



INSTRUMENTO DE APOIO AO COMPARTILHAMENTO DO CUIDADO PRÉ-NATAL NA BAHIA

2024



Governo do Estado da Bahia

Jerônimo Rodrigues

Secretaria da Saúde do Estado da Bahia (SESAB)

Roberta Silva de Carvalho Santana

Subsecretário da Saúde do Estado da Bahia

Paulo José Bastos Barbosa

Chefia de Gabinete da Secretaria

Cícero Andrade Rocha Filho

Superintendência de Recursos Humanos (SUPERH)

Janaína Peralta de Souza

Escola de Saúde Pública da Bahia (ESPBA)

Marília Santos Fontoura

Superintendência de Atenção Integral À Saúde (SAIS)

Karlos da Silva Figueredo

Diretoria de Gestão do Cuidado (DGC)

Liliane Mascarenhas Silveira

Coordenação do Cuidado por Ciclo de Vida e Gênero (CCVG)

Olga Cristina Lima Sampaio

Área Técnica de Saúde da Mulher (ATSM)

Aline Franco Pritsch

Analía Cunha Pupo Nejm

Bruna Carolina de Castro Guimarães

Cândida Maria Pimentel Pereira

David da Costa Nunes Júnior

Jarbas Santos Dultra

Livia Moura de Sousa

Marília Araújo Ferrão

Área Técnica de Saúde da Criança (ATSC)

Emanuelle Rocha da Purificação

Juliane Moura Oliveira

Lília Maria Caldas Embiruçu

Nedvania Santos Conceição

Simone Almeida Santiago

Simone Coelho Evangelista

Sônia Cristina Sales Pereira Barreto

Coordenação e Organização

Marília Santos Fontoura

Claudia Cristiane Moura Silva Souza

Olga Cristina Lima Sampaio

David da Costa Nunes Júnior

Dera Carina Bastos Costa

Revisão e diagramação

Alana Barros Nunes

Carolina Pereira de Jesus Piancó



CUIDADO PRÉ-NATAL

A identificação dos riscos obstétricos reduz a mortalidade materna e perinatal e permite diminuir atrasos na identificação e no manejo das condições associadas à morte materna (Brasil, 2022). Neste sentido, a estratificação de risco gestacional se constitui um processo contínuo e que deve ser realizada na consulta inicial da gestante para o atendimento pré-natal e revisitada pela equipe assistente a cada atendimento posterior.

Na Bahia, com o objetivo de qualificar a assistência pré-natal, organizar a rede de atenção, otimizar recursos, identificar precocemente os riscos, reduzir encaminhamentos desnecessários, agilizar o cuidado compartilhado entre atenção primária à saúde (APS) e equipes de atenção especializada, diminuir a peregrinação de pessoas gestantes e a morbimortalidade materna e infantil, a Secretaria Estadual da Saúde (SESAB) construiu um instrumento orientador, a partir de diretrizes do Ministério da Saúde e com apoio institucional do Instituto Fernandes Figueira (IFF-Fiocruz).

Neste documento a estratificação de risco gestacional, foi reorganizada e dividida em quatro grupos: risco habitual, risco intermediário, alto risco e alto risco de maior complexidade de acordo com as características individuais e condições sócio-demográficas da gestante, história reprodutiva anterior; intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual e condições clínicas prévias à gestação. O documento contempla uma matriz com orientações sobre a abordagem pertinente à APS, possíveis intercorrências e critérios de encaminhamento para o pré-natal de alto risco.

Para encaminhamento ao pré-natal de alto risco ou alto risco de maior complexidade é importante que cada equipe da atenção primária verifique junto à Secretaria Municipal da Saúde do seu município, qual o fluxo/unidade de referência.

Após avaliação do obstetra do Pré-Natal de Alto Risco, o mesmo poderá identificar a necessidade de acompanhamento ou interconsulta no Pré-Natal de Alto Risco de Maior Complexidade, podendo realizar este encaminhamento. Recomenda-se que esse agendamento seja realizado entre os serviços, evitando que a gestante peregrine.



Estratificação de risco gestacional e critérios de elegibilidade

Risco Gestacional	CrITÉrios
Risco Habitual	Características individuais e condições sociodemográficas favoráveis: • Idade entre 18 e 34 anos; • Aceitação da gestação; • Ausência de intercorrências clínicas e/ou obstétrica na gestação anterior e/ou na atual.
Risco Intermediário	Características individuais e condições sociodemográficas: • Idade entre 15 e 18 anos; • Idade ≥ 35 anos; • Condições de trabalho desfavoráveis (esforço físico excessivo, carga horária extensa, exposição e agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, níveis altos de estresse); • Indícios ou ocorrência de violência doméstica, de gênero e/ou institucional; • Rede de apoio frágil: situação conjugal insegura e/ou insuficiência de apoio familiar; • Situações de vulnerabilidade: socioeconômica e/ou dificuldades de acesso aos serviços de saúde; • Situação de rua (INTERCONSULTA NO PRÉ-NATAL AR); • Não aceitação da gestação; • Baixa escolaridade (< 5 anos de estudo); • Uso de medicamentos teratogênicos; • IMC $< 18,5$ - baixo peso da pessoa gestante ou altura menor que 1,45 m; • Obesidade graus I e II; • Gestação de homens transgênero, pessoas transmasculinas, pessoas não-binárias e pessoas intersexo (INTERCONSULTA NO PRÉ-NATAL AR DO SERVIÇO ESPECIALIZADO); • Residência em território/aldeia/comunidade indígena; • Privação de liberdade (INTERCONSULTA NO PRÉ-NATAL AR); • Gestantes negras (cor de pele preta ou parda) • Gestantes quilombolas. Fatores de risco apresentado em gestações anteriores: • Histórico de hipertensão ou eclâmpsia em gestação anterior, sem hipertensão na gestação atual; • Alterações no crescimento intrauterino (restrição de crescimento fetal e macrosomia); • Malformação fetal anterior; • Diabetes gestacional anterior; • Cesárias prévias (2 ou mais). Intercorrências clínicas / obstétricas na gestação atual: • Diabetes gestacional controlada sem medicação e sem repercussão fetal (INTERCONSULTA NO PRÉ-NATAL AR); • Infecção urinária recorrente; • Ganho de peso inadequado (insuficiente ou excessivo) da mulher / pessoa que gesta (INTERCONSULTA PRÉ-NATAL AR); • Doenças infecciosas: sífilis (exceto sífilis terciária ou residente ao tratamento e achados suspeitos de sífilis congênita), vulnerabilidade para toxoplasmose, herpes simples, HTLV sem manifestação da doença, HPV (INTERCONSULTA NO PRÉ-NATAL AR); • Suspeita ou confirmação de dengue, vírus zika ou chikungunya (quadro febril exantemático) (INTERCONSULTA NO PRÉ-NATAL AR); • Feito com peso acima do percentil 90% (ou mais de 4.000 gramas) (INTERCONSULTA PRÉ-NATAL AR); • Anemia leve a moderada (hemoglobina entre 9 g/dl e 11 g/dl); • Uso de tabaco, álcool e outras drogas (INTERCONSULTA PRÉ-NATAL AR);

	Condições clínicas prévias à gestação: • Depressão leve/moderada ou histórico de tratamento medicamentoso anterior; • Ansiedade leve/moderada ou histórico de tratamento medicamentoso anterior; • Outros transtornos mentais graves (INTERCONSULTA PRÉ-NATAL AR); • Asma controlada sem uso de medicamento contínuo / Asma intermitente ou persistente leve; • Hipotireoidismo subclínico diagnosticado na gestação; • Miomatose uterina >7 cm no 1º trimestre ou diagnóstico durante o pré-natal.
Risco Alto	• Hipertensão $\geq 140 \times 90$ mmHg ou controle medicamentoso; • Diabetes prévia e gestacional controlada com medicação; Tireoidopatias descompensadas (hipotireoidismo e hipertireoidismo); • Anemias na gestação: anemia ferropriva Hg < 8 g/dl, anemia megaloblástica; • Abortamento habitual ($\geq$ abortamentos); • Epilepsia; • Gemelaridade; • Obesidade grau III; • Alterações de líquido amniótico idiopáticas; • Malformações fetais; • Placenta prévia (diagnóstico feito acima de 28 semanas); • Idade entre 10 a 14 anos 11 meses 29 dias (menor que 15 anos). IMPORTANTE: Em gestação de pessoas abaixo de 14 anos, trata-se de condição elegível para aborto legal - estupro de vulnerável, não é necessário boletim de ocorrência ou ordem judicial para realização de aborto legal; • HIV/AIDS/HTLV (com manifestação de doenças); • Hepatites virais; • Toxoplasmose aguda; • Tuberculose; • Hanseníase; • Leishmaniose; • Sífilis terciária, residente ao tratamento ou suspeita de sífilis congênita; • Doenças de Chagas; • Malária; • Colestase da gravidez; • Hiperêmese gravídica; • Histórico de trabalho de parto prematuro.
Alto Risco Maior Complexidade	• Antecedentes AVC e aneurisma; • Mola Hidatiforme; • Doença Falciforme; • Doenças Tromboembólicas e Reumatológicas; • Lúpus Eritematosos Sistêmico; • Fibrose cística; • Aloimunização Materno Fetal; • Crescimento Intra uterino-restrito; • Gemelaridade mono-mono; • Hemoglobinopatias: talassemia, anemia, microangiopática; • Hipertensão com lesão de órgão alvo: renal, cardíaca, oftálmica e cerebral; • Hepatopatia crônica; • Cardiopatias; • Nefropatia em geral (glomerulonefrite, insuficiência renal crônica e aguda); • Neoplasia maligna; • Malformações fetais: cardíacas, cirúrgicas, neurológicas e urológicas; • Toxoplasmose aguda com suspeita/ diagnóstico de infecção fetal; • Doença Hemolítica Perinatal; • Acretismo placentário; • Asma grave.

Dez pontos importantes na estratificação do risco obstétrico

1 - Não há alta da gestante da Atenção Primária em Saúde. A gestante deve ser acompanhada periodicamente pela equipe da APS (agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos) do território em que ela está adscrita, independentemente do seu perfil de risco.

2- A estratificação de risco é contínua e deve ser realizada em todos os atendimentos. Desde a primeira e a cada consulta de pré-natal, a equipe assistente deve buscar sinais de risco.

3 - O compartilhamento do cuidado da gestante com as equipes especializadas pode ocorrer em qualquer momento do pré-natal. O compartilhamento desse cuidado deve ser solicitado, independentemente de estar no início ou próximo ao termo.

4 - A estratificação do risco é absoluta. Isso quer dizer que predomina o critério relacionado ao maior risco e, uma vez diagnosticada a gestante como de maior risco para complicações, ela não volta a ser de risco habitual nessa gestação.

5 - A comunicação adequada entre as equipes assistenciais no compartilhamento do cuidado é fundamental para o sucesso do seguimento da gestante de risco. As equipes envolvidas na assistência devem atuar como uma única equipe; para tanto, devem buscar manter claros, ágeis e úteis os canais de comunicação de dupla via, assim como a comunicação deve ser qualificada de maneira que tanto a APS quanto a atenção especializada possam se apoiar na condução dos casos.

6- As gestantes de risco intermediário deverão ser acompanhadas na Atenção Primária em Saúde com suporte de especialistas em obstetrícia.

A proposição de uma estratificação de risco intermediário permite que os gestores ofereçam condições para que as gestantes com essas classificações possam ser acompanhadas pelas equipes de atenção básica, podendo em casos específicos, realizar o seguimento em conjunto com equipes de especialistas compartilhando o cuidado através de interconsultas ou seguimento regular, mas sempre mantendo o compartilhamento com a APS.

7 - Quanto maior o número de fatores de risco, maior o risco obstétrico individualizado. Há uma sinergia entre os fatores de risco, portanto a combinação de vários fatores de risco intermediários ou de alto risco aumentam a complexidade da situação, implicando maior vigilância e cuidado.

8 - Fatores de risco sociais exigem ações intersetoriais. Fatores de risco como vulnerabilidade social, situação de rua, violência doméstica e de gênero e o uso de drogas são fatores de enfrentamento difícil e exigem atenção redobrada das equipes, além de ações conjuntas com setores da educação, assistência social, economia e justiça, entre outros.

9 - Identificar as mulheres com maior risco obstétrico reduz a mortalidade materna e perinatal. Embora a maior parte dos óbitos maternos ocorra em mulheres sem antecedentes de risco obstétrico, a mortalidade materna e perinatal é proporcionalmente maior nas mulheres com risco identificado e, assim, a estratificação de risco no pré-natal permite reduzir as demoras na identificação e no manejo das condições associadas à morte materna.

10 - As situações de urgência e emergência obstétrica requerem assistência imediata. A rede de assistência ambulatorial precisa ter uma aproximação com a rede de urgência e emergência e um fluxo bem construído, de maneira que esta possa acolher rapidamente os casos identificados durante o acompanhamento pré-natal.

Condições patológicas inerentes ao estado gravídico

Náuseas e vômitos durante a gravidez

Náuseas e vômitos durante a gravidez são condições comuns que afetam a saúde da mulher grávida e de seu feto, podem impactar significativamente a qualidade de vida da gestante e de sua família, estando associados a afastamentos frequentes das atividades laborarias exercidas pelas gestantes e quando persistentes e/ou graves se associam a graus variados de risco para a vida materna e fetal.

A hiperêmese gravídica afeta 0,3% até 3,0% das pessoas grávidas, é uma forma grave de náuseas e vômitos neste período e uma das indicações mais comuns de hospitalização. É um diagnóstico clínico de exclusão baseado na presença de vômitos persistentes e na ausência de outras doenças, podendo levar a distúrbios hidroeletrolíticos, alterações nutricionais e metabólicas, cetonúria e perda de mais de 5% do peso corporal.

O emprego do escore de PUQE (anexo) utilizando dados da anamnese ajudam a verificar a gravidade do caso. Por sua vez, os achados do exame físico podem identificar sinais de desidratação e redução do peso. Casos mais acentuados indicam realização de exames complementares e muitas vezes internamentos.

Escore de PUQE (Pregnancy Unique Quantification of Emesis)

1 - Por quanto tempo se sentiu nauseada nas últimas 24 horas?

Nunca (1) - Até 4 horas (2) - Até 8 horas (3) - Até 12 horas (4) - Maior que 12 horas (5)

2 - Quantos episódios de vômitos apresentou nas últimas 24 horas?

Nenhum (1) - 1 episódio (2) - Até 3 episódios (3) - Até 4 episódios (4) Mais de cinco (5)

3 - Em quantos momentos observou intensa salivação e esforço de vômito nas últimas 24 horas?

Nenhum (1) - Até 3 vezes (2) - Até 5 vezes (3) - Até 8 vezes (4) - Todo o tempo (5)

Classificação:

pontuação ≤ 6 - forma leve;

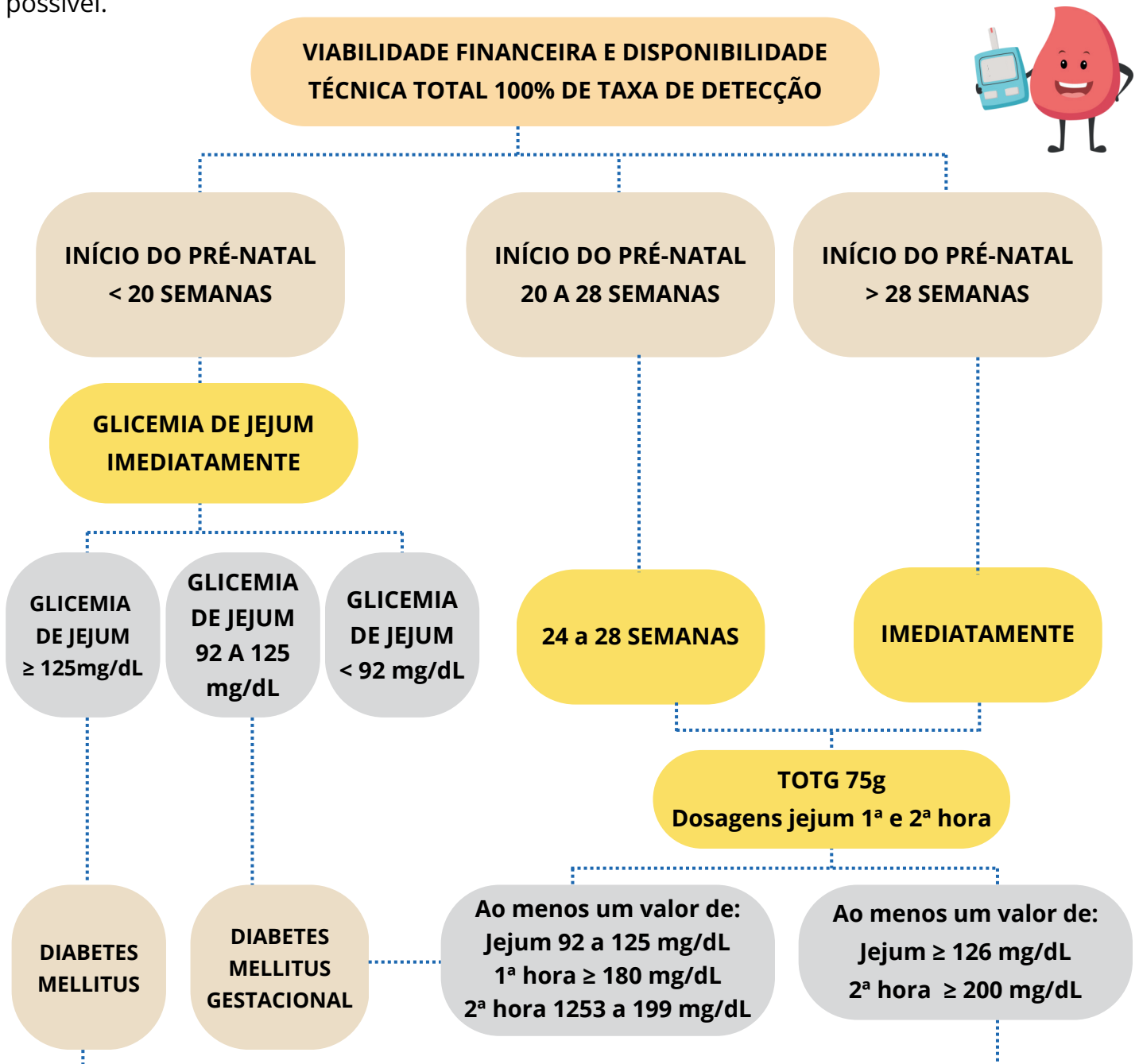
entre 7 a 11 - forma moderada;

≥ 12 - forma grave.

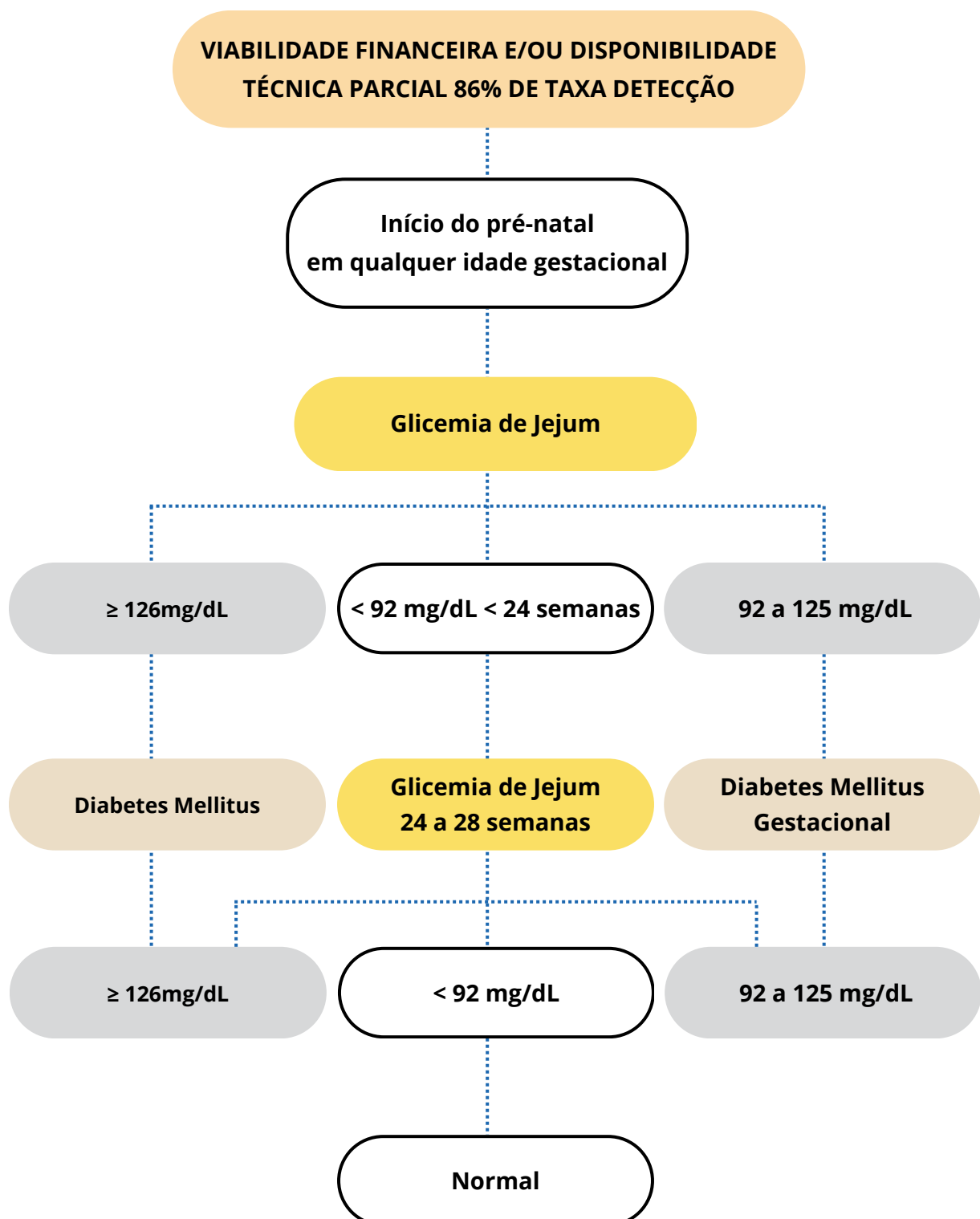
Recomendações para o diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil

A hiperglicemia materna é uma das condições mais comuns na gravidez, está associada ao aumento do risco de morbidade materna e perinatal, com repercussões em médio e longo prazo, tanto para a mãe como para o seu filho e deve ser investigada no início e na metade dela independentemente da presença de fator de risco. Há dois tipos de hiperglicemia que podem ser identificadas na gestação: Diabetes Mellitus diagnosticado na gestação (DMDG) ou Diabetes Mellitus gestacional (DMG).

Toda gestante que não tenha o diagnóstico de DM antes da gravidez atual e tiver glicemia de jejum inferior a 92 mg/dL até 20 semanas de idade gestacional deverá ser submetida ao Teste Oral de Tolerância a Glicose 75g (medidas de jejum, uma hora e duas horas após a ingesta da glicose) entre 24-28 semanas, como forma de rastreio. Se o início do pré-natal for tardio (após 20 semanas de idade gestacional) deve-se realizar o TOTG 75g com a maior brevidade possível.



Em situações de viabilidade financeira e/ou disponibilidade técnica parcial (impossibilidade para realizar o TOTG 75g), todas as gestantes devem realizar a glicemia de jejum no início do pré-natal para diagnóstico de DMG e de DM diagnosticado na gestação e caso o resultado do exame apresente valores inferiores a 92 mg/dL, antes de 24 semanas de idade gestacional, deve-se repetir a glicemia de jejum de 24 a 28 semanas. Estima-se que assim sejam detectados 86% dos casos.

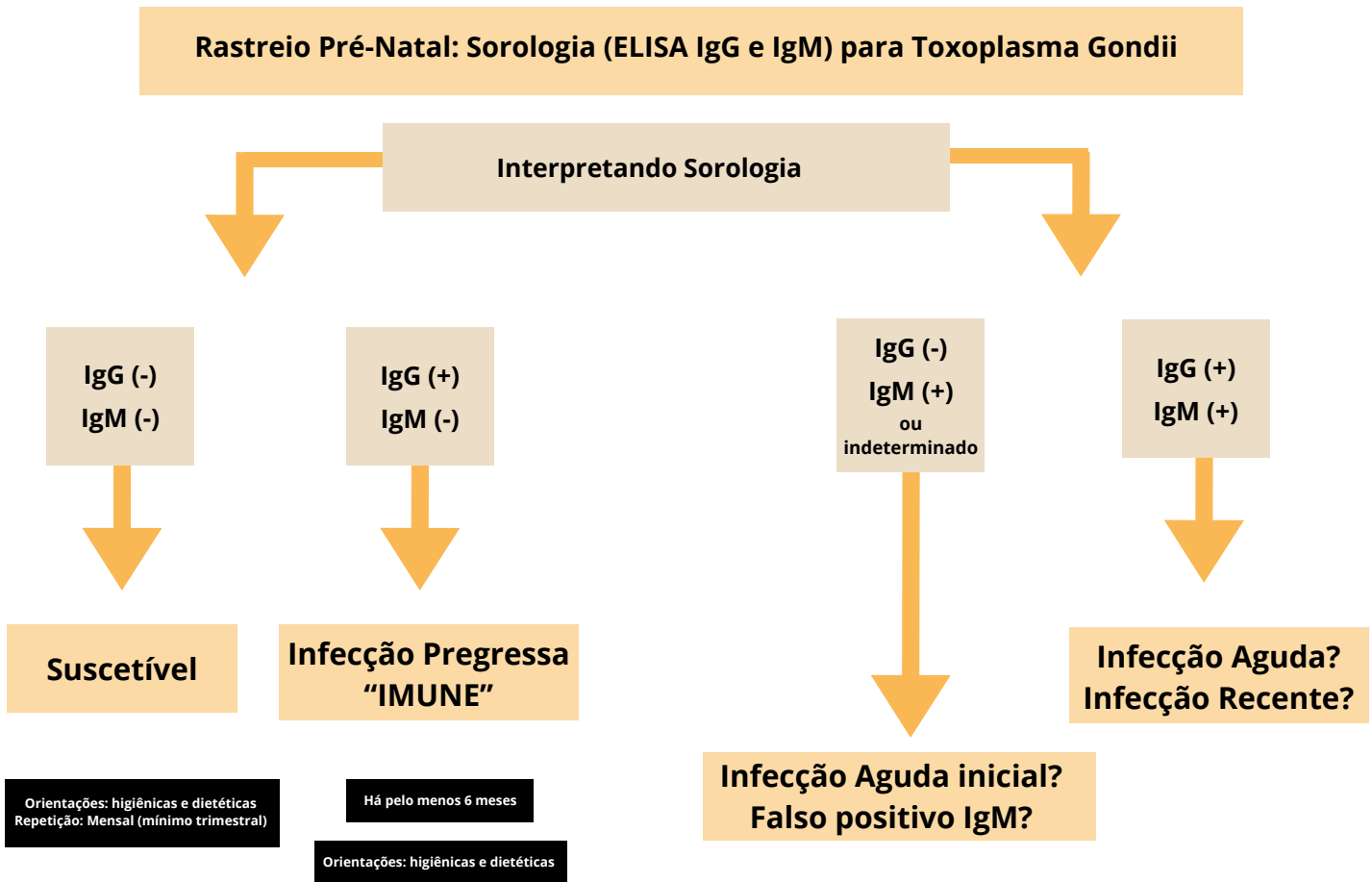


Toxoplasmose: rastreio e conduta

A toxoplasmose é uma infecção causada pelo protozoário intracelular obrigatório denominado *Toxoplasma gondii* e a sua transmissão para os hospedeiros intermediários ocorre através do contato com terra ou areia e ingestão de alimentos que tenham sido contaminados pelos oocistos depositados no meio ambiente, como frutas ou vegetais mal lavados. A contaminação por oocistos pode também ocorrer por meio do consumo de água contaminada, jardinagem realizada sem luvas, contato íntimo com gatos contaminados e com indivíduos sujos de terra ou areia. Além disso, pode haver contaminação por meio da ingestão de carnes cruas ou malcozidas, as quais podem conter cistos teciduais contaminantes.

Para a maioria dos seres humanos imunocompetentes, a toxoplasmose passa despercebida e não acarreta danos ao organismo. Entretanto, em duas populações a infecção aguda por *T. gondii* pode desencadear sérias repercussões: pessoas com imunossupressão e gestantes pela possibilidade de resultar em toxoplasmose congênita. A taxa de transmissão vertical do *T. gondii* é diretamente proporcional à idade gestacional, enquanto a morbimortalidade fetal é inversamente proporcional ao tempo de gestação no momento da infecção aguda.

A prevenção da infecção aguda na gestação é de fundamental importância e pode ser alcançada por adequada orientação sobre hábitos alimentares e de higiene, reduzindo significativamente a contaminação da gestante pelo parasita.



Cenário 1: Gestantes suscetíveis para *T. gondii* (IgM e IgG não reagentes):

- Devem ser orientadas quanto ao risco de adquirir infecção aguda na gestação;
- Devem repetir a sorologia, idealmente, todos os meses ou, no máximo, com intervalo de dois meses para detectar precocemente uma soro conversão;
- Devem ser bem orientadas quanto às medidas higienodietéticas.

Cenário 2: Sorologia IgG reagente e IgM não reagente:

- Compatível com infecção pregressa adquirida há, pelo menos, seis meses;
- Não se recomenda repetir a sorologia para toxoplasmose, mas devem-se manter as orientações higiênicas e dietéticas;
- Se a sorologia for realizada tardiamente na gestação, não é possível excluir uma infecção aguda ocorrida no início.

Cenário 3: Sorologia IgM reagente:

- Independentemente do resultado da IgG, deve ser interpretada como infecção aguda, com indicação para iniciar intervenção medicamentosa;
- Gestantes com sorologia IgM reagente e IgG não reagente: iniciar espiramicina imediatamente e repetir a sorologia em duas a três semanas;
- Se a repetição da sorologia mantiver IgG não reagente, trata-se de falso-positivo de IgM; recomenda-se suspender a espiramicina e conduzir a gestante como suscetível;
- Se ocorrer a posituação de IgG, estamos diante de uma soro conversão.

Cenário 4: Sorologia IgM e IgG reagentes

- Deve ser interpretada como infecção aguda com início imediato de medicamento. Em geral, para gestações com idade gestacional ≤ 16 semanas, inicia-se espiramicina e deve ser solicitado o teste de avides (se possível na mesma amostra sanguínea que detectou IgM e IgG);
- Resultado do teste seja ALTA AVIDEZ em gestação com idade gestacional.

Vacinas recomendadas a gestantes conforme calendário vacinal do Ministério da Saúde

As imunizações antes, durante e após a gravidez promovem não apenas a saúde materna, mas também, por meio da imunidade passiva, gravidez e período pós-natal saudáveis e seu emprego deve ser considerado uma estratégia de saúde pública, não havendo evidências de risco ao feto por causa da vacinação de mulheres grávidas com vírus inativado ou vacinas bacterianas ou toxoides.

Recomendações:



1

Imunoglobulinas, toxoides, vacinas bacterianas e de vírus inativado são seguros na gravidez. Vacinas de bactérias e vírus vivo atenuados são contraindicadas na gravidez (salvo situações de risco), mas, se administradas inadvertidamente durante a gestação, não se recomenda interromper a gravidez.

2

Após a administração de vacinas de vírus vivos ou atenuados em mulheres em idade reprodutiva, devem ser aconselhadas a aguardar, pelo menos, quatro semanas após a vacinação para engravidar.

3

Em geral, mulheres amamentando podem ser vacinadas (passiva ou ativamente, incluindo vacinas com vírus vivo ou atenuado)

4

O estabelecimento de boas práticas em torno da vacinação segura e em tempo apropriado antes, durante e entre as gestações, dá a oportunidade de proteger e fortalecer a saúde da díade materno-fetal em toda a continuidade dos cuidados pré-concepção, pré-natal, pós-parto e do recém-nascido.

5

Os benefícios da vacinação de mulheres grávidas geralmente superam os riscos potenciais quando a probabilidade de exposição à doença é alta, quando a infecção representa um risco para a mãe ou o feto e quando é improvável que a vacina cause danos.

Vacinas recomendadas na gestação pelo Ministério da Saúde do Brasil

Tipos de Vacinas	Recomendação	Intervalo entre as doses
Hepatite B (HBV)	O Ministério da Saúde recomenda a vacinação de toda gestante que apresente sorologia negativa para HBV.	Primeira dose - primeira consulta; Segunda dose - 30 dias após a primeira; Terceira dose - seis meses após a primeira.
<i>Influenza</i> (inativada)	Recomendada a toda gestante, em qualquer trimestre, durante o período sazonal da epidemia.	Dose única na gravidez, conforme campanha do Ministério da Saúde.
Tétano, difteria e coqueluche (dTpa)	Recomendada por CDC, ACOG, FEBRASCO e Ministério da Saúde.	Primeira dose antes de 20 semanas (dT); Segunda dose a partir de 20 semanas (dTpa); Terceira dose com 36 semanas (dT). Deve ser aplicada pelo menos até 20 dias antes do parto.

Esquema de vacinação para tétano, coqueluche e difteria na gravidez

Tipos de Vacinas	Recomendação	Intervalo entre as doses
Tétano, coqueluche e difteria	Passado vacinal da gestante.	Dose atual.
	Três ou mais doses com componente tetânico.	Fazer uma dose de dTpa como reforço.
	Duas doses com componente tetânico.	Completar esquema com uma dose de dTpA.
	Uma dose com componente tetânico.	Completar o esquema com duas doses, uma de dT e outra de dTpa. O intervalo entre as doses será de 60 dias, com intervalo mínimo de 30 dias.

Vacinas recomendadas na gravidez em situações especiais

Vacinas	Recomendações
Febre amarela	Não é rotineiramente indicada a gestantes. Porém, se há situação de risco, recomenda-se aplicar a vacina.
Meningococos (conjugada) (MCV4)	Não é de uso rotineiro na gestação, tendo em vista que não existem dados sobre segurança de seu uso durante a gravidez. Contudo, seu uso pode ser considerado para bloqueio de surtos, tanto a polissacarídea quanto a conjugada.
Pneumococos	Não é de uso rotineiro na gestação, mas pode ser utilizada, se necessário, principalmente em gestantes de risco, não previamente vacinadas.

Imunoglobulinas mais utilizadas na gravidez

Vacinas	Recomendações
Hepatite B	Aplicar após exposição associadas à vacina.
Raiva	Profilaxia após exposição.
Sarampo	Profilaxia após exposição.
Tétano	Aplicar após exposição associada à vacina.
Varicela-zóster	Fazer profilaxia nas primeiras 96 horas após o contágio.

Síndromes Hipertensivas na Gestação

As síndromes hipertensivas no curso da gestação e puerpério estão entre as principais causas e morbimortalidade materna e fetal em países em desenvolvimento. O diagnóstico precoce, a vigilância materno-fetal adequada e o uso racional das terapias podem reduzir drasticamente o curso destas patologias. A padronização de condutas é importante para atingir estes resultados de forma consistente.

Definição

Hipertensão: elevação de PAS > 140 mmHg ou TAD > 90 mmHg em ao menos 02 medidas, com intervalo > 4h e < 07 dias.

Hipertensão arterial leve: PAS entre 140-159 / TAD entre 90-109 mmHg, confirmada com intervalo de ao menos 4h.

Hipertensão arterial grave: PAS $\geq$ 160 ou TAD $\geq$ 110 mmHg, confirmada em nova aferição após 15 min.

Classificação

Hipertensão crônica (HC) ou pré-existente: hipertensão diagnosticada antes da 20ª semana de gravidez ou quando esta se mantém após a 12ª semanas de puerpério. Cerca de 20-50% das hipertensas prévias desenvolverão pré-eclâmpsia e normalmente tem pior prognóstico materno-fetal.

Classificação da Hipertensão crônica (HC):

Primária ou essencial;

Secundária – investigar se idade < 30 anos (ex.: Nefropatia, Hiperaldosteronismo,

Feocromocitoma, uso de drogas e Crise tireotóxica).

Síndromes Hipertensivas na Gestação

Hipertensão gestacional ou transitória (HG): surgimento após 20 semanas de gestação e que desaparece antes de 12 semanas pós- parto, sem a associação com proteinúria. Pacientes com HG e níveis tensionais graves, devem ser consideradas como PE com sinais de gravidade.

Pré-eclâmpsia (PE): Presença de hipertensão $\geq$ 20 semanas de gestação (exceto se doença trofoblástica gestacional) e que desaparece < 12 semanas pós-parto, associada à proteinúria ou a algum critério de gravidade abaixo (Quadro 1):

Quadro 1 – Critérios clínico-laboratoriais para diagnóstico de PE

- Trombocitopenia grave: plaquetas < 100.000;
- Insuficiência Renal: creatinina $\geq$ 1,1 mg/dL ou maior que o dobro da sua concentração sérica, na ausência de outra doença renal;
- Comprometimento da função hepática: elevação das enzimas hepáticas acima de duas vezes o valor de referência;
- Edema pulmonar;
- Cefaleia não responsiva a analgesia e não relacionada a outros diagnósticos ou distúrbios visuais.

Pré-eclâmpsia ou eclâmpsia: sobreposta a hipertensão crônica. Surgimento de PE em paciente com HC. O grande desafio é o diagnóstico, diferenciando uma piora do quadro hipertensivo a uma má adesão ao tratamento anti-hipertensivo. Por isso, a importância de uma correta investigação de lesão de órgão alvo.

Eclâmpsia: Convulsão tônico-clônica, focal ou multifocal, na ausência de outra condição causal.

Prevenção da pré-eclâmpsia

Uso do AAS

Nível do risco	Fator de Risco	Recomendação
Alto risco	• Passado de pré- eclâmpsia • Hipertensão crônica • Anemia falciforme • Diabetes Mellitus prévio (tipo I ou tipo II) • Doença renal • Doença autoimune • Gestação múltipla • IP médio de artérias uterinas >p95 no 1º trimestre	Introduzir AAS 100- 150mg à noites e 1 ou mais destes fatores de risco estiverem presentes. Iniciar preferencialmente a partir da 12ª semana (pode-se iniciar até a 28ª semana de gestação) e manter até o parto.
Moderado risco	• Nuliparidade • Idade > 35 anos • IMC > 30 kg/m² • Raça negra: história familiar de pré-eclâmpsia (mãe ou irmã)	Considerar AAS 100 - 150mg/noite se 2 ou mais destes fatores de risco estiverem presentes. Iniciar preferencialmente a partir da 12ª semana (pode-se iniciar até a 28ª semana de gestação) e manter até o parto.
Baixo risco	• Parto a termo não complicado	Não utilizar AAS.

Fonte: Modificado de ACOG

Cálcio: avaliar a dieta de cada paciente. Em populações com baixa ingestão de cálcio (< 900 mg/dia), a suplementação com 1,5 – 2,0g de cálcio elementar/dia reduz pré-eclâmpsia, devendo ser dividida em 3 tomadas durante as refeições (não tomar junto com o ferro), iniciando a partir de 20 semanas. Se não for possível altas doses, prescrever ao menos 500-600mg/dia. A ingestão diária não deve ultrapassar as 3g/dia.

Obs.: Cálcio elementar é diferente de carbonato de cálcio. Não existem evidências para recomendar Vitamina C, D, E, Omega3, ácido fólico e restrição de sódio com objetivo de prevenção de PE.

Infecção urinária em gestantes

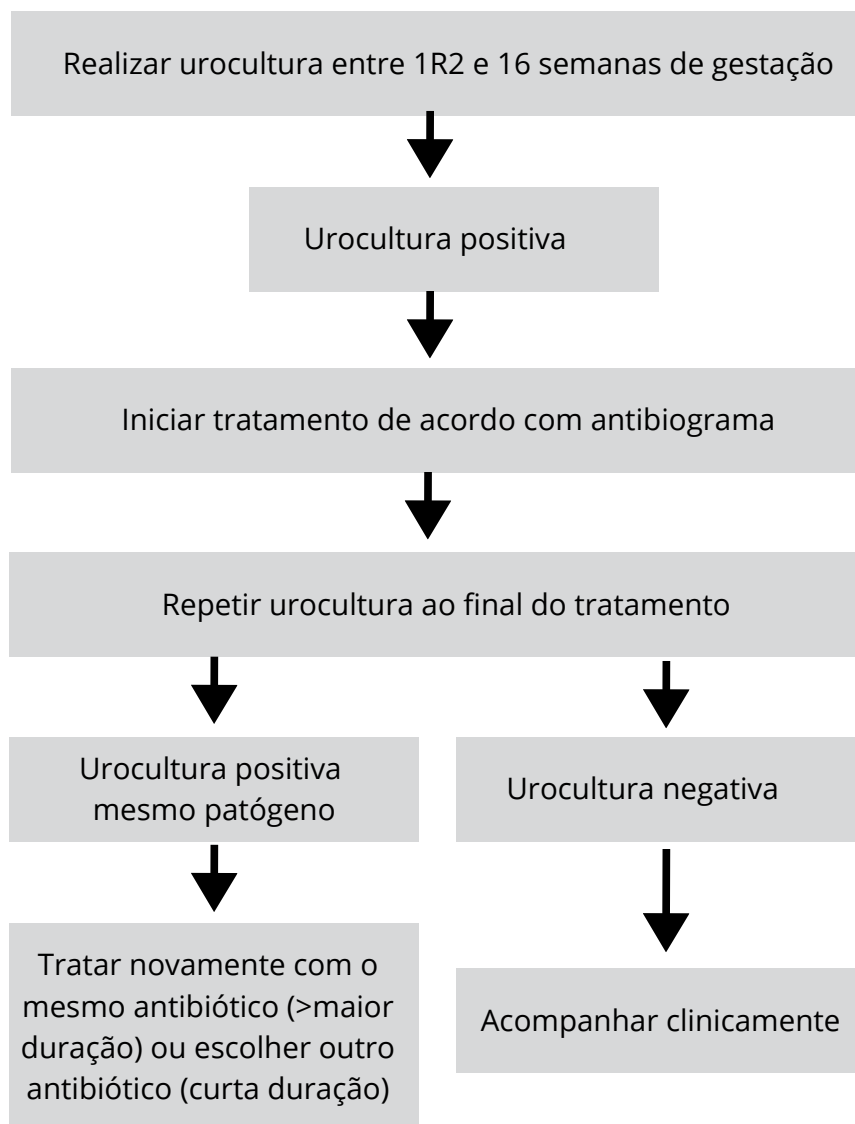
Definições e Conceitos

Bacteriúria assintomática (BA): crescimento bacteriano de alto nível (100.000UFC/ml) na cultura de urina na ausência de sintomas consistentes com infecção do trato urinário.

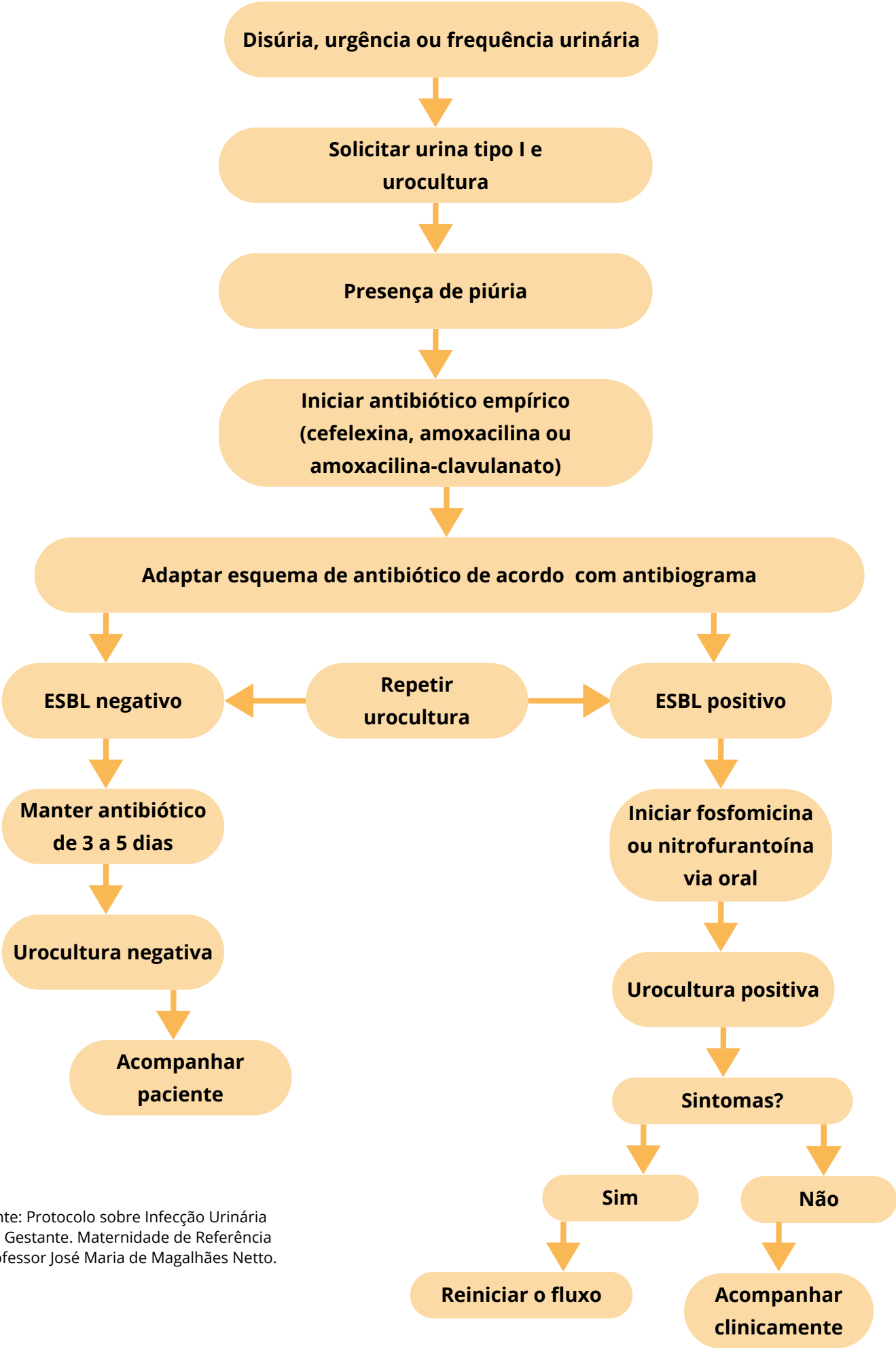
Infecção do Trato Urinário (ITU): infecção do trato urinário inferior (cistite aguda) ou do trato superior (pielonefrite aguda).

Cistite aguda: A cistite é uma infecção sintomática da bexiga. Os sintomas típicos da cistite aguda é o início repentino de disúria e urgência e frequência urinárias. Hematúria e piúria também são frequentemente observadas no exame de urina. Sintomas sistêmicos, como febre e calafrios, estão ausentes na cistite.

Pielonefrite aguda: é uma manifestação de infecção do trato urinário superior e dos rins. Os sintomas típicos da pielonefrite aguda incluem febre ($> 38^{\circ}\text{C}$), dor no flanco, náusea, vômito e/ou sensibilidade no ângulo costovertebral.

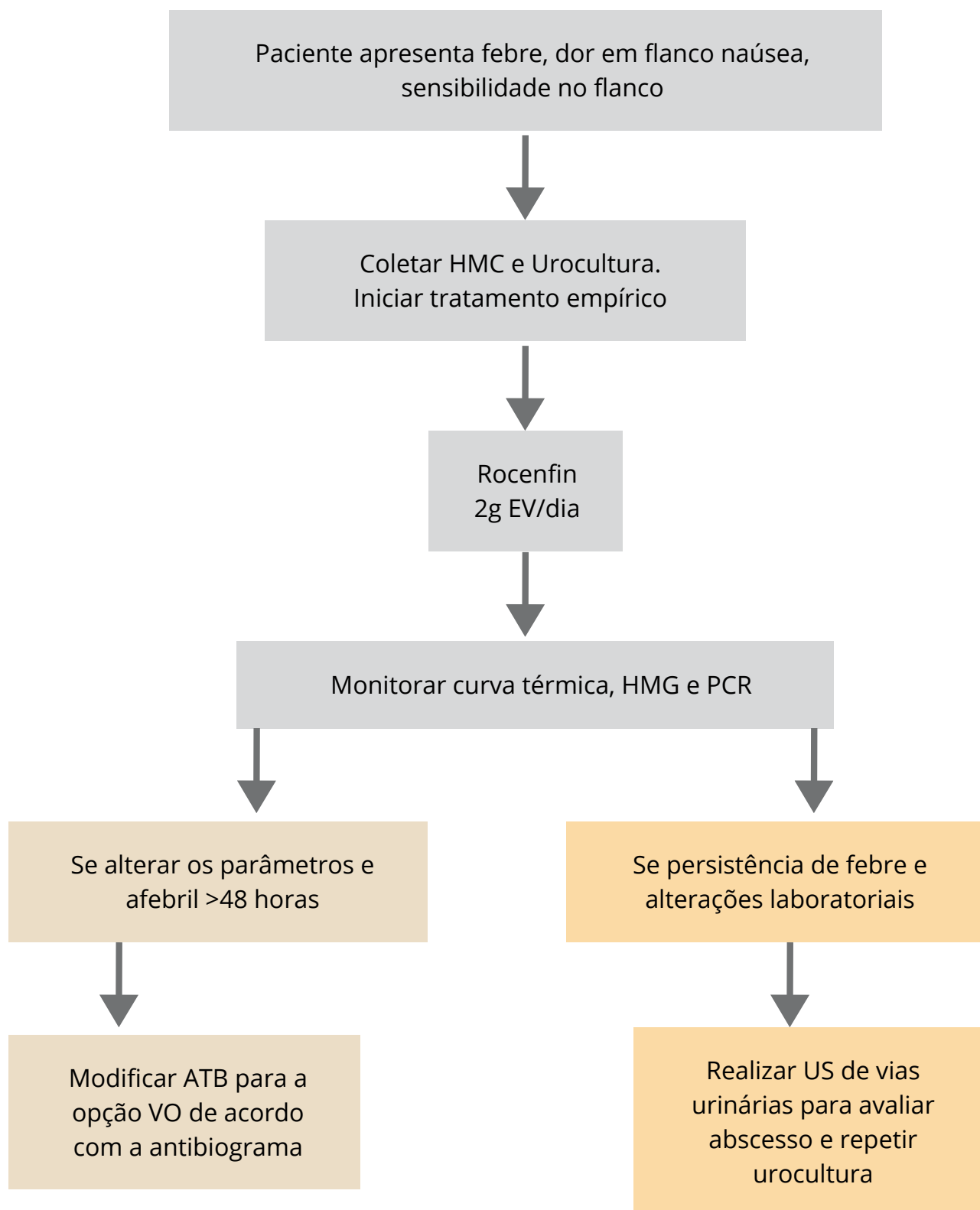


Diagnóstico e tratamento de cistite em gestantes



Fonte: Protocolo sobre Infecção Urinária em Gestante. Maternidade de Referência Professor José Maria de Magalhães Netto.

Pielonegrite Aguda em Gestantes



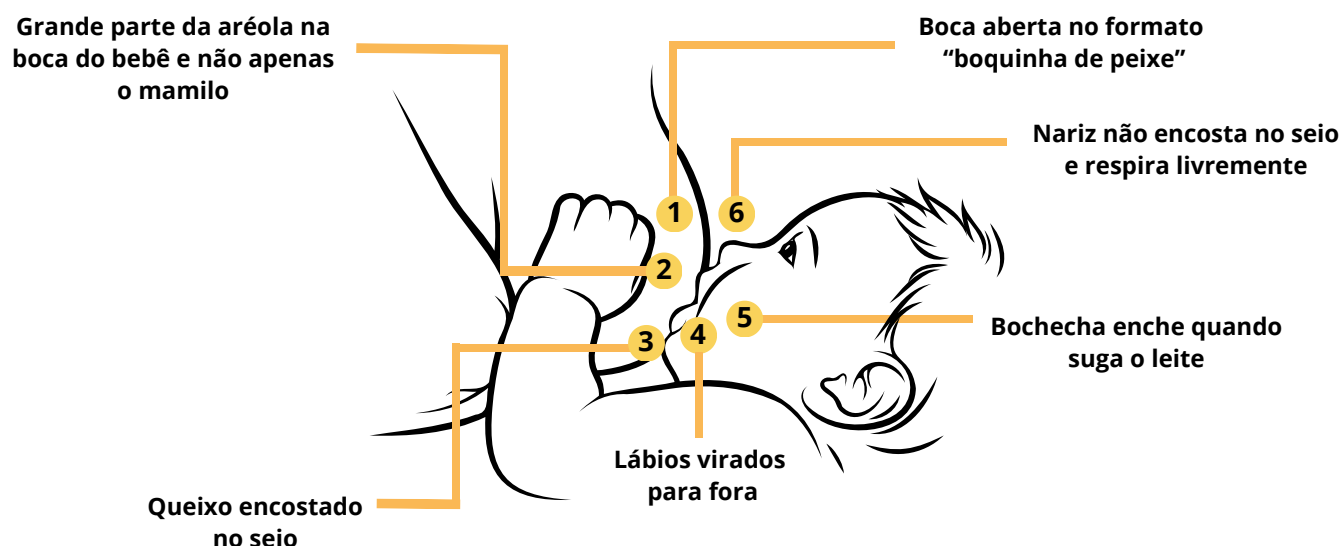
Aleitamento Humano

O leite humano é considerado um alimento completo, sendo o único necessário para o crescimento e desenvolvimento dos bebês até os seis meses de vida de forma exclusiva! Ele é mais benéfico para a saúde da criança do que qualquer outro alimento, sendo considerado padrão ouro de qualidade. Além disso, possui componentes que protegem o organismo das crianças contra doenças como diarreia e infecções respiratórias, diminui o risco de desenvolver alergia ao leite de vaca, obesidade, hipertensão, diabetes e colesterol alto. Sua composição é suficiente para ser ofertado de forma exclusiva até o sexto mês de vida, não sendo necessário complementar com outros alimentos ou líquidos e, ainda, continua sendo importante para as crianças maiores de seis meses até o segundo ano de vida, aliado a alimentação complementar saudável (Brasil, 2015).

A conscientização sobre a importância do aleitamento materno deve ser iniciada no período pré-natal. Lembrando que não é necessária preparação prévia das mamas, a melhor forma de preparar a pessoa para um aleitamento de sucesso é muni-la de informação! Amamentar não deve doer. No início pode haver algum desconforto até que mãe e bebê se adaptem à amamentação, que deve ser prazerosa tanto para a mãe quanto para o bebê. Conseguir identificar os sinais de fome do bebê e realizar o posicionamento adequado para a mamada reduzem as chances de fissuras nas mamas e dificuldades relacionadas à amamentação.

Sinais de fome do bebê: abre a boca virando a cabeça como se estivesse buscando o peito, fica inquieto, coloca as mãos na boca, chupa ou morde as mãos, os dedos e, por último, chora (Brasil, 2019).

Posicionamento do bebê: o bebê deve estar virado de frente para a mãe, bem junto de seu corpo (barriga com barriga), bem apoiado e com os braços livres. A cabeça do bebê deve ficar de frente para o peito e o nariz bem na frente do mamilo. O bebê deve ser colocado para sugar quando ele abrir bem a boca. Quando o bebê pega bem o peito, o queixo encosta na mama, os lábios ficam virados para fora, o nariz fica livre e aparece mais aréola (parte escura em volta do mamilo) na parte de cima da boca do que na de baixo. Cada bebê tem seu próprio ritmo de mamar, o que deve ser respeitado (Brasil, 2019).



Doação de Leite

Alguns bebês podem necessitar de internamento após o nascimento e apresentarem dificuldades e/ou impossibilidade de serem amamentados diretamente no seio da mãe. Eles podem receber leite humano pasteurizado através dos Bancos de Leite Humano (BLH), que são serviços que coletam, pasteurizam e distribuem o leite humano para esses bebês internados nas Unidades Neonatais. Toda pessoa lactante é uma potencial doadora!

Para isso é necessário estar em boa condição de saúde, não utilizar medicamentos contraindicados para a amamentação, bem como ter uma produção excedente à necessidade de seu (ua) filho (a) (Fiocruz, 2021).

Não é permitido o uso de drogas ilícitas e não é recomendado o consumo de álcool. Após a decisão de doar o leite, a pessoa deverá entrar em contato com um dos Bancos de Leite Humano e/ou dos Postos de Coleta de Leite Humano, existentes no estado, para que façam a triagem e cadastro, e receberem orientações sobre como realizar os próximos passos.

Conheça os Bancos de Leite da Bahia:

SALVADOR

Instituto de Perinatologia da Bahia – IPERBA - Telefone: 71-3116-5118

Maternidade Climériode Oliveira - MCO - 71-3283-9264

Hospital Geral Roberto Santos – HGRS -71-3117-7532

Maternidade de Referência Prof. José Maria de Magalhães Netto - 71-3111-9350

Maternidade Tsylla Balbino – MTB – PCLH - 71-3234-7469

FEIRA DE SANTANA

Hospital Estadual da Criança – HEC - 75-3602-0630

Hospital da Mulher Inácia Pinto dos Santos - 75-3602-7156

ITABUNA

Hospital Manoel Novaes – HMN/SCMI - 73-3214-4346

VITÓRIA DA CONQUISTA

Hospital Municipal Esaú Matos – HMEM - 77-3420-6237

BARREIRAS

Hospital do Oeste – HO -Telefone: 77-3612-9408



Acesse a versão digital desta cartilha em: bit.ly/cartilhapre-natal

Referências Bibliográficas

ANIS – INSTITUTODE BIOÉTICA. Gravidez indesejada na Atenção Primária à Saúde (APS) : as dúvidas que você sempre teve, mas nunca pôde perguntar / Anis – Instituto de Bioética, Sociedade Brasileira de Medicina de Família e Comunidade. – Brasília :Letras Livres, 2021. 64 p

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de Gestação de Alto Risco. Brasília, 2022,659 p.

BRASIL. Nota Técnica Conjunta MDS/MSaúde Nº 001/2016. Ministério do Desenvolvimento Social e Combate à Fome. Secretaria Nacional de Assistência Social. Diretrizes, Fluxo e Fluxograma para a atenção integral às mulheres e adolescentes em situação de rua e/ou usuárias de álcool e/ou crack/outras drogas e seus filhos recém-nascidos. Brasília, 2016.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB. Diretoria de Gestão do Cuidado. Nota técnica com orientações acerca dos direitos das pessoas transexuais e travestis em seus direitos básicos fundamentais de acesso ao cuidado integral à saúde, e na utilização dos espaços segregados que compõem a estrutura física nos serviços de saúde SUS/Bahia. 2018.

BAHIA. Secretaria da Saúde do Estado da Bahia - SESAB. Orientações para gestores(as) e profissionais de saúde dos serviços que realizam partos na atenção à Gestante e Puérpera em Situação de Rua no Estado da Bahia. Arquivo interno. Bahia,2022.

BUCKINGHAM-HOWES, S et al. A Systematicreviewofprenatalcocaineexposureandadolescentdevelopment. Pediatrics, v. 131, n. 6, p. 1917-1936, 2013.

COUTO, E; CAVICHIOILLI, F. Doenças da tireoide na gestação. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo – Obstetrícia, nº 49/Comissão NacionalEspecializada em Gestação de Alto Risco).

EL MARROUN, H et al. Anepidemiological, developmentalandclinical overview ofcannabis use duringpregnancy. PrevMed, v. 116, p. 1-5, 2018.

GIPSON, J. D; KOENIG, M. A; HINDIN, M. effectsofunintendedpregnancyoninfant, child, and parental reviewoftheliterature. Stud FamPlann, v. 39, n. 1, p. 18-38, 2008.

GUNN, J. K. et al. Prenatalexposuretocannabisand maternal andchildhealthoutcomes: a systematicreviewand meta -analysis. BMJ Open, v.6, n. 4, 2016.

LEAL, M. C et al. Assistência pré-natal na rede público Brasil. Rev Saúde Pública, v. 54, n. 8, 2020.52.

NGUYEN, M. T; OUZOUNIAN, J. G. Evaluationand Management of Fetal Macrosomia. ObstetGynecolClin North Am, v. 48, n. 2, p. 387-399,202.

OMS. Organização Mundial de Saúde. WHO recommendationsonantenatalcare for a positive pregnancyexperience. 2016.

LEFTWICH, H. K; ALVES, M. V. AdolescentPregnancy. PediatrClin North Am, v. 64, n. 2, p. 381-388, 2017.

PARANÁ, SECRETARIA DA SAÚDE. Divisão de Atenção à Saúde da Mulher. Linha Guia - Atenção MaternoInfantil: Gestação/Secretaria deSaúdedo Estado do Paraná. 8ªed. Curitiba: SESA, 2022.

PINHEIRO, R. L; AREIA,A. L; MOTA-PINTO, A; DONATO,H. Advanced Maternal Age:Adverse OutcomesofPregnancy, A Meta-Analysis. ActaMedPort, v. 32, n. 3, p. 219-226, 2019.

PIZZICHINI, M. M. M et al. 2020 BrazilianThoracicAssociationrecommendations for themanagement ofasthma. Jornal BrasileirodePneumologia [online], v. 46, n. 1, 2020.

SHARAPOVA, S. R et al. Effectsofprenatal marijuana exposureonneuropsychologicaloutcomes in childrenaged 1-11 years: A systematicreview. PaediatrPerinatEpidemiol, v.32, n. 6, p. 512-532, 2018.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERTEINSTEIN. Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco naatenção primária à saúde e na atençãoambulatorial especializada – saúde da mulher na gestação, parto e puerpério. São Paulo: HospitalIsraelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.

STEIN, A et al. Effectsof perinatalmental disordersonthefetusandchild. Lancet, v.384, p. 1800-1819, 2014.

XU, Z et al. Asthmaseverityandimpacton perinatal outcomes: anupdatedsystematicreviewand meta-analysis. BJOG, v. 129, n. 3, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde da Criança. Aleitamento Materno e Alimentação Complementar. Caderno de Atenção Básica nº23. 2ª ed. Brasília, DF, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Promoção da Saúde. Guia alimentar para crianças brasileiras menores de 2 anos. Brasília, Ministério da Saúde, 2019. 265p. : II.

FIOCRUZ. Doadoras: Triagem,Seleção e Acompanhamento. Rede Brasileira de Bancos de Leite Humano.Normas Técnicas BLH-IFF/NT 09.21.

