

CADERNO DE CUIDADO MATERNO- -INFANTIL



MAUÁ
GOVERNO MUNICIPAL
Amor pela nossa gente

CADERNO DE CUIDADO MATERNO-INFANTIL

SUMÁRIO Apresentação

1. Introdução	5
1.1 Política de saúde do município	5
1,2 Redes de atenção à saúde e linhas de cuidado	6
1.3 Processo regulatório	7
2. Atenção ao pré-natal	8
2.1 Diagnóstico de gravidez	8
2.2 Estratificação de risco gestacional	9
2.3 Pré-natal de baixo risco ou risco habitual	12
2.3.1 Programação de consultas	12
2.3.2 Primeira consulta da gestante	13
2.3.3 Primeiro trimestre	15
2.3.4 Segundo trimestre	16
2.3.5 Terceiro trimestre	17
2.4 Pós-datismo	18
2.5 Cuidados odontológicos	18
2.6 Cuidados nutricionais	20
2.7 Cuidados psicossociais	23
2.8 Grupos	23
2.9 Intercorrências no pré-natal	26
2.9.1 Hipertensão gestacional	27
2.9.2 Diabetes mellitus gestacional	31
2.9.3 Sífilis na gestação	40
2.9.4 Sífilis congênita	46
2.9.5 HIV na gestação	47
2.9.6 Hepatite B na gestação	48
2.9.7 Hepatite C na gestação	49
2.9.8 Toxoplasmose na gestação	50
2.9.9 Infecção do trato urinário	52
2.9.10 Pielonefrite	56
2.10 Pré-natal alto risco – PNAR	56
2.10.1 Síndromes hemorrágicas	56
2.10.2 Placenta de inserção baixa	57

2.10.3 Descolamento corioamniótico	57
2.10.4 Descolamento prematuro da placenta	58
2.11 Planejamento reprodutivo	58
2.11.1 Vasectomia e laqueadura	58
2.11.2 Dispositivo intrauterino	61
3. Atenção ao parto no hospital	63
3.1 Diagnóstico de trabalho de parto	63
3.2 Atendimento no pronto-socorro gineco-obstétrico	63
3.3 Cuidados hospitalares	64
3.4 Abortamento	66
3.4.1 Acolhimento e orientação	67
3.4.2 Atenção clínica ao abortamento	68
3.4.3 Alívio da dor	70
3.4.4 Planejamento reprodutivo pós-abortamento	71
3.5 Monitoramento do trabalho de parto e do parto	73
3.5.1 Inserção de DIU	75
3.5.2 Trabalho de parto prematuro	75
3.5.3 Recepção do recém-nascido em sala de parto	76
3.5.4 Baixo risco ao nascer	77
3.5.5 Médio risco ao nascer	77
3.5.6 Alto risco ao nascer	78
3.6 Alta hospitalar	80
4 Atenção ao puerpério e primeiros dias de vida do recém-nascido	80
4.1 Na maternidade	80
4.2 Na UBS	82
5 Marcos do desenvolvimento	88
6 Vigilância dos óbitos materno, infantil e fetal	88
6.1 Investigação domiciliar	90
6.2 Investigação domiciliar e ambulatorial	91
6.3 Investigação hospitalar	91
7 Outras patologias comuns	92
Referências	116

APRESENTAÇÃO

A Rede Alyne (antiga Rede Cegonha), instituída no bojo das redes prioritárias de atenção à saúde pelo SUS (Sistema Único de Saúde), define diretrizes ao acesso precoce ao acompanhamento pré-natal de qualidade, à garantia do acolhimento com avaliação e classificação de risco e vulnerabilidade, à vinculação da gestante à unidade de referência, à segurança na atenção ao parto e ao nascimento e à atenção da saúde das crianças de até 24 meses de idade com qualidade e resolutividade, além de acesso às ações do planejamento reprodutivo.

A revisão deste material da linha de cuidado materno-infantil em Mauá, publicado inicialmente em meados de 2014, demonstra o compromisso da gestão municipal com a qualidade da assistência e com a formação dos trabalhadores do SUS a partir das melhores práticas de saúde, baseadas em evidências. Este material reflete a discussão realizada em toda a rede e é voltado aos trabalhadores e às trabalhadoras que atuam nos diversos setores da atenção à saúde, traçando as principais diretrizes e acordos técnicos relacionados à produção do cuidado a esta população.

O objetivo é apoiar as equipes de saúde na implementação de uma rede de cuidados que possa assegurar às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, e também garantir às crianças o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

A centralidade no usuário, a garantia do acesso e da qualidade ao cuidado ofertado e o compromisso intransigente com a defesa da vida orientam a construção das ações aqui descritas. Fica o convite para que cada um de nós compreenda a importância do próprio trabalho e possa assumir, com radicalidade, compromissos que ofereçam uma atenção humanizada para todas as pessoas.

Eliene de Paula Pinto
Secretária de Saúde de Mauá

1. INTRODUÇÃO

1.1. POLÍTICA DE SAÚDE

O município de Mauá vem implementando grandes mudanças na área da saúde, tendo como foco a reorganização da rede de serviços a partir dos princípios e diretrizes do SUS com ofertas de cuidados humanizado e qualificado. É a partir das necessidades da população que as ações em saúde se inserem de forma articulada nas políticas sociais do governo em busca da promoção da equidade e do direito universal à saúde com controle social.

O princípio à defesa da vida é uma direção política que orienta todas as ações e estratégias a serem implementadas em território municipal. O Plano Municipal de Saúde foi construído de forma participativa, a partir do PPA (Plano Plurianual) 2022-2025, quando usuários, gestores e trabalhadores aprovaram as diretrizes para a área durante a 11ª Conferência Municipal de Saúde, realizada em 2021.

Este plano formaliza o compromisso de se construir uma rede de serviços de saúde que, de forma intersetorial, garanta a integralidade da atenção à saúde da população em Mauá.

A AB (Atenção Básica) como orientadora do cuidado deve construir e fortalecer em cada equipe e em cada UBS (Unidade Básica de Saúde) o vínculo das (os) trabalhadoras (es) com a população nos territórios. A responsabilidade sanitária deve ser exercida por meio do profissional em contato com os moradores, buscando cuidar das necessidades de saúde de forma integral, envolvendo-os na construção de seus projetos terapêuticos singulares.

AAE (Atenção Especializada) é o conjunto de ações, práticas, conhecimentos e técnicas assistenciais caracteristicamente demarcadas pela incorporação de processos de trabalho que englobam maior densidade tecnológica, as chamadas tecnologias especializadas. Os serviços que compõem o sistema devem estar aptos, dentro do limite de sua complexidade e capacidade tecnológica, a resolver os problemas de saúde que levam os usuários a procurá-los, em cada nível de assistência.

Para que sejam realizados com qualidade, segurança e dentro de padrões de sustentabilidade econômico-financeira, devem ser ofertados em conformidade com parâmetros de planejamento baseados em necessidades de saúde. Os serviços de atenção especializada precisam, além de prestar

atenção integral aos usuários sob seus cuidados, servir de retaguarda aos territórios e às suas equipes, em uma rede integrada de mútua colaboração com vistas ao melhor cuidado em saúde.

A rede de urgência e emergência se constitui como ponto estratégico e observatório do sistema, embora não seja a porta de entrada prioritária. Compõe a rede as UPAs (Unidades de Pronto Atendimento), SAMU (Serviço de Atendimento Móvel de Urgência) e HCDRN (Hospital de Clínicas Dr. Radamés Nardini). O acolhimento com classificação de risco, além da qualidade e da resolutividade na atenção, constitui a base do processo e dos fluxos assistenciais de toda a rede de atenção às urgências e devem ser requisitos de todos os pontos de atenção.

1.2. REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE E LINHAS DE CUIDADO

No campo das políticas públicas comprometidas com a garantia de oferecer acesso equânime ao conjunto de ações e serviços de saúde, a organização do sistema em rede possibilita a construção de vínculos de solidariedade e cooperação. Assim, o desenvolvimento da RAS (Rede de Atenção à Saúde), conforme portaria GM/MS 4.279 de 30 de dezembro de 2010, é reafirmado como estratégia de reestruturação do sistema de saúde tanto no que se refere à organização como na qualidade e no impacto à atenção prestada.

A rede de atenção à saúde é um arranjo de ações e serviços de saúde de diferentes características que, integrados, busca garantir o cuidado integral à população. O objetivo é promover ações e serviços de saúde contínuos, integrais, com qualidade, responsabilidade e humanização, bem como aumentar o desempenho do SUS em termos de acesso, eficácia e eficiência econômica.

A Rede Cegonha, uma das redes prioritárias ao SUS, instituída pela portaria GM/MS 1.459, de 24 de junho de 2011, e atualizada pela portaria GM/MS 5.350, de 12 de setembro de 2024, reestrutura a rede e a renomeia Rede Alyne, consiste em um conjunto de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis e foca na redução das mortalidades maternas e infantis, constituindo a LCMI (Linha de Cuidado Materno-infantil).

Apresentamos neste material, a LCMI (Linha de Cuidado Materno-infantil) da cidade de Mauá. Tratam-se de padronizações técnicas que explicitam informações relativas à organização da oferta de ações de saúde no sistema, descrevem rotinas do itinerário da paciente, contemplando informações relativas às ações e atividades de promoção, prevenção, tratamento e

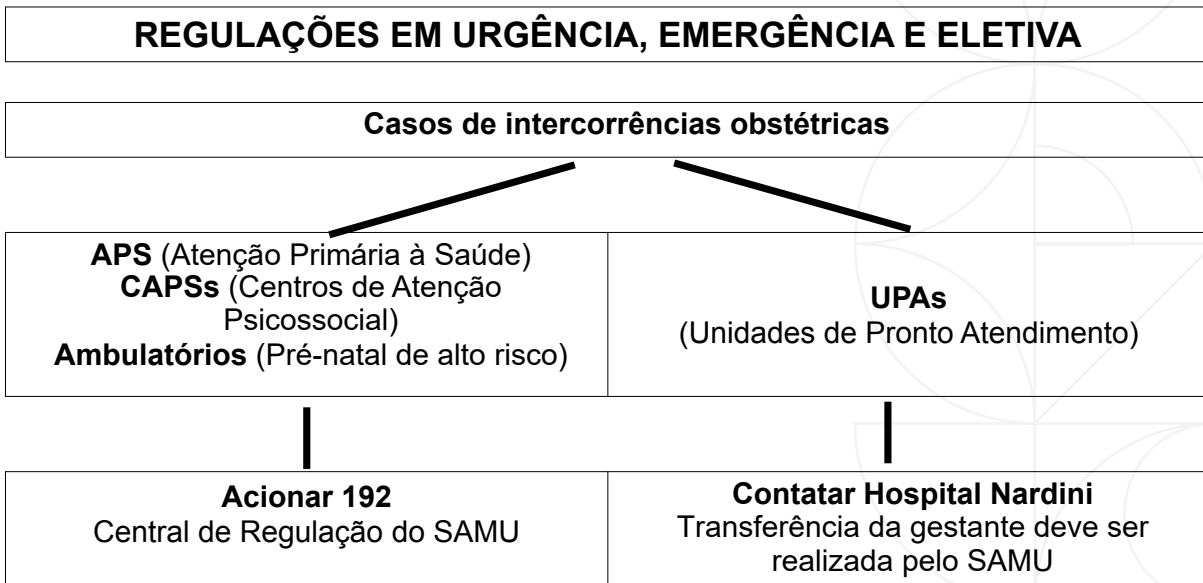
reabilitação a serem desenvolvidas por equipe multidisciplinar em cada serviço de saúde, e viabilizam a comunicação entre equipes, serviços e usuários com foco na padronização de ações, organizando a oferta de assistência contínua.

Alguns pressupostos e dispositivos devem ser considerados, como a integração e a corresponsabilização das equipes de saúde, os processos de educação permanente, as gestões dos compromissos pactuados e os resultados alcançados.

O controle dos processos aqui descritos perpassa as equipes dos serviços, os gerentes, as coordenadorias e o gabinete da Secretaria de Saúde de Mauá articulados com as esferas regional e estadual por meio do grupo técnico da Rede Alyne da CIR (Comissão Intergestores Regional) do Grande ABC.

1.3. PROCESSO REGULATÓRIO

A Central Municipal de Regulação atua em áreas inter-relacionadas, como as assistências pré-hospitalar e inter-hospitalar de urgência e internações, além de consultas e procedimentos ambulatoriais de média e alta complexidades.



ATENÇÃO: Nos casos de abuso sexual com menos de 72 horas é preciso encaminhar a paciente ao Hospital de Clínicas Dr Radamés Nardini. Após este período, os casos de violência sexual deverão ser encaminhados ao NAVIS (Núcleo de Atenção à Violência Sexual), localizado no CRSMCA (Centro Referência de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente).

2. ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL

2.1. DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ

É fundamental identificar a gestante o mais brevemente possível para garantir acesso, permanência e acompanhamento pré-natal. Esta atitude deve estar presente nas equipes de toda a rede de saúde e no processo de trabalho organizado a fim de fazer este acolhimento e encaminhamento para a atenção básica de forma responsabilizada.

Os ACSs (Agentes Comunitários de Saúde), por conta do papel estratégico que exercem nos territórios, e os técnicos e auxiliares de enfermagem devem ser responsáveis pela busca ativa a gestantes e por atuarem de maneira articulada com os demais integrantes da equipe na vinculação precoce e no acompanhamento da gestante durante o pré-natal.

2.1.1. REALIZAÇÃO DO TIG (TESTE IMUNOLÓGICO DE GRAVIDEZ)

O TIG, como é chamado o teste imunológico de gravidez, é realizado pela (o) enfermeira(o) durante todo o horário de funcionamento da unidade de saúde. A paciente deve estar com ao menos sete dias de atraso menstrual. É feito com pouca quantidade de urina, obtendo-se o resultado em até cinco minutos. Lembrando que crianças até 12 anos devem ser avaliadas na presença de responsável legal.

Se o resultado for negativo, deve-se questionar sobre a intenção de engravidar, situações de violência e oferecer atendimento rápido, conforme o caso. Se a mulher expressar que não quer engravidar, a recomendação é agendar consulta médica para aconselhamento e anticoncepção, orientar a usuária a iniciar o uso do anticoncepcional no primeiro dia de menstruação, conforme indicação clínica, e realizar testes rápidos de HIV, de sífilis e de hepatites virais.

Se em até sete dias o atraso menstrual continuar, realizar novo TIG. A persistir o resultado negativo, realizar o Beta hCG sérico qualitativo.

Caso a amenorreia persista após dois TIGs e Beta hCG negativo, manter consulta médica para avaliação clínica e planejamento reprodutivo. O grupo de planejamento reprodutivo é um importante dispositivo complementar para reforçar o olhar integrado à mulher e sua família. **SEMPRE** ofertar o DIU (dispositivo uterino), que é inserido nas UBSs.

Se ela expressar o desejo de engravidar, fazer o aconselhamento, prescrição de ácido fólico (um comprimido de 5mg ao dia), ofertar testes rápidos (hepatites B e C, sífilis e HIV) e atualizar a caderneta de vacinas.

Se o resultado for positivo, ir para o item '**Primeira consulta do pré-natal**' deste caderno.

2.2. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

Após a confirmação da gravidez, uma importante ação da equipe de saúde é a estratificação de risco gestacional. Seja qual forem as características da população à qual a gestante faça parte, deve-se atentar aos diversos fatores de risco a que ela pode estar sujeita.

O risco gestacional é dinâmico e os fatores podem surgir ou se resolver ao longo da gestação, devendo ser avaliados a cada consulta. Os fatores geradores de risco podem ser agrupados em quatro grandes grupos.

GRUPO 1

Características individuais e condições sociodemográficas desfavoráveis:

- a. Idade menor que 18 anos e maior do que 35 anos;
- b. Riscos ocupacionais como esforço físico, jornada de trabalho inadequada, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos e estresse;
- c. Suporte familiar frágil;
- d. Baixa escolaridade (< 5 anos de estudo);
- e. Condições críticas de moradia;
- f. Altura menor que 1,45 m;
- g. IMC <18,5 ou 30 kg/m² a 39 kg/m²;
- h. Uso de drogas lícitas ou ilícitas.

GRUPO 2

História reprodutiva anterior:

- a. Morte perinatal explicada ou não explicada até 28 dias de vida;
- b. Recém-nascido com crescimento restrito;
- c. Recém-nascido pré-termo;
- d. Recém-nascido malformado;
- e. Abortamento habitual (mais de dois abortamentos prévios);
- f. Esterilidade ou infertilidade;
- g. Último parto há menos de dois anos ou há mais de cinco anos;
- h. Síndrome hemorrágica ou hipertensiva;
- i. Cirurgia uterina anterior.

As situações listadas acima, embora consideradas de risco, devem ser acompanhadas na própria unidade de saúde. Tendo em vista a complexidade de alguns destes casos, analisar a necessidade de a paciente ser

encaminhada para avaliação e/ou acompanhamento conjunto com o pré-natal de alto risco.

GRUPO 3

Condições obstétricas na gravidez atual:

- a. Crescimento fetal restrito;
- b. Gemelaridade;
- c. Polidrâmnio;
- d. Oligoâmnio;
- e. DHEG (Doença Hipertensiva Específica da Gravidez);
- f. Trabalho de parto prematuro;
- g. Ganho ponderal inadequado;
- h. Pré-eclâmpsia e eclâmpsia;
- i. Diabetes gestacional;
- j. Amniorrexe prematura;
- k. Hemorragias da gestação;
- l. Aloimunização ou isoimunização;
- m. Placenta de inserção baixa;
- n. Gravidez pós-data.

GRUPO 4

Intercorrências clínicas:

- a. Hipertensão arterial;
- b. Cardiopatias – IAM (Infarto Agudo do Miocárdio) ou cardiopatia grave;
- c. Pneumopatias graves;
- d. Nefropatias;
- e. Endocrinopatias (diabetes e hipotireoidismo com uso de levotiroxina 2,5 mcg/kg e hipertireoidismo);
- f. Doenças hematológicas (anemia Hb<8g/dl e com bariátrica <10g/dl, anemia falciforme, trombofilias, púrpura);
- g. Epilepsia;
- h. Doenças infecciosas (toxoplasmose, hepatite B, hepatite C e HIV);
- i. Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, antifosfolípideo, colagenoses);
- j. Ginecopatias;
- l. Trombose venosa profunda;
- m. Neoplasia maligna atual;
- n. Suspeita de câncer de mama ou ginecológico;
- o. Doenças psiquiátricas graves (PNAR e psiquiatria);
- p. Deformidade esquelética grave.

As gestantes que apresentarem algumas das situações listadas nos grupos 3 ou 4 serão classificadas como **PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO** e devem ter

consulta médica priorizada para avaliar intervenções e possíveis encaminhamentos para o alto risco – exceção à sífilis, a ser acompanhada na UBS.

**INTERCORRÊNCIAS QUE DEVEM SER
ENCAMINHADAS AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO**

Diabetes (quando necessário, medicação)	HAS sem compensação Metildopa 750 mg a 1,5 g	Hipertireoidismo
Hipotireoidismo com levotiroxina 2,5 mcg/kg	Anemia (<8 g/dl e bariátricas <10 g/dl)	Gestação com abortamentos recorrentes (>3 perdas em IG <20 semanas, anticorpo antifosfolípide, incompetência istmo cervical)
Toxoplasmose	Isoimunização RH RH- com coombs+, histórico de gestação anterior ou achados de anemia fetal	Infarto prévio ou cardiopatia grave
Pneumopatias graves	Doenças hematológicas (trombofilias, anemia falciforme, púrpura)	Doenças autoimunes (lúpus, antifosfolípide, colagenoses)
Deformidade esquelética grave	Desnutrição ou obesidade mórbida	Neoplasia maligna atual
Fetos com má formação ou suspeita genética	Trombose venosa profunda prévia	Suspeita de câncer de mama ou ginecológico
Doenças psiquiátricas graves (encaminhar para PNAR e psiquiatria)	Adolescentes <14 anos	Gemelaridade
Suspeita de restrição de crescimento intrauterino confirmado com ultrassonografia	Oligoâmnio: ILA<8 cm ou bolsões <2 cm	Polidrâmnio: ILA > 35 cm ou bolsões >16 cm ou sintomática (dor, dispneia)
Placenta prévia oclusiva total	Placenta prévia oclusiva parcial em IG>28 semanas	Acretismo placentário

Inserção velamentosa de cordão	Mau passado obstétrico	Óbito fetal durante o segundo ou terceiro trimestres
Antecedentes maternos eclâmpsia, síndrome hellp, parada cardiovascular, UTI durante a gestação, acretismo, cesária com incisão longitudinal		

O agendamento da primeira consulta no CRSMCA – Ambulatório de PNAR no território será feita via sistema. Embora essas gestantes tenham o seu pré-natal realizado principalmente pelo especialista, é fundamental manter o atendimento na UBS, garantindo a integralidade, a coordenação do cuidado, o acolhimento às intercorrências, a realização do papanicolau, testes rápidos, a coleta de strepto e os grupos de orientação.

Casos que envolvam ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis), HIV e Hepatites deverão ser encaminhados ao CRS (Centro de Referência em Saúde) DST – IST/HIV/AIDS e Hepatites Virais.

Para encaminhamento ao CRS, a unidade de origem deverá fazer contato telefônico para a gestante comparecer à unidade de segunda a sexta-feira, das 8h às 15h, com a guia de referência e contra-referência. No local, ela será prontamente acolhida por enfermeira (o) sem prévio agendamento. A consulta médica deverá ser marcada no mesmo dia.

2.3. PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO OU RISCO HABITUAL

2.3.1. PROGRAMAÇÃO DE CONSULTAS

Para facilitação do processo de acompanhamento do cuidado à gestante segue abaixo resumo das agendas prioritárias às equipes:

- Realizar a abertura do pré-natal com enfermeiro após confirmação de gravidez;
- Até a 32ª semana de gestação, consultas mensais deverão ser realizadas, intercalando médico e enfermeiro;
- Da 32ª a 36ª semana, consultas quinzenais com o médico;
- Com 35 semanas deve ser realizada a coleta de Strepto B com enfermeiro – em caso de recusa ou resistência, registrar na caderneta da gestante;
- Da 36ª a 40ª semana, consultas semanais com o médico;
- A partir da 40ª semana, até o dia do nascimento, encaminhar a gestante à maternidade do Hospital Nardini para avaliação e manter o acompanhamento semanal na UBS;
- A alta do pré-natal é dada somente após o nascimento do bebê.

2.3.2. PRIMEIRA CONSULTA DA GESTANTE

A primeira consulta da gestante será realizada pela (o) enfermeira (o) da UBS no momento do TIG positivo. O objetivo é verificar a aceitação da gestação e avaliar a necessidade de apoio no cuidado, lembrando os conceitos de gravidez planejada/não-planejada e aceita/não-aceita, assim como a orientação sobre o acompanhamento do pré-natal.

PRESCRIÇÃO CONFORME IDADE GESTACIONAL

Início até 12 semanas	16 a 36 semanas	20 semanas até o puerpério
Ácido Fólico 5 mg 1 comprimido VO/dia	Carbonato de Cálcio 500 mg 2 comprimidos (orientar a paciente a não ingerir simultaneamente com o sulfato ferroso)	Sulfato Ferroso 40 mg 1 comprimido VO/dia

** Prescrever AAS 100 mg para pacientes com HAS crônica ou Hipertensão Gestacional após 12 semanas 1 comprimido ao dia e suspender o uso com 36 semanas

PRINCIPAIS AÇÕES

- Preencher a ficha de monitoramento da gestante;
- Preencher o gráfico de acompanhamento nutricional da gestante;
- Realizar os registros sistematizados no prontuário;
- Avaliar o risco gestacional;
- Avaliar a situação vacinal e encaminhar para vacinação se necessário;
- Preencher e entregar o cartão do pré-natal;
- Agendar grupo de pré-natal;
- Realizar a primeira consulta odontológica na abertura do pré-natal ou até a próxima consulta;
- Agendar consulta médica.

EXAMES A SEREM SOLICITADOS NO PRIMEIRO TRIMESTRE

Hemograma	Tipagem sanguínea (Grupo ABO e Fator RH)	Glicemia de jejum
Teste rápido	Teste rápido	Teste rápido

Sífilis*	HIV**	Hepatite B**
Teste rápido Hepatite C**	Sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM)	TSH T41
	Urina tipo I	Urocultura com antibiograma
Protoparasitológico de fezes	Eletroforese de Hemoglobina	USG obstétrico

** No caso de TR Sífilis reagente consultar fluxo descrito no item Sífilis na gestação*

*** TR HIV, Hepatites B e C positivos, a UBS deverá encaminhar a gestante para acompanhamento no CRS e manter o acompanhamento da paciente na própria unidade de saúde*

Agendar primeira consulta médica na UBS de acordo com o risco (30 dias para risco habitual e priorizar as pacientes que apresentem alguma alteração) e caso a gestante apresente alguma comorbidade que justifique a ação, encaminhá-la ao CRSMCA (**vide protocolo de acesso do pré-natal do alto risco**). A equipe de saúde deve se organizar para acompanhar os resultados dos exames, convocando a mulher em caso de alterações que não possam esperar a consulta seguinte.

Caso a gestante não seja da área de abrangência da UBS, a equipe de enfermagem entrará em contato telefônico com a unidade de origem para informar os dados da paciente e a agenda de abertura do pré-natal para que, em caso de falta, a equipe de referência faça a busca ativa.

A (o) enfermeira (o), neste momento, prescreve ácido fólico e encaminha à UBS de origem, via malote e registrado em impresso de referência e contra referência, o resultado do teste imunológico de gravidez e as intervenções propostas durante o atendimento.

ATENÇÃO: Todas as gestantes do território devem ser visitadas pelo ACS, no mínimo mensalmente, mesmo as que são acompanhadas pela saúde suplementar ou encaminhadas para o pré-natal de alto risco no CRSMCA.

O ACS deve preencher a ficha de acompanhamento da gestante e discutir cada caso periodicamente em equipe. A UBS é o ponto principal da linha de cuidado materno-infantil **E A BUSCA ATIVA DEVE OCORRER SEMPRE QUE HOVER A AUSÊNCIA DA GESTANTE NO PRE NATAL.**

PRÉ-NATAL DO HOMEM

Atendimento ao parceiro da gestante visa, além da realização dos testes rápidos (Sífilis, HIV, Hepatites B e C), oferecer espaço de escuta para questões da paternidade. Deve-se considerar a necessidade de flexibilizar os horários para a garantia do acesso ao parceiro, visando o estímulo à participação nas consultas e ao processo do parto.

2.3.3. 1º TRIMESTRE

2.3.3.1. CUIDADOS CLÍNICOS

Após a primeira consulta com a (o) enfermeira (o) é preciso agendar consulta com GO (Ginecologista) ou Generalista, conforme modelo de atenção. Caso o generalista identifique algum risco, pode discutir o caso com o GO de referência ou do pré-natal de alto risco, definindo se a mesma será encaminhada para o PNAR ou deverá ser acompanhada na UBS de referência. Importante lembrar que mesmo quando a gestante é encaminhada para o PNAR, o acompanhamento deverá continuar pela equipe da UBS.

Os principais objetivos desta primeira consulta médica são:

- Realização da anamnese e exame físico da mulher;
- Avaliação nutricional (Peso e IMC) para registro no gráfico de gestante e avaliação do crescimento e desenvolvimento do feto a serem registrados no gráfico de curva da altura uterina;
- Aferição da pressão arterial;
- Exame ginecológico (avaliar vulva, especular, toque s/n e mamas);
- Registro de todos os atendimentos em prontuário, na ficha de acompanhamento e na caderneta da gestante;
- Avaliação das medicações de rotina de acordo com a idade gestacional;
- Avaliação e registro dos resultados dos exames do primeiro trimestre;
- GESTANTE com RH negativo e parceiro RH positivo ou não testado ou parceiro desconhecido, solicitar Coombs indireto mensal e encaminhar ao PNAR;
- Realização da Imunoglobulina anti-D entre a 28^a e a 32^a semana de gestação;
- Avaliação e tratamento de queixas de leucorréia, corrimento e ITU (Infecção do Trato Urinário);
- Incentivo à participação no grupo de gestante;
- Conferência da caderneta de vacinação;
- Reavaliação do risco gestacional e, se necessário, encaminhar ao ambulatório de PNAR.

2.3.4. 2º TRIMESTRE

2.3.4.1. CUIDADOS CLÍNICOS

Os atendimentos realizados pelas equipes de enfermagem e médica devem ocorrer de maneira alternada, mensalmente, até a 32ª semana.

Algumas ações específicas para o cuidado neste período:

- Realização da anamnese e exame físico da mulher;
- Avaliação nutricional (Peso e IMC) para registro no gráfico de gestante e avaliação do crescimento e desenvolvimento do feto a serem registrados no gráfico de curva da altura uterina;
- Aferição da pressão arterial;
- Exame ginecológico (avaliar vulva, especular, toque s/n e mamas);
- Registro de todos os atendimentos em prontuário, na ficha de acompanhamento e na caderneta da gestante;
- Ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF), medir altura uterina (AU) e anotar no prontuário, caderneta e no gráfico de curva de altura uterina;
- Avaliação das medicações de rotina de acordo com a idade gestacional;
- Avaliação e tratamento de queixas de leucorréia, corrimento e ITU (Infecção do Trato Urinário);
- Reavaliação do risco gestacional e, se necessário, encaminhar ao ambulatório de PNDAR;
- Verificar se a gestante está em acompanhamento odontológico
- Incentivo à participação no grupo de gestante;
- Conferência da caderneta de vacinação.

EXAMES A SEREM SOLICITADOS NO SEGUNDO TRIMESTRE

Testes Rápidos TR (Sífilis, HIV, Hepatites B e C)	Urina I
Urocultura	Sorologia de toxoplasmose (caso seja susceptível)
Teste de tolerância oral à glicose (TTOG 75 g) entre 24ª e 28ª semana	Coombs indireto (se gestante RH negativo, parceiro RH positivo ou não testado e RH positivo com histórico de hidropsia fetal ou neonatal)
Colpocitologia oncótica (papanicolau) de gestantes que fizeram o exame há mais de um ano e se tiver interesse para colocação de DIU	USG obstétrica entre a 20ª e a 24ª semana

2.3.5. 3º TRIMESTRE

2.3.5.1. CUIDADOS CLÍNICOS

Entre a 32ª e a 36ª semanas, o atendimento deverá ocorrer quinzenalmente. Da 32ª à 36ª semanas, as consultas passam a ser somente com médico. E a partir da 36ª semana, as consultas ocorrerão semanalmente.

Ações específicas para o cuidado:

- Realização anamnese e exame físico da mulher;
- Aferição pressão arterial;
- Exame ginecológico (avaliar vulva, especular, toque s/n e mamas);
- Ausculta dos batimentos cardíofetais (BCF), medir altura uterina (AU) e anotar no prontuário, caderneta e no gráfico de curva de altura uterina;
- Avaliação e tratamento das queixas de leucorreia, corrimento e ITU; em caso de ITU de repetição solicitar exames mensais;
- Avaliação nutricional (Peso e IMC) para registro no gráfico de gestante, avaliação do crescimento e desenvolvimento do feto e registro no gráfico de curva da altura uterina;
- Atualização da caderneta vacinal;
- Reavaliação do risco gestacional;
- Registro de todos os atendimentos em prontuário, na ficha de acompanhamento e na caderneta da gestante.

EXAMES A SEREM SOLICITADOS

Hemograma	Glicemia	Urina I
Urocultura	Testes rápidos Sífilis, HIV e Hepatites B e C (28 semanas gestacional)	Coombs indireto (gestante RH negativo)
Sorologia de Toxoplasmose (IGM) (gestante com toxoplasmose IGG Não Reagente)	VDRL mensal (gestante sífilis positiva)	Coleta de pesquisa de Strepto B anal e vaginal (35 semanas)

ORIENTAÇÕES E ENCAMINHAMENTOS

- A gestante deve procurar o Hospital Nardini ao identificar sinais de alertas como perda de líquido, sangramento, diminuição da movimentação fetal e contrações a cada cinco minutos;
- Enfatizar a importância de sempre portar a caderneta da gestante;

- Agendar e enfatizar a importância da visita à maternidade do Hospital de Nardini;
- Encaminhar gestante a partir de 40 semanas para segmento no Hospital Nardini e manter o seguimento semanal na UBS;
- Orientar e estimular aleitamento materno;
- Realizar inspeção vaginal e atentar para alterações clínicas e toque vaginal a partir de 40 semanas;
- Prescrever Imunoglobulina Anti-D entre a 28ª e a 32ª semana de gestação, caso necessário (Componente da Farmácia do Alto Custo/ LME).

2.4 PÓS-DATISMO

Define-se pós-datismo a gestação cuja idade gestacional é igual ou maior a 40 semanas. O diagnóstico somente pode ser feito com o estabelecimento precoce da idade gestacional, preferencialmente, com ultrassom até 12 semanas. A data provável do parto (DPP) é calculada por meio da Regra de Naegele, adicionando-se sete dias à data do primeiro dia da última menstruação e subtraindo-se três meses.

Além da DPP, também é importante que a equipe de saúde determine a IG (Idade Gestacional) correta desde o início da gravidez. Após a 40ª semana e primeiro dia de gestação, a equipe de saúde da UBS deverá encaminhar a gestante para o hospital de referência e também definir a data do retorno à unidade de saúde.

Neste serviço, a gestante será acompanhada a cada dois dias até a 41ª semana, caso essa seja completada. A paciente deverá ser internada para indução do parto conforme protocolo do hospital. O acompanhamento é composto com testes para avaliar a vitalidade fetal e as características (volume e cor) do líquido amniótico, e os resultados encontrados orientarão a conduta – se expectante ou de indicação de resolução.

2.5 CUIDADOS ODONTOLÓGICOS

O atendimento odontológico à gestante se inicia na Atenção Básica, sendo referenciado para o Centro de Especialidades Odontológicas e contra referenciados nos momentos oportunos. O pré-natal odontológico deverá ser feito concomitantemente aos demais cuidados realizados pela equipe multidisciplinar da UBS, assim como os cuidados ao recém-nascido no puerpério.

Tipos de abordagens com as gestantes:

- Ações educativas;
- Ações preventivas;
- Ações assistenciais.

Principais pontos a serem considerados:

- Desmistificação de crenças e mitos no atendimento odontológico;
- Alterações e principais agravos em SB (Saúde Bucal) durante a gravidez;
- Orientações sobre higiene bucal e hábitos alimentares da gestante e do RN (recém-nascido);
- Ações curativas sobre os agravos em SB.

Principais formas de acesso ao pré-natal odontológico:

- Na primeira consulta de pré-natal com a (o) enfermeira(o), a gestante deverá ser encaminhada para o atendimento odontológico imediato;
- Grupo de Gestantes;
- Indicação via Reuniões de Equipe;
- Urgências;
- Interconsultas.

A principal via de acesso ao setor odontológico se inicia no primeiro atendimento com a abertura do pré-natal. Outra via é o grupo temático das gestantes, desenvolvido em caráter multidisciplinar contemplando a participação da ESB (Equipe de Saúde Bucal) no desenvolvimento de ações educativas, visando qualificar o autocuidado da gestante, assim como a introdução ou reforço de bons hábitos de higiene bucal associado à alimentação saudável para a gestante e o RN.

Como descrito acima, poderão ocorrer outros momentos que desencadearão o primeiro contato dessa gestante com o cuidado odontológico. O atendimento odontológico à gestante é prioritário, o fato de a mulher estar grávida não impede a maioria dos procedimentos odontológicos de rotina. A manutenção da saúde bucal durante o pré-natal influencia positivamente nos quadros clínicos da mulher e da criança.

De maneira geral, no primeiro trimestre da gravidez o atendimento odontológico deve estar voltado ao empoderamento e autocuidado por meio de medidas educativas e preventivas (cuidados com a higiene bucal, alimentação saudável e associação dos principais agravos durante o período gestacional).

Em situações de urgências odontológicas cabe à ESB (Equipe de Saúde Bucal) avaliar as condições gerais da gestante. A opção pelo melhor tratamento e as intervenções necessárias, independentemente do trimestre gestacional, cabem exclusivamente ao cirurgião-dentista.

O alívio da dor e o tratamento de infecções devem ser realizados em qualquer período da gestação. O tratamento necessário deve ser feito observando-se as condições gerais da gestante. É válido reforçar que esse é

o período mais crítico para a realização de exames radiográficos, sendo indicados apenas em casos de grande necessidade quando comparado ao benefício da saúde da gestante.

No cuidado em saúde bucal não é necessário adiar exames radiográficos para elucidação de diagnósticos. O uso de filmes ultrarrápidos, proteção com colar tireoidiano e avental de chumbo permitem o procedimento, devendo-se evitar radiografias de rotina e que não estejam relacionadas à queixa principal.

PROCEDIMENTOS COMUNS REALIZADOS EM SAÚDE BUCAL

Procedimentos	Agravos
Raspagens subgingival e supragingival, polimento e aplicação tópica de flúor	Cárie e periodontites
Restauradores	Cáries, abrasões ou erosões
Acesso à polpa dental	Pulpites
Exodontias	Elementos dentais com indicação de extrações simples

As pacientes com necessidades de tratamento odontológico especializado são referenciadas para o CEO (Centro de Especialidades Odontológicas). Esse serviço oferece tratamentos nas seguintes áreas:

- Endodontia;
- Periodontia;
- Cirurgia oral menor;
- Semiologia;
- Pacientes com Necessidades Especiais;
- Prótese.

Após a realização do tratamento especializado necessário, a gestante é contra referenciada para a UBS de origem, a qual será responsável por garantir a continuidade dos cuidados em saúde bucal durante todo o período gestacional.

2.6 CUIDADOS NUTRICIONAIS

Considerando ainda o primeiro trimestre da gestação e o cuidado multidisciplinar, parte-se para a descrição dos processos de cuidados nutricionais. A avaliação do estado nutricional, como etapa inicial, é um conjunto de processos (objetivos e subjetivos) que podem identificar distúrbios.

Deve ser realizada por meio de avaliações antropométrica, bioquímica e dietética – esta última é a estimativa do consumo alimentar da gestante e ocorre após relato da ingestão alimentar durante intervalo determinado de tempo.

Os métodos de avaliação dietéticas empregados são: história alimentar, recordatório de 24 horas e diário alimentar preenchido pela própria paciente. Nos instrumentos de consumo alimentar são avaliados os grupos ingeridos habitualmente, a frequência e o volume da ingestão.

Para a classificação do estado nutricional é recomendada a utilização do gráfico de acompanhamento nutricional da gestante, sendo identificadas quatro classificações possíveis: baixo peso, peso adequado, sobrepeso e obesidade. Para tanto, é necessário avaliar o IMC (Índice de Massa Corporal) da gestante e a idade gestacional.

Pode-se utilizar a tabela ou gráfico das gestantes, visto que ambos são similares. Também é importante a avaliação do ganho de peso gestacional, determinada segundo o trimestre de gravidez em que se encontra a mulher no momento da consulta.

Para o acompanhamento adequado durante o período pré-natal é fundamental o monitoramento de parâmetros bioquímicos solicitados tanto pelo médico e enfermeiro que acompanham o pré-natal quanto pelo nutricionista. Neste período é comum a ocorrência de anemia, portanto, é relevante solicitar exames que forneçam subsídios para o diagnóstico da deficiência de micronutrientes.

Outro distúrbio comum neste período é a Diabetes Gestacional. O diagnóstico requer a avaliação conjunta de fatores de risco associados, como IMC > 25 kg/ m², história familiar de Diabetes Mellitus ou doença cardiovascular, sedentarismo, história de diabetes gestacional ou de macrossomia, Hipertensão Arterial, HDL – colesterol < 35 mg/dL e/ou triglicérides > 150 mg/dL e Síndrome dos Ovários Policísticos.

Vale salientar que todas as gestantes com diagnóstico de diabetes gestacional devem ter acompanhamento nutricional.

Na suspeita de outros distúrbios, não necessariamente relacionados ao período gravídico, pode-se solicitar exames complementares para diagnosticar possíveis comorbidades e direcionar a conduta terapêutica nutricional. Importante citar que o Conselho Federal de Nutrição, em sua Resolução N° 306/2003, já indica que compete ao nutricionista a solicitação

de exames laboratoriais necessários à avaliação, à prescrição e à evolução nutricional do paciente.

Na gestação, as necessidades nutricionais da mulher são diferenciadas para atender às demandas do desenvolvimento do bebê e dos tecidos fetais. Nesta fase, o requerimento de energia e de alguns nutrientes estão aumentados. Durante o acompanhamento nutricional no pré-natal é importante promover a adoção de hábitos alimentares saudáveis.

A partir do relato da gestante é possível identificar situações que possibilitaram o aporte nutricional inadequado.

O profissional que acompanha a gestante deve aconselhá-la a mudar hábitos para a melhora da qualidade nutricional da dieta. Quando a avaliação indicar baixo peso, deve-se aumentar a densidade energética com cereais e tubérculos não-refinados (mingau, canjica, abacate, banana, aveia) e de alimentos de origem animal (carnes, ovos e laticínios).

A cada consulta, a dieta deve ser ajustada conforme a evolução e a aceitação da gestante e pautada em hábitos alimentares saudáveis com ingestão diária recomendada de água, frutas, legumes e verduras. Para os casos de excesso de peso e ganho ponderal excessivo, dietas restritivas e a perda de peso são totalmente contraindicadas na gestação.

O importante é que a paciente consiga controlar o apetite sem grandes dificuldades, conseguindo, assim, monitorar o ganho de peso ponderal. É necessária a redução gradual na quantidade de alimentos ingeridos em cada refeição, não devendo, no entanto, ser drástica. O foco da orientação nutricional deve ser uma alimentação saudável e equilibrada.

Nos casos de constipação intestinal e hemorroida, a orientação dietética deve ter ênfase nos alimentos ricos em fibras, tais como frutas laxativas (mamão, ameixa), frutas com bagaço, vegetais crus (folhosos) e frutas secas nos lanches. Além de aumentar a ingestão hídrica nos intervalos das refeições; incentivar o consumo de integrais (aveia, farelo de trigo, linhaça e chia) e mastigar bem, devagar e em ambiente calmo.

Um foco importante no cuidado nutricional é a gestação na **adolescência**. Esta situação é um fator de risco para a ocorrência de complicações obstétricas, incluindo a hipertensão específica da gestação, prematuridade, desproporção céfalo-pélvica, trabalho de parto prolongado e aumento da mortalidade perinatal. Ainda não há classificação nutricional específica para a gestação em adolescentes. Portanto, durante este período, avalia-se o ganho de peso esperado de acordo com a classificação nutricional pré-gestacional.

2.7 CUIDADOS PSICOSSOCIAIS

As gestantes, quando necessário, serão acompanhadas na Atenção Básica e/ou, de maneira compartilhada, pelos serviços especializados de saúde mental, álcool e outras drogas (CAPS III Adulto e CAPS III Ad). Esta necessidade deve ser avaliada de forma conjunta entre as equipes multidisciplinares, pensando na gestante em seu contexto e considerando possíveis vulnerabilidades, sintomas e dificuldades encontradas na gestão do cuidado – incluindo o parceiro.

O atendimento às usuárias gestantes na saúde mental, álcool e outras drogas não deve focar simplesmente na medicação. É preciso pensar em uma estratégia que inclua acolhimento, anamnese, escuta qualificada, articuladas com o matriciamento e os demais dispositivos assistenciais presentes na rede de atenção.

2.8 GRUPOS

2.8.1 GRUPOS DE 1º TRIMESTRE

Os grupos durante o pré-natal devem, em suas estratégias, privilegiar a ampliação da autonomia da gestante no seu cuidado, a construção do vínculo com a equipe e a troca de experiência entre as pacientes por meio de estratégias participativas realizadas por equipe multiprofissional.

Cada gestante deve participar de aproximadamente três grupos durante a gestação, preferencialmente por trimestre. Sugestões de temas a serem abordados:

- Importância do pré-natal;
- Sintomas gerais do início da gestação e situações de risco;
- Orientações sobre atividades físicas, nutrição e controle do peso;
- Imunização;
- Mudanças físicas, hormonais e emocionais;
- Incentivo ao aleitamento materno;
- Parto Humanizado (Plano de Parto);
- Planejamento reprodutivo (DIU, laqueadura, vasectomia);
- Orientação odontológica e fatores associados a doenças periodontais, hábitos de higiene, alimentação, erosão ácida e desmistificação do atendimento odontológico na gestação.

CUIDADOS EM FISIOTERAPIA

Realizar rodas de conversa para conhecer as gestantes e suas respectivas idades gestacionais. Durante os encontros serão abordados temas como benefícios da fisioterapia durante a gestação (bem-estar com auxílio de

exercícios que proporcionam melhor circulação sanguínea e evitam inchaços com retenção de líquido), mudanças no corpo, aumento de peso, dores e demais desconfortos que podem até gerar limitações nas atividades de vida diária.

2.8.2 GRUPOS DE 2º TRIMESTRE

- Alimentação saudável e recomendações nutricionais na gestação;
- Suplementação ferro;
- Constipação intestinal e hemorroidas;
- Importância da coleta de citologia oncótica;
- Aspectos psicológicos da gestação como troca de papel, depressão pós-parto e vinda do bebê;
- Direitos da gestante (licença-maternidade, horário especial de amamentação, acompanhante em sala de pré-parto, parto e puerpério, conhecimento e vinculação à maternidade onde se realizará o parto);
- Desenvolvimento do bebê e sinais de alerta;
- Exercícios de relaxamento;
- Orientar e preparar a mulher e a família para o parto (Plano de Parto);

CUIDADOS EM FISIOTERAPIA

Com segurança, neste encontro já é possível realizar exercícios de alongamento, respiração consciente, relaxamento, além de iniciar os exercícios de fortalecimento da musculatura abdominal e do assoalho pélvico ou períneo. Importante abrir espaço para ouvir queixas comuns como dores na coluna (principalmente lombar), falta de ar, inchaço, câimbras e promover, de forma geral, soluções práticas a serem feitas pelas gestantes com autonomia, diariamente, garantindo melhor qualidade de vida no pré-parto.

Os grupos de gestantes realizados pela equipe de fisioterapia têm como objetivo reduzir e/ou evitar as dores causadas pela má postura durante a gestação, além da diminuição da dor e tempo do trabalho de parto, facilitando o processo. Visa ainda diminuir e/ou evitar edemas, câimbras e parestesias em membros, e melhorar a postura e a consciência corporal.

Para tanto, algumas técnicas devem ser utilizadas:

- Alongamentos;
- Exercícios respiratórios;
- Exercícios ativos e ativo-assistidos com bola suíça e outros materiais disponíveis;
- Posicionamentos para o parto;
- Relaxamento;
- Automassagem;
- Conscientização Corporal.

Durante o atendimento algumas orientações devem ser seguidas, como:

- Técnicas de respiração no parto;
- Orientação postural;
- Orientação de posicionamentos corretos na realização das atividades de vida diária;
- Sexualidade na gravidez;
- Aleitamento materno e seus benefícios;
- Posturas durante a amamentação;
- Incontinência urinária;
- Posicionamentos no trabalho de parto para diminuir a dor;
- Cuidados no puerpério.

2.8.3 GRUPOS 3º TRIMESTRE

- Vantagens do aleitamento e importância de amamentar na primeira hora de vida;
- Tipos de parto e enfatizar vantagens do parto normal (Plano de Parto);
- Sinais de trabalho de parto;
- Desenvolvimento do bebê e cuidados com o RN (banho, troca de fralda, limpeza do coto umbilical);
- Testes do Pezinho, da Orelhinha, da Linguinha e do Coraçõzinho;
- Visita à maternidade de referência e enxoval para levar à maternidade;
- Posicionamento para dormir, libido, relação sexual;
- Reforçar o autocuidado com a saúde bucal da gestante e os cuidados com o bebê;
- Importância da coleta de Strepto B;
- Importância da consulta puerperal;
- Em relação ao planejamento reprodutivo, ofertar à paciente o DIU pós-parto e, caso haja interesse, anexar Papanicolau e o Termo de Livre Consentimento assinado;

CUIDADOS EM FISIOTERAPIA

Preparação para o parto humanizado.

A fisioterapia por meio dos exercícios proporciona melhor percepção, coordenação e controle da musculatura do assoalho pélvico (que fica enfraquecido e sobrecarregado pelo aumento do peso do útero e alterações hormonais durante o período gestacional). Neste encontro, o objetivo é ensinar com coordenação e controle o relaxamento do períneo durante o período expulsivo, bem como a respiração consciente (simulação de como será o parto humanizado). Despedida da barriga com socialização entre as gestantes;

CUIDADOS EM SAÚDE BUCAL

Temas em SB relacionados à mãe e cuidados com o neonato

Tema	Detalhamento
Amamentação	Necessidades nutricionais, fisiológicas e imunológicas e desenvolvimento craniofacial
Higiene bucal do bebê	A depender da fase da criança: desde a remoção do leite estagnado com uso de gazes, fraldas e dedeiras, até o início do uso de escovas dentais
Massagem gengival	Preparo para erupção dos primeiros dentes
Hábitos bucais nocivos	Sucção de dedos, chupetas e onicofagia, entre outros
Preparo para a mastigação do bebê	Introdução de alimentos pastosos e levemente fibrosos quando da fase de erupção da dentição decídua

2.9 INTERCORRÊNCIAS NO PRÉ-NATAL

A gestação e o parto evoluem na maioria das vezes sem intercorrências, embora haja parcela de casos em que se desenvolvem doenças ou agravos com desfecho desfavorável para a gestante e/ou feto. Entre algumas intercorrências podemos citar:

2.9.1. HIPERTENSÃO ARTERIAL

As complicações hipertensivas na gravidez se caracterizam por ser a maior causa de morbidade e mortalidade materna e fetal no Brasil. Ocorrem em cerca de 10% de todas as gestações e são mais frequentes nos casos de pré-eclâmpsia (PE).

A hipertensão na gestação pode ser classificada em três grandes grupos:

A HAS (Hipertensão Arterial Crônica) é observada anteriormente à gravidez, antes de 20 semanas de gestação ou ainda diagnosticada pela primeira vez durante a gravidez – e não se resolve até a 12^a semana após o parto.

- Considerar hipertensão arterial sistêmica quando a gestante apresentar pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg ou pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg medida de maneira adequada em ao menos duas ocasiões – se PAS ≥ 160 mmHg ou PAD ≥ 110 mmHg, a confirmação dentro de 15 minutos é suficiente.

- **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para centro obstétrico/emergência ginecológica**

- Suspeita de pré-eclâmpsia ou eclâmpsia;
- Crise hipertensiva (PA sistólica ≥ 160 mmHg ou PA diastólica ≥ 110 mmHg).

- **Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para obstetrícia (pré-natal de alto risco)**

- Hipertensão crônica (previamente hipertensa ou diagnosticada antes da 20ª semana gestacional) com:
 - Lesão em órgão alvo (presença de microalbuminúria ou doença renal crônica, hipertrofia de ventrículo esquerdo, retinopatia);
 - Hipertensão grave (PA sistólica ≥ 160 mmHg ou PA diastólica ≥ 110 mmHg), independentemente do tratamento, após avaliação em emergência;
 - Hipertensão leve a moderada (PA sistólica ≥ 140 a 159 mmHg ou PA diastólica ≥ 90 a 109 mmHg a partir do uso de 1500 mg de alfa metildopa);
 - Suspeita de hipertensão secundária;
 - Tabagismo;
 - Idade materna ≥ 40 anos;
 - Diagnóstico de Diabetes Mellitus ou Diabetes Gestacional;
 - Mau resultado obstétrico e/ou perinatal em gestação prévia (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina ou perinatal, síndrome HELLP, Pré-eclâmpsia ou Eclâmpsia, parada cardiorrespiratória, internação em CTI durante a gestação, entre outras);
 - Sinais de insuficiência placentária (oligo-hidrânio, restrição de crescimento fetal, aumento de resistência de artérias uterinas).

HIPERTENSÃO GESTACIONAL

- Diagnosticada após a 20ª semana e depois da exclusão da suspeita de pré-eclâmpsia;
- Diagnóstico de pré-eclâmpsia após estratificação de gravidade em serviço de emergência obstétrica;
- Em gestação prévia com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina ou perinatal, Síndrome HELLP, Pré eclâmpsia ou Eclâmpsia, parada cardiorrespiratória ou internação em CTI durante a gestação, entre outras).

CONTEÚDO DESCRITIVO MÍNIMO PARA ENCAMINHAMENTO AO PNAE

Idade gestacional (data da última menstruação ou ecografia precoce)	Diagnóstico de hipertensão prévio à gestação (sim ou não). Se não, idade gestacional no diagnóstico
Duas medidas de pressão arterial, com data	Resultado de proteinúria (microalbuminúria ou relação proteinúria/creatinúria em amostra) se solicitado, com resultado com data
Medicamentos em uso para hipertensão	Descrição dos antecedentes obstétricos e/ou perinatais relevantes

- Pré-eclâmpsia ou Eclâmpsia: hipertensão que ocorre após vinte semanas de gestação (ou antes em casos de doença trofoblástica gestacional ou hidropisia fetal) acompanhada de proteinúria (maior que 300 mg/24h), com desaparecimento até doze semanas pós-parto.

O nível de pressão arterial que caracteriza a hipertensão é 140 x 90 mmHg, embora a Pré-eclâmpsia possa se instalar em mulheres com níveis pressóricos inferiores a este, mas com acréscimo de 30 mmHg na pressão sistólica ou de 15 mmHg na pressão diastólica sobre os níveis basais.

Na ausência de proteinúria, a suspeita se fortalece quando o aumento da pressão aparece acompanhado por cefaleia, distúrbios visuais, dor abdominal, plaquetopenia e aumento de enzimas hepáticas. A Eclâmpsia se caracteriza pela presença de convulsões tônico-clônicas generalizadas ou coma em mulher com qualquer quadro hipertensivo, não causado por epilepsia ou qualquer doença convulsiva.

- Pré-eclâmpsia sobreposta à hipertensão crônica: é o surgimento de pré-eclâmpsia em mulheres com hipertensão crônica ou doença renal. Nestas gestantes, essa condição se agrava e a proteinúria surge ou piora após vinte semanas de gravidez. Pode surgir trombocitopenia (plaquetas < 100.000/mm³) e ocorrer aumento nas enzimas hepáticas.

Diagnóstico de Pré-eclâmpsia ou Eclâmpsia

- Pré-eclâmpsia na hipertensão arterial (PAS ≥ 140 mmHg ou PAD ≥ 90 mmHg*) é detectada em duas medidas com ao menos quatro horas de

intervalo, embora a pré-eclâmpsia possa se instalar em mulheres com níveis pressóricos inferiores a este, mas com um acréscimo de 30 mmHg na pressão sistólica ou de 15 mmHg na pressão diastólica sobre os níveis basais.

- Após a 20^a semana gestacional em uma mulher sem hipertensão prévia e início de qualquer uma das seguintes situações:
 - Proteinúria (relação proteinúria/creatininúria $\geq 0,3$ mg/dL; 300 mg ou mais em urina de 24 horas ou fita reagente $\geq 2+$);
 - Plaquetopenia <100.000 céls/mm³);
 - Creatinina sérica $>1,1$ mg/dL (1,1 mg/ dL ou o dobro da creatinina basal na ausência de outras doenças renais;
 - Transaminases elevadas $>2x$ o valor superior da normalidade;
 - Edema pulmonar;
 - Sintomas cerebrais ou visuais (cefaleia persistente ou grave, visão turva, escotomas, fotofobia, cegueira, confusão mental);
 - Dor epigástrica ou em hipocôndrio direito, grave e persistente, não explicada por diagnósticos alternativos.

- **Pré-eclâmpsia** com hipertensão crônica ou em gestantes com hipertensão preexistente. Os critérios para pré-eclâmpsia sobreposta são qualquer uma das seguintes situações, após a 20^a semana de gestação:
 - Novo início de proteinúria;
 - Disfunção significativa de órgãos-alvo.

Aquelas que apresentam proteinúria antes ou no início da gravidez, a pré-eclâmpsia sobreposta é definida por piora ou resistência da hipertensão (especialmente aguda) na última metade da gestação ou desenvolvimento de sinais e sintomas de gravidade da doença.

ATENÇÃO Prevenção Pré Eclampsia: Pacientes com fatores de risco com evidencia forte de DM, gestação gemelar, irmã ou avó com Eclampsia, HAS crônica, Pré-eclampsia em gestação prévia. Hidropsia Fetal(não imune) gestação molar, nova paternidade e SAAF (Síndrome do Anticorpo Antifossfolípídeo) **prescrever:**

AAS 100 mg 1 comprimido 1 vez ao dia a partir da 12^a semana e suspender o uso com 36 semanas. Ingerir com algum alimento, preferencialmente após o almoço.

- **ECLÂMPSIA:** Crise convulsiva em paciente com pré-eclâmpsia:
 - Se PAS ≥ 160 mmHg ou PAD ≥ 110 mmHg, a confirmação com nova aferição deve ser realizada em até 15 minutos.

Pacientes que apresentam suspeita de Pre-Eclampsia, níveis pressóricos acima de 160 e/ou 110 mmHg ou iminência de eclâmpsia devem sempre ser

encaminhadas a um serviço terciário referenciado e, caso esteja indicado o uso do sulfato de magnésio, recomenda-se seu início ainda no local de atendimento primário, antes da transferência no intuito de otimizar os benefícios da medicação.

•TRATAMENTO

O tratamento farmacológico inicial de escolha para a hipertensão na gestação é feito com **Metildopa. Dose inicial de 750 mg/dia até 2000 mg**, sendo esta dose dividida de três a quatro vezes ao dia. Uma vez não controlado o quadro hipertensivo com 1500 mg de metildopa, encaminhar gestante ao PNAR.

MANEJO DA CRISE HIPERTENSIVA

<p>Hidralazina (ampola de 20 mg/ml)</p> <p>A ampola nesta concentração contém 1 ml</p> <p>Diluir uma ampola (1 ml) em 19 ml de água destilada para obter a concentração de 1 mg/ml</p> <p>Dose inicial: 5 mg, via intravenosa Repetir, caso necessário, 5 mg a cada vinte minutos Dose máxima de 30 mg</p>	<p>Nifedipino 10 mg</p> <p>Dose inicial: 10 mg, via oral</p> <p>Repetir, se necessário, 10 mg a cada 20 a 30 minutos Dose máxima de 30 mg*</p>	<p>Sulfato de Magnésio a 10%, ampola de 10 ml</p> <p>Dose de 4g EV de MgSO₄ a 10% em 20 minutos, lentamente (4 ampolas de 10%, totalizando 40 mL)</p>
<p><i>* Medicamento ainda não disponível na REMUME</i></p>		

Quadro 1 – Anti-hipertensivos recomendados para uso na gestação

Classe do agente	Agente	Posologia
Simpatolíticos de ação central, α_2 – agonistas	Metildopa (comprimidos de 250 mg e 500 mg)	750 mg a 2000 mg/dia, duas a quatro vezes ao dia
Simpatolíticos de ação central, α_2 – agonistas	Clonidina (comprimidos de 0,1 mg e 0,2 mg)*	0,2 mg a 0,6 mg/dia, duas a três vezes ao dia
Bloqueadores de canais de cálcio	Nifedipino Retard (comprimidos de 10 mg e 20 mg)*	20 mg a 60 mg/dia, duas a três vezes ao dia
Bloqueadores de canais de cálcio	Anlodipino (comprimidos de 2,5 mg, 5 mg e 10 mg)	5 mg a 20 mg/dia, uma a duas vezes ao dia
Vasodilatador periférico	Hidralazina (drágeas de 25 mg, 50 mg e 100 mg)	50 mg a 150 mg/dia, duas a três vezes ao dia
Beta bloqueadores	Metoprolol (comprimidos de 25 mg, 50 mg e 100 mg)**	100 mg a 200 mg/dia, uma a duas vezes ao dia
Beta bloqueadores	Carvedilol (comprimidos de 6,25 mg e 12,5 mg)**	12,5 mg a 50 mg/dia. Recomenda-se iniciar com 12,5 mg por dois dias e, a partir de então, aumentar a dose

* *Medicamentos que ainda não fazem parte da REMUME*

** *Medicamentos disponíveis na Farmácia Popular*

2.9.2. DIABETES MELLITUS GESTACIONAL

A disglícemia é a alteração metabólica mais comum na gestação. Estima-se que aproximadamente 16% dos nascidos vivos são gerados por mulheres que tiveram alguma forma de hiperglicemia durante a gravidez. Aproximadamente 8% dos casos são de mulheres com diabetes diagnosticada antes da gravidez.

O aumento da prevalência de gestações em mulheres com diabetes (DM) pré-gestacional acompanha o incremento da frequência de DM1 e DM2 na população feminina em idade fértil.

Além disso, desde que a consulta de pré-natal é frequentemente a primeira oportunidade de rastreamento do DM na mulher adulta, a hiperglicemia pode ser detectada pela primeira vez na gestação e deve ser diferenciada em duas categorias, segundo a OMS (Organização Mundial da Saúde): DM diagnosticado na gestação (do inglês *overt diabetes*) ou diabetes mellitus gestacional (DMG) – Figura 1)

A pesquisa de DM na primeira consulta de pré-natal fornece oportunidade de reduzir o risco de anomalias congênitas, além de alertar para a necessidade de rastreamento e tratamento das complicações crônicas em mulheres que desconheciam o diagnóstico.

A definição de DM diagnosticado na gestação (*overt diabetes*) se dá pela presença de níveis glicêmicos que atingem critérios fora da gestação na gestante sem diagnóstico prévio de diabetes.

Gestantes que apresentam a medida da HbA1c no primeiro trimestre que atinja o critério para DM fora da gestação ($\geq 6,5\%$) deverão também ser categorizadas como tendo DM diagnosticado na gestação (*overt diabetes*) (Figura 1).

A forma mais prevalente de hiperglicemia na gestação é o DMG, definido como intolerância aos carboidratos de gravidade variável que se inicia durante a gestação. Porém, não preenche critérios diagnósticos de DM fora da gestação.

O DMG afeta de 3% a 25% das gestações, dependendo do grupo étnico e do critério diagnóstico utilizado.

Figura 1: Classificação e critérios diagnósticos da hiperglicemia na gestação. DM: Diabetes mellitus TOTG: Teste Oral de Tolerância à Glicose com 75 gramas de glicose anidra.

HIPERGLICEMIA NA GESTAÇÃO		
Diagnóstico de DM prévio à gestação	Sem diagnóstico de DM prévio à gestação	
Diabetes mellitus pré-gestacional	Diabetes mellitus diagnosticado na gestação ('overt diabetes')	Diabetes mellitus gestacional Glicemia em jejum: 92-125 mg/dL

	<p>Glicemia de jejum \geq 126 mg/dL ou Glicemia ao acaso \geq 200 mg/dL ou HbA1c \geq 6,5% ou TOTG após a 24^a semana: Glicemia 2h \geq 200 mg/dL</p>	<p>ou TOTG após a 24^a semana: Glicemia de jejum: 90-125 mg/dL ou Glicemia 1h \geq 180 mg/dL ou Glicemia 2h entre 153-199 mg/dL</p>
--	---	--

Quadro 1: Principais fatores de risco para diabetes mellitus gestacional (DMG).

<ul style="list-style-type: none"> • Idade materna avançada • Sobrepeso e obesidade • História familiar de diabetes em parentes de primeiro grau • Presença de condições associadas à resistência à insulina: <ul style="list-style-type: none"> – acantosis nigricans; – obesidade central; – hipertrigliceridemia; – hipertensão arterial sistêmica; – síndrome de ovários policísticos. • Ganho excessivo de peso na gravidez atual • Crescimento fetal excessivo • Polidrâmnio • Hipertensão ou pré-eclâmpsia na gravidez atual • Antecedentes obstétricos de abortamento de repetição • Malformações • Morte fetal ou neonatal • Macrossomia • DMG prévio • Hemoglobina glicada \geq 5,7% no primeiro trimestre

A hiperglicemia na gestação está relacionada ao risco de diversos desfechos adversos maternos e fetais (Quadro 2).

Quadro 2: Complicações associadas à hiperglicemia na gestação

PERINATAIS	
Maternas	Fetais
<ul style="list-style-type: none"> • Candidíase vaginal • Infecção urinária • Polidrâmnio • Desordens hipertensivas da gravidez • Cesárea • Surgimentos ou agravamento das complicações crônicas do DM 	<ul style="list-style-type: none"> • Macrossomia • Toco-traumatismo • Abortamento • Malformações • Óbito intrauterino • Prematuridade • Desconforto respiratórios • Hipoglicemia neonatal • Hipocalcemia • Hiperbilirrubinemia
Futuras	
Maternas	Prole
<ul style="list-style-type: none"> • Risco aumentado para desenvolver DM 	<ul style="list-style-type: none"> • Risco aumentado para desenvolver síndrome metabólica, obesidade, DM, hipertensão arterial sistêmica
<ul style="list-style-type: none"> • Recidiva do DMG em gestações subsequentes 	<ul style="list-style-type: none"> • Sequelas de malformações

DM: Diabetes Mellitus;
DMG: Diabetes Mellitus Gestacional

É importante destacar que os riscos associados ao diabetes na gestação podem ser reduzidos com o planejamento adequado da gestação e a otimização do controle glicêmico ao longo de todo o período gravídico.

Recomendações:

R1: Na primeira consulta pré-natal de gestantes sem conhecimento do diagnóstico prévio de DM É RECOMENDADO solicitar glicemia plasmática em jejum com o objetivo de detectar a doença (*overt diabetes*) e DMG precoce (Tabela 1).

Tabela 1 – Interpretação dos valores da glicemia plasmática em jejum na primeira consulta do pré-natal.

GLICEMIA EM JEJUM NA PRIMEIRA CONSULTA PRÉ-NATAL

	Normal	DMG	DM diagnosticado na gestação
Glicemia de jejum	<92 mg/dL	≥92 e ≤125 mg/dL	≥126 mg/dL
Glicemia ao acaso	NA	NA	≥200 mg/dL
Ação	Solicitar TOTG entre as semanas 24 e 28	Iniciar tratamento	Iniciar tratamento

NA: Não aplicável

DMG: Diabetes Gestacional.

DM: Diabetes Mellitus;

TOTG: Teste Oral de Tolerância à Glicose.

R2: Para todas as gestantes sem diagnóstico prévio de DM, independentemente da presença de fatores de risco, É RECOMENDADO que a investigação diagnóstica do DMG seja feita entre a 24^a e a 28^a semana de gestação, por meio da realização de teste de tolerância oral à glicose com medida da glicose plasmática em jejum, uma e duas horas após a ingestão de 75 g de glicose.

ATENÇÃO– Recomendações para o TOTG:

Para aumentar a reprodutibilidade do método, o TOTG deve ser precedido por dieta sem restrição de carboidratos ou com, no mínimo, ingestão diária de 150 g de carboidrato durante os três dias anteriores ao teste e jejum de oito horas.

R3: É RECOMENDADO que o diagnóstico de DMG seja estabelecido entre a 24^a e a 28^a semana de idade gestacional por meio do teste de tolerância oral à glicose com 75 g quando ao menos um dos valores de glicemia a seguir esteja presente: jejum ≥92 e < 126 mg/dL; 1 hora ≥ 180 mg/dl; 2 horas ≥153 e <200 mg/dL.

Tabela 2: valores da glicemia no TOTG com 75 gramas de glicose entre a 24^a e a 28^a para o diagnóstico de DMG.

GLICEMIA NO TOTG COM 75 GRAMAS DE GLICOSE ANIDRA	
Tempo	Glicemia plasmática*
Jejum	≥92 e <126 mg/dL
1 hora	≥180 mg/dL
2 horas	>153 e <200 mg/dL

R4: No rastreamento do DMG, após a 24ª semana, quando o valor da glicemia de duas horas no teste de tolerância oral à glicose com 75 g estiver ≥ 200 mg/dL DEVE SER CONSIDERADO a presença de DM diagnosticado na gestação (*overt diabetes*), e não de DMG.

R5: Em mulheres com disglycemia na gestação é RECOMENDADA a pronta implementação da terapêutica para controle glicêmico adequado.

R6: Em caso de gestantes com diagnóstico prévio de DM tipo 1 e 2 solicitar também **CREATININA** no primeiro trimestre. Os exames de microalbuminúrica e fundoscopia seguem os protocolos específicos.

MANEJO do DIABETES na GRAVIDEZ

Mulheres que apresentam diabetes gestacional devem ser encaminhadas para centros de atenção secundária (PNAR). As gestantes com diagnóstico de diabetes antes da gestação atual, devem ser manejadas na UBS segundo os critérios que seguem, sendo encaminhadas para a atenção especializada (PNAR) quando na falha do tratamento nutricional.

As gestantes diabéticas em acompanhamento em centros de atenção secundária ou terciária poderão também ser acompanhadas pelas equipes de atenção básica visando maior controle e aderência aos tratamentos preconizados nos níveis de maior complexidade.

MANEJO DA GESTANTE DIABÉTICA/ RECOMENDAÇÕES

- DIETA

– O tratamento inicial consiste na prescrição de dieta para diabetes que permita ganho adequado de peso de acordo com o estado nutricional da gestante, avaliado pelo índice de massa corporal (peso/altura) pré-gravídico (Tabela 3).

Tabela 3 – Ganho de peso recomendado de acordo com o índice de massa corporal pré-gravídico

IMC pré-gravídico (Kg/M2)	Ganho de peso recomendado (kg)	Total semanal*
Baixo (<19,8)	12,5 – 18	0,5
Normal (19,8 – 26)	11,5 – 16	0,4
Sobrepeso (26 – 29)	7 – 11,5	0,3

Obesidade (>29)	> 6,8 *	
-----------------	---------	--

* SEGUNDO e TERCEIRO TRIMESTRES de gravidez

- Quando o índice de massa corporal for normal, a ingestão calórica diária deve ser estimada na base de 30-35 kcal/kg;
- Em gestantes com sobrepeso ou obesas, pequenas reduções e ingestão calórica devem ser recomendadas (dietas com 24 kcal/kg/dia não parecem induzir efeitos diversos ao feto);
- Gestantes magras (IMC < 19) requerem ingestão calórica na base de 40 kcal/kg/dia para prover ganho adequado de peso;
- A dieta deve ser fracionada em cinco a seis refeições diárias;
- A composição calórica diária inclui 40% a 50% de carboidratos complexos ricos em fibras, 20% de proteínas e 30% a 40% de gorduras não saturadas;
- A distribuição calórica diária será de 10% a 20% no café da manhã, 20% a 30% no almoço, 20% a 30% no jantar e até 30% para lanches (incluindo um ao deitar para evitar a hipoglicemia noturna se a mulher estiver em uso de insulina);
- Carboidratos de absorção rápida, como o açúcar comum, quando permitidos moderadamente a gestantes com bom controle metabólico, devem entrar no cálculo do valor calórico total da dieta. Os adoçantes artificiais não calóricos podem ser utilizados.

• ATIVIDADE FÍSICA

- Deve fazer parte da estratégia de manejo do diabetes na gestação. Pacientes sedentárias podem ser orientadas a iniciar programa de caminhadas regulares ou equivalente e/ou exercícios de flexão dos braços vinte minutos por dia. Gestantes que já praticavam exercícios regularmente podem mantê-los, evitando os de alto impacto.

• CONTROLE GLICÊMICO

- Nas gestantes com diagnóstico de diabetes gestacional, o controle glicêmico deve ser feito com glicemias em jejum e pós-prandiais semanais. A medida da glicosúria não é útil na monitorização do controle metabólico na gravidez;
- Nas gestantes com diagnóstico de diabetes pré-gestacional e para aquelas em uso de insulina, o controle glicêmico deve ser mais rigoroso, com medidas diárias pela manhã em jejum, antes do almoço e do jantar, uma ou duas horas após almoço e uma ou duas horas após jantar.

Medições adicionais podem ser realizadas ao deitar e durante a madrugada (duas a três horas), especialmente em pacientes que apresentarem sintomas de hipoglicemia noturna. Para tal, as gestantes devem ser orientadas na monitorização domiciliar das glicemias capilares e para o uso adequado dos

glicômetros, devendo ser acompanhadas por pessoal de enfermagem treinado.

A partir do diagnóstico é necessário realizar controle da glicemia em ambiente domiciliar conforme tabela abaixo:

Data	Pressão arterial	Dextro jejum	Dextro 2 horas após café da manhã	Dextro 2 horas após almoço	Dextro 2 horas após jantar

CONDIÇÕES CLÍNICAS QUE INDICAM A NECESSIDADE DE ENCAMINHAMENTO PARA PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

--

– Diagnóstico estabelecido antes da gestação ou com glicemia de jejum ≥ 126 mg/dl identificada na gestação	– Necessidade de tratamento farmacológico para obter controle glicêmico adequado	– Gestante diabética com hipertensão crônica farmacológica para obter controle glicêmico adequado
---	--	---

- Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:
1. Idade gestacional (data da última menstruação ou ecografia precoce);
 2. Diagnóstico de diabetes prévio à gestação (sim ou não); Se sim, qual o tipo (DM1 ou DM2);
 3. Resultado de exames de glicemia em jejum e/ou resultado de teste de tolerância à glicose, com data;
 4. Se diabetes gestacional, descrição de controle glicêmico após duas semanas do tratamento não farmacológico;

5. Descrição de tratamento farmacológico (medicamentos e posologia) e não farmacológico para diabetes.

HIPOGLICEMIANTES ORAIS

• Embora já existam estudos com o emprego de hipoglicemiantes orais na gravidez, como a Gliburida, os mesmos ainda não devem ser utilizados na prática clínica até que estudos adicionais possam confirmar a sua segurança. As mulheres que estiverem em uso dos mesmos ao engravidarem devem interrompê-los.

INSULINOTERAPIA

• Nas grávidas com diabetes gestacional, o tratamento com insulina deve ser indicado no caso de após duas semanas de dieta os níveis glicêmicos permanecerem elevados, ou seja, jejum maior ou igual a 95 mg/dl e duas horas pós-prandiais maior ou igual a 120 mg/dl. As doses iniciais devem ser de 0,7 e 0,8 U/kg/dia, preferencialmente, em mais de uma dose diária. Neste momento, as gestantes devem ser encaminhadas ao **PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO NO CRSMCA.**

- Obs.: o objetivo da terapia com insulina é manter os níveis de glicemia capilar ≤ 95 mg/dl em jejum; ≤ 100 mg/dl antes das refeições; ≤ 140 mg/dl uma hora pós-prandial; e ≤ 120 mg/dl duas horas pós-prandial. Durante a noite, os níveis glicêmicos não podem ser menores que 60 mg/dL;
- Para as diabéticas pré- gestacional, as necessidades de insulina são de 0,7-0,8 U/kg/dia no primeiro trimestre; 0,8-1,0 U/Kg/dia no segundo trimestre e 0,9-1,2 U/Kg/dia no terceiro trimestre;
- Esquemas com doses múltiplas de insulina e associação de insulinas de ação intermediária e rápida são mais eficazes no controle da glicemia. O uso de insulinas humanas é recomendado. A dose total diária deve ser dividida em 2/3 pela manhã e 1/3 à tarde e à noite. A dose da manhã deve ser dividida em 2/3 de insulina de ação intermediária (ex. NPH) e 1/3 de insulina regular. As doses da tarde e da noite devem ser divididas ao meio com insulina regular antes do jantar (ex.: às 17h) e insulina NPH antes de deitar;
- Outra opção é a utilização apenas de insulina NPH até três aplicações diárias, retardando-se o uso de insulina regular o máximo possível, dependendo do controle glicêmico;
- Diabéticas pré-gestacionais em uso de insulinas ultrarrápidas (aspart, lispro) podem ser mantidas com o mesmo esquema;
- Exemplo de uso de insulina em paciente de 60 Kg com dose de 0,7 U/kg/dia:

	Manhã (em jejum)	Tarde (às 17h)	Noite (às 22h)
Insulina NPH	18U	—	7U
Insulina regular	10U	7U	—

Dependendo dos níveis glicêmicos, outras doses podem ser necessárias – principalmente de insulina regular – para se atingir o objetivo terapêutico. As pacientes em uso de insulina e seus familiares devem ser orientadas para o reconhecimento de sinais de hipoglicemia. Na ocorrência destes, realizar medição imediata da glicemia capilar com o glicosímetro. Na ocorrência de hipoglicemia e/ou sinais fortemente sugestivos da mesma, a paciente deve ingerir um copo de leite com açúcar.

2.9.3. SÍFILIS NA GESTAÇÃO

A doença infecciosa é causada pela bactéria *Treponema pallidum*, sistêmica, decorrente de transmissão sexual ou materno-fetal, com evolução crônica, mas, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência clínica, de menor ou maior tempo de duração.

A sífilis pode ser classificada como adquirida ou congênita. Se o tempo de evolução da doença for inferior a um ano, trata-se de sífilis adquirida recentemente (primária, secundária e latente recente). Se superior a dois anos, sífilis adquirida tardia (latente tardia e terciária). Por sua vez, a sífilis congênita se classifica em recente (diagnóstico até o segundo ano de vida) e tardia (diagnóstico após o segundo ano de vida).

A mulher com vida sexual ativa tem probabilidade de se infectar ou se reinfectar com o *Treponema pallidum* a qualquer momento e, assim, transmitir a doença, quando gestante, para o recém-nascido.

As medidas de controle devem, portanto, abranger outros momentos antes da gravidez, como consulta para planejamento reprodutivo, prevenção do câncer etc., na gestação e na admissão à maternidade, seja para a realização do parto, para curetagem por abortamento ou qualquer intercorrência.

Quadro Clínico

- Sífilis primária ou cancro duro: caracteriza-se pela presença de lesão erosada ou ulcerada, geralmente única, pouco dolorosa, com base endurecida, fundo liso, brilhante e pouca secreção serosa. A lesão aparece entre 10 e 90 dias (média de 21 dias) após o contato sexual infectante. É acompanhada de adenopatia regional não supurativa, móvel, indolor e múltipla.
- Sífilis secundária: caracteriza-se pela presença de lesões cutâneo-mucosas, de seis a oito semanas após o aparecimento do cancro duro. As

lesões são geralmente acompanhadas de poliadenopatia generalizada e, ocasionalmente, há artralgia, febrícula, cefaleia e adinamia. Mais raramente se observa comprometimento hepático e ocular, como uveíte. Dentre as lesões são comuns:

- Manchas eritematosas (roséolas) de aparecimento precoce, podendo formar exantema morbiliforme;
- Pápulas de coloração eritematosa acastanhada, lisas a princípio e, posteriormente, escamosas, conhecidas como sífilides papulosas. A localização dessas lesões nas superfícies palmoplantares sugere fortemente o diagnóstico de sífilis secundária;
- Alopecia, mais observada no couro cabeludo e nas porções distais das sobrancelhas;
- Lesões elevadas em platô, de superfície lisa, nas mucosas;
- Lesões pápulo hipertróficas nas regiões de dobras ou de atrito (condiloma plano).

• Sífilis latente (recente e tardia): é a forma adquirida na qual não se observa sinais e sintomas clínicos e, portanto, tem o diagnóstico feito apenas por meio de testes sorológicos.

• Sífilis terciária: os sinais e sintomas geralmente aparecem de 3 a 12 anos ou mais, após o início da infecção, principalmente por lesões cutâneo-mucosas, alterações neurológicas, cardiovasculares e osteoarticulares. Não se observa, usualmente, treponemas nas lesões da fase terciária e as sorologias apresentam, usualmente, títulos baixos.

• Sífilis congênita recente (diagnóstico até o segundo ano de vida): os principais sinais são baixo peso, prematuridade, choro ao manuseio, coriza sanguinolenta, obstrução nasal, hepatoesplenomegalia, icterícia, anemia severa, edema, osteíte ou osteocondrite, pseudoparalisia de membros, pneumonia, fissura peribucal, pênfigo palmoplantar, condiloma plano e outras alterações cutâneas.

• Tardia (diagnóstico após o segundo ano de vida): nariz em sela, dentes de Hutchinson (incisivos superiores deformados), mandíbula curta, arco palatino elevado, ceratite intersticial, tibia em lâmina de sabre, surdez neurológica e deficit na aprendizagem.

Diagnóstico e Tratamento

• Testes treponêmicos: testes sensíveis e específicos utilizados para screening (triagem) e confirmação de infecção treponêmica. Podem permanecer detectáveis indefinidamente, podendo significar infecção tratada anteriormente. Neste caso, o teste não-treponêmico pode confirmar uma reinfeção.

As técnicas para pesquisa de anticorpos contra o treponema podem ser: quimioluminescência (CMIA), imunofluorescência indireta (FTA-Abs), ensaio imunoenzimático (Elisa ou EIE), aglutinação passiva TPHA ou (MHA-TP), western blot e imunocromatografia. Além destes testes séricos, o teste rápido para sífilis é treponêmico e detecta anticorpos específicos por imunocromatografia.

- Teste não-treponêmicos: utilizados para triagem e monitoramento da infecção (quantitativo), tendem à negatificação após o tratamento e, por isso, são utilizados no seguimento após o tratamento. As técnicas são: VDRL e RPR. Estes testes podem ser falsos negativos e falso positivo, devendo ser confirmados com um teste treponêmico.

IMPORTANTE: em gestante com história prévia de sífilis, tratada ou não, não é recomendada ou necessária a realização do teste rápido para detecção da doença, pois o mesmo certamente será positivo. Neste caso, recomenda-se realizar VDRL quantitativo para avaliar a necessidade ou não de tratamento.

Tratamento da sífilis adquirida

- Sífilis primária (cancro duro): Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI, via intramuscular, em dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo). Dose total de 2.400.000 UI;
- Sífilis recente ou menos de um ano (secundária e latente): Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI, via intramuscular, em dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo). Dose total 2.400.000 UI;
- Sífilis tardia (latente e terciária) ou com duração ignorada: Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI, via intramuscular (1.2 milhão UI em cada glúteo) Repetir semanalmente, até completar três semanas. Dose total 7.200.000 UI.

TRATAMENTO DA SÍFILIS EM GESTANTE

<p>Sífilis primária (cancro duro)</p> <p>Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI, via intramuscular (1,2 milhão UI em cada glúteo)</p> <p>Repetir o tratamento por duas semanas, totalizando 4.800.000 UI</p>	<p>Sífilis recente ou menos de um ano (secundária e latente precoce)</p> <p>Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI, via intramuscular (1,2 milhão UI em cada glúteo) Repetir o tratamento por duas semanas, totalizando 4.800.000 UI</p>
<p>Sífilis tardia (latente e terciária) ou com duração ignorada</p>	<p>Gestante com HIV em qualquer fase clínica da sífilis</p>

<p>Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI, via intramuscular (1.2 milhão UI em cada glúteo) Repetir semanalmente até completar três semanas Dose total de 7.200.000 UI</p>	<p>Repetir semanalmente até completar três semanas Dose total de 7.200.000 UI</p>
---	---

No caso de gestante com suspeita ou confirmação de alergia à penicilina é necessário realizar o 'Questionário para Gestante e/ou Parceiro com Suspeita de Alergia à Penicilina'. Após anamnese criteriosa, se não houver indícios de alergia a penicilina, iniciar imediatamente o tratamento. Se a suspeita persistir e for necessário a dessensibilização a solicitação deve ser realizada via Vigilância Epidemiológica com o formulário preenchido por e mail e a paciente será encaminhada para o Hospital de São Bernardo dos Campos.

Acompanhamento do pré-natal da gestante com sífilis

- A gestante deverá realizar o teste rápido (exame treponêmico) no primeiro, segundo e terceiro trimestres, com 35 semanas, garantido nas consultas de pré-natal;
- Os testes rápidos devem ser realizados na primeira consulta após o TIG (Teste Imunológico Gestacional). O resultado deverá ser entregue durante a consulta pelo profissional enfermeiro;
- É obrigatória a coleta do VDRL após o diagnóstico por meio do teste rápido, sendo importante o seguimento e o acompanhamento durante a gestação;
- Monitorar a titulação mensalmente até o parto. Após este período, acompanhar a cada três meses, durante um ano, para observar o controle de cura, considerando como resposta adequada ao tratamento o declínio dos títulos.

Critérios de exclusão para realizar o teste rápido para sífilis

- Gestantes que apresentaram sífilis em qualquer fase da vida, documentada com tratamento adequado e seguimento com VDRL comprovados em prontuário, receituário ou Cartão da Gestante. É considerado tratamento ADEQUADO da sífilis na gestante aquele completo e documentado, feito com Penicilina G Benzatina 2.400.000 UI sendo, 1.200.000 em cada glúteo, totalizando 7.200.000 UIs, em três séries, uma vez por semana;

Tratamento do parceiro sexual

- Deverão ser tratados todos os parceiros sexuais expostos nos últimos 90 dias precedentes ao diagnóstico de sífilis da gestante, os quais devem ser tratados presumivelmente;
- Parceiros sexuais antigos de pacientes com sífilis latente devem ser avaliados clínica e sorologicamente e tratados de acordo com os achados diagnósticos;
- Registrar a terapêutica nos prontuários e no impresso de 'Acompanhamento do Tratamento da Gestante com Sífilis', o qual deve ser anexado à Caderneta da Gestante.

Quadro clínico, diagnóstico e tratamento na gestação

- Os quadros acima resumem a abordagem clínica (diagnóstico e tratamento) a partir do teste de diagnóstico eleito pelo gestor, preferencialmente, teste treponêmico (teste rápido ou teste treponêmico sérico) ou, na impossibilidade deste, teste não-treponêmico (VDRL).

ATENÇÃO

- O tratamento da gestante e do (s) parceiro(s) deverá ser iniciado, preferencialmente, até a 20ª semana de gestação;
- Respeitar, estritamente, o **INTERVALO DE SETE DIAS** entre as séries, devido ao risco de falha de tratamento da mãe e do feto;
- Conforme orientação da Secretaria Estadual de Saúde há tolerância de 48 horas de atraso na aplicação das doses em gestantes. Este recurso deve ser utilizado de maneira excepcional, somente após a realização de busca ativa sem sucesso. O padrão ideal é realizar as doses com intervalo exato de sete dias;
- Caso alguma das doses coincida com a data de algum feriado ou fim de semana prolongado, realizar a aplicação na UPA mais próxima da residência da gestante;
- Nas situações em que a gestante não manteve contato sexual com o(s) parceiro(s) ou não possui mais parceiro sexual, após o tratamento padronizado ou adequado para a fase clínica da doença, e desde que seja instituído 30 dias antes do parto, o tratamento será considerado adequado, ainda que não haja o tratamento desse(s) parceiro(s);
- A Penicilina G Benzatina deverá ser aplicada, preferencialmente, no período da manhã, a fim de possibilitar a busca ativa da gestante, uma vez que o intervalo de sete dias entre as doses é obrigatório;
- Caso a gestante apresente VDRL 'Reagente' e o parceiro VDRL 'Não Reagente' deverá ser realizado o tratamento nos dois;
- Caso a gestante apresente VDRL 'Não Reagente' e o parceiro VDRL 'Reagente' deverá ser realizado o tratamento em ambos;
- Controle de cura: deve ser realizado durante **DOIS** anos. Após tratamento adequado e documentado, a persistência de títulos baixos de VDRL, com

testes treponêmicos reagentes, indica cicatriz sorológica ou memória imunológica.

IMPORTANTE: Devido às taxas de mortalidade infantil no município, quando não estiver bem estabelecida a classificação da sífilis (primária, secundária ou terciária) é preciso realizar 7.200.000 UI (três doses de 2.400.000 UI com intervalo de sete dias).

IMPORTANTE: Em nossa cidade, a (o) enfermeira (o) prescreve o tratamento da sífilis (protocolo municipal 2022).

**AÇÕES A SEREM DESENVOLVIDAS NA APS PARA
PREVENÇÃO DA SÍFILIS NA POPULAÇÃO FEMININA**

Informar a população sobre as DSTs, incluindo a infecção por HIV/AIDS	Aconselhar e testar para sífilis (VDRL) as mulheres em idade reprodutiva e seus parceiros	Aconselhar e testar para sífilis e para o HIV (com consentimento da paciente) as mulheres que manifestem intenção de engravidar (o planejamento reprodutivo é o momento oportuno para essa ação)
Realizar tratamento adequado e imediato dos casos diagnosticados em mulheres e seus parceiros	Notificar a vigilância epidemiológica do município a respeito de todas as gestantes ou parturientes com evidência clínica de sífilis e/ou com sorologia não-treponêmica reagente, com qualquer titulação, mesmo na ausência de resultado de teste treponêmico confirmatório realizado no pré-natal ou no momento do parto ou curetagem	Orientar as mulheres sobre a transmissão da sífilis tanto por contato com lesões ulceradas genitais quanto com lesões ulceradas orais. Orientações para o seguimento da sífilis adquirida antes da gestação
Reforçar a orientação sobre os riscos relacionados à infecção pelo T. pallidum adquirido por meio da transmissão sexual para que mulheres com sífilis e o(s) parceiro(s) dela tenham práticas sexuais seguras, recomendando o uso regular do preservativo (masculino e feminino) durante e após o	Realizar controle de cura trimestral, por meio do VDRL, durante o primeiro ano (seguimento sorológico quantitativo a cada três meses para detectar falhas terapêuticas e reinfecções). Testes treponêmicos não são indicados para seguimento	Orientar os indivíduos com sífilis e o(s) parceiro(s) sobre a importância de não se candidatar à doação de sangue e órgãos

tratamento		
------------	--	--

2.9.4 SÍFILIS CONGÊNITA

Etiopatogenia da transmissão vertical da sífilis

- O *Treponema pallidum*, quando presente na corrente sanguínea da gestante, atravessa a barreira placentária atingindo o feto. A infecção pode ocorrer em qualquer fase da gestação. O risco de transmissão ao feto varia de acordo com o estágio da doença na gestante. Assim, a taxa de transmissão vertical da sífilis é de:

- de 70 a 100% na fase primária e secundária da doença (elevada carga treponêmica circulante) em mulheres não tratadas;
- 30% na fase latente (recente e tardia) ou terciária (reduzida carga treponêmica circulante devido à resposta imunológica).

O desfecho da infecção treponêmica na gestação pode ser prematuridade, abortamento espontâneo, óbito fetal (em até 40% dos casos de sífilis congênita), recém-nascidos sintomáticos (com as manifestações clássicas) e recém-nascidos assintomáticos.

A ausência de sinais clínicos em recém-nascidos é frequente, porém, se essas crianças não forem tratadas apresentarão as manifestações tardias da doença, muitas vezes, irreversíveis.

RN EXPOSTO À SÍFILIS MATERNA

Tratado no período neonatal	Não tratado no período neonatal
<p>Exame clínico mensal até 6º mês e bimensal com 8, 10, 12, 18 e 24 meses de vida</p> <p>Teste não-treponêmico, com titulação, com 1, 3, 6, 12, 18 e 24 meses de vida</p> <p>Avaliação oftalmológica, neurológica e audiológica</p>	<p>Exame clínico com 1, 2, 3, 6, 12 e 18 meses de vida</p> <p>Teste não-treponêmico, com titulação, com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de vida</p>
<p>Teste treponêmico (TPHA ou FTA-Abs) para sífilis após os 18 meses de idade</p>	<p>Teste treponêmico (TPHA ou FTA-Abs) para sífilis após os 18 meses de idade</p>

2.9.5 HIV NA GESTAÇÃO

As taxas de transmissão vertical do HIV, quando nenhum tratamento específico é realizado com a gestante nem com a criança, chega a 40%. Estabelecendo-se o protocolo de prevenção da transmissão vertical completo, essa taxa declina para 0,5% a 3%.

A taxa de transmissão vertical do HIV é inferior a 1% em gestantes em uso de antirretroviral que mantêm níveis de CV-HIV (carga viral) abaixo de 1.000 cópias/mL, sendo, portanto, muito baixa quando a carga viral estiver indetectável. Além disso, a CV-HIV é utilizada para monitoramento da gestante infectada pelo HIV, auxiliando na avaliação da resposta à terapia antirretroviral.

Protocolo tratamento HIV inclui:

- O uso de drogas antirretrovirais pela gestante de forma adequada e regular, atingindo a não detecção da carga viral e mantendo esse quadro até o momento do parto;
- A programação da melhor via de parto;
- A administração de zidovudina (AZT) endovenosa durante o trabalho de parto ou antes deste, nos casos de partos eletivos (até o clampeamento do cordão);
- A administração de AZT para o recém-nascido iniciada o mais precocemente possível após o parto e mantida até a quarta semana de vida e a não realização do aleitamento materno.

ESQUEMA ALTERNATIVO AO AZT EV (apenas em situação de exceção)

- O esquema alternativo ao AZT injetável deve ser utilizado apenas em situações de indisponibilidade dessa apresentação do medicamento no momento do parto. A dose de AZT é de 300 mg, via oral, no começo do trabalho de parto ou na admissão, seguida de 300 mg a cada três horas, até o clampeamento do cordão umbilical. Este esquema não é recomendável pela absorção errática do AZT VO sem evidência que garanta nível sérico adequado no momento oportuno.
- A gestante com HIV deve ser encaminhada para o CRS, mantendo concomitantemente o acompanhamento na UBS. O pré-natal deve seguir a rotina habitual no que se refere ao número de consultas e ao tempo para retornos;
- Após o início dos antirretrovirais é necessário retorno em quinze dias para avaliar a aceitação/adesão e efeitos colaterais;
- A gestante deve ser avaliada e realizada a imunização contra as infecções causadas por Influenza, Covid, difteria, tétano e coqueluche e hepatite B logo

que possível. Antes de iniciar a terapia antirretroviral devem ser coletados diversos exames laboratoriais. Nas pacientes já em uso de ARV, mas com carga viral detectável, deve-se avaliar a adesão e a necessidade de realização de genotipagem para troca dos medicamentos;

- Para inibição da lactação nas puérperas HIV positivo é recomendado o uso de cabergolina 0,5 mg – dois comprimidos em dose única no dia seguinte ao parto (ainda no hospital) e compressa fria se necessário. O fornecimento da cabergolina é regulado pela Portaria GM Nº 822/2003.
- O resumo de alta do recém-nascido, as informações do pré-natal, as condições do parto, o tempo de uso do AZT injetável na mãe, tempo de início de AZT xarope para o recém-nascido com dose e periodicidade, além das medidas antropométricas, o tipo de alimento fornecido a criança e outras informações importantes relativas as condições do nascimento deverão ser anotadas em papel timbrado da maternidade e encaminhadas ao CRS;
- São terminantemente contraindicados o aleitamento cruzado (amamentação da criança por outra nutriz), a alimentação mista (leite humano e fórmula infantil) e o uso de leite humano com pasteurização domiciliar;
- Recomenda-se que toda puérpera que conviva com HIV/AIDS seja orientada a não amamentar. Ao mesmo tempo, ela deve ser informada e direcionada sobre o direito a receber fórmula láctea infantil (a ser retirada no CRS IST AIDS HIV).

2.9.6 HEPATITE B NA GESTAÇÃO

A transmissão do vírus da HBV se faz por via parenteral e, sobretudo, sexualmente. A transmissão vertical é causa frequente de disseminação do HBV em regiões de alta endemicidade. A cronificação da doença – persistência do vírus por mais de seis meses – ocorre aproximadamente em 5% a 10% dos indivíduos adultos infectados.

Caso a infecção ocorra por transmissão vertical, o risco de cronificação dos recém-nascidos de gestantes com evidências de replicação viral é de cerca de 70% a 90%, e sem evidência de replicação do vírus entre 10% a 40% dos casos. Cerca de 70% a 90% das infecções ocorridas em menores de cinco anos cronificam. E entre 20% e 25% dos casos crônicos com evidências em replicação viral evoluem para a doença hepática avançada (cirrose e hepatocarcinoma).

No cuidado realizado nas UBSs, a gestante HBs Ag Reagente deve manter o pré-natal na unidade e ser encaminhada ao CRS para acompanhamento com infectologista. No CRS, o acompanhamento dessa gestante deve ser realizado com orientações, coleta de todos os marcadores – HbsAg, HBeAg, AntiHBs, AntiHBc, AntiHBe – de enzimas hepáticas.

O exame de biologia molecular (HBV DNA), segundo o PCDT/TV, está recomendado a associação da vacina de hepatite B com o fornecimento de imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB) às crianças expostas à hepatite B, assim como a oferta de TENOFOVIR 300 mg como profilaxia para as gestantes com o objetivo de diminuir o risco de transmissão vertical do VHB.

A indicação do uso de profilaxia para gestante portadora crônica do vírus da hepatite B ocorre em período de tempo específico, com base em critérios clínicos, para ser iniciado entre 28 a 32 semanas de gestação. É imprescindível que a mulher diagnosticada com hepatite B durante a gestação tenha acesso rápido a essa ferramenta profilática para proteção do recém-nascido.

Na maternidade de referência, para prevenção de transmissão vertical do HBV no recém-nascido deve ser aplicada a imunoglobulina humana específica para hepatite B logo após o nascimento. A mesma deve ser administrada usualmente em dose única de 0,5 ml para recém-nascidos por via intramuscular simultaneamente com a vacina para HBV.

A aplicação deverá ser feita em grupo muscular diferente ou região glútea D e E e/ou vasto lateral da coxa D e E. Apesar de o vírus do HBV ser encontrado no leite materno, o aleitamento em RN filhos de mães portadoras do HBV está indicado logo após a aplicação da primeira dose da vacina e da imunoglobulina humana contra hepatite B. A amamentação somente deve ser suspensa caso a mulher apresentar fissuras no mamilo.

Algumas observações são importantes para o cuidado:

- A criança deve receber doses subsequentes da vacina com um e seis meses de idade;
- Em caso da gestante susceptível HBsAg (NR) e AntiHBs (NR) está indicada a realização de profilaxia vacinal para hepatite B em qualquer período e idade gestacional ou puerperal;
- Essa é uma doença de notificação compulsória. Assim, deve ser notificada como tal.

2.9.7 HEPATITE C NA GESTAÇÃO

Até o momento não existe profilaxia (medicamentos ou vacina) para impedir a transmissão vertical do HCV e também não está recomendado o tratamento específico de gestantes portadoras de HCV. A transmissão ocorre pelo contato com o sangue contaminado, principalmente pela via parenteral e em menor frequência por meio de relação sexual.

Quanto à transmissão vertical (da mãe para o filho), o maior risco para o RN ocorre principalmente no momento do parto, com aumento de probabilidade de transmissão na gestante que apresenta elevada carga viral para o HCV ou coinfeção pelo HIV.

No primeiro caso, o risco estimado é, em média, de 5%. Já no segundo, o risco médio estimado é de 17%. Até o momento não há recomendação em relação ao tipo de parto. Ocorre passagem do anticorpo contra o vírus C (anti-HCV) da mãe para a criança por via transplacentária, com possibilidade de eliminação até os dezoito meses de vida.

Quando infectado pelo HCV, o RN poderá evoluir para cura e eliminar o vírus sem apresentar comprometimento hepático. Importante indicar que a criança exposta à hepatite C somente deve ser encaminhada para o CRS quando apresentar sorologia reagente após os dezoito meses de vida.

Algumas observações importantes para o cuidado:

- Gestantes com exame reagente para hepatite C devem ser encaminhadas para o CRS, mantendo o acompanhamento do pré-natal na UBS;
- A amamentação apenas deve ser suspensa se a mulher apresentar fissuras no mamilo. Neste caso, o CRS disponibilizará a fórmula láctea para a criança até seis meses de idade;
- Não realizar triagem sorológica (anti-HCV) em RN filho de mãe portadora do HCV antes dos dezoito meses de vida;
- O CRS realizará exames de biologia molecular para confirmação do diagnóstico para que, posteriormente ao período gestacional, possa ser realizado tratamento quando necessário.

ATENÇÃO: as gestantes em uso de imunossupressores (corticoides e quimioterápicos) ou com risco para imunossupressão por HIV/ AIDS deverão seguir as medidas profiláticas de prevenção primária pelo risco de reinfeção em portadores da infecção crônica e que apresentem disfunção imunológica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; FIGUEIRÓ-FILHO, 2007 apud MOZZATTO, PROCIANOY, 2003).

2.9.8 TOXOPLASMOSE NA GESTAÇÃO

A toxoplasmose assume especial relevância quando ocorre no período gestacional pela possibilidade de acometimento do feto. Pode ser transmitida por três vias: a ingestão de oocistos provenientes do solo, da areia ou de latas de lixo contaminadas com fezes de gatos infectados; ingestão de carne crua e mal cozida infectada com cistos, especialmente carnes de porco e de carneiro; infecção transplacentária, ocorrendo em 40% dos fetos de mães que adquiriram a infecção durante a gestação.

A gravidade das manifestações clínicas no feto ou no recém-nascido é inversamente proporcional à idade gestacional de ocorrência da transmissão transplacentária. Achados comuns são: prematuridade, baixo peso, coriorretinite, estrabismo, icterícia e hepatomegalia.

A infecção no primeiro trimestre é mais grave, embora menos frequente, acarretando desde abortamento espontâneo até a Síndrome da Toxoplasmose Congênita, caracterizada por alterações do SNC (microcefalia, calcificações cerebrais, retardo mental, espasticidade, convulsões, entre outras), alterações oculares (coriorretinite, microftalmia) e alterações auditivas (surdez), entre outras.

Se a infecção ocorrer no último trimestre, o recém-nascido pode ser assintomático ou apresentar, principalmente, ausência de ganho de peso, hepatite com icterícia, anemia, plaquetopenia, coriorretinite, miocardite ou pneumonia. Um quadro de interpretação dos exames de IGG e IGM para diagnóstico da toxoplasmose e a conduta estão descritos no anexo 11 deste caderno.

Toda mulher suscetível à contaminação durante a gestação deve ser orientada a evitar a ingestão de carnes cruas ou mal cozidas, verduras cruas não muito bem lavadas e higienizadas, a usar luvas e a lavar as mãos após manipular carne crua ou terra de jardim e evitar contato com fezes de gato no lixo ou solo.

No caso da confirmação da infecção materna aguda, quando a gestante apresentar IgM positivo, será solicitado na própria UBS o teste confirmatório (teste de avidéz de IgG) e encaminhamento para o PNAAR. Será iniciada a terapia com Espiramicina 500 mg ou Rovamicina® 1,5 MUI, dois comprimidos a cada oito horas.

Em caso de ausência da pesquisa do acometimento fetal, a partir da 18ª semana de gravidez, suspender a Espiramicina.

TRATAMENTO DE TOXOPLASMOSE

Iniciar o seguinte esquema até o término da gestação

Sulfadiazina 500 mg
2 comprimidos a cada seis horas

Pyrimetamina 25 mg
1 comprimido a cada doze horas

Ácido folínico 15 mg
1 comprimido uma vez ao dia

ATENÇÃO: a partir de 34 semanas, a Sulfadiazina deve ser suspensa por oferecer riscos ao feto

- Interpretação de teste de avidéz para toxoplasmose:
 - Avidéz baixa (<30%) ou intermediária (30% - 60%): doença recente, iniciar o tratamento e encaminhar ao PNAR;
 - Avidéz alta ou forte (>60%):
 - Idade gestacional maior do que 16 semanas => infecção recente;
 - Idade gestacional menor ou igual que 16 semanas => doença antiga.
- No caso de avidéz intermediária (entre 30% - 60%) é necessário repetir o exame em duas semanas. A sorologia deverá ser solicitada no início do primeiro trimestre de gestação (IgM e IgG) se a gestante for suscetível (IgM e IgG não reagentes). A sorologia deverá ser repetida no início do segundo e terceiro trimestres gestacionais.

ATENÇÃO: as gestantes em uso de imunossupressores (corticoides e quimioterápicos) ou com risco para imunossupressão por HIV/ AIDS deverão seguir as medidas profiláticas de prevenção primária pelo risco de reinfecção em portadores da infecção crônica e que apresentem disfunção imunológica. (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2012; FIGUEIRÓ-FILHO, 2007 apud MOZZATTO, PROCIANOY, 2003).

2.9.9. ITU – INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO

Definição

As infecções do trato urinário são definidas pela colonização, invasão e proliferação de agentes infecciosos em qualquer parte do sistema urinário. É a principal causa infecciosa no ciclo gravídico.

Classificação

- Trato urinário inferior (baixa): quando acomete bexiga e uretra
- Trato urinário superior (alta): quando há acometimento renal (pielonefrite)
- Bacteriúria assintomática: urocultura com mais de 100.000 UFC/ml (unidades formadoras de colônia por mililitro) da mesma bactéria, em cultura de jato médio de urina ou mais de 10.000 UFC/ml em cultura de urina coletada com cateterismo vesical.

Por que as ITUs são tão comuns na gravidez?

- As próprias alterações fisiológicas e anatômicas da gestação favorecem a estase urinária e, conseqüentemente, alteração da concentração e pH urinário, configurando microambiente favorável ao crescimento bacteriano e, conseqüentemente, a ITU;
- Progesterona e prostaciclina relaxam a musculatura lisa;
- Hemodiluição fisiológica altera a concentração urinária;
- Dextrorrotação uterina com ação mecânica compressiva sobre o trato urinário aumentam as afecções em ureter e rim direitos.

Fatores predisponentes

- Práticas sexuais específicas;
- Alterações anatômicas e malformações do trato urinário;
- Bexiga neurogênica;
- Refluxo vesicoureteral;
- Urolitíase;
- Diabetes mellitus;
- Distopias urogenitais;
- Imunossupressão (como uso crônico de corticoides e infecção pelo HIV).

Agentes etiológicos

- Escherichia coli: (E. coli) é o patógeno mais frequente (75% - 95%);
- Gram-negativos: Enterobacter sp., Klebsiella sp., Pseudomonas sp.;
- Gram-positivos: Staphylococcus saprophyticus, Enterococcus faecalis e Streptococcus agalactiae (do Grupo B).

Diagnóstico Clínico

Importante realização de exame clínico ginecológico completo a fim de afastar vulvovaginites.

<p>Cistite (infecção baixa) Forma sintomática mais comum</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Disúria • Polaciúria • Urgência miccional • Dor suprapúbica • Hematúria
<p>Cistite complicada</p>

<ul style="list-style-type: none"> • Sintomas acima associados à hematúria franca e/ou febre
<p>Pielonefrite (infecção alta)</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Dor a punho percussão lombar (sinal de Giordano +) <ul style="list-style-type: none"> • Queda no estado geral (náuseas e vômitos) • Possíveis associações com febre <ul style="list-style-type: none"> • Piúria

Diagnóstico

- Urina tipo 1 e uroculturas com antibiogramas devem ser realizadas nos três trimestres, conforme protocolo de assistência pré-natal;
- Uroculturas são consideradas positivas: mais de 100.000 UFC/ml (unidades formadoras de colônia por mililitro) ou mais de 10.000 UFC/ml em cultura de urina coletada com cateterismo vesical;
- Uroanálises (tiras reagentes para análise urinária): deve-se utilizar somente para as gestantes sintomáticas ou avaliadas pelo médico ou enfermeiro.

Consequências da ITU na gestação

- Aumento de risco de trabalho de parto prematuro;
- Prematuridade;
- Baixo peso ao nascer;
- Rotura prematura de membrana;
- Corioamnionite;
- Sepses materna e neonatal;
- Anemia;
- Insuficiência renal;
- Condições que elevam a morbimortalidade do binômio materno-fetal.

ITU de repetição

- Dois ou mais episódios de ITU na gestação, sintomáticos ou não;
- Duas infecções urinárias nos últimos seis meses ou três infecções nos últimos doze meses antes do início da gestação;
- ADMINISTRAR PROFILAXIA PARA ITU DE REPETIÇÃO: Cefalexina 500 mg, um comprimido ao dia até o final da gestação

Tratamento

A escolha do antibiótico deve ser guiada pelo resultado do antibiograma, toxicidade, concentração mínima inibitória do crescimento bacteriano, segurança, custo e disponibilidade do medicamento.

Opções para tratamento ambulatorial

*Fosfomicina	1 sachê diluído em 200 ml de água em dose única
Nitrofurantoína	100 mg a cada seis horas por 7 dias
Cefalexina	500 mg a cada seis horas por 7 dias
Amoxicilina	500 mg a cada oito horas por 7 dias
Amoxicilina + Clavulanato de Potássio	500 mg + 125 mg a cada oito horas
<p>*Fosfomicina Realizar a administração assistida na UBS e orientar a paciente a não urinar nas próximas três horas e evitar uso próximo ao termo por risco de hemólise neonatal.</p>	

EVITAR USO POR RISCO DE COMPLICAÇÕES FETAIS

Antibióticos	Posologia	Particularidades
Ciprofloxacina Norfloxacina	500 mg a cada 12 horas 400 mg a cada 12 horas	Tóxicas para as cartilagens em desenvolvimento
Cloranfenicol	500 mg a cada 6 horas	Síndrome cinzenta e toxicidade de medula óssea
Sulfametoxazol / Trimetoprim	800 mg + 160 mg via oral a cada 12 horas	Hemólise e Kernicterus / Alterações no tubo neural, cardiovasculares, no trato urinário e fenda palatina (não usar no primeiro trimestre e nas últimas semanas)

Tratamento empírico das cistites:

- 1ª escolha: Fosfomicina, um sachê em dose única;
- 2ª escolha: Nitrofurantoína 100 mg, a cada seis horas por sete dias;
- 3ª escolha: Cefalexina 500 mg, a cada seis horas por sete dias.

Monitoramento

- Todas as gestantes que realizaram tratamento para infecção urinária devem realizar exame de urina 1 e urocultura após sete dias do antibiótico, devendo ser monitorada mensalmente até o parto;

2.9.10. PIELONEFRITE AGUDA

É uma das complicações mais comuns e sérias durante a gestação, ocorrendo em 1% a 2% das gestantes. Clinicamente, a sintomatologia é evidente, com febre alta, calafrios e dor na loja renal, além da referência pregressa de sintomas de infecção urinária baixa.

As presenças de náuseas e vômitos, além de taquicardia, dispneia e hipotensão podem sugerir evolução para quadro séptico. O tratamento inicial deve ser hospitalar, assim, na suspeita de pielonefrite, a gestante deve ser encaminhada para o PSGO do Hospital Nardini. Nestes casos é indicado o compartilhamento do pré-natal com o PNAR.

2.10. PRÉ NATAL DE ALTO RISCO – PNAR

2.10.1. SÍNDROMES HEMORRÁGICAS

As situações hemorrágicas mais importantes durante a gravidez são as que ocorrem na primeira metade do processo de gestação, como abortamento, gravidez ectópica, neoplasia trofoblástica gestacional, e as que ocorrem na segunda metade – placenta prévia (PP) e descolamento prematuro da placenta (DPP).

É importante ressaltar que, considerando as alterações volêmicas fisiológicas do ciclo gravídico-puerperal, a paciente frequentemente demora a exibir repercussões hemodinâmicas. Quando elas aparecem, a descompensação circulatória já está instalada.

Nas mulheres identificadas como Rh negativo, valorizar a necessidade de imunoprofilaxia Rh quando o pai do bebê for Rh positivo ou desconhecido. Merece destaque o caso da mulher que apresentar atraso menstrual, teste positivo ou negativo para gravidez, perda sanguínea uterina e dores no baixo-ventre.

Neste caso, deve-se solicitar ultrassom transvaginal, recomendar repouso, suspender atividade sexual, hidratação adequada e Butilbrometo de Escopolamina – 10 mg (ou vinte a quarenta gotas) a cada seis horas até resultado do ultrassom, orientando ainda a busca pelo Pronto Atendimento de Ginecologia e Obstetrícia do Hospital Nardini em caso de novo sangramento.

2.10.2. PLACENTA DE INSERÇÃO BAIXA

A placenta de inserção baixa corresponde a um processo patológico em que a implantação da placenta, inteira ou parcialmente, ocorre no segmento inferior do útero. Este fato pode ser gerado a partir de um histórico da gestante como a multiparidade e/ou antecedentes de cesáreas e outras manipulações cirúrgicas uterinas.

Em exames realizados entre a 16^a e a 20^a semana de gestação, frequentemente até 90% destes achados normalizarão até o término devido à teoria da 'migração placentária'.

Isto ocorre devido à combinação entre o crescimento placentário em direção ao fundo uterino, conferindo implantação placentária adequada. Achados ultrassonográficos a partir de 28 semanas que demonstrem inserção baixa devem ser encaminhados ao PNAR.

Deve-se suspeitar sempre que houver perda sanguínea por via vaginal, súbita, de cor vermelha viva, de quantidade variável, não acompanhada de dor, episódica, recorrente e progressiva; e/ou a partir da 30^a semana de gestação (sangramento sentinela).

Importante destacar que, na suspeita clínica, deve-se evitar a realização de toque vaginal. Nos casos de placenta do tipo centro-total (que obstrui totalmente o orifício interno do colo) deve se encaminhar ao PNAR.

As placentas de implantação centro-marginal ou marginal não oferecem alto risco. O diagnóstico é ultrassonográfico e mulheres com sintomas importantes (sangramentos) devem ser encaminhadas ao PSGO do HCDRN.

2.10.3. DESCOLAMENTO CORIOAMNIÓTICO

Caracteriza-se por sangramento vaginal até 22 semanas de gestação, de pequena intensidade e é diagnosticado por ultrassonografia. A evolução é boa, não representando quadro grave de risco materno e/ou ovular.

Para controle da área de descolamento devem ser solicitadas ultrassonografias periódicas. Orientar repouso, abstinência sexual e, se apresentar dor, pode-se utilizar analgésicos. A gestante deverá ser orientada de que, apesar de todas estas medidas, não estará isenta de possível abortamento.

2.10.4. DESCOLAMENTO PREMATURO DA PLACENTA

O deslocamento prematuro da placenta é a separação abrupta da placenta antes do nascimento do feto, sendo responsável por altos índices de mortalidade perinatal e materna. Seus principais fatores de risco são a hipertensão arterial, o tabagismo, a multiparidade, antecedente de descolamento prematuro da placenta e uso de drogas ilícitas, notadamente a cocaína e o crack.

Deve-se suspeitar sempre que houver:

- O aparecimento de dor abdominal súbita, com intensidade variável;
- Perda sanguínea de cor vermelha escura e às vezes em quantidade pequena, que pode ser incompatível com quadro materno de hipotensão ou de choque. Em alguns casos, o sangramento pode ser oculto (20%);
- O útero, em geral, encontra-se hipertônico, doloroso, sensível às manobras palpatórias;
- Os batimentos cardíacos fetais podem estar alterados ou ausentes;
- Comprometimento variável das condições gerais maternas, desde palidez de pele e mucosas até choque e distúrbios da coagulação sanguínea. A conduta a ser tomada, na suspeita diagnóstica, deve ser a de encaminhar a paciente com emergência ao PSGO do Hospital Nardini (acionando o SAMU), com oferecimento de suporte à vida.

2.11. PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

O assunto nos remete aos direitos reprodutivos. Todas as pessoas devem ter direito a fazer sua escolha reprodutiva e de ter acesso a informações qualificadas e seguras, além de conhecer meios e métodos para ter seus objetivos atingidos. Ofertamos aos nossos munícipes métodos de barreira (preservativos feminino e masculino), anticoncepcionais orais e injetáveis, DIU, vasectomia e laqueadura.

Toda a pessoa que tiver interesse por algum método deve procurar a UBS mais próxima ao local de moradia. Ela será acolhida pela enfermagem e encaminhada ao grupo do planejamento reprodutivo, onde receberá todas as informações para decidir o método que utilizará.

2.11.1. VASECTOMIA E LAQUEADURA NA UNIDADE BÁSICA DE SAÚDE

- Acolhimento pela enfermagem da mulher, do homem ou do casal. Se houver cumprimento do critério legal (ter a partir de 21 anos ou ao menos dois filhos vivos – APENAS UM DESTES CRITÉRIOS JÁ É SUFICIENTE);
- Orientar para comparecimento ao Grupo de Planejamento Reprodutivo na UBS;
- Informar sobre documentos necessários: Cartão SUS; RG; Certidão Nascimento ou RG dos filhos e comprovante de endereço.

GRUPO DE PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

Orientações sobre:

- Opções de contracepção reversíveis existentes;
- Dificuldades de reversão;
- Necessidade de continuidade de prevenção de ISTs pelo uso de preservativo, mesmo com o DIU e a esterilização definitiva;
- Se ao final do grupo, ainda for mantida a decisão pela esterilização cirúrgica é realizado o processo e inserido na fila da regulação.
- Os participantes assinam lista de presença da reunião. A data do encontro ali registrada servirá de início da contagem do prazo legal de 60 dias para poder realizar cirurgia.

COMITÊ DE ÉTICA

Composição: médico, enfermeiro e assistente social.

Consulta médica: **NÃO É NECESSÁRIO SER COM GINECOLOGISTA.** No entanto, precisa ser feito exame ginecológico geral. Deve haver avaliação de resultados dos exames se forem necessários (exames pré-operatórios deverão ser solicitados quando a/o paciente for chamada para o procedimento cirúrgico) e novos esclarecimentos sobre o procedimento cirúrgico e verificação de dúvidas para apoiar a decisão da/o paciente, agendamento em 30 dias após o grupo.

Agendar com o comitê de ética. No dia do atendimento com o comitê devem assinar a '**FICHA DE ENCAMINHAMENTO DE LAQUEADURA/ VASECTOMIA**'.

REGULAÇÃO

Deverá ser inserido no sistema somente os processos já assinados pelo comitê de ética com todas as cópias dos documentos.

DIRETRIZES PARA ESTERILIZAÇÃO CIRÚRGICA VOLUNTÁRIA (LAQUEADURA TUBÁRIA OU VASECTOMIA) SEGUNDO OS DIREITOS REPRODUTIVOS E NORMATIZAÇÃO LEGAL (Redação dada pela Lei nº 14.443 de 2022 Vigência).

O planejamento familiar é parte integrante do conjunto de ações de atenção à mulher, ao homem ou ao casal dentro da visão de atendimento global e integral à saúde

É direito das pessoas:

– Decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, a

<p>quantidade de filhos que desejam e em que momento da vida</p> <ul style="list-style-type: none"> – Acessos a informações, meios, métodos e técnicas para ter ou não filhos – Exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência 	
<p>Critérios para esterilização cirúrgica</p>	<p>Homem ou mulher com capacidade civil plena</p>
	<p>Com idade maior de 21 anos ou com ao menos dois filhos vivos (quaisquer uma das duas condições é legalmente suficiente)</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • Situação de 'risco à vida ou à saúde da mulher ou do concepto • <u>Atestado por RELATÓRIO ASSINADO POR DOIS MÉDICOS</u>
<p>Esterilização no momento do parto</p>	<p>A esterilização cirúrgica em mulheres durante o período de parto será garantida à solicitante se observados o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e/ou parto e as devidas condições médicas</p>
<p>Esterilização em incapazes</p>	<p>A esterilização cirúrgica em pessoas absolutamente incapazes <u>somente poderá ocorrer mediante autorização judicial</u></p>
<p>Prazos</p>	<p>Prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação expressa da vontade e o ato cirúrgico</p>
<p>Direito a aconselhamento por equipe multidisciplinar</p>	<p>Entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico deve ser garantido à pessoa interessada o aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce</p>
<p>Documentação exigida</p>	<p>TERMO DE CONSENTIMENTO REGISTRANDO MANIFESTAÇÃO EXPRESSA DA VONTADE após a informação a respeito de:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Opções de contracepção reversíveis existentes; • Riscos de cirurgia e possíveis efeitos colaterais; • Dificuldades de sua reversão; • Sociedade conjugal trata de um casal com vida comum, não necessariamente casados formalmente;

- | |
|--|
| <ul style="list-style-type: none"> • Não há necessidade de consentimento de ambos os cônjuges |
|--|

OBSERVAÇÃO: ‘A esterilização cirúrgica em mulher durante o período de parto será garantida à solicitante se observados o prazo mínimo de 60 dias entre a manifestação da vontade e o parto e as devidas condições médicas.’

2.11.2. DISPOSITIVO INTRAUTERINO

O DIU (Dispositivo Intrauterino) é um método contraceptivo do grupo dos LARCs (Long-Acting Reversible Contraception, sigla em inglês para Método Contraceptivo de Longa Duração).

O DIU com cobre, quando inserido dentro do útero, exerce ações locais que culminam por evitar a gestação, apresentando-se como método seguro para evitar a gestação em longo prazo.

Pode ser usado em qualquer idade do período reprodutivo sem a necessidade da intervenção diária da mulher e sem prejudicar a fertilidade futura. Em nosso município, o DIU de cobre é colocado na maternidade (pós-parto e pós-abortamento imediatos – inserção em até dez minutos) e na Atenção Básica.

Trata-se de método altamente efetivo, que apresenta excelente custo-benefício. O DIU com cobre apresenta taxas de gravidez inferiores a 0,4 % (ou 4 mulheres a cada 1000) no primeiro ano. Nos anos seguintes, a taxa anual de gravidez é ainda menor.

• INDICAÇÕES

- Mulheres que desejam contracepção eficaz;
- Mulheres jovens e adolescentes;
- Lactantes;
- Nuligestas;
- Pós-parto ou pós-aborto;

Todas as mulheres que tiverem interesse no método deverão participar do planejamento familiar para retirar todas as dúvidas e preencher o termo de consentimento.

• CONTRAINDICAÇÕES

- Neoplasias malignas do colo ou corpo do útero;
- Sangramento uterino de causa desconhecida;
- Suspeita de gravidez;
- Doença inflamatória pélvica ativa;

- Malformação uterina congênita;
- Coagulopatias;
- Cervicite aguda;
- Risco ou presença de IST;
- História de doença inflamatória pélvica desde a última gravidez.

• **PRECAUÇÕES**

- Hipermenorreia;
- Anemia;
- Leucorreia;
- Múltiplos parceiros sexuais;
- Nuliparidade;
- Gravidez ectópica prévia;
- Estenose do canal cervical;
- Doença cardíaca reumática;
- Terapia imunossupressiva;
- Alergia ao cobre.

• **COMPLICAÇÕES E INTERCORRÊNCIAS**

Sangramento aumentado é a queixa mais comum nas usuárias de DIU. Aproximadamente de 4% a 8% solicitam extração por esta causa. Em geral, ocorre a diminuição do volume com o tempo de uso, expulsão, doença inflamatória pélvica e gravidez.

• **INDICAÇÃO E EXTRAÇÃO**

Deve-se ficar claro que a mulher tem o direito de solicitar e obter a extração do DIU em qualquer momento, seja por causas médicas ou pessoais. Além dos casos em que a paciente solicita a extração, a retirada deverá ser realizada nos casos de:

- Gravidez, desde que os fios estejam acessíveis;
- DIP ativa;
- Expulsão parcial;
- Sangramento excessivo que possa comprometer o estado geral da mulher;
- Vencimento do prazo de validade do DIU.

QUANDO INSERIR O DIU COM COBRE?

O DIU com cobre pode ser inserido em qualquer dia do ciclo menstrual (desde que excluída a gravidez, a unidade de saúde pode realizar o teste de pregnosticon), no pós-parto ou pós-abortamento imediatos. Para as usuárias de DIU com cobre que desejam substituí-lo, a remoção do antigo e inserção do novo pode ser efetuada no mesmo momento e em qualquer dia do ciclo.

INSERÇÃO DE DIU PÓS-PARTO

A paciente que tiver interesse em colocar o DIU pós-parto deverá realizar o papanicolau durante o pré-natal e preencher o termo que será anexado à

caderneta do pré-natal para que a maternidade tome ciência no momento do parto normal ou cesariana. O acompanhamento desta paciente se dará posteriormente na UBS que realizou o pré-natal. A unidade de saúde solicitará US 30 dias após o parto e cortar o fio.

ACOMPANHAMENTO DO DIU

Após inserção do DIU na UBS, a paciente terá garantida pelo município a realização do US Transvaginal para posicionamento do DIU, a ocorrer 30 dias após a sua inserção.

3. ATENÇÃO AO PARTO – HOSPITAL

3.1. DIAGNÓSTICO DE TRABALHO DE PARTO

Durante o pré-natal, todas as gestantes são orientadas para que, aos primeiros sinais de trabalho de parto, procurem prioritariamente o pronto-socorro do Hospital Nardini.

Caso a gestante procure a UBS ou a UPA, a equipe deve acolhê-la e confirmar o diagnóstico de trabalho de parto. Neste caso, solicitar transporte para o hospital. O trabalho de parto é definido pela presença de duas a três contrações uterinas a cada dez minutos, com ritmo e frequência regulares, acompanhadas de modificações cervicais caracterizadas pela dilatação maior ou igual a 4 cm e/ou esvaecimento maior que 50%.

Obs.: Em qualquer sinal de alarme (sangramento, perda de líquido ou ausência de movimentação fetal), a paciente deve procurar o pronto-socorro do Hospital Nardini.

3.2. ATENDIMENTO NO PRONTO-SOCORRO GINECO-OBSTÉTRICO

Toda gestante, ao chegar ao hospital de referência, deverá ser acolhida pela equipe de enfermagem e ter seu risco classificado de acordo com protocolo estabelecido.

As metas em relação ao tempo de espera para o atendimento são:

- VERMELHO – a gestante deve ser acompanhada pela equipe de enfermagem e encaminhada ao consultório médico ou sala de choque imediatamente, de acordo com protocolo específico;
- LARANJA – a gestante deve ser atendida em até 15 minutos no PSGO;
- AMARELO – a gestante deve ser atendida em até 30 minutos;
- VERDE – a gestante deve ser atendida em até 120 minutos;
- AZUL – não prioritário.

Após o acolhimento e a classificação de risco, a equipe de enfermagem encaminha a paciente à consulta médica com a ficha de atendimento, classificação de risco e cartão pré-natal para que a equipe tenha acesso às informações anotadas pelo médico pré-natalista.

Deve-se, então, proceder a consulta com equipe médica, registrando a hora e realizando o exame obstétrico completo (estado geral, pressão arterial, peso, frequência cardíaca materna, frequência respiratória materna, medir altura uterina, frequência cardíaca fetal, dinâmica uterina, exame vaginal, incluindo exame especular nas condições de sangramento vaginal e amniorrexe).

IMPORTANTE: As informações pertinentes ao atendimento hospitalar no caso de diagnóstico de gestação ou intercorrências relacionadas a um maior risco de trabalho de parto prematuro, como ITU e IST, por exemplo, caso haja condições de dispensa do atendimento devem constar em relatório médico com diagnóstico e terapia indicada e a gestante deve ser liberada com a contra referência para a UBS de origem.

Nos casos mais graves, com diagnósticos de síndromes hipertensivas, diabetes gestacional, entre outros, a paciente deve ser orientada com encaminhamento para UBS e, neste equipamento, proceder o agendamento ao PNAR.

Em caso de diagnóstico de trabalho de parto, a internação é imediata, devendo o médico plantonista solicitar os exames laboratoriais e a conduta de acordo com os protocolos da instituição, baseados nas diretrizes clínicas da Organização Mundial da Saúde, do Ministério da Saúde e da Federação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia.

3.3. CUIDADOS HOSPITALARES

Inicialmente é importante citar o processo de alojamento conjunto para o cuidado à puérpera e ao recém-nascido. Trata-se de um sistema hospitalar em que o recém-nascido sadio, logo após o nascimento, permanece ao lado da mãe 24 horas por dia até a alta hospitalar.

Tal sistema possibilita a prestação de todos os cuidados assistenciais, bem como a orientação à mãe sobre a saúde do binômio (mãe e recém-nascido). A atenção e os cuidados ao binômio no alojamento conjunto devem ser realizados de maneira integral no período de 48 horas pós-parto, por meio do médico obstetra, médico neonatologista, enfermagem, assistente social, nutrição e fonoaudiologia.

No caso de algum fator de risco ou necessidade identificada por esta equipe, deve-se acionar o atendimento de profissionais como psicólogos e fisioterapeutas, entre outros.

O obstetra, o neonatologista, a enfermagem e a nutrição devem garantir logo de início o vínculo mãe-filho, observando a amamentação em livre demanda ainda na primeira hora de vida, a qual foi estimulada desde a sala de recuperação pós-anestésica.

Se houver dificuldades, a intervenção do profissional deve ser feita a fim de esclarecer possíveis dúvidas. As vantagens do processo do alojamento conjunto são:

- Estimular e motivar o aleitamento materno de acordo com as necessidades da criança, tornando a amamentação mais fisiológica e natural. A amamentação precoce provoca a contração do útero e de seus vasos, atuando como profilaxia das hemorragias pós-parto;
- Favorecer a precocidade, intensidade, assiduidade do aleitamento materno e sua manutenção por tempo mais prolongado;
- Fortalecer os laços afetivos entre mãe e filho por meio do relacionamento precoce;
- Permitir a observação constante do recém-nascido pela mãe, o que a faz conhecer melhor seu filho e possibilitar a comunicação imediata de qualquer anormalidade;
- Oferecer condições à enfermagem de promover o treinamento materno por meio de demonstrações práticas dos cuidados indispensáveis ao recém-nascido e à puérpera;
- Manter espaço para o contato entre mãe, criança e demais integrantes da família;
- Diminuir o risco de infecção hospitalar;
- Facilitar o encontro da mãe com o pediatra por ocasião das visitas médicas para o exame do recém-nascido, possibilitando troca de informações entre ambos.

Para os cuidados à puérpera é importante ficar atento se a gestante for Rh negativo e o RN Rh positivo para a realização da imunoglobulina anti-D em até 72 horas, conforme protocolo de prevenção à doença hemolítica do recém-nascido.

Já para os cuidados ao RN, sempre que possível realizar contato pele a pele com a mãe. O bebê deve ser apresentado imediatamente a ela, exceto em casos em que necessitar de cuidados especiais, onde o mesmo é apresentado depois da liberação do neonatologista, após receber os primeiros cuidados e ser identificado com 'pulseirinha'.

Ao ser apresentado à mãe, ela recebe a pulseirinha com o mesmo número da pulseira do RN e este volta ao berço aquecido. Ele ainda recebe a primeira dose da vacina contra hepatite B, uma única dose de vitamina K e nitrato de prata 1% – colírio pingado nos olhos dos recém-nascidos na primeira hora.

Deve-se ainda:

- Realizar todas as medidas antropométricas;
- Aplicar a vacina BCG antes da alta hospitalar – quando não realizada, agendar na UBS o mais precocemente possível;
- Realizar ‘teste da orelhinha’, ‘teste da linguinha’, ‘teste do olhinho’ (reflexo vermelho), ‘teste do pezinho’ (PKU, grampeando canhoto da coleta no cartão de vacina) e ‘teste do coraçãozinho’ em 100% dos RNs antes da alta hospitalar. Nos casos em que não forem realizados os testes, devem ser agendados antes da alta;
- Entregar exames realizados, carteirinha de vacina do RN, cartão de pré-natal da mãe (atenção aos casos de planejamento familiar, pois quando realizada laqueadura o planejamento deve permanecer no prontuário hospitalar) e resumo de alta do binômio;
- Realizar orientações de alta: receita, data do retorno à UBS de referência, cuidados com o RN, reforço da importância da amamentação e não uso de chupetas ou bicos;
- Incentivar o registro de nascimento antes da alta quando possível. No momento da alta, ambos são inseridos na planilha do binômio. A UBS de referência realiza o agendamento da primeira consulta em, no máximo, dez dias. Deve-se comunicar a mãe após agendamento.

É preciso, ainda, orientar a mãe quanto à necessidade de levar à UBS os documentos do RN (carteirinha de vacina, resumo de alta, declaração de nascido vivo e/ou certidão de nascimento).

3.4. ABORTAMENTO

O abortamento representa grave problema de saúde pública em países em desenvolvimento, inclusive o Brasil, com sua discussão envolvendo complexo conjunto de aspectos legais, morais, religiosos, sociais e culturais.

O abortamento espontâneo ocorre em aproximadamente 10% das gestações, envolvendo sentimento de perda, culpa pela impossibilidade de levar a gestação a termo, além de trazer complicações para o sistema reprodutivo, requerendo atenção técnica adequada, segura e humanizada.

Para grande contingente de mulheres, o abortamento resulta de necessidades não satisfeitas de planejamento reprodutivo, envolvendo a falta

de informação sobre anticoncepção, dificuldades de acesso aos métodos, falhas no seu uso e ausência de acompanhamento pelos serviços de saúde.

É preciso destacar que para outras mulheres a gestação que motiva o abortamento resulta de relações impostas pelos seus parceiros ou de situações de estupro.

Aspectos culturais, religiosos e legais inibem as mulheres a declararem seus abortamentos, dificultando o cálculo da sua magnitude. Independentemente dessa dificuldade, sabe-se que o abortamento é vastamente praticado, com o uso de meios diversos, muitas vezes induzidos pela própria mulher ou realizados por profissionais em condições inseguras, em geral acarretando consequências danosas à saúde e, podendo, inclusive, levá-la à morte.

Aborto previsto em lei, de acordo com o artigo 128, inciso II, do Código Penal, é permitido quando a gravidez resulta de estupro (aborto sentimental) e em caso de risco de vida para a mulher (aborto terapêutico). Nestes casos é exigido o consentimento da gestante ou, quando incapaz, do representante legal.

O Código Penal não exige qualquer documento – Boletim de Ocorrência Policial, laudo do Instituto Médico Legal ou autorização judicial – para a prática do abortamento no caso de estupro, a não ser o consentimento da mulher. Isso quer dizer que a mulher que sofreu violência sexual não tem o dever legal de registrar essa ocorrência na polícia.

E embora deva ser orientada a tomar as providências policiais e judiciais cabíveis para que o criminoso não fique impune, caso ela não queira fazê-lo não se pode lhe negar o direito ao abortamento.

3.4.1. ACOLHIMENTO E ORIENTAÇÃO

Quando as mulheres chegam aos serviços de saúde em processo de abortamento a experiência é física, emocional e social. Geralmente, elas verbalizam as queixas físicas, demandando solução, e se calam sobre suas vivências e sentimentos.

A mulher que chega ao serviço de saúde em situação de abortamento espontâneo, induzido ou provocado, está passando por momento difícil e pode ter sentimentos de solidão, angústia, ansiedade, culpa, autocensura, medo de falar, de ser punida, de ser humilhada, sensação de incapacidade de engravidar novamente.

Todos estes sentimentos se misturam no momento da decisão pela interrupção. Para a maioria das mulheres, no momento do pós-abortamento sobressai o sentimento de alívio.

O acolhimento e a orientação são elementos importantes para uma atenção de qualidade e humanizada às mulheres em situação de abortamento. Assim, é necessário que na escuta haja o reconhecimento e a aceitação das diferenças, o respeito ao direito de decidir, assim como o acesso e a resolubilidade da assistência à saúde.

A orientação pressupõe o repasse de informações necessárias à condução do processo pela mulher como sujeito da ação de saúde, à tomada de decisões e ao autocuidado. É muito importante que o profissional se certifique de que cada dúvida e preocupação das mulheres sejam devidamente esclarecidas para garantir uma decisão informada.

3.4.2. ATENÇÃO CLÍNICA AO ABORTAMENTO

Abortamento é a interrupção da gravidez até a 20^a ou 22^a semana e com produto da concepção pesando menos que 500 g. Aborto é o produto da concepção eliminado no abortamento.

São diversas as causas de abortamento, contudo, na maioria das vezes, a causa permanece indeterminada. Muitas gestações são interrompidas por decisão pessoal da mulher.

Deve-se oferecer a todas as mulheres exames para classificação sanguínea, e administrar imunoglobulina anti-D naquelas Rh não sensibilizadas, teste sorológico para sífilis e pesquisa do HIV.

Os abortamentos podem ser classificados em:

- Ameaça de abortamento;
- Abortamento completo;
- Abortamento inevitável/incompleto;
- Abortamento retido;
- Abortamento infectado;
- Abortamento habitual;
- Abortamento eletivo previsto em lei.

1. Ameaça de abortamento

O sangramento genital é de intensidade pequena a moderada, podendo existir dores, como cólicas, geralmente pouco intensas. O colo uterino (orifício interno) se encontra fechado, o volume uterino é compatível com o esperado para a idade gestacional e não existem sinais de infecção.

O exame de ultrassom se mostra normal, com feto vivo, podendo encontrar pequena área de descolamento ovular. Não existe indicação de internação hospitalar, a mulher deve ser orientada a ficar em repouso, utilizar analgésico em caso de dor, evitar relações sexuais durante a perda sanguínea e retornar ao atendimento de pré-natal.

Nos casos em que não ocorre regressão das alterações ou se surgir febre, dor pélvica localizada ou sangramento com odor fétido, a mulher deve retornar ao serviço de saúde para nova avaliação.

2. Abortamento completo

Geralmente ocorre em gestações com menos de oito semanas. A perda sanguínea e as dores diminuem ou cessam após a expulsão do material ovular.

O colo uterino (orifício interno) pode estar aberto e o tamanho uterino se mostra menor que o esperado para a idade gestacional. No exame de ultrassom é encontrada cavidade uterina vazia ou com imagens sugestivas de coágulos.

A conduta neste caso é de observação, com atenção ao sangramento e/ou à infecção uterina. Quando persiste o sangramento é possível prescrever uterotônicos ou pode ser realizada aspiração manual intrauterina (Amiu) com cânula bem fina.

É importante ressaltar que a curetagem uterina deve ser usada apenas quando a aspiração não estiver disponível.

3. Abortamento inevitável/incompleto

O sangramento é maior do que na ameaça de abortamento, que diminui com a saída de coágulos ou de restos ovulares. As dores costumam ser de maior intensidade que na ameaça e o orifício cervical interno se encontra aberto.

O exame de ultrassom confirma a hipótese diagnóstica, embora não seja imprescindível. Mulheres com suspeita de abortamento devem ser encaminhadas ao Hospital Nardini para confirmação diagnóstica e tratamento.

4. Abortamento retido

Em geral, o abortamento retido cursa com regressão dos sintomas e sinais da gestação, o colo uterino se encontra fechado e não há perda sanguínea. O exame de ultrassom revela ausência de sinais de vitalidade ou presença de saco gestacional sem embrião (ovo anembrionado).

5. Abortamento infectado

Com muita frequência está associado à manipulação da cavidade uterina pelo uso de técnicas inadequadas e inseguras. Estas infecções são polimicrobianas e provocadas, geralmente, por bactérias da flora vaginal.

São casos graves e devem ser tratados independentemente da vitalidade do feto. As manifestações clínicas mais frequentes são elevação da temperatura, sangramento genital com odor fétido acompanhado de dores abdominais ou eliminação de secreção purulenta por meio do colo uterino.

Na manipulação dos órgãos pélvicos, pelo toque vaginal, a mulher pode sentir dor intensa. Neste caso, deve-se sempre pensar na possibilidade de perfuração uterina.

6. Abortamento habitual

Caracteriza-se pela perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações antes da 22ª semana. É primário quando a mulher jamais conseguiu levar a termo qualquer gestação, e secundário quando houve uma gravidez a termo. Estas mulheres devem ser encaminhadas para tratamento especializado onde seja possível identificar as causas e realizados tratamentos específicos.

7. Abortamento eletivo previsto em lei

Nos casos em que exista indicação de interrupção da gestação, obedecida a legislação vigente e, por solicitação da mulher ou de seu representante, deve ser oferecida à gestante a opção de escolha da técnica a ser empregada: abortamento farmacológico, procedimento aspirativo (Amiu) ou a dilatação e curetagem.

Tal escolha deverá ocorrer depois de adequados esclarecimentos das vantagens e desvantagens de cada método, taxas de complicações e efeitos adversos.

Para obter informações adicionais sobre abortamento eletivo nos casos de violência sexual, consultar a norma técnica de prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes.

Mulheres vítimas de abuso sexual deverão ser encaminhadas ao NAVIS, onde serão orientadas e terão garantido direito ao abortamento. Mulheres com direito ao abortamento por risco de vida deverão ser encaminhadas ao Hospital Nardini.

3.4.3. ALÍVIO DA DOR

O processo de abortamento é para muitas mulheres desconfortável e doloroso, necessitando, portanto, de atenção médica adequada para o

controle da dor. Situações emocionais influenciam na percepção da mulher em sentir a dor e podem dificultar seus cuidados, exigindo do profissional de saúde atitudes amigáveis e tranquilizadoras.

A intensidade da dor sofre influências da idade da gestação, idade da paciente, dilatação cervical, além do medo da mulher em relação ao procedimento proposto e sua compreensão em relação ao abortamento. Mulheres que já experimentaram a maternidade, em geral, queixam-se menos de desconforto provocado pela dor.

Aquelas que apresentam história de uso frequente de analgésicos geralmente necessitam de maior atenção. A inadequação do controle da dor provoca nas mulheres sofrimentos desnecessários, além de aumentar ansiedades e de expô-las a mais complicações, provocando insatisfação quanto à qualidade da atenção prestada.

Em todos os casos de atenção ao abortamento, quer na indução farmacológica ou nos outros procedimentos de esvaziamento (Amiu ou curetagem), a avaliação clínica criteriosa e os esclarecimentos sobre os procedimentos a serem utilizados, apoio afetivo, empático e humanizado proporcionam ambiente favorável para uma abordagem menos medicamentosa, com menores riscos de complicações, menos custos, e recuperação mais rápida.

Deve-se oferecer medicamentos para alívio da dor a todas as mulheres. A instituição hospitalar precisa estar equipada e seus profissionais treinados para atuar nos casos de complicações.

3.4.4. PLANEJAMENTO REPRODUTIVO PÓS-ABORTAMENTO

A mulher com complicações de abortamento, espontâneo ou por decisão pessoal, tem necessidade de cuidados destinados a protegê-la das consequências físicas e psicológicas do processo que está sofrendo, assim como evitar que ela volte a ser acometida do mesmo problema no futuro.

Sabe-se que o risco de ter novo abortamento é maior entre as mulheres que já tiveram um episódio anterior, e aumenta com o número de abortamentos anteriores.

Nos casos de aborto espontâneo de repetição, as mulheres precisam se proteger de nova gravidez até serem encaminhadas a um serviço especializado que as ajude no diagnóstico e no tratamento do problema.

Nos casos de abortamento provocado, a adoção imediata de contracepção tem se mostrado medida eficaz para reduzir o risco de novos abortamentos. Atualmente, temos a opção do DIU após abortamento.

3.4.4.1. ORIENTAÇÃO EM PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

Em geral, a mulher que teve gestação interrompida por decisão pessoal não deseja engravidar logo em seguida. Portanto, toda mulher que ingressa no hospital em abortamento deve ser acolhida e receber orientação anticoncepcional.

As orientações devem começar por informar que a recuperação da fertilidade pode ser quase que imediata após o abortamento e que, por conseguinte, a anticoncepção deve se iniciar também imediatamente, ainda que a mulher não deseje, tão logo, ter relações sexuais.

A experiência mostra que a possibilidade do abortamento se repetir é maior justamente entre as mulheres que acham que não estarão expostas à gravidez nos meses ou anos seguintes e, por isso mesmo, não se protegem adequadamente.

Este maior risco deve ser comunicado às mulheres atendidas por abortamento para motivá-las a se proteger contra a gravidez não desejada. Deve-se dar informações sobre todos os métodos aceitos no Brasil, inclusive sobre a eficiência de cada método para evitar a gravidez.

Neste sentido, o dispositivo intrauterino com cobre tem se demonstrado mais eficiente por não haver o risco de esquecimento. Nos casos de não aceitação ou impossibilidade de utilização desse método, os anticoncepcionais injetáveis, a pílula e os métodos de barreira ganham lugar de destaque.

Outro método que deve ser destacado é a AHE (Anticoncepção Hormonal de Emergência), considerando que sempre haverá mulheres convictas de que não voltarão a ter relações sexuais em curto espaço de tempo e, por este motivo, não usam métodos.

Estas mulheres poderão estar expostas a relações sexuais inesperadas e não protegidas do risco de gravidez e de abortamento. A utilização da AHE poderá evitar a gravidez nestes casos. Por outro lado, é necessário lembrar que os métodos destacados acima não protegem contra as infecções sexualmente transmitidas.

Neste sentido, não se pode deixar de prover informação completa sobre o uso de preservativos e sobre como obtê-los, promovendo o conceito de dupla proteção contra a gravidez e as infecções de transmissão sexual.

3.4.4.2. OFERTA DE MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS

Os métodos mencionados acima devem estar disponíveis à mulher nas UBSs após ela receber alta hospitalar e ser encaminhada à unidade de saúde. Em que pese a obrigatoriedade da orientação e a oferta de métodos contraceptivos, as mulheres devem ter absoluta liberdade de aceitar ou não os métodos acima citados.

A inserção do DIU pode ser realizada no próprio hospital após a expulsão completa do concepto ou curetagem. O injetável mensal ou trimestral pode ser administrado entre o dia do esvaziamento e o quinto dia pós-abortamento, da mesma forma que o anticoncepcional hormonal oral.

Reitera-se que a mulher pode engravidar caso reinicie sua vida sexual no primeiro mês pós-abortamento e não esteja protegida por algum método anticoncepcional.

3.4.4.3. ABORTAMENTO ESPONTÂNEO E ORIENTAÇÃO CONCEPCIONAL

Apesar de ser difícil distinguir se um abortamento é espontâneo ou provocado, sempre há de se considerar que a mulher tem direito à opção de ter um filho algum tempo após o abortamento.

Por essa razão é necessário que a mulher também receba orientação sobre o planejamento de nova gravidez. A completa recuperação da paciente após um abortamento é relativamente rápida, sendo mais demorada se o abortamento ocorrer no segundo trimestre da gestação.

O retorno das relações sexuais, pós-abortamento não complicado, pode ocorrer tão logo a mulher deseje. Entretanto, ela deve ser orientada a usar método contraceptivo por três meses para iniciar uma próxima gravidez em melhores condições físicas e emocionais.

3.5. MONITORAMENTO DO TRABALHO DE PARTO E DO PARTO

A equipe do pré-parto deve acolher a gestante e programar a assistência dela de forma multiprofissional, acomodá-la no seu leito de pré-parto até o momento ideal para ser levada ao centro de parto normal ou ao centro obstétrico caso haja indicação cesárea.

Neste momento é verificado se a parturiente possui plano de parto, documentos do processo de planejamento familiar ou encaminhamento para

inserção do DIU (o qual deve ser ofertado caso a paciente não possua nenhuma das documentações referidas).

Deve-se explicar o funcionamento do serviço esclarecendo dúvidas em relação ao processo de parto. A presença do acompanhante é incentivada, conforme Lei 11.108/2005, a qual garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato no âmbito do Sistema Único de Saúde.

O trabalho de parto será monitorado pela equipe obstétrica, devendo-se abrir o partograma a partir de 5 cm de dilatação do colo uterino e contrações ativas, oferecendo métodos não farmacológicos e não invasivos de alívio da dor durante o trabalho de parto. No pré-parto deve se iniciar a lista de verificação para parto seguro, conforme protocolo operacional da instituição.

Durante todo o trabalho de parto é necessário monitorar a dinâmica uterina de hora em hora, dilatação e esvaecimento do colo uterino, a descida da apresentação do colo, integridade da bolsa das águas e verificação da cor do líquido amniótico.

A avaliação dos batimentos cardíacos fetais deve ser realizada com periodicidade mínima de 60 minutos, juntamente ao toque vaginal durante o trabalho de parto (registrado em partograma e controle evolutivo do trabalho de parto) e a cada quinze minutos no período expulsivo.

O acompanhamento com a cardiocografia deverá ser realizado no momento da admissão da paciente na sala de pré-parto e com periodicidade máxima a cada seis horas ou de acordo com a necessidade e conduta médica.

Na sala de parto deverão ser avaliados os batimentos cardíacos fetais em som audível por meio de cardiocografia intraparto para que a parturiente e o acompanhante o escutem, devendo todos os procedimentos ser anotados no partograma.

As gestantes com fatores de risco para infecção pelo estreptococo β -hemolítico do grupo B (GBS) devem receber profilaxia conforme protocolo estabelecido na Maternidade.

Durante o parto, o obstetra deve estar atento aos fatores de risco maternos identificados na admissão e na evolução do trabalho de parto quanto às distocias fetais do trajeto, diminuindo, assim, a probabilidade de complicações e solicitando equipe médica de imediato nos casos de partos conduzidos por enfermeiros obstetras/obstetrizes.

O clampeamento do cordão deverá ser feito de um a três minutos após o nascimento, aguardando o término da pulsação do mesmo, sempre que possível. O tempo de permanência da puérpera após o parto no centro obstétrico deve ser de, no mínimo, uma hora.

Neste momento, a equipe obstétrica deve:

- Monitorar dados vitais e pressão arterial a cada quinze minutos;
- Manter dispositivo venoso periférico caso esteja sendo utilizado;
- Observar o sangramento vaginal;
- Estabelecer o contato pele a pele em sala de parto sempre que possível;
- Orientar a amamentação quanto à pega correta e a posição adequada, além de solicitar presença do posto de coleta de leite humano.

SITUAÇÕES ESPECIAIS

- Quadros hemorrágicos durante o parto e/ou puerpério: permanecer no RPA com monitorização contínua e acessos venosos calibrosos até estabilização do quadro, podendo ser solicitado vaga de UTI caso necessário. As hemorragias puerperais precoces ocorrem nas primeiras 24 horas após o parto e têm como causas mais frequentes a hipotonia uterina e as lacerações do trajeto, podendo acarretar choque hemorrágico;
- Quadro infeccioso: casos de corioamnionite, pielonefrite aguda, febre, abortamento infectado e endometrite puerperal devem permanecer sob vigilância rigorosa clínico-laboratorial para prevenir choque séptico;
- UTI: todos os casos clínicos e hemodinamicamente instáveis requerem vigilância terapêutica intensiva, rigorosa e monitoramento permanente.

3.5.1. INSERÇÃO DE DIU

Ofertado na internação da gestante ou por encaminhamento da equipe da Atenção Básica para colocação intraparto cesárea, pós-parto normal e pós-curetagem não infectada, seguindo os protocolos clínicos da instituição, baseados nas diretrizes do Ministério da Saúde e FEBRASGO.

3.5.2. TRABALHO DE PARTO PREMATURO

O parto prematuro é aquele que ocorre antes da 37ª semana de gestação. É importante causa isolada de morbidade e mortalidade em recém-nascidos que não apresentam anomalias congênitas.

O critério mais importante para se decidir pela internação é a presença de contrações uterinas regulares com intervalos de cinco minutos, ou mesmo que sejam a cada dez minutos, mas, persistentes.

Caso haja dúvida pode ser útil deixar a paciente em observação por duas horas, com ou sem hidratação, para verificar se as contrações persistem de

modo regular. Na suspeita, encaminhar ao PSGO para avaliação e manter a conduta recomendada quando retornar ao pré-natal, além de encaminhar ao PNAR.

Iniciar o tratamento durante a internação hospitalar. Ao retornar ao pré-natal na UBS é preciso **MANTER** a medicação prescrita. Em relação à corticoterapia, deve-se utilizar entre 24 e 34 semanas, de preferência a betametasona 12 mg IM/ dia – duas doses. Porém, o fato de internar a paciente para observação e repouso ou para realizar tocólise não torna obrigatório o uso de corticoide.

Em relação a esta terapêutica, deve-se avaliar cada caso individualmente. Nos casos de melhor prognóstico, nos quais as alterações cervicais não são importantes e a tocólise é conseguida com facilidade, não é necessário seu uso.

Também não é necessária a repetição semanal da corticoterapia, exceto em casos onde as condições de risco para parto prematuro iminente estejam mantidas nas semanas seguintes à aplicação inicial.

Um aspecto relevante é o fato que essas crianças nascidas prematuramente necessitam de vultosos recursos médicos imediatos e com frequência demandam terapêuticas especiais e acompanhamento durante o restante de suas vidas.

Entre algumas causas podemos citar incompetência cervical, malformações fetais e placentárias, gemelaridade, polidrâmio, malformação uterina e miomas.

3.5.3. RECEPÇÃO DO RN EM SALA DE PARTO

No momento do parto, o médico neonatologista fica na sala para receber o recém-nascido, analisa o cartão de pré-natal a fim de melhor prover os primeiros cuidados e as manobras de reanimação quando necessárias.

Após o nascimento, ele realiza os primeiros cuidados, examina e preenche o kit RN (prescrição médica, ficha, evolução médica e resumo de alta). Também solicita tipagem sanguínea e coombs direto.

A equipe de enfermagem deve realizar em todos os RN a vacina da BCG e a primeira dose de Hepatite B, administrar vitamina K e colírio, além das medidas antropométricas.

Em situações de evolução desfavorável após as manobras de reanimação em sala do RN, o neonatologista deve ser o responsável pelo transporte do

recém-nascido para a UTI neonatal por meio de incubadora de transporte, sempre acompanhado por profissional da enfermagem.

No caso de evolução favorável na sala de parto, o RN deverá permanecer com sua mãe na recuperação pós-anestésica (RPA) e ambos serão transferidos para o alojamento conjunto.

É responsabilidade de toda a equipe garantir que, logo após o nascimento, o RN fique em contato pele a pele com a mãe o maior tempo possível, e ser incentivado ao aleitamento materno de acordo com as condições do binômio.

O critério de risco ao nascer determinará o local para onde o RN deverá ser transferido (alojamento conjunto ou UTI neonatal). Tais critérios são:

3.5.4. BAIXO RISCO AO NASCER

Abrange situações que permitem a permanência do RN com a mãe em alojamento conjunto:

- RN cuja mãe não apresente nenhuma patologia que impossibilite ou contraindique o contato com o recém-nascido;
- RN com mais de 2.200 gr, mais de 35 semanas de gestação e índice de APGAR maior ou igual a 7 no quinto minuto, com boa vitalidade, boa sucção e controle térmico;
- RN que apresenta critérios de exclusão de médio e alto riscos descritos na sequência.

3.5.5. MÉDIO RISCO AO NASCER

Assistência em berçário de médio risco para RN que necessite:

- Supervisão constante;
- Monitoramento contínuo cardiorrespiratório;
- Oxigênio adicional;
- Alimentação por sonda;
- Receber glicose e/ou soluções hidroeletrólíticas intravenosas e/ou monitorização do equilíbrio hidroeletrólítico;
- Fototerapia nas primeiras 24 horas de vida;
- Exames invasivos;
- Antibioticoterapia (RNs potencialmente infectados);
- Atenção por malformações congênitas sem risco para instabilidade hemodinâmica (ex: hidronefrose unilateral, estenose de JUP, hidrocefalia, mielomeningocele, cardiopatias), macrossomia fetal e/ou diabetes gestacional;
- Controle de convulsão (crises curtas ou isoladas sem outras repercussões hemodinâmicas);

- Prematuros estáveis com peso de nascimento acima de 1500 g e idade gestacional entre 32-35 6/7 semanas.

3.5.6. ALTO RISCO AO NASCER

Assistência em UTI neonatal para RN com:

- Menos de 32 semanas de gestação com qualquer peso ao nascer;
- Menos de 1.500 g ao nascer com qualquer idade gestacional;
- Necessidade de ventilação assistida, invasiva ou não invasiva;
- Portadores de instabilidade hemodinâmica (choque de diversas etiologias);
- Necessidade de exsanguíneo transfusão;
- Necessidade de nutrição parenteral;
- Distúrbios neurológicos (convulsão, asfixia perinatal, malformação SNC);
- Coagulopatias;
- Malformações congênitas com necessidade de intervenção cirúrgica e ou risco instabilidade hemodinâmica (atresias digestivas, gastróscise, onfalocele, hérnia diafragmática, cardiopatias graves, má formação de SNC);
- Síndromes malformativas.

Para os casos de RN com risco de infecção por HIV, a sequência de atividades recomendadas abaixo dependerá das condições de nascimento do recém-nascido:

1. Clampeamento imediato do cordão umbilical;
2. Levar para mesa de reanimação;
3. Reavaliar necessidade de reanimação;
4. Se não houver necessidade de reanimação, evitar procedimentos invasivos e não realizar aspiração de vias aéreas ou gástrica, exceto se indicação específica;
5. Realizar laqueadura de cordão umbilical e crede;
6. Exame físico completo;
7. Banho precoce na sala de parto;
8. Vitamina K e vacina contra hepatite B após banho;
9. AZT nas primeiras duas horas de vida: 4 mg/ kg/dose, via oral, a cada doze horas (para baixo risco), e AZT + 3TC 2 mg/K dose de doze em doze horas + Raltegravir 1,5 mg/kg/ dose uma vez ao dia (para alto risco);
10. Amamentar o RN na sala de parto, mas estimular contato pele a pele com a mãe;
11. Contraindicar aleitamento materno;
12. Prescrever ARV (antirretrovirais) segundo protocolo;
13. Colher do RN: TGO/TGP, HMG e carga viral.
14. Na alta:
 - a. Prescrever fórmula láctea;
 - b. Prescrever terapia ARV segundo protocolo.

Cuidados ao RN com VDRL positivo

A triagem sorológica para sífilis na gestante deve ser realizada na primeira consulta do pré-natal (primeiro trimestre), nos segundos e terceiros trimestres e no parto. Toda gestante é admitida no PSGO do Hospital Nardini e tem coletadas as sorologias (VDRL e HIV).

O resultado é disponibilizado pelo laboratório em até duas horas. A conduta preconizada para sífilis congênita confirmada ou provável é dividida em dois grupos: mãe adequadamente tratada e inadequadamente tratada.

É considerado tratamento inadequado:

- Tratamento realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina;
- Tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina;
- Tratamento inadequado para a fase clínica da doença;
- Instituição de tratamento dentro do prazo dos 30 dias anteriores ao parto;
- Ausência de documentação de tratamento anterior;
- Ausência de queda dos títulos (sorologia não treponêmica) após tratamento adequado;
- Parceiro não tratado, tratado inadequadamente ou quando não se tem a informação disponível sobre o seu tratamento. Nos casos de mãe inadequadamente tratadas, realizar VDRL de sangue periférico, raio-X de ossos longos, hemograma e punção lombar.

Se RN apresentar VDRL + (qualquer titulação) e/ou existirem alterações clínicas (como, por exemplo, hepatomegalia), radiológicas e/ou hematológicas (em especial anemia e trombocitopenia), mas não houver acometimento neurológico, tratar com penicilina cristalina por dez dias ou penicilina procaína.

Se houver alteração líquórica ou não for possível coleta de liquor, empregar a penicilina cristalina por dez dias. Se o RN for VDRL- sem alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e líquóricas, aplicar penicilina benzatina em dose única, via intramuscular.

O acompanhamento é obrigatório, incluindo o VDRL sérico seriado. Sendo impossível garantir o acompanhamento, tratar com penicilina cristalina ou procaína. Nos casos de mãe com sífilis adequadamente tratada realizar VDRL do RN em sangue periférico.

Se apresentar VDRL+ com mais de duas titulações superiores ao materno, procurar alterações clínicas, radiológicas, hematológicas e/ ou líquóricas. Se não houver alterações no liquor, tratar com penicilina cristalina ou procaína por dez dias. Em casos de liquor alterado, apenas penicilina cristalina.

Se RN for assintomático (exame clínico, hemograma, RX de ossos longos e liquor normais) e VDRL com titulação igual ou inferior à materna ou apenas

uma titulação maior, ou VDRL-, realizar seguimento ambulatorial. Na impossibilidade de garantir o seguimento, administrar penicilina benzatina em dose única.

3.6. ALTA HOSPITALAR

Após 48 horas do nascimento do bebê, a puérpera tem condições de alta de acordo com a conduta médica, tanto do obstetra quanto do neonatologista. Após a confirmação da alta, ela recebe os seguintes itens: carteirinha de vacina do bebê, declaração de nascido vivo (DNV – folha rosa), relatório de alta da mãe e do bebê, receita médica, exames realizados, comprovante da coleta do teste do pezinho, cartão pré-natal e almotolia de álcool 70% para manter a higienização do coto umbilical.

Com a alta devidamente assinada pelo acompanhante da puérpera, a equipe de enfermagem a acompanha até a recepção, sendo que o bebê é levado em berço comum onde é realizada conferência das pulseiras.

A declaração de nascido vivo é um documento preenchido na maternidade para que a mãe possa registrar seu bebê. Para fazer este documento é necessário ter em mãos RG ou carteira de trabalho da mãe, RG do pai e, se casados, certidão de casamento.

É importante destacar os principais pontos de fluxo no hospital:

- A notificação é realizada pelo NUVE em impresso padronizado pelo MS;
- RN recebe alta com consulta agendada na UBS de referência;
- A alta é realizada pelo enfermeiro de plantão, o qual será responsável por orientar a mãe quanto aos cuidados.

4. ATENÇÃO AO PUERPÉRIO E PRIMEIROS DIAS DE VIDA DO RECÉM-NASCIDO

Garantia do acompanhamento de qualidade para a mãe durante todo o puerpério. A atenção à mulher e ao recém-nascido no pós-parto imediato e nas primeiras semanas após o parto é fundamental para a saúde materna e neonatal. Este atendimento deve ser o mais criterioso possível no âmbito hospitalar e na avaliação posterior realizada na unidade de saúde.

4.1. NA MATERNIDADE

A atenção e os cuidados ao binômio (mãe e recém-nascido) no alojamento conjunto devem ser realizados de maneira integral no período de 36 a 48 horas pós-parto, por meio do médico obstetra, médico neonatologista e enfermagem.

No caso de algum fator de risco ou necessidade identificada por esta equipe deve ser acionado o atendimento multiprofissional, a ser feito pelas áreas de psicologia, serviço social, fisioterapia, fonoaudiologia e outras especialidades médicas (oftalmologia, infectologia, cardiologia, cirurgia pediátrica e outros).

O obstetra, o neonatologista e a enfermagem devem garantir, logo de início, o vínculo mãe-filho, observando a amamentação em livre demanda, a qual foi estimulada desde a sala de parto ainda na primeira hora de vida.

Se houver dificuldades desta mãe quanto à amamentação, a intervenção do profissional deve ser feita a fim de esclarecer dúvidas. Nenhum outro leite não humano ou bico ou chupeta deverão ser utilizados no hospital, salvo em restritas indicações médicas.

Em casos de insucesso da técnica de manejo do aleitamento materno, a prescrição de leite será feita pelo neonatologista sempre após discussão multiprofissional.

• CUIDADOS À PUÉRPERA

- Se gestante Rh negativo e RN Rh positivo realizar imunoglobulina anti-D em até 72 horas conforme protocolo de prevenção à doença hemolítica do recém-nascido;
- Na alta é agendada a consulta para a mãe e o bebê na UBS mais próxima à residência deles. Orientá-la quanto à necessidade de levar à unidade de saúde os documentos do RN (resumo de alta, declaração de nascido vivo e/ou certidão de nascimento) e a importância do PKU coletado antes da alta do RN.

• CUIDADOS AO RN

- A idade gestacional do recém-nascido deverá ser conferida por meio do cálculo do capurro somático;
- Administrar vitamina K no alojamento conjunto nas primeiras horas de vida a fim de prevenir a doença hemorrágica do RN;
- Aplicar a vacina BCG e contra hepatite B antes da alta hospitalar. Nos casos de bebês prematuros acompanhados no ambulatório, a vacina contra hepatite B é monitorada e administrada conforme esquema básico de doses;
- Avaliar a tipagem sanguínea da mãe e do bebê e VDRL materno antes da alta;
- Realizar testes de triagem auditiva (orelhinha), do reflexo vermelho (olhinho), do coraçãozinho em 100% dos RN, e o do pezinho (PKU) após 48 horas de nascido, antes da alta hospitalar;
- A alta médica deverá ser dada quando o paciente completar 36 a 48 horas de vida, salvo se houver alguma intercorrência que a impossibilite;
- O resumo de alta deverá ser preenchido com informações da equipe multiprofissional assinado e carimbado pelos profissionais responsáveis.

Nesta folha de alta deve constar todos os dados do RN necessários para o seu seguimento na UBS. A caderneta da gestante também deverá ser preenchida na folha correspondente ao recém-nascido;

– A receita de alta do RN deve conter fornecimento de vitaminas A e D a partir do sétimo dia de vida e limpeza do coto umbilical com álcool a 70% três vezes por dia até a sua queda.

4.2. NA UBS

Recomenda-se uma visita puerperal pela equipe da unidade de saúde na primeira semana após a alta do bebê. O retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde, de sete a dez dias após o parto, deve ser incentivado desde o pré-natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde durante visita domiciliar. Este agendamento é realizado pela maternidade, antes da alta.

• PRIMEIRA CONSULTA DA PUÉRPERA

– Na anamnese, verificar o cartão da gestante e o resumo de alta hospitalar e/ou perguntar à mulher sobre:

- Condições da gestação;
- Condições do atendimento ao parto e ao recém-nascido;
- Dados do parto (data, tipo de parto, se cesárea, qual a indicação);
- Se houve alguma intercorrência na gestação, no parto ou no pós-parto;
- Se recebeu aconselhamento e realizou testagem para sífilis ou HIV durante a gestação e/ou parto;
- Uso de medicamentos;
- Se colocou DIU, laqueadura.

– Perguntar como se sente e indagar sobre:

- Aleitamento;
- Alimentação, sono, atividades;
- Dor, fluxo vaginal, sangramento, queixas urinárias, febre;
- Desejo de ter mais filhos, desejo de usar método contraceptivo, métodos já utilizados, método de preferência, valorizando a consulta pré-concepcional e desestimulando intervalo intergestacional inferior a seis meses;
- Condições psicoemocionais – estado de humor, preocupações, desânimo, fadiga, entre outros, estando alerta a quadros de depressão puerperal;
- Condições sociais (pessoas de apoio, enxoval do bebê, condições para atendimento a necessidades básicas).

• AVALIAÇÃO CLÍNICO-GINECOLÓGICA:

- Verificar dados vitais;
- Avaliar o estado psíquico da mulher;
- Examinar mamas;

- Examinar abdômen, verificando a condição do útero e se há dor à palpação;
- Examinar períneo e genitais externos (verificar sinais de infecção, presença e características de lóquios);
- Retirar os pontos da cicatriz cirúrgica, quando necessário, e orientar sobre os cuidados locais;
- Verificar possíveis intercorrências como alterações emocionais, hipertensão, febre, dor em baixo-ventre ou nas mamas, presença de corrimento com odor fétido, sangramentos intensos. No caso de detecção de alguma dessas alterações, solicitar avaliação médica imediata caso o atendimento estiver sendo feito por outro profissional da equipe;
- Observar a formação do vínculo entre mãe e filho;
- Observar e avaliar a mamada para garantia do adequado posicionamento e pega da aréola. Em caso de ingurgitamento mamário, mais comum entre o terceiro e o quinto dia pós-parto, orientar quanto à ordenha manual e armazenamento;
- Identificar problemas/necessidades da mulher e do recém-nascido com base na avaliação realizada.

• **CONDUTAS**

- Orientar sobre higiene, alimentação, atividades físicas, atividade sexual, prevenção de DST/AIDS, cuidado com as mamas e com o recém-nascido, aleitamento, direitos da mulher, planejamento reprodutivo e ativação de método contraceptivo, se for o caso;
- Atualizar vacinas se necessário;
- Oferecer teste anti-HIV e VDRL com aconselhamento pré e pós-teste para as puérperas não aconselhadas e testadas durante a gravidez e o parto;
- Prescrever suplementação de ferro com sulfato ferroso 300 mg/dia até três meses após o parto para mulheres sem anemia diagnosticada;
- Tratar possíveis intercorrências;
- Registrar informações em prontuário;
- Agendar consulta médica em torno de 40 dias após o parto para mulheres que estão amamentando, e de 30 a 40 dias para mulheres que não estiverem amamentando.

• **ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO NA PRIMEIRA CONSULTA**

- Abrir a Caderneta de Saúde da Criança;
- Verificar as condições de alta do RN;
- Observar e orientar a mamada;
- Observar a criança no geral: peso, postura, atividade espontânea, padrão respiratório, estado de hidratação, eliminações e aleitamento materno, características da pele (presença de palidez, icterícia e cianose), crânio, orelhas, olhos, nariz, boca, pescoço, tórax, abdômen (condições do coto umbilical), genitália, extremidades e coluna vertebral;

- Caso seja detectada alguma alteração, solicitar avaliação médica imediatamente;
- Identificar o RN de risco seguindo critérios apresentados a seguir:

- **CRITÉRIOS PRINCIPAIS**

- Baixo peso ao nascer (menor que 2.500 g);
- Recém-nascidos que tenham ficado internados por intercorrências após o nascimento;
- Histórico de morte de criança menor de 5 anos na família;
- RN de mãe HIV positivo;
- Dois ou mais dos seguintes critérios associados:
 - Família residente em área de risco;
 - RN de mãe adolescente (< 16 anos);
 - RN de mãe analfabeta;
 - RN de mãe portadora de deficiência, distúrbio psiquiátrico ou usuária de substâncias psicoativas, que impeçam o cuidado da criança;
 - RN de família sem fonte de renda;
 - RN manifestamente indesejado;
 - Em caso de alguns desses critérios sejam identificados, solicitar avaliação médica imediatamente.
- Ainda no acompanhamento puerperal:
 - Verificar o resultado do teste do pezinho e registrá-lo na Caderneta de Saúde da Criança;
 - Verificar se foram aplicadas na maternidade as vacinas BCG e de hepatite B. Caso não o tenham sido, aplicá-las na unidade e registrá-las no prontuário e na Caderneta de Saúde da Criança;
 - Agendar as próximas consultas de acordo com o calendário municipal previsto para seguimento da criança, a seguir:
 - Consulta binômio agendada na alta da maternidade o mais brevemente possível;
 - UBS com ESF. A enfermeira deve realizar visita puerperal na primeira semana pós-alta;
 - 1 mês a 12 meses: consultas intercaladas mensais, médico e enfermeiros;
 - 13 meses a 24 meses: consultas intercaladas a cada três meses com médico e enfermeiros;
 - 24 meses: consultas semestrais com médico.

- **CONSULTA PUERPERAL (EM TORNO DE 40 DIAS)**

- Ações necessárias na consulta puerperal:
 - Escutar a mulher, verificando como ela se sente, registrando possíveis queixas e esclarecendo dúvidas;
 - Realizar avaliação clínico-ginecológica, incluindo exame das mamas;
 - Avaliar o aleitamento.

- Orientar sobre:
 - Higiene, alimentação, atividades físicas;
 - Atividade sexual, informando sobre prevenção de DST/AIDS;
 - Cuidado com as mamas, reforçando a orientação sobre o aleitamento (e considerando a situação das mulheres que não puderem amamentar);
 - Cuidados com o recém-nascido;
 - Direitos da mulher (direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas);
 - Expectativas reprodutivas, considerando a evolução da gestação e eventuais complicações associadas.

- Orientar sobre planejamento reprodutivo e uso de método contraceptivo se for o caso:
 - Informação geral sobre os métodos que podem ser utilizados no pós-parto;
 - Disponibilização do método escolhido pela mulher com instruções para seu uso e para o seguimento.

- Tratar possíveis intercorrências.

• **USO DE MÉTODO ANTICONCEPCIONAL DURANTE O ALEITAMENTO**

- Durante os primeiros seis meses pós-parto, a amamentação exclusiva, a livre demanda, com amenorreia, está associada à diminuição da fertilidade. Porém, este efeito anticoncepcional deixa de ser eficiente quando ocorre o retorno das menstruações e/ou quando o leite materno deixa de ser o único alimento recebido pelo bebê, o que ocorrer primeiro. É importante alertar a mulher sobre métodos que não interferem na amamentação e podem acrescentar eficácia contraceptiva;
- O DIU pode ser inserido imediatamente após o parto ou a partir de seis a oito semanas pós-parto. Ele está contraindicado para os casos que cursaram com infecção puerperal até três meses após a cura. O uso do preservativo masculino ou feminino deve ser sempre incentivado, pois, além da eficácia contraceptiva, confere proteção contra as doenças de transmissão sexual;
- O anticoncepcional hormonal oral somente de progesterona (minipílula) pode ser utilizado pela mulher que está amamentando. Seu uso deve ser iniciado seis semanas após o parto. Lembrar que este método deixa de ser eficiente quando ocorre o retorno das menstruações e/ou quando o leite materno deixa de ser o único alimento recebido pelo bebê, o que ocorrer primeiro;
- A mulher deve ser muito bem orientada quanto a esta situação, sendo necessária a troca por outro método anticoncepcional. O anticoncepcional injetável trimestral – acetato de medroxiprogesterona 150 mg – pode ser utilizado pela mulher que está amamentando e tem alta eficácia. Seu uso deve ser iniciado seis semanas após o parto. É especialmente indicado em situações de condições patológicas maternas, quando novas gestações devem de fato ser evitadas, incluindo a hipertensão arterial, diabetes e outras;

– O anticoncepcional hormonal oral combinado e o injetável mensal não devem ser utilizados em lactantes, pois interferem na qualidade e quantidade do leite materno e podem afetar adversamente a saúde do bebê.

Os métodos comportamentais – tabelinha, muco cervical, entre outros – somente poderão ser usados após a regularização do ciclo menstrual. A laqueadura tubária, por ser método definitivo, deve respeitar os preceitos legais. Deve-se seguir o fluxo de rotina do município.

• **ATIVIDADE SEXUAL NO PUERPÉRIO**

– O interesse sexual pode diminuir no período pós-parto. No entanto, cerca de 80% das puérperas retornam à atividade sexual em até seis semanas iniciais do puerpério. A atrofia vaginal, frequentemente observada nesse período, pode ser a causa do desconforto e até da sinusorragia na época puerperal. Eles podem diminuir de intensidade ou desaparecerem após a aplicação de lubrificantes ou de estrogênio tópico. Esta conduta, porém, exige exame ginecológico prévio para segurança diagnóstica.

• **CONTRAINDICAÇÕES DA AMAMENTAÇÃO**

São raras as situações, tanto maternas quanto neonatais, que contraindicam a amamentação. Entre as maternas, encontram-se:

- Mulheres com câncer de mama que foram tratadas ou estão em tratamento;
- Mulheres HIV+ ou HTLV+;
- Mulheres com distúrbios graves da consciência ou do comportamento. As causas neonatais que podem contraindicar a amamentação são, na maioria, transitórias e incluem alterações da consciência de qualquer natureza e prematuridade.

São poucas as medicações que contraindicam a amamentação. Nenhuma medicação deve ser utilizada sem orientação médica pela puérpera que está amamentando.

Na eventualidade da medicação utilizada ser classificada como de uso criterioso ou contraindicada durante a amamentação, o procedimento de escolha é optar por alternativas terapêuticas e não suspender o aleitamento. Para mais detalhes, ver o Manual de Amamentação e Uso de Drogas (Ministério da Saúde, 2000).

Mulheres portadoras do HIV/HTLV têm contraindicação para o aleitamento. Após o parto, a lactação deverá ser inibida mecanicamente (enfaixamento das mamas ou uso de sutiã apertado) e se deve considerar o uso de inibidores de lactação, como a cabergolina (1 g via oral em dose única), respeitando-se suas contraindicações.

A amamentação cruzada – aleitamento da criança por outra nutriz – está formalmente contraindicada.

Dificuldades com o aleitamento no período puerperal

A pega incorreta do mamilo da região mamilo-areolar faz com que a criança não consiga retirar leite suficiente, levando à agitação e ao choro. A pega errada, somente no mamilo, provoca dor e fissuras e faz com que a mãe fique tensa, ansiosa e perca a autoconfiança, acreditando que seu leite seja insuficiente e/ou fraco.

– Fissuras (rachaduras): habitualmente, as fissuras ocorrem quando a amamentação é praticada com o bebê posicionado de maneira errada ou quando a pega está incorreta. Manter as mamas secas e não usar sabonetes, cremes ou pomadas também ajudam na prevenção. Recomendam-se tratar as fissuras com o leite materno ao fim das mamadas, banho de sol e correção da posição e da pega;

– Mamas ingurgitadas: ocorrem, habitualmente, na maioria das mulheres, do terceiro ao quinto dia após o parto. As mamas ingurgitadas são dolorosas, edemaciadas (pele brilhante), às vezes avermelhadas. A mulher pode ter febre. Para evitar ingurgitamento, a pega e a posição para amamentação devem estar adequadas e, quando houver produção de leite superior à demanda, as mamas devem ser ordenhadas manualmente. Sempre que a mama estiver ingurgitada, a expressão manual do leite deve ser realizada para facilitar a pega e evitar fissuras. O ingurgitamento mamário é transitório e desaparece entre 24 e 48 horas;

– Mastite é um processo inflamatório ou infeccioso que pode ocorrer na mama lactante, habitualmente a partir da segunda semana pós-parto. Em geral é unilateral e pode ser consequência de um ingurgitamento indevidamente tratado. Essa situação exige avaliação médica para o estabelecimento do tratamento medicamentoso apropriado. A amamentação na mama afetada deve ser mantida, sempre que possível, e a pega e a posição devem ser corrigidas se necessário. No caso de formação de abscesso é preciso tratamento hospitalar com drenagem e antibiótico;

– Ordenha manual. É no pré-natal que o aprendizado da ordenha manual deve ser iniciado. Para que haja retirada satisfatória de leite do peito é preciso começar com massagens circulares com as polpas dos dedos indicador e médio na região mamilo-areolar, progredindo até as áreas mais afastadas e intensificando nos pontos mais dolorosos. Para a retirada do leite é importante garantir o posicionamento dos dedos indicador e polegar no limite da região areolar, seguido por leve compressão do peito em direção ao tórax, ao mesmo tempo em que a compressão da região areolar deve ser feita com a polpa dos dedos.

5. MARCOS DO DESENVOLVIMENTO

- 1 mês: observa o rosto, reage ao som, eleva a cabeça;
- 2 meses: sorriso social quando estimulado, abre as mãos, emite sons, movimentando ativamente os membros;
- 4 meses: responde ao examinador de forma ativa ao contato, segura objetos, emite sons e quando de bruços levanta a cabeça, apoiando-se no antebraço;
- 6 meses: busca ativa de objetos, leva objetos à boca, localiza o som, rola;
- 9 meses: brinca de 'esconde achou', transfere objeto de uma mão para outra, duplica sílabas, senta-se sem apoio;
- 12 meses: imita gestos, faz pinça, produz 'jargão', anda com apoio.

6. VIGILÂNCIA DO ÓBITO MATERNO, INFANTIL E FETAL

É uma ação para melhorar os indicadores de mortalidade e a qualidade da atenção à saúde da mulher e à criança. É muito importante a participação dos profissionais de saúde em toda a rede de atenção à saúde materna e infantil com as divisões das respectivas responsabilidades para execução e monitoramento das etapas de vigilância do óbito.

Deste modo, garantir o cumprimento dos fluxos, dos prazos e da conclusão da investigação e estudo do óbito, além de definições de medidas conforme as portarias que regulamentam a vigilância da morte materna, infantil e fetal – portarias GM/MS n. 1.119/2008 e n. 72/2010 (BRASIL, 2008, 2010) –, é uma estratégia importante no cuidado da saúde da mulher e da criança a fim de:

- Orientar as ações para prevenção e controle de novos óbitos;
- Informar o contexto social e econômico da família enlutada;
- Avaliar as ações e os serviços de saúde;
- Contribuir para a melhoria do registro dos óbitos;
- Contribuir no processo formativo permanente dos profissionais envolvidos por meio de ações de sensibilização e análise dos óbitos.

O objetivo é proporcionar o conhecimento, a detecção ou a prevenção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes da saúde individual e coletiva, informações importantes para subsidiar as recomendações e as medidas de prevenção e controle das doenças e do óbito. Promoção da atenção integral à saúde da mulher e da criança e implementação da Rede Cegonha, com ênfase nas áreas e populações de maior vulnerabilidade.

Entre os indicadores universais, destacamos:

- Número de óbitos maternos;

- Taxa de mortalidade infantil;
- Proporção de óbitos infantis e fetais investigados;
- Proporção de óbitos maternos e óbitos em mulheres em idade fértil (MIF).

A seguir estão listadas as etapas da vigilância do óbito, incluindo os responsáveis por etapa.

ETAPAS DA VIGILÂNCIA DO ÓBITO

Quem são os responsáveis pelas ações de vigilância do óbito? As ações de vigilância do óbito materno, infantil e fetal são de responsabilidade de todos os profissionais de saúde designados pelas autoridades locais de vigilância que compõem o comitê, profissionais de saúde da assistência à saúde (serviços de saúde de baixo, médio e alto grau de densidade tecnológica), vinculados ou não ao comitê de mortalidade, e profissional do NUVEH (Núcleo de Vigilância Epidemiologia Hospitalar) ou da CCIH (Comissão de Infecção Hospitalar).

- Etapa 1 – Investigação
 - Identificação dos óbitos

O objetivo da identificação é conhecer todos os óbitos materno, infantil e fetal ocorridos no município.

- Etapa 2 – Seleção dos óbitos para investigação
 - O objetivo é selecionar os óbitos de mulheres em idade fértil, crianças menores de 1 ano e os óbitos fetais elegíveis para a investigação;

– A seleção é realizada pela equipe de vigilância epidemiológica responsável pelo SIM (Sistema de Informação sobre Mortalidade) e a gerência da linha de cuidado da Atenção Básica, segundo critérios de inclusão – a qual envia a solicitação de estudo dos óbitos a serem investigados pela equipe de saúde da Atenção Básica e outros serviços municipais no (s) qual (is) o falecido (a) foi atendido (a) na ocorrência do óbito.

– Critérios de Inclusão:

- Todos os óbitos maternos e os óbitos de mulheres em idade fértil, independentemente da causa declarada, são de investigação obrigatória (Portaria GM/MS n.1.119/2008) (BRASIL, 2008);
- Todos os óbitos infantis e fetais.

Para fins de investigação, considerar como critério mínimo (Portaria GM/MS n. 72/2010) (BRASIL, 2010a):

- Óbitos pós-neonatais (entre 28 dias de vida e um ano incompleto);
- Óbitos neonatais (entre o nascimento vivo até 27 dias de vida);
- Óbitos fetais.

- Etapa 3 – Coleta de dados

– Esta etapa tem como objetivo levantar dados e informações relevantes para o adequado esclarecimento quanto às condições e circunstâncias que determinaram, condicionaram ou favoreceram a ocorrência do óbito. Para tanto, o profissional responsável deve realizar investigações por meio de múltiplas fontes e informantes, considerando os locais e as pessoas que possam fornecer dados relevantes para um adequado conhecimento sobre o óbito;

– Em geral, a coleta de dados é realizada por meio de entrevista domiciliar e de resgate dos dados nos serviços de saúde. Vale a pena lembrar que ambas as técnicas não são excludentes. Ao contrário, são complementares;

– Para a coleta de dados estão disponíveis as fichas de estudo dos óbitos materno, infantil, fetal e mulher em idade fértil, via digital, em plataforma vigente pela Vigilância Epidemiológica e Atenção Básica.

• Para óbito ocorrido fora do município de residência:

– No caso de o óbito materno, infantil e fetal ocorrer fora do município de residência da(o) falecida(o):

• A investigação hospitalar é atribuição do NHE ou da comissão hospitalar, de outra estrutura/profissional indicada ou da equipe de vigilância do óbito do município onde ele ocorreu após o preenchimento das fichas de investigação de óbito materno, infantil e fetal (serviço ambulatorial e serviço hospitalar). Cópia de cada uma delas deve ser enviada ao setor responsável pela vigilância do óbito na SMS de ocorrência do óbito, a quem compete encaminhá-las para a SMS do município de residência da (o) falecida (o) por intermédio da SES;

• A investigação domiciliar e ambulatorial é de competência da SMS do município de residência da (o) falecida (o), assim como a execução das etapas subsequentes da vigilância do óbito;

• Quanto mais cedo for iniciada a investigação, maiores serão as possibilidades de obter com a família informações sobre fatos relevantes para o desfecho, bem como documentos importantes que culminaram no óbito.

• Quanto mais cedo for iniciada a investigação, maiores serão as possibilidades de obter com a família informações sobre fatos relevantes para o desfecho, bem como documentos importantes que culminaram no óbito.

6.1. INVESTIGAÇÃO DOMICILIAR

A visita domiciliar tem grande importância na área da saúde, visto que objetiva avaliar as condições ambientais e físicas em que vivia a(o) falecida(o) e a família dele, assim como obter dados relevantes que muitas vezes não são registrados nos documentos dos estabelecimentos de saúde.

Por meio da técnica da entrevista é possível obter informações de interesse para a investigação, uma vez que o profissional formula perguntas orientadas com um objetivo definido, interagindo com o respondente frente a frente.

Permite também obter dados dos cartões da gestante e/ou da criança e outros documentos.

Coletar informações sobre as características e as condições de vida da mãe e da família, dados sobre a gestação, nascimento, antecedentes maternos, assistência pré-natal, assistência ao parto e ao RN por meio de entrevista com o cuidador/responsável do falecido (a).

Vale destacar:

- Não deixe de assinalar nenhuma questão;
- Não omitir e nem acrescentar dados, além de não influenciar as respostas;
- Escreva na forma exata como o entrevistado respondeu;
- Não procure 'traduzir' o que foi dito;
- Toda informação que não esteja contemplada pelas opções de resposta das fichas de investigação de óbito deve ser anotada criteriosamente no campo observação ou no rodapé;
- Após o término do preenchimento da ficha é importante uma revisão inicial do que foi preenchido, verificando se todas as perguntas foram respondidas. Esta ação deve ser feita antes de deixar o domicílio ou o estabelecimento de saúde.

6.2. INVESTIGAÇÃO DOMICILIAR E AMBULATORIAL

A equipe da Atenção Básica da área de abrangência do local em que reside a família da (o) falecida (o) deve participar da investigação do óbito, permitindo o resgate dos dados disponíveis nos serviços básicos de saúde e no domicílio em tempo oportuno.

Entende-se que a equipe possui mais vínculo com população envolvida, mesmo nos casos em que os usuários não são cadastrados na UBS – estes devem ser atendidos com o mesmo empenho e presteza por parte da equipe.

A participação da Atenção Básica facilita o estabelecimento de confiança e empatia com a família e/ou amigos (os) da (o) falecida (o), fato que propicia a obtenção de informações confiáveis durante a entrevista domiciliar.

Nas áreas de municípios sem cobertura do PACS ou ESF fica a critério do gestor local designar os profissionais de saúde responsáveis pela investigação domiciliar e ambulatorial.

6.3. INVESTIGAÇÃO HOSPITALAR

A coleta de dados no prontuário hospitalar e/ou do pronto atendimento deve ser feita por técnicos do NHE (Núcleo Hospitalar de Epidemiologia), quando ele existir.

Em caso de ausência, a coleta, a critério do gestor local, pode ser realizada pela CCIH (Comissão de Controle de Infecção Hospitalar) ou outro profissional de saúde. De preferência, os profissionais escolhidos não devem ser os mesmos envolvidos diretamente na assistência ao óbito.

ANEXOS

OUTRAS PATOLOGIAS COMUNS

ANEMIAS CARENCIAIS

As anemias por carências são muito frequentes em nosso meio, principalmente, a ferropriva e a megaloblástica. Na gestação, a ocorrência de anemia é aumentada devido às alterações hemodinâmicas características do período gestacional. Devem-se considerar os seguintes parâmetros para o diagnóstico e acompanhamento da anemia ferropriva nas gestantes:

- Hemoglobina ≥ 11 g/dL: ausência de anemia. Iniciar a suplementação de 40 mg/dia de ferro elementar a partir da 20ª semana devido à maior intolerância digestiva no início da gravidez. Recomenda-se ingestão uma hora antes das refeições;
- Hemoglobina < 11 g/dL e > 8 g/dL: diagnóstico de anemia leve a moderada. Prescrever sulfato ferroso em dose de tratamento de anemia ferropriva (120 a 240 mg de ferro elementar/dia) de três a seis drágeas de sulfato ferroso/dia, via oral, uma hora antes das principais refeições;
- Repetir o exame em 60 dias. Se os níveis estiverem subindo, manter o tratamento até a hemoglobina atingir 11 g/dL, quando deverá ser mantida a dose de suplementação (40 mg de ferro elementar ao dia), e repetir o exame em torno da 30ª semana. Se os níveis de hemoglobina permanecerem estacionários ou em queda, referir a gestante ao pré-natal de alto risco;
- Hemoglobina < 8 g/dL: diagnóstico de anemia grave. A gestante deve ser relatada imediatamente ao pronto-socorro do Hospital Nardini. Observação: Sulfato ferroso de 1 comprimido = 200 mg, o que corresponde a 40 mg de ferro elementar. Importante destacar, ainda, a anemia falciforme.

Esta condição de saúde é predominante entre afrodescendentes. Trata-se da doença hereditária mais comum no Brasil. A gravidez é uma situação potencialmente grave para as pacientes com doença falciforme, assim como para o feto e para o recém-nascido. Os efeitos na gravidez podem ser aumento das crises dolorosas, piora do quadro de anemia, abortamento,

crescimento intrauterino retardado, trabalho de parto prematuro e toxemia gravídica.

O diagnóstico de anemia falciforme é comprovado com o exame de eletroforese de hemoglobina, o qual deve ser solicitado para todas as gestantes no primeiro trimestre. São também relativamente comuns a talassemia e a anemia microangiopática.

Todas as gestantes com anemia falciforme devem ser encaminhadas imediatamente ao PNAR e ao hematologista. Gestantes com traço falciforme devem ser acompanhadas pela UBS com a manutenção do ácido fólico 5 mg até o término da gestação. Casos de talassemia com anemia importante deverão também ser encaminhados ao PNAR e ao hematologista.

ÊMESE E HIPERÊMESE GRAVÍDICA

A hiperênese gravídica se caracteriza por vômitos contínuos e intensos que impedem a alimentação da gestante, ocasionando desde a desidratação e oligúria até perda de peso (acima de 5%) e transtornos metabólicos. Nos casos graves, pode chegar à insuficiência hepática, renal e neurológica.

Alguns fatores etiológicos são os aspectos emocionais e adaptações hormonais, gestação múltipla, mola hidatiforme, pré-eclâmpsia, diabetes e aloimunização Rh. Outros fatores que devem ser afastados são a úlcera gástrica, cisto torcido de ovário, gravidez ectópica, insuficiência renal e infecções intestinais. Os vômitos tardios da gravidez não devem ser confundidos com hiperênese gravídica.

Os casos de êmese gravídica deverão receber apoio psicológico, ações educativas desde o início da gravidez e reorientação alimentar. Nas situações de êmese persistente, o profissional de saúde deve prescrever drogas antieméticas por via oral associada à parenteral, além de hidratação, reposição eletrolítica e proteção gástrica, quando necessária.

Se não houver melhora clínica, encaminhar ao PSGO do hospital de referência da gestante. Alguns antieméticos orais estão relacionados abaixo:

- Metoclopramida – 10 mg a cada oito horas (atenção ao risco de efeitos extrapiramidais)

Antieméticos injetáveis, se necessário;

- Dimenidrinato 50 mg/ml + cloridrato de piridoxina 10 mg, uso EV ou IM;

- Metoclopramida 5 mg/ml (ampola de 2 ml), uso IM ou EV (este diluído em 20 ml de soro fisiológico).

PARASIToses

O efeito das infecções parasitárias na nutrição materna pode comprometer o desenvolvimento fetal. Mulheres que engravidam com desnutrição, anemia ou infecções crônicas apresentam risco maior de ter filhos com baixo peso ao nascimento e no parto pré-termo.

Assim, as atribuições da atenção primária à saúde no que diz respeito às parasitoses intestinais têm papel importante quanto às orientações de medidas profiláticas às gestantes, tais como:

- Educação sanitária;
- Higiene correta das mãos;
- Tratamento adequado da água, orientando a fervura para torná-la potável;
- Tratamento adequado dos alimentos: vegetais, frutas, verduras, tubérculos e legumes devem ser cuidadosamente lavados em água corrente e clorados para se eliminar eventuais ovos e cistos de parasitas presentes no solo. As carnes de porco e de vaca e, principalmente, linguiças devem ser cozidas e nunca ingeridas malpassadas.

- Não se recomenda o tratamento durante o primeiro trimestre da gestação, e tanto o diagnóstico como o tratamento deveriam ser realizados antes da gestação

- Se necessário realizar tratamento. o momento oportuno é o mais precocemente possível, logo após a 16^a e a 20^a semanas.

¹ O uso está contraindicado no primeiro trimestre, devendo-se preferir o tratamento a partir da 20^a semana.

² O uso está contraindicado nos primeiros e segundos trimestres.

PARASITOSE	MEDICAMENTO	POSOLOGIA
Ancilostomíase	Mebendazol ¹	100 mg duas vezes ao dia, por VO, durante três dias consecutivos
Ascaridíase		
Enterobíase		
Esquistossomose	Oxaminiquine Praziquantel Ditioletona	CONTRAINDICADOS: TRATAR NO PUERPÉRIO (após término da amamentação)
Estrongiloidíase	Tiabendazol ²	500 mg/kg/dia, por VO, em duas tomadas (manhã e noite), durante dois dias seguidos
Himenolepíase	Praziquantel Niclosamida	CONTRAINDICADOS: TRATAR NO PUERPÉRIO (após término da amamentação)
Teníase	Mebendazol ¹	200 mg, por VO, duas vezes ao dia (manhã e noite), durante quatro dias

		seguidos
Tricuríase	Mebendazol ¹	100 mg, por VO, duas vezes ao dia, durante três dias seguidos
Amebíase	Metronidazol ¹	250 mg, três vezes ao dia, por dez dias

TROMBOEMBOLISMO VENOSO EM GESTANTES COM TROMBOFILIA

<p>ANTICOAGULAÇÃO DURANTE O PRÉ-NATAL E POR ATÉ SEIS SEMANAS NO PÓS-PARTO</p> <p>Enoxaparina sódica injetável em dose única diária de 40 mg</p> <p>Obs.: pacientes acima de 90 kg podem necessitar de ajuste de dose, não podendo ultrapassar dose diária de 80 mg</p>	<p>ANTICOAGULAÇÃO APENAS POR ATÉ SEIS SEMANAS NO PÓS-PARTO</p> <p>Enoxaparina sódica injetável em dose única diária de 40 mg</p> <p>Obs.: pacientes acima de 90 kg podem necessitar de ajuste de dose, não podendo ultrapassar dose diária de 80 mg</p>	<p>ANTICOAGULAÇÃO PLENA</p> <p>Enoxaparina sódica injetável em dose de 1 mg/kg, por via subcutânea, a cada doze horas, não podendo ultrapassar 160 mg/dia</p>
<p>Indica-se a profilaxia de complicações da trombofilia nos casos de gestantes com:</p>	<p>Indica-se a profilaxia de complicações da trombofilia nos casos de gestantes com:</p>	<p>Indica-se a anticoagulação plena para trombofilia nos casos de gestante com:</p>
<p>a) história pessoal de TEV e moderado a alto risco de recorrência (único episódio não provocado; TEV relacionado à gravidez ou anticoncepção hormonal contendo estrogênio; ou múltiplos TEV prévios não-provocados);</p> <p>ou</p> <p>b) diagnóstico de SAF comprovado clínico e laboratorialmente;</p> <p>ou</p>	<p>a) trombofilia de alto risco e sem história pessoal ou familiar de TEV;</p> <p>ou</p> <p>b) trombofilia de baixo risco e com TEV em parente de primeiro grau;</p> <p>ou</p> <p>c) com histórico familiar de TEV com baixo risco de recorrência (trauma, imobilização, cirurgia de longa duração, sem relação com</p>	<p>a) com diagnóstico de SAF e trombose vascular ou com dois ou mais episódios de TEV</p>

c) trombofilia de alto risco e história de TEV em parente de primeiro grau.	anticoncepcional hormonal ou gravidez)	
Dosagem/apresentação: 40 mg/0,4 ml; 60 mg/0,6 mL – seringa preenchida		

- CIDs contemplados: D.68.8, I82.0, I82.1, I82.2, I82.3, I82.8, O22.3, O22.5, Obs: Cids citados apenas para gestantes;
- Quantidade máxima mensal: enoxaparina sódica 40 mg/ml – 124 seringas; 60 mg/0,6ml – 62 seringas
- A solicitação é realizada via Componente Especializado da Assistência Farmacêutica. O profissional deve ir até a farmácia da unidade e preencher os formulários.

ISTs (INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS)

Para um cuidado qualificado é importante explicar para a gestante que o aumento de fluxo vaginal é comum na gestação, não devendo ser prescritas duchas vaginais e reservando os cremes para os casos em que haja diagnóstico de infecção vaginal mediante exame físico.

Importante destacar que todas as ISTs são de notificação compulsória. Elas podem ser agrupadas em síndromes, como apresentadas a seguir:

SÍNDROME DE ÚLCERA GENITAL

Presença de lesão ulcerada em região anogenital, de causa não traumática, única ou múltipla, podendo ser precedida por lesões vesiculosas. As causas mais comuns são, à exceção da sífilis primária, o cancro mole e o herpes genital. Seguimento conjunto com PNAR.

SÍNDROME DE CORRIMENTO VAGINAL

Corrimento em cores branca, acinzentada ou amarelada, acompanhado de prurido, odor ou dor durante a relação sexual, pode ocorrer durante a gestação. As causas mais comuns são a candidíase, a tricomoníase e a vaginose bacteriana. Apenas a tricomoníase é considerada de transmissão sexual

SÍNDROME DE CORRIMENTO CERVICAL

Caracteriza-se pela presença de corrimento mucopurulento proveniente do orifício externo do colo do útero, acompanhado ou não por hiperemia, ectopia ou colpíte. As causas mais comuns são infecção por gonococo e clamídia.

SÍNDROME DO CORRIMENTO URETRAL

Caracteriza-se pela presença de corrimento uretral purulento ou mucopurulento. O tratamento para clamídia e gonoco deve ser feito como proposto para corrimento cervical. Caso haja suspeita de tricomoníase (pela característica do corrimento, exame específico ou resistência ao primeiro tratamento), pode-se prescrever Metronidazol 2 g via oral, dose única, para o casal.

CONDILOMA ACUMINADO

Caracteriza-se por lesões verrucosas, isoladas ou agrupadas, úmidas ou secas e queratinizadas, geralmente localizadas na vulva, períneo e região perianal, causadas pelo vírus HPV (Papiloma Vírus Humano). Para o tratamento da gestante é importante orientar o uso de preservativo e avaliação do parceiro sexual, com suspensão de atividade sexual durante o tratamento.

A escolha do tratamento vai se basear no tamanho e no número das lesões:

- NUNCA usar podofilina, podofilotoxina ou imiquimod durante qualquer fase da gravidez;
- Lesões pequenas, isoladas e externas – cauterização química com ácido tricloracético 70 a 80%;
- Lesões grandes e externas – encaminhar para CRSMCA para ressecção com eletrocautério ou cirurgia de alta frequência (exérese por alça diatérmica ou LEEP) em qualquer fase da gravidez, evitando-se no final do terceiro trimestre (quando se deve encaminhar ao PNAR para avaliação).

INFECÇÃO PELO STREPTOCOCCUS AGALACTIAE DO GRUPO B

O trato gastrointestinal é o reservatório natural do Streptococcus agalactiae do grupo B, que pode colonizar de forma transitória, crônica ou intermitente a vagina ou o reto de até 30% das gestantes, podendo causar infecção do trato urinário em até 4% das gestações e no puerpério. Caso a paciente apresente infecção urinária por Streptococcus agalactiae é necessário anotar no Cartão da Gestante, pois, independentemente do resultado do swab anal, ela terá de fazer profilaxia com antibioticoterapia.

Conduta: nos casos onde houver contaminação pelo Streptococcus comprovada por swab anal e vaginal realizados a partir da 35ª semana de

gestação, deve ser devidamente anotado e anexado o resultado no Cartão de Pré-natal para que o hospital de referência possa identificar e iniciar o tratamento com antibioticoterapia de acordo com protocolo hospitalar até quatro horas anteparto.

ALOIMUNIZAÇÃO MATerno-FETAL

O diagnóstico deve ser feito em todas as gestantes Rh negativo com possibilidade de exposição aos antígenos do complexo Rh. É importante verificar se a gestante está imunizada

Quando positivo, essa deve ser encaminhada para o PNAR. Se o resultado for negativo é preciso repeti-lo mensalmente até a realização da imunoglobulina anti-D.

No pré-natal, a gestante deverá ser avaliada conforme fluxograma de atendimento – gestantes e puérperas com indicação de anti-imunoglobulina D e administrado a imunoglobulina anti-D 300 µg entre a 28ª e a 32ª semana em todos os casos.

Esta deve ser solicitada por meio do laudo de medicação de alto custo. Após administração da imunoglobulina, as gestantes passarão a ter coombs indireto positivo por período de quatro a seis semanas após a aplicação.

VARIZES E TROMBOEMBOLISMO

As varizes se manifestam ou se agravam na gestação por fatores hereditários, pela congestão pélvica, pela compressão mecânica do útero grávido e por alterações hormonais.

São mais frequentes nos membros inferiores, sobretudo no direito, mas podem aparecer também na vulva. Nesta localização, elas habitualmente desaparecem após o parto. Na história clínica é importante perguntar à gestante sobre a ocorrência de situações semelhantes em familiares. As varizes estão associadas a edemas e à sensação de desconforto ou dores nas pernas.

Recomendar à gestante:

- Não permanecer muito tempo em pé ou sentada e evitar inatividade;
- Repousar por ao menos vinte minutos, diversas vezes ao dia, com as pernas elevadas;
- Que pode ser útil elevar os pés da cama;
- Não usar roupas muito justas e, se possível, utilizar meia-calça elástica para gestante;
- Pode-se indicar meias de média compressão com tamanho sugerido a partir da aferição da circunferência da panturrilha;

- Valorizar a possibilidade de complicações tromboembólicas. As varizes vulvares não requerem tratamento específico e raramente são causas de sangramentos profusos.

A oclusão total ou parcial de uma veia por um trombo, com reações inflamatórias primária ou secundária de sua parede, caracteriza-se como tromboembolismo, sendo mais comum em membros inferiores e como consequências de varizes, da imobilização prolongada no leito, da obesidade e/ou de compressão da musculatura da panturrilha.

Podem existir antecedentes de trombose. A suspeita diagnóstica é feita por meio da história clínica de dor na panturrilha ou na coxa, aumento da temperatura local, edema, dificuldade de deambulação e/ou dor a dorsiflexão do pé (sinal de Homans).

Atentar para morbidade obstétrica:

- Três abortamentos precoces inexplicados;
- Óbito fetal com mais de dez semanas com produto morfológicamente normal;
- Parto prematuro antes de 34 semanas com pré-eclâmpsia, eclâmpsia ou insuficiência placentária.

Paciente gestante com risco de tromboembolismo deve ser encaminhada para o ambulatório de alto risco para confirmação do diagnóstico e tratamento.

GEMELARIDADE

Gestações múltiplas estão associadas ao aumento da morbidade e letalidade perinatal, notadamente resultado de maior número de recém-natos prematuros e de baixo peso. Também determinam maior frequência de malformações fetais, assim como alterações de vascularização e de quantidade de líquido amniótico.

O diagnóstico clínico de gemelaridade se baseia na altura do fundo do útero maior que a esperada e pela ausculta de dois focos distintos de atividade cardíaca, o que somente pode ser percebido a partir do segundo trimestre. A ultrassonografia, idealmente realizada já no primeiro trimestre, fornecerá subsídios importantes para o adequado acompanhamento da gestação gemelar.

O primeiro aspecto a ser observado se refere à corionicidade e à amnionicidade. A presença de gestação gemelar monócoriônica e diamniótica deve ser cuidadosamente investigada, posto que em 10% dos

casos podem evoluir para Síndrome de Transfusão Feto-fetal, resultando muitas vezes em evolução perinatal desfavorável.

A diferença de peso entre os fetos acima de 20% ou 25% deve ser considerada fator de risco para maior morbidade. Casos confirmados devem ser encaminhados ao PNAR.

MALFORMAÇÕES FETAIS E PLACENTÁRIAS

Abrange todos os desvios em relação à forma, tamanho, posição, número e coloração de uma ou mais partes capazes de ser averiguadas macroscopicamente ao nascimento e/ou decorrente de condição morfológica congênita, ainda que por ser discreta não tenha sido verificada na ocasião em que a criança nasceu. A suspeita deve ser evidenciada pelo exame de ultrassom em qualquer idade gestacional, e os casos devem ser encaminhados ao PNAR.

POLIDRÂMPIO

É o aumento excessivo do volume do líquido amniótico, superior a 2.000 ml, em gestações acima de 30 semanas. Sua incidência varia segundo o procedimento utilizado para o diagnóstico, seja clínico ou ultrassonográfico, variando ao redor de 0,5% a 1,5%.

Há inúmeras condições maternas, fetais e placentárias associadas ao polidrâmio, dentre elas:

- Malformações fetais (p. ex., obstrução gastrintestinal ou do trato urinário);
- Gestação múltipla;
- Diabetes materno;
- Anemia fetal, incluindo anemia hemolítica por incompatibilidade de Rh;
- Outros distúrbios fetais (p. ex., infecções) ou anormalidades genéticas;
- Idiopática sinais e sintomas polidrâmio são frequentemente assintomáticos. Mas, algumas mulheres, especialmente quando o polidrâmio é grave, têm dificuldade respiratória e/ou contrações prematuras dolorosas. Às vezes, o tamanho do útero é maior do que o esperado para a época.

Diagnóstico

- Medição ultrassonográfica do índice do líquido amniótico (ILA);
- Exame ultrassonográfico abrangente, incluindo avaliação das malformações fetais;
- Testes maternos para causas suspeitas com base na história.

Geralmente, suspeita-se de polidrâmio com base nos resultados ultrassonográficos ou no tamanho do útero, maior do que o esperado para

época. Entretanto, as estimativas qualitativas do volume de líquido amniótico tendem a ser subjetivas.

Assim, se há suspeita de polidrâmnio, o líquido amniótico deve ser avaliado quantitativamente usando o ILA. O volume de líquido amniótico não pode ser medido com segurança diretamente, exceto, talvez, durante o parto por cesariana.

Portanto, define-se indiretamente líquido excessivo usando critérios ultrassonográficos, tipicamente o ILA, que é a soma da profundidade vertical do líquido medido em cada quadrante do útero. O ILA normal varia de > 5 a < 24 cm; valores ≥ 24 cm indicam polidrâmnio.

Tratamento

- Parto por volta da 39ª semana;
- Possivelmente, remoção manual do líquido amniótico (amniorredução).

As recomendações para o monitoramento pré-natal dependem da gravidade do polidrâmnio com base no ILA ≥ 30 cm (que aumenta o risco de morte fetal).

O monitoramento pré-natal deve começar tão cedo quanto na 32ª semana ou sempre que é diagnosticado depois disso. E deve incluir cardiotocografia ao menos uma vez por semana. Mas não foi comprovado que esse monitoramento diminui a taxa de mortalidade fetal.

- ILA ≥ 24 a < 30 cm: o monitoramento pré-natal com cardiotocografia não é mais recomendado. Em todos os graus de polidrâmnio é preciso realizar ultrassonografia a cada quatro semanas para verificar se há macrossomia e avaliar a anatomia fetal;
- Parto aproximadamente na 39ª semana deve ser planejado. O modo deve ser baseado nas indicações obstétricas habituais (p. ex., parte de apresentação);
- Redução do volume de líquido amniótico (p. ex., por amniorredução) ou redução da sua produção somente deve ser considerada se ocorre parto prematuro ou se polidrâmnio provoca sintomas maternos graves. Mas, não há evidências de que essa abordagem melhora os resultados. Além disso, não há consenso sobre a quantidade de líquido a se remover e a rapidez com que deve ser removido, embora a remoção de cerca de 1 litro ao longo de vinte minutos tenha sido sugerida;
- Os distúrbios que podem contribuir para polidrâmnio (p. ex., diabetes materno) devem ser controlados;
- Ele pode ser agudo, que é raro e acontece no meio da gestação repentinamente com muita sintomatologia materna e mau prognóstico, ou crônico, mais frequente, no terceiro trimestre;

- Todos os casos devem ser encaminhados ao PNAR.

MALFORMAÇÃO UTERINA

O útero pode apresentar malformação congênita. As mais comuns são útero bicorno, útero septado, útero didelfo. A maioria delas é detectada no curso da gestação, devendo ser acompanhada de forma criteriosa pelo risco de abortamento e trabalho de parto prematuro.

- Útero bicorno – caracteriza-se pelo fato de o corpo do útero não se desenvolver corretamente e se encontrar dividido em dois;
- Útero septado – caracteriza-se pela presença de um septo longitudinal que divide a cavidade uterina em dois;
- Útero didelfo – caracteriza-se pela presença de dois úteros completamente desenvolvidos, cada um deles formado por um corpo;
- Os casos suspeitos devem ser encaminhados ao PNAR.

MIOMAS

São tumores sólidos benignos formados por tecido muscular. Seu tamanho pode variar bastante e alguns provocam aumento do abdômen. O mioma na gravidez é uma situação delicada que pode ou não trazer complicações. A queixa mais frequente é a dor abdominal e as complicações que podem surgir são aborto espontâneo, parto antes da data prevista, sangramento durante a gravidez, descolamento prematuro da placenta e aumento das chances da cesárea.

Em geral, o mioma cresce durante a gravidez devido à resposta em relação às variações hormonais típicas desta fase. Dependendo do tamanho e da localização do mioma, o crescimento e o desenvolvimento do bebê podem ser afetados. O tratamento para o mioma durante a gravidez normalmente é feito com o uso de analgésicos e repouso. Dúvidas devem ser discutidas com o PNAR e, em caso de necessidade, encaminhadas ao ambulatório de alto risco.

INSUFICIÊNCIA ISTMO CERVICAL

Trata-se de abertura indolor do colo do útero que resulta no parto do bebê durante o segundo trimestre de gravidez.

Causas

- O enfraquecimento do colo do útero não é bem compreendido. É possível que seja causado por combinação de anomalias estruturais e fatores como infecção;

- Quadros clínicos que aumentam o risco de ter um colo do útero fraco (fatores de risco) incluem:
 - Doença do tecido conjuntivo presente no nascimento (congenita), como a síndrome de Ehlers-Danlos;
 - Lesão no colo do útero;
 - Defeitos congênitos do útero, incluindo ducto mülleriano (por exemplo, um útero que não tem formato normal);
 - Histórico de dois ou mais abortos espontâneos durante o segundo trimestre.
- Às vezes, o colo do útero é lesionado durante um parto anterior. Ele também pode ser machucado quando fragmento grande de tecido é removido do colo do útero para biópsia (procedimento denominado biópsia de cone) ou quando o câncer do colo do útero é tratado;
- A maioria das mulheres com insuficiência cervical não tem nenhum dos quadros clínicos descritos acima.

Sintomas

Muitas mulheres não têm sintomas até que o bebê nasça prematuramente. Outras apresentam sintomas mais cedo, os quais podem incluir pressão na vagina, sangramento vaginal ou manchas de sangue, dor indefinida no abdômen ou nas costas e secreção vaginal.

Diagnóstico

- Ultrassonografia – a insuficiência istmocervical normalmente não é identificada até a mulher ter um bebê de modo prematuro. A suspeita é quando a mulher apresentou sintomas ou fatores de risco para ter um colo do útero fraco, como, por exemplo, histórico de abortos espontâneos durante o segundo trimestre.

Tratamento

- Cerclagem entre 12 e 16 semanas;
- Os casos suspeitos devem ser encaminhados ao PNAR.

RESTRIÇÃO DO CRESCIMENTO FETAL

Refere-se à impossibilidade do feto em atingir seu potencial de crescimento por causas genéticas ou ambientais. O diagnóstico obstétrico provável de RCF (Restrição do Crescimento Fetal) é feito quando o peso fetal estimado pela ultrassonografia obstétrica é inferior ao percentil 10 (p10) para a idade gestacional (IG) e mais grave quando inferior ao p3.

Para o diagnóstico será necessária a determinação exata da IG. A datação da gestação deve levar em conta a certeza da data da última menstruação (DUM) concordante com a ultrassonografia obstétrica realizada até a 12^a

semana ou, ao menos, duas ultrassonografias compatíveis até a 20ª semana.

Em situações nas quais a IG é incerta, a avaliação do crescimento fetal se torna difícil e deve ser realizada pelo PNAR. Uma altura uterina que seja menor que a esperada para a determinada idade gestacional deve demandar avaliação para esclarecimento.

GRAVIDEZ ECTÓPICA

Deve-se suspeitar sempre que houver história de atraso menstrual, teste positivo para gravidez, perda sanguínea uterina e dores no baixo-ventre.

Conceito

Conceitua-se prenhez ectópica quando a nidação e o desenvolvimento do ovo ocorrem fora da cavidade endometrial.

Etiopatogenia

- Doença inflamatória pélvica;
 - Endometriose;
 - Cirurgia tubária prévia;
 - Contraceção com progesterona ou DIU;
 - Antecedente de gravidez ectópica;
-
- Prenhez abdominal: cerca de 1% das ectópicas normalmente é secundária;
 - Prenhez tubária: representa 98% das gestações ectópicas. Os locais de implantação podem variar nos diversos segmentos tubários;
 - Prenhez ovariana: representa 1% das ectópicas. Normalmente é secundária.

Quadro clínico

A dor e o sangramento vaginal são os sintomas mais importantes da gravidez ectópica. Em quase todos os casos a dor está presente. O sangramento pode ser de pequena quantidade e/ou irregular, às vezes após pequeno atraso da menstruação.

- A. SUB-AGUDA é a mais comum (70%) na ampola tubária:
 - Sinais e sintomas de irritação peritoneal;
 - Náuseas e vômitos;
 - Dor abdominal baixa;
 - Distensão abdominal;
 - Estado subfebril;
 - Leucocitose moderada (10 a 12 mil/mm³);
 - Abdômen doloroso à palpação;
 - Quadro clínico compatível com discreta hemorragia interna;

- Lipotimia;
- Taquisfigmia moderada (até 90 bpm);
- Mucosas descoradas;
- Pressão arterial ainda normal.

Exame ginecológico

- Dor à pressão do fundo de saco posterior (grito de Douglas);
- Dor à manipulação do colo uterino;
- Tumor anexial nem sempre é encontrado.

- B. AGUDA: Istmo da trompa, 30 % dos casos.

A rotura ocorre com intensa hemorragia intraperitoneal.

Sinais e sintomas

- Dor na fossa ilíaca ou hipogástrio de forte intensidade;
- Dor escapular geralmente do lado direito (por irritação do nervo frênico).

Quadro clínico compatível com choque hemorrágico

- Palidez;
- Sudorese;
- Extremidades frias, pulso fino, rápido;
- Hipotensão.

Exame ginecológico

- Revela aspectos semelhantes à da forma subaguda.

Diagnóstico clínico

- Dor abdominal;
- Atraso menstrual;
- Sangramento vaginal;
- Massa anexial dolorosa;
- Mobilização dolorosa do colo uterino.

A dosagem da fração beta do hormônio gonadotrófico coriônico (β -hCG) é de fundamental importância no diagnóstico da gravidez ectópica. Um exame negativo descarta a possibilidade de gravidez e um positivo a confirma, embora não determine a sua localização.

A duplicação dos níveis séricos de β -hCG em 48 horas sinaliza uma gravidez com desenvolvimento normal. Caso tal duplicação não ocorra, trata-se de falha no desenvolvimento da gestação, podendo se tratar tanto de uma gravidez ectópica como de um aborto. Na suspeita diagnóstica, encaminhar a gestante ao PSGO do HCDRN.

MOLA HIDATIFORME

É um tumor usualmente benigno que se desenvolve a partir do tecido placentário em fases precoces de uma gravidez em que o embrião, na maioria das vezes, não se desenvolve.

Deve-se suspeitar sempre que houver:

- Presença de sangramento vaginal intermitente, geralmente de pequena intensidade, indolor e, por vezes, acompanhado da eliminação de vesículas (sinal patognomônico);
- Altura uterina ou volume uterino incompatíveis com o esperado para a idade gestacional, sendo maiores previamente a um episódio de sangramento, e menores após o ocorrido (útero em sanfona);
- Presença de hiperêmese mais acentuada, podendo levar a mulher a estados de desidratação e distúrbios hidroeletrolíticos;
- Presença de hipertensão arterial precoce, já que essa é uma das poucas condições de pré-eclâmpsia previamente à 20ª semana de gestação.

O diagnóstico é ultrassonográfico e estas mulheres devem ser encaminhadas ao PSGO do HCDRN para tratamento (esvaziamento uterino). O controle pós-molar deve ser realizado na Atenção Básica, com acompanhamento clínico e laboratorial visando a detecção precoce de recorrência, assim como a evolução para formas malignas da neoplasia trofoblástica gestacional.

As náuseas tendem a desaparecer progressivamente. A involução uterina e a suspensão do sangramento ocorrem em cerca de cinco semanas. A dosagem do BHCG quantitativo deve ser realizada mensalmente após o esvaziamento uterino até que seus valores se mostrem declinantes e os resultados sejam negativos por três dosagens consecutivas.

A ultrassonografia transvaginal tem por objetivo monitorar a involução uterina e regressão dos cistos tecaluteínicos ovarianos. O exame radiológico de tórax deve ser realizado a fim de detectar metástases assintomáticas (os locais mais frequentes de metástase são os pulmões e a vagina), como também ultrassonografia abdominal.

A anticoncepção deve ser iniciada em, no máximo, quinze dias após o esvaziamento uterino, preferencialmente com anovulatório hormonal oral de baixa dosagem (sugere-se os disponíveis na rede de saúde pública, seja o combinado – etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg – ou a monoterapia noretisterona 0,35 mg).

Deve-se evitar nova gravidez por ao menos um ano após o esvaziamento uterino e negatificação dos exames.

Encaminhamento para Pré-Natal de Alto Risco Protocolo

1 - Diabetes Mellitus

1.1 - Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para o alto risco: • DM I, DM II, DM gestacional (Quadro 1).

1.2 - Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para o alto risco como prioridade P0:

- DM de difícil controle mesmo com mudança de hábitos de vida;
- Diabetes prévio à gestação.

1.3 - Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Quadro clínico (sinais e sintomas associados, achados no exame físico, manifestações de gravidade, comorbidades, antecedentes obstétricos relevantes);
- Idade gestacional (IG), pela data da última menstruação ou ecografia precoce;
- Tipo de diabetes (DM I, DM II, DMG) (Quadro 1);
- Resultado de exames de glicemia de jejum e/ou teste de tolerância à glicose, com data; • Tratamento preconizado. Especificar não farmacológico e/ou farmacológico (dose, duração);
- Descrição de laudo completo de ecografia obstétrica com data, se disponível.

Protocolo 2 – Hipertensão em gestação

2.1 - Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para o alto risco:

- Hipertensão arterial gestacional (atual)
- Hipertensão arterial crônica (diagnosticada antes de 20 semanas de gestação ou histórico de HAS antes da gestação) associada a alguma das seguintes características:
 - Difícil controle de PA em uso de metildopa $\geq 750\text{mg}/\text{dia}$ ou ≥ 2 medicações;
 - PAS ≥ 160 mmHg ou PAD ≥ 110 mmHg, independente de tratamento (após avaliação em urgência) (prioridade 0);
 - Suspeita de HAS secundária; - Lesão de órgão alvo;
 - História de mau passado obstétrico (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina ou perinatal, síndrome HELLP, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, parada cardiorrespiratória, internação em UTI durante a gestação, entre outras);
 - Sinais de insuficiência placentária (oligodrâmnio, restrição de crescimento fetal, aumento de resistência de artérias uterinas).

2.2-Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para urgência/emergência:

- Suspeita ou confirmação de pré-eclâmpsia, eclâmpsia ou crise hipertensiva (PAS ≥ 160 mmHg ou PAD ≥ 110 mmHg) (Quadro 2).

2.3 - Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Quadro clínico (sinais e sintomas associados, achados no exame físico, manifestações de gravidade, comorbidades, antecedentes obstétricos relevantes);
- Idade gestacional (IG), pela data da última menstruação ou ecografia precoce;
- Tipo de hipertensão arterial (gestacional, crônica, histórico em gestação anterior);
- Resultado de aferição da pressão arterial e demais exames complementares rele-

vantes, caso presente;

- Tratamento preconizado. Especificar não farmacológico e/ou farmacológico (dose, duração);
- Descrição de laudo completo de ecografia obstétrica com data, se disponível.

Protocolo 3 - Hipertireoidismo e Hipotireoidismo

3.1 - Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para o alto risco: • Hipotireoidismo sem controle adequado em uso de com levotiroxina $\geq 2,5\text{mcg/kg}$ (Quadro 3);

- Hipertireoidismo, franco ou subclínico (Quadro 4) (Prioridade P0).

3.2 - Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Quadro clínico (sinais e sintomas associados, achados no exame físico, manifestações de gravidade, comorbidades, antecedentes obstétricos relevantes);
- Idade gestacional (IG), pela data da última menstruação ou ecografia precoce;
- Resultado de TSH, T4 livre ou total, com data;
- Tratamento preconizado (medicamento, dose, duração);
- Descrição de laudo completo de ecografia obstétrica com data, se disponível.

Protocolo 4 - Doenças hematológicas

4.1 - Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para o alto risco:

- Anemia com Hb < 8 (caso presente sinais de gravidade e/ou instabilidade hemodinâmica, encaminhar para urgência/emergência) (Prioridade P0);
- Anemia com Hb 8-11, sem melhora após tratamento otimizado (200mg/dia de ferro elementar) por 60 dias, se anemia ferropriva;
- Anemia com Hb < 10 em pacientes com cirurgia bariátrica prévia;
- Plaquetas < 100.000 ; • Outras doenças hematológicas (como trombofilias, anemia falciforme, purpura trombocitopenica idiopática, etc) (Quadro 5 e quadro 6).

4.2 - Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Quadro clínico (sinais e sintomas associados, achados no exame físico, manifestações de gravidade, comorbidades, antecedentes obstétricos relevantes);
- Idade gestacional (IG), pela data da última menstruação ou ecografia precoce;
- Descrever tipo de hemoglobinopatia, e se prévia ou atual;
- Resultado de hemograma completo, plaquetas e outros exames complementares relevantes, com data;
- Tratamento preconizado (medicamento, dose, duração);
- Descrição de laudo completo de ecografia obstétrica com data, se disponível.

Protocolo 5 - Abortos recorrentes 5.1

- Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para o alto risco:

- 3 ou mais perdas espontâneas, confirmadas por ecografia ou histopatológico, com IG < 20 semanas;

- 1 ou mais perdas espontâneas, confirmadas por ecografia ou histopatológico, com >20 semanas;
- História prévia ou suspeita atual de incompetência istmo-cervical (Prioridade P0);
- Suspeita de síndrome antifosfolípideo.

5.2 - Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Quadro clínico (sinais e sintomas associados, achados no exame físico, manifestações de gravidade, comorbidades, antecedentes obstétricos relevantes);
- Idade gestacional (IG), pela data da última menstruação ou ecografia precoce;
- Número de abortos anteriores e IG de cada um;
- Resultado de exames complementares relevantes, com data (como tipo sanguíneo e fator Rh);
- Medicação de uso contínuo (medicamento, dose, duração);
- Descrição de laudo completo de ecografia obstétrica com data, se disponível.

Protocolo 6 - Toxoplasmose

6.1 - Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para o alto risco:

- Suspeita ou diagnóstico de toxoplasmose (Quadro 7).

6.2 - Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Quadro clínico (sinais e sintomas associados, achados no exame físico, manifestações de gravidade, comorbidades, antecedentes obstétricos relevantes);
- Idade gestacional (IG), pela data da última menstruação ou ecografia precoce;
- Resultado de sorologia para toxoplasmose IgM e IgG, com data;
- Resultado de teste de avidéz ao IgG, se indicado, com data;
- Tratamento preconizado, caso necessário (medicamento, dose, duração);
- Descrição de laudo completo de ecografia obstétrica com data, se disponível.

Protocolo 7 - Isoimunização Rh

7.1 - Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para o alto risco:

- Isoimunização Rh em gestação anterior;
- Rh negativo e coombs indireto positivo;
- Rh negativo e feto apresentando achados ecográficos de anemia (após avaliação em urgência/emergência) (Quadro 8); OBS: gestante Rh negativo, deve-se pedir coombs indireto assim que possível (independentemente do tipo sanguíneo do parceiro), para identificar sensibilização prévia. Caso coombs indireto negativo, deve-se repetir mensalmente, a partir de 24 semanas de gestação.

7.2 - Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Quadro clínico (sinais e sintomas associados, achados no exame físico, manifestações de gravidade, comorbidades, antecedentes obstétricos relevantes);
- Idade gestacional (IG), pela data da última menstruação ou ecografia precoce;
- Resultado de tipo sanguíneo, fator Rh e coombs indireto, com data;
- Descrição de laudo completo de ecografia obstétrica com data, se disponível.

Protocolo 8 – Outras condições clínicas maternas de risco a gestação atual

8.1 - Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para o alto risco:

- Cardiopatia grave/IAM prévio
- Pneumopatias graves - como asma descompensada, mesmo com otimização de medicação.
- Nefropatias grave - Doença renal crônica - Glomerulonefrites
- Doenças autoimunes - Lúpus eritematoso sistêmico - Síndrome antifosfolípideo - Outras colagenases
- Doenças neurológicas - Epilepsia - AVC prévio - Paraplegia/tetraplegia
- Deformidade esquelética materna grave
- Desnutrição - Perda de peso acentuada - Obesidade mórbida (IMC \geq 40)
- Anormalidades uterinas congênicas e adquiridas - Útero bicorno, septado, etc - Grandes miomas de segmento anterior, retroplacentarios ou múltiplos - História de conização previa
- Cirurgia bariátrica previa até um ano antes da gestação
- Neoplasia maligna atual ou suspeita de CA de mama ou ginecológico (Prioridade 0) - Incluindo displasia de alto grau, tumor anexial - Exceto neoplasia de pele não melanoma
- Doença psiquiátrica grave (necessário encaminhar ao psiquiatra, casa ainda não faça acompanhamento) - Psicose - Depressão grave - Transtorno de humor bipolar
- Idade materna - <14 anos - >40 anos
- Antecedentes maternos - Sd. HELLP, pré-eclâmpsia, eclampsia (Prioridade P0) - TVP prévio ou atual (prioridade P0) - Necessidade de internação em UTI durante gestação ou pós-parto - Parada cardiorrespiratória - Hemorragia durante ou pós-parto - Cesárea com incisão longitudinal - História de prematuridade
- Outras comorbidades - HIV (descrever exame de carga viral e CD4, se disponível) - Sífilis com alterações ecográficas fetais sugestivas de sífilis congênita (Quadro 9), ou outras complicações - Hepatites (Hepatite B considerar prioridade P0) (Quadro 10) - Condiloma culminado com indicação de tratamento cirúrgico (lesões que obstruem o canal de parto, lesões extensas ou numerosas – maiores que 20 cm²) - Condiloma acuminado no canal vaginal ou colo do útero

8.2 - Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Quadro clínico (sinais e sintomas associados, achados no exame físico, manifestações de gravidade, comorbidades, antecedentes obstétricos relevantes);
- Idade gestacional (IG), pela data da última menstruação ou ecografia precoce;
- Resultado de exames complementares relevantes, com data;
- Tratamento preconizado, caso necessário (medicamento, dose, duração);
- Descrição de laudo completo de ecografia obstétrica com data, se disponível.

Protocolo 9 - Outras condições clínicas fetais ou ecográficas de risco a gestação atual

9.1 - Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para o alto risco:

- Acretismo placentário (prioridade P0)
- Gemelaridade; - Gestação gemelar monocoriônica com crescimento fetal seletivo

(Prioridade 0)

- Restrição de crescimento intrauterino, por altura uterina ou ecografia (feto abaixo do percentil 10 para IG) (após avaliação em urgência)
- Oligoamnio (ILA <8 cm ou bolsão <2 cm) (após avaliação de urgência)
- Polidramnio (ILA >35 cm, bolsão 16 cm ou sintomática (dispneia)
- Placenta prévia oclusiva total (independente de IG) ou parcial em IG >28 semanas
- Inserção velamentosa de cordão ou vasa previa
- RN GIG
- Alteração fetal - Fetos com malformação congênita ou história prévia de conceptos com malformações congênitas; - Suspeita de síndrome genética (microcefalia, higroma cístico, onfalocele, gastroquise, etc); - Suspeita de doenças raras (cromossomopatias, erro inato de metabolismo, etc); - Alteração de translucência nugal.

9.2 - Conteúdo descritivo mínimo que o encaminhamento deve ter:

- Quadro clínico (sinais e sintomas associados, achados no exame físico, manifestações de gravidade, comorbidades, antecedentes obstétricos relevantes);
- Idade gestacional (IG), pela data da última menstruação ou ecografia precoce;
- Resultado de exames complementares relevantes, com data;
- Descrição de laudo completo de ecografia obstétrica com data, se disponível.
- Apêndices – Quadros auxiliares

• **Quadro 1 – Definições de hiperglicemia na gestação**

<p>Diabetes Mellitus (DM) na gestação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • DM (tipo 1, 2 ou outro) diagnosticado antes do período gestacional; ou • diagnóstico de DM durante a gestação, conforme os seguintes parâmetros¹: <ul style="list-style-type: none"> ○ glicemia em jejum maior ou igual 126 mg/dL; ○ glicemia 2 horas após sobrecarga de 75 g de glicose maior ou igual a 200 mg/dL; ○ hemoglobina glicada maior ou igual 6,5%; ○ glicemia aleatória maior ou igual a 200 mg/dL na presença de sintomas (poliúria, polidipsia e perda de peso).
<p>Diabetes Mellitus Gestacional (DMG):</p> <p>Hiperglicemia diagnosticada pela primeira vez durante a gestação, com níveis glicêmicos que não atingem critérios para diagnóstico de DM.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Critérios diagnóstico para DMG, conforme os seguintes parâmetros*: <ul style="list-style-type: none"> ○ glicemia em jejum realizada no primeiro trimestre com valor ≥ 92 mg/dL e ≤ 125 mg/dL*; ou ○ glicemia avaliada pelo Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) com sobrecarga de 75 g de glicose (realizado entre 24 e 28 semanas, para gestantes que no primeiro exame de glicemia apresentaram valor inferior a 92 mg/dL) com pelo menos um dos seguintes resultados: <ul style="list-style-type: none"> - glicemia em jejum ≥ 92 mg/dL e ≤ 125 mg/dL; e/ou - glicemia após 1 hora ≥ 180 mg/dL; e/ou - glicemia após 2 horas ≥ 153 mg/dL e ≤ 199 mg/dL.

¹Confirmar com a paciente se foi realizado jejum adequado de 8h (incluindo líquidos, chá, balas, etc).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de SBD, OPAS e OMS (2017).

• **Quadro 2 – Diagnóstico de pré-eclâmpsia**

Diagnóstico	Critérios
Pré-eclâmpsia	<ul style="list-style-type: none"> • hipertensão arterial após as 20 semanas de gestação e mais UM dos seguintes critérios: <ul style="list-style-type: none"> ○ proteinúria (≥ 300 mg em amostra de urina de 24 horas ou proporção de proteína/creatinina $\geq 0,3$ mg/dL em uma amostra de urina ou fita reagente $\geq 2+$); ou ○ contagem de plaquetas <100.000 céls/mm³; ou ○ creatinina sérica $> 1,1$ mg/dL ou aumento em duas vezes no seu valor basal na ausência de outra doença renal; ou ○ aumento das transaminases hepáticas (duas vezes o limite superior de normalidade); ou ○ edema pulmonar; ou ○ cefaleia persistente e de início recente (excluindo outros diagnósticos e não responsiva a analgesia usual); ou ○ sintomas visuais (visão turva, luzes piscando ou faíscas, escotomas); ou ○ dor epigástrica ou em hipocôndrio direito, grave e persistente, não explicada por diagnósticos alternativos.
Hipertensão crônica com pré-eclâmpsia sobreposta	<ul style="list-style-type: none"> • história de hipertensão antes da gravidez ou com início anterior às 20 semanas de gestação associado à pré-eclâmpsia. Deve-se suspeitar se: <ul style="list-style-type: none"> ○ súbita exacerbação de hipertensão, ou piora ou surgimento de proteinúria¹; ou ○ trombocitopenia de início recente (< 100.000 plaquetas/mm³); ou ○ aumento repentino de enzimas hepáticas a níveis anormais; ou ○ início de sintomas sugestivos de pré-eclâmpsia; ou ○ níveis elevados de ácido úrico.
Pré-eclâmpsia grave	<ul style="list-style-type: none"> • diagnóstico de pré-eclâmpsia (isolada ou sobreposta à hipertensão crônica) e: <ul style="list-style-type: none"> ○ estado hipertensivo com pressão arterial (PA) sistólica ≥ 160 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 110 mmHg, confirmada por intervalo de 15 minutos, aferida com técnica adequada; ou ○ síndrome HELLP: hemólise, aumento de enzimas hepáticas e plaquetopenia; ou ○ sinais de iminência de eclâmpsia: cefaleia, distúrbios visuais (fotofobia, fosfenas e escotomas), hiper-reflexia, náuseas, vômitos e dor no andar superior do abdome (epigástrico ou no hipocôndrio direito); ou ○ eclâmpsia: quadro de convulsões tônico-clônicas, focais ou multifocais, ou coma em mulher com qualquer quadro hipertensivo, não causadas por epilepsia ou que não podem ser atribuídas a outras causas; ou ○ edema agudo de pulmão; ou ○ dor torácica, queixa que deve ser valorizada, se estiver acompanhada ou não por alterações respiratórias, situação que pode ser o resultado de intensa vasculopatia cardíaca e/ou pulmonar; ou ○ insuficiência renal, identificada pela elevação progressiva dos níveis séricos de creatinina ($\geq 1,2$ mg/dL) e ureia, além da progressão para oligúria (diurese inferior a 500 mL/24 horas).

¹Os valores deste aumento não estão claramente definidos. Deve-se suspeitar de pré-eclâmpsia sobreposta naquelas gestantes com qualquer aumento brusco dos níveis pressóricos ou com proteinúria acima do limite superior de normalidade ou clara mudança da linha de base.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de American College of Obstetricians and Gynecologists (2020), DynaMed (2022) e Melvin e Funai (2022).

• **Quadro 3 – Valores de referência do TSH na gestação**

- 1º trimestre: 0,1 - 2,5 mUI/L
- 2º trimestre: 0,2 - 3,0 mUI/L
- 3º trimestre: 0,3 - 3,0 mUI/L

Fonte: Alexander EK, Pearce EN, Brent GA, et al. 2017 Guidelines of the American Thyroid Association for the Diagnosis and Management of Thyroid Disease During Pregnancy and the Postpartum. *Thyroid*. 2017;27(3):315-389.

• **Quadro 4 - Diagnóstico diferencial entre tireotoxicose gestacional transitória e doença de Graves na gestação**

Tireotoxicose gestacional transitória	Doença de Graves
<ul style="list-style-type: none"> • TSH suprimido no primeiro trimestre (<0,1 mU/L); • T4 ou T3 total até 1,5 vezes o valor superior de referência em não gestantes; • ausência de marcadores autoimunes (TRAb ou anti-TPO); • possível associação com hiperêmese gravídica, gestações múltiplas e doença trofoblástica gestacional; • características clínicas de doença de Graves (bócio e oftalmopatia) geralmente ausentes. 	<ul style="list-style-type: none"> • TSH suprimido no primeiro trimestre (< 0,1 mU/L); • elevação de T4 ou T3 total acima de 1,5 vezes o valor superior de referência em não-gestantes; • marcadores autoimunes (TRAb ou anti-TPO) positivos em 95% dos casos; • características clínicas de Graves presentes: oftalmopatia, bócio (com ou sem sopro), alterações ungueais.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023).

• **Quadro 5 – Possíveis perfis hemoglobínicos encontrados em teste de eletroforese de hemoglobina**

Eletroforese de hemoglobina - alterações		
Hb A	Perfil de normalidade = 96 a 98 %	
HB A₂	Perfil de normalidade = 2,5 a 3,5%	
	3,5 a 7%	Talassemia beta menor/traço talassêmico beta
Hb S	30 a 45%	Traço falciforme (heterozigoto)
	75 a 95%	Anemia falciforme (homozigoto)
	60 a 85%	Hb S/Talassemia beta mais (β^+)
	70 a 90%	Hb S/Talassemia beta zero (β^0)
Hb F	Perfil de normalidade = 0 a 1,0%	
	15 a 30%	Persistência hereditária de Hb fetal
	10 a 50%, podendo chegar a 100%	Talassemia beta intermediária
	60 a 98%	Talassemia beta maior
Hb C	30 a 40%	Traço HbC
	95%	Hemoglobinopatia C
Hb C + Hb S	45 a 50% + 50 a 55% (respectivamente)	Hemoglobinopatia SC
Hb H	5 a 30% na vida adulta	Doença da Hemoglobina H (talassemia alfa)
	5 a 10%	Traço talassêmico alfa

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Provan *et. al* (2015).

• **Quadro 6 – Alterações laboratoriais na anemia hemolítica**

- Anemia normocítica ou macrocítica.
- Presença de esferócitos ou esquizócitos.
- Reticulócitos elevados.
- LDH elevado.
- Bilirrubina indireta elevada.
- Haptoglobina diminuída.
- Teste de Coombs direto positivo (anemias hemolíticas autoimunes).
- Teste de Coombs direto negativo (hemólise não imunologicamente mediada).

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Barcellini (2022).

• **Quadro 7 – Sorologia para toxoplasmose na gestação: interpretação e conduta**

SITUAÇÃO	RESULTADOS		INTERPRETAÇÃO e CONDUTA ¹	
	IgG	IgM	INTERPRETAÇÃO	CONDUTA
Primeira sorologia	Reagente	Não Reagente	Imunidade remota: gestante não suscetível	Não solicitar nova sorologia.
	Indeterminado	Não Reagente	Suscetibilidade ou infecção remota	Deve-se repetir a sorologia em nova amostra de sangue após 2 a 3 semanas, idealmente no mesmo laboratório e com a mesma metodologia utilizada no exame anterior.
	Não Reagente	Não Reagente	Suscetibilidade	Orientar prevenção primária; Repetir sorologias a cada 1 a 3 meses.
	Reagente	Reagente/ Indeterminado ²	Suspeita de infecção na gestação	Encaminhar ao pré-natal de alto risco; Notificar o caso no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); Iniciar tratamento conforme idade gestacional ³ ; Solicitar teste de avidéz à IgG: <ul style="list-style-type: none"> • <u>Antes de 16 semanas de gestação:</u> Se <u>avidéz forte</u>: infecção adquirida antes da gestação. Suspende tratamento e gestante retorna para seguimento na APS. • Se <u>avidéz fraca ou moderada/indeterminada</u>: possibilidade de infecção adquirida na gestação. Manter tratamento no pré-natal de alto risco. • <u>A partir de 16 semanas de gestação:</u> Avidéz não permite excluir infecção atual.
Não Reagente	Reagente/ Indeterminado ²	Suspeita de infecção aguda ou IgM falso positivo	Encaminhar ao pré-natal de alto risco; Notificar o caso no SINAN; Iniciar tratamento conforme idade gestacional ³ ; Repetir sorologias IgG e IgM após 3 semanas: Se <u>IgG positiva</u> : confirma infecção. Manter o tratamento no pré-natal de alto risco. Se <u>IgG permanecer negativa</u> : suspende tratamento e gestante retorna para seguimento na APS.	
Amostras subsequentes na gestante suscetível (IgG e IgM iniciais negativos)	Reagente	Não Reagente	Imunidade remota: gestante não suscetível.	Não solicitar nova sorologia.
	Não Reagente	Não Reagente	Suscetibilidade	Orientar prevenção primária.
	Reagente	Reagente/ Indeterminado ²	Infecção durante a gestação.	Encaminhar ao pré-natal de alto risco; Notificar o caso no SINAN; Iniciar tratamento conforme idade gestacional ³ .
	Não Reagente	Reagente/ Indeterminado ²	Suspeita de Infecção aguda ou IgM falso positivo.	Encaminhar ao pré-natal de alto risco; Notificar o caso no SINAN; Iniciar tratamento conforme idade gestacional ³ ; Repetir sorologias IgG e IgM após 3 semanas: <ul style="list-style-type: none"> • Se <u>IgG positiva</u>: confirma infecção. Manter o tratamento no pré-natal de alto risco. • Se <u>IgG permanecer negativa</u>: suspende tratamento e gestante retorna para seguimento na APS.

¹Caso haja exames prévios e/ou não for a primeira gestação, considerar resultados anteriores na decisão.
²Se IgM indeterminado, repetir sorologias em 3 semanas pelo método ELFA (preferencialmente) ou ELISA.
³ (< 16 semanas): Espiramicina 500 mg, 2 comprimidos de 8 em 8 horas (nome comercial: Rovamicina® comprimido revestido com 1,5 MUI, que corresponde a 500 mg de espiramicina). Trocar para esquema tríplice a partir de 16 semanas. Retorno para a monoterapia será orientado conforme avaliação em serviço de Pré-Natal de Alto Risco.
 (≥ 16 semanas): Esquema tríplice: Pirimetamina 25 mg, 2cp, 1x/dia; Sulfadiazina 500 mg, 2 cp de 8/8h ou 3 cp de 12/12h; Ácido Fólico 15 mg 1x/dia. Atenção: ácido fólico não deve substituir o ácido fólico, que deverá ser usado até 1 semana após a suspensão da pirimetamina.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023).

• **Quadro 8 - Alterações ecográficas decorrentes da anemia fetal**

A ecografia obstétrica tem sensibilidade limitada em fetos não hidróticos, mas é um método importante para detectar alterações precoces e quantificar a gravidade da anemia em fetos com risco de desenvolver doença hemolítica perinatal (história prévia de gestação afetada por isoimunização Rh e presença de Coombs indireto materno). As alterações ecográficas decorrentes da anemia fetal incluem:

- alteração da ecotextura placentária;
- derrame pericárdico;
- cardiomegalia;
- aumento do líquido amniótico;
- oligodrômio;
- ascite fetal;
- edema de subcutâneo;
- derrame pleural;
- velocidade máxima do pico sistólico da artéria cerebral média > 1,5 desvios-padrão ou 1,5 múltiplos da mediana.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Zugaib (2019).

• **Quadro 9 – Alterações ecográficas fetais sugestivas de sífilis congênita**

Deve-se suspeitar de sífilis congênita se houver achados característicos na ecografia fetal em gestante com sífilis não tratada ou tratada de forma inadequada. As alterações podem ser detectadas a partir de 20 semanas, mas são inespecíficas e incluem:

- hepatomegalia;
- placentomegalia;
- anemia, com base na velocidade sistólica de pico da artéria cerebral média do Doppler > 1,5 múltiplos da mediana;
- polidrômio;
- ascite ou hidropisia.

Apesar de hepatomegalia e placentomegalia serem achados iniciais, e a anemia, ascite e hidropisia ocorrerem posteriormente no curso da infecção, não é possível excluir ou confirmar sífilis congênita com base no resultado da ecografia.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023), adaptado de Norwitz e Hicks (2022).

• **Quadro 10 – Avaliação Sorológica de infecção ou imunidade ao HBV**

Hepatite B	HBsAg	Anti-HBc total	Anti-HBc IgM	Anti-HBs
Infecção aguda	+	+	+	-
Infecção crônica ativa	+	+	-	-
Infecção prévia resolvida	-	+	-	+
Imunidade vacinal	-	-	-	+

HBsAg: indica infecção ativa.

Anti-HBs: indica imunidade ao HBV.

Anti-HBc total: indica contato com HBV (infecção ativa ou resolvida).

- Infecção ativa: associado a HBsAg +.
- Imunidade: associado a Anti-HBs +.

- Se achado isolado: provavelmente imunidade de longo prazo com títulos de Anti-HBs abaixo do limite de detecção. Período de janela pós-infecção aguda, falso-positivo e raramente hepatite B oculta são diagnósticos diferenciais. Em caso de dúvida no diagnóstico ou conduta em pacientes com anti-HBc reagente isoladamente, entre em contato com o TelessaúdeRS-UFRGS pelo canal 0800 644 6543.

Anti-HBc IgM: indica infecção aguda na maior parte das vezes. Excepcionalmente, reativação de hepatite B crônica pode apresentar esse anticorpo.

HBeAg: indica replicação viral ativa; não auxilia no diagnóstico da infecção, mas sim da fase de uma infecção já confirmada. Na obstetrícia, é útil para determinar a necessidade ou não de profilaxia antiviral na gestação.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2023).

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico {Internet}. Brasília, DF: Ministério da Saúde;2012
2. Brasil. Ministério de Saúde. Rede Cegonha {Internet}. Brasília, DF: Ministério da Saúde: 2011.
3. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco {recurso eletrônico}-1. Ed.rev.-Brasília: Editora do Ministério da Saúde,2013- (Cadernos de Atenção Básica, nº32)
4. Rede Brasileira de Hipertensão na Gravidez. Tratamento HAC, Pré-Eclâmpsia e Eclâmpsia. {Internet} 2025
5. Secretaria Municipal de Saúde de Mauá. Protocolo de Sífilis.
6. Sociedade Brasileira de Diabetes. Rastreamento e Diagnóstico de hiperglicemia na gestação.2022.
7. Brasil. Ministério da Saúde. Protocolo do uso do guia alimentar para gestantes, Guia Alimentar para a população brasileira, 2021.
8. Ministerio da Saúdeb, 2012; Figueiró-Filho,2007 apud Mozzatto, Procianoy,2003.

EXPEDIENTE

Esta publicação é resultado de revisão de material divulgado em 2014 no município e reflete a discussão realizada em toda a rede. Voltada aos trabalhadores e às trabalhadoras que atuam nos diversos setores da saúde, traça as principais diretrizes e acordos técnicos relacionados à rede articulada de cuidado materno-infantil e demonstra o compromisso da gestão municipal com a qualidade da assistência e com a formação permanente dos profissionais do SUS (Sistema Único de Saúde) a partir da atualização das melhores práticas de saúde.

O material considera as revisões, bem como as atualizações, de profissionais das seguintes áreas:

Gabinete da Secretaria Municipal de Saúde
 Atenção Primária
 Atenção Especializada
 Ambulatório de Pré-Natal de Alto Risco
 Atenção Hospitalar
 Atenção às Vigilâncias
 Apoio à Gestão

Mauá, julho de 2025
 Gestão municipal 'Amor pela nossa gente'

Prefeito: **Marcelo Oliveira**
 Secretária de Saúde: **Eliene de Paula Pinto**
 Secretárias adjuntas de Saúde: **Kátia Navarro Watanabe e
 Margareth Lodos Tangerino**

