pode ser sugerido a ingestão de água gelada;
- Após melhora do quadro, reforçar orientações de hábitos alimentares.

FLUXOGRAMA 12 – OBSTIPAÇÃO/CONSTIPAÇÃO INTESTINAL/FLATULÊNCIA



- Certificar de que não sejam contrações uterinas.
- Comum na gestação, agravada pelo esforço na evacuação ou pela consistência das fezes.
- Muitas vezes associada a queixas anais como fissuras e hemorroidas.

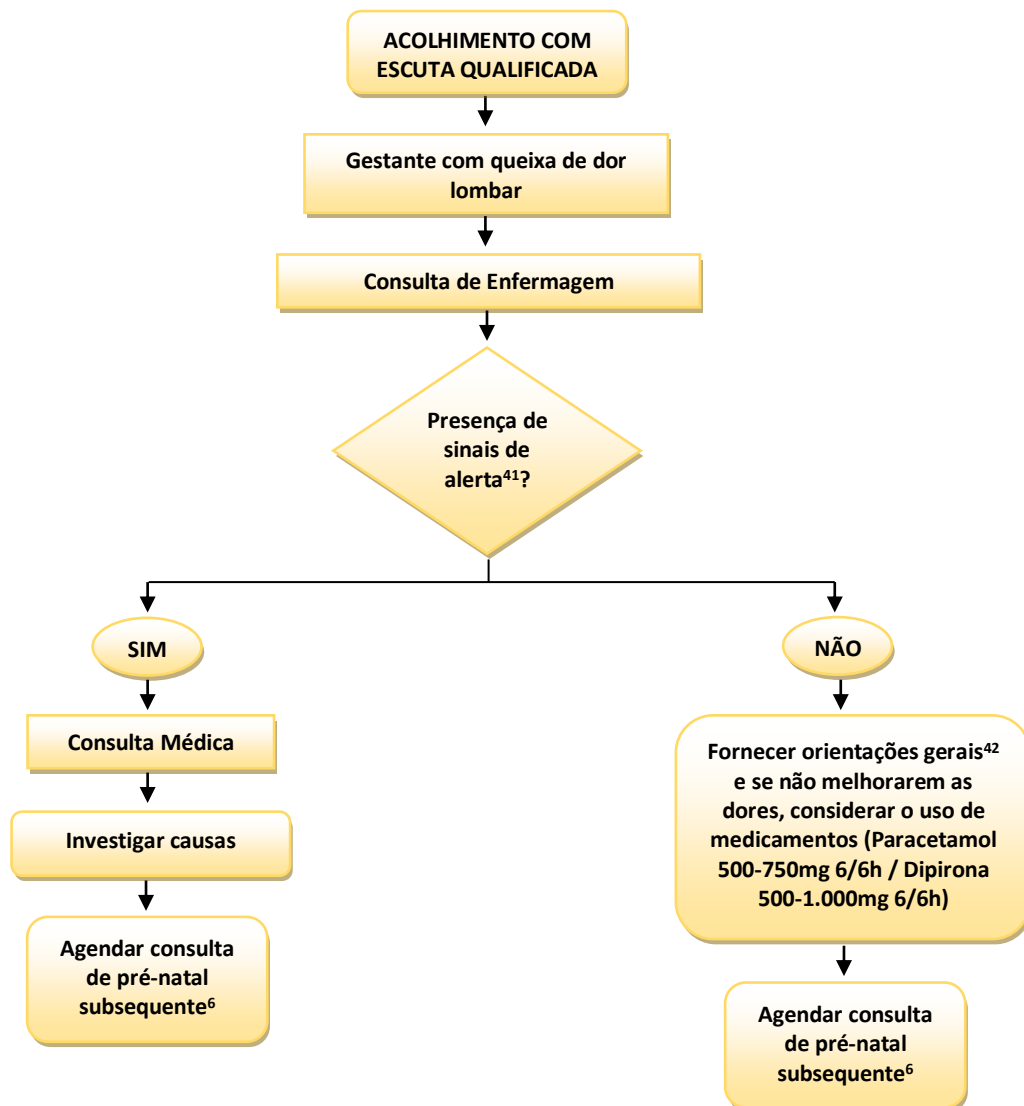
⁶ As consultas de pré-natal devem acontecer mensalmente para gestantes até 28 semanas de IG, quinzenalmente da 28ª a 36ª semana e semanalmente da 36ª até o parto. Em nenhuma hipótese deverá haver alta do pré-natal. As consultas devem ser intercaladas entre médico e enfermeiro.

³⁹ SINAIS DE ALERTA: regurgitação, sialorreia, eructação, sensação de opressão retroesternal, anemia, hemorragia digestiva, emagrecimento, disfagia e odinofagia.

⁴⁰ Orientações:

- Orientar dieta rica em fibras: frutas cítricas, verduras, mamão, ameixas e cereais integrais;
- Recomendar que a gestante aumente a ingestão de líquidos;
- Evitar alimentos de alta fermentação, tais como repolho, couve, ovo, feijão, leite e açúcar;
- Estimular caminhadas (movimentação para regularização do hábito intestinal);
- Se não houver melhora, encaminhar para o médico da equipe, nutricionista ou para as PIS.

FLUXOGRAMA 13 – DOR LOMBAR



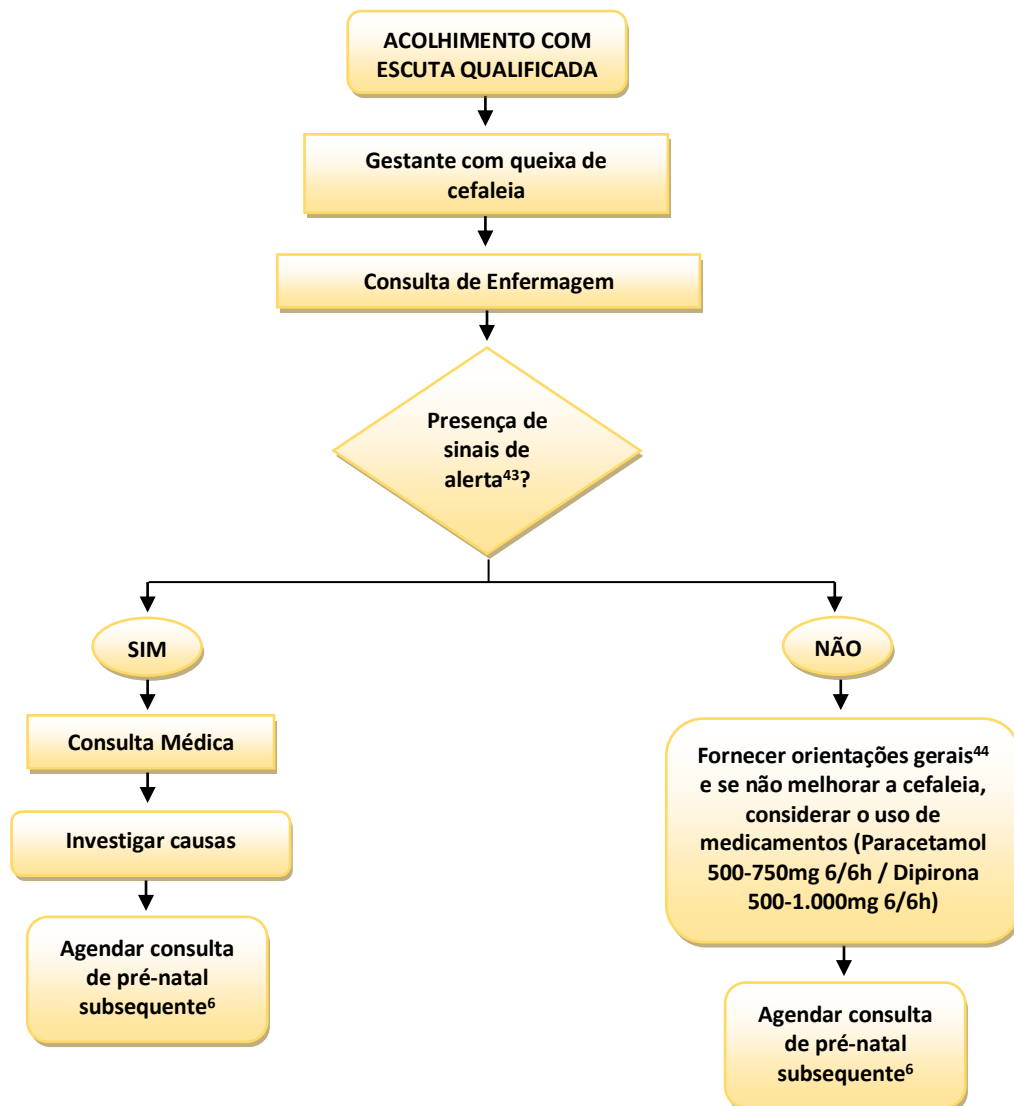
⁶ As consultas de pré-natal devem acontecer mensalmente para gestantes até 28 semanas de IG, quinzenalmente da 28ª a 36ª semana e semanalmente da 36ª até o parto. Em nenhuma hipótese deverá haver alta do pré-natal. As consultas devem ser intercaladas entre médico e enfermeiro.

⁴¹ **SINAIS DE ALERTA:** febre, mal-estar geral, sintomas urinários, enrijecimento abdominal e/ou contrações uterinas, déficit neurológico.

⁴² **Orientações:**

- Fazer a correção postural ao sentar e ao andar;
- Evitar movimentos bruscos;
- Usar sapatos com saltos baixos e confortáveis;
- Fazer a aplicação de calor local e massagem nas costas;
- Eventualmente, usar analgésico (se não for contraindicado) por tempo limitado;
- Dormir pelo menos 8 horas por dia e em colchão confortável;
- Assegurar às mulheres que o problema geralmente se resolve espontaneamente após o nascimento.

FLUXOGRAMA 14 – CEFALEIA



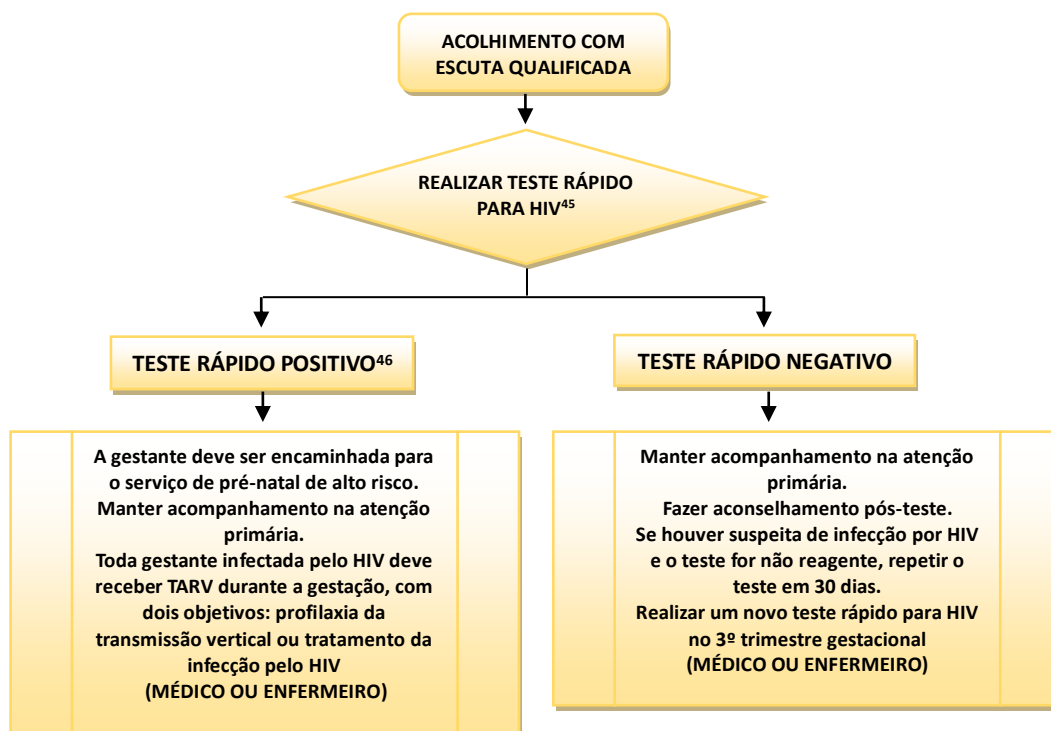
⁶ As consultas de pré-natal devem acontecer mensalmente para gestantes até 28 semanas de IG, quinzenalmente da 28ª a 36ª semana e semanalmente da 36ª até o parto. Em nenhuma hipótese deverá haver alta do pré-natal. As consultas devem ser intercaladas entre médico e enfermeiro.

⁴³ **SINAIS DE ALERTA:** escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia, dor intensa no hipocôndrio direito, edema, convulsões.

⁴⁴ **Orientações:**

- Afastar as hipóteses de hipertensão arterial e pré-eclâmpsia;
- Realizar o controle com mais frequência da PA na UBS ou no domicílio;
- Conversar com a gestante sobre suas tensões, seus conflitos e seus temores;
- Orientar a gestante quanto aos sinais e sintomas que podem indicar doença grave (escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia, dor intensa no hipocôndrio direito ou convulsões);
- Orientar o aumento da ingestão hídrica.

FLUXOGRAMA 15 – HIV



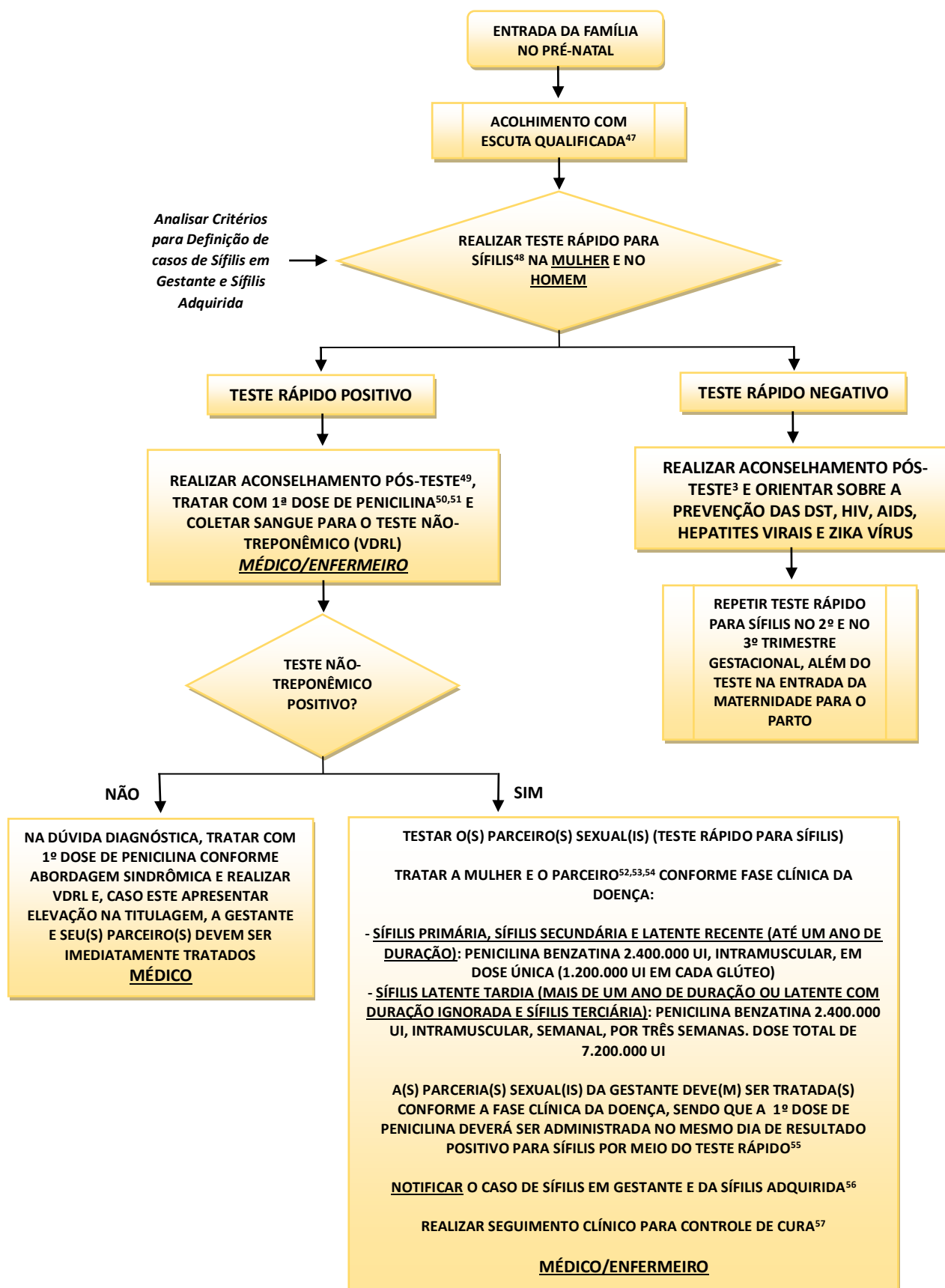
⁴⁵ O Teste Rápido para HIV deve ser realizado por profissional de saúde de nível superior e/ou médio devidamente capacitados;

⁴⁶ O diagnóstico reagente da infecção pelo HIV deve ser realizado mediante pelo menos duas etapas de testagem (etapas 1 e 2);

IMPORTANTE:

- Eventualmente podem ocorrer resultados falso-positivos. A possibilidade na testagem é mais frequente na gestação do que em crianças, homens e mulheres não grávidas e pode ocorrer em algumas situações clínicas, como no caso de doenças autoimunes.
- Diagnóstico com testes rápidos: a possibilidade de realização do diagnóstico da infecção pelo HIV em uma única consulta, com teste rápido, elimina a necessidade de retorno da gestante ao serviço de saúde para conhecer seu estado sorológico e possibilita a acolhida imediata, no SUS, das gestantes que vivem com HIV.
- Nos casos de gestantes já sabidamente HIV positiva ou em uso de antirretroviral, encaminhar para acompanhamento no serviço de pré-natal de alto risco e Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e atentar para a prevenção de transmissão vertical.
- O teste rápido se destina a todas as gestantes.
- As gestantes HIV positivas deverão ser orientadas a não amamentar.

FLUXOGRAMA 16 – ABORDAGEM DA SÍFILIS DURANTE A GESTAÇÃO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA



⁴⁷ O acolhimento com escuta qualificada deve ser realizado por qualquer profissional da equipe de saúde;

⁴⁷ Toda gestante deverá ser testada para sífilis na sua primeira visita ao serviço de saúde, ou seja, no momento em que realiza o diagnóstico de gravidez, no segundo e terceiro trimestre de gestação e na admissão para o parto ou curetagem por abortamento, independentemente dos exames realizados durante o pré-natal. Nas unidades que dispõem de teste rápido para o diagnóstico de sífilis, o mesmo deverá ser realizado imediatamente após o diagnóstico da gestação. Nas unidades que não dispõem de teste rápido, a coleta da amostra sanguínea deverá ser encaminhada para o laboratório de referência;

⁴⁸ O Teste Rápido para Sífilis deve ser realizado por profissional de saúde de nível superior e/ou médio devidamente capacitados;

⁴⁹ O aconselhamento pós-teste deve ser realizado por profissional de saúde de nível superior;

⁵⁰ Não é necessário aguardar o resultado de VDRL para iniciar o tratamento, mas é necessário o resultado do teste para seguimento clínico;

⁵¹ Após a dose terapêutica inicial na doença recente, poderá surgir a reação de Jarisch-Herxheimer, que é a exacerbação das lesões cutâneas e a presença de febre com outros sintomas gerais (adinamia, artralgias, mialgia). Esta reação tem involução espontânea em 12 a 48 horas, exigindo apenas cuidado sintomático. Não justifica a interrupção do tratamento e não significa alergia à droga;

⁵² O(s) parceiro(s) da gestante deve(m) ser seguido(s) em intervalo(s) mais curto(s) (a cada 60 dias) e as gestantes, mensalmente, para serem avaliados com teste não-treponêmico (VDRL), considerando a detecção de possível indicação de retratamento (quando houver elevação de títulos dos testes não-treponêmicos em duas diluições (exemplo: de 1:16 para 1:64, em relação ao último exame realizado), devido a possibilidade de falha terapêutica;

⁵³ Na gestação, tratamentos não penicilínicos são inadequadamente e só devem ser considerados como opção nas contraindicações absolutas ao uso da penicilina.

⁵⁴ A alergia à penicilina na população em geral e nas gestantes é um evento muito raro. A possibilidade de reação anafilática à administração de penicilina benzatina é de 0,0002%, segundo o levantamento das evidências científicas elaborado pela CONITEC. Assim, o receio de ocorrência de reações adversas não é impeditivo para a administração de penicilina benzatina na Atenção Primária à Saúde. Portanto, a penicilina benzatina deve ser administrada pelos profissionais de saúde pertencentes às equipes de Atenção Primária à Saúde;

⁵⁵ Entende-se por tratamento inadequado o caso de parceiro(s) sexual(is) com sífilis sintomática ou com testes imunológicos positivos não tratado(s) ou tratado(s) inadequadamente; As parcerias sexuais de casos de sífilis primária, secundária ou latente precoce podem estar infectadas, mesmo apresentando testes imunológicos não reagentes e, portanto, devem ser tratadas presumivelmente com apenas uma dose de penicilina intramuscular (2.400.000 UI);

⁵⁶ É de notificação compulsória regular (em até 7 dias) todo caso confirmado como sífilis adquirida ou em gestante, segundo os critérios de definição de caso descritos abaixo, devendo ser notificado à vigilância epidemiológica da Região de Saúde. A notificação é registrada no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) mediante o preenchimento e envio da Ficha de Notificação/Investigação de sífilis adquirida e da Ficha de Investigação de sífilis em gestante.

⁵⁷ **SEGUIMENTO CLÍNICO DO TRATAMENTO PARA SÍFILIS EM GESTANTE E SUA PARCERIA:**

- Durante o seguimento clínico para monitoramento da resposta ao tratamento da sífilis adquirida e da sífilis na gestação, alguns pontos devem ser considerados:

- Os testes não-treponêmicos (VDRL) devem ser realizados mensalmente nas gestantes, e na(s) parceria(s), a cada três meses no primeiro ano de acompanhamento e a cada seis meses no segundo ano;
- É indicação de sucesso de tratamento a ocorrência de diminuição dos títulos em torno de duas diluições em três meses, e três diluições em seis meses após a conclusão do tratamento (exemplo: se o título da amostra era 1:32 e cai para 1:8, após três meses, ou, ainda, se era 1:32 e cai para 1:4, após seis meses);
- A persistência de resultados reagentes com títulos baixos (1:1 – 1:4) durante um ano após o tratamento, quando descartada nova exposição durante o período analisado, indica sucesso do tratamento;
- A completa negatificação dos testes não-treponêmicos é diretamente proporcional à precocidade da instauração do tratamento. O mais comum é que pessoas que tiveram o diagnóstico de sífilis efetuado após o secundarismo permaneçam com resultados reagentes nesses testes, com títulos baixos e estáveis, pelo resto da vida;
- A persistência de títulos baixos denomina-se cicatriz ou memória sorológica e pode durar anos ou a vida toda. Indivíduos com títulos altos constantes devem permanecer em acompanhamento trimestral e um novo tratamento deve ser realizado se ocorrer nova exposição de risco;
- Caso haja uma elevação de títulos em duas diluições ou mais (exemplo: de 1:16 para 1:64), deve-se considerar a possibilidade de reinfeção ou reativação da infecção. Nesses casos, deve ser instituído um novo tratamento, estendido às parcerias sexuais, quando necessário;
- Os testes treponêmicos não devem ser utilizados para o monitoramento da resposta ao tratamento;
- Considerar a necessidade de oferta de testagem sorológica periódica em pessoas com vulnerabilidade.

OBSERVAÇÕES:

- Lembrar que a sífilis é uma doença de notificação compulsória;
- O diagnóstico definitivo de sífilis é estabelecido por meio da avaliação da história clínica (sintomatologia e realização de um teste treponêmico e outro não-treponêmico) e dos dados epidemiológicos;
- Atenção para história de sífilis pregressa e tratamento dessa DST, assim como os desfechos gestacionais desfavoráveis (aborto, parto prematuro, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do RN);
- Atenção para gestante soropositiva para o HIV, pois pode apresentar evolução clínica e laboratorial atípica;
- Testes treponêmicos: Teste rápido para sífilis, FTA-Abs, TPHA ou MHATp ou ELISA;
- Teste não-treponêmico: VDRL;
- A queda dos títulos do VDRL indicam sucesso terapêutico;
- As gestantes com manifestações neurológicas e/ou cardiovasculares em decorrência da sífilis devem ser hospitalizadas e submetidas a esquemas especiais de penicilina via intravenosa.

- CRITÉRIO PARA DEFINIÇÃO DE CASO DE SÍFILIS EM GESTANTE:

- Caso suspeito
 - Gestante que durante o pré-natal apresente evidência clínica de sífilis ou teste não-treponêmico reagente com qualquer titulação.
- Caso confirmado
 - Gestante que apresente teste não-treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente, independentemente de qualquer evidência clínica de sífilis, realizados durante o pré-natal;
 - Gestante com teste treponêmico reagente e teste não-treponêmico não reagente ou não realizado, sem registro de tratamento prévio.

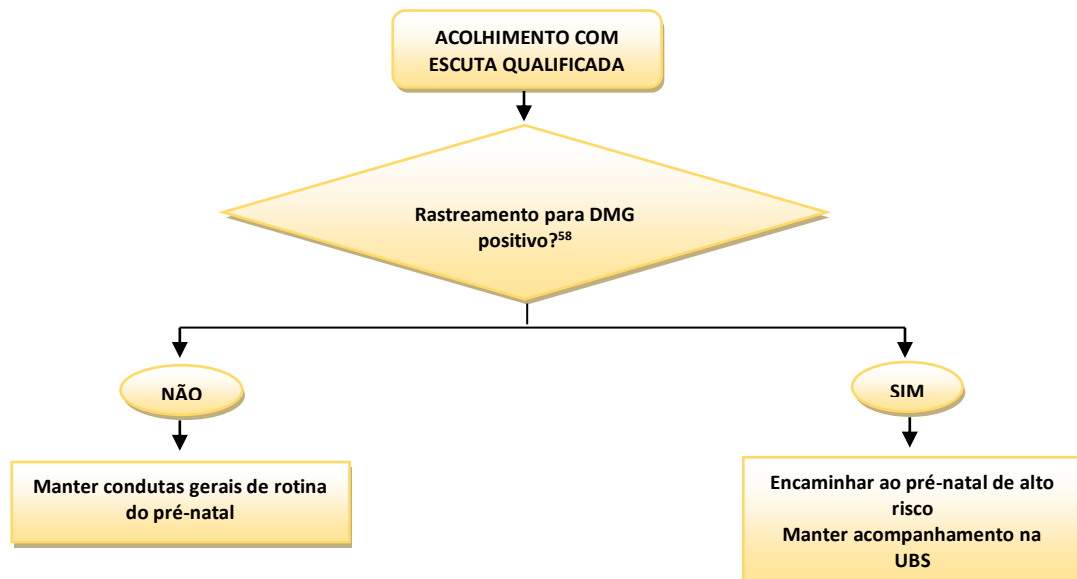
- CRITÉRIO DE DEFINIÇÃO DE CASO DE SÍFILIS ADQUIRIDA:

- Todo indivíduo assintomático ou com evidência clínica de sífilis primária ou secundária (presença de cancro duro ou lesões compatíveis com sífilis secundária), com teste não-treponêmico reagente com qualquer titulação e teste treponêmico reagente.

Os profissionais da Atenção Primária à Saúde durante o pré-natal devem:

- Realizar a captação precoce da gestante para o início do pré-natal;
- Realizar, no mínimo, sete consultas com atenção integral qualificada;
- Realizar o Teste Rápido e VDRL no primeiro trimestre da gestação, idealmente na primeira consulta, de outro teste no segundo trimestre e mais um no terceiro;
- Na ausência de teste treponêmico, considerar para o tratamento da gestante o teste não-treponêmico reagente, com qualquer titulação, desde que não tenha sido tratada anteriormente de forma adequada ou o registro do tratamento não esteja disponível.
- Realizar busca ativa em caso de não comparecimento da gestante à consulta ou aquelas com resultados reagentes;
- Priorizar a coleta e envio de exames das gestantes;
- Monitorar o retorno dos resultados das sorologias de sífilis, HIV, dentre outras;
- Notificar a sífilis em gestante;
- Garantir o tratamento adequado e em tempo oportuno;
- Oferecer preservativos, orientando o uso em todas as relações sexuais e informando sobre as técnicas de uso;
- Monitorar o seguimento clínico e laboratorial da gestante pós-tratamento, observando as quedas de títulos em testes não-treponêmicos;
- Incentivar a participação do homem no acompanhamento do pré-natal de sua parceira;
- Solicitar o comparecimento da(s) parceria(s) sexual(is), para viabilizar a testagem e o tratamento;
- Notificar a sífilis adquirida da(s) parceria(s) sexual(is);
- Preencher a Caderneta da Gestante com informações referentes ao diagnóstico, tratamento e seguimento da sífilis na gestante e no parceiro;
- Orientar a gestante para levar a Caderneta da Gestante na admissão ao parto.

FLUXOGRAMA 17 – DIABETES MELLITUS GESTACIONAL



⁵⁸ Rastreamento para DMG:

- Deve ser solicitada a glicemia de jejum para toda gestante no primeiro trimestre ou em primeira consulta;
- Nas gestantes sem diagnóstico prévio de DM, deve-se realizar TOTG entre 24 – 28 semanas;
- Glicemia de jejum ≥ 92 mg/dl em duas dosagens com diferença de quinze dias é diagnóstico de DMG, não há necessidade de realizar TOTG para confirmação diagnóstica;
- Se a segunda dosagem da glicemia de jejum for < 92 mg/dl, a gestante deve ser reavaliada no segundo trimestre com TOTG;
- Se glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl em duas dosagens, é diagnóstico de diabetes mellitus pré-gestacional ou DM diagnosticado na gravidez, não há necessidade de realizar TOTG para confirmação diagnóstica;
- O TOTG não é útil para seguimento e não deve ser repetido, salvo situações excepcionais para confirmação diagnóstica no terceiro trimestre;
- A curva glicêmica não é um exame utilizado para o diagnóstico de DMG e sim para outras doenças endocrinológicas, o termo adequado é TOTG (teste oral de tolerância a glicose e deve descrever: jejum, 60 e 120 min após 75 g de glicose anidra);
- Glicemia capilar alterada não pode ser utilizada para critério diagnóstico sendo necessária a confirmação com glicemia plasmática. Este exame é útil para o acompanhamento e o controle da glicemia em mulheres com diagnóstico prévio de diabetes ou DMG.

FATORES DE RISCO PARA DMG:

- Idade de 35 anos ou mais;
- Sobrepeso, obesidade ou ganho de peso excessivo na gestação atual;
- Deposição central excessiva de gordura corporal;
- Baixa estatura ($\leq 1,50$ m);
- Crescimento fetal excessivo, polidrânio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual;
- Antecedentes obstétricos de abortamentos de repetição, malformações, morte fetal ou neonatal, macrosomia (peso ≥ 4.500 g) ou DMG;
- História familiar de DM em parentes de 1º grau;
- Síndrome de ovários policísticos.

RECOMENDAÇÕES:

- Para a maioria das gestantes, o DMG responde bem somente com o controle alimentar baseado nos mesmos princípios de uma alimentação saudável, com exercícios físicos e com suspensão do fumo.
- Algumas mulheres, entre 10 e 20%, necessitarão usar insulina, principalmente as de ação rápida e intermediária caso as medidas não farmacológicas não controlem o DMG.
- Na maioria dos casos, os efeitos relacionados ao DMG para a mãe e para o feto em formação não são graves.
- O uso de insulina deve ser mantido nas gestantes que já faziam uso antes da gravidez e iniciado nas diabéticas tipo 2 que faziam uso de hipoglicemiantes orais.
- Os ajustes de doses são baseados nas medidas de glicemia, cujo monitoramento pode ser realizado diariamente em casa, com uso de fitas para leitura visual e medidor glicêmico apropriado.