# DIRETRIZES CLÍNICAS Gestantes









### Roberto Cláudio Rodrigues Bezerra **Prefeito do Município de Fortaleza**

Maria do Perpétuo Socorro Martins Breckenfeld Secretária Municipal da Saúde de Fortaleza

> Lúcia Carvalho Cidrão Secretária Adjunta da Saúde

Ricardo Cesar Xavier Nogueira Santiago Secretário Executivo da Saúde

Maria Imaculada Ferreira da Fonseca

Coordenadora de Políticas e Organização

das Redes de Atenção à Saúde

André Luis Benevides Bonfim Gerente da Célula de Atenção Primária à Saúde

Sandra Solange Leite Campos Gerente da Célula de Atenção às Condições Crônicas



## SÉRIE: ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE

1 – NORMAS E MANUAIS TÉCNICOS

1.4 – DIRETRIZES CLÍNICAS DE ATENÇÃO À GESTANTE: ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

#### 2016 Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza

Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.

A coleção institucional da Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza pode ser acessada na página: http://www.fortaleza.ce.gov.br/sms

Série: Organização das Redes de Atenção à Saúde.

1 – Normas e Manuais Técnicos

Tiragem: 1ª edição – 2016 – 1.000 exemplares

F736d Fortaleza. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenadoria das Políticas e Organização das Redes da Atenção á Saúde. Células de Atenção às Condições Crônicas.

Diretrizes clínicas da atenção a gestante: assistência pré-natal / Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza. – Fortaleza: Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza, 2016.

50 p. (Série Organização das Redes de Atenção à Saúde. Normas e Manuais Técnicos, 1. - Diretrizes Clínicas da Atenção à Gestante: assistência pré-natal, 1.4.

1. Saúde da Mulher. 2. Gestantes. 3. Assistência Pré-natal. 4. Redes de Atenção à Saúde. Diretriz Clínica. I. Título.

CDD: 618.2 20ed.

#### **AUTORES**

Adriana Lopes Lima Melo
Cheila Oliveira Lima Maia
Elaine Feitosa
Janaina Rocha de Sousa Almeida
Jordana Parente Paiva
Léa Dias Pimentel Gomes Vasconcelos
Maria Alix Leite Araujo
Riteméia Mesquita Florêncio
Rosane Maia Gurgel
Maria do Socorro Cavalcante
Tereza Amélia Aureliano

#### **CONSULTORES**

Eugênio Vilaça Mendes Maria Emi Shimazaki Marco Antônio Bragança de Matos Rúbia Pereira Barra

#### **VALIDADORES INTERNOS**

Participação de profissionais representantes das Equipes de Saúde da Família das Unidades de Atenção Primária à Saúde do Município de Fortaleza.

#### VALIDADORES EXTERNOS

Francisco Herlânio Costa Carvalho (Médico da Maternidade Escola Assis Chateaubriand; Professor da Universidade Federal do Ceará- Departamento de Ginecologia e Obstetrícia)

Francisca Alice Cunha Rodrigues (Presidente da Associação Brasileira de Enfermagem Obstetrícia-Sessão - CE)

Liduina de Albuquerque Rocha e Sousa (Médica Obstetra e Vice-Presidente da Sociedade Cearense de Ginecologia e Obstetrícia)

#### APRESENTAÇÃO

É com muita satisfação que a Secretaria Municipal da Saúde de Fortaleza apresenta-lhes as "DIRETRIZES CLÍNICAS DE ATENÇÃO A GESTANTE", que integra a série: "ORGANIZAÇÃO DAS REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE", item "NORMAS E MANUAIS TÉCNICOS".

As RAS são organizações poliárquicas de conjuntos de serviços de saúde, vinculados entre si por uma missão única, por objetivos comuns e por uma ação cooperativa e interdependente, que permitem ofertar uma atenção contínua e integral a determinada população, coordenada pela APS – restada no tempo certo, no lugar certo, com o custo certo, com a qualidade certa, de forma humanizada e segura e com equidade, com responsabilidade sanitária e econômica pela população adstrita e gerando valor para essa população.

No mapa estratégico desta secretaria, foram priorizadas quatro redes prioritárias: materno e infantil, urgência e emergência, psicossocial e a de condições crônicas com ênfase em diabetes e hipertensão.

Na organização das redes de atenção, faz-se necessária definição de competência de cada ponto de atenção, de um sistema de referência e contra-referência entre os diversos pontos que compõem a rede e a estruturação do sistema de apoio (serviço auxiliar de diagnóstico e terapia, assistência farmacêutica, tele-assistência, sistema de informação a saúde) e o sistema logístico (acesso regulado, registro eletrônico em saúde e sistema de transporte).

A população a ser atendida em uma rede deve ser cadastrada na atenção primária de saúde e passar pela estratificação de risco da condição específica, visando, a partir do risco, estabelecer a conduta clínica para o diagnóstico, tratamento e acompanhamento contínuo.

Esta diretriz é fruto de um trabalho coletivo envolvendo especialistas da área de obstetrícia, profissionais e gestores que buscaram o consenso em relação às condutas clínicas efetivas e aos procedimentos operacionais adequados para a organização da rede de atenção a gestante

O propósito desta diretriz é tornar-se uma eficiente estratégia de fornecer informações técnicas confiáveis, concisas, baseadas em evidências científicas da assistência pré-natal para os profissionais e gestores.

Constitui-se, portanto em uma ferramenta potente para propiciar o cuidado oportuno, eficaz, efetivo e eficiente das gestantes e atender às suas necessidades com qualidade.

Uma excelente leitura para orientação da prática clínica e organização dos serviços de saúde da Atenção Primária.

#### LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

A Adequado

BCF Batimentos Cárdio-fetais

BP Baixo Peso

CRIFOR Central Regulação de Fortaleza

DPOC Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

DPP Data Provável do Parto

dT Dupla Tipo Adulto

DUM Data da Última Menstruação

ECM Exame clínico das mamas

HIV Vírus da Imunodeficiência Humana

IMC Índice de Massa Corporal

INCA Instituto Nacional de Câncer

IST Infecções Sexualmente Transmissíveis

O Obesidade

RNs Recém-Nascidos

S Sobrepeso

SAMU Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

SISPRENATAL Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e

Nascimento

SMZ Sulfametoxazol

TIG Teste Imunológico de Gravidez

TMP Trimetoprim
TR Teste Rápido

UAPS Unidade de Atenção Primária á Saúde

UCINca Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru

UCINco Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional

UPAS Unidades de Pronto Atendimento

VDRL Venereal Disease Research Laboratory

#### LISTA DE QUADROS

Quadro 1 -	Calendário de consultas	20
Quadro 2 -	Calendário de vacinação para gestante	20
Quadro 3 -	Medicamentos usados na gravidez	24
Quadro 4 -	Avaliação do estado nutricional segundo do Índice de Massa Corporal	
	por semana gestacional	40
Quadro 5 -	Recomendações de ganho ponderal na gravidez	41
Quadro 6 -	Recomendações de ganho ponderal para gestação multifetais	42
Quadro 7 -	Avaliação do traçado da curva de acompanhamento do estado	
	nutricional da gestante segundo o gráfico do índice de massa corporal	
	por semana gestacional	43
Quadro 8 -	Competência dos pontos de atenção da rede de atenção à urgência e	
	emergência para as urgências obstétricas, para fortaleza e macrorregião	
	do estado	45

#### **SUMÁRIO**

1	INTRODUÇÃO	8
2	OBJETIVOS	9
2.1	Objetivo geral	9
2.2	Objetivos específicos	9
3	CONFLITO DE INTERESSE	9
4	METODOLOGIA	9
4.1	População alvo	9
4.2	Olhar especial	9
4.3	Potenciais utilizadores	10
4.4	Níveis de evidência	10
4.5	Validação externa e interna	10
7	ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL	10
8	PRIMEIRA CONSULTA	11
8.1	História clínica	11
8.2	Consultas subsequentes	17
8.3	Estratificação de risco	17
9	ORIENTAÇÕES IMPORTANTES PARA A VACINAÇÃO DE GESTANTES	21
10	VINCULAÇÃO DA GESTANTE	
11	AÇÕES EDUCATIVAS	
12	PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO	
12.1	Atendimento clínico de gestantes	
12.2	Atividades de promoção de saúde para gestantes	32
12.3	Particularidades de cada período gestacional	33
12.4	Nutrição na gravidez e lactação	33
12.5	Gestante adolescente	43
12.6	Direitos da gestante e da puérpera	44
13	MATRIZ DE COMPETÊNCIA DE PONTOS DE ATENÇÃO	45
	REFERÊNCIAS	47

#### 1 INTRODUÇÃO

O acesso à assistência pré-natal no município de Fortaleza ocorre através das Unidades de Atenção Básica distribuídas nas seis regionais de saúde, através das equipes de saúde da família. As maternidade de risco habitual ofertam pré-natal de risco intermediário e são matriciadoras para as equipes de saúde da família. O acesso da gestante ao pré-natal de alto risco ocorre após estratificação de risco na atenção básica e as vagas são ofertadas na maternidade de alto risco.

O quantitativo de partos de mulheres residentes de Fortaleza nos últimos três anos ficou em média de 37.000 partos por ano, com um elevado numero de parto cesariano, considerando serviços públicos, conveniados e particulares.

A rede assistencial do município para atenção ao parto foi desenhada baseada nas diretrizes da Rede Cegonha, com um objetivo principal de redução da morte materna e infantil e qualificação da atenção nos diferentes pontos de atenção.

As causas de morte materna no município são as síndromes hipertensivas, hemorragias e infecções como causas obstétricas e as afecções do aparelho circulatório como causam obstétricas indiretas. As causas externas vêm crescendo nos últimos anos, mostrando o reflexo da violência urbana.

Em relação à sífilis na gravidez, observou-se que ainda existe uma subnotificação em relação à sífilis congênita. A taxa de detecção da sífilis em gestante é inversamente proporcional à taxa de incidência da sífilis congênita. A sífilis congênita decorre da captação tardia da gestante, demora ou a não realização do diagnóstico precoce, do tratamento inadequado da gestante e parceiro. A taxa de incidência da sífilis congênita em Fortaleza aumentou de 2008 a 2012 passando de 8,8 para 16,6 para cada mil crianças nascidas vivas. A meta firmada pelo Ministério até 2015 é reduzir a sífilis congênita para 0,5 crianças por cada mil nascidos vivos.

Os desafios para qualificação da assistência obstétrica ocorrem nos diferentes pontos de atenção, daí a importância da integração da rede, compromisso dos profissionais e priorização de ações pela gestão municipal, para que a mortalidade materna e infantil seja vencida.

#### **2 OBJETIVOS**

#### 2.1 Objetivo geral

Colaborar para a melhoria da qualidade da assistência pré-natal no âmbito da atenção básica no município de Fortaleza.

#### 2.2 Objetivos específicos

- Unificar as condutas na assistência pré-natal no âmbito da atenção básica, e;
- Definir fluxos de encaminhamento das gestantes na rede de atenção á saúde.

#### **3 CONFLITO DE INTERESSE**

Não há conflito de interesses.

#### **4 METODOLOGIA**

Para elaboração da diretriz clinica da gestante foi constituído um grupo de trabalho com profissionais da atenção básica, maternidades de risco habitual e alto risco, técnicos da Secretaria da Saúde do Município da Área Técnica da Saúde da Mulher e apoiadora do Ministério da Saúde.

#### 4.1 População alvo

Mulheres no período gestacional.

#### 4.2 Olhar especial

- Mulheres com co-morbidades;
- História de mal passado obstétrico;
- Gestante adolescente;
- Gestante com baixa escolaridade.

#### 4.3 Potenciais utilizadores

Profissionais de saúde (médicos, enfermeiros, dentistas, etc.) e estudantes de graduação e pós-graduação que atuem na assistência obstétrica no âmbito da atenção básica.

#### 4.4 Níveis de evidência

Protocolo foi baseado em evidências científicas publicadas em material do Ministério da Saúde, em bases de dados nacionais e consensos de sociedades de obstetrícia.

#### 4.5 Validação externa e interna

O protocolo foi validado internamente pelos profissionais da atenção primária e externamente por *experts* que atuam na área da saúde da mulher, especificamente na atenção obstétrica.

#### 7 ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL

A assistência pré-natal faz parte de um conjunto de atividades oferecidas à gestante com o objetivo de assegurar o desenvolvimento saudável da gestação, contribuindo para um parto seguro, sem impacto na vida materna, incluindo entre outras ações a abordagem psicossocial e as atividades educativas (BRASIL, 2012a).

Para uma adequada assistência pré-natal a gestante deverá ser captada precocemente (até 12 semanas de gestação), para que possa realizar as consultas de acordo com a idade gestacional, realizar os exames necessários, identificando e tratando possíveis intercorrências, além de participar de atividades educativas. Para que essa ação se concretize com qualidade, são definidas diretrizes.

Pontos importantes que devem ser considerados durante a assistência pré-natal.

- Captação precoce da gestante;
- Acolhimento imediato e garantia de atendimento;
- Classificação do risco gestacional em toda consulta;
- Busca ativa das gestantes faltosas;
- Referência para outros níveis de atenção de acordo com a necessidade de cada gestante;
- Visita antecipada à maternidade, e;

Vinculação da gestante ao local do parto.

A assistência pré-natal no âmbito da atenção básica ocorrerá através das consultas seguindo um calendário de acordo com a idade gestacional e das necessidades da gestante apresentada ao longo da gravidez. As consultas são registradas no prontuário eletrônico com inscrição da gestante no programa da mulher para caracterizar no prontuário o atendimento pré-natal, caso contrário, não será registro como consulta pré-natal e sim como consulta na atenção básica e que leva a inconsistência no indicador de sete ou mais consultas e indicadores do painel de bordo.

A consulta pré-natal segue um roteiro pré-estabelecido contemplando aspectos fisiológicos, emocionais, antecedentes obstétricos e pessoais. Segue o roteiro para nortear os profissionais de saúde no momento da consulta de primeira vez e consultas subsequentes

#### **8 PRIMEIRA CONSULTA**

#### 8.1 História clínica

O diagnóstico da gravidez pode ser feito na Unidade Básica de Saúde, de acordo com a avaliação da data da última menstruação (DUM) ou histórico de atraso menstrual em mulheres com atividade sexual ou ainda, mediante teste imunológico de gravidez (TIG), dosagem do hormônio sérico beta-HCG, ausculta dos batimentos cárdio-fetais (BCF), todos confirmatórios de gravidez.

Na unidade de saúde está disponível o teste rápido de gravidez, onde a mulher com suspeita de gravidez pode solicitar a sua realização (vide guia técnico do teste rápido de gravidez na atenção básica/MS) (BRASIL, 2014).

Após confirmação, dá-se o início do acompanhamento da gestante, registrando-se no cartão e no prontuário eletrônico os aspectos abaixo.

#### a) Identificação

- Nome:
- Número do Sistema de Acompanhamento do Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (SISPRENATAL);
- Idade;
- Naturalidade;
- Procedência:

- Condições de saneamento (água, esgoto, coleta de lixo);
- Distância da residência até a unidade de saúde;
- Endereço atual;
- Equipe de vínculo da Estratégia Saúde da Família;
- Unidade de referência para o parto.

#### b) Dados socioeconômicos

- Escolaridade (em anos completos de estudos);
- Profissão/ocupação;
- Estado civil/união;
- Pessoas da família com renda;
- Condições de moradia (tipo, nº de cômodos).

#### c) Antecedentes familiares

- Hipertensão arterial;
- Diabetes mellitus;
- Doenças congênitas;
- Gemelaridade;
- Tuberculose e hanseníase.

#### d) Antecedentes pessoais

- Hipertensão arterial crônica;
- Cardiopatias;
- Diabetes mellitus;
- Doenças renais crônicas;
- Anemias e deficiências de nutrientes específicos;
- Desvios nutricionais (baixo peso, desnutrição, sobrepeso, obesidade);
- Epilepsia;
- Doenças da tireoide e outras endocrinopatias;
- Viroses (rubéola, hepatite);
- Alergias;
- Hanseníase, tuberculose ou outras doenças infecciosas;
- Portadora de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (em uso de antirretrovirais? quais?);

- Infecção do trato urinário;
- Doenças neurológicas e psiquiátricas;
- Cirurgia (tipo e data);
- Uso de álcool e outras drogas;
- Tabagismo (quantos cigarros/dia);
- Transfusões de sangue.
- Histórico anterior de sífilis.

#### e) Antecedentes ginecológicos - infertilidade e esterilidade (tratamento)

- Cirurgias ginecológicas (idade e motivo);
- Mamas (alteração);
- Última colpocitologia oncótica (papanicolau ou "preventivo", data e resultado). (Realizar coleta se último exame há mais de 1 ano).

#### f) Antecedentes obstétricos

- Número de gestações (incluindo abortamentos, gravidez ectópica, mola hidatiforme);
- Número de partos (domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, fórceps, cesáreas indicações das cesáreas);
- Número de abortamentos (espontâneos, provocados, causados por infecções sexualmente transmissíveis (IST), complicados por infecções, curetagem pós-abortamento);
- Número de filhos vivos;
- Idade na primeira gestação;
- Intervalo entre as gestações (em anos);
- Isoimunização Rh;
- Número de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37ª semana de gestação), pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação);
- Número de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500 g) e com mais de 4.000g;
- Mortes neonatais precoces: até sete dias de vida (número e motivo dos óbitos);
- Mortes neonatais tardias: entre sete e 28 dias de vida (número e motivo dos óbitos);
- Natimortos (morte fetal intraútero e idade gestacional em que ocorreu);
- Recém-nascidos com icterícia, transfusão, hipoglicemia, ex-sanguíneo transfusões;
- Intercorrências ou complicações em gestações anteriores (especificar);
- Complicações nos puerpérios (descrever);
- História de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame).

#### g) Gestação atual

- Data do primeiro dia/mês/ano da última menstruação DUM (anotar certeza ou dúvida);
- Trimestre da gravidez no momento em que iniciou o pré-natal: Abaixo de 13 semanas 1° trimestre; entre 14 e 27 semanas 2° trimestre e acima de 28 semanas 3° trimestre;
- Peso prévio e altura;
- Sinais e sintomas na gestação em curso;
- Hábitos alimentares;
- Medicamentos usados na gestação;
- Internação durante a gestação atual;
- Hábitos: fumo (número de cigarros/dia), álcool e drogas ilícitas;
- Ocupação habitual (esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos, estresse);
- Aceitação ou não da gravidez pela mulher, pelo parceiro e pela família, principalmente se for adolescente;
- Identificar gestantes com fragilidade na rede de suporte social.

#### - Exame físico

#### a) Geral

- Determinação do peso e da altura e avaliação do estado nutricional da gestante;
- Medida da pressão arterial
- Medida da freqüência cardíaca;
- Inspeção da pele e das mucosas;
- Palpação da tireóide e de todo o pescoço, região cervical e axila r(pesquisa de nódulos ou outras anormalidades);
- Ausculta cardiopulmonar;
- Exame do abdômen;
- Palpação dos gânglios inguinais;
- Exame dos membros inferiores;
- Pesquisa de edema (face, tronco, membros).

#### b) Específico gineco-obstétrico

- Exame clínico das mamas (ECM), durante a gestação e amamentação, também podem ser identificadas alterações, que devem seguir conduta específica (vide diretrizes segundo as recomendações do Instituto Nacional de Câncer (INCA).

- Realizar orientações para o aleitamento materno em diferentes momentos educativos, principalmente se for adolescente. Nos casos em que a amamentação estiver contraindicada portadoras de HIV/Vírus T-linfotrópico humano, orientar a mulher quanto à inibição da lactação (mecânica e/ou química) e para a aquisição de fórmula infantil;
- Palpação obstétrica e, principalmente no terceiro trimestre, identificação da situação e apresentação fetal;
- Medida da altura uterina;
- Ausculta dos batimentos cardíacos fetais (com sonar, após 12 semanas).

#### - Exame ginecológico

- a) Inspeção dos genitais externos e internos;
- b) Inspeção das paredes vaginais
- c) Inspeção do conteúdo vaginal;
- d) Inspeção do colo uterino;
- e) Coleta de material para exame colpocitológico (preventivo de câncer), conforme Manual de Prevenção de Câncer Cérvico-uterino e de Mama;
- f) Toque vaginal de acordo com a necessidade, orientados pela história e queixas da paciente, e quando for realizada coleta de material para exame colpocitológico.

#### - Exames complementares para o pré-natal de baixo risco

Na primeira consulta solicitar:

- Hemograma completo;
- Grupo sanguíneo e fator Rh: se Rh negativo, *coombs* indireto mensal;
- Teste rápido (TR) para sífilis e/ou Venereal Disease Research Laboratory (VDRL).
- Glicemia em jejum;
- Exame sumário de urina (Tipo I) e urinocultura;
- Teste rápido ou sorologia anti-HIV, com consentimento da mulher após o "aconselhamento pré-teste".
- Sorologia para hepatite B (HBsAg, anti-HBc total e anti-HBs).
- Sorologia para hepatite C (anti-HCV) nas usuárias de drogas e com história de outras IST;
- Sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG), repetir próximo à 28ª semana se IgG negativo;
- Sorologia para citomegalovírus;
- Eletrofose de hemoglobina (população negra).

#### - 1º Exame de imagem

- Ultrassonografia obstétrica para estimar data provável do parto (DPP);
- Encaminhar para avaliação odontológica.

Em torno da 24ª a 28ª semanas, solicitar:

- Hemograma;
- Glicemia de jejum e teste de tolerância a glicose (de acordo com protocolo);
- TR para sífilis ou VDRL;
- TR para HIV ou sorologia anti-HIV;
- IgM para toxoplasmose se anteriormente IgG negativo;
- Sumário de urina/urinocultura.
- 2º Exame de imagem: Ultrassonografia obstétrica para avaliação do líquido amniótico, apresentação fetal, peso fetal.

#### **Observações importantes**

Os exames laboratoriais alterados devem ser repetidos ao longo da gestação a critério do profissional que acompanha o pré-natal.

Teste rápido de sífilis positivo é indicativo de tratamento imediato da gestante e coleta uma amostra de punção venosa deverá ser colhida para quantificação da titulação e seguimento do tratamento. Convocar parceiros de gestantes com teste rápido e ou VDRL positivo para oferta de testagem e possível tratamento (BRASIL, 2011).

O profissional de saúde deverá preencher o impresso especifico para tratamento e seguimento da gestante e parceiro sexual e anexar no cartão da gestante. Este impresso tem também o objetivo de melhorar a comunicação entre a atenção básica e maternidades.

Teste rápido de HIV positivo é indicativo de encaminhamento imediato para serviços especializado em atendimento á gestante portadora do vírus do HIV e convocação de parcerias sexuais para oferta de teste rápido de HIV ou sorologia anti-HIV, após consentimento livre e esclarecido. As maternidades que atendem gestantes HIV no município são: Hospital Distrital Gonzaga Mota Messejana, Hospital Gonzaga Mota Jose Walter, Hospital Gonzaga Mota da Barra do Ceará, Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Hospital Geral de Fortaleza, Hospital Dr. Cesar Cals, Hospital Nossa Senhora da Conceição

Gestante que apresentam suspeitas de doenças exantemáticas deverão colher exames laboratoriais conforme previsto no protocolo de vigilância e resposta a ocorrência de microcefalia e má formações congênitas relacionadas as infecções neonatais (FORTALEZA, 2016a).

#### **8.2** Consultas subsequentes

Para as consulta subsequentes serão realizados o exame físico e exames laboratoriais e de imagens de acordo com a idade gestacional e estratificação de risco a cada consulta.

#### a) Periodicidade:

As consultas de pré-natal poderão ser feitas na unidade de saúde ou durante visitas domiciliares. O calendário de atendimento pré-natal deve ser programado em função:

- da idade gestacional na primeira consulta;
- dos períodos mais adequados para a coleta de dados necessários ao bom seguimento da gestação;
- dos períodos nos quais se necessita intensificar a vigilância, pela possibilidade maior de incidência de complicações;
- dos recursos disponíveis nos serviços de saúde e da possibilidade de acesso da clientela aos mesmos.

#### 8.3 Estratificação de risco

A estratificação da população em subpopulações tem como objetivo à identificação e ao registro das pessoas usuárias portadoras de necessidades similares, a fim de colocá-las juntas, com os objetivos de padronizar as condutas referentes a cada grupo nas diretrizes clínicas e de assegurar e distribuir os recursos humanos específicos para cada qual (MENDES, 2012).

A estratificação de risco da gestante a cada consulta fará a identificação precoce do risco gestacional e possibilitará intervenções e encaminhamentos para os diferentes níveis de atenção em tempo oportuno. A anamnese e exame físico da gestante dará ao profissional subsídio para realizar a estratificação do risco gestacional a cada consulta.

No município de Fortaleza a estratificação de risco da gestante foi dividia em três riscos: risco habitual, intermediário e alto risco.

O profissional médico e enfermeiro no momento da consulta após sua anamnese e exame físico deverão no prontuário eletrônico entrar na aba classificação e antecedentes obstétricos registrar os achados, e partir daí, o próprio prontuário dará a classificação de acordo com um dos estratos de risco.

Segue um roteiro para avaliar riscos em todas as consultas considerando os seguintes aspectos:

#### a) Risco habitual

- Idade entre 15 e 34 anos;
- Gravidez planejada ou desejada;
- Intervalo interpartal maior que um ano;
- Ausência de intercorrências clínicas e/ou obstétricas na gravidez anterior e/ou na atual.

#### b) Risco intermediário

- Idade menor que 15 e maior que 34 anos;
- Ocupação: exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse;
- Uso de drogas;
- Cirurgia uterina anterior menor que um ano;
- Intervalo interpartal menor que um ano;
- Infecção urinária (podendo ser conduzido na atenção primária);
- Ocupação: esforço físico, carga horária, rotatividade de horário;
- Situação conjugal insegura;
- Baixa escolaridade (< 4 anos);
- Tabagista;
- Altura menor que 1,45m;
- Nuliparidade e Multiparidade.

#### c) Alto risco

#### c.1) História reprodutiva anterior

- Morte perinatal;
- Abortamento habitual;
- Esterilidade/infertilidade;
- Síndrome hemorrágica ou hipertensiva; com mau resultado obstétrico e perinatal;
- Prematuridade:

- Antecedentes de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar;
- Eclampsia.

#### c.2) Na gravidez atual

- Malformação fetal;
- Desvio quanto ao crescimento uterino e ao volume de líquido amniótico;
- Gestação múltipla;
- Ganho ponderal inadequado;
- Diabetes gestacional;
- Pré-eclâmpsia;
- Hemorragias da gestação;
- Cardiopatias (reumáticas, congênitas, hipertensivas, arritmias, valvulopatias, endocardites na gestação);
- Pneumopatias (asma em uso de medicamentos contínuos, Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica (DPOC);
- Nefropatias (insuficiência renal, rins policísticos, pielonefrite de repetição);
- Endocrinopatias (diabetes, hipo e hipertireoidismo);
- Hemopatias;
- Epilepsia;
- Doenças infecciosas (sífilis, toxoplasmose, rubéola, infecção pelo HIV);
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, artrite reumatoide, etc.);
- Ginecopatias (malformações uterinas, miomas intramurais com diâmetro; > 4 cm ou múltiplos e miomas submucosos, útero bicorno);
- Câncer: os de origem ginecológica, se invasores, que estejam em tratamento ou possam repercutir na gravidez;
- Gestação resultante de estupro, em que a mulher optou por não interromper a gravidez ou não houve tempo hábil para a sua interrupção legal;
- Isoimunização;
- Hipertensão Arterial;
- Infecção urinária de repetição;
- Doenças neurológicas;
- Doenças psiquiátricas que necessitem de acompanhamento (psicose, depressão grave);
- Antecedentes de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar;
- Arboviroses (Dengue, Zica e Chigungunha).

**Quadro 1** - Calendário de consultas

Risco Habitual/Intermediário	Alto risco	
Mensais até 32 <sup>a</sup> semanas	Mensais até 28 <sup>a</sup> semanas	
Quinzenais de 32 <sup>a</sup> a 38 <sup>a</sup> semanas	Quinzenais de 28 <sup>a</sup> a 34 <sup>a</sup> semanas	
Semanais até o parto e/ou 41ª semanas	Semanais até o parto e/ou até 40 semanas	
quando deverá ser resolvida a gravidez		
Referenciar após 40ª semanas para	Referenciar após 40 <sup>a</sup> semanas para avaliação	
avaliação na emergência obstétrica	na emergência obstétrica	

As consultas na atenção primária serão alternadas entre o médico e o enfermeiro.

A gestante, mesmo quando encaminhada a um nível de maior complexidade, deve permanecer vinculada à unidade de origem. Fica a critério da equipe definir o local (atenção domiciliar ou unidade) de acompanhamento e frequência do mesmo após avaliação da situação da gestante.

Na consulta do terceiro trimestre de gestação enfatizar os aspectos relacionados ao cuidado com o recém nascido.

Para as gestantes de alto risco deve realizar visitas domiciliárias mais frequentes.

Quadro 2 - Calendário de vacinação para gestante

Idade	Vacina	Dose	Doenças evitadas
	dT		
Qualquer idade gestacional	(Dupla tipo	3	Contra difteria e tétano
	adulto) (1)		
	Influenza <sup>(2)</sup>	Anual	Contra influenza ou gripe
Qualquer idade gestacional			
(caso a gestante não tenha	Hepatite B <sup>(3)</sup>	3	Contra hepatite do tipo B
tomado anteriormente)			
27ª semana de gestação	DTPa <sup>(4)</sup>	Dose única para	Contra difteria, tétano e
(independente se a gestante		cada gestação	coqueluche
tem ou não esquema de dT)			

Fonte: Brasil (2016)

Nota: Mantida a nomenclatura do Programa Nacional de Imunização e inserida a nomenclatura segundo a Resolução de Diretoria Colegiada – RDC nº 61 de 25 de agosto de 2008 – Agência Nacional de Vigilância Sanitária (2008)

#### 9 ORIENTAÇÕES IMPORTANTES PARA A VACINAÇÃO DE GESTANTES

- 1) vacina adsorvida difteria e tétano dT (Dupla tipo adulto): gestantes não vacinadas ou sem comprovação de três doses da vacina, seguir o esquema de três doses. O intervalo entre as doses é de 60 (sessenta) dias e no mínimo de 30 (trinta) dias. Os vacinados anteriormente com 3 (três) doses das vacinas DTP, DT ou dT. Em caso de gravidez e ferimentos graves antecipar a dose de reforço sendo a última dose administrada a mais de cinco (5) anos. A mesma deve ser administrada no mínimo 20 dias antes da data provável do parto.
- 2) vacina influenza sazonal (fracionada, inativada): oferecida anualmente durante a Campanha Nacional de Vacinação Contra Gripe.
- 3) vacina hepatite B (recombinante): oferecer para gestantes não vacinadas ou sem comprovação de vacinação anterior, a saber: Gestantes, após o primeiro trimestre de gestação.
- **4) vacina adsorvida de difteria, tétano e coqueluche (pertussis acelular):** a vacina tipo adulto-dTpa disponibilizada para gestantes a partir da 27<sup>a</sup> semana de gestação e poderá ser administrada até 20 dias antes da data provável do parto. É importante que a gestante seja vacinada com a dTpa o mais precoce possível a partir do período anteriormente descrito.

#### 10 VINCULAÇÃO DA GESTANTE

A gestante deve ser vinculada a uma maternidade de referência conforme o mapa de vinculação estabelecido no município de Fortaleza, no momento da inscrição no pré-natal, para ter seu parto assegurado. A maternidade deverá ser registrada no cartão/caderneta da gestante, não havendo necessidade de documento de referência. A gestante deverá ser orientada a procurar a maternidade de referência nas situações de urgência e no trabalho de parto.

#### Objetivos da Vinculação da Gestante

- Integrar os níveis de atenção, garantindo a continuidade do cuidado;
- Garantir acolhimento imediato da gestante em trabalho de parto, da gestante com queixas ou intercorrências durante o período de gestação, da puérpera e recém-nascido em busca de assistência;

- Evitar a peregrinação das gestantes por diversas maternidades, diminuindo sofrimentos desnecessários e riscos de morbidade e mortalidade materna e neonatal;
- Referenciar e garantir transporte seguro caso a unidade não seja adequada ou não tenha, no momento, condições para prestar o tipo de atendimento necessário;

A vinculação poderá ocorrer para uma maternidade de referência para Risco Habitual ou Alto Risco, conforme a estratificação de risco. No caso da gestante não desejar ser vinculada à maternidade indicada, o profissional deverá tentar sensibilizá-la, inclusive promover uma visita à maternidade. Mantendo-se a resistência, o desejo da gestante deverá ser respeitado quanto ao local do parto. Desta forma, a equipe deverá vincular a gestante a outra maternidade que faça parte da rede ligada à Regional de Saúde.

São competências dos Serviços de Saúde no âmbito da vinculação da gestante (FORTALEZA, 2012):

#### Unidade de Atenção Primária á Saúde (UAPS)

- Vincular a gestante a uma maternidade de referência para o parto de risco habitual ou alto risco, conforme a necessidade;
- Realizar a inscrição da gestante no sistema SISPRENATAL *web*, na primeira consulta de pré-natal, e no prontuário eletrônico;
- No caso de gestante de risco, a Unidade Básica de Saúde deve continuar responsável pelo seguimento da mesma (BRASIL, 2012b);
- Encaminhar as gestantes, quando houver necessidade de avaliação obstétrica para especialistas da rede ou para as maternidades de vinculação utilizando um formulário de referência e contra referência, se necessário;
- Estimular a visita antecipada à maternidade de vinculação;
- Após o parto, realizar a visita na Primeira Semana de Vida;
- Disponibilizar agendamento de consulta para puericultura, revisão de parto e planejamento reprodutivo.

#### Hospitais/Maternidades

- Receber gestantes e acompanhantes para uma Visita Antecipada, orientando e prestando informações sobre a maternidade e o processo de pré-parto, parto e puerpério;
- Acolher e atender a gestante nas intercorrências da gestação e por ocasião do parto; em caso de lotação da unidade hospitalar ou de intercorrências que inviabilizem o atendimento/internação, a maternidade deve iniciar a assistência e acionar a Central de

Internação. A Maternidade de origem deve garantir a continuidade da assistência até a transferência definitiva da gestante;

- Comunicar sistematicamente às Coordenadorias Regionais de Saúde/UAPS sobre as puérperas e recém-nascidos (RNs) de alta, para seguimento na Rede Básica.

#### Central Regulação de Fortaleza (CRIFOR)

- Realizar a regulação das solicitações de vaga para obstetrícia e neonatologia;
- Favorecer o acolhimento da gestante na unidade de destino conforme território estabelecido no mapa de vinculação;
- Reavaliar busca ativa de vagas quando a maternidade da vinculação não tem capacidade para atender e providenciar o devido deslocamento da gestante/RN, de forma responsável (caso a maternidade não disponha de ambulância própria e/ou adaptada à necessidade). A transferência de gestante, puérpera e RN deve obedecer o protocolo de Regulação Obstétrica da CRIFOR.

#### Visita antecipada da gestante à maternidade

Recomenda-se a implantação da rotina de visita antecipada da gestante à maternidade. Esta ação objetiva desmistificar o processo do nascimento através da disponibilização de informações para a gestante e seus acompanhantes. É considerada uma importante ferramenta para reduzir a ansiedade não só da parturiente como também de seus familiares. Trata-se de uma visita prévia no ambiente onde será realizado o parto para esclarecer as gestantes acerca de assuntos relevantes ao estado gravídico, como também as vantagens do parto normal, a importância do aleitamento materno, mecanismos de redução de ansiedade no momento do pré-parto e parto, proporcionando à futura mãe e acompanhantes, mais segurança e tranquilidade durante todo o processo de pré-parto, parto e puerpério.

#### Medicamentos que devem conter na atenção básica

Os fármacos para uso na gravidez são classificados em relação aos seus efeitos sobre o concepto de acordo com a Food and Drug Administration, dos Estados Unidos, que divide os medicamentos nas seguintes categorias:

- Medicamentos cujos estudos controlados em mulheres não demonstram risco para o feto quando administrados no primeiro ou nos demais trimestres. Para estes, a possibilidade de lesão fetal é remota;

- Medicamentos cujos estudos na reprodução animal não demonstram risco fetal, mas não há estudos controlados em mulheres; incluem-se neste grupo aqueles que demonstraram efeitos adversos em animais, mas que não foram confirmados em estudos controlados em gestantes nos vários trimestres;
- Medicamentos cujos estudos em animais revelaram efeitos adversos em fetos, mas não há estudos controlados em mulheres. Nestes casos, as drogas podem ser administradas somente se o benefício terapêutico justificar o potencial teratogênico;
- Medicamentos cuja evidência seja positiva de risco fetal humano, porém, os benefícios terapêuticos heroicos do uso em gestantes justificam o uso;
- Medicamentos cujos estudos em animais e em seres humanos revelaram efeitos deletérios sobre o concepto que ultrapassam o benefício terapêutico almejado. Estes medicamentos estão contraindicados durante a gestação e em mulheres que pretendem engravidar.

Quadro 3 - Medicamentos usados na gravidez

Medicamento	Uso	Apresentação	Posologia	Risco
Aciclovir	Herpes Simples	Comp. 200mg	200-400mg, 5x/dia/VO	С
			(10 dias se primo-	
			infecção e 5 dias na	
			recorrência)	
Ácido	Lúpus eritematoso	Comp. 100mg	500mg, 1-4x/dia,	C/D*
Acetilsalicílico	sistêmico,	Comp. 500mg	antipirético e	(No terceiro trimestre, doses
	síndrome		analgésico*;	de 4-6g/dia, causa oligúria
	antifosfolípede,		100mg, 1x/dia, profilaxia	fetal, oligoâmnio,
	prevenção de pré-		de pré-eclâmpsia	dismorfoses faciais,
	eclâmpsia em			fechamento precoce do
	pacientes de risco			ducto arterioso, hipertensão
				pulmonar primária do RN
Ácido Fólico	Anemia,	Comp. 5mg	5mg, dose única diária,	A
	prevenção de		VO (anemia: até cura e	
	defeitos do tubo		durante o puerpério;	
	neural, anemia		prevenção de defeitos do	
	megaloblástica		tubo neural: do período	
			pré-concepcional até 12	
			semanas de gravidez.	
Ácido Folínico	Toxoplasmose,	Comp. 15mg	1 comprimido, VO,	В
	feto infectado		1x/dia, durante	
			3 semanas seguidas de	

		T	pausa de 3	
			_	
			semanas (da época de	
			diagnóstico da	
			infecção fetal até o termo	
			da gestação)	-
Aminofilina	Asma + apneia do	Comp. 100mg	200-400 mg, 3-4x/dia,	С
	RN, embolia	Sol. inj.	VO; 240-480mg,	
	pulmonar	24mg/mL	1-2x/dia, EV (duração de	
			uso segundo critério	
			médico)	
Amoxicilina	Infecções de vias	Cáp. 500mg	500mg, 8-8h/dia, VO (de	В
	aéreas superiores,	Pó susp. oral	7 a 10 dias)	
	vias urinárias e	50 mg/mL		
	dentárias			
Ampicilina	Infecção urinária,	Pó para sol.	500mg, 6-6h, VO, IM ou	A
	abortamento	inj. 1 g	EV	
	infectado	Pó para sol.	(de 7 a 10 dias)	
	septicemia,	inj. 500 mg		
	infecção	Comp. 500 mg		
	puerperal,			
	endocardite			
	bacteriana			
Azitromicina	Infecções do	Comp. 500 mg	500mg, dose única	С
	aparelho		diária, com 3 dias, ou	
	genitourinário		1,5-2,0g em dose única,	
	causado por		VO	
	Clamídia e			
	Gonococo			
Carbamazepina	Epilepsia	Comp. 200 mg	200-400mg, dose única	D
_		Xarope 20	diária, VO	(pode promover espinha
		mg/mL		bífida como conjunto de
				malformações menores:
				craniofaciais (microcefalia,
				pescoço curto, fenda palatina
				e/o lábio leporino,
				implantação baixa de
				orelhas, ptose palpebral) e
				em membros (hipoplasia
				digital, ausência de unhas);
				crescimento intrauterino
				Crescimento intrauternio

				restrito; desenvolvimento
				mental retardado; doença
				hemorrágica do RN. Avaliar
				o risco/benefício
Cefalosporina 1 <sup>a</sup>	Infecção urinária,	Cáp. 500 mg	500 mg, 4x/dia, VO (por	В
geração	bacteriúria	Susp. oral 50	7 dias)	Б
(Cefalexina)	bacteriuria	mg/mL	/ dias)	
Cefalosporina 3 <sup>a</sup>	Pneumonia,	Pó para sol.	Coftriovana, 2.4 a/dia	В
1		_	Ceftriaxona: 2-4 g/dia, EV	Б
geração	infecção urinária,	inj. 500 mg		
(ceftriaxona)	septicemia	Pó para sol.	(de 7 a 10 dias)	
		inj. 1 g		
		Pó para sol.		
		inj. 250 mg		
Dimeticona	Gases	Comp. 40 mg	40-80 mg, 4x/dia, VO	В
		Comp. 120 mg		
Dipirona	Analgésico,	Sol. oral 500	500 mg, 1-4x/dia, VO	В
	antitérmico	mg/mL		
		Sol. inj. 500		
		mg/mL		
Eritromicina	Infecções do trato	Cáp. 500 mg	250-500 mg, 6-6h, VO	D/B
	respiratório	Comp. rev.	(de 7 a 10 dias)	*Estolato é hepatotóxico
	superior;	500 mg		para a gestante, sem risco ao
	erisipela; enterite;	Susp. oral 25		feto / Estearato é compatível
	conjuntivites	mg/mL		com gestação. Ambos, o
	J			estolato e o estearato de
				eritromicina são compatíveis
				com a amamentação
Espiramicina	Infecção materna	Comp. rev.	500mg de 8/8h, VO (até	В
Lispitumema	por	500 mg	o termo da gravidez)	Iniciar assim que foi
	1	300 mg	o termo da gravidez)	diagnosticada
Fanitaína	toxoplasmose	Comp. 100 mg	100 m = VO 2 = /4! =	Ü
Fenitoína	Epilepsia	1	100 mg, VO, 3x/dia	D
Fenobarbital	Epilepsia	Comp. 100mg	100-200 mg, dose única	D
		Gts. oral 40	diária, VO	
		mg/mL		
		Sol. inj. 100		
		mg/mL		
Furosemida	Diurético +	Comp. 40 mg	20-80 mg, dose única	D
	broncodisplasia	Sol. inj. 10	diária,	(Não é teratogênica /
	RN	mg/mL;	VO, IM ou EV	Diminui a perfusão
	+ edema agudo de	Comp. 25 mg		placentária)

	pulmão			
Hidrocortisona  Hidróxido de alumínio	Asma, reações alérgicas graves Azia	Pó para sol. inj. 100 e 500 mg  Comp. mastigável 200 mg + 200 mg	0,5-1 g, dose única diária, IM ou EV, duração a critério médico  300-600 mg, 4-6x/dia, VO	D/C  (no primeiro trimestre pode promover malformações; nos demais, liberado para uso em curtos períodos; avaliar o risco/benefício  C
Hioscina/	Cólicas	Susp. oral 35,6 mg + 37 mg/mL Comp. 10 mg	10-20 mg, 3-5x/dia, VO,	В
butilescopolamina			EV ou IM	
Insulina humana NPH e Regular	Diabetes	Sol. inj. 100 UI/mL	NPH: 0,5 UI/kg/dia; Regular: 0,4 UI/kg/dia (adaptar segundo critério do médico)	В
Metoclopramida	Hiperêmese	Comp. 10 mg Sol. oral 4 mg/mL Sol. inj. 5 mg/mL	10 mg, 3x/dia, VO, IM, EV ou via retal	В
Metronidazol cp	Tricomoníase,vag inose bacteriana, amebíase, giardíase	Comp. 250 mg	2 g, dose única, VO	X/B  (contraindicado no primeiro trimestre/ em lactantes, suspender a amamentação por 12 – 24h)
Metronidazol creme vag.	Tricomoníase,vag inose bacteriana, amebíase, giardíase	Creme vag. 5%	Um aplicador/dia, intravaginal (por 7 dias)	X/B  (contraindicado no primeiro trimestre/ em lactantes, suspender a amamentação por 12 – 24h)
Nistatina creme vag.	Candidíase Vaginal	Creme vag. 25.000 UI/g	Um aplicador/dia, intravaginal (por 7 dias)	В
Nitrofurantoína	Infecção urinária, bacteriúria	Comp. 100 mg Susp. oral 5	100 mg, 6-6h, VO (por 10 dias)	B/D (no termo pode provocar

		mg/mL		anemia hemolítica do RN,
				de preferência usar até 36
				semanas)
Paracetamol	Analgésico,	Comp. 500 mg	500 mg, 1-4x/dia, VO	В
	antitérmico	Sol. oral 100		
		mg/mL		
Penicilina	Sífilis	Pó para sol.	Até 2,4 milhões UI, IM,	В
benzatina		inj.	com	
		600.000 UI e	intervalo de 1 semana	
		1.200.000 UI		
Prednisona	Lúpus eritematoso	Comp. 5 mg	2,5-15 mg, 2-4x/dia, VO	D/B
	sistêmico, asma	Comp. 20 mg		(no primeiro trimestre pode
				ocorrer fenda palatina/lábio
				leporino; nos demais
				trimestres não estudos
				controlados)
Propranolol	Hipertensão	Comp. 40 mg	20-80 mg/dia, VO	C/D
	arterial	Comp. 80 mg		(segundo trimestre redução
	crise tireotóxica,			do peso da placenta e
	hipertireoidismo			crescimento intrauterino
				restrito; terceiro trimestre,
				redução do peso da placenta;
				avaliar risco/benefício)
Rifampicina	Hanseníase,	Cáp. 300 mg	600 mg, dose única	C
	tuberculose		diária, VO	
Salbutamol				
	Trabalho parto	Xarope 0,4	2-4 mg, 3-4x/dia, VO;	В
	Trabalho parto prematuro, asma	Xarope 0,4 mg/mL	2-4 mg, 3-4x/dia, VO; broncoespasmos	В
		_	_	В
		mg/mL	broncoespasmos	В
		mg/mL Aerossol 100	broncoespasmos graves: 8 mcg/kg, 4-4h,	В
		mg/mL Aerossol 100 μg	broncoespasmos graves: 8 mcg/kg, 4-4h, IM, EV, SC;	В
		mg/mL Aerossol 100  µg  por dose	broncoespasmos graves: 8 mcg/kg, 4-4h, IM, EV, SC; nebulização: 2,5-5	В
		mg/mL Aerossol 100 μg por dose Sol. inj. 500 μg/mL	broncoespasmos graves: 8 mcg/kg, 4-4h, IM, EV, SC; nebulização: 2,5-5 mg/2mL de soro fisiológico; aerosol: 100-	В
		mg/mL Aerossol 100  µg por dose Sol. inj. 500  µg/mL Comp. 2 mg	broncoespasmos graves: 8 mcg/kg, 4-4h, IM, EV, SC; nebulização: 2,5-5 mg/2mL de soro	В
		mg/mL Aerossol 100 μg por dose Sol. inj. 500 μg/mL	broncoespasmos graves: 8 mcg/kg, 4-4h, IM, EV, SC; nebulização: 2,5-5 mg/2mL de soro fisiológico; aerosol: 100-	В
Sulfametoxazol		mg/mL Aerossol 100  µg por dose Sol. inj. 500  µg/mL Comp. 2 mg Sol. ina. 5	broncoespasmos graves: 8 mcg/kg, 4-4h, IM, EV, SC; nebulização: 2,5-5 mg/2mL de soro fisiológico; aerosol: 100-	B C/D
	prematuro, asma	mg/mL Aerossol 100 μg por dose Sol. inj. 500 μg/mL Comp. 2 mg Sol. ina. 5 mg/mL	broncoespasmos graves: 8 mcg/kg, 4-4h, IM, EV, SC; nebulização: 2,5-5 mg/2mL de soro fisiológico; aerosol: 100- 200 mcg, 4-6h	
Sulfametoxazol	prematuro, asma  Quimioprofilaxia	mg/mL Aerossol 100  µg por dose Sol. inj. 500  µg/mL Comp. 2 mg Sol. ina. 5  mg/mL Comp. 400 +	broncoespasmos graves: 8 mcg/kg, 4-4h, IM, EV, SC; nebulização: 2,5-5 mg/2mL de soro fisiológico; aerosol: 100- 200 mcg, 4-6h	C/D
Sulfametoxazol (SMZ) +	Quimioprofilaxia	mg/mL Aerossol 100  µg por dose Sol. inj. 500  µg/mL Comp. 2 mg Sol. ina. 5  mg/mL Comp. 400 +  80 mg	broncoespasmos graves: 8 mcg/kg, 4-4h, IM, EV, SC; nebulização: 2,5-5 mg/2mL de soro fisiológico; aerosol: 100- 200 mcg, 4-6h  800 mg de SMZ + 160 mg de TMP, 12-12h,	C/D (as sulfas se usadas próximo

		+	de TMP e 100 mg/kg/dia	
		8 mg/mL	de SMZ, 6-6h,	
			VO (por 3 semanas)	
Sulfato ferroso	Anemia	Comp. revest.	250 mg, dose única, VO,	В
		40 mg	(a partir da 20ª	
		Sol. oral 25	semana de gravidez até a	
		mg/mL	6ª semana	
			pós-parto)	

<sup>\*</sup>Mesmo que a droga seja risco D, avaliar o risco/benefício antes de suspendê-la, como no caso dos anticonvulsivantes (a crise epiléptica é muito mais grave para a gestante e o feto do que as drogas).

Fonte: Kulay et all, 2012

No tratamento do hipertireoidismo: o propiltiouracil é risco D: não promove malformações; após a 11<sup>a</sup> e 12<sup>a</sup> semana, quando não bem conduzido o tratamento pode produzir bócio e hipotireoidismo no feto, com ligeiro retardo do desenvolvimento físico e mental; é porém, o fármaco de escolha para o tratamento do hipertireoidismo na gravidez, quando comparado com carbimazol, metimazol e iodeto de potássio, que apresentam maior número de efeitos deletérios; avaliar risco/benefício.

#### 11 AÇÕES EDUCATIVAS

A atenção primária á saúde é o nível de atenção responsável pelas ações de promoção e prevenção á saúde. Uma maneira de investir em ações de promoção á saúde durante o ciclo gravídico puerperal na atenção básica são as atividades de educação em saúde. O pré-natal é o espaço adequado para o desenvolvimento destas atividades, com o objetivo de adquirir conhecimentos sobre para as modificações da gestação, para vivenciar um parto seguro, ser bem orientada para superar seus medos, ansiedades, vencer as dificuldades na amamentação e complicações no puerpério (RIOS; VIEIRA, 2007).

As ações de educação em saúde na unidade básica podem ocorrer de forma individual, no momento da consulta ou coletivamente em grupos.

A unidade básica pode organizar dois encontros coletivos com as gestantes e programar uma visita á maternidade de referencia ao parto.

Os temas que podem ser abordados nos trabalhos em grupos são:

- Importância do pré-natal e puerpério;
- Importância do acompanhamento odontológico na gestação e com o RN;
- Desenvolvimento do feto e alterações do organismo materno na gestação;

- Aleitamento materno;
- Sinais de trabalho de parto;
- Cuidados com o RN;
- Planejamento familiar;
- Direito a acompanhante no parto;
- Paternidade responsável;
- Tipos de parto (normal e cesariana) benefícios do parto normal e indicações de cesariana
- Parto Humanizado apoio contínuo, métodos não farmacológicos de alívio da dor, livre posição e deambulação, dieta líquida;
- Violência obstétrica;
- Contato imediato pele a pele benefícios para o bebê e para a mulher.

#### Caderneta da Gestante

A caderneta da gestante é um instrumento importante de comunicação das ações desenvolvidas no pré-natal com os diferentes níveis de atenção e entre profissionais. O profissional da unidade anotará todos os dados do pré-natal, como: consultas, exames, vacinas e o que ele julgar de importante durante sua assistência (BRASIL, 2016).

#### 12 PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICO

O período gestacional é um momento único, onde as mulheres estão mais propensas a aquisição de novos conhecimentos, portanto é de extrema importância a inserção dos cuidados de saúde bucal nesse período.

Levando-se em consideração que a mulher tem um papel de formadora de opinião dentro de sua família, as ações de saúde bucal no período gestacional são de extrema importância para a prevenção da saúde bucal da mãe, do seu bebê e de todos os seus familiares (OLIVEIRA, 2002; CARVALHO, 2005).

A gestante é um grupo de atendimento prioritário dentro da estratégia de saúde da família, o que já justificaria ter seu atendimento odontológico priorizado. Contudo, outros fatores sistêmicos corroboram com essa priorização. Dentre eles o fato da cárie ser uma doença infectocontagiosa de natureza multifatorial, fatores como hospedeiro susceptível, microbiota, tempo e dieta estão inter-relacionados, o que favorece a transmissão da cárie da mãe para o filho (GARCIA, 1995).

Além disso, durante a gravidez é frequente o aumento dos problemas gengivais, com maior gravidade das gengivites e aumento do sangramento gengival, alterações estas relacionadas a deficiências nutricionais, placa bacteriana, altos níveis hormonais e o estado transitório de imunodepressão (JEREMIAS, 2010).

A maioria das doenças gengivais pode ser evitada estabelecendo-se uma boa higiene bucal desde o início da gravidez. A gravidez por si só não determina quadros de gengivite ou doença periodontal. Porém as alterações hormonais acentuam as respostas do organismo aos irritantes locais, como a placa bacteriana. Um exemplo é o crescimento do tecido gengival, principalmente na região interdental, conhecido como granuloma gravídico, este tem como características o rápido crescimento do tecido e facilidade de sangramento. Essa lesão tende a regredir após a gravidez, porém em casos que dificulte a mastigação ou ocasione problema estético é aconselhada sua remoção (SÃO PAULO, 2007).

Apesar de todas as evidências científicas estimulando o atendimento das gestantes, ainda existem muitas crenças e mitos que atrapalham sua execução. A crença de que mulheres grávidas não podem ser submetidas ao tratamento odontológico, aliados ao desconhecimento científico por parte dos próprios cirurgiões-dentistas que muitas vezes se recusam a atender às gestantes, apenas reforçam o tabu que desaconselha a visita ao dentista durante a gravidez.

Algumas gestantes acreditam que não possam ir ao dentista simplesmente por estarem grávidas, porém as evidências científicas mostram exatamente o contrário. Toda gestante deve ter seu atendimento odontológico priorizado, pesquisas demostram que gestantes com problema periodontal podem ter seu partos antecipados e seus bebês podem nascer pré-maturos (BRASIL, 2008).

Alguns acreditam que existe um aumento na incidência de cáries durante a gestação, porém, é necessário esclarecer que o desenvolvimento da cárie está mais associado à mudança dos hábitos alimentares e à falta de higienização adequada do que com a gravidez propriamente dita.

Dentre os diversos mitos relacionados a gravidez tem-se o que seria proibido as tomadas radiográficas bucais. Ressalta-se que a dose de absorção de radiação em uma tomada radiográfica na região da boca é muito pequena. Portanto, quando necessário, é permitido a realização de exames radiográficos na região oral, estando a paciente devidamente protegida com avental de chumbo para a proteção radiológica (SÃO PAULO, 2007).

Outro mito muito comum neste período é que se perde um dente a cada gravidez, isso nada tem haver com a realidade. Perdas dentárias podem ser evitadas com uma dieta saudável, evitando-se o consumo exagerado de açúcar, enfatizando-se o controle da placa

bacteriana e principalmente a importância e possibilidade de tratamento dentário durante a gravidez (SÃO PAULO, 2007; BRASIL, 2008).

#### 12.1 Atendimento clínico de gestantes

As equipes de saúde bucal que atuam na estratégia de saúde da família no município de Fortaleza, juntamente com os outros profissionais desta estratégia priorizam o atendimento clínico dessa futura mamãe.

A gestante tem seu atendimento clínico garantido e participa de atividades de promoção de saúde visando a promoção de sua saúde bucal e de seu futuro bebê.

Na primeira consulta do pré-natal a gestante é encaminhada para iniciar seu pré-natal odontológico tendo seu tratamento garantido até a conclusão do mesmo. Todo tratamento odontológico essencial pode ser feito durante a gravidez, casos mais complicados devem ser avaliados pela equipe quanto ao risco e benefício para a paciente.

Durante o atendimento clínico é essencial a comunicação entre os profissionais da equipe que acompanha a gestante. O cirurgião dentista deve acompanhar qualquer intercorrência com sua paciente, como hipertensão, anemia, diabetes, cardiopatias, fatores esses que interferem na execução do atendimento clínico da gestante.

Evita-se sessões de atendimento prolongadas, devido a posição odontológica proporcionar certo desconforto para a gestante, principalmente após o segundo trimestre da gestação.

As urgências odontológicas em gestantes deverão ser sempre priorizadas, buscandose desta maneira aliviar a dor e evitar complicações do quadro clínico (BRASIL, 2008). Prioriza-se sempre o tratamento mais conservador, observando-se as condições gerais da paciente.

Exodontias não são contra indicadas, porém cirurgias que necessitem de uma maior intervenção clínica devem ser adiados até o final da gestação (BRASIL, 2008).

#### 12.2 atividades de promoção de saúde para gestantes

As atividades de promoção e prevenção serão desenvolvidas por equipe interdisciplinar. O cirurgião dentista é responsável por trabalhar temáticas como cuidados com a higiene oral, orientação de dieta, importância do aleitamento materno para o correto

desenvolvimento do sistema estomatognático, dentição decídua e permanente, transmissibilidade da cárie, doença periodontal, dentre outros.

Quanto à prevenção da cárie através do uso de flúor, o uso de cremes dentais fluoretados é o mais indicado, visto que a água do município de Fortaleza é fluoretada, não existindo necessidade de suplementação sistêmica de flúor.

#### 12.3 Particularidades de cada período gestacional

Primeiro Trimestre: Ocorrem as principais transformações embriológicas, deve-se realizar o tratamento odontológico com precaução.

Segundo Trimestre: Período mais adequado para as intervenções odontológicas.

Terceiro Trimestre: Período com maior risco de síncope, anemia e hipertensão. Aumento do desconforto na cadeira odontológica deve-se evitar procedimentos mais demorados.

O pré-natal odontológico é um direito de todas as gestantes, sendo primordial para o desenvolvimento de uma perfeita saúde bucal dessa mãe e de seu futuro bebê.

#### 12.4 Nutrição na gravidez e lactação

#### a) Programação fetal e influência na nutrição

O termo programação fetal refere-se ao processo pelo qual um estímulo ou insulto, quando ocorrido no período crítico do desenvolvimento, tem efeitos permanentes sobre a estrutura e as funções do organismo. Isso ocorre devido à plasticidade e sensibilidade a alterações do ambiente. Esse período crítico do desenvolvimento, para a maioria dos órgãos e sistemas humanos, ocorre especialmente na fase intrauterina.

Assim, a influência do ambiente intrauterino sobre a saúde do feto é explicada pelo conceito de programação fetal, no qual fez surgir a "origem fetal das doenças dos adultos", também conhecida como a hipótese de Barker (CASTRO, 2012).

Na fase intrauterina, as mães transmitem informações do ambiente externo, como o seu estado nutricional, através da placenta, e aos lactentes, através da lactação. Diversos estudos demonstraram que o crescimento do feto é o resultado do tamanho corpóreo da mãe e do fornecimento materno de nutrientes. A desnutrição no período fetal ou neonatal pode

programar o indivíduo para um aumento ou preservação dos estoques de gordura corporal ao longo da vida (CASTRO, 2012).

Portanto, esses conceitos demonstram a importância do questionamento e incentivo de estilo de vida materno mais saudável a fim de evitar doenças e garantir um melhor estado nutricional para seus descendentes (CASTRO, 2012).

Diante desta perspectiva, sugerem-se algumas recomendações antes de engravidar:

- Manter um peso saudável;
- Fazer atividade física regularmente;
- Se for necessário aumentar ou reduzir o peso, faça-o gradativamente (no máximo 0,5 a 1kg por semana);
- Parar de consumir bebidas alcoólicas;
- Parar de fumar:
- Fazer suplementação com ácido fólico.

## b) A gravidez sob o aspecto nutricional

Sob o ponto de vista nutricional, pode-se dividir a gestação em duas grandes fases: fase materna e fetal.

Na fase materna, que corresponde aproximadamente à primeira metade da gravidez, o organismo da gestante se prepara para permitir o desenvolvimento do feto na segunda metade da gestação - a fase fetal.

Várias adaptações fisiológicas são observadas no organismo da mãe durante a fase materna:

- Aumento do apetite e da eficiência digestiva e absortiva do tubo digestivo. Aumento da volemia e do volume do líquido intracelular.
- Aumento no débito cardíaco e no fluxo sanguíneo renal e periférico. Aumento na ventilação pulmonar.
- Formação de "estoques de nutrientes" (a ingestão de alimentos no segundo trimestre da gravidez é, por forças biológicas, maior que as necessidades nutricionais do momento; em consequência disso se forma um "estoque" de nutrientes em vários tecidos maternos).
- Aumento na produção de insulina, na produção hepática de triglicerídeos e na mobilização de ácidos graxos pelo tecido adiposo; o organismo materno se torna mais resistente à hipoglicemia.

Na fase fetal (segunda metade da gestação), boa parte das reservas nutricionais da mãe é utilizada. Nesse período, o feto experimenta extraordinário crescimento: na 14ª semana, pesa cerca de 20g; na 34ª, aproximadamente 2.500g, ou seja, 125 vezes maior. É interessante salientar que, apesar da intensidade do crescimento fetal, as reservas nutricionais da mãe permanecem praticamente estáveis nos últimos meses da gravidez.

É importante enfatizar, no entanto, que sob condições socioeconômico-culturais muito desfavoráveis, a subnutrição passa a ter importante papel no prognóstico da gestação e da lactação.

## c) A alimentação na gravidez e lactação

A alimentação da gestante/nutriz deve ser igual à da mulher adulta normal. Nesse contexto, sugerem-se as recomendações válidas para qualquer pessoa adulta normal, são:

- Comer principalmente alimentos não industrializados;
- Distribuir a alimentação de forma que 80 a 85% dos alimentos ingeridos num dia sejam vegetais e somente 15 a 20% sejam de origem animal (carne/ leite/ovos);
- Procurar variar o cardápio de um dia para o outro, evitando a monotonia alimentar. Comer devagar, mastigando e saboreando bem os alimentos;
- Evitar o excesso de açúcar e sal;
- Não ingerir bebidas alcoólicas;
- Fazer diversas refeições por dia, evitando comer muito em uma só refeição.

Assim, deve-se utilizar como referência para orientação da alimentação da gestante ou nutriz o Guia Alimentar para a População Brasileira do Ministério da Saúde, o qual contém as primeiras diretrizes alimentares oficiais para a nossa população (BRASIL, 2006).

A alimentação que contenha esses alimentos distribuídos em cinco/seis refeições diárias, conforme as sugestões indicadas a seguir, é completamente equilibrada, oferecendo todos os nutrientes básicos de que o ser humano necessita, e tem se mostrado eficaz inclusive como coadjuvante na prevenção do excesso de peso na gravidez. Já o consumo de sal diário, este não deve exceder 5g/dia (1 colher rasa de chá por pessoa), caracterizando uma dieta normossódica (BRASIL, 2006).

Relação de alimentos que devem estar presentes no café da manhã, almoço, jantar e lanches.

### Café da manhã (ao acordar)

- Leite e/ou derivados;
- Cereais (pão, flocos ou cereal);
- Frutas.

### Almoço e jantar (duas vezes ao dia)

- Cereais (arroz, milho, trigo, etc.);
- Leguminosas (feijão, ervilhas, soja, lentilhas, etc.);
- Raízes/bulbos (batata, mandioca, etc.);
- Um alimento de origem animal (carne e derivados, leite e derivados ou ovos);
- Salada de vegetais crus ou pouco cozidos, principalmente os verde-escuros.

### Lanches (duas a três vezes ao dia)

- Pequenas refeições que devem ser realizadas nos momentos de fome entre o café da manhã e o almoço, entre o almoço e o jantar e após jantar.
- Frutas ou sucos de frutas, pão e cereais, leite ou queijo ou iogurte.

Os adoçantes artificiais não devem ser usados constantemente, pois não existem dados conclusivos sobre os efeitos do uso dessas substâncias. Em gestantes e nutrizes deve ficar restrito às gestantes diabéticas ou com obesidade grave. Baseado nas evidências atualmente disponíveis, aspartame, sucralose, acessulfame-K e a estévia são considerados seguros. O aspartame não deve ser utilizado por gestantes homozigóticas para fenilcetonúria. A sacarina e o ciclamato devem ser evitados durante a gestação, pois não existem informações disponíveis que afastem provável potencial carcinogênico desses adoçantes.

## d) Orientação nutricional em problemas comuns na gravidez

#### Náuseas e vômitos

- Antes de dormir, faça um lanche pequeno;
- Levantar lentamente da cama;
- Limonada ou limão pode ajudar a controlar a náusea;
- Experimentar alimentos gelados como sorvetes, pudim, gelatina, leite gelado;
- Comer carboidratos de fácil digestão, como biscoitos simples, purê de batata, arroz, macarrão sem molho, frutas e hortaliças;
- Evitar misturar alimentos quentes e frios na mesma refeição;

- Evitar ficar com estômago vazio. Faça refeições pequenas e frequentes;
- Fazer lanches ricos em proteínas, como queijos e carnes;
- Água mineral e refrigerante de limão alivia náuseas;
- Tomar líquidos entre as refeições;
- Comer lentamente e mastigue bem os alimentos;
- Evitar alimentos com odores e sabores fortes;
- Evitar alimentos gordurosos e muito condimentados;
- Comer alimentos à temperatura ambiente;
- Alimentos quentes tendem a ter odor mais forte, que pode desencadear a náusea.

### Azia

- Fazer refeições pequenas e frequentes (líquidos);
- Mastigar bem os alimentos e coma lentamente;
- Evitar frituras e alimentos gordurosos;
- Evitar sucos cítricos, produtos com tomate e alimentos muito condimentados;
- Usar roupas soltas;
- Não deitar imediatamente após comer. Manter-se sentada;
- Fazer uma caminhada curta após comer, para melhorar a digestão;
- Não fazer exercícios vigorosos;
- Dormir com a cabeceira da cama elevada;
- Não tomar antiácidos. Se usá-los, evite tomar junto às refeições, pois eles contêm bicarbonato de sódio, que pode interferir na absorção de vitaminas e minerais.

## Obstipação e hemorroidas

- Beber de 8 a 10 copos de líquidos por dia (água, sucos, leite, sopas);
- Aumentar gradualmente a ingestão de fibras nas refeições;
- Frutas e hortaliças com casca, quando possível;
- Pães e cereais integrais;
- Substituir metade da quantidade de farinha refinada por farinha integral;
- Feijões, ervilhas, nozes, sementes, produtos de grãos, frutas e hortaliças;
- Comer figos e ameixas secas (ou suco) laxante natural;
- Fazer refeições em horários regulares;
- Fazer exercícios regularmente;
- Não usar laxantes, pois diminui a absorção de vitaminas e minerais.

### Diarreia

- Beber de 8 a 10 copos de líquidos por dia (água, sucos, leite, sopas);
- Experimentar os seguintes alimentos: sucos de frutas e caldos de carne, arroz, macarrão (sem molho) e torradas, mingau de farinha de arroz, frutas cozidas, sem casca, aves, sem a pele, iogurte e ricota;
- Evitar alimentos gordurosos e frituras.

## Pré-eclâmpsia

- Dieta normossódica;
- Evitar alimentos ricos em sódio;
- Dieta hiperproteica (proteína mantém a pressão coloidosmótica do plasma constante e o fornecimento de nutrição fetal pelo fluído sanguíneo adequado);
- Gestantes cardiopatas dieta hipossódica.

## **Diabetes gestacional**

- Manter as recomendações gerais para adultos;
- Reforçar a necessidade de fracionamento alimentar e evitar jejum prolongado;
- Dar preferência aos carboidratos complexos e integrais;
- Quando possível como cereais (farelo de aveia, pães, massas e milho);
- Frutas: 1 porção por vez e variar durante o dia, no máximo 4 unidades devido a frutose;
- Excluir o uso de carboidratos simples como sacarose e glicose (açúcar refinado ou mascavo, refrigerantes, mel e doces em geral);
- Os adoçantes e produtos dietéticos podem ser utilizados com moderação (aspartame, stévia).

#### Anemia

- Para gestantes e nutrizes, doses de 30 a 60mg de ferro elementar/dia (300mg de sulfato ferroso/ dia, por exemplo) são mais recomendadas, pois promovem mais tolerância e podem atingir a absorção de 5 a 10mg de ferro/dia;
- Carne e órgãos de bovinos, aves, peixes e aves são alimentos ricos em ferro biodisponível e associados ao consumo de alimentos ricos em ácido ascórbico ou vitamina C (frutas, sucos, batatas e alguns outros tubérculos, legumes e folhas verdes) são facilitadores da absorção do ferro;

- Os fitatos presentes no farelo de cereais, grãos de cereais, leguminosas, nozes e semente e o tanino presente no chá, café, cacau, infusões de plantas em geral são dificultadores da absorção do ferro. Para diminuir os fitatos nas leguminosas basta deixar de molho por 8 horas, antes de cozê-los;
- O Ministério da Saúde instituiu em 2004 o Programa Nacional de Suplementação de Ferro, que objetiva prevenir e controlar a anemia na população mais vulnerável: crianças, gestantes e nutrizes. Para gestantes, inicia-se a profilaxia na segunda metade até o término da gravidez; e para lactantes, até o terceiro mês pós-parto (ou pós-aborto) (BRASIL, 2004).

# e) Avaliação Nutricional na gravidez

O ganho de peso corporal durante a gestação inclui os produtos da concepção, incluindo o feto, a placenta e o líquido amniótico; e o aumento de tecidos maternos, como útero, mama, fluido extracelular e sanguíneo e tecido adiposo. Este ganho de peso depende diretamente do peso com que a gestante iniciou a gravidez, ou seja, de acordo com o índice de massa corporal (IMC) pré-gestacional. Por isso, o total do ganho de peso varia de acordo com a característica de cada mulher.

Para avaliar o estado nutricional da gestante, são necessários a aferição do peso e da estatura da mulher e o cálculo da idade gestacional. Na primeira consulta de pré-natal, a avaliação nutricional da gestante, com base em seu peso e sua estatura, permite conhecer seu estado nutricional atual e subsidiar a previsão do ganho de peso até o final da gestação. Esta avaliação deve ser feita conforme descrito a seguir:

1. Calcule o IMC da gestante: Índice de Massa Corporal (IMC) =  $\underline{Peso(k)}$  Altura<sup>2</sup>(m)

## 2. Calcule a semana gestacional:

Atenção: Quando necessário, arredonde a semana gestacional da seguinte forma: 1, 2, 3 dias – considere o número de semanas completas e 4, 5, 6 dias – considere a semana seguinte.

Exemplo: Gestante com 12 semanas e 2 dias = 12 semanas Gestante com 12 semanas e 5 dias = 13 semanas

3. Realize o diagnóstico nutricional: Localize na primeira coluna do quadro a seguir a semana gestacional calculada e identifique, nas colunas seguintes, a classificação do estado nutricional da gestante, a partir de IMC calculado.

Quadro 4 - Avaliação do estado nutricional segundo do Índice de Massa Corporal por semana gestacional

semana gestacional Semana Baixo peso		Adequado (A) IMC entre		Sobrepeso (S) IMC entre		Obesidade (O)
gestacional	(BP) IMC ≤					IMC≥
6	19,9	20,0	24,9	25,0	30,0	30,1
8	20,1	20,2	25,0	25,1	30,1	30,2
10	20,2	20,3	25,2	25,3	30,2	30,3
11	20,3	20,4	25,3	25,4	30,3	30,4
12	20,4	20,5	25,4	25,5	30,3	30,4
13	20,6	20,7	25,6	25,7	30,4	30,5
14	20,7	20,8	25,7	25,8	30,5	30,6
15	20,8	20,9	25,8	25,9	30,6	30,7
16	21,0	21,1	25,9	26,0	30,7	30,8
17	21,1	21,2	26,0	26,10	30,8	30,9
18	21,2	21,3	26,1	26,2	30,9	31,0
19	21,4	21,5	26,2	26,3	30,9	31,0
20	21,5	21,6	26,3	26,4	31,0	31,1
21	21,7	21,8	26,4	26,5	31,1	31,2
22	21,8	21,9	26,6	26,7	31,2	31,3
23	22,0	22,1	26,8	26,9	31,3	31,4
24	22,2	22,3	26,9	27,0	31,5	31,6
25	22,4	22,5	27,0	27,1	31,6	31,7
26	22,6	22,7	27,2	27,3	31,7	31,8
27	22,7	22,8	27,3	27,4	31,8	31,9
28	22,9	23,0	27,5	27,6	31,9	32,0
29	23,1	23,2	27,6	27,7	32,0	32,1
30	23,3	23,4	27,8	27,9	32,1	32,2
31	23,4	23,5	27,9	28,0	32,2	32,3
32	23,6	23,7	28,0	28,1	32,3	32,4
33	23,8	23,9	28,1	28,2	32,4	32,5
34	23,9	24,0	28,3	28,4	32,5	32,6
35	24,1	24,2	28,4	28,5	32,6	32,7
36	24,2	24,3	28,5	28,6	32,7	32,8
37	24,4	24,5	28,7	28,8	32,8	32,9
38	24,5	24,6	28,8	28,9	33,0	32,9
39	24,7	24,8	28,9	29,0	33,0	33,1
40	24,9	25,0	29,1	29,2	33,1	33,2
41	25,0	25,1	29,2	29,3	33,2	33,3
42	25,0	25,1	29,2	29,3	33,2	33,3

Fonte: Adaptado de Atalah et al. (1997)

# **OBSERVAÇÃO IMPORTANTE**

O ideal é que o IMC considerado no diagnóstico inicial da gestante seja o IMC calculado a partir de medição realizada até a 13ª semana gestacional ou o IMC pré-gestacional referido (limite máximo são 2 meses antes). Caso isso não seja possível, inicie a avaliação da gestante com os dados da primeira consulta de pré-natal, mesmo que esta ocorra após a 13ª semana gestacional.

Em seguida, classifique o estado nutricional da gestante segundo IMC por semana gestacional da seguinte forma: Baixo Peso (BP): quando o valor do IMC calculado for menor ou igual aos valores correspondentes à coluna do estado nutricional de baixo peso.

Adequado (A): quando o IMC calculado estiver compreendido na faixa de valores respondentes à coluna do estado nutricional adequado.

Sobrepeso (S): quando o IMC calculado estiver compreendido na faixa de valores correspondentes à coluna do estado nutricional de sobrepeso.

Obesidade (O): quando o valor do IMC for maior ou igual aos valores correspondentes à coluna do estado nutricional de obesidade.

## 4. Estime o ganho de peso

Estime e oriente a gestante sobre o ganho de peso total recomendado até o final da gestação, como também, o ganho de peso por trimestre (2° e 3°). Os quadros 5, 6 e 7 a seguir mostram as recomendações de ganho ponderal na gravidez em todas as faixas de IMC.

**Quadro 5** - Recomendações de ganho ponderal na gravidez

Grupo	IMC	Ganho ponderal	Taxas de ganho ponderal no 2º e 3º	
		(kg)	trimestres	
Baixo peso	< 19,8	12,5 a 18	Pouco mais de 0,5 kg/semana	
Peso normal	19,8 a 25	11,5 a 16	0,5 kg/semana	
Sobrepeso	25 a 29	7 a 11,5	0,3 kg/semana	
Obesidade	> 29	> 6	Objetivar taxa estável de ganho ponderal	

Fonte: Institute of Medicine - IOM (1998)

**Quadro 6** - Recomendações de ganho ponderal para gestação multifetais

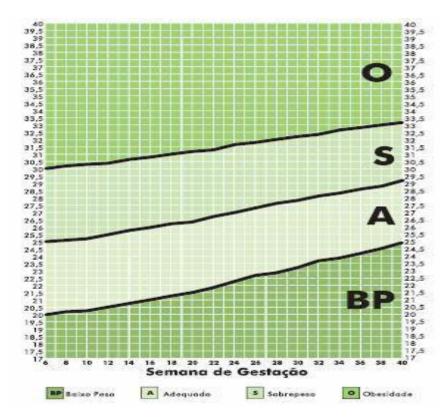
Gestação	Ganho ponderal (kg)
Gestação gemelar, qualquer IMC	16 a 20
Gestação trigemelar, qualquer IMC	22,5

Fonte: IOM (1998)

## 5. Marque o IMC por semana gestacional no Gráfico do Cartão da Gestante

Marcar no gráfico abaixo o IMC encontrado na primeira consulta conforme semana gestacional. Nas consultas subsequentes realizar o acompanhamento do estado nutricional da gestante, calculando o IMC e marcando no gráfico de IMC por semana gestacional, identificando se a inclinação do traçado é ascendente, horizontal ou descendente. Abaixo o Gráfico de Índice de Massa Corporal segundo semana de gestação e a avaliação do traçado da curva de acompanhamento.

**Gráfico 1** - Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante Índice de Massa Corporal segundo a semana de gestação



Fonte: Adaptado de Atalah et al. (1997)

**Quadro 7** - Avaliação do traçado da curva de acompanhamento do estado nutricional da gestante segundo o gráfico do índice de massa corporal por semana gestacional

Estado Nutricional da gestante na la avaliação	Inclinação da curva no Gráfico de IMC por semana gestacional	Exemplo*
Baixo Peso (BP)	A curva de ganho de peso deve apresentar inclinação ascendente maior que a da curva que delimita a parte superior da faixa de estado nutricional Baixo Peso (BP).	O S BP
Adequado (A)	A curva deve apresentar inclinação ascendente paralela às curvas que delimitam a área de estado nutricional adequado (A) no gráfico.	O S BP
Sobrepeso (S)	A curva deve apresentar inclinação ascendente semelhante às curvas que delimitam a de sobrepeso (S), a depender do seu estado nutricional inicial. Por exemplo: se uma gestante de sobrepeso inicia a gestação com IMC próximo ao limite inferior desta faixa, sua curva de ganho de peso deve ter inclinação ascendente semelhante à curva que delimita a parte inferior desta faixa no gráfico	O S A BP
Obesidade (O)	A curva deve apresentar inclinação semelhante ou inferior (desde que ascendente) à curva que delimita a parte inferior da faixa de obesidade (O).	O S A BP

<sup>\*</sup>Observação: As linhas em azul foram desenhadas aleatoriamente apenas para exemplificar as possíveis tendências de inclinação das curvas

## 12.5 Gestante adolescente

As adolescentes que engravidaram dois ou mais anos após a menarca, em geral, maiores de 15 anos, devem ser avaliadas, considerando a mesma avaliação da gestante adulta. No entanto, as adolescentes que engravidaram com menos de dois anos após a menarca, a

avaliação deve ser feita como a de adulta, porém, a análise dos dados deve ser flexível, pois pode ocorrer que o estado nutricional com a interpretação dos dados não seja equivalente ao real, devido ainda se encontrarem em fase de crescimento e apresentarem imaturidade biológica, o mais importante é acompanhar o traçado da curva de IMC por semana gestacional, que deverá ser ascendente ao longo das consultas. Deve-se tratar a gestante adolescente como de risco nutricional, reforçar a abordagem nutricional e aumentar o número de visitas a Unidade de Atenção Primária a Saúde.

## 12.6 Direitos da gestante e da puérpera

- ✓ Licença maternidade de 120 (cento e vinte dias para as gestantes com carteira assinada), mães que trabalham nas empresas consideradas cidadã a licença será de 180 dias.
- ✓ Não ser demitida enquanto estiver grávida e até cinco meses após o parto, a não ser por "justa causa".
- ✓ Caso apresente problema para a mãe e o bebe pode mudar de função ou setor em seu trabalho. Para isso, apresente à sua chefia um atestado médico comprovando a necessidade de mudar de função.
- ✓ Receber DECLARAÇÃO DE COMPARECIMENTO sempre que for às consultas de prénatal ou fizer algum exame.
- ✓ Ser dispensada do trabalho todos os dias, por dois períodos de meia hora ou um período de uma hora, para amamentar, até o bebê completar seis meses.
- ✓ Licença de 5 dias para o pai logo após o nascimento do bebê, e para os pais que trabalham nas empresas consideradas cidadã a licença será de 20 dias.
- ✓ Para estudantes grávidas a lei Lei nº 6.202/1975 garante à grávida o direito à licençamaternidade sem prejuízo do período escolar.
- ✓ O Decreto-Lei nº 1.044/1969 garante que A partir do oitavo mês de gestação a gestante estudante poderá cumprir os compromissos escolares em casa.
- ✓ 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 Sistema Único de Saúde. Este acompanhante é escolhido por você, podendo ser homem ou mulher.
- ✓ Lei Federal nº 11.340/2007, que garante à gestante o direito de ser informada pela equipe do pré-natal, sobre qual a maternidade de referência para seu parto e de visitar o serviço antes do parto.

- ✓ Guichês e caixas especiais ou prioridade nas filas para atendimento em instituições públicas e privadas (bancos, supermercados, lojas).
- ✓ Assento prioritário para gestantes e mulheres com bebê no colo em ônibus e metrô.
- ✓ Se a família é beneficiária do Bolsa Família, tem direito ao benefício variável extra na gravidez e durante a amamentação.

# 13 MATRIZ DE COMPETÊNCIA DE PONTOS DE ATENÇÃO

A matriz de competência dos pontos de atenção da rede de urgência para as urgências obstétricas dará ao profissional da atenção básica o conhecimento sobre os diferentes pontos de atenção e suas especificidades (Quadro 8).

**Quadro 8** - Competência dos pontos de atenção da rede de atenção à urgência e emergência para as urgências obstétricas, para fortaleza e macrorregião do estado

Nível de	Ponto de	Competência do ponto de atenção	Território sanitário
atenção	atenção		
Primária	UAPS	<ul> <li>- Assistência ao puerpério;</li> <li>- Assistência pré-natal de risco habitual;</li> <li>-Assistência pré-natal de risco intermediário para as unidades que tem obstetra no seu corpo clínico.</li> </ul>	Área adscrita
Secundária	UPAS	<ul> <li>Não dispõe de atendimento obstétrico;</li> <li>Atendimento inicial de urgência e emergência e encaminhamento a uma unidade de referência;</li> <li>Ver vinculação.</li> </ul>	SER I – Cristo Redentor e Vila Velha SER 2 – Praia do Futuro SER 3 – Autran Nunes e Rodolfo Teófilo SER 4 – Itaperi SER 5 – Canindezinho, José Walter, Conjunto Ceará e Grande Bom Jardim SER 6 – Messejana e Jangurussu
	SAMU	- 1º Atendimento vermelho, laranja e amarelo	Fortaleza
	- Gonzaguinhas (Messejana, Barra do Ceara, José Walter)	<ul> <li>Assistência pré-natal de risco intermediário</li> <li>(M,BC,JW,NSC)</li> <li>Assistência pré-natal de alto risco (M,ZA)</li> <li>Assistência ao parto de risco habitual (leitos de sala de</li> </ul>	1ª Região de saúde

		parto e alojamento conjunto) (M,BC,JW,NSC,CD,ZA)		
	- N.S.Conceição	- Atendimento intercorrências na gestação		
		(M,BC,JW,NSC)		
	- Cura D'ars	- Atendimento as mulheres em situação de abortamento		
		(M,JW,NSC,ZA,BC)		
	- Hospital Zilda	- Leitos de gestação de alto risco (a implantar (M,ZA)		
	Arns	- Atendimento as mulheres em situação de violência		
		(M,JW,NSC)		
		- Atendimento ao aborto lega(M)		
		- Assistência ao recém-nascido de risco (UTIN, UCINco,		
		UCINca) (M,CD,ZA)		
		- Assistência ao recém nascido com perfil de médio risco		
		(UCINco,) (BC,JW,NSC)		
		- Atendimento as intercorrências ginecológicas		
		(M,BC,JW,NSC)		
		- Assistência ao pré-natal de alto risco		
		- Assistência ao parto de risco habitual e alto risco (leitos		
		de sala de parto e alojamento conjunto)		
		- Atendimento intercorrências na gestação		
	- MEAC	- Assistência ao recém-nascido de risco (UTIN, UCINco e		
j. Bi	- HGF	UCINca)	Macrorregião da Sáude de Fortaleza	
Terciária		- Atendimento a mulher em situação de abortamento		
		- Atendimento as intercorrências ginecológicas		
	- César Cals	- Atendimento as mulheres em situação de violência		
		(MEAC)		
		- Atendimento ao aborto legal (MEAC)		
		- Leitos de gestação de alto risco		
		- Atendimento as gestantes e puérperas na UTI		

Legenda: SER: Secretaria Executiva Regional; UPAS: Unidades de Pronto Atendimento; SAMU: Serviço de Atendimento Móvel de Urgência; MEAC: Maternidade Escola Assis Chateaubriand; UTIN: Unidade de Terapia Intensiva Neonatal; UCINco: Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional; UCINca: Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional; UCINca: Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Canguru; M: Messejana; BC: Barra do Ceara; JW: José Walter; SNC: N.S. Conceição; CD: Cura D'ars; ZA: Hospital Zilda Arns; HGF: Hospital Geral de Fortaleza

Fonte: Fortaleza (2016b)

## REFERÊNCIAS

ATALAH, E.; CASTILLO, C.; CASTRO, R.; ALDEA, A. Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas. **Rev Med Chile** v.125, n.12, p.1429-1436, 1997.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Vigilância alimentar e nutricion**al. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e puerpério**: atenção qualificada e humanizada. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção á Saúde. Departamento de Atenção Básica. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição. **Guia alimentar para a população brasileira**. Série A. Normas e Manuais Técnicos, Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Saúde bucal**. Caderno de Atenção Básica n.17. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3242 de 30 de Dezembro de 2011**. Dispõe do fluxo laboratorial da sifilis e a utilização do teste rápido da sifilis em situações especiais. Disponível em: telelab.aids.gov.br/index.php/biblioteca.../18\_95c8a401e790040b206c931f902e6c57 Acesso em: 01 jun. 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

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

BRASIL. Mistério da Saúde. Secretaria de atenção á saúde. Departamento de ações Programáticas Estratégicas. **Teste rápido de gravidez na atenção básica**: guia técnico. (serie direitos sexuais e direitos reprodutivos; caderno n.10) Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

BRASIL. Secretaria de Atenção á Saúde. Coordenação Geral de Saúde das Mulheres. **Caderneta da gestante**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

CARVALHO, L. K. Tratamento odontológico no período gestacional. Rev BBO. 2005.

CASTRO, R. C. B. C. **O que é programação fetal e qual a influência da nutrição?** 2012. Disponível em: http://www.nutritotal.com.br/perguntas/?acao=bu&id=691&categoria=15 acesso em: 13. Mar. 2016.

FORTALEZA. Secretaria Municipal de Saúde. **Portaria 261/2012/RC/GS/SMS, DOM 14.900**. Institui a vinculação da gestante dos Centros de Saúde para as maternidades de Fortaleza. Fortaleza: SESA, 2012.

FORTALEZA. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Coordenadoria de Promoção e Proteção a saúde. Protocolo de Vigilância e Resposta à Ocorrência de Microcefalia e/ou Alterações do Sistema Nervoso Central relacionadas a infecções congênitas. Fortaleza: SESA, 2016a.

FORTALEZA. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. **Portaria Municipal nº 81/2016**. Estabelece as diretrizes para a organização da rede de atenção a urgência e emergência do município de Fortaleza. Fortaleza: SESA, 2016b.

GARCIA, I. L. Cuidados dentalis em la mujer embarazada. Rev Rol Enferm., v.206, p.31-32, 1995.

INSTITUTE OF MEDICINE (IOM). Dietary reference intakes (DRIs) for thiamin, riboflavin, niacin, vitamin b6, folate, vitamin b12, panthotenic acid, biotin and chlorine. Washington, DC: National Academic Press, 1998.

JEREMIAS, F.; SILVA, S. R. C.; VALSECKI JUNIOR, A.; TAGLIAFERRO, E. P. S.; ROSELL, F. L. Autopercepção e condições de saúde bucal de gestantes. **Odontol Clin Cient.**, v.9, n.4, p.359-363, 2010.

KULAY JUNIOR, L.; KULAY, M. N. C.; LAPA, A. J. **Drogas na gestação e lactação**: guia prático. Monole. 2012.

MCKAY, J. A.; MATHERS, J. C. Diet induced epigenetic changes and their implications for health. **Acta Physiol.**, v.202, n.2, p.103-18, 2011.

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012. 512p.

OLIVEIRA, R. S. R. G. Percepção sobre saúde bucal e atendimento odontológico, por gestantes em programas de assistência pré-natal, no município de Santo André – SP. 2002. 106 f. Dissertação (Mestardo em Saúde Pública) - Universidade de São Paulo, Santo André, SP, 2002.

RIOS, C. T. F.; VIEIRA, N. F. C. Ações educativas no pré-natal: reflexão sobre a consulta de enfermagem como um espaço para educação em saúde. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.12, n.2, p.477-486, 2007.

SÃO PAULO. Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo. **Nascendo e crescendo com saúde bucal**: Atenção à saúde da gestante e da criança (Projeto Cárie Zero). São Paulo: Secretaria Municipal de Saúde de São Paulo, 2007.

TEIXEIRA NETO, F. Nutrição clínica. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2003.

WIDTH, M.; REINHARD, T. **Manual de sobrevivência para nutrição clínica**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2009.