

CAPÍTULO 2 – ATENÇÃO ÀS MULHERES NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO, PUERPÉRIO E PROMOÇÃO DO ALEITAMENTO MATERNO

1 ATENÇÃO ÀS MULHERES NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO

O acesso ao cuidado do pré-natal no primeiro trimestre da gestação tem sido incorporado como indicador de avaliação da qualidade da Atenção Básica,¹ sendo fundamental o envolvimento de toda a equipe para a assistência integral à gestante.¹ A captação de gestantes para início oportuno do pré-natal é essencial para o diagnóstico precoce de alterações e para a realização de intervenções adequadas sobre condições que tornam vulneráveis a saúde da gestante e a da criança.

É fundamental abordar a história de vida dessa mulher, seus sentimentos, medos, ansiedades e desejos, pois, nessa fase, além das transformações no corpo há uma importante transição existencial. É um momento intenso de mudanças, descobertas, aprendizados e uma oportunidade para os profissionais de saúde investirem em estratégias de educação e cuidado em saúde, visando o bem-estar da mulher e da criança, assim como a inclusão do pai e/ou parceiro (quando houver) e família, desde que esse seja o desejo da mãe.

Além das questões de saúde, a gestante precisa ser orientada sobre questões referentes aos seus direitos sexuais, sociais e trabalhistas (ver Quadro 13). E, no caso de uma gestação indesejada (ver [Quadro-Síntese do capítulo Planejamento Reprodutivo](#) e [Fluxograma de Atraso menstrual](#)), é importante acompanhamento e abordagem multidisciplinares, devendo-se acompanhar a mulher de forma acolhedora, singular e integral, com atenção para a detecção precoce de problemas. No caso de gravidez decorrente de violência sexual, ver o [capítulo Atenção às Mulheres em Situação de Violência](#), que aborda a interrupção da gestação em mulheres vítimas de violência.

1.1 Quadro-síntese de atenção à gestante no pré-natal de baixo risco^{2, 3, 4, 5, 6}

O QUE FAZER?	COMO FAZER?	QUEM FAZ?
Acolhimento com escuta qualificada	Identificação dos motivos do contato da gestante. Direcionamento para o atendimento necessário.	Equipe multiprofissional
Avaliação global	Entrevista (ver Quadro 1): <ul style="list-style-type: none"> • presença de sintomas e queixas; • planejamento reprodutivo; • rede familiar e social; • condições de moradia, de trabalho e exposições ambientais; • atividade física; • história nutricional; • tabagismo e exposição à fumaça do cigarro; • álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas); • antecedentes clínicos, ginecológicos e de aleitamento materno; • saúde sexual; • imunização; • saúde bucal; • antecedentes familiares. 	Equipe multiprofissional
	Exame físico geral e específico [gineco-obstétrico] (ver Quadro 2): <ul style="list-style-type: none"> ▪ atenção para as alterações da pressão arterial ▪ avaliar o estado nutricional (peso, altura e cálculo do IMC) e do ganho de peso gestacional ▪ atenção para as alterações na altura do fundo uterino 	Enfermeiro(a)/médico(a)
	Solicitação de exames, conforme o período gestacional (ver Quadros 3 e 4): <ul style="list-style-type: none"> • hemoglobina e hematócrito; • eletroforese de hemoglobina; • tipagem sanguínea e fator Rh; • Coombs indireto; 	

Plano de cuidado	<ul style="list-style-type: none"> • glicemia de jejum; • teste de tolerância à glicose; • urina tipo I; • urocultura e antibiograma; • teste de proteinúria; • teste rápido para sífilis ou VDRL; • teste rápido para HIV ou sorologia (anti-HIV I e II); • sorologia para hepatite B (HBsAg); • toxoplasmose IgG e IgM; • malária (gota espessa) em áreas endêmicas; • parasitológico de fezes; • ultrassonografia obstétrica. 	
	Presença de sinais de alerta na gravidez (ver Quadro 5): <ul style="list-style-type: none"> • sangramento vaginal; • cefaleia; • escotomas visuais; • epigastria; • edema excessivo; • contrações regulares; • perda de líquido; • diminuição da movimentação fetal; • febre. 	
	Avaliação do risco gestacional (ver Quadro 6): <ul style="list-style-type: none"> • fatores de risco indicativos de realização do pré-natal de baixo risco; • fatores de risco indicativos de encaminhamento ao pré-natal de alto risco; • sinais indicativos de encaminhamento à urgência/emergência obstétrica. 	
	Cadastramento e preenchimento da Caderneta da Gestante: <ul style="list-style-type: none"> • preenchimento do cartão da gestante; • preenchimento da ficha de cadastramento em sistema de informação já na primeira consulta de pré-natal. 	Enfermeiro(a)/médico(a)
	Identificação e manejo das queixas e intercorrências do pré-natal (ver Quadros 7 e 8): <ul style="list-style-type: none"> • conforme fluxogramas e quadros específicos; • estabilização e encaminhamento das situações de urgência, quando necessário. 	
	Observar a utilização de medicação na gestação (ver Quadro 9) <ul style="list-style-type: none"> • Verificar o grau de segurança na gestação e na lactação. 	
	Encaminhamento para serviço de referência <ul style="list-style-type: none"> • Manter o acompanhamento da gestante com sua equipe de Atenção Básica. • Solicitar contrarreferência para manter as informações a respeito da evolução da gravidez e dos tratamentos administrados à gestante. • Realizar busca ativa e acompanhamento das gestantes por meio da visita domiciliar mensal do ACS. 	
	Vinculação com a maternidade de referência e direito a acompanhante no parto <ul style="list-style-type: none"> • Informar a gestante, com antecedência, sobre a maternidade de referência para seu parto e orientá-la para visitar o serviço antes do parto (cf. Lei Federal nº 11.340/2007, da vinculação para o parto). • Orientar sobre a lei do direito a acompanhante no parto (Lei Federal nº 11.108/2005), que garante às parturientes o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, no parto e no pós-parto no SUS. O acompanhante é escolhido pela gestante, podendo ser homem ou mulher 	Equipe multiprofissional
	Suplementação de ferro e ácido fólico (ver diretriz da OMS ³ e Saiba Mais): <ul style="list-style-type: none"> • sulfato ferroso (40 mg/dia); • ácido fólico (400 µg/dia ou 0,4 mg/dia). Utilizar no período pré-gestacional até o final da gestação.	Enfermeiro(a)/médico(a)
	Imunização (Quadro 10): <ul style="list-style-type: none"> • dT/dTpa • hepatite B • influenza 	Equipe de enfermagem/médico(a)
	Busca ativa das gestantes que não comparecem às consultas <ul style="list-style-type: none"> • Identificar os motivos para o não comparecimento. • Realizar visita domiciliar. • Oferecer novo agendamento. • Realizar a consulta em domicílio. 	Equipe multiprofissional
	Educação em saúde <ul style="list-style-type: none"> • Oferecer orientações educativas individuais ou coletivas (que podem ter a 	

participação também do pai/parceiro e da família da gestante) acerca dos temas:

a) modificações fisiológicas da gestação (conforme trimestre);

b) importância do acompanhamento pré-natal;

c) cuidados em saúde alimentar e nutricional:⁴

- Orientar sobre os *Dez passos para alimentação saudável da gestante*, complementando com os *Dez passos para uma alimentação adequada e saudável para crianças até dois anos* (ver [Saiba Mais](#));
- Chamar atenção para a necessidade de vitaminas e minerais (Quadro 11);
- Chamar atenção para o consumo de cafeína, álcool e adoçantes (ver [Saiba Mais](#));
- Chamar atenção para a segurança alimentar e nutricional (ver [Saiba Mais](#)).

d) sexo na gestação:

- Abordar a possibilidade de mudanças no desejo e na disposição sexual devido a fatores psicoafetivos, biológicos, conjugais e culturais durante a gravidez. Se a mulher desejar, as relações sexuais até o momento do parto podem facilitar o nascimento do bebê. Só há contraindicação na presença de placenta prévia e alto risco de prematuridade, sendo as medidas de proteção contra DST indicadas para todas as gestantes e casais. Evitar a atividade sexual na presença de sangramento ou perda de líquido.

e) atividades físicas e práticas corporais na gestação:⁵

- A gestante deve evitar permanecer em pé ou sentada por muito tempo. Sempre trocar o posicionamento para aliviar dores e edemas
- Ao deitar-se, a posição mais indicada é em decúbito lateral esquerdo, por diminuir a compressão sobre a aorta e a cava, favorecendo a circulação sanguínea. O uso de um travesseiro preenchendo o espaço entre a cabeça e o ombro, e outro entre as pernas fletidas, está indicado. Antes de se levantar, é importante realizar atividades com as mãos e pés para ativar a circulação.
- Ao conduzir veículos, a gestante deve posicionar o cinto de segurança sobre o quadril mais abaixo no abdome, para prevenir possíveis lesões sobre o útero em caso de acidentes. Para trajetos longos, é indicado realizar paradas para movimentação, alongamento e alívio da pressão sobre a bexiga.

f) exposição ao tabaco⁶ (ver [Saiba Mais](#)):

- Orientar que há maior risco de partos prematuros, crescimento intrauterino restrito, recém-nascidos com baixo peso e mortes perinatais para gestantes fumantes.
- Orientar sobre a abstinência total ou redução do consumo, quando essa não for possível, apoio de familiares e amigos, retirada de cigarros dos ambientes, participação das atividades de autocuidado apoiado da UBS, estratégias de resolução de problemas e prevenção de uso/recaídas.

g) exposição ao álcool e outras drogas:

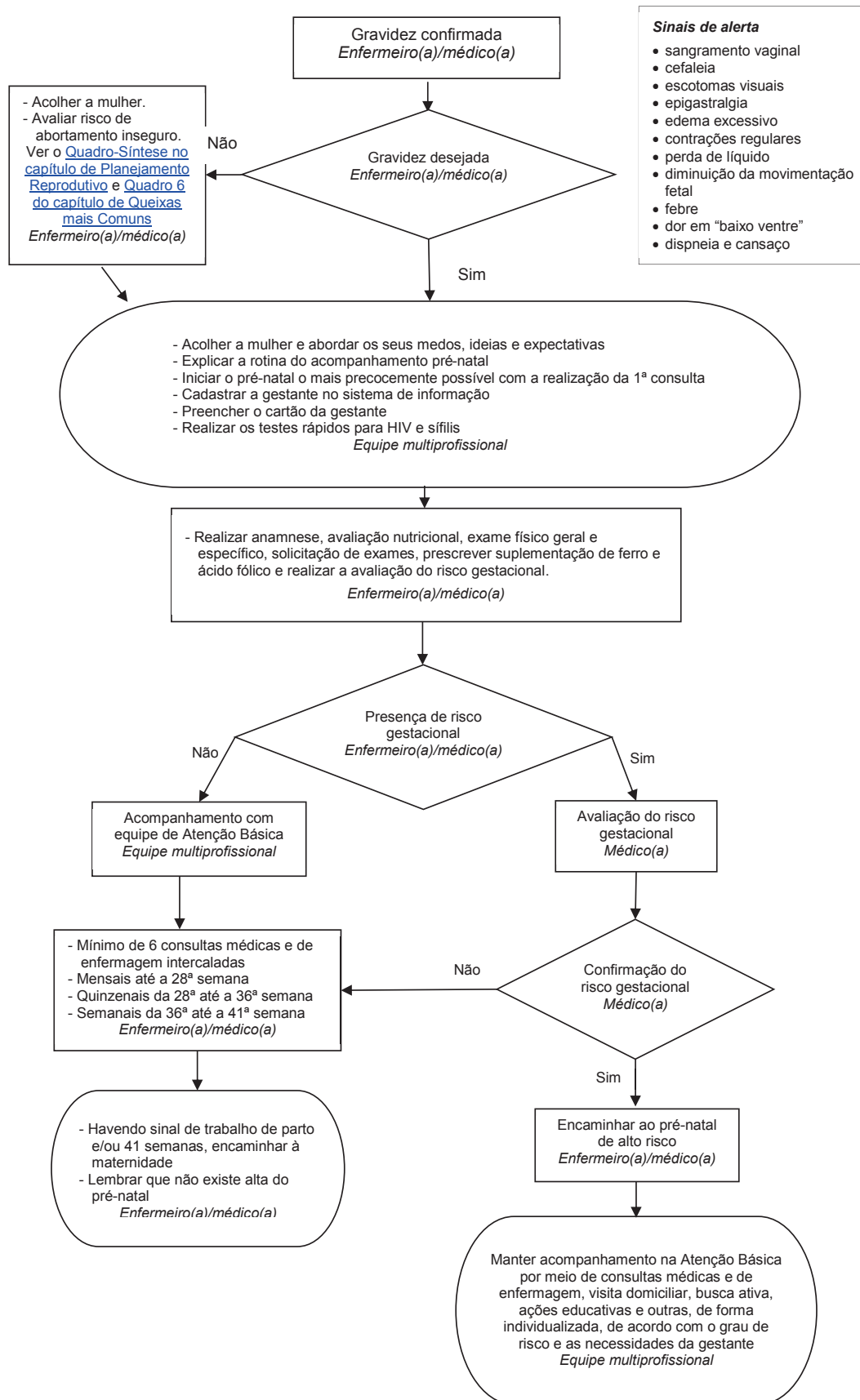
- Alertar sobre os perigos é fundamental, mas não garante mudança radical de comportamento.
- As gestantes e as mulheres que planejam engravidar devem ser aconselhadas a evitar o consumo de álcool durante os primeiros três meses de gravidez, pois o seu consumo pode estar associado ao aumento do risco de aborto.

h) preparo para o parto:

- Abordagem nas consultas e em rodas de conversa:
 - o vantagens do parto normal;
 - o sinais de trabalho de parto (contrações de treinamento, tampão mucoso, mudança progressiva no ritmo e na intensidade das contrações); e
 - o métodos não farmacológicos para alívio da dor, livre movimentação e deambulação, preferência por posições verticalizadas, livre expressão das emoções, liberdade para se alimentar e para ingerir líquidos durante o trabalho de parto.
- Alertar para a possibilidade de ocorrência de:
 - o violência institucional: agressões verbais ou físicas, uso de termos que infantilizam ou incapacitem a mulher, privação do direito a acompanhante de livre escolha da mulher, recusa do primeiro atendimento ao trabalho de parto, transferência para outro estabelecimento sem garantia de vaga e de transporte seguro, exame de toque por mais de um profissional, realizar procedimentos exclusivamente para treinamento de estudantes, entre outros;
 - o práticas inadequadas (contraindicadas pelas evidências científicas mais atuais):
 - cuidados com a mulher: tricotomia, lavagem intestinal, manobra de Kristeller, realização de episiotomia sem indicação precisa, sem anestesia e sem o consentimento da parturiente, confinar a mulher ao leito ou obrigá-la a permanecer em posição ginecológica ou outra durante o trabalho de parto e parto;
 - cuidados com o recém-nascido: submeter o bebê saudável a

	<p>aspiração de rotina, injeções ou procedimentos na primeira hora de vida; restrição do contato pele a pele entre mãe e bebê e da amamentação na primeira hora de vida, orientações sobre cuidados com o recém-nascido.</p> <p>i) preparo para o aleitamento (ver seção sobre Promoção ao aleitamento materno):</p> <ul style="list-style-type: none"> - O aleitamento materno deve ser incentivado durante o pré-natal, investigando o desejo na mulher em amamentar e informando-a sobre os benefícios da amamentação para a saúde da criança e materna. <p>j) direitos sexuais, sociais e trabalhistas na gestação (Quadro 13).</p> <p>Cuidados em saúde mental</p> <ul style="list-style-type: none"> • As mudanças no humor são processos normais da gestação, estando associadas ao conjunto de mudanças biopsicossociais relacionadas à gravidez. Na suspeita de depressão ou outros transtornos de humor, realizar avaliação médica para diagnóstico e manejo de acordo com a severidade do quadro. <p>Cuidados em saúde bucal</p> <ul style="list-style-type: none"> • Garantir avaliação odontológica a todas as gestantes durante o pré-natal. 	
--	---	--

Fluxograma 1 – Pré-Natal na Atenção Básica^{2, 7}



Quadro 1 – Entrevista²

ENTREVISTA	QUANDO AVALIAR	O QUE AVALIAR	
Presença de sintomas e queixas	Todas as consultas	<ul style="list-style-type: none"> Náuseas e vômitos; Obstipação e flatulência; Sintomas urinários; Salivação excessiva; Pirose; Corrimento (que pode ou não ser fisiológico). 	<ul style="list-style-type: none"> Tontura; Dor mamária; Dor lombar; Alterações no padrão de sono; Dor e edema de membros inferiores; Dor pélvica.
Planejamento reprodutivo	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> Gestação desejada e/ou planejada; Métodos contraceptivos utilizados. 	<ul style="list-style-type: none"> Data da última menstruação (DUM).
Rede familiar e social	Primeira consulta Nas demais consultas, verificar se houve mudanças	<ul style="list-style-type: none"> Presença de companheiro; Rede social utilizada. 	<ul style="list-style-type: none"> Relacionamento familiar e conjugal para identificar relações conflituosas; História de violência.
Condições de moradia, de trabalho e exposições ambientais	Primeira consulta Nas demais consultas, verificar se houve mudanças	<ul style="list-style-type: none"> Tipo de moradia; Tipo de saneamento; Grau de esforço físico; Renda. 	<ul style="list-style-type: none"> Estresse e jornada de trabalho; Exposição a agentes nocivos (físicos, químicos e biológicos); Beneficiário de programa social de transferência de renda com condicionalidades (ex.: Programa Bolsa família).
Atividade física	Primeira consulta Nas demais consultas, verificar se houve mudança	<ul style="list-style-type: none"> Tipo de atividade física; Grau de esforço; Periodicidade. 	<ul style="list-style-type: none"> Deslocamento para trabalho ou curso; Lazer.
História nutricional	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> História de desnutrição, sobrepeso, obesidade, cirurgia bariátrica, transtornos alimentares, carências nutricionais, histórico de criança com baixo peso ao nascer, uso de substâncias tóxicas para o bebê. 	<ul style="list-style-type: none"> Peso e altura antes da gestação; Hábito alimentar.
Tabagismo e exposição à fumaça do cigarro	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> Status em relação ao cigarro (fumante, ex-fumante, tempo de abstinência, tipo de fumo); Exposição ambiental à fumaça de cigarro. 	<ul style="list-style-type: none"> Para as fumantes, avaliar se pensam em parar de fumar nesse momento.
Álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas)	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> Tratamentos realizados. 	<ul style="list-style-type: none"> Padrão prévio e/ou atual de consumo de álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas).
Antecedentes clínicos, ginecológicos, obstétricos e de aleitamento materno	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> Diabete, hipertensão, cardiopatias; Trombose venosa; Alergias, transfusão de sangue, cirurgias, medicamentos de uso eventual ou contínuo (prescritos ou não pela equipe de saúde, fitoterápicos e outros); Cirurgias prévias (mama, abdominal, pélvica); Hemopatias (inclusive doença falciforme e talassemia). 	<ul style="list-style-type: none"> Doenças autoimunes, doenças respiratórias (asma, DPOC), doenças hepáticas, tireoidopatias, doença renal, infecção urinária, DST, tuberculose, hanseníase, malária, rubéola, sífilis, outras doenças infecciosas; Transtornos mentais, epilepsia, neoplasias, desnutrição, excesso de peso, cirurgia bariátrica; Avaliar sinais de depressão.
	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> Idade na primeira gestação; Número de gestações anteriores, partos (termo, pré e pós-termo; tipo e intervalo), abortamentos e perdas fetais; Gestações múltiplas; Número de filhos vivos, peso ao nascimento, recém-nascidos com história de icterícia, hipoglicemia ou óbito neonatal e pós-neonatal. 	<ul style="list-style-type: none"> Malformações congênitas; Intercorrências em gestações anteriores como síndromes hemorrágicas ou hipertensivas, isoimunização Rh, diabetes gestacional, incompetência istmocervical, gravidez ectópica; Mola hidatiforme, gravidez anembrionada ou ovo cego; Intercorrências no puerpério; Experiência em partos anteriores.
	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> Ciclos menstruais; História de infertilidade; Resultado do último exame preventivo de câncer de colo uterino. 	<ul style="list-style-type: none"> História de útero bicorno, malformações uterinas, miomas submucosos, miomas intramurais com mais de 4 cm de diâmetro ou múltiplos, cirurgias ginecológicas e mamária, implantes, doença inflamatória pélvica.

ENTREVISTA	QUANDO AVALIAR	O QUE AVALIAR	
	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> História de aleitamento em outras gestações, tempo, intercorrências ou desmame precoce. 	<ul style="list-style-type: none"> Desejo de amamentar.
Saúde sexual	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> Idade de início da atividade sexual; Intercorrências como dor, desconforto. 	<ul style="list-style-type: none"> Desejo e prazer sexual; Práticas sexuais; Medidas de proteção para DST.
Imunização	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> Estado vacinal: dT/dTpa, hepatite B, influenza, tríplice viral. 	
Saúde bucal	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> Antecedentes ou história atual de sangramento gengival, mobilidade dentária, dor, lesões na boca, infecções, pulpíte, cáries, doença periodontal ou outras queixas. 	<ul style="list-style-type: none"> Hábitos de higiene bucal como rotina de escovação e uso de fio dental; Data da última avaliação de saúde bucal.
Antecedentes familiares	Primeira consulta	<ul style="list-style-type: none"> Doenças hereditárias; Gemelaridade; Diabetes; Hanseníase; Transtorno mental; Doença neurológica; Grau de parentesco com o pai do bebê. 	<ul style="list-style-type: none"> Pré-eclâmpsia; Hipertensão; Tuberculose; Câncer de mama ou ovário; Deficiência e malformações; Parceiro com DST ou HIV/aids.

Quadro 2 – Exame físico geral e específico no pré-natal de baixo risco^{2, 6, 7, 8, 9}

QUANDO AVALIAR?	O QUE AVALIAR/COMO AVALIAR?		O QUE FAZER?
Primeira consulta 2º trimestre 3º trimestre	Pele e mucosas <ul style="list-style-type: none">• Cor;• Lesões;• Hidratação.	<ul style="list-style-type: none">• Turgor;• Cloasma;• Tumorações;• Manchas.	<ul style="list-style-type: none">• Realizar orientações específicas.• Avaliação médica na presença de achados anormais.
Primeira consulta	Exame bucal Verificar alterações de cor da mucosa, hidratação, esmalte dentário, cáries, presença de lesões, sangramento, inflamação e infecção	<ul style="list-style-type: none">• Dentes;• Língua;• Gengiva;• Palato.	<ul style="list-style-type: none">• Encaminhar todas as gestantes para avaliação odontológica, pelo menos uma vez, durante a gestação.
Todas as consultas	Dados vitais Avaliar sentada ou em decúbito lateral esquerdo: <ul style="list-style-type: none">• pulso;• frequência respiratória;• Aferição de pressão arterial (PA);• frequência cardíaca;• temperatura axilar.		<ul style="list-style-type: none">• Valores persistentes de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou diastólica ≥ 90 mmHg (em três ou mais avaliações de saúde, em dias diferentes, com duas medidas em cada avaliação) caracterizam hipertensão arterial (HA) na gestação e devem ser acompanhadas no alto risco.• PA entre 140/90 e 160/110 mmHg, assintomática e sem ganho de peso > 500 g semanais, fazer proteinúria, agendar consulta médica imediata, solicitar USG e referir ao alto risco para avaliação.• Elevação ≥ 30 mmHg da PA sistólica e/ou ≥ 15 mmHg de diastólica em relação à PA anterior à gestação ou até a 16ª semana, controlar com maior frequência para identificar HA. Se assintomática e PA $< 140/90$ mmHg, reavaliar frequentemente e orientar medidas alimentares.• PA $> 160/110$ mmHg ou PA $> 140/90$ mmHg e proteinúria positiva e/ou sintomas de cefaleia, epigastria, escotomas e reflexos tendíneos aumentados, referir com urgência à maternidade.• Gestantes com HAS prévia e em uso de medicação anti-hipertensiva devem ser acompanhadas no pré-natal de alto risco.• Ver também o Quadro 8 (Atenção às intercorrências do pré-natal) e Fluxograma 12 (O que fazer nas síndromes hipertensivas, pré-eclâmpsia e eclâmpsia).
Primeira consulta 2º trimestre 3º trimestre	Avaliação nutricional (ver Saiba Mais) <ol style="list-style-type: none">1) Medida de peso em todas as avaliações e medida inicial de altura (a cada trimestre, em gestantes com menos de 20 anos).2) Cálculo do IMC e classificação do estado nutricional baseado na semana gestacional, de acordo com a tabela específica.3) Caracteriza-se risco nutricional: extremos de peso inicial (< 45 kg e > 75 kg); curva descendente ou horizontal; curva ascendente com inclinação diferente da recomendada para o estado nutricional inicial.4) Adolescentes com menarca há menos de dois anos geralmente são classificadas, equivocadamente, com baixo peso; nesse caso, observar o comportamento da curva. Se a menarca foi há mais de dois anos, a interpretação dos achados assemelha-se à de adultas.5) Monitoramento do ganho de peso de acordo com a classificação inicial nutricional ou pela curva no Gráfico de Acompanhamento Nutricional da Gestante, do Cartão da Gestante, baseado no IMC semanal (ver Saiba Mais).		<ul style="list-style-type: none">• Baixo peso:<ul style="list-style-type: none">- verificar alimentação, hiperêmese gravídica, anemia, parasitose intestinal, outros.- orientar planejamento dietético e acompanhar em intervalos menores, com apoio do NASF.• Excesso de peso:<ul style="list-style-type: none">- verificar história, presença de edema, elevação da PA, macrossomia, gravidez múltipla, polidrâmnio;- orientar alimentação adequada e saudável e acompanhar em intervalos menores, com apoio do NASF.• Recomenda-se:<ul style="list-style-type: none">- acompanhamento com intervalos menores, apoio do NASF e encaminhamento ao alto risco para os casos que persistem com ganho de peso inadequado.

QUANDO AVALIAR?	O QUE AVALIAR/COMO AVALIAR?	O QUE FAZER?
Primeira consulta	Região cervical <ul style="list-style-type: none"> Palpação de tireoide. 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar orientações específicas; Avaliação médica na presença de achados anormais.
Primeira consulta	Mamas <ul style="list-style-type: none"> Inspeção estática e dinâmica, avaliando simetria, alterações do contorno, abaulamento ou espessamento da pele, coloração, textura, circulação venosa, tipo de mamilo. Palpação de mamas, região supraclavicular e axilar em busca de alterações de textura, nódulos, abaulamentos, entre outros. 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar orientações específicas. Para as condutas nos achados anormais, ver capítulo de Prevenção do câncer de mama.
Primeira consulta 2º trimestre 3º trimestre	Tórax <ul style="list-style-type: none"> Avaliação pulmonar. Avaliação cardíaca. 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar orientações específicas. Avaliação médica na presença de achados anormais.
Primeira consulta 2º trimestre 3º trimestre	Edema <ul style="list-style-type: none"> Inspeção na face e membros superiores. Palpação da região sacra, com a gestante sentada ou em decúbito lateral. Palpação de membros inferiores (MMII), região pré-maleolar e pré-tibial, com a gestante em decúbito dorsal ou sentada, sem meias. Observar varizes e sinais flogísticos. 	Resultados <ul style="list-style-type: none"> (-) ou ausente – monitorar rotineiramente. (+) apenas no tornozelo – observar; pode ser postural, pelo aumento de temperatura ou tipo de calçado. (++) em membros inferiores + ganho de peso + hipertensão – orientar decúbito lateral esquerdo, pesquisar sinais de alerta e movimentos fetais, agendar retorno em sete dias; se hipertensão e/ou proteinúria presente, encaminhar ao alto risco. (+++ em face, membros e região sacra, ou edema observado ao acordar pela manhã, independentemente de ganho de peso e hipertensão. Suspeita de pré-eclâmpsia; encaminhar para avaliação médica e ao alto risco. Unilateral de MMII, com sinais flogísticos e dor – suspeita de tromboflebite e trombose venosa profunda; encaminhar para avaliação médica e ao alto risco.
De acordo com a necessidade, orientados pela história e queixas da gestante	Região inguinal e perineal <ul style="list-style-type: none"> Inspeção de vulva. Palpação de linfonodos. Região anal. 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar orientações específicas. Avaliação médica na presença de achados anormais.
De acordo com a necessidade, orientados pela história e queixas da gestante	Exame especular	<ul style="list-style-type: none"> Realizar colpocitopatologia oportuna, de acordo com a necessidade (ver o capítulo Prevenção de Câncer de Colo do Útero). Não há contraindicação no uso da escova endocervical, não havendo mudanças na coleta da gestante. Não há restrição quanto à idade gestacional para a coleta da citologia.
De acordo com a necessidade, orientados pela história e queixas da gestante	Toque bimanual <ul style="list-style-type: none"> Avaliar condições do colo uterino (permeabilidade). Sensibilidade à movimentação uterina e anexos. Volume uterino (regularidade e compatibilidade com a amenorreia). 	<ul style="list-style-type: none"> Realizar orientações específicas e avaliação médica, se necessário.

QUANDO AVALIAR?	O QUE AVALIAR/COMO AVALIAR?	O QUE FAZER?
Primeira consulta 2º trimestre 3º trimestre	Abdome <ul style="list-style-type: none"> Palpação abdominal. Palpação obstétrica <ul style="list-style-type: none"> Para identificação da situação e apresentação fetal (polo cefálico, pélvico e dorso fetal) e acompanhamento da altura uterina. Em torno da 36ª semana, recomenda-se a determinação da apresentação fetal (cefálica e pélvica). Determinar a situação fetal (longitudinal, transversa e oblíqua) colocando as mãos sobre as fossas ilíacas, deslizando-as em direção à escava pélvica e abarcando o polo fetal que se apresenta. A situação longitudinal é a mais comum. Manobra de Leopold (ver Saiba Mais). 	Recomendação A situação transversa e a apresentação pélvica ao final da gestação podem trazer risco ao parto, e a gestante deve ser encaminhada para a maternidade de referência.
Todas as consultas, após a 12ª semana de gestação	Medida da altura uterina <ul style="list-style-type: none"> Indica o crescimento fetal e a medida deve ficar dentro da faixa que delimita os percentis 10 e 90 do gráfico de crescimento uterino de acordo com a idade gestacional (ver Saiba Mais). Após delimitar o fundo uterino e a borda superior da sínfise púbica, fixar a extremidade da fita métrica inelástica na primeira e deslizar a com a borda cubital da mão pela linha mediana do abdome até a altura do fundo uterino. 	Recomendação <ul style="list-style-type: none"> Traçados iniciais abaixo ou acima da faixa devem ser medidos novamente em 15 dias para descartar erro da idade gestacional e risco para o feto Nas avaliações subsequentes, traçados persistentemente acima ou abaixo da faixa e com inclinação semelhante indicam provável erro de idade gestacional; encaminhar para avaliação médica para confirmação da curva, verificar a necessidade de solicitação de ultrassonografia ou referência ao alto risco. Se a inclinação for diferente, encaminhar para o alto risco
Primeira consulta 2º trimestre 3º trimestre	Determinação aproximada da idade gestacional por exame obstétrico <ul style="list-style-type: none"> Pela medida da altura do fundo do útero, de acordo com os seguintes parâmetros: <ul style="list-style-type: none"> ✓ até a 6ª semana, não ocorre alteração do tamanho uterino; ✓ 8ª semana – o útero corresponde ao dobro do tamanho normal; ✓ 10ª semana – o útero corresponde a três vezes o tamanho habitual; ✓ 12ª semana – o útero enche a pelve, de modo que é palpável na sínfise púbica; ✓ 16ª semana – o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical; ✓ pela percepção do início dos movimentos fetais (entre a 18ª e 20ª semana em geral); ✓ 20ª semana – o fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical; ✓ 20ª até 30ª semana – relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina; ✓ 30ª semana em diante – parâmetro menos fiel. A situação fetal transversa reduz a medida de altura uterina e pode falsear a relação com a idade da gestação Cálculo da idade gestacional	Recomendação A idade gestacional deve ser calculada a partir da DUM (ver Saiba Mais). Na impossibilidade de identificação da idade gestacional por esse parâmetro, a USG no primeiro trimestre é o método mais fidedigno de datação da gestação (ver Quadro 4).
Todas as consultas, a partir da 10ª a 12ª semana de gestação	Ausculat dos batimentos cardiotetais (BCF) <ul style="list-style-type: none"> Audível com uso de sonar doppler da 10ª/12ª semana até a 20ª semana de gestação. Audível com uso de estetoscópio de Pinard a partir da 20ª semana. Verificar ritmo, frequência e regularidade dos BCF. Contar número de BCF em um minuto. A frequência esperada é de 110 a 160 bpm. 	Recomendação <ul style="list-style-type: none"> Alterações persistentes da frequência dos BCF devem ser avaliadas pelo médico ou na maternidade de referência, assim como BCF não audíveis com Pinard após a 24ª semana e não percepção de movimentos fetais e/ou se não ocorreu crescimento uterino. Ocorre aumento transitório da frequência na presença de contração uterina, movimento fetal ou estímulo mecânico. Se ocorrer desaceleração durante e após contração, pode ser sinal de preocupação. Nestas condições, referir para avaliação em serviço de maior densidade tecnológica ou maternidade.

Quadro 3 – Solicitação dos exames de rotina no pré-natal de baixo risco^{2, 7, 8, 10}

EXAME	PERÍODO	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	O QUE FAZER?
Hemoglobina e hematócrito	1ª consulta 3º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> Hemoglobina > 11g/dl – normal. Hemoglobina entre 8 e 11 g/dl – anemia leve a moderada. Hemoglobina < 8 g/dl – anemia grave. 	<ul style="list-style-type: none"> Se anemia presente, tratar e acompanhar hemoglobina após 30 e 60 dias, conforme descrito no Fluxograma 6. Se anemia grave, encaminhar ao pré-natal de alto risco.
Eletroforese de hemoglobina*	1ª consulta	<ul style="list-style-type: none"> HbAA: sem doença falciforme; HbAS: heterozigose para hemoglobina S ou traço falciforme, sem doença falciforme. HbAC: heterozigose para hemoglobina C, sem doença falciforme. HbA com variante qualquer: sem doença falciforme; HbSS ou HbSC: doença falciforme. 	<ul style="list-style-type: none"> As gestantes com traço falciforme devem receber informações e orientações genéticas pela equipe de Atenção Básica. As gestantes diagnosticadas com doença falciforme devem ser encaminhadas ao serviço de alto risco.
Tipo sanguíneo e fator Rh	1ª consulta	<ul style="list-style-type: none"> A(+), B(+), AB(+), O(+): tipo sanguíneo + fator Rh positivo. A(-), B(-), AB(-), O(-): tipo sanguíneo + fator Rh negativo. 	<ul style="list-style-type: none"> Se o fator Rh for negativo e o pai desconhecido ou pai com fator Rh positivo, realizar exame de Coombs indireto. Antecedente de hidropsia fetal ou neonatal, independentemente do Rh, realizar exame de Coombs indireto.
Coombs indireto	A partir da 24ª semana	<ul style="list-style-type: none"> Coombs indireto positivo: gestante sensibilizada. Coombs indireto negativo: gestante não sensibilizada. 	<ul style="list-style-type: none"> Coombs indireto positivo: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Referenciar ao alto risco. Coombs indireto negativo: <ul style="list-style-type: none"> ✓ repetir exame de 4/4 semanas; ✓ imunoglobulina anti-D pós-parto, se o RN for Rh positivo e coombs direto for negativo, após abortamento, gestão ectópica, gestação molar, sangramento vaginal ou após procedimentos invasivos (biópsia de vilo, amniocentese, cordocentese), se mãe Rh (-) e pai Rh (+).
Glicemia em jejum	1ª consulta 3º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> Entre 85-90 mg/dl sem fatores de risco: normal. Entre 85-90 mg/dl com fatores de risco ou 90-110 mg/dl: rastreamento positivo. Se > 110 mg/dl: confirmar diagnóstico de <i>diabetes mellitus</i> gestacional (DMG). 	<ul style="list-style-type: none"> Entre 85-90 mg/dl com fatores de risco ou 90-110 mg/dl: realizar o teste de tolerância à glicose na 24ª-28ª semana gestação. Orientar medidas de prevenção primária (alimentação saudável e atividade física regular). Se > 110, repetir o exame de glicemia de jejum. Se o resultado for maior que 110 mg/dl, o diagnóstico será de DMG. Orientar medidas de prevenção primária e referir ao alto risco, mantendo o acompanhamento na UBS.
Teste de tolerância à glicose (jejum e 2 horas pós-sobrecarga com 75 g de glicose anidro)	24-28ª semanas**	<ul style="list-style-type: none"> Diagnóstico de DMG na presença de qualquer um dos seguintes valores: <ul style="list-style-type: none"> ✓ em jejum > 110 mg/dl; ✓ após 2 horas > 140 mg/dl. 	<ul style="list-style-type: none"> No diagnóstico de DMG, orientar medidas de prevenção primária e referir ao alto risco, mantendo o acompanhamento na UBS. Ver Fluxograma 11.

EXAME	PERÍODO	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	O QUE FAZER?
Urina tipo I	1ª consulta 3º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> Leucocitúria: presença acima de 10.000 células por ml ou cinco células por campo. Hematúria: presença acima de 10.000 células por ml ou de três a cinco hemácias por campo. Proteinúria: alterado > 10 mg/dl. Presença de outros elementos: não necessitam de condutas especiais. 	<ul style="list-style-type: none"> Leucocitúria: realizar urinocultura para confirmar se há ITU. Caso não estiver disponível a urinocultura, tratar empiricamente. Cilindrúria, hematúria sem ITU ou sangramento genital e proteinúria maciça ou dois exames seguidos com traços, passar por avaliação médica e, caso necessário, referir ao alto risco. Na presença de traços de proteinúria: repetir em 15 dias; caso se mantenha, encaminhar a gestante ao pré-natal de alto risco. Na presença de traços de proteinúria e hipertensão e/ou edema: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco. Na presença de proteinúria maciça: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco. Na presença de pielonefrite, referir imediatamente à maternidade; se ITU refratária ou de repetição, referir ao alto risco. Ver Fluxograma 3.
Urocultura e antibiograma	1ª consulta 3º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> Urocultura negativa: < 100.000 unidades formadoras de colônias por mL (UFC/mL). Urocultura positiva: > 100.000 UFC/mL. Antibiograma: indica os antibióticos que podem ser utilizados no tratamento. 	<ul style="list-style-type: none"> Ver Fluxograma 3.
Teste rápido de proteinúria***	Indicado para mulheres com hipertensão na gravidez	<ul style="list-style-type: none"> Ausência: < 10 mg/dl (valor normal). Traços: entre 10 e 30 mg/dl. (+) 30 mg/dl. (++) 40 a 100 mg/dl. (+++) 150 a 350 mg/dl. (++++) > 500 mg/dl. 	A presença de proteinúria (+) ou mais deve ser seguida de uma determinação de proteinúria de 24 horas, sendo um dos sinais para diagnóstico de pré-eclâmpsia.
Teste rápido para sífilis ou VDRL	1ª consulta 3º trimestre (28ª semana)	<ul style="list-style-type: none"> Teste rápido não reagente ou VDRL negativo: normal Teste rápido reagente e VDRL positivo: verificar titulação para confirmar sífilis 	<ul style="list-style-type: none"> Ver Fluxograma 7.
Teste rápido para HIV ou sorologia (anti-HIV I e II)	1ª consulta 3º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> Teste rápido não reagente: normal. Teste rápido reagente e sorologia positiva: confirmar HIV positivo. 	<ul style="list-style-type: none"> Ver Fluxograma 13.
Sorologia hepatite B (HBsAg)	1ª consulta 3º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> HBsAg não reagente: normal. HBsAg reagente: solicitar HBeAg e transaminases (ALT/TGP e AST/TGO). 	<ul style="list-style-type: none"> Fazer aconselhamento pré e pós-teste. HBsAg reagente e HBeAg reagentes: deve ser encaminhada ao serviço de referência para gestação de alto risco. HBsAg não reagente: se esquema vacinal desconhecido ou incompleto, indicar vacina após 1º trimestre. Toda gestante HBsAg não reagente deve receber a vacina para hepatite B ou ter seu calendário completado, independentemente da idade.

EXAME	PERÍODO	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS	O QUE FAZER?
Toxoplasmose IgG e IgM	1ª consulta 3º trimestre****	<ul style="list-style-type: none"> IgG e IgM reagentes: <ul style="list-style-type: none"> ✓ avidez de IgG fraca ou gestação > 16 semanas: possibilidade de infecção na gestação – iniciar tratamento imediatamente; ✓ avidez forte e gestação < 16 semanas: doença prévia – não repetir exame. IgM reagente e IgG não reagente: doença recente – iniciar tratamento imediatamente e repetir o exame após três semanas. IgM não reagente e IgG reagente: doença prévia – não repetir o exame. IgM e IgG não reagente: suscetível – orientar medidas de prevenção e repetir o exame no 3º trimestre. 	<ul style="list-style-type: none"> Ver Fluxograma 8. Fornecer orientações sobre prevenção primária para as gestantes suscetíveis: <ul style="list-style-type: none"> ✓ lavar as mãos ao manipular alimentos; ✓ lavar bem frutas, legumes e verduras antes de se alimentar; ✓ não ingerir carnes cruas, mal cozidas ou mal passadas, incluindo embutidos (salame, copa etc.); ✓ evitar o contato com o solo e a terra de jardim; se isso for indispensável, usar luvas e lavar bem as mãos após a atividade; ✓ evitar contato com fezes de gato no lixo ou no solo; ✓ após manusear carne crua, lavar bem as mãos, assim como também toda a superfície que entrou em contato com o alimento e todos os utensílios utilizados; ✓ não consumir leite e seus derivados crus, não pasteurizados, sejam de vaca ou de cabra; ✓ propor que outra pessoa limpe a caixa de areia dos gatos e, caso isso não seja possível, tentar limpá-la e trocá-la diariamente utilizando luvas e pазinha; ✓ alimentar os gatos com carne cozida ou ração, não deixando que eles façam a ingestão de caça; ✓ lavar bem as mãos após o contato com os animais.
Malária (gota espessa)*****	Em todas as consultas de pré-natal, se necessário	<ul style="list-style-type: none"> Negativo: sem a doença. Positivo: portadora do <i>Plasmodium sp.</i> 	<ul style="list-style-type: none"> Se positivo: iniciar tratamento, conforme diretrizes do MS para tratamento de malária na gestação (ver CAB 32).² Se negativo: investigar quadros febris.
Parasitológico de fezes	Quando anemia presente ou outras manifestações sugestivas	<ul style="list-style-type: none"> Negativo: ausência de parasitos. Positivo: conforme descrição de parasitos. 	<ul style="list-style-type: none"> O diagnóstico e o tratamento de gestantes com parasitoses intestinais deveriam ser realizados antes da gestação. Nenhuma droga antiparasitária é considerada totalmente segura na gestação. Mulheres com parasitoses intestinais só devem ser tratadas na gravidez quando o quadro clínico é exuberante ou as infecções são maciças, não sendo recomendado o tratamento durante o primeiro trimestre da gestação. Medidas profiláticas, como educação sanitária, higiene correta das mãos, controle da água, dos alimentos e do solo, devem ser encorajadas devido ao impacto positivo que geram sobre a ocorrência de parasitoses intestinais.

Notas:

* Por conta do alto grau de miscigenação da população brasileira, todas as gestantes devem ser rastreadas para anemia falciforme, conforme Nota Técnica nº 035/2011/CGSH/DAE/SAS/MS da Rede Cegonha.¹⁰

** Nas gestantes sem diagnóstico prévio de DM.

*** Conforme Nota Técnica da Rede Cegonha de 12 de dezembro de 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nt_teste_rapido_gravidez_ab.pdf>.

**** Se IgG e IgM negativos no 1º exame.

***** Incluir o exame de gota espessa para malária na rotina do pré-natal em áreas endêmicas para a doença.

Quadro 4 – Solicitação de ultrassonografia no pré-natal de baixo risco^{11, 12, 13}

PERÍODO	INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS E CONDUTAS
1º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> Com base nas evidências existentes, a ultrassonografia de rotina nas gestantes de baixo risco não confere benefícios à mãe ou ao recém-nascido (grau de recomendação A). Preferencialmente deve ser realizada por via transvaginal. Ultrassonografia precoce pode auxiliar no diagnóstico oportuno das gestações múltiplas, na datação mais acurada da idade gestacional, reduzindo, dessa forma, o número de induções por gestação prolongada, além de evidenciar a viabilidade fetal. Datação da idade gestacional por ultrassonografia: <ul style="list-style-type: none"> ✓ deverá sempre ser baseada na 1ª USG realizada e nunca ser recalculada com USG posteriores; ✓ 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. Rastreamento de aneuploidias no primeiro trimestre: <ul style="list-style-type: none"> ✓ entre a 11ª e a 13ª semana de gestação, a medida da translucência nucal (TN) associada à idade materna identifica cerca de 75% dos casos de trissomia do cromossomo 21. No entanto, a indicação deste exame deve estar sempre sujeita à disponibilidade local de recursos e ao desejo dos pais de realizar o exame após esclarecimentos sobre as implicações do exame, indicação, limitações, riscos de falso-positivos e falso-negativos (grau de recomendação B); ✓ deve-se também ponderar, sobre a qualificação da equipe responsável pelo rastreamento, a necessidade de complementar o exame com pesquisa de cariótipo fetal nos casos de TN aumentada, a implicação psicológica do teste positivo (incluindo falso-positivos) e o impacto no nascimento de portadores da síndrome genética.
2º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> Apesar de aumentar a taxa de detecção das malformações congênitas, não existem evidências de que a USG em gestantes de baixo risco melhore o prognóstico perinatal (grau de recomendação A). Entre 18 e 22 semanas, os órgãos fetais já estão formados e são de visualização mais precisa, de modo que este é o momento mais adequado para fazer o rastreamento de malformações, caso se opte por fazê-lo.
3º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> Revisão sistemática disponibilizada pela biblioteca Cochrane sugere que não há benefícios da ultrassonografia de rotina em gestações de baixo risco após a 24ª semana de gravidez (grau de recomendação A). Em caso de suspeita da alteração do crescimento fetal, por exemplo, quando a medida da AFU está diferente do esperado, a USG pode ser ferramenta útil na avaliação. Os achados relacionados com a indicação ou não de cesárea, os quais costumam provocar indicações inadequadas de cesárea, estão descritos no Quadro 12.

Obs.: a decisão de incorporar ou não a ultrassonografia obstétrica à rotina do pré-natal deve considerar recursos disponíveis, qualidade dos serviços de saúde e características e expectativas dos casais. A realização de ultrassonografia em gestantes de baixo risco tem gerado controvérsias, pois não existem evidências de que melhore o prognóstico perinatal, além da grande variação da sensibilidade do método (grau de recomendação A).

Visto que está preconizada pelo Ministério da Saúde a realização de 1 (uma) ultrassonografia obstétrica por gestante (Portaria MS/SAS nº 650, de 5 de outubro de 2011, Anexo III), os profissionais da Atenção Básica devem conhecer as indicações do exame ultrassonográfico na gestação e estar habilitados para interpretar os resultados, a fim de, conjuntamente com a gestante, definir o momento mais apropriado de realizar o exame, caso seja pertinente.

Quadro 5 – Principais sinais de alerta na gestação^{2,7}

SINAL DE ALERTA	INTERPRETAÇÃO	O QUE FAZER
<ul style="list-style-type: none"> • Sangramento vaginal 	Anormal em qualquer época da gravidez (ver Quadro 8).	Avaliação médica imediata.
<ul style="list-style-type: none"> • Cefaleia • Escotomas visuais • Epigastralgia • Edema excessivo 	Esses sintomas, principalmente no final da gestação, podem sugerir pré-eclâmpsia (ver Quadro 8).	Avaliação médica e avaliação da PA imediata.
<ul style="list-style-type: none"> • Contrações regulares • Perda de líquido 	Sintomas indicativos de início do trabalho de parto (ver Quadro 8).	Avaliação médica imediata e encaminhamento para a maternidade de referência.
<ul style="list-style-type: none"> • Diminuição da movimentação fetal 	Pode indicar sofrimento fetal (ver Quadro 7).	Avaliação médica no mesmo dia, avaliação do BCF e orientação acerca do mobilograma.
<ul style="list-style-type: none"> • Febre 	Pode indicar infecção.	Avaliação médica no mesmo dia e encaminhamento a urgência, caso necessário.

Quadro 6 – Avaliação do risco gestacional pela equipe de Atenção Básica^{2, 8, 14, 15}

FATORES DE RISCO INDICATIVOS DE REALIZAÇÃO DO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO
<p>FATORES RELACIONADOS ÀS CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E ÀS CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DESFAVORÁVEIS</p> <ul style="list-style-type: none">• Idade menor do que 15 e maior do que 35 anos.• Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse.• Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente.• Situação conjugal insegura.• Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular).• Condições ambientais desfavoráveis.• Altura menor do que 1,45 m.• IMC que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade. <p>Atenção: deve ser redobrada a atenção no acompanhamento de mulheres negras, indígenas, com baixa escolaridade, com idade inferior a 15 anos e superior a 35 anos, em mulheres que tiveram pelo menos um filho morto em gestação anterior e nas que tiveram mais de três filhos vivos em gestações anteriores.</p>
<p>FATORES RELACIONADOS À HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR</p> <ul style="list-style-type: none">• Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado.• Macrossomia fetal.• Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas.• Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos.• Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos).• Cirurgia uterina anterior.• Três ou mais cesarianas.
<p>FATORES RELACIONADOS À GRAVIDEZ ATUAL</p> <ul style="list-style-type: none">• Ganho ponderal inadequado.• Infecção urinária.• Anemia.
FATORES DE RISCO INDICATIVOS DE ENCAMINHAMENTO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO
<p>FATORES RELACIONADOS ÀS CONDIÇÕES PRÉVIAS</p> <ul style="list-style-type: none">• Cardiopatias.• Pneumopatias graves (incluindo asma brônquica não controlada).• Nefropatias graves (como insuficiência renal crônica e em casos de transplantados).• Endocrinopatias (especialmente diabetes mellitus, hipotireoidismo e hipertireoidismo).• Doenças hematológicas (inclusive doença falciforme e talassemia).• Doenças neurológicas (como epilepsia).• Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc.).• Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, outras colagenoses).• Alterações genéticas maternas.• Antecedente de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar.• Ginecopatias (malformação uterina, tumores anexiais e outras).• Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras DSTs (condiloma).• Hanseníase.• Tuberculose.• Anemia grave (hemoglobina < 8).• Isoimunização Rh.• Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado.
<p>FATORES RELACIONADOS À HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR</p> <ul style="list-style-type: none">• Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior, principalmente se for de causa desconhecida.• Abortamento habitual (duas ou mais perdas precoces consecutivas).• Esterilidade/infertilidade.• História prévia de doença hipertensiva da gestação, com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome HELLP, eclâmpsia, internação da mãe em UTI).
<p>FATORES RELACIONADOS À GRAVIDEZ ATUAL</p> <ul style="list-style-type: none">• Restrição do crescimento intrauterino.• Polidrâmnio ou oligodrâmnio.

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

- Gemelaridade.
- Malformações fetais ou arritmia fetal.
- Evidência laboratorial de proteinúria.
- Diabetes mellitus gestacional.
- Desnutrição materna severa.
- Obesidade mórbida ou baixo peso (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante para avaliação nutricional).
- NIC III.
- Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-RADS III ou mais.
- Distúrbios hipertensivos da gestação (hipertensão crônica preexistente, hipertensão gestacional ou transitória).
- Infecção urinária de repetição ou dois ou mais episódios de pielonefrite (toda gestante com pielonefrite deve ser inicialmente encaminhada ao hospital de referência para avaliação).
- Anemia grave ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso.
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras IST (infecções sexualmente transmissíveis, como o condiloma), quando não há suporte na unidade básica.
- Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual.
- Adolescentes com fatores de risco psicossocial.

SINAIS INDICATIVOS DE ENCAMINHAMENTO À URGÊNCIA/EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA

- Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional.
- Nunca realizar toque antes do exame especular, caso o contexto exija avaliação médica.
- Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial > 140/90 (medida após um mínimo de cinco minutos de repouso, na posição sentada) e associada à proteinúria.
- Pode-se usar o teste rápido de proteinúria. Edema não é mais considerado critério diagnóstico.
- Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito.
- Eclâmpsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia).
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular/corioamnionite ou outra infecção que necessite de internação hospitalar.
- Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, sinais flogísticos, edema localizado e/ou varicosidade aparente).
- Situações que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma etc.
- Crise hipertensiva (PA > 160/110)
- Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal (consistência líquida, em pequena ou grande quantidade, mas de forma persistente), podendo ser observada mediante exame especular com manobra de Valsalva e elevação da apresentação fetal.
- Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 37 semanas).
- IG a partir de 41 semanas confirmadas.
- Hipertermia (tax $\geq 37,8^{\circ}\text{C}$), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de IVAS.
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes.
- Investigação de prurido gestacional/ictêria.
- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas.
- Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre.
- Restrição de crescimento intrauterino.
- Oligodrômio.
- Óbito fetal.

Quadro 7 – Abordagem de queixas frequentes na gestação^{2, 7, 16}

QUEIXA	COMO AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Náuseas/vômitos	<ul style="list-style-type: none"> • Comuns no primeiro trimestre da gravidez, mais intensas pela manhã, ao acordar ou após um período de jejum prolongado. Pioram com estímulos sensoriais, em especial do olfato, como o cheiro de cigarro ou do paladar, como pasta de dentes. • Cerca de 10% mantêm os enjoos durante períodos mais avançados da gravidez, podendo durar até o 3º trimestre. • Avaliar sempre: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Presença de sinais de alerta; ✓ Grávidas muito jovens, emocionalmente imaturas; ✓ Gestações não planejadas. 	Ver Fluxograma 2	Ver Fluxograma 2
Queixas urinárias	<ul style="list-style-type: none"> • A provável compressão da bexiga pelo útero gravídico, diminuindo a capacidade volumétrica, ocasiona a polaciúria (aumento do ritmo miccional) e a nictúria (aumento do ritmo miccional no período de sono), que se acentua à medida que a gravidez progride, dispensando tratamento e cuidados especiais. • Avaliar sempre: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Presença de sinais de alerta; ✓ Presença de sintomas sistêmicos. 	Ver Fluxograma 3	Ver Fluxograma 3
Dor abdominal/cólica	<ul style="list-style-type: none"> • Entre as causas mais frequentes das cólicas abdominais que podem surgir na gravidez normal, estão: o corpo lúteo gravídico, o estiramento do ligamento redondo e as contrações uterinas. • Geralmente discretas, desaparecem espontaneamente, não exigindo uso de medicação. • Avaliar sempre: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Presença de sinais de alerta; ✓ Presença de ITU; ✓ Verificar se a gestante não está apresentando contrações uterinas. 	Ver Fluxograma 4	Ver Fluxograma 4
Edema	<ul style="list-style-type: none"> • No geral, surge no 3º trimestre da gestação, limitando-se aos membros inferiores e, ocasionalmente às mãos. Piora com o ortostatismo (ficar em pé) prolongado e com a deambulação; desaparece pela manhã e acentua-se ao longo do dia. • Avaliar sempre: <ul style="list-style-type: none"> ✓ A possibilidade do edema patológico, em geral associado à hipertensão e proteinúria, sendo sinal de pré-eclâmpsia; ✓ A maioria das grávidas edemaciadas exibe gestação normal. 	Ver Fluxograma 5	Ver Fluxograma 5

Pirose/azia	<ul style="list-style-type: none"> Embora possa acometer a gestante durante toda a gravidez, é mais intensa e frequente no final da gravidez. Avaliar sempre: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sintomas iniciados antes da gravidez; ✓ Uso de medicamentos; ✓ História pessoal e familiar de úlcera gástrica. 	<ul style="list-style-type: none"> É recomendado: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Fazer alimentação fracionada (pelo menos três refeições ao dia e dois lanches); ✓ Evitar líquido durante as refeições e deitar-se logo após as refeições. Ingerir líquido gelado durante a crise; ✓ Elevar a cabeceira da cama ao dormir (dormir com travesseiro alto); ✓ Evitar frituras, café, chá mate e preto, doces, alimentos gordurosos e/ou picantes; ✓ Evitar álcool e fumo – preferencialmente, não devem ser utilizados durante a gestação. Caso essas medidas não resolvam, avaliar a necessidade do uso de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Hidróxido de alumínio ou magnésio dois a quatro comprimidos mastigáveis após as refeições e ao deitar-se; ✓ Bloqueadores H2 e inibidores da bomba de prótons. 	Enfermeiro(a)/médico(a)
Sialorreia	<ul style="list-style-type: none"> A sialorreia, ptialismo ou salivagem excessiva é uma das queixas que mais incomodam na gravidez. 	<ul style="list-style-type: none"> É recomendado: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Explicar que é uma queixa comum no início da gestação; ✓ Manter dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos. Orientar a gestante a deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância (especialmente em época de calor). 	Enfermeiro(a)/médico(a)
Fraqueza/tontura	<ul style="list-style-type: none"> Tem origem na instabilidade hemodinâmica em decorrência de dois fatores principais: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Vasodilatação e hipotonia vascular pela ação da progesterona, na musculatura da parede dos vasos; ✓ Estase sanguínea nos membros inferiores pela compressão da circulação de retorno pelo útero grávido. <p>Tudo isso conduz à diminuição do débito cardíaco, à hipotensão arterial e à hipóxia cerebral transitória, causa provável das tonturas e desmaios.</p> <ul style="list-style-type: none"> Também estão associadas à hipoglicemia, alteração frequente quando do jejum prolongado da grávida. 	<ul style="list-style-type: none"> Os episódios são, na maioria das vezes, de breve duração e intensidade, dispensando terapêutica medicamentosa. No geral, as medidas profiláticas assumidas, associadas ao esclarecimento da gestante, são eficazes, sendo recomendado: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evitar a inatividade; ✓ Fazer alimentação fracionada (pelo menos três refeições ao dia e dois lanches); ✓ Evitar jejum prolongado; ✓ Sentar com a cabeça abaixada ou deitar-se de decúbito lateral esquerdo e respirar profunda e pausadamente para aliviar os sintomas; ✓ Evitar permanecer, por longo tempo, em ambientes fechados, quentes e sem ventilação adequada; ✓ Orientar a ingestão de líquidos; ✓ Nos casos recorrentes, o uso de meias elásticas para melhorar o retorno venoso pode estar indicado; Avaliar a pressão arterial. 	Enfermeiro(a)/médico(a)

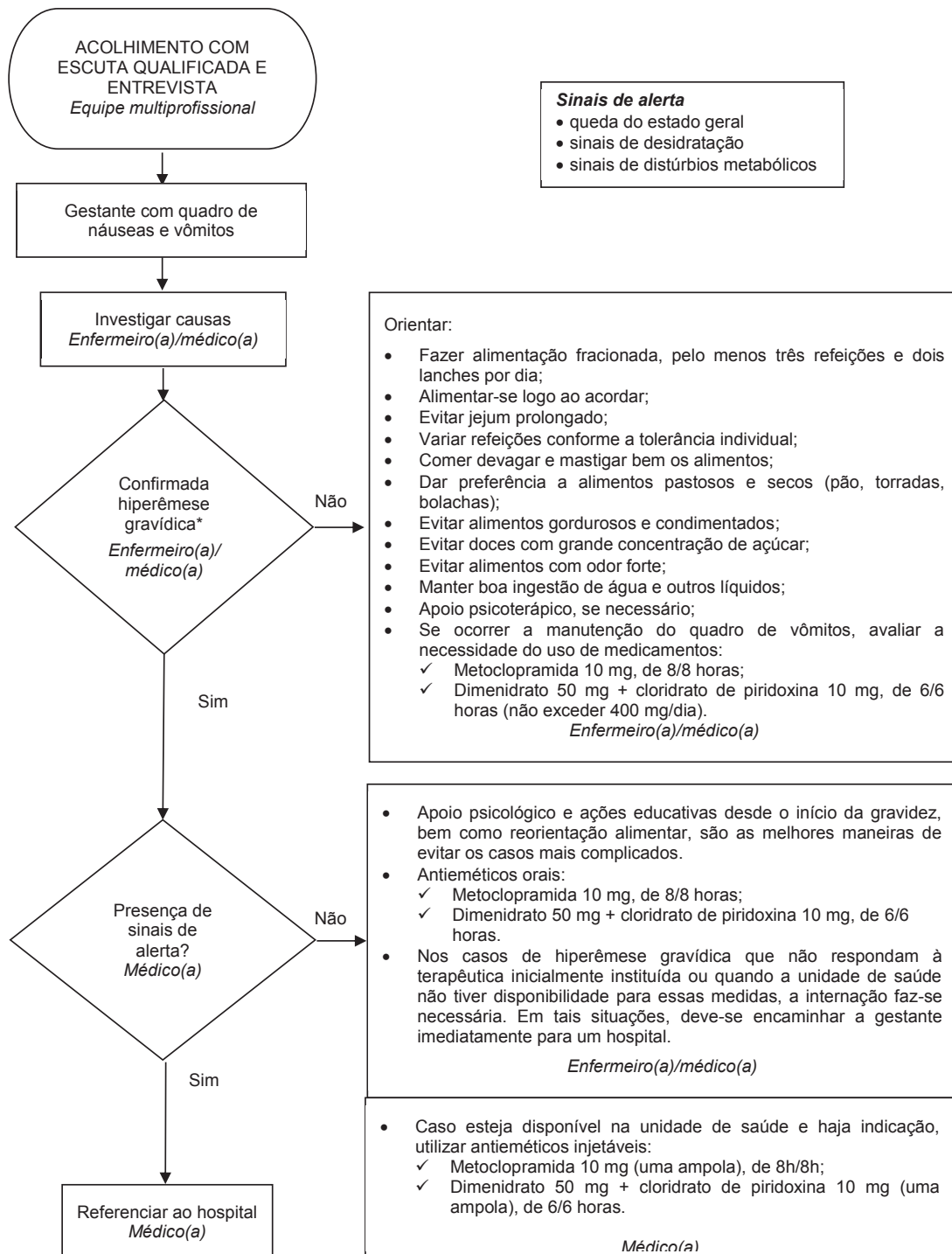
Falta de ar/dificuldade para respirar	<ul style="list-style-type: none"> Embora o fator mecânico (compressão do diafragma pelo útero gravídico) contribua para o agravamento da queixa no final da gestação, é a hiperventilação a maior responsável por esse distúrbio respiratório Avaliar sempre: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Presença de sinais de alerta ✓ Tosse ✓ Edema ✓ História de asma e outras pneumopatias ✓ Sinais ou história de TVP ✓ História de trauma recente ✓ Febre associada 	<ul style="list-style-type: none"> Orientar que são sintomas frequentes na gestação, em decorrência do aumento do útero ou ansiedade da gestante. É recomendado realizar ausculta cardíaca e pulmonar e, se houver alterações, encaminhar para avaliação médica. Solicitar repouso em decúbito lateral esquerdo. Elevar a cabeça (ajuda a resolver o fator mecânico). 	Enfermeiro(a)/médico(a)
Dor nas mamas (mastalgia)	<ul style="list-style-type: none"> Comum na gravidez inicial, provavelmente resultado das ações de hormônios esteroides, fortemente aumentados na gestação. É frequente, na proximidade do parto, a grávida referir a presença de descarga papilar, que, na quase totalidade das vezes, se trata de colostro, fisiológico para a idade gestacional. Avaliar sempre: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Presença de sinais de alerta; ✓ Descargas papilares purulentas ou sanguinolentas. 	<ul style="list-style-type: none"> Esclarecer que o aumento de volume mamário na gestação pode ocasionar desconforto doloroso. É recomendado realizar exame clínico das mamas para descartar qualquer alteração. Orientar uso de sutiã com boa sustentação. 	Enfermeiro(a)/médico(a)
Obstipação/constipação intestinal/flatulências	<ul style="list-style-type: none"> Comum na gestação, agravada pelo esforço na evacuação ou pela consistência das fezes. Muitas vezes associada a queixas anais como fissuras e hemorroidas. 	<ul style="list-style-type: none"> É recomendado: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Ingerir alimentos que formam resíduos, como legumes e verduras – em especial as folhosas, por serem ricas em fibras – e frutas cítricas. ✓ Aumentar a ingestão de água para seis a oito copos/dia (caso não haja nenhuma patologia que a restrinja). ✓ Reavaliar alimentação rica em fibras e evitar alimentos que causem muita fermentação. ✓ Evitar alimentos flatulosos (feijão, grão-de-bico, lentilha, repolho, brócolis, pimentão, pepino e couve). ✓ Recomendar caminhadas leves (se não forem contraindicadas). ✓ Prevenção de fissuras anais (não usar papel higiênico, usar água e sabão para limpeza após as evacuações). Caso essas medidas não resolvam, avaliar a necessidade do uso de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dimeticona (40-80 mg), de 6/6 horas, para flatulência; ✓ Hioscina (10 mg), de 8/8 horas, para dor abdominal; ✓ Supositório de glicerina. 	Enfermeiro(a)/médico(a)

Hemorroida	<ul style="list-style-type: none"> • O mais provável é que, na gestação, as hemorroidas preexistentes e assintomáticas possam ser agravadas. É certo que aquelas previamente sintomáticas se agravam na gestação e, sobretudo, no parto e no pós-parto. • Avaliar sempre sinais de gravidade: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aumento da intensidade da dor; ✓ Endurecimento do botão hemorroidário; ✓ Sangramento retal. 	<ul style="list-style-type: none"> • É recomendado: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dieta rica em fibras, estimular a ingestão de líquidos e, se necessário, supositórios de glicerina; ✓ Higiene local com duchas ou banhos após a evacuação; ✓ Banho de assento com água morna; ✓ Usar anestésicos tópicos, se necessário; • Obs.: tratamentos esclerosantes ou cirúrgicos são contraindicados • Se ocorrerem complicações como trombose, encaminhar para o hospital de referência. 	Enfermeiro(a)/médico(a)
Dor lombar	<ul style="list-style-type: none"> • A adaptação da postura materna sobrecarrega as articulações da coluna vertebral, sobretudo a lombossacral. • Avaliar sempre: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Características da dor (mecânica ou inflamatória, tempo de evolução, fatores de melhora ou piora, relação com o movimento); ✓ Sinais e sintomas associados (alerta para febre, mal-estar geral, sintomas urinários, enrijecimento abdominal e/ou contrações uterinas, déficit neurológico); ✓ História de trauma. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Corrigir a postura ao se sentar e andar; ✓ Observar a postura adequada, evitando corrigir a lordose fisiológica; ✓ Recomendar o uso de sapatos confortáveis e evitar saltos altos; ✓ Recomendar a aplicação de calor local e massagens especializadas; ✓ Recomendar acupuntura; ✓ Indicar atividades de alongamento e orientação postural. • Se não melhorarem as dores, considerar o uso de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas; ✓ Dipirona (500-1.000 mg), de 6/6 horas. 	Enfermeiro(a)/médico(a)
Corrimento vaginal	<ul style="list-style-type: none"> • O aumento do fluxo vaginal é comum na gestação, sendo importante realizar avaliação adequada, pelo fato de as vulvovaginites infecciosas estarem associadas ao parto prematuro, baixo peso ao nascer, rotura prematura de membranas. • Avaliar sempre: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Se há queixas de mudanças do aspecto do corrimento, coloração, presença de sintomas associados como prurido, ardência, odor e outros; ✓ Consultar o Fluxograma 7 do capítulo 1. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar: <ul style="list-style-type: none"> ✓ O fluxo vaginal normal é comumente aumentado durante a gestação e não causa prurido, desconforto ou odor fétido; ✓ Lembrar que em qualquer momento da gestação podem ocorrer as DST. • Não usar cremes vaginais quando não houver sinais e sintomas de infecção vaginal (ver avaliação e tratamento no Quadro-Síntese do capítulo 1). 	Enfermeiro(a)/médico(a)
Cefaleia	<ul style="list-style-type: none"> • É importante afastar as hipóteses de hipertensão arterial e pré-eclâmpsia. • Avaliar sempre: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sinais de cefaleia secundária; ✓ Sintomas antes da gravidez; ✓ Diagnóstico prévio de enxaqueca; ✓ Uso de medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Repouso em local com pouca luminosidade e boa ventilação; ✓ Conversar com a gestante sobre suas tensões, conflitos e temores; ✓ Se dor recorrente, agendar consulta médica e orientar sobre os sinais de alerta, como frequência, intensidade etc. • Considerar o uso de analgésicos comuns: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas; ✓ Dipirona (500-1.000 mg), de 6/6 horas. 	Enfermeiro(a)/médico(a)

Varizes	<ul style="list-style-type: none"> • Manifestam-se, preferencialmente, nos membros inferiores e na vulva, exibindo sintomatologia crescente com o evoluir da gestação. • Avaliar sempre: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dor contínua ou ao final do dia; ✓ Presença de sinais flogísticos; ✓ Edema persistente. 	<ul style="list-style-type: none"> • Orientar que o tratamento na gestação consiste nas seguintes medidas profiláticas: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mudar de posição com maior frequência; ✓ Não permanecer por muito tempo em pé, sentada ou com as pernas cruzadas; ✓ Repousar por 20 minutos com as pernas elevadas, várias vezes ao dia; ✓ Utilizar meia elástica com suave ou média compressão, que pode aliviar o quadro de dor e edema dos membros inferiores; ✓ Não usar roupas muito justas, ligas nas pernas e nem meias 3/4 ou 7/8. • Valorizar a possibilidade de complicações tromboembólicas. 	Enfermeiro(a)/médico(a)
Câimbras	<ul style="list-style-type: none"> • Espasmos musculares involuntários e dolorosos que acometem, em especial, os músculos da panturrilha e se intensificam com o evoluir da gestação. • Avaliar sempre: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Uso de medicamentos; ✓ Presença de varizes; ✓ Fadiga muscular por uso excessivo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Os cuidados gerais são mais eficazes que a conduta medicamentosa, sendo recomendado: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Evitar o alongamento muscular excessivo ao acordar, em especial dos músculos do pé (ato de se espreguiçar); ✓ Na gestação avançada, devem ser evitados o ortostatismo (ficar em pé) prolongado e a permanência na posição sentada por longo período, como em viagens demoradas; ✓ Nas crises, a grávida com câimbras nos membros inferiores se beneficia muito do calor local, da aplicação de massagens na perna e da realização de movimentos passivos de extensão e flexão do pé; ✓ Evitar excesso de exercício físico e massagear o músculo contraído e dolorido; ✓ Realizar alongamentos específicos, com orientação profissional. 	Enfermeiro(a)/médico(a)
Estrias	<ul style="list-style-type: none"> • Lesões dermatológicas definitivas que aparecem na segunda metade da gravidez e se localizam, preferencialmente, no abdome inferior, na região glútea, nas coxas e nos seios. 	<ul style="list-style-type: none"> • É recomendado: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientar que são frequentes após o 5º mês de gestação, geralmente no quadril, abdome e mamas, ocasionadas pela distensão dos tecidos, e que não existe método eficaz de prevenção; ✓ Ainda que polêmica, na tentativa de preveni-las, pode ser recomendada a massagem local, com óleos e cremes hidratantes compatíveis com a gravidez, livre de conservantes ou qualquer outro alergênico. • Qualquer tratamento de estrias está contraindicado na gestação, inclusive o uso de ácido retinóico, também contraindicado na amamentação. 	Enfermeiro(a)/médico(a)

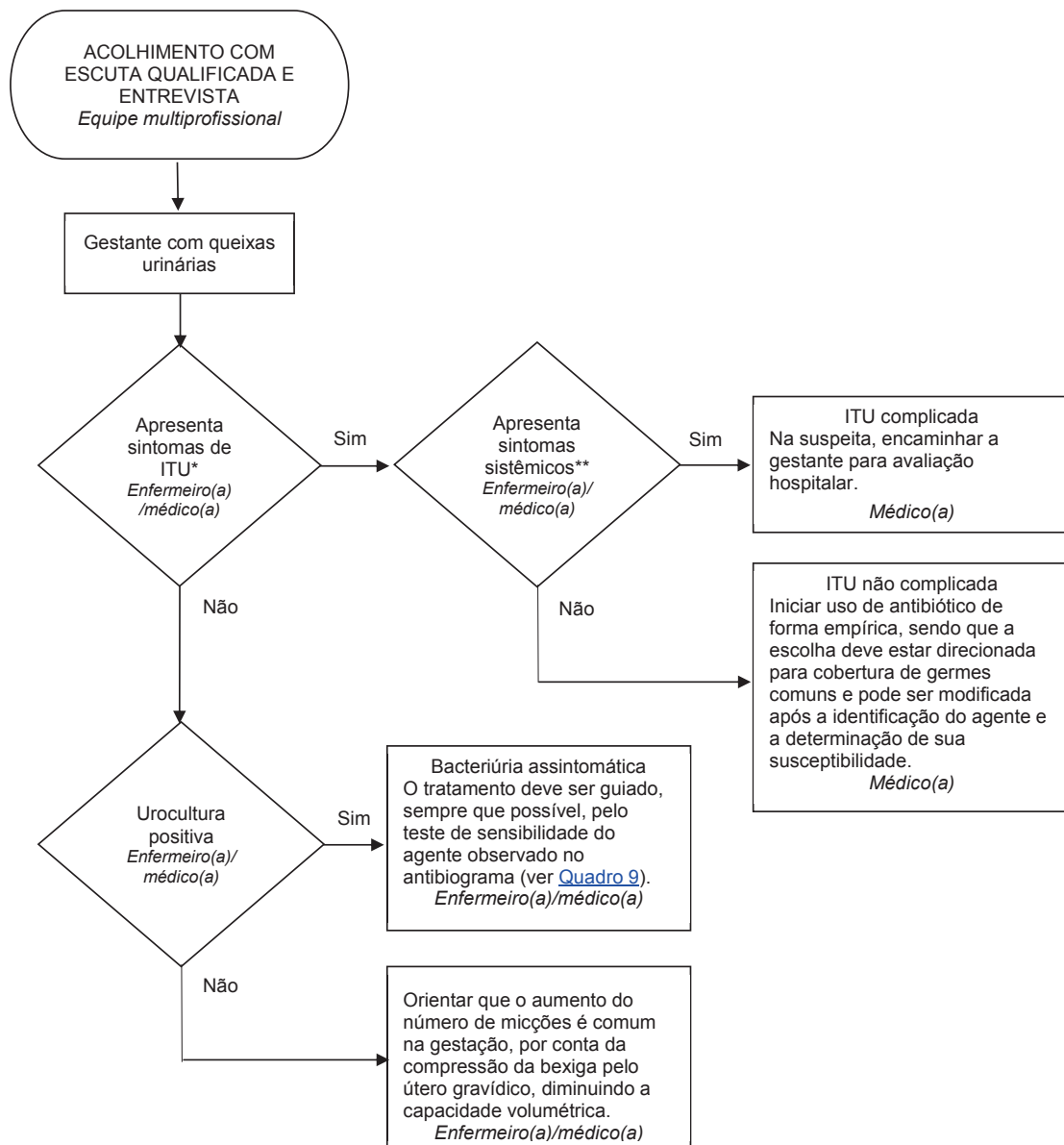
Pigmentação/cloasma gravídico	<ul style="list-style-type: none"> • O aparecimento de manchas castanhas e irregulares na face ocorre em torno de 50% a 70% das gestantes, dando origem ao cloasma gravídico. • A maioria das gestantes também apresenta grau de hiperpigmentação cutânea, especialmente na segunda metade da gravidez. 	<ul style="list-style-type: none"> • Geralmente estas hiperpigmentações desaparecem lentamente, ou ao menos regredem após o parto. Entretanto, um número considerável de casos exige tratamento dermatológico • É recomendado: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientar que é comum na gravidez e costuma diminuir ou desaparecer após o parto ✓ Evitar exposição direta ao sol (usar boné, chapéu ou sombrinha) ✓ Utilizar filtro solar, aplicando no mínimo três vezes ao dia • O uso de ácido azelaico (despigmentante) é permitido na gestação 	Enfermeiro(a)/médico(a)
Alterações na movimentação fetal	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterizada pela ausência, diminuição ou parada de movimentação fetal. • A movimentação fetal se reduz ante a hipoxemia. • Quando são relatadas mudanças abruptas no padrão de movimentação do conceito, elas podem revelar comprometimento fetal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar avaliação clínica, com observação cuidadosa dos batimentos cardíacos fetais. • Recomenda-se: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Orientar, a partir de 26 semanas, a realização de “mobilograma” (ver Saiba Mais) diário: pós-café, almoço e jantar (normal seis ou mais movimentos em uma hora em decúbito lateral esquerdo). ✓ Reduzir o intervalo entre as consultas de rotina. 	Enfermeiro(a)/médico(a)
Sangramento na gengiva	<ul style="list-style-type: none"> • Caracterizada por vasodilatação, por aumento da vascularização e por edema do tecido conjuntivo, alterações estas provocadas por acentuado incremento na produção de hormônios esteroides. • A hipertrofia gengival e a doença periodontal necessitam de atenção especializada. • Avaliar sempre outras patologias que possam cursar com tais sintomas, em especial os distúrbios de coagulação, bem como a síndrome HELLP. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recomenda-se: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Escovação dentária delicada, com o uso de escova de dentes macia e fio dental; ✓ Orientar a realização de massagem na gengiva; ✓ Realizar bochechos com soluções antissépticas. • Agendar atendimento odontológico sempre que possível. 	Enfermeiro(a)/médico(a)
Epistaxe e congestão nasal	<ul style="list-style-type: none"> • Geralmente fisiológicos, resultam da embebição gravídica da mucosa nasal provocada pelos hormônios esteroides (vasodilatação, aumento da vascularização e edema do tecido conjuntivo). • Avaliar sempre outras patologias que possam cursar com tais sintomas, em especial os distúrbios de coagulação, no caso de epistaxe. 	<ul style="list-style-type: none"> • Congestão nasal: instilação nasal de soro fisiológico. • Epistaxe: leve compressão na base do nariz. Casos mais graves: encaminhar ao especialista ou ao serviço de emergência. 	Enfermeiro(a)/médico(a)

Fluxograma 2 – O que fazer nos quadros de náusea e vômitos^{2,7}



* Hiperêmese gravídica: 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).

Fluxograma 3 – O que fazer nas queixas urinárias^{2, 7}



Antibióticos de escolha no tratamento da bacteriúria assintomática e ITU não complicada em gestantes:

- Nitrofurantoína (100 mg), uma cáp., de 6/6 horas, por 10 dias (evitar após a 36ª semana de gestação);
- Cefalexina (500 mg), uma cáp., de 6/6 horas, por 7 a 10 dias;
- Amoxicilina-clavulanato (500 mg), uma cáp., de 8/8 horas, por 7 a 10 dias.

Enfermeiro(a)/médico(a)

- Repetir urinocultura sete a dez 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.
- Para orientações referentes à coleta da urinocultura (ver [Saiba Mais](#)).

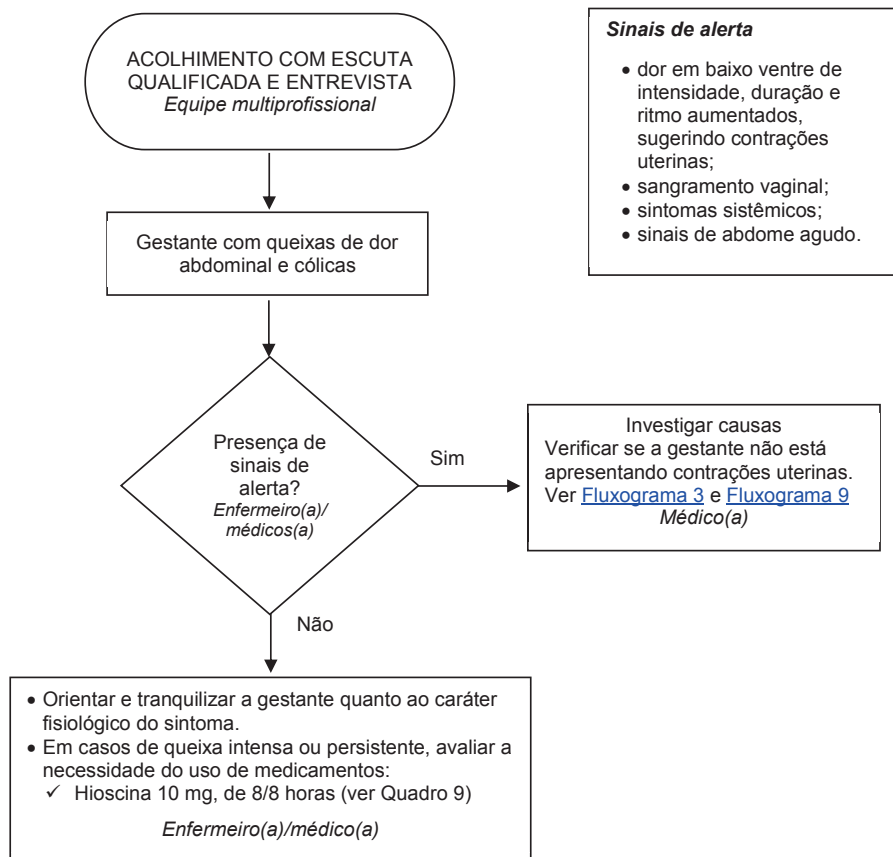
* Sintomas de infecção do trato urinário (ITU):

- dor ao urinar;
- dor suprapúbica;
- urgência miccional;
- aumento da frequência urinária;
- nictúria;
- estrangúria;
- presença de sangramento visível na urina.

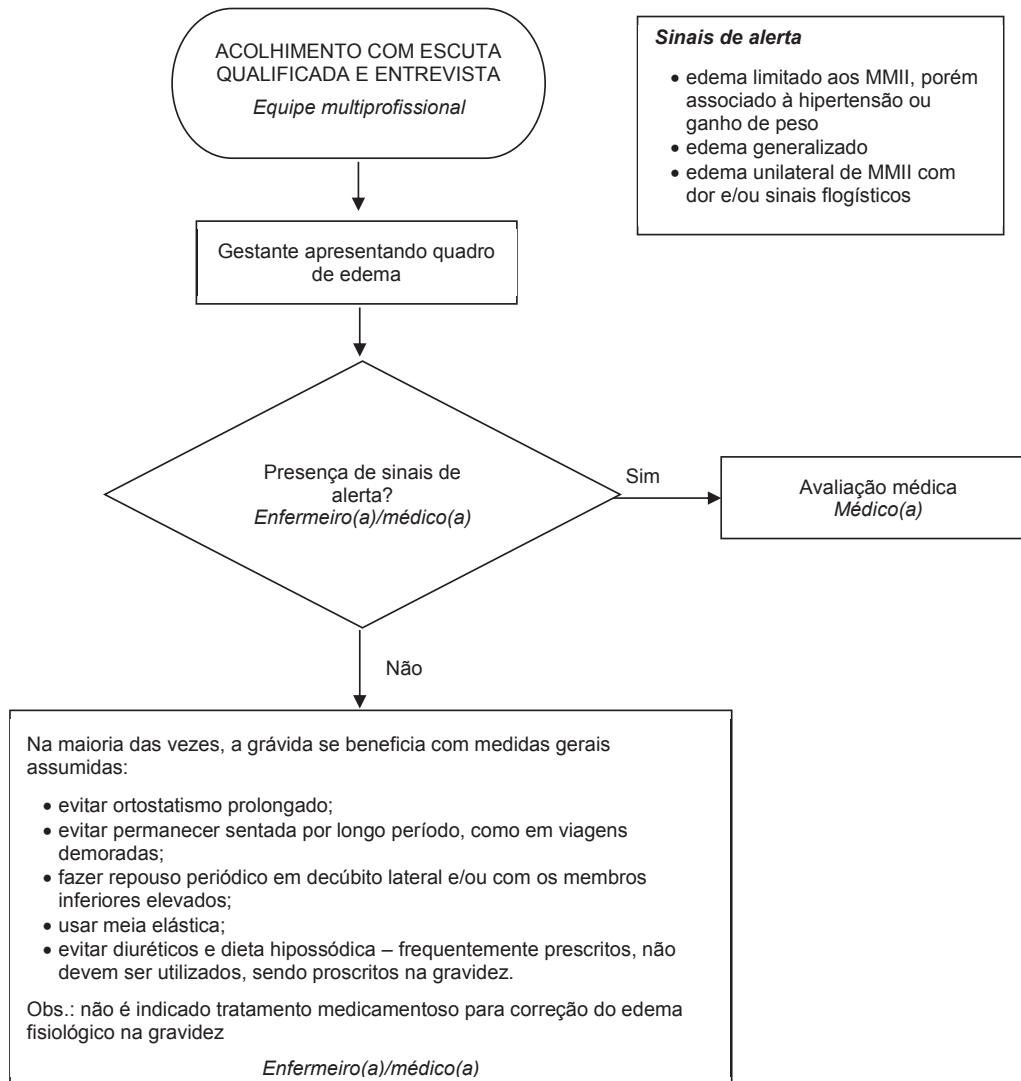
** Sintomas sistêmicos:

- febre;
- taquicardia;
- calafrios;
- náuseas;
- vômitos;
- dor lombar, com sinal de giordano positivo;
- dor abdominal.

Fluxograma 4 – O que fazer nos quadros de dor abdominal e cólicas^{2, 7}



Fluxograma 5 – O que fazer nos quadros de edema^{2, 7}



Quadro 8 – Atenção às intercorrências do pré-natal^{2, 7}

INTERCORRÊNCIA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Abortamento	<ul style="list-style-type: none"> ✓ 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. ✓ Para o diagnóstico de certeza entre uma ameaça de aborto e abortamento inevitável: presença de saco embrionário íntegro e/ou conceito vivo. ✓ Para o diagnóstico de aborto incompleto: presença de restos ovulares. ✓ Para o diagnóstico de aborto retido: presença de conceito morto ou ausência de saco embrionário. • No aborto infectado: secreção fétida endovaginal, dor pélvica intensa à palpação, calor local e febre, além de comprometimento variável do estado geral. 	<ul style="list-style-type: none"> • Na ameaça de aborto: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Administrar, por tempo limitado, antiespasmódicos (hioscina, 10 mg, um comprimido, via oral, de 8/8 horas); ✓ Recomendar abstinência sexual; ✓ Observar evolução do quadro, pois uma ameaça de abortamento pode evoluir para gestação normal ou para abortamento inevitável; ✓ Caso não seja possível realizar USG, encaminhar ao hospital de referência obstétrica. • No abortamento inevitável e aborto retido: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Encaminhar para o hospital de referência obstétrica • No abortamento infectado: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Iniciar fluidoterapia, para a estabilização hemodinâmica; ✓ Encaminhar para o hospital de referência obstétrica. 	Médico(a)
Gravidez ectópica	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Características:</i> <ul style="list-style-type: none"> ✓ História de atraso menstrual com teste positivo para gravidez; ✓ Perda sanguínea uterina e dor pélvica intermitente, na fase inicial, evoluindo para dor contínua e intensa, dor pélvica intermitente; ✓ USG após 5ª semana de gestação não demonstrando gravidez tópica. • 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. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar a gestante para um hospital de referência obstétrica. 	Médico(a)

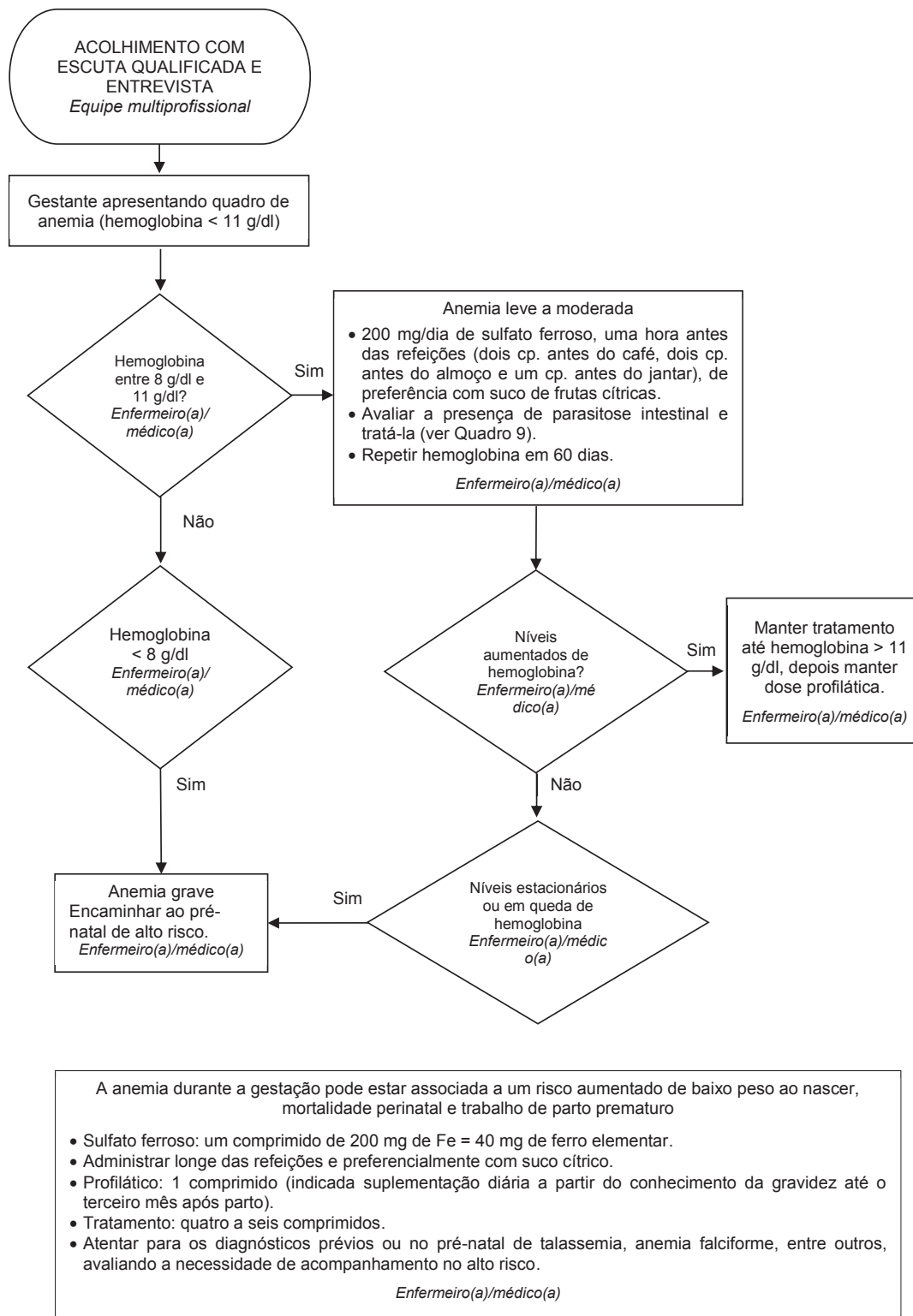
INTERCORRÊNCIA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Outras causas de sangramento	<ul style="list-style-type: none"> • Doença trofoblástica gestacional <i>Características:</i> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Presença de sangramento vaginal intermitente, de intensidade variável, indolor e, por vezes, acompanhado da eliminação de vesículas (sinal patognomônico); ✓ A altura uterina ou o volume uterino, em geral, é incompatível com o esperado para a idade gestacional, sendo maior previamente a um episódio de sangramento e menor após (útero em sanfona); ✓ Não há presença de batimentos cardíacos ou outras evidências de embrião (nas formas completas); ✓ A presença de hiperêmese é mais frequente, podendo levar a mulher a estados de desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos; ✓ A doença trofoblástica pode vir com sangramento volumoso e até choque; ✓ A doença trofoblástica pode vir com DHEG precoce. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar a gestante ao hospital de referência obstétrica. 	Médico(a)
	<ul style="list-style-type: none"> • Descolamento corioamniótico <i>Características:</i> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sangramento de pequena intensidade no primeiro trimestre; ✓ A evolução em geral é boa e não representa quadro de risco materno e/ou ovular. <i>Realização de exame ultrassonográfico</i> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Visualização do descolamento corioamniótico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Recomendações: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Recomendar abstinência sexual; ✓ Caso haja disponibilidade de USG, a condução pode ser realizada na UBS. • Caso não seja possível realizar USG, encaminhar ao hospital de referência obstétrica. 	Médico(a)

INTERCORRÊNCIA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Descolamento prematuro da placenta (DPP)	<p><i>Características:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Aparecimento de dor abdominal súbita, com intensidade variável; ✓ Sangramento vaginal que pode variar de sangramento discreto a volumoso, 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 (útero de Couvelaire); ✓ Causa importante de sangramento no 3º trimestre. <p><i>Realização do exame obstétrico:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Na fase inicial, ocorre taqui-hipersistolia (contrações muito frequentes [> cinco em dez minutos] e intensas), seguida de hipertonia uterina e alteração dos batimentos cardíacos fetais; ✓ Útero, em geral, encontra-se hipertônico, doloroso, sensível às manobras palpatórias; ✓ Os batimentos cardíacos fetais podem estar alterados ou ausentes; ✓ Comprometimento variável das condições gerais maternas, desde palidez de pele e mucosas até choque e distúrbios da coagulação sanguínea. 	<ul style="list-style-type: none"> • Na suspeita diagnóstica, encaminhar a gestante, como emergência, ao hospital de referência obstétrica. 	Enfermeiro(a)/médico(a)
Placenta prévia	<p><i>Características:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sangramento vaginal, súbito, de cor vermelho-vivo, de quantidade variável, indolor. É episódica, recorrente e progressiva. <p><i>Realização do exame obstétrico:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Revela volume e tono uterinos 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 de toque vaginal. <p><i>Realização de exame ultrassonográfico, se possível:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Visualização de placenta em localização baixa, confirmando o diagnóstico; ✓ Frequentemente, as placentas no início da gestação encontram-se localizadas na porção inferior do útero. Entretanto, somente 10% das placentas baixas no segundo trimestre permanecem prévias no termo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Referenciar a gestante para o alto risco. 	Enfermeiro(a)/médico(a)

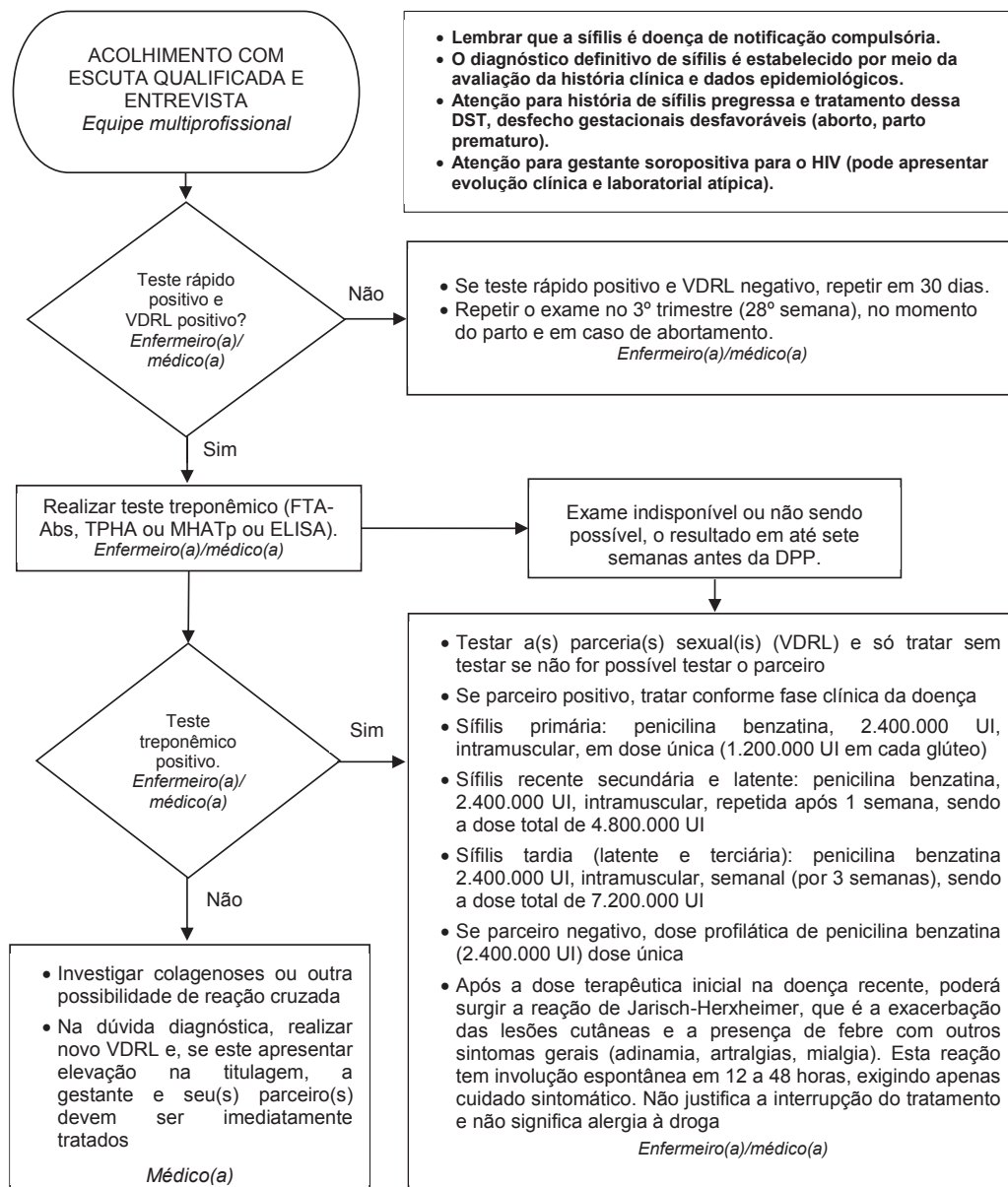
INTERCORRÊNCIA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Trabalho de parto prematuro (TPP)	<p><i>Características:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ O TPP frequentemente está relacionado a infecções urinárias e vaginais, principalmente à vaginose bacteriana; ✓ Para a vaginose bacteriana, pode ser feita a abordagem sintômica ou a realização do exame de bacterioscopia da secreção vaginal onde estiver disponível; ✓ Na suspeita de infecção urinária, tratar conforme Fluxograma 3 e solicitar urina tipo I e urocultura; ✓ Na presença de contrações uterinas rítmicas e regulares, porém sem modificação cervical, caracteriza-se o falso trabalho de parto prematuro. Tais casos costumam evoluir bem apenas com o repouso, principalmente se identificada e tratada a causa de base. 	<ul style="list-style-type: none"> • Solicitar avaliação especializada, quando possível. • O trabalho de parto prematuro constitui situação de risco gestacional, portanto a gestante deve ser encaminhada para um centro ou maternidade de referência. 	Enfermeiro(a)/médico(a)
Anemia	<p><i>Fatores de risco para anemia na gestação:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Dieta com pouco ferro, vitaminas ou minerais; ✓ Perda de sangue decorrente de cirurgia ou lesão; ✓ Doença grave ou de longo prazo (como câncer, diabetes, doença nos rins, artrite reumatoide, retrovirose, doença inflamatória do intestino, doença no fígado, insuficiência cardíaca e doença na tireoide); ✓ Infecções de longo prazo; ✓ Histórico familiar de anemia herdada, como talassemia e anemia falciforme. <p><i>Características:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ A anemia durante a gestação pode estar associada a um risco aumentado de baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e trabalho de parto prematuro; ✓ Atentar para os diagnósticos prévios ou no pré-natal de talassemia, anemia falciforme, entre outros. 	Ver Fluxograma 6	Ver Fluxograma 6

INTERCORRÊNCIA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER	QUEM FAZ
Hipertensão arterial, pré-eclâmpsia, eclâmpsia	<p><i>Hipertensão arterial:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Define-se como hipertensão arterial quando a pressão arterial sistólica atinge valor ≥ 140 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica atinge valor ≥ 90 mmHg, em duas medidas com intervalo de pelo menos quatro horas; ✓ As consultas pré-natais devem ser mensais até a 30ª semana, quinzenais até a 34ª semana e semanais após essa idade gestacional até o parto. <p><i>Pré-eclâmpsia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Caracterizada pelo aparecimento de HAS e proteinúria após a 20ª semana de gestação em mulheres previamente normotensas. <p><i>Eclâmpsia:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Na hipertensão arterial: <ul style="list-style-type: none"> ✓ A metildopa é a droga preferida por ser a mais bem estudada e por não haver evidência de efeitos deletérios para o feto (750-2.000 mg/dia); ✓ Outros antagonistas de canais de cálcio (ACC), como nifedipino (10-80 mg/dia), podem ser considerados como alternativas; ✓ Os betabloqueadores são considerados seguros na gravidez, embora se atribua a eles redução no crescimento fetal. • Por seus efeitos danosos ao feto, os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA), como captopril, e antagonistas da angiotensina II, como losartana, devem ser substituídos. • Na pré-eclâmpsia: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Referenciar à urgência obstétrica e, caso a gestante não fique internada, encaminhar ao pré-natal de alto risco. • Na eclâmpsia: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Referenciar à urgência obstétrica. • Ver Fluxograma 12. 	Enfermeiro(a)/médico(a)
Diabetes mellitus gestacional	<p><i>Características:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Sintomas que levantam a suspeita clínica são: fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar e infecções de repetição; ✓ Algumas vezes, o diagnóstico é feito a partir de complicações crônicas, como neuropatia, retinopatia ou doença cardiovascular aterosclerótica. 	Ver Fluxograma 11 .	Ver Fluxograma 11
IST	<p><i>Características:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> ✓ As infecções sexualmente transmissíveis (IST), mais conhecidas como DST, podem ocorrer em qualquer momento do período gestacional; ✓ Abortos espontâneos, natimortos, baixo peso ao nascer, infecção congênita e perinatal estão associados às DST não tratadas em gestantes. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tratar conforme diagnóstico, respeitando as particularidades da gestação (ver capítulo 1, sobre Queixas mais comuns). 	Enfermeiro(a)/médico(a)
Alterações do líquido amniótico	<ul style="list-style-type: none"> • Polidrâmnio. • Oligodrâmnio. • Amniorrexe prematura. • Ver Fluxograma 10. 	Ver Fluxograma 10 .	Ver Fluxograma 10
Gestação prolongada ou pós-datismo	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Características:</i> <ul style="list-style-type: none"> ✓ Gestação prolongada é aquela cuja idade gestacional encontra-se entre 40 e 42 semanas; ✓ Gestação pós-termo é aquela que ultrapassa 42 semanas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Encaminhar a gestante com IG > 41 para um centro de referência para outros testes de vitalidade fetal. • Monitorar a gestante até a internação para o parto. 	Enfermeiro(a)/médico(a)

Fluxograma 6 – O que fazer na anemia gestacional^{2, 7}



Fluxograma 7 – O que fazer nos quadros de sífilis^{2,7}

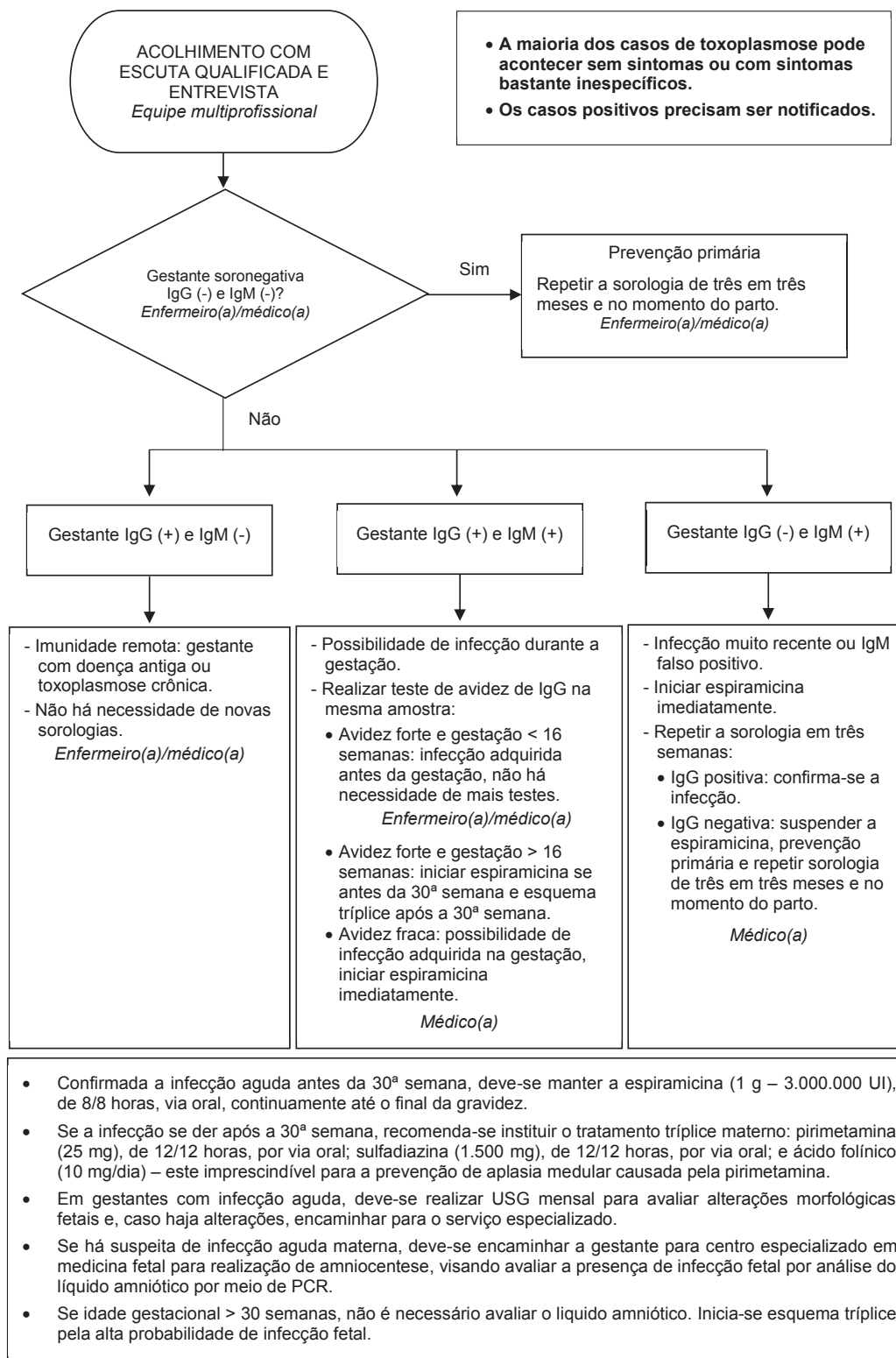


- As gestantes com história comprovada de alergia à penicilina devem ser encaminhadas para um centro de referência, para que se realize a dessensibilização. A penicilina é a única droga treponemicida que atravessa a barreira placentária e, portanto, trata também o feto.
- As gestantes com manifestações neurológicas e/ou cardiovasculares devem ser hospitalizadas e submetidas a esquemas especiais de penicilina via intravenosa.

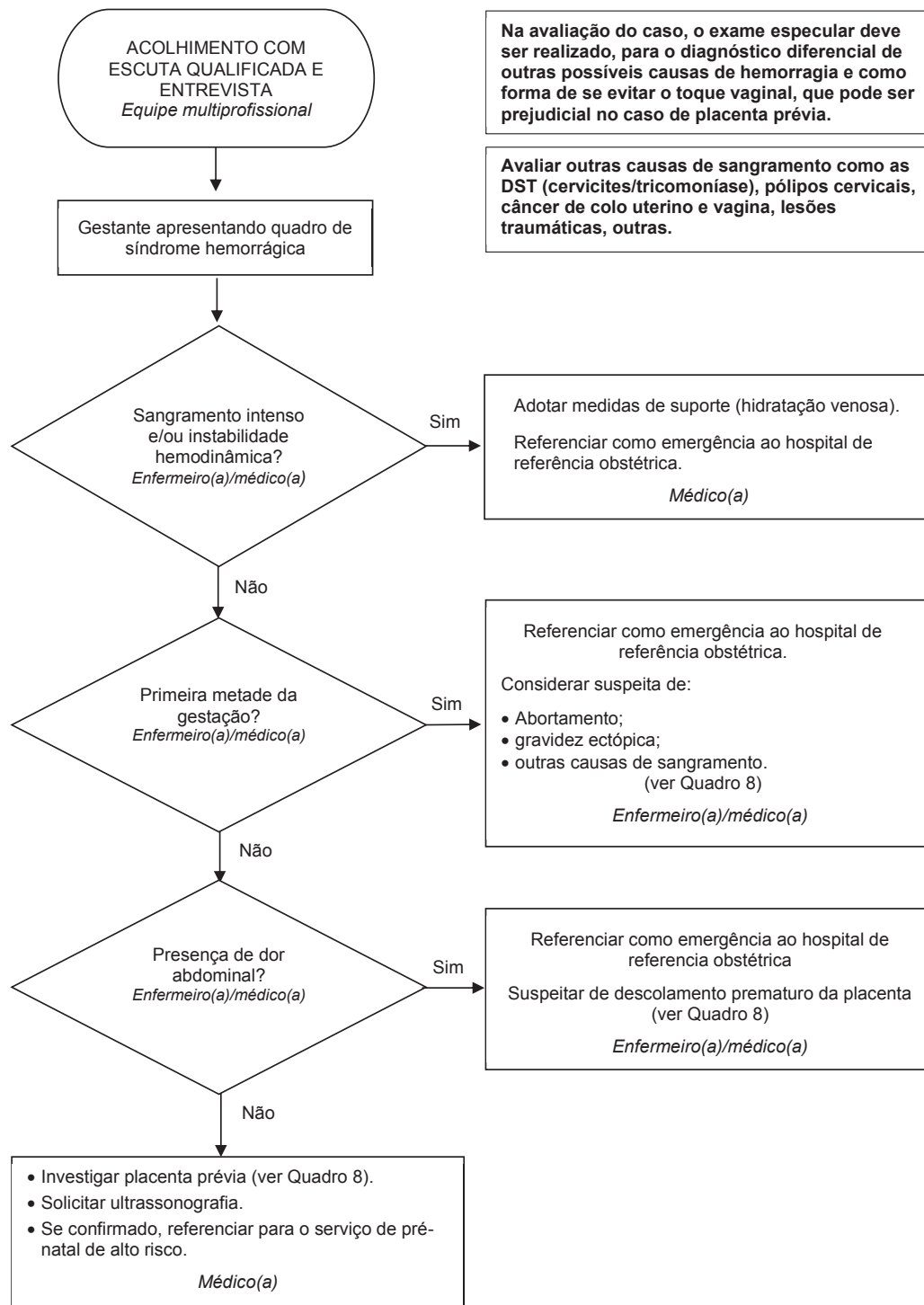
Com a instituição do tratamento correto, o teste não treponêmico (VDRL) tende a se negativar em 6 a 12 meses, podendo, no entanto, permanecer com títulos baixos por longos períodos de tempo ou até por toda a vida; é o que se denomina memória ou cicatriz sorológica da sífilis.

- ✓ Os testes não treponêmicos (VDRL) devem ser realizados mensalmente para controle de cura.
- ✓ Nos casos de sífilis primária e secundária, os títulos devem declinar em torno de quatro vezes em três meses e oito vezes em seis meses.
- ✓ Se os títulos se mantiverem baixos e estáveis em duas oportunidades, após um ano, pode ser dada alta.

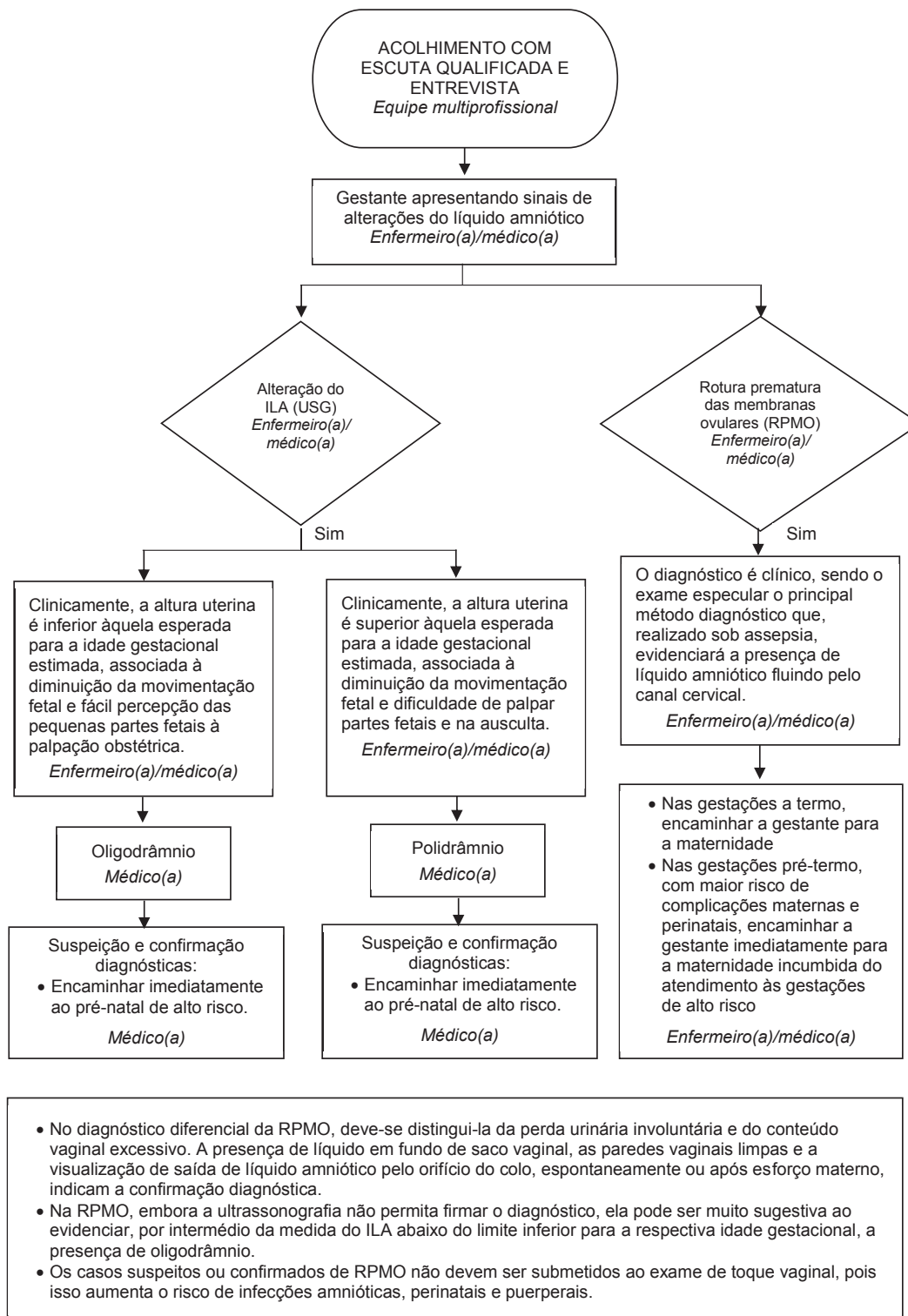
Fluxograma 8 – O que fazer nos quadros de toxoplasmose^{2,7}



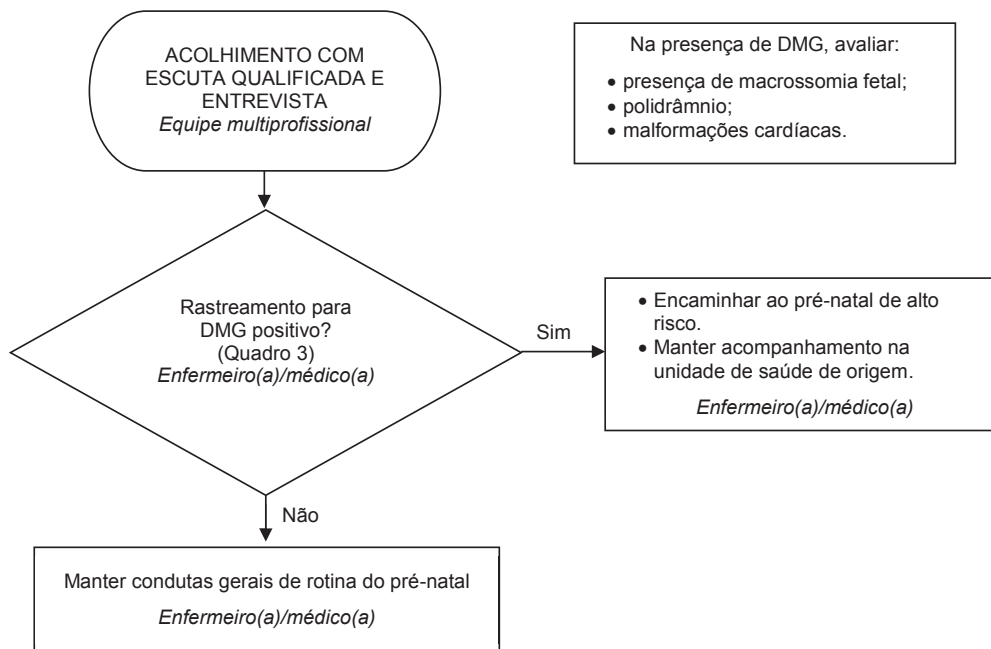
Fluxograma 9 – O que fazer nas síndromes hemorrágicas^{2,7}



Fluxograma 10 – O que fazer nos quadros de alterações do líquido amniótico^{2,7}



Fluxograma 11 – O que fazer no *diabetes mellitus* gestacional (DMG)^{2,7}



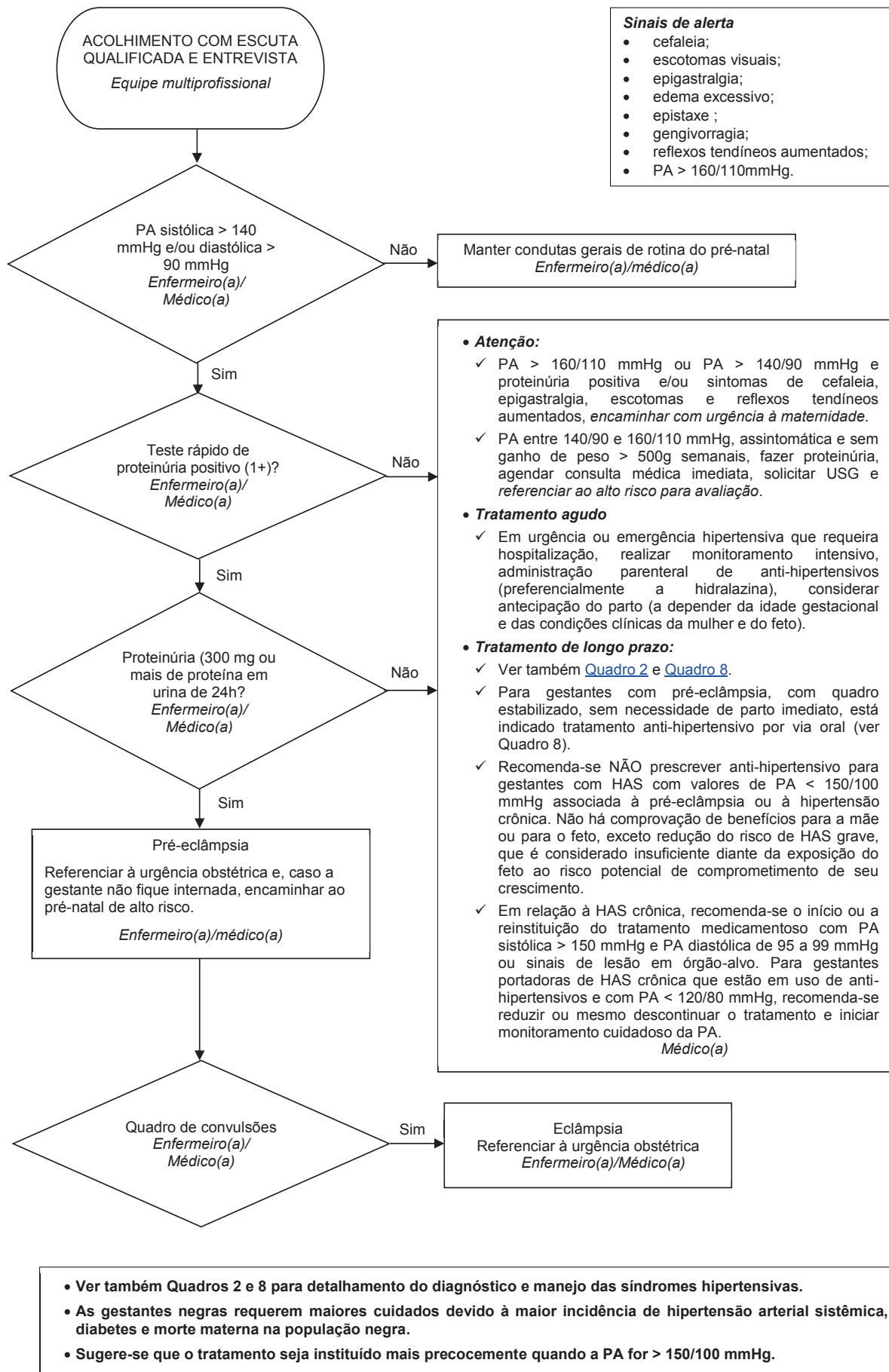
Fatores de risco para DMG:

- 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, polidrâmnio, hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual;
- antecedentes obstétricos de abortamentos de repetição, malformações, morte fetal ou neonatal, macrosomia (peso $\geq 4,5$ kg) ou DMG;
- história familiar de DM em parentes de 1º grau;
- síndrome de ovários policísticos.

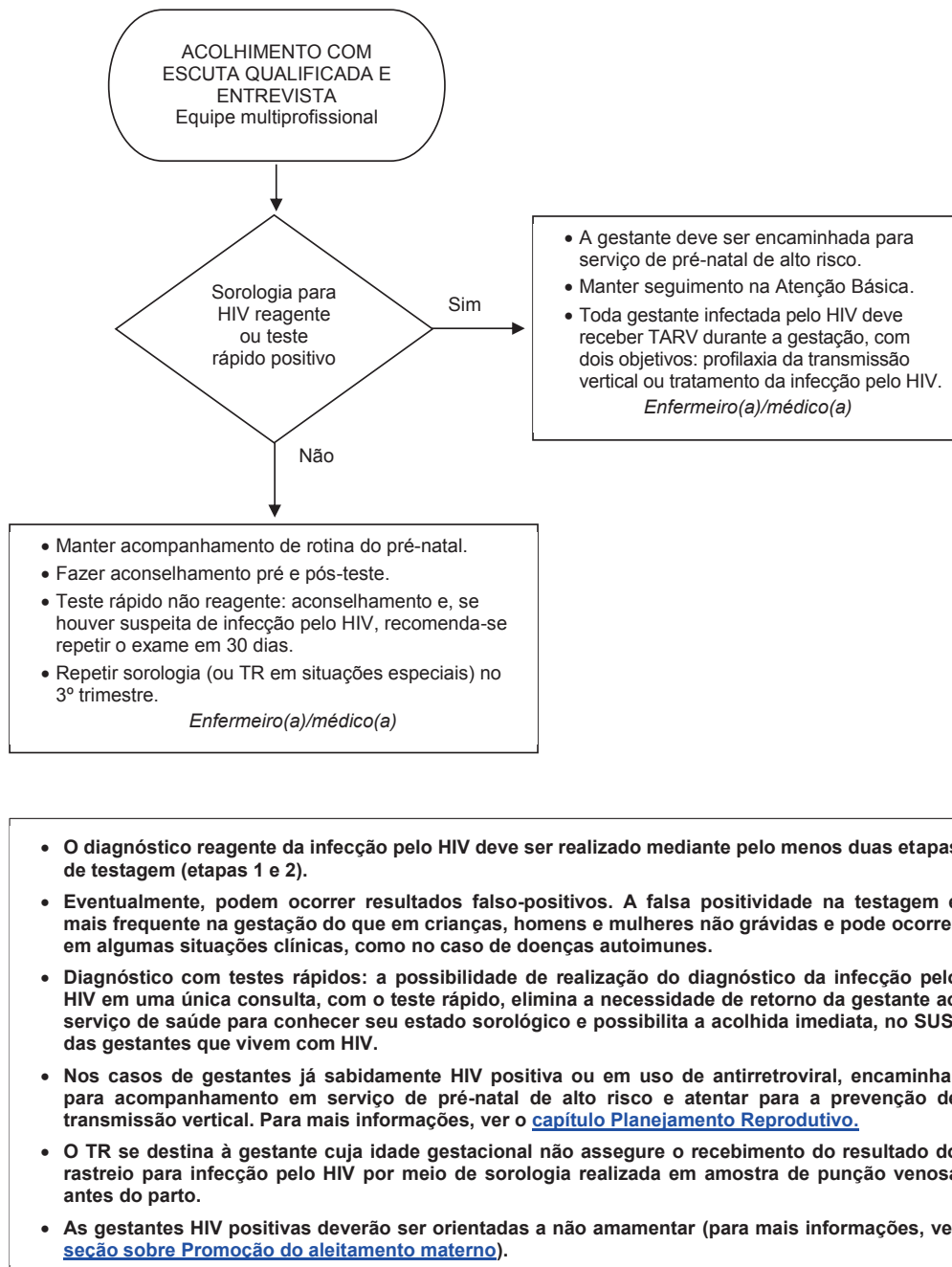
Recomendações

- 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.
- Os hipoglicemiantes orais são contraindicados na gestação devido ao risco aumentado de anomalias fetais.
- Na grande 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 prévio 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 ou medidor glicêmico apropriado – método ideal de controle.

Fluxograma 12 – O que fazer nas síndromes hipertensivas, pré-eclâmpsia e eclâmpsia^{2, 7}



Fluxograma 13 – O que fazer nos resultados de sorologia do HIV^{2, 7}



Quadro 9 – Relação de medicamentos essenciais na atenção ao pré-natal^{7, 17}

MEDICAMENTO	USO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	GRAU DE SEGURANÇA	
				Gestação	Lactação
Aciclovir	<ul style="list-style-type: none"> • Herpes simples 	Comprimido (200 mg)	200-400 mg, 5x/dia (10 dias se primoinfecção e 5 dias na recorrência)	C	B
Ácido acetilsalicílico	<ul style="list-style-type: none"> • Lúpus eritematoso sistêmico • Síndrome antifosfolípide 	Comprimido (100 mg e 500 mg)	<ul style="list-style-type: none"> • 500 mg, 1-4x/dia (antipirético e analgésico) • 100 mg, 1x/dia (profilaxia de pré-eclâmpsia) 	C/D	C
Ácido fólico	<ul style="list-style-type: none"> • Prevenção de defeitos do tubo neural • Anemia • Anemia megaloblástica 	<ul style="list-style-type: none"> • Solução oral (0,2 mg/ml) • Cápsula gelatinosa mole (400µg ou 0,4 mg) 	400µg ou 0,4 mg, dose única diária <ul style="list-style-type: none"> • Anemia: até a cura e durante o puerpério. • Prevenção de defeitos do tubo neural: pelo menos 30 dias antes da data em que se planeja engravidar até o final da gestação. 	A	A
Ácido folínico	<ul style="list-style-type: none"> • Toxoplasmose • Feto infectado 	Comprimido (15 mg)	1 comprimido, 1x/dia (durante três semanas seguidas, com pausa de três semanas, da época de diagnóstico da infecção fetal até o termo da gestação)	B	B
Alfa-metildopa	<ul style="list-style-type: none"> • Hipertensão arterial 	Comprimido (250 mg)	750-2.000 mg/dia (na concepção, na gestação e puerpério)	B	B
Amoxicilina	<ul style="list-style-type: none"> • Antibioticoterapia 	<ul style="list-style-type: none"> • Cápsula (500 mg) • Pó para suspensão oral (50 mg/ml) 	500 mg, 8/8 horas (de 7 a 10 dias)	B	B
Ampicilina	<ul style="list-style-type: none"> • Infecção urinária • Infecções RN • Abortamento infectado • Infecção puerperal • Endocardite bacteriana 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimido (500 mg) • Pó para solução injetável (500-1.000 mg) 	500 mg, 6/6 horas (VO, IM ou EV) (de 7 a 10 dias)	A	A
Azitromicina	<ul style="list-style-type: none"> • Antibioticoterapia 	Comprimido (500 mg)	<ul style="list-style-type: none"> • 500 mg, dose única diária (por 3 dias) • 1,5-2 g em dose única 	C	B
Carbamazepina	<ul style="list-style-type: none"> • Epilepsia 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimido (200 mg) • Xarope (20 mg/ml) 	200-400 mg, dose única diária	D	B
Cefalexina	<ul style="list-style-type: none"> • Infecção urinária • Bacteriúria 	<ul style="list-style-type: none"> • Cápsula (500 mg) • Suspensão oral (50 mg/ml) 	500 mg, 6/6 horas (por 7 dias)	B	B
Ceftriaxona	<ul style="list-style-type: none"> • Infecção urinária • Cervicite • Septicemia 	Pó para solução injetável (250, 500 e 1.000 mg)	2-4 g/dia, EV (de 7 a 10 dias)	B	B
Clindamicina	<ul style="list-style-type: none"> • Vaginose bacteriana • Abortamento infectado • Infecção puerperal • Embolia pulmonar • Corioamnionite 	Cápsula (75 e 150 mg)	<ul style="list-style-type: none"> • 300-600 mg/dia (VO, IM ou EV) (de 7 a 10 dias) • Creme vaginal 2%, 1x/dia (por 7 dias) 	B	B
Diazepam	<ul style="list-style-type: none"> • Depressão 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimido (2 e 5 mg) • Solução injetável (5 mg/ml) 	2-10 mg, 2-4x/dia	D	B
Dimeticona	<ul style="list-style-type: none"> • Flatulência 	Comprimido (40 e 120 mg)	40-80 mg, 4x/dia	B	B

MEDICAMENTO	USO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	GRAU DE SEGURANÇA	
				Gestação	Lactação
Dipirona	<ul style="list-style-type: none"> • Analgésico; • Antitérmico. 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimido (500 mg) • Solução oral (500 mg/ml) • Solução injetável (500 mg/ml) 	500 mg, 1-4x/dia	B	B
Eritromicina	Antibioticoterapia	<ul style="list-style-type: none"> • Cápsula (500 mg) • Comprimido (500 mg) • Suspensão oral (25 mg/ml) 	250-500 mg, 6/6 horas (de 7 a 10 dias)	D/B	B
Espiramicina	• Infecção fetal por toxoplasmose	Comprimido (500 mg)	3 g/dia (até o término da gravidez)	B	B
Fenitoína	• Epilepsia	Comprimido (100 mg)	100 mg, 3x/dia	D	B
Fenobarbital	• Epilepsia	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimido (100 mg) • Solução oral – gotas (40 mg/ml) • Solução injetável (100 mg/ml) 	100-200 mg, dose única diária	D	D
Furosemida	• Diurético	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimido (25 e 40 mg) • Solução injetável (10 mg/ml) 	20-80 mg, dose única diária	D	D
Gentamicina	<ul style="list-style-type: none"> • Abortamento infectado • Infecção puerperal • Corioamnionite • Septicemia 	<ul style="list-style-type: none"> • Solução injetável (10 e 40 mg/ml) • Solução injetável (50 e 250 mg/ml) 	240 ml/dia (EV ou IM) (de 7 a 10 dias)	D	B
Hidralazina	• Hipertensão arterial	Solução injetável (20 mg/ml)	Uma ampola diluída em 20 ml de água destilada, administrar 5 ml da solução EV. Repetir a critério médico.	C	B
Hidróxido de alumínio	• Pirose	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimido mastigável (200 mg) • Suspensão oral (35,6 mg + 37 mg/ml) 	300-600 mg, 4-6x/dia	C	B
Hioscina/Butiles copolamina	• Cólicas	Comprimido (10 mg)	10-20 mg, 3-5x/dia	B	D
Insulina humana NPH e regular	• Diabetes	Solução injetável (100 UI/ml)	<ul style="list-style-type: none"> • NPH: 0,5 UI/kg/dia • Regular: 0,4 UI/kg/dia Adaptar segundo critério médico.	B	B
Mebendazol	• Helmintíase	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimido (150 mg) • Suspensão oral (20 mg/ml) 	20 mg/dia (por três dias)	C	C
Metoclopramida	• Hiperêmese	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimido (10 mg) • Solução oral (4 mg/ml) • Solução injetável (5 mg/ml) 	10 mg, 3x/dia (VO, IM ou EV)	B	B
Metronidazol	<ul style="list-style-type: none"> • Infecção puerperal • Septicemia • Abortamento infectado • Corrimento vaginal 	<ul style="list-style-type: none"> • Comprimido (250 mg) • Creme vaginal 5% 	<ul style="list-style-type: none"> • 2 g, dose única; • Um aplicador/dia, intravaginal (por sete dias). 	B	B
Nifedipina	• Hipertensão arterial	Comprimido (20 mg)	10-80 mg/dia (segundo critério médico)	C	B

MEDICAMENTO	USO	APRESENTAÇÃO	POSOLOGIA	GRAU DE SEGURANÇA	
				Gestação	Lactação
Nitrofurantoína	• Infecção urinária	• Comprimido (100 mg) • Suspensão oral (5 mg/ml)	100 mg, 6/6 horas (por 10 dias)	B/D	D
Paracetamol	• Analgésico • Antitérmico	• Comprimido (500 mg) • Solução oral (100 mg/ml)	500 mg, 1-4x/dia	B/D	B
Penicilina benzatina	• Sífilis	Pó para solução injetável (600.000 e 1.200.000 UI)	Até 2.400.000 UI (IM) com intervalo de uma semana	B	B
Pirimetamina	• Toxoplasmose • Feto infectado	Comprimido (25 mg)	25 mg, 8/8 horas (por três dias), seguidos de 25 mg, 12/12 horas (durante três semanas, com intervalo de três semanas, até o termo da gestação)	C	D
Propranolol	• Hipertensão arterial • Hipertireoidismo	Comprimido (40 e 80 mg/ml)	20-80 mg/dia	C/D	B
Rifampicina	• Hanseníase • Tuberculose	Cápsula (300 mg)	600 mg, dose única diária	C	B
Sulfadiazina	• Toxoplasmose • Feto infectado	Comprimido (500 mg)	500-1.000 mg, 6/6 horas	B/D	D
Sulfametoxazol + trimetoprim	• Antibioticoterapia	• Comprimido (400 + 80 mg) • Solução injetável (80 + 16 mg/ml) • Suspensão oral (40 + 8 mg/ml)	800 mg de SMZ+ 160 mg de TMP, 12/12 horas (de 7 a 10 dias)	C/D	D
Sulfato de magnésio a 50%	• Eclâmpsia	Solução injetável (500 mg/ml)	• Ataque: 4 g, em 10 min (EV); • Manutenção: 2 g/hora (EV).	B	B
Sulfato ferroso	• Anemia	• Comprimido (40 mg) • Solução oral (25 mg/ml)	200 mg, dose única (a partir do conhecimento da gravidez até 3º mês pós-parto)	C/D	B
Tiabendazol	• Estrongiloidíase	• Comprimido (500 mg) • Suspensão oral (50 mg/ml)	50 mg/kg/dia (dois dias seguidos)	C	B

Legenda:

A: Estudos controlados não mostraram riscos.

B: Sem evidência de riscos em humanos.

C: O risco não pode ser afastado, só deve ser prescrito se o benefício terapêutico justificar o potencial terapêutico.

D: Há evidência de risco, porém os benefícios terapêuticos da administração em grávidas/lactantes justificam a utilização.

X: Contraindicados na gestação/lactação.

Quadro 10 – Imunização: recomendações de rotina no pré-natal^{2, 7, 18}

VACINA	SITUAÇÃO	DOSES	ESQUEMA INDICADO	OBSERVAÇÕES
dT/dTpa	<ul style="list-style-type: none"> Esquema vacinal desconhecido Não vacinada 	Três doses	<ul style="list-style-type: none"> 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) 	<ul style="list-style-type: none"> 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
	<ul style="list-style-type: none"> Esquema incompleto 	Completar esquema	<ul style="list-style-type: none"> Conforme o número de doses faltantes, sendo uma de dTpa, preferencialmente entre a 27ª e 36ª semana de gestação 	<ul style="list-style-type: none"> A dose de dTpa deve ser administrada em todas as gestações, independentemente de já ter sido realizada em gestações anteriores
	<ul style="list-style-type: none"> Esquema com três doses de dT 	Uma dose dTpa	<ul style="list-style-type: none"> Administrar uma dose de dTpa preferencialmente entre a 27ª e 36ª semana de gestação 	<ul style="list-style-type: none"> 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
	<ul style="list-style-type: none"> Vacinação completa 	Uma dose dTpa	<ul style="list-style-type: none"> Reforço preferencialmente entre a 27ª e 36ª semana de gestação 	
Hepatite B	<ul style="list-style-type: none"> Esquema vacinal desconhecido Não vacinada HBsAg (-) e Anti-HBs < 10 	Três doses	<ul style="list-style-type: none"> 1ª dose (após a 14ª semana de gestação) 2ª dose (após 30 dias da primeira) 3ª dose (após seis meses da primeira) 	—
	<ul style="list-style-type: none"> Esquema incompleto 	Completar esquema	<ul style="list-style-type: none"> Conforme o número de doses faltantes 	
Influenza	<ul style="list-style-type: none"> Em qualquer período gestacional 	Dose única	<ul style="list-style-type: none"> Dose única 	Caso não tenha tomado a vacina no período gestacional, recomenda-se tomar no puerpério

Quadro 11 – Vitaminas e minerais, suas funções, fontes e recomendações durante o período gestacional^{2, 19, 20}

NUTRIENTE	FUNÇÃO	FONTE	ORIENTAÇÃO DIETÉTICA
Ferro	Prevenção de anemia e nascimento pré-termo	<ul style="list-style-type: none"> • Carnes • Miúdos • Gema de ovo • Leguminosas • Vegetais verde-escuros 	<ul style="list-style-type: none"> • Priorizar a ingestão de ferro heme (carnes e vísceras) e melhorar a biodisponibilidade de ferro não heme (leguminosas, verduras e ovos) com a ingestão de fruta ou suco de fruta cítrica (limão, laranja, acerola, goiaba). • Evitar o consumo, na mesma refeição ou horário próximo ao suplemento de ferro, de alimentos ricos em cálcio, café, chá (reduzem a biodisponibilidade do ferro).
Ácido fólico	Prevenção de defeitos do tubo neural e alterações na divisão celular	<ul style="list-style-type: none"> • Vegetais folhosos verdes • Frutas cítricas • Alimentos integrais • Legumes • Bife de fígado 	<ul style="list-style-type: none"> • Consumir regularmente alimentos que contenham ácido fólico. • As mulheres que planejam engravidar podem iniciar a suplementação de ácido fólico, pelo menos 30 dias antes de engravidar, pois este micronutriente não é facilmente atingido somente pela alimentação.
Cálcio	Manutenção esquelética e função cardíaca	<ul style="list-style-type: none"> • Leite e derivados • Vegetais e os feijões contêm pequenas quantidades e sua biodisponibilidade é reduzida 	<ul style="list-style-type: none"> • O consumo de café, chá-mate e chá-preto diminui a biodisponibilidade de cálcio. • Preferir os desnatados quando a gestante apresentar elevado ganho de peso ou dislipidemia.
Vitamina A	Prematuridade, retardo do crescimento intrauterino, baixo peso, descolamento placentário, mortalidade materna	<ul style="list-style-type: none"> • Leite • Fígado • Gema de ovo • Vegetais folhosos verdes (espinafre, couve, beldroega, bortalha e mostarda) • Vegetais amarelos (abóbora e cenoura) • Frutas amarelo-alaranjadas (manga, caju, goiaba, mamão e caqui) • Óleos e frutas oleaginosas (buriti, pupunha, dendê e pequi) 	<ul style="list-style-type: none"> • As necessidades de vitamina A são facilmente alcançadas na alimentação. • A suplementação deste micronutriente não deve ser indicada na gestação, salvo em situações específicas (como no pós-parto imediato em áreas endêmicas para deficiência de vitamina A).
Vitamina D	Necessário para formação esquelética do feto	<ul style="list-style-type: none"> • Atum • Sardinha • Gema de ovos • Óleo de peixe • Salmão e fígado 	<ul style="list-style-type: none"> • A exposição solar regular da pele atinge as recomendações. • Não há evidências suficientes de que a suplementação de vitamina D seja necessária.
Vitamina C	Estimula melhor a absorção do ferro e reduz o risco de anemia materna	<ul style="list-style-type: none"> • Furtas (laranja, limão, caju, acerola, mexerica/tangerina, mamão, goiaba, morango) • Tomate • Brócolis 	<ul style="list-style-type: none"> • Incentivar o consumo diário de alimentos fonte de vitamina C. • Preferir consumir os alimentos ricos em vitamina C de forma <i>in natura</i>, evitando o seu cozimento. • A necessidade de vitamina C aumenta em até duas vezes em mulheres fumantes, fumantes passivas, que fazem uso de drogas, consumo significativo de álcool e uso regular de aspirinas.

Quadro 12 – Preparo para o parto^{21, 22, 23, 24}

INDICAÇÕES REAIS DE CESARIANA	
<ul style="list-style-type: none"> • Prolapso de cordão – com dilatação não completa • Descolamento prematuro da placenta (DPP) • Placenta prévia parcial ou total • Ruptura de vasa prévia 	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação córmica (situação transversa) • Herpes genital com lesão ativa no momento em que se inicia o trabalho de parto • As urgências devem ser encaminhadas imediatamente à emergência obstétrica
NÃO SE CONSTITUEM INDICAÇÕES DE CESARIANA	
<ul style="list-style-type: none"> • Gestante adolescente • Presença de quadro de anemia • Baixa estatura materna • Bebê alto, não encaixado antes do início do trabalho de parto • Macrosomia • Ameaça de parto prematuro • Amniorrex prematura • Cesárea anterior • Circular de cordão umbilical • Diabetes gestacional 	<ul style="list-style-type: none"> • Desproporção cefalopélvica sem sequer a gestante ter entrado em trabalho de parto e antes da dilatação de 8 a 10 cm • Trabalho de parto prematuro • Pressão arterial alta ou baixa • Grau da placenta • Polidrâmnio ou oligodrâmnio • Infecção urinária • Presença de grumos no líquido amniótico • Gravidez prolongada • Falta de dilatação antes do trabalho de parto
SITUAÇÕES ESPECIAIS EM QUE A CONDUTA DEVE SER INDIVIDUALIZADA	
<ul style="list-style-type: none"> • Apresentação pélvica • HIV/aids 	<ul style="list-style-type: none"> • Duas ou mais cesáreas anteriores
SITUAÇÕES QUE PODEM ACONTECER, PORÉM FREQUENTEMENTE SÃO DIAGNOSTICADAS DE FORMA EQUIVOCADA	
<ul style="list-style-type: none"> • Desproporção cefalopélvica (o diagnóstico só é possível intraparto) • Sofrimento fetal agudo (frequência cardíaca fetal não tranquilizadora) 	<ul style="list-style-type: none"> • Parada de progressão que não resolve com as medidas habituais
CONDUTAS CONTRAINDICADAS DE ROTINA NA INTERNAÇÃO PARA O PARTO	
<ul style="list-style-type: none"> • Lavagem intestinal • Episiotomia • Manobra de Kristeller (consiste na aplicação de pressão na parte superior do útero com o objetivo de facilitar a saída do bebê) 	<ul style="list-style-type: none"> • Soro com ocitocina • Raspagem dos pelos íntimos • Jejum • Imobilização durante o trabalho de parto • Romper a bolsa das águas
CESÁREA	PARTO NORMAL
<ul style="list-style-type: none"> • Para a mãe: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mais dor e dificuldade para andar e cuidar do bebê após a cirurgia ✓ Maior risco de hemorragia, infecção e lesão de outros órgãos ✓ Maior risco de complicações na próxima gravidez • Para o bebê: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Mais riscos de nascer prematuro, ficar na incubadora, ser afastado da mãe e demorar a ser amamentado ✓ Mais riscos de desenvolver alergias e problemas respiratórios na idade adulta. ✓ Mais riscos de ter febre, infecção, hemorragia e interferência no aleitamento 	<ul style="list-style-type: none"> • Para a mãe: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Rápida recuperação, facilitando o cuidado com o bebê após o parto ✓ Menos riscos de complicações, favorecendo o contato pele a pele imediato com o bebê e o aleitamento ✓ Processo fisiológico, natural • Para o bebê: <ul style="list-style-type: none"> ✓ Na maioria das vezes, ele vai direto para o colo da mãe ✓ O bebê nasce no tempo certo, seus sistemas e órgãos são estimulados para a vida por meio das contrações uterinas e da passagem pela vagina ✓ Menor risco de complicações na próxima gravidez, tornando o próximo parto mais rápido e fácil

Quadro 13 – A gestação no âmbito do trabalho, direitos sociais e trabalhistas⁷

DIREITO À SAÚDE
Toda gestante tem direito a atendimento gratuito e de qualidade nos hospitais públicos e conveniados ao SUS
<ul style="list-style-type: none">Carteira da Gestante: a gestante deve recebê-la na primeira consulta de pré-natal e esta deve conter todas as informações sobre o seu estado de saúde, desenvolvimento do bebê e resultados de exames realizados.Tem o direito de ter a criança ao seu lado em alojamento conjunto, amamentar e receber orientações sobre amamentação, assim como a presença de um acompanhante durante as consultas de pré-natal, no trabalho de parto, parto e pós parto imediato (Lei nº 11.108/2005).Realização gratuita de testes no RN (pezinho, orelhinha, coraçãozinho...) em todos os hospitais e maternidades.
DIREITOS SOCIAIS
<ul style="list-style-type: none">Prioridade nas filas para atendimentos em instituições públicas ou privadas.Prioridade para acomodar-se sentada em transportes coletivos.Os pais têm direito de registrar seu bebê e obter a Certidão de Nascimento, gratuitamente, em qualquer cartório.A mulher tem direito à creche para seus filhos nas empresas que possuem em seus quadros funcionais pelo menos 30 mulheres com mais de 16 anos de idade.
DIREITOS TRABALHISTAS
<ul style="list-style-type: none">Estabilidade no emprego<ul style="list-style-type: none">Toda empregada gestante tem direito à estabilidade no emprego, desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto.Licença e salário-maternidade<ul style="list-style-type: none">A gestante tem direito à licença-maternidade de 120 dias (art. 392), sem prejuízo do emprego e do salário, devendo a gestante notificar o seu empregador da data do início do afastamento, que poderá ocorrer entre o 28º dia antes do parto e a ocorrência deste.Em caso de aborto não criminoso, comprovado por atestado médico oficial, a mulher terá direito a repouso remunerado de duas semanas, ficando assegurado o direito de retornar à função que ocupava antes do afastamento.O salário-maternidade é devido às seguradas empregadas, trabalhadoras avulsas, empregadas domésticas, contribuintes individuais, facultativas e seguradas especiais, por ocasião do parto, inclusive o natimorto, aborto não criminoso, adoção ou guarda judicial.O benefício poderá ser pago nos 120 dias em que ficam afastadas do emprego por causa do parto e poderá ter início até 28 dias antes.Nos casos em que a criança venha a falecer durante a licença-maternidade, o salário-maternidade não será interrompido.Nos abortos espontâneos ou previstos em lei, será pago o benefício por duas semanas.Funções exercidas pela gestante<ul style="list-style-type: none">Durante a gravidez, a gestante poderá se adequar a outras funções no trabalho, sem prejuízo dos salários e demais benefícios, quando as condições de saúde da mãe e do bebê o exigir – assegurada a volta à função anteriormente exercida, logo após o retorno da licença-maternidade –, devendo a gestante apresentar ao empregador o atestado médico confirmando que as condições atuais do trabalho podem causar prejuízos à saúde da mãe e do bebê.
DIREITOS DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE
<ul style="list-style-type: none">Dispensa do horário de trabalho para realização de no mínimo seis consultas médicas e demais exames complementares.Dispensa durante a jornada de trabalho para amamentar o filho, até que este complete 6 meses de idade, sendo dois descansos especiais de meia hora cada um.Quando a saúde de seu filho exigir, a licença de seis meses poderá ser dilatada, a critério da autoridade competente.
DIREITOS DO PAI
<ul style="list-style-type: none">O pai tem direito à licença-paternidade de cinco dias contínuos logo após o nascimento do bebê.O pai tem direito a participar do pré-natal.O pai tem direito a acompanhar a gestante em assistência hospitalar.

- Para aprofundar o conhecimento acerca dos cuidados durante o pré-natal de risco habitual, leia o Caderno de Atenção Básica nº 32 – *Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco*: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf
- Sobre suplementação de ácido fólico e sulfato ferroso, leia a Diretriz: Suplementação Diária de Ferro e Ácido Fólico em Gestantes: www.who.int/iris/bitstream/10665/77770/9/9789248501999_por.pdf
- Sobre a avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional, leia o Caderno de Atenção Básica nº 32 – *Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco*, páginas 74 a 80, e o Caderno de Atenção Básica nº 38 – *Estratégias para o Cuidado da Pessoa com Doença Crônica*: Obesidade, páginas 58 a 65: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf e http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_doenca_cronica_obesidade_cab38.pdf
- Para saber mais sobre monitoramento de ganho de peso leia Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf
- Sobre os dez passos para uma alimentação adequada e saudável, leia o *Guia alimentar para a população brasileira*, páginas 125 a 128: <http://portalsaude.saude.gov.br/images/pdf/2014/novembro/05/Guia-Alimentar-para-a-pop-brasiliera-Miolo-PDF-Internet.pdf>
- Sobre a alimentação da gestante, leia o Caderno de Atenção Básica nº 32 – *Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco*, páginas 80 a 88: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_32.pdf
- Sobre atenção no pré-natal e puerpério, leia o *Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério SES-SP*, páginas 203 a 229: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/gestor/destaques/atencao-a-gestante-e-a-puerpera-no-sus-sp/manual-tecnico-do-pre-natal-e-puerperio/manual_tecnicoii.pdf
- Sobre os efeitos da exposição à fumaça do cigarro na gestação, acesse: http://www.saude.sp.gov.br/resources/ses/perfil/profissional-da-saude/homepage/tratamento_fumo_consenso.pdf
- Sobre educação em saúde no pré-natal, leia o Caderno de Atenção Básica nº 32 – *Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco*, páginas 146 a 148: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf
- Sobre segurança alimentar e nutricional, leia a publicação *O direito humano à alimentação adequada e o Sistema Nacional de Segurança Alimentar e Nutricional*: <http://www.mds.gov.br/segurancaalimentar/publicacoes%20sisan/dhaasisan-miolo-030413.pdf/download>
- Sobre o consumo de adoçantes, bebidas alcoólicas e cafeína, leia o capítulo 6 do Documento de Atenção à Saúde da Gestante em APS do Grupo Hospitalar Conceição, páginas 53 a 68: <http://www2.ghc.com.br/GepNet/publicacoes/atencaosaudedagestante.pdf>
- Sobre o acompanhamento de mulheres em gestação de alto risco, consulte o *Manual técnico de gestação de alto risco* do Ministério da Saúde: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf

REFERÊNCIAS

- 1 - BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Melhoria do Acesso e da Qualidade da Atenção Básica (PMAQ)**. Manual instrutivo. Brasília, 2012. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/publicacoes/geral/manual_instrutivo_pmaq_site.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 2 - BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. 1. ed. rev. Brasília, 2013. (Caderno de Atenção Básica n. 32). Disponível em: <<http://goo.gl/ZhsG6p>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 3 - ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Diretriz: Suplementação diária de ferro e ácido fólico em gestantes**. Genebra: OMS, 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/uqJg8t>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 4 - BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2. ed. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/6gQtRF>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 5 - BARACHO, Elza. **Fisioterapia aplicada à obstetrícia: aspectos da ginecologia e neonatologia**. Rio de Janeiro: Medsi, 2007.
- 6 - BRASIL. Instituto Nacional do Câncer (Inca). **Abordagem e tratamento do fumante – Consenso 2001**. Rio de Janeiro: INCA, 2001. Disponível em: <<http://goo.gl/OiUCuo>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 7 - SÃO PAULO (Estado). Secretaria Estadual da Saúde. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS-SP: manual técnico do pré-natal e puerpério**. São Paulo: SES/SP, 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/CRqOw2>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 8 - CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba. **Pré-natal, parto, puerpério e atenção ao recém-nascido**. Curitiba: Secretaria Municipal de Saúde, 2012. Disponível em: <<http://goo.gl/vJqZRT>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 9 - FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (Febrasgo). **Manual de gestação de alto risco**. São Paulo: Febrasgo, 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/Npm89p>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 10 - BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 035/2011/CGSH/DAE/SAS/MS, de 12 de dezembro de 2013**. Brasília, 2013. Disponível em: <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nt_eletroforese_hemoglobina_prenatal.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 11 - ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA. Conselho Federal de Medicina. **Projeto Diretrizes: Assistência Pré-Natal**. Brasília: AMB, 2006. Disponível em: <http://www.projetodiretrizes.org.br/5_volume/02-AssistPre.pdf>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 12 - NORONHA NETO, C. et al. Importância da ultrassonografia de rotina na prática obstétrica segundo as evidências científicas. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 37, n. 5, p. 239-245, 2009. Disponível em: <<http://goo.gl/4WqOua>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 13 - BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria MS/SAS nº 650, de 5 de outubro de 2011**. Brasília, 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/DkWgRg>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 14 - PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. **Linha Guia da Rede Mãe Paranaense**. Curitiba, 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/K9pcKU>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 15 - HUÇULAK, M. C.; PETERLINI, O. L. G. Rede Mãe Paranaense – Relato de experiência. **Revista Espaço para a Saúde**, Londrina, v. 15, n. 1, p. 77-86, 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/IVH1bO>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 16 - UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO (UFRJ). **Protocolos assistenciais**. 2. ed. Rio de Janeiro: PoD, 2013. Disponível em: <<http://goo.gl/BpJv2o>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 17 - BRASIL. Ministério da Saúde. **Amamentação e uso de medicamentos e outras substâncias**. 2. ed. Brasília, 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/17dbf>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 18 - BRASIL. Ministério da Saúde. **Informe técnico para implantação da vacina adsorvida difteria, tétano e coqueluche (Pertussis Acelular) tipo adulto – dTpa**. Brasília, 2014.

- 19 - LIMA, L. A.; GREGOLETTO, M. L. O. Alimentação saudável na gestação e puerpério. In: BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção à saúde da gestante em APS**. Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011. Disponível em: <<http://goo.gl/Ts3ICB>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 20 - VITOLO, M. R. **Nutrição**: da gestação ao envelhecimento. Rio de Janeiro: Rúbio, 2008.
- 21 - AMORIM, M. M. R.; SOUZA, A. S. R.; PORTO, A. M. F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte I. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 8, p. 415-422, 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/A2KTYB>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 22 - SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F. Indicações de cesariana baseadas em evidências: parte II: [revisão]. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 9, p. 459-468, 2010. Disponível em: <<http://goo.gl/QN0Tyx>>. Acesso em: 12 mar. 2015.
- 23 - SOUZA, A. S. R.; AMORIM, M. M. R.; PORTO, A. M. F. Condições frequentemente associadas com cesariana, sem respaldo científico. **Femina**, Rio de Janeiro, v. 38, n. 10, p. 507-516, 2010. Disponível em: <<http://files.bvs.br/upload/S/0100-7254/2010/v38n10/a1708.pdf>>.
- 24 - BRASIL. Ministério da Saúde. **Humanização do parto e do nascimento**. Brasília, 2014. Disponível em: <<http://goo.gl/xs8Ktp>>. Acesso em: 12 mar. 2015.