

CADERNO

01



# SAÚDE DA MULHER DO PRÉ-NATAL AO PUERPÉRIO NA ATENÇÃO BÁSICA

PROTOCOLO (2024)

**GUSTAVO RAMOS PERISSINOTTO**  
Prefeito Municipal

**PAULO ROGÉRIO GUEDES**  
Vice-Prefeito Municipal

**MARCO AURELIO MESTRINEL**  
Secretário Municipal de Saúde  
Presidente da FMSRC

**RAFAEL PAVEZI GARCIA**  
Diretor de Departamento de Atenção à Saúde

Elaboração:

**KARLA SANTANA AZEVEDO DAMASCENO**  
Seção de Educação em Saúde

**Colaboradores:**

Aline Corazza Corrêa  
Ana Paula Branco Rodrigues  
Camila Zanchetta Lemes  
Daiane Aparecida Camapnela  
Denise Leonardi Queiroz Prado  
Eliana Aparecida Paes de Carvalho Souza  
Fernanda Maria Ferreira Lucas  
Juliana Milene Francisco  
Mônica Marina Mochetta

**CADERNO 1**

**FMSRC**  
**MAIO-2024**

PREFEITURA DE  AMOR PELA CIDADE	Fundação Municipal de Saúde	NR:	Páginas: 00 a 73
<b>SAÚDE DA MULHER: DO PRÉ-NATAL AO          PUERPÉRIO NA ATENÇÃO BÁSICA</b>		Data de Emissão: 10/05/2021	
		Revisão nº 02	
		Data desta revisão: 03/05/2024	
<p>Este documento faz parte da estratégia de implantação da Linha de Cuidados da Saúde da Mulher em Rio Claro/SP</p> <p>Modificações:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Estratificação de risco para DMG</li> <li>2- Fluxograma de tratamento para toxoplasmose</li> <li>3- Acréscimo de sorologia para citomegalovírus</li> <li>4- Estratégia para enfrentamento da sífilis congênita</li> <li>5- Abordagem do DMG e DM na gestação: momento do parto e terapia farmacológica</li> <li>6- Acréscimo da vacina para Covid no calendário da gestante</li> </ol>			
Elaborado por: Karla S. A. Damasceno Seção de Educação em Saúde, Treinamento e Desenvolvimento			
<b>Aprovação – Diretor Médico:</b>		<b>Aprovação – Secretário da Saúde:</b>	



## **SIGLAS**

APS.....	Atenção primária à saúde
AAE.....	Atenção ambulatorial especializada
CEAD.....	Centro de especialidades e apoio diagnóstico
DPP.....	Data provável do parto
DUM.....	Data na última menstruação
ESF.....	Estratégia saúde da família
IMC.....	Índice de massa corpórea
MACC.....	Modelo de atenção às condições Crônicas
RAS.....	Rede de Atenção à Saúde
SAMU.....	Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
UBS.....	Unidade básica de saúde



## Sumário

1-INTRODUÇÃO .....	8
2-OBJETIVO .....	8
3-RECURSOS HUMANOS.....	9
As equipes de ESF .....	9
Equipe UBS .....	9
Equipe Multi .....	9
Equipe do CEAD.....	9
Equipe da maternidade .....	9
Infraestrutura.....	9
4-RECONHECIMENTO DA POPULAÇÃO ADSTRITA .....	10
5-CONFIRMAÇÃO DA GRAVIDEZ .....	10
6- ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO .....	11
Risco Habitual.....	11
Risco intermediário .....	11
Alto risco .....	12
Urgência e emergência .....	14
7-ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA .....	15
8-ROTINA PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA .....	17
Primeira consulta .....	17
Cálculo da idade gestacional: .....	17
Cálculo da data provável do parto .....	18
Medicações na gestação .....	18
Vacina na gestação.....	19
Consultas subsequentes.....	20
Controles maternos .....	20
Controles fetais.....	20
Conduas .....	21
9-EXAMES COMPLEMENTARES: .....	23
Tipagem sanguínea .....	24
Coombs indireto.....	24
Eletroforese de hemoglobina .....	24
Hemograma .....	25



Rastreio para Hepatite B.....	25
Rastreio para HIV na gestação .....	26
Sorologia Toxoplasmose.....	26
Sorologia para Citomegalovírus (CMV).....	27
10 - PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS NA GESTAÇÃO .....	28
10.1 Diabetes e gestação .....	28
Fatores de risco para diabetes mellitus gestacional .....	28
Rastreio .....	29
Diagnóstico .....	29
Rotina pré-natal na APS:.....	30
Controle glicêmico desejado.....	30
Avaliação fetal .....	31
Complicações do Diabetes na Gestação .....	31
Tratamento: .....	32
Monitoramento.....	33
Resolução.....	33
Puerpério .....	33
Conduta pré-concepcional da paciente diabética pré-gestacional.....	34
10.2 Rastreio de bacteriúria assintomática e/ou infecção do trato urinário (ITU).....	35
10.3 Sífilis no pré-natal .....	37
Tratamento e seguimento da sífilis no pré-natal .....	38
Seguimento pós-tratamento da sífilis .....	39
Resposta adequada ao tratamento.....	39
Critérios para retratamento .....	40
Critérios para tratamento inadequado .....	40
10.4–Hipertensão arterial na gestação .....	41
Formas clínicas.....	42
Profilaxia .....	43
Tratamento .....	43
Resolução.....	44
Pós-parto .....	44
10.5- Ações da saúde bucal.....	45
11 - PUERPÉRIO .....	48



Primeira consulta (profissional médico ou enfermeiro) - incluindo aborto.	
Avaliação clínico-ginecológica: .....	48
Segunda consulta (profissional médico) .....	49
Aconselhamento contraceptivo .....	49
Dificuldades com o aleitamento no período puerperal .....	50
Ordenha manual.....	51
Doando leite materno.....	52
12-Ações educativas na comunidade:.....	55
REFERÊNCIA .....	56
Anexo 1- Dieta para DMG .....	59
Anexo 2: Curva de monitorização da glicemia capilar .....	61
Anexo 3: mapa para monitoramento da Pressão Arterial .....	63
Anexo 4: segurança dos fármacos na gestação e na amamentação .....	64
Anexo 5- Principais queixas na gestação e condutas .....	67
Anexo 6 -Ficha de Investigação e Notificação de Sífilis em Gestante.....	69
Anexo 7-Boas práticas para a garantia do intervalo adequado entre as doses de benzilpenicilina benzatina no tratamento da sífilis em gestantes .....	71



## **1-INTRODUÇÃO**

A diminuição da taxa de mortalidade materna e infantil tem sido um desafio há tempos. Para reduzir essa taxa e aumentar a qualidade da assistência à mulher nesse ciclo da vida (pré-natal, parto e puerpério), em 2011 foi elaborado o Rede Cegonha, com o intuito de integrar a rede de apoio. (BRASIL,2011).

Observou-se que a organização dos níveis de assistência (primária, secundária e terciária) coexistia com suas ações, contudo sem uma integralidade que linkasse as atividades desses. Assim, não era incomum que diante de uma situação adversa a busca pelo atendimento adequado se tornasse uma peregrinação, o que retardava a assistência de qualidade e aumentava os riscos de desfechos ruins. Então, sugeriu-se que a Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Ambulatorial Especializada (AAE), assim como o serviço de urgência e emergência (maternidade) coordenassem suas ações, otimizando os serviços prestados, tendo a atenção básica como elo para cada nó desse caminho.

## **2-OBJETIVO**

- Articular todas as Unidades da Rede de Atenção à Saúde assegurando o atendimento contínuo e de qualidade em situações eletivas ou de emergência durante o pré-natal, parto, puerpério e para o recém-nascido.
- Garantir o atendimento especializado quando indicado;
- Propor condutas no manejo das principais intercorrências da gestação.

### **Estratégias**

- Conhecimento da população de gestantes e puérperas do território
- Estratificação de risco gestacional.
- Manejo adequado das necessidades das gestantes, parturientes e puérperas de acordo com o estrato de risco.



### **3-RECURSOS HUMANOS**

O município de Rio Claro possui 30 equipes de saúde na atenção primária, distribuídas em 17 unidades de saúde da Estratégia da Saúde da Família (ESF) e 04 Unidades Básicas de Saúde (UBS), um Centro de Especialidade e Apoio Diagnóstico (CEAD) e uma maternidade pública (Pavilhão Bettin dentro da Santa Casa de Misericórdia de Rio Claro).

#### **A equipes de ESF**

Médico generalista, enfermeiro, dentista, técnico de enfermagem, auxiliar de saúde bucal, agente comunitário de saúde e farmacêutico em algumas Unidades.

#### **Equipe UBS**

Médico ginecologista, médico pediatra, médico clínico, assistente social, farmacêutico, enfermeiro, técnico de enfermagem, dentista, auxiliar de saúde bucal e administrativos.

#### **Equipe Multi**

Nutricionista, fisioterapeuta, profissional de educação física e psicólogo.

#### **Equipe do CEAD**

Médico ginecologista e demais especialidades, nutricionista, psicóloga e assistente social.

#### **Equipe da maternidade**

Médicos ginecologistas, neonatologistas e ultrassonografista, enfermeiro, assistente social, psicólogo, nutricionista, técnicos de enfermagem.

#### **Infraestrutura**

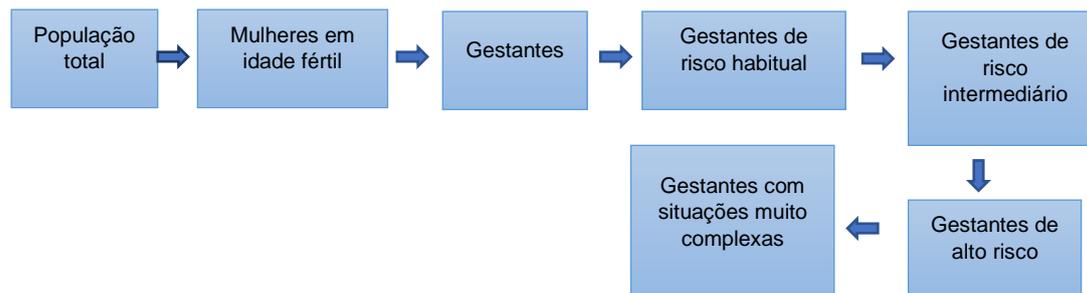
O Município de Rio Claro possui serviço de laboratório de análise, duas farmácias Todo Dia e uma farmácia de alto custo. Utiliza o sistema de informação de dados MAESTRO, que alimenta todas as informações no SISAB, nas unidades de saúde da atenção básica (UBS e ESF) e da atenção especializada.



#### 4–RECONHECIMENTO DA POPULAÇÃO ADSTRITA

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) propõe, como primeiro passo para organização da RAS, o conhecimento da população adstrita a um determinado território de saúde, seguindo a lógica de estratificações sucessivas (Figura 1).

Figura 1: estratificação da subpopulação de gestantes



Fonte: © 2019 Ministério da Saúde. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein

#### 5-CONFIRMAÇÃO DA GRAVIDEZ

O diagnóstico de gravidez baseia-se na história, no exame físico e nos testes laboratoriais ou teste rápido. Se ocorrer atraso menstrual maior ou igual a duas semanas em mulheres com ciclos regulares deve-se realizar teste de gravidez. A confirmação do diagnóstico da gravidez pode ser feita pelo enfermeiro, técnico ou auxiliar de enfermagem da unidade de saúde, por meio do teste imunológico de gravidez (TIG). O TIG deve ser realizado **diariamente** em todas as UBS e ESF. O resultado deve ser obrigatoriamente registrado adequadamente no prontuário, com assinatura e registro profissional de quem realizou (carimbo). Quando o atraso menstrual for maior que três meses a gravidez pode ainda ser confirmada por exame físico: ausculta de BCF ou exame de imagem: ultrassonografia. **Após a confirmação de gravidez, deve-se agendar consulta com enfermeiro para abertura do pré-natal.**

Se o Teste de Gravidez for negativo, deve ser agendada consulta com um profissional médico para investigar amenorreia (atraso maior ou igual a três ciclos) e encaminhar para serviço de Planejamento Familiar, principalmente se for paciente adolescente.



## 6- ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO

A importância da estratificação do risco na gestação consiste em otimizar os recursos em saúde e organizar a oferta de serviços e exames, a fim de diminuir a chance de suboferta a quem precisa de maior cuidado e sobre oferta para quem apresenta menor risco.

A estratificação de risco gestacional é definida a partir de fatores de risco, sendo agrupada de acordo com:

- Condições individuais, socioeconômicas e familiares.
- História reprodutiva anterior.
- Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual.

Os quadros a seguir trazem a estratificação do risco na gestação:

### Risco Habitual

#### Quadro1- Risco habitual- Assistência pelo médico generalista da APS

<b>Risco habitual</b>
<b>Características individuais e socioeconômicas e familiares:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Idade entre 16 e 34 anos</li><li>• Aceitação da gestação</li></ul>
<b>História reprodutiva anterior</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Intervalo interpartal maior que 2 anos</li></ul>
<b>Ausência de intercorrências clínicas e/ou obstétricas na gravidez anterior e/ou na atual</b>

### Risco intermediário

#### Quadro 2- Risco intermediário- Atenção pelo médico generalista e pelo obstetra da APS

<b>Risco Intermediário</b>
<b>Características individuais e socioeconômicas e familiares:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Idade menor que 15 anos ou maior que 35 anos</li><li>• Condições de trabalho desfavoráveis: esforço físico excessivo, carga horária extensa, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, níveis altos de estresse</li><li>• Indícios ou ocorrência de violência</li><li>• Capacidade de autocuidado insuficiente</li><li>• Não aceitação da gestação</li></ul>



<ul style="list-style-type: none"><li>• Tabagismo ativo ou passivo</li><li>• Uso de medicamentos teratogênicos</li><li>• Altura menor que 1,45m</li><li>• IMC &lt;18,5 ou 30-39kg/m<sup>2</sup></li><li>• Transtorno depressivo ou de ansiedade leve</li><li>• Uso de drogas lícitas e ilícitas</li><li>• Gestante em situação de rua ou em comunidades indígenas ou quilombola</li><li>• Outras condições de saúde de menor complexidade</li></ul>
<p><b>História reprodutiva anterior:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Alterações no crescimento intrauterino (CIUR e macrossomia)</li><li>• Malformação</li><li>• Nuliparidade ou multiparidade (5 ou mais partos)</li><li>• Diabetes gestacional</li><li>• Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas sem critérios de gravidade</li><li>• Cesariana prévia com incisão clássica/corporal/longitudinal</li><li>• Cesárias prévias (2 ou mais) ou cirurgia uterina anterior recente (exceto incisão clássica/corporal/longitudinal)</li><li>• Intervalo interpartal &lt; 2 anos</li></ul>
<p><b>Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Infecção urinária (1 ou 2 ocorrências) ou 1 episódio de pielonefrite</li><li>• Ganho de peso inadequado</li><li>• Sífilis (exceto sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina e achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita).</li><li>• Suspeita ou confirmação de dengue, vírus Zika ou Chikungunya (quadro febril exantemático)</li><li>• Diabetes gestacional</li></ul>

Alto risco

**Quadro 3- Alto risco- Atenção médico generalista da APS e Obstetra da AAE**

Alto risco
<p><b>Característica individuais e condições socioeconômicas:</b></p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Dependência e/ou uso abusivo de drogas lícitas ou ilícitas</li><li>• Agravos alimentares ou nutricionais: IMC <math>\geq</math>40kg/m<sup>2</sup>, desnutrição, carências nutricionais (hipovitaminoses) e transtornos alimentares (anorexia nervosa, bulimia, outro)</li></ul>



**Condições clínicas prévias à gestação:**

- Doença psiquiátrica grave: psicose, depressão grave, transtorno bipolar, outras
- Hipertensão arterial crônica
- Diabetes mellitus 1 e 2
- Doenças genéticas maternas
- Antecedente de tromboembolismo (TVP ou embolia pulmonar)
- Cardiopatias (valvulopatias, arritmias e endocardite) ou infarto agudo do miocárdio
- Pneumopatias graves (asma em uso de medicamento contínuo, DPOC e fibrose cística)
- Nefropatias graves (insuficiência renal e rins multicísticos)
- Endocrinopatias (diabetes mellitus, hipotireoidismo em uso de medicamentos e hipertireoidismo)
- Doenças hematológicas: doença falciforme, púrpura trombocitopênica idiopática, talassemia e coagulopatias.
- Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular cerebral, déficits motores graves)
- Doenças autoimunes (lúpus eritematosos, SAAF, artrite reumatoide, outras collagenoses)
- Ginecopatias (malformações uterinas, útero bicorno, miomas intramurais maiores que 4cm ou múltiplos e miomas submucosos)
- Câncer de origem ginecológica ou invasores; câncer em tratamento ou que possa repercutir na gravidez
- Transplantes
- Cirurgia bariátrica

**História reprodutiva anterior:**

- Morte perinatal explicada ou inexplicada
- Abortamento habitual/recorrente (ocorrência de 3 ou mais abortamentos consecutivos)
- Isoimunização Rh em gestação anterior
- Insuficiência cervical
- Infertilidade
- Acretismo placentário
- Pré-eclâmpsia grave; síndrome HELLP
- Prematuridade anterior

**Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual**

- Gestação múltipla
- Gestação resultante de estupro
- Pré-eclâmpsia e Hipertensão gestacional
  - Infecção urinária de repetição:  $\geq 3$  episódios de ITU baixa ou  $\geq 2$  episódios de pielonefrite



- Doenças infecciosas: sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina ou com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita; toxoplasmose; rubéola; citomegalovírus; herpes simples; tuberculose; hanseníase; hepatites; condiloma acuminado (verruga viral no canal vaginal ou colo uterino ou lesões extensas/numerosas localizadas em região genital ou perianal); diagnóstico de HIV/AIDS
- Desvios do crescimento intrauterino: CIUR (mesmo suspeito, se ultrassom não disponível), macrossomia ou desvios da quantidade de líquido amniótico
- Insuficiência istmo cervical
- Anemia grave (hemoglobina <8 g/dL) ou anemia refratária a tratamento
- Hemorragias na gestação
- Acretismo placentário ou placenta prévia não sangrante
- Colestase gestacional (prurido gestacional ou icterícia persistente)
- Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal
- Qualquer patologia clínica que repercute na gestação ou necessite de acompanhamento clínico especializado
- Outras condições de saúde de maior complexidade

**Alto risco com situações especiais:**

- Gestação múltipla monicoriônica
- Isoimunização Rh em gestação anterior
- Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal
- Diagnóstico de HIV/AIDS
- Transplantes

Fonte: Brasil (adaptado). IMC: índice de massa corporal; CIUR: crescimento intrauterino restrito; TVP: trombose venosa profunda; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica; SAAF: síndrome do anticorpo antifosfolípido; ITU: infecção do trato urinário.

## Urgência e emergência

### Quadro 4- Situações de urgência e emergência- a maternidade

**Urgência e emergências obstétricas**

- Síndromes hemorrágicas (descolamento prematuro de placenta, placenta prévia com sangramento ativo)
- Sinais e sintomas de abortamento em curso ou inevitável
- PAS  $\geq 160$ mmHg ou PAD  $\geq 110$ mmHg, escotomas visuais, diplopia, cefaleia, epigastralgia, dor no hipocôndrio direito e confusão mental
- Eclâmpsia
- Gestantes com sífilis e alergia à penicilina (para dessensibilização) ou suspeita de neurosífilis



- Suspeita de pielonefrite, corioamnionite ou qualquer infecção de tratamento hospitalar
- Anidrâmnio
- Polidrâmnio grave ou sintomático
- Ruptura prematura de membranas
- Hipertonia uterina
- Gestação a partir de 41 semanas confirmadas
- Hemoglobina menor que 6g/dL ou sintomática, com dispneia, taquicardia e hipotensão
- Dor abdominal intensa/abdome agudo em gestante
- Suspeita de TVP
- Hiperemese gravídica: vômitos incoercíveis, sem melhora com tratamento oral/desidratação
- Vômitos inexplicáveis a partir de 20 semanas de gestação
- Vitalidade fetal alterada (perfil biofísico fetal  $\leq 6$ ; diástole zero em umbilical, cardiotocografia não tranquilizadora, ausência ou redução de movimentos fetais por mais de 12 horas em gestação com mais de 26 semanas e suspeita de morte fetal)
- Diagnóstico ultrassonográfico de doença trofoblástica gestacional
- Outras urgências clínicas
- Isoimunização Rh
- Trabalho de parto pré-termo

Fonte: Brasil (adaptado) PAS: pressão arterial sistólica; PAD: pressão arterial diastólica; TVP: trombose venosa profunda.

## **7-ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA**

As gestações de risco habitual devem ser seguidas pelas equipes de ESF; as gestações com risco intermediário devem ser seguidas pelas ESF com apoio do médico obstetra da UBS, e as gestações de alto risco deve ser seguidas pelo pré-natal de alto risco do CEAD com apoio da maternidade e cuidado compartilhado com a ESF. As emergências e urgências devem ser encaminhadas à maternidade.

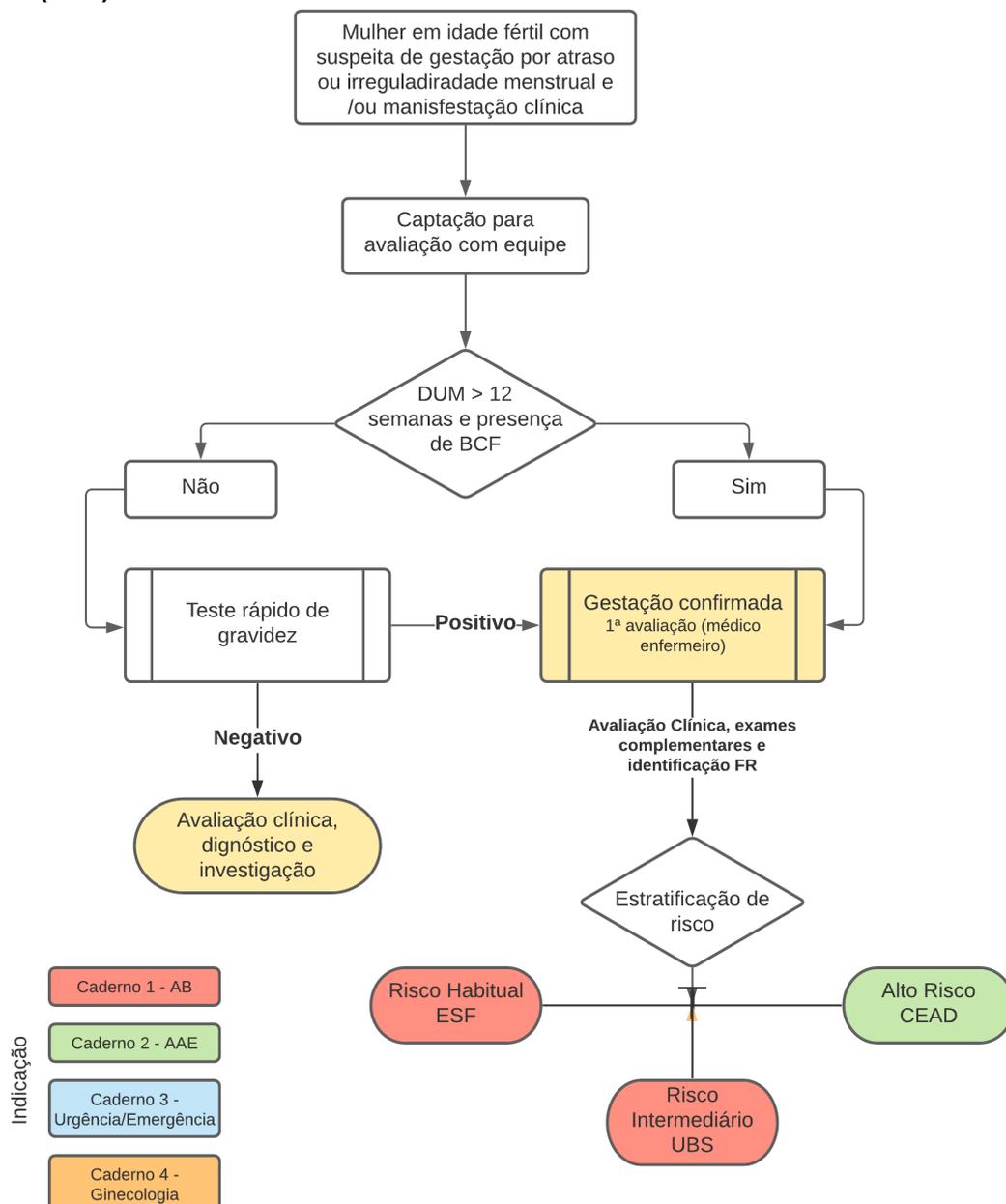
Os encaminhamentos da ESF para a UBS e para o CEAD serão regulados pela coordenação das unidades a partir de e-mail. A referência e a contrarreferência devem estar devidamente preenchidas com Hipótese diagnóstica e CID. A disponibilidade de vaga na agenda do médico ginecologista/obstetra da UBS e do CEAD será garantida.



Os casos encaminhados ao alto risco serão inseridos no Sistema Cross pelo CEAD para receber a paciente. As consultas subsequentes serão agendadas pelo próprio serviço do CEAD. Pacientes compensadas (DM e HAC) terão consultas intercaladas entre APS e AAE.

Os encaminhamentos da Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) para a maternidade, quando da situação de urgência e emergência (vide quadro 4), podem ser feitos nos impressos de encaminhamento e, quando necessário, regulados pelo serviço do SAMU.

**Figura 2- Fluxograma de atendimento da mulher em idade fértil dentro da Rede de Atenção à Saúde (RAS)**





## 8-ROTINA PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA

### Primeira consulta

Durante a **primeira consulta pré-natal** o enfermeiro (a) deve:

- Orientar sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Verificar e realizar cadastramento das gestantes no Sistema de informação de dados (MAESTRO);
- Identificar situações de vulnerabilidade socioeconômica e familiar;
- Identificar a expectativa e a aceitação da gravidez por parte da mulher e seu parceiro;
- Solicitar exames de 1ª rotina, USG obstétrica e prescrever ácido fólico;
- Agendar consulta com dentista.

Cálculo da idade gestacional:

Idade Gestacional	
DUM	Como Calcular
A mulher conhece a DUM exata (primeiro dia do sangramento do último sangramento)	Somar o número de dias do intervalo entre a DUM e a data da consulta e dividir o total por 7 (resultado em semanas)
A mulher não se recorda da DUM exata, mas se recorda do período do mês em que ela ocorreu	Considerar como DUM os dias 5, 15 e 25, dependendo se o período foi no início, meio ou fim do mês. Somar o número de dias do intervalo entre a DUM presumida e a data da consulta e dividir o total por 7 (resultado em semanas)
A mulher não se recorda da DUM exata e nem do período ou tem ciclos irregulares	Calcular por meio da ultrassonografia obstétrica para a primeira datação e manter esta IG como referência para os cálculos futuros

Fonte: Brasil. DUM: data da última menstruação; IG: idade gestacional; DPP: data provável do parto.



### Cálculo da data provável do parto

DPP	
<p>Calcula-se a data provável do parto levando-se em consideração a duração média da gestação normal (280 dias ou 40 semanas, a partir da DUM)</p>	<p>Somar 7 dias ao primeiro dia da última menstruação e subtrair 3 meses ao mês em que ocorreu a última menstruação ou adicionar 9 meses, se corresponder aos meses de janeiro a março.</p>
	<p>DUM: 13/09/04 → DPP: 20/06/05                      (13 + 7 = 20 e 9-3 = 6)</p>
	<p>DUM: 13/02/02 → DPP: 20/11/02                      (mês 2 + 9 = mês 11)</p>
	<p>Utilização do gestograma: direcionar a seta para o dia e mês da DUM e observar a data indicada pela seta como DPP</p>

Fonte: Brasil.

### Medicações na gestação

Medicações no ciclo gravídico puerperal	
Medicamento	Comentário
Sulfato ferroso	<ul style="list-style-type: none"> <li>●Dose: 40mg de ferro elementar/dia</li> <li>●Período: a partir da 20ª semana até o parto</li> </ul>
Ácido fólico	<ul style="list-style-type: none"> <li>●Dose: 0,4 a 0,8mg/dia (40 gotas da solução 0,2mg/mL), para gestantes com baixo risco para defeitos de fechamento do tubo neural, e 5,0mg/dia, para gestantes com alto risco para defeitos de fechamento de tubo neural (cirurgia bariátrica; antecedentes de malformações neurológicas; uso concomitante de antagonistas de ácido fólico, como o ácido valproico, em caso de epilepsia)</li> <li>●Período: 1 mês antes da gravidez até a 12ª semana gestacional.</li> </ul>

Fonte: Brasil.

A prescrição de polivitamínicos pode ser feita juntamente com suplementação de sulfato ferroso. Em anexo a lista de medicamentos disponíveis e a classificação do risco. (Anexo 4)



## Vacina na gestação

### Calendário da Gestante

Vacina	Nº doses	Intervalo entre as doses (recomendado)	Intervalo entre as doses (mínimo)
Hepatite b (HBrecombinante)	3 doses, de acordo com o histórico vacinal (Iniciar ou completar)	0,1,6 (mês)	0,1,4 (mês)
Difteria e tétano (dT adulto)	3 doses, de acordo com o histórico vacinal (Iniciar ou completar). Reforço a cada 10 anos, reduzir para 5 anos se ferimentos graves ou gravidez	0,2,4(mês)	0,1,2 (mês)
Difteria, tétano, Petusis acelular (dTpa adulto) <sup>a</sup>	1 dose a cada gestação. A partir da 20ª semana de gravidez	2 meses após dT	1 mês após dT
Influenza <sup>b</sup>	1 dose (anual)		
Covid	1 dose a cada seis meses		

a-Gestantes que perderam a oportunidade de serem vacinadas durante o período gestacional, administrar 1 (uma) dose de dTpa no puerpério. Gestante sem histórico vacinal da dT, administrar 2 (duas) doses da vacina dupla adulto (dT) e 1 (uma) dTpa a partir da 20ª semana de gestação.

b-Administrar em qualquer idade gestacional

São contraindicadas durante a gestação as vacinas de vírus vivos, como tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola), porém pode ser aplicada no puerpério e durante a amamentação. A vacina de febre amarela está contraindicada na gestação e durante a amamentação. E, até o momento, a vacina para o HPV (papiloma vírus humano) está contraindicada na gestação.



### Consultas subsequentes

Nas consultas seguintes, a anamnese deverá ser sucinta, abordando aspectos do bem-estar materno e fetal. Inicialmente, deverão ser ouvidas dúvidas e ansiedades da mulher, além de perguntas sobre alimentação, hábito intestinal e urinário, movimentação fetal e interrogatório sobre a presença de corrimentos ou outras perdas vaginais.

As anotações deverão ser realizadas tanto no prontuário da Unidade quanto no cartão da gestante. Em cada consulta é importante reestratificar o risco obstétrico e perinatal. Roteiro das consultas subsequentes:

- Revisão da ficha pré-natal;
- Anamnese atual sucinta;
- Verificação do calendário de vacinação.

### Controles maternos

- Cálculo e anotação da idade gestacional (IG);
- Determinação do peso para avaliação do índice de massa corporal (IMC). Anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do estado nutricional;
- Medida da pressão arterial (PA), observando técnica adequada de aferição;
- Palpação obstétrica e medida da altura uterina (AU). Anotar no gráfico e observar o sentido da curva para avaliação do crescimento fetal;
- Pesquisa de edema;
- Avaliar resultados de exames laboratoriais e estabelecer condutas específicas;

### Controles fetais

- Ausculta dos batimentos cardíacos (BCF);
- Avaliação dos movimentos percebidos pela mulher e/ou detectados no exame obstétrico;
- Avaliação da situação e apresentação em momento oportuno.



## Conduas

- Interpretação dos dados de anamnese, do exame obstétrico e dos exames laboratoriais com solicitação de outros, se necessário;
- Tratamento das alterações encontradas ou encaminhamento, se necessário;
- Prescrição de suplementação de sulfato ferroso (40 mg de ferro elementar/dia) para profilaxia da anemia, se necessário;
- Orientação alimentar;
- Realização de ações e práticas educativas individuais e em grupos;
- Agendamento de consultas subsequentes.

Para seguimento em conjunto entre enfermeiro, médico generalista e médico obstetra, foi elaborado um calendário de conduta de acordo com a IG e o responsável. Consulta mensal até 28ª semana, quinzenal até 36ª semana, e semanal até o parto. Primeira revisão de parto com 7 dias, e a segunda revisão entre 30 e 42 dias pós-parto. (vide quadro 9)

**Quadro 5 - Conduas pré-natais segundo idade gestacional e responsável.**

<b>Idade Gestacional</b>	<b>Conduta</b>	<b>Responsável</b>
Abertura de pré-natal	Solicitação de exames de 1ª rotina, usg obstétrica, prescrição de ácido fólico, encaminhamento ao dentista	Enfermeiro
Consulta subsequente (12ª semana)	Checar exames, realizar exame físico, orientações e prescrição conforme necessidades, e encaminhamentos se necessário	Médico
16-20 semanas	Exame físico e prescrição de sulfato ferroso + polivitamínico, solicitação de USG morfológica	Enfermeiro
20-24 semanas	Exame físico + checar USG morfológico. Solicitar 2ª rotina e exames laboratoriais segundo queixa e necessidades	Médico
24-28 semanas	Exame físico + checar exames.	Médico



28- 32 semanas	Exame físico + solicitar 3º rotina +USG obstétrico	Enfermeiro
32-34 semanas	Exame físico, checar exames de rotina, realizar orientações e prescrições conforme queixas e achados,	Médico
34-36semanas	Exame físico, solicitar cultura do E. Grupo B para colher <b>com 36 semanas</b>	Médico/enfermeira
37 semanas	Exame físico, orientações sobre TP e sinais de alerta e checar resultado de cult. E Grupo B	Obstetra
38 semanas	Exame físico, orientações sobre TP e sinais de alerta.	Obstetra
39 semanas	Exame físico, orientações sobre TP e sinais de alerta	Obstetra
40 semanas	Encaminhar à maternidade para avaliação da vitalidade fetal (CTG), orientar que parto poderá acontecer até 41 semanas.	Obstetra
41 semanas (DPP)	Encaminhar à maternidade por pós datismo	Obstetra

Fonte: própria autora.



## 9-EXAMES COMPLEMENTARES:

Abaixo segue a tabela com os exames que devem ser solicitados de forma rotineira durante o pré-natal. (as rotinas podem ser solicitadas por enfermeiro ou médico). Outros exames podem ser solicitados fora da rotina, mediante necessidade de investigação diagnóstica.

**Quadro 6 -Exames de rotina, laboratoriais e de imagem, de acordo com o trimestre da gestação**

Exames	Abertura (1ª rotina)	Entre 22 e 24 semanas	Entre 28 e 30 semanas (2ª rotina)
ABO-Rh	x		
Coombs indireto	x	S/N	S/N
Hemograma	x	x	x
Eletroforese de hemoglobina	x		
Glicemia de jejum	x		
TTGO75g		x	
VDRL	x	x	x
HIV	x		x
Toxoplasmose	x	S/N	S/N
Citomegalovírus IgM			x
Hepatite B	x		
Urina1	x	S/N	x
Urocultura	x	S/N	S/N
Ultrassonografia	x	x	x
Papanicolau*	x		
Cult. Estreptococos grupo B			x
Ultrassonografia	Confirma IG, N° embriões, localização.	Morfológica	Localização da placenta, medida ILA, apresentação fetal, peso fetal na curva de crescimento

S/N= se necessário \*colher segundo as diretrizes



Interpretação e conduta de cada exame:

Tipagem sanguínea

Exame	Observação	Resultado	Interpretação
ABO-RH	O fator Rh negativo indica a prevenção e o rastreamento da isoimunização materna e doença hemolítica fetal	Rh negativo	Solicitar Coombs indireto
		Rh positivo	Orientação sobre a ausência de riscos para o bebê

Coombs indireto

Exame	Observação	Resultado	Interpretação
Coombs indireto	Detecta a presença de anticorpos anti-Rh (quando Rh negativo), indicando possível doença hemolítica fetal	Coombs indireto Negativo	Repetir a cada trimestre;
		Coombs indireto positivo	Ao pré-natal de alto risco

Eletroforese de hemoglobina

A gravidez é uma situação potencialmente grave para usuárias com doença falciforme, assim como para o feto e o recém-nascido. Os efeitos na gravidez podem ser aumento das crises dolorosas, piora do quadro de anemia, abortamento, crescimento intrauterino restrito, trabalho de parto prematuro e pré-eclâmpsia, além de complicações

Resultado da eletroforese de hemoglobina:

- Hb A + A= padrão normal
- Hb A + quaisquer outras variantes= gestante sem doença falciforme
- Hb A + S= traço falciforme (Investigar a possibilidade de o pai da criança ter o traço falciforme e orientar sobre os cuidados com o recém-nascido)
- Hb S+S, Hb S+C, Hb Sβ+ tal, HbSβ0tal ou Hb SD Punjab= encaminhar ao pré-natal de alto risco



## Hemograma

Exame	Observação	Resultado	Interpretação
Hemograma	A anemia gestacional está relacionada a abortamento espontâneo, parto prematuro, hemorragia durante o trabalho de parto, hipóxia, recém-nascido de baixo peso, anemia para o recém-nascido e baixa na imunidade.	Hb $\geq$ 11g/dL ► ausência de anemia	Suplementação de ferro a partir da 20ª semana de gestação
		Hb 8-11g/dL ► anemia leve a moderada	Investigar e tratar parasitoses intestinais Realizar tratamento e controle de cura da anemia de acordo com as diretrizes clínicas.
		Hb <8g/dL ► anemia grave	Compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco

- Sulfato ferroso 1cp de 200mg = 40mg de Ferro elementar:
  - Profilático: 1- 2cp;
  - Tratamento: 4cp;

## Rastreamento para Hepatite B

A hepatite B tem alto potencial de morbidade da doença para a mãe e o feto. Neonatos infectados têm grande probabilidade de se tornarem portadores crônicos e desenvolverem doença hepática ao longo da vida.

### Resultado da sorologia HBsAg:

- Negativo= manter rotina pré-natal, orientar quando a vacinação contra hepatite B se anti-HBs negativo.
- Positivo= Compartilhar o cuidado com o Pré-natal de Alto Risco e/ou Serviços de Referência para DST/AIDS (SEPA)



**Rastreo para HIV na gestação**

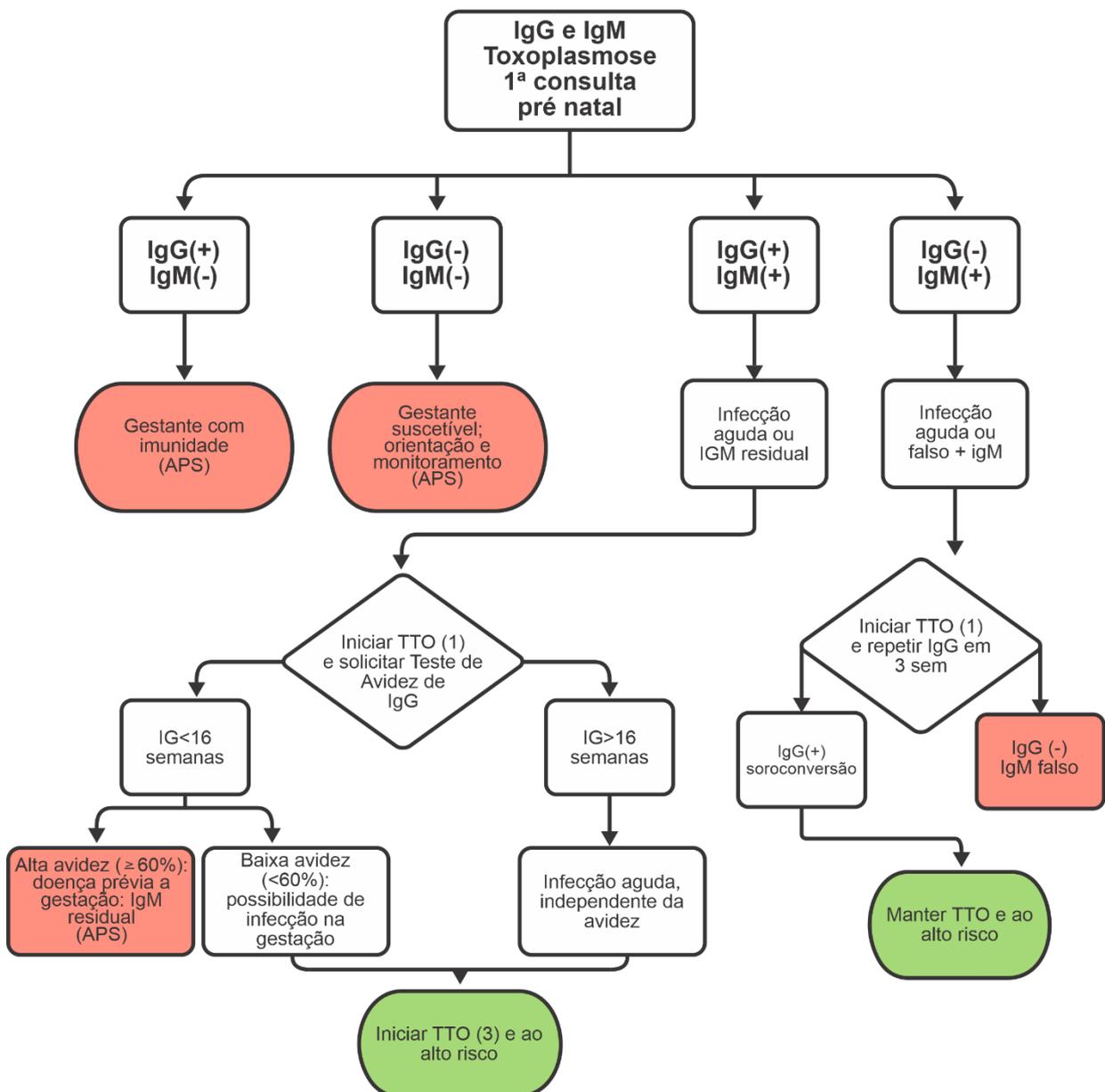
A mulher infectada com o vírus HIV tem riscos para desenvolvimento da doença e de transmissão vertical, com repercussões para o bebê.

Resultado teste rápido ou sorologia anti-HIV:

- Negativo: Manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes até o momento do parto.
- Positivo: Compartilhar o cuidado com o pré-natal de Serviços de Referência para DST/AIDS (SEPA)

**Sorologia Toxoplasmose**

**Figura 3- Rastreo e conduta para toxoplasmose na gestação**





#### Tratamento (T1):

- Espiramicina - Comprimido de 1.500.000 U = 500mg
  - Posologia: 2 comprimidos de 8 em 8 horas (3g/dia).

#### Tratamento (T3) Esquema tríplice:

- Pirimetamina (25mg) – 1 comprimido de 25mg de 12 em 12 horas;
- Ácido fólico (15 mg) – 1 comprimido de 15 mg ao dia;
- Sulfadiazina (500 mg) – 2 comprimidos de 500mg de 8 em 8 horas.

O esquema tríplice pode ser prescrito nas seguintes situações:

- Infecção fetal
- Pacientes com sorologias IgM e IgG positivas que não desejarem realizar a amniocentese, pode-se fazer tratamento com esquema tríplice por 4 a 8 semanas, pelo menos, e depois retornar para espiramicina até o parto.
- Alterações ultrasonográficas fetais sugestivas.
- Idade gestacional próxima a 30 semanas.

#### Sorologia para Citomegalovírus (CMV)

Solicitar IgM para CMV na 2ª rotina de pré-natal e anotar no cartão pré-natal. Os recém-nascidos de gestantes com IgM positivo no pré natal devem passar por exames de rastreio para infecção assintomática por CMV.



## 10 - PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS NA GESTAÇÃO

A morbimortalidade materna, fetal e infantil, está diretamente relacionada a morbidades durante a gestação, destacando-se o Diabetes Mellitus, a Infecção do Trato Urinário (ITU), a Sífilis materna, a Doença Hipertensiva e a Doença periodontal. Cada patologia será abordada a seguir.

### 10.1 Diabetes e gestação

Diabetes Mellitus (DM) é uma doença sistêmica complexa caracterizada, principalmente, por hiperglicemia. Tem caráter progressivo, podendo haver complicações micro e macrovasculares. A gestação aumenta a resistência à insulina e altera a tolerância à glicose (estado diabetogênico), sendo de fundamental importância o diagnóstico oportuno e acompanhamento para diminuir as complicações materno-fetais.

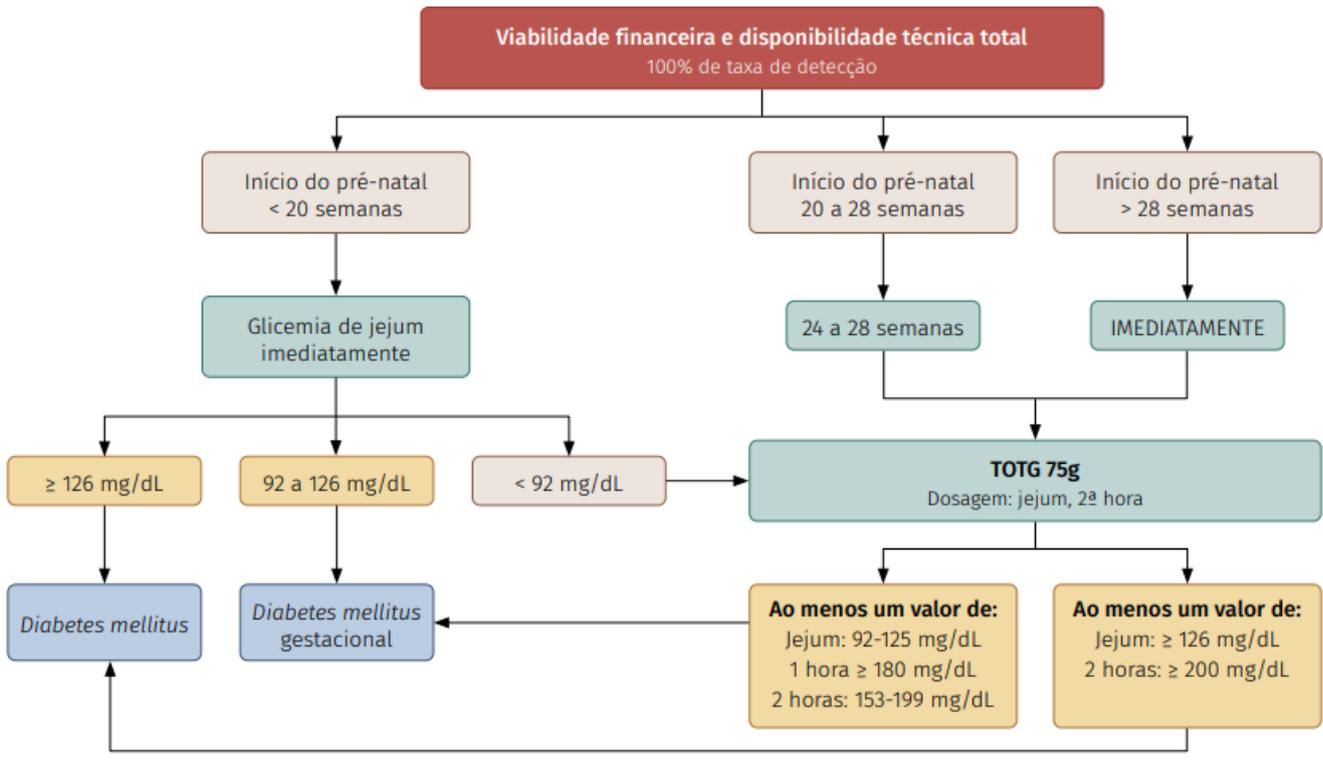
Fatores de risco para diabetes mellitus gestacional:

Idade materna $\geq 40$ anos
Sobrepeso ou obesidade
História familiar de diabetes em parente de primeiro grau
Condições associadas a resistência insulínica:
<ul style="list-style-type: none"><li>• Acantose nigricans, Hipertrigliceridemia, Hipertensão arterial sistêmica, Síndrome do Ovário Policístico</li></ul>
Ganho de peso excessivo na gravidez
Crescimento fetal excessivo
Polidrâmnio
Pré-eclâmpsia na gestação atual
Antecedentes de abortamentos de repetição
Malformações ou Macrosomia
Morte fetal ou neonatal
DMG prévio
Hb glicada $\geq 5,7\%$ no primeiro trimestre



Rastreio

Figura 4 Exames de rastreio para DMG:



Diagnóstico

Tabela 1. Valores de corte para diagnóstico de DMG

TTGO com 75g	Jejum	1ª hora	2ª hora
Normal	<92mg/dl	<180mg/dl	<153mg/dl
DM gestacional	≥92 a 125mg/dl	≥180mg/dl	≥153 a 199mg/dl
Diabetes Mellitus	≥126mg/dl	-----	≥200mg/dl

Obs: Para o diagnóstico basta um valor alterado

**Diabetes mellitus gestacional (DMG):** mulher com hiperglicemia detectada pela primeira vez durante a gravidez, com níveis glicêmicos sanguíneos que não atingem os critérios diagnósticos para DM;

**Diabetes mellitus diagnosticado na gestação (overt diabetes):** mulher sem diagnóstico prévio de DM, com hiperglicemia detectada na gravidez e com níveis glicêmicos sanguíneos que atingem os critérios da OMS para o DM em não gestantes:



- HbA1c  $\geq 6,5\%$  (no primeiro trimestre)
- Glicemia de jejum  $\geq 126$  mg por decilitro
- Glicemia 2 horas após TOTG 75 g  $\geq 200$  mg por decilitro (mg/ dl)
- Glicemia ao acaso  $\geq 200$  mg/dl acompanhada de sintomas de hiperglicemia.

Obs: A glicemia de jejum, especialmente em gestantes sem obesidade, diminui aproximadamente 9 mg/dL entre o final do primeiro trimestre e o início do segundo trimestre. Por isso, deve-se levar em consideração que o uso da glicemia de jejum próximo ao valor de corte de 92 mg/dL, principalmente em mulheres sem fatores de risco para DMG, pode superestimar o diagnóstico de disglucemia.

#### Rotina pré-natal na APS:

Se o rastreio for positivo para DMG antes de 20 semanas, não há necessidade de realizar um segundo rastreio ou teste para confirmação. Deve-se como primeiras medidas orientar **mudanças no estilo de vida**: diminuir a ingestão de açúcares simples, bebidas açucaradas e alimento ultraprocessados (vide orientações no anexo 1) e realizar atividade física (caminhadas e alongamentos), além de compartilhar cuidado com a equipe Multi. Solicitar medida da glicemia capilar e anotação dos valores no mapa glicêmico (anexo 2) por duas semanas. Após essas primeiras medidas, se controles glicêmicos adequados compartilhar cuidados com médico obstetra da UBS. Se controles inadequados compartilhar cuidados com o pré-natal de alto risco (CEAD).

#### Controle glicêmico desejado

Controle glicêmico ideal	
Pré-prandial, antes de dormir ou de madrugada	65 – 95 mg/dl
1h pós prandial	< 140 mg/dl
2h pós prandial	< 120 mg/dl



Se DM prévia, compartilhar cuidados com o pré-natal de alto risco (CEAD), solicitar além da rotina de pré-natal do 1º trimestre: hemoglobina glicada, proteinúria de 24h ou relação proteína/creatinina urinária, creatinina, fundoscopia e ECG. **Não precisa suspender metformina.**

Pacientes com diabetes prévio à gestação devem iniciar AAS 100 mg/dia, à noite, a partir de 12 semanas (iniciar até 16 semanas), mantendo-o até 36 semanas para profilaxia de pré-eclâmpsia.

A frequência de visitas para pacientes compensadas deve ser mensal até 28 semanas, quinzenal entre 28 e 34 semanas, e semanal acima de 34 semanas de gestação;

#### Avaliação fetal

**Quadro 7 - Avaliação fetal em paciente com Diabetes Mellitus**

Ultrassonografia	1º trimestre (11-14sem)	Datar gestação Translucência nucal
	2º trimestre (20-28sem)	Morfológico (20-24sem) Eco fetal (24-26sem) (DM prévio)
	3º trimestre (34-36sem)	Avaliar peso e ILA
Mobilograma	A partir de 28 semanas	
CTG	A critério médico	
Doppler	Se vasculopatia, HAC e pré-eclâmpsia	

**Fonte:** adaptado do Protocolo- MEAC- EBSE RH

#### Complicações do Diabetes na Gestação

**Quadro 8 - Principais complicações relacionadas a diabetes**

Maternas	Hipertensão/pré-eclâmpsia Infecções recorrentes Cetoacidose diabética (afastar infecção) Abortamentos espontâneos Coma/ Morte
Fetais	Malformação fetal Parto prematuro



	<p>Macrossomia</p> <p>Morte fetal</p> <p>Complicações neonatais: hipoglicemia, síndrome do desconforto respiratório, hipocalcemia, hiperbilirrubinemia, policitemia, cardiomiopatia, ICC</p>
--	--

Fonte: Protocolo- MEAC- EBSEH

Tratamento:

- Maior objetivo: manter a gestação sem intercorrências;
- Orientação e educação da paciente;
- Acompanhamento por uma equipe multidisciplinar;
- Tratamento farmacológico: iniciar quando dieta e exercícios não forem suficientes para controle glicêmico adequado, após período de 1-2 semanas com monitoramento da glicemia capilar (30% ou mais de valores alterados). Pode também ser considerado quando houver crescimento fetal excessivo (US entre 29-33 semanas com circunferência abdominal acima do percentil 75);

É RECOMENDADA a **insulina** como terapia farmacológica de primeira escolha para controle glicêmico na mulher com DMG. O uso de metformina é possível em algumas situações:

**Quadro 9 Indicações e contraindicações do uso de metformina no DMG:**

Indicações
<p>Como alternativa a insulina:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Falta de adesão a insulino terapia</li> <li>• Não acessibilidade a insulina</li> <li>• Dificuldade de autoadministração da insulina</li> <li>• Restrição alimentar excessiva da gestante</li> </ul>
<p>Associada a insulina:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dose elevadas de insulina (&gt;2U/kg/d) sem controle glicêmico adequado</li> <li>• Ganho de peso materno excessivo</li> <li>• Ganho de peso fetal excessivo</li> </ul>
Contraindicações
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Feto abaixo do percentil 50</li> <li>• Presença de crescimento intrauterino restrito</li> <li>• Gestante com doença renal crônica</li> </ul>



## Monitoramento

Gestantes em tratamento não farmacológico devem realizar perfil de quatro pontos (em jejum, uma hora após café, uma hora após almoço e uma hora após jantar). Gestantes em tratamento farmacológico devem realizar perfil de seis pontos (em jejum, uma hora após café, antes do almoço, uma hora após almoço, antes do jantar e uma hora após jantar). (Anexo 2)

OBS.: Se para atingir as metas glicêmicas estiverem ocorrendo hipoglicemias significativas, podem ser consideradas metas mais elevadas

## Resolução

- A via de parto tem indicação obstétrica:
  - Peso fetal > 4.000 g, histerotomias prévias, apresentações não cefálicas, implantação anormal de placenta e/ ou oligoâmnio, indicam cesariana;
  - Resolver gestação com IG 39 semanas nas pacientes compensadas, sem vasculopatia ou pré-eclâmpsia e com boa vitalidade fetal, em terapia não farmacológica.
- As pacientes descompensadas, com patologias recorrentes ou alterações de crescimento e vitalidade fetal devem ter conduta individualizada. Recomenda-se abordagem preferencial em torno de 37 semanas;
- Pacientes com glicemia controlada, mas com macrossomia ou polidrâmnio: resolução a partir de 37 semanas;
- O parto abdominal eletivo ou indução do trabalho de parto devem ser programadas para o período da manhã;

## Puerpério

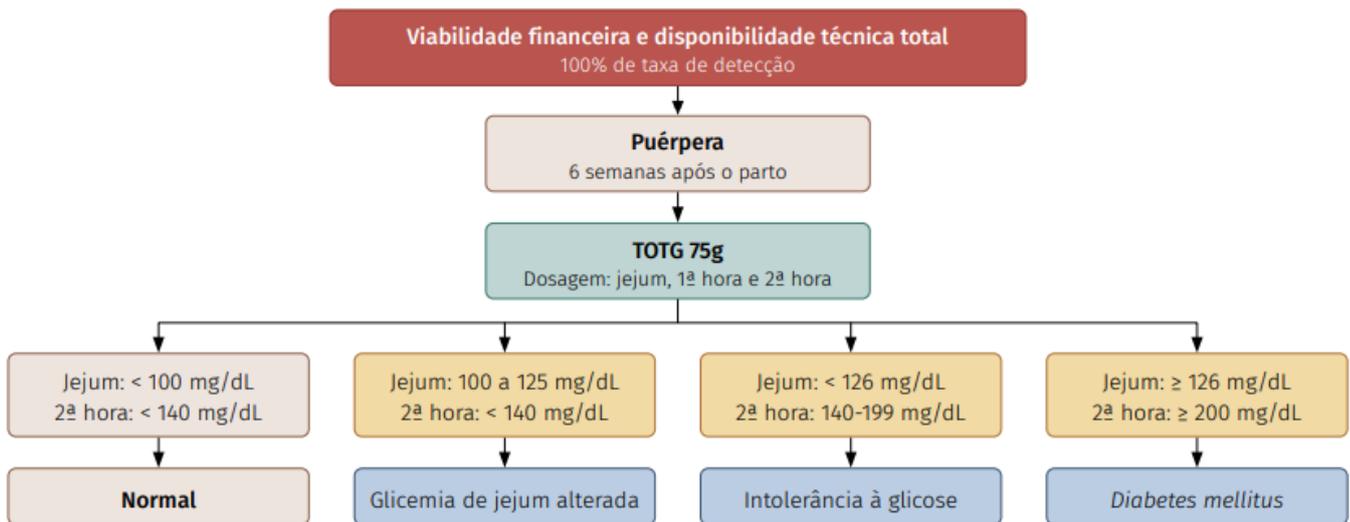
A recomendação:

- Realizar TOTG com 75 g 6 semanas após o parto;
- Orientar estilo de vida saudável para prevenir incidência futura de diabetes;



- Recomendar avaliação glicêmica a cada 1-3 anos, dependendo dos fatores de risco.

**Figura 5. Diagnóstico de diabetes mellitus, glicemia de jejum alterada e intolerância à glicose.**



Conduta pré-concepcional da paciente diabética pré-gestacional:

Começando na puberdade e continuando em todas as mulheres com potencial reprodutivo, o aconselhamento pré-concepcional deve ser incorporado ao tratamento de rotina do diabetes:

- Planejamento familiar deve ser discutido e a contracepção eficaz deve ser prescrita e usada até que a mulher esteja preparada e pronta para engravidar;
- Aconselhamento pré-concepcional deve abordar a importância do controle glicêmico adequado, idealmente com hemoglobina glicada (HbA1c) < 6,5%, para reduzir o risco de anomalias congênitas, pré-eclâmpsia, macrosomia e outras complicações; A paciente diabética deverá ser orientada a engravidar apenas quando tiver o controle de sua doença por pelo menos 3 meses
- Mulheres com DM tipo 1 ou tipo 2 que estejam planejando engravidar ou que tenham engravidado devem ser aconselhadas sobre o risco de desenvolvimento e / ou progressão da retinopatia diabética. Exames de fundoscopia devem ser realizados idealmente antes da gravidez ou no primeiro trimestre, e então

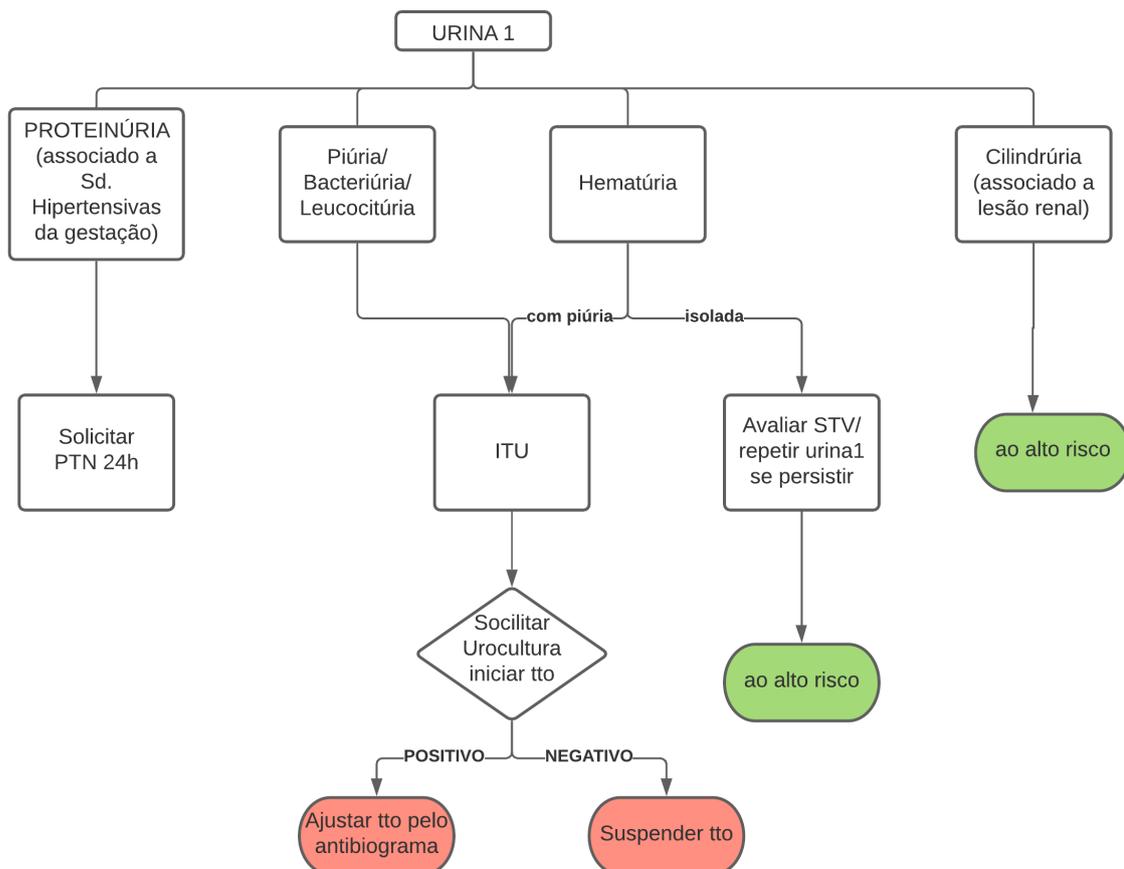


monitorados a cada trimestre e por 1 ano após o parto, conforme indicado pelo grau de retinopatia e conforme recomendado pelo oftalmologista;

- Ácido Fólico no mínimo 400 microgramas diário, iniciado 3 meses antes da concepção, para prevenção de defeitos no fechamento do tubo neural;
- Rever medicações potencialmente teratogênicas, como anti-hipertensivos (IECA, BRA), estatinas e fibratos;
- Redução de peso para pacientes com sobrepeso ou obesidade;

### 10.2 Rastreamento de bacteriúria assintomática e/ou infecção do trato urinário (ITU).

**Figura 6 – Fluxograma da interpretação do exame de Urina1 no pré-natal**





Tratamento:

- Bacteriúria assintomática: O tratamento de curta duração pode ser utilizado, principalmente pelo aumento da adesão da gestante.
- Cefalexina 500mg, oral, 6/6 horas, por 5-7 dias;
- Nitrofurantoína 100mg, oral, de 6/6 horas, por 5-7 dias (evitar uso no 1º trimestre e próximo ao termo), demonstrou boa eficácia e baixa taxa de efeitos colaterais;
- Amoxicilina 500mg, oral, 8/8 horas, por 5-7 dias;
- Fosfomicina 3g, oral, dose única, também demonstrou boa eficácia e baixo índice de efeitos colaterais;
- Sulfametoxazol-Trimetropim 800/160mg, oral, de 12/12 horas, por 3 dias. Pode ser usado, mas a resistência dos uropatógenos é de cerca de 20%. Não oferece vantagem em relação aos outros antimicrobianos. Não deve ser usado no 3º trimestre (pelo risco de anemia hemolítica);

Se 3º episódio de cistite ou 2º episódio de pielonefrite, compartilhar cuidados com pré-natal de alto risco



### 10.3 Sífilis no pré-natal

**Quadro 10- Manifestações clínicas de acordo com evolução e estágios da sífilis adquirida**

Evolução	Estágios	Manifestação Clínicas
Sífilis recente (≤ 1 ano)	Primária	Geralmente se manifesta como um nódulo indolor, que úlcera rapidamente, comumente na genitália.
	Secundária	Podem ocorrer máculas e/ou pápulas, principalmente no tronco; Lesões eritemato-escamosas palmo-plantares (essa localização, apesar de não patognomônica, sugere fortemente o diagnóstico de sífilis); alopecia em clareira e madarose, febre, mal-estar, cefaleia, adinamia e linfadenopatia generalizada.
	Latente recente (≤ 1 ano)	Período em que não se observa nenhum sinal ou sintoma clínico, verificando-se, porém, reatividade nos testes imunológicos. A maioria dos diagnósticos ocorre nesse estágio
Sífilis tardia (> 1 ano)	Latente tardia (> 1 ano)	
	Terciária	Menos frequente. É comum o acometimento do sistema nervoso e cardiovascular. Além disso, verifica-se a formação de gomas sífilíticas (tumorações com tendência a liquefação).

Fonte: SÃO PAULO, 2016



**Quadro 11-Interpretação e conduta com testes de rastreamento de sífilis**

Teste treponêmico (TR ou FTA-Abs)	Teste Não Treponêmico (VDRL)	Interpretação	Conduta
Reagente	Reagente	Diagnóstico de sífilis	TRATAR e monitorar com VDRL mensal
	Não Reagente	Suspeita-se de sífilis recente, sífilis tratada ou falso positivo	Se não houver documentação de tratamento prévio, TRATAR e monitorar com VDRL mensal.
Não Reagente	Reagente	VDRL $\leq 1/4$ : falso positivo VDRL $> 1/4$ : realizar um teste treponêmico diferente do inicial (TR ou FTA-Abs)	Novo teste treponêmico: -Negativo: falso positivo -Positivo: TRATAR e monitorar
	Não Reagente	Ausência de infecção ou período de incubação	Se suspeita clínica: novo exame em 30 dias.

Fonte: DCCI/SVS/MS.

Tratamento e seguimento da sífilis no pré-natal:

O tratamento pode ser prescrito pelo médico ou enfermeiro para gestante e parceiro. A Penicilina Benzatina pode ser administrada pelo enfermeiro sem a presença do médico (NOTA TÉCNICA COFEN/ CTLN N°03/2017). Pacientes com alergia comprovada a penicilina benzatina devem ser encaminhadas a **maternidade** para dessensibilização.

**Quadro 12- Esquema terapêutico para cada estágio da sífilis.**

Estágio Clínico	Esquema Terapêutico
Sífilis recente ( $\leq 1$ ano): sífilis primária, secundária, latente recente	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 2 semanas. Dose total 4,8 milhões UI, IM
Sífilis tardia ( $> 1$ ano): latente tardia ou latente com duração ignorada e terciária	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM*

Fonte: SÃO PAULO, 2016



Quando não for possível concluir a que tempo se deu a infecção, a gestante deve receber o esquema de penicilina benzatina com 3 doses 2.400.000 UI, totalizando 7.200.000.

As parcerias sexuais de gestantes com sífilis podem estar infectadas, mesmo apresentando testes imunológicos não reagentes; portanto, devem ser tratadas, presumivelmente, com apenas uma dose de penicilina benzatina IM (2.400.000 UI). No caso de teste reagente para sífilis, tratar de acordo com o estágio clínico da infecção, utilizando preferencialmente penicilina benzatina.

**Importante!**

- Para gestantes, o intervalo ideal entre as doses de Benzilpenicilina benzatina é de 7 (sete) dias.
- Caso a gestante não retorne à unidade para receber as doses subsequentes no 7º dia, é necessário realizar busca ativa imediatamente
- Em gestantes que apresentarem intervalo entre as doses superior a 9 (nove) dias, em qualquer esquema de tratamento prescrito, é necessário repetir o esquema terapêutico completo.
- Considera-se tratamento adequado da gestante quando o intervalo entre as doses estiver entre sete e nove dias. Qualquer esquema com intervalos superiores a nove dias ou inferiores a sete dias entre as doses deve ser considerado como tratamento inadequado

Fonte: NOTA TÉCNICA Nº 14/2023-.DATHI/SVSA/MS

**Seguimento pós-tratamento da sífilis**

- VDRL mensal durante a gravidez.

**Resposta adequada ao tratamento:**

- Diminuição da titulação em duas diluições dos testes não treponêmicos em três meses, ou de quatro diluições em seis meses. (ex.: pré-tratamento 1:64 e em três meses 1:16, ou em seis meses 1:4).



- Resultado de VDRL reagente com títulos baixos (1:1 a 1:4) durante um ano após o tratamento, quando **descartada** nova exposição de risco durante o período analisado, é chamada de “cicatriz sorológica” e não caracteriza falha terapêutica.

Critérios para retratamento:

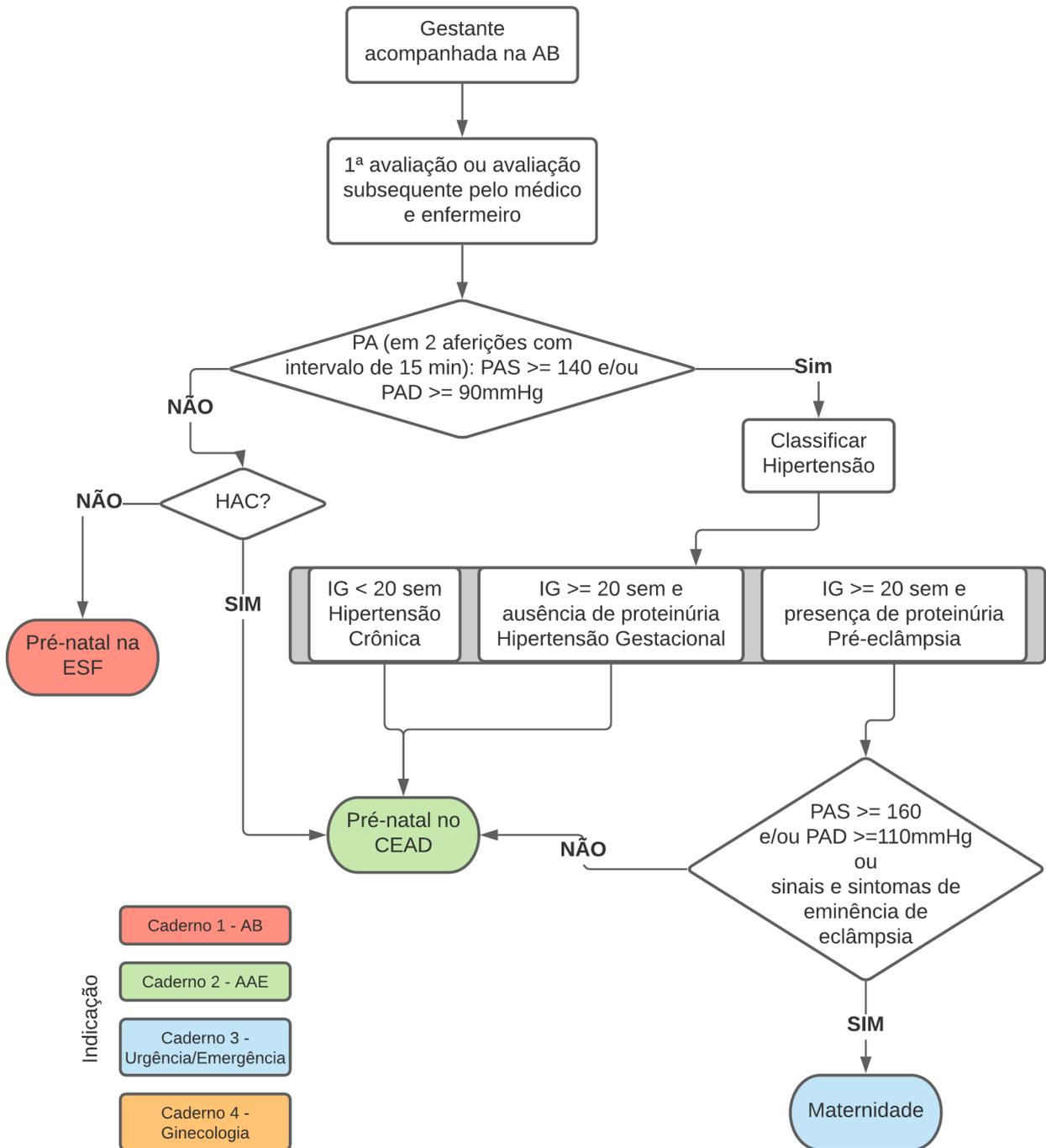
- Não redução da titulação em duas diluições no intervalo de três meses (ex.: de 1:32 para 1:8, ou de 1:128 para 1:32); OU
- Aumento da titulação em duas diluições (ex.: de 1:16 para 1:64 ou de 1:4 para 1:16) em qualquer momento do seguimento; OU
- Persistência ou recorrência de sinais e sintomas de sífilis em qualquer momento do seguimento

Critérios para tratamento inadequado:

- Tratamento realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina; ou
- Tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; OU
- Tratamento inadequado para a fase clínica da doença; OU
- Início do tratamento a menos de 30 dias do parto; OU
- Ausência de documentação de tratamento anterior; OU
- Ausência de queda dos títulos (sorologia não treponêmica) após tratamento adequado;



10.4–Hipertensão arterial na gestação





Formas clínicas

- **Hipertensão gestacional:** hipertensão sem proteinúria, após 20 semanas de gravidez, cujos níveis tensionais retornam ao normal 6 a 12 semanas pós-parto.
- **Hipertensão arterial crônica:** hipertensão prévia à gestação ou antes de 20 semanas sem a presença de proteinúria.
- **Pré-eclâmpsia sem gravidade:** hipertensão com proteinúria após 20 semanas de gestação e ausência dos critérios de gravidade para pré-eclâmpsia (PE).
- **Pré-eclâmpsia grave:** hipertensão após 20 semanas com a presença de algum critério de gravidade com ou sem proteinúria.
- **Pré-eclâmpsia superajuntada:** aparecimento de PE em gestante hipertensa crônica.
- **Síndrome HELLP:** forma grave de PE caracterizada por:
  - Hemólise
  - Esfregaço periférico anormal (esquisocitose, anisocitose, equinocitose)
  - BT > 1,2mg/dl
  - LDH > 600 U/l
  - Elevação das enzimas hepáticas: 2x valor de referência
  - Plaquetopenia (< 100.000/mm<sup>3</sup>)

**Quadro 13-critérios diagnóstico para PE**

<b>Níveis pressóricos E</b>	PA ≥ 140x90 mmHg em duas ocasiões com intervalo de 4h ou PA ≥ 160x110 mmHg em duas ocasiões com intervalo de 30 minutos após decúbito lateral esquerdo.
<b>Proteinúria</b>	≥ 300mg/dl em 24h de coleta ou Relação proteína/creatinina (urinárias) ≥ 0,3mg/dl (em gestações múltiplas: 0,4mg/dl) ou Teste em fita 1+ em duas ocasiões (com intervalo de 4h-6h) ou 2+ ou mais em qualquer amostra isolada (qualitativo)
<b>OU</b>	Presença de um critério de gravidade

**Quadro 14 - critérios de gravidade da PE**

<b>Pico pressórico</b>	PA ≥ 160x110 mmHg
<b>Trombocitopenia</b>	≤ 100.000/mm <sup>3</sup>
<b>Insuficiência Renal</b>	Creatinina > 1,0 mg/dl na ausência de nefropatia; Oligúria (volume urinário < 500 ml/24h)
<b>Disfunção hepática</b>	Elevação das transaminases mais que 2 vezes o valor de referência
<b>Dor epigástrica ou QSD</b>	Não responsiva à medicação e sem outro diagnóstico



<b>Alterações cerebrais ou visuais</b>	Cefaleia, torpor, obnubilação, turvação visual, escotomas, amaurose, diplopia
<b>Edema pulmonar</b>	

Gestantes com hipertensão arterial devem ter seu cuidado compartilhado com pré-natal de alto risco e os seguintes exames solicitados: proteinúria de 24h, TGO, TGP e creatinina. Pacientes compensadas podem ser seguidas nas ESF juntamente do obstetra da UBS.

#### Profilaxia

- Ácido acetilsalicílico (AAS):
  - 150 mg/dia, à noite, a partir de 12 semanas. Iniciar idealmente até 16 semanas e manter até 36 semanas
- Cálcio:
  - A reposição com 1000-1500mg/dia só é recomendada em pacientes com dietas pobres em cálcio (< 600mg/dia).

#### Tratamento

##### Terapia anti-hipertensiva:

- 1ª escolha: Metildopa 250mg, 2 - 4 vezes ao dia, máximo de 2g/dia. Está disponibilizada a apresentação de 500mg para gestante.
- 2ª escolha: Nifedipina 10-20mg, a cada 8-12h, máximo de 60 mg/dia
- Se paciente fazia uso prévio de anti-hipertensivos, suspender e substituir por drogas seguras na gestação (a menos que hipotensão sintomática ou PA sustentada  $\leq 110 \times 70$  mmHg manter sem medicação)
- Iniciar anti-hipertensivos: se PAS estiver  $\geq 140$  mmHg e a PAD  $\geq 90$  mmHg ou em níveis mais baixos, porém associados a lesões de órgão-alvo, sendo sua escolha individualizada.
- PA alvo: 135x85 mmHg. Se pressão não controlada após as doses máximas das medicações acima, encaminhar ao cardiologista.



#### Resolução

- HAC: 39 semanas (sem complicações materno-fetais e bom controle pressórico);
- Hipertensão gestacional ou PE sem gravidade: Interromper a gestação apenas se ocorrer comprometimento da vitalidade fetal e/ou materna ou quando atingir 37 semanas;
- PE grave: Se estabilização do quadro após terapia de manutenção, resolução com 37 semanas ou se surgimento de novos critérios de gravidade
- PE superajuntada: Se estabilização clínica (PA controlada e ausência de lesão de órgão alvo), resolução com 37 semanas

#### Pós-parto

- Se paciente hipertensa crônica retornar anti-hipertensivo de uso anterior à gestação (se não houver contraindicação na amamentação)
- A alfametildopa não deve ser opção de escolha para terapia anti-hipertensiva de manutenção no pós-parto.
- Pico hipertensivo: 1ª Opção: Captopril 25mg VO, até 4 doses com intervalo de 30 minutos.
- Iniciar hipotensor de manutenção se PA  $\geq 150 \times 100$  mmHg em 2 ocasiões com intervalo de 4-6h ou PAS  $\geq 160$  ou PAD  $\geq 110$  após 24 h de pós-parto para evitar complicações maternas: Nifedipina 10mg e 20mg(comp): iniciar com 30mg/dia até um máx. de 120 mg/dia, via oral ou anlodipina 5mg, 1x/ dias, até máximo 10mg/d (associar do HCTZ 25 mg).



**Quadro 15- Fatores de risco para pré-eclâmpsia que indicam a prescrição de AAS profilático:**

Fator de risco	USPTF <sup>4</sup>	ACOG <sup>5</sup>	NICE <sup>6</sup>	OMS <sup>7</sup>
Alto (iniciar profilaxia na presença de um fator de risco)				
História de Pré-eclâmpsia	X	X	X	X
Hipertensão crônica	X	X	X	X
Diabetes prévio	X	X	X	X
Doença Renal	X	X	X	X
Doença auto-imune	X	X	X	X
Gestação múltipla	X	X	-	X
Moderado (iniciar profilaxia na presença de dois ou mais fatores)				
Nuliparidade	X	-	X	-
Intervalo entre partos > 10 anos	X	-	-	-
Idade > 40 anos	-	-	X	-
Idade > 35 anos	X	-	-	-
IMC > 35Kg/m <sup>2</sup>	-	-	X	-
IMC > 30Kg/m <sup>2</sup>	X	-	-	-
História de PE em parente de 1º grau	X	-	X	-
Raça negra	X	-	-	-
Baixo status sócio econômico	X	-	-	-

Fonte: Febrasgo USPTF: United States Preventive Task Force; ACOG: American College of Obstetrics and Gynecologists; NICE: National Institute of Clinical Excellence; OMS: Organização Mundial da Saúde.

## 10.5- Ações da saúde bucal

### ABORDAGENS DA SAÚDE BUCAL NA GESTAÇÃO

Os profissionais de saúde bucal devem trabalhar de forma integrada com os demais profissionais da equipe de saúde e, no que diz respeito à grávida, trabalhar em constante interação com os profissionais responsáveis pelo seu atendimento.

Problemas bucais mais comuns na gravidez:



#### Cárie dentária:

Pacientes grávidas devem diminuir o risco escovando seus dentes no mínimo quatro vezes por dia (com creme dental fluoretado) e importante também o uso do fio dental duas vezes ao dia, assim como limitar a ingestão de alimentos açucarados. A técnica de adequação do meio bucal e o controle de placa são boas condutas odontológicas preventivas que podem ser indicadas, garantindo conforto à gestante e continuidade do tratamento após a gravidez.

#### Erosões no esmalte dentário:

Podem ocorrer em pacientes com hiperêmese gravídica, pois durante a gestação a cavidade bucal é exposta com mais frequência ao ácido gástrico, que pode desgastar o esmalte dentário. As estratégias de cuidado objetivam reduzir a exposição oral ao ácido por intermédio de dieta e de alterações no estilo de vida, além do uso de antieméticos, antiácidos ou ambos. As mulheres grávidas devem ser aconselhadas a evitar a escovação dos dentes imediatamente após o vômito e usar uma escova de dentes com cerdas macias para reduzir o risco de danos ao esmalte.

#### Mobilidade dentária:

Pode estar presente durante a gravidez mesmo na ausência de doença periodontal, devido ao aumento dos níveis de estrogênio e progesterona, que afetam o periodonto, ou seja, os ligamentos e ossos que suportam os dentes. Os profissionais devem assegurar aos pacientes que esta condição é temporária e, por si só, não causa a perda do dente

#### Gengivite:

É a mais comum das doenças bucais no período gestacional. Aproximadamente, metade das mulheres com gengivite preexistente sofre o agravamento significativo da referida doença bucal durante a gravidez. Medidas de higiene bucal completa, incluindo a escovação e o fio dental, são recomendadas. Os pacientes com gengivite severa podem necessitar de profilaxia (limpeza pelo profissional) e enxaguatórios bucais, como a clorexidina,



sob uso de orientação do Cirurgião Dentista. A boa higiene bucal, desde o início da gestação, pode assegurar uma gengiva sadia. O uso de fluoreto pré-natal não é recomendado, pois sua eficácia não tem sido demonstrada.

Periodontite:

É uma inflamação destrutiva do periodonto, produzida pelas bactérias que estimulam uma resposta inflamatória crônica e o periodonto é dividido e destruído, criando bolsas que se tornam infectadas. Xilitol e clorexidina diminuem a carga bacteriana oral materna e reduzem a transmissão das bactérias aos bebês quando tais medicamentos são utilizados na gravidez e/ou no período pós-parto. Ambos os agentes tópicos são seguros na gestação e durante o aleitamento materno

**Quadro 16 – Consultas com dentista**

<b>Período gestacional</b>	<b>Orientações</b>
1º trimestre	1ª consulta do pré-natal odontológico. Neste período, devem-se evitar tomadas radiográficas.
2º trimestre	Período mais adequado para a realização de intervenções clínicas e procedimentos odontológicos essenciais.
3º trimestre	É um momento em que há maior risco de síncope, hipertensão e anemia. É frequente o desconforto na cadeira odontológica, podendo ocorrer hipotensão postural e compressão da veia cava. Medidas como manter a mulher inclinada para seu lado esquerdo, alternar frequentemente as posições da gestante na cadeira e realizar consultas breves podem reduzir problemas.

Na realização de tomadas radiográficas, deve-se proteger a gestante com avental de chumbo e protetor de tireoide e, se possível, utilizar filmes ultrarrápidos. O atendimento odontológico de urgência pode ser realizado em qualquer período gestacional.



## 11 - PUERPÉRIO

Didaticamente o puerpério pode ser dividido em:

- **Imediato** (1º ao 10º dia) – onde domina a crise genital; prevalecem os fenômenos catabólicos e involutivos das estruturas hipertrofiadas ou hiperplasiadas na gravidez, notadamente da genitália, ao lado de alterações gerais e, sobretudo, endócrinas.
- **Tardio** (10º ao 45º dia) – É período de transição, quando continua a recuperação genital, no entanto numa velocidade menor, e quando a lactação começa a influenciar o organismo.
- **Remoto** (além do 45º dia) – É período de duração imprecisa, dependente da amamentação. As mães que amamentam integralmente podem ficar amenorreicas no pós-parto por mais de 12 meses, enquanto nas não lactantes a menstruação retorna, em média, com 6 a 8 semanas. A amamentação de curta duração ou parcial é menos eficiente para prolongar a amenorreia pós-parto.

A puérpera deverá receber pelo menos duas consultas, a primeira nos primeiros 10 dias pós-parto e outra entre o 30º e 45º dia pós-parto. Nestas oportunidades deve-se reforçar a importância do aleitamento materno e doação de leite ao Banco de Leite Humano Municipal.

Para facilitar o acesso da puérpera, deverão ser realizados na data da primeira consulta puerperal o **teste do pezinho** e a **consulta de puericultura**, fazendo com que a cliente vá uma única vez à Unidade de Saúde, nos casos de parto normal. Em partos cesarianos, deverá ser agendado no 7º até o 10º dia pós-parto.

Primeira consulta (profissional médico ou enfermeiro) - incluindo aborto.

Avaliação clínico-ginecológica:

- Orientar sobre atividade sexual (uso de preservativo);
- Observar e anotar loquiação, atentando para quantidade, aspecto, duração;



- Observar e anotar edemas (face, membros inferiores e superiores);
- Observar e anotar a incisão cirúrgica: sinais flogísticos, secreções, odor, aspecto;
- Observar e anotar alterações nas mamas (avaliação: tamanho, mamilos);
- Examinar mamas, verificando a presença de ingurgitamento, sinais inflamatórios, infecciosos ou cicatrizes que dificultem a amamentação.
- Observar e avaliar a mamada para garantia do adequado posicionamento e pega da aréola;
- Encaminhar para imunização com tríplice viral (caso não tenha nenhuma dose da vacina);
- Estimular a coleta de leite para doação ao Banco de Leite do município;
- Agendar consulta médica de puerpério entre o 30º e 40º dia após o parto.

#### Segunda consulta (profissional médico)

- Avaliação clínico-ginecológica;
- Orientar sobre atividade sexual;
- Registrar alterações;
- Avaliar amamentação; se houver contraindicação à amamentação, prescrever: Cabergolina 0,5mg 2comprimido (dose única)
- Observar e anotar alterações nas mamas. Se houver mastite, prescrever Cefalosporina de primeira geração.
- Encaminhar para imunização com tríplice viral (caso não tenha nenhuma dose da vacina);
- Estimular a coleta de leite para doação ao Banco de Leite do município;
- Orientar sobre planejamento familiar, prescrição e orientação quanto ao método contraceptivo;

#### Aconselhamento contraceptivo

O aconselhamento contraceptivo é uma importante ação dentro do planejamento familiar, pois permite um diálogo entre profissionais de saúde e pacientes para dirimir dúvidas e facilita à mulher escolher o método que mais se adequa a ela.



CrITÉRIOS de Elegibilidade classificam o método contraceptivo de 1 a 4, de acordo com a situaÇão clÍnica, sendo 1 uso sem restriÇões, 2 vantagens superam riscos, 3 riscos superam vantagens e 4 contraindicaÇões.

**Quadro 17 -Métodos contraceptivos e critérios de elegibilidade segundo a OMS no puerpério em aleitamento materno (trazer OMS 208)**

Método	<6 sem pós-parto (em aleitamento materno)	>=6 sem e <6 meses (em aleitamento materno)	>= 6 meses pós-parto
DIU Cobre	1	1	1
Progestágeno isolado	2	1	1
Depoprovera	3	1	1
ACHO combinado	4	3	2

Fonte: OMS 2015

O DIU pode ser inserido imediatamente após o parto, ou a partir de quatro semanas pós-parto. O DIU está contraindicado para os casos que cursaram com infecção puerperal, até três meses após a cura.

#### Dificuldades com o aleitamento no período puerperal

Nas conversas com as gestantes, é recomendável orientar sobre a prevenÇão de situaÇões de dificuldade somente se esses assuntos forem citados por elas.

##### 1. Pega incorreta do mamilo

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

##### 2. Fissuras (rachaduras)



Habitualmente, as fissuras ocorrem quando a amamentação é praticada com o bebê posicionado errado ou quando a pega está incorreta. Recomenda-se tratar as fissuras com o leite materno ao fim das mamadas, banho de sol e correção da posição e da pega.

### 3. Mamas ingurgitadas

Acontecem, habitualmente, na maioria das mulheres, do terceiro ao quinto dia após o parto. As mamas ingurgitadas são dolorosas, edemaciadas (pele brilhante), e a mulher pode ter febre.

Para evitar ingurgitamento, a pega e a posição para amamentação devem estar adequadas e, quando houver produção de leite superior à demanda, as mamas devem ser ordenhadas manualmente. Sempre que a mama estiver ingurgitada, a expressão manual do leite deve ser realizada para facilitar a pega e evitar fissuras. O ingurgitamento mamário é transitório e desaparece entre 24 e 48 horas.

### 4. Mastite

É um processo inflamatório ou infeccioso que pode ocorrer na mama lactante, habitualmente a partir da segunda semana após o parto. Geralmente, é unilateral e pode ser consequente a um ingurgitamento indevidamente tratado.

Essa situação exige **avaliação médica** para o estabelecimento do tratamento medicamentoso apropriado. A amamentação na mama afetada deve ser mantida, sempre que possível, e, quando necessário, a pega e a posição devem ser corrigidas.

### 5. Ordenha manual

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



## 6. Contraindicações da amamentação

São raras as situações, tanto maternas quanto neonatais, que contraindicam a amamentação. Entre as maternas, encontram-se as mulheres com câncer de mama que foram tratadas ou estão em tratamento, mulheres HIV+ ou HTLV+, mulheres com distúrbios graves da consciência ou do comportamento. Quando por falta de informação o aleitamento materno tiver sido iniciado, faz-se necessário orientar a mãe para suspender a amamentação o mais rapidamente possível, mesmo em mulheres em uso de terapia antirretroviral.

As causas neonatais que podem contraindicar a amamentação são, na maioria, transitórias e incluem alterações da consciência de qualquer natureza e prematuridade.

A criança deverá ser alimentada de acordo com a orientação e prescrição médica, durante os seis primeiros meses de vida, necessitando posteriormente da introdução de outros alimentos.

### Doando leite materno

De acordo com a legislação que regulamenta o funcionamento dos Bancos de Leite no Brasil (RDC Nº 171), a doadora, além de apresentar secreção láctea superior às exigências de seu filho, deve ser saudável, não usar medicamentos que impeçam a doação e se dispor a ordenhar e a doar o excedente.

O serviço de Saúde deverá acolher essa doadora, realizar cadastro em impresso próprio, orientar quanto à doação e ao armazenamento deste. Fornecer um kit com frascos para a extração e armazenamento do leite.

O leite deve ser retirado depois que o bebê mamar ou quando as mamas estiverem muito cheias. Ao retirar o leite é importante orientar quanto às recomendações que fazem parte da garantia de qualidade do leite humano: escolher um lugar limpo, tranquilo e longe de animais; prender e cobrir os cabelos com uma touca ou lenço; evitar conversar durante a retirada do leite ou



utilizar uma máscara ou fralda cobrindo o nariz e a boca; lavar as mãos e antebraços com água e sabão e secar em uma toalha limpa.

#### Definições

- **Boas Práticas de Manipulação do Leite Humano Ordenado:** conjunto de ações que devem ser observadas na manipulação do leite humano, visando à garantia da sua qualidade.
- **Doadoras:** nutrizas saudáveis que apresentam secreção láctea **superior** às exigências de seu filho e que se dispõem a doar o excedente por livre e espontânea vontade.
- **Formulário de Cadastro:** roteiro direcionado, com informações acerca da gestação e hábitos de vida da doadora, que deve ser preenchido no momento do cadastro da nutriz para doação de leite humano.

#### Orientações gerais

- Avaliar as mamas;
- Incentivar a cliente quanto à doação de leite humano;
- Orientar quanto à higiene pessoal e durante a coleta.

#### Triagem

O processo de triagem das doadoras deverá ser realizado no momento em que a doadora se predispõe a doar o leite. A triagem deverá ser feita pelo enfermeiro ou por um funcionário treinado para tal finalidade.

Durante o procedimento de triagem, o funcionário designado para este fim deverá preencher o Formulário de Cadastro, fazer todas as orientações gerais e orientar o procedimento técnico.

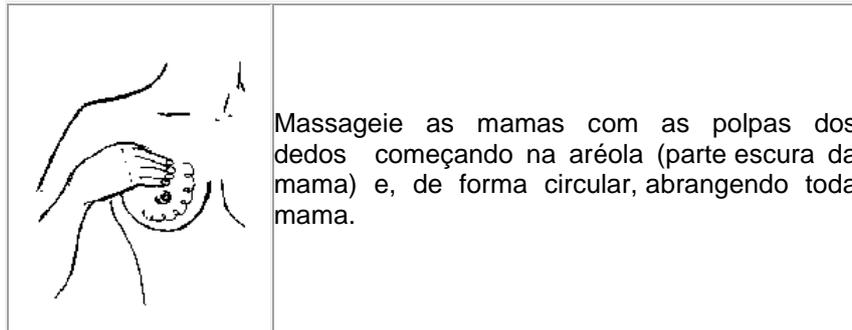
#### Técnica

O acompanhamento deverá ter periodicidade semanal, sendo feito preferencialmente pelo enfermeiro. Caberá à nutriz a decisão de interromper a doação do leite no momento que achar conveniente.



NOTA: É da responsabilidade do profissional que coordena o Banco de Leite Humano a suspensão do recebimento de leite considerado impróprio para consumo, do ponto de vista do controle de qualidade.

Comece fazendo massagem suave e circular nas mamas.

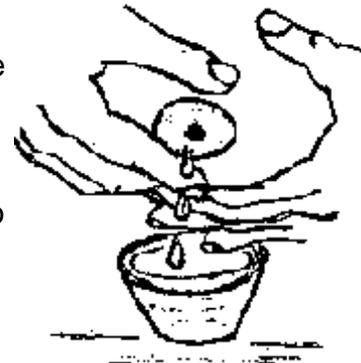


- Colocar os dedos polegar e indicador no local onde começa a aréola;

-Firmar com dedos e empurrar para trás em direção ao corpo;

-Comprimir suavemente um dedo contra o outro, repetindo esse movimento várias vezes até o leite começar a sair;

-Desprezar os primeiros jatos ou gotas e iniciar a coleta no frasco.



OBS: Se houver dificuldade da usuária em ordenha manual, contar com apoio das bombas elétricas para extração de leite humano, disponibilizadas para este fim. Os fracos serão fornecidos pelo Banco de Leite Humano (que deverá ser de vidro com tampa plástica e esterilizado) e devem ser armazenados no congelador ou freezer. Nas próximas vezes que for retirar o leite, utilizar outro recipiente esterilizado e, ao terminar, acrescentar este leite no frasco que está no freezer ou congelador até faltar 02 dedos para encher o frasco. O leite poderá



ficar armazenado congelado por até 15 dias. O leite humano doado, após passar por processo que envolve seleção, classificação e pasteurização, será distribuído aos bebês internados em unidades neonatais.

NOTA: Não utilizar frasco ou tampa que corra o risco de enferrujar.

## **12-Ações educativas na comunidade:**

Podem ser utilizadas várias metodologias, como grupos operativos, grupos de pares, sala de espera e outras.

<b>Temas para atividades educacionais no ciclo gravídico puerperal</b>
<p>Acompanhamento do pré-natal e puerperal</p> <ul style="list-style-type: none"><li>●Pré-natal do parceiro</li><li>●Sinais, sintomas e queixas frequentes na gestação</li><li>●Sinais de alerta na gestação e no período neonatal</li><li>●Mudanças psicoemocionais no período gestacional</li><li>●Medicações prejudiciais na gestação e riscos da automedicação</li><li>●Depressão gestacional e pós-parto e prevenção contra suicídio</li><li>●Dinâmica familiar</li><li>●Alimentação</li><li>●Tabagismo</li><li>●Sobrepeso e obesidade</li><li>●Atividade física</li><li>●Autoestima e autoimagem</li><li>●Vacinação da mãe e do bebê</li><li>●Trabalho na gestação e organização da rotina para o retorno ao trabalho após o término da licença</li><li>●Atividade sexual na gravidez e puerpério</li><li>●Riscos do alcoolismo, tabagismo e outras drogas na gestação</li><li>●Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis</li><li>●Prevenção de arboviroses</li><li>●Acidentes de trânsito</li><li>●Prevenção de acidentes domésticos</li><li>●Vinculação e visita à maternidade</li><li>●Parto: vias de parto e plano de parto</li><li>●Cuidados puerperais</li></ul>



- Cuidados com o recém-nascido e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do bebê
- Amamentação: vantagens para mãe e bebê; fatores dificultadores e desestimulantes; posicionamento; frequência das mamadas; cuidados pós-mamadas; principais problemas, causas, prevenção e soluções; e ordenha manual e mecânica
- Direitos sexuais e reprodutivos
- Planejamento sexual e reprodutivo
- Métodos de anticoncepção hormonais, de barreira, cirúrgicos e comportamentais
- Fertilidade e infertilidade
- Sexualidade
- Disfunções sexuais
- Violência sexual e doméstica
- Cuidados de higiene pessoal e doméstica
- Vulvovaginites
- Câncer de colo uterino
- Câncer de mama
- Climatério/menopausa

## REFERÊNCIA

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS; TASK FORCE ON HYPERTENSION IN PREGNANCY. Hypertension in pregnancy. Report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. *Obstetrics and gynecology*. **Anais...**, 2013.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Gestação de Alto Risco Manual Técnico**. 2012.

BRASIL. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, Sífilis e Hepatites virais**. 2019.

BUJOLD, E.; MORENCY, A. M.; ROBERGE, S.; et al. Acetylsalicylic Acid for the Prevention of Preeclampsia and Intra-uterine Growth Restriction in Women with Abnormal Uterine Artery Doppler: A Systematic Review and Meta-analysis. **Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada**, 2009.

COMISSÃO DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO - FEBRASGO. Manual de Gestação de Alto Risco. **Febrasgo**, p. 1–220, 2011. Disponível em: <[http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/gestacao\\_alto-risco\\_30-08.pdf](http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/gestacao_alto-risco_30-08.pdf)>[http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/gestacao\\_alto-risco\\_30-08.pdf](http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/gestacao_alto-risco_30-08.pdf)>. .



DULEY, L.; HENDERSON-SMART, D. J.; MEHER, S.; KING, J. F. Antiplatelet agents for preventing pre-eclampsia and its complications. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, 2007.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Manual de Assistência Pré-natal 2014: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia**. 2014.

HENDERSON, J. T.; WHITLOCK, E. P.; O'CONNOR, E.; et al. Low-dose aspirin for prevention of morbidity and mortality from preeclampsia: A systematic evidence review for the u.s. preventive services task force. **Annals of Internal Medicine**, 2014.

JACKSON, J. R.; GREGG, A. R. Updates on the Recognition, Prevention and Management of Hypertension in Pregnancy. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**, 2017.

NICE. Hypertension in pregnancy: diagnosis and management (NG133). **NICE guideline**, , n. June 2019, p. 55, 2020.

SAMMOUR, M. B.; EL-KABARITY, H.; FAWZY, M. M.; SCHINDLER, A. E. **WHO Recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia**. 2011.

SÃO PAULO, SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE. CENTRO DE CONTROLE DE DOENÇAS. Programa estadual de DST/Aids. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita. São Paulo: Secretaria de Estado da saúde. 2016.112p.

SOCIEDADE BENEFICIENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. 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. , p. 56, 2019.

American Diabetes Association Professional Practice Committee; 15. Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Medical Care in Diabetes—2022. *Diabetes Care* 1 January 2022; 45 (Supplement\_1): S232–S243. Acesso em 22/06/2022.

Magee LA, Nicolaidis KH, von Dadelszen P. Preeclampsia. *N Engl J Med*. 2022 May 12;386 (19):1817-1832.

Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes. Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília, DF: OPAS, 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. BRASIL. Ministério da Saúde. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E



OBSTETRÍCIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Tratamento do diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília, DF: OPAS, 2019. 57p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. BRASIL. Ministério da Saúde. FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Cuidados obstétricos em diabetes mellitus gestacional no Brasil. Brasília, DF: MS, 2021. 103 p.

Zajdenverg L, Dualib P, Façanha C, Goldbert A, Negrato C, Forti A, Bertoluci M. Tratamento farmacológico do diabetes na gestação. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2022). Acesso em 22/06/2022.

Zajdenverg L, Façanha C, Dualib P, Golbert A, Moisés E, Calderon I, Mattar R, Francisco R, Negrato C, Bertoluci M. Rastreamento e diagnóstico da hiperglicemia na gestação. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2022). Acesso em 22/06/2022.

(Organização Pan-Americana da Saúde. Ministério da Saúde. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Sociedade Brasileira de Diabetes. Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil. Vol. 1, Sociedade Brasileira de Diabetes. Brasília; 2017. 1–36 p. Available from: <https://www.diabetes.org.br> );



## **Anexo 1- Dieta para DMG**

### ➤ **CARDÁPIO DIABÉTICO 1.500 CALORIAS**

- **DESJEJUM (270 cal.)**
  - 1 xic. Leite Desnatado
  - 1 xic. De café sem açúcar
  - 1 pão Francês (sem Miolo)
  - 2 colheres (Chá) de Margarina
- **LANCHE (90 cal)**
  - 1 Maçã
- **ALMOÇO (460 cal)**
  - Alface à vontade
  - 3 Colheres (sopa) de cenoura crua
  - 3 colheres (sopa) de abobrinha cozida
  - 3 colheres (sopa) de arroz
  - 2 colheres (sopa) de feijão
  - 1 bife médio GRELHADO
- **SOBREMESA**
  - 1 fatia de mamão
- **LANCHE**
  - 1 logurte Natural Desnatado
- **JANTAR**
  - Agrião à Vontade
  - 3 Colheres (sopa) de Beterraba
  - 3 Colheres (sopa) de Couve Cozida
  - 3 Colheres (sopa) de Arroz
  - 1 Filé Médio de Frango GRELHADO
- **SOBREMESA**
  - 1 Pera
- **CEIA**
  - 4 Unidades de Bolacha Salgada



➤ CONSIDERAÇÕES GERAIS

- TOMAR 1 YAKULT POR DIA
- Utilizar Adoçante Artificial
- Preparar os alimentos com 1 colher APENAS de (sopa) de óleo (almoço / Jantar )
- Acrescentar 1 colher APENAS de azeite para temperar as saladas
- NÃO UTILIZAR AÇUCAR (REFINADO / MASCADO / FRUTOSE/ MEL / GELÉIAS / XAROPE DE MILHO / BALAS E REFRIGERANTES
- Alimentos Dietéticos podem ser consumidos em quantidade MODERADA
- NÃO ULTRAPASSAR O LIMITE DE 1 FRUTA POR REFEIÇÃO, INCLUSIVE PARA SUCOS
- SUBSTITUIR MOLHOS INDUSTRIALIZADOS COMO: MAIONESE, MOLHOS PARA SALADA, POR TEMPEROS NATURAIS: CHEIRO VERDE; CEBOLA; ORÉGANO, ALHO, SALSA, LIMÃO, VINAGRE E SAL COM MODERAÇÃO.
- NÃO PODE: SALGADINHOS (BACONZITOS, BATATAS, TORRESMOS, EMBUTIDOS EM GERAL: SALAME, QUEIJO MUSSARELA, PRESUNTO E APRESUNTADO, SALAMES) ENTRE OUTROS.
- DÊ PREFERÊNCIA A: ASSADOS, GRELHADOS, REFOGADOS E COZIDOS.
- COMA DEVAGAR E MASTIGUE BEM OS ALIMENTOS.
- Evite o consumo excessivo de Líquidos durante as refeições
- NÃO CONSUMIR ÁLCOOL
- NÃO FUMAR
- NÃO CONSUMIR REFRIGERANTES





Curva glicêmica 6 medidas.

Data	jejum	1h pós café	Antes do almoço	1h pós almoço	Antes do jantar	1h pós jantar

- Considera-se bom controle glicêmico as pacientes com DMG com DX  $\leq$  95 mg por decilitro em jejum, 1h pós prandial  $\leq$  140mg/dL, 2h pós prandial  $\leq$  120mg/dL



### Anexo 3: mapa para monitoramento da Pressão Arterial

Curva de PA.

Data	Hora	PA

- Se PAS  $\geq$  160 e/ou PAD  $\geq$  110mmHg procurar maternidade



#### **Anexo 4: segurança dos fármacos na gestação e na amamentação**

Avaliação da Agência Americana de Medicamentos (FDA) sobre fármacos usados na gravidez

- Categoria A – A categoria A se refere a medicamentos e substâncias para os quais os estudos controlados em mulheres não têm mostrado risco para o feto durante o primeiro trimestre, não havendo nenhuma evidência de risco em trimestres posteriores, sendo bastante remota a possibilidade de dano fetal.
- Categoria B – Na categoria B, os estudos realizados em animais não demonstraram risco fetal, mas não há estudos controlados em mulheres ou animais grávidos que mostrem efeitos adversos (que não seja uma diminuição na fertilidade), não sendo confirmado em estudos controlados em mulheres no primeiro trimestre (e não há nenhuma evidência de um risco em trimestres posteriores). Também se aplica aos medicamentos nos quais os estudos em animais mostraram efeitos adversos sobre o feto, mas os estudos controlados em humanos não demonstraram riscos para o feto. Podemos considerar os medicamentos e substâncias incluídas nessa categoria como de prescrição com Cautela.
- Categoria C - Os estudos em animais têm demonstrado que esses medicamentos podem exercer efeitos teratogênicos ou são tóxicos para os embriões, mas não há estudos controlados em mulheres ou não há estudos controlados disponíveis em animais nem em humanos. Este tipo de medicamento deve ser utilizado apenas se o benefício potencial justificar o risco potencial para o feto. Podemos considerar os medicamentos e substâncias incluídas nessa categoria como de prescrição com Risco.
- Categoria D – Na categoria D já existe evidência de risco para os fetos humanos, mas os benefícios em certas situações, como nas doenças graves ou em situações que põem em risco a vida, e para as quais não existe outra alternativa terapêutica – para as quais fármacos seguros não podem ser utilizados ou são ineficazes – podem justificar seu uso durante a gravidez, apesar dos riscos. Podemos considerar os medicamentos e substâncias incluídas nessa categoria como de prescrição com Alto Risco.
- Categoria X – Na categoria X, os estudos em animais ou humanos têm demonstrado que o medicamento causa anormalidades fetais ou há evidências de risco fetal baseada em experiências em humanos ou ambos. O risco supera claramente qualquer possível benefício. Os medicamentos e substâncias dessa classe são contraindicados em mulheres gestantes e são considerados como de prescrição com Perigo (contraindicada).



**Classificação dos Medicamentos na gestação e amamentação:**

Medicamento	Gestação	Amamentação
Ácido Acetilsalicílico	C	Moderadamente seguro
Aciclovir	B	Muito baixo risco
Ácido Fólico	A	Muito baixo risco
Albendazol	C	Muito baixo risco
Amoxicilina	B	Muito baixo risco
Ambroxol	B	Muito baixo risco
Ampicilina	B	Muito baixo risco
Atenolol	D	Alto risco
Azitromicina	B	Muito baixo risco
Cabamazepina	D	Muito baixo risco
Carbonato de cálcio	B	Muito baixo risco
Captopril	D	Muito baixo risco
Cefalosporina 1ª gera. (cefalexina)	B	Muito baixo risco
Cefalosporina 3ª gera. (ceftriaxona)	B	Muito baixo risco
Dramin B6	B	Baixo risco
Dexametasona	C	Baixo risco
Diazepan	C	Baixo Risco
Diclofenaco	C/D	Muito baixo risco
Dimeticona	B	Muito baixo risco
Dipirona	D	Alto risco
Espiramicina	C	Muito baixo risco
Fenobarbital	D	Baixo risco
Fenoterol	B	Baixo risco
Furosemida	C	Contraindicado
Gentamicina injetável	D	Muito baixo risco
Hidróxido de alumínio e magnésio	C	Baixo risco
Hioscina/butilescolamina	B	Baixo risco
Hidralazina	C	Muito baixo risco
Ibuprofeno	B/D	Muito baixo risco
Insulina – NPH e R	B	Muito baixo risco
Loratadina	B	É excretada no leite



<b>Metildopa</b>	B	Muito baixo risco
<b>Metilprednisolona</b>	C	Muito baixo risco
<b>Metronidazol</b>	B	Muito baixo risco
<b>Miconazol tópico</b>	C	Informação não disponível
<b>Nitrofurantoína(Macrodantina)</b>	B	Muito baixo risco
<b>Nifedidina</b>	C	Muito baixo
<b>Nistatina Oral</b>	C	Muito baixo risco
<b>Paracetamol</b>	B	Muito baixo risco
<b>Penicilina Benzatina</b>	B	Muito baixo risco
<b>Pirimetamina</b>	C	Muito baixo risco
<b>Prednisona</b>	B	Muito baixo risco
<b>Propranolol</b>	C	Muito baixo risco
<b>Salbutamol</b>	C	Muito baixo risco
<b>Sulfadiazina</b>	C	Baixo risco
<b>Sulfato Ferroso</b>	A	Muito baixo risco
<b>Sulfametazol+trimetropim</b>	C	Baixo risco
<b>Terconazol</b>	C	Muito baixo risco
<b>Vitamina D</b>	A	Muito baixo risco



**Anexo 5- Principais queixas na gestação e condutas**

Sintomas	Orientações gerais	Medicamentos
CEFALÉIA	Afastar as hipóteses de hipertensão arterial e pré-eclâmpsia. Diferenciar cefaleia esporádica, que responde a analgésicos para enxaqueca.	• Paracetamol (Categoria B): 500mg a 1g VO de 6/6h
CAIMBRAS	Orientar a gestante para que ela massageie o músculo contraído e dolorido e aplique calor local; evitar o excesso de exercícios; realizar alongamentos antes e após o início de exercícios ou caminhadas longas, assim como na crise álgica e quando for repousar.	
CLOASMA GRAVÍDICO	Ocorrência comum na gravidez que costuma diminuir ou desaparecer, em tempo variável, após o parto. Evitar exposição do rosto diretamente ao sol e fazer uso de protetor solar.	
ESTRIAS	Infelizmente não existe tratamento ou prevenção efetiva para o surgimento de estrias durante a gestação.	
FALTA DE AR E DIFICULDADE PARA RESPIRAR	Repouso em decúbito lateral esquerdo. Escutar a gestante e conversar com ela sobre suas angústias, se for o caso. Atentar para outros sintomas associados (tosse, chiado e sibilância) e para achados no exame cardiopulmonar. Agendar consulta médica caso haja dúvida ou suspeita de problema clínico.	
HEMORROIDAS	Orientações dietéticas, dieta rica em líquidos e fibras. Evitar ficar sentada por longos períodos e usar papel higiênico colorido ou áspero. Realizar banhos de assento com água morna.	
OBSTIPAÇÃO INTESTINAL	Orientações dietéticas (dieta rica em fibras e ingestão de líquidos), estimular a realização de caminhadas e movimentação para regularização do hábito intestinal. Somente com o fracasso desta abordagem devem ser prescrito laxativos estimulantes ou formadores de volume.	• Óleo Mineral (Categoria C): 10ml até 3x ao dia; • Supositório de glicerina 1x ao dia quando necessário.



Continuação...

Sintomas	Orientações gerais	Medicamentos
NÁUSEAS E VÔMITOS	<p>Em casos leves: orientações dietéticas, dieta fracionada, evitar frituras e gorduras, evitar líquidos durante as refeições.</p> <p>Em casos de vômitos frequentes e/ou incoercíveis, será necessária avaliação de eletrólitos e corpos cetônicos, principalmente nos sinais de desidratação, e encaminhamento para serviço hospitalar de emergência.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Gengibre cápsula 250 mg VO 4 x ao dia</li> <li>• Dramin 50mg 4x ao dia</li> </ul> <p>Em casos mais resistentes, o uso de antieméticos (B):</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Meclozina 25-100mg/dia em doses fracionadas;</li> <li>• Metoclopramida 10mg, 3x ao dia, 10 minutos antes das refeições;</li> <li>• Bromoprida 40 a 60mg VO, 3-4x ao dia;</li> </ul>
PIROSE	<p>Orientações dietéticas (dieta fracionada, não ingestão de alimentos gordurosos, não ingerir líquidos durante as refeições, evitar café, chá preto, chá mate, doces, álcool e fumo), medidas comportamentais (manter a cabeceira da cama elevada e evitar deitar logo após as refeições). Tratamento medicamentoso quando estas medidas falharem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hidróxido de alumínio (Categoria B): 01 a 02 colheres de chá 4x ao dia</li> </ul>
LOMBALGIA	<p>Orientar sobre a correção da postura ao se sentar e ao andar. Usar sapatos com saltos baixos e confortáveis. Aplicação de calor local e eventualmente, por orientação médica. Uso de analgésico (se não for contraindicado) por tempo limitado.</p>	<p>Paracetamol (Categoria B): 500mg, 01 a 04x ao dia.</p>
VARIZES	<p>Orientar para não permanecer muito tempo em pé ou sentada; repousos (por 20 minutos) várias vezes ao dia com as pernas elevadas; não usar roupas muito justas e nem ligas nas pernas; se possível, usar meia-calça elástica para gestante.</p>	



**Anexo 6 -Ficha de Investigação e Notificação de Sífilis em Gestante**

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO SÍFILIS EM GESTANTE		Nº	
<b>Definição de caso:</b>					
<b>Situação 1</b> - Mulher assintomática para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico, com qualquer titulação –, sem registro de tratamento prévio.					
<b>Situação 2</b> - Mulher sintomática <sup>a</sup> para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico –, com qualquer titulação.					
<sup>a</sup> Para mais informações sobre a sintomatologia da sífilis, consultar o Guia de Vigilância em Saúde e/ou Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), disponível respectivamente em <a href="http://www.saude.gov.br/svs">www.saude.gov.br/svs</a> e <a href="http://www.aida.gov.br/podt">www.aida.gov.br/podt</a> .					
<b>Situação 3</b> - Mulher que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, independentemente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio.					
* Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados.					
Dados Gerais	1	Tipo de Notificação		2 - Individual	
	2	Agravado/doença		<b>SÍFILIS EM GESTANTE</b>	
		Código (CID10)	3	Data da Notificação	
		O98.1			
Dados Gerais	4	5	Município de Notificação		
				Código (IBGE)	
	6	Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)		7	
Notificação Individual	8			9	
	Nome do Paciente			Data de Nascimento	
	10	(ou) Idade	11	12	
		1 - Hora 2 - Dia 3 - Mês 4 - Ano	Sexo F - Feminino	Gestante 1-1º Trimestre 2-2º Trimestre 3-3º Trimestre 4-Idade gestacional ignorada 9-Ignorado	
	13	Raça/Cor			
Notificação Individual	14	Escolaridade			
		3-Analfabeto 5-1ª a 4ª série incompleta do EF (antigo primário ou 1º grau) 2-4ª série completa do EF (antigo primário ou 1º grau) 3-5ª a 8ª série incompleta do EF (antigo ginásio ou 1º grau) 4-Ensino fundamental completo (antigo ginásio ou 1º grau) 5-Ensino médio incompleto (antigo colegial ou 2º grau) 6-Ensino médio completo (antigo colegial ou 2º grau) 7-Educação superior incompleta 8-Educação superior completa 9-Ignorado 10-Não se aplica			
	15	Número do Cartão SUS		16	
	Nome da mãe				
	17	18	Município de Residência		19
Dados de Residência	Código (IBGE)		Distrito		
	20	Bairro		21	
	Logradouro (rua, avenida,...)		Código		
	22	23	Complemento (apto., casa, ...)		
	24	Geo campo 1			
	25	Geo campo 2		26	
	Ponto de Referência		27		
CEP					
28	29		30		
(DDD) Telefone		Zona 1 - Urbana 2 - Rural 3 - Periurbana 9 - Ignorado		País (se residente fora do Brasil)	
<b>Dados Complementares do Caso</b>					
Ant. epid. gestante	31	Ocupação			
	32	33	Município de realização do Pré-Natal		
			Código (IBGE)	34	
Unidade de realização do pré-natal:		Código			
35	36		Classificação Clínica		
Nº da Gestante no SISPRENATAL		1 - Primária 2 - Secundária 3 - Terciária 4 - Latente 9 - Ignorado			
Dados laboratoriais	Resultado dos Exames				
	37	38		39	
Teste não treponêmico no pré-natal		Título		Data	
1-Reagente 2-Não Reagente 3-Não Realizado 9-Ignorado		1:			
40	Teste treponêmico no pré-natal				
1-Reagente 2-Não reagente 3-Não realizado 9-Ignorado					
Tratamento / encerramento	41				
	Esquema de tratamento prescrito à gestante				
1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado					
Ant. epidemiológicos da parceria sexual	42				
	Parceiro tratado concomitantemente à gestante				
1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado					
43	Esquema de tratamento prescrito ao parceiro				
1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado					
Sífilis em gestante		Sinan NET		SVS 29/09/2008	



Ant. epidemiológicos da parceria sexual	44 Motivo para o não tratamento do Parceiro <input type="checkbox"/>		
	1 - Parceiro não teve mais contato com a gestante. 2 - Parceiro não foi comunicado/convocado à US para tratamento. 3 - Parceiro foi comunicado/convocado à US para tratamento, mas não compareceu. 4 - Parceiro foi comunicado/convocado à US mas recusou o tratamento. 5 - Parceiro com sorologia não reagente. 6 - Outro motivo: _____		
Investigador	Município/Unidade de Saúde	Cód. da Unid. de Saúde	
	Nome	Função	Assinatura
Sifilis em oestante	Sinan NET	SVS	29/09/2008



### **Anexo 7-Boas práticas para a garantia do intervalo adequado entre as doses de benzilpenicilina benzatina no tratamento da sífilis em gestantes**

- Deve-se assinalar no receituário de benzilpenicilina que se trata de gestação. Por exemplo: GESTANTE/PRIORIDADE. A informação pode ser assinalada com um carimbo ou à mão, mas de forma que chame a atenção para a necessidade de priorização da administração de penicilina para essa população.
- Ao prescrever e administrar a benzilpenicilina na gestante, o prescritor ou a equipe de saúde devem atentar ao planejamento de datas das doses subsequentes, no sentido de evitar que as datas de sete a nove dias após as doses coincidam com finais de semana e/ou feriados que afetem os horários de funcionamento do serviço de saúde em que estão programadas as próximas aplicações da penicilina.
- A gestante, ao sair do serviço de saúde, deve ter todas as datas das doses subsequentes agendadas e ser informada enfaticamente de que não deve postergar o recebimento das injeções, pois isso pode comprometer o tratamento da sífilis e, conseqüentemente, o tratamento do conceito.
- Deve-se atentar às questões empregatícias envolvidas na ida da gestante ao serviço de saúde para aplicação da penicilina, possivelmente ausentando-se do trabalho. Verificar junto à usuária a necessidade de declaração ou atestado que possam justificar essa ausência, diminuindo, assim, o risco de a gestante não receber o tratamento devido ao medo de prejuízo por falta no trabalho.
- Obter diversos números telefônicos de contato, caso seja necessária a busca ativa da gestante. Sugere-se obter contatos de familiares próximos e da parceria sexual, fornecidos e autorizados pela usuária para que o serviço entre em contato, se necessário. Além de contato telefônico, podem ser utilizadas outras formas de contato, como aplicativos de mensagens ou visita por agentes comunitários de saúde ou outro profissional da equipe.
- Ressalta-se que os contatos realizados acerca do tratamento da sífilis em gestante devem zelar pelos princípios de sigilo sobre o agravo.



- A parceria sexual da gestante pode auxiliar na garantia da aplicação das doses de penicilina nos intervalos preconizados. Na medida do possível, deve-se envolver a parceria no cuidado da gestante, estimulando também a realização do Pré-Natal do Parceiro, com a testagem e tratamento de sífilis da parceria sexual. No entanto, é importante pontuar que resultados de testes de infecções sexualmente transmissíveis (IST) devem ser informados de forma individual e sigilosa, e sua revelação às parceiras sexuais necessita ser autorizada previamente.
- A garantia do intervalo entre as doses da penicilina deve permear os planejamentos locais de saúde, especialmente em ações de enfrentamento à sífilis congênita. Uma sugestão de ação é a articulação das coordenações de vigilância em IST e coordenações de assistência à saúde para avaliar opções de administração de penicilina em serviços de saúde com funcionamento 24 horas, em áreas de abrangência próximas da moradia das gestantes, para assim assegurar o intervalo de sete dias.

