

# PROTOCOLO REGIONAL DA REDE DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO DA SERRA CATARINENSE



SERRA CATARINENSE

2021

# **PROTOCOLO REGIONAL DA REDE DE ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO DA SERRA CATARINENSE**

**Daniela Rosa de Oliveira** – Supervisão Regional de Saúde de Lages

## **Elaboração:**

Câmara Técnica da Rede Cegonha da Serra Catarinense:

**Cristina Ribeiro Picinini** – Enfermeira Paniel e representante do Grupo de Fortalecimento da ABS da Serra Catarinense

**Daniela da Silva** - Enfermeira da ESF do município de Lages

**Daniela Rosa de Oliveira** - Coordenação Regional Rede Cegonha Serra Catarinense

**Dayane Cristina Bordin** - Enfermeira da ESF do município de Lages

**Evelize Lorenzi Pereira** - Cirurgiã-dentista da ESB do município de Lages

**Francine Aparecida Formiga** - Enfermeira da ESF do município de Lages

**Georgia Parizzi** - Cirurgiã-dentista da ESB do município de Lages

**Janaina Carla Santana Lima de Souza** - Médica ESF do município de Lages

**Jane Maria Gerber Neves** - CIR Serra Catarinense

**Joana Israel Romagna** - Responsável pelo Programa Regional de IST, AIDS e HIV da Serra Catarinense

**Maiura Rosa Amaral de Oliveira** - Enfermeira Obstétrica do Hospital Tereza Ramos

**Nayara Alano Moraes** - Enfermeira da ESF do município de Lages

**Patricia Pereira da Silva** - CAPS AD SMS Lages

**Samira Dabbous de Liz** - CIES da Serra Catarinense

**Viviane Mendes Cunha** - Médica ESF do município de Lages

## **Revisão 2017:**

Coordenadora Macrorregional da Serra Catarinense: **Iraci Silva**

Coordenadora Estadual da Saúde da Mulher: **Maria Simone Pan**

Gerente Estadual da Atenção Básica: **Lizete Contin**

Professora docente da UNIPLAC Enfermeira Dr<sup>a</sup>: **Juliana Leissmann Reckziegel**

## **Revisores de 2021:**

**Bruna Correa Vaz** – Enfermeira Gerente das Unidade de Saúde

**Daniela da Silva** - Enfermeira da ESF do município de Lages

**Daniela Rosa de Oliveira** - Coordenadora Regional da Rede Cegonha da Serra Catarinense

**Dayane Cristina Bordin** - Enfermeira da ESF do município de Lages

**Fernanda de Matia** – Enfermeira e Gerente Assistencial do HISB

**Georgia Parizzi** - Cirurgiã-dentista Coordenadora do CEO

**Karen Cristina Pereira** – Psicóloga do município de Lages

**Kelly Aparecida Martins** - Médica da ESF do município de Lages

**Ludimara de Oliveira Rosa** - Enfermeira do HMTR

**Nayara Alano Moraes** - Enfermeira da ESF do município de Lages

**Priscila Gomes Almeida** – Cirurgiã-dentista Gerente das Unidades de Saúde

**Renata Meurer Tausendfreund Laidens** - Enfermeira Coordenadora do CEASM

**Roseni Terezinha Firmino** – Coordenadora Regional de Atenção Primária à Saúde

**Simone Silva Santos** – Assistente Social do município de Lages

## Lista de Figuras

<b>Figura 01</b> – Fluxograma para o agendamento de gestantes no AAE.....	35
<b>Figura 02</b> – Fluxograma para o agendamento de crianças no AAE.....	36
<b>Figura 03</b> – Fluxograma da primeira consulta de pré-natal.....	48
<b>Figura 04</b> – Fluxograma da consulta subsequente de pré-natal.....	50
<b>Figura 05</b> – Fluxograma para utilização de testes para qualificação de RNA viral-CV-HIV em crianças entre 1 e 18 meses, após uso de profilaxia com ARV para a criança....	141
<b>Figura 06</b> – Fluxograma para realização de testes para definição do diagnóstico em crianças sem indício de infecção (com duas CV<5.000 cópias/mL).....	142
<b>Figura 07</b> – Fluxograma dos exames complementares para investigação de Hepatite B em gestantes.....	143
<b>Figura 08</b> – Fluxograma de indicação de profilaxia com TDF de acordo com os diferentes cenários sorológicos.....	144
<b>Figura 09</b> – Recomendações para indicação de profilaxia com TDF de acordo com os cenários clínicos da gestante com hepatite B.....	145
<b>Figura 10</b> – Fluxograma da testagem de crianças de 18 meses de idade expostas nascidas de mãe com anti HCV reagente.....	149
<b>Figura 11</b> - Fluxograma de tratamento/seguimento das gestantes com sífilis e suas parcerias sexuais na Atenção Primária à Saúde.....	153
<b>Figura 12</b> - Testes de sífilis para crianças com sífilis congênita.....	155
<b>Figura 13</b> - Seguimento clínico da criança exposta à sífilis.....	157
<b>Figura 14</b> – Manifestações clínicas de sífilis congênita precoce.....	158
<b>Figura 15</b> – Manifestações clínicas de sífilis congênita tardia.....	161
<b>Figura 16</b> – Testes de sífilis e exames complementares para crianças com sífilis congênita .....	162
<b>Figura 17</b> - Seguimento clínico da criança com sífilis congênita.....	164

## **Lista de Quadros**

<b>Quadro 01</b> – Fatores de risco gestacional no pré-natal.....	29
<b>Quadro 02</b> – Cronograma de consultas das gestantes.....	45
<b>Quadro 03</b> – Modificações gravídicas, achados e condutas.....	46
<b>Quadro 04</b> – Condutas na consulta de pré-natal.....	51
<b>Quadro 05</b> – Exames solicitados no Pré-Natal (médico / enfermeiro).....	51
<b>Quadro 06</b> – Exames de Ultrassonografia solicitados no Pré-Natal (gestação de baixo e médio risco).....	58
<b>Quadro 07</b> – Medicações: riscos na gravidez.....	63
<b>Quadro 08</b> – Queixas mais comuns.....	64
<b>Quadro 09</b> – Intercorrências Obstétricas.....	75
<b>Quadro 10</b> – Emergências Obstétricas.....	78
<b>Quadro 11</b> – Condições clínicas maternas que necessitam de avaliação, quanto a manutenção ou contra-indicação do Aleitamento Materno .....	98
<b>Quadro 12</b> – Intercorrências ou complicações no Aleitamento Materno.....	100
<b>Quadro 13</b> – Classificação do RN.....	111
<b>Quadro 14</b> – IG corrigida.....	111
<b>Quadro 15</b> – Sinais de alerta / risco para o RN.....	112
<b>Quadro 16</b> – Tratamento da sífilis em gestante.....	152

## **Lista de Siglas**

**AAE:** Ambulatório de Atenção Especializada

**ACS:** Agente Comunitário de Saúde

**AHE:** Anticoncepção Hormonal de Emergência

**AIDS:** Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

**AIG:** Adequado para Idade Gestacional

**ALESC:** Assembleia Legislativa do Estado de Santa Catarina

**APAE:** Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais

**APS:** Atenção Primária à Saúde

**ARV:** Antiretroviral

**AU:** Altura Uterina

**AZT:** Zidovudina

**BCF:** Batimentos Cardíacos Fetais

**BCG:** Bacilo Calmette-Guérin

**CAPS:** Centro de Assistência Psicossocial

**CD4:** Grupamento de Diferenciação 4

**CD8:** Grupamento de Diferenciação 8

**CEASM:** Centro de Estudo e Assistência à Saúde da Mulher

**CEO:** Centro de Especialidades Odontológicas

**CIES:** Centro de Integração Ensino-Serviço

**CIR:** Comissão Intergestora Regional

**CIUR:** Crescimento Intra Útero Restrito

**CLT:** Consolidação das Leis do Trabalho

**CPF:** Cadastro de Pessoa Física

**CRAS:** Centro de Referência de Assistência Social

**CRAM:** Centro de Referência de Atenção à Saúde da Mulher em Situação de Violência

**CREAS:** Centro de Referência Especializada de Assistência Social

**CRESCA:** Centro de Referência Especializado à Saúde da Criança e Adolescente

**CTG:** Cardiotocografia

**CV:** Carga Viral

**DHEG:** Doença Hipertensiva Específica da Gravidez

**DIU:** Dispositivo Intrauterino

**DLE:** Decúbito Lateral Esquerdo  
**DLH:** Desidrogenase láctica  
**DM:** Diabetes Mellitus  
**DMG:** Diabetes Mellitus Gestacional  
**DN:** Declaração de Nascido Vivo  
**DPOC:** Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica  
**DPP:** Data Provável do Parto  
**DTPA:** Vacina Tríplice Bacteriana Acelular Adulto  
**DUM:** Data da Última Menstruação  
**EACS:** Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde  
**EPS:** Educação Permanente em Saúde  
**EQU:** Exame Quantitativo de Urina  
**ESB:** Equipe de Saúde Bucal  
**ESF:** Estratégia de Saúde da Família  
**EV:** Endovenoso  
**FR:** Frequência Respiratória  
**FTA-ABS:** Fluorescent Treponemal Antibody Absorption Test  
**GIG:** Grande para Idade Gestacional  
**GJ:** Glicemia de Jejum  
**HAS:** Hipertensão Arterial Sistêmica  
**HBEAG:** Antígeno e da hepatite B  
**HBSAG:** Antígeno de superfície da hepatite B  
**HBV:** Vírus da Hepatite B  
**HCV:** Vírus da Hepatite C  
**HISB:** Hospital Infantil Seara do Bem  
**HIV:** Vírus da Imunodeficiência Humana  
**HMTR:** Hospital e Maternidade Tereza Ramos  
**HTLV:** Vírus Linfotrópico Humano de Células T  
**IG:** Idade Gestacional  
**IGG:** Imunoglobulina G  
**IGM:** Imunoglobulina M  
**IGHAHB:** Imunoglobulina Humana Anti-Hepatite B  
**IM:** Intramuscular  
**IMC:** Índice de Massa Corporal

**IST:** Infecções Sexualmente Transmissíveis

**ITU:** Infecção do Trato Urinário

**LCR:** Líquido Cefalorraquidiano

**LSD:** Dietilamida do Ácido Lisérgico

**LT:** Linfócitos T

**MS:** Ministério da Saúde

**NASF:** Núcleo Ampliado de Saúde da Família

**OMS:** Organização Mundial da Saúde

**PA:** Pressão Arterial

**PCDT de IST:** Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis

**PEP:** Profilaxia Pós Exposição

**PET:** Programa de Educação pelo Trabalho

**PIG:** Pequeno Para Idade Gestacional

**PNAB:** Política Nacional de Atenção Básica

**PST:** Projeto de Saúde no Território

**PTS:** Projeto Terapêutico Singular

**PTT:** Plano de Tratamento Terapêutico

**RAS:** Rede de Atenção à Saúde

**RC:** Rede Cegonha

**RG:** Registro Geral

**RN:** Recém-nascido

**RNA:** Ácido Ribonucleico

**RPMO:** Rotura Prematura das Membranas Ovulares

**SAAF:** Síndrome do Anticorpo Antifosfolípídeo

**SAE:** Serviço de Atenção Especializada

**SAMU:** Serviço de Atendimento Móvel de Urgência

**SINAN:** Sistema de Informações de Agravos de Notificações

**SISVAN:** Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional

**SRAG:** Síndrome Respiratória Aguda Grave

**STORCH:** Sífilis terciária, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes

**SUS:** Sistema Único de Saúde

**TARV:** Terapia de Antiretroviral

**TDF:** Tenofovir



**TESS:** Teste do Estímulo Sonoro Simplificado  
**TGO:** Transaminase Glutâmico-Oxalacética  
**TGP:** Transaminase Glutâmico-Pirúvica  
**TIG:** Teste Imunológico de Gravidez  
**TOTG:** Teste de Tolerância Oral a Glicose  
**TPP:** Trabalho de Parto Prematuro  
**TR:** Teste Rápido  
**TSA:** Antibiograma  
**TSH:** Hormônio Estimulante da Tireoide  
**TV:** Transmissão Vertical  
**TVP:** Trombose Venosa Profunda  
**UBS:** Unidade Básica de Saúde  
**UCINCa:** Unidade de Cuidado Intermediário Canguru  
**UCINCo:** Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional  
**UI:** Unidade Internacional  
**UNICEF:** Fundo das Nações Unidas para a Infância  
**UNIPLAC:** Universidade do Planalto Catarinense  
**USG:** Ultrassonografia  
**UTIN:** Unidade de Terapia Intensiva Neonatal  
**VDRL:** Venereal Disease Research Laboratory  
**VO:** Via Oral

## **SUMÁRIO**

<b>1 INTRODUÇÃO.....</b>	<b>17</b>
<b>2 ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA.....</b>	<b>18</b>
<b>3 PLANEJAMENTO SEXUAL E REPRODUTIVO, MÉTODOS CONTRACEPTIVOS E AVALIAÇÃO PRÉ-CONCEPCIONAL.....</b>	<b>19</b>
<b>3.1 Planejamento Sexual e Reprodutivo.....</b>	<b>19</b>
<b>3.2 Métodos Contraceptivos.....</b>	<b>21</b>
<b>3.3 Avaliação Pré-Concepcional.....</b>	<b>24</b>
<b>3.3.1 Anamnese.....</b>	<b>26</b>
<b>3.3.2 Exame físico completo .....</b>	<b>26</b>
<b>3.3.3 Exame ginecológico minucioso .....</b>	<b>26</b>
<b>3.3.4 Avaliação laboratorial do casal .....</b>	<b>26</b>
<b>3.3.5 Vacinação .....</b>	<b>27</b>
<b>3.3.6 Prescrever .....</b>	<b>27</b>
<b>3.3.7 Orientar .....</b>	<b>27</b>
<b>4 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....</b>	<b>28</b>
<b>5 ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS.....</b>	<b>33</b>
<b>6 ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL.....</b>	<b>37</b>
<b>6.1 Captação da gestante .....</b>	<b>38</b>
<b>6.2 Cadastro e acompanhamento no e-SUS AB.....</b>	<b>39</b>
<b>6.3 Atribuições dos profissionais da APS no pré-natal.....</b>	<b>40</b>
<b>6.4 Consulta pré-natal .....</b>	<b>45</b>
<b>6.4.1 Modificações gravídicas .....</b>	<b>46</b>
<b>6.4.2 Primeira consulta de pré-natal .....</b>	<b>48</b>

6.4.3 Consultas subsequentes .....	49
6.4.4 Métodos essenciais para consulta de pré-natal .....	51
6.4.5 Exames solicitados no pré-natal .....	51
6.4.6 Exames de Ultrassonografia solicitados no Pré-Natal.....	58
6.5 Inclusão do (a) parceiro (a) durante o pré-natal, parto e puerpério.....	59
6.6 Atividades educativas individuais e coletivas para gestantes .....	60
6.7 Atenção psicossocial na gestação.....	61
6.7.1 Sugestões de intervenção psicossocial.....	63
6.8 Queixas mais comuns na gestação.....	63
6.9 Orientação alimentar para a gestante.....	74
6.9.1 Avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional .....	75
7 INTERCORRÊNCIAS OBSTÉTRICAS.....	75
7.1 Intercorrências obstétricas com manejo na APS.....	75
7.2 Emergências Obstétricas.....	78
8 ATENÇÃO ODONTOLÓGICA À GESTANTE.....	83
8.1 Manifestações bucais da gestante.....	84
8.2 Quando a gestante pode ser tratada pelo cirurgião-dentista.....	84
8.2.1 Gestantes saudáveis.....	84
8.2.2 Gestantes de risco.....	84
8.3 Consulta odontológica da gestante e do bebê.....	85
8.4 Higiene bucal da mãe e do bebê.....	86
8.5 Medicações.....	87
8.6 Uso de flúor na gestante.....	88
8.7 Exames radiográficos para uso odontológico na gestação.....	88
9 ATENÇÃO DOMICILIAR DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE À GESTANTE E PUÉRPERA.....	89

<b>9.1 Verificar nas visitas domiciliares à gestante em acompanhamento no pré-natal.....</b>	<b>90</b>
<b>9.2 Atentar para os sinais de risco.....</b>	<b>91</b>
<b>9.3 Orientações no puerpério.....</b>	<b>91</b>
<b>10 ALEITAMENTO MATERNO.....</b>	<b>92</b>
<b>10.1 Contraindicações Do Aleitamento Materno.....</b>	<b>98</b>
<b>10.2 Intercorrências ou complicações no aleitamento materno.....</b>	<b>100</b>
<b>11 PERÍODO PUERPERAL (do parto até 42 dias pós parto).....</b>	<b>106</b>
<b>11.1 Compete à Maternidade.....</b>	<b>106</b>
<b>11.1.1 Encaminhamentos.....</b>	<b>107</b>
<b>11.2 Compete à Estratégia de Saúde da Família, Saúde Bucal e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde– EACS.....</b>	<b>107</b>
<b>11.3 Ações relacionadas ao RN.....</b>	<b>108</b>
<b>12 MÉTODO CANGURU.....</b>	<b>109</b>
<b>12.1 Pilares do Método Canguru.....</b>	<b>109</b>
<b>12.1.1 Vantagens do método.....</b>	<b>110</b>
<b>12.2 Posição Canguru.....</b>	<b>110</b>
<b>12.2.1 Etapas.....</b>	<b>110</b>
<b>12.3 Classificação do RN.....</b>	<b>111</b>
<b>12.3.1 Correção da IG.....</b>	<b>111</b>
<b>12.4 Sinais de alerta / risco.....</b>	<b>112</b>
<b>12.4.1 Agenda de acompanhamento do bebê.....</b>	<b>113</b>
<b>12.5 Uso preventivo do palivizumabe.....</b>	<b>114</b>
<b>13 GESTANTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA.....</b>	<b>114</b>
<b>13.1 Formas de violência.....</b>	<b>114</b>
<b>13.1.1 Violência física.....</b>	<b>116</b>
<b>13.1.2 Violência psicológica .....</b>	<b>116</b>

13.1.3 Violência sexual .....	116
13.1.4 Violência patrimonial .....	117
13.1.5 Violência moral .....	118
13.1.6 Violência obstétrica.....	118
13.2 Recomendações aos profissionais no cuidado às gestantes em situação de violência.....	118
13.2.1 Acolhimento com escuta qualificada .....	118
13.2.2 Avaliação global .....	119
13.2.3 Plano de cuidados .....	121
14 EQUIPE MULTIPROFISSIONAL.....	123
14.1 Nota Técnica N°3/2020-DESF/SAPS/MS.....	123
14.2 Sugestões de ferramentas norteadoras para equipes multiprofissionais.....	124
14.3 Projeto terapêutico singular.....	125
14.4 Outras ações conjuntas na APS.....	126
14.5 Possibilidades de intervenções coletivas e específicas da equipe multiprofissional.....	129
14.6 Especificidade de cada profissional .....	130
14.6.1 Psicólogo .....	130
14.6.2 Assistente social .....	131
14.6.3 Nutricionista .....	131
14.6.4 Farmacêutico .....	131
14.6.5 Fisioterapeuta .....	132
14.6.6 Educador Físico .....	132
15 DIREITOS DA GESTANTE E PUÉRPERA.....	133
15.1 Durante o trabalho de parto e parto.....	135
16 MANEJO DO HIV, SÍFILIS E HEPATITES VIRAIS NO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO.....	136

<b>16.1 HIV.....</b>	<b>137</b>
<b>16.1.1 Gestantes com diagnóstico de HIV.....</b>	<b>137</b>
<b>16.1.2 Indicação da via de parto da gestante HIV.....</b>	<b>138</b>
<b>16.1.3 Uso do ARV durante o parto.....</b>	<b>138</b>
<b>16.1.4 Amamentação.....</b>	<b>139</b>
<b>16.1.5 Seguimento da criança exposta ao HIV.....</b>	<b>140</b>
<b>16.2 Hepatite B.....</b>	<b>142</b>
<b>16.2.1 Diagnóstico.....</b>	<b>143</b>
<b>16.2.2 Vacinação e imunoglobulina.....</b>	<b>146</b>
<b>16.2.3 Parto e amamentação.....</b>	<b>146</b>
<b>16.2.4 Segmento da criança exposta ao HBV.....</b>	<b>146</b>
<b>16.3 Hepatite C.....</b>	<b>147</b>
<b>16.3.1 Seguimento de crianças nascidas de mães HCV reagentes.....</b>	<b>148</b>
<b>16.4 Sífilis .....</b>	<b>150</b>
<b>16.4.1 Manejo e seguimento da sífilis em gestante.....</b>	<b>150</b>
<b>16.4.2 Diagnóstico e seguimento laboratorial.....</b>	<b>150</b>
<b>16.4.3 Tratamento.....</b>	<b>152</b>
<b>16.4.4 Sífilis congênita e criança exposta à sífilis.....</b>	<b>154</b>
<b>16.4.5 Seguimento clínico-laboratorial da criança exposta à sífilis.....</b>	<b>156</b>
<b>16.4.6 Criança com sífilis congênita.....</b>	<b>157</b>
<b>16.4.7 Exame físico da criança com sífilis congênita.....</b>	<b>158</b>
<b>16.4.8 Testagem para sífilis e exames complementares para a criança com sífilis congênita .....</b>	<b>161</b>
<b>16.4.9 Seguimento clínico da criança com sífilis congênita.....</b>	<b>163</b>
<b>16.4.10 Tratamento da criança com sífilis congênita.....</b>	<b>165</b>

<b>16.4.10.1 Tratamento com benzilpenicilina por dez dias.....</b>	<b>166</b>
<b>16.4.10.2 Tratamento de sífilis congênita no período pós-natal.....</b>	<b>166</b>
<b>16.5 Zikavirus .....</b>	<b>166</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....</b>	<b>168</b>
<b>ANEXO 01 – Aconselhamento IST/HIV/Aids e Hepatites Virais nas consultas pré concepcional, pré-natal e puerpério.....</b>	<b>173</b>
<b>ANEXO 02 – Encaminhamento para consulta de obstetrícia alto risco – AAE.....</b>	<b>175</b>
<b>ANEXO 03 – Vacinação de Rotina para a Gestante.....</b>	<b>176</b>
<b>ANEXO 04 – Roteiro de consulta de pré-natal.....</b>	<b>178</b>
<b>ANEXO 05 – Cálculo da IG e DPP.....</b>	<b>180</b>
<b>ANEXO 06 – Medida da AU.....</b>	<b>181</b>
<b>ANEXO 07 – Ausculta dos BCF.....</b>	<b>182</b>
<b>ANEXO 08 – Palpação obstétrica.....</b>	<b>183</b>
<b>ANEXO 09 – Teste do estímulo sonoro simplificado (TESS).....</b>	<b>185</b>
<b>ANEXO 10 – Verificação da presença de edema.....</b>	<b>187</b>
<b>ANEXO 11 – Avaliação da PA em gestantes.....</b>	<b>189</b>
<b>ANEXO 12 – Avaliação do estado nutricional da gestante, segundo o índice de massa corporal por semana gestacional .....</b>	<b>190</b>
<b>ANEXO 13 – Encaminhamento do RN de Risco – AAE.....</b>	<b>191</b>
<b>ANEXO 14 – Dez Passos para uma Alimentação Saudável para Gestantes.....</b>	<b>192</b>
<b>ANEXO 15 – Lei Estadual 17.097 de Janeiro de 2017 - Violência Obstétrica.....</b>	<b>193</b>
<b>ANEXO 16 – Deliberação CIB - Aplicação de Penicilina na Atenção Básica.....</b>	<b>196</b>

## APRESENTAÇÃO

A criação do *Protocolo Regional da Rede de Atenção ao Pré-Natal e ao Puerpério da Serra Catarinense* foi inspirada na preocupação da Comissão do Centro de Integração Ensino-Serviço (CIES), Grupo de Fortalecimento da Atenção Básica da Serra Catarinense, do Programa de Infecções Sexualmente Transmissíveis – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e Hepatites Virais (IST) e da Câmara Técnica da Rede Cegonha da Serra Catarinense, com a falta de parâmetros e de uniformidade necessários à atenção às gestantes e puérperas. Com apoio de todos os municípios da região propôs-se a elaboração de um instrumento prático e objetivo, para nortear as ações dos profissionais da Atenção Primária à Saúde (APS).

O objetivo deste documento é subsidiar a conduta profissional para a promoção de atendimento de qualidade e segurança ao usuário que vai desde o planejamento familiar até o atendimento puerperal e de puericultura no Sistema Único de Saúde (SUS), através da Rede Cegonha (RC), respaldado pelos protocolos ministeriais e dos órgãos competentes, na supervisão e apoio das atividades desses profissionais.

O *Protocolo Municipal de Atendimento à Gestante e Puérpera*, que serviu de base para o documento ora apresentado, foi gentilmente cedido pela Secretaria de Saúde do Município de Lages para ser ampliado, atualizado e regionalizado. A atualização do documento-base, acrescido de outras referências da RC, sendo proposta a linha de cuidado na assistência com autonomia e resolubilidade na APS e demais componentes da rede, em sua inserção nos programas de Saúde Pública preconizados pelo Ministério da Saúde (MS).

Outra razão para a proposição de ampliação e melhorias no documento-base reside no fato de que a APS está em constante atualização frente aos programas e diretrizes adotados pelo MS. Neste caso, o conhecimento científico é dinâmico e requer aperfeiçoamento constante, uma vez que as atualizações são um processo natural e necessário, em razão de incorporar novos conhecimentos e procedimentos às ações de saúde voltadas à objetividade, agilidade, qualidade e maior segurança ao usuário, ao profissional, ao serviço e a gestão.

Nesse contexto, justifica-se a importância e a oportunidade de se ter um protocolo para os profissionais da APS, regionalizado, de modo a promover a qualidade de vida e reduzir à morbimortalidade materna, infantil e fetal, relacionados aos seus determinantes



sociais e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais.

As principais vantagens do protocolo incluem: a oferta de um valioso material consolidado, validado e de fácil consulta com conteúdo baseado em evidências. O que permite sistematizar o cuidado ofertado e corroborar na tomada de decisões. Sua característica é instrumentalizar as ações cotidianas envolvendo toda linha de cuidado materno infantil pela equipe multiprofissional no âmbito da Atenção Primária à Saúde e também nas ações desenvolvidas na comunidade e nos diferentes espaços de atuação.

Com esse intuito e para atender a proposta de organizar o trabalho, coordenar, acompanhar e colaborar para o desenvolvimento das atividades de revisão, atualização e ampliação do *Protocolo Regional da Rede de Atenção ao Pré-Natal e Puerpério dos municípios integrantes da Região de Saúde da Serra Catarinense*, em 2015, foi constituído a Câmara Técnica da RC. A Câmara Técnica é composta por representantes da Coordenação Regional de APS, do Programa Regional do IST, AIDS e Hepatites Virais, do Grupo de Fortalecimento da Atenção Primária e Vigilância em Saúde da Serra Catarinense, da Comissão Intergestores Regional (CIR) da Serra Catarinense, do CIES, do Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU), do Hospital Maternidade Tereza Ramos (HMTR), do Programa de Educação pelo Trabalho (PET), RC/UNIPLAC e Secretaria Municipal da Saúde de Lages.

Pelo exposto, fica clara a pretensão deste grupo para elaborar protocolos que atendam o fortalecimento da APS e apoiem os profissionais no seu processo de trabalho corroborando com toda rede de atenção à saúde materno infantil por meio de compartilhamento do cuidado. Assim sendo, por meio do trabalho integrativo, reflexivo e atinente à prática em saúde, apresenta-se o *Protocolo Regional da Rede de Atenção ao Pré-Natal e Puerpério da Serra Catarinense* aos profissionais da APS.

# 1 INTRODUÇÃO

---

A equipe da APS está inserida no SUS como a estratégia capaz de consolidar as propostas do sistema de saúde e de fortalecer a APS como força motora da Rede de Atenção à Saúde (RAS). Dentre as características mais marcantes da APS, está seu alto grau de descentralização e a capilaridade, ou seja, chegar o mais próximo possível da vida das pessoas.

A APS se torna o contato preferencial dos usuários, a principal porta de entrada no SUS. Orienta-se pelos princípios da universalidade, da acessibilidade, do vínculo, da continuidade do cuidado, da integralidade da atenção, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social. A APS considera o sujeito em sua singularidade e inserção sociocultural, buscando produzir atenção integral (BRASIL, 2011; BRASIL, 2012).

Apesar da redução importante da mortalidade infantil no Brasil nas últimas décadas, os indicadores de óbitos neonatais apresentaram uma velocidade de queda aquém do desejado. Um número expressivo de mortes ainda faz parte da realidade social e sanitária de nosso país. Tais mortes ainda ocorrem por causas evitáveis, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde e, entre elas, a atenção ao pré-natal, ao parto e ao recém-nascido (RN) (BRASIL, 2013).

Quase três décadas se passaram e este terrível indicador permanece assombrando os municípios da Região da Serra Catarinense. As Taxas de Mortalidade Infantil e Mortalidade Neonatal apresentaram tendência inversa ao Estado. Enquanto no estado, houve redução entre os anos de 2010 e 2011, na região serrana os dados apontam um crescimento neste indicador entre 2011 e 2012. Em 2013 a taxa foi de 16,32 e atingiu a marca de 17,41 em 2014. Em 2015 esse indicador foi de 13,7/1.000 nascidos vivos. Em 2016 a taxa de mortalidade foi de 14,9 em 2017 de 11,2 e em 2018 de 9,9/1.000 nascidos vivos. Estes últimos números se dão ao trabalho desenvolvido no fortalecimento do pré-natal, implantação do protocolo e Educação Permanente em Saúde (EPS).

Devemos considerar expressivamente a atenção ao Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e Sífilis, tendo em vista a taxa de detecção crescente nos municípios da Região da Serra Catarinense, lembrando que a sífilis é quatro vezes mais prevalente que o HIV nas gestantes, trazendo dados importantes de mortalidade infantil no país bem como na região.

Por outro lado, Andrade *et.al* (2004) também relatam que a mortalidade infantil precoce, está relacionada com desigualdades socioeconômicas das mães. Em uma pesquisa realizada pelos mesmos autores citados acima, os fatores de risco para a mortalidade perinatal em Pelotas, Rio Grande do Sul, para as famílias com renda abaixo de um salário mínimo,

constatou-se que a mortalidade perinatal foi três vezes maior, quando comparada com a das famílias de maior renda. Este arcabouço de fatores no contexto da Região da Serra Catarinense, legitimam os intentos da presente proposta na medida em que se inserem num cenário com altos índices de mortalidade.

A assistência ao pré-natal adequada (componente I da RC), com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, bem como um sistema ágil de referência hospitalar (sistema de regulação – “Vagas sempre para gestantes e bebês”, regulação dos leitos obstétricos, plano de vinculação da gestante à maternidade), além da qualificação da assistência ao parto (componente de parto e nascimento – humanização, direito à acompanhante de livre escolha da gestante, ambiência, boas práticas, acolhimento com classificação de risco), são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal.

Tais ações são sustentadas pela Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011, que institui no âmbito do SUS a RC e a Portaria nº 2.436 de 21 de setembro de 2017, que aprova a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB).

Diante desta situação, está clara a necessidade de esforço coletivo, de setores governamentais e não governamentais, para a melhoria da qualidade da atenção pré-natal e puerperal na Região da Serra Catarinense. Este *Protocolo Regional da Rede de Atenção ao Pré-Natal e Puerpério da Serra Catarinense*, tem como objetivo dar suporte aos profissionais no âmbito da APS para todos os integrantes das equipes, Equipe de Saúde Bucal (ESB) e as equipes multiprofissionais, como o Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF). O protocolo foi apresentado ao Conselho Municipal da Saúde de cada município e foi sancionado por decreto pelo secretário municipal da saúde e/ou prefeito, bem como aprovado e deliberado em CIR.

## **2 ACOLHIMENTO NA ATENÇÃO PRIMÁRIA**

---

O acolhimento é uma ação que pressupõe uma mudança na relação profissional/usuário (a). O acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética e solidária. Portanto, ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos da atenção à saúde.

O acolhimento da gestante na APS implica a responsabilização pela integralidade do cuidado, a partir da recepção da usuária, com escuta qualificada e a partir do

favorecimento do vínculo e da avaliação de vulnerabilidades, de acordo com o seu contexto social, entre outros cuidados (BRASIL, 2013).

A gestão local deve garantir que o acolhimento esteja inserido no processo de trabalho das equipes de APS, bem como a estratificação de risco gestacional deve ser realizada em todas as consultas, mantendo a vigilância contínua sobre o desenvolvimento da gestação.

### **3 PLANEJAMENTO SEXUAL E REPRODUTIVO, MÉTODOS CONTRACEPTIVOS E AVALIAÇÃO PRÉ-CONCEPCIONAL**

---

#### **3.1 Planejamento Sexual e Reprodutivo**

O planejamento reprodutivo é um conjunto de ações que visa trazer informações qualificadas e seguras, além de acesso a meios e métodos para atingir o objetivo de planejar a chegada de filhos ou prevenir uma gestação não planejada. Envolve o direito a exercer a sexualidade e a reprodução livre de discriminação, imposição e violência e o direito de decidirem, de forma livre e responsável, se querem ou não ter filhos, quantos filhos desejam ter e em que momento de suas vidas.

Antes de falarmos sobre planejamento reprodutivo, importante ressaltar que o conceito de saúde sexual, apesar de estar relacionado ao planejamento reprodutivo é diferente.

A saúde sexual é a habilidade de mulheres e homens para desfrutar e expressar sua sexualidade, sem riscos de doenças sexualmente transmissíveis, gestações não desejadas, coerção, violência e discriminação. A saúde sexual possibilita experimentar uma vida sexual informada, agradável e segura, baseada na autoestima, que implica abordagem positiva da sexualidade humana e respeito mútuo nas relações sexuais. A saúde sexual valoriza a vida, as relações pessoais e a expressão da identidade própria da pessoa. Ela é enriquecedora, inclui o prazer e estimula a determinação pessoal, a comunicação e as relações (BRASIL, 2013b, p.15)

A sexualidade é uma importante dimensão da vida, abrangendo aspectos biológicos, psíquicos, sociais, culturais e históricos. Não se restringe à meta reprodutiva, sendo constitutiva das relações amorosas e do laço afetivo entre as pessoas. Ainda há grupos aos quais erroneamente se supõe o não exercício da sexualidade, como é o caso das pessoas idosas, pessoas com deficiência; e outros para os quais se supõe a

impertinência na reprodução, como é o caso das pessoas em situação de prisão, adolescentes e pessoas com orientações sexuais não heterossexuais.

As lacunas relacionadas à educação sexual, tem implicado num aumento das gestações na adolescência. Alguns profissionais encontram dificuldades em atender adolescentes, sendo importante ressaltar que o atendimento a esse público é assegurado pelo Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), que define a adolescência como o período de vida que vai dos 12 aos 18 anos de idade.

O ECA, que consolida os direitos básicos da população infanto-juvenil, em seu art. 1º, claramente dispõe a doutrina da proteção integral, determinando a natureza tutelar dos direitos ali elencados, que predominarão sobre qualquer outro que possa prejudicá-lo. Dessa forma, no que se refere ao adolescente, qualquer exigência, como a obrigatoriedade da presença de um responsável para acompanhamento no serviço de saúde, que possa afastar ou impedir o exercício pleno pelo adolescente de seu direito fundamental à saúde e à liberdade, constitui lesão ao direito maior de uma vida saudável. Portanto, constituem-se direitos fundamentais do adolescente a privacidade, a preservação do sigilo e o consentimento informado. Na assistência à saúde, isso se traduz, por exemplo, no direito do adolescente de ter privacidade durante uma consulta, com atendimento em espaço reservado e apropriado, e de ter assegurada a confidencialidade, ou seja, a garantia de que as questões discutidas durante uma consulta ou uma entrevista não serão informadas a seus pais ou responsáveis, sem a sua autorização – consentimento informado. Esses direitos fundamentam-se no princípio da autonomia (BRASIL, 2013b, p.23)

Outro ponto importante destacar é o perfil das famílias que tiveram mudanças significativas nas últimas décadas. Isso reitera a necessidade de lembrar que o planejamento pode ser realizado pelo homem e pela mulher, isoladamente, mesmo quando estes não querem instituir uma família, portanto utilizamos o termo planejamento reprodutivo em substituição a planejamento familiar, havendo a defesa de que se trata de uma concepção mais abrangente. Por exemplo, o adolescente, o jovem ou o adulto, homem ou mulher, independentemente de ter ou não uma união estável ou de constituir uma família, pode fazer, individualmente ou com o(a) parceiro(a), uma escolha quanto a ter ou não ter filhos.

A família não é mais apenas aquele grupo nuclear específico, formado por pai, mãe e filhos; é também um espaço emocional à procura de novos equilíbrios e que pode se organizar sob as mais diversas formas. Dentro dela, tendem a se reproduzir todas as formas de relações existentes na sociedade. Em face do contexto diverso em que se inserem indivíduos e famílias, é imprescindível que os profissionais de saúde tenham conhecimento sobre as diferentes estruturas e dinâmicas familiares e busquem realizar o cuidado em saúde com abordagens que considerem os aspectos sociais, econômicos, ambientais, culturais, entre outros, como condicionantes e/ou determinantes da situação de saúde. (BRASIL, 2013b, p.28)

O planejamento reprodutivo é um importante recurso para a saúde de homens, mulheres e crianças. Contribui para uma prática sexual mais saudável, possibilita o espaçamento dos nascimentos e a recuperação do organismo da mulher após o parto, melhorando as condições que ela tem para cuidar dos filhos e para realizar outras atividades.

Os profissionais de saúde devem procurar compreender as expectativas das pessoas no que diz respeito à reprodução e ajudá-las a concretizarem essas expectativas, respeitando suas escolhas. Para isso, deve utilizar como principal ferramenta a escuta para compreender melhor as necessidades do outro e ter uma abordagem mais resolutiva.

Tendo essa visão mais ampla de planejamento reprodutivo, tem de se pensar que as ações de saúde, geralmente focadas na mulher, com pouco envolvimento dos homens devem ser repensadas. É preciso avançar no sentido de ampliar a abordagem também para os homens, promovendo o seu efetivo envolvimento nas ações, considerando e valorizando sua corresponsabilidade nas questões referentes à saúde sexual e à saúde reprodutiva.

A ações educativas devem ser individuais, ao casal e em grupo, facilitando o acesso a informações, meios, métodos e técnicas disponíveis para a regulação da fecundidade que não comprometam a vida e a saúde das pessoas, garantindo direitos iguais para a mulher, para o homem ou para o casal, num contexto de escolha livre e informada.

Todos os profissionais de saúde devem se envolver em atividades referentes ao Planejamento Reprodutivo, através do aconselhamento, atividades educativas e clínicas, permitindo uma ação contínua e uma atuação interdisciplinar. Essa prática pressupõe o acolhimento da demanda da pessoa ou casal, identificação do contexto de vida da pessoa ou do casal, abordagem proativa com questionamentos sobre a atividade sexual, avaliação de vulnerabilidades individual ou do casal para IST's, compreensão de que o sucesso a ser alcançado depende da ação conjunta e solidária dos profissionais de saúde com a pessoa ou o casal.

### **3.2 Métodos Contraceptivos**

Os profissionais de saúde devem ter conhecimento sobre os métodos contraceptivos disponíveis a fim de auxiliar a pessoa ou casal na escolha do melhor

método diante das suas necessidades. É importante nessa abordagem reforçar a prevenção de doenças, oportunizando testes rápidos para IST's (HIV, Sífilis, Vírus da hepatite C (HCV) e Antígeno de superfície da hepatite B (HBsAG)), bem como outros exames/informações para prevenção de câncer de colo de útero, mamas e próstata, abordando o usuário de forma ampla.

A escolha do método contraceptivo deve ser sempre do usuário, a menos que existam contraindicações. Não existe um método ideal, porém o melhor método é aquele que se adapta melhor ao estilo de vida e condições de saúde. Deve-se reforçar a importância da dupla proteção, com a utilização do preservativo masculino ou feminino, prevenindo também IST's.

Todos os métodos contraceptivos devem ser apresentados (métodos de barreira, métodos hormonais, métodos definitivos), fornecendo todas as informações necessárias para a escolha do usuário e esclarecendo dúvidas. Os métodos disponíveis no serviço de saúde geralmente são os preservativos feminino e masculino, dispositivo intra-uterino (DIU) de cobre, anticoncepcionais orais e injetáveis, laqueadura tubária, vasectomia e pílula do dia seguinte (contraceptivo de emergência).

O **preservativo masculino** além de um método contraceptivo eficaz, oferece proteção contra ISTs e é o único método não definitivo que pode ser utilizado pelo homem.

O **preservativo feminino**, embora menos utilizado, também oferece uma proteção maior contra ISTs que o preservativo masculino, porque além de recobrir as paredes da vagina, ele recobre também parte da vulva. Muitas mulheres não utilizam por não conhecer sua anatomia.

O **DIU de cobre** é um método de longa duração reversível. Sua demanda tem aumentado quando se procura um método não hormonal ou quando se tem dificuldades de lembrar do uso da pílula. É importante **que o profissional de saúde esteja apto a desfazer os mitos** que existem em torno do uso do DIU, sendo um método que pode ser usado com segurança por **adolescentes e nulíparas**.

**Anticoncepcional injetável mensal e anticoncepcional oral**, são combinadas de estrogênio e progestogênio, esses métodos tem uma eficácia bastante alta, se usados corretamente, mas também são os métodos com maior número de contraindicações, como mulheres com enxaqueca com aura, câncer de mama, hipertensão, entre outros.

O **anticoncepcional injetável trimestral** é um contraceptivo só com progestogênio. “Apesar de ser um método eficaz, não deve ser utilizado em adolescentes,

pois existem dúvidas acerca da influência de tais contraceptivos na mineralização óssea do esqueleto em desenvolvimento” (TIZIANO, CATELLANI; 2019). Pode ser utilizado no período de amamentação.

As **mini-pílulas (norestirenona)** são um progestogênio isolado que pode ser utilizada durante o período de amamentação, no período em torno do climatério ou por mulheres que tenham contraindicação para o uso da pílula combinada.

A **pílula do dia seguinte**, utilizada como contracepção de emergência, contém apenas progestogênio. Trata-se de uma pílula de levonorgestrel que pode ser administrada em dose única de 1,5mg ou fracionada em duas doses de 75mcg com intervalo de 12 horas (TIZIANO, CATELLANI; 2019). É um método emergencial e não deve ser usado com frequência, seu uso deve se limitar a 4 vezes ao ano ou menos.

A **Laqueadura e Vasectomia** são métodos definitivos, devendo ser escolhidos no caso do usuário ou casal terem a certeza de que não desejam ter filhos. Importante informar suas vantagens e desvantagens e riscos cirúrgicos; explicar a dificuldade de reversão dos procedimentos de vasectomia e laqueadura, devendo-se considerar o método como irreversível pelo SUS. Somente é permitida a esterilização voluntária nas seguintes situações: em homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de vinte e cinco anos de idade ou, pelo menos, com dois filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de sessenta dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual deve ser ofertado e propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, incluindo aconselhamento por equipe multidisciplinar, visando desencorajar a esterilização precoce; risco à vida ou à saúde da mulher ou do futuro concepto, testemunhado em relatório escrito e assinado por dois médicos (LAGES, 2018).

Sendo a gestação na adolescência, um problema de saúde pública e na maioria das vezes indesejada, reforçamos a importância de atender essa usuária. As adolescentes saudáveis podem, desde a menarca, usar contraceptivo oral. O recomendado é oferecer um método reversível de longa duração, como o DIU, juntamente com preservativo masculino ou feminino. O uso do preservativo deve sempre ser estimulado, pois além da proteção contraceptiva, também protege contra ISTs.

Quando a adolescente tem menos de 14 anos, o profissional de saúde tem que estar seguro que ela não está sendo vítima de violência. Se há suspeita de violência, o profissional precisa se reportar ao CRAS, ao Conselho Tutelar. Se este não for o caso, o profissional pode prescrever sim. Recomenda-se ao profissional ter sempre um colega de trabalho, um técnico de enfermagem na



sala e também fazer registro detalhado em prontuário. (TIZIANO, CATELLANI; 2019)

A abordagem do planejamento reprodutivo para grávidas, já deve ser realizada durante o pré-natal, para que a usuária tenha oportunidade de escolher o que melhor se adapta a ela. Uma das opções é a inserção do DIU no pós-parto imediato em até 48h ou 42 dias pós-parto. Métodos hormonais estão contraindicados nos primeiros 42 dias de pós-parto, devido maior risco de tromboembolismo, porém deve-se reforçar a orientação de abstinência sexual nesse período. Na escolha do método hormonal, reforçar a importância do uso do preservativo concomitante.

### **3.3 Avaliação Pré-Concepcional**

Entende-se por avaliação pré-concepcional, a consulta que o casal/mulher faz antes de uma gravidez, objetivando identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução normal de uma futura gestação. Constitui assim, instrumento importante na melhoria dos índices de morbimortalidade materna e infantil (BRASIL, 2013).

Antes que a concepção ocorra é importante propor ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos, para o desenvolvimento de uma gestação saudável. Estas ações constituem o cuidado pré-concepcional, que é definido como "a prestação de intervenções biomédicas, comportamentais e sociais de saúde no período antes da concepção, cujo objetivo é melhorar o estado de saúde e reduzir comportamentos e fatores que contribuem para maus resultados de saúde materna e infantil" e incluem, dentre outros, a promoção de alimentação e nutrição adequadas, a promoção de ambiente seguro, a prevenção e o controle de doenças, o aconselhamento genético, a promoção de saúde mental, a identificação de condições precárias de vida e de violência interpessoal, a prevenção do uso de drogas lícitas e ilícitas, a prevenção de gravidezes sucessivas e o tratamento da infertilidade. (BORGES et al., 2016)

Mulheres que planejam a gravidez são mais propensas a desenvolver o cuidado pré-concepcional, entretanto nem todas que planejam o realizam, muitas vezes por desconhecerem esse serviço. Outros aspectos estruturais podem determinar a não realização do preparo pré-concepcional, como a organização dos serviços de saúde e o desconhecimento dos profissionais de saúde. (BORGES et al., 2016)

Em muitas ocasiões, o não planejamento deve-se à falta de orientação, ou de oportunidade para a aquisição de um método anticoncepcional, e isso ocorre comumente com as adolescentes. Faz-se necessário, portanto, a implementação da atenção em planejamento familiar, num contexto de escolha livre e informada, com incentivo à dupla proteção (prevenção da gravidez e do HIV e outras IST). (BRASIL, 2018)

Como profissionais de saúde, não podemos esperar, por parte das mulheres, expressiva porcentagem de procura espontânea para esta atividade. Mas, podemos motivá-las para essa avaliação pré-concepcional em momentos distintos de educação em saúde, em consultas médicas, de enfermagem, e consultas individuais/compartilhadas/coletivas da equipe multiprofissional, não esquecendo especialmente as adolescentes. (BRASIL, 2013)

Cabe a todos os profissionais de saúde oportunizarem esses momentos de educação em saúde, seja durante ações em escolas ou grupos, visitas domiciliares, durante a aferição de sinais vitais, vacinação, consultas de puerpério e puericultura, entre outros.

No primeiro atendimento pré-concepcional, sugere-se que a mulher não interrompa o método contraceptivo antes da avaliação de suas condições físicas. Após essa avaliação deve-se propor um intervalo de três meses após a suspensão do uso de método contraceptivo hormonal ou DIU que permitirá a normalização das condições do endométrio, favorecendo a nidadação do ovo. Deve-se orientar a mulher quanto a seu ciclo menstrual e sobre como determinar o período fértil, numa tentativa de programar naturalmente o ritmo de vida da mulher e de planejar o momento adequado para a gravidez esperada. (FEBRASGO, 2014).

Assim, é recomendável que antes da decisão favorável à concepção sejam discutidos com o casal aspectos como sexualidade, anticoncepção, fatores que podem ser influenciados pela gestação (nas áreas afetiva, psíquica, social, profissional e em outras) e a própria gravidez, e paralelamente a ampla gama de mudanças que a gestação e a maternidade podem acarretar ao organismo, fisiológicas e, eventualmente, patológicas. Esse momento favorece a solução de dúvidas e mitos, oferecendo um esclarecimento inicial na tentativa de amenizar as preocupações do casal, permitindo uma gestação mais tranquila. (FEBRASGO, 2014)

A avaliação do casal em idade fértil no período pré-concepcional proporciona o conhecimento de condições clínicas, sociais e econômicas, permitindo que a equipe de saúde realize intervenções que podem melhorar a qualidade da assistência pré-natal,

reduzindo o risco de intercorrências maternas e neonatais, que pode ser realizada pelo médico ou enfermeiro. Durante a consulta, deve ser realizada:

### **3.3.1 Anamnese**

- História patológica pregressa Diabetes Mellitus (DM), Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS), cardiopatias, nefropatias, distúrbios de tireoide, doenças periodontal e outros].

- Idade.
- Tabaco, drogas, álcool.
- Exames de imagem.
- Peso, atividade física e profissional.
- Fatores emocionais (saúde mental, conflitos familiares, violências) e ambientais.
- História familiar (doenças genéticas, DM, HAS, cardiopatias, nefropatias, distúrbios de tireoide, e outros).

- Ginecológicas obstétricas (menarca, Data da Última Menstruação (DUM), ciclos menstruais, número de gestações, abortos, tipo de parto, peso ao nascer, hemorragias, intercorrências gestacionais e amamentação).

### **3.3.2 Exame físico completo**

Realizar exame físico céfalo caudal.

### **3.3.3 Exame ginecológico minucioso**

- Exame das mamas (inspeção estática e dinâmica, palpação de linfonodos axilares e subclaviculares, palpação mamária nos quatro quadrantes).
- Exame vulvar e especular (avaliação de distribuição de colo, mucosa vulvar e vaginal, presença de secreções e aspecto das mesmas e coleta de citopatológico cervical).

### **3.3.4 Avaliação laboratorial do casal**

- Hemograma, glicemia de jejum, exame qualitativo de urina, urocultura com Teste de Sensibilidade ao Antibiótico (TSA), Hormônio Estimulante da Tireoide (TSH), tipagem sanguínea mais RH e sorologia para toxoplasmose apenas para a mulher. Testes Rápidos para Sífilis, Hepatite B e C, HIV para a mulher e o (a) parceiro (a) - ver ANEXO

01

### 3.3.5 Vacinação

- Conferir carteira de vacinação e orientar vacinação para rubéola e tríplice viral (30 dias antes de interromper o método anticoncepcional), hepatite B e antitetânica. Estimular o parceiro a realizar a vacinação.

### 3.3.6 Prescrever

- Ácido fólico 5mg (iniciar 03 meses antes da interrupção do método anticoncepcional e manter até 20ª semana de gestação).

### 3.3.7 Orientar

- Sobre a **suspensão do álcool, fumo e do uso de drogas ilícitas** (consequente diminuição da fertilidade, maior incidência de abortos, crescimento intrauterino retardado e bebês de baixo peso, malformação congênita, parto prematuro e morte perinatal);

- Sobre o risco de **medicamentos e radiação** no período Peri concepcional e na gravidez inicial;

- Sobre o risco da infecção por **toxoplasmose** (evitar manusear os materiais contaminados com as fezes de gatos ou fazê-lo com uso de luvas e em seguida lavar as mãos com água e sabão; não alimentar os gatos com carne crua; manter o animal em casa; evitar consumir carne crua ou mal cozida; após o manuseio da carne crua, lavar as mãos e utensílios com água e sabão ou usar luvas; lavar em água corrente as frutas, os legumes e as verduras e colocá-los de molho por 10 minutos em água clorada/ hipoclorito de sódio (dilua 1colher de sopa do produto para cada litro de água) depois enxague em água corrente antes do consumo; evitar que moscas e baratas contaminem verduras, frutas, legumes e outros alimentos; usar luvas para trabalhar com a terra; evitar leite não pasteurizado);

- Sobre a importância da realização de **atividade física e dieta adequada**: os padrões normais para uma alimentação saudável incluem uma dieta adequada em proteínas, vitaminas, minerais e fibra alimentar, não devendo conter quantidades excessivas de calorias, gordura total, gordura saturada, colesterol, sódio, açúcares adicionados, alimentos ultraprocessados e álcool. Para tanto, orientamos a ingestão de carnes, ovos, leite, feijão, frutas, verduras, arroz, massas, pão, cereais integrais;

- Com o objetivo de reduzir o consumo de gorduras saturadas e de colesterol, orienta-se a redução do consumo de manteiga, gordura da carne, nata, queijo amarelo, frituras, etc. O consumo de bolos, sorvetes, doces, conservas, embutidos (salsicha,

linguiça, salame, presunto, mortadela e outros) e temperos prontos também devem ser evitados;

- Incentivo ao consumo de **alimentos ricos em ferro** para prevenção de anemia. Orienta-se o consumo de vísceras (especialmente o fígado), carnes, feijão e vegetais verde-escuros, como couve, brócolis e folhas de nabo. A vitamina C favorece a absorção do ferro; sendo assim, é interessante ingerir, durante as refeições, frutas cítricas como a laranja e o limão in natura por exemplo. O chá e o café prejudicam a absorção do ferro; desta forma, não devem ser tomados logo após as refeições, respeitando-se um intervalo de aproximadamente 2 horas;

- Incentivo ao **consumo de alimentos com alto teor de ácido fólico**, para prevenção de malformação congênita do tubo neural, contidos nos seguintes alimentos: folhas verde-escuras, banana, leite, carne de gado, laranja, cereais em geral (arroz, soja, feijão, outros.);

- Cuidados com o consumo excessivo de cafeína – a cafeína provoca aumento da resistência vascular corporal, uterina e ovariana, contribuindo para uma menor taxa de implantação do embrião e um maior número de abortamentos espontâneos.

#### **4 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

---

Devido a alguns fatores de risco, algumas gestantes podem apresentar maior probabilidade de evolução desfavorável. A caracterização de uma situação de risco habitual ou intermediário, todavia, não implica necessariamente referência da gestante para acompanhamento em pré-natal de alto risco, porém exige maior vigilância e cuidado.

A classificação de risco gestacional é definida a partir de fatores de risco agrupados conforme: condições individuais, socioeconômicas e familiares; história reprodutiva anterior; condições e intercorrências clínicas ou obstétricas na gestação atual.

Considerando a amplitude de fatores determinantes durante o ciclo gravídico puerperal, quanto maior o número de critérios combinados, maior a complexidade do cuidado. A identificação de um único critério (que atinja os **10 pontos**) considerado de Alto Risco, basta para definir a classe de risco e encaminhamento ao Ambulatório de Atenção Especializada (AAE).

As situações que envolvem fatores clínicos mais relevantes (risco real) e/ou fatores evitáveis que demandem intervenções com maior densidade tecnológica, devem ser necessariamente referenciadas ao AAE, podendo, contudo, retornar ao nível primário quando se considerar a situação resolvida e/ou a intervenção já realizada. De qualquer maneira a Unidade Básica de Saúde (UBS) deve continuar responsável pelo seguimento da gestante encaminhada a um diferente serviço de saúde.

**Ao encaminhar para acompanhamento em um serviço de referência especializado em pré-natal no AAE, é importante que a gestante mantenha suas consultas também na APS, por meio de um plano de cuidado compartilhado.**

O Quadro 01 é referente à descrição de fatores de risco durante o pré-natal na APS e AAE.

**Quadro 01** - Fatores de risco gestacional no pré-natal

<b>RISCO HABITUAL (APS)</b>
Idade entre 16 a 34 anos
Aceitação da gestação
Intervalo intrapartal maior que 02 anos
<b>RISCO INTERMEDIÁRIO (APS)</b>

- Ocupação: esforço físico excessivo, carga horária extensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos, biológicos (exposição exógena) e estresse.
- População sazonal (imigrantes, trabalhos temporários sem fixação de residência como período de colheitas e obras)
- Índícios ou ocorrência de violência.
- Capacidade de autocuidado insuficiente.
- Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente.
- Situação conjugal insegura.
- Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular).
- Condições ambientais desfavoráveis.
- Altura menor que 1,45 metros.
- Tabagismo ativo ou passivo.
- Doença periodontal.
- Uso de medicamentos teratogênicos.
- Transtorno depressivo ou de ansiedade leve.
- Gestante em situação de rua, ou em comunidade indígena e quilombola.
- Índice de Massa Corporal (IMC) que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade.

**FATORES RELACIONADOS À HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR NO RISCO INTERMEDIÁRIO:**

- RN com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado.
- Macrossomia fetal.
- Prematuridade na gestação anterior > 31 semanas e/ou peso entre 1.500g a 2.500g
- Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas
- Esterilidade/infertilidade
- Intervalo interpartal < do que dois anos ou > do que cinco anos
- Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos)
- Cirurgia uterina anterior recente (menor que 01 ano)
- Três ou mais cesarianas.

**FATORES RELACIONADOS À GESTAÇÃO ATUAL NO RISCO INTERMEDIÁRIO:**

- Ganho ponderal inadequado
- Infecção urinária (1 a 2 ocorrências)
- Anemia
- Gestantes com IST
- Sífilis (exceto sífilis terciária)
- Suspeita ou confirmação de dengue.

### **ALTO RISCO (APS E AAE)**

#### **FATORES RELACIONADOS ÀS CONDIÇÕES PRÉVIAS:**

- Cardiopatias (valvulopatias, arritmias e endocardite) ou infarto agudo do miocárdio.
- Pneumopatias graves (asma em uso de medicamento contínuo, doença pulmonar obstrutiva crônica (DPOC) e fibrose cística)
- Nefropatias graves (como insuficiência renal e rins multicísticos)
- Endocrinopatias (DM, hipotireoidismo e hipertireoidismo)
- Doenças hematológicas (doença falciforme, talassemia, púrpura trombocitopenica idiopática e coagulopatias)
- HAS crônica e/ou caso de paciente que faça uso de anti-hipertensivo (Pressão Arterial (PA)) >140/90mmHg antes de 20 semanas de idade gestacional (IG)
- Doenças neurológicas (como epilepsia, acidente vascular cerebral, déficit motores graves)
- Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, transtorno bipolar, depressão grave, transtorno mental grave)
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, síndrome do anticorpo antifosfolípídeo (SAAF), outras collagenoses).
- Alterações genéticas maternas
- Antecedente de Trombose Venosa Profunda (TVP) ou embolia pulmonar.
- Ginecopatias (malformação uterina, útero bicorno, miomatose, tumores anexiais, miomas intramurais maiores que 04 cm ou múltiplos ou miomas submucosos)
- Câncer materno em tratamento
- Transplantados
- Cirurgia Bariátrica
- Portadoras de doenças infecciosas como hepatites, STORCH (Sífilis terciária, toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus e herpes) + Zika vírus e Chikungunya, condiloma acuminado, infecção pelo HIV e associado a outras ISTs. Obs: para sífilis



com suspeita de má formação fetal realizar a necessidade de Ultrassonografia (USG)  
- com malformação fetal para comprovação.

- Hanseníase
- Tuberculose
- Dependência de drogas ilícitas
- Alcoolismo

#### **FATORES RELACIONADOS À HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR:**

- Morte intrauterina ou perinatal em gestação anterior
- História prévia de doença hipertensiva específica da gestação (DHEG), com mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, síndrome HELLP, eclâmpsia)
- Abortamento habitual/recorrente (03 ou mais consecutivos) em gestação anterior
- Isoimunização Rh em gestação anterior
- Insuficiência cervical
- Acretismo placentário

#### **FATORES RELACIONADOS À GESTAÇÃO ATUAL:**

- Restrição do crescimento intrauterino
- Polidrâmnio ou oligodrâmnio
- Gestação múltipla
- Gestação resultante de estupro
- Hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia
- Diabetes gestacional placentário ou placenta prévia
- Acretismo
- Insuficiência istmo cervical
- Malformações fetais ou arritmia fetal
- Prematuridade na gestação anterior <31ª semana ou menor que 1.500g quando paciente não souber a IG
- Infecção urinária de repetição dois ou mais episódios.  
- No caso de pielonefrite deve ser encaminhada à Maternidade de referência – porta do centro obstétrico e após acompanhamento no AAE/APS.
- Anemia grave (hemoglobina <8g d/L) ou não responsiva a 30-60 dias de tratamento com sulfato ferroso
- Infecções como a rubéola e a citomegalovirose adquiridas na gestação atual

- Evidência laboratorial de proteinúria
- Diabetes mellitus gestacional (DMG)
- Desnutrição materna severa
- Obesidade mórbida
- NIC III (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista)
- Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia com Bi-rads III ou mais (nestes casos, deve-se encaminhar a gestante ao oncologista)

Obs.: É necessário que haja evidência de medidas consecutivas que sugiram hipertensão. Nestas situações não se deve encaminhar o caso como medida isolada. Em caso de suspeita de pré-eclâmpsia/eclâmpsia, deve-se encaminhar a paciente à emergência obstétrica.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2012 e SÃO PAULO, 2019.

A tabela de uso diário referente aos critérios de encaminhamento para o serviço do AAE está disponível no ANEXO 02

## **5 ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA E MODELO DE ATENÇÃO ÀS CONDIÇÕES CRÔNICAS**

---

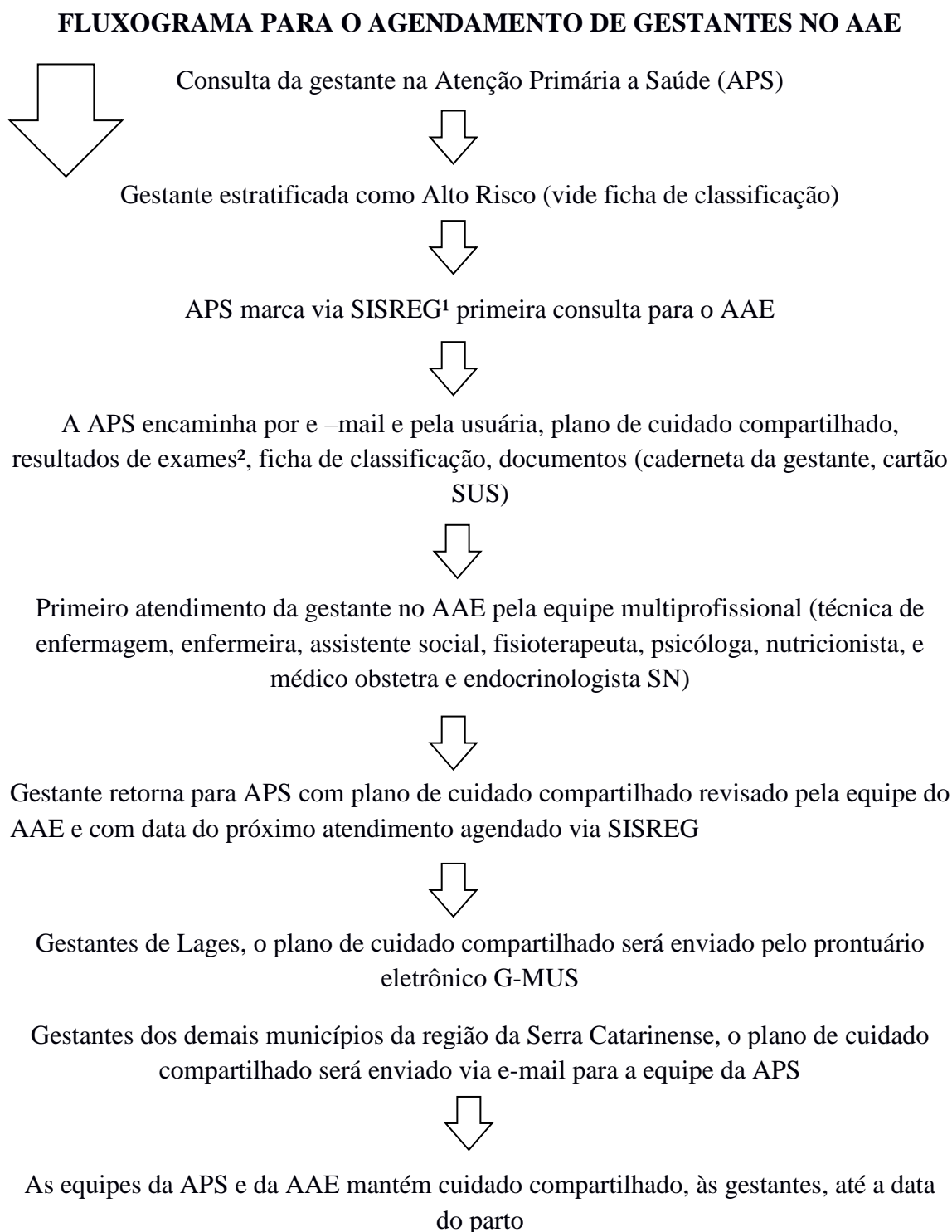
É preciso destacar que condição crônica não é igual à doença crônica. Todas as doenças crônicas (diabetes, doenças cardiovasculares, cânceres, doenças respiratórias crônicas, doenças musculoesqueléticas crônicas e outras) são condições crônicas. Mas esse conceito envolve também as doenças infecciosas persistentes (hanseníase, tuberculose, HIV/AIDS, certas hepatites virais e outras), as condições ligadas à maternidade e ao período perinatal (acompanhamento das gestantes e atenção perinatal, às puérperas e aos RN); às condições ligadas à manutenção da saúde por ciclos de vida (puericultura, hebicultura e senicultura); aos distúrbios mentais de longo prazo; às deficiências físicas e estruturais contínuas (amputações, cegueiras, deficiências motoras persistentes e outras); às doenças metabólicas; às doenças bucais não agudizadas; e às condições de saúde caracterizadas como enfermidades (illnesses), que se referem ao modo como as pessoas percebem o seu adoecer, ou seja, a resposta subjetiva do indivíduo e/ou de sua rede de relações frente a uma determinada situação de adoecimento (KNAUTH, OLIVEIRA, CASTRO, 2013; MENDES, 2015).

A gestação é considerada uma condição crônica temporária por ser superior a três meses, podendo estar associada a determinantes sociais e/ou alguma doença crônica. É necessário que a equipe identifique a população de gestantes em seu território, para que possa estratificar as subpopulações de gestantes (risco habitual, alto risco e muito alto risco) (SÃO PAULO, 2019)

A estratificação de risco gestacional tem o objetivo de vigilância contínua sobre o desenvolvimento da gestação, identificando precocemente fatores de risco relacionados às características individuais da gestante, morbidades crônicas e agudas, história reprodutiva e contexto familiar e comunitário, e direcionando as intervenções preventivas ou de cuidado necessárias para a proteção da mulher e da criança, bem como conhecer a complexidade clínica e sociofuncional da gestação, possibilitando a atenção diferenciada, de acordo com o estrato de risco, ofertando a gestante de alto risco mais vigilância e intensidade de cuidados se comparada à gestante de risco habitual (SÃO PAULO, 2019).

Tudo isso exige que a equipe de profissionais aprofunde e atualize continuamente o conhecimento, a experiência clínica e as habilidades necessárias para o cuidado da mulher no ciclo gravídico e puerperal.

**Figura 01** – Fluxograma para o agendamento de gestantes no AAE



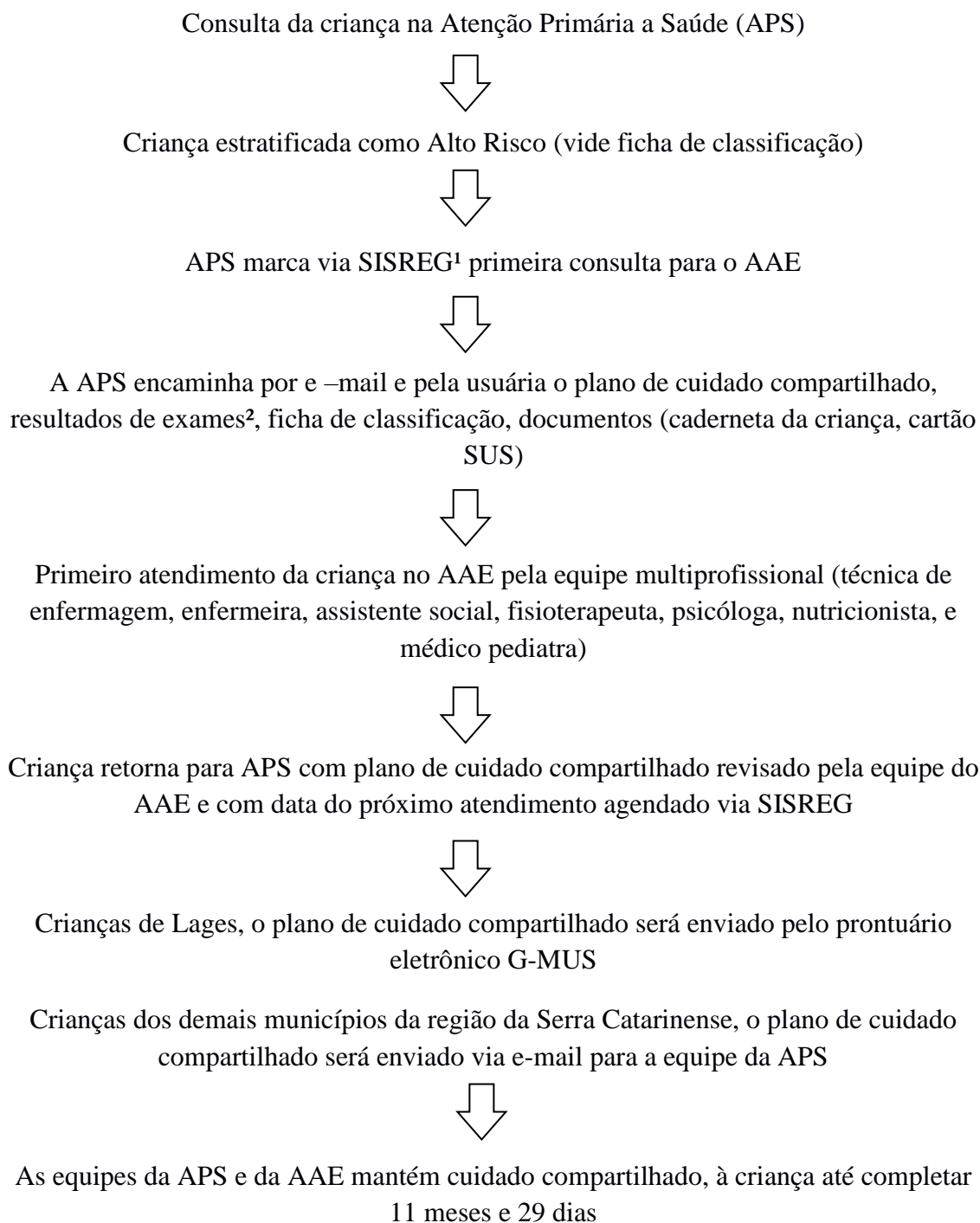
<sup>1</sup>A Equipe do AAE dimensiona o número de atendimentos, conforme informações da APS.

<sup>2</sup>Exames conforme protocolo da Rede Cegonha (ABO-RH, glicemia de jejum, teste oral de tolerância a glicose, toxoplasmose IgM e IgG, hemoglobina, hematócrito, urina+cultura+antibiograma, Coombs Indireto, TSH, eletroforese de hemoglobina (Mãe Catarinense), Testes Rápidos (TR): sífilis, Hepatite B, HIV, Hepatite C; US obstétrico e com Doppler – preferencialmente contratualizado pelo município].

**Fonte:** Equipe do Ambulatório de Atenção Especializada Serra Catarinense, 2019.

**Figura 02** – Fluxograma para o agendamento de crianças no AAE

### **FLUXOGRAMA PARA O AGENDAMENTO DE CRIANÇAS NO AAE**



<sup>1</sup>A Equipe do AAE dimensiona o número de atendimentos, conforme informações da APS.

<sup>2</sup>Exames já solicitados pelo médico da APS conforme condição clínica do paciente

**Fonte:** Equipe do Ambulatório de Atenção Especializada Serra Catarinense, 2019.

## 6 ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL

---

Toda gestante da área de abrangência da UBS deverá ser estimulada a participar do acompanhamento pré-natal.

Todas as informações deverão ser registradas no **e-SUS AB, PRONTUÁRIO ELETRÔNICO**, Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (**SISVAN**), **PROGRAMA BOLSA FAMÍLIA** e, impreterivelmente, na **CADERNETA DA GESTANTE**.

Destacamos que a equipe da UBS deve se responsabilizar pela população da sua área de abrangência, mantendo a coordenação do cuidado e o atributo da APS: longitudinalidade, mesmo quando a referida população necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde.

O acompanhamento do pré-natal de risco habitual é de competência de toda a equipe de APS, sendo que a consulta pelo enfermeiro é respaldada pelo MS e pela lei do exercício profissional, regulamentada pelo Decreto nº. 94.406/87.

### **Doze passos para o pré-natal de qualidade na Atenção Primária à Saúde:**

**Passo 01**– Iniciar o Pré-Natal da UBS até a 12ª semana de gestação (captação precoce).

**Passo 02** – Garantir os recursos humanos, físicos, materiais, e técnicos necessários à atenção pré-natal.

**Passo 03** – Assegurar a solicitação, realização e avaliação em tempo oportuno, do resultado dos exames laboratoriais, testes rápidos e outros preconizados no atendimento pré-natal.

**Passo 04**- Promover a escuta ativa da gestante e seus acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente o cuidado biológico: estimula-se a realização de rodas de conversas com gestantes ou grupo de gestantes, consulta compartilhada, matriciamento, etc.

**Passo 05** – 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)”.

**Passo 06** – Garantir acesso à Unidade de Referência Especializada. Para o município de Lages: Centro de Estudo e Assistência à Saúde da Mulher (CEASM); demais municípios da Serra Catarinense: AAE.

**Passo 07** – Estimular e informar os benefícios do Parto Fisiológico, incluindo a elaboração do Plano de Parto.

**Passo 08** – Toda gestante tem o direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá ter o seu bebê.

**Passo 09** – As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico e puerperal (descritos na caderneta da gestante).

**Passo 10** – Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento de referência em situações de risco.

**Passo 11** – Deve-se incentivar o aleitamento materno exclusivo até os seis meses e complementado até o segundo ano de vida da criança. Ficar atento às contraindicações do aleitamento materno.

**Passo 12** – Acompanhar o estado nutricional da gestante conforme IG, realizando programação de ganho de peso, alimentação saudável e atividade física.

**Fonte:** Adaptado de Rosso et al, 2014

## **6.1 Captação da gestante**

A captação precoce da gestante deverá ser em tempo oportuno, de preferência até a 12ª semana de gestação, sendo que esta busca ativa deve ser realizada também pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) durante visita domiciliar, durante o acompanhamento das condicionalidades do Programa Bolsa Família e durante o acolhimento por qualquer profissional da equipe de APS.

Independente da IG e de vinculação a convênio médico ou atendimento particular, a gestante deverá ser incluída no e-SUS AB contemplando a Rede de Cuidado. A porta de entrada para a realização do pré-natal é a UBS da área de abrangência da gestante.

Toda mulher com história de atraso menstrual com mais de 15 dias deverá ser orientada pela equipe de saúde a realizar Teste Imunológico de Gravidez (TIG) solicitado pelo médico ou enfermeiro, ou na sua falta o exame Beta HCG.

### **Nos casos positivos:**

- Cadastramento imediato da gestante no e-SUS AB, e agendamento para primeira consulta com enfermeiro, em no máximo uma semana para avaliação e Testes Rápidos (TR) quando houver na UBS;
- Agendamento das consultas subsequentes intercaladas entre médico e enfermeiro (para risco habitual);
- Agendamento para primeira consulta odontológica.

### **Nos casos negativos:**

- Discutir e ofertar para a paciente os métodos contraceptivos disponíveis na rede pública de forma a evitar uma gestação indesejada;
- Orientar o uso correto do método contraceptivo escolhido;
- Orientar sobre planejamento sexual e/ou reprodutivo, bem como a importância da consulta pré-concepcional.

## **6.2 Cadastro e acompanhamento no e-SUS AB**

**1º passo:** Atualizar cadastro individual, marcando item GESTANTE. Realizar cadastro tão logo ocorra a sua captação, preferencialmente até a 12ª semana de gestação. Todas as gestantes deverão ser cadastradas, independente do seu período gestacional e de qualquer tipo de convênio (plano de saúde, privado ou SUS).

**2º passo:** Obrigatoriamente preencher carteirinha da gestante em todas as consultas de pré-natal, datar, assinar e carimbar.

**3º passo:** Realizar o acompanhamento de controle gestacional no e-SUS AB em toda consulta, não esquecendo de preencher corretamente todos os campos solicitados DUM, USG, Batimentos Cardíofetais (BCF), Altura Uterina (AU), IG. Se DUM incerta, utilizar uma data aproximada, ou ainda se o período foi no início, meio ou fim do mês, considere como data da última menstruação os dias 5, 15 e 25, respectivamente.

**4º passo:** Registrar todos os resultados de exames, queixas na consulta, estado vacinal (ANEXO 03) suplementação, antecedentes familiares, antecedentes clínicos obstétricos, e consulta odontológica. Deve estar registrado na carteira da gestante e no prontuário da mesma se a gestante é alto risco ou baixo risco. Se a gestante for de alto risco (ANEXO 02) deverá ser agendado seu acompanhamento na referência.



**5º passo:** A consulta puerperal caracteriza o término efetivo do acompanhamento das gestantes, devendo ser realizada nos primeiros 10 dias após o parto, preferencialmente por visita domiciliar.

### **6.3 Atribuições dos profissionais da APS no pré-natal**

#### **Agente Comunitário de Saúde**

- Durante visita domiciliar para mulheres em idade fértil (10- 49 anos), questionar desejo de gravidez, DUM e uso de métodos contraceptivos, preventivo de colo de útero e mamas e orientar consulta pré-concepcional.
- Encaminhar toda gestante ao serviço de saúde, buscando promover sua captação precoce para a primeira consulta e monitorar as consultas subsequentes.
- Conferir o cadastramento das gestantes no e-SUS AB, assim como as informações preenchidas no Cartão da Gestante.
- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação.
- Realizar visitas às gestantes e desenvolver atividades de educação em saúde tanto para as gestantes como para seus familiares, orientando-os sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários.
- Acompanhar as gestantes que não estão realizando o pré-natal na UBS local, mantendo a equipe informada sobre o andamento do pré-natal realizado em outro serviço.
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar a busca ativa das gestantes faltosas.
- Informar o (a) enfermeiro (a) ou o (a) médico (a) de sua equipe, caso a gestante apresente algum dos sinais de alerta: febre, calafrios, corrimento com mau cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas frequentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes e dor ao urinar.
- Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário.
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

- Realizar a notificação de doença compulsória em formulário Sistema de Informações de Agravos de Notificações (SINAN) e encaminhar à Vigilância Epidemiológica de referência no Município.

### **Auxiliar / Técnico de Enfermagem**

- Contribuir para captação precoce da gestante: perguntar para mulheres em idade fértil (10- 49 anos) o desejo de gravidez, DUM e uso de métodos contraceptivos, preventivo de colo de útero e mamas e orientar consulta pré-concepcional.

- Orientar as mulheres e suas famílias sobre importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação.

- Conferir as informações preenchidas na caderneta da gestante.

- Verificar o peso e a PA e anotar no cartão da gestante e no prontuário.

- Fornecer medicação mediante receita, assim como os medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico).

- Verificar esquema vacinal: antitetânica, DTPa, influenza e contra hepatite B.

- Realizar atividades educativas, individuais e coletivas.

- Informar o (a) enfermeiro (a) ou o (a) médico (a) de sua equipe, caso a gestante apresente algum sinal de alerta.

- Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário.

- Orientar a gestante sobre a periodicidade das consultas e solicitar ao ACS busca ativa das gestantes faltosas.

- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre planejamento familiar.

- Realizar a notificação de doença compulsória em formulário SINAN e encaminhar à Vigilância Epidemiológica de referência no município.

### **Técnico em Saúde Bucal**

- Contribuir para captação precoce: perguntar para mulheres em idade fértil (10 - 49 anos) sobre o desejo de gravidez, DUM e uso de métodos contraceptivos, preventivo de colo de útero e mamas, orientar consulta pré-concepcional.

- Realizar captação precoce da gestante para o Pré-Natal Odontológico.

- Realizar profilaxia e aplicação tópica de flúor, conforme necessidade da gestante (determinada pelo Cirurgião Dentista).
- Realizar a notificação de doença compulsória em formulário SINAN e encaminhar à Vigilância Epidemiológica de referência no município.

### **Cirurgião Dentista**

- Contribuir para captação precoce: perguntar para mulheres em idade fértil (10 - 49 anos) sobre o desejo de gravidez, DUM e uso de métodos contraceptivos, preventivo de colo de útero e mamas, orientar consulta pré-concepcional.
- É permitido ao cirurgião dentista solicitar exames laboratoriais complementares, com a finalidade de diagnóstico de gravidez, bem como os exames necessários durante a gestação, em casos pertinentes a odontologia e/ou a medicina conjuntamente.
- Realizar captação precoce da gestante para o pré-natal odontológico (através de agendamento de primeira consulta no mesmo momento em que o cadastro da gestante é feito pelo enfermeiro, por busca ativa através de Visita Domiciliar Odontológica e ações nos grupos de gestante – priorizando o acesso).
- Realizar o acolhimento e agendamento de primeira consulta odontológica e consultas subsequentes.
- Realizar primeira consulta odontológica e Plano de Tratamento Terapêutico (PTT).
- Realizar acompanhamento clínico conforme necessidade da gestante e período gestacional.
- Realizar a notificação de doença compulsória em formulário SINAN e encaminhar à Vigilância Epidemiológica de referência no município.
- Realizar consulta puerperal odontológica nos 30 primeiros dias de vida do bebê (exame clínico e orientações para a mãe), e consulta de acompanhamento no 6º mês para mãe e bebê.
- Observar registro dos TRs, conforme trimestre, e na ausência, realizá-los e registrá-los na caderneta e no prontuário.

### **Enfermeiro**

- Contribuir para captação precoce da gestante: perguntar para mulheres em idade fértil (10- 49 anos) o desejo de gravidez, DUM e uso de métodos contraceptivos, preventivo de colo de útero e mamas, orientar consulta pré-concepcional.

- Realizar o cadastramento da gestante no e-SUS AB, fornecer a Caderneta da Gestante devidamente preenchida (o cartão deve ser verificado e atualizado a cada consulta).
- Orientar às mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação.
- Realizar a consulta de pré-natal de gestação de risco habitual intercalada com o (a) médico(a).
- Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo regional de assistência ao pré-natal.
- Realizar TRs nos trimestres padronizados e sempre que se fizer necessário (vulnerabilidade).
- Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso 40 mg e ácido fólico 5 mg).
- Orientar a vacinação das gestantes conforme o ANEXO 03
- Realizar a notificação de doença compulsória em formulário SINAN e encaminhar à Vigilância Epidemiológica de referência no município.
- Identificar as gestantes com algum sinal de alerta e/ou identificadas como de alto risco, compartilhar o atendimento com o (a) médico (a) na UBS e na impossibilidade, encaminhar ao CEASM/AAE.
- Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero.
- Desenvolver atividades educativas, individuais e coletivas.
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e vulnerabilidade.
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e o ACS para busca ativa das gestantes faltosas (SUS e rede privada).
- Referenciar a gestante para atendimento odontológico, médico e para a equipe multiprofissional quando necessário.
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal (obrigatoriamente nos primeiros 10 dias), acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

### Médico

- Contribuir para captação precoce: perguntar para mulheres em idade fértil (10 – 49 anos) o desejo de gravidez, DUM e uso de métodos contraceptivos, preventivo de colo de útero e mamas, orientar consulta pré-concepcional.
- Realizar consultas de pré – natal de gestação de baixo risco intercalada com consulta do (a) enfermeiro (a).
- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação.
- Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário.
- Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso 40 mg e ácido fólico 5 mg).
- Orientar a vacinação das gestantes conforme o ANEXO 03
- Avaliar e tratar as gestantes que apresentam sinais de alerta.
- Atender as intercorrências e encaminhar as gestantes para os serviços de urgência/emergência obstétrica, quando necessário.
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e vulnerabilidade
- Identificar as gestantes de alto risco e compartilhar o cuidado com o CEASM/AAE.
- Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero.
- Solicitar TRs nos trimestres padronizados e sempre que se fizer necessário (vulnerabilidade).
- Desenvolver atividades educativas, individuais e coletivas.
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e orientar ao ACS busca ativa das gestantes faltosas.
- Realizar a notificação de doença compulsória em formulário SINAN e encaminhar à Vigilância Epidemiológica de referência no município.
- Realizar visitas domiciliares durante o período puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre planejamento familiar.

**Fonte:** Adaptado de BRASIL, 2012.

## 6.4 Consulta pré-natal

As consultas de pré-natal poderão ser realizadas na UBS ou durante visitas domiciliares. O total de consultas deverá ser de 07 ou mais com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro, e de preferência compartilhada com outros profissionais da equipe, como: ESB, NASF e outros profissionais da equipe de APS.

Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o que se apresenta:

**Quadro 02** - Cronograma de consultas das gestantes

IG	Conduta
Até 28 semanas de gestação	<ul style="list-style-type: none"><li>• Agendar Consulta Mensal</li><li>• Agendar primeira consulta Odontológica</li><li>• Agendar segunda consulta Odontológica</li></ul>
De 28 a 36 semanas de gestação	<ul style="list-style-type: none"><li>• Agendar Consulta Quinzenal</li><li>• Agendar terceira consulta Odontológica</li></ul>
A partir de 37 semanas	<ul style="list-style-type: none"><li>• Agendar Consulta Semanal</li></ul>
Com 40 semanas de gestação completas	<ul style="list-style-type: none"><li>• Encaminhar ao HMTR ou outro serviço mais próximo que realize Cardiotocografia (CTG) com encaminhamento por escrito do médico ou enfermeiro.</li><li>• CTG sem alteração - avaliar a gestante na unidade de saúde a cada 02 dias até completar 41 semanas.</li><li>• CTG com alteração - encaminhar obrigatoriamente para o HMTR por escrito pelo médico ou enfermeiro da UBS, contendo IG calculada de preferência pela primeira USG obstétrica ou DUM.</li></ul>
Com 41 semanas de gestação	<ul style="list-style-type: none"><li>• Encaminhar ao HMTR no período da manhã para avaliação obstétrica, com encaminhamento obrigatoriamente por escrito pelo médico ou enfermeiro da UBS e exames de pré-natal.</li></ul>
Consulta puerperal	<ul style="list-style-type: none"><li>• De responsabilidade da APS, nos primeiros dez dias após o parto e a segunda consulta com trinta dias.</li></ul>

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2012.

### 6.4.1 Modificações gravídicas

**Quadro 03** - Modificações gravídicas, achados e condutas

<b>Local</b>	<b>Modificações</b>	<b>Achados e Condutas</b>
<b>Pele</b>	Aumento da vascularização. Eritema palmar. Aumento de eliminação de suor. Oleosidade.	Orientar a gestante que estas alterações são normais na gravidez e regridem após o término da gestação e orientar banhos mais frequentes.
	Nevos vasculares na face e tronco (manchas avermelhadas com micro vascularização).	Orientar que regridem ao término da gestação.
	Cloasma na face (hiperpigmentação).	Orientar a diminuição da exposição ao sol e utilização de protetor solar, bonés ou chapéus.
	Estrias gravídicas: seios, abdome e coxas.	Orientar a hidratação de pele e que deve ser evitado o ganho de peso em excesso.
<b>Cabeça</b>	Cloasma (hiperpigmentação)	Orientar a diminuição da exposição ao sol e utilização de protetor solar, bonés ou chapéus.
	Sinal de Halban: Aparecimento de lanugem na inserção do couro cabeludo.	Orientar que caem após a gravidez.
<b>Olhos</b>	Alterações sutis no contorno.	Orientar que pode interferir no conforto das lentes de contato: não é momento para troca de lentes e óculos.
<b>Nariz</b>	Mucosa edemaciada.	Orientar a gestante que existe tendência ao sangramento. Se ocorrer, manter a cabeça levemente elevada e aplicar compressa de gelo sobre o nariz.
<b>Boca</b>	Hipertrofia de gengivas.	Tendência ao sangramento: utilizar escova macia e realizar acompanhamento odontológico.
<b>Dentes</b>	Cáries.	Observar a existência de cáries e encaminhar ao atendimento odontológico.
<b>Pescoço</b>	Hipertrofia de tireóide.	Alteração normal na gravidez que regride após a gestação.

<b>Glândula mamária</b>	<p>Aumento do volume da mama.</p> <p>Mamilos salientes e eréteis.</p> <p>Aréolas pigmentadas e formação do sinal de Hunter (aréola secundária).</p> <p>Presença de tubérculos de Montgomery (glândulas sebáceas).</p> <p>Formação da rede de Haller (aumento da vascularização).</p> <p>Presença de colostro (mais comum a partir da 16ª semana).</p> <p>Estrias Gravídicas.</p>	<p>Retorna ao normal ao final da lactação.</p> <p>Orientar para usar sutiã de base larga e alças curtas. Orientar sobre a amamentação e cuidados com a mama.</p> <p><b>Observar presença de nódulos, secreção anormal e dor nas mamas (caso necessário encaminhar ao especialista).</b></p>
<b>Pulmões</b>	<p>Aumento da frequência respiratória (FR). Predomínio da respiração torácica.</p> <p>Aumenta a dispnéia à medida que a gestação evolui.</p>	<p>Sinais que regridem após a gestação.</p> <p>Orientar quanto aos períodos de repouso mais frequentes e posicionamento ao deitar-se (decúbito lateral esquerdo).</p>
<b>Sistema Cardio-Vascular</b>	<p>Aumento da frequência do pulso (+ 10 bpm).</p> <p>PA diminuída, particularmente a diastólica no segundo semestre.</p>	<p>Controlar e avaliar a PA em cada consulta. Orientar o posicionamento em decúbito lateral esquerdo para evitar hipotensão supina. Evitar levantar-se bruscamente devido risco de hipotensão postural.</p>
<b>Abdome</b>	<p>Mudança de silhueta de acordo com o aumento do útero.</p> <p>Linha nigra.</p> <p>Movimentos fetais.</p> <p>Presença de contrações de Braxton Hicks (falsa contração).</p>	<p>Realizar AU a partir da 12ª semana e manobra de Leopold a partir da 28ª semana.</p> <p>Volta à normalidade após a gestação.</p> <p>Observado a partir da 20ª semana de gestação.</p> <p>Normal durante a gravidez – são chamadas contrações de treinamento.</p>
<b>Extremidades inferiores</b>	<p>Edemas nos pés e pernas.</p> <p>Varicosidades.</p>	<p>Repouso adequado, manter as pernas elevadas por 15 minutos ao dia.</p> <p>Uso de meias elásticas (suave compressão), alternar exercícios com repouso, evitar ficar muito tempo em pé ou sentada.</p>
<b>Órgãos reprodutores</b>	<p>Mucosa avermelhada ou violácea: sinal de Chadwick e cérvix com coloração azulada.</p>	<p>Característico da gravidez.</p>



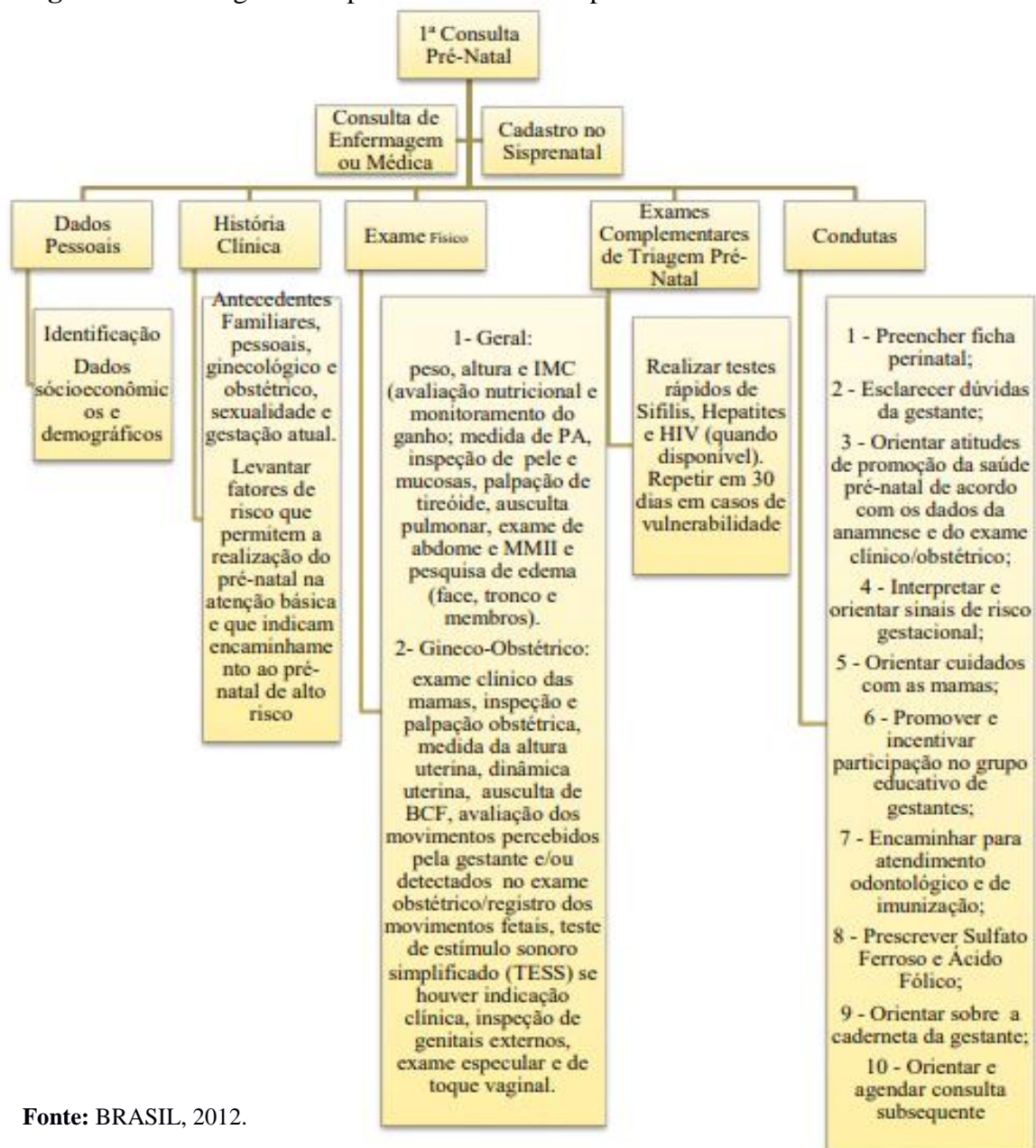
	Secreção vaginal inodora, não irritante e sem prurido (corrimento).	Avaliar, ensinar medidas de higiene e se necessário encaminhar ao especialista.
--	---	---

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2012

#### 6.4.2 Primeira consulta de pré-natal

O fluxograma da primeira consulta de pré-natal contém todas as possibilidades de atenção necessária para a qualidade da assistência à gestante em tempo oportuno.

Figura 03 - Fluxograma da primeira consulta de pré-natal



Fonte: BRASIL, 2012.

### **Observações:**

- Após cálculo de risco gestacional, conforme instrumento de estratificação de risco (que deve ser realizado em todas as consultas), encaminhar para AAE.
- Prescrever sulfato ferroso (40mg de ferro elementar/dia) e ácido fólico (5mg/dia) para profilaxia da anemia, conforme IG e taxa de hemoglobina.
- Reforçar para a gestante a importância da consulta pré-natal, com acompanhamento intercalado entre enfermeiro e médico mensalmente até a 28ª semana, quinzenalmente da 28ª a 36ª semana e semanalmente da 36ª a 41ª semanas.
- Atentar e realizar aconselhamento IST, AIDS e Hepatites Virais, conforme ANEXO 01.

Para nortear os profissionais que irão realizar o pré-natal, sugere-se neste protocolo um roteiro de primeira consulta à gestante (ANEXO 04).

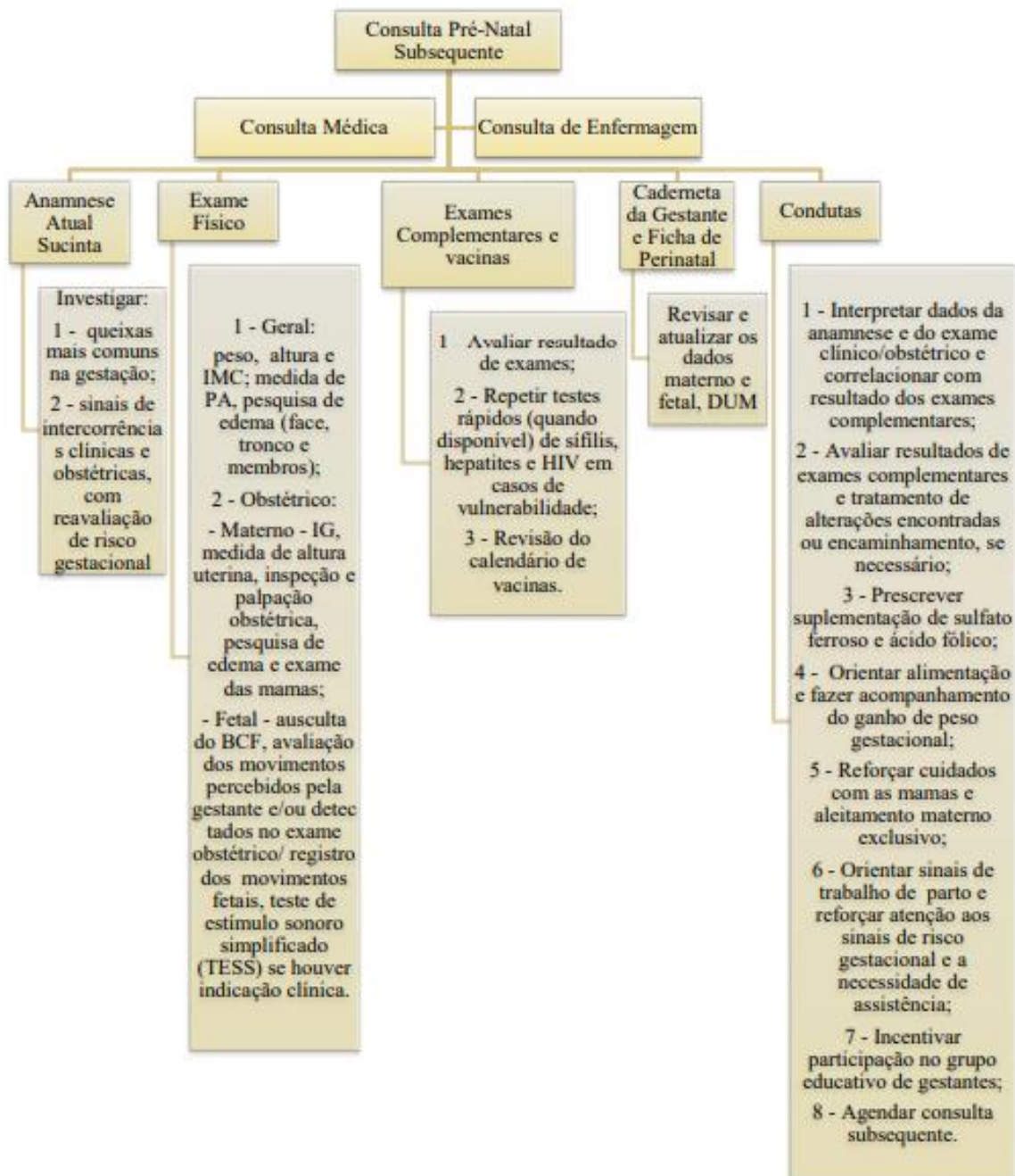
### **6.4.3 Consultas subsequentes**

Receber a gestante de forma acolhedora e lembrar as queixas relatadas na consulta anterior para avaliar se as orientações dadas foram eficazes ou se existe a necessidade de reavaliação da conduta.

Nas consultas subsequentes devem ser realizados os seguintes procedimentos:

- Anamnese atual sucinta: deve-se enfatizar a pesquisa das queixas mais comuns na gestação e dos sinais de intercorrências clínicas e obstétricas, com o propósito de se reavaliar o risco gestacional com ações mais efetivas.
  - Realizar exame físico direcionado (deve-se avaliar o bem-estar materno e fetal).
  - Verificar o calendário de vacinação.
  - Avaliar o resultado dos exames complementares.
  - Realizar a revisão e a atualização da Caderneta de Saúde da Gestante e da Ficha de Pré-Natal.
    - Inserir informações no e-SUS AB.
    - Aconselhar para IST, AIDS e Hepatites Virais.

**Figura 04** - Fluxograma da consulta subsequente de pré-natal



Fonte: BRASIL, 2012

#### 6.4.4 Métodos essenciais para consulta de pré-natal

Para a consulta de pré-natal efetiva, tanto no exame físico quanto nos registros de dados relevantes, os profissionais que a realizam, necessitam estar aptos à interpretar e analisar os dados.

#### Quadro 04 – Condutas na consulta de pré-natal

Cálculo da IG e da Data Provável do Parto (DPP)	ANEXO 05
Medir a AU	ANEXO 06
Ausculda dos BCF	ANEXO 07
Palpação Obstétrica	ANEXO 08
Teste do estímulo sonoro simplificado (TESS)	ANEXO 09
Verificação da presença de edema	ANEXO 10
Avaliação da PA	ANEXO 11
Avaliação do estado nutricional da gestante segundo o IMC por semana gestacional conforme SISVAN	ANEXO 12
Calcular risco gestacional	ANEXO 02
Verificar estado vacinal	ANEXO 03

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2012

#### 6.4.5 Exames solicitados no pré-natal

#### Quadro 05 – Exames solicitados no Pré-Natal (médico / enfermeiro)

Exame	Quando Solicitar	Resultado	Conduta
<b>Tipagem Sanguínea e fator Rh</b>	1ª consulta	Mulher Rh negativo e parceiro Rh positivo ou Rh desconhecido	Solicitar o teste de “ <b>coombs indireto</b> ”. Repetir a cada mês a partir das 24 semanas. Se “coombs” positivo encaminhar para atendimento do médico da UBS. <b>Mãe Rh negativo:</b>

			*se RN for Rh positivo, a mãe deve realizar em até 72 horas pós-parto a imunoglobulina Anti-D.
<b>Hemograma</b>	1ª consulta	Hemoglobina igual ou superior a 11 g/dl	Ausência de anemia.
	Repetir no 2º trimestre e 3º trimestre	Hemoglobina menor que 11 g/dl e maior ou igual a 8g/dl	Anemia leve – Iniciar tratamento na UBS e repetir em 30 a 60 dias após prescrição do sulfato ferroso.
		Hemoglobina menor que 8g/dl	Iniciar tratamento na UBS e fazer encaminhamento ao AAE com formulário de Classificação de Risco Gestacional.
<b>TSH</b>	1ª consulta	Diagnóstico prévio à gestação	Manter e avaliar tratamento prévio e fazer encaminhamento ao AAE com formulário de Classificação de Risco Gestacional. Solicitar: T4L e anti TPO
	Repetir no 2º trimestre e 3º trimestre	Diagnóstico na gestação	Iniciar tratamento na UBS e fazer encaminhamento ao AAE com formulário de Classificação de Risco Gestacional. Solicitar: T4L e anti TPO
<b>Eletroforese de hemoglobina</b>	1ª consulta	Qualquer anormalidade	Iniciar tratamento na UBS e fazer encaminhamento ao AAE com formulário de Classificação de Risco Gestacional.
	1ª consulta	Até 92 mg/dL	Normal

<b>Glicose de jejum (GJ)</b>	Repetir no 2º trimestre e 3º trimestre	Acima de 92 mg/dL	Repetir GJ para confirmar diagnóstico. Se confirmado diagnóstico encaminhar para AAE.
<b>Teste de Tolerância Oral a Glicose (TOTG) 75g</b>	Solicitar no 2º trimestre (entre 24 e 28 semanas)	Se diagnóstico prévio de Diabetes Mellitus	Não realizar TOTG
		1ª hora: até 180 mg/dL 2ª hora: até 155 mg/dL	1 valor alterado confirma diagnóstico. Iniciar tratamento na UBS e fazer encaminhamento ao AAE com formulário de Classificação de Risco Gestacional.
<b>Exame Quantitativo de Urina (EQU) e Urocultura com Antibiograma</b>	1ª consulta. Repetir no 2º trimestre e 3º trimestre ou conforme queixa.	Proteinúria	Traços: repetir em 15 dias; caso se mantenha encaminhe a gestante ao AAE. Traços e HAS e/ou edema: iniciar tratamento na UBS e referir a gestante ao AAE com formulário de Classificação de Risco Gestacional. Maciça: iniciar tratamento na UBS e referir a gestante ao AAE com formulário de Classificação de Risco Gestacional.
		Cilindrúria (associada a lesão renal)	Avaliação clínica, compartilhar o cuidado com o AAE.
		Piúria/ Bacteriúria/Leucocitúria/ Hematúria /Cultura + (> 105col/ml)	Tratar a gestante para infecção do trato urinário (ITU). Repetir EQU + Cultura + TSA, 07 dias após o término do tratamento.

			<p>Em caso de ITU de repetição (3 ou+): Tratar a gestante para ITU e encaminhar ao AAE com formulário de Classificação de Risco Gestacional.</p> <p>Em caso de suspeita de Pielonefrite é necessário referenciar a gestante para HMTR-CO, como emergência obstétrica.</p>
<p><b>Imunoglobulina G (IgG) e Imunoglobulina M (IgM) para Toxoplasmose</b></p>	1ª consulta	<p>IgG (+) IgM (-)</p> <p>Imune</p>	<p>Manter pré-natal de baixo risco. Não há necessidade de repetir no 2º e 3º trimestre</p>
	Repetir no 2º trimestre e 3º trimestre.	<p>IgG (-) IgM (-)</p> <p>Paciente não imunizado</p>	<p>Evitar manusear materiais contaminados com fezes de gatos ou fazê-lo com luvas, e a seguir lavar bem as mãos. Evitar consumir carne crua ou mal cozida, após manusear a carne, lavar bem as mãos. Utilizar luvas para trabalhar na terra.</p>
		<p>IgG (-) IgM (+)</p> <p>Infecção atual ou bem recente ou falso positivo</p>	<p>Encaminhar ao AAE com formulário de Classificação de Risco Gestacional.</p> <p>Até 16 semanas iniciar tratamento com Espiramicina, após esquema tríplice conforme nota técnica, até avaliação no alto risco.</p>
		<p>IgG (+) IgM (+)</p> <p>Sugere infecção recente</p>	<p>Encaminhar ao AAE com formulário de Classificação de Risco Gestacional.</p>



			<p>Até 16 semanas iniciar tratamento com Espiramicina, após esquema tríplice conforme nota técnica, até avaliação no alto risco.</p> <p>*Solicitar medicação para 30 dias, com relatório médico sucinto.</p> <p>Solicitar Teste de Avidéz antes da 16ª semana.</p> <p>Notificar em SINAN como Doenças Causadas por Protozoários Complicando a Gravidez, o Parto e Puerpério. CID O98.6</p>
<p><b>Teste Rápido para Sífilis</b> (quando disponível) *se a gestante já exposta anteriormente a Sífilis, NÃO realizar TR e sim Venereal Disease Research Laboratory (VDRL)</p>	<p>1ª consulta, repetir no 2º trimestre e 3º trimestre.</p> <p>Realizar com 30 dias pós-parto e a cada 3 meses enquanto manter aleitamento materno.</p>	Reagente	<p>Realizar tratamento para gestante e parceria sexual: 03 doses de penicilina benzatina 2.400.000 UI a cada 07 dias por 03 semanas consecutivas. Dose total de penicilina benzatina 7.200.000 UI.</p> <p>Solicitar VDRL de base. Seguimento de gestante com sífilis é VDRL mensal até o final da gestação.</p> <p>Notificar e investigar.</p>
		Não reagente	<p>Repetir exame no 2º e 3º trimestre ou em 30 dias nos casos de vulnerabilidade.</p>
<b>VDRL</b>	1ª consulta, repetir no	Reagente	<p>Manter segmento mensal até o parto.</p>



(Solicitar somente se TR de sífilis reagente OU se ausência de TR OU se gestante com exposição prévia)	2º trimestre e 3º trimestre.  Realizar com 30 dias pós-parto e a cada 3 meses enquanto manter aleitamento materno.	Não reagente	Repetir exame no 2º e 3º trimestre ou em 30 dias nos casos de vulnerabilidade.
<b>Teste Rápido de HIV</b> (quando disponível) <b>Ou</b> <b>Anti – HIV</b> (na ausência de TR)	1ª consulta, repetir no 2º trimestre e 3º trimestre.  Realizar com 30 dias pós-parto e a cada 3 meses enquanto manter aleitamento materno.	Reagente	Encaminhar ao AAE com formulário de Classificação de Risco Gestacional e a Vigilância Epidemiológica – com notificação no SINAN e Solicitar: Carga Viral (CV), Grupamento de Diferenciação 4 (CD4) e Grupamento de Diferenciação 8 (CD8)
		Não reagente	Repetir exame no 2º e 3º trimestre ou em 30 dias nos casos de vulnerabilidade.
<b>Teste Rápido de Hepatite B</b> (quando disponível) <b>Ou</b> <b>Sorologia para Hepatite B</b>	1ª consulta, repetir no 2º trimestre e 3º trimestre.  Realizar com 30 dias pós-parto e a cada 3 meses	Reagente	Encaminhar ao AAE com formulário de Classificação de Risco Gestacional e a Vigilância Epidemiológica – com notificação no SINAN Solicitar: anti-HBc total.
		Não reagente	Repetir exame no 2º e 3º trimestre ou em 30 dias nos casos de vulnerabilidade.

	enquanto manter aleitamento materno.		
<b>Teste Rápido de Hepatite C</b> (quando disponível) <b>Ou Sorologia para Hepatite C</b>	1ª consulta, repetir no 2º trimestre e 3º trimestre.  Realizar com 30 dias pós-parto e a cada 3 meses enquanto manter aleitamento materno.	Reagente	Encaminhar ao AAE com formulário de Classificação de Risco Gestacional e a Vigilância Epidemiológica – com notificação no SINAN.  Solicitar: anti-HCV
		Não reagente	Repetir exame no 2º e 3º trimestre ou em 30 dias nos casos de vulnerabilidade.
<b>Exame de Secreção Vaginal</b>	Conforme sinais e sintomas.		
<b>Cultura de Streptococcus</b>	De 35 – 37 semanas quando disponível no município (rotina).		
<b>Parasitológico de Fezes</b>	Exame complementar, associado a sinais e sintomas.		
<b>Citopatológico Oncótico</b>	Indicado para todas as mulheres acima de 25 anos de acordo com o protocolo de rastreamento do câncer de colo de útero;  Pode ser realizado durante toda a gestação, preferencialmente após a 12ª semana.		

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2012

#### 6.4.6 Exames de Ultrassonografia solicitados no Pré-Natal

**Quadro 06** – Exames de Ultrassonografia solicitados no Pré-Natal (gestação de baixo e médio risco)

<b>Exame</b>	<b>Indicação / critérios clínicos</b>	<b>Período gestacional</b>	<b>Profissional prescritor</b>
<b>Ultrassonografia Transvaginal Obstétrica</b>	Confirmar gestação e realizar medida do comprimento do colo uterino	Até a 12 <sup>a</sup> semana	Médico e enfermeiro
<b>Ultrassonografia Obstétrica</b>	Identificar com precisão a IG	Preferencialmente da 12 <sup>a</sup> até 17 <sup>a</sup> semana ou qualquer período gestacional.	Médico e enfermeiro
<b>Ultrassonografia com Translucência Nucal</b>	Idade materna acima de 35 anos. História familiar ou pregressa de doenças hereditárias relacionadas a Síndrome de Down.	Entre a 11 <sup>a</sup> e 14 <sup>a</sup> semana.	Médico
<b>Ultrassonografia Morfológica com Doppler</b>	Idade materna acima de 35 anos. História familiar ou pregressa de doenças hereditárias e má-formações, hipertensão arterial, diabetes mellitus, trombofilias, cardiopatias e lúpus eritematoso sistêmico.	Entre a 20 <sup>a</sup> e 24 <sup>a</sup> semana.	Médico
<b>Ultrassonografia Obstétrica com Doppler</b>	Estudo da função placentária.	Entre a 34 <sup>a</sup> e 36 <sup>a</sup> semana	Médico

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2012.

## **6.5 Inclusão do (a) parceiro (a) durante o pré-natal, parto e puerpério**

Um (a) acompanhante preparado (a) poderá contribuir para a melhor adesão das mulheres ao pré-natal, como:

- Trazer fatos importantes da saúde materno-infantil e da família;
- Compreender melhor as fases pelas quais as mulheres passam durante todo ciclo da gestação e pós-parto;
- Apoiá-las da melhor forma possível, proporcionando melhor experiência de parto;
- Incentivar a amamentação;
- Participar do cuidado com o bebê.

O acompanhante deve ser de livre escolha das mulheres, isso quer dizer que também é importante orientar as mulheres sobre a função do acompanhante e como este poderá apoiá-la, para que a escolha seja de forma consciente e informada.

Sugere-se que a APS realize o pré-natal do (a) parceiro (a), facilitando o acesso, se necessário com horários estendidos, com direito a exames, testes rápidos, vacinas, aferição de glicemia e PA, dentre outros.

### **Recomendações para a UBS receber o pai ou parceiro (a):**

- 1.** Promover junto à equipe a reflexão sobre temas relacionados à masculinidade, cuidados paternos e metodologias para trabalho com os homens ou parceiros (as).
- 2.** Incluir o parceiro (a) nas rotinas dos serviços e convide-os (as) para as consultas, exames e testes rápidos, atividades de grupos relacionados ao cuidado com seus filhos, tais como contracepção (planejamento familiar) e acompanhamento pediátrico.
- 3.** Realizar busca ativa dos pais ou parceiros (as) para realizarem tratamento adequado quando necessário (gestante com IST, HIV, sífilis e Hepatites Virais).
- 4.** Incentivar a participação dos pais ou parceiros (as) ao pré-natal, parto e pós-parto e dê a eles tarefas significativas, como cortar o cordão umbilical ou dar o primeiro banho. Divulgar o direito deles (as) acompanharem o parto.
- 5.** Promover com os parceiros atividades educativas que discutam os temas relacionados ao cuidado, numa perspectiva de gênero.
- 6.** Acolher os (as) parceiros (as), valorizando sua capacidade, escutando suas demandas, se possível adaptando horários na UBS para facilitar acesso, como por exemplo: horário estendido ou num sábado do mês.

7. Divulgar o cuidado paterno ou do parceiro (a), incluindo-os nas diferentes atividades educativas realizadas pela UBS, como: contracepção, pré-natal, aleitamento, grupos de adolescentes, pais e idosos.

8. Estabelecer parcerias com a comunidade para fortalecer a rede de apoio social.

Fonte: Adaptado de Rosso et al, 2014.

## **6.6 Atividades educativas individuais e coletivas para gestantes**

É durante o pré-natal que um espaço de educação em saúde deve ser criado a fim de possibilitar o preparo da mulher para viver a gestação e o parto de forma positiva, integradora, enriquecedora e feliz.

Muitas mulheres percebem a necessidade e anseiam receber informações durante o pré-natal, e ao mesmo tempo acabam sendo multiplicadoras do conhecimento, com seus iguais, pois ao trocarem vivências e informações, geram poderosas fontes transformadoras de suas limitações e necessidades, adquirindo domínio sobre seu corpo e poder de decisão sobre sua gravidez.

A comunicação e informação em saúde entre profissionais e gestantes devem ser priorizadas no transcurso da assistência pré-natal em todo e qualquer atendimento, uma vez que a troca de informações e experiências pode ser a melhor forma de promover a compreensão do processo gestacional.

Cada UBS deve se organizar quanto às atividades educativas de acordo com a demanda, necessidades, estrutura física e recursos humanos. O mais importante está no que se faz, seja no âmbito da UBS ou domiciliar, sendo de competência de todos os membros da equipe da APS e equipe multiprofissional.

### **Sugestões para o trabalho em grupo:**

- Organizar “Roda de Conversa” em datas pré-estabelecidas por IG ou Trimestres de Gravidez, onde os temas surjam da real necessidade das gestantes, porém tendo um planejamento, de forma que contemple assuntos de promoção e prevenção. Estabelecendo vínculo com a unidade e fortalecendo adesão das mesmas na continuidade ao pré-natal.
- Utilizar dinâmicas de grupo e meios audiovisuais que proporcionem maior interação das gestantes e troca de conhecimentos.

Alguns temas que podem ser abordados: importância do pré-natal, desenvolvimento fetal, cuidados na gestação, trabalho de parto, parto natural e cesariana, plano de parto, direitos reprodutivos, direitos da gestante, amamentação e cuidados com as mamas, o que levar para a maternidade, cuidados com o RN, sexualidade na gestação e no puerpério, cuidados no período puerperal, dentre outros.

## **6.7 Atenção psicossocial na gestação**

A gestação é um período que requer atenção especial da equipe de saúde e dos familiares, é considerado um processo natural do desenvolvimento da mulher, porém é um tempo de transformações do ciclo de vida considerado também um momento potencial de crise, podendo gerar insegurança, sendo que o apoio social exerce influências benéficas para o comportamento e emoções durante a gestação e puerpério.

Diante dessa complexidade, o foco na saúde materno infantil se justifica por ser um determinante social da saúde, que influencia as políticas de saúde atuais, contribuindo de forma contundente na construção de uma comunidade mais saudável no presente e no futuro (SILVA et al, 2011).

As alterações ocorrem na saúde biológica, psicológica e social, sendo de forma temporária ou definitiva, pois neste momento de transição ocorre também uma nova configuração do modelo familiar, surgem novos papéis que necessitam ser estruturados e apoiados.

“Nesta fase a mulher deixa o status de filha e esposa, passando a desempenhar o papel de mãe” (SCHIAVO, 2018).

As novas experiências afetam a vida da mulher e sua identidade, principalmente quando a mulher vivencia a primeira gestação, onde se acentuam as mudanças psicológicas e sociais. Considerando este período de mudanças, a rede de apoio pode começar em casa com a família antes mesmo da mulher engravidar, no entanto essa rede de apoio familiar pode ser escassa, sendo importante que este seja provido pelas equipes de saúde da família.

A literatura mostra que uma rede de apoio social favorece a responsabilidade materna, e se faz potencialmente importante principalmente em situações difíceis e estressantes. Vários são os tipos de apoio e em diferentes momentos que incluem a

gestação e puerpério, quer seja uma orientação, uma ajuda prática ou mesmo palavras de carinho.

- **Mudanças biológicas:** ocorrem quando o corpo está se preparando para receber o bebê e necessita dar todas as condições para o seu desenvolvimento e continuidade da gestação, nesta fase de vida há uma importante alteração hormonal, que afetam inclusive as condições psicológicas da mulher.

- **Mudanças psicológicas:** o período gestacional pode ser vivenciado de maneira diferenciada, podendo ser bem ou mal recebido dependendo de cada mulher. A partir de então podem ocorrer mudanças na vida emocional como: ambivalência, medos, anseios, depressão e estresse.

Estudos comprovam que gestantes expostas, a longo prazo de eventos estressores, são fortes candidatas a apresentarem riscos a sua saúde e do bebê. Como Pré-eclâmpsia, depressão, asfixia fetal aspiração de mecônio, entre outras complicações. Atenção maior ao terceiro trimestre, pois neste período as gestantes apresentam um alto índice de comportamentos adversos (SCHIAVO, 2018).

- **Mudanças sociais:** a rede de apoio tem fundamental importância para a saúde da mulher nas fases de gestação e puerpério, sendo que este período gera oportunidades e dificuldades relacionadas ao âmbito social e o meio em que a gestante está inserida. São elas, de forma positiva: prioridade nas filas, atendimento preferencial, direitos da gestante nos atendimentos e estabelecimento de saúde, direitos previdenciários e do trabalho, entre outros. De uma forma negativa, pode-se gerar uma discriminação, por exemplo, em contratos de trabalho, invisibilidade da mãe em relação à gestação, onde as atenções voltam-se para o bebê.

Estudos mostram que quanto maior a rede de apoio da gestante, o convívio social positivo, melhores são as condições de amparo e enfrentamento do período da gestação e puerpério, principalmente em situações de gestações na adolescência, de risco e de vulnerabilidade social. O apoio social tem um papel importante sobre a vivência e experiência da gestação e da maternidade, no apego e vínculo com o RN e no desenvolvimento infantil.

Durante o ciclo gravídico-puerperal a equipe tem a possibilidade de uma intervenção psicossocial, com foco no acolhimento, na promoção e prevenção da saúde individual da gestante e do bebê, bem como do meio familiar, levantando problemáticas, possibilidades de enfrentamento e potencialidades para as reais necessidades deste período.

### 6.7.1 Sugestões de intervenção psicossocial

Ainda se percebe que os serviços de saúde são voltados para o atendimento clínico, havendo uma fragilidade na assistência integral da gestante/puérpera.

“Nas unidades de saúde, amplia-se a oferta de serviços em consonância as diretrizes atuais. Todavia, muitas ações privilegiam a dimensão biológica, perpetuando um modelo tradicional de atendimento, em que aspectos psicossociais não são suficientemente tratados” (ARRAIS, ARAUJO; 2016).

Sugere-se que onde existe equipe de apoio que contam com profissionais, psicólogos e assistentes sociais, estes devam participar de discussões de caso, consultas compartilhadas, visitas domiciliares, atendimentos individuais, encaminhamentos e orientações para a rede, atividades coletivas e de grupos em qualquer momento da gestação e puerpério. Sendo viável no mínimo três consultas psicossociais, com maior atenção ao terceiro trimestre

Na ausência destes profissionais, a equipe de APS, percebendo a necessidade de acompanhamento da gestante na área psicossocial, deverá encaminhar para o serviço de saúde disponibilizado no município.

### 6.8 Queixas mais comuns na gestação

As orientações a seguir são válidas para os casos em que os sintomas são manifestações ocasionais e transitórias, não refletindo, geralmente, patologias clínicas mais complexas. A maioria das queixas diminui ou desaparece sem o uso de medicamentos, que devem ser evitados ao máximo. Em seguida colocamos a categoria das medicações e seus riscos durante a gestação.

**Quadro 07** – Medicações: riscos na gravidez (segundo FDA – Food and Drug Administration, EUA)

Categoria de risco A: Estudos em mulheres não demonstraram risco para o feto no primeiro e demais trimestres;
---

Categoria de risco B: Estudos em animais não demonstraram risco fetal, mas não há estudos no ser humano;
--



<p>Categoria de risco C: Relatos em animais revelaram efeitos adversos no feto. Não há estudos controlados em mulheres e animais. Os fármacos devem ser ministradas somente se o benefício justificar o potencial teratogênico;</p>
<p>Categoria de risco D: Há evidência positiva de risco fetal e humano, porém os benefícios do uso em gestantes podem ser aceitáveis;</p>
<p>Categoria de risco X: Estudos em animais ou seres humanos revelaram efeitos deletérios sobre o feto que ultrapassam os benefícios.</p>

Fonte: BRIGGS, FREEMAN, YAFFE; 2002

#### Quadro 08 – Queixas mais comuns

QUEIXA	CONDUTA	PRESCRIÇÃO
Náuseas, vômitos e tonturas	<p>Explique que tais sintomas são comuns no início da gestação;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Oriente a gestante a: consumir uma dieta fracionada (06 refeições leves ao dia); evitar frituras, gorduras e alimentos com cheiros fortes ou desagradáveis; evitar líquidos durante as refeições, dando preferência à sua ingestão nos intervalos; ingerir frutas ácidas e cítricas antes de se levantar pela manhã, como maçã e pêra; ingerir alimentos gelados; indicar realização de auriculoterapia ou acupuntura.</li> <li>Agende consulta médica em caso de vômitos frequentes, veja a conduta para hiperêmese gravídica no quadro 09</li> </ul>	<p><b>(médico e enfermeiro)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Metoclopramida 10mg-1cp de 8/8h. (Risco B)</li> <li>Ondansetrona 4mg-1cp de 12/12h ou 8mg-1cp ao dia. (não indicado no 1º trimestre)</li> <li>Piridoxina 50mg-1cp de 6/6h ou 100mg-1cp de 12/12h.</li> </ul> <p><b>(somente médico)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Dimenidrato 100 mg-1 cp de 6/6h. (Risco B)</li> <li>Meclizina 25 a 100 mg /dia em doses divididas conforme necessidade.</li> </ul>
Pirose	<ul style="list-style-type: none"> <li>Consumir dieta fracionada, evitando frituras;</li> </ul>	<p><b>(médico e enfermeiro)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Hidróxido de Alumínio - 01 frasco-</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar café, chá preto, mates, doces, álcool e fumo.</li> <li>• Evitar líquido durante as refeições e deitar-se logo após as refeições;</li> <li>• Ingerir líquido gelado durante a crise ou gelo;</li> <li>• Elevar a cabeceira da cama ao dormir.</li> </ul>	<p>tomar 10ml de 8/8h. (Risco B - OBS: este medicamento pode causar constipação)</p> <p><b>(somente médico)</b></p> <p>- Hidróxido de magnésio - 01 frasco-tomar 10 ml de 8/8h. (Risco B - OBS: este medicamento pode alterar a consistência das fezes, tornando mais amolecidas).</p>
<b>Sialorréia (salivação excessiva):</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explique que é um sintoma comum no início da gestação;</li> <li>• Oriente dieta semelhante à indicada para náusea e vômito;</li> <li>• Oriente a gestante a deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância (especialmente em épocas de calor).</li> </ul>	
<b>Sonolência</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular a gestante falar sobre suas expectativas e sentimentos;</li> <li>• Estimular o repouso;</li> <li>• Estimular a prática física, exercícios de respiração, yoga, meditação;</li> <li>• Avaliar PA e Aumentar ingesta hídrica.</li> </ul>	
<b>Insônia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Estimular a gestante falar sobre suas expectativas e sentimentos;</li> <li>• Estimular o repouso;</li> <li>• Estimular a prática física, exercícios de respiração, yoga, meditação;</li> <li>• Avaliar PA;</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar ingesta hídrica;</li> <li>• Estimular atividades de lazer e companhia de pessoas da rede de apoio da gestante;</li> <li>• Participar de grupos de gestantes;</li> <li>• Ler livros e filmes que relaxem;</li> <li>• Evitar tumultos, situações de medo, pessoas indesejáveis, notícias ruins;</li> <li>• Banhos mornos, massagens;</li> <li>• Chá de erva doce, suco de maracujá com talo de alface.</li> </ul>	
<b>Fraquezas e desmaios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oriente a gestante para que não faça mudanças bruscas de posição e evite a inatividade;</li> <li>• Indique dieta fracionada, de forma que a gestante evite jejum prolongado;</li> <li>• Explique à gestante que sentar com a cabeça abaixada ou deitar em decúbito lateral, respirando profunda e pausadamente, melhora a sensação de fraqueza e desmaio.</li> <li>• Fazer diagnóstico diferencial para Anemia.</li> </ul>	
<b>Dor abdominal, cólicas, flatulência e obstipação intestinal:</b>	<p>Certifique-se de que não sejam contrações uterinas;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Se a gestante apresentar flacidez da parede abdominal, indique exercícios apropriados;</li> </ul> <p>Se houver flatulências (gases) e/ou obstipação intestinal:</p>	<p><b>(médico e enfermeiro)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Buscopam simples (para as cólicas). (Risco C)</li> </ul> <p><b>(somente médico)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dimeticona (para os gases). (Risco C)</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oriente dieta rica em resíduos: frutas cítricas, verduras, mamão, ameixas e cereais integrais;</li> <li>• Recomende que a gestante aumente a ingestão de líquidos e evite alimentos de alta fermentação, tais como: repolho, couve, ovo, feijão, leite e açúcar;</li> <li>• Recomende caminhadas, movimentação e regularização do hábito intestinal;</li> </ul>	<p>- Supositório de glicerina ou óleo mineral (para a obstipação). (Risco A)</p> <p>Solicitar exame parasitológico de fezes, se necessário.</p>
<b>Hemorroidas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alimentação rica em fibras e água, a fim de evitar a obstipação intestinal.</li> <li>• Que não use papel higiênico colorido ou áspero (nestes casos, deve-se molhá-lo) e faça higiene perianal com água e sabão neutro, após a evacuação;</li> <li>• Fazer compressas frias.</li> <li>• Agende consulta médica, caso haja dor ou sangramento anal persistente.</li> </ul>	
<b>Edema</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elevar pernas acima da linha do coração pelo menos 10/15 min. várias vezes ao dia;</li> <li>• Realizar exercícios rotatórios com tornozelos;</li> <li>• Dormir em decúbito lateral esquerdo com as pernas elevadas, se caso for necessário adaptar o pé da cama com tijolos. Esta posição favorece o retorno venoso diminuindo o edema;</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usar roupas leves, evitando meias elásticas ou roupas apertadas que dificultam o retorno venoso;</li> <li>• Dieta normossódica e aumentar ingesta hídrica;</li> <li>• Realizar controle de peso e PA.</li> </ul>	
<b>Hiperpigmentação da pele</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Geralmente desaparecem lentamente, ou ao menos regridem após o parto. Entretanto, um número considerável de casos exige tratamento dermatológico;</li> <li>• Orientar que é comum na gravidez e costuma diminuir ou desaparecer após o parto;</li> <li>• Evitar exposição direta ao sol (usar boné, chapéu ou sombrinha);</li> <li>• Utilizar filtro solar, aplicando no mínimo três vezes ao dia.</li> </ul>	
<b>Corrimento vaginal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explique que um aumento de fluxo vaginal é comum na gestação;</li> <li>• Preferir uso de calcinha de algodão;</li> <li>• Não utilizar absorvente de uso diário;</li> </ul>	<p><b>(médico e enfermeiro)</b></p> <p>- Metronidazol geléia vaginal-1 vez ao dia ao deitar (fluxo de cor amarelada, esverdeada ou com odor fétido). (Risco B)</p> <p><b>OU</b></p> <p>- Nistatina creme vaginal-1 vez ao dia ao deitar (prurido, secreção branca grumosa e sem odor). (Risco A)</p>
<b>Queixas urinárias (assintomático)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Explique que, geralmente, o aumento do número de micções é</li> </ul>	

	<p>comum no início e no final da gestação. Mesmo sendo incômodo o aumento do número de micções, é de extrema importância incentivar a ingestão hídrica adequada;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar consulta compartilhada o mais breve possível caso exista dor ao urinar (disúria) ou hematúria (sangue na urina), acompanhada ou não de febre. <b>Ver conduta em intercorrências na gestação.</b></li> </ul>	
<p><b>Falta de ar e dificuldades para respirar:</b></p>	<p>Tais sintomas são frequentes na gestação, em decorrência do aumento do volume do útero por compressão diafragmática, assim como por consequência da ansiedade da gestante.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomende repouso em decúbito lateral esquerdo;</li> <li>• Ouça a gestante e converse sobre suas angústias, se for o caso;</li> <li>• Esteja atento para outros sintomas associados (tosse, chiado e sibilância) e para achados no exame cardiopulmonar, pois – embora seja pouco frequente – pode se tratar de um caso de doença cardíaca ou respiratória;</li> <li>• Agende a consulta médica caso haja dúvida ou suspeita de problema clínico.</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Referenciar ao HMTR em caso de suspeita de Síndrome Respiratória Aguda Grave (SRAG).</li> </ul>	
<b>Mastalgia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Oriente a gestante quanto à normalidade de incômodo mamário, pela fisiologia da gestação, devido ao aumento mamário e ao desenvolvimento de suas glândulas;</li> <li>• Recomende a gestante o uso constante de sutiã, com boa sustentação, após descartar qualquer intercorrência mamária;</li> <li>• Oriente a gestante sobre o colostro (principalmente nas fases tardias da gravidez), que pode ser eliminado em maior quantidade, obrigando o diagnóstico diferencial com anormalidades. Evitar estímulo mecânico (ordenha e sucção) nos mamilos nessa fase, para evitar contrações uterinas.</li> </ul>	
<b>Lombalgia</b>	<p>Recomende que a gestante:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Faça a correção de sua postura ao sentar e ao andar;</li> <li>• Use sapatos com saltos baixos e confortáveis;</li> <li>• Faça a aplicação de calor local;</li> <li>• Ficar atento a sinais e sintomas de ITU recorrentes; ou contrações uterinas.</li> <li>• Recomendar auriculoterapia e acupuntura;</li> </ul>	<p><b>(médico e enfermeiro)</b></p> <p>-Paracetamol 750mg - 1 cp de 6/6h - se não for contraindicado, por tempo limitado. (Risco B)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Indicar atividades de alongamento e relaxamento;</li> <li>• Evitar exercícios em excesso seguindo o ritmo que a gestante conseguir suportar com conforto;</li> <li>• Estimular a gestante a confiar em sua consciência corporal restringindo o que lhe causa dor e desconforto;</li> <li>• Utilizar travesseiros entre as pernas para alinhar coluna;</li> <li>• Realizar atividades de lazer para diminuir o estresse ansiedade;</li> </ul>	
<b>Cefaléia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Afaste as hipóteses de hipertensão arterial e pré-eclâmpsia;</li> <li>• Converse sobre as tensões, conflitos e temores;</li> <li>• Orientar exercícios de relaxamento e respiração, prática física, meditação, yoga ou natação;</li> <li>• Estimular a participação em grupos de gestantes ou de psicoterapia;</li> <li>• Repouso em local com pouca luminosidade e boa ventilação;</li> <li>• Estimular aumento da ingesta hídrica e alimentação adequada;</li> <li>• Refirir a gestante à consulta médica, se o sintoma persistir;</li> <li>• Recomendar auriculoterapia e acupuntura;</li> <li>• Orientar a gestante quanto aos sinais e sintomas que podem indicar doença grave.</li> </ul>	<p><b>(médico e enfermeiro)</b></p> <p>-Paracetamol 750 mg- 1cp de 6/6h quando houver dor. (Risco B)</p>



<b>Sangramento gengival</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendar a escovação após as refeições, assim como o uso de escova de dentes com cerdas macias;</li> <li>• Orientar a realização de massagem na gengiva durante a escovação;</li> <li>• Recomendar o uso de fio dental diariamente;</li> <li>• Agendar atendimento odontológico sempre que possível.</li> </ul>	
<b>Epistaxe</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prescrever uso de Soro nasal com 2 a 4 gotas em cada narina, 3 a 4 vezes ao dia ou o suficiente para manter as narinas úmidas;</li> <li>• Compressão com aplicação de compressa fria na base do nariz;</li> <li>• Encaminhar para avaliação médica, caso sangramento persistente.</li> </ul>	
<b>Síndrome do Túnel do Carpo</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Usar talas no pulso para dormir, aplicação de frio local;</li> <li>• Dormir com as mãos elevadas;</li> <li>• Exercícios de alongamento dos membros superiores ajudam bastante.</li> </ul>	
<b>Estrias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar que são frequentes após o 5º mês de gestação, geralmente no quadril, abdome e mamas, ocasionadas pela distensão dos tecidos, e que não existe método eficaz de prevenção ou de tratamento;</li> <li>• Orientar e estimular aumento da ingesta hídrica, o uso de cremes e óleos específicos para gestação pode ajudar;</li> <li>• Orientar ganho de peso adequado</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• P.S: Qualquer tratamento de estrias está contraindicado na gestação, inclusive o uso de ácido retinóico, é também contraindicado na amamentação.</li> </ul>	
<b>Varizes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Não permanecer muito tempo em pé ou sentada;</li> <li>• Repousar (por 20 minutos), várias vezes ao dia, com as pernas elevadas;</li> <li>• Não usar roupas muito justas e nem ligas nas pernas;</li> <li>• Se possível, utilizar meia-calça elástica (suave compressão) para gestante - de acordo com orientação médica.</li> </ul>	
<b>Cãimbras:</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Massagear o músculo contraído e dolorido e aplicar calor local;</li> <li>• Evitar o excesso de exercícios, especialmente dos músculos do pé;</li> <li>• Realizar alongamentos antes e após o início de exercícios ou caminhadas longas, assim como na ocasião da crise algica e quando for repousar.</li> <li>• No último trimestre, evitar ficar na mesma posição por período prolongado;</li> <li>• Aumentar a ingestão de alimentos que contenham potássio (banana, melão, abacate, folhas de beterraba cozida, suco de laranja, suco de uva, purê de batata, entre outros) e reduzir alimentos ricos em fósforo (iogurte, grãos, carne vermelha, etc.);</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Recomendar pisar em superfície fria durante a crise.</li> </ul>	
--	--	--

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2012

## 6.9 Orientação alimentar para a gestante

O MS recomenda que a gestante faça pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia, evitando ficar mais de três horas sem comer. Entre as refeições recomenda-se a ingestão de água, pelo menos 02 litros (de 06 a 08 copos) por dia e ficar atento às queixas relacionadas à alimentação (BRASIL, 2012).

Para ajudar no controle do peso durante a gravidez, deve-se orientar a gestante a evitar “pular” as refeições e “beliscar” entre as refeições, já que isso evita que seu estômago fique vazio por muito tempo, diminuindo o risco de sentir náuseas, vômitos, fraquezas ou desmaios. Além disso, contribui para que ela não sinta muita fome, não exagerando na próxima refeição. Reforçar ainda:

- Apreciar cada refeição, comer devagar, mastigar bem os alimentos e evitar consumir líquidos durante as refeições, bem como evitar deitar-se logo após as refeições para reduzir os sintomas de pirose; preferir consumir, após as refeições, frutas com alto teor de líquidos, como: laranja, tangerina, abacaxi, melancia, entre outras;
- Orientar que as bebidas açucaradas (como os refrigerantes e os sucos industrializados) e as bebidas com cafeína (café, chá preto e chá mate) não substituem a água, dificultam o aproveitamento de alguns nutrientes e favorecem o ganho de peso;
- Incluir diariamente nas refeições seis porções do grupo de cereais (arroz, milho, pães e alimentos feitos com farinha de trigo e milho) e tubérculos, como as batatas e raízes, mandioca/macaxeira/aipim.
- Sugerir que nas refeições principais, a gestante preencha metade do seu prato com cereais, que representam a fonte de energia mais importante da nossa alimentação. Se ela for adolescente, a quantidade de porções que deve ser consumida poderá ser diferente, já que as mesmas precisam de mais energia e nutrientes para garantir o próprio crescimento físico e o seu desenvolvimento, além de preparar o seu organismo para a amamentação.

### 6.9.1 Avaliação do estado nutricional e do ganho de peso gestacional

Consiste na tomada da medida do peso e da altura e o cálculo da semana gestacional, o que permite a classificação do IMC por semana gestacional. (ANEXO 12). Se o IMC estiver fora do padrão, orientar a gestante quanto à alimentação adequada para a resolução do problema e encaminhar para atendimento compartilhado com nutricionista.

## 7 INTERCORRÊNCIAS OBSTÉTRICAS

### 7.1 Intercorrências obstétricas com manejo na APS

**Quadro 09** – Intercorrências Obstétricas

<b>QUEIXA</b>	<b>CONDUTA</b>	<b>PRESCRIÇÃO</b>
<p><b><u>ITU</u></b></p> <p>Caracteriza-se pela presença e replicação de bactérias no trato urinário, provocando danos aos tecidos do sistema urinário. Durante a gravidez, esta definição deve ser ampliada, considerando-se os riscos potenciais de complicações decorrentes da bacteriúria assintomática.</p> <p>A ITU em gestantes está associada ao aumento dos casos de ruptura prematura de membranas, ao aborto, trabalho de parto</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>- Orientar necessidade do tratamento correto e exames laboratoriais de controle;</li><li>- Elucidar riscos referentes à ITU na gestação;</li><li>- Orientar aumento da ingestão hídrica;</li><li>- Evitar segurar a vontade de urinar;</li><li>- Orientar higiene anteroposterior.</li><li>- Atentar para sinais de</li></ul>	<p><b>(médico e enfermeiro)</b></p> <p><b>Gestante sintomática sem exames:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Cefalexina 500 mg-VO-de 6/6 h por 7 dias. (Risco B)</li></ul> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Amoxicilina 500 mg-VO-de 8/8 h por 7 dias. (Risco B)</li></ul> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>- Nitrofurantoína 100 mg-VO-6/6 h por 7 dias. (Risco B)</li></ul>

<p>premature, à corioamnionite, ao baixo peso ao nascer, à infecção neonatal, além de ser uma das principais causas de septicemia na gravidez. Cerca de 2 a 10% das gestantes apresentam bacteriúria assintomática, sendo que 25 a 35% desenvolvem pielonefrite aguda.</p>	<p><b>pielonefrite aguda:</b> (febre, calafrios, dor lombar alta com Giordano positivo, náuseas e vômitos) geralmente precedido por sintomas de trato urinário inferior. No caso de suspeita encaminhar gestante para avaliação hospitalar (HMTR – CO).</p>	<p>- Solicitar 07 dias após o término do Antibiótico: EQU + CULTURA + TSA <b>Gestante assintomática, com bacteriúria:</b> Tratar conforme antibiograma e perfil de segurança na gestação, solicitar novo EQU + CULTURA + TSA 07 dias após o término do antibiótico e retorno imediato para consulta com exames prontos.</p>
<p><b><u>Hiperêmese gravídica</u></b> Caracteriza-se por vômitos contínuos e intensos que impedem a alimentação da gestante, ocasionando desidratação, oligúria, perda de peso e transtornos metabólicos.</p>	<p>Casos que não responderam à terapêutica inicialmente instituída, ou quando a unidade de saúde não tiver disponibilidade para manejo imediato, encaminhar ao hospital de referência (HMTR). Deve-se orientar o uso de bebidas geladas para a melhoria dos sintomas, assim como se deve evitar o uso de bebidas com gás e que contenham cafeína.</p>	<p><b>(médico e enfermeiro)</b> - Metoclopramida 10mg VO até de 4/4h. (Risco B) <b>OU</b> <b>(somente médico)</b> - Metoclopramida 10mg EV (uma ampola 10mg) de 4/4h (Risco B) <b>OU</b> - Dimenidrato 50mg VO até de 6/6h. (Risco B) <b>OU</b> - Dimenidrato 50mg EV (uma ampola 1ml) de 6/6h. (Risco B)</p>

<p><b><u>Hipertensão gestacional</u></b></p> <p>Aumento da PA que ocorre após a 20ª semana de gestação, mais frequentemente perto do parto ou no puerpério imediato, sem proteinúria. Considera-se os valores absolutos de PA sistólica &gt; 140 mmHg e/ou diastólica de &gt; 90mmHg, baseado na média de pelo menos duas medidas, sem outros sinais e sintomas.</p>	<p>Iniciar tratamento imediato na UBS até consulta no AAE;</p> <p>Encaminhar ao pré-natal de alto risco, com a instrumentação de Classificação de risco devidamente preenchido, mantendo o cuidado compartilhado entre AAE e atenção primária;</p> <p>Realizar controle da PA diariamente, duas vezes ao dia, preferencialmente na UBS;</p> <p>Orientar dieta hipossódica, aumento da ingestão hídrica e atividade física;</p>	<p><b>(somente médico)</b></p> <p>- Metildopa 250-2000mg VO dividida em até quatro vezes ao dia. (Risco B)</p>
<p><b><u>DMG</u></b></p> <p>Hiperglicemia de intensidade variável diagnosticada pela primeira vez, ou que se inicia durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto. Na mãe o DMG pode aumentar a incidência de pré-eclâmpsia na gravidez atual, além de aumentar a chance de desenvolver diabetes e tolerância</p>	<p>Atentar para os sintomas: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso (os “4ps”). Outros sintomas são: fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar e infecções de repetição;</p> <p>Encaminhar ao pré-natal de alto risco, com a instrumentação de Classificação de risco devidamente preenchido,</p>	<p>Seguir plano de cuidado individualizado.</p>

<p>diminuída a carboidratos no futuro.</p> <p>No feto, a DMG está associada às possíveis morbidades decorrentes da macrosomia (como a ocorrência de distócia durante o parto) e, no bebê, está associada à hipoglicemia, à icterícia, ao sofrimento respiratório, à policitemia e à hipocalcemia.</p>	<p>mantendo o cuidado compartilhado entre AAE e a UBS;</p> <p>Realizar controle glicêmico;</p> <p>Orientações dietéticas;</p>	
---	---	--

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2012

## 7.2 Emergências Obstétricas

### Quadro 10 – Emergências Obstétricas

INTERCORRÊNCIA	CONDUTA
<p><b><u>Síndromes hemorrágicas</u></b></p> <p>Caracteriza-se pela perda de sangue por via vaginal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Excluir possibilidade de problemas urinários; caso confirme hemorragia, encaminhar ao serviço de referência.</li> </ul>
<p><b><u>Diabetes gestacional</u></b></p> <p>Hiperglicemia de intensidade variável diagnosticada pela primeira vez, ou que se inicia durante a gestação, podendo ou não persistir após o parto. Na mãe o DMG pode aumentar a incidência de pré-eclâmpsia na gravidez atual, além de aumentar a chance de desenvolver diabetes e tolerância diminuída a carboidratos no futuro.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Atentar para os sintomas: poliúria, polidipsia, polifagia e perda involuntária de peso (os “4ps”). Outros sintomas são: fadiga, fraqueza, letargia, prurido cutâneo e vulvar e infecções de repetição;</li> <li>● Encaminhar ao pré-natal de alto risco, mantendo o cuidado compartilhado entre AAE e atenção primária;</li> <li>● Realizar controle glicêmico;</li> <li>● Orientações dietéticas;</li> <li>● Seguir plano de cuidado individualizado.</li> </ul>

<p>No feto, a DMG está associada às possíveis morbidades decorrentes da macrossomia (como a ocorrência de distócia durante o parto) e, no bebê, está associada à hipoglicemia, à icterícia, ao sofrimento respiratório, à policitemia e à hipocalcemia.</p>	
<p><b><u>Pré-eclâmpsia</u></b></p> <p>Caracteriza-se pelo aparecimento de hipertensão (aumento de 30mmHg na PA sistólica e 15mmHg na diastólica) e proteinúria (300mg ou mais de proteína em urina de 24h), após 20 semanas de gestação, em gestante previamente normotensa. É uma desordem multissistêmica, idiopática, específica da gravidez e do puerpério, relacionada a um distúrbio placentário, que cursa com vasoconstrição aumentada e redução da perfusão.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Quando identificado o aumento de PA fora do padrão da gestante, associado a qualquer dos seguintes sinais e sintomas: aumento rápido de peso, escotomas, edema generalizado e/ou exames laboratoriais alterados, fazer encaminhamento para a referência obstétrica (HMTR).</li> </ul>
<p><b><u>Eclâmpsia</u></b></p> <p>Corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Manter a gestante em decúbito elevado à 30° e face lateralizada, cateter nasal com oxigênio (5l/min), punção de acesso periférico calibroso e acionar SAMU.</li> </ul>
<p><b><u>Síndrome HELLP</u></b></p> <p>Quadro clínico caracterizado por plaquetopenia grave (&lt; 100.000 plaquetas/mm<sup>3</sup>), presença de esquizócitos no sangue periférico, aumento da desidrogenase láctica (DHL &gt; 600U/l), bilirrubina total &gt;</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pacientes que apresentarem este diagnóstico, devem ser encaminhados com urgência para a referência obstétrica (HMTR);</li> <li>• Manter a gestante em decúbito elevado à 30° e face lateralizada, cateter nasal com oxigênio (5l/min), punção de acesso periférico calibroso e acionar SAMU.</li> </ul>



<p>1,2mg/dl, TGO &gt;70U/l. Está associado à presença de náuseas, vômitos e/ou dor epigástrica.</p>	
<p><b><u>Descolamento prematuro de placenta</u></b></p> <p>Diagnóstico é preferencialmente clínico, feito pelo aparecimento de dor abdominal súbita, com intensidade variável, perda sanguínea de cor vermelho-escura, com coágulos e em quantidade, às vezes, pequena, que pode ser incompatível com quadro materno de hipotensão ou de choque. O sangramento pode ser oculto, caracterizando sofrimento fetal, diminuição da superfície de trocas e morte iminente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Manter a gestante em decúbito elevado à 30° e face lateralizada, cateter nasal com oxigênio (5l/min), punção de acesso periférico calibroso e acionar SAMU.</li> </ul>
<p><b><u>Oligodrâmnio</u></b></p> <p>Caracteriza-se pela acentuada diminuição do volume do líquido amniótico, diagnosticado quando o volume se apresenta inferior a 250 ml, entre a 21ª e a 42ª semanas gestacionais.</p> <p>Suspeita-se quando a AU for inferior àquela esperada para a IG estimada, especialmente quando associada à diminuição da movimentação fetal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Após a confirmação da patologia, faz-se obrigatório pesquisar as causas determinantes;</li> <li>● Encaminhar ao AAE, com o instrumento de Classificação de risco devidamente preenchido e manter acompanhamento na UBS.</li> </ul>
<p><b><u>Polidrâmnio</u></b></p> <p>Definido como o acúmulo de líquido amniótico em volume superior a</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Após a confirmação da patologia, faz-se obrigatório pesquisar as causas determinantes;</li> </ul>

<p>2.000 ml. Clinicamente a suspeita ocorre quando a AU for superior àquela esperada para a IG estimada. O diagnóstico definitivo se dá por USG Obstétrica.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Encaminhar ao AAE, com o instrumento de Classificação de risco devidamente preenchido e manter acompanhamento na UBS.</li> </ul>
<p><b><u>Ruptura Prematura das Membranas Ovulares (RPMO) (amniorrexe prematura)</u></b></p> <p>Caracterizada pela ruptura espontânea das membranas ovulares antes do início do trabalho de parto em qualquer IG. Caracteriza-se pela 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.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Realizar exame especular para confirmação de diagnóstico;</li> <li>● Os casos suspeitos ou confirmados de RPMO <b>não</b> devem ser submetidos ao exame de toque vaginal;</li> <li>● Calcular IG para tomada de decisões: Na gestação pré-termo, com maior risco de complicações maternas e perinatais, as mulheres devem ser imediatamente referidas ao HMTR.</li> </ul>
<p><b><u>Trabalho de parto prematuro (TPP)</u></b></p> <p>Trabalho de parto ocorrido entre IG de 22 a 37 semanas. Diferenciar de contrações uterinas de Braxton-Hicks (contrações de treinamento). Trabalho de parto é definido pela presença de duas a três contrações uterinas a cada dez minutos, com ritmo e frequência regulares. Podem ser acompanhadas de modificações cervicais caracterizadas pela dilatação maior ou igual a 2 cm e/ou esvaecimento maior do que 50%.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● TPP constitui situação de risco gestacional. Portanto, a paciente deve ser encaminhada para centro de referência (HMTR) e acionar SAMU.</li> </ul>

<p><b><u>Crescimento intrauterino restrito (CIUR)</u></b></p> <p>Refere-se a qualquer processo capaz de limitar o potencial intrínseco de crescimento fetal intra útero. Sempre que houver discrepância entre a IG e a medida de fundo uterino, deve haver suspeita de CIUR.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Confirmar cálculo da IG;</li> <li>● Identificar possíveis causas maternas, abordar doenças associadas, uso de drogas, infecções, história obstétrica anterior (RN considerados como pequeno para idade gestacional (PIG), CIUR anterior, etc).</li> <li>● Após a confirmação da patologia encaminhar ao AAE, com o instrumento de Classificação de risco devidamente preenchido e manter acompanhamento na UBS.</li> </ul>
<p><b><u>Risco de parto iminente ou trabalho de parto avançado (UBS ou domiciliar)</u></b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Descrever características da dor (início, intensidade, frequência - para prever a proximidade do período expulsivo, e descartar risco de ruptura uterina e descolamento placentário).</li> <li>● Orientar a colocar a gestante em decúbito lateral esquerdo (DLE), se possível em lugar limpo;</li> <li>● Se ocorrência do parto: acionar o SAMU: reservar cobertor limpo para aquecer o RN, a gestante deverá ficar em repouso e o RN amparado assim que desprender a cabeça. Imediatamente após o parto, o RN deverá ser seco para evitar perda de calor e deverá ficar em um ângulo de 45 graus com a cabeça em nível inferior e de lado para evitar aspiração. Evitar cortar o cordão ou desprender a placenta.</li> </ul>

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2012

## 8 ATENÇÃO ODONTOLÓGICA À GESTANTE

---

A gestante encontra-se em um ciclo de vida que requer especial atenção da ESB, tendo em vista que o estado de saúde bucal da gestante pode influenciar seu estado geral de saúde, bem como o do seu bebê (BRASIL, 2018b).

### **Algumas alterações fisiológicas decorrentes do processo gestacional podem afetar as condições de saúde bucal da mulher neste período, entre elas:**

- Elevação dos níveis de estrogênio e progesterona;
- Alterações na composição da placa subgengival e resposta imune da gestante;
- Diminuição da capacidade fisiológica do estômago;
- Náuseas, vômitos e sialorréia.

Somam-se as mudanças fisiológicas, as alterações nos hábitos diários importantes da futura mãe no que diz respeito à manutenção de uma boa condição de saúde bucal, principalmente em relação à alimentação e higiene oral (BRASIL, 2018b; DUCCI, GEVAERD, 2004).

Desta forma a prevenção de agravos depende do acompanhamento periódico da gestante pela Estratégia de Saúde da Família (ESF) em conjunto com a ESB.

O ideal é que, durante o período pré-concepcional, seja realizada consulta de avaliação e que as necessidades de tratamento sejam sanadas. Desta forma a futura gestante terá menos risco de experimentar alterações em relação à saúde bucal bem como os desconfortos que podem decorrer do seu tratamento.

Infelizmente, nem sempre isso é possível, neste caso, é muito importante que a gestante realize avaliação odontológica, juntamente com o início do pré-natal, ou assim que possível. Recomenda-se que gestantes sem necessidade de tratamento, sejam monitoradas trimestralmente, para fins de prevenção e promoção de saúde e também após o parto.

A gravidez é uma fase ideal para a conscientização e incorporação de hábitos saudáveis, pois a gestante mostra-se mais receptiva para adquirir novos conhecimentos e mudar padrões que provavelmente terão influência no desenvolvimento da saúde do bebê e de todo o seu núcleo familiar (DUCCI, GEVAERD; 2004). Sendo assim, é de suma importância, que a ESB esteja envolvida juntamente com a ESF, no processo de educação em saúde por meio de grupos, visitas domiciliares e consultas individuais e compartilhadas.

## **8.1 Manifestações bucais da gestante**

- Quadros de sialorréia, náuseas e vômitos podem provocar aumento da acidez bucal expondo a paciente a um risco maior à cárie e outras patologias bucais;
- Risco aumentado de gengivite causado pelo aumento da vascularização gengival decorrente das alterações hormonais;
- Risco aumentado de erosão dentária causada por vômitos frequentes;
- Risco aumentado de cárie devido à mudança de hábitos alimentares e dificuldade de higienização, por maior reflexo nauseoso.

## **8.2 Quando a gestante pode ser tratada pelo cirurgião-dentista**

### **8.2.1 Gestantes saudáveis**

- O tratamento odontológico não é contra indicado e deve ser realizado;
- Pode iniciar em qualquer fase gestacional, embora o segundo trimestre seja o momento de eleição, já que mãe e bebê encontram-se em um período de maior estabilidade;
- O primeiro trimestre apresenta algumas restrições quanto aos raios-X e uso de medicamentos (período de embriogênese);
- O terceiro trimestre apresenta restrições associadas ao uso de certos anestésicos, à posição da cadeira odontológica pela síndrome supina hipotensiva e a ansiedade da mãe em relação ao parto (BRASIL, 2018b; DUCCI, GEVAERD, 2004).

### **8.2.2 Gestantes de risco**

Em gestantes de risco o cirurgião-dentista realizará avaliação da possibilidade de atendimento preferencialmente em conjunto com médico. Pode optar pela técnica de adequação do meio bucal;

- Priorizar o alívio da dor;
- Manutenção da higiene oral;
- Visar o conforto da gestante;
- Continuidade do tratamento após a gravidez (BRASIL, 2018b).

O cirurgião dentista deve ficar atento às gestantes com infecção pelo vírus do HIV (CV e contagem de CD4 e CD8), como objetivo de evitar infecções oportunistas pós-operatórias devido à imunossupressão causada pelo vírus.

### **8.3 Consulta odontológica da gestante e do bebê**

Todas as gestantes e bebês, acompanhados pela UBS deverão ter seu atendimento priorizado pela ESB na primeira consulta. Pactuar a primeira consulta da gestante e do bebê, entre ESF e ESB;

- **Primeira consulta odontológica da gestante** - preferencialmente no primeiro trimestre:
  - Exame clínico minucioso;
  - Orientações sobre higiene oral. Recomenda-se a escovação após as refeições, assim como o uso de escova de dente com cerdas macias; Orienta-se a realização da massagem na gengiva durante a escovação; Recomenda-se o uso de fio dental diariamente;
  - Orientações sobre alimentação saudável. Orientar a gestante a consumir uma dieta fracionada, evitando frituras, café, chá preto, mates, doces, álcool e aumentar a ingestão hídrica;
  - Orientações sobre causas de trabalho de parto prematuro. A doença periodontal, como uma infecção crônica, poderia exercer influência sobre este processo de duas formas. Uma via indireta, onde os tecidos periodontais inflamados passariam a atuar como um reservatório de bactérias, as quais se translocariam via corrente sanguínea até a cavidade uterina; e uma direta, onde os próprios sítios periodontais produziriam mediadores inflamatórios e estes passariam a atuar como potenciais fontes de citocinas fetotóxicas. (ZANATTA et al., 2007);
  - Orientações sobre as situações de náuseas e vômitos: explicar que tais sintomas são comuns no início da gestação; orientar a gestante a consumir uma dieta fracionada (06 refeições leves ao dia); evitar frituras, gorduras e alimentos com cheiros fortes ou desagradáveis; evitar líquidos durante as refeições, dando preferência à sua ingestão nos intervalos; ingerir frutas ácidas e cítricas; ingerir alimentos gelados; recomenda-se

aguardar de 30 a 40 minutos após episódios de vômitos, para escovar os dentes, visando a normalização de pH bucal e evitando desgastes dentários.

- **Consulta odontológica - segundo trimestre:**
  - Realizar todos os procedimentos curativos necessários em casos de gestantes de baixo risco;
  - Adequação do meio bucal em gestantes de alto risco.
  
- **Consulta odontológica - terceiro trimestre:**
  - Orientações sobre aleitamento materno (orientar conforme Capítulo 10).
  - Recomenda-se que a mãe agende a primeira consulta do bebê em 30 dias, assim o cirurgião-dentista fornecerá todas as orientações necessárias para o período.
  - Segunda consulta da criança deverá ser realizada no 6º mês de vida, com o nascimento dos primeiros dentes de leite, ou de acordo com a necessidade de cada criança.
  
- **Gestante com má adesão ao tratamento:**
  - Realizar consulta compartilhada com os outros profissionais da APS;
  - Realizar busca ativa através de visitas domiciliares.

#### **8.4 Higiene bucal da mãe e do bebê**

No que diz respeito à higiene bucal da mãe, é recomendada a escovação dos dentes com dentifrício fluoretado pelo menos duas vezes ao dia, assim como a utilização do fio dental, ao menos uma vez ao dia. Os agentes antimicrobianos, como a clorexidina, podem ser utilizados para o controle da gengivite se o dentista achar necessário (SILVA, STUANI, QUEIROZ; 2006).

A escovação está indicada a partir da erupção do primeiro dente decíduo. Cabe ao cirurgião dentista a orientação quanto aos cuidados especiais em relação ao uso de dentifrícios fluoretados para crianças menores de seis anos, especialmente para aquelas menores de dois anos (BRASIL, 2018b).

## 8.5 Medicações

Gravidez não contraindica o tratamento odontológico sendo que as infecções orais nas pacientes grávidas não devem ser negligenciadas e sim tratadas imediatamente (RODRIGUES et al, 2017).

Em relação aos analgésicos, o paracetamol é o fármaco de primeira escolha, tendo em vista que, quando empregado em doses terapêuticas não gera riscos para o feto. Já para o tratamento de infecções, as penicilinas são a primeira escolha. (VASCONCELOS et al., 2012)

Tetraciclinas deverão ser evitadas, já que são responsáveis por deficiência na formação do esmalte dentário, coloração anormal dos dentes e retardo no crescimento ósseo do bebê (FUCHS, WANNMACHER, 2010).

### **Sugestões de fármacos de uso odontológico que podem ser usados na gestação:**

- Paracetamol 750mg – 01cp-6/6 horas
- Paracetamol 500mg – 01cp-6/6 horas
- Dipirona sódica 500mg – 01cp-6/6 horas
- Paracetamol 500mg + Codeína 30mg – 01cp-6/6 horas
- Amoxicilina 500mg – 01 cap-8/8 horas, por 07 dias
- Amoxicilina 875mg – 01 cap-12/12/ horas, por 07 dias
- Metronidazol 250mg – 01 cp-8/8 horas, por 07 dias
- Clindamicina 300mg – 01 cp-6/6 horas, por 07 dias
- Cefalexina 500mg – 01 cp-6/6 horas, por 07 dias

Anestésicos locais são considerados seguros para uso durante toda a gravidez, bem como a associação de anestésicos locais com vasoconstritores, quando utilizados em doses terapêuticas onde a gravidez não constitui estado de contraindicação para anestesia local (PAIVA, CAVALCANTI; 2005). A solução anestésica local que apresenta maior segurança em gestantes é a Lidocaína 2% com Adrenalina 1:100.000, respeitando-se o limite máximo de dois tubetes anestésicos (3,6ml) por sessão, procedendo sempre injeção lenta da solução. (FALCÃO et al, 2014). As exceções encontram-se na prilocaína e benzocaína, que diminuem a circulação placentária e apresentam o risco de metamoglobinemia e hipóxia fetal e no vasoconstritor felipressina que possui semelhança



estrutural com a ocitocina, podendo causar contrações uterinas (VASCONCELOS et al., 2012).

## **8.6 Uso de flúor na gestante**

A suplementação de flúor no pré-natal não é indicada, já que não há evidências científicas que comprovem que se a gestante ingerir flúor durante a gestação, o bebê terá menos cáries (VANSCONCELOS, 2012). O flúor poderá ser mais importante para o bebê, após a erupção dos dentes, por volta dos 06 meses de idade (DUCCI, GEVAERD; 2004).

A fluoroterapia tópica deve sempre ser considerada de acordo com a necessidade de cada caso. O uso de dentifrícios fluoretados, aplicações tópicas de flúor gel por profissionais, bochecho com soluções fluoretadas e utilizações de materiais que liberem flúor devem ser indicados para prevenção e sobretudo, para o controle de cárie (MORAES 2009).

## **8.7 Exames radiográficos para uso odontológico na gestação**

Há uma grande resistência em relação às tomadas radiográficas por parte das gestantes e também por parte de um grande número de cirurgiões dentistas. No entanto, a radiação emitida na realização de uma radiografia periapical é muito menor que a dose para causar manifestações congênitas (VASCONCELOS et al., 2012). Por questões de conforto e segurança, sugere-se que haja criteriosidade na solicitação de tais exames, avaliando sempre o risco benefício e a necessidade real de tal exame para a continuidade do tratamento da gestante.

Quando indicada, a tomada radiográfica deve sempre ser realizada com a proteção adequada: avental com revestimento de chumbo e protetor de tireóide, já que além da proteção da radiação, há um importante aspecto tranquilizador para a gestante. Este procedimento deve ser unificado para todas as pacientes, pois nem sempre se tem conhecimento da gravidez no momento do exame (LONDRINA, 2009).

## 9 ATENÇÃO DOMICILIAR DO AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE À GESTANTE E PUÉRPERA

---

A visita domiciliar é a atividade mais importante do ACS, permitindo o cadastramento e acompanhamento das famílias, o trabalho educativo, a observação de fatores de risco e a orientação às pessoas sobre saúde e promoção da saúde.

### **A visita deve seguir alguns passos como:**

- Planejar, analisar e ter clareza do que se pretende com esta visita.
- Aproveitar o tempo que dispõe e respeitar o tempo do visitado.
- Respeitar os costumes e crenças da família visitada.
- Nunca colocar suas impressões pessoais e culturais a respeito de determinadas situações que possam encontrar.
- Realizar orientações conforme conhecimento científico.

Antes de falar sobre a visita domiciliar à gestante, é importante lembrar que toda mulher em idade fértil deve ser orientada sobre planejamento familiar, isso envolve métodos contraceptivos, imunização, planejamento da gravidez, direito reprodutivo, entre outros.

Ao visitar mulheres em idade fértil o ACS deve verificar sinais sugestivos de gravidez, como ausência de menstruação, mamas doloridas e aumentadas, enjôos, tonturas e sonolência.

A captação precoce da gestante deve ser feita, preferencialmente, até a 12ª semana de gestação, a fim de garantir um pré-natal de qualidade e nesse processo o ACS é de extrema importância, por conhecer e frequentar o domicílio das famílias.

Se no domicílio o ACS encontrar uma gestante ou suspeitar que a usuária esteja grávida, deve verificar se esta se encontra bem, se tem alguma queixa, se já procurou atendimento na UBS, devendo comunicar à equipe sobre a suspeita ou confirmação de gestação e caso a usuária não comparecer ao serviço de saúde realizar busca ativa.

O ACS deve abordar a mulher em idade fértil, também quanto ao uso de contraceptivos, principalmente preservativos (masculino e feminino), sobre redução de danos (usuárias de drogas, várias parcerias sexuais, violência sexual, troca de parcerias, etc.) e importância de seu conhecimento a respeito de ISTs/HIV e Hepatites virais, entre

outras (realizar abordagem esclarecendo dúvidas sobre o que é a doença, como se transmite, transmissão vertical, quais os modos de prevenção, dentre outros).

## **9.1 Verificar nas visitas domiciliares à gestante em acompanhamento no pré-natal**

- Se possui caderneta da gestante.
- Se é beneficiária do Programa Bolsa Família, para poder incluir na assistência social como gestante e acompanhar as condicionalidades.
- Reforçar a importância de realizar as consultas pré-natais na UBS, independente de queixas e se está na referência de alto risco.
- Acompanhar todas as gestantes, independente se a atenção ao parto é pelo SUS, plano de saúde ou privado.
- Encaminhar para acompanhamento no SISVAN.
- Verificar a situação vacinal (DT–difteria-tétano, influenza, Hepatite B e DTPa – difteria-tétano-coqueluche).
- Verificar se realizou os exames solicitados e se há anotação na caderneta da gestante (se não estiver anotado orientar gestante que solicite a anotação pelo profissional na próxima consulta). O ACS deve comunicar a(o) enfermeira(o) sobre a falta de anotações na caderneta.
- Certificar a realização de TRs conforme preconizado e orientar necessidade conforme exposição de risco (troca de parcerias, tatuagem, parceria não tratado, etc).
- Orientar sobre alimentação saudável, atividade física conforme orientação profissional, sono e repouso, sexualidade, queixas comuns na gestação, sinais de alerta, puerpério, amamentação, planejamento familiar, riscos do uso de tabaco/álcool-outras drogas, higiene corporal, oral e ambiente, conversas e estímulos positivos sobre o bebê, direito e funções do acompanhante no parto.
- Orientar sobre sinais de trabalho de parto.
- Levar para as reuniões de equipe e matriciamento da equipe multiprofissional as situações que precisam da intervenção de outros profissionais da APS.
- Desmistificar o atendimento de Saúde Bucal, explicando sua importância e auxiliando a ESB no pré-natal odontológico.
- Acompanhar todos os profissionais da APS em caso de visita domiciliar.

- Participar da organização e divulgação das atividades educativas para as gestantes.

- Trabalhar em todos os acompanhamentos a importância da consulta puerperal até o 10º dia pós-parto, bem como as consultas consecutivas.

## **9.2 Atentar para os sinais de risco**

- Perdas de líquidos ou sangue pela vagina.
- Acordar com pernas/mãos/braços/olhos inchados.
- Febre alta.
- Vomitar frequentemente e perder peso ou apresentar sinais de desidratação.
- Fortes dores de cabeça.
- Contrações fortes na barriga antes do período próximo ao parto.
- No último trimestre o bebê não se mexer por mais de 06 horas.
- Troca de parceria, múltiplas parcerias e outras exposições de risco (tatuagens, uso de drogas, etc).

## **9.3 Orientações no puerpério**

- Realizar a consulta puerperal e do bebê até o 10º dia de vida do RN. Tanto a gestante quanto a unidade de referência da mesma, quando esta não volta para seu território de origem após o parto, tem a responsabilidade de entrar em contato com a unidade de saúde onde a puérpera e o bebê se encontram para acompanhamento.

- Orientar a puérpera para retornar ao hospital na ocorrência associada de febre alta, dor intensa e sangramento vaginal.

- Estimular o aleitamento materno exclusivo até os 06 meses de idade, atentando para contra indicações ao aleitamento materno.

- Orientar sobre os cuidados adequados com a mama (limpeza, uso de pomadas e suas restrições, esgotamento, revezamento e compressas).

- Orientar consultas de puericultura do bebê na UBS.

- Orientar sobre a vacinação do bebê e da mãe caso não tenha completado o esquema vacinal durante a gestação.

- Verificar a realização dos Testes de Triagem Neonatal (Teste do Pezinho, orelhinha, linguinha, coraçõzinho e olhinho).
- Orientar sobre a higiene do coto umbilical do bebê.
- Orientar quanto ao acompanhamento da criança em situação de exposição ao vírus do HIV, sífilis e hepatites virais (ver tabela de seguimento – ANEXO 13)
- Orientar a puérpera quanto à importância de informar à equipe no caso de alguma exposição de risco para o HIV, IST e Hepatites Virais durante a amamentação, a realização dos TRs no puerpério e período de amamentação.
- Orientar sobre direitos reprodutivos e planejamento familiar.
- Ficar atenta a sinais que mereçam atenção em relação à Saúde Mental como:
  - Sentimento de tristeza ou desespero constante.
  - Perder o interesse ou não sentir prazer na maioria das atividades diárias.
  - Pensar na morte e suicídio.
  - Vontade de prejudicar o bebê.
  - Sentir-se desconectada com seu bebê e com as pessoas ao redor.
  - Sono perturbado, mesmo quando o bebê está dormindo.
  - Extrema agitação ou inquietação.

## **10 ALEITAMENTO MATERNO**

---

A gravidez traz mudanças significativas ao corpo feminino e principalmente às mamas, que ao seu término, estão preparadas para amamentar.

Amamentar é muito mais do que nutrir a criança, é um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe.

Durante o período da amamentação as necessidades energéticas aumentam e o estado nutricional materno influencia principalmente o volume de leite produzido. No entanto, mesmo as mulheres com consumo alimentar inadequado produzem leite de boa qualidade e o aleitamento materno exclusivo continua sendo a melhor forma de alimentação nos primeiros 6 meses de vida do bebê.

O pré-natal é o momento oportuno para identificar o desejo e a motivação para o aleitamento materno e para promover e incentivar familiares e cuidadores, quanto à alimentação complementar saudável. Uma equipe de saúde preparada para reconhecer as dificuldades das mulheres e orientar de forma oportuna e, de acordo com a realidade de cada família e seu arranjo, influencia positivamente na realidade de seu território, melhorando indicadores relacionados ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável.

A promoção, proteção e apoio ao aleitamento materno e à alimentação complementar saudável, podem ser realizados em diferentes contextos, com o envolvimento de todos os profissionais da APS, seja no domicílio ou na UBS, em consultas, visitas ou atividades de grupo. Abrangem ações de educação em saúde, cuidado clínico da mãe e do bebê, abordagem ampliada do contexto cultural, psicossocial e familiar.

A Organização Mundial da Saúde (OMS), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e o MS recomendam que a **amamentação seja exclusiva nos primeiros 6 meses de vida** e, a partir dos 6 meses até 2 anos de idade ou mais, ela seja complementada, com a introdução de alimentos semi sólidos/sólidos de qualidade e em tempo oportuno. Esse procedimento resulta em inúmeros benefícios para a saúde das crianças em todas as etapas da vida.

A avaliação da mulher quanto ao aleitamento materno, deve estar vinculada à avaliação do bebê, suas condições clínicas, crescimento e desenvolvimento. É fundamental que a mãe receba esclarecimentos sobre a produção do leite materno, a importância da amamentação, as mudanças no corpo, bem como a necessidade de descanso durante a rotina de amamentação e organização familiar para apoiá-la neste momento. É de extrema importância o apoio e a escuta da mulher que tem dificuldades para amamentar, sem julgamentos e ofertando momentos de cuidado para superação das dificuldades. Dentre os exemplos de superação destacamos: os cuidados com as mamas para evitar a mastite, o manejo para retirada e armazenamento do leite, o uso correto de compressas, cuidado com os mamilos no aparecimento de rachaduras e feridas.

Deve-se observar também algum tipo de sofrimento, decorrente deste processo, para caso seja necessário, encaminhar a outro serviço. Da mesma forma, deve-se considerar o desejo, as ideias, os saberes, os medos e as dificuldades da mulher, em relação à amamentação, suas experiências prévias, expectativas e frustrações.

Existem fatores que podem levar ao desmame precoce, como a introdução de água, chás e outros leites, que também estão associados ao aumento da morbimortalidade infantil. Alguns utensílios oferecidos à criança podem trazer riscos para a continuidade da amamentação, como as chupetas e mamadeiras. Seu uso está associado à “confusão de bicos”, gerada pela diferença marcante entre a maneira de sugar na mama e na mamadeira, que pode comprometer ainda, a produção de leite, pois as crianças que usam chupeta comumente são amamentadas com menos frequência.

Outras condições precisam ser observadas, como o término da licença maternidade aos 4 meses de vida da criança, o que pode gerar insegurança na mãe, quanto à continuidade da amamentação exclusiva. Nesse contexto, é importante que o profissional de saúde oriente a mulher sobre como manter a amamentação exclusiva, mesmo após o retorno ao trabalho.

**Neste contexto, cabe à equipe multidisciplinar, conforme suas atribuições:**

- Manter uma alimentação equilibrada, seguindo as recomendações dos **10 passos para uma alimentação saudável das gestantes**, conforme ANEXO 14.

- Durante a amamentação beber no mínimo 1 litro de água além da ingestão habitual diária;

- Não há contraindicações de alimentos, a não ser que haja comprovações clínicas ou bioquímicas da necessidade de determinados alimentos a serem excluídos da alimentação. Caso seja percebido algum efeito na criança de algum componente de sua alimentação, pode-se indicar a prova terapêutica: retirar o alimento por algum tempo e reintroduzi-lo, observando atentamente a reação da criança. Caso os sinais/sintomas da criança melhorem substancialmente com a retirada do alimento e piore com a sua reintrodução, ele deverá ser evitado;

- Não fazer dietas rigorosas durante a amamentação, pois isto poderá diminuir a produção de leite e prejudicar o aleitamento do bebê;

- A amamentação exclusiva ao seio, sem redução na ingestão calórica, contribui para o retorno ao peso normal, uma vez que o corpo queima muitas calorias para a produção do leite materno;

- Desestimular as mulheres que estão amamentando a ingerirem álcool e tabaco;

- Evitar o café, chá preto, refrigerante à base de cola e chocolate. Esses alimentos reduzem a absorção de ferro;

- Discutir as vantagens do aleitamento materno e as desvantagens da introdução precoce de leites artificiais;

- Explicar a gestante a fisiologia da lactação, enfatizando que a manutenção da produção do leite, depende do estímulo à sucção dos mamilos;
- Alertar para as dificuldades que poderão surgir e ensinar a preveni-las ou a superá-las;
- Realizar trimestralmente TR na mãe durante o aleitamento;
- Desfazer certos tabus, explicando às gestantes que todas as mulheres, salvo raras exceções, têm condições de amamentar, que não existe “leite fraco” e que a produção do leite é independente do tamanho da mama. As mulheres que vão ter o primeiro filho e as que não amamentaram ou apresentaram dificuldades na amamentação de filhos anteriores, devem receber atenção especial.

Compete a UBS influenciar para o aumento da incidência da amamentação, na comunidade, onde estes profissionais de saúde atuam. E manter sua equipe de saúde preparada e bem treinada no processo da lactação.

### **Acolhimento com escuta qualificada**

Identificação dos motivos de contato. Direcionamento para o atendimento e realização de procedimentos necessários.

**QUEM FAZ?** Equipe multiprofissional.

### **Avaliação global**

- Expectativas, dificuldades, ideias, conhecimentos relacionados ao aleitamento;
- Experiência pessoal com a amamentação: se amamentou, por quanto tempo, dificuldades, facilidades, conhecimento sobre a importância da amamentação;
- Experiência familiar e da rede social em relação à amamentação;
- História clínica: cirurgia mamária (redução de mamas ou implantes mamários), problemas na mama, tipo de parto;
- Presença de condições clínicas maternas, que necessitem de avaliação quanto à manutenção ou contra-indicação do aleitamento e uso de medicamentos;
- Aleitamento atual: tipo de aleitamento, frequência das mamadas, dificuldades na amamentação, satisfação do RN, condições das mamas;
- Busque identificar risco de abandono da amamentação.

**QUEM FAZ?** Equipe multiprofissional.



## **Exame físico geral e específico**

### **Avaliação das mamas:**

- Inspeção estática e dinâmica: identificar visualmente achatamentos dos contornos da mama, abaulamentos ou espessamentos da pele das mamas, assimetrias, diferenças na cor da pele, na textura, sinais flogísticos e no padrão de circulação venosa;
- 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;
- Cuidar com as expressões usadas após o exame das mamas como: suas mamas são muito pequenas, seu mamilo é plano ou invertido e você terá dificuldade para amamentar.

**QUEM FAZ?** Enfermeiro(a) /médico(a)

## **Avaliação do posicionamento e da pega**

1) O posicionamento da criança deve garantir o alinhamento do corpo, de forma a manter a barriga dela junto ao corpo da mãe para facilitar a coordenação da respiração, da sucção e da deglutição.

2) A cabeça da criança deve estar mais elevada que o corpo.

3) Na pega correta, a boca do bebê deve estar bem aberta, o lábio inferior fica virado para fora, a aréola fica visível acima da boca do bebê e o queixo toca na mama.

- Atenção para os sinais que são 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 e dor na amamentação.

- Quando a mama está muito cheia, a aréola pode estar tensa, endurecida, dificultando a pega. Em tais casos, recomenda-se, antes da mamada, retirar manualmente um pouco de leite da aréola ingurgitada.

**QUEM FAZ?** Equipe multiprofissional.

## **Plano de cuidados**

Orientar sobre os benefícios do aleitamento materno.

**QUEM FAZ?** Equipe multiprofissional.

### **Para a mulher**

- Fortalece o vínculo afetivo;
- Favorece a involução uterina e reduz o risco de hemorragia;
- Contribui para o retorno ao peso normal;
- Contribui para o aumento do intervalo entre gestações (contracepção);
- Protege contra o câncer de mama.

**QUEM FAZ?** Equipe multiprofissional.

### **Orientar sobre a amamentação**

- As mamadas devem ser de livre demanda, ou seja, sem restrição de horário ou duração;
- É de suma importância esvaziar a mama antes de oferecer a outra. Na próxima mamada, deve-se iniciar pela mama que não foi oferecida;
- Não ofertar chá, água ou outros leites, pois podem causar o desmame precoce;
- Alertar sobre as alterações decorrentes de hábitos orais deletérios: uso de chupeta, mamadeira, sucção digital.

**QUEM FAZ?** Equipe multiprofissional.

### **Avaliação e manejo dos problemas relacionados à amamentação**

- Identificar as principais dificuldades em amamentar, intercorrências e manejo;
- Orientar a manutenção ou contraindicação da amamentação conforme condição clínica ou por uso de medicamentos;
- Oferecer apoio às mulheres que não podem amamentar ou não desejam amamentar (respeitar a autonomia da mulher, após decisão informada), oferecendo informações sobre alternativas seguras de alimentação complementar para o bebê (referenciar para os serviços de assistência social, nas situações em que a mulher e a família não têm condição de adquirir os insumos necessários).

**QUEM FAZ?** Equipe Multiprofissional.

### **Orientações sobre a ordenha do leite para mulheres que retornarão ao trabalho/estudo ou que desejam doar**

- Lavar as mãos, realizar a ordenha em recipiente (de preferência com tampa plástica e que tenha sido fervido por 15 minutos), desprezando os primeiros jatos;
- Guardar em geladeira por 12 horas, no congelador por 15 dias;

- Descongelar na geladeira e aquecer em banho-maria.

**QUEM FAZ?** Equipe multiprofissional.

### **Orientar sobre o retorno ao trabalho**

- Manter a amamentação quando estiver em casa;
- Evitar mamadeiras – quando a mãe não estiver, oferecer o leite materno ordenhado no copo ou em colher;
- O artigo 396 da Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), assegura à mãe o direito de amamentar seu filho, até que complete 6 (seis) meses, dois descansos especiais, de meia hora a cada período, durante a jornada de trabalho;
- Caso o bebê necessite de um prolongamento do referido cuidado, o médico fornecerá atestado para que os repousos para a amamentação durante a jornada de trabalho, sejam prorrogados, fixando inclusive o respectivo período;
- A lei também garante que a amamentação do bebê seja em local apropriado, dentro da empresa (artigo 400 da CLT).

**QUEM FAZ?** Equipe multiprofissional.

**Fonte:** BRASIL, 2016

## **10.1 Contraindicações Do Aleitamento Materno**

**Quadro 11** – Condições clínicas maternas que necessitam de avaliação, quanto à manutenção ou contra-indicação do Aleitamento Materno.

<b>CONDIÇÃO CLÍNICA MATERNA</b>	<b>RECOMENDAÇÃO</b>	<b>OBSERVAÇÕES</b>
<b>Infecção por HIV</b>	Contraindicado	Pelo risco de transmissão da mãe para o bebê.
<b>Infecção pelo Vírus Linfotrópico Humano de Células T (HTLV)</b>	Contraindicado	A administração da imunoglobulina específica após o nascimento, praticamente elimina o risco de transmissão via leite materno.

<b>Infecção pelo vírus da hepatite C</b>	Manter aleitamento materno, com restrição.	Contraindicado somente quando a mãe apresenta fissura no mamilo ou CV elevada.
<b>Tuberculose pulmonar</b>	Permitido	A mãe não tratada, ou que esteja tratando a menos de duas semanas, deve higienizar as mãos e proteger boca e nariz, com uma máscara ou lenço em todas as mamadas. A criança deverá ser avaliada e receber quimioprofilaxia, conforme CAP 23, p. 58.2.
<b>Doença de Chagas</b>	Manter aleitamento materno, com restrição	Contraindicado na fase aguda ou na ocorrência de sangramento nos mamilos.
<b>Uso de drogas ilícitas: anfetaminas, cocaína, crack, fenciclidina, heroína, inalantes, LSD, maconha e haxixe</b>	Manter aleitamento materno, com restrição	Recomenda-se que as nutrizes não utilizem tais substâncias. Se usadas, deve-se avaliar o risco da droga versus o benefício da amamentação, para orientar sobre o desmame ou a manutenção da amamentação.
<b>Drogas consideradas lícitas, como: tabaco e álcool</b>	Manter aleitamento materno, com restrição	Devem ser evitadas durante a amamentação. Contudo, nutrizes tabagistas devem manter a amamentação, pois a suspensão da amamentação pode trazer riscos ainda maiores à saúde do lactente.

<b>Em tratamento quimioterápico e radioterápico</b>	Contraindicado	Conduta do médico oncologista.
<b>Puérperas SARS COV 2 positivo</b>	Manter aleitamento materno, com restrição	Devem utilizar máscara durante todo o período da amamentação.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016

### **Inibição da lactação:**

- Manter as mamas comprimidas (enfaixar ou usar sutiã apertado); a inibição mecânica da lactação pelo enfaixamento das mamas deve ser indicada apenas quando a Cabergolina não estiver disponível;

- Se as mamas estiverem ingurgitadas devido a apojadura, ordenhar manualmente até sentir alívio do sintoma.

### **Prescrição médica de cabergolina:**

- Inibição da lactação: a dose recomendada é 1 mg (dois comprimidos de 0,5 mg), dose única no primeiro dia pós-parto;

- Para a supressão da lactação: a dose recomendada é de 0,25 mg (metade de um comprimido de 0,5 mg), a cada 12 horas, por dois dias (dose total de 1 mg).

## **10.2 Intercorrências ou complicações no aleitamento materno**

As equipes de APS devem estar aptas a orientar as puérperas, em casos de dificuldade no manejo da amamentação, de forma multiprofissional.

### **Quadro 12 – Intercorrências ou complicações no Aleitamento Materno**

<b>QUEIXA</b>	<b>CONDUTA</b>	<b>PRESCRIÇÃO</b>
<b>Bebê que não suga ou tem sucção fraca</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atentar para o ganho de peso do RN</li> <li>• Orientar ordenha “de preferência manual” (no mínimo 5 vezes ao dia) para garantir a continuidade da produção do leite.</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Suspender o uso de chupeta ou mamadeira.</li> <li>● Estimular o bebê, introduzindo o dedo mínimo na sua boca, com a ponta tocando a junção do palato duro e o mole.</li> <li>● Oferecer o leite ordenhado em colher ou copo.</li> </ul> <p><b>Atenção:</b> crianças prematuras e com malformações orofaciais podem ter mais dificuldade inicial, porém não há contraindicação.</p>	
<p><b>Demora na apojadura ou “descida do leite”</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Orientar que normalmente ocorre em 30 horas após o parto, podendo se estender este tempo no parto cesáreo.</li> <li>● Estimular a autoconfiança da mãe.</li> <li>● Orientar medidas de estímulos como a sucção frequente do bebê e a ordenha.</li> <li>● A nutrição suplementar do RN (translactação) pode ser realizada por meio de uma sonda fixada junto ao mamilo, para continuar estimulando a mama.</li> </ul>	
<p><b>Mamilos planos ou invertidos</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Orientar que esta condição pode dificultar, mas não impedir a amamentação, pois o bebê faz o “bico” com a aréola.</li> <li>● Promover segurança para mãe ajudar o bebê a abocanhar o mamilo e parte da aréola; tentar diferentes posições para escolher a melhor.</li> </ul>	

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Manter a ordenha, para garantir a produção do leite e oferecer em copinho para a criança.</li> </ul>	
<p><b>Ingurgitamento mamário</b> (“leite empedrado” – quando há a compressão dos ductos lactíferos, que impede a saída de leite dos alvéolos)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ordenha manual antes da mamada.</li> <li>● Massagens delicadas, com movimentos circulares.</li> <li>● Mamadas frequentes, sem horários preestabelecidos.</li> <li>● Uso de sutiã com alças largas e firmes.</li> <li>● Compressas frias de, no máximo, 20 minutos entre as mamadas.</li> </ul>	<p><b>(médico e enfermeiro)</b></p> <p>- Dipirona 500 mg, VO, 6/6h, se dor;</p> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <p>- Paracetamol 500 mg, VO, 6/6h, se dor.</p>
<p><b>Dor dos mamilos/fissuras</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Orientar posicionamento e pega correta, que normalmente são as causas do problema.</li> <li>● Manter os mamilos secos, banho de sol e trocas frequentes dos forros úmidos.</li> <li>● Não utilizar produtos como sabão, álcool, pomada, creme ou outro produto secante.</li> <li>● Introduzir o dedo mínimo pelo canto da boca do bebê para a sucção ser interrompida antes de a criança ser retirada do seio.</li> <li>● Ordenhar manualmente antes da mamada.</li> <li>● Passar o leite do final das mamadas nas lesões.</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Avaliar o problema na mãe e no bebê, que devem ser tratados simultaneamente. Manifesta-se por coceira, sensação de queimadura e</li> </ul>	<p><b>(médico e enfermeiro)</b></p>

<p><b>Candidíase (monilíase)</b></p>	<p>dor em agulhadas nos mamilos, aréolas e mamilos avermelhadas, brilhante com fina descamação. Na criança, aparecem placas brancas na região oral.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Orientar manter os mamilos secos, expor à luz alguns minutos no dia.</li> <li>● Chupetas são fontes importantes de reinfecção.</li> </ul>	<p><b>Tratamento tópico – 1ª opção</b>, indicado aplicar após cada mamada:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nistatina/Miconazol/Cetoconazol, por 14 dias.</li> </ul> <p><b>Tratamento oral – 2ª opção</b>, se tratamento tópico ineficaz:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Fluconazol 150 mg/dia, por 14 a 18 dias. (RISCO A)</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Cetoconazol 200 mg/dia, por 10 a 20 dias. (RISCO C – <b>somente prescrição médica</b>)</li> </ul>
<p><b>Reflexo de ejeção do leite exagerado</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Orientar a ordenha antes de cada mamada.</li> <li>● Estimular a doação de leite materno.</li> </ul>	
<p><b>Galactocele</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Por tratar de formação cística nos ductos mamários, o tratamento é feito com aspiração, no entanto frequentemente tem que ser extraído cirurgicamente.</li> </ul>	<p>Até 45 dias pós-parto, encaminhar ao HMTR</p>
<p><b>Mastite</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Identificar a condição geralmente caracterizada por: mama dolorosa, vermelha, quente e edemaciada. Trata-se de processo inflamatório de um ou mais segmentos da mama,</li> </ul>	<p><b>(médico e enfermeiro)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Dipirona 500 mg, VO, 6/6h, se dor;</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p>



	<p>pode ou não progredir para infecção bacteriana.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● A prevenção é semelhante ao ingurgitamento mamário e fissuras.</li> <li>● Não suspender o aleitamento.</li> <li>● Esvaziar adequadamente as mamas; caso não ocorra na mamada, realizar a ordenha manual.</li> <li>● Oferecer suporte emocional, repouso da mãe, líquidos abundantes, iniciar amamentação na mama não afetada.</li> <li>● Caso não haja regressão do quadro com o tratamento em 48 horas, considerar a possibilidade de abscesso.</li> </ul>	<p>- Paracetamol 500 mg, VO, 6/6h, se dor;</p> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <p>- Ibuprofeno 400mg, VO, 6/6h.</p> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <p>- Ibuprofeno 600mg, VO, 8/8h</p> <p><b>Opções terapêuticas</b> (antibioticoterapia - somente médicos):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● - Cefalexina 500 mg, VO, 6/6h – 10 dias (Risco A);</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <p>- Amoxicilina 500 mg, VO, 8/8h – 10 dias (Risco A);</p> <p>- Amoxicilina + Ácido clavulânico 875 mg/125 mg, VO, 12/12h – 7 à 10 dias (Risco B);</p> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <p>- Eritromicina 500 mg, VO, 6/6h – 10 dias (Risco B - em pacientes alérgicas aos demais medicamentos)</p>
<p><b>Abscesso mamário</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Reconhecer precocemente os sinais de alerta.</li> </ul>	<p><b>(médico e enfermeiro)</b></p>

<p>(Dor intensa, febre, mal-estar, calafrios, presença de áreas de flutuação à palpação)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Exige intervenção rápida, geralmente é causada por mastite não tratada ou início tardio do tratamento.</li> <li>● Drenagem cirúrgica.</li> <li>● Antibioticoterapia e esvaziamento da mama afetada, regularmente (descritos no manejo da mastite infecciosa).</li> <li>● Interrupção da amamentação na mama afetada até a drenagem do abscesso e o início da antibioticoterapia.</li> <li>● Manutenção da amamentação na mama sadia.</li> </ul>	<p>- Dipirona 500 mg, VO, 6/6h, se dor;</p> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <p>- Paracetamol 500 mg, VO, 6/6h, se dor;</p> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <p>- Ibuprofeno 400mg, VO, 6/6h.</p> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <p>- Ibuprofeno 600mg, VO, 8/8h</p> <p><b>Opções terapêuticas</b> (antibioticoterapia):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● -Cefalexina 500 mg, VO, 6/6h – 10 dias (Risco A);</li> </ul> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <p>-Amoxicilina 500 mg, VO, 8/8h – 10 dias (Risco A);</p> <p style="text-align: center;"><b>(somente médico)</b></p> <p>-Amoxicilina + Ácido clavulânico 875 mg/125 mg, VO, 12/12h – 7 à 10 dias (Risco B);</p> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <p>-Eritromicina 500 mg, VO, 6/6h – 10 dias (RISCO B - utilizar em</p>
--	--	---

		pacientes alérgicas aos demais medicamentos)
--	--	--

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016

## **11 PERÍODO PUERPERAL (do parto até 42 dias pós parto)**

### **11.1 Compete à Maternidade**

- Durante o período de internação: promover, apoiar e incentivar o aleitamento materno; reforçar sobre a importância da consulta de puericultura e puerperal, imunizações, orientações sobre os cuidados com o RN e sinais de alerta para mãe e RN;

- Orientar quanto ao serviço de Banco de Leite Humano para atendimento externo (8:00h às 17:00h – 3251-0035) quando for necessário. Nas situações de intercorrências com as mamas, orientar atendimento no Centro Obstétrico 24h (ex.: mastite, etc.);

- Atendimento de Urgência / Emergência: Atendimento no Centro Obstétrico nos casos de: hipertermia, sangramento vaginal (lóquios) em grande quantidade com ou sem odor fétido, secreção purulenta ou sangramento em cicatriz operatória, dor pélvica aguda, taquicardia, palidez cutânea, pele pegajosa e fria, hipotensão ou hipertensão;

- Imunização: O RN recebe as seguintes vacinas: BCG e anti-hepatite B. Horário de atendimento 08:00 às 13:00h de segunda a sexta feira, das 08:00 às 12:00h nos sábados, não havendo imunizações aos domingos.

Teste: São realizados durante o período de internação os seguintes testes no RN:

- Coraçõzinho: Pediatra do HMTR;
- Orelhinha: (caso não seja realizado, o mesmo é agendado na clínica CATES);
- Linguinha – Fonoaudiólogo do HMTR (caso não seja realizado, o mesmo é agendado na Casa Mãe Tereza);

- Testes de olho e pezinho entre 3 e 5 dias de vida no Centro de Referência Especializado à Saúde da Criança e Adolescente (CRESCA) (Lages) e para os RNs de outros municípios, orienta-se às mães a agendarem, assim que retornarem aos seus municípios de origem.

Oportunizar às puérperas o registro e documentação de seus RNs nos seguintes serviços:

- Cartório:

- Pais casados no civil: pai ou mãe devem comparecer no cartório, munidos de certidão de casamento (original e Xerox), Registro Geral (RG) e Cadastro de Pessoa Física (CPF) (original e xerox), caderneta do RN e Declaração de Nascido Vivo (DN)-folha amarela;

- Pais não casados: pai e mãe devem comparecer no cartório munidos de caderneta do RN e DN, Xerox do RG e CPF do pai e da mãe

### **11.1.1 Encaminhamentos**

- Em caso de exames de cariótipos, os familiares recebem orientações e encaminhamentos da equipe multiprofissional para avaliação do RN, quanto aos estímulos sensoriais, na Associação de Pais e Amigos dos Excepcionais (APAE) de referência do município;

- Criança exposta ao HIV: informar e esclarecer sobre a necessidade de seguimento no Serviço de Atenção Especializada (SAE), para acompanhamento de consulta e coleta de exames, durante 18 meses, para finalizar diagnóstico, sendo a primeira coleta de CV com 04 a 06 semanas de vida (**capítulo 16**);

- Sífilis Congênita: será considerada sífilis congênita, quando o tratamento da gestante for inadequado, (tratamento realizado com qualquer medicamento que não seja penicilina benzatina, tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina benzatina, tratamento inadequado para fase clínica da doença, finalização de tratamento durante o período de 30 dias que antecedem o parto, ou parceiro sexual não tratado ou tratado inadequadamente). Realizar seguimento da criança com sífilis congênita e da criança exposta à sífilis gestacional. (**capítulo 16**);

- Criança de mãe com hepatite B: aplicação da imunoglobulina humana preferencialmente nas primeiras 12 horas de vida, bem como vacina contra hepatite B e seguimento. (**capítulo 16**).

## **11.2 Compete à Estratégia de Saúde da Família, Saúde Bucal e Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde– EACS**

- A institucionalização de duas consultas de puerpério ao binômio mãe e filho, sendo a primeira entre 7 a 10 dias pós- parto e a segunda aos 30 dias, pelo médico ou

enfermeiro das UBS, é um relevante avanço na assistência à saúde da mulher, preenchendo uma lacuna na APS, estendendo o atendimento ao período puerperal. Tanto a gestante quanto a unidade de referência da mesma, quando esta não volta para seu território de origem após o parto, tem a responsabilidade de entrar em contato com a UBS onde a puérpera e o bebê se encontram para acompanhamento;

- Entretanto, para que ele seja eficaz, os profissionais de saúde devem assumir ações efetivas no cuidado à mulher a partir de três aspectos:

- Avaliar as modificações (gerais e locais), detectando sinais patológicos.
- Proporcionar espaço para troca de conhecimentos.
- Estimular e dar subsídios para que a mulher possa ser sujeita de suas ações, e juntamente com a família, possa assumir os cuidados com o RN.

### **11.3 Ações relacionadas ao RN:**

- Realizar visita domiciliar ao binômio mãe e filho, até 10 dias após o parto, identificando sinais de vulnerabilidade dos mesmos, com devidos encaminhamentos se necessários. (ex.: RN prematuro, baixo- peso ao nascer, dificuldade de sucção, hipotonia, etc.);

- Verificar na Caderneta de Saúde da Criança, os dados preenchidos na maternidade, tais como: DN, hora, sexo, apgar no 1º e 5º minuto, peso ao nascer, estatura, perímetros, intercorrências, IG, fator Rh da mãe, exames sorológicos da mãe, imunizações, testes realizados e/ou agendados, registros, tipo de parto, etc;

- Verificar as condições de alta da mulher e do RN;

- Reforçar sobre a importância das imunizações (BCG e anti-hepatite B) e testes a serem realizados, orientando a família em qualquer dúvida e garantindo que estas sejam realizadas;

- Observar e orientar a mamada, reforçando as orientações fornecidas durante o pré-natal e na maternidade, destacando a necessidade do aleitamento materno exclusivo até o 6º mês de vida do bebê, não havendo a necessidade de oferecer água, chá ou qualquer outro alimento ao RN;

- Observar e avaliar a mamada para a garantia do adequado posicionamento e da pega da aréola;

- Observar a criança em geral: o peso, a postura, a atividade espontânea, o padrão respiratório, o estado de hidratação, as eliminações e o aleitamento materno, na ectoscopia, as características da pele (presença de palidez, icterícia e cianose), o crânio, as orelhas, os olhos, o nariz, a boca, o pescoço, o tórax, o abdômen (as condições do coto umbilical), a genitália, as extremidades e a coluna vertebral. Caso seja detectada alguma alteração, solicitar avaliação médica imediatamente;

- Agendar as próximas consultas, de acordo com o calendário previsto, para o seguimento da criança: aos 30 dias 2º, 4º, 6º, 9º, 12º, 18º e 24º meses de vida;

Os critérios para o encaminhamento da criança para o AAE (ANEXO 13)

## **12 MÉTODO CANGURU**

---

O Método Canguru (BRASIL, 2011) representa um novo paradigma na atenção ao RN, pré-termo ou de baixo peso, construindo uma linha de cuidado, que tem início na identificação do risco gestacional durante o pré-natal.

O Método Canguru é um modelo de atenção perinatal voltado para a atenção qualificada e humanizada que reúne estratégias de intervenção biopsicossocial com uma ambiência que favoreça o cuidado ao RN e a sua família. O Método promove a participação dos pais e da família nos cuidados neonatais. Faz parte do Método o contato pele a pele, que começa de forma precoce e crescente desde o toque evoluindo até a posição canguru.

É um modelo de assistência, que tem início na gravidez de risco e segue até o RN atingir 2.500g. Abrange o pré-natal, internação materna, parto e nascimento, internação do RN e retorno para casa. Envolve cuidado humanizado, contato pele a pele, controle ambiental, redução da dor, cuidado com a família e suporte da equipe de saúde.

### **12.1 Pilares do Método Canguru**

- Acolhimento ao bebê e sua família;
- Respeito às individualidades do RN e seus pais;
- Promoção do contato pele a pele precoce;
- Envolvimento dos pais no cuidado do bebê.

### **12.1.1 Vantagens do método**

- Reduz tempo de separação entre bebê e família;
- Favorece o vínculo pai-mãe-bebê-família;
- Possibilita maior confiança dos pais;
- Proporciona estímulos sensoriais positivos;
- Melhora o desenvolvimento do bebê;
- Estimula o aleitamento materno;
- Favorece o controle térmico adequado;
- Reduz o risco de infecção hospitalar, estresse e dor;
- Melhora a qualidade do desenvolvimento neuropsicomotor.

## **12.2 Posição Canguru**

Consiste em manter o bebê pele a pele precoce, na posição vertical, junto ao peito da mãe ou do pai. O bebê deve estar somente de fraldas e em regiões mais frias, pode ser usada meia e touca. A mãe deve estar sem sutiã para favorecer o contato pele a pele. Respeitar o tempo de estabilização do RN e pelo tempo máximo que ambos entenderem ser prazeroso e suficiente. Deve ser realizada de maneira orientada, segura e acompanhada de suporte assistencial por uma equipe de saúde adequadamente capacitada.

### **12.2.1 Etapas**

**1ª Etapa** – Inicia-se no pré-natal da gestante de alto risco. Passa pelo parto e nascimento, segue pela internação do RN na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo).

**2ª Etapa** – Ocorre durante a Unidade de Cuidado Intermediário Canguru (UCINCa), garantindo todos os processos de cuidado já iniciados na primeira etapa com especial atenção ao aleitamento materno. O RN permanece de maneira contínua com sua mãe e a posição canguru será realizada pelo maior tempo possível. A presença e a participação do pai nos cuidados devem ser estimuladas.

**3ª Etapa** – Os RNs pré-termo e/ou de baixo peso na terceira etapa receberão alta hospitalar e serão acompanhados de forma compartilhada pela equipe do Ambulatório de Atenção Especializada e da Atenção Primária à Saúde, do Método Canguru.

Ao atingirem o peso de 2.500g, os RNs serão reavaliados e encaminhados para ambulatórios de seguimento ou de reabilitação, havendo sempre a garantia de todos os cuidados propostos pela Atenção Primária.

### 12.3 Classificação do RN

O RN pode ser classificado conforme o quadro abaixo.

**Quadro 13** – Classificação do RN

IG	Peso x IG	Peso do Nascimento
< 37s RN pré-termo	PIG	<1.000g Extremo baixo peso
37s a 41s6d RN termo	Adequado para Idade Gestacional (AIG)	< 1500g Muito baixo peso
42 RN pós-termo	Grande para Idade Gestacional (GIG)	<2.500 Baixo peso

Fonte: Brasil, 2017

#### 12.3.1 Correção da IG

Utilizada para o RN pré-termo, que teve seu crescimento e seu desenvolvimento intrauterino interrompido com o parto e necessita do tempo restante para completá-lo. É utilizado para RNs que nasceram com menos de 34 semanas gestacionais.

Para o cálculo, utiliza-se o marco de 40 semanas gestacionais. A diferença entre o nascimento e as 40 semanas, é o tempo que deverá ser descontado da idade cronológica, nas consultas de seguimento, até a criança completar 2 anos.

**Quadro 14** – IG corrigida

IG	'DESCONTO' da prematuridade
34 semanas	6 semanas = 1 mês e meio



33 semanas	7 semanas = 1 mês e três semanas
32 semanas	8 semanas = 2 meses
31 semanas	9 semanas = 2 meses e 1 semana
30 semanas	10 semanas = 2 meses e meio
29 semanas	11 semanas = 2 meses e 3 semanas
28 semanas	12 semanas = 3 meses
27 semanas	13 semanas = 3 meses e 1 semana
26 semanas	14 semanas = 3 meses e meio
25 semanas	15 semanas = 3 meses e 3 semanas
24 semanas	16 semanas = 4 meses

Fonte: Brasil, 2017

## 12.4 Sinais de alerta / risco

Os profissionais da APS devem saber identificar as situações que possam comprometer a saúde da criança e intervir de forma oportuna.

### Quadro 15 – Sinais de alerta / risco para o RN

<b><u>Sinais de alerta</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Uso de fórmulas;</li> <li>● Não faz posição Canguru;</li> <li>● Higiene do bebê e do ambiente precárias;</li> <li>● Dificuldade na relação mãe-bebê-família.</li> </ul>
<b><u>Sinais de risco</u></b> <b><u>(Encaminhar imediatamente para atendimento na UBS ou hospital)</u></b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Palidez;</li> <li>● Cianose;</li> <li>● Dificuldade respiratória;</li> <li>● Irritabilidade ou choro fraco;</li> <li>● Febre ou temperatura baixa;</li> <li>● Vômitos;</li> <li>● Dificuldade no aleitamento materno;</li> <li>● Pouca urina;</li> <li>● Perda de peso;</li> <li>● Tremores;</li> <li>● Convulsão;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hérnia inguinal;</li> <li>● Aumento do perímetro cefálico.</li> </ul>
--	--

Fonte: BRASIL, 2017

### **12.4.1 Agenda de acompanhamento do bebê**

Na primeira semana, o RN e sua mãe deverão receber visita domiciliar pela equipe de APS. Ter garantido retorno ao setor de referência (UBS e AAE) em até 72h.

Na segunda semana recomendado 2 atendimentos na referência.

A partir da 3ª semana, até alcançar 2.500g acompanhamento semanal.

### **Acompanhamento do bebê/método canguru**

#### **No atendimento na UBS atentar para:**

- Identificar dinâmica, rede de apoio e funcionamento familiar;
- Identificar situações de risco e vulnerabilidade;
- Acompanhar ganho de peso;
- Realizar orientações e busca ativa para vacinação;
- Identificar crianças candidatas ao Palivizumabe;
- Monitorar as consultas especializadas;
- Realizar busca ativa em faltosos.

#### **Orientação aos pais:**

- Manter a posição Canguru, sempre que possível;
- Colocar o bebê no berço de barriga para cima e com a cabeceira do berço elevada;
- Realizar troca de fraldas na posição lateralizada;
- Manter controle da temperatura entre 36,5°C a 37,5°C;
- Trocar imediatamente fraldas e roupas molhadas;
- Secar bem após o banho;
- Evitar contato com objetos ou locais frios;
- Evitar expor o bebê a correntes de ar;
- Agasalhar de acordo com a temperatura ambiente;
- Observar frequência, quantidade e aspecto das fezes;
- Observar frequência, quantidade (6x ao dia) e aspecto da urina;

- Manter aleitamento materno.

## **12.5 Uso preventivo do palivizumabe**

O uso do imunobiológico contra o vírus sincicial respiratório ocorre no período de março a agosto na Região Sul do país. Cabe ao profissional médico, solicitar o imunobiológico junto ao serviço de referência em vigilância epidemiológica, conforme os seguintes critérios:

- Crianças nascidas com  $IG \leq 28s$ ;
- Menores de 1 ano de idade após episódio de internação hospitalar;
- Menos de 2 anos de idade, portadores de cardiopatias congênitas;
- Crianças com displasia broncopulmonar.

## **13 GESTANTES EM SITUAÇÃO DE VIOLÊNCIA**

---

As gestantes vítimas de violência, poderão dar entrada no HMTR, que é o hospital de referência. Assim, é de fundamental importância que as demais instituições, bem como a sociedade em geral, sejam informadas sobre o atendimento em rede na região e efetuem o encaminhamento das vítimas à unidade de referência.

Conforme Brasil, 2016, a violência contra a mulher pode ser definida como qualquer ato ou conduta baseada no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública como na esfera privada.

É na APS que devem ser desenvolvidas ações de produção do cuidado em saúde, que possam garantir os direitos das mulheres, promovendo sua autonomia.

### **13.1 Formas de violência contra a mulher**

A violência doméstica/intrafamiliar ocorre entre os parceiros íntimos e entre os membros da família, principalmente no ambiente da casa, mas não unicamente. É toda ação ou omissão que prejudique o bem-estar, a integridade física e/ou psicológica, assim como a liberdade e o direito ao pleno desenvolvimento de outro membro da família. Pode ser cometida dentro ou fora de casa por algum membro da família, incluindo pessoas que

passam a assumir função parental – ainda que sem laços de consanguinidade – e em relação de poder à outra.

A violência doméstica/intrafamiliar não se refere apenas ao espaço físico onde a violência ocorre, mas também às relações em que se constrói e efetua. A violência doméstica/intrafamiliar inclui outros membros do grupo, sem função parental, que convivam no espaço doméstico. Incluem-se aí empregados(as), pessoas que convivem esporadicamente e agregados.

É fundamental que os profissionais de saúde identifiquem e prestem atendimento integral e humanizado, nas situações em que elas têm seus direitos – sexuais e humanos – violados. Vale enfatizar que este nível de atenção enseja acesso frequente, constante e legitimado às mulheres ao longo de toda a sua vida, estabelece relação mais próxima com a comunidade no território e é dirigido a problemas comuns de saúde, muito associados com violência doméstica/intrafamiliar e sexual contra a mulher.

À APS, recomenda-se que o profissional foque no acolhimento para, somente depois, realizar preenchimento de fichas e prontuários. Por responsabilidade e ética profissional, as perguntas para identificação da violência, só devem ser adotadas quando e se o profissional tiver ciência de quais as condutas a serem adotadas nas situações de violência para evitar revitimização, tanto no que concerne ao pronto-acolhimento das necessidades de saúde da mulher atendida, quanto no conhecimento da articulação intersetorial necessária para a produção do cuidado em saúde em cada caso.

É importante que sejam descritos em prontuário os dados mais completos sobre as circunstâncias da situação de violência, colhidos em entrevista e no exame físico, com registro e classificação de todas as lesões identificadas. O profissional deve estar sensível à dificuldade de a mulher conseguir se expressar verbalmente, o que significa escutar, acolher e observar as expressões da mulher. Também deve atentar ao tempo particular que a mulher pode precisar para relatar as vivências de violência e à importância do vínculo para a relação terapêutica, respeitando seu tempo para tomar decisões sobre seu itinerário terapêutico e para construir conjuntamente seu plano de cuidados, caso ela queira.

Pelo fato da APS estar nos territórios, mais próxima do cotidiano das pessoas, tem papel importante na identificação de situações de violência e assim, nas primeiras abordagens realizadas com as mulheres, além da promoção do cuidado e do acesso às informações sobre serviços da rede que possam apoiá-las.

Os profissionais precisam conhecer a rede intersetorial de seu município para garantir o encaminhamento adequado para outros serviços e unidades das redes: Serviços da APS/ Equipes Multiprofissionais, AAE, Policlínicas, Núcleos de Prevenção às Violências e Promoção da Saúde, Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), Hospitais, Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Centros de Referência Especializados de Assistência Social (CREAS), Centro de Referência de Atenção à Saúde da Mulher em Situação de Violência (CRAM), entre outros.

### **13.1.1 Violência física**

Qualquer conduta que ofenda a integridade ou saúde corporal. “Violência física” (também denominada sevícia física, maus-tratos físicos ou abuso físico): são atos violentos, nos quais se fez uso da força física de forma intencional, não acidental, com o objetivo de ferir, lesar, provocar dor e sofrimento ou destruir a pessoa, deixando ou não, marcas evidentes no seu corpo. Ela pode se manifestar de várias formas, como tapas, beliscões, chutes, torções, empurrões, arremesso de objetos, estrangulamentos, queimaduras, perfurações, mutilações, dentre outras. A violência física também ocorre no caso de ferimentos por arma de fogo (incluindo as situações de bala perdida, nos casos em que se notifica a violência extrafamiliar/comunitária) ou ferimentos por arma branca”.

### **13.1.2 Violência Psicológica**

Qualquer conduta que cause dano emocional, diminuição da autoestima, que prejudique e perturbe o pleno desenvolvimento da mulher ou vise degradar ou controlar ações, comportamentos, crenças e decisões, mediante ameaça, constrangimento, humilhação, manipulação, isolamento, vigilância constante, perseguição contumaz, insulto, chantagem, ridicularização, exploração e limitação do direito de ir e vir, ou qualquer outro meio que lhe cause prejuízo à saúde psicológica e à autodeterminação.

### **13.1.3 Violência Sexual**

Qualquer conduta que constranja a presenciar, manter, ou participar de relação sexual não desejada, mediante intimidação, ameaça, coação ou uso da força; que induza a comercializar ou a utilizar, de qualquer modo, a sexualidade; que impeça de usar

qualquer método contraceptivo ou que force ao matrimônio, à gravidez, ao aborto ou à prostituição, mediante coação, chantagem, suborno ou manipulação; ou que limite ou anule o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos.

Violência sexual é qualquer ação na qual uma pessoa, valendo-se de sua posição de poder e fazendo uso de força física, coerção, intimidação ou influência psicológica, com uso ou não de armas ou drogas, obriga outra pessoa, de qualquer sexo, a ter, presenciar, ou participar de alguma maneira de interações sexuais ou a utilizar, de qualquer modo, sua sexualidade, com fins de lucro, vingança ou outra intenção.

Incluem-se como violência sexual: situações de estupro; abuso incestuoso; assédio sexual; sexo forçado no casamento; jogos sexuais e práticas eróticas não consentidas, impostas; pornografia infantil; pedofilia; e voyeurismo; manuseio, penetração oral, anal ou genital, com pênis ou objetos, de forma forçada. Inclui também exposição coercitiva/constrangedora a atos libidinosos, exibicionismo, masturbação, linguagem erótica, interações sexuais de qualquer tipo e material pornográfico.

Igualmente caracterizam a violência sexual os atos que, mediante coerção, chantagem, suborno ou aliciamento impeçam o uso de qualquer método contraceptivo; forcem a matrimônio, à gravidez, ao aborto, à prostituição; ou limitem ou anulem em qualquer pessoa a autonomia e o exercício de seus direitos sexuais e reprodutivos. A violência sexual é considerada crime, mesmo se exercida por um familiar, seja ele, pai, mãe, padrasto, madrasta, companheiro(a), esposo(a).

#### **13.1.4 Violência Patrimonial**

Qualquer conduta que configure retenção, subtração, destruição parcial ou total de seus objetos, instrumentos de trabalho, documentos pessoais, bens, valores e direitos ou recursos econômicos, incluindo os destinados a satisfazer suas necessidades.

Violência financeira /econômica /patrimonial: é o ato de violência que implica dano, perda, subtração, destruição, ou retenção de objetos, documentos pessoais, instrumentos de trabalho, bens e valores da pessoa atendida /vítima. Consiste na exploração imprópria ou ilegal, ou, ainda, no uso não consentido de seus recursos financeiros e patrimoniais. Esse tipo de violência ocorre, sobretudo, no âmbito familiar, sendo mais frequente contra as pessoas idosas, mulheres e deficientes.

### **13.1.5 Violência Moral**

Qualquer conduta que configure calúnia, difamação ou injúria. Trabalha-se a violência moral juntamente com a psicológica.

### **13.1.6 Violência Obstétrica**

Em 2017 a ALESC sancionou a lei 17.097 (ANEXO 15) que implanta medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina, considerando violência obstétrica “todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período de puerpério.

## **13.2 Recomendações aos profissionais no cuidado às gestantes em situação de violência**

### **13.2.1 Acolhimento com escuta qualificada**

- Observar os princípios do respeito da dignidade da pessoa humana, da não discriminação, do sigilo e da privacidade, propiciando ambiente de confiança e respeito.
- Garantir a privacidade no atendimento e a confidencialidade das informações.

### **Vigilância do profissional com relação à sua própria conduta:**

- Garantir postura de não vitimização das mulheres e ter consciência crítica dos sentimentos para lidar com emoções como raiva, medo e impotência, que podem surgir durante o atendimento das mulheres.
- Profissionais com dificuldade de abordar o tema devem optar por abordagens indiretas (sem perguntas diretas).

### **Identificação dos motivos de contato:**

Como poucas mulheres fazem queixa ativa de violência, perguntas diretas podem ser importantes, desde que não estigmatizam ou julguem-nas, para não se romper o interesse demonstrado pelo serviço em relação ao atendimento da mulher.

Existem mulheres poliqueixosas, com sintomas e dores que não têm nome. Nesse caso, o profissional deve atentar para possível situação de violência.

**Para isso, existem propostas de perguntas:**

- Sabe-se que mulheres com problemas de saúde ou queixas similares às que você apresenta, muitas vezes, têm problemas de outra ordem em casa. Por isso, temos abordado este assunto no serviço. Está tudo bem em sua casa, com seu (sua) parceiro(a)?
- Você acha que os problemas em casa estão afetando sua saúde ou seus cuidados corporais?
- Você está com problemas no relacionamento familiar?
- Já sentiu ou sente medo de alguém?
- Você se sente humilhada?
- Você já sofreu críticas em casa por sua aparência, roupas ou acessórios que usa?
- Você e o(a) parceiro(a) (ou filho, ou pai, ou familiar) brigam muito?

**Informação prévia à paciente:**

- Assegurar compreensão sobre o que será realizado em cada etapa do atendimento (acolhimento com escuta qualificada, avaliação global e estabelecimento de plano de cuidados) e a importância das condutas multiprofissionais na rede intra e intersetorial de proteção às mulheres em situação de violência, respeitada sua decisão sobre a realização de qualquer procedimento.
- Orientar as mulheres sobre a importância de registrar a ocorrência para sua proteção e da família, respeitando, todavia, sua opinião e desejo. Vale lembrar que o atendimento por parte do profissional de saúde deve ser realizado independentemente da realização de boletim de ocorrência.

**13.2.2 Avaliação global**

- Detectar situação de vulnerabilidade.
- Identificar se a situação de violência é recorrente ou não (violência de repetição).
- Identificar sinais de alerta de violência:
  - Transtornos crônicos, vagos (inespecíficos dentro da nosografia médica) e repetitivos;
  - Início tardio do pré-natal;



- Parceiro(a) demasiadamente atento(a), controlador(a) e que reage se for separado(a) da mulher;
- Infecção urinária de repetição (sem causa secundária encontrada);
- Dor pélvica crônica;
- Síndrome do intestino irritável;
- Complicações em gestações anteriores, aborto de repetição;
- Depressão;
- Ansiedade;
- Transtorno do estresse pós-traumático;
- História de tentativa de suicídio ou ideação suicida;
- Lesões físicas que não se explicam como acidentes.
- Observar possibilidade de violência entre parceiros íntimos.

Vale lembrar que essas situações não são necessariamente verbalizadas pelas mulheres, devido a: sentimento de vergonha ou constrangimento; receio por sua segurança ou pela segurança de seus filhos(as); experiências traumáticas prévias ou expectativa de mudança de comportamento por parte do(a) agressor(a); dependência econômica ou afetiva de parceiro(a); desvalorização ou banalização de seus problemas; e/ou cerceamento da liberdade pelo parceiro(a).

- Se houver situação de risco de vida, fornecer informações sobre como estabelecer um plano de segurança.
- Realizar exame físico completo, exame ginecológico, coleta de amostras para diagnóstico de infecções genitais e coleta de material para identificação do provável autor(a) da agressão (BRASIL, 2012b).
  - Atentar para recusa ou dificuldade no exame ginecológico.
  - Observar se há presença de ferimentos que não condizem com a explicação de como ocorreram.
  - Realizar inspeção detalhada de partes do corpo que podem revelar sinais de violência: troncos, membros (inclusive parte interna das coxas), nádegas, cabeça e pescoço, não se esquecendo das mucosas (inclusive genitais), orelhas, mãos e pés.
  - Preencher a “Ficha de Notificação e Investigação de Violência Doméstica, Sexual e/ou outras Violências” (BRASIL, 2012b).

### **13.2.3 Plano de cuidado**

#### **Dispensação e administração de medicamentos para profilaxias indicadas:**

- Para evitar a revitimização e a perda do vínculo com a mulher, é recomendável que a APS identifique a situação de violência sexual e acompanhe-a até um serviço especializado para receber todas as profilaxias e tratamentos indicados.

#### **Estabelecimento de plano de segurança para mulheres com risco de vida:**

- Construir, junto com a mulher em situação de violência, plano de segurança baseado em quatro passos:

- 1) Identificar um ou mais vizinhos para o(s) qual(is) a mulher pode contar sobre a violência, para que ele(s) a ajude(m) se ouvir(em) brigas em sua casa, fazendo acordos com algum(a) vizinho(a) em quem possa confiar para combinar um código de comunicação para situações de emergência, como: “Quando eu colocar o pano de prato para fora da janela, chame ajuda”.

- 2) Se a briga for inevitável, sugerir que a mulher certifique-se de estar em um lugar onde possa fugir e tente não discutir na cozinha ou em locais em que haja possíveis armas ou facas.

- 3) Orientar que a mulher cogite planejar como fugir de casa em segurança, e o local para onde ela poderia ir nesse caso.

- 4) Orientar que a mulher se preocupe em escolher um lugar seguro para manter um pacote com cópias dos documentos (seus e de seus filhos), dinheiro, roupas e cópia da chave de casa, para o caso de ter de fugir rapidamente.

#### **Atividade de Vigilância em Saúde:**

- Preencher a ficha de notificação de violência interpessoal e autoprovocada a partir da suspeita ou da confirmação da situação de violência. A ficha de notificação apresenta os seguintes blocos: dados gerais, notificação individual, dados de residência, dados da pessoa atendida, dados da ocorrência, violência, violência sexual, dados do(a) provável autor(a) da violência.

- Atentar para os casos de violência sexual e tentativa de suicídio, cuja notificação, além de compulsória, deve ser imediata (em até 24h).

### **Atenção humanizada na situação de interrupção legal da gestação:**

- Orientar que o aborto praticado por médico é legal quando é necessário (se não há outro meio de salvar a gestante), em caso de gestação de anencéfalos ou em caso de gravidez resultante de estupro. Deve haver o consentimento da mulher, ou seu representante legal, em relação ao procedimento (conforme o art. 128 do Código Penal).
- Esclarecer sobre as ações previstas em caso de abortamento legal, as medidas de alívio da dor, o tempo e os riscos envolvidos no procedimento e a permanência no serviço de abortamento legal.
- Orientar que, no serviço de referência, será preenchido o Procedimento de Justificação e Autorização da Interrupção da Gravidez, e que não é obrigatória a apresentação de boletim de ocorrência ou autorização judicial no âmbito do SUS.
- Encaminhar para os serviços de referência para interrupção legal de gestação nos casos previstos em lei.
- Monitorar a usuária após o procedimento de abortamento legal, levando em consideração os riscos de intercorrências imediatas (sangramentos, febre, dor pélvica) e intercorrências tardias (infertilidade, sofrimento psíquico).
- Acompanhar e acolher a mulher pós-abortamento e realizar orientação anticoncepcional e concepcional (recuperação da fertilidade pós-abortamento, métodos contraceptivos disponíveis, utilização da Anticoncepção Hormonal de Emergência (AHE), oferta de métodos anticoncepcionais, orientação concepcional).

### **Monitoramento de situações de violência:**

- Acompanhar o itinerário terapêutico das usuárias (caminhos trilhados na busca por saúde) em situação de violência identificadas na área de abrangência atendidas pelos serviços da APS.
- Monitorar todos os casos identificados pela equipe ou por notificação levada à unidade por meio da vigilância em saúde (entrada em outros pontos da rede de assistência) e referidos ou não à rede de atendimento às mulheres em situação de violência, a partir da realização de visitas domiciliares ou outras formas de acompanhamento das usuárias (equipes de Saúde da Família, equipes multiprofissionais, Consultório na Rua).

### **Abordagem de jovens e adolescentes:**

- Respeitar o sigilo profissional inerente à abordagem ética em saúde.

- Abordar as necessidades de jovens e adolescentes sem que haja a obrigação do acompanhamento de pais ou responsáveis legais, exceto em casos de incapacidade daqueles. Vale lembrar que o código de ética dos profissionais de saúde que trabalham na APS, bem como o artigo 11 do Estatuto da Criança e do Adolescente, legitimam o direito ao acesso à saúde sem a necessidade de acompanhamento de pais ou responsáveis legais.

#### **Coordenação do cuidado:**

- Mapear e acionar os serviços de referência disponíveis na rede de atendimento às mulheres em situação de violência, que extrapolam a competência da APS. As unidades de saúde e outros serviços ambulatoriais com atendimento a pessoas em situação de violência sexual, deverão oferecer acolhimento, atendimento humanizado e multidisciplinar e encaminhamento, sempre que necessário, aos serviços referência na saúde, serviços de assistência social ou de outras políticas públicas voltadas ao enfrentamento da violência e órgãos e entidades de defesa de direitos.

#### **Educação em saúde:**

- Orientar individual ou coletivamente os usuários da APS acerca dos direitos das mulheres, em prol do fortalecimento da cidadania e de uma cultura de valorização da paz.
- Oferecer serviços de planejamento reprodutivo às mulheres pós-abortamento, bem como orientações para aquelas que desejam nova gestação, para prevenção das gestações indesejadas e do abortamento inseguro.
- Orientar sobre os aspectos biopsicossociais relacionados ao livre exercício da sexualidade e do prazer.

## **14 EQUIPES MULTIPROFISSIONAIS**

---

### **14.1 Nota Técnica N° 3/2020-DESF/SAPS/MS**

Segundo a nota técnica a composição das equipes multiprofissionais deixa de estar vinculada às tipologias de equipe NASF-APS. Sendo assim, fica a critério do gestor municipal a autonomia de compor suas equipes multiprofissionais, definindo ainda os profissionais, a carga horária e os arranjos das equipes.

Vale ressaltar a importância das equipes multiprofissionais no desempenho da Atenção Primária, estando diretamente relacionada a capacidade resolutiva das equipes, trabalhando de maneira integrada e resolutiva.

## **14.2 Sugestões de ferramentas norteadoras para equipes multiprofissionais**

O processo de trabalho das equipes pode seguir as sugestões dos Cadernos de Atenção Básica nº 27 e 39 do NASF, visando facilitar o desenvolvimento das ações.

### **Apoio Matricial / Reunião de matriciamento**

Espaço de ocorrência periódica destinado à problematização, ao planejamento, à programação e à execução de ações em equipe. Englobam discussões de casos, temas e pactuações (construção de propostas de grupos, atendimentos e intervenções entre as equipes) bem como o monitoramento e avaliação dessas atividades.

### **Construção do Projeto Terapêutico Singular (PTS)**

Constitui-se em um conjunto de propostas de condutas terapêuticas articuladas, para um sujeito individual ou coletivo, resultado da discussão de uma reunião de matriciamento. Através dele é possível fortalecer vínculos e estimular a corresponsabilização do autocuidado.

### **Atendimento Individual Compartilhado**

Realizado conjuntamente com os profissionais das equipes. É uma ação clínica direta com o usuário. Favorece o exercício das habilidades de comunicação entre os indivíduos envolvidos.

### **Atendimento individual específico**

Realizado pelos profissionais mediante a pactuação entre os mesmos, através do matriciamento e/ou PTS.

### **Atendimento Domiciliar Específico ou Compartilhado**

Realizado no domicílio, mediante regulação e pactuação com a equipe, atrelado ao PTS.

### **Atividade coletiva compartilhada**

Apoio para planejamento, programação ou execução conjunta de grupos de educação e saúde, bem como ações de sensibilização desenvolvidas pela equipe na UBS ou em outros espaços comunitários.

### **Atividade coletiva específica**

Atividade em grupo, coordenada por um profissional específico, dentro do seu núcleo de saber.

### **Construção de Projeto de Saúde no Território (PST)**

Com objetivo de promover ações coletivas, acerca da temática materno-infantil considerando as especificidades de cada realidade.

### **Treinamentos/Capacitações**

As equipes podem realizar, imbuídas de ferramentas técnicas, capacitações na temática materno-infantil/mortalidade infantil, estabelecendo rotinas de trabalho conjunto, para um tratamento adequado dos principais agravos relacionados à saúde das gestantes do território adstrito, respeitando a estrutura e o perfil epidemiológico local.

## **14.3 Projeto Terapêutico Singular**

O PTS é instrumento de organização do cuidado em saúde, construído entre equipe e usuário, considerando as singularidades do sujeito e a complexidade de cada caso. No PTS, a identificação das necessidades de saúde, a discussão do diagnóstico e a definição do cuidado são compartilhadas, o que leva ao aumento da eficácia dos tratamentos, pois a ampliação da comunicação traz o fortalecimento dos vínculos e o aumento do grau de responsabilização (BRASIL, 2009).

A utilização do PTS como dispositivo de intervenção, desafia a organização tradicional do processo de trabalho em saúde, pois pressupõe a necessidade de maior

articulação entre os profissionais e a utilização das reuniões de equipe, como um espaço coletivo sistemático de encontro, reflexão, discussão, compartilhamento e corresponsabilização das ações, com a horizontalização dos saberes e conhecimentos (BRASIL, 2009). Isso não quer dizer que o projeto terapêutico também não se (re)formule e seja gerido no cotidiano, pois muita coisa acontece e muitas conversas laterais podem ser feitas entre uma reunião e outra.

#### **A construção de um PTS pode ser sistematizada em quatro momentos:**

**Diagnóstico e análise:** deverá conter uma avaliação ampla, que considere a integralidade do sujeito (em seus aspectos físicos, psíquicos e sociais) e que possibilite uma conclusão a respeito dos riscos, vulnerabilidades, resiliências e potencialidades dele.

**Definição de ações e metas:** depois de realizados os diagnósticos, as equipes que desenvolvem o PTS fazem propostas de curto, médio e longo prazo.

**Divisão de responsabilidades:** é importante definir as tarefas de cada um (equipe, usuário e família) com clareza. Além disso, estabelecer que o profissional com melhor vínculo com o usuário, seja a pessoa de referência para o caso, favorecendo a dinâmica de continuidade no processo de cuidado. A definição da pessoa com a função de gestão do PTS, ou gestão do caso, é fundamental para permitir que aconteça o que acontecer, tenha alguém que vai sempre lembrar, acompanhar e articular ações.

**Reavaliação:** neste momento, discute-se a evolução do caso e as devidas correções de rumo, caso sejam necessárias. Destaca-se que as reuniões para discussão de PTS são momentos muito importantes nessa construção, pois cada membro da equipe trará aspectos diferentes e poderá também receber tarefas diferentes, de acordo com a intensidade e a qualidade do vínculo estabelecido com o usuário ou com a família em questão. Uma estratégia possível é reservar um tempo fixo, semanal ou quinzenal, para reuniões de construção e discussão de PTS.

### **14.4 Outras ações conjuntas na APS**

As atividades direcionadas à demanda materno-infantil/mortalidade infantil, são ações conjuntas da equipe, planejadas através de diálogo da coletividade, apoio de ferramentas e recursos humanos. Desta forma as ações, devem ser desenvolvidas a partir

de demandas identificadas e referenciadas pela equipe de ESF, em especial dos casos de dificuldades de adesão ao pré-natal, com discussões e pactos realizados nas reuniões de matriciamento, cujo acompanhamento deve se desenvolver de maneira compartilhada.

Neste contexto uma série de ações, pode ser desenvolvida em conjunto, delimitando, é claro, como citado anteriormente, a demanda específica de cada território.

Uma ação que pode ser desenvolvida refere-se ao desenvolvimento de um projeto de preparação para o parto humanizado, com a participação e acompanhamento de profissionais como fisioterapeutas, educadores físicos, psicólogos entre outros, como uma ação que pode ser apoiada (a partir da capacitação de multiplicadores) e/ou executada pela equipe multiprofissional nos territórios.

Das atividades inseridas como exemplos de intervenções individuais e grupais temos: exercícios para fortalecimento e relaxamento do períneo, posturas para o parto, relaxamento e massagens.

A depressão pós-parto é um agravo que merece atenção, em especial nas gestantes com sintomas psicóticos, que apresentam graves consequências para o binômio mãe-filho. Esses casos costumam ser pouco detectados, porque as mulheres têm dificuldade em verbalizar sentimentos negativos de tristeza, desesperança e dificuldades, com o nascimento do filho, perante uma sociedade que espera que este seja um momento de grande alegria. Vários fatores estão associados com a depressão pós-parto, tais como história familiar e pessoal de depressão anterior, falta de rede social de apoio, conflitos conjugais e dificuldades econômicas.

Torna-se importante, sobretudo, escutar, avaliar, cuidar e apoiar essa puérpera, buscando superar preconceitos que a culpabilizam quando não consegue cuidar do bebê, pois se deve entender que, se ela própria está necessitando de cuidado, torna-se incapaz de amparar adequadamente os filhos, e precisa da mobilização de uma rede de apoio pessoal, social e profissional, para superação de todos esses problemas. Outras intervenções importantes referem-se àquelas que envolvam atividades físicas, responsáveis pela melhora não apenas no âmbito das doenças orgânicas, como também do sofrimento mental (BRASIL, 2009).

Na vertente da Saúde Mental, percebe-se ainda que as gestantes que apresentam algum transtorno mental moderado e severo, dependentes de álcool e outras substâncias psicoativas, podem apresentar comportamentos de resistência e/ou dificuldades na adesão ao pré-natal e outros tipos de cuidados. Portanto outra ação conjunta nesta perspectiva é proposta, entre a equipe e serviço especializado, deve qualificar a equipe para o olhar em



saúde mental, com usuário e auxiliando no processo de busca ativa, a fim de conhecer a realidade, bem como realizar registro no prontuário das observações significativas, que possam vir a contribuir no manejo do caso junto à equipe.

Segundo Brasil (2010):

Estudos demonstraram associação entre transtornos mentais comuns em mulheres e fatores sociodemográficos e econômicos desfavoráveis, tais como a miséria e o analfabetismo, mães de crianças com baixo peso, onde o adoecimento se torna mais um fator que dificulta a reestruturação familiar.

Desta maneira, a presença de violência intrafamiliar e o processo de desmoralização da mulher, produzido não só pelas condições econômicas, mas também pela sociedade e a cultura, são fatores associados com o adoecimento da gestante e do bebê.

As equipes multiprofissionais podem auxiliar no reconhecimento dos casos de violência, pois as consequências da violência intrafamiliar, na maioria das vezes são traduzidas, por meio do surgimento de múltiplas queixas somáticas referidas pela gestante. Importante, também, detectar as situações que expõem as mulheres à violência, e assim desenvolver estratégias para aumentar a resiliência, resgatar a autoestima e superar os agravos decorrentes dessas experiências, sejam elas físicas ou psíquicas.

Além disso, segundo Brasil (2010), estudos evidenciam associação entre as mulheres vítimas de violência doméstica e a presença de abuso de drogas na família, em especial o álcool. Essas questões indicam a presença de vulnerabilidades nas famílias, que merecem e necessitam de um cuidado mais detalhado por parte da equipe de UBS, que por sua vez necessita da participação de vários profissionais, para a elaboração de formas de cuidados. Destaca-se a importância da participação de todos os profissionais, para se encontrar formas de abordar o assunto, que muitas vezes não é verbalizado pela gestante, por várias questões que envolvem seu contexto sociocultural.

As equipes multiprofissionais podem contribuir na elaboração e implementação de ações de planejamento familiar, no sentido de ampliar a abordagem meramente biológica, ultrapassando a ação de distribuição e prescrição de métodos contraceptivos, para uma abordagem de gênero e de sexualidade, oportunizando e incentivando a inclusão do parceiro, garantindo os direitos sexuais e reprodutivos e deixando de responsabilizar apenas a mulher pelo planejamento familiar; bem como a abordagem das questões sobre sexualidade, tais como afeto, prazer, conhecimento acerca do próprio corpo e autoestima.

Outro cenário de ação pode ser a ampliação de intervenções psicossociais adequadas à atenção primária, tais como grupos variados e congruentes com a realidade local. Como exemplo, cita-se o desenvolvimento de curso para gestantes através de módulos (podendo utilizar o guia “Gestar com Afeto”), respeitando o tempo gestacional de cada participante, parcerias através de outros equipamentos como o Centro de Referência de Assistência Social ou grupos de mães que já possuem espaço legitimado na comunidade; podem ser realizadas orientações no espaço de sala de espera para consultas e/ou realização de rodas de conversas mensais, a partir de demandas elencadas pelas próprias gestantes.

Além disso, pode ser organizado um book de fotos para as gestantes que participarem ativamente dos encontros; buscar parcerias para aquisição de materiais, onde a gestantes possam confeccionar peças para o enxoval do bebê, entre outras.

Nas comunidades onde as gestantes apresentam dificuldades de deslocamento, como regiões distantes e interior, as orientações podem ser oferecidas durante as consultas compartilhadas com a equipe multiprofissional.

Portanto os cenários e as propostas de atividades são inúmeros e devem sempre buscar a criação e a ampliação de redes integradas, formais e informais, que trabalham com a mesma problemática, de maneira a construir juntos, estratégias de enfrentamento de questões na maioria das vezes complexas, que necessitam de várias perspectivas de olhares e construções e efetivações de ações no coletivo.

## **14.5 Possibilidades de intervenções coletivas e específicas da equipe multiprofissional**

- Identificar as atividades, as ações e as práticas necessárias para o fortalecimento da saúde materno/infantil.
- Atuar de forma integrada em todas as atividades desenvolvidas no cuidado com as gestantes / puérperas.
- Fomentar e coordenar reuniões de matriciamento.
- Realizar atendimentos específicos e/ou compartilhados, bem como acompanhamento das gestantes/puérperas, de acordo com os pactos estabelecidos no PTS nas reuniões de matriciamento.

- Realizar atendimentos específicos e/ou compartilhados no domicílio, nos casos de gestação de risco e recomendação médica de repouso total, de acordo com os pactos estabelecidos no PTS, nas reuniões de matriciamento.
- Realizar acolhimento e escuta qualificada para as gestantes/puérperas sempre que necessário.
- Auxiliar na realização de busca ativa das gestantes que apresentam dificuldades de adesão ao pré-natal.
- Buscar auxílio na rede/AAE, incluindo outras políticas públicas como assistência social, educação, habitação, entre outras, a partir da demanda levantada.
- Realizar projeto de saúde no território, com objetivo de conhecer a realidade e as formas de organização social dos territórios, buscando desenvolver estratégias de como abordar e lidar com problemas vinculados à violência doméstica à gestante, bem como ao abuso de álcool e a outras drogas.
- Realizar registro de todas as intervenções realizadas com a gestante/puérpera e/ou sua família no prontuário.
- Realizar monitoramento e avaliação das atividades de responsabilidade das equipes.

## **14.6 Especificidade de cada profissional**

### **14.6.1 Psicólogo**

- Auxiliar no manejo, diagnóstico e acompanhamento das gestantes/puérperas com transtorno mental, usuárias de substâncias psicoativas e depressão pós-parto, conforme pactuação do matriciamento e/ou PTS.
- Realizar mediação e/ou atendimento familiar, em situações de conflitos, principalmente no que se refere à violência doméstica contra a gestante.
- Realizar capacitação, a respeito dos aspectos psicológicos da gestação, bem como dos sinais e sintomas de enfermidades correlacionadas.

### **14.6.2 Assistente Social**

- Auxiliar a equipe na devolutiva de relatórios expedidos pelo poder judiciário e outros equipamentos da rede, principalmente no que tange aos aspectos socioculturais.
- Realizar estudo social das gestantes que apresentem situação de vulnerabilidade, conforme pactuação do PTS, ou discutido e pactuado em reunião de matriciamento.
- Realizar mediação e/ou atendimento familiar, em situações de conflitos, principalmente no que se refere à violência doméstica à gestante, conforme pactuação.
- Atuar na articulação em rede, nos casos de gestantes que apresentem situação de vulnerabilidade, buscando a garantia de acesso e direitos, conforme pactuação.
- Realizar capacitação de equipe a respeito dos direitos e deveres da gestante.
- Auxiliar nos momentos de Educação em Saúde, promovendo o cuidado, os direitos e deveres da gestante e da criança.

### **14.6.3 Nutricionista**

- Desenvolver estratégias de intervenção, bem como planos terapêuticos para as gestantes / puérperas que apresentem distúrbios alimentares, deficiências nutricionais e desnutrição, obesidade, doenças crônicas, entre outros, conforme pactuado no matriciamento e/ou PTS.
- Desenvolver ações de mobilização de recursos comunitários, buscando fomentar espaços de vida saudáveis na comunidade, como oficinas comunitárias de alimentação saudável para as gestantes e/ou estimulá-las a produzir sua própria horta.
- Capacitar equipe a respeito da nutrição materna e o desenvolvimento fetal, excesso de peso e consequências, suplementação, amamentação, alimentação adequada na lactação, entre outros.

### **14.6.4 Farmacêutico**

- Auxiliar nas intervenções e acompanhamento das gestantes/puérperas que fazem uso indevido de medicações, em especial das que apresentam transtorno mental, das que fazem uso de medicação controlada e das usuárias de substâncias psicoativas, conforme matriciamento e/ou PTS.

- Capacitar equipes a respeito do uso de medicações durante a gestação, possibilidades, impedimentos, interações medicamentosas e demais orientações a respeito.

#### **14.6.5 Fisioterapeuta**

- Realizar avaliação, orientação e acompanhamento das gestantes obesas ou que apresentem dores crônicas na região lombar, articulações, pernas e pés, buscando reduzir os desconfortos, conforme pactuado no matriciamento e/ou PTS.
- Realizar atendimentos para as gestantes que apresentem crise e/ou transtorno de ansiedade, ou ainda grau elevado de estresse, oferecendo orientações sobre exercícios respiratórios de relaxamento, exercícios que facilitem a conscientização corporal, exercícios aeróbicos e de correção postural, entre outros, que estimulem a irrigação sanguínea, melhorando a circulação e aliviando a tensão nervosa, conforme pactuado.
- Capacitar equipes acerca de práticas preventivas, que podem ser repassadas para as gestantes, de maneira a evitar possíveis disfunções, desconfortos, dores ou lesões, bem como orientações de práticas que auxiliem no momento do parto.

#### **14.6.6 Educador Físico**

- Realizar avaliação física e acompanhamento das gestantes hipertensas, obesas ou que apresentem dores crônicas, sensibilizando-as para a importância da atividade física, conforme pactuado no matriciamento e/ou PTS.
- Realizar atendimentos específicos ou compartilhados para as gestantes que apresentem crise e/ou transtorno de ansiedade, ou ainda grau elevado de estresse, oferecendo intervenções sobre a prática de atividade física, que objetivem substituir e/ou reduzir o consumo de medicamentos através da mudança de hábitos, conforme pactuado.
- Realizar intervenções junto às gestantes que apresentem problemas de autoestima diminuída, reforçando os benefícios psicológicos da atividade física.
- Capacitar equipes sobre os benefícios da atividade física regular, antes, durante e pós-parto.

## **15 DIREITOS DA GESTANTE E PUÉRPERA**

---

Através de políticas públicas, as mulheres ganham mais espaço e liberdade dentro do contexto da saúde brasileira. Seus direitos, no entanto, nem sempre são respeitados. Por intermédio da Política Nacional de Atenção à Saúde da Mulher, é garantida a realização de pré-natal, parto e pós-parto de qualidade. Reservados a ela os direitos trabalhistas e sociais, os quais regulamentam o vínculo de trabalho da gestante com o empregador - garantindo a manutenção do emprego; preferência de atendimento, acesso à porta da frente de lotações e assento preferencial.

### **A gestação no âmbito do trabalho, direitos sociais e trabalhistas.**

#### **DIREITO À SAÚDE**

- Carteira da Gestante: a gestante deve recebê-la na primeira consulta de pré-natal e esta deve conter todas as informações sobre o seu estado de saúde, desenvolvimento do bebê e resultados de exames realizados.
- Tem o direito de ter a criança ao seu lado em alojamento conjunto, amamentar e receber orientações sobre amamentação, assim como a presença de um acompanhante, de livre escolha, durante as consultas de pré-natal, no trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (Lei nº 11.108/2005).
- Realização gratuita de testes no RN (pezinho, orelhinha, olhinho e coraçãozinho) em todos os hospitais e maternidades.

#### **DIREITOS SOCIAIS**

- Prioridade nas filas para atendimentos em instituições públicas ou privadas.
- Prioridade para acomodar-se sentada em transportes coletivos.
- Os pais têm direito de registrar seu bebê e obter a Certidão de Nascimento, gratuitamente, em qualquer cartório.
- A mulher tem direito à creche para seus filhos nas empresas que possuem em seus quadros funcionais, pelo menos 30 mulheres com mais de 16 anos de idade.

## **DIREITOS TRABALHISTAS**

- **Estabilidade no emprego**

- Toda empregada gestante tem direito à estabilidade no emprego, desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto.

- **Licença e salário-maternidade**

- A gestante tem direito à licença-maternidade de 120 dias (art. 392), sem prejuízo do emprego e do salário, devendo a gestante notificar o seu empregador, da data do início do afastamento, que poderá ocorrer entre o 28º dia antes do parto e a ocorrência deste.

- O salário-maternidade é devido às seguradas empregadas, trabalhadoras avulsas, empregadas domésticas, contribuintes individuais, facultativas e seguradas especiais, por ocasião do parto, inclusive o natimorto, aborto, adoção ou guarda judicial.

- O benefício poderá ser pago nos 120 dias em que ficam afastadas do emprego, por causa do parto e poderá ter início até 28 dias antes.

- Nos casos em que a criança venha a falecer durante a licença-maternidade, o salário-maternidade não será interrompido.

- Em casos de aborto, será pago o benefício por duas semanas, a licença varia entre 14 a 30 dias, de acordo com a prescrição médica.

- **Funções exercidas pela gestante**

- Durante a gravidez, a gestante poderá se adequar a outras funções no trabalho, sem prejuízo dos salários e demais benefícios, quando as condições de saúde da mãe e do bebê o exigirem – assegurada a volta à função anteriormente exercida, logo após o retorno da licença-maternidade, devendo a gestante apresentar ao empregador o atestado médico, confirmando que as condições atuais do trabalho podem causar prejuízos à saúde da mãe e do bebê.

## **DIREITOS DE PROTEÇÃO À MATERNIDADE**

- Dispensa do horário de trabalho para realização de no mínimo seis consultas médicas e demais exames complementares.

- Dispensa durante a jornada de trabalho, para amamentar o filho, até que este complete 6 meses de idade, sendo dois descansos especiais de meia hora cada um.

- Quando a saúde de seu filho exigir, a licença de seis meses poderá ser aumentada, a critério da autoridade competente.

### **DIREITOS DO PAI**

- O pai tem direito à licença-paternidade de cinco dias contínuos logo após o nascimento do bebê.
- O pai tem direito a participar do pré-natal e de acompanhar a gestante durante o pré-parto, parto e pós-parto.

Fonte: Brasil, 2016

## **15.1 Durante o trabalho de parto e parto**

### **A Portaria nº 1.153, de 22 de maio de 2014 ainda prevê:**

- Garantir à mulher, durante o trabalho de parto, parto e o pós-parto, um acompanhante de sua livre escolha, que lhe ofereça apoio físico e/ou emocional.
- Ofertar à mulher, durante o trabalho de parto, líquidos e alimentos leves.
- Incentivar a mulher a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto, se desejar, e a adotar posições de sua escolha durante o parto, a não ser que existam restrições médicas e isso seja explicado à mulher, adaptando-se as condições para tal.
- Garantir à mulher, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave.
- Disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor, tais como banheiras ou chuveiro, massageadores ou massagens, bola de pilates, bola de trabalho de parto, compressas quentes e frias, técnicas que devem ser informadas à mulher durante o pré-natal.
- Assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do parto, partos instrumentais ou cesarianos, a menos que sejam necessários, em virtude de complicações, sendo tal fato devidamente explicado à mulher.
- Caso seja da rotina do estabelecimento de saúde, autorizar a presença de Doula Comunitária, ou voluntária, em apoio à mulher de forma contínua se for da sua vontade.



## 16 MANEJO DO HIV, SÍFILIS E HEPATITES VIRAIS NO PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO

---

Desde 2011, através da RC, o governo federal vem implantando Testes Rápidos para diagnóstico de HIV e triagem de sífilis, hepatite B e C no âmbito da APS no intuito de promover diagnóstico precoce e início oportuno de prevenção, com vistas à redução das taxas de transmissão vertical de tais agravos, reduzindo assim o número de óbitos materno-infantis evitáveis.

Em virtude da expansão do diagnóstico por meio dos Testes Rápidos, vem se observando elevação na taxa de detecção de gestantes, principalmente com HIV e sífilis, decorrente da melhoria do diagnóstico e da vigilância epidemiológica.

A Serra Catarinense apresentou entre 2005 e 2014 uma taxa de detecção de sífilis em gestantes de 12,0 casos por 1000 nascidos vivos, enquanto o estado de Santa Catarina tem uma taxa de detecção de 8,4 casos. A mesma situação acontece quando analisamos a situação do HIV, enquanto a taxa de detecção em menores de 05 anos entre 2001 e 2013 no país, era de 3,4 casos por 100.000 habitantes, Santa Catarina apresentava uma taxa de detecção de 7,0 casos por 100.000 habitantes. (SANTA CATARINA, 2015)

Diante desta epidemia faz-se necessário que sejam tomadas condutas padronizadas para que se consiga reduzir significativamente os casos de transmissão vertical, devendo estar inclusos serviços de referência e contra referência, pois há risco de perda de seguimento ou de demora nas tomadas de decisão de tratamento ou profilaxia, o que aumenta o risco de infecção fetal.

Para que este processo ocorra de forma adequada é necessário o envolvimento de toda a equipe, bem como o cuidado compartilhado entre a Vigilância Epidemiológica e a APS, desde a disponibilização da testagem na consulta pré-concepção, até o término do aleitamento materno, ou acompanhamento das crianças que foram expostas a estes agravos.

É extremamente importante, em todos os passos do pré-natal, que a equipe esteja preparada para esclarecer dúvidas desta paciente e de seus familiares, bem como preparar quanto às rotinas que devem ser seguidas conforme cada caso, explanados abaixo.

## 16.1 HIV

Com intervenções realizadas adequadamente durante o pré-natal, em gestações planejadas, o risco de transmissão vertical do HIV é reduzido a menos de 2%. Contudo, sem o adequado planejamento e seguimento, esse risco pode chegar até a 45%.

A gestante deve ser testada na primeira consulta de pré-natal, repetir no segundo trimestre (preferencialmente de 23 a 26 semanas de gestação), repetir no terceiro trimestre (preferencialmente de 33 a 35 semanas de gestação), repetir no parto, puerpério e trimestralmente enquanto estiver amamentando. Todos os resultados dos testes rápidos devem ser registrados na carteirinha da gestante e no prontuário da paciente.

O pré-natal masculino deve ser realizado sempre que possível. As parcerias sexuais devem ser testadas no primeiro trimestre do pré-natal, repetir no segundo trimestre, repetir no terceiro trimestre, puerpério e trimestralmente enquanto a parceira estiver amamentando. Todos os resultados dos testes rápidos devem ser registrados no prontuário deste paciente e da gestante, sua parceira.

### 16.1.1 Gestantes com diagnóstico de HIV

As gestantes diagnosticadas com HIV devem ser compartilhadas com o seguimento pré-natal de alto risco (AAE) e SAE na Vigilância Epidemiológica, **devendo manter o vínculo com a Atenção Primária a Saúde, dando continuidade ao pré-natal habitual na Unidade Básica de Saúde.**

O acompanhamento da gestante com o exame de CV é extremamente necessário, visto que a taxa de Transmissão Vertical (TV) do HIV é inferior a 1% em gestantes em uso de antirretroviral (ARV) que mantém níveis de CV-HIV abaixo de 1.000 cópias/mL, sendo, portanto, muito baixa quando a CV estiver indetectável.

Devem ser realizados três exames de CV-HIV durante a gestação:

1. Na primeira consulta do pré-natal, que estabelece a magnitude da viremia;
2. Duas a quatro semanas após a introdução da terapia de antirretroviral (TARV), para avaliar a resposta ao tratamento;
3. A partir da 34ª semana, para indicação da via de parto.

Já a contagem de LT-CD4+ deverá ser realizada na primeira consulta de pré-natal e pelo menos a cada três meses durante a gestação para gestantes em início de tratamento.

Para gestantes em seguimento clínico em uso de TARV, com CV-HIV indetectável, solicitar contagem de LT-CD4+ juntamente com CV-HIV na primeira consulta e na 34ª semana.

A TARV está indicada para toda gestante infectada pelo HIV, devendo ser iniciado o mais breve possível. Apenas cerca de 70% das grávidas em tratamento e sem exposição previa aos ARV atingem supressão viral próxima ao parto. A principal causa para a não supressão viral nesse grupo é a adesão insuficiente, que costuma se agravar após o parto, sendo que a equipe de saúde deve estar atenta aos aspectos individuais e dinâmicos que podem afetar a adesão.

A falta de adesão acarreta outros problemas, como resistência viral e imunossupressão.

### **16.1.2 Indicação da via de parto da gestante HIV**

É importante durante as consultas de pré-natal que a mulher seja orientada quanto a via de parto e suas indicações ou restrições. São 3 casos que devem ser avaliados para a indicação da via de parto da gestante HIV:

1. Em mulheres com CV desconhecida ou maior que 1.000 cópias/mL após 34 semanas de gestação, a cesárea eletiva a partir da 38ª semana de gestação diminui o risco de TV do HIV.
2. Para gestantes em uso de ARV e com supressão da CV-HIV sustentada (maior que 6 meses) caso não haja indicação de cesárea por outro motivo, a via de parto vaginal é indicada.
3. Em mulheres com CV-HIV <1.000 cópias/mL, mas DETECTÁVEL, pode ser realizado parto vaginal, se não houver contraindicação obstétrica. No entanto, o serviço deve estar ciente de que essa mulher tem indicação de receber Zidovudina (AZT) intravenoso.

### **16.1.3 Uso do ARV durante o parto**

Não é necessário uso de AZT profilático endovenoso (EV) naquelas gestantes que apresentem CV-HIV indetectável após 34 semanas de gestação, e que estejam em TARV com boa adesão.

Quando indicado, deve ser administrado durante o início do trabalho de parto, ou pelo menos 3 (três) horas antes da cesariana eletiva, até o clampeamento do cordão umbilical.

Para as mulheres que já fazem uso do antirretroviral, devem ser mantidos nos horários habituais, VO, com um pouco de água, mesmo durante o trabalho de parto, independentemente de ser cesária.

Importante salientar que, independentemente da CV-HIV, o médico pode eleger ou não o uso do AZT intraparto EV.

#### 16.1.4 Amamentação

O risco de TV do HIV continua por meio da amamentação. Dessa forma, o fato de a mãe utilizar ARV não controla a eliminação do HIV pelo leite, e não garante proteção contra a TV.

A Atenção Primária à Saúde deve recomendar durante todo o pré-natal que toda puérpera vivendo com HIV/aids **não amamente**. Ao mesmo tempo, ela deve ser informada e orientada sobre o direito a receber fórmula láctea infantil. A inibição farmacológica da lactação deve ser realizada imediatamente após o parto, administrada antes da alta hospitalar ou no momento do diagnóstico durante amamentação.

O aleitamento cruzado (amamentação da criança por outra mãe), é **contraindicado**. Se ocorrer infecção materna aguda durante a amamentação, o risco de infecção da criança é maior devido à elevada CV-HIV (muito vírus circulante) e queda na contagem de LT-CD4+ (baixa imunidade). A mãe deve ser orientada para a interrupção imediata da amamentação assim que o diagnóstico for realizado.

Importante salientar a necessidade de orientação sobre o uso do preservativo durante a lactação para as puérperas.

Para as crianças que foram amamentadas, deve-se orientar a imediata interrupção da amamentação, a realização do exame de CV-HIV e o início da profilaxia pós exposição (PEP) simultaneamente à investigação diagnóstica. Também se recomenda a realização imediata da CV duas semanas após o início da PEP, repetindo-se o exame seis semanas após o início da PEP. Caso o resultado fique acima de 5.000 cópias/mL, repete-se o exame imediatamente e, caso o resultado do segundo exame se mantiver acima de 5.000 cópias/mL, considera-se a criança infectada. Se o resultado do primeiro exame for de até 5.000 cópias/mL, a segunda CV-HIV deve ser repetida com intervalo mínimo de quatro

semanas e, caso o resultado seja de até 5.000 cópias/mL, considera-se a criança sem indício de infecção.

Todas as crianças nascidas de mães vivendo com HIV deverão receber ARV como umas das medidas de profilaxia para TV. O RN deve receber **AZT solução oral**, preferencialmente ainda **na sala de parto**, logo após os cuidados imediatos, ou nas primeiras quatro horas após o nascimento, devendo ser **mantido o tratamento durante as primeiras quatro semanas de vida**.

Para **mães com CV-HIV maior que 1.000 cópias/mL** identificada no último trimestre **ou com CV-HIV desconhecida**, a **nevirapina** deverá ser acrescentada ao AZT e ser iniciada **até 48 horas após o nascimento**.

A indicação da quimioprofilaxia após 48 horas do nascimento da criança deverá ser discutida caso a caso, preferencialmente com o médico especialista.

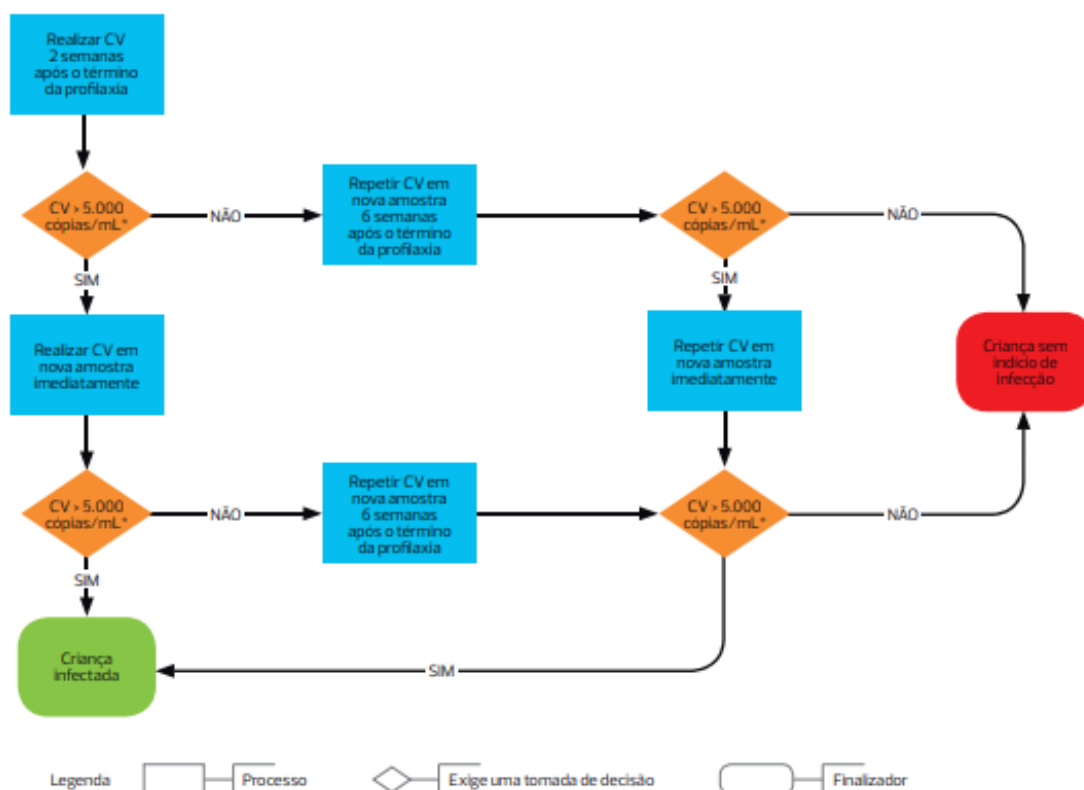
#### **16.1.5 Seguimento da criança exposta ao HIV**

O acompanhamento da criança deve ser feito normalmente nas consultas de puericultura, no mínimo mensalmente nos primeiros seis meses e, no mínimo, bimestral a partir do 1º ano de vida.

Crianças que presumivelmente se infectaram com o HIV durante a gestação podem ter o vírus detectável ao nascimento, não sendo recomendada a realização de anti-HIV neste momento. Para o diagnóstico, é fundamental realizar pelo menos 2 dois exames de CV. A CV-HIV é um teste que quantifica as partículas virais circulantes na corrente sanguínea. A primeira CV deverá ser coletada duas semanas após o término da profilaxia com ARV e a segunda CV deve ser coletada pelo menos seis semanas após o término da profilaxia.

Se a primeira CV tiver um resultado acima de 5.000 cópias/mL, esta deve ser repetida imediatamente para confirmação. Caso o resultado da primeira CV fique abaixo de 5.000 cópias/mL, deve-se realizar nova coleta após quatro semanas da primeira coleta. Se os resultados entre a primeira e a segunda CV forem discordantes, uma terceira amostra deverá ser coletada imediatamente. A criança será considerada infectada pelo HIV caso haja dois resultados consecutivos de CV-HIV acima de 5.000 cópias/mL. Considera-se a criança sem indício de infecção quando houver dois resultados consecutivos de CV de até 5.000 cópias/mL. Acima dos 18 meses, deve-se realizar um anti-HIV na criança para encerrar o caso.

**Figura 05** – Fluxograma para utilização de testes para qualificação de RNA viral – CV – HIV em crianças entre 1 e 18 meses, após uso de profilaxia com ARV para a criança



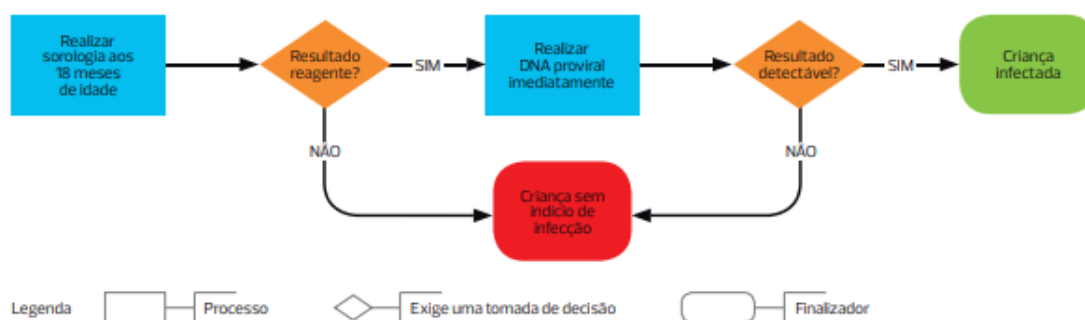
Fonte: BRASIL, 2018c

Caso a criança não tenha recebido a profilaxia deve-se, realizar CV imediatamente após a identificação do caso. Se o resultado for acima de 5.000 cópias/mL, repete-se o exame em seguida e, se o resultado do segundo exame se mantiver acima de 5.000 cópias/mL, considera-se a criança infectada.

Se o resultado do primeiro exame for de até 5.000 cópias/mL, a segunda CV deve ser repetida com intervalo mínimo de quatro semanas e, caso o resultado seja de até 5.000 cópias/mL, considera-se a criança sem indício de infecção. Ressalta-se que em RN sintomáticos, a CV pode ser colhida a qualquer momento.

Realizar sorologia (Anti-HIV) após 18 meses de idade para documentar que houve sororreversão. Quando o resultado da sorologia for não reagente, concluir a notificação da criança exposta como não infectada.

**Figura 06** – Fluxograma para realização de testes para definição do diagnóstico em crianças sem indício de infecção (com duas CV<5.000 cópias/mL)



Fonte: BRASIL, 2018c

Para crianças com idade superior a 18 meses deve-se seguir o mesmo fluxo laboratorial para a população geral, com teste de triagem e confirmatório. Salienta-se a necessidade e importância da notificação e investigação dos casos de diagnóstico de HIV, seja em adultos, gestantes ou crianças.

## 16.2 HEPATITE B

A Hepatite B e criança exposta são agravos de notificação compulsória. O Vírus da Hepatite B (HBV) pode ser transmitido por via parenteral, sexual e vertical (perinatal e intrauterina). A via perinatal, no momento do parto, é umas das vias mais importantes de transmissão para os RNs. Nesse cenário, a evolução é desfavorável, com maior chance de cronificação com significativa taxa de morbidade e mortalidade.

A maioria das mulheres jovens com infecção crônica pelo HBV apresenta-se na fase de imunotolerância da infecção (Antígeno de superfície da hepatite B (HBsAg) positivo, Antígeno e da hepatite B (HBeAg) positivo), que se caracteriza pela intensa replicação viral, porém sem doença hepática ativa (TGO/ Transaminase Glutâmico-Pirúvica (TGP) em níveis dentro da normalidade e histologia hepática com mínimas alterações). A hepatite B crônica tem pouca influência no curso da gestação, assim como a gestação em geral não altera a história natural da doença; porém, após o parto, poderá ocorrer reativação viral com exacerbação da doença hepática na parturiente.

A investigação da infecção pelo HBV deve ser realizada através do TR na primeira consulta de pré-natal, repetir no segundo trimestre (preferencialmente de 23 a 26 semanas

de gestação), repetir no terceiro trimestre (preferencialmente de 33 a 35 semanas de gestação), repetir no parto, puerpério e trimestralmente enquanto estiver amamentando. Todos os resultados dos testes rápidos devem ser registrados na carteirinha da gestante e no prontuário da paciente.

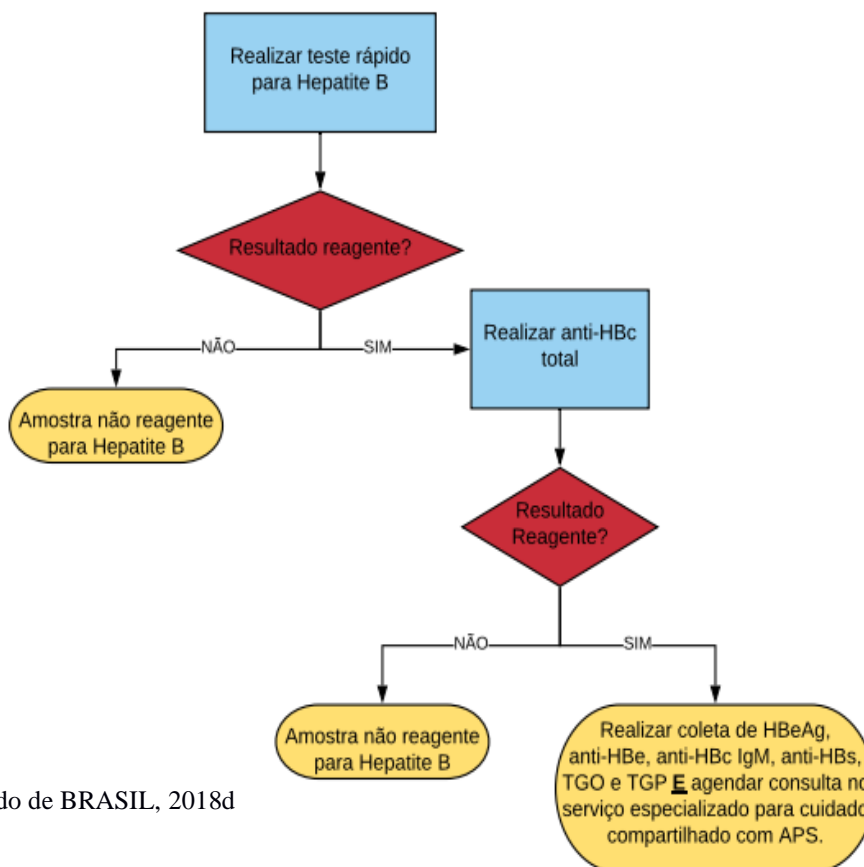
Um dos objetivos do pré-natal é a identificação das mulheres portadoras crônicas do HBV, especialmente as que possuem CV-HBV elevada, para que seja iniciada a profilaxia oportuna na gestante quando necessário, e a oferta de profilaxias ao RN exposto no pós-parto imediato, de modo a impedir a TV do HBV.

### 16.2.1 Diagnóstico

Quando a infecção aguda pelo HBV ocorre no primeiro trimestre da gestação, o risco de transmissão da infecção ao RN é pequeno, menor que 10%; porém, quando a infecção ocorre no segundo ou terceiro trimestres da gestação, o risco de transmissão se eleva a níveis superiores a 60%.

Gestantes com TR reagente para Hepatite B, independente do trimestre, deverão complementar a investigação com solicitação dos exames conforme o fluxograma abaixo:

**Figura 07** – Fluxograma dos exames complementares para investigação de Hepatite B em gestantes



Fonte: Adaptado de BRASIL, 2018d



Todas as gestantes com **hepatite B** que apresentem níveis de **HBeAg reagente, CV-HBV superiores a 200.000 UI/mL ou ALT > 2xLSN** devem receber terapia profilática com **TDF 300mg uma vez ao dia VO, a partir de 28-32 semanas de gestação** (terceiro trimestre).

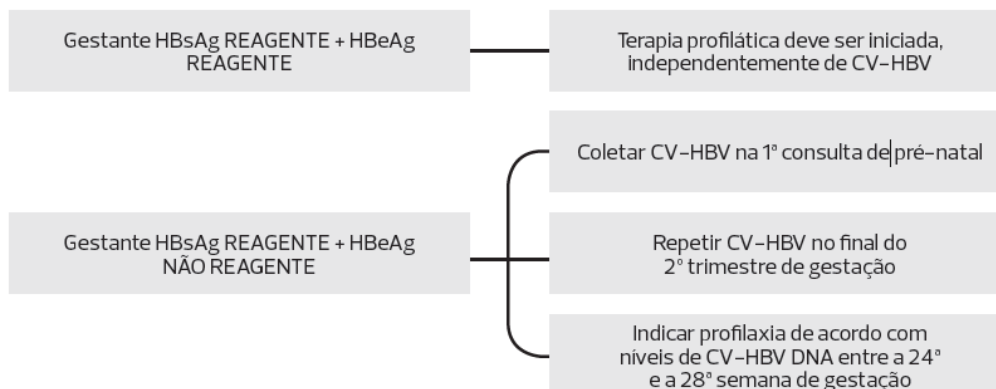
Mulheres que apresentam perfil sorológico **HBsAg e HBeAg reagentes** não necessitam exame de CV-HBV para determinar a profilaxia antiviral. Entende-se que, em razão desse perfil, essas gestantes já **apresentam níveis elevados de CV-HBV**, com incremento de risco de transmissão perinatal. **A terapia profilática com Tenofovir (TDF) no último trimestre da gestação já está indicada.**

No caso de gestantes que apresentarem **o perfil sorológico HBsAg reagente e HBeAg não reagente**, a determinação dos níveis de CV-HBV deverá ser realizada imediatamente (avaliação inicial) e repetida ao final do segundo trimestre da gestação. A decisão sobre a terapia profilática deverá ser avaliada entre a 28ª e a 32ª semana de gestação.

Para gestantes que tenham comprovadamente HBsAg reagente e que iniciem tardiamente o pré-natal ou que não tenham acesso ao resultado do CV- HBV em tempo hábil será necessário considerar profilaxia com TDF enquanto se aguarda CV-HBV ou até o momento do parto.

No caso de gestantes com infecção crônica pelo HBV e que já estejam em terapia antiviral, deve-se levar em consideração a gravidade da doença materna e o potencial risco/benefício para o feto.

**Figura 08** – Fluxograma de indicação de profilaxia com TDF de acordo com os diferentes cenários sorológicos



Fonte: BRASIL, 2019

O risco maior de transmissão vertical para Hepatite B nas gestantes é maior quando apresentam maior replicação viral, com HBeAg reagente. **Em caso de perfil sorológico HBeAg reagente, há indicação de profilaxia com TDF a ser realizada no 3º trimestre da gestação.** Recomenda-se seguir a terapia antiviral com TDF durante toda a gestação e manter essa terapia após o parto.

Quando a gestação ocorre em mulher portadora **de infecção crônica pelo HBV com perfil imunológico HBsAg reagente/HBeAg reagente, a imunoprofilaxia adequada no momento do parto é fundamental. Sem a adoção dessa medida, mais de 90% das crianças irá desenvolver infecção aguda pelo HBV,** que poderá progredir para infecção crônica com complicações da doença hepática crônica na idade adulta.

A decisão quanto à **suspensão da profilaxia medicamentosa** ou tratamento, quando for o caso, será definida por especialista da rede de referência, após o término da gestação. Contudo, foi **descrita reativação viral com exacerbação da doença hepática materna após a descontinuação da terapia antiviral.** Por essa razão, gestantes que utilizaram TDF como profilaxia perinatal, após a suspensão da medicação, deverão ser monitoradas mensalmente nos primeiros seis meses pós-parto, com avaliação das enzimas hepáticas.

**Figura 09** – Recomendações para indicação de profilaxia com TDF de acordo com os cenários clínicos da gestante com hepatite B

INFECÇÃO PELO HBV (FASE)	HBeAg	CV-HBV	INDICAÇÃO DE PROFILAXIA PARA PREVENÇÃO DA TV
Imunotolerante	REAGENTE	Qualquer valor	Sim
Hepatite B HBeAg reagente	REAGENTE	Qualquer valor	Sim
Hepatite B portador inativo	NÃO REAGENTE	Menor que 200.000 UI/mL	Não
Hepatite B HBeAg não reagente	NÃO REAGENTE	Maior que 200.000 UI/mL	Sim
Coinfecção com HIV	Manter tratamento		

Fonte: BRASIL, 2019

Importante salientar que após o diagnóstico desta gestante, a mesma deve ser compartilhada com o SAE e AAE. Além disso, devem-se identificar pessoas que compartilham a mesma residência e parcerias sexuais para realizar rastreamento.

### 16.2.2 Vacinação e imunoglobulina

O esquema vacinal para Hepatite B com três doses está recomendado durante a gestação para todas as mulheres sem histórico de vacinação ou com esquema vacinal incompleto. Gestantes expostas ao HBV em qualquer trimestre, por relação sexual ou acidente com material biológico deverão receber associação de vacina imunoglobulina humana anti-hepatite B (IGHAHB).

A profilaxia deve-se fazer pela administração de IGHAB e vacinação para hepatite B. Dessa forma, reduz-se o risco de transmissão para 5% a 10%.

Logo após o nascimento, os RNs de mulheres com Hepatite B devem receber IGHAB e a primeira dose do esquema vacinal para HBV. As demais doses serão feitas aos 2, 4 e 6 meses. A avaliação da soroconversão deve ser realizada mediante anti-HBs e HBsAg entre 30 a 60 dias após a última dose da vacina para hepatite B.

Idealmente, a dose da vacina ao nascimento deve ser dada em até 24 horas após o parto, preferencialmente na sala de parto, embora a dose da vacina possa ser efetiva, ainda que parcialmente, quando dada após 24 horas.

### 16.2.3 Parto e amamentação

Não há evidências concretas dos benefícios da realização de cesariana como medida preventiva da transmissão vertical de hepatite B.

Para o binômio mãe-filho em que todas as recomendações foram seguidas – vacina e IGHAB na criança exposta e profilaxia medicamentosa com TDF na gestante **com indicação** –, a amamentação não está contraindicada.

### 16.2.4 Segmento da criança exposta ao HBV

As crianças expostas ao vírus HBV durante a gestação devem ter os cuidados habituais de qualquer RN. Para as crianças expostas que receberam o seguimento adequado no período pós-natal, com vacina e IGHAB, devem seguir o esquema vacinal e o anti-HBs e HBsAg deverão ser realizados nas crianças 30 a 60 dias após o término do esquema vacinal.

Para as crianças expostas ao HBV que **não** receberam seguimento adequado durante o período pós natal, sem vacina e IGHAB, deverá ser realizada investigação

quanto a infecção pelo HBV. Esse fluxo também necessita ser seguido por aquelas crianças expostas que chegam tardiamente ao serviço de saúde e para as quais não há registro da profilaxia para hepatite B após o nascimento.

As crianças expostas que **não** receberam IGHAHB no nascimento deverão realizar HBsAg como rastreio assim que chegarem ao serviço. As que tiverem HBsAg **não reagente** deverão seguir esquema vacinal. O anti-HBs deverá ser realizado nas crianças 30 a 60 dias após o término do esquema vacinal. Crianças com HBsAg **reagente** confirmam infecção pelo HBV e deverão realizar demais exames como HBeAg, CV-HBV e dosagem sérica das enzimas AST e ALT, além de ultrassonografia de abdome superior para avaliação hepática inicial.

Essas crianças deverão ser acompanhadas pela APS e encaminhadas aos serviços de referência para seguimento e definição de terapêutica se diagnóstico de transmissão vertical confirmado.

### 16.3 HEPATITE C

A investigação da infecção pelo HCV deve ser realizada através do TR na primeira consulta de pré-natal, repetir no segundo trimestre (preferencialmente de 23 a 26 semanas de gestação), repetir no terceiro trimestre (preferencialmente de 33 a 35 semanas de gestação), repetir no parto, puerpério e trimestralmente enquanto estiver amamentando. Todos os resultados dos testes rápidos devem ser registrados na carteirinha da gestante e no prontuário da paciente.

Um dos objetivos do pré-natal é a identificação das mulheres portadoras crônicas do HCV, visto que há evidências de que mulheres com HCV estão sob risco de piores desfechos maternos e neonatais, como diabetes gestacional, pré-eclâmpsia, restrição de crescimento, hemorragia, pré-parto e parto pré-termo.

Se for confirmada a gestação durante o tratamento da hepatite C, este deverá ser suspenso. Recomenda-se que mulheres em idade fértil em tratamento de hepatite C sejam submetidas a testes de gravidez com periodicidade e que utilizem contracepção. Após o tratamento, deve-se evitar gestação pelos próximos seis meses.

Os medicamentos utilizados para o tratamento da hepatite C aguda e crônica são teratogênicos ou não possuem dados que comprovem segurança na gestação; por isso, são contraindicados durante esse período, mas deve ser retomado após o término da gestação.

Uma metanálise recente demonstrou uma taxa de TV de hepatite C de 5,8%, embora as taxas possam variar a depender de fatores geográficos, gravidade da doença e altos títulos de CV-HCV, comorbidades como a coinfeção com o HIV ou presença de monócitos infectados pelo HCV em sangue periférico.

Não há evidências científicas que recomendem uma via de parto preferencial com o propósito de prevenir a TV do HCV. Orienta-se evitar procedimentos invasivos, parto laborioso e tempo de ruptura de membranas maior que seis horas para minimizar a possibilidade de TV. Também não existem evidências de que a TV do HCV possa ser evitada com a contra-indicação a amamentação.

### **16.3.1 Seguimento de crianças nascidas de mães HCV reagentes**

A maioria das infecções crônicas pelo HCV na infância é assintomática e benigna no entanto, o estágio precoce de infecção adquirida por transmissão vertical é caracterizado por uma ampla variação de anormalidade de ALT. São descritos três desfechos possíveis para a infecção pelo HCV adquirida verticalmente :

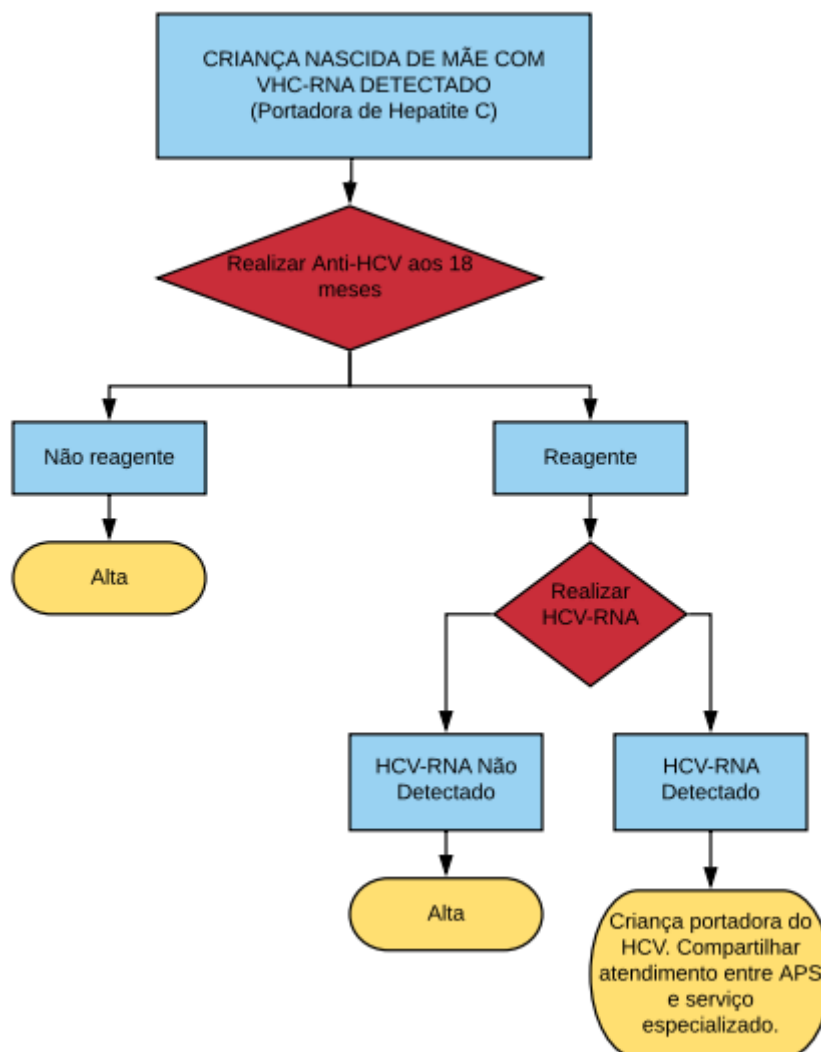
- 20% a 40% dos RN irão negatizar o vírus;
- 50% dos RN desenvolverão infecção crônica assintomática (CV-HCV detectável intermitentemente e níveis normais de ALT);
- 30% dos RN terão infecção crônica ativa com CV-HCV persistentemente detectável e ALT frequentemente anormal.

Os anticorpos IgG anti-HCV maternos podem atravessar passivamente a barreira placentária e serem detectados na criança até os 18 meses de idade, sem necessariamente indicar infecção. A manutenção dos níveis de IgG séricos após os 18 meses de idade, mesmo em títulos menores, é indicativa de que são produzidos pela própria criança, confirmando a infecção.

Os anticorpos IgM não atravessam a barreira placentária, e por isso, se forem detectados na corrente sanguínea do RN, indicam TV do vírus. O que pode ocorrer, nesse caso, é um resultado falso-positivo, já que a IgM pode ser heteróloga (não específica), por ser uma molécula muito complexa para ser produzida por um sistema imune imaturo.

Sendo assim, é recomendado que as crianças expostas nascidas de mães com anti-HCV reagente sejam testadas para anticorpos anti-HCV a partir dos 18 meses de idade.

**Figura 10** – Fluxograma da testagem de crianças de 18 meses de idade expostas nascidas de mãe com anti HCV reagente



**Fonte:** Adaptado de BRASIL, 2018d

Dessa forma, podem-se considerar os seguintes cenários:

- Crianças com sorologia anti-HCV não reagente após os 18 meses podem ser consideradas negativas para hepatite C;
- Crianças com anti-HCV e CV-HCV detectável confirmam a infecção pelo vírus da hepatite C;
- Aquelas com anti-HCV reagente e CV-HCV indetectável (após os 18 meses) indicam contato passado e provável cura espontânea do vírus da hepatite C.

As crianças expostas ao HCV devem ter o cuidado compartilhado entre a APS e serviço especializado. No entanto, a investigação diagnóstica não deve aguardar a consulta com especialista.

## **16.4 SÍFILIS**

### **16.4.1 Manejo e seguimento da sífilis em gestante**

A investigação da infecção por sífilis deve ser realizada através do TR na primeira consulta de pré-natal, repetir no segundo trimestre (preferencialmente de 23 a 26 semanas de gestação), repetir no terceiro trimestre (preferencialmente de 33 a 35 semanas de gestação), repetir no parto, puerpério e trimestralmente enquanto estiver amamentando. Todos os resultados dos testes rápidos devem ser registrados na carteirinha da gestante e no prontuário da paciente.

A sífilis pode apresentar consequências severas na gestação, com manifestações congênitas precoces ou tardias, prematuridade, abortamento, entre outros. A taxa de transmissão vertical de sífilis para o feto é de até 80% intraútero. O estágio da doença da mãe influencia a infecção fetal, assim como o tempo em que o feto é exposto ao treponema. Tal acometimento fetal provoca entre 30 a 50% de morte in útero, parto pré-termo ou morte neonatal. Em 2018, só no município de Lages foram computados 11 natimortos e 9 abortos por sífilis congênita.

A grande parte dos casos de sífilis são assintomáticas (latente recente – até 2 anos de duração e latente tardia – mais de 2 anos de duração), contudo, toda erupção cutânea sem causa determinada deve ser investigada com teste para sífilis.

As gestantes com sífilis devem ter uma maior atenção, devido a chance de transmissão vertical, ocasionando a sífilis congênita. Devido a isso, alguns cuidados devem ser considerados:

### **16.4.2 Diagnóstico e seguimento laboratorial**

- Os testes rápidos são testes treponêmicos, que devem ser utilizados como primeira opção no diagnóstico da sífilis. São os primeiros a se tornarem reagentes e em 85% dos casos, permanecem reagentes por toda vida, mesmo após o tratamento.

- O VDRL é um teste não treponêmico, utilizado para seguimento laboratorial e torna-se reagente cerca de 1 a 3 semanas após o aparecimento do cancro-duro. Se a infecção for detectada nas fases tardias da doença são esperados títulos baixos. Títulos baixos (menores ou iguais a 1:4) podem persistir por meses ou anos.

- As pessoas com títulos baixos no VDRL e sem registro de tratamento devem ser tratadas como sífilis latente tardia.

- As gestantes devem realizar o TR para sífilis na primeira consulta de pré-natal, repetir no segundo trimestre (preferencialmente de 23 a 26 semanas de gestação), repetir no terceiro trimestre (preferencialmente de 33 a 35 semanas de gestação), repetir no parto, puerpério e trimestralmente enquanto estiver amamentando. Todos os resultados dos testes rápidos devem ser registrados na carteirinha da gestante e no prontuário da paciente.

- O pré-natal masculino deve ser realizado sempre que possível. As parcerias sexuais devem ser testadas no primeiro trimestre do pré-natal, repetir no segundo trimestre, repetir no terceiro trimestre, puerpério e trimestralmente enquanto a parceira estiver amamentando. Todos os resultados dos testes rápidos devem ser registrados no prontuário deste paciente e da gestante, sua parceira.

- Em caso de TR reagente na gestante ou na sua parceria sexual, ambos devem ser tratados de imediato, concomitantemente, mesmo com resultados discordantes (exemplo: TR da gestante reagente e do parceiro não reagente = tratar os dois) registrando todas as aplicações na carteira da gestante e no prontuário da gestante e da parceria.

- Após TR reagente, independente do trimestre, o seguimento deve ser feito somente com VDRL.

- Para a gestante, solicitar VDRL para seguimento sorológico somente após a realização do TR. O ideal seria a coleta do 1º VDRL no primeiro dia de tratamento (VDRL de base) ou o mais breve possível e coletas mensais até o final da gestação. Após o parto, o seguimento é trimestral até o 12º mês de acompanhamento (3, 6, 9, 12 meses). Todos os resultados de VDRL devem ser registrados na carteira da gestante, até o momento do parto e prontuário da paciente sempre.

- Para a parceria sexual, solicitar VDRL trimestralmente durante dois anos.

- Ressalta-se a importância que todos os exames VDRL sejam realizados no mesmo laboratório.

- Em casos discordantes, por exemplo TR reagente, que inicia tratamento, e vem com VDRL não reagente. **Solicitar teste treponêmico (FTA-ABS)** para confirmar ou excluir o diagnóstico de sífilis. **Até o resultado do exame, mantém-se o tratamento, considerando que falamos de gestante e parceria sexual.**

Atentar sempre a necessidade de monitoramento do VDRL da gestante e sua(s) parceria(s) sexual, sempre com a orientação do uso de preservativos e abordagem de relacionamentos com outras parcerias.



**NOTA:**

Títulos baixos no VDRL podem ser encontrados em 3 situações:

- Infecção recente (no momento da coleta o título ainda não estava alto)
- Estágios tardios da infecção (sífilis tardia: com mais de 2 anos de duração)
- Pessoas adequadamente e comprovadamente tratadas (com registro) que

não tenham atingido VDRL não reagente, denominado cicatriz sorológica.

**16.4.3 Tratamento**

A benzilpenicilina benzatina é o medicamento de escolha para tratamento de sífilis. Devido ao cenário epidemiológico atual, o tratamento para gestantes e suas parcerias sexuais deve ser imediato, após teste reagente para sífilis.

Todos os casos onde não seja possível realizar estadiamento ou identificar a lesão sífilítica, devem ser considerados como sífilis tardia e tratada conforme quadro abaixo.

**Quadro 16 – Tratamento da sífilis em gestante**

<b>DEFINIÇÃO</b>	<b>PRESCRIÇÃO</b>	<b>SEGMENTO</b>
Sífilis tardia (com mais de 2 anos de duração), ou latente com duração ignorada e sífilis terciária.	<b>(médico e enfermeiro)</b> - Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x por semana (1,2 milhão UI em cada glúteo), por 3 semanas (intervalo de 7 dias entre cada aplicação). <b>Prescrição em receituário carbonado</b>	<b>VDRL mensal</b> preferencialmente no mesmo laboratório até o final da gestação. Manter coleta de VDRL trimestral durante 12 meses.

OBS: Pode ser realizada administração de Benzilpenicilina Benzatina IM nas UBS conforme deliberação 162/CIB/2016 (ANEXO 16).

Considera-se resposta imunológica adequada a ocorrência da diminuição da titulação do VDRL em duas diluições em até três meses e quatro diluições em até 6 meses, com evolução até a sororreversão (VDRL não reagente). Quanto mais precoce for o diagnóstico e o tratamento, mais rapidamente haverá desaparecimento dos anticorpos circulantes e consequente negatificação do VDRL, ou ainda, sua estabilização em títulos baixos.

Deve-se considerar **retratamento** nos seguintes casos:

1. Ausência de redução na titulação em duas diluições no intervalo de três meses, após tratamento adequado (em casos de titulações menores ou iguais a 1:4, considerando que o VDRL de base também seja menor ou igual a 1:4, onde não haja essa redução na titulação, manter acompanhamento mensal de VDRL, porém sem necessidade de retratamento)

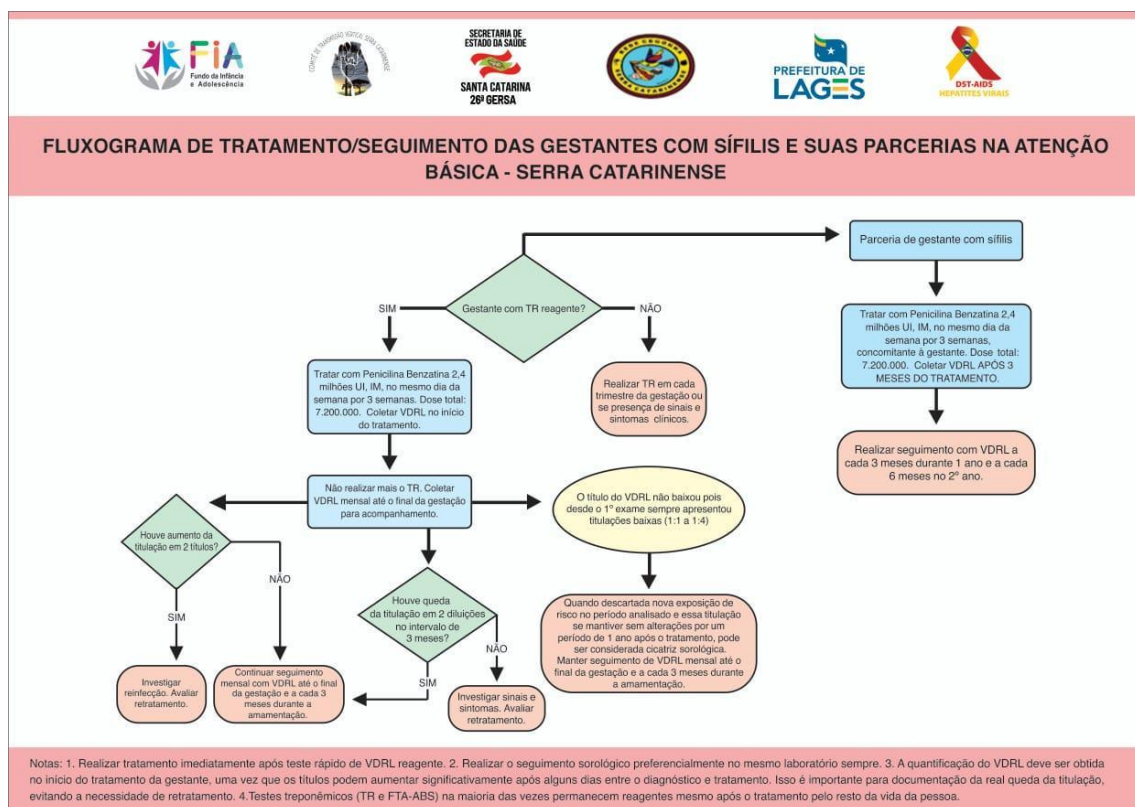
OU

2. Aumento da titulação em duas diluições ou mais (ex. de 1:16 para 1:64)

OU

3. Persistência ou recorrência de sinais clínicos.

**Figura 11** - Fluxograma de tratamento/seguimento das gestantes com sífilis e suas parcerias sexuais na Atenção Primária à Saúde



Fonte: LAGES, 2018b

● Observação: caso se tenha certeza (através de acompanhamento laboratorial, história clínica e registros em prontuários) do estadiamento de sífilis recente (até 2 anos de evolução) o

tratamento deve ser realizado com benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo).

- Em casos suspeitos de neurosífilis, a paciente deve ser encaminhada para serviço de referência para investigação – AAE.

Lembramos que o tratamento da gestante com benzilpenicilina benzatina após um teste reagente é fundamental para evitar a sífilis congênita. Cada semana que uma gestante com sífilis passa sem tratamento é mais tempo de exposição e risco de infecção para o concepto. Garantir o tratamento adequado da gestante, além de registrá-lo na caderneta de pré-natal e prontuário, é impedir que o RN passe por intervenções biomédicas desnecessárias que podem colocá-lo em risco, além de comprometer a relação mãe-bebê.

#### **16.4.4 Sífilis congênita e criança exposta à sífilis**

De acordo com MS, 2019 a transmissão vertical é passível de ocorrer em qualquer fase gestacional ou estágio da doença materna e pode resultar em aborto, natimorto, prematuridade ou um amplo espectro de manifestações clínicas; apenas os casos muito graves são clinicamente aparentes ao nascimento. A Sífilis em gestantes e Sífilis congênita são agravos de notificação compulsória.

Todas as crianças expostas a sífilis ou sífilis congênita deverão ser avaliadas ao nascimento. O exame físico dessas crianças deve ser completamente normal, o achado de qualquer sinal e sintoma deve levar a investigação complementar. Todos os RN nascidos de mãe com diagnóstico de sífilis durante a gestação, independentemente do histórico de tratamento materno, deverão realizar **teste não treponêmico periférico**. O sangue de cordão umbilical não deve ser utilizado, pois esse tipo de amostra contém uma mistura do sangue da criança com o materno e pode resultar em testes falso-reagentes. Obs.: testagem simultânea da mãe e da criança, no pós-parto imediato, com o mesmo tipo de teste não treponêmico, configura o melhor cenário para a determinação do significado dos achados sorológicos da criança.

No teste não treponêmico, um **título maior que o materno em pelo menos duas diluições** (ex.: materno 1:4, RN maior ou igual a 1:16) é indicativo de infecção congênita. No entanto, a ausência desse achado não exclui a possibilidade do diagnóstico de SC. Alguns estudos demonstraram que menos de 30% das crianças com sífilis congênita têm resultado pareado do teste não treponêmico maior que o materno (RAWSTRON et al.,

2001; SINGH et al., 2013); portanto, é fundamental a realização do seguimento de todas as crianças.

Não há correlação entre a titulação dos testes treponêmicos do RN e da mãe que possa sugerir SC. Dessa forma, não se recomenda a realização do teste treponêmico no bebê até os 18 meses (SINGH et al., 2013).

**Figura 12 - Testes de sífilis para crianças com sífilis congênita**

TESTES DE SÍFILIS	NA MATERNIDADE OU CASA DE PARTO	NO SEGUIMENTO	O QUE AVALIAR
<p><b>Teste não treponêmico</b></p>	<p>Coletar amostra de sangue periférico do RN e da mãe pareados para comparação. Não realizar coleta de cordão umbilical.</p>	<p>Realizar com 1, 3 e 6 meses de idade. Interromper o seguimento laboratorial após dois testes <b>não reagentes</b> consecutivos <b>ou</b> queda do título em duas diluições, conforme o seguimento acima mencionado.</p>	<p>Não reagente ou reagente com titulação menor, igual ou até uma diluição maior que o materno (ex.: RN 1:4 e materno 1:2): baixo risco de SC. Reagente com titulação superior à materna em pelo menos duas diluições: sífilis congênita (ex.: RN 1:16 e materno 1:4). Realizar tratamento de acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (PCDT) atual e realizar notificação imediata do caso de sífilis congênita. Espera-se que os testes não treponêmicos declinem aos 3 meses de idade, devendo ser <b>não reagentes</b> aos 6 meses nos casos em que a criança não tiver sido infectada. Se não houver esse declínio do teste não treponêmico, a criança deverá ser investigada para SC, com realização de exames complementares e tratamento conforme a classificação clínica, além de notificação do caso.  Idealmente, o exame deve ser feito pelo mesmo método e no mesmo laboratório.</p>
<p><b>Teste treponêmico</b></p>	<p>Não realizar</p>	<p><b>NÃO é obrigatório.</b> Pode ser realizado a partir dos 18 meses de idade.</p>	<p>Um teste treponêmico reagente após os 18 meses idade (quando desaparecem os anticorpos maternos transferidos passivamente no</p>

			<p>período intrauterino) confirma o diagnóstico de sífilis congênita. Um resultado não reagente não exclui sífilis congênita nos casos em que a criança foi tratada precocemente. Crianças com teste treponêmico reagente após 18 meses de idade e que não tenham histórico de tratamento prévio deverão passar por uma avaliação completa, receber tratamento e ser notificadas como caso de sífilis congênita.</p>
--	--	--	--

Fonte: BRASIL, 2019

#### 16.4.5 Seguimento clínico-laboratorial da criança exposta à sífilis

É esperado que os testes não treponêmicos das crianças declinem aos três meses de idade, devendo ser **não reagentes aos seis meses** nos casos em que a criança não tiver sido infectada ou que tenha sido adequadamente tratada. A resposta pode ser mais lenta em crianças tratadas após um mês de idade. Idealmente, o exame deve ser feito pelo mesmo método e no mesmo laboratório.

A falha no tratamento em prevenir a ocorrência de SC é indicada por:

- Persistência da titulação reagente do teste não treponêmico após seis meses de idade; e/ou aumento nos títulos não treponêmicos em duas diluições ao longo do seguimento (ex.: 1:2 ao nascimento e 1:8 após).

Nesses dois casos, as crianças serão notificadas para sífilis congênita e submetidas à punção lombar para estudo do líquido cefalorraquidiano (LCR) com análise do VDRL, contagem celular e proteína, devendo ser tratadas durante dez dias com penicilina parenteral (a escolha do tratamento dependerá da presença ou não de neurosífilis), mesmo quando houver histórico de tratamento prévio. **Crianças que mesmo tratadas mantiveram ou aumentaram a titulação deverão repetir o tratamento.**

O seguimento deverá ser realizado no acompanhamento de puericultura na APS, atenção mais cuidadosa no monitoramento de sinais e sintomas sugestivos de sífilis congênita, além do monitoramento laboratorial em 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade. A partir dessa idade, se não houver achados clínicos e laboratoriais, exclui-se sífilis congênita.

**Figura 13** - Seguimento clínico da criança exposta à sífilis

PROCEDIMENTO	FREQUÊNCIA E DURAÇÃO	O QUE AVALIAR
<b>Consultas ambulatoriais de puericultura</b>	<p>Seguimento habitual na rotina da puericultura, conforme recomendação da Saúde da Criança: na 1ª semana de vida mensalmente até os 2 anos;</p> <p>Realização de teste não treponêmico com 1, 3, 6, 12 e 18 meses;</p> <p>Retorno para checagem de exames complementares, se for o caso.</p>	<p>A criança exposta à sífilis, mesmo que não tenha sido diagnosticada com sífilis congênita no momento no nascimento, pode apresentar sinais e sintomas compatíveis com a doença ao longo do seu desenvolvimento. Dessa forma, deve ser realizada busca ativa de sinais e sintomas a cada retorno (referente às manifestações precoces de sífilis congênita). Especial atenção deve ser dada aos sinais e sintomas clínicos, além de vigilância quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor.</p> <p>Fazer a solicitação dos testes não treponêmicos, para que os resultados estejam disponíveis na consulta de retorno.</p> <p>Aproveitar o momento da consulta para avaliar risco de outras IST maternas. O diagnóstico prévio de uma IST é fator de risco para outras, inclusive HIV, que pode ser transmitido pelo aleitamento materno.</p> <p>Indagar sobre práticas sexuais e oferecer testagem para a mãe da criança e suas parcerias sexuais, na rotina, enquanto a mulher estiver amamentando (testagem para HIV pelo menos a cada 6 meses).</p> <p>Oferecer TR para hepatite B e vacina contra hepatite B, quando não houver histórico de vacinação.</p>

Fonte: Brasil, 2019

#### 16.4.6 Criança com sífilis congênita

A sífilis congênita precoce pode surgir até o segundo ano de vida. Já a sífilis congênita tardia é definida como aquela em que os sinais e sintomas surgem após os dois anos de idade da criança.

A sífilis congênita precoce deve ser diagnosticada por meio de criteriosa avaliação clínica e epidemiológica da situação materna, associada à avaliação clínico-laboratorial e exames de imagem na criança.

As crianças com sífilis congênita deverão ser investigadas ainda na maternidade quanto às **manifestações clínicas, exames complementares e resultado do teste não treponêmico**.

Quando a mãe não foi tratada ou foi tratada de forma não adequada durante o pré-natal, as crianças são classificadas como caso de sífilis congênita, independentemente dos resultados da avaliação clínica ou de exames complementares.

Todas as crianças com sífilis congênita devem ser submetidas a uma investigação completa, de acordo com o PCDT mencionado acima.

### 16.4.7 Exame físico da criança com sífilis congênita

Nas crianças com sífilis congênita, aproximadamente 60% a 90% dos RN vivos são assintomáticos ao nascimento (BOWEN et al., 2015; ORTIZ-LOPEZ et al., 2012); apenas os casos mais graves nascem com sinais/sintomas. As manifestações clínicas das crianças com sífilis congênita raramente surgem após três a quatro meses; dois terços desenvolvem sintomas em três a oito semanas (HERREMANS et al., 2010).

A presença de sinais e sintomas ao nascimento depende do momento da infecção intrauterina e do tratamento durante a gestação (WOODS, 2005). São sinais mais frequentes (BOWEN et al., 2015; RAWSTRON; HAWKES, 2012):

- Hepatomegalia;
- Icterícia;
- Corrimento nasal (rinite sífilítica);
- *Rash*cutâneo;
- Linfadenopatia generalizada;
- Anormalidades esqueléticas.

As manifestações clínicas de sífilis **congênita precoce** são variadas. As principais características dessa síndrome estão descritas no Quadro mencionado abaixo.

Obs. Todas essas manifestações são inespecíficas e podem ser encontradas no contexto de outras infecções congênicas. É necessário investigar possíveis diagnósticos diferenciais.

**Figura 14** – Manifestações clínicas de sífilis congênita precoce

GESTACIONAIS/PERINATAIS	
<b>Natimorto/aborto espontâneo</b>	Pode ocorrer em qualquer momento da gestação. Desfecho em aproximadamente 40% dos casos de sífilis adquirida durante a gestação, com maior risco no primeiro trimestre de gestação.
<b>Prematuridade</b>	–
<b>Baixo peso ao nascer(&lt;2.500 g)</b>	–
<b>Hidropsia fetal não imune</b>	–
<b>Placenta</b>	Placenta desproporcionalmente grande, grossa, pálida; vilite proliferativa focal; arteriteendo e perivascular; imaturidade difusa ou focal das vilosidades placentares. Encaminhar para análise anatomopatológica.

<b>Cordão umbilical</b>	<p>Funisite necrotizante é rara, mas patognomônica quando presente. É caracterizada pelo cordão umbilical edemaciado e inflamado, que pode apresentar listras vermelhas e azuladas em alternância com áreas esbranquiçadas. Pontos de abscesso na substância de Wharton, centradas ao redor dos vasos umbilicais.</p> <p>Encaminhar para análise anatomopatológica.</p>
<b>SISTÊMICAS</b>	
<b>Febre</b>	Pode ser mais significativa em crianças nascidas de mães infectadas tardiamente na gestação.
<b>Hepatomegalia</b>	<p>Ocorre em praticamente todos os casos de crianças com sífilis congênita (LAGO et al., 2013; KOLLMANN; DOBSON, 2010).</p> <p>O achado ultrassonográfico de hepatomegalia pode indicar falha do tratamento materno para prevenir a transmissão vertical (HOLLIER et al., 2001).</p> <p>Está associada a icterícia e colestase. Achados laboratoriais podem incluir aumento de AST/ALT, FA, bilirrubina direta, alargamento do tempo de protrombina e espiroquetas visíveis em biópsia hepática (quando realizada).</p> <p>As alterações de provas hepáticas podem ser exacerbadas com a administração da penicilina, antes da melhora (SHAH; BARTON, 1989). A melhora geralmente é lenta, mesmo com terapêutica adequada.</p>
<b>Esplenomegalia</b>	Ocorre em aproximadamente 50% dos pacientes com hepatomegalia (não acontece isoladamente).
<b>Linfadenomegalia generalizada</b>	O linfonodo pode ser de até 1 cm, geralmente não flutuante e firme.
<b>Atraso no desenvolvimento neuropsicomotor</b>	–
<b>Edema</b>	Causado por anemia/hidropsia fetal, síndrome nefrótica, desnutrição
<b>MUCOCUTÂNEAS</b>	
<b>Rinite sífilítica ou corrimento nasal</b>	<p>Pode ser um sinal precoce, surgindo após a primeira semana de vida. Ocorre em aproximadamente 40% dos casos.</p> <p>A secreção contém espiroquetas e é infectante. Usar precaução de contato.</p>
<b>Rash maculopapular</b>	<p>Geralmente aparece 1 a 2 semanas após a rinite.</p> <p>Apresenta-se como lesões ovais, inicialmente vermelhas ou rosadas, evoluindo para coloração marrom acobreada; podem estar associadas à descamação superficial, caracteristicamente nas regiões palmar e plantar. São mais comuns na região glútea, nas costas, parte posterior das coxas e plantas.</p> <p>As lesões contêm espiroquetas e são infectantes. Usar precaução de contato.</p>
<b>Rash vesicular (pênfigo sífilítico)</b>	<p>Pode estar presente ao nascimento, desenvolvendo-se mais frequentemente nas primeiras quatro semanas de vida; é amplamente disseminado.</p> <p>O fluido vesicular contém espiroquetas e é infectante. Usar precaução de contato.</p>
<b>Condiloma lata</b>	<p>Único ou múltiplo. Lesões planas, verrucosas, úmidas ao redor da boca, narinas e ânus e outras áreas da pele em que há umidade ou fricção.</p> <p>Frequentemente presente sem qualquer outro sintoma associado.</p> <p>As lesões contêm espiroquetas e são infectantes. Usar precaução de contato.</p>
<b>Icterícia</b>	Hiperbilirrubinemia secundária à hepatite sífilítica e/ou hemólise.



HEMATOLÓGICAS	
<b>Anemia</b>	Período neonatal: hemolítica (teste de Coombs [teste antiglobulina direto] não reagente). Pode persistir após tratamento efetivo. Após 1 mês de idade: pode ser crônica e não hemolítica.
<b>Trombocitopenia</b>	Algumas vezes associada a sangramento ou petéquias. Pode ser a única manifestação da infecção congênita.
<b>Leucopenia</b>	–
<b>Leucocitose</b>	–
MUSCULOESQUELÉTICAS	
<b>Pseudoparalisia de Parrot</b>	Ausência de movimentação de um membro causada por dor associada à lesão óssea. Afeta com mais frequência membros superiores que inferiores; geralmente unilateral; raramente presente ao nascimento.  Baixa correlação com anormalidades radiográficas.
<b>Anormalidades radiográficas</b>	Anormalidade mais comum na sífilis congênita precoce não tratada, surgindo em 70% a 100% dos casos; tipicamente múltipla e simétrica, acometendo principalmente ossos longos (rádio, ulna, úmero, tíbia, fêmur e fíbula).  Pode ocorrer dor à movimentação ativa ou passiva dos membros e, por causa da dor, a criança pode apresentar-se irritada e tendente à imobilidade.
<b>Periostite</b>	Espessamento periosteal irregular, especialmente na diáfise; geralmente extensa, bilateral e simétrica.
<b>Sinal de Wegner</b>	Osteocondritemetafisária, visível nas extremidades principalmente do fêmur e do úmero. Há uma sombra de maior densidade, que é a matriz calcificada, com formação “em taça” da epífise.
<b>Sinal de Wimberger</b>	Desmineralização e destruição óssea da parte superior medial tibial.
NEUROLÓGICAS	
<b>Anormalidades no LCR</b>	VDRL reagente no líquido; aumento da celularidade e aumento da proteína.
<b>Leptomeningite sífilítica aguda</b>	Surge no primeiro ano de vida, geralmente entre 3 e 6 meses; apresentação semelhante à meningite bacteriana, mas com alterações líquóricas mais consistentes com meningite asséptica (predominância mononuclear).  Responde à terapêutica com penicilina.
<b>Sífilis crônica Meningovascular</b>	Surge a partir do fim do primeiro ano de vida.  Hidrocefalia; paralisia de nervo craniano; deterioração do desenvolvimento intelectual/neuropsicomotor; infarto cerebral.  Curso prolongado.
OUTROS	
<b>Pneumonia/pneumonite/ esforço respiratório</b>	Opacificação completa de ambos os campos pulmonares na radiografia de tórax.
<b>Síndrome nefrótica</b>	Geralmente acontece entre 2 e 3 meses de idade, manifestando-se como edema generalizado e ascite (anasarca).

Fonte: BRASIL, 2019

As manifestações clínicas da sífilis congênita tardia estão relacionadas à inflamação cicatricial ou persistente da infecção precoce e se caracterizam pela presença de formação das gomas sífilíticas em diversos tecidos.

As manifestações de sífilis congênita tardia estão descritas no quadro abaixo.

**Figura 15** – Manifestações clínicas de sífilis congênita tardia

CARACTERÍSTICAS	MANIFESTAÇÕES
<b>Faciais</b>	Fronte olímpica, nariz em sela, hipodesenvolvimento maxilar, palato em ogiva.
<b>Oftalmológicas</b>	Ceratite intersticial, coriorretinite, glaucoma secundário, cicatriz córnea, atrofia óptica.
<b>Auditivas</b>	Perda auditiva sensorial.
<b>Orofaríngeas</b>	Dentes de Hutchinson: incisivos medianos deformados, molares em amora, perfuração do palato duro.
<b>Cutâneas</b>	Rágades (fissuras periorais e perinasais), gomas.
<b>Sistema nervoso central</b>	Atraso no desenvolvimento, comprometimento intelectual, hidrocefalia, crises convulsivas, atrofia do nervo óptico, paresia juvenil.
<b>Esqueléticas</b>	Tíbia em sabre, sinal de Higoumenakis (alargamento da porção esternoclavicular da clavícula), juntas de Clutton (artrite indolor), escápula escafoide.

Fonte: BRASIL, 2019

#### 16.4.8 Testagem para sífilis e exames complementares para a criança com sífilis congênita

Nos casos de sífilis congênita, o *T. pallidum* é liberado diretamente na circulação fetal, resultando em ampla disseminação das espiroquetas por quase todos os órgãos e sistemas. As manifestações clínicas decorrem da resposta inflamatória e são variáveis. Ossos, fígado, pâncreas, intestino, rins e baço são os órgãos mais frequente e gravemente envolvidos. Dessa forma, a investigação com exames complementares tem como objetivo a identificação dessas alterações (WOODS, 2005).

Os testes de sífilis e exames deverão ser realizados de acordo com a figura abaixo:

**Figura 16** – Testes de sífilis e exames complementares para crianças com sífilis congênita

EXAMES			
	NA MATERNIDADE	NO SEGUIMENTO	O QUE AVALIAR
<b>COMPLEMENTARES</b>			
<b>Teste não treponêmico</b>	Coletar amostras de sangue periférico do RN e da mãe pareadas para comparação. Não realizar coleta de cordão umbilical.	Realizar com 1, 3, 6, 12 e 18 meses de idade. Interromper o seguimento laboratorial após: Dois testes <b>não reagentes</b> consecutivos <b>ou</b> queda do título em duas diluições, conforme seguimento acima.	Espera-se que os testes não treponêmicos declinem aos 3 meses de idade, devendo ser <b>não reagentes</b> aos 6 meses caso a criança tenha sido adequadamente tratada. Idealmente, o exame deve ser feito pelo mesmo método e no mesmo laboratório.
<b>Teste treponêmico</b>	Não realizar	<b>NÃO é obrigatório</b>  Pode ser realizado a partir dos 18 meses de idade	Um teste treponêmico reagente após os 18 meses idade (quando desaparecem os anticorpos maternos transferidos passivamente no período intrauterino) confirma o diagnóstico de sífilis congênita. Um resultado não reagente não exclui sífilis congênita nos casos em que a criança foi tratada precocemente.  Criança com teste treponêmico reagente após 18 meses de idade e que não tenha histórico de tratamento prévio deverá passar por avaliação completa, receber tratamento e ser notificada como caso de sífilis congênita.
<b>Hemograma</b>	SIM	De acordo com alterações clínicas	Anemia hemolítica com Coombs não reagente no período neonatal ou crônica não hemolítica no período pós-natal.  Leucopenia ou leucocitose.  Hemólise pode estar acompanhada de crioglobulinemia, formação de complexo imune e magroglobulinemia. Esse quadro pode durar semanas e costuma não ser responsivo à terapêutica.
<b>Plaquetas</b>	SIM		Trombocitopenia
<b>Transaminases (ALT/AST), bilirrubina (total e direta), albumina</b>	SIM		Aumento das transaminases  Icterícia
<b>Eletrólitos (pelo menos sódio, potássio, magnésio sérico)</b>	SIM		Distúrbios hidroeletrólíticos

EXAMES COMPLEMENTARES	NA MATERNIDADE	NO SEGUIMENTO	O QUE AVALIAR
<b>Líquor (LCR)</b>	SIM	Deve ser avaliado a cada 6 meses nas crianças que apresentaram alteração inicial (neurosífilis), até normalização.	VDRL reagente no líquido  Pleocitose  Proteína aumentada  Valores de exames líquóricos no Quadro <b>:Manifestações clínicas de sífilis congênita precoce</b>  VDRL reagente no líquido ou aumento na celularidade ou da proteína que não possam ser atribuídos a outras causas requerem tratamento para possível neurosífilis.
<b>Radiografia de ossos longos</b>	SIM	De acordo com alterações clínicas	Bandas metafisárias luzentes (diagnóstico diferencial com outras doenças sistêmicas);  Desmineralizações simétricas localizadas e destruição óssea da porção medial da metáfise proximal tibial (sinal de Wimberger – diagnóstico diferencial com osteomielite e hiperparatireoidismo neonatal);  Serrilhado metafisário(sinal de Wegener);  Periostitidiafisária com neoformação óssea (pode acontecer em outras patologias);  Áreas irregulares de aumento de densidade e rarefação.
<b>Radiografia de tórax</b>	SIM		A descrição clássica é a opacificação completa de ambos os campos pulmonares. No entanto, com o advento da penicilina, é mais comum encontrar infiltrado difuso envolvendo todos os campos pulmonares.
<b>Neuroimagem</b>	A critério clínico		Realizar neuroimagem nas crianças que apresentem alterações LCR persistentes (VDRL reagente, proteinorraquia ou celularidade), sem outra explicação mais provável.

Fonte: BRASIL, 2019

#### 16.4.9 Seguimento clínico da criança com sífilis congênita

O seguimento deverá ser realizado no acompanhamento de puericultura na APS, com atenção mais cuidadosa no monitoramento de sinais e sintomas sugestivos de sífilis congênita, além dos testes de sífilis e exames complementares.

O seguimento clínico mínimo das crianças com sífilis congênita (sintomáticas e assintomáticas) está descrito abaixo:

**Figura 17 - Seguimento clínico da criança com sífilis congênita**

PROCEDIMENTO	FREQUÊNCIA E DURAÇÃO	O QUE AVALIAR
<b>Consultas ambulatoriais de puericultura</b>	Seguimento habitual na rotina da puericultura, conforme recomendação da Saúde da Criança: na 1ª semana de vida e mensalmente até os dois anos. Retorno para checagem de exames complementares, se for o caso.	A criança exposta à sífilis, mesmo que não tenha sido diagnosticada com sífilis congênita no momento no nascimento, pode apresentar sinais e sintomas compatíveis ao longo do seu desenvolvimento. Dessa forma, deve ser realizada busca ativa de sinais e sintomas a cada retorno. Especial atenção deve ser dada aos sinais e sintomas clínicos, além de vigilância quanto ao desenvolvimento neuropsicomotor. Fazer a solicitação dos testes não treponêmicos, para que os resultados estejam disponíveis na consulta de retorno. Aproveitar o momento da consulta para avaliar risco de outras IST maternas. O diagnóstico prévio de uma IST é fator de risco para outras, inclusive HIV, que pode ser transmitido pelo aleitamento materno. Indagar sobre práticas sexuais e oferecer testagem para a mãe da criança e suas parcerias sexuais, na rotina, enquanto a mulher estiver amamentando (testagem para HIV pelo menos a cada 6 meses). Oferecer TR para hepatite B e vacina contra hepatite B, quando não houver histórico de vacinação.
PROCEDIMENTO	FREQUÊNCIA E DURAÇÃO	O QUE AVALIAR
<b>Consulta odontológica</b>	Semestrais por 2 anos	Buscar anomalias odontológicas. As mais comuns são dentes de Hutchinson (incisivos medianos deformados) e dentes de Mulberry (primeiros molares com formato de amora, perfuração do palato duro). Os dentes de Hutchinson só surgem com o aparecimento dos dentes permanentes. Os molares de Mulberry são mais precoces, aparecendo entre os 13 e 19 meses de idade.
<b>Consulta oftalmológica</b>	Semestrais por 2 anos	Buscar anomalias oftalmológicas. As mais comuns são ceratite intersticial, coriorretinite, glaucoma secundário, cicatriz córnea e atrofia óptica. A faixa etária de acometimento de ceratite intersticial costuma ser dos 2 aos 20 anos.
<b>Consulta audiológica</b>	Semestrais por 2 anos	Buscar anomalias auditivas. A perda auditiva sensorial pode ter ocorrência mais tardia, entre 10 e 40 anos de idade, por acometimento do 8º par craniano.

Fonte: BRASIL, 2019

#### **16.4.10 Tratamento da criança com sífilis congênita**

O medicamento para tratamento de crianças com sífilis congênita é a benzilpenicilina (potássica/cristalina, procaína ou benzatina), a depender do tratamento materno durante a gestação e/ou titulação de teste não treponêmico da criança comparado ao materno e/ou exames clínicos/laboratoriais da criança.

Para as crianças com sífilis congênita que apresentem neurosífilis, a cristalina é o medicamento de escolha, sendo obrigatória a internação hospitalar. Na ausência de neurosífilis, a criança com sífilis congênita pode ser tratada com benzilpenicilina procaína fora da unidade hospitalar, por via intramuscular (IM), ou com benzilpenicilina potássica/cristalina, por via EV, internada.

A benzilpenicilina benzatina é uma opção terapêutica, mas restrita às crianças cuja mãe não foi tratada ou foi tratada de forma não adequada, e que apresentem exame físico normal, exames complementares normais e teste não treponêmico não reagente ao nascimento.

O tratamento apropriado de sífilis congênita dentro dos primeiros três meses de vida é capaz de prevenir algumas manifestações clínicas (não todas). A ceratite intersticial e as deformidades ósseas, como a tibia em “lâmina de sabre”, podem ocorrer ou progredir mesmo com terapia adequada.

**Até o momento, não há evidências científicas da eficácia do uso da ceftriaxona no tratamento de sífilis congênita e, portanto, reforça-se que essa medicação poderá ser utilizada como alternativa somente em situações de indisponibilidade das benzilpenicilinas potássica (cristalina) e procaína. Também não se observa evidência de resistência do *Treponema pallidum* à penicilina no Brasil e no mundo.**

Para crianças assintomáticas, ou seja, com exame físico normal, sem alterações líquóricas, com radiografias de ossos longos normais e sem outras alterações viscerais, com teste não treponêmico não reagente, o tratamento com benzilpenicilina benzatina 50.000 ud/kg em dose única IM, é eficaz para prevenção de evidência clínica de sífilis congênita e queda de titulação de teste não treponêmico. (PARYANI et al., 1994; RADCLIFFE et al., 1997)

#### 16.4.10.1 Tratamento com benzilpenicilina por dez dias

- Benzilpenicilina procaína 50.000 UI/kg, IM, uma vez ao dia, por 10 dias ou
- Benzilpenicilina potássica (cristalina) 50.000 UI/kg, IV, de 12/12h (crianças com menos de 1 semana de vida) e de 8/8h (crianças com mais de 1 semana de vida), por 10 dias.

Como existem evidências de que os níveis de penicilina no líquido são menores com penicilina procaína (AZIMI et al., 1994), é recomendado o uso de **benzilpenicilina potássica/cristalina para os casos de neurosífilis**, com necessidade de internação hospitalar.

O esquema completo de dez dias com benzilpenicilina deve ser administrado mesmo nos casos em que a criança tenha recebido ampicilina por outra causa.

#### 16.4.10.2 Tratamento de sífilis congênita no período pós-natal

Crianças diagnosticadas com sífilis congênita após um mês de idade e aquelas com sífilis adquirida deverão ser tratadas com benzilpenicilina potássica/cristalina 50.000UI/kg de 4/4h ou 6/6h, por 10 dias.

As crianças nascidas de mãe com cicatriz sorológica\* para sífilis antes da gestação não necessitam de avaliação ou tratamento na maternidade. No entanto, a testagem para sífilis deve ocorrer, conforme rotina preconizada no pré-natal (1º e 3º trimestres de gestação), idealmente por meio de testes não treponêmicos.

\*tratamento adequado com documentação da queda da titulação em pelo menos duas diluições (ex: antes, 1:16; depois, menor ou igual a 1:4)

### 16.5 ZIKA VÍRUS

O vírus ZIKA causa uma doença febril autolimitada, com sintomas entre 3-6 dias, sendo os mais comuns: febre baixa, dor de cabeça, conjuntivite não purulenta, artralgia em pés e mãos, fadiga ou mialgia, astenia e rash maculopapular.

Somente 18% dos pacientes infectados com o ZIKA vírus irão apresentar os sintomas clássicos descritos, sendo que a maioria irá cursar de forma assintomática.

Até pouco tempo atrás, a ZIKA era considerada uma doença benigna, que não causava complicações severas. Contudo, a partir de 2015 no Brasil, foram relatados casos de complicações neurológicas, principalmente em RN, como microcefalia, entre outras.

A saúde da gestante e seu conceito dependem dos cuidados realizados durante a gestação. É necessário promover a captação precoce da gestante, na intencionalidade de proteger a saúde do binômio mãe/filho. Inicialmente o ZIKA vírus causava danos no sistema nervoso do conceito se a gestante fosse infectada no primeiro trimestre da gestação. Contudo, hoje já se sabe que o ZIKA atinge a placenta em qualquer fase da gestação.

O pré-natal mantém-se sendo atribuição dos profissionais da APS, mesmo se a gestante tiver a suspeita de infecção pelo ZIKA, e deve seguir o recomendado pelo MS no que se refere ao pré-natal de baixo risco.

Em gestantes e nascidos com síndrome congênita, deve-se garantir a detecção oportuna e assistência adequada dos casos, tendo em vista as especificidades dos dois grupos. Além disso, a doença causada pelo ZIKA vírus passou a ser de notificação compulsória a partir de fevereiro de 2016.

Diariamente são divulgados novos dados e protocolos de assistência, frente ao vírus ZIKA. Sendo assim, é de suma importância que os profissionais estejam atentos aos sinais e sintomas da doença, para que sejam tomadas as devidas providências, conforme protocolo vigente.

#### **Alguns cuidados devem ser reforçados no pré-natal, sendo eles:**

- Não deixar água se acumular na casa ou quintal;
  - Usar roupas claras, de mangas e calças longas;
  - Usar preservativo nas relações sexuais, visto que estudos tem evidenciado a transmissão sexual;
  - Manter bons hábitos de higiene;
  - Utilizar repelente contra insetos, conforme indicação de cada fabricante
- (BRASIL, 2016b)



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDRADE, C. L. T.; et al. Desigualdades sócio-econômicas do baixo peso ao nascer e da mortalidade perinatal no Município do Rio de Janeiro, 2001. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, supl. 1, p. S44-S51, 2004. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0102-311X2004000700005&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2004000700005&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 18 ago. 2020.

ARRAIS, A. R.; ARAUJO, T. C. C. F. Pré-Natal Psicológico: perspectivas para atuação do psicólogo em saúde materna no Brasil. **Rev. SBPH**, vol.19, no.1, Rio de Janeiro – Jan./Jul. –2016. Disponível em: <<https://docplayer.com.br/31498218-Pre-natal-psicologico-perspectivas-para-atuacao-do-psicologo-em-saude-materna-no-brasil.html>>. Acesso em 26 fev. 2020.

AZIMI, P. H.; JANNER, D.; BERNE, P.; FULROTH, R.; LVOFF, V.; FRANKLIN, L.; BERMAN, S. M. Concentrations of procaine and aqueous penicillin in the cerebrospinal fluid of infants treated for congenital syphilis. **J Pediatr**. 1994; 124 (4): 649.

BORGES, A. L. V., et al. Preparo pré-concepcional entre mulheres brasileiras e a relação com o planejamento da gravidez. **Rev. esc. enferm. USP** [online]. 2016, vol.50, n.2, pp.208-216. Disponível em: <[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342016000200208&lng=en&nrm=iso](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342016000200208&lng=en&nrm=iso)>. Acesso em: 10 Set. 2020

BOWEN, V.; SU, J.; TORRONE, E.; KIDD, S.; WEINSTOCK, H. **Increase in incidence of congenital syphilis - United States, 2012-2014**. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep*. 2015; 64(44):1241.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica- Saúde das Mulheres**. Brasília-DF, 2016.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Atenção Humanizada ao recém-nascido de baixo peso: Método Canguru**. 2ª ed.- Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2011.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao recém-nascido: Método Canguru: manual técnico**. – 3. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2017. 340 p.: il.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde** [recurso eletrônico]. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. 350 p.: il..

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria da Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco – Caderno de Atenção Básica n. 32**. Brasília, 2012.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco [recurso eletrônico]** – 1. ed. rev. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2013.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio a Saúde da Família.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2010. 152 p.: il.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Prevenção e tratamento dos agravos resultantes da violência sexual contra mulheres e adolescentes: norma técnica** – 3. ed. atual. e ampl., 1. reimpr. – Brasília : Ministério da Saúde, 2012b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva.** – 1. ed., 1. reimpr. – Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização da Atenção e Gestão do SUS.** Série B. Brasília, DF, 2009. 64p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico E Diretrizes Para Prevenção Vertical De Hiv, Sífilis E Hepatites Virais.** 1, 252. 2019. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-paraprevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>>. Acesso em: 17 ago 2020.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Manual Técnico para o Diagnóstico das Hepatites Virais.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2018d. 121 p.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes.** – Brasília: Ministério da Saúde, 2018c. 218 p.

\_\_\_\_\_. Universidade Aberta do SUS. **Curso on-line- Zika: abordagem clínica na atenção básica.** Brasília, 2016b. Disponível em: <<http://unasus.gov.br/cursos/zika>>. Acesso em: 13 set 2020.

BRIGSS, G. G.; FREEMAN, R. K.; YAFFE, S. J. **Drugs in pregnancy and lactation: a reference guide to fetal and neonatal risk.** 6 Ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins. 2002.

DUCCI, L.; GEVAERD, S. P. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo integrado de saúde bucal de Curitiba**. Curitiba, 2004.

FALCÃO, G. G. V. C. S.; FARIAS, J. G.; CARDOSO, J. Á.; SILVA, B. S.; BASTOS, R. D. S. Desmistificando o atendimento odontológico à gestante. **Revista Bahiana de Odontologia**. v.5, n.2, p.104-116, Ago. 2014.

FEBRASGO. **Manual de assistência pré-natal**. 2a.ed. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia, 2014.

FUCHS, F. D.; WANNMACHER, L. **Farmacologia Clínica. Fundamentos da Terapêutica Racional**. 4. ed. Porto Alegre: Guanabara Koogan, 2010.

HERREMANS, T.; KORTBEEK, L.; NOTERMANS, D.W. **A review of diagnostic tests for congenital syphilis in newborns**. Eur J Clin Microbiol Infect Dis. 2010; 29(5):495.

KNAUTH, D. R; OLIVEIRA, F.A.; CASTRO, R. C. L. **Antropologia e atenção primária à saúde**. In: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani ERJ, Duncan MS, Giugliani C. Medicina ambulatorial: condutas de atenção primária baseadas em evidências. 4ª ed. Porto Alegre: Artmed; 2013. p. 66-71.

LAGES. **POP-Esterilização Permanente e Voluntária-Vasectomia e Laqueadura**. Secretaria Municipal de Saúde da Prefeitura de Lages. Programa Saúde da Mulher e do Homem. Planejamento Familiar. Esterilização Voluntária e Eletiva. Laqueadura/Vasectomia. 18p. Lages, 2018.

LAGES. **Comitê de Transmissão Vertical da Serra Catarinense**. 2018b.

LONDRINA. Prefeitura do Município. Autarquia Municipal de Saúde. **Manual de saúde bucal**.- Prefeitura do Município; Domingos Alvanhan e Cristiane de Andrade Janene Gonini, coordenadores.- 1. ed. Londrina, PR: [s.n], 2009

MENDES, E. V. **A construção social da atenção primária à saúde**. Brasília: Conselho Nacional de Secretários de Saúde; 2015.

MORAES, J. E. et al. **Determinação do índice de fluoreto em águas de abastecimento público em municípios da região centro-sul do Paraná**. *Ambiência*, v. 5, n. 2, p. 233-246, 2009.

ORTIZ-LOPEZ, N.; DIEZ, M.; DIAZ, O.; SIMON, F.; DIAZ, A. **Epidemiological surveillance of congenital syphilis in Spain, 2000-2010**. *Pediatr Infect Dis J*. 2012; 31(9):988.

PAIVA, L. C. A.; CAVALCANTI, A. L. **Anestésicos locais em odontologia: uma revisão de literatura**. *Publ UEPG CiBiol Saúde*, v.11, n.2, p.35-42, 2005.

PARYANI, S. G.; VAUGHN, A. J.; CROSBY, M.; LAWRENCE, S. **Treatment of asymptomatic congenital syphilis: benzathine versus procaine penicillin G therapy**. *J Pediatr*. 1994; 125(3):471.

RADCLIFFE, M.; MEYER, M.; RODITI, D.; MALAN, A. **Single-dose benzathine penicillin in infants at risk of congenital syphilis--results of a randomised study.** S Afr Med J. 1997; 87(1):62.

RAWSTRON, S. A.; MEHTA, S.; MARCELLINO, L.; REMPEL, J.; CHERY, F.; BROMBERG, K. **Congenital syphilis and fluorescent treponemal antibody test reactivity after the age of 1 year.** Sex Transm Dis. 2001; 28(7):412.

RAWSTRON, S. A.; HAWKES, S. J. **Treponema pallidum (Syphilis).** In: **Principles and Practice of Pediatric Infectious Diseases**, 4th, Long SS, Pickering LK, Prober CG (Eds), Elsevier Saunders, Edinburgh 2012. P.941.

RODRIGUES, F; et al. **Anestesia local em gestantes na odontologia contemporânea / Local anesthesia in pregnantwomen in contemporarydentistry / La anestesia local em mujeres embarazada sem la odontología contemporânea.** Journal Health NPEPS - v. 2, n. 1, Janeiro-Junho, 2017.

ROSSO, C. F. W.; CRUVINEL, K. P. S.; SILVA, M. A. S.; ALMEIDA, N. A. M.; PEREIRA, V. M.; PINHEIRO, D. C. S. **Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde no estado de Goiás.** Goiânia; Conselho Regional de Enfermagem de Goiás; 2014. 336p.

SANTA CATARINA. **DIVE**, 2015. Disponível em: <<http://www.dive.sc.gov.br/>>. Acesso em: 06 Ago 2020.

SCHIAVO, R. A. **Saúde mental na gestação: ansiedade, estresse e depressão** (recurso eletrônico). Agudos: MaterOnline, 2018. 56p.:il.

SILVA, F. W. G.; STUANI, A. S.; QUEIROZ, A. M. D. Atendimento Odontológico à Gestante - Parte 1: Alterações Sistêmicas. **Revista da Faculdade de Odontologia de Porto Alegre**, v. 47, n. 2, p. 19-23, 2006.

SILVA, J. L.; FERREIRA, E. F.; MEDEIROS, M.; ARAÚJO, M. L.; SILVA, A. G. C. B.; VIANA, E. S. R. Avaliação da adaptação psicossocial na gravidez em gestantes brasileiras. **Rev Bras Ginecol Obstet**, 2011; 33(8):182-7. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rbgo/v33n8/a03v33n8.pdf>>. Acesso em: 26 Fev 2020.

SINGH, A. E.; GUENETTE, T.; GRATRIZ, J.; BERGMAN, J.; PARKER, P.; ANDERSON, B.; PLITT, S. S.; LEE, B. E.; ROBINSON, J. L. **Seroreversion of treponemal tests in infants meeting canadian surveillance criteria for confirmed early congenital syphilis.** *Pediatr Infect Dis J.* 2013; 32(3):199.

SÃO PAULO. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada – saúde da mulher na gestação, parto e puerpério.** Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. 56 p.: il.

TIZIANO, A. L.; CATELLANI, M. A. **Principais questões sobre Planejamento Reprodutivo: Contracepção.** 2019. Disponível em:  
<<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/planejamento-reprodutivo-contracepcao/#:~:text=Como%20pol%C3%ADtica%20p%C3%ABlica%20de%20sa%C3%BAde,e%20abordagem%20da%20infertilidade%2C%20acesso>>. Acesso em: 18 Jan 2021.

VASCONCELOS, R. G. et al. Atendimento odontológico a pacientes gestantes: como proceder com segurança. **Rev. bras. odontol.**, Rio de Janeiro, v. 69, n. 1, p. 120-4, jan./jun. 2012. Disponível em:  
<<http://revodonto.bvsalud.org/pdf/rbo/v69n1/a27v69n1.pdf>>. Acesso em 20 Out 2020.

WOODS, C. R. **Syphilis in children: congenital and acquired.** *Semin Pediatr Infect Dis.* 2005; 16(4):245.

ZANATTA, F. B., et al. **Doença periodontal materna e nascimento prematuro e de baixo peso: uma revisão crítica das evidências atuais.** *Arquivos Catarinenses de Medicina*, Vol. 36, no. 1, p. 96-102, 2007.

## **ANEXO 01 – Aconselhamento IST/HIV/Aids e Hepatites Virais nas consultas pré concepcional, pré-natal e puerpério**

Sobre os aspectos a serem abordados na pré-testagem:

- O que são estas doenças?
- Quais seus principais sintomas?
- Como se transmitem?
- Como se previnem? – Gerenciamento de Risco.
- Tem cura?
- Como é feita a testagem? (fluxo e método)
- O que significam os resultados dos TRs?
- Período de janela imunológica.

Sobre os aspectos a serem abordados na pós testagem em caso NÃO Reagente:

- Rediscutir janela imunológica (repetir sorologia?);
- Lembrar que não significa imunidade;
- Reforçar alternativas de prevenção;
- Redução de danos.

Sobre aspectos a serem abordados na pós testagem em caso REAGENTE:

- Quando exames de triagem (sífilis, HBsAg e HCV), explicar os procedimentos que serão seguidos (coleta de exames complementares) e esclarecer dúvidas do paciente;
- Quando diagnóstico:
  - Acolher impacto inicial do resultado positivo, respeitando o tempo do paciente;
  - Investigar fantasias a respeito destas doenças buscando desmistificá-las;
  - Rediscutir a diferença entre AIDS e HIV;
  - Esclarecer dúvidas sobre a saúde sexual e reprodutiva;
  - Discutir a convocação dos parceiros sexuais e filhos (avaliação de necessidade);
  - Reforçar importância de práticas sexuais mais seguras para evitar a reinfecção/contaminação de parcerias/infecção por outras ISTs;
  - Avaliar a forma e o momento de revelar ou não sua condição sorológica a pessoas do seu convívio;

- Discutir e orientar quanto ao tratamento, seguimento e a importância de sua adesão;
- Esclarecer sobre a inibição do aleitamento materno, no caso de HIV, e nos casos de hepatites B e C, quando houver fissura mamilar, além dos cuidados para evitar a transmissão vertical;
- Disponibilizar acompanhamento.

\* Lembrar que nem sempre todos os temas acima propostos são passíveis de serem trabalhados num único encontro.

**Motivação para testagem e conhecimento:**

Você já fez o teste anti-HIV alguma vez? Quando? Por quê?

O que você sabe sobre o HIV e a aids? (Identificar formas de transmissão, prevenção e diferença entre HIV e aids)

**Avaliação de risco - mapeamento e aprofundamento:**

Você já viveu alguma situação em que considera ter-se exposto ao risco de infecção pelo HIV? Quando? Qual?

Você tem ou teve relações sexuais só com homens, só com mulheres ou com homens e mulheres?

Essas relações são estáveis ou eventuais?

Que tipos de práticas sexuais você costuma ter: sexo anal, vaginal e/ou oral?

Dentre essas práticas, em quais você usa preservativo e em quais não usa?

Com que parceiros você usa e com quais não usa preservativo?

Você considera que as medidas de prevenção que utiliza são suficientes?

Você já teve ou tem sintomas de alguma doença sexualmente transmissível (DST)?

Você faz uso de drogas (inclusive álcool)? Quais? Em que situações? Com que frequência?

Você compartilha equipamentos (seringa, agulha, canudo, cachimbo) para uso de drogas?

Algum dos seus parceiros usa drogas? Quais? Como? Em que situações?

Você acha que quando você ou seu parceiro está sob efeito de drogas é mais difícil usar o preservativo na relação sexual?

Você sabe usar o preservativo? (demonstrar o uso correto)

Você recebeu transfusão de sangue e/ou derivados antes de 1993?

Você já vivenciou ou vivencia alguma situação de violência física? E de violência sexual?

Você conhece a prática sexual, uso de drogas e histórico de DST e HIV de seu(s) parceiro(s) atual(is)?

**Obs.:** As questões acima relacionadas subsidiam o momento de avaliação de risco e vulnerabilidade e não devem ser utilizadas de forma rígida, interferindo na espontaneidade da relação entre profissional e paciente.





## ANEXO 02 – Encaminhamento para consulta de Obstetrícia Alto Risco-AAE

### ENCAMINHAMENTO PARA CONSULTA DE OBSTETRÍCIA ALTO RISCO

NOME DA GESTANTE: _____									
IDADE: _____ UBS DE ORIGEM (A/MA/ FM) / MUNICÍPIO: _____									
Data									
Pontuação									

#### CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL (ALTO RISCO >OU=10)

	PONT.	X		
Idade <15 anos ou > de 35 anos	1		Transplante	10
Situação Familiar Instável	1		Cirurgia Bariátrica	10
Não Aceita a Gravidez	1		Ginecopatias (mal formações uterinas, útero bicornio e miomas maiores que 4cm)	10
Não Sabe Ler e Escrever	1		Desvios de Crescimento Intra-Uterino (CIUR, macrossomia, Polihidrânio/Oligodrânio)	10
Tabagista	1		Mal Formação Fetal ou Arritmia Cardíaca Fetal	10
Doença Periodontal	2		Citol. Cervical Anormal (Nic- I-II-III)	10
<b>AVALIAÇÃO NUTRICIONAL</b>			Doença Hipertensiva da Gestação ou pré-eclâmpsia	10
Baixo Peso (IMC<18,5Kg/m <sup>2</sup> ) e/ou Ganho de peso inadequado e/ou Anemia	1		Diabetes Mellitus I e II ou Diabetes gestacional	10
Sobrepeso (25-29,9Kg/m <sup>2</sup> )	1		Gestação múltipla	10
Obesidade (IMC>30 a 40Kg/m <sup>2</sup> )	2		Gestação resultante de estupro	10
Obesidade Mórbida (IMC>40kg/m <sup>2</sup> )	10		Incompetência Istmo Cervical	10
<b>ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS:</b>			Doenças genéticas maternas	10
Abortamento habitual/recorrente (ocorrência de 2 ou + abortamentos, até 12 semanas)	10		Cardiopatias	10
Aborto Tardio (12-24semanas)	10		Varizes acentuadas	5
Morte intrauterina ou perinatal em gestações anteriores	10		Pneumopatias Graves (asma em uso de medicamento contínuo, DPOC e fibrose cística)	10
Prematuridade <31 semanas ou menor de 1.500g	10		Antecedente de Tromboembolismo (TVP ou Embolia Pulmonar)	10
Prematuridade entre 31 e 34 semanas ou peso entre 1.500g e 2.000g	5		Doenças auto-imunes (Lúpus, Artrite Reumatóide e outras Colagenoses)	10
Prematuridade >34 semanas ou peso entre 2.000g e 2.500g	2		Doença Psiquiátrica	5
Hipertensão Arterial Crônica, Pré-Eclâmpsia e Síndrome de HELLP	10		Nefropatias graves	10
Placenta prévia	5		Doenças Neurológicas (epilepsia, AVC, déficits motores graves)	10
Descolamento Prematuro de Placenta (IG>24sem)	5		Doenças Hematológicas	10
Incompetência Istmo Cervical	10		Anemia Grave (hemoglobina < 8g/dL) ou Anemia Refratária à Tratamento	10
Restrição de Cresc. Intrauterino	5		Hipertensão Arterial Crônica	10
Malformação fetal	5		Infecção Urinária de Repetição 3x ou + / Pielonefrite 1x	10
Último parto < de 12 meses	2		Doenças Infeciosas (toxoplasmose, rubéola, citomegalovírus, herpes simples, hanseníase, hepatites, condiloma acuminado) + ZIKA VÍRUS + CHIKUNGUNYA	10
<b>PATOLOGIAS DE RISCO ATUAL: OBSTÉTRICA, GINECOLÓGICA E CLÍNICA</b>			AIDS/HIV	10
Ameaça de aborto	2		Sífilis com suspeita de mal formação fetal	10
Anomalia do Trato Genitourinário	5		Tuberculose	10
Placenta Prévia ou Acretismo Placentário	10		Dependência de Drogas Ilícitas	10
Câncer Materno	10		Alcoolismo	10
Doença Hemolítica ou Alt. Eletroforese de Hb	10		Trombofilia	10
Infertilidade Tratada	5		Alterações da Tireoide	10
Isoimunização (Coombs indireto positivo)	10			



**ANEXO 03 – Vacinação de Rotina para a Gestante**

<b>Vacina</b>	<b>Quando Realizar</b>	<b>Situação Vacinal</b>	<b>Conduta</b>
Vacina contra influenza (fragmentada)	Gestantes em qualquer período gestacional.	-----	Dose única durante a Campanha Anual contra Influenza.
Vacina contra hepatite B	Gestantes em qualquer período gestacional.	Na impossibilidade de se realizar a sorologia anti-HBs, deve-se avaliar o estado vacinal da gestante e vaciná-la, se for o caso.	Três doses com intervalo de 30 dias entre a primeira e a segunda e de 180 dias entre a primeira e a terceira.
Vacina contra difteria, tétano e coqueluche (dTpa)	Após a 20ª semana de gestação	Gestantes NÃO vacinadas previamente	Administrar três doses de vacinas contendo toxóides tetânico e diftérico com intervalo de 60 dias entre doses. Administrar as duas primeiras doses de dTe a última dose de dTpa entre 20ª e, preferencialmente até a 36ª semanas de gestação
		Gestantes vacinadas com uma dose de dT	Administrar uma dose de dT e uma dose de dTpa, entre 20ª e, preferencialmente até a 36ª semana de gestação, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias.
		Gestantes previamente vacinadas com duas doses de dT	Administrar uma dose de dTpa, entre 20ª e, preferencialmente até a 36ª semana de gestação, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias

		Gestantes vacinadas com três doses de dT e com dose de reforço há menos de cinco anos.	Administrar uma dose de dTpa entre 20 <sup>a</sup> e, preferencialmente até a 36 <sup>a</sup> de gestação, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo de 30 dias
		Gestantes vacinadas com três doses de dT e com dose de reforço há mais de cinco anos.	Administrar uma dose de dTpa entre 20 <sup>a</sup> e, preferencialmente até a 36 <sup>a</sup> semana de gestação, com intervalo de 60 dias entre as doses, mínimo 30 dias.

Fonte: DIVE, 2015.

## ANEXO 04 – Roteiro de Consulta de Pré Natal

### Antecedentes Ginecológicos

Duração do ciclo menstrual: \_\_\_\_\_ Menarca: \_\_\_\_\_ Sexarca: \_\_\_\_\_

Data do último preventivo: \_\_\_\_\_ Métodos contraceptivos já utilizados: \_\_\_\_\_

Apresenta corrimento vaginal? Característica \_\_\_\_\_

G\_\_\_\_ P\_\_\_\_ C\_\_\_\_ A\_\_\_\_

Intercorrências nas gestações anteriores: \_\_\_\_\_

Alguma complicação no parto? \_\_\_\_\_

Idade da Primeira Gestação \_\_\_\_\_ Intervalo entre os partos \_\_\_\_\_ Data do último parto \_\_\_\_\_

Nº de filhos \_\_\_\_\_ pré-termo? \_\_\_\_\_ pós-termo? \_\_\_\_\_ Baixo peso (abaixo de 2.500kg) \_\_\_\_\_

Sobre peso (acima de 4kg) \_\_\_\_\_ Natimorto? \_\_\_\_\_ Morte neonatal? \_\_\_\_\_

O que pensa sobre amamentação? \_\_\_\_\_

Amamentou os filhos? \_\_\_\_\_ Quanto tempo? \_\_\_\_\_

### Gestação Atual

Gravidez planejada? \_\_\_\_\_ Desejada? \_\_\_\_\_ DUM \_\_\_\_\_

IG \_\_\_\_\_ DPP \_\_\_\_\_ Fez USG? \_\_\_\_\_

Apresenta algum desconforto? \_\_\_\_\_

Tem alguma dúvida em relação a questão sexual na gravidez? \_\_\_\_\_

Faz uso de medicamentos? \_\_\_\_\_ Quais? \_\_\_\_\_

Faz uso de álcool ou drogas? \_\_\_\_\_

Fuma? \_\_\_\_\_ Quantos cigarros dia? \_\_\_\_\_

Estava utilizando ácido fólico antes de engravidar? \_\_\_\_\_

Tipo Sanguíneo? \_\_\_\_\_ Fator Rh \_\_\_\_\_ Transfusão sanguínea? \_\_\_\_\_

Vacina antitetânica: 1ª dose \_\_\_\_\_ 2ª dose \_\_\_\_\_ 3ª dose \_\_\_\_\_ DTpA \_\_\_\_\_

Vacina Hepatite B: 1ª dose \_\_\_\_\_ 2ª dose \_\_\_\_\_ 3ª dose \_\_\_\_\_ Influenza \_\_\_\_\_

Faz atividade física? \_\_\_\_\_ Qual tipo? \_\_\_\_\_

Como é sua alimentação (hábitos, restrições)? \_\_\_\_\_

### História Progressa

( ) Hipertensão Arterial ( ) Diabetes ( ) Doença Renal ( ) Doença cardíaca ( ) Tuberculose ( )

HIV Desnutrição ( ) Herpes Genital ( ) Rubéola ( ) Toxoplasmose ( ) Sífilis ( ) Anemia ( )

Outras \_\_\_\_\_

### História Familiar

Parentes com: ( ) Diabetes ( ) Doenças cardíacas ( ) Tuberculose ( ) Doenças Congênitas ( )

Gemelaridade ( ) Câncer de mama ( ) Hipertensão Arterial ( ) HIV Grau de

parentesco: \_\_\_\_\_

### **Exame Físico (Céfalo-Caudal)**

*Respeitar a privacidade da cliente: Protegê-la com lençol, pedir autorização para tocá-la, orientá-la sobre o procedimento realizado, alterações e cuidados.*

Observar estado geral, inclusive emocional da gestante:

P.A.: \_\_\_\_\_ Alt: \_\_\_\_\_ Peso \_\_\_\_\_ IMC \_\_\_\_\_ (Colocar no gráfico da gestante de acordo com IG)

Higiene: \_\_\_\_\_

Inspeção da pele: \_\_\_\_\_ Inspeção do couro cabeludo: \_\_\_\_\_

Inspeção da face (pigmentação, edema, integridade, mucosas oculares, mucosa oral, gengivas e dentes) \_\_\_\_\_

Palpação da Tireóide: \_\_\_\_\_ Ausculta Córdio-pulmonar \_\_\_\_\_

Inspeção, palpação e expressão da mama (orientando para o aleitamento, alteração mamária, mamilo, produção de leite, alterações fisiológicas-tubérculos de Montgomery, sinal de hunter)

Inspeção, Palpação e ausculta do abdome: ( ) Linha nigra ( ) Estrias ( ) outros \_\_\_\_\_

AU: (a partir de 12 semanas de gestação) \_\_\_\_\_

BCF: (a partir de 12 semanas de gestação) \_\_\_\_\_ Movimentos fetais: \_\_\_\_\_

Manobra de Leopold: (a partir de 28 semanas) Apresentação: \_\_\_\_\_ Situação: \_\_\_\_\_ Posição: \_\_\_\_\_

Inspeção da genitália externa (deve ser realizada em todas as mulheres na primeira consulta):

Cor: \_\_\_\_\_ Secreção: \_\_\_\_\_ Varizes: \_\_\_\_\_ Alterações: \_\_\_\_\_

Inspeção MMII: ( ) Varizes ( ) Dor ( ) Integridade da Pele Edema ( ): \_\_\_\_\_ Nº de

Cruzes: \_\_\_\_\_ Região: \_\_\_\_\_

Fonte: Adaptado de ZAMPIERI et al., 2007 com modificações

## ANEXO 05 – Cálculo da IG e DPP

I. Quando a DUM é conhecida e certa: é o método de escolha para se calcular a IG em mulheres com ciclos menstruais regulares e sem uso de métodos anticoncepcionais hormonais:

- Uso do calendário: some o número de dias do intervalo entre a DUM e a data da consulta, dividindo o total por 07 (resultado em semanas);
- Uso de disco (gestograma): coloque a seta sobre o dia e o mês correspondentes ao primeiro dia e mês do último ciclo menstrual e observe o número de semanas indicado no dia e mês da consulta atual.

II. Quando a DUM é desconhecida, mas se conhece o período do mês em que ela ocorreu: se o período foi no início, meio ou fim do mês, considere como data da última menstruação os dias 5, 15 e 25, respectivamente. Proceda, então, à utilização de um dos métodos descritos.

Pode-se utilizar a AU, considerando-se os seguintes parâmetros:

- Até a 6ª semana, não ocorre alteração do tamanho uterino;
- Na 12ª semana, o útero enche a pelve, de modo que é palpável na sínfise púbica;
- Na 16ª semana, o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical;
- Entre 18 e 20 semanas habitualmente ocorre o início dos movimentos fetais.
- Na 20ª semana, o fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical;
- A partir da 20ª semana, existe relação direta entre as semanas da gestação e a medida da AU. Porém, este parâmetro torna-se menos fiel a partir da 30ª semana de IG.

**Calcula-se a DPP** levando-se em consideração a duração média da gestação normal (280 dias ou 40 semanas, a partir da DUM), mediante a utilização de calendário.

Regra de Nägele: somar 7 dias ao primeiro dia da última menstruação e subtrair três meses ao mês em que ocorreu a última menstruação (ou adicionar nove meses, se corresponder aos meses de janeiro a março). Nos casos em que o número de dias encontrado for maior do que o número de dias do mês, passe os dias excedentes para o mês seguinte, adicionando 1 (um) ao final do cálculo do mês.

Exemplo:

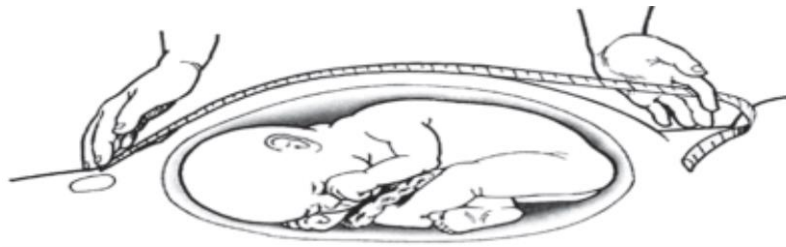
(DUM): 13/09/04. Dada provável do parto (DPP): 20/06/05 ( $13 + 7 = 20/9 - 3 = 6$ )

## ANEXO 06 – Medida da AU

### I. Técnica para medida da altura uterina:

- Posicione a gestante em decúbito dorsal, com o abdômen descoberto;
- Delimite a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino;
- Fixe a extremidade inicial da fita métrica, na borda superior da sínfise púbica com uma das mãos, passando-a entre os dedos indicador e médio.
- Deslize a fita métrica entre os dedos indicador e médio da outra mão, até alcançar o fundo do útero com a margem cubital da mesma mão;
- Anote a medida (em centímetros) na ficha e no cartão e marque o ponto na curva da altura uterina.

### Medida da altura uterina:

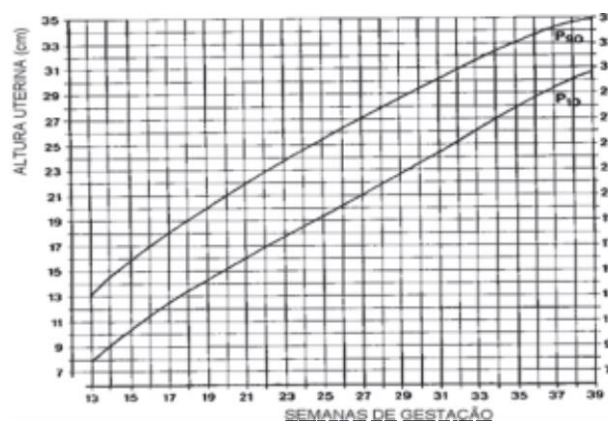


Fonte: (BRASIL, 2005e).

### II. Interpretação do traçado obtido e condutas:

Acima da curva superior ou abaixo da inferior. Atente para a possibilidade de erro de cálculo da IG. A gestante deve ser vista pelo médico da UBS e deve ser avaliada a possibilidade de polidrâmnio, macrossomia, gestação gemelar, mola hidatiforme, oligodrâmnio ou restrição de crescimento intrauterino. Solicite ultrassonografia, se possível. Caso permaneça dúvida, marque retorno para reavaliação, ou encaminhe a gestante para o serviço de Alto Risco.

### Altura uterina vs. semanas de gestação:



Fonte: (BRASIL, 2000).

## **ANEXO 07 - Ausculta dos BCF**

Objetivo de constatar a cada consulta a presença, o ritmo, a frequência e a normalidade dos BCF. Deve ser realizada com sonar, após 12 semanas de gestação. É considerada normal a frequência cardíaca fetal entre 120 a 160 batimentos por minuto.

### **Técnica para ausculta dos BCF:**

- Posicione a gestante em decúbito dorsal, com o abdômen descoberto;
- Identifique o dorso fetal. Além de realizar a palpação, deve-se perguntar à gestante em qual lado ela sente mais os movimentos fetais; o dorso estará no lado oposto;
- Utilize o sonar doppler;
- Procure o ponto de melhor ausculta dos BCF na região do dorso fetal;
- Controle o pulso da gestante para certificar-se de que os batimentos ouvidos são os do feto, já que as frequências são diferentes;
- Conte os BCF por um minuto, observando sua frequência e seu ritmo;
- Registre os BCF na ficha perinatal e no Cartão da Gestante.

### **Bradicardia e taquicardia:**

Sinal de alerta: deve-se suspeitar de sofrimento fetal. O médico da Unidade de Saúde deve avaliar a gestante e o feto. Na persistência do sinal, encaminhe a gestante para o Hospital e Maternidade Tereza Ramos. Na ausência do profissional médico, a enfermeira deve realizar a referência ao HMTR.

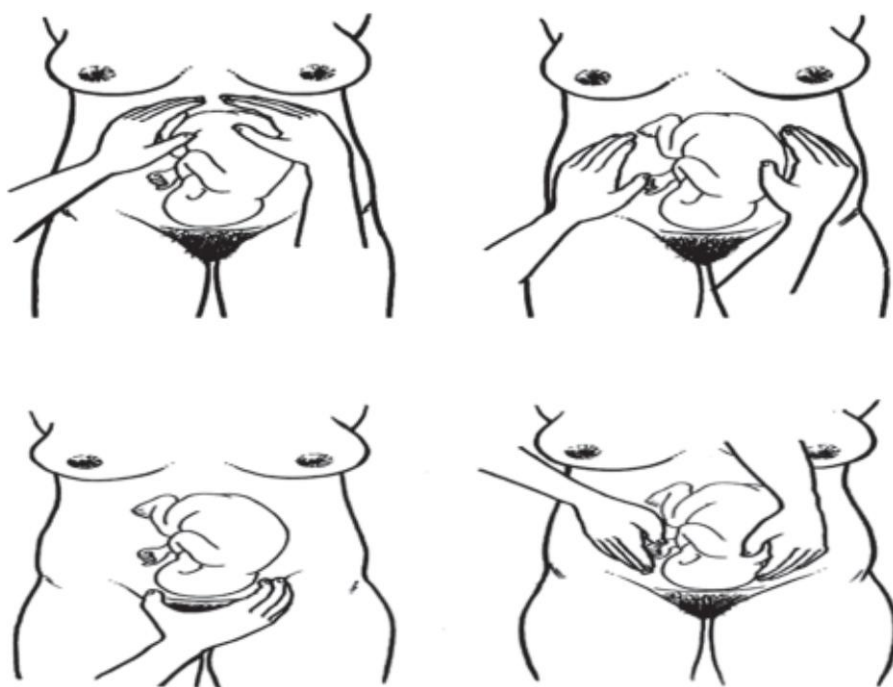
## ANEXO 08 – Palpação obstétrica

Objetiva identificar o crescimento fetal; Diagnosticar os desvios da normalidade a partir da relação entre a altura uterina e a IG; Identificar a situação e a apresentação fetal.

A palpação obstétrica deve ser realizada antes da medida da altura uterina. A técnica para palpação abdominal (Manobras de Leopold) consiste em um método palpatório do abdômen materno em 4 passos:

- Delimite o fundo do útero com a borda cubital de ambas as mãos e reconheça a parte fetal que o ocupa;
- Deslize as mãos do fundo uterino até o pólo inferior do útero, procurando sentir o dorso e as pequenas partes do feto;
- Explore a mobilidade do pólo, que se apresenta no estreito superior pélvico;
- Determine a situação fetal, colocando as mãos sobre as fossas ilíacas, deslizando-as em direção à escava pélvica e abarcando o pólo fetal, que se apresenta. As situações que podem ser encontradas são: longitudinal (apresentação cefálica e pélvica), transversa (apresentação córmica) e oblíqua. A situação transversa reduz a medida de altura uterina, podendo falsear sua relação com a IG.

### Manobras de palpação (Manobra de Leopold)



Fonte: (BRASIL, 2005).



## Manobras de palpação da situação fetal

Longitudinal



Transversal



Fonte: (BRASIL, 2005e).

## Tipos de apresentação fetal



Cefálica



Pélvica

Fonte: (BRASIL, 2005)

## **ANEXO 09 - Teste do estímulo sonoro simplificado (TESS)**

Deve ser utilizado quando a mãe relata não sentir os movimentos fetais e o profissional que está realizando o atendimento não perceber a movimentação à palpação obstétrica. O estímulo sonoro deve ser realizado bem próximo ao abdômen materno, para que tenha o efeito desejado, onde podemos perceber que o bebê parece levar um “susto”.

### **1. Material necessário:**

- Sonar *doppler*;
- Buzina de Kobo (buzina de bicicleta).

### **2. Técnica:**

- Coloque a mulher em decúbito dorsal, com a cabeceira elevada (posição de Fowler);
- Palpe o polo cefálico;
- Ausculte os BCF por quatro períodos de 15 segundos e calcule a média (obs: a gestante não deve estar com contração uterina);
- Realize o estímulo sonoro, colocando a buzina sobre o polo cefálico fetal, com ligeira compressão sobre o abdômen materno (aplique o estímulo entre três e cinco segundos ininterruptos). Durante a realização do estímulo, deve-se observar o abdômen materno, procurando identificar movimentos fetais visíveis;
- Imediatamente após o estímulo, repita a ausculta dos BCF por novos quatro períodos de 15 segundos e refaça a média dos batimentos.

### **3. Interpretação do resultado:**

- Teste positivo: presença de aumento mínimo de 15 batimentos em relação à medida inicial, ou presença de movimentos fetais fortes e bruscos na observação do abdômen materno durante a realização do estímulo;
- Teste negativo: ausência de resposta fetal identificada, tanto pela falta de aumento dos BCF quanto pela falta de movimentos fetais ativos. O teste deverá

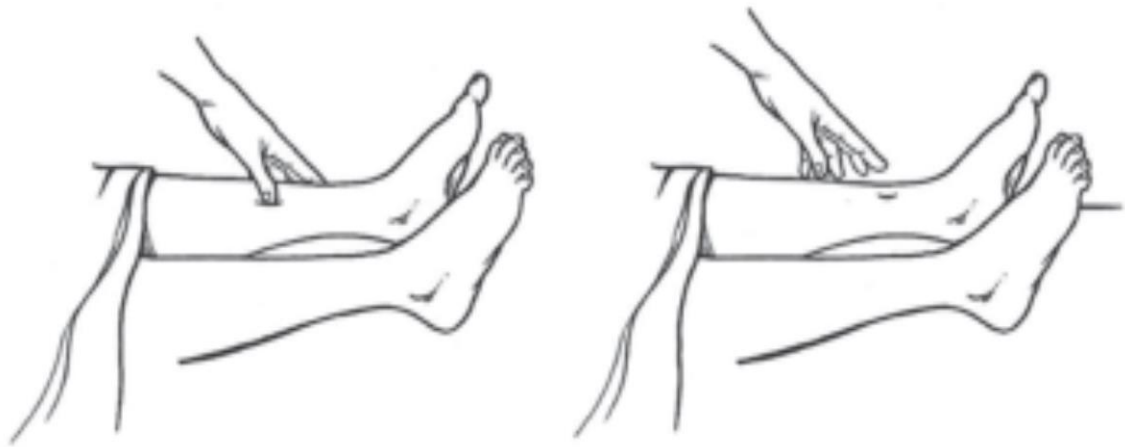
ser realizado duas vezes, com intervalo de pelo menos, dez minutos para se considerar negativo.

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. Faça a referência da paciente para Maternidade Teresa Ramos, com encaminhamento médico ou enfermeiro.

## ANEXO 10 - Verificação da presença de edema

### Nos membros inferiores:

- Posicione a gestante em decúbito dorsal ou sentada, sem meias;
- Pressione a pele na altura do tornozelo (região perimaleolar) e na perna, no nível do seu terço médio, face anterior (região pré-tibial). O edema fica evidenciado mediante presença de depressão duradoura no local pressionado.



### Na região sacra:

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



## Avaliação da presença de edema

Achados	Anote	Condutas
Edema ausente.	-	Acompanhe a gestante, seguindo o calendário de rotina.
Apenas edema de tornozelo, sem hipertensão ou aumento súbito de peso.	(+)	Verifique se o edema está relacionado à postura ao fim do dia, ao aumento da temperatura, ou ao tipo de calçado.
Edema limitado aos membros inferiores, porém na presença de hipertensão ou ganho de peso.	Retorno	Oriente repouso em decúbito lateral esquerdo. Verifique a presença de sinais ou sintomas de pré-eclâmpsia grave e interrogue a gestante sobre os movimentos fetais. Retorno em 07 dias, na ausência de sintomas. Caso haja hipertensão, a gestante deve ser encaminhada para um serviço de Alto Risco.
Edema generalizado (face, tronco e membros) ou gestante edemaciada ao acordar que acompanhado ou não de hipertensão ou aumento súbito de peso.	(+++)	Gestante de risco, em virtude de suspeita de pré-eclâmpsia ou outras intercorrências. A gestante deve ser avaliada pelo médico da unidade e encaminhada para serviço de Alto Risco.
Edema unilateral de MMII, com dor e/ou sinais flogísticos.		Suspeita de processos trombóticos (tromboflebite, TVP). A gestante deve ser avaliada pelo médico da unidade e encaminhada para o serviço de Alto Risco.

Fonte: (BRASIL, 2005e).

## ANEXO 11 - Avaliação da PA em gestantes

ACHADOS	CONDUTAS
Níveis de PA conhecidos e normais antes da gestação: Manutenção dos mesmos níveis de PA.	Níveis tensionais normais: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mantenha o calendário habitual;</li> <li>• Cuide da alimentação;</li> <li>• Pratique atividade física regularmente.</li> </ul>
Níveis de PA desconhecidos antes da gestação: Valores da PA < 140/90mmHg.	Considere o aumento dos níveis tensionais em relação aos níveis anteriores à gestação: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminua a ingestão de sal;</li> <li>• Aumente a ingestão hídrica.</li> <li>• Pratique atividade física regularmente.</li> </ul>
Níveis de PA conhecidos e normais antes da gestação: Aumento da PA, mantendo nível < 140/90mmHg.	Sinal de alerta: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diminua a ingestão de sal;</li> <li>• Aumente a ingestão hídrica;</li> <li>• Pratique atividade física regularmente.</li> <li>• Agende controles mais próximos.</li> </ul>
Níveis de PA conhecidos ou desconhecidos antes da gestação: Valores da PA > 140/90mmHg e < 160/110, sem sintomas e sem ganho ponderal maior do que 500g semanais.	Considere HAS na gestação: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atente para a possibilidade de erro de cálculo da IG;</li> <li>• Realize proteinúria;</li> <li>• A gestante deve ser vista pelo médico da unidade e deve ser avaliada a possibilidade de polidrâmnio, macrosomia, gravidez gemelar, mola hidatiforme;</li> <li>• Solicite ultrassonografia, se possível;</li> <li>• Caso permaneça dúvida, marque retorno em 15 dias para reavaliação ou, se possível, faça o encaminhamento da gestante para o serviço de Alto Risco.</li> </ul>
Níveis de PA conhecidos ou desconhecidos antes da gestação: Valores de PA > 140/90mmHg, proteinúria (TR) positiva e/ou com sintomas clínicos (cefaleia, epigastralgia, escotomas, reflexos tendíneos aumentados) ou paciente assintomática, porém com níveis de PA >160/110mmHg.	Paciente com suspeita de pré-eclâmpsia grave: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deve-se referir imediatamente a gestante ao Pré-natal de Alto Risco e/ou à Maternidade Tereza Ramos</li> </ul>
Paciente com hipertensão arterial crônica, moderada ou grave, ou em uso de medicação anti-hipertensiva.	Paciente de risco: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Deve-se referir a gestante ao Pré-natal de Alto Risco.</li> </ul>

Fonte: Brasil, 2005e.

**ANEXO 12** – Avaliação do estado nutricional da gestante, segundo o índice de massa corporal por semana gestacional

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

## ANEXO 13 - Encaminhamento do RN de Risco – AEE

### CRITÉRIOS PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO DO RN (4 PONTOS OU MAIS)

<b>Nome da criança:</b>	
<b>Data de nascimento:</b>	<b>Data da alta hospitalar:</b>
<b>Nome da mãe:</b>	<b>Peso da alta:</b>
<b>UBS de origem (A/MA/ FM) /</b>	<b>Município:</b>

<b>Estratificação de Risco- Crianças de 0 a 12 meses</b>	<b>PON</b>	<b>X</b>
IG < ou = 32s	4	
PN < ou = 1500g	4	
Displasia broncopulmonar (DBP) moderada ou severa- uso de O2 ou suporte ventilatório com 36s de IG corrigida	4	
ROP (retinopatia da prematuridade) que necessitou de tratamento	4	
PIG abaixo do percentil 3	4	
Doenças de transmissão vertical- Neurosífilis <b>ou</b> bebê em acompanhamento devido a exposição a sífilis que apresentou necessidade de tratamento ou retratamento no 1º mês <b>ou</b> VDRL do 3º mês com titulação > que no 1º mês <b>ou</b> VDRL do 6º mês ascendente	4	
Doenças de transmissão vertical- Toxoplasmose congênita confirmada no RN /com IGM da criança+	4	
Doenças de transmissão vertical- CMV (citomegalivirose) confirmada- PCR positivo na urina até 3 semanas de vida (infecção congênita) ou 12 semanas de vida (infecção perinatal)	4	
Alteração em exames de neuroimagem	4	
Convulsões no período neonatal	4	
Meningite	4	
Parada cardio-respiratória	4	
Asfixia perinatal- Apgar < 7 no quinto minuto	4	
Perímetro cefálico com crescimento anormal (2 medidas alteradas com intervalo de 1 mês)	4	
Crescimento alterado- alteração na curva de peso e/ou estatura – avaliar com 2 medidas com intervalo de 1 mês	4	
Desenvolvimento neuropsicomotor alterado	4	
IG entre 32s1d e 37s	3	
ROP que não precisou de tratamento	3	
RN PIG	1	
Mãe com ausência de pré-natal	1	
Mãe analfabeta	1	
Mãe com menos de 15 anos ou mais de 40	1	
Mãe com menos de 20 anos e mais de 3 partos	1	
Mãe que morreu no puerpério	1	
RN com história de ECN (enterocolite necrotizante)	1	
RN com história de infecção grave	1	
Testes de triagem alterados	1	
RN que usou O2 por mais de 28 dias	1	
RN que demorou 10 dias ou mais para iniciar dieta	1	
<b>Total de pontos</b>		

**Elaborado por:** Caroline Marin Tirello- CRM 11050/RQE; Juliana Matos Schelemberg Newton- CRM 10978/RQE 6487  
 Bibliografia: 1) Puerari C. Atenção Humanizada ao Recém-nascido. Método Canguru. Manual Técnico, 3ª edição. Brasília:Ministério da Saúde, 2017. 2) Martins CK, Silva LP, Linhares MBM. Identificação de fatores de risco em bebês participantes de um programa de Follow-up: Goiânia, Ver.Cefac, São Paulo, vol20, no. 3, maio/junho 2018. 3) Curitiba, Programa Mãe Curitibana. Prefeitura Municipal de Curitiba. Secretaria Municipal de Saúde, Curitiba, 2019. **Adaptado pela Câmara Técnica da Rede cegonha da Serra Catarinense.**



## **ANEXO 14 – Dez Passos para uma Alimentação Saudável para Gestantes**

- 1.** Realizar pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia, evitando ficar mais de três horas sem comer. Entre as refeições beba água, pelo menos 2 litros (6 a 8 copos) por dia.
- 2.** Incluir diariamente nas refeições seis porções do grupo de cereais (arroz, milho, pães e alimentos feitos com farinha de trigo e milho), tubérculos como as batatas e raízes como a mandioca/ macaxeira/aipim. Dando preferência aos alimentos na sua forma mais natural, pois além de serem fontes de carboidratos, são boas fontes de fibras, vitaminas e minerais.
- 3.** Procurar consumir diariamente pelo menos três porções de legumes e verduras como parte das refeições e três porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches.
- 4.** Comer feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, cinco vezes por semana, pois esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e excelente para a saúde.
- 5.** Consumir diariamente três porções de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retirar a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação, tornando esses alimentos mais saudáveis!
- 6.** Diminuir o consumo de gorduras. Consuma, no máximo, uma porção diária de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina. Fique atenta aos rótulos dos alimentos e prefira aqueles livres de gorduras trans.
- 7.** Evitar refrigerantes e sucos industrializados, biscoitos recheados e outras guloseimas no seu dia a dia.
- 8.** Diminuir a quantidade de sal na comida e retire o saleiro da mesa. Evitar consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio) como hambúrguer, charque, salsicha, linguiça, presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas prontas, molhos e temperos prontos.
- 9.** Para evitar a anemia, consuma diariamente alimentos fontes de ferro como: carnes, vísceras, feijão, lentilha, grão-de-bico, soja, folhas verde-escuras, grãos integrais, castanhas e outros. Consuma junto desses alimentos aqueles fontes de vitamina C como: acerola, laranja, caju, limão e outros. Procure orientação de um profissional de saúde para complementar a sua ingestão de ferro.
- 10.** Manter o seu ganho de peso gestacional dentro de limites saudáveis. Pratique, seguindo orientação de um profissional de saúde, alguma atividade física e evite as bebidas alcoólicas e o fumo.

## **ANEXO 15 - Lei nº 17.097, de 17 de Janeiro de 2017 - Violência Obstétrica**

Procedência: Dep. Angela Albino

Natureza: [PL./0482.9/2013](#)

DOE: 20.457, de 19/01/2017

Fonte: ALESC/Coord. Documentação.

Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina.

### **O GOVERNADOR DO ESTADO DE SANTA CATARINA**

Faço saber a todos os habitantes deste Estado que a Assembleia Legislativa decreta e eu sanciono a seguinte Lei:

Art. 1º A presente Lei tem por objeto a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina e divulgação da Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal.

Art. 2º Considera-se violência obstétrica todo ato praticado pelo médico, pela equipe do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda, no período puerpério.

Art. 3º Para efeitos da presente Lei considerar-se-á ofensa verbal ou física, dentre outras, as seguintes condutas:

I – tratar a gestante ou parturiente de forma agressiva, não empática, grosseira, zombeteira, ou de qualquer outra forma que a faça se sentir mal pelo tratamento recebido;

II – fazer graça ou recriminar a parturiente por qualquer comportamento como gritar, chorar, ter medo, vergonha ou dúvidas;

III – fazer graça ou recriminar a mulher por qualquer característica ou ato físico como, por exemplo, obesidade, pelos, estrias, evacuação e outros;

IV – não ouvir as queixas e dúvidas da mulher internada e em trabalho de parto;

V – tratar a mulher de forma inferior, dando-lhe comandos e nomes infantilizados e diminutivos, tratando-a como incapaz;

VI – fazer a gestante ou parturiente acreditar que precisa de uma cesariana quando esta não se faz necessária, utilizando de riscos imaginários ou hipotéticos não comprovados e sem a devida explicação dos riscos que alcançam ela e o bebê;

VII – recusar atendimento de parto, haja vista este ser uma emergência médica;

VIII – promover a transferência da internação da gestante ou parturiente sem a análise e a confirmação prévia de haver vaga e garantia de atendimento, bem como tempo suficiente para que esta chegue ao local;

IX – impedir que a mulher seja acompanhada por alguém de sua preferência durante todo o trabalho de parto;

X – impedir a mulher de se comunicar com o “mundo exterior”, tirando-lhe a liberdade de telefonar, fazer uso de aparelho celular, caminhar até a sala de espera, conversar com familiares e com seu acompanhante;

XI – submeter a mulher a procedimentos dolorosos, desnecessários ou humilhantes, como lavagem intestinal, raspagem de pelos pubianos, posição ginecológica com portas abertas, exame de toque por mais de um profissional;

XII – deixar de aplicar anestesia na parturiente quando esta assim o requerer;

XIII – proceder a episiotomia quando esta não é realmente imprescindível;

XIV – manter algemadas as detentas em trabalho de parto;

XV – fazer qualquer procedimento sem, previamente, pedir permissão ou explicar, com palavras simples, a necessidade do que está sendo oferecido ou recomendado;

XVI – após o trabalho de parto, demorar injustificadamente para acomodar a mulher no quarto;

XVII – submeter a mulher e/ou bebê a procedimentos feitos exclusivamente para treinar estudantes;

XVIII – submeter o bebê saudável a aspiração de rotina, injeções ou procedimentos na primeira hora de vida, sem que antes tenha sido colocado em contato pele a pele com a mãe e de ter tido a chance de mamar;

XIX – retirar da mulher, depois do parto, o direito de ter o bebê ao seu lado no Alojamento Conjunto e de amamentar em livre demanda, salvo se um deles, ou ambos necessitarem de cuidados especiais;

XX – não informar a mulher, com mais de 25 (vinte e cinco) anos ou com mais de 2 (dois) filhos sobre seu direito à realização de ligadura nas trompas gratuitamente nos hospitais públicos e conveniados ao SUS;

XXI – tratar o pai do bebê como visita e obstar seu livre acesso para acompanhar a parturiente e o bebê a qualquer hora do dia.

Art. 4º O Poder Executivo, por meio de sua Secretaria de Estado da Saúde, elaborará a Cartilha dos Direitos da Gestante e da Parturiente, propiciando a todas as mulheres as informações e esclarecimentos necessários para um atendimento hospitalar digno e humanizado, visando à erradicação da violência obstétrica.

§ 1º O custo da Cartilha dos Direitos da Gestante e da Parturiente poderá ser patrocinado por pessoas jurídicas de direito privado, de acordo com critérios a serem estabelecidos pelo Poder Executivo.

§ 2º A Cartilha será elaborada com uma linguagem simples e acessível a todos os níveis de escolaridade.

§ 3º A Cartilha referida no *caput* deste artigo trará a integralidade do texto da Portaria nº 1.067/GM, de 4 de julho de 2005, que “Institui a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, e dá outras providências”.

Art. 5º Os estabelecimentos hospitalares deverão expor cartazes informativos contendo as condutas elencadas nos incisos I a XXI do art. 3º desta Lei.

§ 1º Equiparam-se aos estabelecimentos hospitalares, para os efeitos desta Lei, os postos de saúde, as unidades básicas de saúde e os consultórios médicos especializados no atendimento da saúde da mulher.

§ 2º Os cartazes devem informar, ainda, os órgãos e trâmites para a denúncia nos casos de violência de que trata esta Lei.

§ 3º O custo dos cartazes poderá ser patrocinado por pessoas jurídicas de direito privado, de acordo com critérios a serem estabelecidos pelo Poder Executivo.

Art. 6º A fiscalização do disposto nesta Lei será realizada pelos órgãos públicos nos respectivos âmbitos de atribuições, os quais serão responsáveis pela aplicação das sanções decorrentes de infrações às normas nela contidas, mediante procedimento administrativo, assegurada ampla defesa.

Art. 7º As despesas com a execução desta Lei correrão por conta de dotações orçamentárias próprias, consignadas no orçamento vigente, suplementadas se necessário.

Art. 8º O Poder Executivo regulamentará esta Lei, nos termos do inciso III do art. 71 da Constituição do Estado, no prazo de 60 (sessenta) dias após sua publicação.

Art. 9º Esta Lei entra em vigor na data de sua publicação.

Florianópolis, 17 de janeiro de 2017.

**JOÃO RAIMUNDO COLOMBO**

Governador do Estado

## ANEXO 16 - Deliberação CIB - Aplicação de Penicilina na Atenção Básica



GOVERNO DE SANTA CATARINA  
Secretaria de Estado da Saúde  
Comissão Intergestores Bipartite

### DELIBERAÇÃO 162/CIB/2016

A Comissão Intergestores Bipartite, no uso de suas atribuições, em sua 203ª reunião ordinária do dia 21 de julho de 2016,

#### CONSIDERANDO

A Portaria no. 3.161, de 27 de dezembro de 2011, que dispõe sobre a administração da penicilina nas Unidades Básicas de Saúde, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

O Caderno nº 28 de 2012 "Acolhimento à Demanda Espontânea", vol. II, que orienta o diagnóstico e tratamento das reações anafiláticas na Atenção Básica;


A Decisão Cofen nº. 0094/2015, que revoga parecer do Conselheiro nº. 008/2014, sustentada pelas evidências científicas no reconhecimento do baixo índice de reações anafiláticas pelo uso da penicilina e reafirmando a importância do engajamento dos profissionais da enfermagem na administração oportuna da penicilina, contribuindo para o enfrentamento da sífilis congênita no país;


A Decisão Coren/SC nº 01/CT/2015 que ratifica a administração parenteral de penicilina em Unidades Básicas de Saúde, pelos profissionais da enfermagem, desde que estes serviços atendam às exigências determinadas na Portaria MS 3161/2011 no que diz respeito ao atendimento de urgência e emergência em situação de reação anafilática.

#### APROVA

A administração de penicilina intramuscular nas Unidades Básicas de Saúde do Estado de Santa Catarina, em cumprimento às portarias e decisões acima descritas.

Florianópolis, 21 de julho de 2016.

  
**JOÃO PAULO KLEINUBING**  
Coordenador CIB/SES  
Secretário de Estado da Saúde

  
**SIDNEI BELLE**  
Coordenador CIB/COSEMS  
Presidente do COSEMS