



Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins

# Protocolos de Atenção Integral à Saúde da Mulher Tocantinense

Palmas-TO  
2012

Pré-concepção, Pré-natal, Parto e Puerpério

1

# **GOVERNO DO ESTADO DO TOCANTINS**

## **Governador**

José Wilson Siqueira Campos

## ***Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins***

### **Secretário**

Vanda Maria Gonçalves Paiva

### ***Diretoria Geral de Atenção e Promoção à Saúde***

#### **Diretora**

Morgana Martins dos Santos

### ***Diretoria de Atenção Primária***

#### **Diretora**

Maria Nadir da Conceição Santos

### ***Coordenação de Ciclos de Vida***

#### **Coordenadora**

Anna Crystina Mota Brito Bezerra

### ***Gerência de Saúde da Mulher***

#### **Gerente**

Karine Vasconcelos Santos

### **Técnicas**

João Maciel Filho

Margarida Araújo Barbosa Miranda

Mônica Aparecida da Silva Fernandes

Raphaella Pizani Castor Pinheiro Silva

**Secretaria de Estado da Saúde do Tocantins  
Diretoria Geral de Atenção e Promoção à Saúde  
Diretoria de Atenção Primária**

# **Pré-concepção, Pré-natal, Parto e Puerpério**

**Protocolos de Atenção Integral à Saúde da Mulher  
Tocantinense, nº 1**

PALMAS – TO  
2012



## **Organizadores**

Flávia Pedreira Pereira  
Margarida Araújo Barbosa Miranda  
Marudiney Brasil César Rodrigues

## **Elaboração**

**Grupo de Trabalho – Instituído pela Portaria nº 360, de 22 de dezembro de 2009 (Diário Oficial do Estado nº 3.044 de 28 de dezembro de 2009)**

**Coordenadora do Grupo de Trabalho:** Margarida Araújo Barbosa Miranda

**Composição do Grupo de Trabalho:** Ana Virgínia Gama Manduca (Médica/Sociedade de Ginecologia e Obstetrícia do Tocantins/SOGITO), Carlos Jorge Lins de Souza (Médico/Secretaria Municipal de Saúde de Palmas/Estratégia Saúde da Família), Creusa Alves Miranda (Enfermeira/Superintendência de Atenção e Promoção à Saúde /Gerência de Saúde da Mulher), Christine Ranier Gusman (Enfermeira/Universidade Federal do Tocantins), Flávia Pedreira Pereira (Cirurgiã Dentista/Superintendência de Atenção e Promoção à Saúde/Gerência de Saúde da Mulher), Frederico R. S. Leão (Médico/Superintendência de Vigilância Epidemiológica/Coordenação de Informação de Vigilância em Saúde), Glamar Cunha da Silva (Enfermeiro/Secretaria Municipal de Saúde de Palmas – Estratégia Saúde da Família), Iêda Fátima B. Nogueira (Assistente Social/Secretaria Municipal de Saúde de Palmas/Área De Saúde da Mulher), Liana Barcelar Evangelista Guimarães (Enfermeira/Superintendência de Atenção e Promoção à Saúde/Gerência de Saúde da Criança), Margarida Araújo Barbosa Miranda (Enfermeira/Superintendência de Atenção e Promoção à Saúde/Gerência de Saúde Da Mulher), Michele de Jesus P. Filgueira (Enfermeira/Superintendência de Atenção e Promoção à Saúde/Gerência da Estratégia de Saúde da Família), Nalva Rodrigues dos Santos (Enfermeira/CONSAÚDE/Hospital Padre Luso), Sara Vívía N. C. Guerra (Enfermeira/Superintendência de Atenção e Promoção à Saúde/Gerência Técnica de Média Complexidade).

**Colaboração:** Áreas Técnicas de Saúde da Criança, Adolescente, Alimentação e Nutrição, Prisional, Hipertensão e Diabetes, Monitoramento e Avaliação, Saúde da Família, Saúde Bucal, Câncer de Colo Uterino e Mama, Tabagismo, DST/AIDS/Hepatites Virais, Chagas, TOXOPLASMOSE, Imunização, Saúde Mental, Coordenação de Informação e Vigilância em Saúde, COSEMS, SEMUS - Palmas, Banco de Leite Humano do Hospital e Maternidade Dona Regina, Coordenação de Saúde da Mulher e Criança Indígena/DSEI-TO.

**Validação:** Fórum Perinatal do Tocantins ( Fórum Interinstitucional Permanente)

## **Diagramação e Arte**

Wilson Carreira da Silva

## **Produção, distribuição e informações:**

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE DO TOCANTINS

Diretoria de Atenção Primária  
Coordenação de Ciclos de Vida  
Gerência de Saúde da Mulher

### **Endereço**

Av. NS01 AASO S/N – Esplanada das Secretarias – Praça dos Girassóis / CEP: 77.015-007  
Palmas –Tocantins / Telefone/Fax: (63) 3218-2732  
E-mail: mulher.saude.to@gmail.com Site: www.saude.to.gov.br  
1ª Edição - 2012

## **Ficha Catalográfica**

TOCANTINS. Secretaria de Estado da Saúde. *Atenção Integral à Saúde da Mulher Tocantinense. Caderno 1: Protocolo de Atenção à Mulher no Pré-natal e Puerpério.* Palmas, Secretaria de Estado da Saúde, 2012. 169p.

# Sumário

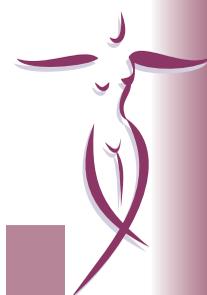
|   |                                  |
|---|----------------------------------|
| <b>Apresentação.....</b>  | <b>9</b>                         |
| <b>1. ATENÇÃO À MULHER NA PRÉ-CONCEPÇÃO.....</b>  | <b>11</b>                        |
| 1.1 Conceito.....   | 12                               |
| 1.2 Avaliação da Mulher/Casal.....  | 12                               |
| 1.3 Educação em Saúde.....  | 15                               |
| <b>2. ATENÇÃO À MULHER NO PRÉ-NATAL.....</b>  | <b>19</b>                        |
| 2.1 Acolhimento.....  | 20                               |
| 2.2 Gestação de Risco Habitual.....   | 24                               |
| 2.2.1 Calendário de Consultas.....  | 24                               |
| 2.2.2 Roteiro para a 1ª Consulta.....   | 24                               |
| 2.2.3 Ações Complementares para Gestação de Risco Habitual.....                         | 33                               |
| 2.2.4 Roteiro para Consultas Subseqüentes (Passo A Passo).....                          | 35                               |
| 2.3 Gestação de Alto Risco.....   | 36                               |
| 2.3.1 Fatores de Risco na Gestação.....   | 36                               |
| 2.3.2 Encaminhamento ao Serviço de Referência para o Pré-natal de Alto Risco.....       | 39                               |
| 2.3.3 Consultas de Pré-natal de Alto Risco.....   | 39                               |
| 2 . 4   |                                  |
|   | <b>P r o c e d i m e n t o s</b> |
| <b>Técnicos.....</b>  | <b>40</b>                        |
| 2.4.1 Cálculo da Idade Gestacional.....   | 40                               |
| 2.4.2 Método para Cálculo da Data Provável do Parto – DPP.....                          | 40                               |
| 2.4.3 Método de Registro Diário de Movimentos Fetais – RDMF.....                        | 41                               |
| 2.4.4 Teste de Estímulo Sonoro Simplificado – TESS.....                                 | 42                               |
| 2.4.5 Detecção de Edema.....  | 43                               |
| 2.4.6 Avaliação Nutricional.....  | 45                               |
| 2.4.7 Verificação da Altura Uterina.....  | 49                               |
| 2.4.8 Exame Ginecológico e Coleta de Material para Colpocitologia Oncótica.....         | 51                               |
| 2.4.9 Exame Clínico das Mamas.....  | 52                               |
| 2.5 Aleitamento Materno.....  | 54                               |
| 2.5.1 Categorias de Aleitamento Materno Reconhecidas pela OMS.....                      | 54                               |
| 2.5.2 Dicas Importantes.....  | 55                               |
| 2.5.3 Técnicas e Atitudes que Facilitam o Sucesso no Aconselhamento em Amamentação..... | 56                               |
| 2.5.4 Técnica de Amamentação.....   | 57                               |



|  |           |
|--|-----------|
| 2.6 Acompanhamento Pré-natal Odontológico.....                                   | 63        |
| 2.6.1 Doença Periodontal e Prematuridade.....                                    | 63        |
| 2.6.2 Competência da Unidade de Saúde.....                                       | 63        |
| 2.6.3 Atendimento Odontológico da Gestante.....                                  | 64        |
| <b>3. MANEJO DAS INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS E OBSTÉTRICAS MAIS FREQUENTES.....</b> | <b>69</b> |
| 3.1 Queixas mais Frequentes na Gravidez.....                                     | 70        |
| 3.2 Anemia na Gravidez.....  | 73        |
| 3.3 Anemia Falciforme (Doença Falciforme).....                                   | 75        |
| 3.4 Hiperêmese Gravídica.....  | 77        |
| 3.5 Síndromes Hemorrágicas.....  | 78        |
| 3.6 Trabalho de Parto Prematuro.....   | 80        |
| 3.6.1 Fatores de Risco para o Trabalho de Parto Prematuro.....                   | 81        |
| 3.6.2 Compete à Unidade de Saúde.....  | 81        |
| 3.7 Prevenção da Doença Hemolítica Perinatal –DHPN.....                          | 83        |
| 3.7.1 Compete à Unidade de Saúde.....  | 83        |
| 3.8 Síndromes Hipertensivas na Gestação.....                                     | 85        |
| 3.8.1 Hipertensão Gestacional.....   | 85        |
| 3.8.2 Doença Hipertensiva Específica da Gravidez – DHEG.....                     | 85        |
| 3.8.3 Pré-eclâmpsia.....   | 86        |
| 3.8.4 Eclâmpsia.....   | 87        |
| 3.8.5 Hellp Síndrome.....  | 87        |
| 3.8.6 Hipertensão Arterial Sistêmica na Gestação.....                            | 88        |
| 3.8.7 Hipertensão Arterial Sistêmica com DHEG Superposta.....                    | 88        |
| 3.9 Diabetes Gestacional.....  | 90        |
| 3.9.1 Fatores de Risco.....  | 90        |
| 3.9.2 Exame Obstétrico Atual.....  | 90        |
| 3.9.3 Compete à Unidade de Saúde.....  | 90        |
| 3.9.4 Orientações Nutricionais para Gestantes Diabéticas.....                    | 90        |
| 3.10 Gestação Prolongada.....  | 93        |
| 3.10.1 Conduta.....  | 93        |
| 3.11 Amniorrexe Prematura.....   | 94        |
| 3.11.1 Diagnóstico.....  | 94        |



|           |  |            |
|-----------|--|------------|
| 3.11.2    | Conduta .....  | 95         |
| 3.11.3    | Amniorrexe Prematura em Mulheres Vivendo com HIV.....        | 96         |
| 3.12      | Parasitose Intestinal.....                                   | 97         |
| 3.13      | Epilepsia.....   | 97         |
| 3.13.1    | Epilepsia em Mulheres.....                                   | 98         |
| 3.13.2    | Efeitos da Gravidez nas Crises Convulsivas.....              | 98         |
| 3.13.3    | Efeitos da Epilepsia na Gravidez.....                        | 98         |
| 3.13.4    | Má-formação Fetal em Gestantes Epilépticas Medicadas.....    | 99         |
| 3.13.5    | Conduta.....   | 99         |
| 3.13.6    | Amamentação.....   | 100        |
| <b>4.</b> | <b>MANEJO DAS INFECÇÕES MAIS FREQUENTES NA GESTAÇÃO.....</b> | <b>101</b> |
| 4.1       | Toxoplasmose Materna.....                                    | 102        |
| 4.1.1     | Rastreamento Sorológico Materno.....                         | 102        |
| 4.1.2     | Infecção Fetal.....  | 104        |
| 4.2       | HIV na Gestação.....   | 107        |
| 4.2.1     | Compete à Unidade de Saúde.....                              | 107        |
| 4.2.2     | Conduta de Acordo com o Resultado da Investigação.....       | 108        |
| 4.3       | Sífilis na Gestação.....                                     | 110        |
| 4.3.1     | Manifestações Clínicas.....                                  | 111        |
| 4.3.2     | Diagnóstico Laboratorial.....                                | 111        |
| 4.3.3     | Compete à Unidade de Saúde.....                              | 112        |
| 4.4       | Doenças Sexualmente Transmissíveis na Gestação.....          | 115        |
| 4.5       | Infecção do Trato Urinário.....                              | 117        |
| 4.5.1     | Classificação.....   | 117        |
| 4.5.2     | Quadro Clínico.....  | 117        |
| 4.5.3     | Complicações.....  | 117        |
| 4.5.4     | Profilaxia.....  | 117        |
| 4.5.5     | Diagnóstico.....   | 118        |
| 4.5.6     | Conduta.....   | 118        |
| <b>5.</b> | <b>ATENÇÃO ÀS GESTANTES EM CONDIÇÕES ESPECIAIS.....</b>      | <b>121</b> |
| 5.1       | A Gestante Fumante.....                                      | 122        |
| 5.1.1     | Compete à Unidade de Saúde.....                              | 122        |
| 5.2       | Gravidez na Adolescência.....                                | 124        |
| 5.2.1     | Aspectos Gerais.....   | 124        |



|  |            |
|--|------------|
| 5.2.2 Princípios Éticos.....   | 126        |
| 5.2.3 Sigilo Profissional e Atendimento ao Adolescente.....  | 127        |
| 5.3 Violência contra a Mulher Durante a Gravidez e Gravidez Resultante de<br>Violência Sexual..... | 128        |
| 5.3.1 Aspectos Gerais da Violência Contra a Mulher Durante a Gravidez.....                         | 128        |
| 5.3.2 Recomendações.....   | 129        |
| 5.3.3 Gravidez Resultante de Violência Sexual.....   | 131        |
| <b>6. SAÚDE MENTAL NA GRAVIDEZ E NO PUERPÉRIO.....</b>   | <b>133</b> |
| 6.1 Aspectos Gerais.....   | 134        |
| 6.2 Transtornos Mentais na Gestação e no Puerpério.....  | 134        |
| 6.3 Conduta.....   | 136        |
| <b>7. ATENÇÃO À MULHER NO PARTO.....</b>   | <b>137</b> |
| 7.1 Orientações Gerais.....  | 138        |
| <b>8. ATENÇÃO À MULHER NO PUERPÉRIO.....</b>   | <b>141</b> |
| 8.1 Orientações Gerais.....  | 142        |
| 8.2 Atenção à Mulher no Puerpério pelo Hospital/Maternidade.....                                   | 142        |
| 8.3 Primeira Semana de Saúde Integral.....   | 143        |
| 8.3.1 Ações a serem Desenvolvidas.....   | 143        |
| 8.4 Atenção Puerperal (Até 42 dias).....   | 147        |
| 8.4.1 Atividades.....  | 147        |
| 8.4.2 Passos para a Consulta.....  | 147        |
| 8.5 Uso de Método Anticoncepcional Durante Aleitamento.....  | 148        |
| 8.6 Puerpério Patológico.....  | 149        |
| 8.6.1 Infecção Puerperal.....  | 149        |
| 8.6.2 Hemorragias.....   | 150        |
| 8.6.3 Transtornos Mentais e de Comportamento.....  | 150        |
| <b>9. ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO.....</b>  | <b>151</b> |
| 9.1 Competência da Unidade de Saúde.....   | 152        |
| 9.1.1 Responsabilidades da Atenção Básica e da Atenção Especializada.....                          | 153        |
| 9.1.2 Responsabilidades da Equipe Saúde da Família.....  | 154        |
| 9.1.3 Visitas Domiciliares.....  | 156        |
| <b>10. SISTEMA DE INFORMAÇÃO.....</b>  | <b>157</b> |
| 10.1 Sistema de Informação.....  | 158        |
| 10.1.1 Os Sistemas Informatizados do Ministério da Saúde.....                                      | 159        |
| <b>Referências.....</b>  | <b>162</b> |
| <b>Anexos .....</b>  | <b>164</b> |



# Apresentação

No Tocantins, assim como no Brasil, vem ocorrendo um aumento no número de consultas de pré-natal por mulher que realiza o parto no SUS. Entretanto, apesar da ampliação da adesão das gestantes ao pré-natal, alguns dados demonstram comprometimento da qualidade dessa atenção, tais como incidência de sífilis congênita, hipertensão arterial como principal causa de morte materna e a baixa cobertura das ações mínimas preconizadas no pré-natal.

Ademais, as altas taxas de mortalidade infantil e principalmente materna no Tocantins, evidencia a preemente necessidade de melhorar a qualidade da atenção à mulher na pré-concepção, no pré-natal, parto e puerpério. Em 2011, a taxa de mortalidade materna alcançou 100 óbitos por 100 mil nascidos vivos, enquanto a Organização Mundial de Saúde preconiza uma taxa menor que 20 por 100 mil nascidos vivos.

Na busca pela redução da mortalidade materna e infantil, o Estado aderiu a todos os pactos e programas lançados pelo Ministério da Saúde. Em 2006 aderiu ao Pacto Nacional pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, em 2009 ao Pacto pela Redução da Mortalidade Infantil e em 2011 à Rede Cegonha. Também em 2009, assinou a Agenda da Criança Amazônia, compromisso firmado com o Fundo das Nações Unidas para Infância (UNICEF), para garantir direitos de crianças e adolescentes, inclusive o direito à saúde.

Em tempos de Rede Cegonha e considerando a importância do papel que desempenham os Protocolos Clínicos para a melhoria da qualidade da atenção à saúde e para a atualização e democratização do conhecimento, apresentamos a vocês profissionais da Atenção Básica do Tocantins, o nosso Protocolo de Atenção à Mulher na Pré-concepção, no Pré-natal, Parto e Puerpério.

Este trabalho é fruto de um grupo de profissionais envolvidos com as questões referentes à saúde da mulher e criança, que se reuniram incansavelmente para revisão de protocolos já existentes nessa temática e adequação à nossa realidade.

Esperamos que este Protocolo desperte em vocês a busca pelo conhecimento e a atualização científica para melhorar a Atenção à Mulher na Pré-concepção, no Pré-natal, Parto e Puerpério.

Luís Fernando Freesz  
Secretário de Saúde do Estado do Tocantins







A  
TENÇÃO À M  
ULHER NA  

---

P  
RÉ-CONCEPÇÃO

## 1.1 Conceito



Consulta que o casal faz antes de uma gravidez, objetivando identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação.

## 1.2 Avaliação da Mulher/Casal

- Anamnese e exame físico;
- Exame ginecológico completo;
- Exames laboratoriais, do casal: Todos os exames do Quadro 1 - página 11 deste Protocolo mais glicemia de jejum, hemograma completo e eletroforese de hemoglobina se for negra (o) e levar antecedentes familiares de anemia falciforme ou se apresentar histórico de anemia crônica;
- Exame clínico das mamas;
- Exame preventivo do câncer do colo do útero (seguindo a rotina preconizada pelo MS);
- Avaliação do risco reprodutivo;
- Orientação nutricional;
- Orientações sobre os riscos do tabagismo e do uso de bebidas alcólicas e outras drogas;
- Orientações quanto ao uso de medicamentos e, se necessário mantê-los, realizar substituição para drogas com menores efeitos sobre o feto;
- Avaliação das condições de trabalho, com orientação sobre os riscos nos casos de exposição a tóxicos ambientais;
- Administração preventiva de ácido fólico, para a prevenção de defeitos congênitos do tubo neural (5 mg, VO/ dia durante 60 a 90 dias antes da concepção);
- Orientação para registro sistemático das datas das menstruações e estímulo para que o intervalo entre as gestações seja de, no mínimo, 2 anos.

### Mulher com risco reprodutivo:

- ✓ Respeitar o desejo de gestar;
- ✓ Orientar o casal sobre os riscos presentes na gestação, tanto para a mãe quanto para o bebê;
- ✓ Encaminhar para a referência para acompanhamento por médico gineco-obstetra, com o intuito de detectar precocemente, prevenir e tratar possíveis complicações.

## Investigar

| QUADRO 1: Sorologias que devem ser realizadas na pré-concepção   |  |  |
|--|--|--|
| SOROLOGIA  | RESULTADO  |  |
|  | NEGATIVO   | POSITIVO   |
| <b>Rubéola</b>   | IgG negativo<br>IgM negativo<br>Imunizar                           | <u>IgM + e mulher com sintomas</u> - tratar de acordo com a sintomatologia e terapêutica adequada e notificar à vigilância epidemiológica.<br><u>IgM negativo e IgG positivo</u> -traduz contato anterior sem doença em atividade = mulher imune |
| <b>Hepatite B</b>  | Ver Quadro 2 página 12<br>Imunizar<br>IgG negativo<br>IgM negativo | Ver Quadro 2 página 12 interpretação dos resultados sorológicos para hepatite B.   |
| <b>Toxoplasmose</b>  | Orientar para a prevenção.   | <u>IgM+</u> Solicitar Teste de Avidéz;<br><u>Alta Avidéz</u> : Infecção recente: realizar tratamento;<br><u>Baixa Avidéz</u> :infecção antiga.   |
| <b>HIV / AIDS</b>  | Orientar para a prevenção.   | - Prestar esclarecimentos sobre o tratamento disponível e orientações para o controle da infecção materna e para a redução da transmissão vertical do HIV.<br>- Encaminhar para a referência em DST/AIDS.  |
| <b>Sífilis / VDRL</b>  | Orientar para a prevenção.   | Tratar a mulher e seu(s) parceiro(s) para evitar a evolução da doença e a Sífilis congênita, conforme Quadro 25 página 112   |
| <b>HIV/Aids</b><br>Oferecer a realização do teste anti-HIV, com aconselhamento pré e pós-teste/ autorização; | Orientar para a prevenção.   | - Prestar esclarecimentos sobre os tratamentos disponíveis e outras orientações para o controle da infecção e para a redução da transmissão vertical;  |

### Outras DST:

- ✓ Orientar para a prevenção.
- ✓ Instituir diagnóstico e tratamento no momento da consulta (abordagem sindrômica conforme preconizado pelo M)

- ✓ Todos os procedimentos deverão ser registrados em prontuários e informados à mulher/casal;
- ✓ É importante, também, avaliação pré-concepcional do parceiro, incluindo a testagem para Sífilis e HIV.



| <b>QUADRO 2: Interpretação dos resultados sorológicos para Hepatite B *</b> |              |              |                     |                       |                 |                 |
|---|--------------|--------------|---------------------|-----------------------|-----------------|-----------------|
| <b>Interpretação</b>  | <b>HBsAg</b> | <b>HBeAg</b> | <b>Anti-HBc IgM</b> | <b>Anti-HBc IgG**</b> | <b>Anti-HBe</b> | <b>Anti-HBs</b> |
| Susceptível   | (-)          | (-)          | (-)                 | (-)                   | (-)             | (-)             |
| Incubação   | (+)          | (-)          | (-)                 | (-)                   | (-)             | (-)             |
| Fase aguda  | (+)          | (+)          | (+)                 | (+)                   | (-)             | (-)             |
| Fase aguda a afina ou hapatite crónica                                      | (+)          | (+)          | (-)                 | (+)                   | (-)             | (-)             |
|   | (+)          | (-)          | (-)                 | (+)                   | (+)             | (-)             |
|   | (+)          | (-)          | (-)                 | (+)                   | (-)             | (-)             |
| Início fase convalescente   | (-)          | (-)          | (+)                 | (+)                   | (-)             | (-)             |
| Imunidade, infecção passada recente   | (-)          | (-)          | (-)                 | (+)                   | (+)             | (+)             |
| Imunidade, infecção passada   | (-)          | (-)          | (-)                 | (+)                   | (-)             | (+)             |
| Imunidade, infecção passada   | (-)          | (-)          | (-)                 | (+)                   | (-)             | (-)***          |
| Imunidade, resposta vacinal   | (-)          | (-)          | (-)                 | (-)                   | (-)             | (+)             |

\*Perfis sorológicos atípicos podem ser encontrados no curso da infecção pelo HBV, tais circunstâncias necessitam da avaliação de um especialista (hepatologista ou infectologista).

\*\*Devido à indisponibilidade comercial deste marcador, utiliza-se o anti-HBc total com teste de triagem.

\*\*\*Com o passar do tempo, o anti-HBs pode estar em níveis indetectáveis pelos testes laboratoriais.

## Vacinar todas as mulheres que:

### Rubéola

- Não tenham sido vacinas anteriormente;
- Não possam comprovar imunidade anterior por doença ou vacina através de documentos confirmatórios (carteira vacinal, carteiras de gestações anteriores, prontuário médico);

Orientar a mulher para prevenir a gravidez para no mínimo 30 dias após ter tomado a vacina contra Rubéola.

## Tétano

|   |   |
|---|---|
| Não vacinada ou não sabe informar passado vacinal.                            | Fazer 3 doses de TT ou DT com intervalos de 60 dias e a terceira 180 dias após a primeira.  |
| Com vacinação incompleta (tendo recebido uma ou duas doses de DPT, DT ou TT). | Completar o número de doses para três, obedecendo o intervalo de 60 dias, ou pelo menos duas doses na gestação e a terceira 180 dias após a primeira. |
| Vacinada com esquema completo, última dose há menos de dez anos.              | Nenhuma dose a aplicar.   |

## Hepatite B

- Menores de 30 anos ou que apresentem fator de risco com maior vulnerabilidade à doença.



Em caso de aquisição da Imunoglobulina, entrar em contato com o CRIE (Centro de Referência para Imunobiológicos Especiais) - HDT / Araguaína – TO (63) 3411-6018

### 1.3 Educação em saúde

As mulheres/casais deverão receber informações educativas, individuais ou coletivas sobre a maternidade/paternidade segura. Para tanto, as equipes e saúde devem abordar, minimamente os temas descritos a seguir:

#### **Informações sobre saúde e reprodução:**

- Importância do ambiente familiar harmônico;
- Importância do planejamento reprodutivo. Deve-se incentivar o casal a:
  - Planejar o número de filhos que pretende ter;
  - Planejar para que as gestações ocorram, preferencialmente, dentro da faixa etária preconizada como de menor risco (20 a 34 anos);



- Planejar o espaçamento mais adequado entre as gestações (preconiza-se 24 meses de intervalo);
- Informações sobre o aparelho reprodutor feminino e masculino e sobre a fertilidade – reconhecimento do período fértil na mulher, concentração das relações sexuais nesse período, etc.;
- Importância da qualidade de vida sobre a saúde em geral e sobre a fertilidade, atividade física periódica, lazer, medidas anti-estresse, alimentação, etc.;
- Importância da dupla proteção, contra gravidez e DST/AIDS;
- Necessidade do conhecimento do método de anticoncepção de emergência.

### **Orientações sobre alimentação / importância da alimentação balanceada**

- Dieta adequada em proteínas, vitaminas, minerais e fibra alimentar;
- Incentivo ao consumo de alimentos ricos em ferro para prevenção de anemia;
- Incentivo ao consumo de alimentos com alto teor de Ácido Fólico para prevenção de má-formação congênita do tubo neural.

### **Orientações para a prevenção de obesidade e desnutrição**

#### **Prevenção de DST por meio de orientação da prática de sexo seguro pelo uso de preservativos**

#### **Prevenção de outras infecções:**

##### ***Toxoplasmose***

- Evitar contato com felinos e caninos;
- Evitar ingestão de carnes cruas ou “mal-passadas”;
- Evitar manusear terra (jardins, canteiros, etc) sem a proteção de luvas.

## ***Hepatite B***

- Orientação sobre sexo seguro, uso de agulhas descartáveis (injeções, tatuagens, acupuntura); transfusões sanguíneas com sangue não contaminado.

### ***Vírus da Inclusão Citomegálica***

- Lavar as mãos cada vez que houver contato com urina, principalmente mulheres que trabalham com crianças que usam fraldas ou tenha filho pequeno.

## **Efeitos deletérios de agentes químicos e outros produtos tóxicos sobre a concepção e a saúde em geral, entre eles:**

- Chumbo – presente nas tintas e vernizes;
- Óxido de etileno – usado na esterilização de materiais cirúrgicos e em alguns pesticidas;
- Agentes encontrados em inseticidas (dibromo cloroporpano);
- Radiação ionizante.







A TENÇÃO À MULHER NO  
PRÉ-NATAL

## 2.1 Acolhimento

A equipe de Saúde da Família é a responsável pelo acolhimento da gestante de sua área. O início do pré-natal deve ocorrer no 1º trimestre de gestação, permitindo que as ações preventivas e terapêuticas sejam oportunamente introduzidas.

1º - Toda mulher da área de abrangência da Unidade de Saúde com história de atraso menstrual de mais de 15 dias, deverá ser orientada pela equipe de saúde a realizar o Teste Rápido de Gravidez (TRG), que será solicitado pelo médico ou enfermeiro. Se o atraso menstrual for maior que 12 semanas, o diagnóstico de gravidez poderá ser feito pelo exame clínico e torna-se desnecessária a solicitação do TRG;

2º - As mulheres com TRG negativo deverão ser inscritas no Planejamento Reprodutivo;

3º - Confirmada a gravidez, o enfermeiro (a) ou o médico (a) realiza o cadastro da gestante no Programa de Humanização do Pré-Natal – PHPN, por meio do preenchimento da Ficha de Cadastramento da Gestante, fornecendo o número do SISPRENATAL e anotando-o no **Cartão da Gestante** e no **Prontuário**;

4º - Nas consultas subseqüentes o acompanhamento da gestante no PHPN, deverá ser realizado por meio do preenchimento da Ficha de Registro Diário dos Atendimentos das Gestantes no SISPRENATAL, que deve ser preenchida pelo profissional (médico ou enfermeiro) que realizar a consulta.

5º - Entregar para a gestante: **Cartão da Gestante** (orientar para que a mesma tenha o Cartão sempre consigo), Agenda da Gestante e o Kit Rede Cegonha (bolsa e trocador de fralda);

6º - Em toda consulta o médico (a) e/ou o enfermeiro (a) devem proceder à avaliação do risco gestacional;

7º - A equipe deve desenvolver atividades educativas, orientando sobre a importância do pré-natal e os cuidados necessários, preparando a gestante para o aleitamento materno e para o parto, além dos cuidados com o bebê;

8º - Agendar o retorno da gestante à consulta pré-natal e encaminhar para consulta odontológica. A atenção pré-natal deve envolver toda a equipe.

*O profissional deve proceder com o completo preenchimento do Prontuário e Cartão da Gestante, atentando para a importância do preenchimento correto, uma vez que este último é o meio de comunicação entre a gestante, Equipe Saúde da Família e profissionais da maternidade.*

9º - A equipe deve realizar visitas domiciliares, com o objetivo de monitorar a gestante, orientar os cuidados adequados, identificar possíveis sinais de risco e realizar os encaminhamentos necessários.

10º - Estimular a participação da mulher/família em grupos de gestantes.

A visita domiciliar do Agente Comunitário de Saúde (ACS) à gestante deverá ser mensal e se necessário retornar em casos de gravidez de risco. Em municípios com Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF) implantado, a Estratégia Saúde da Família (ESF) deverá realizar um trabalho interdisciplinar de acompanhamento à gestante.



O envolvimento da comunidade e dos profissionais de saúde é essencial para que a captação precoce das gestantes ocorra. Esse processo pode ser facilitado pela utilização dos meios de comunicação, por meio de visitas domiciliares e de atividades que visem à educação, especialmente coletiva, da comunidade.



Rede Cegonha: Estratégia implantada pelo Ministério da Saúde em 2011, com o objetivo de implementar a atenção materno-infantil nos estados e municípios. Veja mais informações no site [www.saude.gov.br/mulher](http://www.saude.gov.br/mulher)

#### Gestante Indígena:

- ✓ Este protocolo aplica-se também à gestante indígena;
- ✓ Muitas mulheres indígenas optam por parir conforme seus costumes, com ajuda de partiras profissionais;
- ✓ Os profissionais de saúde devem respeitar essa opção e atuar junto as parteiras para garantir uma atenção de qualidade;
- ✓ Diante de complicação ou identificação de risco, a gestante encaminhada ao parto na maternidade, tem o direito de ser acompanhada pela parteira, se for sua escolha.





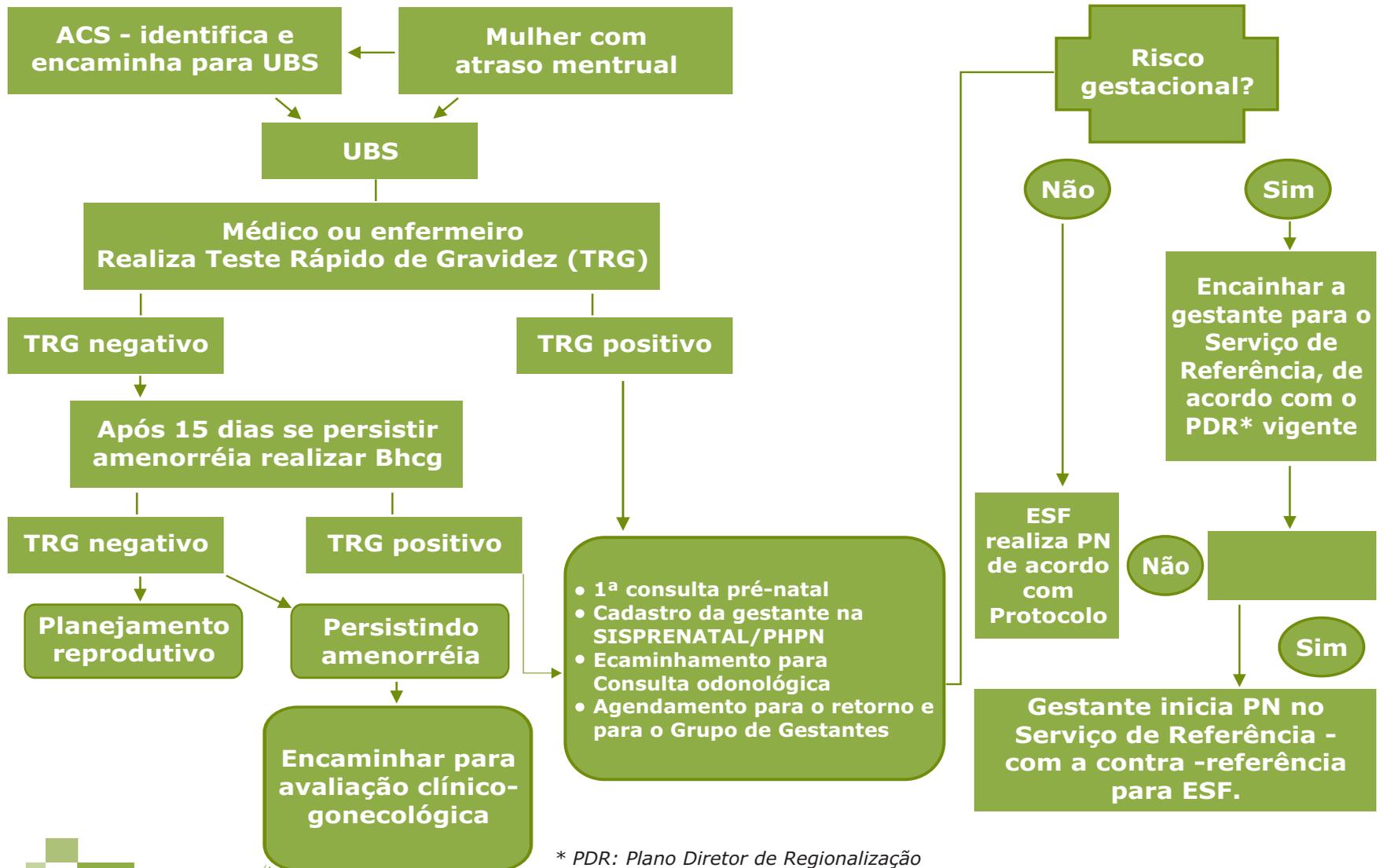
## CONTATOS PÓLO BASE INDÍGENA

|  |                |
|--|----------------|
| Pólo Base Indígena - Município de Itacajá              | (63) 3439-1159 |
| Pólo Base Indígena - Município de Formoso do Araguaia  | (63) 3357-1590 |
| Pólo Base Indígena - Município de Tocantína            | (63) 3367-1349 |
| Pólo Base Indígena - Município de Tocantinópolis       | (63) 3471-2103 |
| Pólo Base Indígena - Município de Sante Fé do Araguaia | (63) 3470-1434 |

### Gestantes Privadas de Liberdade:

- ✓ O Artigo 196 da Constituição Brasileira estabelece que as pessoas privadas de liberdade possuem os mesmos direitos fundamentais à saúde como qualquer outra pessoa;
- ✓ A Lei de Execução Penal, quando se refere à custódia de mulheres nos estabelecimentos penitenciários, no Artigo 14 § 3º diz que “será assegurado acompanhamento médico à mulher, principalmente no pré-natal e no pós-parto, extensivo ao recém-nascido”;
- ✓ A Nota Técnica Conjunta nº 01/2011 dos Ministérios da Saúde e da Justiça recomenda que os estados e municípios, ao aderir à Rede Cegonha, atentem para inclusão das populações de Unidades Prisionais.

## FLUXOGRAMA 1: Atenção Pré-natal pela Equipe de Saúde da Família



## 2.2 Gestação de Risco Habitual

As gestações de risco habitual correspondem a cerca de 90% das gestações e apresentam baixa probabilidade de intercorrências maternas e/ou fetais.

### 2.2.1 Calendário de consultas

- ✓ Para o pré-natal de risco habitual, preconizam-se, no mínimo, 6 consultas, sendo:

**Uma  
consulta no  
1º trimestre**

**Duas  
consultas no  
2º trimestre**

**Três  
consultas no  
3º trimestre**

- ✓ Recomenda-se que o intervalo entre as consultas seja de 4 semanas até a gestação completar 36 semanas, e a partir deste período, que os intervalos sejam de 15 dias.
- ✓ As consultas de enfermagem devem ser intercaladas com as do (a) médico (a).

### 2.2.2 Roteiro para a 1ª consulta

- ✓ Identificação:
  - Nome
  - Número do SISPRENATAL
  - Idade
  - Cor
  - Naturalidade
  - Procedência
  - Endereço atual
  - Unidade de referência (Nome da Unidade de Saúde em que está sendo realizada a consulta)
- ✓ Gestação atual:
  - Data da última menstruação – DUM: dia, mês e ano (certeza ou dúvida);

- Peso prévio e altura;
  - Data provável do parto – DPP;
  - Sinais e sintomas da gestação em curso;
  - Hábitos alimentares;
  - Hábitos atuais: fumo (nº de cigarros/dia), álcool e drogas ilícitas;
  - Medicamentos usados na gestação;
  - Internação durante essa gestação;
  - Ocupação habitual - esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos à gestação, estresse;
  - Aceitação ou não da gravidez pela mulher, pelo parceiro e pela família, **principalmente se for adolescente**;
  - Identificar gestantes com rede de suporte social insuficiente.
- ✓ Antecedentes obstétricos:
- Nº de gestações – incluindo abortamentos, gravidez ectópica e mola hidatiforme;
  - Nº de partos – domiciliares, hospitalares, vaginais espontâneos, fórceps, cesáreas e indicações;
  - Nº de abortamentos – espontâneos, provocados, complicados por infecções, curetagem pós-abortamento;
  - Nº de filhos vivos;
  - Idade da 1ª gestação;
  - Intervalo entre as gestações;
  - Isoimunização Rh;
  - Nº de recém-nascidos: pré-termo (antes da 37ª semana) ou pós-termo (igual ou mais de 42 semanas de gestação);
  - Nº de recém-nascidos de baixo peso (menos de 2.500g) e com mais de 4.000g;
  - Mortes neonatais precoces – até 7 dias de vida (nº e motivo do óbito);
  - Mortes neonatais tardias – entre 7 de 28 dias de vida (nº e motivo do óbito);



- Natimortos – morte intra-útero e idade gestacional em que ocorreu;
  - Recém-nascidos com icterícia, transfusão, hipoglicemia, ex-sanguíneo-transfusões.
  - Intercorrências ou complicações em gestações anteriores (especificar);
  - Complicações em puerpérios anteriores (descrever);
  - História de aleitamentos anteriores (duração e motivo do desmame);
  - Intervalo entre o final da última e o início da gestação atual.
- ✓ Antecedentes ginecológicos:
- Ciclos menstruais (duração, intervalo e regularidade).
  - Métodos anticoncepcionais – qual método utiliza, há quanto tempo e motivo do abandono;
  - Tratamento para infertilidade e esterilidade;
  - Doenças sexualmente transmissíveis (DST), testes realizados, inclusive puerpério;
  - Doença inflamatória pélvica;
  - Cirurgias ginecológicas – idade e motivo;
  - Mamas (alteração e tratamento);
  - Última citologia oncótica (Papanicolau ou “preventivo”) – data e resultado).
- ✓ Antecedentes pessoais:
- Hipertensão arterial;
  - Cardiopatias, inclusive doença de Chagas;
  - Diabetes *Mellitus*;
  - Doenças renais crônicas;
  - Anemias e deficiências de nutrientes específicos;
  - Desvios nutricionais (baixo peso, desnutrição, sobrepeso, obesidade);
  - Epilepsia;

- Doenças da tireóide e outras endocrinopatias;
  - Viroses (rubéola, hepatite);
  - Alergias;
  - Hanseníase, tuberculose ou outras doenças infecciosas;
  - Infecção pelo HIV (em uso de retrovirais? Quais?);
  - Infecção do trato urinário;
  - Doenças neurológicas e psiquiátricas;
  - Cirurgias (tipo e data);
  - Transfusões de sangue.
- ✓ Antecedentes familiares:
- Hipertensão arterial;
  - Diabetes *Mellitus*;
  - Doenças congênitas;
  - Gemelaridade;
  - Câncer de mama e/ou colo uterino;
  - Hanseníase;
  - Tuberculose e outros contatos domiciliares (anotar a doença e o grau de parentesco);
  - Doença de Chagas;
  - Parceiro sexual portador de infecção pelo HIV.
- ✓ Sexualidade:
- Início da atividade sexual (idade da primeira relação);
  - Dispareunia (dor ou desconforto durante o ato sexual);
  - Prática sexual nessa gestação ou em gestações anteriores;
  - Número de parceiros da gestante e de seu parceiro, em época recente ou pregressa;
  - Uso de preservativo masculino ou feminino (uso correto? Uso habitual?).



## II. Exame Físico

### ✓ Geral:

- Peso e estado nutricional;
- Estatura;
- Frequência cardíaca materna;
- PA - Pressão Arterial;
- Inspeção da pele e das mucosas;
- Palpação da tireóide e de todo o pescoço, região cervical e axilar (pesquisa de nódulos ou outras anormalidades);
- Ausculta cardiopulmonar;
- Exame do abdome;
- Palpação dos gânglios inguinais;
- Exame dos membros inferiores;
- Pesquisa de edema – face, tronco e membros.

### ✓ Gineco-obstétrico:

- Inspeção e palpação das mamas;
- Palpação obstétrica e, principalmente no terceiro trimestre, identificação da situação e apresentação fetal;
- Medida altura uterina;
- Ausculta dos batimentos cárdio-fetais – BCF;
- Inspeção dos genitais externos;
- Exame especular e toque vaginal de acordo com a necessidade, orientados pela história e queixas da paciente, e quando for realizada coleta de material para exame colpocitológico;

O exame físico das adolescentes deverá seguir as orientações do Manual de Organização de Serviços para a Saúde dos Adolescentes/OMS e da Caderneta de Saúde do Adolescente/MS.

### III. Exames laboratoriais

- ✓ Teste rápido para HIV;
- ✓ Teste rápido para sífilis;
- ✓ Grupo sanguíneo e fator Rh;
- ✓ Coombs indireto:
  - Solicitar na 1ª consulta a todas gestantes RhD negativo com companheiro RhD positivo ou desconhecido;
  - Repetir a cada quatro semanas, a partir da 24ª semana;
  - Não solicitar após o uso da imunoglobulina anti-RhD.
- ✓ Dosagem de hemoglobina e hematócrito (Hb/Ht) 2 exames de cada por gestante;
- ✓ Teste rápido para Sífilis (triagem);
- ✓ Sorologia para Sífilis (VDRL). Repetir próximo à 30ª semana;
- ✓ Glicemia em jejum. Repetir próximo à 30ª semana;
- ✓ Eletroforese de Hemoglobina (se a gestante for negra e tiver antecedentes de anemia falciforme ou se apresentar histórico de anemia crônica)
- ✓ Exame sumário de urina (Tipo I). Repetir próximo à 30ª semana;
- ✓ Teste rápido para HIV;
- ✓ Sorologia anti-HIV, após “aconselhamento pré-teste” e consentimento da mulher. Repetir próximo à 30ª semana;
- ✓ Sorologia para hepatite B (HBsAg). De preferência próximo à 30ª semana de gestação;
- ✓ Sorologia para toxoplasmose. Solicitar na 1ª semana e na 30ª semana;
- ✓ Ultrassonografia obstétrica: realizar preferencialmente entre a 18ª e a 22ª semana de gestação. Repetir na presença de intercorrências;
- ✓ Colpocitologia oncótica – realizar preferencialmente, a partir do 2º trimestre até o 7º mês de gravidez, sem a coleta endocervical, seguindo as recomendações vigentes.



### QUADRO 3: Exames Laboratoriais Complementares à Rotina Mínima do Pré-natal

| EXAME                              | QUANDO SOLICITAR   |
|------------------------------------|--|
| Protoparasitológico                | Solicitado na primeira consulta  |
| Bacterioscopia da secreção vaginal | Em torno da 30ª semana de gestação, particularmente nas mulheres com antecedentes de prematuridade |
| Sorologia para rubéola             | Quando houver sintomas sugestivos  |
| Urocultura                         | Para o diagnóstico de bacteriúria assintomática  |
| TTG                                | Quando a glicemia for de 85 a 90 mg/dl com fatores de risco ou de 90 a 109 mg/dl                   |
| Sorologia para chagas              | Quando houver história clínica suspeita  |

### QUADRO 4: Conduta Diante dos Resultados dos Exames de Rotina

| EXAMES DE ROTINA                    | RESULTADOS  | CONDUTAS  |
|-------------------------------------|---|---|
| Tipagem sanguínea                   | Rh negativo e parceiro Rh positivo ou fator Rh desconhecido | Solicite o teste de Coombs indireto:<br>Se for negativo, deve-se repeti-lo a cada 4 semanas, a partir da 24ª semana;<br>Quando for positivo, deve-se referir a gestante ao pré-natal de alto risco.   |
| Teste rápido para Sífilis (triagem) | TR positivo   | Colete amostra sanguínea para realização do VDRL e teste parceiros sexuais.   |
|                                     | TR negativo   | Realize sorologia no 3º trimestre, no momento do parto e em caso de abortamento.  |
| Sorologia para Sífilis (lues)       | VDRL positivo   | Trate a gestante e seu parceiro.<br>Sífilis primária = trate com penicilina benzatina, em dose única de 2.400.000 UI (1.200.000 em cada nádega).<br>Sífilis secundária ou latente recente (menos de 1 ano de evolução) = trate com penicilina benzatina, 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), em duas doses, com intervalo de uma semana. Dose total de 4.800.000 UI.<br>Sífilis terciária ou latente tardia (1 ano ou mais de evolução ou duração ignorada) = trate com penicilina benzatina, 3 aplicações de 2.400.000 UI (1.200.000 UI em cada nádega), com intervalo de uma semana. Dose total de 7.200.000 UI.<br>Realize exame mensal para controle de cura. |
|                                     | VDRL negativo   | Repita o exame no 3º trimestre, no momento do parto e em caso de abortamento.   |

continua

| EXAMES DE ROTINA          | RESULTADOS   | CONDUTAS  |
|---------------------------|--|---|
| Urina tipo I e urocultura | Proteinúria  | <p>“Traços”: repita em 15 dias; caso se mantenha, encaminhe a gestante ao pré-natal de alto risco.</p> <p>“Traços” e hipertensão e/ou edema: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.</p> <p>“Maciça”: é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.</p>   |
|                           | Piúria/bacteriúria/leucocitúria<br>Cultura positiva (> 105 col/ml) | <p>Trate a gestante para infecção do trato urinário (ITU) empiricamente, até o resultado do antibiograma.</p> <p>Solicite o exame de urina tipo I (sumário de urina) após o término do tratamento.</p> <p>Em caso de ITU de repetição ou refratária ao tratamento, após ajuste da medicação com o resultado do antibiograma, é necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.</p> <p>Caso haja suspeita de pielonefrite, é necessário referir a gestante ao hospital de referência para intercorrências obstétricas.</p> |
|                           | Hematúria  | <p>Se for piúria associada, considere ITU e proceda da mesma forma como foi apresentada no item anterior.</p> <p>Se for isolada, uma vez que tenha sido excluído sangramento genital, é necessário referir a gestante para consulta especializada.</p>  |
|                           | Cilindrúria  | É necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.   |
|                           | Outros elementos   | Não necessitam de condutas especiais.   |

continua



| EXAMES DE ROTINA           | RESULTADOS  | CONDUTAS  |
|----------------------------|---|---|
| Dosagem de hemoglobina     | Hemoglobina > 11g/dl<br>Ausência de anemia                      | Suplementação de ferro a partir da 20ª semana: 1 drágea de sulfato ferroso/dia (200mg), que corresponde a 40mg de ferro elementar.<br>Recomenda-se ingerir a medicação antes das refeições.   |
|                            | Hemoglobina (Hb) entre 8g/dl e 11g/dl<br>Anemia leve a moderada | A) Solicite exame parasitológico de fezes e trate as parasitoses, se presentes;<br>B) Trate a anemia com 120 a 240mg de ferro elementar ao dia. Normalmente, recomendam-se 5 (cinco) drágeas/dia de sulfato ferroso, de 40mg cada, via oral (podem ser 2 pela manhã, 2 à tarde e 1 à noite), uma hora antes das refeições;<br>C) Repita a dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se os níveis estiverem subindo, mantenha o tratamento até a Hb atingir 11g/dl, quando deverá ser iniciada a dose de suplementação (1 drágea ao dia, com 40mg de ferro elementar). Repita a dosagem no 3º trimestre;</li> <li>• Se a Hb permanecer em níveis estacionários ou se diminuir, será necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.</li> </ul> |
|                            | Hemoglobina < 8g/dl<br>Anemia grave                             | Será necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.  |
| Glicemia em jejum          | 85 – 119mg/dl   | Realize TTG de 24 a 28 semanas de gestação.   |
|                            | > 110mg/dl  | Repita o exame de glicemia em jejum.<br>Se o resultado for maior do que 110mg/dl, o diagnóstico será de DM gestacional.   |
| TTGO 75g (2h)              | Jejum < 110mg/dl<br>2h < 140mg/dl                               | Teste negativo.   |
|                            | Jejum > 110mg/dl<br>2h > 140mg/dl                               | DM gestacional.   |
| Proteinúria (teste rápido) |   |   |

continua

| EXAMES DE ROTINA                  | RESULTADOS     | CONDUTAS   |
|-----------------------------------|----------------|--|
| Teste rápido diagnóstico para HIV | TR positivo    | Realize o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para o seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em DST/Aids de referência.  |
|                                   | TR negativo    | Realize o aconselhamento pós-teste e repita a sorologia no 3º trimestre.   |
| Sorologia para HIV                | Reagente       | Realize o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para o seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em DST/Aids de referência.  |
|                                   | Não Reagente   | Realize o aconselhamento pós-teste e repita o exame no 3º trimestre.   |
| Sorologia para hepatite B (HBsAg) | Positivo       | Realize o aconselhamento pós-teste e encaminhe a gestante para o seguimento ao pré-natal no serviço de atenção especializada em hepatites de referência. |
|                                   | Teste negativo | Realize o aconselhamento pós-teste e vacine a gestante caso ela não tenha sido vacinada anteriormente. Em seguida, repita a sorologia no 3º semestre.    |

Fonte: (BRASIL, 2005e).

### 2.2.3 Ações Complementares para Gestão de Risco Habitual

- ✓ Referenciar para o atendimento odontológico;
- ✓ Referenciar para vacinação antitetânica (conforme fluxograma nº2);
- ✓ Referenciar para vacinação contra hepatite B, quando a gestante não estiver imunizada, conforme esquema abaixo:

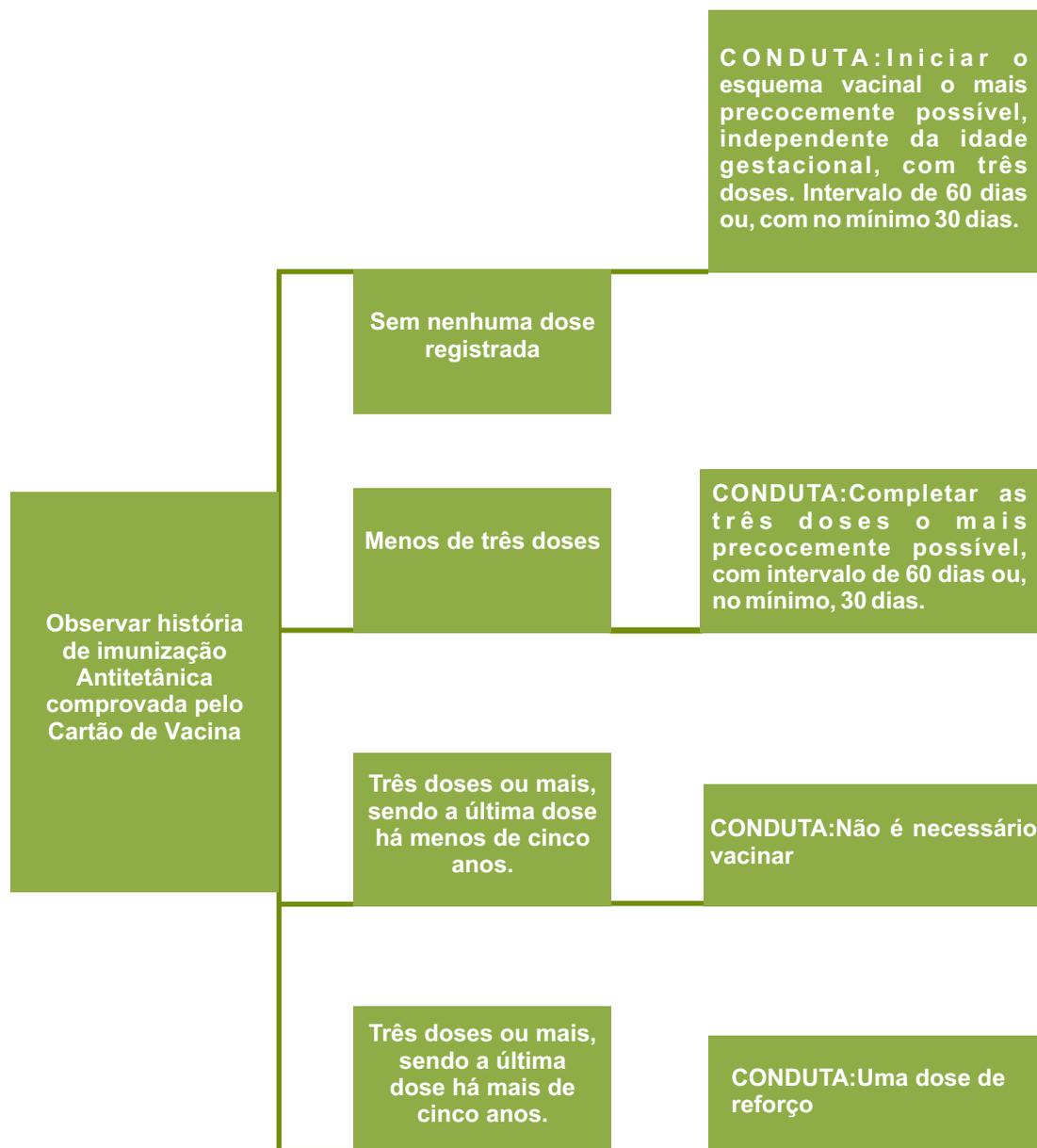
#### Esquema para Vacinação contra Hepatite B na gestação:

- ✓ Três doses com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda e 180 dias entre a primeira e a terceira;
- ✓ A primeira dose deve ser administrada a partir do 4º mês de gestação.

- ✓ Encaminhar para vacinação contra influenza, gestante em qualquer período gestacional, com dose única durante campanha anual;
- ✓ Registrar todos os dados da consulta no Cartão da Gestante, na Ficha Perinatal e no prontuário e na ficha do SISPRENATAL Web;
- ✓ Registrar no Cartão da Gestante o nome da maternidade de referência para o parto;
- ✓ Agendar as consultas subseqüentes.



## FLUXOGRAMA 2: Vacinação Anti-tetânica na Gestação



Coordenação Estadual de Imunização:

0800 63 1002 / (63) 3218 1783/1784/2749/2752/1779

## 2.2.4 Roteiro para Consultas Subseqüentes (Passo a passo)

- ✓ Revisar a Ficha Perinatal e anamnese atual sucinta;
- ✓ Calcular e anotar a idade gestacional;
- ✓ Verificar o calendário de vacinação;
- ✓ Realizar o exame físico geral e gineco-obstétrico:
  - Verificação do peso;
  - Calcular o IMC (Índice de Massa Corporal) anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do estado nutricional;
  - Aferição da PA;
  - Inspeção da pele e das mucosas;
  - Inspeção das mamas;
  - Pesquisa de edemas;
  - Palpação obstétrica e medida da altura uterina, anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal;
  - Ausculta dos batimentos cardíofetais;
  - Avaliação dos resultados dos exames laboratoriais e instituição de condutas específicas;
  - Verificação do resultado do teste para HIV e, em casos negativos, repetir próximo à 30ª semana. Em casos positivos, encaminhar para referência;
  - Solicitar Glicemia de Jejum, Hemoglobina, Hematócrito, VDRL, Urina Rotina, HBsAg, Toxoplasmose e HIV na 30ª semana;
  - Acompanhamento das condutas adotadas em serviços clínicos especializados;
  - Realização de ações e práticas educativas individuais e em grupos.
  - Registro dos dados da consulta no Cartão da Gestante, na Ficha Perinatal e no prontuário;
  - Todas as consultas deverão ser registradas na Ficha do SISPRENATAL Web;
  - Agendamento das consultas subsequentes.

- ✓ Organizar grupos de gestantes, de modo que cada gestante participe no mínimo de 4 reuniões;
- ✓ Recomenda-se que os grupos educativos para adolescentes sejam exclusivos dessa faixa etária, abordando temas de interesse do grupo.



## 2.3 Gestação de Alto Risco

- ✓ A gestante de alto risco deve ser encaminhada para o serviço de referência, devendo, contudo ser acompanhada pela Equipe de Saúde da Família responsável.

### 2.3.1 Fatores de Risco na Gestação



Os fatores de risco são as características ou as circunstâncias que levam a uma probabilidade maior da mulher e do recém-nascido desenvolverem alguma complicação e, como consequência, evoluírem para óbito, necessitando, portanto, de ações de maior complexidade.

**ATENÇÃO**

Em todas as consultas do pré-natal, a gestante deve ser avaliada quanto a situações de risco.

Os encaminhamentos para os serviços especializados de atendimento ambulatorial de Alto Risco ou para atendimento Hospitalar de Referência deverão conformar-se com as situações clínicas descritas no Quadro 5 da página 37.

## QUADRO 5 - Classificação do Risco Gestacional e Encaminhamento para os Serviços Especializados<sup>1</sup>

| SITUAÇÃO CLÍNICA  | CLASSIFICAR                               | AVALIAR E ENCAMINHAR PARA  |
|---|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Alterações do nível de consciência (desmaio, confusão mental);</li> <li>• Amniorrexe prematura;</li> <li>• Cardiopatias (descompensado);</li> <li>• Complicações agudas do diabetes (hipoglicemia, coma, cetoacidose diabética);</li> <li>• Corioamnionite;</li> <li>• Crise convulsiva;</li> <li>• Dispnéia intensa;</li> <li>• Gestação a termo e apresentação anômala;</li> <li>• Hiperêmese gravídica;</li> <li>• IG &gt; ou = 39 semanas com histórico de 2 ou mais cesáreas anteriores;</li> <li>• IG ≥ 42 semanas (mesmo sem queixas);</li> <li>• Óbito fetal;</li> <li>• Oligoâmnio (IG ≥ 34semanas)</li> <li>• Pielonefrite;</li> <li>• Pré-eclâmpsia e eclâmpsia;</li> <li>• Rotura uterina;</li> <li>• Síndromes hemorrágicas;</li> <li>• Trabalho de parto prematuro;</li> <li>• Tromboembolismo;</li> <li>• Urgência e emergência hipertensivas.</li> </ul> | <p><b>GESTAÇÃO COM RISCO IMINENTE</b></p> | <p><b>Hospital de Referência para Gestação de Alto Risco, de acordo com PDR vigente.</b></p>   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Doenças de base + gestação;</li> <li>• Infecção urinária recorrente/resistente;</li> <li>• DHEG/Hipertensão crônica;</li> <li>• Diabetes mellitus;</li> <li>• Epilepsia;</li> <li>• Obesidade ou baixo peso (IMC &lt; 18) acompanhados de co-morbidade;</li> <li>• Desvios do Crescimento Fetal (Retardo do Crescimento Intra-Uterino, Macrossomia Fetal);</li> <li>• Oligoâmnio (IG &lt; 34 semanas), polidrâmnio;</li> <li>• Gestação múltipla;</li> <li>• Gestante Rh negativo com Coombs indireto positivo;</li> <li>• Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus e Herpes);</li> <li>• Tireoidopatias;</li> <li>• Histórico de abortamento habitual, parto prematuro e morte intra-útero;</li> <li>• Cardiopatias (compensado);</li> <li>• Má-formação fetal na gestação atual;</li> </ul>  | <p><b>GESTAÇÃO DE ALTO RISCO</b></p>      | <p><b>Encaminhar para Serviço Ambulatorial de Alto Risco Secundário.</b></p> <p><b>(Verifique se existe este serviço no seu município ou se há pactuação para referência em outro município)</b></p> <p>Continua</p> |

<sup>1</sup>Classificação de risco adaptada da Portaria nº 501, de 17/11/2010 - dispõe sobre a implantação da Classificação de Risco para assistência pré-natal em todas as unidades Básicas de Saúde do município do Palmas.



| SITUAÇÃO CLÍNICA  | CLASSIFICAR                          | AVALIAR E ENCAMINHAR PARA   |
|---|--------------------------------------|---|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Nefropatias na gestação atual;</li> <li>• Tireodopatias na gestação atual;</li> <li>• Hematopatias na gestação atual;</li> <li>• Pneumopatias na gestação atual;</li> <li>• Imunopatias na gestação atual;</li> <li>• Senescência placentária na gestação atual;</li> <li>• Gestantes menores de 15 anos;</li> <li>• Sífilis*;</li> <li>• HIV, Hepatites B e C.</li> </ul> | <p><b>GESTAÇÃO DE ALTO RISCO</b></p> | <p><b>Encaminhar para Serviço Ambulatorial de Alto Risco Secundário.</b></p> <p>Obs.: Nos casos de HIV, Hepatite B e C, a gestante deverá ser encaminhada ao SAE – Serviço de Atenção Especializada em DST/AIDS, de acordo com PDR.</p> |

\*Gestante com diagnóstico de Sífilis, realizar tratamento na Unidade Básica de Saúde conforme descrito neste protocolo e encaminhar para Ambulatório de Alto Risco, para consulta especializada (médico gineco-obstetra)

**Gestação sem risco iminente ou alto risco = GESTAÇÃO DE RISCO HABITUAL**  
Acompanhamento pré-natal na Unidade Básica de Saúde.

**QUADRO 6: Relação de Serviços Ambulatoriais de Pré-Natal de Alto Risco - Referências Macrorregionais\***

| SERVIÇOS                                   | MUNICÍPIO | TELEFONE       |
|--|-----------|----------------|
| Hospital e Maternidade Pública D. Regina** | Palmas    | (63) 3218-7700 |
| Hospital e Maternidade D. Orione           | Araguaína | (63) 3411-8787 |

\*Cobertura: verificar PDR vigente

\*\*O Hospital e Maternidade Pública D. Regina conta também com o Serviço de Medicina Fetal de Referência para o Estado.

**Verifique com o gestor do seu município se existe referência municipal ou regional para o pré-natal de alto risco.**

**ATENÇÃO** Toda gestante tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à maternidade na qual será atendida nos casos de intercorrência no pré-natal (Lei Federal nº 11.634/2007).

### **2.3.2 Encaminhamento ao Serviço de Referência para o Pré-natal de Alto Risco:**

- Antes de tudo, a gestante deve ser orientada quanto ao encaminhamento e esclarecida de que o vínculo com a Equipe de Saúde da Família continua;
- A ESF deve se responsabilizar pelo agendamento da primeira consulta no Serviço de Referência;
- O formulário de encaminhamento deve ser adequadamente preenchido;
- A ESF deve manter o acompanhamento da gestante;
- A ESF deve manter vigilância sobre a gestante, realizando visitas domiciliares, atividades educativas e assegurando que ela compareça a todas as consultas agendadas.

### **2.3.3 Consultas de Pré-natal de Alto Risco**

- As consultas devem ser mais frequentes, sendo o intervalo definido de acordo com o fator de risco identificado e a condição da gestante no momento;
- O profissional deve estar atento a todos os cuidados da anamnese, exame físico e exame gineco-obstétrico;
- A gestante deve ser continuamente orientada quanto ao andamento da sua gravidez.



## 2.4 Procedimentos Técnicos

### 2.4.1 Cálculo da Idade Gestacional

Quando a Data da Última Menstruação (DUM) é conhecida.

- Uso do calendário: contar o número de dias a partir do 1º dia da última menstruação até o dia da consulta e dividir por sete, obtendo-se o número de semanas da gestação;
- Uso de Disco Gestacional ou Gestograma.

Quando a DUM é desconhecida, mas se conhece o período do mês em que ela ocorreu.

- Se o período foi no início, meio ou final do mês, considerar como data da última menstruação, os dias 5, 15 e 25, respectivamente e proceder à utilização do método acima descrito.

Quando a data e o período da última menstruação são desconhecidos.

- Proceder ao exame físico, medindo a altura uterina e posicionando o valor encontrado na curva de crescimento uterino, considerando o P50. O ponto encontrado corresponde à provável idade gestacional, que deve ser considerada muito duvidosa e assinalada com interrogação na ficha perinatal e Cartão da Gestante;
- Solicitar ultrassonografia, caso não seja possível a determinação a partir do exame físico.

### 2.4.2 MÉTODO PARA CÁLCULO DA DATA PROVÁVEL DO PARTO - DPP

Calcula-se a DPP, levando-se em consideração a duração média da gestação normal: 280 dias ou 40 semanas a partir da DUM.

DUM nos meses de janeiro a março.

- Somar 7 ao primeiro dia da última menstruação;
- Somar 9 ao mês em que ela ocorreu;
- Manter o ano.

DUM nos meses de abril a dezembro.

- Somar 7 ao primeiro dia da última menstruação;
- Subtrair 3 do mês em que ela ocorreu;
- Passar para o próximo ano.

## Exemplos:

DUM 14/03/2012

$$14 + 07 = 21$$

$$03 + 09 = 12$$

DPP 21/12/2012

DUM 14/09/2012

$$14 + 07 = 21$$

$$09 - 03 = 06$$

DPP 21/06/2013

Pode-se também fazer uso do Disco Gestacional ou Gestograma.

### 2.4.3 Método de Registro Diário de Movimentos Fetais - (RDMF)

Em uma gestação de baixo risco, o registro diário dos movimentos fetais pode ser iniciado a partir de 34 semanas de idade gestacional. A gestante recebe as seguintes orientações:

- ✓ Escolher um período do dia em que possa estar mais atenta aos movimentos fetais;
- ✓ Alimentar-se previamente ao início do registro;
- ✓ Sentar-se com a mão sobre o abdômen;
- ✓ Registrar os movimentos do feto nos espaços demarcados pelo formulário, anotando o horário de início e de término do registro, conforme o quadro nº 01.
- ✓ A contagem dos movimentos é realizada por período máximo de uma hora;
- ✓ Caso consiga registrar seis movimentos em menos tempo, não é necessário manter a observação durante uma hora completa, entretanto, se após uma hora não foi capaz de contar seis movimentos, deverá repetir o procedimento. Se na próxima hora não sentir seis movimentos, deverá procurar imediatamente a unidade de saúde;
- ✓ Considera-se como “inatividade fetal” o registro com menos de seis movimentos por hora, em duas horas consecutivas.



- Para favorecer a cooperação materna em realizar o registro diário dos movimentos fetais, é importante que a gestante receba orientações adequadas quanto à importância da atividade do feto no controle de seu bem-estar.
- Outro fator que interfere na qualidade do registro é o estímulo constante dado a cada consulta de pré-natal pelo profissional de saúde.

#### QUADRO 7: Formulário para Registro Diário de Movimentos Fetais

- 1º - Marcar o horário de início;
- 2º - Registrar seis movimentos e marcar o horário do último;
- 3º - Se, em uma hora, o bebê não mexer seis vezes, parar de contar os movimentos. Repetir o registro. Se persistir diminuição, procurar a unidade de saúde.

| Dia | Horário Início | Movimentos fetais |   |   |   |   |   | Horário término |
|-----|----------------|-------------------|---|---|---|---|---|-----------------|
|     |                | 1                 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |                 |
|     |                |                   |   |   |   |   |   |                 |
|     |                |                   |   |   |   |   |   |                 |
|     |                |                   |   |   |   |   |   |                 |
|     |                |                   |   |   |   |   |   |                 |
|     |                |                   |   |   |   |   |   |                 |
|     |                |                   |   |   |   |   |   |                 |
|     |                |                   |   |   |   |   |   |                 |
|     |                |                   |   |   |   |   |   |                 |
|     |                |                   |   |   |   |   |   |                 |

#### 2.4.4 Teste de Estímulo Sonoro Simplificado (TESS)

Consiste na avaliação da resposta fetal à estimulação sonora com buzina *kobo* (buzina de bicicleta).

##### **Material necessário:**

Sonar Doppler; Buzina Kobo.

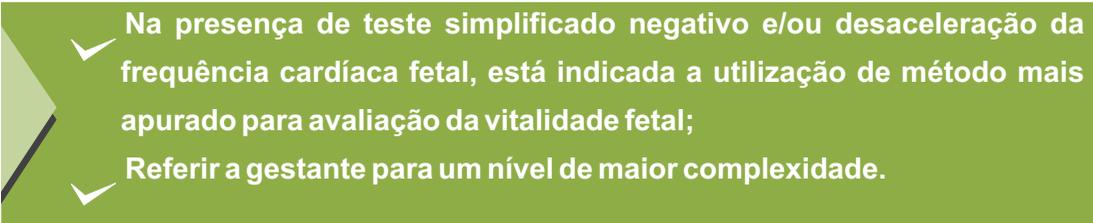
##### **Técnica:**

- 1º Colocar a gestante em decúbito dorsal com cabeceira elevada (posição de Fowler);
- 2º Palpar abdômen materno para localização do polo cefálico;
- 3º Auscultar os Batimentos Cardíacos Fetais (BCF) com o útero em repouso, por quatro períodos de 15 segundos e calcular a média (Obs.: não realizar caso esteja ocorrendo contração uterina);

- 4º Realizar o estímulo sonoro, colocando a buzina sobre o polo cefálico fetal com ligeira compressão sobre o abdômen materno (aplicar o estímulo entre três e cinco segundos ininterruptos);
- 5º Observar o abdômen materno, procurando identificar movimentos fetais visíveis;
- 6º Imediatamente após o estímulo, repetir a ausculta dos BCF por 4 períodos de 15 segundos e calcular novamente a média dos batimentos.

### **Interpretação do teste:**

- \* **Teste positivo - Feto reativo:** Quando houver aumento de no mínimo 15 BCF em relação à medida inicial e/ou presença de movimento fetal forte e brusco na observação do ventre materno.
- \* **Teste negativo - Feto não reativo:** Ausência de resposta fetal identificada tanto pela falta de aumento dos BCF quanto pela falta de movimentos fetais ativos. O teste deverá ser realizado duas vezes, com intervalo de, pelo menos, dez minutos para se considerar negativo.

- 
- ✓ Na presença de teste simplificado negativo e/ou desaceleração da frequência cardíaca fetal, está indicada a utilização de método mais apurado para avaliação da vitalidade fetal;
  - ✓ Referir a gestante para um nível de maior complexidade.

### **2.4.5 Detecção de Edema**

#### **Nos membros inferiores:**

- Posicionar a gestante em decúbito dorsal ou sentada, sem meias;
- Pressionar a pele na altura do tornozelo (região perimaleolar) e na perna, no nível do seu terço médio, face anterior (região pré-tibial).

#### **Na região sacra:**

- Posicionar a gestante em decúbito lateral ou sentada;
  - Pressionar a pele, por alguns segundos, na região sacra, com o dedo polegar;
- O edema fica evidenciado mediante presença de depressão duradoura no local pressionado.

#### **Na face e em membros superiores:**

- Identificar a presença de edema pela inspeção.



**QUADRO 8 - Avaliação da Presença de Edema**

| Achado  | Anote | Conduta  |
|---|-------|--|
| Edema ausente   | -     | <p>✍ Acompanhar a gestante seguindo o calendário de rotina.</p>  |
| Apenas edema de tornozelo sem hipertensão ou aumento súbito de peso.  | +     | <p>▪ Verificar se o edema está relacionado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- à postura</li> <li>- ao fim do dia</li> <li>- ao aumento de temperatura</li> <li>- ao tipo de calçado</li> </ul>  |
| Edema limitado aos membros inferiores, porém na presença de hipertensão ou ganho de peso aumentado e/ou de proteinúria + (urina I).         | ++    | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Orientar repouso em decúbito lateral esquerdo;</li> <li>▪ Verificar a presença de sinais/sintomas de pré-eclâmpsia grave e interrogar sobre movimentos fetais;</li> <li>▪ Marcar retorno em sete dias, na ausência de sintomas;</li> <li>▪ Deve ser avaliada e encaminhada para o serviço de alto risco.</li> </ul> |
| Edema generalizado (face, tronco e membros), ou que já se manifesta ao acordar acompanhado ou não de hipertensão ou aumento súbito de peso. | +++   | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Gestante de risco em virtude de suspeita de pré-eclâmpsia ou outras intercorrências;</li> <li>▪ Deve ser avaliada e encaminhada para o serviço de alto risco.</li> </ul>  |
| Edema unilateral de MMII, com dor e/ou sinais flogísticos.  |       | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Suspeita de processos trombóticos (tromboflebites, TVP). Deve ser avaliada e encaminhada para o serviço de alto risco.</li> </ul>   |

## 2.4.6 Avaliação Nutricional

**Objetivo:** acompanhar o estado nutricional da gestante, com base no ganho ponderal em cada consulta, detectando os desvios, traçando planos nutricionais e metas adequadas.

**ATENÇÃO!**

Em todas as consultas avaliar o Estado Nutricional:

- ✓ Peso
- ✓ Altura (Somente na 1ª consulta em maiores de 19 anos e uma vez por trimestre em menores de 19 anos)

### 1ª CONSULTA

Cálculo IMC (Índice de Massa Corporal) utilizando a fórmula:

$$\text{IMC} = \frac{\text{Peso (Kg)}}{\text{Altura}^2(\text{m})}$$

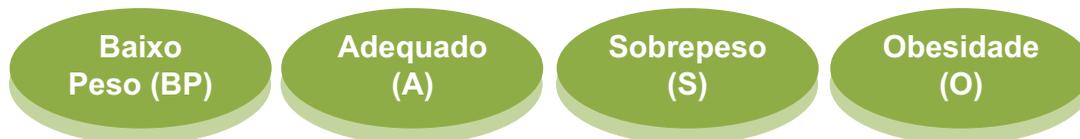
### Realizando Diagnóstico Nutricional

**Passo 1:** Calcule a IG. Arredonde a IG quando necessário seguindo o critério de 1, 2 e 3 dias para a IG calculada e 4, 5 e 6 para a semana seguinte, como no **exemplo:**

Gestante com 12 semanas e 2 dias = 12 semanas

Gestante com 12 semanas e 5 dias = 13 semanas

**Passo 2:** Classifique o estado nutricional de acordo com a tabela IMC por IG em :



**Conforme a avaliação do estado nutricional encontrado deve-se seguir as seguintes condutas:**

### **BAIXO PESO**

- ✓ Investigar história alimentar, hiperêmese gravídica, infecções, parasitoses, anemias e doenças debilitantes;
- ✓ Realizar orientação nutricional, visando à promoção do peso adequado e de hábitos alimentares saudáveis (baseando-se no guia: Dez Passos para uma Alimentação Saudável ou Guia de Orientação Nutricional);
- ✓ Remarcar consulta em intervalo menor que o calendário habitual.

### **ADEQUADO**

- ✓ Seguir calendário habitual;
- ✓ Realizar orientação nutricional visando à manutenção do peso adequado e à promoção de hábitos alimentares saudáveis (baseando-se no guia: Dez Passos para uma Alimentação Saudável).

### **SOBREPESO E OBESIDADE**

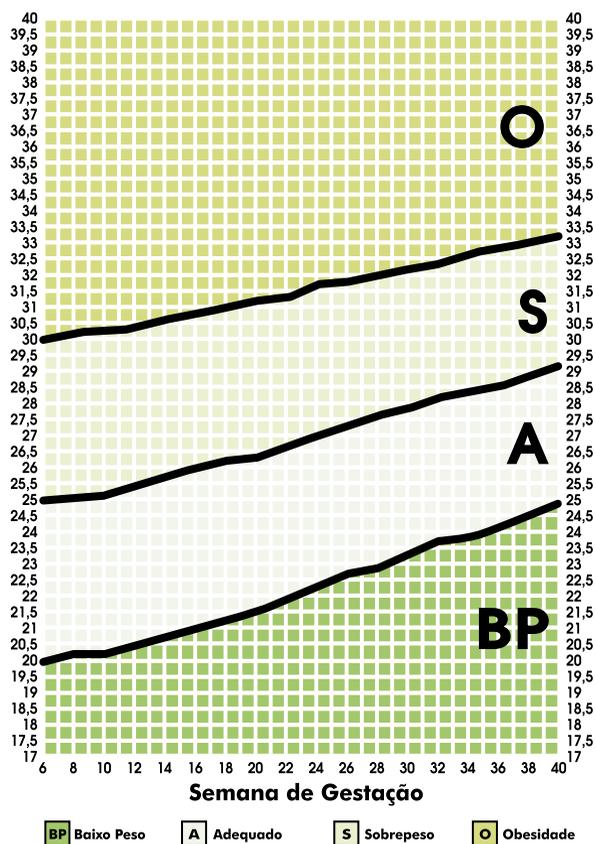
- ✓ Investigar obesidade pré-gestacional, edema, polidrâmnio, macrossomia, gravidez múltipla;
- ✓ Realizar orientação nutricional visando à promoção do peso adequado e de hábitos alimentares saudáveis (baseando-se no guia: Dez Passos para uma Alimentação Saudável);
- ✓ Ressaltar que durante a gestação não se deve perder peso;
- ✓ Remarcar consulta em intervalo menor que o calendário habitual.

*Estimar ganho de peso para gestantes utilizando o Quadro 10*

| <b>QUADRO 9: Ganho de Peso (kg) Recomendado durante a Gestação Segundo Estado Nutricional Inicial</b> |   |                                      |
|---|---|--------------------------------------|
| Estado nutricional inicial (IMC)  | Ganho de peso (kg) semanal médio no 2º e 3º trimestres* | Ganho de peso (kg) total na gestação |
| Baixo Peso (BP)   | <b>0,5 (0,44 – 0,58)</b>                                | 12,5 – 18,0                          |
| Adequado (A)  | <b>0,4 (0,35 – 0,50)</b>                                | 11,5 – 16,0                          |
| Sobrepeso (S)   | <b>0,3 (0,23 – 0,33)</b>                                | 7,0 – 11,5                           |
| Obesidade (O)   | <b>0,2 (0,17 – 0,27)</b>                                | <b>5,0 – 9,0</b>                     |

\* Ganho de peso no primeiro trimestre entre 0,5-2,0 kg.

**GRÁFICO 1: Gráfico de Índice de Massa Corporal segundo semana de gestação**



Fonte: Adaptado de:(ATALAHSAMUR,E.,2006)



É de extrema relevância o registro do estado nutricional na Ficha do SISVAN, no prontuário de atendimento e no Cartão da Gestante.

### Suplementação de Ferro e Àcido Fólico:

- ✓ Gestantes a partir da 20ª semana - 1 comprimido de Sulfato Ferroso (40mg de Ferro) e 1 comprimido de Ácido Fólico (5mg), diário, até o final da gestação;
- ✓ Mulheres no pós parto e pós aborto - 1 comprimido de Sulfato Ferroso (40mg de Ferro), diário, até o 3º mês pós parto e até o 3º mês pós aborto;
- ✓ Crianças, gestantes e mulheres até o 3º mês pós parto portadoras de anemia falciforme só poderão ser suplementadas com orientação médica.



## **CONSULTAS SUBSEQUENTES**

1. Repetir item 1 e 2 da 1ª consulta ( cálculo de IMC + Diagnóstico Nutricional)
2. Monitorar o ganho de peso através do gráfico IMC por IG em todas as consultas de modo a permitir a construção de uma curva no gráfico.  
Considerar o traçado ascendente: ganho de peso adequado  
Considerar traçado horizontal ou descendente: ganho de peso inadequado (gestante de risco)

- ✓ Adolescentes que engravidaram 2 ou mais anos depois da menarca (em geral maiores de 15 anos) avaliar e interpretar os achados igual à gestante adulta.
- ✓ Adolescentes que engravidaram em menos de 2 anos após a menarca, é provável que se classifique como de baixo peso. Nesses casos o mais importante é acompanhar o traçado da curva no gráfico, que deverá ser ascendente. Tratar a adolescente como de risco nutricional, reforçar a abordagem nutricional e aumentar o número de consultas.

| <b>QUADRO 10: Orientações Nutricionais em Função do Ganho Ponderal Durante o Acompanhamento Pré-Natal</b> |  |
|---|--|
| <b>GANHO PONDERAL</b>   | <b>ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS</b>  |
| <b>ADEQUADO</b>   | Manter dieta habitual e seguir orientações gerais para gestantes   |
| <b>INFERIOR AO RECOMENDADO</b>  | Se alimentação adequada: aumentar a quantidade total dos alimentos;<br>Aumentar o consumo de pães, massas e arroz;<br>Acrescentar 2 colheres de chá de óleo vegetal no almoço e jantar;<br>Verificar a necessidade de suplementos e complementos nutricionais;   |
| <b>SUPERIOR AO RECOMENDADO</b>  | Reduzir o consumo de pães, massas e arroz;<br>Reduzir alimentos gordurosos, evitar frituras, preparações concentradas em açúcar, óleos e azeite, retirar peles e gorduras visíveis das carnes;<br>Optar por grelhados, assados, cozidos e ensopados;<br>Restringir açúcar a 2 colheres de chá, 3x/dia;<br>Estimular o consumo de saladas no início da refeição (almoço e jantar);<br>Utilizar vinagre, limão, ervas e salsa;<br>Aumentar a ingestão de fibras, vegetais e frutas, de preferência crus. |

## 2.4.7 Verificação da Altura Uterina

Permite o acompanhamento do crescimento fetal, a detecção de desvios e a orientação de condutas apropriadas.

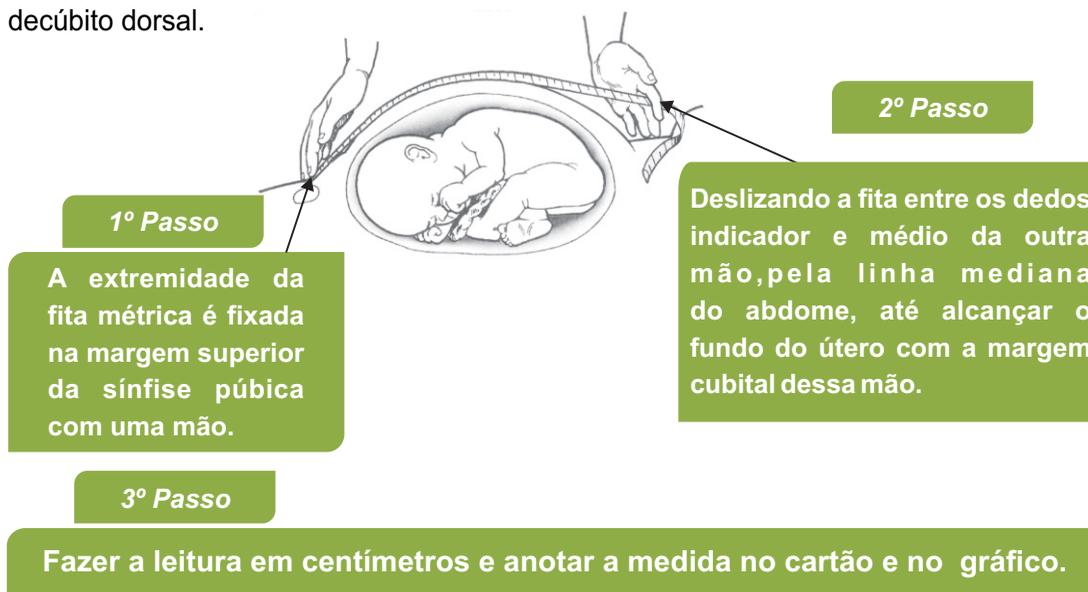
ATENÇÃO

Em todas as consultas de pré-natal, o profissional deve verificar a altura uterina.

Quando os dados da amenorréia são confiáveis e se descarta a possibilidade de feto morto e oligoâmnio, a medida da altura uterina permite diagnosticar o crescimento intra-uterino retardado com uma sensibilidade de 56% e uma especificidade de 91%. Permite ainda o diagnóstico de macrossomia fetal, quando excluídas a gravidez gemelar, o polidrâmnio e miomatose uterina.

### Técnica:

A medida é feita usando uma fita métrica flexível e não extensível, com a grávida em decúbito dorsal.

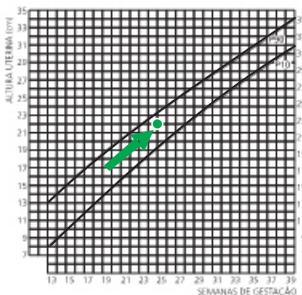
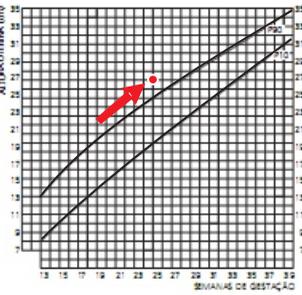
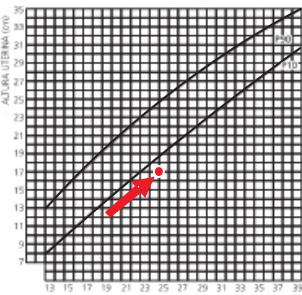


Os valores de referência podem ser encontrados na Curva da Altura Uterina/Idade Gestacional que apresenta como limites de normalidade os percentis 10 e 90.

A cada consulta, o valor encontrado deve ser anotado no gráfico e, nas consultas subsequentes, unido à marca precedente, formando o traçado do aumento do tamanho do útero.



**QUADRO 11: Posição do ponto obtido na primeira medida em relação às curvas**

| GRÁFICO  | PONTO   | CONDUTA   |
|--|---|---|
|  <p>Gráfico de crescimento fetal com o eixo vertical rotulado 'ALTURA UTERINA (cm)' variando de 7 a 35 e o eixo horizontal rotulado 'SEMANAS DE GESTAÇÃO' variando de 13 a 39. Duas curvas representam o intervalo normal. Um ponto verde está plotado entre as duas curvas, com uma seta verde apontando para ele.</p>             | <p>Entre as curvas inferiores e superiores.</p> | <p>Seguir calendário de atendimento de rotina.</p>  |
|  <p>Gráfico de crescimento fetal com o eixo vertical rotulado 'ALTURA UTERINA (cm)' variando de 7 a 35 e o eixo horizontal rotulado 'SEMANAS DE GESTAÇÃO' variando de 13 a 39. Duas curvas representam o intervalo normal. Um ponto vermelho está plotado acima da curva superior, com uma seta vermelha apontando para ele.</p>   | <p>Acima da curva superior</p>                  | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atentar para a possibilidade de erro de cálculo da idade gestacional (IG);</li> <li>- Deve ser vista pelo médico da unidade e avaliada a possibilidade de polidrâmnio, macrossomia fetal, gemelaridade, mola hidatiforme, miomatose uterina e obesidade;</li> <li>- Solicitar ultrassonografia, se possível;</li> <li>- Caso permaneça dúvida, marcar retorno em 15 dias para reavaliação ou, se possível, encaminhamento para serviço de alto risco.</li> </ul> |
|  <p>Gráfico de crescimento fetal com o eixo vertical rotulado 'ALTURA UTERINA (cm)' variando de 7 a 35 e o eixo horizontal rotulado 'SEMANAS DE GESTAÇÃO' variando de 13 a 39. Duas curvas representam o intervalo normal. Um ponto vermelho está plotado abaixo da curva inferior, com uma seta vermelha apontando para ele.</p> | <p>Abaixo da curva inferior</p>                 | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Atentar para a possibilidade de erro de cálculo da IG;</li> <li>- Deve ser vista pelo médico da unidade para avaliar possibilidade de feto morto, oligodrâmnio ou restrição de crescimento uterino;</li> <li>- Solicitar ultrassonografia, se possível;</li> <li>- Caso permaneça dúvida, marcar retorno em 15 dias para reavaliação ou, se possível, encaminhamento para serviço de alto risco.</li> </ul>  |

## 2.4.8 Exame Ginecológico e Coleta de Material para Colpocitologia Oncótica

Não está contra-indicada a realização do exame ginecológico e coleta de material para colpocitologia oncótica, em mulheres grávidas, podendo ser feito em qualquer período de gestação, preferencialmente até o 7º mês.

### ***Exame ginecológico:***

- Inspeção e palpação dos genitais externos: avalie a vulva, o períneo, o intróito vaginal, a região anal;
- Palpação da região inguinal à procura de linfonodomegalia;
- Exame especular: introduza o espelho e analise a mucosa e o conteúdo vaginal, o colo uterino e o aspecto do muco cervical. Pesquise a presença de lesões, sinais de infecção, distopias e incompetência istmo-cervical. Avalie a necessidade de coletar material para bacterioscopia;
- Coleta de material para exame colpocitopatológico;
- Toque bimanual: avalie as condições do colo uterino (permeabilidade), o volume uterino (regularidade e compatibilidade com a amenorréia), a sensibilidade à mobilização do útero e as alterações anexiais.

### ***Coleta do material para exame colpocitológico:***

- Deve ser realizada a partir de uma amostra da parte externa, a ectocérvice;



A coleta da parte interna, a endocérvice, não deve ser realizada na gestantes.

- Para a coleta do material, é introduzido um espelho vaginal e procede-se à escamação ou esfoliação da superfície externa do colo por meio de uma espátula de madeira (espátula de Ayres).



### **Conduta:**

- Mulheres gestantes com o laudo citopatológico alterado devem seguir a mesma conduta recomendada para mulheres não grávidas na Unidade Básica de Saúde.
- A conduta obstétrica, em princípio, para resolução da gravidez, não deve ser modificada em decorrência dos resultados colposcópicos e histopatológicos, exceto nos casos de franca invasão do canal do parto.
- Após o parto, as reavaliações colposcópica e citopatológica deverão ser realizadas, entre seis e oito semanas, em um centro de referência.

### **2.4.9 Exame Clínico das Mamas**



É realizado com a finalidade de detectar anormalidades nas mamas e/ou avaliar sintomas referidos pelas gestantes para, assim, identificar possíveis lesões malignas palpáveis num estágio precoce de evolução.

- É também uma boa oportunidade para o profissional de saúde educar a população feminina sobre:
  - o câncer de mama, seus sintomas, seus fatores de risco e sua detecção precoce;
  - composição e a variabilidade da mama normal;
  - importância do aleitamento materno.
- Algumas orientações relacionadas ao cuidado com as mamas para o aleitamento podem ser enfatizadas:
  - Sugere-se o uso de sutiã adequado durante a gestação;
  - É desaconselhável o uso de sabões, cremes ou pomadas no mamilo;
  - É contra-indicada a expressão do peito (ou ordenha) durante a gestação para a retirada do colostro.

*Para o Exame Clínico das Mamas (ECM), procede-se:*

**À inspeção estática e dinâmica -  
Identifique visualmente:**

- achatamentos dos contornos da mama;
- abaulamentos o espessamento da pele das mamas;
- assimetrias;
- diferenças na cor da pele, na textura e no padrão de circulação venosa.

**À Palpação:**

- Consiste em utilizar os dedos para examinar todas as áreas do tecido mamário e linfonodos axilares e supraclaviculares, em busca de nódulos, espessamentos, modificações na textura e temperatura da pele etc.

**ATENÇÃO**

As mulheres com alterações no exame clínico das mamas devem ser encaminhadas ao serviço de referência, para esclarecimentos e diagnóstico.

Todas as gestantes devem receber orientações sobre as técnicas de realização do auto-exame das mamas e devem ser submetidas ao exame clínico das mamas pelo médico responsável ou enfermeira (o) habilitada (o), preferencialmente na primeira consulta de pré-natal e nas subsequentes, quando necessário.



## 2.5 Aleitamento Materno

- A OMS e o Ministério da Saúde do Brasil recomendam amamentação exclusiva por seis meses e complementada até os dois anos ou mais;
- Existem evidências de que não há vantagens em se iniciar os alimentos complementares antes dos seis meses (salvo em alguns casos individuais), podendo, inclusive, haver prejuízos à saúde da criança;
- A introdução precoce de outros alimentos está associada a: maior número de episódios de diarreia, maior número de hospitalizações por doenças respiratórias, risco de desnutrição, menor duração do aleitamento materno, menor eficácia da lactação como método anticoncepcional, entre outros.
- No segundo ano de vida, o leite materno continua sendo uma importante fonte de nutrientes, além de continuar conferindo proteção contra doenças infecciosas.

### 2.5.1 Categorias de Aleitamento Materno Adotadas pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Internacionalmente Reconhecidas:

**Aleitamento materno exclusivo:** a criança recebe somente leite materno, direto do seio ou ordenhado, ou leite humano de outra fonte, sem outros líquidos ou sólidos, com exceção de gotas ou xaropes contendo vitaminas, suplementos minerais ou medicamentos.

**Aleitamento materno predominante:** a fonte predominante de nutrição da criança é o leite humano. No entanto, a criança pode receber água ou bebidas à base de água (água adoçada, chás, infusões), sucos de frutas, solução de sais de reidratação oral, gotas ou xaropes de vitaminas, minerais e medicamentos, e fluidos rituais (em quantidades limitadas).

**Aleitamento materno complementado:** a criança recebe leite materno e outros alimentos sólidos, semi-sólidos ou líquidos, incluindo leites não-humanos.

**Aleitamento materno:** a criança recebe leite humano (direto da mama ou ordenhado), independentemente de receber ou não outros alimentos.

**Aleitamento materno misto ou parcial:** quando a criança recebe leite materno e outros tipos de leite.

## 2.5.2 Dicas Importantes

**Durante o acompanhamento pré-natal, deve-se dialogar com as mulheres a respeito de:**

- Seus planos com relação à alimentação da criança;
- Suas experiências, mitos, crenças, medos, preocupações e fantasias relacionadas com o aleitamento materno;
- Benefícios da amamentação, e as desvantagens do uso de leite não-humano;
- Além de orientá-las quanto à técnica correta da amamentação, para aumentar a sua habilidade e confiança e prevenir complicações.

**Mulheres que necessitam atenção especial em relação à amamentação:**

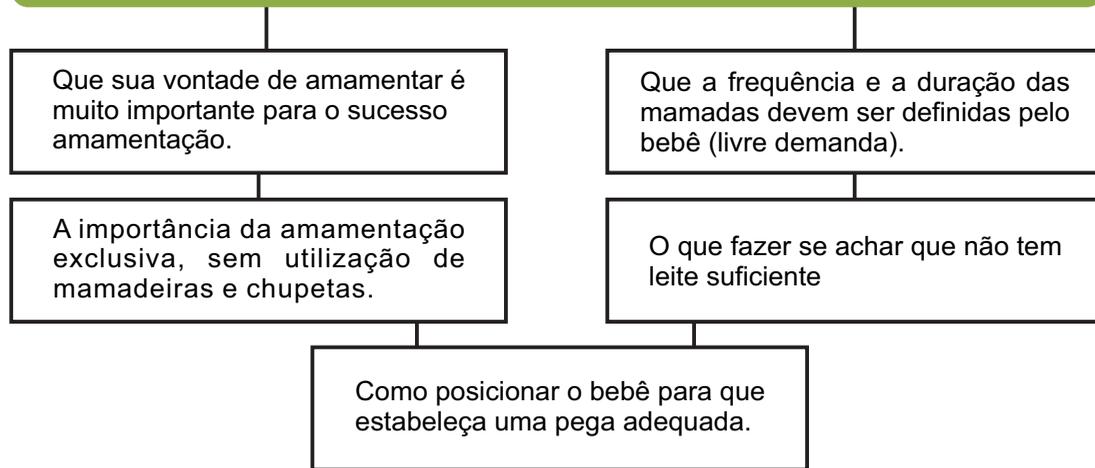
- Amamentou um filho anterior em padrão inferior ao ótimo;
- Precisa ficar longe do bebê para trabalhar ou estudar fora de casa;
- Tem dificuldades familiares;
- Está deprimida ou com a autoconfiança abalada;
- É adolescente ou sem apoio de um companheiro;
- Está isolada;
- Fez uma cirurgia de mama;
- Tem uma doença crônica;
- Não está motivada para amamentar;
- Desconhece as vantagens e o manejo da amamentação.
- Primíparas.



- ✓ A promoção da amamentação na gestação, comprovadamente têm impacto positivo nas prevalências de aleitamento materno, em especial entre as primíparas;
- ✓ Durante o acompanhamento pré-natal é uma excelente oportunidade para motivar as mulheres a amamentarem;
- ✓ É essencial no pré-natal alertar as gestantes sobre possíveis dificuldades na amamentação e sugerir meios de resolvê-las;
- ✓ Muitas mulheres “idealizam” amamentação e se frustram ao se depararem com a realidade. É importante que pessoas significativas, como companheiro e mãe, sejam incluídas no aconselhamento.



## AS MÃES DEVEM COMPREENDER



### 2.5.3 Técnicas e Atitudes que Facilitam o Sucesso no Aconselhamento em Amamentação

- Praticar a **comunicação não-verbal**, mostrando-se interessado (balançar a cabeça afirmativamente, sorrir), prestando atenção, dedicando tempo para ouvir e tocando na mulher, quando apropriado.
- Fazer **perguntas abertas**, dando mais espaço para a pessoa se expressar.
- Ter **empatia**, ou seja, mostrar às mães que os seus sentimentos são compreendidos.
- Evitar palavras que soam como **juízos**, como, por exemplo, certo, errado, bem, mal, etc.
- Aceitar os sentimentos e as opiniões das mães, sem no entanto precisar **concordar ou discordar** com o que elas pensam.
- Reconhecer e **elogiar** o que a mãe e o bebê estão fazendo certo, o que aumenta a confiança da mãe, encorajando-a a manter práticas saudáveis e facilitando que ela aceite sugestões.
- Oferecer **poucas informações** em cada aconselhamento, as mais importantes para o momento.
- Usar **linguagem simples**, acessível ao nível da mãe.
- Fazer **sugestões** ao invés de dar ordens.
- **Conversar com as mães** sobre as suas condições de saúde e do bebê, explicando-lhes todos os procedimentos e condutas.

## 2.5.4 Técnica de Amamentação

A Organização Mundial da Saúde (OMS) destaca quatro pontos-chave que caracterizam o posicionamento e pega adequados:

### ***Pontos-chave do posicionamento adequado***

1. Rosto do bebê de frente para a mama, com nariz na altura do mamilo;
2. Corpo do bebê voltado para o corpo da mãe;
3. Bebê com cabeça e tronco alinhados (pescoço não torcido);
4. Bebê bem apoiado.

### ***Pontos-chave da pega adequada***

1. Mais aréola visível acima da boca do bebê;
2. Boca bem aberta;
3. Lábio inferior virado para fora;
4. Queixo tocando a mama.

### ***Sinais indicativos de técnica inadequada de amamentação:***

- Bochechas do bebê encovadas a cada sucção;
- Ruídos da língua;
- Mama aparentando estar esticada ou deformada durante a mamada;
- Mamilos com estrias vermelhas ou áreas esbranquiçadas ou achatadas quando o bebê solta a mama;
- Dor na amamentação.

Em caso de dúvidas, dificuldades para amamentar e/ou doação de leite, encaminhar a mulher e/ou entrar em contato com o Banco de Leite Humano (BLH).



BLH do Hospital e Maternidade D. Regina 0800 646 8283  
(63) 3218-7734

BLH do Hospital e Maternidade D. Orione (63) 3411-8787  
Ramal: 2358



## QUADRO 12 - Aleitamento Materno: Principais Dificuldades e seu Manejo

### RELACIONADAS AO BEBÊ

#### Bebê que não suga ou tem sucção débil:

- **Investigar** se o bebê está sonolento, sem fome, doente ou sem força para sugar.
- **Orientar** a mãe a estimular a sua mama regularmente (no mínimo seis vezes ao dia) por meio de ordenha manual ou por bomba de sucção e oferecer o leite ordenhado no copinho até que o bebê aprenda a sugar.
- **Estimular** a sucção, introduzindo-se o dedo mínimo na boca do bebê, com a ponta tocando na junção do palato duro com o palato mole. **Orientar** a fazer esse exercício com o seu bebê.

#### Bebês que resistem a tentativas de serem amamentados:

- **Investigar** quanto ao uso de bicos artificiais ou chupetas, presença de dor quando o bebê é posicionado para mamar.
- **Acalmar** a mãe e o bebê, **suspender** o uso de bicos e chupetas quando presente e **insistir** nas mamadas por alguns minutos cada vez.

#### Bebês que não conseguem pegar a aréola adequadamente:

- **Investigar** mal posicionamento do bebê, uso de bicos artificiais ou chupetas, ingurgitamento, presença de mamilos invertidos ou muito planos.
- **Corrigir** o problema detectado.

#### Bebês que não conseguem manter a pega da aréola:

- **Investigar** mal posicionamento do bebê, narinas obstruídas, fluxo de leite muito forte, ou uso de mamadeiras.
- **Corrigir** o problema detectado.

### RELACIONADAS À MÃE

#### Demora na “descida do leite”:

- **Desenvolver** confiança na mãe e **orientar** para medidas de estimulação da mama, como sucção frequente do bebê e ordenha.
- Pode ser realizada a **translactação** (sistema de nutrição suplementar), que consiste em utilizar um recipiente (pode ser um copo ou uma xícara) contendo leite (de preferência leite humano pasteurizado), colocado entre as mamas da mãe e conectado ao mamilo por meio de uma sonda. A criança, ao sugar o mamilo, recebe o suplemento e estimula a mama.

#### Mamilos doloridos/trauma mamilar:

- **Investigar** lesões nos mamilos por posicionamento e pega inadequados, mamilos curtos, planos ou invertidos, disfunções orais na criança, freio de língua excessivamente curto, sucção não nutritiva prolongada, uso impróprio de bombas de extração de leite, não interrupção adequada da sucção da criança quando for necessário retirá-la do peito, uso de cremes e óleos que causam reações alérgicas nos mamilos, uso de protetores de mamilo (intermediários) e exposição prolongada a forros úmidos.

Continua

- **Pode apresentar** eritema, edema, fissuras, bolhas, “marcas” brancas, amarelas ou escuras, hematomas ou equimoses.
- **Orientar** para medidas de prevenção que inclui: *amamentação* com técnica adequada; *cuidados* para que os mamilos se mantenham secos, expondo-os ao ar livre ou à luz solar e trocas freqüentes dos forros utilizados quando há vazamento de leite; *não uso* de produtos que retiram a proteção natural do mamilo; *amamentação* em livre demanda; evitar ingurgitamento mamário; *ordenha* manual da aréola antes da mamada se ela estiver ingurgitada; *introdução* do dedo indicador ou mínimo pela comissura labial (canto) da boca do bebê, se for preciso interromper a mamada, de maneira que a sucção seja interrompida antes de a criança ser retirada do seio; não uso de protetores (intermediários) de mamilos.

#### Mamilos planos ou invertidos:

- **Promover** a confiança e empoderar a mãe;
- **Ajudar** a mãe a favorecer a pega do bebê;
- **Tentar** diferentes posições para ver em qual delas a mãe e o bebê adaptam-se melhor;
- **Mostrar** à mãe manobras que podem ajudar a aumentar o mamilo antes das mamadas, como estímulo (toque) do mamilo.

#### Ingurgitamento mamário:

- **A mama** fica excessivamente distendida, o que causa grande desconforto, às vezes acompanhado de febre e mal-estar. **Pode haver** áreas difusas avermelhadas, edemaciadas e brilhantes. Os mamilos ficam achatados, dificultando a pega do bebê, e o leite muitas vezes não flui com facilidade.
- **Investigar** leite em abundância, início tardio da amamentação, mamadas infreqüentes, restrição da duração e freqüência das mamadas e sucção ineficaz do bebê.
- **Orientar** para medidas de prevenção, que inclui: amamentação em livre demanda, iniciada o mais cedo possível, preferencialmente logo após o parto, e com técnica correta, e o não uso de complementos (água, chás e outros leites) são medidas eficazes na prevenção do ingurgitamento.

#### Candidíase:

- **Costuma manifestar-se** por coceira, sensação de queimadura e dor em agulhadas nos mamilos que persiste após as mamadas. A pele dos mamilos e da aréola pode apresentar-se avermelhada, brilhante ou apenas irritada ou com fina descamação; raramente se observam placas esbranquiçadas. Algumas mães queixam-se de ardência e dor em agulhada dentro das mamas. É muito comum a criança apresentar crostas brancas orais, que devem ser distinguidas das crostas de leite (essas últimas são removidas sem machucar a língua ou gengivas).
- **Investigar** umidade e lesão dos mamilos e uso, pela mulher, de antibióticos, contraceptivos orais e esteróides. Na maioria das vezes é a criança quem transmite o fungo, mesmo quando a doença não seja aparente.
- **Orientar** quanto às medidas preventivas, que inclui manter os mamilos secos e arejados e expô-los à luz por alguns minutos ao dia.
- **Tratar** mãe e bebê simultaneamente, mesmo que a criança não apresente sinais evidentes de candidíase. O tratamento inicialmente é local, com Nistatina, Clotrimazol, Miconazol ou Cetoconazol tópicos por duas semanas. As mulheres podem aplicar o creme após cada mamada e ele não precisa ser removido antes da próxima mamada. Um grande número de espécies de *cândida* é resistente à nistatina. Violeta de Genciana a 0,5% pode ser usada nos mamilos/aréolas e na boca da criança uma vez por dia por três a quatro dias. Se o tratamento tópico não for eficaz, recomenda-se Cetoconazol 200mg/dia, por 10 a 20 dias.
- **Medidas gerais** úteis durante o tratamento, como enxaguar os mamilos e secá-los ao ar após as mamadas e expô-los à luz por pelo menos alguns minutos por dia. Em caso de uso de chupetas e bicos de mamadeira, caso não seja possível eliminá-los, devem ser fervidos por 20 minutos pelo menos uma vez ao dia.



#### Reflexo de ejeção do leite exagerado:

- **Pode** provocar engasgos na criança.
- **Ordenhar** um pouco de leite antes da mamada até que o fluxo diminua geralmente é suficiente no manejo do problema.

#### Fenômeno de Raynaud:

- **Isquemia** intermitente causada por vasoespasmos pode acometer os mamilos.
- **Investigar** exposição ao frio, compressão anormal do mamilo na boca da criança ou trauma mamilar importante. Porém, nem sempre é possível encontrar a causa.
- **Manifesta-se** inicialmente por palidez dos mamilos e dor importante antes, durante e mais comumente depois das mamadas. A palidez é seguida de cianose e finalmente o mamilo se torna avermelhado.
- **É comum haver** uma sequência de espasmos com repousos curtos.
- **Alguma medicações** como Fluconazol e contraceptivos orais podem agravar os vasoespasmos.

#### Bloqueio de ductos lactíferos:

- **Investigar** amamentação infrequente, dificuldade da criança em remover o leite da mama de maneira eficiente, uso de sutiã muito apertado ou uso de cremes nos mamilos.
- A mulher **apresenta** nódulos localizados, sensíveis e dolorosos, acompanhados de dor, vermelhidão e calor na área envolvida. Em geral, a febre não faz parte do quadro clínico. Às vezes, essa condição está associada a um pequeno, quase imperceptível, ponto branco na ponta do mamilo, que pode ser muito doloroso durante as mamadas.
- **Instituir** o tratamento precocemente para que o processo não evolua para mastite
- **Medidas necessárias** para desbloqueio de um ducto lactífero: *Mamadas* frequentes; *Utilização* de distintas posições para amamentar, oferecendo primeiramente a mama afetada, com o queixo do bebê direcionado para a área afetada, o que facilita a retirada do leite do local; *Massagens* suaves na região atingida, na direção do mamilo, antes e durante as mamadas; *Ordenha* manual da mama ou com bomba de extração de leite caso a criança não esteja conseguindo esvaziá-la; *Remoção* do ponto esbranquiçado na ponta do mamilo, caso esteja presente, esfregando-o com uma toalha ou utilizando uma agulha esterelizada.

#### Mastite:

- **Geralmente** unilateral, podendo progredir ou não para uma infecção bacteriana. Ocorre mais comumente na segunda e terceira semanas após o parto e raramente após a 12ª semana.
- **Instituir tratamento** o mais precocemente possível, pois sem o tratamento adequado e em tempo oportuno a mastite pode evoluir para abscesso mamário.

#### O tratamento inclui:

- **Esvaziamento** adequado da mama, preferencialmente pelo RN, pois, apesar da presença de bactérias no leite materno, quando há mastite, a *manutenção da amamentação está indicada por não oferecer riscos ao recém-nascido a termo sadio*. A retirada manual do leite após as mamadas pode ser necessária se não houver um esvaziamento adequado.
- **Antibioticoterapia** - indicada quando houver sintomas graves desde o início do quadro, fissura mamilar e ausência de melhora dos sintomas após 12–24 horas da remoção efetiva do leite acumulado. As opções são: Cefalexina 500mg, por via oral, de seis em seis horas, Amoxicilina 500mg ou Amoxicilina associada ao Ácido Clavulânico (500mg/125mg), por via oral, de oito em oito horas. Em pacientes alérgicas a essas drogas, está indicada a Eritromicina 500mg, por via oral, de seis em seis horas. Em todos os casos, os antibióticos devem ser utilizados por, no mínimo, 10 dias, pois tratamentos mais curtos apresentam alta incidência de recorrência.

- *Se não houver regressão* dos sintomas após 48 horas do início da antibioticoterapia, deve ser considerada a possibilidade de abscesso mamário e de encaminhamento para unidade de referência, para eventual avaliação diagnóstica especializada e revisão da antibioticoterapia. Diante dessa situação, é importante que o profissional agende retorno da mãe à unidade de saúde e que a unidade ofereça acesso sob demanda espontânea, para garantir a continuidade do cuidado.
- *Suporte emocional.*
- *Outras medidas de suporte:* repouso da mãe (de preferência no leito); analgésicos ou antiinflamatórios não-esteróides, como ibuprofeno; líquidos abundantes; iniciar a amamentação na mama não afetada; e usar sutiã bem firme.

#### **Abscesso mamário:**

- **Causado** por mastite não tratada ou com tratamento iniciado tardiamente ou ineficaz. É comum após a interrupção da amamentação na mama afetada pela mastite sem o esvaziamento adequado do leite por ordenha.
- **Quadro clínico:** dor intensa, febre, mal-estar, calafrios e presença de áreas de flutuação à palpação no local afetado. No diagnóstico diferencial do abscesso, devem-se considerar a galactocele, a fibroadenoma e o carcinoma da mama.
- **Qualquer medida que previna mastite** consequentemente vai prevenir o abscesso mamário, assim como a instituição precoce do tratamento da mastite se ela não puder ser prevenida.

#### **Exige intervenção rápida e compreende as seguintes medidas:**

- Drenagem cirúrgica;
- Demais condutas indicadas no tratamento da mastite infecciosa;
- Interrupção da amamentação na mama afetada até que o abscesso tenha sido drenado e a antibioticoterapia iniciada;
- Manutenção da amamentação na mama sadia.
- Os abscessos mamários não adequadamente tratados podem evoluir para drenagem espontânea, necrose e perda do tecido mamário.
- Abscessos muito grandes podem necessitar de ressecções extensas;
- O uso de drogas para supressão da lactação não está indicado nos casos em que as mães desejem continuar a amamentação.

#### **Galactocele:**

- **Formação** cística nos ductos mamários contendo líquido leitoso, que no início é fluido, adquirindo posteriormente aspecto viscoso, que pode ser exteriorizado por meio do mamilo. Pode ser palpada como uma massa lisa e redonda, mas o diagnóstico é feito por aspiração ou ultrassonografia.
- O **tratamento** é feito com aspiração. No entanto, com frequência, a formação cística deve ser extraída cirurgicamente porque o cisto enche novamente após a aspiração.

#### **Baixa produção de leite:**

Para aumentar a produção de leite, as seguintes medidas são úteis:

- Melhorar o posicionamento e a pega do bebê, quando não adequados;
- Aumentar a frequência das mamadas;
- Oferecer as duas mamas em cada mamada;
- Dar tempo para o bebê esvaziar bem as mamas;
- Trocar de mama várias vezes numa mamada se a criança estiver sonolenta ou se não sugar vigorosamente;
- Evitar o uso de mamadeiras, chupetas e protetores (intermediários) de mamilos;
- Consumir dieta balanceada;
- Ingerir líquidos em quantidade suficiente (lembrar que líquidos em excesso não aumentam a produção de leite, podendo até diminuí-la);
- Repousar.



## 2.5.5 Situações em que há Restrições ao Aleitamento Materno

- Mães infectadas pelo HIV;
- Mães infectadas pelo HTLV1 e HTLV2;
- Uso de medicamentos incompatíveis com a amamentação;
- Criança portadora de galactosemia, doença rara em que ela não pode ingerir leite humano ou qualquer outro que contenha lactose.

**Recomenda-se que previamente à prescrição de medicações às nutrizes que o profissional consulte o manual "Amamentação e Uso de Drogas" do Ministério da Saúde.**

### ***Recomenda-se a interrupção temporária da amamentação, quando ocorrer :***

- Infecção herpética, quando há vesículas localizadas na pele da mama. A amamentação deve ser mantida na mama sadia;
- Varicela: se a mãe apresentar vesículas na pele, cinco dias antes do parto ou até dois dias após o parto, recomenda-se o isolamento da mãe até que as lesões adquiram a forma de crosta. A criança deve receber Imunoglobulina Humana Antivaricela Zoster (Ighavz), que deve ser administrada o mais precocemente possível (em até 96 horas do nascimento);
- Doença de Chagas, na fase aguda da doença ou quando houver sangramento mamilar evidente;
- Abscesso mamário, até que o abscesso tenha sido drenado e a antibioticoterapia iniciada. A amamentação deve ser mantida na mama sadia;
- Consumo de drogas: recomenda-se interrupção temporária do aleitamento materno, com ordenha do leite, que deve ser desprezado. O

tempo recomendado de interrupção da amamentação varia dependendo da

#### **Droga/ Período recomendado de interrupção da amamentação**

|  |                            |
|--|----------------------------|
| Anfetamina, ecstasy/ 24–36 horas           | Heroína, morfina/ 24 horas |
| Barbitúricos/ 48 horas                     | LSD/ 48 horas              |
| Cocaína, crack/ 24 horas                   | Maconha/ 24 horas          |
| Etanol/1 hora por dose ou até estar sóbria | Fenciclidina/ 1–2 semanas  |

## 2.6 Acompanhamento Pre-natal Odontológico

- A gestante apresenta maior suscetibilidade ao aparecimento de problemas relacionados à saúde da boca, devido a fatores como alterações orgânicas, mudanças de hábitos alimentares decorrentes da gestação e da higiene oral.
- Apesar de alguns fatores limitantes como intervenções prolongadas em decúbito dorsal, uso de medicamentos e tomadas radiográficas, **o tratamento odontológico poderá ser realizado em qualquer fase do período gestacional, embora o segundo trimestre seja o mais oportuno.**
- Lembrando que não há restrição em relação ao uso de anestésicos locais sem vasoconstritor.

### 2.6.1 Doença Periodontal e Prematuridade

- A doença periodontal caracteriza-se por uma série de alterações patológicas no periodonto, constituído pelos tecidos moles (gengivas) e duros (cimento, ligamento periodontal e osso alveolar) que circundam os dentes.



Gestantes com doença periodontal têm 7,5 vezes mais probabilidade de desenvolver prematuridade e o agravamento dessa condição pode ser um fator de risco para pré-eclâmpsia.

### 2.6.2 Competência da Unidade de Saúde

- As gestantes cadastradas deverão ser encaminhadas para a avaliação da saúde oral após a primeira consulta de pré-natal.

Deverão ser realizadas, no mínimo, 3 consultas odontológicas, sendo uma em cada trimestre de gravidez. O Cirurgião Dentista poderá promover atividades coletivas em grupo e visitas domiciliares às gestantes.



## 2.6.3 Atendimento Odontológico da Gestante

### Primeiro Trimestre de Gestação

- Avaliação geral da paciente histórico médico e odontológico;
- Exame clínico levantamento das necessidades de tratamento odontológico;
- Planejar o tratamento e instituir ações preventivas e de promoção à saúde oral da gestante.

#### ***Educação em Saúde Bucal***

- Explicar sobre a placa bacteriana e a importância da higiene bucal na prevenção das doenças cárie e periodontal;
- Recomendar o uso inteligente do açúcar:

✓ **Restrição da quantidade de exposições à sacarose e aumento do intervalo de exposição.**

- Enfatizar a importância de cuidados diários como:

✓ **Higienizar a boca e os dentes após cada refeição, de forma bem feita, principalmente antes de dormir;**

✓ **Quando ocorrer sangramento gengival, a limpeza deverá ser realizada com maior atenção e a gestante deverá procurar a ajuda do cirurgião dentista.**

- Ensinar metodicamente a técnica de escovação mais apropriada, o uso do fio dental e o auto-exame da boca.

#### ***Escovação***

- Todas as superfícies visíveis dos dentes devem ser escovadas;
- Seguir sempre a mesma sequência de escovação com a finalidade de que todos os dentes sejam escovados e nenhum esquecido;
- Ressaltar que a qualidade da escovação é mais importante que a quantidade;
- As faces internas e externas dos dentes devem ser escovadas no sentido da gengiva para os dentes;
- Nas superfícies oclusais, a boca deverá permanecer aberta, e realizar movimentos de vai-e-vem horizontais com a escova dental;
- A língua e o véu palatino deverão ser cuidadosamente escovados.

## ***Urgência Odontológicas***

- As urgências odontológicas devem ser cuidadas assim que aconteçam, para aliviar a dor e tratar qualquer infecção.



- Evitar tomadas radiográficas;
- Fazer uso de medicamentos conforme medicação preconizada.

## **Segundo Trimestre de Gestação**

- Deverão ser realizados alguns procedimentos Clínicos Odontológicos, de acordo com o Plano de Tratamento realizado na primeira consulta programática odontológica;
- Programa de educação em saúde bucal (o mesmo utilizado no primeiro trimestre).

### ***Educação em Saúde Bucal***

- Introduzir as orientações relacionadas à saúde bucal do bebê;
- Enfatizar a boa relação entre amamentação e a saúde oral:

- ✓ A amamentação prepara a boca do bebê para a mastigação;
- ✓ Durante a amamentação, desenvolve-se corretamente a respiração nasal;
- ✓ Este processo é responsável também pelo crescimento harmonioso da face e dentição.

- Conscientizar para a importância dos dentes decíduos, remoção e controle dos fatores de risco para a cárie;
- Esclarecer sobre a transmissibilidade da cárie;
- Orientar que a saúde bucal da mãe e/ou responsável pelo bebê tem relação direta com a saúde oral da criança;
- Recomendar o uso inteligente do açúcar.

### ***Urgência Odontológica***

- Seguir as mesmas orientações contidas em urgência odontológica no primeiro trimestre.



## TERCEIRO TRIMESTRE DE GESTAÇÃO

### ***Educação em Saúde Bucal***

- Orientar sobre a contaminação do bebê em relação à cárie:

- ✓ Não usar os utensílios da criança como pratos, copos, talheres, etc;
- ✓ Não assoprar os alimentos antes de servir ao bebê;
- ✓ Não colocar na própria boca a chupeta, bico ou brinquedo que a criança estiver utilizando.

- Esclarecer sobre a cárie de mamadeira:

- ✓ Dieta mole e adocicada aumenta o risco de cárie;
- ✓ Resíduos alimentares que permanecerem na boca do bebê servirão de alimento para as bactérias causadoras da doença.

- Explicar como realizar a limpeza da cavidade oral do bebê:

- ✓ Deverá ser iniciada precocemente, antes da erupção dos primeiros dentinhos;
- ✓ Enrolar a ponta da fralda ou de uma gaze em torno do dedo e molhar em água filtrada ou fervida;
- ✓ Limpar todos os dentes presentes, a parte interna da boca e a língua;
- ✓ Esta higienização deverá ser realizada sempre após o bebê ter sido alimentado, ingerido xaropes e medicamentos adoçados;
- ✓ É fundamental à noite, depois da última mamada;
- ✓ A escova de dente com cerdas extra-macias e cabeça bem pequena (própria para bebês) poderá ser introduzida a partir da erupção do primeiro dente.

- Fazer o acompanhamento da higiene bucal das gestantes (controle de placa bacteriana supervisionada).

### ***Urgência Odontológica***

- Seguir as mesmas orientações contidas em urgência odontológica no primeiro trimestre.

## QUADRO 13: Orientações Gerais para Atendimento Clínico Odontológico

### Evitar sessões de tratamento prolongadas.

### Observar a posição da paciente na cadeira odontológica:

- ✓ Permitir que a gestante mude de posição;
- ✓ Reclinar ligeiramente a paciente para o lado esquerdo, principalmente a partir do sexto mês;
- ✓ A posição totalmente reclinada deve ser evitada.

### Radiografias:

- ✓ Devem ser evitadas, especialmente no primeiro trimestre;
- ✓ Quando houver uma real necessidade para diagnóstico e tratamento, fazer uso de avental de chumbo, filmes ultrarrápidos

### Anestesia local:

- ✓ Todos os anestésicos locais atravessam a placenta, são lipossolúveis;
- ✓ A solução anestésica local de maior segurança é a Lidocaína a 2% com Adrenalina 1:100.000, no máximo 2 tubetes (3,6ml), com aspiração prévia injeção lenta;
- ✓ Evitar o uso de Prilocáína e Felipressina (agente vasoconstritor).

### Medicamentos:

- ✓ Devem ser evitados, quando necessários devem ser selecionados conforme medicação preconizada;
- ✓ A grande maioria atravessa a placenta por difusão passiva (anestésicos locais, tranquilizantes, analgésicos, anti-inflamatórios e antibióticos);
- ✓ A escolha de medicamentos deverá ser cuidadosa durante o período de lactação;
- ✓ Exodontias não são contra-indicadas, desde que tomadas todas as precauções necessárias;
- ✓ Remoções cirúrgicas de lesões periodontais só serão indicadas quando houver alguma interferência com a mastigação, dor ou estética, seguida de raspagem e alisamento coronário.







MANEJO DAS INERCORRÊNCIAS  
CLÍNICAS E OBSTÉTRICAS  
MAIS FREQUENTES

## 3.1 Queixas Mais Frequentes na Gravidez

As orientações a seguir são válidas para os casos em que os sintomas são manifestações ocasionais e transitórias, não refletindo, geralmente, doenças clínicas mais complexas. A maioria delas diminui ou desaparece sem o uso de medicamentos, os quais devem ser evitados ao máximo.

### QUADRO 14: Queixas mais Frequentes na Gravidez, Recomendações Básicas e Condutas

#### **Náuseas, Vômitos e Tonturas:**

- Ingerir alimentos secos, a base de carboidratos, como torradas e pães pela manhã, evitar líquidos junto das refeições;
- Realizar refeições mais fracionadas e com menor volume;
- Evitar alimentos gordurosos, doces concentrados, refrigerantes, café e alimentos condimentados;
- Aumentar a ingestão de líquidos, principalmente água, em caso de vômitos;
- A última refeição do dia deve ser feita pelo menos 2 horas antes de dormir.

#### **Pirose – Azia:**

- Dieta fracionada, evitando frituras;
- Evitar café, chá preto, mates, doces, álcool e fumo;
- Evitar inclinar-se ou deitar-se após a ingestão de alimentos
- Ocasionalmente, pode-se fazer uso de antiácidos.**

#### **Sialorréia (Salivação Excessiva):**

- Dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos;
- Não cuspir e tomar líquidos em abundância.

#### **Fraquezas e Desmaios**

- Evitar mudanças bruscas de posição e a inatividade;
- Indicar uma dieta fracionada, sugerir café ou chá com açúcar como estimulante, desde que não contraindicados;
- Assentar-se com a cabeça abaixada ou deitar-se em decúbito lateral, respirando profunda e pausadamente, melhora a sensação de fraqueza, desmaio.

#### **Queixas Urinárias:**

- Explicar que o aumento do número de micções é comum no início e final da gestação, devido ao crescimento do útero e à compressão da bexiga;
- Fazer exame de urina em caso de dor ao urinar, hematúria (sangue na urina), acompanhada ou não de febre.

### **Dor Abdominal, Cólicas, Flatulência e Obstipação Intestinal:**

- Certificar-se que não sejam contrações uterinas;
- Se a gestante apresentar flacidez da parede abdominal, sugerir a prática de exercícios apropriados;
- Se houver flatulência (gases) e/ou obstipação intestinal:  
Orientar dieta rica em fibras (frutas cítricas, verduras, mamão, ameixas e cereais integrais);
- Aumentar a ingestão de líquidos;
- Evitar alimentos de alta fermentação tais como repolho, couve, ovo, feijão, leite e açúcar;
- Recomendar caminhadas, movimentação e regularização do hábito intestinal.
- Solicitar exame parasitológico de fezes, se necessário.

#### **-Eventualmente prescrever:**

- Dimeticona, em caso de gases;
- Supositório de Glicerina em caso de obstipação;
- Hioscina, 01 cápsula, VO, até 2 vezes ao dia, em caso de cólicas.

### **Hemorróidas:**

- Fazer dieta, a fim de evitar a obstipação intestinal. Se necessário, prescrever supositório de glicerina;
- Não usar papel higiênico colorido ou áspero (molhá-lo) e fazer a higiene perianal com água e sabão neutro após defecação;
- Fazer banhos de vapor ou compressas mornas;
- Agendar consulta médica, caso haja dor ou sangramento anal persistente.

### **Corrimento Vaginal**

- Um aumento do fluxo é comum na gestação;
- Usar creme vaginal somente com o diagnóstico confirmado de infecção vaginal;
- Agendar consulta médica se ocorrer fluxo amarelado, esverdeado ou com odor fétido e caso haja prurido;
- Ver capítulo Doenças Sexualmente Transmissíveis.

### **Falta de Ar e Dificuldade para Respirar**

- Esses sintomas são freqüentes na gestação em decorrência do aumento do útero ou ansiedade da gestante;
- Recomendar repouso em decúbito lateral;
- Ouvir a gestante e conversar sobre suas angústias;
- Estar atento a outros sintomas associados e achados no exame cardiopulmonar.



### **Dor nas Mamas:**

-Recomendar o uso constante de sutiã, com boa sustentação, após descartar qualquer alteração no exame das mamas.

### **Dor Lombar – Dores nas Costas:**

- Correção de postura ao sentar-se e ao andar;
- Usar sapatos com saltos baixos e confortáveis;
- Aplicação de calor local;
- Eventualmente, usar analgésico por tempo limitado;
- Pode-se recomendar a realização de exercícios fisioterápicos.

### **Cefaléia – Dor de Cabeça:**

- Afastar hipertensão e pré-eclâmpsia (se tiver mais de 24 semanas de gestação);
- Conversar com a gestante sobre as tensões, conflitos e temores;
- **Eventualmente usar analgésico, paracetamol ou dipirona: 1comp/500mg ou 40 gotas de 6 em 6 horas por tempo limitado.**

### **Sangramento nas Gengivas:**

- Recomendar o uso de escovas macias e massagem nas gengivas;
- Agendar atendimento odontológico.

### **Varizes:**

- Não permanecer muito tempo de pé ou sentada;
- Repousar (20 minutos) várias vezes ao dia com as pernas elevadas;
- Não usar roupas muito justas e nem ligas nas pernas e se possível utilizar meia-calça elástica para gestante.

### **Cãibras:**

- Fazer massagens e calor local;
- Evitar excesso de exercícios físicos;
- Aumentar o consumo de alimentos ricos em potássio, cálcio e vitamina B1.**

### **Cloasma Gravídico:**

- Evitar exposição direta ao sol;
- Recomendar o uso de filtro solar tópico (no mínimo FPS 30).

### **Estrias:**

- São resultados da distensão dos tecidos e não existe um método realmente eficaz de prevenção;
- Pode-se fazer massagens com substâncias oleosas, porém os resultados são incertos.

## 3.2 Anemia na Gravidez



Caracterizada por valores de hemoglobina iguais ou inferiores a 11,0 g/dl (OMS).

- Os valores de hemoglobina, assim como os de hematócrito e do número total de glóbulos vermelhos, ficam na dependência do aumento da massa eritrocitária, ambos variáveis nas gestantes;
- Mesmo as mulheres saudáveis podem apresentar redução das concentrações de hemoglobina durante a gravidez não complicada;
- Essa redução manifesta-se por volta da 8ª semana, progride lentamente até a 34ª semana e permanece estabilizada até o parto;
- Não causa danos à mãe ou ao feto pois, embora a concentração da hemoglobina esteja diminuída, a hipervolemia possibilita a perfusão e a oxigenação adequadas dos tecidos;
- Também é importante adotarem-se:



- Outros critérios para a conceituação e para o diagnóstico de anemia.
- As anemias podem ser classificadas de acordo com o tamanho das hemácias, inferido através do volume corpuscular médio ( $VCM = 81-95$  dl).
- Os índices corpusculares, não sofrem variações em relação ao volume plasmático e podem, então, ser tomados com tal finalidade.

| Tomando-se o VCM como indicador, identificam-se 3 tipos de anemia: |                             |
|--|-----------------------------|
| <b>Microcíticas</b>  | <b>VCM &lt; 85 dl</b>       |
| <b>Normocíticas</b>  | <b>VCM entre 85 e 95 dl</b> |
| <b>Macroscíticas</b>   | <b>VCM &gt; 95 dl</b>       |



- A anemia ferropriva, evidenciada por alterações dos níveis de hemoglobina deve ser tratada de acordo com esquema descrito no **QUADRO 16**;
- As anemias carenciais são muito freqüentes em nosso meio, principalmente a ferropriva e a megaloblástica;
- São também relativamente comuns a talassemia e a anemia microangiopática.

| <b>QUADRO 15: Dosagem de Hemoglobina e Condutas</b>                            |  |
|--|--|
| Hemoglobina $\geq$ 11 g/dl: <b>ausência de anemia</b>                          | Suplementação de ferro a partir da 20 <sup>a</sup> semana: 1 drágea de sulfato ferroso/dia (200mg), que corresponde a 40mg de ferro elementar.<br>Recomenda-se ingerir a medicação antes das refeições.  |
| Hemoglobina entre 8g/dl e 11g/dl: <b>diagnóstico de anemia leve a moderada</b> | A) Solicite exame parasitológico de fezes e trate as parasitoses, se presentes;<br>B) Trate a anemia com 120 a 240mg de ferro elementar ao dia. Normalmente, recomendam-se 5 (cinco) drágeas/dia de sulfato ferroso, de 40mg cada, via oral (podem ser 2 pela manhã, 2 à tarde e 1 à noite), uma hora antes das refeições;<br>C) Repita a dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se os níveis estiverem subindo, mantenha o tratamento até a Hb atingir 11g/dl, quando deverá ser iniciada a dose de suplementação (1 drágea ao dia, com 40mg de ferro elementar). Repita a dosagem no 3<sup>o</sup> trimestre;</li> <li>• Se a Hb permanecer em níveis estacionários ou se diminuir, será necessário referir a gestante ao pré-natal de alto risco.</li> </ul> |
| Hemoglobina < 8 g/dl: diagnóstico de anemia grave                              | A gestante deve ser referida imediatamente ao pré-natal de alto risco.   |

**Orientar a gestante quanto a importância da adesão ao tratamento e que o Sulfato Ferroso não causa o aumento de apetite, nem ganho de peso.**

### 3.3 Anemia Falciforme (Doença Falciforme)



A Doença Falciforme é uma anemia hemolítica congênita, em que as hemácias, diante de certas condições alteram sua forma e se tornam parecidas com uma foice, daí o nome falciforme.

- A anemia falciforme é a principal e mais grave representante das doenças falciformes.

| <b>QUADRO 16: Sintomas da Anemia Falciforme</b><br>Pode se manifestar de forma diferente em cada indivíduo |  |
|--|--|
| Crise de dor   | Sintoma mais frequente da Doença Falciforme, causado pela obstrução de pequenos vasos pelos glóbulos vermelhos em foice.               |
| Icterícia  | Sinal mais frequente da doença.  |
| Síndrome mão-pé  | Nas crianças pequenas, as crises de dor podem ocorrer nos pequenos vasos das mãos e dos pés causando inchaço, dor e vermelhidão local. |
| Infecções  | Podem ocorrer infecções frequentes localizadas na garganta, pulmões e ossos.   |
| Úlceras de perna   | Ocorre frequentemente próximo aos tornozelos.  |

#### *Diagnóstico Laboratorial*

- Teste do pezinho – 2ª fase da triagem neonatal (ainda não implantada no Tocantins);
- Eletroforese de hemoglobina – exame confirmatório.





A gravidez pode agravar a doença com piora da anemia e aumento da frequência e gravidade das crises dolorosas e infecções.

**A anemia falciforme pode interferir na evolução normal da gestação. Os riscos maternofetais incluem:**

- Aumento das crises vaso-oclusivas no pré e pós-parto;
- Infecções do trato urinário;
- Complicações pulmonares,
- Abortamento;
- Pré-eclâmpsia e até óbito;
- Parto pré-termo;
- Restrição do crescimento intrauterino devido à vaso-oclusão placentária;
- Sofrimento fetal durante o trabalho de parto e no parto;
- Elevação da taxa de mortalidade perinatal.

**ATENÇÃO**

A gestante com Anemia Falciforme deve ser referenciada para o Serviço Ambulatorial em Pré-natal de Alto Risco, de acordo com o PDR.

### 3.4 Hiperêmese Gravídica



Caracteriza-se por vômitos contínuos e intensos que impedem a alimentação da gestante, ocasionando desde a desidratação e oligúria à perda de peso e transtornos metabólicos, com alcalose (pela perda maior de cloro, hipocloremia, perda de potássio e alterações no metabolismo das gorduras dos carboidratos).

- Em casos graves, pode chegar à insuficiência hepática, renal e neurológica;
- Aspectos emocionais e adaptações hormonais são apontados como causadores desse transtorno;
- Pode estar associada à gestação múltipla, mola hidatiforme, pré-eclâmpsia, diabetes e isoimunização Rh;
- Há outros fatores que podem levar a vômitos com a mesma gravidade e que devem ser afastadas, tais como: úlcera gástrica, cisto torcido de ovário, gravidez ectópica, insuficiência renal, infecções intestinais.
- Os vômitos tardios da gravidez não devem ser confundidos com hiperêmese gravídica;
- Apoio psicológico, ações educativas desde o início da gravidez, bem como reorientação alimentar, são as melhores maneiras de evitar os casos mais complicados;
- Nas situações de êmese persistente, o profissional de saúde deve prescrever drogas antieméticas, por via oral ou intravenosa, além de hidratação;

**QUADRO 17: Esquema Terapêutico para Êmese Persistente**

| ANTIEMÉTICO    | VIA       | ESQUEMA TERAPÊUTICO           |
|----------------|-----------|-------------------------------|
| Metoclopramida | Oral      | 10mg de 4/4h                  |
| Dimenidrato    | Oral      | 50mg de 6/6h                  |
| Metoclopramida | Injetável | 10mg (01 ampola=10ml) de 4/4h |
| Dimenidrato    | Injetável | 50mg (01 ampola=1ml) de 6/6h  |

**ATENÇÃO**

Nos casos de hiperêmese gravídica que não responderam à terapêutica inicialmente instituída ou quando a unidade de saúde não tiver disponibilidade para essas medidas, deve-se encaminhar a gestante imediatamente ao hospital de referência.



## 3.5 Síndromes Hemorrágicas

As mais importantes situações hemorrágicas na gravidez são:

- **Primeira Metade:** Ameaça de abortamento, abortamento, descolamento cório-amniótico, gravidez ectópica, neoplasia trofoblástica gestacional benigna (mola hidatiforme).
- **Segunda Metade:** Placenta prévia, descolamento prematuro de placenta.

**QUADRO 18: História Clínica e Conduta nas Síndromes Hemorrágicas Gestacionais**

| PATOLOGIA                           | HISTÓRIA   | EXAME FÍSICO  | CONDUTA  |
|-------------------------------------|--|---|--|
| <b>Ameaça de Abortamento</b>        | Sangramento discreto e eventualmente dor   | Sangramento em fundo vaginal ou proveniente do canal cervical; Colo fechado.                                | Encaminhar à maternidade. Após confirmação diagnóstica ecográfica da viabilidade da gestação, indicar repouso no leito; Antiespasmódicos se necessário e progestágenos na insuficiência lútea. |
| <b>Abortamento</b>                  | Sangramento e dor em baixo ventre  | Sangramento abundante em fundo vaginal ou proveniente do canal cervical; Colo aberto, eliminação de restos. | Encaminhar à maternidade.  |
| <b>Gravidez Ectópica</b>            | Dor em baixo ventre, lipotímia   | Irritação peritoneal, hipotensão, colo amolecido, útero aumentado, dor e/ou tumor à palpação de anexos.     | Encaminhar com urgência para uma maternidade de alto risco   |
| <b>Mola Hidatiforme</b>             | Sangramento discreto e intermitente, ausência de dor, expulsão de vesículas (patognomônico), hiperêmese acentuada, hipertensão arterial precoce. | Altura e volume uterinos maiores do que o esperado para a idade gestacional                                 | Encaminhar à maternidade para diagnóstico e tratamento   |
| <b>Descolamento Cório-Amniótico</b> | Sangramento discreto   | Sangramento discreto vermelho escuro.   | Encaminhar à maternidade. Se confirmado indicar repouso absoluto até a interrupção do sangramento; antiespasmódicos se necessário.   |

Continua

| PATOLOGIA                                 | HISTÓRIA  | EXAME FÍSICO  | CONDUTA  |
|---|---|---|--|
| <b>Placenta Prévia</b>                    | Segunda metade da gestação. Mais freqüente em multíparas com partos cesáreos anteriores. Sangramento súbito, recorrente e progressivo, vermelho vivo, quantidade variável e indolor | Sangramento vermelho vivo, de quantidade variável, proveniente da cavidade uterina  | Na suspeita, evitar o toque vaginal. Encaminhar com urgência para uma maternidade de alto risco. |
| <b>Descolamento Prematuro de Placenta</b> | Associado à HAS e ao uso de drogas como crack e cocaína. Dor abdominal súbita; sangramento vermelho escuro, de quantidade variável  | Útero hipertônico e sensível à palpação; BCF ausentes ou alterados; sinais de hipotensão e choque; sangramento oculto (dentro da cavidade uterina) sem exteriorização da hemorragia | Encaminhar com urgência para uma maternidade de alto risco.                                      |



## 3.6 Trabalho de Parto Prematuro (TPP)



Trabalho de parto que ocorre antes da 37ª semana gestacional;

- Caracteriza-se por 6 a 8 contrações uterinas em uma hora ou no mínimo 3 contrações em 30 minutos, levando a alterações na maturação cervical com membranas cório-amnióticas íntegras ou não.
- O TPP diferencia-se da ameaça de trabalho de parto prematuro porque nesta condição há contratilidade uterina anormal, ou seja, mais de 2 a 3 contrações uterinas dolorosas em 1 hora, sem alterar o colo uterino.



Tem como principais fatores predisponentes a baixa condição socioeconômica, a assistência pré-natal inadequada e a infecção geniturinária.

Medidas de prevenção do TPP e da morbi-mortalidade neonatal:

1. Melhora do diagnóstico e controle de infecções no período pré-concepcional;
2. Melhora da qualidade do pré-natal;
3. Rastreamento, diagnóstico e monitoramento de gestantes com risco para TPP no pré-natal;
4. Programas de suplementação nutricional;
5. Uso adequado de corticoterapia e terapia tocolítica;
6. Encaminhamento precoce de todos os casos suspeitos e/ou diagnosticados de TPP para os Serviços de Referência.

ATENÇÃO

A transferência de todas as gestantes em TPP, com idade gestacional (IG) < 34 semanas para o hospital e/ou maternidade de referência, diminui a mortalidade neonatal em 60% dos casos.

### 3.6.1 Fatores de Risco para o Trabalho de Parto Prematuro

Devem ser investigados na consulta pré-concepcional e/ou na 1ª consulta de pré-natal e/ou consultas subseqüentes e são eles:

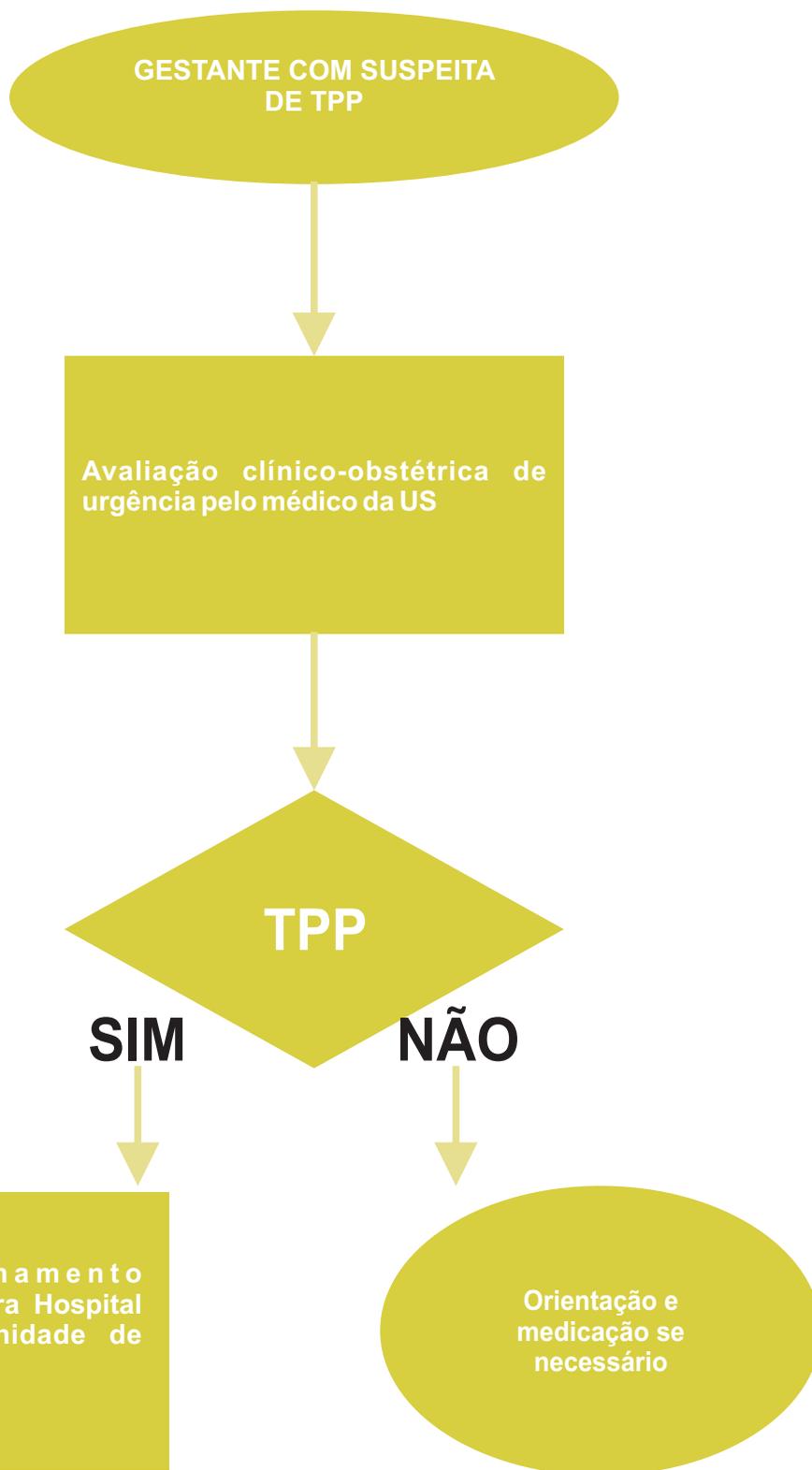
- Gestação anterior com TPP;
- Idade materna <16 anos e > 35 anos;
- Desnutrição materna;
- Atividade física materna extenuante;
- Isoimunização Rh;
- Diabetes Mellitus;
- Síndromes hipertensivas – Doença Hipertensiva Específica da Gestação (DHEG), Hipertensão Arterial Sistêmica crônica;
- Descolamento prematuro de placenta;
- Tabagismo;
- Cardiopatia materna;
- Patologias uterinas: incompetência istmo-cervical, malformações, leiomiomas;
- Distensão uterina: gêmeos, polidrâmnio;
- Violência e trauma materno;
- Infecções Maternas:
  - Trato Urinário: bacteriúria assintomática, cistite e pielonefrite não tratada ou de repetição;
  - Trato Genital: Sífilis, Gonorréia, infecção por Estreptococo do grupo B, Clamídia, Tricomonas e vaginose bacteriana;
  - Corioamnionite: rotura prematura de membranas;
  - Outras infecções: apendicite, pneumonia.

### 3.6.2 Compete à Unidade de Saúde

- Proceder à rotina de exames laboratoriais;
- Tratamento adequado das infecções maternas dos tratos urinário e genital;
- Fazer seguimento da grávida com infecção urinária conforme o protocolo;
- Encaminhar precocemente a gestante com quadro sugestivo de TPP ao Serviço de Referência;
- Após a alta fazer busca ativa e monitoramento de toda gestante internada por TPP.



### FLUXOGRAMA 3: Orientação na Conduta do Trabalho de Parto Prematuro



## 3.7 Prevenção da Doença Hemolítica Perinatal (DHPN)



Consiste na hemólise do sangue fetal, decorrente da sensibilização prévia da mãe Rh negativo às hemácias fetais Rh positivo e da produção de anticorpos maternos anti-Rh.

- É um fator de risco para prematuridade e intercorrências neonatais;
- Ocorre principalmente por transfusão feto-materna por ocasião de partos, abortamentos, sangramentos placentários ou amniocentese, geralmente anteriores à gestação atual;
- Durante a gravidez e o parto, ocorre a passagem de eritrócitos fetais para a circulação materna em cerca de 75% das gestações;

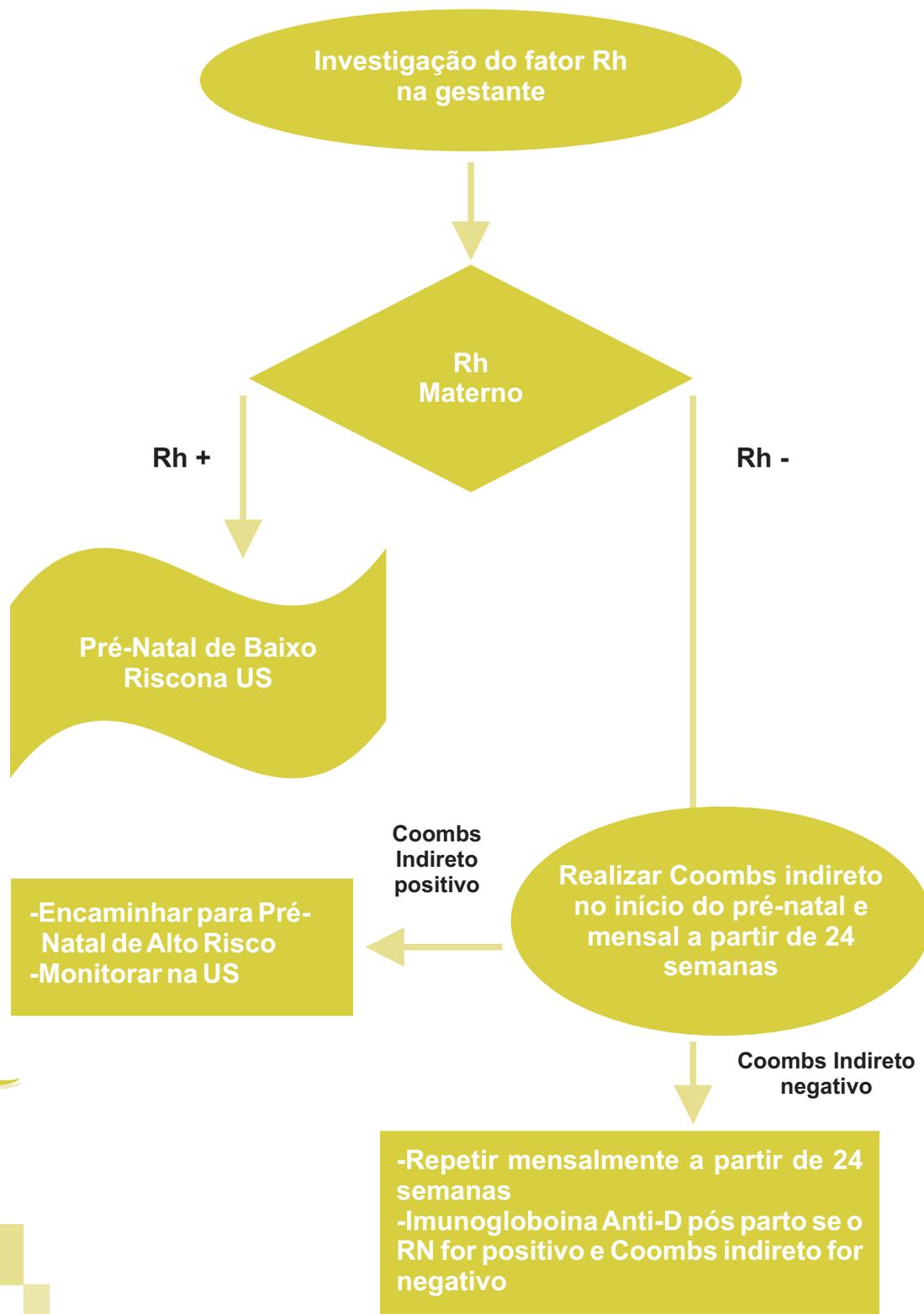
A presença de anticorpos irregulares maternos anti-Rh no sangue materno é identificada pelo Teste de Coombs indireto e no sangue do recém-nascido é identificada pelo Teste de Coombs direto.

### 3.7.1 Compete à Unidade de Saúde:

- Investigar o fator Rh de todas as gestantes;
- Para gestantes Rh negativo, investigar o fator Rh paterno quando possível;
- Se o fator Rh paterno for positivo ou desconhecido, deve-se proceder o teste de Coombs indireto no início do pré-natal e mensalmente a partir da 24<sup>a</sup> semana gestacional;
- Encaminhar as gestantes que apresentarem teste de Coombs indireto positivo em qualquer momento da gravidez para o pré-natal de alto risco.



## FLUXOGRAMA 4: Prevenção da Doença Hemolítica Perinatal



## 3.8 Síndromes Hipertensivas na Gestação



É importante detectar precocemente os estados hipertensivos que se constituam em risco materno e perinatal.



Toda gestante com quadro hipertensivo deve ser encaminhada para realização do pré-natal de alto risco no serviço de referência.



Nunca verificar a pressão arterial da gestante em posição supina (deitada de costas)

### 3.8.1 Hipertensão Gestacional

- A hipertensão aparece em consequência da própria gravidez, geralmente após a 20ª semana de gestação;
- O diagnóstico se faz através dos seguintes dados:
  - Presença de PA diastólica  $\geq 90$  mmHg;
  - Aumento da PA diastólica acima de 15 mmHg do valor previamente conhecido;
  - Ausência de proteinúria;
- A normalização dos níveis pressóricos acontece no puerpério remoto após 6 semanas;
- Pode evoluir para:
  - Pré-eclâmpsia quando a hipertensão associa-se a proteinúria;
  - Hipertensão arterial latente ou transitória, principalmente em múltiparas.

### 3.8.2 Doença Hipertensiva Específica da Gravidez (DHEG)

- A avaliação clínico-laboratorial durante o pré-natal possibilita o diagnóstico e tratamento precoce desta patologia;
- Durante a anamnese, deve-se pesquisar os fatores de risco para DHEG:



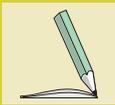
| QUADRO 19: Fatores de Risco para DHEG              |  |
|--|--|
| Antecedentes pessoais e familiares                 | Antecedentes gineco-obstétricos  |
| Principalmente mãe e irmãs com hipertensão e DHEG. | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ História prévia de pré-eclâmpsia;</li> <li>▪ Crescimento intrauterino restrito;</li> <li>▪ Gravidez anterior com prematuridade;</li> <li>▪ Gemelaridade;</li> <li>▪ Nuliparidade;</li> <li>▪ Síndrome antifosfolípídide, abortamento de repetição;</li> <li>▪ Diabetes Mellitus.</li> </ul> |

### 3.8.3 Pré-Eclâmpsia

| QUADRO 20: Critérios de Gravidade para Pré-Eclâmpsia  |
|---|
| PAD > 110mmHg ou PAS > 160mmHg.   |
| Proteinúria de 24h > 3g.  |
| Perda progressiva da função renal: <ul style="list-style-type: none"> <li>• oligúria (menor do que 400mL/24h);</li> <li>• aumento da creatinina sérica (especialmente &gt; 2mg/dL).</li> </ul>  |
| Disfunção hepática: aumento das enzimas hepáticas (TGO, TGP); dor em hipocôndrio direito (iminência de ruptura hepática).   |
| Sinais de hemólise microangiopática: <ul style="list-style-type: none"> <li>• hiperbilirrubinemia (direta);</li> <li>• aumento da desidrogenase láctica (DHL &gt; 600U/l);</li> <li>• hemácias fragmentadas no sangue periférico (esquizócitos).</li> </ul> |
| Plaquetopenia (< 100.000/mm <sup>3</sup> ).   |
| Eclâmpsia.  |
| Sinais de eclâmpsia iminente: visão turva, diplopia, escotomas cintilantes, cefaleia, tontura, epigastralgia, confusão mental, perda da consciência.  |
| Sinais de descompensação cardíaca: cianose, edema agudo de pulmão, insuficiências pulmonar e cardíaca.  |
| Fundoscopia alterada: hemorragia retiniana, exsudatos, edema de papila.   |
| Restrição do crescimento fetal.   |
| Oligodrâmnio.   |
| PAD = pressão arterial diastólica; PAS = pressão arterial sistólica.  |

Fonte: (DUNCAN; SCHMIDT; GUIGLIANI, 2004, adaptado).

### 3.8.4 Eclâmpsia



Clínica: convulsão ou coma podendo levar ao óbito materno fetal.

### 3.8.5 Hellp Síndrome



É caracterizada por agravamento da pré-eclâmpsia grave com alterações de hemólise (H-Hemolysis), elevação das enzimas hepáticas (EL – Elevated liver functions tests) e plaquetopenia grave (LP – Low platelets count).

- Ocorre em 2 a 12% das pacientes com pré-eclâmpsia;
- Em 70% dos casos, ocorre durante o parto e em 30%, no pós-parto.
- **Diagnóstico:**
  - Náuseas, vômitos, mal estar com poucos dias de duração, dor epigástrica ou no quadrante superior direito, dor abdominal no ombro ou no flanco, icterícia, hematúria, poliúria, sangramento gastrintestinal;
  - A hipertensão pode estar ausente em 20% dos casos;
  - Hemólise – encontro no esfregaço de esquizócitos no sangue periférico;
  - Aumento da bilirrubina > 1,2 mg/ml;
  - Aumento de desidrogenase láctica > 600 u/L;
  - Aumento da enzimas hepática TGO, TGP;
  - Plaquetopenia < 100.000/ml;
  - Anemia hemolítica micro-angeopática.



### 3.8.6 Hipertensão Arterial Sistêmica na Gestação



Consiste na elevação crônica e persistente dos níveis de pressão arterial anterior à gravidez ou até 20ª semana de gestação e que se mantém após o puerpério.

#### **Compete à Unidade de Saúde**

- Identificar a gestante com episódio hipertensivo ou HAS e encaminhá-la para o Serviço de Referência;
- Caso haja alteração da maternidade de referência para o parto em virtude do risco gestacional, realizar alteração do nome da maternidade de referência no Cartão da Gestante;
- Monitorar, fazer busca ativa e aferir semanalmente a pressão arterial de todas as gestantes com suspeita ou diagnóstico de HAS, que foram encaminhadas ao serviço de referência ou retornaram para o acompanhamento na US;
- Observar sinais sugestivos de pré-eclâmpsia e HELLP síndrome e encaminhar imediatamente para o Serviço de Referência hospitalar de alto risco.

#### **Orientação nutricional para gestante hipertensiva**

- Manter ganho de peso adequado à sua situação nutricional;
- Evitar temperos e caldos concentrados artificiais e preferir temperos naturais como cebola, alho, salsa, cheiro verde e alecrim;
- Preparar os alimentos sem sal e adicionar o sal no prato (até 6 gramas de sal/dia) nos casos leves ou moderados e de 2 a 3 gramas de sal/dia nos casos graves); evitar alimentos ricos em sódio;
- Fazer alimentação rica em proteínas, cálcio, vitaminas A, E e C;
- Preferir óleos vegetais de milho, algodão, oliva e girassol;
- Registrar as informações pertinentes no prontuário e Cartão da Gestante;
- Inscrever a puérpera no programa de HAS e de Planejamento Familiar da US.

### 3.8.7 Hipertensão Arterial Sistêmica com DHEG Superposta

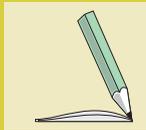


- ✓ Consiste na sobreposição da pré-eclâmpsia ou eclâmpsia na gestante com antecedentes de hipertensão arterial sistêmica;
- ✓ Caracteriza-se por proteinúria e/ou elevação dos níveis sanguíneos de ácido úrico (6mg/dL) em gestantes classificadas como hipertensas.

## FLUXOGRAMA 5: Encaminhamento da Gestante com Síndrome Hipertensiva



## 3.9 Diabetes Gestacional



Doença metabólica caracterizada por hiperglicemia e por intolerância aos carboidratos, de intensidade variada, diagnosticada durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto.

### 3.9.1 Fatores de Risco

- Idade superior a 25 anos;
- História pessoal;
- Parentes próximos com Diabetes tipo I;
- Antecedentes obstétricos: macrossomia, polidrâmnio, morte fetal inexplicada ou neonatal, más-formações, retardo do crescimento fetal;
- Exame físico geral: baixa estatura, hipertensão arterial, disposição de gordura corporal central e excessiva

### 3.9.2 Exame Obstétrico Atual

- Ganho de peso excessivo;
- Altura uterina maior que a esperada;
- Crescimento fetal excessivo;
- Polidrâmnio, pré-eclâmpsia.

### 3.9.3 Compete à Unidade de Saúde

Confirmado o diagnóstico de Diabetes Mellitus gestacional, a equipe de saúde deverá:

- Registrar os resultados dos exames no prontuário e no Cartão da Gestante;
- Encaminhar ao serviço de referência para pré-natal de alto risco;
- Monitorar quanto ao tratamento e à participação nas consultas de pré-natal;
- Fazer busca ativa das gestantes que não estiverem participando das consultas de pré-natal de alto risco.

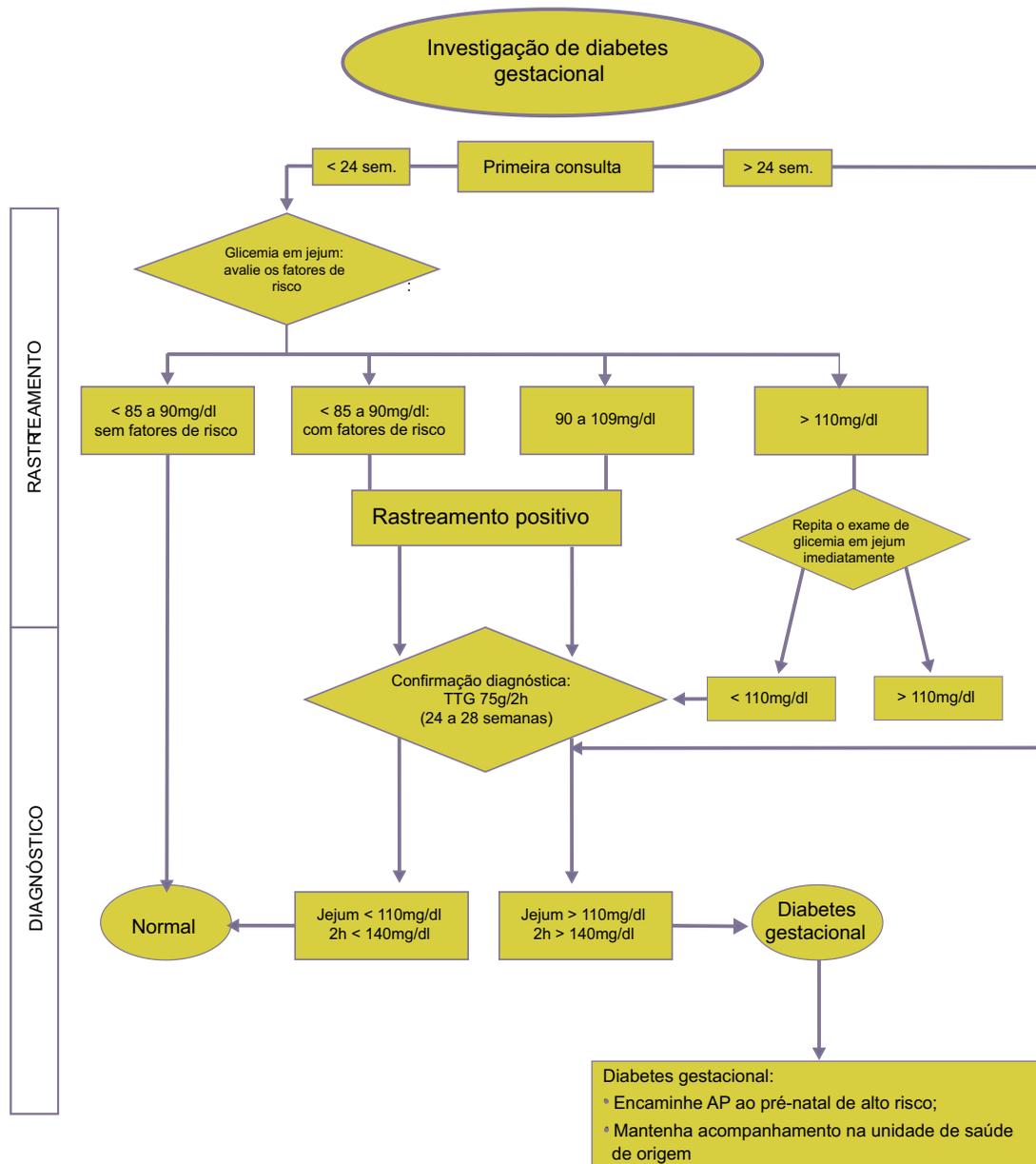
### 3.9.4 Orientações Nutricionais para Gestantes Diabéticas

- Orientar a alimentação com objetivo de manter a glicemia de jejum inferior a 100mg/dl e a pós-prandial (2horas) inferior a 140mg/dl no sangue.

- Se houver hiperglicemia pela manhã, deve-se diminuir o consumo de carboidratos e estimular a atividade física pela manhã, caso não haja contra-indicação médica;
- Gestantes com náuseas e vômitos frequentes devem ser orientadas quanto à hipoglicemia;
- Fracionar a alimentação (6 refeições ao dia), com menor volume e intervalos regulares;
- Alimentos proibidos: açúcar, mel, melado, caldo de cana, rapadura, bolos, balas, doces, chocolates, sorvetes, refrigerantes;
- Alimentos não recomendados: carnes gordurosas e frituras
- Evitar alimentos com açúcar, sacarose, sacarina e ciclamato – procurar identificar estes componentes em produtos industrializados;
- Orientar uso moderado e em rodízio de alimentos *diet* e *light* contendo aspartame em pó e sucralose;
- Estimular o consumo de fibras solúveis como aveia, leguminosas (feijões, lentilha), maçã, laranja e cenoura;
- A programação do ganho de peso deverá seguir as mesmas orientações para gestantes não diabéticas, de acordo com a situação nutricional;
- No caso de Diabetes Mellitus prévio à gestação, sugere-se a suplementação de Ácido Fólico no período pré-concepcional (3 meses antes) e nas 12 primeiras semanas de gestação.

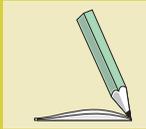


## FLUXOGRAMA 6: Investigação do Diabetes Gestacional



Fonte: Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Departamento de Atenção Básica, 2012.

## 3.10 Gestação Prolongada



Conceitua-se gestação prolongada, também conhecida como pós-datismo, aquela cuja idade gestacional encontra-se entre 40 e 42 semanas. Gravidez pós-termo é aquela que ultrapassa 42 semanas.

- A função placentária atinge sua plenitude em torno da 36ª semana, declinando a partir de então.
- A placenta senil apresenta calcificações e outras alterações que são responsáveis pela diminuição do aporte nutricional e de oxigênio ao feto, associando-se, dessa maneira, com o aumento da morbimortalidade perinatal.
- A incidência de pós-datismo é em torno de 5%.
- O diagnóstico de certeza somente pode ser feito com o estabelecimento precoce da idade gestacional, que pode apresentar-se falso na presença de irregularidades menstruais, uso de anticoncepcionais hormonais, lactação, etc. Nessas situações, o exame ultrassonográfico precoce é recurso eficaz no correto estabelecimento da idade gestacional.

### 3.10.1 Conduta

- O controle da gestante nessa situação visa identificar a eventualidade de hipóxia consequente à insuficiência placentária. Dessa forma, os cuidados dirigem-se ao controle das condições de vitalidade fetal.
- Ela pode ser avaliada na unidade básica de saúde pelo registro materno da movimentação fetal (mobilograma) e pela normalidade na evolução do pré-natal.
- Por volta da 41ª semana de idade gestacional, ou antes disso, se houver diminuição da movimentação fetal, encaminhar a gestante para o serviço de referência para outros testes de vitalidade fetal.



É importante enfatizar que, embora seguida pelo serviço de referência para avaliação de vitalidade, nenhuma gestante deve receber alta do pré-natal da unidade básica antes do parto.



## 3.11 Amniorrexe Prematura



Conceitua-se amniorrexe prematura quando a rotura da bolsa ocorre antes de instalado o trabalho de parto.



Constitui causa importante de partos prematuros (cerca de 1/3 dos casos), o que contribui para o aumento da morbidade perinatal.

A morbidade materna também é agravada pelos riscos de infecção decorrente da Amniorrexe Prematura.

### 3.11.1 Diagnóstico

- O diagnóstico é basicamente clínico;
- A anamnese informa sobre perda líqüida, em grande quantidade (molha roupas), súbita e habitualmente indolor;
- O exame físico está dentro dos padrões de normalidade e o exame obstétrico mostra volume uterino adequado para a idade gestacional referida, útero normotônico, partes fetais mais facilmente palpáveis e batimentos cardíacos fetais presentes.
- A presença de líquido em fundo de saco vaginal, as paredes vaginais limpas e a visualização de saída de líquido amniótico pelo orifício do colo, espontaneamente ou após esforço materno, indicam confirmação diagnóstica. Essas informações podem ser facilmente obtidas por meio de exame vaginal com espéculo.

Como, entretanto, nem sempre esses dados são obtidos, utilizam-se também outros métodos para diagnóstico, por exemplo:

- **Prova de Cristalização:** consiste em colher material do fundo de saco vaginal e próximo do orifício do colo sobre uma lâmina. Após a secagem do material coletado, a observação ao microscópio permite confirmar a presença de líquido amniótico no conteúdo vaginal se ocorrer cristalização

na forma de samambaia. Entretanto, são comuns os resultados falso-negativos, sobretudo quando decorrido maior tempo entre a rotura de membranas e o exame.

- **Verificação do pH do conteúdo vaginal:** a indicação direta ou indireta de valores mais elevados de pH (>6) sugere o diagnóstico de amniorrexe, embora várias situações estejam relacionadas com resultados negativos e falso-positivos.
- **Exame de ultrassonografia com a medida do Índice de Líquido Amniótico (ILA):** a estimativa de medida de ILA abaixo do limite inferior para a respectiva idade gestacional em uma curva de valores normais é útil na confirmação diagnóstica.

ATENÇÃO

Os casos suspeitos ou confirmados de amniorrexe prematura não devem ser submetidos ao exame de toque vaginal, porque isso aumenta o risco de infecções amnióticas, perinatais e puerperais.

### 3.11.2 Conduta

- O elemento fundamental para a conduta em cada caso diagnosticado como de amniorrexe prematura é a idade gestacional.
- Nas gestações de termo, o profissional de saúde da unidade básica deverá encaminhar a gestante para o hospital ou maternidade já designado para o atendimento ao parto.
- Nas gestações pré-termo, com maior risco de complicações maternas e perinatais, as mulheres devem ser imediatamente referidas para o hospital de atendimento às gestações de risco.



### 3.11.3 Amniorrexe Prematura em Mulheres Vivendo com HIV

- Existem evidências de que a prematuridade e o tempo de rotura de membranas estão associados a maior risco de transmissão vertical do HIV;
- A taxa de transmissão aumenta progressivamente após 4 horas de bolsa rota durante o trabalho de parto (cerca de 2% a cada hora até 24 horas);
- No entanto, não existem dados que possam definir, com segurança, a melhor conduta a ser tomada quando a gestante HIV apresenta rotura de membranas antes da 34<sup>a</sup> semana de gestação;
- Assim sendo, a conduta deverá ser instuída conforme as rotinas previstas para amniorrexe prematura nas mulheres em geral, buscando promover a maturidade fetal, a redução dos riscos de transmissão perinatal do HIV e da morbimortalidade materna.

### 3.12 Parasitoses Intestinais

- Nenhuma droga antiparasitária é considerada totalmente segura na gestação;
- Gestantes com parasitoses intestinais só devem ser tratadas quando o quadro clínico é exuberante ou as infecções são maciças;
- Não se recomenda o tratamento durante o primeiro trimestre de gestação.

**QUADRO 21: Medicamentos Indicados na Terapêutica, após 1º trimestre, das Helmintíases e Protozooses Intestinais Durante a Gestação**

| HELMINTÍASES     | MEDICAMENTOS                                | POSOLOGIA  |
|------------------|---|--|
| Ancilostomíase   | Mebendazol                                  | 100mg, 2x dia, por VO, durante 3 dias seguidos                           |
| Ascaridíase      | Mebendazol                                  | 100mg, 2x dia, por VO, durante 3 dias seguidos                           |
| Enterobíase      | Mebendazol                                  | 100mg, 2x dia, por VO, durante 3 dias seguidos                           |
| Esquistossomose  | Oxaminiquine<br>Praziquantel<br>Ditioletona | Contra-indicados: tratar no puerpério                                    |
| Estrongiloidíase | Tiabendazol                                 | 50mg/kg/dia, por VO, em 2 tomadas (manhã/noite), durante 2 dias seguidos |
| Himenolepiase    | Praziquantel<br>Niclosamida                 | Contra-indicados: tratar no puerpério                                    |
| Teníase          | Mebendazol                                  | 200mg, 2x dia (manhã/noite), por VO, durante 4 dias seguidos             |
| Tricuríase       | Mebendazol                                  | 100mg, 2x dia, por VO, durante 3 dias seguidos                           |
| PROTOZOOSSES     | MEDICAMENTOS                                | POSOLOGIA  |
| Amebíase         | Metronidazol                                | 250mg, 3x dia, por VO, durante 10 dias                                   |
| Giardíase        | Metronidazol                                | 250mg, 2x dia, por VO, durante 07 dias seguidos                          |

Fonte: (BRASIL, 2004 a).

### 3.13 Epilepsia



Admiti-se como epilepsia um grupo de doenças que tem em comum crises convulsivas que ocorrem na ausência de condições tóxico-metabólicas ou febris.



### 3.13.1 Epilepsia em Mulheres

- A epilepsia é afetada pelos hormônios sexuais, o que pode gerar complicações para a saúde reprodutiva da mulher, especialmente durante a gestação;
- Os esteróides ovarianos alteram a excitabilidade neuronal e a conectividade sináptica;
- Os estrógenos aumentam a excitabilidade e diminuem o limiar para desencadeamento de crises;
- A progesterona, por sua vez, diminui a excitabilidade e aumenta o limiar de desencadeamento de crises;
- Assim, existe uma ação pró-convulsivante do estrógeno e anticonvulsivante da progesterona.

### 3.13.2 Efeito da Gravidez nas Crises Convulsivas

- Entre 17% e 37% das mulheres com epilepsia tem aumento da frequência das crises, em especial no terceiro trimestre;
- O aumento da frequência das crises na gravidez se deve às alterações sistêmicas próprias da gravidez, como ganho de peso, alterações hormonais e aumento do volume plasmático, que levam a alterações na absorção das drogas, aumento do metabolismo e outras alterações fisiológicas que culminam com diminuição do seu nível sérico;
- Outro fator que comumente leva ao aumento da frequência de crises é a suspensão da droga pela própria gestante, por medo de efeitos deletérios ao feto.

### 3.13.3 Efeito da Epilepsia na Gravidez

- Tem-se associado inúmeras complicações durante a gestação, o parto e o puerpério de mulheres com epilepsia e uso de anticonvulsivantes;
- Essas complicações incluem abortamentos espontâneos, morte perinatal, prematuridade, anomalias congênitas e anormalidades de crescimento fetal e desenvolvimento nessas crianças, em taxas maiores que as da população geral;
- No entanto, ainda não está esclarecido se esses efeitos são secundários às crises convulsivas ou às drogas utilizadas para o seu controle.

### 3.13.4 Má-formação Fetal em Gestantes Epiléticas Medicadas

- De modo geral, pode-se assumir que o risco de malformações fetais dobra quando comparado à população geral;
- A monoterapia tem menor associação com alterações fetais;
- As malformações mais frequentes são o lábio leporino e palato fendido;
- A fenitoína associa-se com hipertelorismo e hipoplasia digital e o ácido valpróico tem associação de 2% a 3% com defeitos de fechamento do tubo neural.

### 3.13.5 Conduta

- Não existem evidências de que crises parciais simples ou complexas, crises de ausência ou mioclônicas tenham efeito adverso na gestação ou no feto;
- No entanto, as crises generalizadas tônico-clônicas podem levar à hipóxia materna e fetal;
- Nessas situações, está recomendado o tratamento medicamentoso com drogas antiepiléticas (DAE), conforme as recomendações abaixo:
  1. Discutir com a mulher os possíveis riscos da gestação para ela mesma e para o feto, além dos potenciais efeitos teratogênicos das DAE. Essa orientação deve ser dada antes da gestação para evitar a ansiedade da gestante e possível interrupção da medicação por falta de informação adequada;
  2. Uso de Ácido Fólico na dosagem de 5mg ao dia. O ideal é que a paciente inicie o uso de Ácido Fólico pelo menos **três meses antes** da gestação;
  3. Em pacientes sem crises há mais de dois anos, discutir a suspensão da droga na periconcepção e primeiro trimestre;
  4. Uso preferencial de DAE em monoterapia e em doses fracionadas. **Porém, não alterar o regime terapêutico durante a gestação, a não ser sob orientação de especialista;**



5. Não existe uma droga de escolha para ser usada durante a gestação. Além disso, nenhuma DAE apresenta perfil de teratogenicidade específico. A exceção é para o uso de Valproato, que tem sido associado com risco de 1% a 2% de espinha bífida, mas seu uso em combinação com a Carbamazepina parece diminuir esse risco (única ocasião em que a politerapia com DAE diminui os efeitos teratogênicos);
  6. A dosagem será sempre individualizada, na dependência da frequência das crises.
- De maneira geral, as drogas atualmente mais utilizadas e com efeitos melhor conhecidos durante a gestação são a Carbamazepina, o Clonazepam, a Oxcarbazepina, o Fenobarbital e a Fenitoína.
  - **As gestantes com epilepsia devem ser encaminhadas ao serviço prénatal de alto risco, contudo, devem também ser acompanhadas na Unidade Básica de Saúde.**
  - É importante enfatizar que a droga anticonvulsivante não deve ser suspensa só porque a mulher engravidou, ou porque tenha apresentado crises convulsivas mesmo com o uso da droga. Nessa condição, é recomendável referir a gestante para a avaliação de especialista para adequar o tratamento, aumentando a dosagem da droga trocando-a ou associando.
  - Seria ainda recomendável, sempre que possível, solicitar exame de ultrassonografia especificamente para o rastreamento de possíveis malformações fetais. Uma recomendação adicional refere-se, ainda, ao uso de vitamina K (Kanakion), uma ampola, IM/dia, duas a quatro semanas prévias ao parto, pelo efeito anticoagulante dos anticonvulsivantes.

### 3.13.6 Amamentação

- As medicações anticonvulsivantes estão presentes no leite, porém não há contra-indicação da amamentação.
- Deve-se ter cuidado especial em usuárias de Fenobarbital e benzodiazepínicos, pois causam sonolência e irritação nas crianças.
- Por se tratarem de mulheres que podem ter crises convulsivas enquanto amamentam, sugere-se que o façam sentadas no chão ou em poltrona segura.



MANEJO DAS INFECÇÕES  
MAIS FREQUENTES  
NA GESTAÇÃO

## 4.1 Toxoplasmose Materna



A toxoplasmose é causada pelo *Toxoplasma gondii* e a ocorrência da infecção na gestação pode acarretar o acometimento fetal.

- A infecção fetal pelo *T. gondii* pode provocar abortamento, crescimento intrauterino retardado (CIUR), morte fetal, prematuridade e a Síndrome da Toxoplasmose Congênita: retardo mental, calcificações cerebrais, microcefalia, hidrocefalia, retinocoroidite, hepatoesplenomegalia;
- Quanto mais precoce a idade gestacional, na qual a mulher apresente a priminfecção, mais grave será o acometimento fetal, entretanto o risco da transmissão para o feto é maior nas idades gestacionais mais avançadas.
- Para os serviços que disponibilizarem o rastreamento sorológico na gravidez, é imprescindível a garantia da medicação para a gestante, bem como a referência para unidades que possam realizar a pesquisa da infecção fetal e o acompanhamento dos fetos infectados.
- Como a infecção pelo *T. gondii* é, na maioria das vezes, assintomática, a identificação dos fetos em risco faz-se pelo rastreamento sorológico materno.

Na gestação, 90% das infecções são assintomáticas, reforçando a necessidade de triagem sorológica de rotina no acompanhamento do pré-natal.

### 4.1.1 Rastreamento Sorológico Materno

- Diagnóstico: o método mais utilizado para dosagem de IgG e IgM é o ELISA. É um teste muito sensível, podendo acarretar algumas dificuldades de interpretação, por exemplo, devido a persistência da positividade da IgM. A IgM costuma desaparecer até o 6º mês depois da priminfecção, mas em algumas pessoas descrita por até 18 meses após a infecção aguda (chamada IgM residual);
- Outros métodos utilizados são imunofluorescência indireta e hemaglutinação;
- Devido à dificuldade de interpretação sorológica, o rastreamento deve ser feito com testes quantitativos, ou seja, aqueles cujos resultados dos títulos reagentes são demonstrados.

Com o perfil sorológico, identificamos quatro grandes grupos de gestantes:

**CONDUTA**

**GESTANTE IMUNE – IgG POSITIVA E IgM NEGATIVA**

- Neste caso, não existe necessidade de acompanhamento especial, nem de repetição de exames laboratoriais.
- Em caso de re-infecção, não existe risco fetal se a gestante é imunocompetente.
- No entanto, gestantes com imunossupressão (p.ex.gestantes HIV positivas) podem ter re-infecção na gestação com risco fetal, devendo, portanto, ser acompanhadas com sorologia seriada.

**CONDUTA**

**GESTANTE SUSCEPTÍVEL– IgG NEGATIVA E IgM NEGATIVA**

- Orientação higiênico-dietética para profilaxia de contato com o *T. gondii*:
  - Evitar contato com felinos e caninos;
  - Evitar ingestão de carnes cruas ou “mal-passadas”;
  - Evitar manusear terra (jardins, canteiros, etc) sem a proteção de luvas;
  - Lavar adequadamente frutas e vegetais e/ou retirar a casca;
- Repetir sorologia trimestralmente e no momento do parto. Antecipar repetição da sorologia em caso de gestante com linfadenomegalia, mal-estar e febre.

**CONDUTA**

**GESTANTE COM INFECÇÃO AGUDA – IgG NEGATIVA E IgM POSITIVA**

- Notificar e preencher a ficha epidemiológica específica de toxoplasmose gestacional e enviá-la à Secretaria Municipal de Saúde;
- Iniciar Espiramicina, 1g, de 8/8 horas, via oral, até o diagnóstico da infecção fetal, idenpendente da idade gestacional;
- Encaminhar para o serviço de referência para investigação fetal.



## GESTANTE COM INFECÇÃO AGUDA– IgG POSITIVA E IgM POSITIVA

*OBS: Quando os valores de IgG e IgM estão próximos dos pontos de corte do Kit do laboratório, esse resultado pode equivaler à infecção aguda ou IgM residual.*

### CONDUTA

- Repetir sorologia com intervalo mínimo de 10 dias;
- Se houver disponibilidade pode ser solicitada dosagem de IgA, IgE (marcadores de fase aguda) ou teste de avidéz da IgG até 18 semanas de gestação;
  - Avidéz fraca ou intermediária: doença recente, iniciar o tratamento e encaminhar para referência;
  - Avidéz forte: avaliar idade gestacional (IG) quando da realização do exame:
    - IG maior que 17 semanas: possível doença recente, encaminhar para referência;
    - IG menor ou igual a 17 semanas: doença antiga.
- Em casos de IgM em títulos altos, iniciar com Espiramicina, enquanto aguarda a repetição do exame (Obs.: colher antes de iniciar o tratamento);
- Nos casos de dosagem de IgG ou IgM ascendentes na repetição, iniciar com Espiramicina e encaminhar para o serviço de referência para investigação de infecção fetal.

### 4.1.2 Infecção Fetal

#### Diagnóstico:

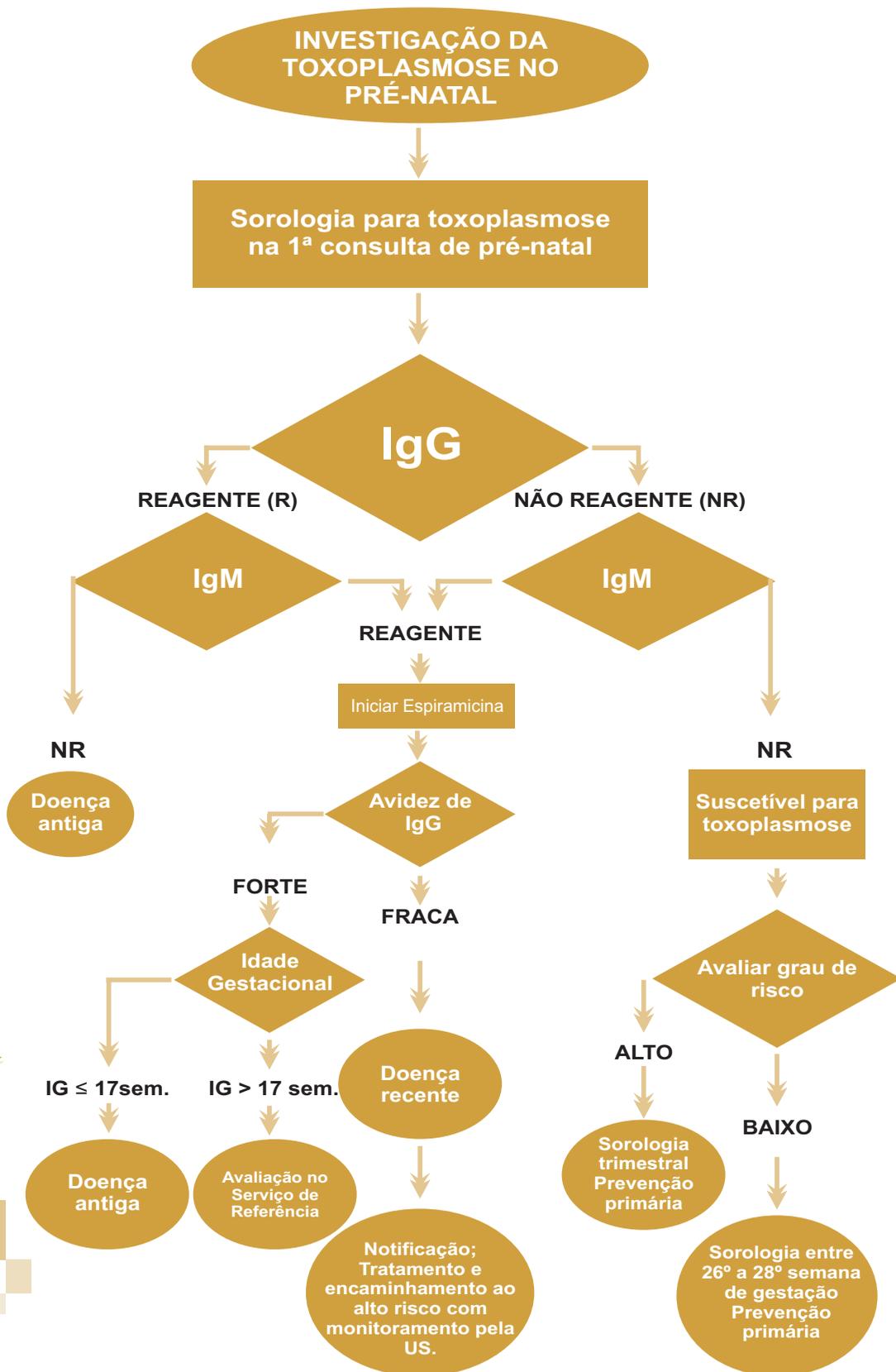
- Realizado nos casos de gestante com infecção aguda;
- Realiza-se pesquisa do microorganismo no líquido amniótico (por meio da técnica da PCR) ou, menos frequentemente, pela dosagem de anticorpos no sangue do cordão umbilical;
- Ultrassonografia com detecção de hidrocefalia, calcificações cerebrais, ascite, alterações hepáticas (calcificações, alterações da ecotextura) são achados tardios que, quando presentes em fetos de gestante com infecção aguda comprovada, são confirmatórios de doença fetal.

## QUADRO 22: Esquema de Tratamento da Toxoplasmose Gestacional

| MEDICAMENTO         | DOSE / VIA        | OBSERVAÇÕES  |   |
|---------------------|-------------------|--|---|
| Espiramicina        | 1 g de 8/8 h, VO. | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Utilizar até o diagnóstico da infecção fetal, independentemente da idade gestacional.</li> <li>✓ Intercalar com o tratamento tríplice na ocorrência de comprometimento fetal confirmado.</li> </ul> |   |
| Tratamento Tríplice | Sulfadiazina      | 500 a 1000 mg de 6/6 h, VO.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Tratamento tríplice;</li> <li>✓ Indicado na ocorrência de comprometimento fetal confirmado;</li> <li>✓ Alternar a cada 3 semanas com espiramicina, por 3 semanas, isoladamente, até o termo;</li> <li>✓ A Pirimetamina é contraindicada antes da 18ª semana de gravidez;</li> <li>✓ Quando o Ácido Folínico for indicado este não pode ser substituído por Ácido Fólico;</li> <li>✓ Caso não seja possível realizar o diagnóstico da infecção fetal, o tratamento deve ser continuado até o término da gravidez;</li> <li>✓ Monitorar por meio de hemograma a cada 15 dias e suspender o esquema tríplice caso haja amenia e/ou pancitopenia.</li> </ul> |
|                     | Pirimetamina      | 25 mg de 8/8 h, VO, nos três primeiros dias (dose inicial)<br><br>25 mg de 12/12 h, VO, a partir do 4º dia (dose de manutenção)  |   |
|                     | Ácido folínico    | 10 mg/dia  |   |



## FLUXOGRAMA 7: Investigação da Toxoplasmose na Gestação



## 4.2 HIV na Gestação

- A epidemia da Aids no Tocantins tem apresentado as mesmas características de feminização, pauperização e interiorização observada nos demais estados do país;
- Cada vez mais, as mulheres estão se infectando e, como consequência direta desta “feminização”, elas têm transmitido o vírus para seus filhos.
- A transmissão vertical do HIV é a forma mais frequente entre as crianças. Essa transmissão pode ser evitada se a gestante portadora do vírus for identificada, receber medicamentos na gestação e parto e não amamentar seu filho;
- O Teste Rápido para HIV deve ser oferecido a toda gestante na 1ª consulta do pré-natal. Deve ser sempre voluntário e confidencial. Durante o aconselhamento, é importante ressaltar para a mãe os benefícios do diagnóstico precoce do HIV, tanto para ela quanto para o seu filho;
- O Teste Rápido para HIV possibilita o diagnóstico e acolhida imediata das gestantes que vivem com HIV, logo na primeira consulta de Pré-natal.

### 4.2.1 Compete à Unidade de Saúde

- Solicitar o Teste Rápido para HIV na primeira consulta de pré-natal realizado por profissional habilitado, após consentimento verbal da gestante ou familiar responsável;
- Realizar o aconselhamento pré e pós-teste anti-HIV. Previamente à coleta do exame deverá ser realizado o aconselhamento pré-teste, individual ou coletivo, e o aconselhamento pós-teste por ocasião da entrega do resultado, deverá ocorrer de forma individualizada, durante a consulta;
- Devem ser dadas algumas orientações à gestante durante o aconselhamento:
  - O que é AIDS, formas de transmissão, meios de prevenção, diferenças entre infecção e doença;
  - Quais os testes utilizados, significados dos resultados, conceito de janela imunológica e a confidencialidade do resultado;
  - Aspectos que envolvam a infecção e o estado de gravidez: consequências para a saúde materna, probabilidade de transmissão do vírus para o feto/RN (na gestação, durante o parto, na amamentação) e disponibilidade de tratamento.

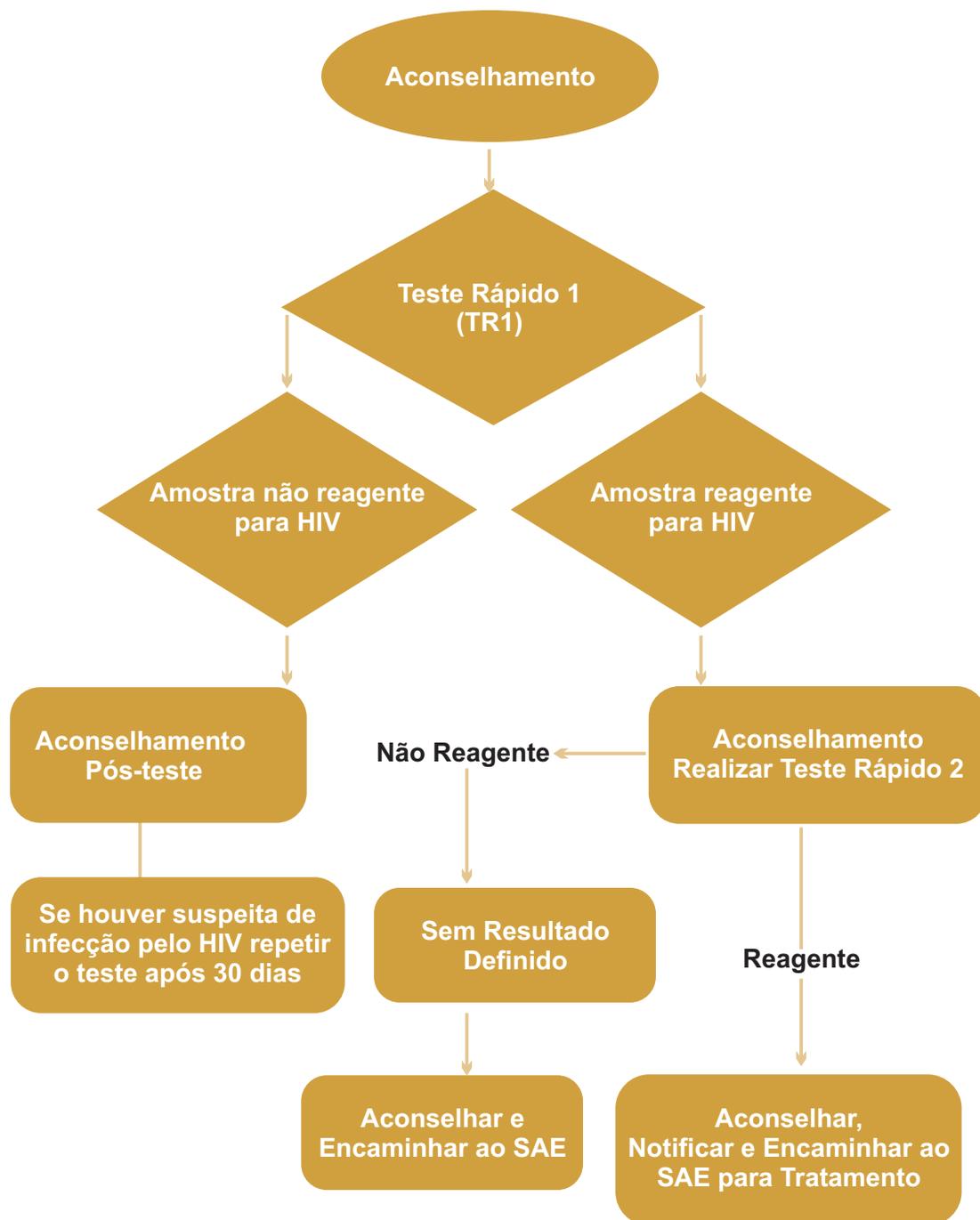


## 4.2.2 Conduta de Acordo com o Resultado da Investigação

**QUADRO 23: Conduta de Acordo com o Resultado do Teste Rápido para HIV**

|  |   |
|--|---|
| <b>Teste Rápido 1 (TR1) não reagente para HIV</b>    | <p>Orientar a gestante quanto aos modos de transmissão;</p> <p>Reforçar a importância do sexo seguro, orientando quanto a utilização de preservativo, especialmente durante a gestação, uma vez que a possibilidade de contaminação pelo HIV não está descartada;</p> <p>Avaliar possibilidade de janela imunológica;</p> <p>Se houver suspeita de infecção pelo HIV, realizar nova testagem após 30 dias.</p>  |
| <b>TR1 Reagente</b>                                  | <p>Esclarecer quanto ao significado do resultado;</p> <p>Realizar Teste Rápido 2 (TR2).</p>   |
| <b>TR1 Discordante de TR2 - Resultado Indefinido</b> | <p>Esclarecer quanto ao significado do resultado;</p> <p>Encaminhar para o Serviço de Atenção Especializada em DST/AIDS (SAE).</p>  |
| <b>TR1 e TR2 Reagentes</b>                           | <p>Não há necessidade de nenhum teste adicional;</p> <p>Esclarecer quanto ao significado do resultado;</p> <p>Orientar a gestante quanto aos aspectos gerais, escutando-a atentamente, esclarecendo suas dúvidas;</p> <p>Ajudá-la a distinguir a soropositividade (portador do HIV assintomático) e a AIDS (síndrome instalada);</p> <p>Explicar a importância do tratamento com antirretroviral para a mãe e seu bebê;</p> <p>Orientar sobre a importância do sexo seguro, através do uso de preservativo evitando a reinfecção, bem como a transmissão para o parceiro; e a importância de o parceiro realizar o teste do HIV;</p> <p>Realizar o teste de HIV do parceiro;</p> <p>Notificar a gestante via ficha individual de notificação;</p> <p>Orientar a gestante a importância de não amamentar;</p> <p>Definir um profissional responsável pelo acompanhamento personalizado durante o pré-natal, parto e puerpério;</p> <p>Encaminhar ao SAE;</p> <p>Realizar consulta puerperal;</p> <p>Orientar a mulher e seu parceiro sobre contracepção, encaminhando-os para o programa de planejamento familiar;</p> |

## FLUXOGRAMA 8: Investigação HIV na Gestante



## 4.3 Sífilis na Gestação



É uma doença infecciosa, de caráter sistêmico e de evolução crônica, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência.

- O agente etiológico, o *Treponema pallidum*, é uma espiroqueta de transmissão predominantemente sexual ou materno-fetal (vertical), podendo produzir, respectivamente, a forma adquirida ou congênita da doença.
- A Sífilis na gestação requer intervenção imediata, para que se reduza ao máximo a possibilidade de transmissão vertical. A infecção do feto depende do estágio da doença na gestante, ou seja, quanto mais recente a infecção materna, mais treponemas estão circulantes e, portanto, mais grave e freqüente será o comprometimento fetal.
- A Sífilis congênita é um agravo de notificação compulsória, sendo considerada como verdadeiro evento marcador da qualidade de assistência à saúde materno-fetal.

A realização do VDRL no 1º trimestre e no início do terceiro trimestre permite que o tratamento materno seja instituído e finalizado até 30 dias antes do parto, intervalo mínimo necessário para que o recém-nascido seja considerado tratado intraútero.

A Rede Cegonha garante o Teste Rápido de Sífilis na primeira consulta de pré-natal (triagem).

QUADRO 24: Classificação da Sífilis

| SÍFILIS           | TEMPO DE EVOLUÇÃO                 | FASE                                   |
|-------------------|-----------------------------------|--|
| Adquirida recente | < 1 ano                           | Primária, secundária e latente recente |
| Adquirida tardia  | > 1 ano                           | Latente tardia e terciária             |
| Congênita recente | Diagnóstico até o 2º ano de vida  |  |
| Congênita tardia  | Diagnóstico após o 2º ano de vida |  |

### 4.3.1 Manifestações Clínicas

|                           |   |
|---------------------------|---|
| <b>Sífilis Primária</b>   | O diagnóstico clínico é dado pela identificação do cancro duro. Esse sinal, quando localizado internamente (vagina, colo uterino), pode passar despercebido na mulher.  |
| <b>Sífilis Secundária</b> | Nesta fase o diagnóstico clínico é dado por erupções cutâneas generalizadas, roséolas sifilíticas, em especial quando se observam lesões palmoplantares, além da queda de cabelos (alopécia) e placas úmidas na região vulvar e perineal (condiloma plano). |
| <b>Sífilis Terciária</b>  | Este período é caracterizado por uma lesão denominada goma sifilítica, que pode ocorrer em pele, ossos, cérebro, etc.   |

### 4.3.2 Diagnóstico Laboratorial

#### VDRL (Venereal Disease Research Laboratory)

- Exame sorológico não treponêmico;
- Deve ser solicitado no 1° e 3° trimestres da gestação;
- O exame torna-se positivo a partir da 3° semana do aparecimento do cancro duro;
- Após o tratamento adequado, o exame tende a negativar entre 9 e 12 meses;
- Títulos baixos podem representar Sífilis muito recente ou muito antiga tratada ou não;
- Três títulos sucessivos menores ou iguais a 1:4 pós-tratamento, não tem indício de reinfecção e sugerem memória ou cicatriz sorológica.

#### FTA-Abs (Fluorescent Treponema Antigen Absorvent)

- Exame sorológico treponêmico que se torna positivo geralmente a partir do 15° dia da infecção;
- Gestantes com FTA-Abs não reagente e VDRL reagente, configuram um “falso-positivo” e deve-se considerar a possibilidade de reação cruzada pela gravidez e/ou outras doenças como Hanseníase, Malária, Mononucleose, Leptospirose e Lúpus Eritematoso Sistêmico;



- Na ausência de história de Sífilis e/ou tratamentos progressos adequados, a gestante com VDRL reagente, independente da titulação, e FTA-Abs positivo deve ser considerada portadora de Sífilis de tempo indeterminado e tratada como tal.

### 4.3.3 Compete à Unidade de Saúde

- Solicitar o VDRL na primeira consulta de pré-natal e na 30ª semana;
- **Tratar a gestante com Sífilis e seu parceiro (mesmo sem confirmação diagnóstica do mesmo);**
- Se o período de evolução é desconhecido, o esquema terapêutico preconizado é o da Sífilis latente tardia;

| QUADRO 25: Esquema Terapêutico Preconizado para Sífilis de Acordo com a Classificação  |   |                |
|--|---|----------------|
| CLASSIFICAÇÃO  | ESQUEMA TERAPÊUTICO   |                |
|  | Penicilina G Benzatina  |                |
|  | Posologia   | Dose Total     |
| Sífilis primária (< 1ano)  | 2,4 milhões UI, IM (1,2 milhões em cada glúteo), em dose única          | 2,4 milhões UI |
| Sífilis secundária e latente recente (< 1ano)  | 2,4 milhões UI, IM (1,2 milhões em cada glúteo), repetir em 7 dias      | 4,8 milhões UI |
| Sífilis latente tardia   | 2,4 milhões UI, IM (1,2 milhões em cada glúteo), repetir em 7 e 14 dias | 7,2 milhões UI |
| <p><b><i>Esquema alternativo se a paciente for sensível à penicilina:</i></b><br/>           Estearato de Eritromicina, 500mg, VO, de 6/6 horas, por 15 dias na Sífilis primária, ou 30 dias na sífilis latente e nos casos em que não for possível a sua classificação.</p> |   |                |

A Portaria do Ministério da Saúde nº 3161 de 27 de dezembro de 2011, dispõe sobre administração de Penicilina nas Unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito do SUS.

***Considerar tratamento inadequado da Sífilis materna quando ocorrer:***

- Terapia não penicilínica ou penicilínica incompleta;
- História mal documentada do tratamento;
- Qualquer tratamento realizado há menos de 30 dias do parto;
- Não diminuição dos títulos sorológicos após o tratamento;
- Contato sexual com parceiro não tratado ou tratado inadequadamente;
- Fazer seguimento sorológico quantitativo mensal durante a gestação nas pacientes tratadas. Tratar novamente se não houver resposta clínica.

***Considerar tratamento adequado da sífilis materna quando houver:***

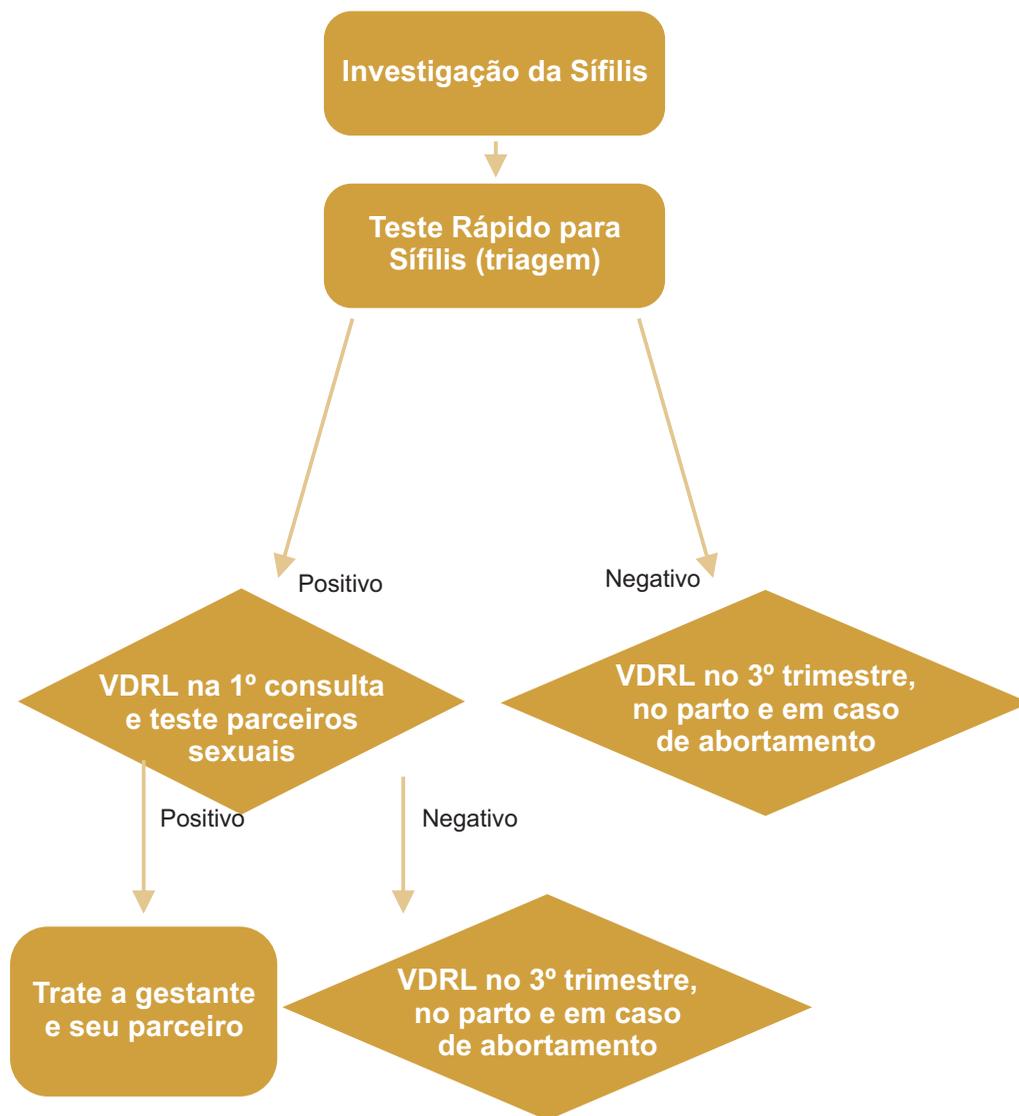
- Terapia penicilínica completa;
- Remissão clínica;
- Parceiro tratado;
- Manutenção ou declínio dos títulos de VDRL.

***Observações importantes:***

- Tratar intercorrências da terapêutica;
- Orientar sexo seguro, pelo uso de preservativo, durante e após tratamento, evitando reinfecção;
- Considerar a associação entre DST e infecção pelo HIV;
- Realizar a consulta puerperal e a orientação de planejamento familiar no pós-parto;
- Realizar notificação e alimentação do sistema.



## FLUXOGRAMA 9: Investigação da Sífilis Materna



## 4.4 Doenças Sexualmente Transmissíveis na Gestação

- As DST podem ocorrer em qualquer momento do período gestacional.
- Uma atenção especial deve ser dirigida ao parceiro sexual, para tratamento imediato ou encaminhamento ao Serviço de Referência, quando houver indicação.

| QUADRO 26: Síndromes Clínicas mais Comuns |   |   |  |
|---|---|---|--|
| SÍNDROME                                  | SINTOMAS MAIS COMUNS  | ETIOLOGIAS MAIS COMUNS  | TRATAMENTO   |
| Úlcera Genital                            | Lesão ulcerada anogenital, única ou múltipla, lesões vesiculosas.                             | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Sífilis</li> <li>✓ Cancro mole</li> <li>✓ Herpes Genital</li> </ul>          | <p><b>Sífilis primária:</b><br/>Ver esquema terapêutico para Sífilis Quadro 25 página 112</p> <p><b>Herpes:</b><br/>Aciclovir 400mg, VO, de 8/8h, durante 7 a 10 dias</p> <p><b>Cancro Mole:</b><br/>Esterato de Eritromicina 500mg, VO, de 6/6h, por 7 dias ou Ceftriaxona 250mg, IM, dose única</p>    |
| Corrimento Vaginal                        | Corrimento de cor branca, acinzentada ou amarelada, prurido, odor ou dor durante o ato sexual | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Candidíase</li> <li>✓ Tricomoníase</li> <li>✓ Vaginose Bacteriana</li> </ul> | <p><b>Candidíase:</b><br/>Derivados imidazólicos por 7 dias</p> <p><b>Tricomoníase e Vaginose Bacteriana:</b><br/>Metronidazol 2g, VO, dose única ou 250mg, 3 vezes/dia, VO, por 7 dias ou 400mg, VO, de 12/12h durante 7 dias</p>   |
| Corrimento Cervical                       | Corrimento mucopurulento, hiperemia, ectopia, colpíte   | <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Gonococo</li> <li>✓ Clamídia</li> </ul>                                      | <p>Amoxicilina 500mg, VO, de 8/8h, por sete dias <b>ou</b> Eritromicina 500mg, VO, de 6/6h, por sete dias <b>ou</b> Azitromicina 1g, VO, dose única</p> <p>Associado à:<br/>Cefixima 400mg, VO, dose única <b>ou</b> Ceftriaxona 250mg, IM, dose única <b>ou</b> Espectinomicina 2g, IM, dose única.</p> |

Continua



| SÍNDROME            | SINTOMAS MAIS COMUNS   | ETIOLOGIAS MAIS COMUNS            | TRATAMENTO  |
|---------------------|--|-----------------------------------|---|
| Condiloma Acuminado | Lesões verrucosas, isoladas ou agrupadas úmidas ou secas e queratinizadas, localizadas na vulva, períneo e região perianal | Subtipos do HPV (16, 18, 31 e 35) | <b>Lesões Pequenas Isoladas e Externas:</b><br>Eletro ou criocauterização em qualquer fase da gravidez<br><b>Lesões Grandes e Externas:</b><br>Ressecção com eletrocautério ou cirurgia de alta frequência em qualquer fase da gravidez<br><b>Lesões Pequenas, Colo, Vagina e Vulva:</b><br>Eletro ou criocauterização apenas a partir do 2º trimestre. |

**QUADRO 27: Relação dos Serviços de Assistência Especializada – SAE e Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA no Tocantins\***

|   |         |  |                       |
|---|---------|--|-----------------------|
| Policlínica de Porto Nacional                   | SAE     | Área Pública entre ruas 7 e 32, S/ N° Bairro Porto Real - Porto Nacional | (63) 3363-4396        |
| Hospital de Doenças Tropicais - HDT - Araguaína | SAE/CTA | Rua José de Brito Soares, N°1015, Setor Anhanguera - Araguaína           | (63) 3411-4009        |
| Núcleo de Assistência HENFIL – Palmas           | SAE/CTA | 108 Norte, Alameda 10, Casa 25/27 - Palmas                               | (63) 3218 - 5333/5106 |
| Policlínica João Coelho de Azevedo - Paraíso    | SAE     | Av. Castelo Branco, Qd.. 04, Lt. 6/7, Centro - Paraíso                   | (63) 3904-1453        |
| Policlínica Dr. Luis Santos Filho - Gurupi      | SAE     | Rua Presidente JK, N° 1976, Centro-Gurupi                                | (63) 3312-5182        |

\* Cobertura: verificar PDR vigente

## 4.5 Infecção do Trato Urinário

- Aproximadamente 5 a 10% das mulheres grávidas tem infecção do trato urinário inferior, com urocultura apresentando mais de 100.000 colônias de bactérias/ml. Em mais de 85% destas infecções, o microorganismo predominante é a *Escherichia coli*. O sistema urinário alterado na gravidez pode estar relacionado com a alta incidência.
- Os fatores predisponentes na gravidez são: infecções urinárias prévias, anomalias do trato urinário, litíase renal e cateterismos prévios.

### 4.5.1 Classificação

- Bacteriúria assintomática – se as ITU assintomáticas não forem tratadas, 25% dos casos evoluirão para pielonefrite, do contrário, somente 2,5%;
- Cistite;
- Pielonefrite.

### 4.5.2 Quadro clínico

- **Cistite:** disúria, urgência miccional, polaciúria, sensação de esvaziamento vesical incompleto, dor supra púbica, hematúria terminal e nictúria;
- **Pielonefrite Aguda:** febre ( $>$  ou  $= 38^{\circ}\text{C}$ ), calafrios, queda do estado geral, náuseas e vômitos, urgência miccional, urina turva e fétida, dor lombar, Giordano (+), abscesso renal e síndrome de angústia respiratória do adulto podem ocorrer nos casos mais graves. A hipersensibilidade do ângulo costo vertebral é sugestiva de pielonefrite aguda.

### 4.5.3 Complicações

- Trabalho de parto prematuro, prematuridade, amniorrexe prematura, choque séptico (30%) e infecção do recém-nascido.

### 4.5.4 Profilaxia

- Aumento da ingestão de líquidos, esvaziamento vesical frequente e antibioticoterapia profilática nas recidivas.



#### 4.5.5 Diagnóstico

- É dado pelo quadro clínico característico ou exame do sedimento urinário e pela cultura de urina alterada;
- Diante do quadro clínico característico de infecção urinária realizar EAS e urocultura e iniciar tratamento imediatamente com o antibiótico recomendado.

#### 4.5.6 Conduta

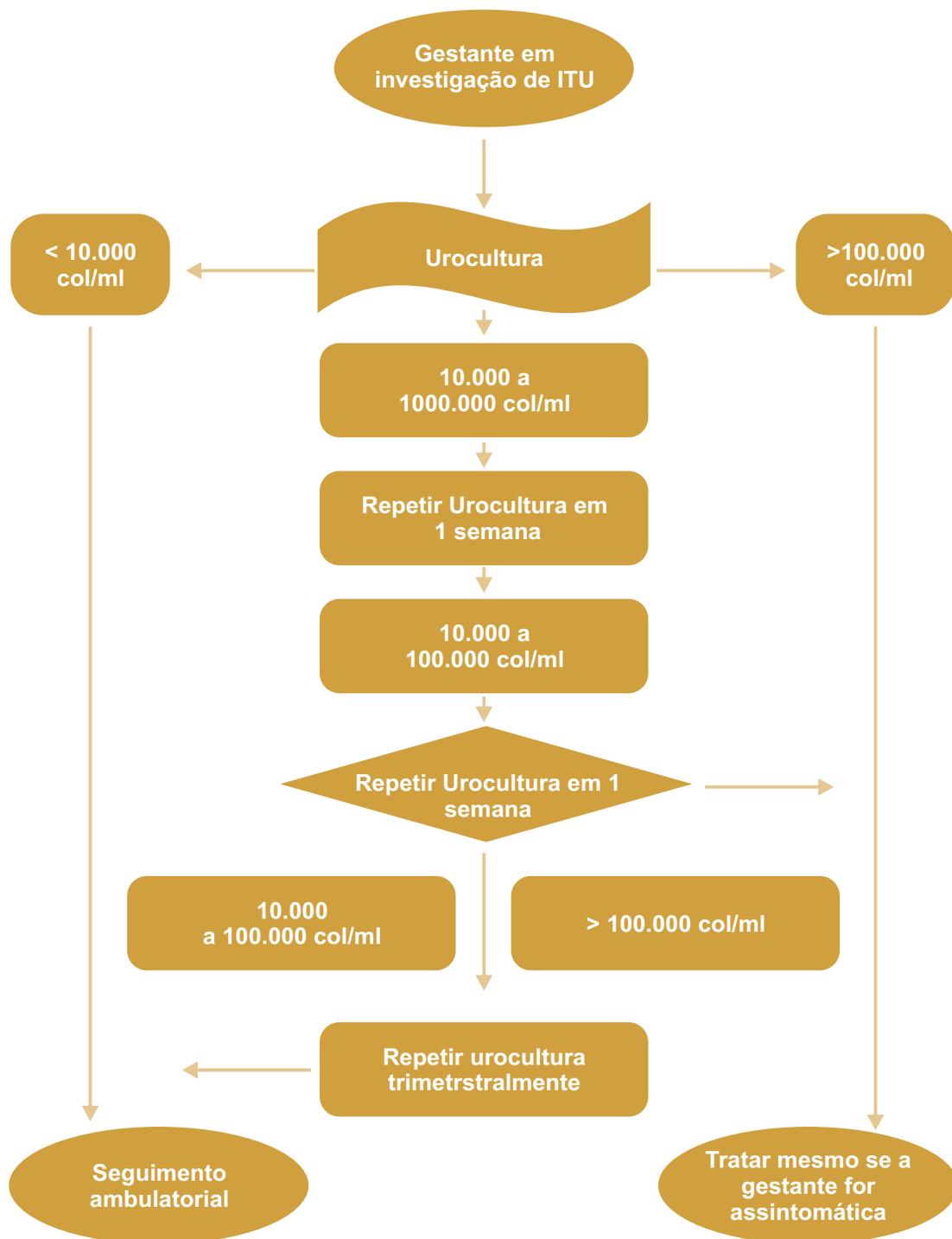
- Casos Leves – Infecção urinária baixa: Tratamento ambulatorial com antibioticoterapia por via oral durante 7 a 10 dias.

| QUADRO 28: Tratamento de Infecção do Trato Urinário     |           |                      |                                     |   |
|---|-----------|----------------------|-------------------------------------|---|
| ANTIBIÓTICO   | DOSE/DIA  | VIA DE ADMINISTRAÇÃO | APRESENTAÇÃO POR DRÁGEA/ COMPRIMIDO | POSOLOGIA /TEMPO DE TRATAMENTO          |
| Cetalosporina de 1ª Geração (Cefalexina) – 1ª escolha   | 2g/dia    | Via Oral             | 500mg                               | 1 drágea de 6/6h, por 7 a 10 dias       |
| Ampicilina – 1ª escolha                                 | 2g/dia    | Via Oral             | 500mg                               | 1 drágea de 6/6h, por 7 a 10 dias       |
| Nitrofurantoína – Em caso de não resposta ao tratamento | 400mg/dia | Via Oral             | 100mg                               | 1 comprimido de 6/6h, por 10 a 14 dias. |

#### Observações Importantes:

- Em casos de não resposta ao tratamento: Iniciar o tratamento frente ao diagnóstico declarado sem esperar a realização dos exames laboratoriais; A bacteriúria assintomática requer o mesmo tratamento dos casos leves.
- Em casos graves – Infecção Urinária Alta: Encaminhar para Hospital de Referência.
- Após o tratamento medicamentoso: Repetir EAS e urocultura – 7 a 15 dias após o término do tratamento.
- Em casos de recidivas: Na presença de 2 infecções do trato urinário baixo, a gestante deve ser mantida com profilaxia de nova ITU com nitrofurantoína 100mg/dia ou amoxicilina 250mg/dia, até o final da gestação e realizar urocultura de controle a cada 6 semanas.

## FLUXOGRAMA 10: Infecção do Trato Urinário – ITU



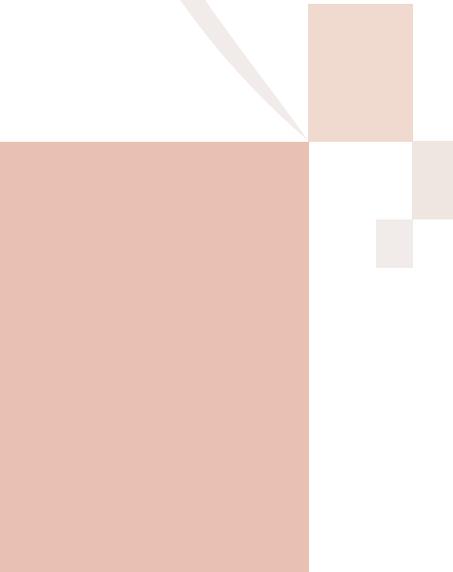
Col - Colônias







A TENÇÃO ÀS GESTANTES EM  
CONDIÇÕES ESPECIAIS



## 5.1 Gestante Fumante



Além de ser o principal fator de risco para doenças cardiovasculares, doenças respiratórias irreversíveis e câncer, o tabagismo atua negativamente nas diferentes fases da reprodução, na gestação e na lactação.

O uso de cigarros durante a gravidez é relatado como causa de:

- 7 a 10% de partos prematuros;
- 17 a 20% de recém-nascidos com baixo peso;
- 5 a 6% de mortes perinatais.

A Nicotina e o Monóxido de Carbono acarretam:

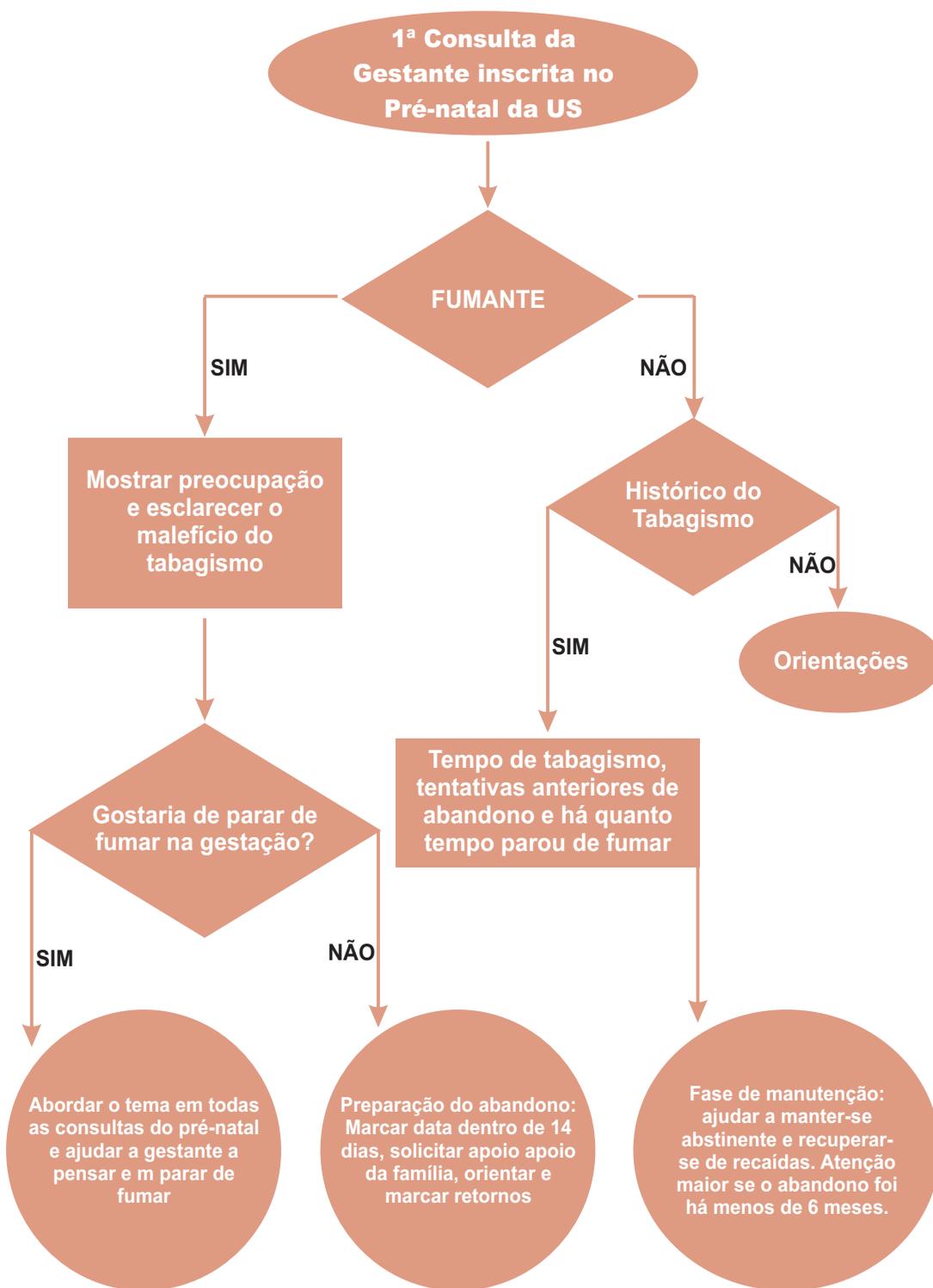
- Redução da taxa de fertilidade;
- Comprometimento da duração da gestação;
- Diminuição da produção de leite da nutriz e do tempo de lactação;
- Comprometimento do ganho de peso do concepto por mecanismos nos quais a Prolactina pode estar envolvida.

### 5.1.1 Compete à Unidade de Saúde

A equipe de saúde deve estimular a gestante a abandonar o hábito de fumar e tentar marcar uma data para o abandono, preferencialmente dentro de 14 dias (2 semanas). É importante esclarecer à gestante e seus familiares que:

- Beber álcool não é recomendado durante a gestação e está fortemente associado à recaídas do tabagismo;
- É importante que se avaliem as circunstâncias do fracasso de outras tentativas;
- As eventuais dificuldades e a síndrome de abstinência ocorrem, mas são superáveis;
- Não se deve deixar cigarros em casa, no carro ou no trabalho;
- A presença de outros fumantes no ambiente domiciliar dificulta o abandono;
- O apoio de familiares, amigos e colegas de trabalho é fundamental para o sucesso do abandono do tabagismo;
- Abstinência total é essencial: não se deve dar nem mesmo uma tragada.

## FLUXOGRAMA 11: Identificação da Gestante Fumante



## 5.2 Gravidez na Adolescência

### 5.2.1 Aspectos Gerais

- A adolescência é uma fase em que o ser humano está em condição peculiar de desenvolvimento, pelas mudanças biológicas, psicológicas e sociais ainda não bem estruturadas;
- De acordo com a Organização Mundial de Saúde, a adolescência é a fase entre 10 e 19 anos;
- A gravidez na adolescência acarreta sobrecarga física e psíquica, principalmente para as adolescentes de 10 a 15 anos de idade, aumentando a vulnerabilidade aos agravos materno-fetais e psicossociais.
- O atendimento humanizado e de qualidade no pré-natal, no parto e no puerpério é fundamental para diminuir esses agravos. É importante, ainda, a inclusão de medidas de prevenção e promoção da saúde, em vez da assistência estritamente biológica e curativa.



É importante que a adolescente seja informada de seus direitos, como o de ter acompanhante de sua escolha durante toda a gestação e durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto (ECA e Lei nº 11.108).

- A Lei nº 12.015/2009, que versa sobre Crimes contra a Dignidade Sexual, considera como crime de estupro de vulnerável, independentemente do sexo da vítima, qualquer tipo de relacionamento sexual (conjunção carnal ou outro ato libidinoso) com crianças e adolescentes com idade inferior a 14 anos.



**Riscos da gravidez para as adolescentes: abandono do parceiro ou da família; perda de unicidade com grupo de iguais; descontinuidade e mesmo a interrupção de projetos de vida; riscos materno-fetais.**

- Os ônus relacionados à maternidade e à constituição da família podem dificultar o progresso da escolarização das mães, afetando a sua inserção no mercado de trabalho formal, por conseguinte a continuidade do ciclo de pobreza com todas as más consequências para a qualidade de vida dessas jovens;
- Os homens adolescentes, também, carregam o ônus de uma gravidez precoce, quando assumem a paternidade sem estrutura econômica, e muitas vezes sem a emocional, para cuidar e educar um filho, devendo ser contemplados na atenção dentro do âmbito da saúde reprodutiva;
- Os municípios devem garantir o acesso dos adolescentes aos serviços e informações de que necessitam. Esses serviços devem salvaguardar o direito dos adolescentes à privacidade, confidencialidade, consentimento expreso e respeito às crenças religiosas, bem como direitos, deveres e responsabilidades dos pais.
- O acompanhamento das mães adolescentes e de seus bebês é fundamental para prevenir a depressão pós-parto e as morbimortalidades relativas à saúde materna e da criança.



**É fundamental que os serviços de saúde desenvolvam mecanismos próprios para captação precoce das gestantes adolescentes, proporcionando-lhes uma atenção pré-natal “diferenciada”.**





O Art. 8º do Estatuto da Criança e do Adolescente assegura no SUS o atendimento pré e perinatal, determinando: *acompanhamento para a gestante, vinculação entre serviços e profissionais que fazem o pré-natal e os que realizarão o parto das adolescentes.*

### 5.2.2 Princípios Éticos

É importante que os profissionais de saúde assegurem serviços que ofereçam:

- **Privacidade:** para que adolescentes e jovens tenham a oportunidade de ser atendidos e examinados, sem a presença de outras pessoas no ambiente da consulta, se não for estritamente necessário, ou caso assim o desejem;
- **Confidencialidade:** para que adolescentes e jovens tenham a garantia de que as informações obtidas no atendimento não serão repassadas aos seus pais e/ou responsáveis, bem como aos seus pares, sem a concordância explícita.



Qualquer exigência, como obrigatoriedade da presença de um responsável para acompanhamento no serviço de saúde, que possa afastar ou impedir o exercício pleno do adolescente de seu direito fundamental à saúde e à liberdade constitui lesão ao direito maior de uma vida saudável.



### 5.2.3 Sigilo Profissional e Atendimento ao Adolescente

- Adolescentes e jovens devem ter a garantia de que as informações obtidas no atendimento não serão repassadas aos seus pais e/ou responsáveis, bem como aos seus pares, sem a sua concordância explícita.
- Entretanto, devem ser informados das situações que requerem a quebra de sigilo, ou seja, quando houver risco de vida ou outros riscos relevantes tanto para o cliente quanto para terceiros, a exemplo de situações de abuso sexual, idéia de suicídio, informação de homicídios e outros.

Recomenda-se, portanto:

- Que a equipe busque sempre encorajar, o adolescente a envolver a família no acompanhamento dos seus problemas, já que os pais ou responsáveis tem a obrigação legal de proteção e orientação de seus filhos ou tutelados;
- Que a quebra do sigilo, sempre que possível, seja decidida pela equipe de saúde juntamente com o adolescente e fundamentada no benefício real para a pessoa assistida, e não como uma forma de livrar-se do problema.



As ações relacionadas à saúde sexual e reprodutiva devem ser iniciadas antes da gravidez, influenciando no processo de decisão sobre anticoncepção e gravidez, com a valorização do desenvolvimento da auto-estima, da autonomia, do acesso à informação e a serviços de qualidade que ofereçam promoção e assistência geral da saúde sexual e reprodutiva e acesso contínuo à atenção em planejamento familiar, com escolha livre e informada.



## 5.3 Violência Contra a Mulher Durante a Gravidez e Gravidez Resultante de Violência Sexual

### 5.3.1 Aspectos Gerais da Violência Contra a Mulher Durante a Gravidez

- Cerca de 13% das mulheres relatam aumento da frequência ou severidade da violência durante esse período;
- A prevalência de violência física e sexual durante a gravidez oscila entre 1% a 20%, com índices igualmente altos nos primeiros seis meses após o parto, atingindo 25% das mulheres;
- Adolescentes grávidas são particularmente mais vulneráveis à violência, apresentando risco duas vezes maior de serem estupradas, se comparado ao risco das grávidas adultas;
- Há indicadores de que grávidas que sofrem violência sexual não realizam o pré-natal ou postergam seu início;
- A violência exerce grande impacto para a saúde da gestante, com conseqüências que podem, também, comprometer a gestação e o recém-nascido:
  - Maior risco relativo de infecções vaginais e cervicais;
  - Ganho de peso insuficiente;
  - Trabalho de parto prematuro;
  - Recém-nascido com baixo peso ao nascer;
  - Infecção do trato urinário;
  - Estresse emocional constante;
  - Baixa estima;
  - Isolamento e suicídio;
  - Uso excessivo ou abusivo de cigarro, álcool ou drogas.



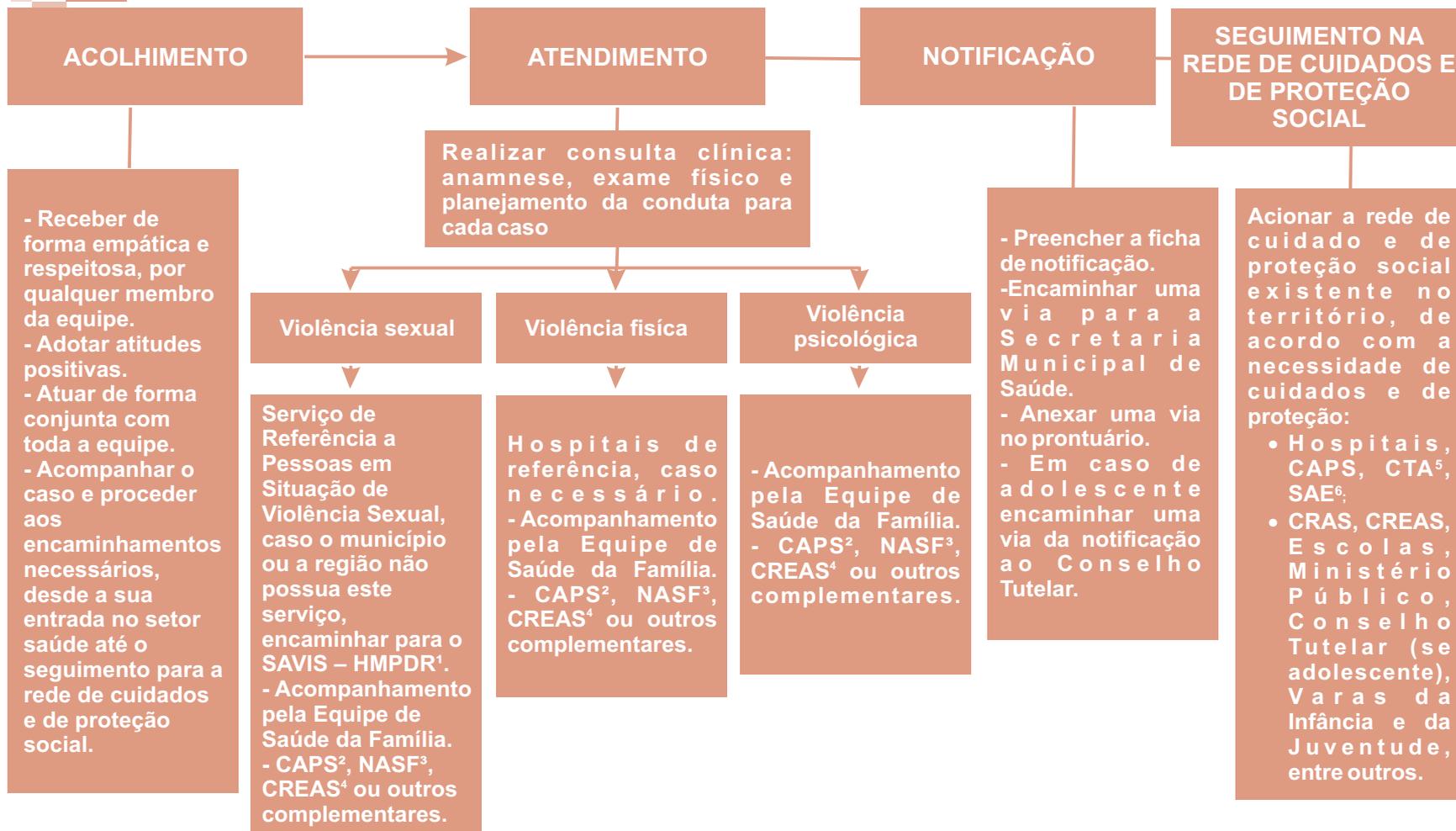
A violência pode ser mais comum para a gestante do que a pré-eclâmpsia, o diabetes gestacional ou a placenta prévia e, lamentavelmente, pode-se afirmar que o ciclo gravídico-puerperal não confere proteção para a mulher.

### 5.3.2 Recomendações

- A grávida em situação de violência que recorre aos serviços de saúde encontra-se, geralmente, fragilizada e vulnerável. É comum que manifeste sentimentos de humilhação, vergonha, culpa, medo, desestruturação psíquica ou depressão;
- Existe forte necessidade de acolhimento e o profissional de saúde deve ter postura cuidadosa e sensível, lembrando a importância de estabelecer bom vínculo;
- Não se deve, em nenhum momento, colocar a veracidade da sua história em questão ou as circunstâncias em que tenha acontecido, por mais incomuns que possam parecer;
- Deve-se manter postura o mais neutra possível, evitando julgamento e manifestações de valores pessoais. Além disso, é necessário respeitar as limitações emocionais e a fragilidade de cada mulher, especialmente no momento do exame clínico;
- Os profissionais de saúde devem estar preparados para o manejo clínico e psicológico das gestantes em situação de violência. Negligenciar esses aspectos, particularmente os emocionais, pode resultar na revitimização da mulher, lamentavelmente produzida pelos serviços de saúde.



## FLUXOGRAMA 12: Atenção às Gestantes em Situação de Violências



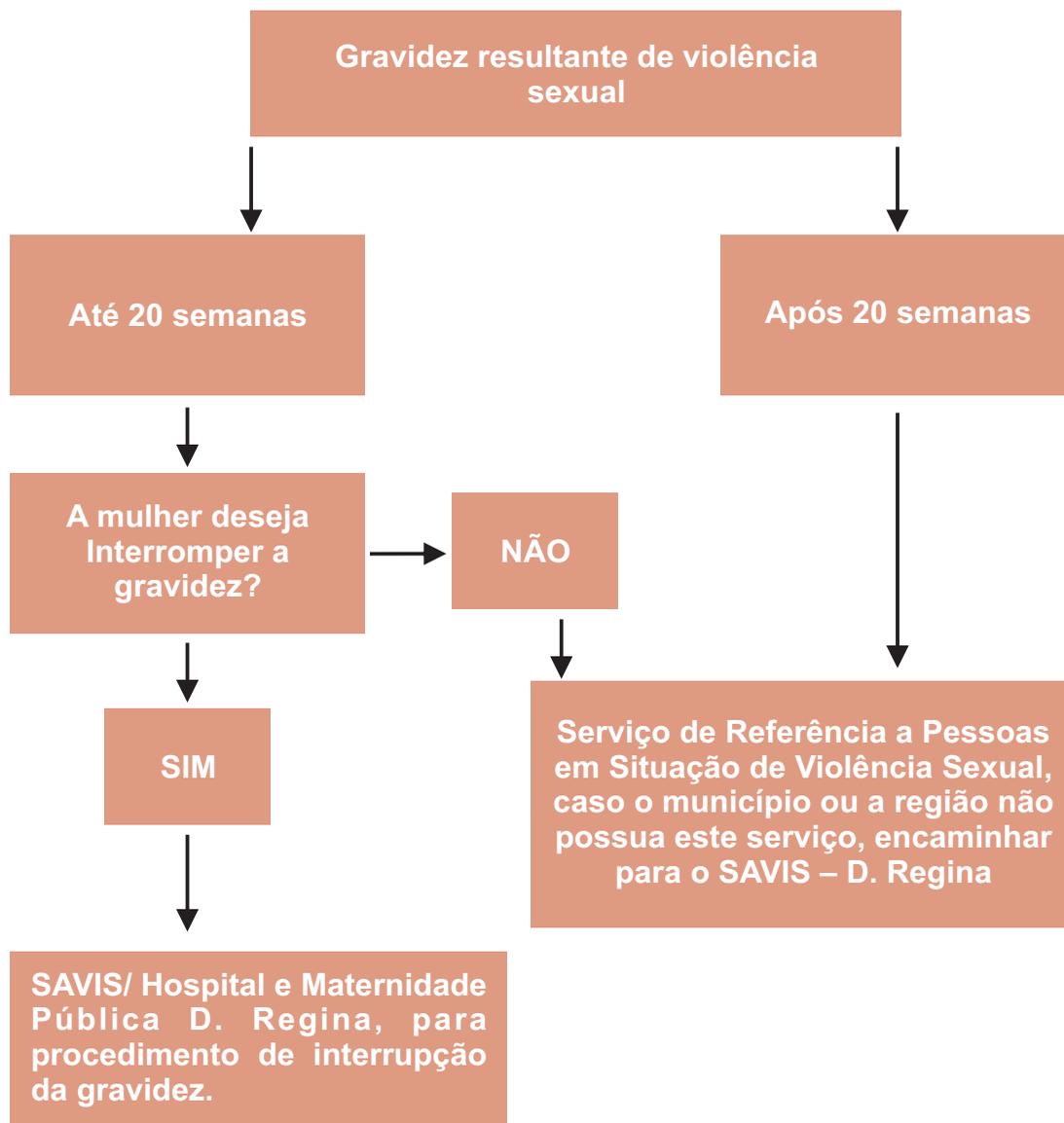
<sup>1</sup>SAVIS-HMPDR: Serviço de Atenção Especializada a Pessoas em Situação de Violência Sexual do Hospital e Maternidade Pública D. Regina; <sup>2</sup>CAPS: Centro de Atenção Psicossocial; <sup>3</sup>NASF: Núcleo de Apoio ao Saúde da Família; <sup>4</sup>CREAS: Centro de Referência Especializado de Assistência Social; <sup>5</sup>Centro de Testagem e Aconselhamento em DST/AIDS; <sup>6</sup>SAE: Serviço de Atenção Especializada em DST/AIDS

### 5.3.3 Gravidez Resultante de Violência Sexual



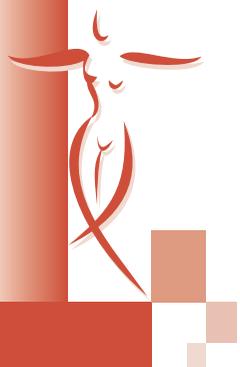
Em caso de gravidez resultante de violência sexual, a mulher deverá ser orientada do seu direito à interrupção legal da gravidez.

**FLUXOGRAMA 13: Gravidez Resultante de Violência Sexual**



SAVIS/Hospital e Maternidade D. Regina: (63) 3218-7733







SAÚDE MENTAL NA  

---

GRAVIDEZ E NO  
PUERPÉRIO

## 6.1 Aspectos Gerais

- Os transtornos mentais que ocorrem na gestação ou no pós-parto podem ser a primeira manifestação psiquiátrica ou o agravamento ou ainda a recaída de transtornos prévios.
- O parto é um fator estressor que pode precipitar depressão, mania, psicoses reativas e esquizofrenia.
- Existem alguns fatores que, associados, aumentam o risco para a saúde mental materna, são eles:



- Durante as consultas e as oficinas de pré-natal é importante que o profissional observe a aparência geral do paciente; interação com o examinador; atividade psicomotora; estado emocional; linguagem; presença ou não de alucinações; nível de consciência; características do pensamento (conteúdo, velocidade, preocupações, obsessões, agressividade); orientação e memória.

## 6.2 Transtornos Mentais na Gestação e no Puerpério

- Dentre os Transtornos de Humor que acometem as gestantes, a depressão é um quadro frequente e deve ser investigado.
- A depressão pós-parto não parece ser uma síndrome distinta da depressão que ocorre durante a gravidez, mas sim uma continuidade da mesma.

**QUADRO 29: Transtornos Mentais na Gestação e no Puerpério**

| TRANSTORNO MENTAL                         | SINTOMAS  | PREVALÊNCIA   |
|---|---|---|
| <p><b>DEPRESSÃO PÓS-PARTO</b></p>         | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Transtorno de Humor de grau moderado a severo</li> <li>▪ Inicia dentro de seis semanas após o parto:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>-humor deprimido;</li> <li>-sentimento profundo de tristeza;</li> <li>-fadiga;</li> <li>-perda de interesse por atividades antes consideradas prazerosas;</li> </ul> </li> <li><u>Outros sintomas:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>-alteração do apetite;</li> <li>-idéias autoagressivas ou suicidas;</li> <li>-auto-estima e autoconfiança reduzidas;</li> <li>-pessimismo;</li> <li>-sentimento de culpa e desamparo.</li> </ul> </li> </ul> | <p>15 a 20%, sendo maior nas mulheres com história prévia de transtornos afetivos como disforia pré-menstrual, depressão antes ou durante a gestação.</p> |
| <p><b>REAÇÃO DEPRESSIVA PÓS-PARTO</b></p> | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Tem sido relacionada com mudanças rápidas dos níveis hormonais;</li> <li>▪ Surge nos primeiros dias após o parto e costuma cessar em duas semanas:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- tristeza;</li> <li>- disforia;</li> <li>- choro frequente;</li> <li>- dependência;</li> <li>- fadiga;</li> <li>- ansiedade</li> </ul> </li> <li>▪ Não causa danos significativos à puérpera e seus familiares.</li> </ul>  | <p>Acomete cerca de 50% das puérperas.</p>  |
| <p><b>PSICOSE PUERPERAL</b></p>           | <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Considerada como um Transtorno de Humor</li> <li>▪ Surge de 2 dias a 3 meses após o parto com:                             <ul style="list-style-type: none"> <li>- confusão mental;</li> <li>- incoerência;</li> <li>- desconfiança;</li> <li>- preocupações obsessivas sobre sua saúde e a do bebê.</li> </ul> </li> </ul>   | <p>0,1 a 0,2% das puérperas</p>   |



Nos casos de depressão leve, o acompanhamento ambulatorial na US, e o apoio familiar podem ser suficientes, mas os casos moderados a graves assim como outras patologias devem ser encaminhados a serviços de referência em saúde mental, pois o tratamento medicamentoso pode ser imprescindível. Em qualquer situação, a psicoterapia individual e familiar é benéfica.

- Gestantes e puérperas com episódios maníacos do Transtorno Bipolar podem apresentar: Humor eufórico/Exagerada sensação de bem estar/Agitação psicomotora e Prejuízo do julgamento.
- Os quadros de transtorno do humor durante ou após a gestação podem estar associados a: disfunções tireoidianas/Síndrome de Cushing/eventos periparto como infecção, toxemia e perdas sanguíneas/ uso de medicamentos como anti-hipertensivos, Escopolamina e Meperidina.

### 6.3 Conduta

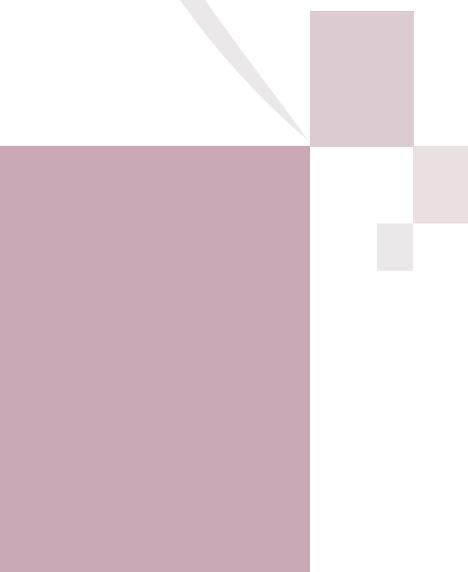
- Mulheres portadoras de transtornos mentais devem ser aconselhadas, no programa de planejamento reprodutivo, a usar métodos anticoncepcionais de alta eficácia ou definitivos.
- Se houver o desejo de engravidar, a mulher e seus familiares devem ser orientados sobre os riscos decorrentes tanto do uso de medicamentos durante a gestação quanto da retirada dos mesmos.
- Deve haver o aconselhamento sobre o padrão genético dos transtornos mentais e sobre o alto risco de recaída de alguns quadros na gravidez e parto.
- Encaminhar para serviços de referência psicossocial (CREAS, CAPS, NASF, outros) as gestantes e puérperas com transtornos mentais.



ATENÇÃO À MULHER NO  

---

PARTO



## 7.1 Orientações Gerais

- A parturiente deverá ser encaminhada ao hospital/maternidade de referência ao parto, a que foi vinculada durante o pré-natal, em posse do Cartão da Gestante.

**ATENÇÃO**

Toda gestante tem direito ao conhecimento e à vinculação prévia à maternidade na qual será realizado seu parto (Lei Federal nº 11.634/2007)

- O parto deverá ser realizado em serviços hospitalares identificados como aptos para tal, de acordo com a situação do risco gestacional.

**QUADRO 30: Relação de Hospitais no Tocantins que realizam parto de Risco Habitual\***

| SERVIÇO                                  | MUNICÍPIO      | TELEFONE       |
|--|----------------|----------------|
| Hospital e Maternidade D. Orione         | Araguaína      | (63) 3411-8787 |
| Hospital Regional de Araguaçu            | Araguaçu       | (63) 3384-1218 |
| Hospital Regional de Arraias             | Arraias        | (63) 3653-1141 |
| Hospital Regional de Augustinópolis      | Augustinópolis | (63) 3456-1404 |
| Hospital Municipal de Colinas            | Colinas        | (63) 3476-7060 |
| Hospital Municipal de Dianópolis         | Dianópolis     | (63) 3692-1020 |
| Hospital Regional de Guaraí              | Guaraí         | (63) 3464-8302 |
| Hospital Regional de Gurupí              | Gurupí         | (63) 3315-0233 |
| Hospital Mul. Nossa Senhora da Conceição | Itacajá        | (63) 3439-1479 |
| Hospital Regional de Miracema            | Miracema       | (63) 3929-3030 |
| Hospital e Maternidade Pública D. Regina | Palmas         | (63) 3218-7700 |
| Hospital Regional de Paraíso             | Paraíso        | (63) 3904-1216 |
| Hospital Regional de Pedro Afonso        | Pedro Afonso   | (63) 3466-1912 |
| Hospital Municipal de Peixe              | Peixe          | (63) 3326-1061 |
| Hospital e Maternidade Tia Dedé          | Porto Nacional | (63) 3363-8305 |
| Hospital Municipal São João Batista      | Taguatinga     | (63) 3654-1285 |
| Hospital Municipal José Saboia           | Tocantinópolis | (63) 3471-2180 |
| Hospital Regional Xambioá                | Xambioá        | (63) 3473-1588 |

\*Cobertura: Verificar PDR vigente

**QUADRO 31: Relação de Hospitais no Tocantins de referência para parto de Alto Risco\***

| SERVIÇO                                  | MUNICÍPIO | TELEFONE       |
|--|-----------|----------------|
| Hospital e Maternidade Pública D. Regina | Palmas    | (63) 3218-7700 |
| Hospital e Maternidade D. Orione         | Araguaína | (63) 3411-8787 |

\*Cobertura: Verificar PDR vigente

- O serviço de referência ao parto de alto risco deve dispor de UTI que possa atender à parturiente e ao recém-nascido, caso haja necessidade de cuidados intensivos.
- A parturiente deve ser acolhida no hospital/maternidade a que foi vinculada para o parto.
- Deve ser avaliado o seu grau de risco, através da análise dos dados do Cartão da Gestante e do exame clínico-obstétrico.
- Caso não seja internada por falta de vaga ou porque necessite de assistência em hospital/maternidade de maior complexidade, **a parturiente deve ser transferida de forma responsável**, após contato com a Central de Regulação ou diretamente com outro hospital/maternidade.
- **A parturiente não deve ser encaminhada para outro hospital/maternidade sem a garantia de que será internada.**
- Caso a parturiente não tenha exames pré-natais, devem ser solicitados os seguintes exames: Tipagem sanguínea, Fator Rh e Teste Rápido para VDRL.
- Após aconselhamento e o consentimento da parturiente, solicitar o teste rápido para HIV, caso não tenha sido realizado no pré-natal;
- Em parturientes HIV+, deve ser realizada a profilaxia da transmissão vertical do HIV, por meio do uso de AZT injetável durante o trabalho de parto e AZT xarope ao recém-nascido.
- Todos os dados clínicos da parturiente devem ser anotados no prontuário.

#### ATENÇÃO

É obrigatório o preenchimento do partograma, pelos serviços que realizam parto, padronizado pela SESAU-TO (Diário Oficial do Estado nº 3.409 de 24/06/2011, Portaria nº 246 de 07/06/2011).

- Toda e qualquer intercorrência de parto e puerpério deverá constar no prontuário, bem como no Cartão da Gestante, que será devolvido à mulher por ocasião da alta.
- Toda mulher internada para assistência ao parto ou em situação de abortamento, deverá realizar VDRL.

#### ATENÇÃO

Toda mulher tem direito ao acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (Lei Federal nº11.108/2005).



- É obrigatório a presença de profissional habilitado para reanimação neonatal na sala de parto;
- Devem ser respeitados os direitos da mulher, resgatando o seu papel como protagonista do seu trabalho de parto, inclusive de permitir-lhe a escolha da posição para o parto;
- A parturiente deve ser tratada com respeito, ser informada dos procedimentos a que será submetida e ser esclarecida nas suas dúvidas;
- Devem ser evitadas intervenções desnecessárias que impeçam a autonomia da mulher ou lhe causem desconforto;
- No momento da alta, observar se o Cartão da Gestante está adequadamente preenchido nos campos de parto, puerpério e recém-nascido;
- Informar na AIH o número da gestante no SISPRENATAL Web.

ATENÇÃO

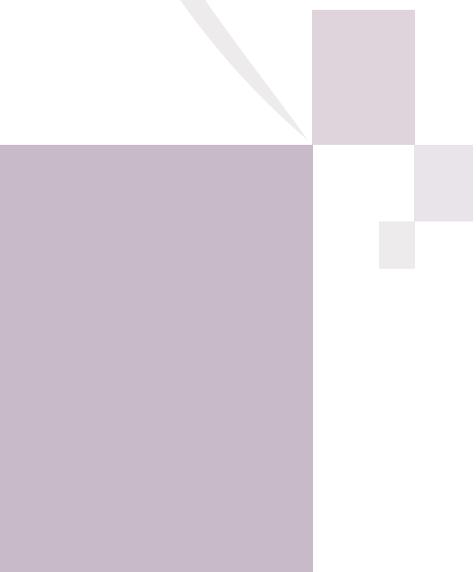
No caso de mulheres HIV positivo, atentar para a necessidade do uso da cabergolina para impedir a lactação e conseqüentemente à transmissão vertical através da amamentação (Portaria N° 822/Gm em 27 de junho de 2003.



ATENÇÃO À MULHER NO  

---

PUERPÉRIO



## 8.1 Orientações Gerais

As consultas puerperais devem ser realizadas nas Unidades de Saúde da Família : a primeira entre 7 e 10 dias e a segunda entre 30 e 42 dias.

- O retorno da mulher e do RN ao serviço de saúde, deve ser incentivado desde o pré natal, na maternidade e pelos Agentes Comunitários de Saúde na visita domiciliar.
- Recomenda-se uma visita domiciliar na primeira semana após a alta da mulher e bebê;
- Caso a gestação e/ou RN tenha(m) sido(s) classificado(s) de risco, essa visita deverá acontecer nos primeiros 3 dias após a alta;
- Se a gestação era de risco habitual, a consulta pode ser realizada pelo médico generalista ou pela enfermeira da equipe da ESF.

ATENÇÃO

Se a gestação foi de alto risco, a consulta deve ser realizada no serviço de referência.

## 8.2 Atenção à Mulher no Puerpério pelo Hospital/ Maternidade

- Após o parto, o bebê deve ser colocado sobre a mãe para o contato precoce e sucção no seio;
- A mãe e o recém-nascido devem ficar no alojamento conjunto;
- Puéperas Rh- com recém-nascidos Rh+ devem receber a imunoglobulina anti Rh, nas primeiras 72 horas;
- O profissional deve preencher o Cartão da Gestante com dados do parto e do recém-nascido;
- Ao receber alta, as puérperas devem ser orientadas sobre:
  - Cuidados corporais; sinais de complicações como febre, hemorragia e infecção; Aleitamento materno; Importância das consultas puerperais; Importância das consultas de controle do recém-nascido;
- Informar a mulher sobre a importância da consulta puerperal na USF;
- **Caso a gestação tenha sido de alto risco, encaminhar a mulher para consulta puerperal em serviço de referência.**

## 8.3 Primeira Semana de Saúde Integral: Atenção à Mulher e RN na 1ª Semana após o Parto

- Boa parte das situações de morbidade e mortalidade materna e neonatal acontecem na primeira semana após o parto;

- O retorno da mulher e do RN ao serviço de saúde deve acontecer logo na primeira semana após o parto;
- Os profissionais e serviços devem estar atentos e preparados para aproveitar toda e qualquer oportunidade de contato com a mulher e o RN na primeira semana após o parto para instituir todo o cuidado previsto para a “Primeira Semana de Saúde Integral”.

### 8.3.1 Ações a Serem Desenvolvidas

#### Acolhimento da mulher e do RN por profissional de saúde habilitado

- Apresentar-se, perguntar o nome da mulher e do RN e atendê-los com respeito e gentileza;
- Escutar o que a mulher tem a dizer, incluindo possíveis queixas, estimulando-a a fazer perguntas;
- Informar sobre os passos da consulta e esclarecer dúvidas.

#### Ações em Relação à Puérpera

##### **A. Anamnese**

##### **Verifica o Cartão da Gestante ou perguntar a mulher sobre:**

- Condições da gestação;
- Condições do atendimento ao parto e ao RN;
- Dados do parto (data; tipo de parto; se cesárea, qual a indicação);
- Se houve alguma intercorrência na gestação, no parto ou no pós-parto (febre, hemorragia, hipertensão, diabetes, convulsões, sensibilização Rh);
- Se recebeu aconselhamento e realizou testagem para sífilis ou HIV durante a gestação e/ou parto;
- Uso de medicamentos (Ferro, Ácido Fólico, Vitamina A, outros).

##### **Perguntar como se sente e indagar sobre:**

- Aleitamento (frequência das mamadas – dia e noite -, dificuldades na amamentação, satisfação do RN com as mamadas, condições das mamas);
- Alimentação, sono, atividades;



- Dor, fluxo vaginal, sangramento, queixas urinárias, febre;
- Planejamento reprodutivo (desejo de ter mais filhos, desejo de usar método contraceptivo, métodos já utilizados, método de preferência);
- Condições psicoemocionais (estado de humor, preocupações, desânimo, fadiga, outros);
- Condições sociais (pessoas de apoio, enxoval do bebê, condições para atendimento de necessidades básicas).

### **B. Avaliação clínico-ginecológica:**

- Verificar dados vitais;
- Avaliar o estado psíquico da mulher;
- Observar o estado geral: pele, mucosas, presença de edema, cicatriz (parto normal com episiotomia ou laceração/cesárea) e membros inferiores;
- Examinar mamas, verificando a presença de ingurgitamento, sinais inflamatórios, infecciosos ou cicatrizes que dificultem a amamentação;
- 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);

Verificar possíveis intercorrências: alterações emocionais, hipertensão, febre, dor em baixo-ventre ou nas mamas, presença de corrimento com odor fétido, sangramentos intensos.

**ATENÇÃO**

No caso de detecção de alguma dessas alterações, solicitar avaliação médica imediata, caso o atendimento esteja sendo feito por outro profissional da equipe.

- Observar formação de vínculo entre mãe e filho;
- Observar e avaliar a mamada para garantia do adequado posicionamento e pega da aréola;

- Em caso de ingurgitamento mamário, orientar quanto à ordenha manual, armazenamento e doação do leite excedente a um Banco de Leite Humano (caso haja na região);
- Identificar problemas/necessidades da mulher e do recém-nascido, com base na avaliação realizada.

### **C. Condutas**

- Orientar sobre:
  - higiene, alimentação, atividades físicas;
  - atividade sexual, informando sobre prevenção de DST/Aids;
  - cuidados com as mamas, reforçando a orientação sobre aleitamento (considerando a situação das mulheres que não puderem amamentar);
  - cuidados com o RN;
  - direitos da mulher (direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas).
- Orientar sobre planejamento reprodutivo e ativação de método contraceptivo, se for o caso:
  - informação geral sobre os métodos que podem ser utilizados no pós-parto;
  - explicação de como funciona o método da LAM (amenorréia da lactação);
  - se a mulher não deseja, ou não pode, usar a LAM, ajudar na escolha de outro método;
  - disponibilização do método escolhido pela mulher com instruções para o uso, o que deve ser feito se este apresentar efeitos adversos e instruções para o seguimento.
- Aplicar vacinas, dupla tipo adulto (DT) e tríplice viral (Sarampo Caxumba e Rubéola), 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: 40 mg/dia de ferro elementar, até três meses após o parto, para mulheres sem anemia diagnosticada;
- Tratar possíveis intercorrências;
- Registrar informações em prontuário;
- Agendar consulta de puerpério até 42 dias após o parto.



## Ações em Relação ao Recém-nascido

Na primeira consulta:

- Verificar a existência da Caderneta de Saúde da Criança e, caso não haja, providenciar abertura imediata;
- Verificar se na Caderneta de Saúde da Criança há informações quanto a maternidade, peso, comprimento, apgar, idade gestacional e condições de vitalidade;
- Verificar as condições de alta da mulher e do RN;
- Observar e orientar a mamada reforçando as orientações dadas durante o pré-natal e na maternidade, destacando a necessidade de aleitamento materno exclusivo até o sexto mês de vida do bebê;
- Observar e avaliar a mamada para garantia de adequado posicionamento e pega da aréola;
- Observar a criança no geral: peso, postura, atividade espontânea, padrão respiratório, estado de hidratação, eliminações e aleitamento materno, ectoscopia, 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, caso o atendimento esteja sendo feito por outro profissional da equipe.
- Identificar o RN de risco ao nascer, conforme quadro abaixo:

**QUADRO 32: Identificação do RN de Risco ao Nascer**

| <b>CRITÉRIOS PRINCIPAIS</b>   | <b>CRITÉRIOS ASSOCIADOS / DOIS OU MAIS DOS CRITÉRIOS ABAIXO</b>   |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"><li>- Baixo peso ao nascer (menor que 2.500 g);</li><li>- RN que tenha ficado internado por intercorrências após o nascimento;</li><li>- História de morte de criança &lt; 5 anos na família;</li><li>- RN de mãe HIV positivo.</li></ul> | <ul style="list-style-type: none"><li>- Família residente em área de risco;</li><li>- RN de mãe adolescente (&lt; 16 anos);</li><li>- RN de mãe analfabeta;</li><li>- RN de mãe portadora de deficiência ou distúrbio psiquiátrico ou drogadição que impeça o cuidado da criança;</li><li>- RN de família sem fonte de renda;</li><li>- RN manifestadamente indesejado.</li></ul> |

**ATENÇÃO**

**Caso sejam identificados alguns desses critérios, solicitar avaliação médica imediatamente, caso o atendimento esteja sendo feito por outro profissional da equipe.**

- Realizar o teste do pezinho e registra o resultado na Caderneta da Criança;
- Verificar se foram aplicadas, na maternidade, as vacinas BCG e de Hepatite B. Caso não 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 previsto para seguimento da criança.

## **8.4 Atenção Puerperal (Até 42 Dias)**

### **8.4.1 Atividades**

Caso a mulher e o RN já tenham comparecido para as ações da primeira semana de saúde integral:

- Realizar avaliação das condições de saúde da mulher e do RN;
- Registrar as alterações;
- Investigar e registrar a amamentação;
- Orientar sobre o retorno da menstruação e atividade sexual;
- Realizar as ações educativas e conduzir as possíveis intercorrências.

### **8.4.2 Passos para a Consulta**

- Escutar a mulher, verificando como se sente, suas 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 (considerando a situação das mulheres que não puderem amamentar);
  - cuidados com o RN;
  - direitos da mulher (direitos reprodutivos, sociais e trabalhistas).
- 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;



- explicação de como funciona o método da LAM (amenorréia da lactação);
  - se a mulher não deseja, ou não pode, usar a LAM, ajudar na escolha de outro método;
  - disponibilização do método escolhido pela mulher com instruções para o uso, o que deve ser feito se este apresentar efeitos adversos, e instruções para o seguimento.
- Tratar de possíveis intercorrências.

Caso a mulher não tenha comparecido para consulta na primeira semana após o parto, realizar as ações previstas para a “Primeira Semana de Saúde Integral”.

## 8.5 Uso do Método Anticoncepcional Durante o Aleitamento

- A escolha do método deve ser sempre personalizada.

Para orientar o uso de métodos anticoncepcionais no pós-parto, deve-se considerar:

- O tempo pós-parto;
- O padrão da amamentação;
- O retorno ou não da menstruação;
- Os possíveis efeitos dos anticoncepcionais hormonais sobre a lactação e o lactente.

1. O efeito inibidor da fertilidade, que o **aleitamento exclusivo com amenorréia** tem, durante o primeiros seis meses pós-parto, pode ser utilizado como método comportamental de anticoncepção – LAM (método da amenorréia da lactação).
2. Quando o efeito inibidor da fertilidade produzido pelo LAM deixa de ser eficiente (complementação alimentar ou retorno das menstruações) ou quando a mulher deseja utilizar um outro método associado ao LAM, é preciso escolher um método que não interfira na amamentação. Nesses casos, deve-se primeiro considerar os métodos não hormonais – DIU e métodos de barreira.

3. O DIU pode ser inserido imediatamente após o parto, ou a partir de quatro semanas pós-parto. Porém, está contraindicado para os casos que cursaram com infecção puerperal, até três meses após a cura.
4. O uso do preservativo masculino ou feminino deve ser sempre incentivado.
5. O anticoncepcional hormonal oral só de Progesterona (minipílula) pode ser utilizado pela mulher que está amamentando. O seu uso deve ser iniciado após 6 semanas do parto.
6. O anticoncepcional injetável trimestral – Acetato de Medroxiprogesterona 150mg/ml – pode ser utilizado pela mulher que está amamentando. O seu uso deve ser iniciado após 6 semanas do parto.
7. O anticoncepcional hormonal oral combinado e o injetável mensal **não devem ser utilizados em lactantes em aleitamento exclusivo**, pois interferem na qualidade e quantidade do leite materno e podem afetar adversamente a saúde do bebê.

## 8.6 Puerpério Patológico

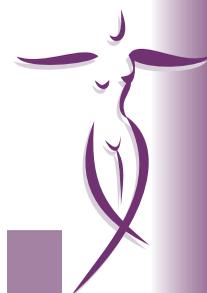
### 8.6.1 Infecção Puerperal



Toda infecção que surja nos 10 primeiros dias que seguem ao parto, com eclosão da sintomatologia entre o 3° e o 5° dias do pós-parto, é infecção puerperal até que se prove o contrário.

**QUADRO 33: Fatores Predisponentes Para Infecção Puerperal**

| No Período Gestacional  | No período do parto  |
|---|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>- infecções pulmonares;</li> <li>- infecções no aparelho urinário;</li> <li>- infecções no aparelho genital;</li> <li>- comprometimento do estado geral da gestante – condições nutricionais e sociais.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>- trabalho de parto prolongado;</li> <li>- amniorrexe prematura (bolsa rota);</li> <li>- excesso de toques vaginais;</li> <li>- não observância de cuidados de assepsia e anti-sepsia;</li> <li>- operação cesariana;</li> <li>- parto pélvico com laceração e não reparação de tecidos em tempo oportuno e extração manual da placenta.</li> </ul> |
| <p><b>ATENÇÃO</b> Em caso de diagnóstico de infecção puerperal, encaminhar imediatamente ao serviço de referência em alto risco.</p>  |  |



- A avaliação criteriosa, para realização de diagnóstico precoce e tratamento das infecções no período gestacional, e a adoção de medidas de controle sobre os fatores predisponentes no momento do trabalho de parto e do parto, são imprescindíveis para o controle das infecções puerperais.

### 8.6.2 Hemorragias

| QUADRO 34: Identificação de Quadros Hemorrágicos   |  |
|--|--|
| QUADROS HEMORRÁGICOS PRECOSES  | QUADROS HEMORRÁGICOS TARDIOS   |
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Incidem nas primeiras 24 horas após o parto;</li> <li>• São causados pela hipotonia uterina e pelas lacerações do trajeto;</li> <li>• As lacerações, em virtude do sangramento, desencadeiam choque hemorrágico e hipotonia uterina, confundindo o diagnóstico e, portanto, o tratamento;</li> <li>• Preconiza-se, então, a revisão sistemática da cérvix e da vagina após o secundamento.</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Surgem após 24 horas do parto;</li> <li>• São causadas por:               <ul style="list-style-type: none"> <li>- restos ovulares</li> <li>-sobredistensão uterina</li> <li>-subinvolução uterina</li> <li>-hematomas</li> <li>-disfunções hormonais</li> <li>- infecções puerperais.</li> </ul> </li> </ul> |
| <p><b>ATENÇÃO</b> Em caso de diagnóstico de quadros hemorrágicos, encaminhar imediatamente ao serviço de referência em alto risco.</p>   |  |

### 8.6.3 Transtornos Mentais e de Comportamento



Transtornos que iniciam-se dentro de seis semanas após o parto que não caracterizam outras patologias mentais.

**ATENÇÃO**

Em caso de diagnóstico de transtornos mentais e de comportamento, encaminhar imediatamente a puérpera para serviços de referência psicossocial (CREAS, CAPS, NASF, outros).

Observação: Classificação, Sintomas e outras informações ver Capítulo 6 deste Protocolo



# ORGANIZAÇÃO DA ATENÇÃO

---



## 9.1 Competência da Unidade de Saúde

- A unidade de saúde deve ser a porta de entrada da gestante para o sistema de saúde;
- É o ponto de atenção estratégico que tem como atributos: garantir a acessibilidade, responsabilizando-se pelos problemas de saúde das gestantes do seu território e o monitoramento dos mesmos.

### 10 PASSOS PARA O PRÉ-NATAL DE QUALIDADE NA ATENÇÃO BÁSICA



Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce)



Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.



Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em tempo oportuno dos resultados dos exames preconizados no atendimento pré-natal.



Promover a escuta ativa da gestante e de seus (suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: “rodas de gestantes”.



Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.



É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: “pré-natal do(a) parceiro(a)”.



Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.



Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do “Plano de Parto”.



Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).



As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

### 9.1.1 Responsabilidades da Atenção Básica e da Atenção Especializada

| <b>QUADRO 35: Responsabilidades e Ações Estratégicas Mínimas de Atenção Básica à Gestante e Puérpera.</b> |  |
|---|--|
| <b>RESPONSABILIDADES</b>  | <b>ATIVIDADES</b>  |
| Pré-Natal   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar o diagnóstico de gravidez;</li> <li>- Captar a gestante no 1º trimestre;</li> <li>- Realizar consultas médicas e de enfermagem;</li> <li>- Realizar consultas odontológicas;</li> <li>- Solicitar os exames laboratoriais;</li> <li>- Garantir os medicamentos básicos;</li> <li>- Classificar o risco gestacional desde a 1ª consulta;</li> <li>- Monitorar as gestantes de alto risco;</li> <li>- Realizar as atividades educativas;</li> <li>- Viabilizar a visita da gestante à maternidade;</li> <li>- Alimentar e analisar os sistemas de informação.</li> </ul> |
| Prevenção do Câncer do Colo Uterino   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar o rastreamento do câncer do colo uterino;</li> <li>- Coletar o material para citologia oncológica;</li> <li>- Alimentar e analisar os sistemas de informação.</li> </ul>   |
| Prevenção do Câncer de Mama   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar o rastreamento do câncer de mama;</li> <li>- Realizar o exame clínico das mamas;</li> <li>- Orientar o auto-exame das mamas;</li> <li>- Alimentar e analisar os sistemas de informação.</li> </ul>   |
| Puerpério   | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar as consultas puerperais – precoce e tardia;</li> <li>- Encaminhar para o planejamento reprodutivo.</li> </ul>  |

| <b>QUADRO 36: Responsabilidades dos Hospitais</b> |   |
|---|---|
| <b>SERVIÇOS</b>                                   | <b>RESPONSABILIDADES</b>  |
| Hospitais de Referência para o Risco Habitual     | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar o parto de risco habitual</li> <li>- Contrarreferenciar para Atenção Básica.</li> </ul>   |
| Hospitais de Referência para o Alto Risco         | <ul style="list-style-type: none"> <li>- Realizar pré-natal de alto risco;</li> <li>- Realizar parto de risco habitual e de alto risco.</li> <li>- Contrarreferenciar para Atenção Básica.</li> </ul> |



## 9.1.2 Responsabilidades da Equipe de Saúde da Família

- A atenção pré-natal e puerperal deve ser prestada pela equipe multiprofissional de saúde.
- As consultas de pré-natal e puerpério podem ser realizadas pelo profissional médico ou de enfermagem.
- De acordo com a Lei de Exercício Profissional de Enfermagem – Decreto nº 94.406/87 -, o pré-natal de baixo risco pode ser acompanhado pelo (a) enfermeiro (a).

### **Agente Comunitário de Saúde**

- Realiza visitas domiciliares, identificando gestantes, cadastra e desenvolvendo atividade de educação da gestante e de seus familiares, orientando sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários;
- Realiza a captação precoce de gestante para a primeira consulta e para consultas subsequentes;
- Orienta sobre a periodicidade das consultas, identifica situações de risco e encaminha para diagnóstico e tratamento;
- Realiza busca ativa de gestantes faltosas às consultas de pré natal;
- Deve encaminhar a gestante ao serviço de saúde ou avisar o enfermeiro ou o médico de sua equipe caso apresente: febre, calafrio, corrimento com mau cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas frequentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes e dor ao urinar;
- Deve avisar ao médico, ou ao enfermeiro, no caso de adolescente, sobre a não aceitação da gravidez pela adolescente ou por sua família;
- Realiza visitas no período puerperal, acompanha o processo de aleitamento, orienta a mulher e seu companheiro sobre planejamento familiar e consulta para o acompanhamento e desenvolvimento da criança;
- Comunica à equipe de saúde sobre o retorno da mulher ao domicílio após a alta hospitalar.

### ***Auxiliar de Enfermagem***

- Realiza ações educativas para as mulheres e suas famílias;
- Verifica o peso, a altura e a pressão arterial e anota os dados no Cartão da Gestante;
- Fornece medicação, mediante receita médica, ou medicamentos padronizados para o programa;
- Aplica vacina antitetânica;
- Participa das atividades educativas.

### ***Enfermeiro(a)***

- Realiza ações educativas para as mulheres e suas famílias, individual ou em grupo (Ex: grupos de gestantes, grupos de pais grávidos, grupos de sala de espera, etc);
- Realiza consulta de pré-natal de gestação de baixo risco;
- Solicita exames de rotina e orienta tratamento conforme protocolo do serviço;
- Encaminha gestantes identificadas como de risco para o médico;
- Realiza visita domiciliar, quando for o caso;
- Fornece o Cartão da Gestante devidamente atualizado a cada consulta;
- Realiza coleta de exame citopatológico.

### ***Médico(a)***

- Realiza consulta de pré-natal, intercalando com o(a) enfermeiro(a);
- Solicita exames e orienta tratamento conforme as normas técnicas e operacionais;
- Orienta as gestantes quanto aos fatores de risco;
- Identifica as gestantes de risco e as encaminha para a unidade de referência;
- Realiza coleta de exame citopatológico;
- Fornece o cartão da gestante devidamente atualizado a cada consulta;
- Participa de grupos de gestantes e realiza visita domiciliar quando for o caso;
- Atende às intercorrências e encaminha as gestantes para a unidade de referência, quando necessário;
- Realizar consulta puerperal.



### **Cirurgião-Dentista**

- Realizar ações educativas em saúde bucal;
- Realizar atendimento clínico odontológico, de acordo com a necessidade da gestante;
- Realizar o atendimento às urgências/ emergências em odontologia;
- Participar das atividades em grupo de acordo com a programação.

#### É bom lembrar:

Gestantes que apresentam sangramento, ruptura da bolsa amniótica, trabalho de parto prematuro, hipertensão grave devem ser encaminhadas ao serviço de referência para consulta especializada. Deve-se sempre orientar as gestantes a levarem o cartão nas consultas especializadas ou internamentos.

### **9.1.3 Visitas Domiciliares**

O acompanhamento domiciliar da gestante deve ter como objetivos:

- Captar gestantes não inscritas no pré-natal;
- Reconduzir gestantes faltosas ao pré-natal, especialmente as de alto risco, uma vez que podem surgir complicações;
- Acompanhar a evolução de alguns aspectos da gestação, segundo orientação da unidade de saúde, nos casos em que o deslocamento da gestante à unidade, em determinado período, seja considerado inconveniente ou desnecessário;
- Completar o trabalho educativo com a gestante e seu grupo familiar;
- Reavaliar, dar seguimento ou reorientar as pessoas visitadas sobre outras ações desenvolvidas pela unidade de saúde.
- Deverá ser visto o Cartão da Gestante e deverão ser discutidos os aspectos ligados a consultas, vacinação, sintomas que a gestante está apresentando e aspectos relacionados com os demais membros da família, entre outros;
- Qualquer alteração deverá ser anotada e informada ao enfermeiro e ao médico da unidade, sendo avaliada em equipe a necessidade de mudança no esquema de consultas preestabelecido.

9



SISTEMA DE INFORMAÇÃO

---

## 10.1 Sistema de Informação

- O sistema de informação deve possibilitar o gerenciamento da atenção à saúde, através do monitoramento do atendimento da mulher e da criança ao longo de toda a rede e da retro-alimentação das equipes de saúde, através de um processo dinâmico de comunicação;
- Os profissionais devem monitorar e avaliar o pré-natal do município por meio do acompanhamento contínuo do Sistema de Informação sobre o Pré-natal (SISPRENATAL-WEB).

Para viabilizar o monitoramento, é de fundamental importância que durante o pré-natal, parto e puerpério, o profissional preencha adequadamente todos os formulários de informação.

Para melhorar a qualidade da informação disponível para as gestantes e nas unidades de saúde, recomenda-se aos profissionais das equipes de Saúde da Família o preenchimento criterioso do Cartão da Gestante, principalmente por ocasião de internações.

**QUADRO 37: Formulários de Informação**

|                              |  |   |
|------------------------------|--|---|
| <b>PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO</b> | Prontuário<br>Cartão da Gestante (Anexo 1)<br>Ficha de Cadastramento e Acompanhamento da Gestante no Sis prenatal web (Anexo 2)<br>Ficha Perinatal |   |
| <b>PARTO E NASCIMENTO</b>    | Prontuário<br>Partograma<br>Cartão da Gestante<br>Caderneta da Criança   | Declaração de Nascido Vivo (DNV)<br>Contrarreferência<br>Resumo de Alta |

### 10.1.1 Os Sistemas Informatizados do Ministério da Saúde

#### **SISPRENATAL WEB - Sistema de Informação no Pre-natal e Nascimento**

- Sistema de monitoramento e avaliação da atenção ao pré-natal, pré-natal de risco, parto e nascimento, puerpério e saúde integral a criança de 0 a 24 meses prestada pelos serviços de saúde a cada gestante e recém-nascido, desde o primeiro atendimento na unidade básica de saúde até o atendimento hospitalar de alto risco.
- Contribui para identificação de fatores que caracterizam a gravidez de risco, com o objetivo de promover a segurança da saúde da mãe e da criança, e possibilita a prevenção das complicações identificadas como principais causas de morbidade e mortalidade materna e perinatal.

#### **Indicadores do SISPRENATAL WEB**

- Número de gestantes acompanhadas no pré-natal
- Número de gestantes com início do pré-natal até a 12ª semana de gestação
- Proporção de gestantes acompanhadas no pré-natal que realizaram os exames preconizados
- Número de gestantes vinculadas ao serviço onde será realizado o parto
- Número de gestantes com parto realizado no serviço em que foi realizado vinculado durante o acompanhamento do pré-natal
- Número de gestantes com 6 ou mais consultas de pré-natal
- Número de visitas realizadas na primeira semana de vida do Recém-nascido
- Número de consultas de puerpério até 42 dias pós-parto
- Número de crianças menores de um ano vacinadas
- Número de crianças até dois anos de idade acompanhadas pela puericultura
- Número de crianças até 4 meses de idade acompanhadas e em aleitamento materno exclusivo
- Número de crianças menores de um ano e com o teste do pezinho realizado



**A não alimentação do sistema implicará no bloqueio do repasse dos recursos destinados a assistência ao pré-natal, parto e nascimento, puerpério e atenção integral a criança de 0 a 24 meses.**

Mais informações sobre o SISPRENATAL web, acesse:



## **SIAB**

O Sistema de Informação da Atenção Básica fornece o número e percentual de:

- Gestantes cadastradas no serviço;
- Gestantes acompanhadas pelo agente de saúde;
- Gestantes com consulta (médica ou de enfermagem) em dia;
- Gestantes que iniciaram o pré-natal no 1º trimestre;
- Gestantes abaixo de 20 anos;
- Gestantes com vacinação antitetânica em dia.

Mais informações sobre o SIAB, acesse: [www.datasus.gov.br/siab](http://www.datasus.gov.br/siab)

## **SINASC - Sistema de Informação de Nascidos Vivos**

Este sistema disponibiliza o número e percentual de:

- Gestantes, por número de consultas realizadas;
- Parturientes, por faixa etária;
- Parturientes, por número de filhos;
- Partos por local do parto;
- Partos por tipo de parto;
- Nascidos vivos;
- Nascidos vivos de baixo peso (< 2,500g).

Mais informações sobre o SINASC acesse: [www.datasus.gov.br](http://www.datasus.gov.br)

## **SIH – Sistema de Informações Hospitalares**

Este Sistema de Informação disponibiliza dados referentes às internações hospitalares dentre estas por:

- Parto Normal
- Parto normal em Gestação de alto risco
- Parto Cesariano em Gestação de alto risco
- Parto Cesariano c/ laqueadura Tubária

Estas informações permitem o cálculo do indicador: Taxa de cesárea – (Número de partos cesárea pelo numero total de partos x 100).

Mais informações sobre o SIH acesse: [www.datasus.gov.br/sih](http://www.datasus.gov.br/sih)

**Através do cruzamento dos dados, pode-se obter indicadores que podem medir o impacto das ações realizadas:**

- Coeficiente de incidência de sífilis congênita no município;
- Coeficiente de incidência de tétano neonatal no município;
- Razão de mortalidade materna no município;
- Coeficiente de mortalidade neonatal precoce no município;
- Coeficiente de mortalidade neonatal tardia no município;
- Coeficiente de mortalidade neonatal total no município.



A Vigilância do Óbito busca através do processo de investigação definir quais os fatores que contribuem para o óbito materno, infantil e fetal, como também propor recomendações. Esse processo inicia-se, após a ocorrência destes óbitos, através das fichas de investigação domiciliar, hospitalar, ambulatorial e síntese, podendo ter também incluídos o cartão da gestante, laudos de IML ou SVO entre outras informações que contribuam para o fechamento do caso, que deve ser feito com grupo técnico em nível municipal e posteriormente estadual. Sua regulamentação é dada pelas portarias 116 de fevereiro de 2009, 1119 de junho de 2008 e 72 de janeiro de 2010. Para maiores informações acessar: <http://svs.aids.gov.br/cgiae/vigilancia/>



## Referências

BRASIL. **Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005.** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir 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. Brasília, Diário Oficial da União, 8 abr. 2007, Seção 1.

BRASIL. **Lei nº 11.634, de 27 de setembro de 2007.** Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, Diário Oficial da União, 28 dez. 2007, Seção 1.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Amamentação e uso de drogas.** Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco:** Cadernos de Atenção Básica nº 32. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle do cânceres do colo do útero e da mama:** Cadernos de atenção básica nº 13. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diabetes mellitus:** Cadernos de Atenção Básica nº 16. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco:** Manual técnico. 5. ed. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Hipertensão arterial sistêmica o sistema unico de saúde:** Cadernos de Atenção Básica nº 58. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Linha de cuidado para a atenção integral à saúde de crianças, adolescentes e suas famílias em situação de violências:** Orientação para Gestores e Profissionais de Saúde. Brasília, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de bolso das doenças sexualmente transmissíveis.** Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde:** Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional – SISVAN. Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 156/GM, de 19 de janeiro de 2006.** Dispões sobre o uso da penicilina na atenção básica e nas demais unidades do Sistema Único de Saúde. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Pré-natal e puerpério – atenção qualificada e humanizada:** Manual Técnico. Brasília, 2005.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Programa de humanização no pre-natal e nascimento.** Brasília, 2000.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antiretroviral em gestantes.** 2. ed. Brasília, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde, Ministério da Justiça. **Nota Técnica Conjunta nº 01/2011-DAPES/SAS/MS-DIRPP/DEPEN/MJ.** Brasília, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3161, de 27 de dezembro de 2011.** Dispõe sobre a Administração da Penicilina nas Unidades de Atenção Básica à Saúde, no âmbito SUS. Brasília, 2011

CURITIBA. Secretaria Municipal de Saúde. **Manual de atendimento ao pré-natal, parto e puerpério:** Programa Mãe Curitibana. Curitiba, 1999.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção ao pré-natal, parto e puerpério:** Protocolo Viva Vida. Belo Horizonte, 2003.

HOFMEYER, J. et al. **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto.** Brasília: Guanabara Koogan, 2000.

PALMAS. **Portaria nº 501 de 17 de novembro de 2010.** Dispõe sobre a implantação e implementação da Classificação de Risco para a Assistência ao Pre-natal em todas as Unidades Básicas de Saúde do Município de Palmas. Palmas, 2010

TOCANTINS. Portaria nº 246, de 07 de junho de 2011. Dispões sobre a obrigatoriedade do preenchimento do partograma pelos serviços que realizam parto no âmbito do SUS no Tocantins. Palmas, **Diário Oficial do Estado** nº 3.409, 24 jun. 2011.





|  |                                      |   |  |   |   |
|--|--------------------------------------|---|--|---|---|
| IDADE ANOS<br>MENOR DE 15<br>MAIOR DE 35   | Nº DE PRONTUÁRIO                     | ALFABETIZADA<br><input type="checkbox"/> SIM<br><input type="checkbox"/> NÃO  | ESTUDOS<br><input type="checkbox"/> NENHUM<br><input type="checkbox"/> FUNDAMENTAL<br><input type="checkbox"/> MÉDIO<br><input type="checkbox"/> SUPERIOR  | ANOS COMPLETOS  | ESTADO CIVIL / UNIÃO<br>CASADA <input type="checkbox"/> ESTÁVEL <input type="checkbox"/> SOLTEIRA <input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/>   |
| ANTECEDENTES   |                                      | PESSOAS<br>INFECÇÃO URINÁRIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br>CARDIOPATIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br>DIABETES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br>HIPERT. ART. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br>CIRURG. PELV. UTERINA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br>MA FORMAÇÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br>OUTROS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | OBSTÉTRICOS (Anotar o número de)<br>GESTAÇÕES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br>ABORTOS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br>PARTOS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br>NENHUM OU MAIS DE 3 PARTOS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |   | COR INFORMADA POR AUTO DECLARAÇÃO<br>BRANCA <input type="checkbox"/> PRETA <input type="checkbox"/> PARDA <input type="checkbox"/> AMARELA <input type="checkbox"/> INDIGENA <input type="checkbox"/> |
| FAMILIARES<br>GEMELARES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br>DIABETES <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br>HIPERT. ART. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br>MA FORMAÇÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br>OUTROS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |                                      | VAGINAIS<br>NASC. VIVOS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br>MORRERAM NA 1ª SEMANA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO<br>MORRERAM APOÓS 1ª SEMANA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO  |  | DATA DO TÉRMINO DA ÚLTIMA GESTAÇÃO<br>MÊS <input type="checkbox"/> ANO <input type="checkbox"/>       |   |
| GRAVIDEZ ATUAL   |                                      | QUÍNDAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO   | ANTITÉTANICA PREVIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO  | ATUAL 1º 2º 3º<br>MÊS GESTAÇÃO  | HOSPITALIZAÇÃO NA GRAVIDEZ<br><input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO   |
| PESO ANTERIOR <input type="checkbox"/> kg  | ESTATURA <input type="checkbox"/> cm | EX. CLÍNICO NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO  | EX. DAS MAMAS NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO   | EX. ODONTOLÓGICO NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                     | PELVS NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO  |
| CONSULTA Nº  |                                      | PAPANICOLAU NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO  |  | COLPOSCÓPIA NORMAL <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                          | EX. CLÍNICO CERVIX <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO  |
| DATA   |                                      | VDRL <input type="checkbox"/> + <input type="checkbox"/> -  |  | GRUPO SENSIB. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                               |   |
|  |                                      | CONJUG. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO   |  | TRANSF. LOCAL: <input type="checkbox"/> DIA <input type="checkbox"/> MÊS <input type="checkbox"/> ANO |   |
|  |                                      | Nº DE C/ARRIS AO DIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO  |  |   |   |

|   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| IG SEMANAS  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PESO (kg)   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| I.M.C.  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| PRESSÃO ARTERIAL (mmHg)<br>ESQUERDA (4x) <input type="checkbox"/> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ALTURA UTERINA (cm)<br>APRESENTAÇÃO                               |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| BCF / MOV. FETAL  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ASS. DO PROFISSIONAL  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

|  |  |   |  |  |              |  |   |
|--|--|---|--|--|--------------|--|---|
| PARTO  | IDADE GESTACIONAL  | TAMANHO FETAL CORRESPONDE   | INÍCIO TP  | MEMBRANAS  | DATA RUPTURA | <input type="checkbox"/> CEF.<br><input type="checkbox"/> PELV.<br><input type="checkbox"/> TRANV. | PATOLOGIA NA GESTAÇÃO/PARTO/PUERPÉRIO   |
|  | HOSPITAL: MENOR DE 17 OU MAIOR DE 42                                   | <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO   | <input type="checkbox"/> ESP. <input type="checkbox"/> IND.                                    | <input type="checkbox"/> INT. <input type="checkbox"/> ROT.      | HORA DIA MES |  |   |
| <input type="checkbox"/> EXP. <input type="checkbox"/> CÉS. <input type="checkbox"/> FORC. <input type="checkbox"/> OUT. | HORA MINUTO DIA MES ANO  | NÍVEL DE ATENÇÃO  | ATENDEDA POR: MÉDIC. ENF./PAR. ALK. EMPL. OUTROS   |  |              |  | <input type="checkbox"/> GRAVIDEZ MÚLTIPLA<br><input type="checkbox"/> HIPERTENSÃO PREVIA<br><input type="checkbox"/> PRÉ-ECLÂMPSIA<br><input type="checkbox"/> ECLÂMPSIA<br><input type="checkbox"/> CARDIOPATIA<br><input type="checkbox"/> DIABETES<br><input type="checkbox"/> INFECÇÃO URINÁRIA<br><input type="checkbox"/> OUTRAS INFECÇÕES<br><input type="checkbox"/> PARASITÓSES<br><input type="checkbox"/> AMEAÇA DE PARTO PREMATURO<br><input type="checkbox"/> DESPREZ. CEF. PELV.<br><input type="checkbox"/> HEMORRAGIA 1º TRIMESTRE<br><input type="checkbox"/> HEMORRAGIA 2º TRIMESTRE<br><input type="checkbox"/> HEMORRAGIA 3º TRIMESTRE<br><input type="checkbox"/> ANEMIA CRÔNICA<br><input type="checkbox"/> RUPTURA PREMAT. MEM.<br><input type="checkbox"/> INFECÇÃO PUERPER.<br><input type="checkbox"/> HEMORRAGIA PUERPER.<br><input type="checkbox"/> OUTRA<br><input type="checkbox"/> NENHUMA |
| ESPÍGOMA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO   | DEQUIT. EXP. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | MORTE FETAL <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM   | PARTO <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/>   |  |              |  |   |
| LACERAÇÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO  | MOMENTO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO      | MOM. <input type="checkbox"/> GRAV. <input type="checkbox"/> TONC.  | NEONATO <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/> |  |              |  |   |
| MEDICAÇÃO NO PARTO   |  | ANESTESIA LOCAL <input type="checkbox"/> ANESTESIA REGIONAL <input type="checkbox"/> ANESTESIA GERAL <input type="checkbox"/> ANESTÉSICO <input type="checkbox"/> ANTIHÉLMÍNTICO <input type="checkbox"/> ANTIHÉLMÍNTICO <input type="checkbox"/> |  | OCÍTOC. <input type="checkbox"/> NENHUM <input type="checkbox"/> |              |  |   |

|  |  |  |  |   |  |  |  |
|--|--|--|--|---|--|--|--|
| RECÉM-NASCIDO  |  | REANIMAÇÃO <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO   | PESO AO NASCER <input type="checkbox"/> MENOS DE 2.500 g   | IDADE POR EXAME FÍSICO <input type="checkbox"/> MENOR DE 37 SEMANAS   | PESO / IG <input type="checkbox"/> ADEQ. <input type="checkbox"/> PEQUENO <input type="checkbox"/> GRANDE                              | EX. FÍSICO IMEDIATO <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL | HORAS OU DIAS PÓS-PARTO OU ABORTO  |
| SEXO <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M               | VDRL <input type="checkbox"/> - <input type="checkbox"/> +   | APGAR MINUTO 1º 5º <input type="checkbox"/> 6 OU MENOS   |  |   |  |  | TEMPERATURA  |
| ESTATURA <input type="checkbox"/> cm                                     | EXAME FÍSICO PRE-ALTA <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL   | EXAME NEUROL. <input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ANORMAL <input type="checkbox"/> DUVIDOSO | PATOLOGIAS <input type="checkbox"/> M. HÍLIDA <input type="checkbox"/> S. ASPÍRAT. <input type="checkbox"/> OUTROS SDR |   | <input type="checkbox"/> APNÉUS <input type="checkbox"/> NEUROL. <input type="checkbox"/> HIPERBILI. <input type="checkbox"/> A. CONG. | <input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> NENHUMA                      | PULSO (BATEMENTO / MINUTO)   |
| PER. CEF. <input type="checkbox"/> cm                                    |  |  |  |   |  |  | PRESSÃO ARTERIAL (MAX./MIN. (mmHg))  |
| RENAL OU CONJ. <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO | ALTA DO RN <input type="checkbox"/> SAÍDA <input type="checkbox"/> TRANSF. <input type="checkbox"/> C/ PATOL. <input type="checkbox"/> ÓBITO | IDADE NA ALTA / TRANSFERÊNCIA <input type="checkbox"/> DIAS <input type="checkbox"/> HORAS                       | IDADE AO FALECER <input type="checkbox"/> DIAS <input type="checkbox"/> HORAS  | ALIMENTAÇÃO <input type="checkbox"/> PEITO <input type="checkbox"/> MISTO <input type="checkbox"/> ARTIFIC. |  |  | INVL. UTERINA  |
|  |  |  |  |   |  |  | CARACTERÍSTICAS DOS LÍQUIDOS   |
|  |  |  |  |   |  |  | VITAMINA A   |
|  |  |  |  |   |  |  | ALTA MATERNA <input type="checkbox"/> SAÍDA <input type="checkbox"/> TRANSFERIDA <input type="checkbox"/> C/ PATOLOGIA   |
|  |  |  |  |   |  |  | MORTE MATERNA <input type="checkbox"/> GRAVIDEZ <input type="checkbox"/> PARTO <input type="checkbox"/> PUERPÉRIO  |
|  |  |  |  |   |  |  | ORIENT. / CONTRAÇÃO <input type="checkbox"/> CONDOM <input type="checkbox"/> DIU <input type="checkbox"/> ORAL <input type="checkbox"/> OUTRA <input type="checkbox"/> LIG. DA TRL <input type="checkbox"/> FÍTIMO <input type="checkbox"/> NENHUM |



MINISTÉRIO DA SAÚDE  
SECRETARIA DE ATENÇÃO À SAÚDE

## SISTEMA DE MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO DO PRÉ-NATAL, PARTO, PUERPÉRIO E CRIANÇA V-1.0.0

SISPRENATAL N: \_\_\_\_\_

### FICHA DE CADASTRAMENTO DA GESTANTE

Data do atendimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DADOS DO ESTABELECIMENTO

1 Município do atendimento

2 Código do IBGE

3 Sigla da UF

4 Nome do Estabelecimento de Saúde

5 Código CNES

6 Nº área

7 Nº microárea

8 Nome do profissional

CBO

9 Cartão nacional de saúde - CNS profissional

DADOS PESSOAIS

10 Nº do cartão nacional de saúde- CNS da gestante

11 N.º inscrição social - NIS

12 Nome da gestante

13 Data nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

14 Nome da mãe da gestante

15 Idade : \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 menor de 15 anos

16 Nome: Representante familiar: ( se menor incapaz)

17 Nº NIS

18 Município de residência:

19 UF: \_\_\_\_\_

19 Código IBGE

20 Logradouro (Rua avenida):

21 Bairro:

22 Nº

23 Complemento

24 Ponto de referência

25 CEP

Zona :1-urbana/ 2- rural/ 3- periurbana/ 9 ignorado

Nacionalidade: 1 - brasileira / 2 - estrangeira

Reside no Brasil: 1 - sim / 2 - não

26 Telefone xo

27 Celular

28 E-mail:

29 Escolaridade

30 Estado civil/união

31 Raça/cor (por autodeclaração):

PREENCHER COM A PENAS UM DOS DOCUMENTOS

32 Nome do cartório:

33 Certidão:  [1] Nascimento [2] Casamento [3] Separação/Divórcio

34 Livro:

35 Folha:

36 Termo

37 Data de emissão:

38 Identidade:

39 Data de emissão:

40 Órgão Emissor

41 UF:

42 Carteira de trabalho:

43 Série

44 UF:

45 CPF:

### FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE

DADOS DA GESTAÇÃO ATUAL

Consulta do:  [1] -1º Trimestre [2] - 2º Trimestre [3] - 3º Trimestre [9] - Ignorado

46 DUM \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

47 DPP \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

48 Altura/cm

49 Peso/gramas

50 Precisa de auxílio deslocamento  NÃO  SIM

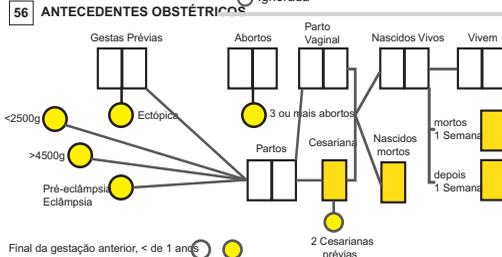
51 Semanas de gestação, se DUM ignorada.

52 Tipo de gravidez:  Única  Gemelar  Tripla ou mais  Ignorada

53 Gravidez Planejada  NÃO  SIM

54 IG (sem./dias pelo ultrassom) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

55 Data do ultrassom: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



### ANTECEDENTES CLÍNICOS

|               |   |                 |   |
|---------------|---|-----------------|---|
| Diabetes      | <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM | Tromboembolismo | <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM |
| Pré-eclâmpsia | <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM | Doença Mental   | <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM |
| Eclâmpsia     | <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM | Hipertensão     | <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM |
| Cardiopatia   | <input type="radio"/> NÃO <input type="radio"/> SIM | Outros, qual:   | _____   |

SISPRENATAL : \_\_\_\_\_

FICHA DE ACOMPANHAMENTO DA GESTANTE - Continuação

Data do atendimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

|                     |    |                             |  |                               |  |                      |  |                                   |  |
|---------------------|----|-----------------------------|--|-------------------------------|--|----------------------|--|-----------------------------------|--|
| <b>GESTÃO ATUAL</b> | 57 | Trabalho de parto prematuro | NÃO <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/>    | Rotura prematura de membranas | NÃO <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/>    | Diabetes Gestacional | NÃO <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/>    | Hemorragia 1 Trim.                | NÃO <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/>    |
|                     |    | Isomunização RH             | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | Incontinência Istmo-Cervical  | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | Se, sim : Insulina   | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | Hemorragia 2 Trim.                | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> |
|                     |    | Infecção urinária           | <input type="radio"/> <input type="radio"/>            | HIV/AIDS                      | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | Pré-Eclâmpsia        | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | Hemorragia 3 Trim.                | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> |
|                     |    | Oligo/polidrâmnio           | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | Cigarros                      | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | Eclâmpsia            | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | Hipertensão em uso de medicamento | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> |
|                     |    | Alcool                      | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | Drogas                        | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | Violência doméstica  | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | Pós-Datismo                       | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> |
|                     |    | Cardiopatia                 | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | CIUR                          | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> |                      |  |                                   |  |

|                         |                                 |                                 |                  |                |              |                          |                  |                |
|-------------------------|---------------------------------|---------------------------------|------------------|----------------|--------------|--------------------------|------------------|----------------|
| <b>SITUAÇÃO VACINAL</b> | 58                              | Situação da vacina antitetânica |                  | 59             | Hepatite B   |                          | 60               | INFLUENZA      |
|                         | [1] Não vacinada                | <input type="checkbox"/>        | INFORMA DOSE: 1ª | ____/____/____ | [1] Sim      | <input type="checkbox"/> | INFORMA DOSE: 1ª | ____/____/____ |
|                         | [2] Imunizada a menos de 5 anos | <input type="checkbox"/>        | 2ª               | ____/____/____ | [2] Não      | <input type="checkbox"/> | 2ª               | ____/____/____ |
|                         | [3] Imunizada a mais e 5 anos   | <input type="checkbox"/>        | 3ª               | ____/____/____ | [9] Ignorado | <input type="checkbox"/> | 3ª               | ____/____/____ |

Reforço: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

61 Unidade de referência pré-natal de alto risco: \_\_\_\_\_ Código CNES: \_\_\_\_\_

62 Realizado Atendimento odontológico: [1]- Sim [2]- Não [9]- Ignorado

63 Participação em atividade educativa: [1]- SIM - DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ [2]- NÃO

64 Realizou visita à maternidade: [1]- SIM - DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ [2]- NÃO

|                       |                    |          |   |                      |                    |   |   |                      |
|-----------------------|--------------------|----------|---|----------------------|--------------------|---|---|----------------------|
| <b>TESTES RÁPIDOS</b> | <b>SOLICITAÇÃO</b> |          | <b>RESULTADO</b>                                    |                      | <b>SOLICITAÇÃO</b> |   | <b>RESULTADO</b>                                    |                      |
|                       | 65                 | Gravidez | NÃO <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> | Data: ____/____/____ | 66                 | Silis   | NÃO <input type="radio"/> SIM <input type="radio"/> | Data: ____/____/____ |
|                       |                    |          |   | Hora: ____:____:____ |                    |   |   | Hora: ____:____:____ |
|                       | 67                 | HIV      | <input type="radio"/> <input type="radio"/>         | Data: ____/____/____ | 68                 | Dosagem de proteinúria (FITA REAGENTE POSITIVO) | <input type="radio"/> <input type="radio"/>         | Data: ____/____/____ |

|                      |    |                                       |  |                          |    |                       |  |                      |
|----------------------|----|---------------------------------------|--|--------------------------|----|-----------------------|--|----------------------|
| <b>EX. DE ROTINA</b> | 69 | Tipagem Sanguínea e Fator RH negativo | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | Data: ____/____/____     | 70 | Hemoglobina HB<11g/dl | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | Data: ____/____/____ |
|                      | 71 | Glicemia de Jejum maior que 95mg/dL   | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | Data: ____/____/____     | 72 | VDRL+                 | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | Data: ____/____/____ |
|                      | 73 | Sorologia+ p/ Hep.B (HBsAg)           | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | Data: ____/____/____     | 74 | Toxoplasmose          | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | Data: ____/____/____ |
|                      | 75 | Úrnia , Alteração?                    | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | Data: ____/____/____     |    | -IgG Positivo?        | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | Data: ____/____/____ |
|                      |    |                                       |  | Tratada? ( ) Sim ( ) Não |    | -IgM Positivo ?       | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | Data: ____/____/____ |
|                      | 77 | Anti-HIV Positivo?                    | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | Data: ____/____/____     | 76 | Urocultura Positiva?  | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | Data: ____/____/____ |
|                      | 79 | Ultrassom Obstétrico                  |  | Data: ____/____/____     | 78 | Outros informar:      |  | Data: ____/____/____ |

|                       |                    |                          |  |                      |                    |                                       |  |                      |
|-----------------------|--------------------|--------------------------|--|----------------------|--------------------|---------------------------------------|--|----------------------|
| <b>EX. ADICIONAIS</b> | <b>SOLICITAÇÃO</b> |                          | <b>RESULTADO</b>                                       |                      | <b>SOLICITAÇÃO</b> |                                       | <b>RESULTADO</b>                                       |                      |
|                       | 80                 | Coombs Indireto positivo | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | Data: ____/____/____ | 81                 | Eletroforese de Hemoglobina alterada. | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | Data: ____/____/____ |
|                       | 82                 | Parasitologia de Fezes+  | <input type="radio"/> <input checked="" type="radio"/> | Data: ____/____/____ |                    |                                       |  |                      |

|                             |                    |                                  |                  |                      |                    |                        |                  |                      |
|-----------------------------|--------------------|----------------------------------|------------------|----------------------|--------------------|------------------------|------------------|----------------------|
| <b>EX. EXAMES ESPECIAIS</b> | <b>SOLICITAÇÃO</b> |                                  | <b>RESULTADO</b> |                      | <b>SOLICITAÇÃO</b> |                        | <b>RESULTADO</b> |                      |
|                             | 84                 | Contagem de Plaquetas            |                  | Data: ____/____/____ | 85                 | Dosagem de Ácido Úrico |                  | Data: ____/____/____ |
|                             | 86                 | Dosagem de Uréia                 |                  | Data: ____/____/____ | 87                 | Dosagem de Creatinina  |                  | Data: ____/____/____ |
|                             | 88                 | Dosagem de Proteína Urina 24h    |                  | Data: ____/____/____ | 89                 | Eletrocardiograma      |                  | Data: ____/____/____ |
|                             | 90                 | Ultrassom Obstétrico com Doppler |                  | Data: ____/____/____ | 91                 | Outros                 |                  | Data: ____/____/____ |
|                             | 92                 | Cardiotocograa                   |                  | Data: ____/____/____ |                    |                        |                  |                      |

93 Responsável pela digitação: \_\_\_\_\_ Data da digitação: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_



## Endereços Eletrônicos Importantes

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| <b>IBGE</b>                   | <a href="http://www.ibge.gov.br">www.ibge.gov.br</a>         |
| <b>SESAU</b>                  | <a href="http://www.saude.to.gov.br">www.saude.to.gov.br</a> |
| <b>Datusus</b>                | <a href="http://www.datusus.gov.br">www.datusus.gov.br</a>   |
| <b>Ministério da Saúde</b>    | <a href="http://www.saude.gov.br">www.saude.gov.br</a>       |
| <b>FEBRASGO</b>               | <a href="http://www.febrasgo.org.br">www.febrasgo.org.br</a> |
| <b>Fundação Carlos Chagas</b> | <a href="http://www.fcc.org.br">www.fcc.org.br</a>           |
| <b>EAD/FIOCRUZ</b>            | <a href="http://www.ead.fiocruz.br">www.ead.fiocruz.br</a>   |

## Telefones Importantes\*

|                               |  |
|-------------------------------|--|
| <b>Ouvidoria da Saúde</b>     | <b>0800 64 27 200 / (63) 3218-3685</b> |
| <b>Saúde da Mulher/SESAU</b>  | <b>(63) 3218-2732</b>                  |
| <b>Central de Regulação</b>   | <b>(63) 3218-1775</b>                  |
| <b>Ouvidoria Geral do SUS</b> | <b>136</b>                             |
| <b>Disque AIDS Tocantins</b>  | <b>08006450112.</b>                    |

\* Outros telefones importantes estão disponíveis nos capítulos deste Protocolo

[www.saude.to.gov.br](http://www.saude.to.gov.br)

