

ROTINA DE PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA



PREFEITURA DE
CAMPOS
UMA NOVA HISTÓRIA

SECRETARIA MUNICIPAL
DE SAÚDE



ROTINA DE PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Deve ser realizada pelo médico, dentista e enfermeiro.

Cronograma de consultas:

Idade Gestacional	Periodicidade
Até a 28ª semana	Mensalmente
Da 28ª até a 36ª semana	Quinzenalmente
Da 36ª até a 41ª semana*	Semanalmente
A partir da 41ª semana, encaminhar a maternidade de referência para resolução do parto e já orientar a paciente que ela deverá voltar a UBS em até 7 dias após o parto para a consulta puerperal. *Paciente com 02 cesarianas anteriores, encaminhar para a resolução com 39 semanas.	
Em nenhuma hipótese existe alta do pré-natal.	

A gestante deverá ser atendida sempre que houver uma intercorrência, independente do calendário estabelecido;

- Gestantes cujo trabalho de parto não se inicie até 41ª semana, devem ser encaminhadas à maternidade/hospital de referência para avaliação da necessidade de indução do parto;
- Não existe alta do Pré-natal, esse se encerra apenas com a realização da consulta puerperal;
- Recomenda-se busca ativa para gestantes faltosas e para as puérperas na 1ª semana pós-parto, caso não retornem ao serviço; É importante destacar que a busca ativa das gestantes é responsabilidades de todos, inclusive da equipe administrativa, encarregado e agente comunitário de saúde.
- O controle do comparecimento das gestantes às consultas é de responsabilidade dos serviços. Nesse sentido, devem ser

implantadas estratégias de vigilância que permitam a busca ativa de gestantes faltosas.

Roteiro para Consulta de Pré-Natal:

Deve ser composta de anamnese abrangente, com valorização do interrogatório complementar, seguida de exame físico geral, incluindo exame ginecológico e mamário, seguindo o roteiro:

Consulta	Responsável	O que fazer?
1ª consulta IG: 4 a 8 semanas	Enfermeiro	- Acolhimento;
		- Anamnese (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 familiares, Antecedentes clínicos, ginecológicos, obstétricos e de aleitamento materno, Saúde sexual;
		- Cálculo da DPP e Idade Gestacional;
		- Avaliação de risco gestacional;
		- Exame físico, incluindo inspeção e palpação das mamas;
		- Avaliar o estado nutricional (peso, altura e cálculo do IMC);
		- Avaliar a pressão arterial e atenção para as alterações;
		- Solicitação de exames referente à 1ª consulta ou 1º trimestre (solicitante médico ou enfermeiro): Hemograma completo; Eletrforese de Hemoglobina*; Tipagem sanguínea e fator RH (coombs indireto se Rh negativo); Tipagem sanguínea do pai da criança, se a mãe for Rh negativo; Teste rápido de Sífilis (realizar no momento da 1ª consulta);

		<p>Teste rápido de Hepatite C (realizar no momento da 1ª consulta); Teste rápido HIV (realizar no momento da 1ª consulta); Teste rápido de hepatite B (realizar no momento da 1ª consulta); Anti HBS; Glicemia em jejum; Toxoplasmose IgM e IgG; Urina tipo I; Urocultura; Antibiograma; Colpocitologia oncótica, se indicado. Solicitar Ultrassonografia obstétrica < 12 semanas = USG TV(transvaginal). Caso esteja entre 11 a 13 semanas incluir TN (Translucência Nucal).</p> <p>Atenção para os resultados alterados e condutas. Atentar também para o diagnóstico/ prescrição de tratamento de Sífilis .</p> <p>* Segundo Nota Técnica nº 035/2011/CGSH/DAE/SAS/MS da Rede Cegonha, devido ao alto grau de miscigenação da população brasileira, todas as gestantes devem ser rastreadas para doença falciforme. Segundo a portaria nº650, de 5 de outubro de 2011 o exame também deve ser ofertado a todas as gestantes.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar situação vacinal – agendar vacina; - Prescrição de ácido fólico; - Prescrição de Sulfato Ferroso; - Registrar as informações da consulta na Ficha Perinatal (anexar em prontuário); caso o profissional faça registro no PEC, não há necessidade de preencher a ficha perinatal; - Registrar adequadamente e entregar a caderneta da gestante; - Encaminhar para avaliação odontológica – agendar consulta ou consulta a ser realizada no mesmo dia; - Realizar o pré-natal do parceiro ou agendar para próxima consulta com enfermeiro e realizar teste rápido de HIV, sífilis, hepatite B e C – registrar na caderneta da gestante; - Agendar 2ª consulta com o médico;
--	--	---

		<p>- Registrar atendimento no e-SUS (CDS ou PEC)</p> <p>- identificar a paciente como gestante usando CIAP2 (Ex: W78) ou CID10 (Ex: Z34) em avaliação/ problemas e condições detectadas, e nas demais consultas basta clicar no ícone com símbolo de gestante.</p> <p><u>- Se gestante de alto risco, a mesma deverá ser encaminhada ao serviço de pré-natal de alto risco, através da Ficha de Referência e Contrarreferência, mas deverá continuar também o acompanhamento nas Equipes de Atenção Primária, onde iniciaram o pré-natal, com o objetivo de verificar se está havendo adesão da paciente às consultas, exames, tratamentos e recomendações do PNAR.</u></p> <p><u>Esse acompanhamento também deverá ser registrado no e-SUS;</u></p> <p><u>OBS: Todas as unidades de saúde ao receberem as gestantes para agendamento de 1ª consulta de pré-natal e caso não possuam vaga no momento, favor, abrirem solicitação no SOPHIA, para que a Regulação direcione a mesma para atendimento em outra unidade de saúde mais próxima.</u></p>
<p>Consulta odontológica no 1º. trimestre</p>	<p>Cirurgião-dentista</p>	<p>- Registrar dados odontológicos na caderneta da gestante e os prontuários de anamnese, verificando o período gestacional e intercorrências obstétricas.</p> <p>- Exame para diagnóstico de sua condição de saúde bucal e classificação quanto ao risco de doenças bucais (cárie e doença periodontal). Este será o orientador para periodicidade das consultas</p> <p>- Quando observadas condições insatisfatórias, a adequação do meio bucal com a eliminação de focos dentários e realização de tratamento restaurador atraumático, raspagem, alisamento corono-radicular e fluoroterapia intensiva deverão ser realizados imediatamente</p> <p>- Elegger o segundo trimestre para tratamentos eletivos e restaurações convencionais</p> <p>- Quando observadas condições satisfatórias o acompanhamento trimestral será suficiente.</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Para garantir a continuidade de procedimentos que necessitem uma atenção especializada, encaminhar a gestante seguindo o fluxo de referência e contra-referência. - Promoção do autocuidado apoiado, atividades individuais e coletivas visando educação em saúde e aleitamento materno; - Registrar atendimento no e-SUS (CDS ou PEC).
<p>2ª consulta IG: 8 a 12 semanas</p>	<p>Médico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Exame físico geral e específico (gineco-obstétrico). - Altura uterina; - Contar os BCF's obtidos durante um minuto, considerando normocardia o intervalo entre 110-160 bpm; - Avaliar o estado nutricional (peso e cálculo do IMC) e do ganho de peso gestacional; - Avaliar a pressão arterial e atenção para as alterações; - Avaliar edemas em MMII, abdômen e face; - Avaliar o risco gestacional; - Atenção para os desconfortos e modificações gravídicas e condutas; - Avaliação dos resultados de exames solicitados em consulta anterior; - Atenção para os resultados alterados e condutas. Atentar também para o diagnóstico/ prescrição de tratamento de Sífilis e Toxoplasmose; - Avaliar estado vacinal: Vacina Influenza – indicada em qualquer Idade Gestacional. Vacina Hepatite B – seguir conforme quadro de imunização. Vacina dT/ dTpa – seguir conforme quadro de imunização. - Avaliar risco de pré-eclâmpsia: Associar AAS + Carbonato de Cálcio.

		<p>Aconselhar o aumento da ingestão de cálcio – Leite, queijo, feijão, abóbora, sardinha entre outros.</p> <p>- Vacina COVID-19</p> <p>- Registrar as informações da consulta na Ficha Perinatal (anexar em prontuário); caso o profissional faça registro no PEC, não há necessidade de preencher a ficha perinatal;</p> <p>- Registrar atendimento no e-SUS (CDS ou PEC). É obrigatório o uso do CIAP2 ou CID 10 que identifique a gestação ou encerramento da mesma.</p> <p><u>- Se gestante de alto risco, a mesma deverá ser encaminhada ao serviço de pré-natal de alto risco, através da Ficha de Referência e Contrarreferência, mas deverá continuar também o acompanhamento nas Equipes de Atenção Primária, onde iniciaram o pré-natal, com o objetivo de verificar se está havendo adesão da paciente às consultas, exames, tratamentos e recomendações do PNAR. Esse acompanhamento também deverá ser registrado no e-SUS.</u></p>
<p>3ª Consulta IG: 12 a 16 semanas</p>	<p>Enfermeiro</p>	<p>- Exame físico: Altura uterina; Contar os BCF's obtidos durante um minuto, considerando normocardia o intervalo entre 110-160 bpm;</p> <p>- Avaliar o estado nutricional (peso e cálculo do IMC) e do ganho de peso gestacional;</p> <p>- Atenção para os desconfortos e modificações gravídicas e condutas;</p> <p>- Avaliar a pressão arterial e atenção para as alterações;</p> <p>- Avaliar edemas em MMII, abdômen e face;</p> <p>- Avaliar o risco gestacional;</p> <p>- Atenção para Identificação de riscos, alteração da pressão arterial, alterações no crescimento uterino, vitalidade fetal;</p> <p>- Atenção para os desconfortos e modificações gravídicas e condutas;</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Registrar as informações da consulta na Ficha Perinatal (anexar em prontuário); caso o profissional faça registro no PEC, não há necessidade de preencher a ficha perinatal; - Registrar as informações na caderneta de gestante; - Registrar atendimento no e-SUS (CDS ou PEC). <p><u>- Se gestante de alto risco, a mesma deverá ser encaminhada ao serviço de pré-natal de alto risco, através da Ficha de Referência e Contrarreferência, mas deverá continuar também o acompanhamento nas Equipes de Atenção Primária, onde iniciaram o pré-natal, com o objetivo de verificar se está havendo adesão da paciente às consultas, exames, tratamentos e recomendações do PNDAR. Esse acompanhamento também deverá ser registrado no e-SUS.</u></p>
<p>4ª Consulta IG: 16 a 20 semanas</p>	<p>Médico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Exame físico: Altura uterina; Contar os BCF's obtidos durante um minuto, considerando normocardia o intervalo entre 110-160 bpm; - Avaliar o estado nutricional (peso e cálculo do IMC) e do ganho de peso gestacional; - Avaliar a pressão arterial e atenção para as alterações; - Avaliar edemas em MMII, abdômen e face; - Avaliar o risco gestacional; - Atenção para Identificação de riscos, alteração da pressão arterial, alterações no crescimento uterino, vitalidade fetal; - Solicitar através do médico, entre 22ª a 24ª semana, USG Morfológica, conforme Critérios de prioridade: <ol style="list-style-type: none"> 1- Suspeita de má formação diagnóstica em ultrassom obstétrico; 2- Idade materna acima de 35 anos; 3- História pregressa de má formação fetal e/ou aneuploidia;

		<p>4- História familiar de má formação congênita e/ou aneuploidia;</p> <p>5- Suspeita de infecção materna aguda de efeito teratogênico: infecção atual por toxoplasmose e sífilis;</p> <p>6- Abortamento habitual;</p> <p>7- Uso de drogas teratogênicas;</p> <p>8- Diabetes materna tipo II;</p> <p>9- Gemelaridade;</p> <p>10- Crescimento intrauterino retardado, confirmado no 2º trimestre.</p>
		- Nas gestantes que não preenchem os critérios acima, solicitar USG obstétrica.
		- Agendar/ realizar nova consulta odontológica para avaliação referente ao 2º trimestre – registrar consulta odontológica no e-SUS;
		- Solicitar USG Transvaginal para prevenir o risco de parto prematuro;
		- Planejar Educação em Saúde;
		- Registrar as informações da consulta na Ficha Perinatal (anexar em prontuário); caso o profissional faça registro no PEC, não há necessidade de preencher a ficha perinatal;
		- Registrar as informações na caderneta de gestante;
		- Registrar atendimento no e-SUS (CDS ou PEC).
		<u>- Se gestante de alto risco, a mesma deverá ser encaminhada ao serviço de pré-natal de alto risco, através da Ficha de Referência e Contrarreferência, mas deverá continuar também o acompanhamento nas Equipes de Atenção Primária, onde iniciaram o pré-natal, com o objetivo de verificar se está havendo adesão da paciente às consultas, exames, tratamentos e recomendações do PNAR. Esse acompanhamento também deverá ser registrado no e-SUS.</u>
Consulta odontológica	Cirurgião-dentista	- Janela de oportunidade para procedimentos, tratamento restaurador e intervenções mais complexas

referente ao 2º. trimestre		<ul style="list-style-type: none"> - Tratamento restaurador, exodontias, endodontias, raspagem, alisamento corono-radicular e fluoroterapia - Promoção do autocuidado apoiado, atividades individuais e coletivas visando educação em saúde e aleitamento materno
5ª Consulta IG: 20 a 24 semanas	Enfermeiro	<ul style="list-style-type: none"> - Exame Físico: Altura uterina; Contar os BCF's obtidos durante um minuto, considerando normocardia o intervalo entre 110-160 bpm; - Avaliar o estado nutricional (peso e cálculo do IMC) e do ganho de peso gestacional; - Avaliar a pressão arterial e atenção para as alterações; - Avaliar edemas em MMII, abdômen e face; - Avaliar o risco gestacional; - Atenção para Identificação de riscos, alteração da pressão arterial, alterações no crescimento uterino, vitalidade fetal; - Registrar as informações da consulta na Ficha Perinatal (anexar em prontuário); caso o profissional faça registro no PEC, não há necessidade de preencher a ficha perinatal; - Registrar as informações na caderneta de gestante; - Registrar atendimento no e-SUS (CDS ou PEC). - <u>Se gestante de alto risco, a mesma deverá ser encaminhada ao serviço de pré-natal de alto risco, através da Ficha de Referência e Contrarreferência, mas deverá continuar também o acompanhamento nas Equipes de Atenção Primária, onde iniciaram o pré-natal, com o objetivo de verificar se está havendo adesão da paciente às consultas, exames, tratamentos e recomendações do PNAE. Esse acompanhamento também deverá ser registrado no e-SUS.</u>
6ª Consulta IG: 24 a 28 semanas	Médico	<ul style="list-style-type: none"> - Exame físico: Altura uterina; Contar os BCF's obtidos durante um minuto, considerando normocardia o intervalo entre 110-160 bpm;

		- Avaliar o estado nutricional (peso e cálculo do IMC) e do ganho de peso gestacional;
		- Avaliar a pressão arterial e atenção para as alterações;
		- Avaliar edemas em MMII, abdômen e face;
		- Avaliar o risco gestacional;
		- Atenção para Identificação de riscos, alteração da pressão arterial, alterações no crescimento uterino, vitalidade fetal;
		- Solicitar exames 2º trimestre (solicitante médico/ enfermeiro): Coombs indireto (se Rh negativo); Hemograma completo; Teste rápido sífilis (realizar no momento da consulta); Urina tipo I + Urocultura ; Toxoplasmose IgM, se paciente suscetível;
		- Curva Glicêmica de 75g, 3 dosagens(24 a 28 semanas).
		- Solicitar Ecocardiograma fetal;
		- Checar se gestante está com processo de vacinação em andamento;
		-Realizar a vinculação da gestante à maternidade de referência e orientar sobre a realização de consulta da gestante à maternidade - disponibilizar informações.
		- Registrar as informações da consulta na Ficha Perinatal (anexar em prontuário); caso o profissional faça registro no PEC, não há necessidade de preencher a ficha perinatal;
		- Registrar as informações na caderneta de gestante;
		- Registrar atendimento no e-SUS (CDS ou PEC).
		<u>- Se gestante de alto risco, a mesma deverá ser encaminhada ao serviço de pré-natal de alto risco, através da Ficha de Referência e Contrarreferência, mas deverá continuar também o acompanhamento nas Equipes de Atenção Primária, onde iniciaram o pré-</u>

		<p><u>natal, com o objetivo de verificar se está havendo adesão da paciente às consultas, exames, tratamentos e recomendações do PNAR. Esse acompanhamento também deverá ser registrado no e-SUS.</u></p>
<p>7ª Consulta IG: 28 a 30 semanas</p>	<p>Enfermeiro</p>	<p>- Exame físico: Altura uterina; Contar os BCF's obtidos durante um minuto;</p>
		<p>- Avaliar bem estar fetal através da Movimentação fetal e BCF (contar os BCF's obtidos durante um minuto, considerando normocardia o intervalo entre 110-160 bpm)</p>
		<p>- Avaliar o estado nutricional (peso e cálculo do IMC) e do ganho de peso gestacional;</p>
		<p>- Avaliar a pressão arterial;</p>
		<p>- Avaliar edemas em MMII, abdômen e face;</p>
		<p>- Avaliar o risco gestacional;</p>
		<p>- Atenção para Identificação de riscos, alteração da pressão arterial, alterações no crescimento uterino, vitalidade fetal;</p>
		<p>- Avaliar resultado exame solicitado em consulta anterior;</p>
		<p>- Educação em saúde sobre Aleitamento Materno.</p>
		<p>- Orientar a gestante sobre a inserção do DIU no pós parto imediato nas maternidades – registrar na caderneta a informação ofertada e se a gestante tem interesse na inserção;</p>
		<p>- Registrar as informações da consulta na Ficha Perinatal (anexar em prontuário); caso o profissional faça registro no PEC, não há necessidade de preencher a ficha perinatal;</p>
		<p>- Registrar as informações na caderneta de gestante;</p>
		<p>- Registrar atendimento no e-SUS (CDS ou PEC).</p>
		<p><u>- Se gestante de alto risco, a mesma deverá ser encaminhada ao serviço de pré-natal de alto risco, através da Ficha de Referência e Contrarreferência, mas deverá continuar também o acompanhamento nas Equipes de Atenção Primária, onde iniciaram o pré-natal, com o objetivo de verificar se está havendo adesão da paciente às consultas.</u></p>

		<p><u>exames, tratamentos e recomendações do PNAR.</u> <u>Esse acompanhamento também deverá ser registrado no e-SUS.</u></p>
<p>8ª Consulta IG: 30 a 32 semanas</p>	<p>Médico</p>	<p>- Exame físico: Altura uterina; Contar os BCF's obtidos durante um minuto;</p>
		<p>- Avaliar bem estar fetal através da Movimentação fetal e BCF (contar os BCF's obtidos durante um minuto, considerando normocardia o intervalo entre 110-160 bpm);</p>
		<p>- Avaliar o estado nutricional (peso e cálculo do IMC) e do ganho de peso gestacional;</p>
		<p>- Avaliar a pressão arterial;</p>
		<p>- Avaliar edemas em MMII, abdômen e face;</p>
		<p>- Avaliar o risco gestacional;</p>
		<p>- Atenção para Identificação de riscos, alteração da pressão arterial, alterações no crescimento uterino, vitalidade fetal;</p>
		<p>- Construção do Plano de Parto e orientações dos sinais e sintomas de parto;</p>
		<p>- Registrar as informações da consulta na Ficha Perinatal (anexar em prontuário); caso o profissional faça registro no PEC, não há necessidade de preencher a ficha perinatal;</p>
		<p>- Registrar as informações na caderneta de gestante;</p>
		<p>- Registrar atendimento no e-SUS (CDS ou PEC).</p>
		<p><u>- Se gestante de alto risco, a mesma deverá ser encaminhada ao serviço de pré-natal de alto risco, através da Ficha de Referência e Contrarreferência, mas deverá continuar também o acompanhamento nas Equipes de Atenção Primária, onde iniciaram o pré-natal, com o objetivo de verificar se está havendo adesão da paciente às consultas, exames, tratamentos e recomendações do PNAR.</u> <u>Esse acompanhamento também deverá ser registrado no e-SUS.</u></p>
<p>9ª Consulta IG: 32 a 34 semanas</p>	<p>Enfermeiro</p>	<p>- Exame físico: Altura uterina; Contar os BCF's obtidos durante um minuto;</p>

		- Avaliar bem estar fetal através da Movimentação fetal e BCF (contar os BCF's obtidos durante um minuto, considerando normocardia o intervalo entre 110-160 bpm)
		- Avaliar o estado nutricional (peso e cálculo do IMC) e do ganho de peso gestacional;
		- Avaliar a pressão arterial;
		- Avaliar edemas em MMII, abdômen e face;
		- Avaliar o risco gestacional;
		- Atenção para Identificação de riscos, alteração da pressão arterial, alterações no crescimento uterino, vitalidade fetal;
		- Solicitar os exames do 3º trimestre (Solicitante médico/ enfermeiro): Hemograma completo; Teste rápido de Sífilis; Teste rápido de Hepatite C; Teste rápido HIV; Teste rápido de hepatite B; Repetir Toxoplasmose, se IgG não reagente no 1º trimestre; Urina tipo I - Urocultura USG obstétrica
		Atenção para os resultados alterados e condutas. Atentar também para o diagnóstico/ prescrição de tratamento de Sífilis .
		- Agendar/ realizar nova consulta odontológica para avaliação referente ao 2º trimestre – registrar consulta odontológica no e-SUS;
		- Informar sobre importância do aleitamento materno para a mãe e seu bebê.
		- Informar sobre manejo das mamas e orientação sobre pega e posição a fim de prevenção de

		<p>lesões mamárias no pós parto e durante a amamentação</p> <ul style="list-style-type: none"> - Registrar as informações da consulta na Ficha Perinatal (anexar em prontuário); caso o profissional faça registro no PEC, não há necessidade de preencher a ficha perinatal; - Registrar as informações na caderneta de gestante; - Registrar atendimento no e-SUS (CDS ou PEC). <p><u>- Se gestante de alto risco, a mesma deverá ser encaminhada ao serviço de pré-natal de alto risco, através da Ficha de Referência e Contrarreferência, mas deverá continuar também o acompanhamento nas Equipes de Atenção Primária, onde iniciaram o pré-natal, com o objetivo de verificar se está havendo adesão da paciente às consultas, exames, tratamentos e recomendações do PNDAR. Esse acompanhamento também deverá ser registrado no e-SUS.</u></p>
<p>10ª Consulta IG: 34 a 36 semanas</p>	<p>Médico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Exame físico: Altura uterina; <div style="text-align: center;">Contar os BCF's obtidos durante um minuto;</div> - Avaliar bem estar fetal através da Movimentação fetal e BCF (contar os BCF's obtidos durante um minuto, considerando normocardia o intervalo entre 110-160 bpm) - Avaliar o estado nutricional (peso e cálculo do IMC) e do ganho de peso gestacional; - Avaliar a pressão arterial; - Avaliar edemas em MMII, abdômen e face; - Avaliar o risco gestacional; - Atenção para Identificação de riscos, alteração da pressão arterial, alterações no crescimento uterino, vitalidade fetal; - Avaliar resultado de exame solicitado em consulta anterior; - Registrar as informações da consulta na Ficha Perinatal (anexar em prontuário); caso o

		<p>profissional faça registro no PEC, não há necessidade de preencher a ficha perinatal;</p> <p>- Registrar as informações na caderneta de gestante;</p> <p>- Registrar atendimento no e-SUS (CDS ou PEC).</p> <p><u>- Se gestante de alto risco, a mesma deverá ser encaminhada ao serviço de pré-natal de alto risco, através da Ficha de Referência e Contrarreferência, mas deverá continuar também o acompanhamento nas Equipes de Atenção Primária, onde iniciaram o pré-natal, com o objetivo de verificar se está havendo adesão da paciente às consultas, exames, tratamentos e recomendações do PNAR. Esse acompanhamento também deverá ser registrado no e-SUS.</u></p>
11ª Consulta IG: 36 a 37 semanas	Médico	<p>- Exame físico: Altura uterina; Contar os BCF's obtidos durante um minuto;</p> <p>- Avaliar bem estar fetal através da Movimentação fetal e BCF (contar os BCF's obtidos durante um minuto, considerando normocardia o intervalo entre 110-160 bpm);</p> <p>- Por meio da Manobra de Leopold – palpação obstétrica- identificar a situação e a apresentação fetal;</p> <p>- Avaliar o estado nutricional (peso e cálculo do IMC) e do ganho de peso gestacional;</p> <p>- Avaliar a pressão arterial;</p> <p>- Avaliar edemas em MMII, abdômen e face;</p> <p>- Avaliar o risco gestacional;</p> <p>- Atenção para Identificação de riscos, alteração da pressão arterial, alterações no crescimento uterino, vitalidade fetal;</p> <p>- Registrar as informações da consulta na Ficha Perinatal (anexar em prontuário); caso o profissional faça registro no PEC, não há necessidade de preencher a ficha perinatal;</p> <p>- Registrar as informações na caderneta de gestante;</p> <p>- Registrar atendimento no e-SUS (CDS ou PEC).</p>
12ª Consulta	Médico	- Exame físico: Altura uterina;

<p>37 a 38 semanas</p>		<p>Contar os BCF's obtidos durante um minuto;</p> <p>- Avaliar bem estar fetal através da Movimentação fetal e BCF (contar os BCF's obtidos durante um minuto, considerando normocardia o intervalo entre 110-160 bpm);</p> <p>- Por meio da Manobra de Leopold – palpação obstétrica- identificar a situação e a apresentação fetal;</p> <p>- Avaliar o estado nutricional (peso e cálculo do IMC) e do ganho de peso gestacional;</p> <p>- Avaliar a pressão arterial;</p> <p>- Avaliar edemas em MMII, abdômen e face;</p> <p>- Avaliar o risco gestacional;</p> <p>- Atenção para Identificação de riscos, alteração da pressão arterial, alterações no crescimento uterino, vitalidade fetal;</p> <p>- Registrar as informações da consulta na Ficha Perinatal (anexar em prontuário); caso o profissional faça registro no PEC, não há necessidade de preencher a ficha perinatal;</p> <p>- Registrar as informações na caderneta de gestante;</p> <p>- Registrar atendimento no e-SUS (CDS ou PEC).</p>
<p>13ª Consulta 38 a 39 semanas*</p>	<p>Médico</p>	<p>- Exame físico: Altura uterina; Contar os BCF's obtidos durante um minuto;</p> <p>- Avaliar bem estar fetal através da Movimentação fetal e BCF (contar os BCF's obtidos durante um minuto, considerando normocardia o intervalo entre 110-160 bpm);</p> <p>- Por meio da Manobra de Leopold – palpação obstétrica- identificar a situação e a apresentação fetal;</p> <p>- Avaliar o estado nutricional (peso e cálculo do IMC) e do ganho de peso gestacional;</p> <p>- Avaliar a pressão arterial e atenção para as alterações;</p>

		<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar edemas em MMII, abdômen e face; - Avaliar o risco gestacional; - Atenção para Identificação de riscos, alteração da pressão arterial, alterações no crescimento uterino, vitalidade fetal; - Registrar as informações da consulta na Ficha Perinatal (anexar em prontuário); caso o profissional faça registro no PEC, não há necessidade de preencher a ficha perinatal; - Registrar as informações na caderneta de gestante; - Registrar atendimento no e-SUS (CDS ou PEC). <p><u>*OBS: Gestante com 2 cesáreas anteriores encaminhar para maternidade com 39 semanas.</u></p>
<p>14ª Consulta 39 a 40 semanas</p>	<p>Médico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Exame físico: Altura uterina; Contar os BCF's obtidos durante um minuto; - Avaliar bem estar fetal através da Movimentação fetal e BCF (contar os BCF's obtidos durante um minuto, considerando normocardia o intervalo entre 110-160 bpm); - Por meio da Manobra de Leopold – palpação obstétrica- identificar a situação e a apresentação fetal; - Avaliar o estado nutricional (peso e cálculo do IMC) e do ganho de peso gestacional; - Avaliar a pressão arterial e atenção para as alterações; - Avaliar edemas em MMII, abdômen e face; - Avaliar o risco gestacional; - Atenção para Identificação de riscos, alteração da pressão arterial, alterações no crescimento uterino, vitalidade fetal; - Registrar as informações da consulta na Ficha Perinatal (anexar em prontuário); caso o profissional faça registro no PEC, não há necessidade de preencher a ficha perinatal; - Registrar as informações na caderneta de gestante; - Registrar atendimento no e-SUS (CDS ou PEC).
<p>15ª Consulta IG: 40 a 41 semanas</p>	<p>Médico</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Exame físico: Altura uterina; Contar os BCF's obtidos durante um minuto;

		<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar bem estar fetal através da Movimentação fetal e BCF (contar os BCF's obtidos durante um minuto, considerando normocardia o intervalo entre 110-160 bpm); - Por meio da Manobra de Leopold – palpação obstétrica- identificar a situação e a apresentação fetal; - Avaliar o estado nutricional (peso e cálculo do IMC) e do ganho de peso gestacional; - Avaliar a pressão arterial e atenção para as alterações; - Avaliar edemas em MMII, abdômen e face; - Avaliar o risco gestacional; - Atenção para Identificação de riscos, alteração da pressão arterial, alterações no crescimento uterino, vitalidade fetal; - Se o parto não ocorrer até 41º, encaminhar para avaliação de vitalidade fetal, possível indução de parto e monitorar gestante na atenção básica. - Registrar as informações da consulta na Ficha Perinatal (anexar em prontuário); caso o profissional faça registro no PEC, não há necessidade de preencher a ficha perinatal; - Registrar as informações na caderneta de gestante; - Registrar atendimento no e-SUS (CDS ou PEC).
<p style="text-align: center;">Consulta Puerperal Até 42 dias após o parto</p>	<p style="text-align: center;">Médico/ Enfermeiro</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento; - Anamnese – Puerpério Imediato: Verificar Cartão da Gestante - dados da gestação - informações sobre a alta do RN (caso não tenha ocorrido em conjunto com a mãe, registrar motivos). • Verificar dados do RN (peso, comprimento, Apgar, imunização, registro civil, realização dos testes do reflexo vermelho, do pezinho, da linguinha e da orelhinha etc.) e identificar RN de

		<p>risco (baixo peso ao nascer, internação por intercorrência ao nascimento, história de morte de criança menor de cinco anos na família, mãe HIV positivo). Veja Saiba Mais para detalhamento da consulta do RN.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Em caso de parto vaginal com lacerações ou realização de episiotomia, perguntar sobre dor em local de sutura, presença de secreções e sinais flogísticos ou outras alterações. Em caso de parto por via abdominal (cesariana), perguntar sobre sinais flogísticos e presença de secreção em ferida operatória. • Atentar aos sinais de alerta: febre, sangramento vaginal, dor pélvica ou infecção, leucorreia fétida, alteração da pressão arterial, tontura muito frequente, mamas “empedradas” e doloridas. Se presente, realizar avaliação médica e, se necessário, solicitar remoção para o serviço hospitalar. • Registrar as informações do parto na caderneta da criança. <p>Exame físico geral e específico – puerpério imediato e tardio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Avaliar mamas e mamilo. - Examinar abdome (condição uterina, dor à palpação, aspecto da ferida operatória se parto cesariana). - Examinar períneo e genitais externos (verificar a presença e características dos lóquios e avaliar as condições das cicatrizes de lacerações ou episiotomia – não há necessidade de retirada de pontos, pois o fio da episiorrafia é absorvível). <p>Abordagem integral – puerpério imediato e tardio</p>
--	--	--

		<ul style="list-style-type: none"> - Orientar, estimular e apoiar a família na amamentação exclusiva; - Orientar cuidados com as mamas; - Orientar ingestão hídrica frequente, alimentação adequada e dieta fracionada. - Incentivar a prática de atividade física no puerpério tardio. - Compartilhar o cuidado – encaminhar a puérpera aos serviços especializados de saúde mental se detectado sofrimento mental grave, apoiar a família e articular outras redes de apoio social, quando necessário. - Dar seguimento ao calendário vacinal da mulher, quando necessário. - Retirar os pontos da cesariana entre sete a dez dias após o parto, conforme orientação médica, no puerpério imediato. - No puerpério imediato, tirar dúvidas e orientar quanto ao retorno da atividade sexual e planejamento reprodutivo. - No puerpério tardio, orientar e recomendar métodos contraceptivos de acordo com a preferência e condição clínica da mulher. - Para a escolha do método contraceptivo, seguir o fluxo do planejamento familiar. <p>Abordagem medicamentosa e encaminhamentos – puerpério imediato e tardio:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Prescrição de sulfato ferroso 40 mg de ferro elementar (comprimido de 200 mg), 30 minutos antes almoço, de preferência com suco de frutas cítricas, até três meses após o parto. - Avaliar uso de medicamentos durante pré-natal sobre pré-natal. - Puérperas que tiveram o pré-natal em serviço de alto risco devem retornar também ao serviço especializado.
--	--	--

		<p>Cuidados com recém-nascido no puerpério imediato:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Orientar sobre imunização e encaminhar para a sala de vacina se necessário; - Encaminhar o RN para realizar a Triagem Neonatal (quando ainda não realizado); - Observar a interação mãe-bebê (carícias, contato visual, expressões não verbais); - observar a mamada; - Examinar RN (peso, estatura, perímetro cefálico, mucosas, hidratação, fontanelas, condições de coto umbilical, genitália, pele, cavidade bucal, desenvolvimento neuropsicomotor); - Orientar manejos durante episódios de cólicas, explicar as causas; - Orientar cuidado com coto umbilical; - Orientar o banho de sol diário; - Orientar e estimular ao acompanhamento de puericultura; <p>Abordagem as mães com perda gestacional ou perinatal:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Acolhimento, escuta qualificada e empática, validação do luto; - Investigar as possíveis causas da perda, para tanto pode ser necessário contato com a maternidade
--	--	---

Avaliação de Risco no Pré-Natal

O profissional médico ou enfermeiro deverá avaliar o risco gestacional em todas as consultas.

Classificação	Fatores relacionados
Fatores de risco indicativos de realização do pré-	FATORES RELACIONADOS ÀS CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E ÀS CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DESFAVORÁVEIS

<p>natal de baixo risco (não necessitam encaminhamento ao pré-natal de alto risco)</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Idade menor que 15 e maior 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.
<p>Fatores de risco indicativos de encaminhamento ao pré-natal de alto risco</p>	<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, miomas acima de 5 cm e tumores anexiais e outras).

	<ul style="list-style-type: none"> - Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, toxoplasmose, infecção pelo HIV, sífilis terciária (USG com malformação fetal) e outras ISTs (condiloma). - Hanseníase. - Tuberculose. - Anemia grave (hemoglobina < 8). - Isoimunização Rh. - Qualquer patologia clínica que necessite de acompanhamento especializado.
	<p>FATORES RELACIONADOS À GRAVIDEZ ATUAL</p> <ul style="list-style-type: none"> - Restrição do crescimento intrauterino; - Polidrâmnio ou Oligodrâmnio; - 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); - Lesões de alto grau em colo uterino ou maiores; - 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.
<p>Sinais indicativos de encaminhamento à urgência/emergência obstétrica</p>	<ul style="list-style-type: none"> - 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.

	<ul style="list-style-type: none"> - 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 $\geq 37,8$ °C), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de IVAS; - Suspeita/diagnóstico de abdome agudo em gestantes; - Investigação de prurido gestacional/icterícia; - Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento, com comprometimento sistêmico com menos de 20 semanas; - Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre; - Oligodrâmio. - Óbito fetal.
--	---

As gestantes de alto risco deverão ser encaminhadas aos serviços de pré-natal de alto risco, através da Ficha de Referência e Contrarreferência, mas deverão continuar também o acompanhamento nas Equipes de Atenção Primária, onde iniciaram o pré-natal, com o objetivo de verificar se está havendo adesão da paciente às consultas, exames, tratamentos e recomendações do PNAR. Esse acompanhamento também deverá ser registrado no e-SUS. Deverá haver integração entre as UBS e os serviços de PNAR de referência para melhor condução conjunta dos casos.

Imunização na Gestação

Esquemas e Recomendações		
Vacinas	Histórico Vacinal	Conduta na Gestação
<p>Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (difteria, tétano e coqueluche) – dTpa ou dTpa.</p> <p>Dupla adulto (difteria e tétano) – dT.</p>	<p>Previamente vacinada, com pelo menos três doses de vacina contendo o componente tetânico.</p>	<p>Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível.</p>
	<p>Em gestantes com vacinação incompleta, tendo recebido uma dose de vacina contendo o componente tetânico</p>	<p>Uma dose de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível. * Respeitar intervalo mínimo de um mês entre as doses.</p>

	Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido duas doses de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível.*
	Em gestantes não vacinadas e/ou histórico vacinal desconhecido.	Duas doses de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada a partir da 20ª semana de gestação. * Respeitar intervalo mínimo de 1 mês entre elas.
Hepatite B	Em gestantes não vacinadas e/ou histórico vacinal desconhecido	Aplicação de três doses (0, 1 e 6 meses)
	Esquema vacinal anterior não finalizado	Atualizar com as doses necessárias
Influenza (gripe)	Dose única anual	A vacina está recomendada nos meses da sazonalidade do vírus, mesmo no primeiro trimestre de gestação.

OBS: Atenção para o esquema de vacinação COVID-19.

Medicação no Pré-Natal:

Prescrição da Suplementação Profilática de Sulfato Ferroso

Público	Conduta	Periodicidade	Quem faz?
Gestante	40 mg de ferro elementar	Diariamente até o final da gestação. SEM QUADRO DE ANEMIA. Posologia: 1 comprimido 30 minutos antes do almoço.	Médico/ Enfermeiro
Mulheres pós-parto e pós- aborto	40 mg de ferro elementar	Diariamente até o terceiro mês pós-parto ou pós-aborto	Médico/ Enfermeiro

*Postergar o início do uso, caso gestante com queixas ou exames compatíveis com quadro infeccioso.

Prescrição da Suplementação Profilática de Ácido fólico

Público	Conduta	Periodicidade	Quem faz?
Mulheres que planejam engravidar	Ácido fólico	Iniciar, no mínimo, 30 dias antes da concepção (ideal 3 meses). Posologia: 400 mcg de ácido fólico: Solução oral 0,2mg/mL – 40 gotas 1 vez ao dia, 30 minutos antes do almoço.	Médico/ Enfermeiro
Gestante	Ácido fólico	- Diariamente até o final da gestação. Posologia risco habitual: 400 mcg de ácido fólico: Solução oral 0,2mg/mL – 40 gotas 1 vez ao dia, 30 minutos antes do almoço. ou Ácido fólico 5mg – 1 comprimido 30 minutos antes do almoço	Médico/ Enfermeiro

Público	Conduta	Periodicidade	Quem faz?
Gestante	Carbonato de Cálcio 500 mg – 1 comprimido 3 vezes ao dia. AAS (Ácido Acetilsalicílico) 100 mg – 1 comprimido à noite.	Iniciar até 16 semanas e manter até o parto. Iniciar entre 12 e 16 semanas e manter até 36 semanas.	Médico/ Enfermeiro

Cuidados e Prescrições Farmacológicas:

Modificação / Desconforto/ Patologia	Observação	Prescrição de Cuidados	Prescrição Farmacológica	Quem faz?
Cefaleia	* Bastante comum no primeiro trimestre devido a alterações hormonais; * Pode também estar relacionado a	* Repouso em local com pouca luminosidade e boa ventilação; * Conversar com a gestante tentando identificar fatores emocionais;	*Orientar repouso; Possibilitar que a gestante exponha suas tensões. Se dor recorrente, orientar sobre os sinais de alerta * Afastando a hipótese de	Médico/ Enfermeiro

	<p>tensão emocional, ansiedade, medo, insegurança, a períodos longos em jejum e ingesta hídrica inadequada;</p> <p>* Sempre afastar o risco de alterações de Pressão Arterial e sinais de pré-eclâmpsia;</p> <p>* Investigar história prevista de enxaqueca ou outras causas ou uso de medicamentos.</p>	<p>* Orientar exercícios de relaxamento e respiração, prática de meditação ou yoga;</p> <p>* Facilitar expressão de sentimentos e expectativas;</p> <p>* Estimular a participação em grupos de gestantes ou de psicoterapia;</p> <p>* Estimular a prática física;</p> <p>* Estimular aumento da ingesta hídrica e alimentação adequada;</p> <p>* Se dor recorrente, solicitar avaliação médica.</p>	<p>qualquer risco e, caso as medidas anteriores não resolvam, prescrever:</p> <p>Paracetamol 200mg/mL - 50 gotas de 6/6 horas.</p> <p>Dipirona 500mg - 1 comprimido até de 6/6 horas.</p> <p>OBS: Se dor recorrente orientar sobre os sinais de alerta (piora da dor em frequência e intensidade agendar consulta médica).</p>	
Desmaios, Tontura e Fraqueza	<p>* Alteração na mecânica corporal e instabilidade motora e de hemodinâmica (vasodilatação e hipotonia vascular (progesterona) e estase sanguínea em membros inferiores);</p> <p>* Diminuição do débito cardíaco;</p> <p>* Quadros de Hipotensão postural e de supina (por compressão da veia cava e</p>	<p>* Repouso de preferência em decúbito lateral esquerdo;</p> <p>* Movimentar-se com mais cuidado e mais devagar;</p> <p>* Estimular prática de exercícios físicos e respiratórios;</p> <p>* Evitar ambientes fechados e com muitas pessoas;</p> <p>* Alimentação fracionada rica em ferro e vitamina C;</p>	####	Médico/ Enfermeiro

	<p>aorta abdominal);</p> <p>* Anemia;</p> <p>* Hipoglicemia.</p>	<p>* Ingesta hídrica adequada;</p> <p>* Sentar com a cabeça abaixada ou deitar-se de decúbito lateral esquerdo e respirar profunda e pausadamente para aliviar os sintomas;</p> <p>* Nos casos recorrentes, o uso de meias elásticas para melhorar o retorno venoso pode estar indicado;</p> <p>* Avaliar a pressão arterial.</p>		
Sonolência	<p>* Relacionada a aspectos que circundam o universo psíquico da gestante como a regressão inconsciente ao seu nascimento, ambivalência, introspecção e muitas vezes fuga para auxiliar no enfrentamento dos medos e inseguranças que circundam a hora do parto.</p>	<p>* Estimular a gestante a falar sobre suas expectativas e sentimentos;</p> <p>* Estimular o repouso;</p> <p>* Estimular a prática física, exercícios de respiração, yoga;</p> <p>* Estimular a meditação;</p> <p>* Avaliar Pressão Arterial;</p> <p>* Aumentar ingestão hídrica.</p>	###	Médico/ Enfermeiro
Insônia	<p>* Stress, sobrecarga de trabalho;</p> <p>* Dificuldade de achar uma postura confortável para dormir;</p> <p>* Aspectos emocionais que</p>	<p>* Estimular a gestante a falar sobre suas expectativas e sentimentos;</p> <p>* Estimular o repouso;</p> <p>* Estimular a prática física,</p>	###	Médico/ Enfermeiro

	<p>circundam o momento do parto como ansiedade, medo;</p> <p>* Aspectos emocionais que circundam o cuidado e a chegada do bebê;</p> <p>* Movimentação fetal excessiva</p>	<p>exercícios de respiração, yoga;</p> <p>* Estimular a meditação;</p> <p>* Avaliar Pressão Arterial;</p> <p>* Estimular atividades de lazer e companhia de pessoas da rede de apoio da gestante;</p> <p>* Participar de grupos de gestantes;</p> <p>* Ler livros e ver filmes que relaxem;</p> <p>* Evitar tumultos, situações de medo, pessoas indesejáveis, notícias ruins;</p> <p>* Banho morno, massagens;</p> <p>* Evitar alimentos com cafeína;</p> <p>* Evitar telas pelo menos 2h antes de dormir;</p>		
Náuseas e Vômito	<p>* Devido as alterações hormonais da gravidez são comuns no primeiro trimestre da gravidez, retornando as vezes no 3º trimestre também;</p> <p>* Costumam ser mais intensas pela manhã, ao</p>	<p>* Orientar alimentar-se de forma fracionada de 3/3horas de preferência;</p> <p>* Orientar alimentar-se logo ao acordar e antes de deitar comer algo leve;</p> <p>* Orientar evitar jejum prolongado;</p>	<p>* Afastando a hipótese de qualquer risco e, caso as medidas anteriores não resolvam, prescrever:</p> <p>PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM:</p> <p>1ª ESCOLHA: * Bromoprida 4mg/ml - 50 gotas de 8/8 horas</p>	Médico/ Enfermeiro

	<p>acordar ou após um período de jejum prolongado;</p> <p>* Pioram com estímulos sensoriais, em especial do olfato, com o cheiro de cigarro; ou do paladar, como pasta de dentes;</p> <p>* Atenção a aspectos emocionais que circundam a gestante, expectativas com a gravidez, ansiedade, história previa de tabagismo</p> <p>* Avaliar sempre o risco de evolução da Hiperêmese Gravídica caracterizada por vômitos contínuos e intensos ocasionando muitas vezes a desidratação, perda de peso, alterações urinárias e alterações metabólicas.</p>	<p>* Orientar comer devagar e mastigar bem os alimentos;</p> <p>* Orientar dar a preferência a alimentos pastosos e secos (pão, torrada, bolachas);</p> <p>* Orientar evitar alimentos muito gordurosos, temperados, doces ou com odor forte;</p> <p>* Orientar ingestão hídrica adequada;</p> <p>* Orientar auriculoterapia ou acupuntura;</p> <p>* Dar preferência para alimentos frios e ácidos;</p>	<p>2ª ESCOLHA: * Metoclopramida 10mg - 1 comprimido de 8/8 horas (meia hora antes das principais refeições).</p> <p><u>PRESCRIÇÃO MÉDICA:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> • Dimenidrinato 50mg - 1 a 2 comprimidos até 4/4h - dose diária máxima de 400mg; ou • Meclizina 25mg ou 50mg - 1 comprimido de 8/8h ou 12/12h - dose diária máxima de 100 mg. <p>Atentar-se para alergias e síndrome extrapiramidal</p> <p>Obs: na suspeita de Hiperêmese Gravídica, solicitar avaliação médica.</p>	
<p>Dor abdominal e Cólicas</p>	<p>* Entre as causas mais frequentes estão: o corpo lúteo gravídico, flatulência, sensação de queda causada pelo peso da barriga, cólicas intestinais, o estiramento do ligamento redondo e as contrações</p>	<p>* Orientar a paciente manter repouso em decúbito lateral esquerdo (aumenta o débito cardíaco, facilita o fluxo da placenta, aumentando a oxigenação para o bebê e a mãe);</p> <p>* Encorajar a falar de seus</p>	<p>Butilbrometo de Escopolamina 10mg/mL - 20 gotas de 8/8 horas</p> <p>Simeticona 75mg/mL - 16 gotas de 8/8 horas</p>	<p>Médico/ Enfermeiro</p>

	<p>uterinas de Braxton Hicks, geralmente são discretas, indolores, sem ritmo e desaparecem espontaneamente e (por volta da 30ª semana);</p> <p>* Também pode ter dor abdominal baixa pelo peso uterino e o relaxamento das articulações da pelve. Avaliar sempre:</p> <p>* Presença de sinais de alerta (febre, sinal de Blumberg positivo, sangramento vaginal, cólicas que se tornam mais frequentes e fortes com o passar do tempo);</p> <p>* Presença de ITU;</p> <p>* Verificar se a gestante não está apresentando contrações uterinas.</p>	<p>sentimentos e expectativas;</p> <p>* Usar cintas ou travesseiros e almofadas para apoiar a barriga;</p> <p>* Cuidados nutricionais, aumento da ingestão hídrica e bons hábitos para prevenir a constipação e flatulência;</p> <p>* Avaliar dinâmica uterina e sinais de parto prematuro;</p> <p>* Em caso de TPP, orientar manter repouso, evitar esforço, abstinência sexual até cessarem contrações e não estimular o mamilo.</p>		
Edema	<p>* No geral, surge no 3º trimestre da gestação, resultando da ação dos hormônios esteroides do ovário, da placenta e da suprarrenal e também das modificações circulatórias relacionadas com a mecânica</p>	<p>* Elevar as pernas acima da linha do coração pelo menos 10/15 min várias vezes ao dia;</p> <p>* Realizar exercícios rotatórios com tornozelos;</p> <p>* Dormir em decúbito lateral esquerdo com as pernas elevadas,</p>	###	Médico/ Enfermeiro

	<p>postural, atividades laborais ou hábitos da gestante, aumentando a congestão venosa devido também ao ortostatismo (ficar em pé) prolongado e com a deambulação;</p> <p>* Desaparece pela manhã e acentua-se ao longo do dia.</p> <p><u>Avaliar sempre:</u></p> <p>* A possibilidade do edema patológico, em geral associado à hipertensão e proteinúria, sendo sinal de pré-eclampsia.</p> <p>* A maioria das grávidas edemaciadas exibe gestação normal.</p> <p>* Com maior frequência no final da gestação, mas pode aparecer em todo período gestacional.</p>	<p>se caso for necessário adaptar o pé da cama com tijolos, favorecendo o retorno venoso diminuindo o edema;</p> <p>* Usar roupas leves, evitando roupas apertadas que dificultem o retorno venoso;</p> <p>* Dieta normossódica e aumentar ingestão hídrica;</p> <p>* Realizar controle de peso e pressão arterial.</p> <p>* Na presença de edema associado a hipertensão ou ganho de peso, edema generalizado ou edema unilateral de MMII com dor e/ou sinais flogísticos (suspeita de TVP) encaminhar para urgência obstétrica.</p>		
Queixas urinárias	<p>* A provável compressão da bexiga pelo útero gravídico, diminui a capacidade volumétrica, ocasionando a urgência e frequência de urinar e a nictúria (aumento do ritmo miccional</p>	<p>* Aumentar ingestão hídrica;</p> <p>* Repouso em decúbito lateral esquerdo;</p> <p>Atenção aos sintomas da infecção urinária: Cistite: aumento da frequência urinária; dor ou ardência ao</p>	Encaminha para avaliação médica/emergência	Médico

	<p>no período de sono), que se acentua à medida que a gravidez progride, dispensando tratamento e cuidados especiais.</p> <p>Avaliar sempre:</p> <ul style="list-style-type: none"> * Presença de sinais de alerta; * Presença de sintomas sistêmicos. 	<p>urinar; dor supra púbica; sangramento na urina</p> <p>Pielonefrite: febre, calafrios, náuseas, vômitos e dor lombar.</p>		
Pirose Azia	<ul style="list-style-type: none"> * Devido as alterações hormonais, ocasionando distúrbios na motilidade gástrico resultando em refluxo e regurgitação, aumento da pressão intra-abdominal aumento da pressão intraperitoneal, pelo crescimento uterino; * Presente na maioria das vezes durante toda gestação, é mais observado no 3º trimestre; * Se presença concomitante com elevação pressórica, investigar possibilidade de pré-eclâmpsia. Avaliar sempre: * História clínica; * Uso de medicamentos. 	<ul style="list-style-type: none"> * Fazer alimentação fracionada de 3/3 horas de preferência; * Evitar líquido durante as refeições e deitar-se logo após as refeições; * Ingerir líquido gelado durante a crise ou gelo ou ainda uma bolacha seca; * Elevar a cabeceira da cama ao dormir; * Evitar frituras, café, chá mate e preto, doces, alimentos gordurosos e/ou picantes. 	<ul style="list-style-type: none"> * Afastando a hipótese de qualquer risco e, caso as medidas anteriores não resolvam, prescrever: <p>Hidróxido de alumínio 6% - 10 a 15 mL (duas colheres de chá a uma colher de sopa) após as refeições e ao deitar-se;</p> <p>- Orientar armazenamento na geladeira. Obs: Encaminhar para avaliação médica caso não tenha melhora do quadro.</p> <p>Hidróxido de Magnésio Suspensão Oral - 5 a 15 mL - 01 colher de chá a 01 colher de sopa após as refeições.</p>	Médico/ Enfermeiro

<p>Dor lombar Dor em região pélvica</p>	<p>* As ações dos hormônios agem ativamente em nossas articulações causando um evento denominado embebição gravídica, a adaptação da postura materna, peso fetal, deslocamento do centro de gravidade, tensões posturais e dorsal, problemas em nervo ciático podem ser as possíveis causas da gestante referir dor lombar e dor na região pélvica. Avaliar sempre:</p> <p>* Características da dor (mecânica ou inflamatória, tempo de evolução, fatores de melhora ou piora, relação com o movimento);</p> <p>* Sinais e sintomas associados (alerta para febre, mal-estar geral,</p> <p>* Sintomas urinários, enrijecimento abdominal e/ou contrações uterinas, déficit neurológico);</p>	<p>* Recomendar o uso de sapatos confortáveis e evitar saltos altos;</p> <p>* Recomendar a aplicação de calor local e massagens;</p> <p>* Recomendar acupuntura;</p> <p>* Corrigir postura e movimentar se devagar;</p> <p>* Indicar atividades de alongamento, relaxamento e orientação postural.</p> <p>* Utilizar travesseiros entre as pernas para alinhar coluna;</p> <p>* Evitar exercícios em excesso seguindo o ritmo que a gestante conseguir suportar com conforto;</p> <p>* Realizar atividades de lazer para diminuir o estresse ansiedade;</p> <p>* Estimular a gestante a confiar em sua consciência corporal restringindo o que lhe causa dor e desconforto.</p> <p>* Encaminhar para fisioterapia caso necessário.</p>	<p>* Afastando a hipótese de qualquer risco e, caso as medidas anteriores não resolvam, prescrever:</p> <p>Paracetamol 200mg/mL - 50 gotas de 6/6 horas</p> <p>ATENÇÃO: Em casos de dor em baixo ventre de intensidade, duração sugestivas de contração; sangramento vaginal; sintomas sistêmicos ou de abdome agudo (MS,2017). Encaminhar para avaliação de urgência</p>	<p>Médico/ Enfermeiro</p>
---	--	--	---	-------------------------------

	<p>* História de trauma. sangramento vaginal - sintomas sistêmicos - sinais de abdome agudo</p> <p>* História de trauma.</p>			
Cãibras	<p>* Geralmente iniciam no primeiro trimestre e podem se intensificar até o final da gravidez.</p> <p>* A causa pode estar associada a alguns fatores dentre eles:</p> <p>* Estiramento da musculatura e da fáscia;</p> <p>* Deficiente circulação nos músculos devido a pressão uterina;</p> <p>* Redução do nível de Cálcio;</p> <p>* Compressão de raízes nervosas;</p> <p>* Problemas posturais;</p>	<p>* Aumentar ingestão de alimentos ricos em potássio (banana/melão) e reduzir alimentos ricos em fósforo (iogurte, grãos, carne vermelha, etc.).</p> <p>* Recomendar pisar em superfície fria</p> <p>* Massagear músculo contraído e dolorido</p> <p>* Evitar o alongamento muscular excessivo ao acordar, em especial dos músculos do pé (ato de se espreguiçar);</p> <p>* No último trimestre evitar ficar na mesma posição por período prolongado;</p> <p>* Nas crises, a grávida com câimbras nos membros inferiores se beneficia muito do calor local, da aplicação de massagens na</p>	###	Médico / Enfermeiro

		<p>perna e da realização de movimentos de 24 passivos de extensão e flexão do pé;</p> <p>* Evitar excesso de exercício físico e massagear o músculo contraído e dolorido;</p> <p>* Realizar alongamentos específicos, com orientação profissional.</p>		
<p>Constipação intestinal</p> <p>Flatulência</p>	<p>* Pela ação hormonal dos esteroides e progesterona, há um relaxamento da musculatura lisa, diminuindo peristaltismo, diminuição do tônus, aumentando o tempo do esvaziamento gástrico, favorecendo a flatulência e habito de eliminação intestinal inadequado.</p> <p>* Às vezes é agravado pela consistência das fezes, fissuras e hemorroidas.</p>	<p>* Ingerir alimentos ricos em fibras como legumes, verduras, frutas, vegetais crus, grão integrais, mamão, linhaça, gergelim, mamão, ameixa seca.</p> <p>* Fracionar alimentação 3/3 horas;</p> <p>* Estabelecer como rotina de evacuação;</p> <p>* Aumentar ingesta hídrica;</p> <p>* Evitar alimentos flatulosos (feijão, grão-de-bico, lentilha, repolho, brócolis, pimentão, pepino e couve);</p> <p>* Realizar higiene anal após evacuação com água e sabão;</p> <p>* Evitar óleos minerais que</p>	<p>Se não houver resposta à suplementação com fibras, podem ser utilizados:</p> <p>Simeticona 75mg/mL – 16 gotas duas a três vezes ao dia, para gases, e supositório de glicerina para constipação intestinal.</p>	<p>Médico / Enfermeiro</p>

		<p>dificultam a absorção das vitaminas;</p> <p>* Caso cuidados não sejam efetivos encaminhar para avaliação médica.</p>		
Sialorreia	<p>* A sialorreia, ptialismo ou salivação excessiva é uma das queixas que mais incomodam na gravidez;</p> <p>* Está associada a náusea e pode causar a perda de líquidos, eletrólitos e enzimas.</p>	<p>Explicar que é uma queixa comum no início da gestação; Manter dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos. Orientar a gestante a tomar líquidos em abundância (especialmente em época de calor). Diante da manutenção ou piora do quadro deve-se avaliar a necessidade de acompanhamento psicológico.</p>	###	Médico / Enfermeiro
Hiperpigmentação da pele	<p>* O aparecimento de manchas castanhas e irregulares na face ocorre em torno de 50% a 70% das gestantes, dando origem ao cloasma gravídico;</p> <p>* Devido ao aumento dos hormônios melanina, estrógeno e progesterona.</p>	<p>* Geralmente desaparecem lentamente, ou ao menos regredem após o parto. Entretanto, um número considerável de casos exige tratamento dermatológico.</p> <p>* Orientar que é comum na gravidez e costuma diminuir ou desaparecer após o parto;</p> <p>* Evitar exposição direta ao sol (usar boné, chapéu ou sombrinha);</p> <p>* Utilizar filtro solar, aplicando</p>	###	Médico / Enfermeiro

		no mínimo três vezes ao dia.		
Dispneia	<p>* 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.</p> <p>ATENTAR SEMPRE:</p> <p>* Presença de sinais de alerta;</p> <p>* Tosse;</p> <p>* Edema;</p> <p>* História de asma e outras pneumopatias;</p> <p>* Sinais ou história de TVP;</p> <p>* História de trauma recente;</p> <p>* Febre associada.</p>	<p>* É recomendado realizar ausculta cardíaca e pulmonar e, se houver alterações, encaminhar para avaliação médica.</p> <p>* Solicitar repouso em decúbito lateral esquerdo.</p> <p>* Elevar a cabeceira da cama</p>	###	Médico / Enfermeiro
Hemorroidas	<p>O aumento do volume uterino, que comprime a veia cava inferior e dificulta o retorno venoso, associado à constipação, favorece a dilatação das veias retais, levando ao aparecimento de hemorroidas.</p> <p>Avaliar:</p> <p>* Aumento da intensidade da dor;</p> <p>* Endurecimento do botão hemorroidário;</p> <p>* Sangramento retal.</p>	<p>* Realizar exercícios de contrações do assoalho pélvico para facilitar circulação anal e perineal;</p> <p>* Dieta rica em fibras, estimular a ingestão de líquidos e, se necessário, supositórios de glicerina;</p> <p>* Higiene local com duchas ou banhos após a evacuação;</p> <p>* Banho de assento com água morna;</p>	###	Médico / enfermeiro

		<p>*Usar anestésicos tópicos, se necessário;</p> <p>* Em qualquer alteração, se faz necessária avaliação médica.</p> <p>Obs.: tratamentos esclerosantes ou cirúrgicos são contraindicados. Diante da ocorrência de complicações a gestante deve ser encaminhada para o hospital de referência.</p>		
Leucorreia	<p>* O aumento do fluxo vaginal é comum na gestação, sendo importante realizar avaliação adequada pelo fato das vulvovaginites infecciosas estarem associadas ao parto prematuro, baixo peso ao nascer e rotura prematura de membranas.</p> <p>Avaliar sempre:</p> <p>* Se há queixas de mudanças do aspecto do corrimento, coloração, presença de sintomas associados como prurido, ardência, odor e outros;</p> <p>* Usar calcinhas confortáveis de malha, lavar com sabão neutro e secar</p>	<p>Tal situação não requer tratamento, o qual se reserva ao aparecimento de infecções causadas por cândida ou vaginose bacteriana, nesses casos ver orientações para IST's.</p>	<p>Seguir as recomendações Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (PCDT-IST), 2020.</p>	<p>Enfermeiro/ médico</p>

	<p>ao ar livre se possível; * Fazer higiene íntima no sentido antro posterior com sabão neutro; ATENÇÃO As cervicites são assintomáticas em torno de 70% a 80% dos casos.</p> <ul style="list-style-type: none"> Nos sintomáticos as queixas mais frequentes: corrimento vaginal, sangramento pós-coito, dispareunia e disúria. Achados ao exame físico: sangramento ao toque da espátula ou swab, material mucopurulento no orifício externo do colo e dor à mobilização do colo uterino. 			
Sífilis	<p>A sífilis na gestação, também de notificação compulsória, requer intervenção imediata, para que se reduza o risco de resposta imunológica ao treponema no feto, o que causa muitas das alterações observadas na doença congênita. Quanto mais recente for a infecção materna, maior a carga de treponemas</p>		<p>- Testar no momento da consulta gestantes e parceiro(s) sexual (is) – Teste Rápido; - Se reagente, tratar conforme base clínica da doença:</p> <p>1) Sífilis primária: penicilina benzatina 2.400.000 UI, intramuscular, em dose única (1.200.000 UI em cada glúteo);</p> <p>2) Sífilis recente secundária e latente: penicilina benzatina 2.400.000 UI, intramuscular.</p>	<p>Médico / Enfermeiro</p>

	<p>circulantes e mais grave e frequente será o comprometimento fetal, que pode ocorrer em 70% a 100% dos casos.</p> <p>As manifestações clínicas podem variar do abortamento precoce, recém-nascidos sintomáticos extremamente graves e mesmo natimorto.</p> <p>Entretanto, o nascimento de crianças assintomáticas é o quadro mais comum. Deve-se realizar triagem rotineira das gestantes (Teste Rápido de Sífilis) três vezes na gestação (início do pré-natal, 2º e 3º trimestre) e no momento da internação hospitalar, seja para parto, seja para curetagem uterina pós-abortamento, segundo a Portaria GM/MS nº 766 /2004.</p>		<p>3) Sífilis tardia (latente e terciária): penicilina benzatina 2.400.000 UI, intramuscular, semanal (por 3 semanas), sendo a dose total de 7.200.000 UI.</p> <p>- Se teste negativo, orientar sobre IST e repetir teste rápido, seguindo as orientações;</p> <p>- Após a dose terapêutica inicial na doença recente, poderá surgir a reação Jarisch-Herxheimer, que é a exacerbação das lesões cutâneas e a presença de febre com outros sintomas gerais (adinamia, artralgia, mialgia). Esta reação tem involução espontânea em 12 a 48 horas, exigindo apenas cuidado sintomático.</p> <p>Não justifica a interrupção do tratamento e não significa alergia à droga.</p> <p>- Tratamento alternativo: 1) Ceftriaxona 1g, IV ou IM, 1x/dia, por 8 a 10 dias (gestantes e não gestantes).</p> <p>- Se parceiro(s) com testes positivos, tratar conforme fase clínica da doença.</p>	
--	---	--	---	--

			- Se parceiro(s) com teste negativo, dose profilática de penicilina benzatina (2.400.000 UI) dose única.	
Epistaxe/ Congestão nasal	<p>* O aumento de estrogênio característico da gestação provoca mudanças na mucosa que favorecem o sangramento nasal, principalmente em locais menos úmidos e no inverno;</p> <p>* Sendo em pequena quantidade e esporádico, não é motivo para preocupação;</p> <p>* Acompanhar pressão arterial sistêmica e capacidade de coagulação.</p>	<p>Prescrever:</p> <p>* Soro nasal com 2 a 4 gotas em cada narina, 3 a 4 vezes ao dia ou o suficiente para manter as narinas úmidas;</p> <p>* Compressão com aplicação de compressa fria na base do nariz;</p> <p>* Encaminhar para avaliação médica, caso necessário.</p>	###	Médico / Enfermeiro
Síndrome do Túnel Carpeano	Síndrome que ocorre devido ao edema do túnel do carpo, de etiologia não perfeitamente conhecida. Sua incidência varia de 25 a 50%. Os sintomas são dores nas mãos e parestesia à noite e no início da manhã. Costuma ser autolimitada, com melhora dos sintomas em 60% das pacientes 30 dias após o parto e em 95% 1 ano depois.	O tratamento conservador é feito com imobilização da mão com tala. O tratamento cirúrgico reserva-se aos casos mais graves e, geralmente, não é realizado durante a gestação.	###	Médico / Enfermeiro

Estrias	<p>* 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</p> <p>* Orientar que são frequentes após o 5º mês de gestação, geralmente no quadril, abdome e mamas, ocasionadas pela distensão dos tecidos, e que não existe método eficaz de prevenção ou de tratamento.</p>	<p>• É recomendado:</p> <p>*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;</p> <p>* 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.</p> <p>• Qualquer tratamento de estrias está contraindicado na gestação, inclusive o uso de ácido retinoico, também contraindicado na amamentação.</p>	###	Médico / Enfermeiro
Sangramento gengival	<p>* Devido a ação da produção de hormônios esteroides que resultam em um aumento da vascularização e vasodilatação dos tecidos conjuntivos, as gengivas apresentam-se mais sensíveis e a cavidade oral e dentição mais propensa a</p>	<p>* Encaminhar toda gestante para consulta, avaliação e tratamento odontológico, caso seja necessário para tratamento periodontal;</p> <p>* Fazer uso de uma escova de dente macia e suave;</p>	###	Médico / Enfermeiro

	doença periodontal.	*Utilizar o fio dental diariamente;		
Mastalgia	Queixa frequente no início da gestação e no período próximo ao parto.	Realizar exame clínico das mamas para descartar qualquer alteração. Avaliar: Presença de sinais de alerta; Descargas papilares purulentas ou sanguinolentas. Esclarecer que o aumento de volume mamário na gestação pode ocasionar desconforto doloroso. Orientar uso de sutiã com boa sustentação.	###	Médico / Enfermeiro
Varicosidade	Assim como as hemorróidas, as varizes podem aparecer principalmente no final da gravidez e devem-se à dificuldade do retorno venoso imposto pela compressão do útero gravídico à veia cava inferior. Variam desde a sensação de desconforto ao final do dia até casos mais graves, como trombose e tromboflebite. Manifestam-se nos membros inferiores e na vulva.	Orientar quanto ao repouso, com os membros superiores elevados e utilização de meias elásticas. Nos casos mais graves, encaminhar para serviço de referência para parecer do especialista.	###	Médico / Enfermeiro
Sensação de Plenitude	Também é frequente no final da gestação	Orienta-se dieta fracionada com menor volume de	###	Médico /

	pela compressão do estômago pelo útero gravídico.	alimento em alguns casos, sugerindo a ingestão de substâncias pastosas, não deitar após as refeições, assim como a não ingestão de líquidos na refeição.		Enfermeiro
--	---	--	--	-------------------

REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: [Novo Protocolo de IST atualiza condutas e tem pela primeira vez capítulo sobre saúde sexual | Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis \(aids.gov.br\)](https://www.aids.gov.br/pt-br/publicacao/novo-protocolo-de-ist-atualiza-condutas-e-tem-pela-primeira-vez-capitulo-sobre-saude-sexual).

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. Disponível em: [Protocolos da Atenção Básica : Saúde das Mulheres \(saude.gov.br\)](https://www.saude.gov.br/images/stories/pdf/Protocolos-da-Atencao-Basica-Saude-das-Mulheres.pdf)

RIO DE JANEIRO. Secretaria Estadual de Saúde. Protocolo de Assistência Pré-natal de Risco Habitual. 1. Ed. Rio de Janeiro. Secretaria Estadual de Saúde SES, 2020. Disponível em: [MostrarArquivo.php \(saude.rj.gov.br\)](https://www.saude.rj.gov.br/images/stories/pdf/Protocolo-de-Assistencia-Pre-natal-de-Risco-Habitual.pdf).

TOLEDO. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Enfermagem: Assistência de Enfermagem ao Pré-natal de Risco Habitual e Intermediário. Protocolo n. 1. 2ª ed. Toledo, 2020. Disponível em: [https://www.toledo.pr.gov.br/sites/default/files/protocolo_pre-natal_enfermeiro_janeiro - final.pdf](https://www.toledo.pr.gov.br/sites/default/files/protocolo_pre-natal_enfermeiro_janeiro_-_final.pdf).

Mariani Neto C. Prevenção dos defeitos abertos do tubo neural – DTN. 2a ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetria; 2020. [Orientações e Recomendações FEBRASGO, no.1/Comissão Nacional Especializada em Medicina Fetal; Comissão Nacional Especializada em Perinatologia; Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-natal]. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/Serie-DTN-2a-ed-web.pdf>.



PREFEITURA DE

CAMPOS

UMA NOVA HISTÓRIA