



**Protocolo de Pré-Natal  
Linha de Cuidado à Saúde da Mulher**

## **SECRETÁRIO DA SAÚDE**

Jean Rodrigues da Silva

## **DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Mário José Brückheimer

## **DIRETORIA DE MÉDIA COMPLEXIDADE E SERVIÇOS ESPECIAIS**

Marlene Bonow Oliveira

## **DIRETORIA TÉCNICA DE MEDICINA**

Luana Garcia Ferrabone

## **GERÊNCIA DE ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA E LABORATÓRIO MUNICIPAL**

Louise Domeneghini Chiarada Delatorre

## **GERÊNCIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

Fabiane Voss – Distrito Centro

Flávia Schwinden Müller – Distrito Sul

Vanessa Cardoso Pacheco – Distrito Norte

## **GERÊNCIA DE GESTÃO ESTRATÉGICA**

Anna Paula Pinheiro

## **GERÊNCIA DE REGULAÇÃO**

Gislene Cristina Mantovani de Araújo

## **GERÊNCIA TÉCNICA DE ODONTOLOGIA**

Christine Böhm da Costa

## **GERÊNCIA DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA E ARTICULAÇÃO HOSPITALAR**

Mayra Daniela Miers Witt

## **COORDENAÇÃO DO NÚCLEO DE APOIO À REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE**

Roselaine Elisa Radtke

## **ELABORAÇÃO**

Rosimeire Pereira Bressan – Enfermeira, Atenção Primária à Saúde (DAPS)

## **REVISÃO**

Giovana da Rosa Goulart – Enfermeira, Apoio Técnico da Saúde da Mulher – Atenção Primária à Saúde

Cristiane Soares – Enfermeira, Centro de Vigilância em Saúde

Flávia Favaretto – Agente Administrativo, Núcleo de Apoio à Rede de Atenção à Saúde

Janaína Pravato Vicente Banin – Farmacêutica, Núcleo de Apoio à Rede de Atenção à Saúde

Renata Andrade Teixeira Heill – Enfermeira, Ligue-Saúde

Maria Simone Pan – Médica, Reguladora da Atenção Primária à Saúde

## LISTAS DE QUADROS

<b>Quadro 01</b> – Orientações e condutas de acordo com resultado do TRG .....	23
<b>Quadro 02</b> – Orientações para acompanhamento da gestante conforme período gestacional .....	26
<b>Quadro 03</b> – Exames de rotina de pré-natal conforme período gestacional (solicitados/executados por médico ou enfermeiro) .....	28
<b>Quadro 04</b> – Condutas frente aos resultados de exames da gestante .....	29
<b>Quadro 05</b> – Critérios de inclusão para USG morfológico .....	35
<b>Quadro 06</b> – Interpretação de sintomas relacionadas a ITU .....	41
<b>Quadro 07</b> – Antibióticos de escolha no tratamento da bacteriúria assintomática e ITU não complicada em gestantes .....	42
<b>Quadro 08</b> – Antibioticoterapia profilática em ITU recorrente e pielonefrite aguda .....	42
<b>Quadro 09</b> – Tratamento da sífilis adquirida e sífilis na gestação .....	44
<b>Quadro 10</b> – Calendário de imunização da gestante .....	50
<b>Quadro 11</b> – Hospitais de referência .....	63
<b>Quadro 12</b> – Órgãos de proteção e denúncia em situações de violência .....	64

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

**ACS:** Agente Comunitário de Saúde  
**ACDT:** Ato das Disposições Constitucionais Transitórias  
**AIDS:** Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*)  
**APS:** Atenção Primária à Saúde  
**AR:** Alto Risco  
**AU:** Altura Uterina  
**BCF:** Batimentos Cardíacos Fetais  
**βHCG:** Hormônio Gonadotrofina Coriônica Humana (*Human Chorionic Gonadotropin*)  
**CAPS:** Centro de Atendimento Psicossocial  
**CEREST:** Centro de Referência de Saúde do Trabalhador  
**CCIH:** Comissão de Controle de Infecção Hospitalar  
**CID:** Classificação Internacional de Doenças  
**CIR:** Comissão Intergestores Regional  
**CIUR:** Crescimento Intrauterino Restrito  
**CLT:** Consolidação das Leis do Trabalho  
**CNES:** Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde  
**COFEN:** Conselho Federal de Enfermagem  
**CONITEC:** Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS  
**COREN:** Conselho Regional de Enfermagem  
**DF:** Distrito Federal  
**DST:** Doenças Sexualmente Transmissível  
**DM:** Diabetes Mellitus  
**DMG:** Diabetes Mellitus Gestacional  
**DPP:** Data Provável do Parto  
**dT:** Difteria e Tétano  
**dTpa:** Tríplice Bacteriana Acelular do Adulto (Difteria / Tétano / Coqueluche)  
**DUM:** Data da Última Menstruação  
**EACS:** Estratégia de Agentes Comunitários de Saúde  
**E-mail:** Endereço Eletrônico  
**ESF:** Estratégia Saúde da Família  
**EV:** Via Endovenosa  
**FATOR Rh:** Antígenos Eritrocitários (Rhesus)  
**Fe:** Ferro  
**g:** Grama  
**g/dL:** Grama por Decilitro  
**GO:** Ginecologista Obstétrico

**GM/MS:** Gabinete do Ministro / Ministério da Saúde

**° C:** Grau Celsius

**Hb:** Hemoglobina

**HBsAg:** Antígeno de Hepatite B

**Hellp: H:** Hemólise – fragmentação das células do sangue;

**LP:** Baixa Contagem de Plaquetas

**HIV:** Vírus da Imunodeficiência Humana (*Human Immunodeficiency Virus*)

**HJAF:** Hospital Infantil Dr. Jeser Amarante Faria

**HSJ:** Hospital São José

**HRHDS:** Hospital Regional Hans Dieter Schmidt

**IG:** Idade Gestacional

**IgG:** Imunoglobulina G

**IgM:** Imunoglobulina M

**IM:** Intramuscular

**INTRANET:** Sistema de Informação

**IMC:** Índice de Massa Corporal

**IST:** Infecções Sexualmente Transmissíveis

**ITU:** Infecção do Trato Urinário

**IVAS:** Infecção de Vias Aéreas Superiores

**m:** Metros

**MDV:** Maternidade Darcy Vargas

**mg:** Miligrama

**mg/dL:** Miligrama por Decilitro

**mmHg:** Milímetro de Mercúrio

**MS:** Ministério da Saúde

**NASF:** Núcleo de Apoio à Saúde da Família

**NPVA:** Núcleo de Prevenção de Violências e Acidentes

**Nº:** Número

**OMS:** Organização Mundial da Saúde

**PA:** Pressão Arterial

**PA 24 horas:** Pronto Atendimento 24 horas

**PCDT:** Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas

**PNAR:** Pré-Natal de Alto Risco

**PNAISH:** Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem

**PNI:** Programa Nacional de Imunizações

**PMCHV:** Programa Municipal de Combate a Hepatites Virais

**POP:** Procedimento Operacional Padrão

**RDMF:** Registro Diário de Movimentos Fetais

**RN:** Recém-nascido

**SAE:** Serviço de Assistência Especializada

**SAMU:** Serviço de Atendimento Móvel de Urgência  
**SAS:** Secretaria de Assistência Social  
**SC:** Santa Catarina  
**SES/Joinville:** Secretária da Saúde de Joinville  
**SIG-SAUDETECH:** Sistema Integrado de Gestão  
**SINAN:** Sistema de Informação de Agravos de Notificação  
**SUS:** Sistema Único de Saúde  
**TAX:** Temperatura Axilar  
**TN:** Translucência Nucal  
**TR:** Teste Rápido  
**TRG:** Teste Rápido da Gravidez  
**TTGO:** Teste de Tolerância a Glicemia Oral  
**UBS:** Unidade Básica de Saúde  
**UBSF:** Unidades Básicas de Saúde da Família  
**UFC/mL:** Unidades Formadoras de Colônias por Mililitros  
**UI:** Unidade Internacional  
**UPA 24 horas:** Unidade de Pronto Atendimento 24 horas  
**US:** Ultrassom  
**USG:** Ultrassonografia  
**VDRL:** Teste de Laboratório de Pesquisa em Doenças Venéreas  
**VE:** Vigilância Epidemiológica  
**VO:** Via Oral

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO</b> .....	09
<b>1 INTRODUÇÃO</b> .....	10
<b>2 PRÉ-NATAL NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JOINVILLE</b> .....	12
<b>2.1 Atenção Primária à Saúde</b> .....	12
<b>2.2 Atenção Secundária e Terciária</b> .....	12
2.2.1 Atenção Ambulatorial Especializada .....	12
2.2.1.1 Ambulatório de Pré-natal de Alto Risco (PNAR) .....	12
2.2.1.2 Serviço de Assistência Especializada (SAE) .....	13
2.2.2 Urgência e Emergência .....	13
2.2.3 Atenção Hospitalar .....	14
<b>3 SISTEMA DE APOIO</b> .....	15
<b>3.1 Sistema de Apoio Diagnóstico em Análises Clínicas</b> .....	15
<b>3.2 Sistema de Assistência Farmacêutica</b> .....	15
<b>3.3 Sistema de Informação em Saúde – Teleconsultoria</b> .....	15
<b>4 SISTEMA LOGÍSTICO</b> .....	16
<b>4.1 Regulação da Assistência</b> .....	16
<b>5 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL</b> .....	17
<b>5.1 Atribuições da Equipe da APS</b> .....	17
<b>5.2 Atribuições do Agente Comunitário de Saúde</b> .....	18
<b>5.3 Atribuições do Técnico de Enfermagem</b> .....	18
<b>5.4 Atribuições do Enfermeiro</b> .....	19
<b>5.5 Atribuições do Médico</b> .....	20
<b>5.6 Atribuições do Cirurgião-dentista</b> .....	21
<b>6 CONDUÇÃO DA GESTANTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)</b> .....	23
<b>6.1 Teste Rápido Gravidez</b> .....	23
<b>6.2 Testes Rápidos para Infecções Sexualmente Transmissíveis</b> .....	24
<b>6.3 Teste de Eletroforese de Hemoglobina</b> .....	24
<b>6.4 Consultas e Seguimento de Pré-natal</b> .....	25
<b>7 EXAMES DE ROTINA DE PRÉ-NATAL</b> .....	28
<b>7.1 Ultrassonografia Obstétrica</b> .....	33
<b>8 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL</b> .....	36
<b>8.1 Encaminhamento após Definição de Critérios de Pré-Natal de Alto Risco</b> .....	36
8.1.1 Encaminhamento ao Ambulatório de Pré-natal de Alto Risco (PNAR) .....	37
8.1.2 Serviço de Assistência Especializada (SAE) .....	37
<b>8.2 Gestantes com Comorbidades Prévias</b> .....	38
<b>8.3 Gestantes com Agravos à Saúde Possivelmente Relacionadas ao Trabalho</b> .....	38
<b>9 SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS QUE INDICAM AVALIAÇÃO EM SERVIÇO DE URGÊNCIA / EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA</b> .....	39
<b>9.1 Fatores de Risco</b> .....	39
<b>10 INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO</b> .....	41
<b>11 CUIDADOS COM A GESTANTE COM SÍFILIS E PREVENÇÃO À SÍFILIS CONGÊNITA</b> .....	43
<b>11.1 Tratamento da Sífilis Adquirida e Sífilis na Gestação</b> .....	43

<b>11.2 Monitoramento da Sífilis Adquirida, Sífilis na Gestação e Neurosífilis</b> .....	45
<b>12 DIABETES MELLITUS NA GESTAÇÃO</b> .....	46
<b>12.1 Fatores de risco para Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)</b> .....	47
<b>12.2 Rastreamento de Diabetes na Gestação</b> .....	47
<b>12.3 Tratamento de Diabetes Mellitus na Gestação e Diabetes Mellitus Gestacional</b> .....	48
<b>12.4 Acompanhamento Pós-parto</b> .....	48
<b>13 CALENDÁRIO DE IMUNIZAÇÃO DA GESTANTE</b> .....	50
<b>14 MOBILOGRAMA</b> .....	51
<b>15 PLANO DE PARTO</b> .....	52
<b>15.1 Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento</b> .....	52
<b>15.2 Orientações sobre Trabalho de Parto</b> .....	55
<b>16 CONSULTA DE PUERPÉRIO (até 42 dias)</b> .....	56
<b>16.1 Endometrite</b> .....	56
<b>16.2 Infecção de Sítio Cirúrgico</b> .....	56
<b>16.3 Infecção de Episiotomia</b> .....	57
<b>16.4 Mastite</b> .....	57
<b>16.5 Abscesso de Mama</b> .....	58
<b>16.6 Fissura de Mamilo</b> .....	58
<b>16.7 Depressão Puerperal</b> .....	58
<b>16.8 Psicose Puerperal ou Transtorno Psicótico Puerperal</b> .....	59
<b>17 MANEJO DE SITUAÇÕES ESPECIAIS NA GESTAÇÃO</b> .....	60
<b>17.1 Cuidados em Saúde Mental</b> .....	60
<b>17.2 Prevenção à Violência</b> .....	61
17.2.1 Atendimento Hospitalar em Situações de Violência Sexual .....	63
<b>18 PRÉ-NATAL DO PARCEIRO</b> .....	65
<b>18.1 Consulta do Pré-natal do Parceiro: 05 Passos</b> .....	65
<b>18.2 Legislações Referentes aos Direitos dos Pais</b> .....	68
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	70
<b>APÊNDICE A – Fluxograma para Teleconsultoria em Gestação de Alto Risco para Joinville e Região</b> .....	76
<b>APÊNDICE B – Critérios de encaminhamento para o Ambulatório de Pré-natal de Alto Risco da Maternidade Darcy Vargas (MDV)</b> .....	77
<b>ANEXO A – Mobilograma</b> .....	78
<b>ANEXO B – Notificação de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde</b> .....	79
<b>ANEXO C – Protocolo da Dessensibilização à Penicilina</b> .....	80
<b>ANEXO D – Orientações para Pacientes e Acompanhantes MDV</b> .....	81
<b>ANEXO E – Roteiro de Entrevista de Consulta de Pré-natal</b> .....	83
<b>ANEXO F – Exame Clínico Obstétrico: Sentido Cefalocaudal</b> .....	85
<b>ANEXO G – Avaliação e Interpretação de Edema na Gestação</b> .....	88
<b>ANEXO H – Orientação para as Queixas mais frequentes na Gestação – Manejo de Situações comuns na Gestação</b> .....	89
<b>ANEXO I – Principais Sinais de Alerta na Gestação</b> .....	98
<b>ANEXO J – Atenção as Intercorrências do Pré-natal</b> .....	99
<b>ANEXO K – Alimentação Saudável para Gestantes</b> .....	103
<b>ANEXO L – Orientações Posturais</b> .....	106

## APRESENTAÇÃO

O Sistema Único de Saúde (SUS), com intuito de assumir os compromissos firmados no Pacto pela Redução da Mortalidade Materna e Neonatal, visando monitorar a implementação de ações de proteção à Saúde da Mulher e da Criança, bem como as diretrizes para organização da Rede de Atenção à Saúde, instituiu a Rede Cegonha conforme a Portaria nº 1.459 de 24 de junho de 2011, que consiste numa rede de cuidados que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento familiar e reprodutivo e "a atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis".

A Rede Cegonha tem como objetivo garantir o acolhimento, a ampliação do acesso aos serviços de saúde e a melhoria da qualidade do pré-natal. Nesse componente estão inclusas ações, como a qualificação do profissional de saúde que atua na rede de atenção à saúde, a oferta dos testes rápidos para Sífilis, Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), Hepatite B e C e outros exames preconizados durante a gestação, a visita à maternidade de referência durante o pré-natal, entre outras.

Este protocolo é um instrumento de ordenação com a função de orientar e padronizar a assistência ao Pré-Natal, visando à realização de uma prática humanizada, racional e custo-efetiva que viabilize a atenção integral a gestante e família. Orienta quanto à competência dos níveis de atenção, observando o grau de complexidade e resolutividade de cada um deles, devendo ser realizado por profissional de saúde, levando em conta a classificação de risco e a alternativa assistencial mais adequada. É um guia simplificado e para maiores detalhamentos consultar as referências.

Diante disso, a SMS de Joinville, após a implantação do Protocolo de Pré-Natal dentro da Linha de Cuidado da Saúde da Mulher, que se deu em 2017, realiza a revisão do atual protocolo com considerações e novas referências bibliográficas, seguindo os princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde (SUS) descritos na Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990, que dispõe no Artigo 2 § 1º: "O dever do Estado de garantir a saúde, consiste na formulação e execução de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos e no estabelecimento de condições que assegurem acesso universal e igualitário às ações e aos serviços para a sua promoção, proteção e recuperação".

## 1 INTRODUÇÃO

A gravidez é uma experiência única na vida da mulher e da sua família e um atendimento de qualidade no pré-natal pode desempenhar um papel importante na redução da mortalidade materna e infantil, além de evidenciar outros benefícios à saúde da mãe e do bebê. O pré-natal e a puericultura são estratégias importantes de cuidados preventivos, capazes de nortear a promoção da saúde e do bem-estar.

Entre os grandes determinantes dos indicadores de saúde materno infantil está o acesso à assistência ao pré-natal de qualidade e de maneira precoce. Os cuidados assistenciais no primeiro trimestre são utilizados como um indicador maior da condição dos cuidados maternos. Da mesma forma o número adequado de consultas, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), deve ser igual ou superior a 06 (seis).

Para um pré-natal adequado são necessários alguns preceitos fundamentais:

- ✓ Respeitar às decisões da mulher, mesmo quando contrárias às suas próprias;
- ✓ Oportunizar discussões sobre preocupações e dúvidas;
- ✓ Verificar o entendimento das informações prestadas;
- ✓ Fornecer tempo para as tomadas de decisões;
- ✓ Fornecer explicações sobre os exames indicados propiciando discussão sobre o assunto;
- ✓ Proporcionar uma relação de confiança para que as mulheres se sintam confortáveis para discutir questões íntimas e revelar problemas;
- ✓ Ficar atento aos sinais e sintomas de violências.

Todas as gestantes merecem tratamento gentil, respeitoso e digno. O Ministério da Saúde (BRASIL, 2012b) preconiza 10 Passos para um Pré-Natal de Qualidade:

- ✓ **1º Passo:** Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde (APS) até a 12ª semana de gestação (captação precoce);
- ✓ **2º Passo:** Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal;
- ✓ **3º Passo:** Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em tempo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal;
- ✓ **4º Passo:** Promover a escuta ativa da gestante e de seus (suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes";
- ✓ **5º Passo:** Registrar adequadamente no cartão do pré-natal e prontuário todas as informações solicitadas;
- ✓ **6º Passo:** É direito do (a) parceiro (a) ser cuidado (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: "pré-natal do parceiro (a)";
- ✓ **7º Passo:** Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.

- ✓ **8º Passo:** Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto";
- ✓ **9º Passo:** Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação);
- ✓ **10º Passo:** As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

## **2 PRÉ-NATAL NA REDE DE ATENÇÃO À SAÚDE DO MUNICÍPIO DE JOINVILLE**

### **2.1 Atenção Primária à Saúde**

“A Atenção Primária à Saúde (APS) caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde como objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades” (BRASIL, 2017).

São atributos da APS: a acessibilidade, a coordenação do cuidado, a longitudinalidade e a abrangência do cuidado. A APS deve ser a porta preferencial de entrada do usuário no Sistema Único de Saúde (STARFIELD, 2002; BRASIL, 2017).

As Unidades Básicas de Saúde da Família são coordenadoras do cuidado dos usuários, conseqüentemente assumem responsabilidade pelo cadastramento e atendimento no seu território de atuação, promovendo o cuidado compartilhado e a resolutividade na Rede de Atenção.

Atualmente, a APS do Município de Joinville está organizada em 03 regiões distritais (Norte, Centro e Sul), cobrindo 100% da população de 597.658 habitantes do Município. Compõe-se por 58 Unidades Básicas de Saúde (UBS), sendo 157 equipes de Estratégia Saúde da Família (ESF) alocadas em 56 Unidades com Estratégia Saúde da Família (UBSF), 01 Equipe de Atenção Primária Prisional e a Unidade Básica Saúde (UBS) Bucal Morro do Meio. Conta ainda com 12 equipes credenciadas de Núcleo Ampliado de Saúde da Família (NASF) e 6 equipes em estágio de credenciamento, visando a cobertura de todas as equipes de ESF. A Estratégia de Saúde da Família (ESF) encontra-se em expansão no município, com aumento significativo no número de equipes nos últimos anos (SES/Joinville, 2020).

### **2.2 Atenção Secundária e Terciária**

#### **2.2.1 Atenção Ambulatorial Especializada**

O Município de Joinville possui 02 Serviços de Referência Ambulatorial para a assistência ao Pré-natal de Alto Risco, compartilhando o cuidado e a resolutividade de condições clínicas que caracterizam alto risco gestacional com a APS, o Ambulatório de Pré-natal de Alto Risco (PNAR) e o Serviço de Assistência Especializada (SAE).

##### **2.2.1.1 Ambulatório de Pré-natal de Alto Risco (PNAR)**

O Ambulatório de Pré-natal de Alto Risco (PNAR) está localizado na Maternidade Darcy Vargas (MDV), atende a região do Planalto Nordeste de Santa Catarina, o que inclui o município de Joinville. Tem como responsabilidade a redução da morbimortalidade materna, perinatal e infantil,

ofertando consultas especializadas com equipe multiprofissional e exames específicos do período gravídico.

Conta com a teleconsultoria em obstetrícia, onde profissionais médicos especialistas em Ginecologia e Obstetrícia, da Maternidade Darcy Vargas, prestam consultoria às Equipes da Atenção Primária em Saúde dos municípios atendidos nesta Instituição, conforme descrito no Capítulo 8.

### **2.2.1.2 Serviço de Assistência Especializada (SAE)**

O Serviço de Assistência Especializada (SAE) é a Unidade de Referência Ambulatorial que presta atenção integral às pessoas vivendo com IST/HIV/AIDS e conta com equipe multiprofissional de médicos, enfermeiros, assistente social e psicólogo, voltado ao atendimento individual e/ou coletivo.

As gestantes vivendo com IST/HIV/AIDS passam pela rotina de classificação de Pré-natal de Alto Risco, conforme descrito no Capítulo 8 e também são referenciadas ao Ambulatório de Pré-natal de Alto Risco (PNAR) da Maternidade Darcy Vargas (MDV), via teleconsultoria em obstetrícia.

**Importante:** O atendimento a gestante com soropositividade para HIV/AIDS deve acontecer de forma compartilhada com o Ambulatório de Pré-natal de Alto Risco (PNAR) da Maternidade Darcy Vargas (MDV) e APS.

### **2.2.2 Urgência e Emergência**

O Município de Joinville possui 01 (um) Pronto Atendimento 24 horas (PA), 02 (duas) Unidades de Pronto Atendimento 24 horas (UPA) e 04 (quatro) Unidades Hospitalares com suporte do serviço de sobreaviso: Maternidade Darcy Vargas (MDV), Hospital Infantil Dr. Jeser Amarante Faria (HJAF), Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (HRHDS) e Hospital São José (HSJ).

O PA Norte, UPA Sul e UPA Leste são Unidades que oferecem atendimento 24 horas para gestantes em caso de urgência e, quando identificada a necessidade de consulta com o especialista, esta usuária é encaminhada ao serviço de sobreaviso da MDV ou HJAF ou HRHDS ou HMSJ.

O serviço de sobreaviso do HMSJ realiza o atendimento das gestantes na faixa etária a partir de 15 anos de idade em caso de urgência e emergência. Esta demanda pode ser gerada espontaneamente ou encaminhada pelas UBS/UBSF, PA, UPAs, MDV e Serviço de Atendimento Móvel de Urgência (SAMU).

Já o serviço de sobreaviso do HJAF realiza o atendimento das gestantes na faixa etária até 14 anos, 11 meses e 29 dias em caso de urgência e emergência. Esta demanda pode ser gerada espontaneamente ou encaminhada pelas UBS/UBSF, PA, UPAs, MDV e SAMU.

### **2.2.3 Atenção Hospitalar**

A MDV e o HJAF são Unidades de Saúde de média e alta complexidade que realizam atendimento hospitalar especializado com realização de procedimentos, consultas, exames, cirurgias e atendimento de urgência e emergência relacionados à gestação de acordo com a faixa etária já citada anteriormente. A MDV é a serviço de referência para o acompanhamento do Pré-natal de Alto Risco.

### **3 SISTEMA DE APOIO**

#### **3.1 Sistema de Apoio Diagnóstico em Análises Clínicas**

O Laboratório Municipal de Joinville tem como objetivo realizar exames laboratoriais complementares ao diagnóstico clínico, a fim de permitir um melhor tratamento e acompanhamento dos usuários. Dentre estes exames oferecidos estão incluídos os de rotina de pré-natal, conforme cada trimestre de gestação, descritos no quadro 3.

#### **3.2 Sistema de Assistência Farmacêutica**

Farmácias e dispensários das Unidades de Saúde dispensam/entregam medicamentos prescritos conforme a Relação Municipal de Medicamentos (REMUME – 2020) vigente e disponível no Sistema Eletrônico de Informação (SEI 20.0.109264-9).

#### **3.3 Sistema de Informação em Saúde – Teleconsultoria**

A portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011, redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes).

O Telessaúde tem como escopo a expansão e melhoria da rede de serviços de saúde, principalmente da APS, e sua interação com os demais níveis de atenção fortalecendo as Redes de Atenção à Saúde (RAS) do SUS. Dentro do programa Telessaúde, há a teleconsultoria, que é uma consulta registrada e realizada entre trabalhadores, profissionais e gestores da área da saúde, por meio de instrumentos de telecomunicação bidirecional, com o objetivo de esclarecer dúvidas sobre procedimentos clínicos, ações de saúde e questões relativas ao processo de trabalho, com respostas baseadas em evidências científicas e adequadas às características loco-regionais.

A Teleconsultoria em obstetrícia neste município é compulsória, assim, tão logo o profissional assistente identifica critérios de pré-natal de alto risco ou encontrarem dúvidas no manejo, devem utilizar a Plataforma Telemedicina/SC e solicitar a Teleconsultoria aos médicos especialistas em Ginecologia e Obstetrícia, da Maternidade Darcy Vargas, conforme descrito no item 8.2 deste Protocolo.

## **4 SISTEMA LOGÍSTICO**

### **4.1 Regulação da Assistência**

A Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008, institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde, a ser implantada em todas as unidades federadas, respeitadas as competências das três esferas de gestão, como instrumento que possibilite a plenitude das responsabilidades sanitárias assumidas pelas esferas de governo.

As ações de que trata a Política Nacional de Regulação do SUS estão organizadas em três dimensões de atuação, (I – Regulação de Sistemas de Saúde; II – Regulação da Atenção à Saúde; III – Regulação do Acesso à Assistência) necessariamente integradas entre si.

A Ação III – Regulação do Acesso à Assistência: também denominada Regulação do Acesso ou Regulação Assistencial tem como objetos a organização, o controle, o gerenciamento e a priorização do acesso e dos fluxos assistenciais no âmbito do SUS, e como sujeitos seus respectivos gestores públicos, sendo estabelecida pelo complexo regulador e suas unidades operacionais e esta dimensão abrange a regulação médica, exercendo autoridade sanitária para a garantia do acesso baseada em protocolos, classificação de risco e demais critérios de priorização (BRASIL, 2008a).

Em Joinville a Central de Regulação, se enquadra no modelo III – Complexo Regulador Municipal: gestão e gerência da Secretaria Municipal de Saúde, regulando o acesso da população própria às Unidades de Saúde sob gestão municipal, no âmbito do Município, e garantindo o acesso da população referenciada, conforme pactuação (BRASIL, 2008a) e pautada pela Portaria SEI – SES.GAB/SES.UAP nº 132/2019/SMS regulamenta a gestão e administração das filas de espera de consultas especializadas, exames, cirurgias e demais procedimentos, bem como o funcionamento da Central Macrorregional de Regulação do Acesso aos Serviços de Saúde.

## 5 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE NA ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL

### 5.1 Atribuições da Equipe da APS

- ✓ Realizar vigilância ativa das pessoas adscritas à equipe, estando atento aos sinais de gestação;
- ✓ Acompanhar proativamente o quantitativo de consultas de pré-natal (por meio de relatórios de sistema de informação ou controle manual);
- ✓ Facilitar o acesso aos testes de gravidez (preferencialmente teste rápido) por meio de escuta inicial qualificada;
- ✓ Agendar consulta subsequente à anterior para as gestantes, acompanhando possíveis faltas e acionando a gestante por meio telefônico ou presencial (domicílio) para entender o motivo;
- ✓ Organizar a agenda de forma flexível para a gestante, evitando reservas de dia/período que não permitam à gestante escolher o melhor dia/período para ela, evitando absenteísmo;
- ✓ Iniciar o acompanhamento do pré-natal o mais precocemente possível e garantir no mínimo 7 (sete) consultas no período gestacional e 1 (uma) no puerpério;
- ✓ Manter o cadastro da gestante atualizado na UBS/UBSF, verificando no Sistema Integrado de Gestão (SIG-SaúdeTech) se o cadastro da gestante está atualizado e vinculado à Equipe de Saúde no sistema, quando não estiver vinculada, informar ao ACS ou profissional responsável de referência que proceda com o cadastramento;
- ✓ Manter atualizado os registros no Cartão da Gestante e no prontuário eletrônico;
- ✓ Acompanhar os indicadores específicos e relativos à área de abrangência da UBS;
- ✓ Conhecer a área física e as práticas da maternidade de referência para poder orientar a gestante no plano parto;
- ✓ Realizar o monitoramento de todas as gestantes cadastradas e busca ativa das faltosas;
- ✓ Incentivar que o (a) parceiro(a) acompanhe a gestante no pré-natal e seja incluído na agenda da UBS para os cuidados com a sua saúde (Pré-natal do parceiro);
- ✓ Realizar a atenção às mulheres no pré-natal de risco habitual de acordo com este protocolo e o cuidado compartilhado da gestante de Alto Risco (AR);
- ✓ Orientar sobre a coleta do teste do pezinho entre as primeiras 48 horas de vida e o 5º dia de vida da criança, informar à mãe sobre o resultado do teste e, se necessário, acompanhar o agendamento realizado no serviço de referência de triagem neonatal;
- ✓ Realizar busca ativa do recém-nascido (RN) em tempo oportuno em caso de falta na realização do teste do pezinho;
- ✓ Incentivar o aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida e complementar até 2 anos ou mais;
- ✓ Realizar a Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde;
- ✓ Realizar ações de educação e promoção em saúde em grupo para socialização de informações e dúvidas.

## **5.2 Atribuições do Agente Comunitário de Saúde**

- ✓ Cadastrar as famílias da sua microárea, identificando precocemente gestantes que ainda não estão cadastradas e encaminhá-las ao serviço de saúde, buscando promover sua captação precoce para a primeira consulta e monitorar as consultas subsequentes;
- ✓ Realizar visitas domiciliares para todas as gestantes do território, buscando desenvolver atividades de educação em saúde, tanto para as gestantes como para seus familiares, orientando-os sobre os cuidados básicos de saúde, nutrição, vacinas, cuidados de higiene e sanitários;
- ✓ Acompanhar as gestantes que não estão realizando o pré-natal na UBS/UBSF, monitorando agravos e mantendo a equipe informada sobre o andamento do pré-natal realizado em outro serviço;
- ✓ Informar ao enfermeiro ou médico da equipe caso a gestante, por qualquer circunstância, esteja hospitalizada;
- ✓ Captar as puérperas para consultas pós-parto;
- ✓ Orientar sobre a coleta do teste do pezinho entre as primeiras 48 horas de vida e o 5º dia de vida da criança, informar à mãe sobre o resultado do teste e, se necessário, acompanhar o agendamento realizado no serviço de referência de triagem neonatal;
- ✓ Acompanhar os profissionais de nível superior na visita domiciliar na primeira semana após o parto;
- ✓ Manter a equipe informada sobre a situação de saúde, situações de vulnerabilidades e risco.

## **5.3 Atribuições do Técnico de Enfermagem**

- ✓ Fornecer medicação mediante receita, incluindo os medicamentos padronizados para o programa de pré-natal;
- ✓ Aplicar vacinas conforme calendário vigente;
- ✓ Informar ao enfermeiro ou médico da equipe, caso a gestante apresente algum dos sinais de alarme: febre, calafrios, corrimento com mau cheiro, perda de sangue, palidez, contrações uterinas frequentes, ausência de movimentos fetais, mamas endurecidas, vermelhas e quentes e dor ao urinar;
- ✓ Identificar situações de risco/vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;
- ✓ Realizar administração, mediante prescrição, de medicação para tratamento de sífilis na gestação (gestante e parcerias), devendo registrar no prontuário e no Cartão da Gestante todas as informações pertinentes ao procedimento (medicação, lote, validade, via e local de administração);
- ✓ Realizar controle e monitoramento do tratamento de sífilis na gestação (gestante e parcerias), realizando busca ativa quando necessário e informar ao enfermeiro e ao médico da equipe sobre possíveis dificuldades na adesão ao tratamento adequado;

- ✓ Orientar sobre a coleta do teste do pezinho entre as primeiras 48 horas de vida e o 5º dia de vida da criança, informar à mãe sobre o resultado do teste e, se necessário, acompanhar o agendamento realizado no serviço de referência de triagem neonatal;
- ✓ Realizar busca ativa do recém-nascido (RN) em tempo oportuno em caso de falta na realização do teste do pezinho; sugestão abrir agenda de teste do pezinho.

#### **5.4 Atribuições do Enfermeiro**

- ✓ Realizar o cadastramento da gestante no Sistema Integrado de Gestão (SIG-SaúdeTech) (Radar de Saúde – Gestante) e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido;
- ✓ Realizar registros no prontuário em todos os campos pertinentes (pré-consulta/aferições, Radar da Saúde – Gestante, avaliação/resultados de exames, procedimentos, solicitação de exames, entre outros), conforme Notas Técnicas e Memorandos Internos de orientação da SES/Joinville e conforme rege orientações do COREN-SC, a cada atendimento;
- ✓ Realizar registros no Cartão da Gestante a cada atendimento;
- ✓ Realizar a consulta de pré-natal intercalada entre o enfermeiro e médico, tanto para as gestações risco habitual quanto as gestações de alto risco acompanhadas na Referência;
- ✓ Agendar retorno de consulta de pré-natal, conforme trimestre de gestação;
- ✓ Verificar o peso e a pressão arterial a cada consulta e registrar os dados no cartão da gestante;
- ✓ Solicitar exames complementares e orientar o tratamento de acordo com este Protocolo (Parecer COREN/SC, 2013a), e/ou de acordo com a orientação da Teleconsultoria;
- ✓ Realizar a Teleconsultoria Compulsória de acordo com o Procedimento Operacional Padrão (POP) nº 03, encaminhando/vinculando a gestante, quando indicado, ao Ambulatório de Pré-natal de Alto Risco (Processo SEI 20.0.022906-3);
- ✓ Realizar testes rápidos para IST e fornecer os laudos dos testes realizados (em modelo padronizado no município), seguindo as condutas descritas no quadro 2 deste Protocolo;
- ✓ Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal de acordo com este Protocolo;
- ✓ Orientar e aplicar vacinas conforme calendário vigente;
- ✓ Encaminhar a gestante para avaliação odontológica;
- ✓ Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero quando indicado;
- ✓ Orientar a construção do plano de parto;
- ✓ Realizar a avaliação/classificação de risco gestacional, de acordo com os critérios definidos, a cada consulta;
- ✓ Solicitar matriciamento ao ginecologista obstetra (GO) de referência do distrito, após a discussão do caso com o médico da equipe, em relação a dúvidas sobre o seguimento da gestante;
- ✓ Programar visita prévia à maternidade;

- ✓ Orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST);
- ✓ Realizar controle e monitoramento do tratamento de sífilis na gestação (gestantes e parcerias), realizando busca ativa quando necessário;
- ✓ Realizar visitas domiciliares o mais precoce possível, durante o período puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e cuidados com recém-nascido;
- ✓ Orientar sobre a coleta do teste do pezinho entre as primeiras 48 horas de vida e o 5º dia de vida da criança, informar à mãe sobre o resultado do teste e, se necessário, acompanhar o agendamento realizado no serviço de referência de triagem neonatal.

### **5.5 Atribuições do Médico**

- ✓ Realizar o cadastramento da gestante no Sistema Integrado de Gestão (SIG – SaúdeTech) (Radar de Saúde – Gestante) e fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido;
- ✓ Realizar registros no prontuário em todos os campos pertinentes (pré-consulta/aferições, Radar da Saúde – Gestante, avaliação/resultados de exames, procedimentos, solicitação de exames, entre outros), conforme Notas Técnicas e Memorandos Internos de orientação da SES/Joinville, a cada atendimento;
- ✓ Realizar registros no Cartão da Gestante a cada atendimento;
- ✓ Realizar a consulta de pré-natal intercalada entre o enfermeiro e médico, tanto para as gestações risco habitual quanto as gestações de alto risco acompanhadas na Referência;
- ✓ Agendar retorno de consulta de pré-natal, conforme trimestre de gestação;
- ✓ Verificar o peso e a pressão arterial a cada consulta e registrar os dados no Cartão da Gestante;
- ✓ Solicitar exames complementares e orientar o tratamento de acordo com cada competência profissional e com este Protocolo;
- ✓ Realizar testes rápidos para IST e fornecer os laudos dos testes realizados (em modelo padronizado no Município), seguindo as condutas descritas no quadro 2 deste Protocolo;
- ✓ Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal e tratamento necessários;
- ✓ Orientar vacinação conforme calendário vigente;
- ✓ Encaminhar a gestante para avaliação odontológica;
- ✓ Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero quando indicado;
- ✓ Orientar a construção do plano de parto;
- ✓ Realizar a avaliação/classificação de risco gestacional, de acordo com os critérios definidos, a cada consulta;
- ✓ » De acordo com a classificação de risco gestacional, realizar a Teleconsultoria Compulsória conforme o Procedimento Operacional Padrão (POP) nº 03, encaminhando/vinculando a gestante, ao Ambulatório de Pré-natal de Alto Risco;
- ✓ Encaminhar ao ginecologista de referência da UBS/UBSF à critério clínico;

- ✓ Programar visita prévia à maternidade;
- ✓ Orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar e prevenção de infecções sexualmente transmissíveis (IST);
- ✓ Realizar controle e monitoramento do tratamento de sífilis na gestação (gestantes e parcerias), realizando busca ativa quando necessário;
- ✓ Realizar visitas domiciliares durante o período puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e cuidados com recém-nascido.
- ✓ Orientar sobre a coleta do teste do pezinho entre as primeiras 48 horas de vida do bebê e o 5º dia de vida da criança, informar à mãe sobre o resultado do teste e, se necessário, acompanhar o agendamento realizado no serviço de referência de triagem neonatal.

## **5.6 Atribuições do Cirurgião-dentista**

- ✓ Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância da realização do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- ✓ Orientar sobre a importância da realização do tratamento odontológico durante a gestação, explicando sobre os benefícios da manutenção da saúde bucal neste período e sobre os riscos que a presença de doenças bucais pode causar à gestação e ao bebê;
- ✓ Verificar se o Cartão da Gestante está devidamente preenchido com todas as consultas, exames, vacinas e testes rápidos. Registrar as datas de início e término do tratamento odontológico com o nome legível do profissional;
- ✓ Realizar o tratamento odontológico preferencialmente no segundo trimestre de gestação e garantir a continuidade do cuidado após o nascimento do bebê, caso não tenha sido possível concluir o tratamento da gestante;
- ✓ Solicitar exames complementares, se necessário, para a realização do tratamento odontológico;
- ✓ Atender as intercorrências/urgências odontológicas observando os cuidados indicados em cada período da gravidez e encaminhar a gestante para níveis de referência de maior complexidade, caso necessário;
- ✓ Realizar atividades educativas e de apoio individual e coletivo à gestante e aos seus familiares;
- ✓ Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas odontológicas e os trimestres de gestação indicados para a realização de tratamento odontológico;
- ✓ Esclarecer sobre os cuidados realizados pelo profissional em relação às exodontias, endodontias, tomadas radiográficas, realização de tratamento periodontal, administração de medicamentos e outros procedimentos odontológicos, garantindo que serão utilizadas técnicas apropriadas e serão tomados os devidos cuidados para que o tratamento odontológico seja realizado com segurança;
- ✓ Acompanhar o processo de aleitamento materno e os cuidados com o futuro bebê, enfatizando a importância do papel da amamentação na dentição e no desenvolvimento do aparelho fonador, respiratório e digestivo da criança;

- ✓ Orientar a mulher e seu companheiro sobre a importância de manter hábitos alimentares saudáveis e de higiene bucal.

## 6 CONDUÇÃO DA GESTANTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE (APS)

A UBS deve ser a porta de entrada da gestante para realização do pré-natal. A captação precoce da gestante para o pré-natal pode ser pelo ACS ou por qualquer outro profissional da equipe. Idealmente o pré-natal deve começar antes das 12 semanas de gestação, sendo este um dos principais indicadores de qualidade da assistência. Uma forma de captação precoce é a realização de Teste Rápido de Gravidez na UBS/UBSF, descrito a seguir.

### 6.1 Teste Rápido de Gravidez

O Teste Rápido de Gravidez (TRG) é parte do componente pré-natal da Rede Cegonha que permite um diagnóstico rápido, possibilitando que a mulher comece o pré-natal assim que a gravidez é confirmada. Seu objetivo é garantir o acolhimento, a ampliação do acesso aos Serviços de Saúde e a melhoria da qualidade do pré-natal, assegurando à mulher o direito ao planejamento reprodutivo bem como atenção humanizada durante a gravidez, o parto e após o nascimento do bebê.

O TRG é indicado para mulheres em idade fértil que apresentem atraso menstrual. O tempo de atraso para realização do teste deve observar a indicação do insumo disponível, sendo, em sua maioria, igual ou superior a sete dias (alguns insumos indicam 15 dias) (SES/SC, 2019).

A realização do TRG deve ser facilitada e executado no momento de procura da Unidade de Saúde, favorecendo a captação precoce desta possível gestante. Recomenda-se que independente do resultado do TRG, também sejam oferecidos e realizados os TR disponíveis para ISTs.

#### Quadro 01 – Orientações e condutas de acordo com o resultado do TRG

Orientações e condutas de acordo com o resultado do TRG	
TRG NEGATIVO	TRG POSITIVO
<ul style="list-style-type: none"><li>• Ofertar e realizar TR (sífilis, HIV e hepatites virais) preferencialmente no mesmo atendimento ou o mais precoce possível;</li><li>• Se a mulher deseja a gravidez: prescrever e orientar sobre o uso do ácido fólico, conforme preconizado pelo Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres, pag. 66;</li><li>• Se a mulher não deseja a gravidez: realizar orientação imediata de planejamento reprodutivo, inclusive com a entrega imediata de insumos, conforme preconizado no Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres, pag. 151.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar TR (sífilis, HIV e hepatites virais) preferencialmente no mesmo atendimento ou o mais precoce possível;</li><li>• Inserir a gestante em planilha de controle da equipe, confirmar atualização dos dados cadastrais e vinculação à equipe no sistema;</li><li>• Agendar consulta para seguimento da rotina de pré-natal, não ultrapassando 15 dias da detecção da gravidez;</li><li>• Reforçar o convite da parceria sexual para participação nas consultas, favorecendo o engajamento do parceiro(a) em ações educativas e preventivas;</li><li>• Realizar busca ativa em caso de falta aos agendamentos realizados, sempre registrando a busca no prontuário.</li></ul>

Se TRG negativo e persistir amenorreia após 15 dias, realizar novo TRG. Se persistir não reagente e história clínica com possibilidade de gestação, realizar interconsulta com profissional médico para solicitação do exame de Hormônio Gonadotrofina Coriônica Humana ( $\beta$ HCG). Persistindo amenorreia com resultado não reagente e ausência de batimento cardíaco fetal (BCF), a mulher deve retornar ao médico para avaliação clínica.

## **6.2 Testes Rápidos para Infecções Sexualmente Transmissíveis**

São Testes Rápidos para detecção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) como sífilis, hepatite C, hepatite B e HIV, cuja execução, leitura e interpretação dos resultados são feitas em, no máximo, 30 minutos. Além disso, são de fácil execução, não necessitam de estrutura laboratorial e são recomendados para testagens individuais. Podem ser feitos com amostra de sangue total obtida por punção venosa ou da polpa digital.

Os Testes Rápidos para HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C deverão ser realizados nas UBS/UBSF por profissionais de saúde capacitados para o aconselhamento, execução, leitura, interpretação dos resultados e emissão de laudo do teste, devendo ser realizado o registro do resultado em prontuário e no Cartão da Gestante. Seguindo as orientações do Procedimento Operacional Padrão (POP) Rotina nº 018 – Testes Rápidos, disponível no Sistema Eletrônico de Informação (SEI 20.0.183593-5). Os laudos dos TR emitidos, devem ser os modelos padronizados pelo SES/Joinville, disponível no Sistema de Informação – INTRANET no caminho: *Pub.documentos/ Coordenação de Enfermagem/ Procedimento Operacional Padrão*.

Conduas frente aos resultados dos testes rápidos estão descritas no quadro 4.

## **6.3 Teste de Eletroforese de Hemoglobina**

A Doença Falciforme é uma das doenças hereditárias mais comuns no mundo. A causa da doença é uma mutação no gene que produz a hemoglobina A originando outra mutante denominada hemoglobina S, que é uma herança recessiva. Apesar das particularidades que distinguem as Doenças Falciformes e de graus variados de gravidade, todas essas doenças têm manifestações clínicas e hematológicas semelhantes.

Estudos realizados mostram que existem mulheres com a doença que chegam à idade reprodutiva sem diagnóstico, e dados disponíveis no Banco Mundial relatam que a taxa de letalidade em gestantes não cuidadas está entre 20 e 50%, enquanto que, se cuidadas, essa taxa é reduzida para 2%. A letalidade fetal chega a 50%. A gestação na doença falciforme está associada a um aumento de complicações clínicas materno-fetais (BRASIL, 2013).

Quanto mais precoce o diagnóstico da doença falciforme e o estabelecimento da atenção integral a estas pessoas, maior a possibilidade de longevidade com qualidade de vida. Há muitas mulheres em idade reprodutiva com a doença, mas ainda, sem o diagnóstico firmado. Diante da magnitude exposta institui-se a implantação do Teste de Eletroforese – pesquisa de Hemoglobinopatias em gestantes – “Teste Mãe Catarinense” (Programa da SES/SC, incorporado

pela SES/Joinville), para detecção de doença falciforme como rotina na APS para todas as gestantes atendidas nas Unidades Básicas de Saúde, e no caso de serem diagnosticadas com a doença, as gestantes serem encaminhadas para pré-natal de alto risco, recebendo orientação e informação com todos os detalhes da sua condição genética.

A técnica para realização do exame está descrita no Procedimento Operacional Padrão (POP) Rotina nº 31 – Teste de Eletroforese de Hemoglobina, disponível no Sistema Eletrônico de Informação (SEI 20.0.161521-8).

#### **6.4 Consultas e Seguimento do Pré-natal**

Na primeira consulta será realizado o cadastramento da gestante no SIG – SaúdeTech. O profissional médico ou enfermeiro que realizar esta consulta deverá solicitar os primeiros exames de rotina. A primeira consulta deve ser realizada o mais precocemente possível ou até 12 semanas de gestação, garantindo no mínimo 7 (sete) consultas durante a gravidez, intercalando consultas médicas e de enfermagem e 1 (uma) no puerpério, sendo 8 (oito) consultas para o atendimento à gestante na seguinte distribuição:

- ✓ Mensais até a 28ª semana de gestação;
- ✓ Quinzenais da 28ª a 36ª semana;
- ✓ Semanais da 36ª a 41ª semana.

Sugere-se que as gestantes que realizam acompanhamento no Ambulatório de Alto Risco que a equipe planeje os agendamentos do acompanhamento de forma otimizada de forma a minimizar o deslocamento desta gestante em curtos períodos entre as consultas.

As gestantes com 40 semanas + 1 dia devem ser encaminhadas para a emergência obstétrica da MDV, para avaliação da vitalidade fetal e programação de internação para as devidas intervenções. No encaminhamento deve constar as principais informações clínicas do pré-natal, informações do exame físico na última consulta na Unidade de Saúde e Idade Gestacional. A usuária deve ser orientada a levar o Cartão da Gestante e os exames realizados.

**Quadro 02 – Orientações para acompanhamento da gestante conforme período gestacional**

PERÍODO	DETALHAMENTO DAS AÇÕES
<p><b>Até 12 semanas ou início do Pré-natal</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Captar a gestante e realizar testes rápidos (HIV, sífilis, hepatites B e C);</li> <li>• Realizar o teste de eletroforese de hemoglobina – MÃE CATARINENSE;</li> <li>• Realizar cadastro da gestante no Radar de Saúde – Gestante;</li> <li>• Realizar primeira consulta de pré-natal;</li> <li>• Aferir PA, peso, verificar o IMC;</li> <li>• Avaliar risco gestacional;</li> <li>• Realizar anamnese, exame físico com avaliação das mamas;</li> <li>• Verificar imunizações (quadro 10);</li> <li>• Suplementar com ferro 01 (um) comprimido de 200 mg de Fe = 40 mg de ferro elementar;</li> <li>• Suplementar com ácido fólico 5mg/dia até a 16ª semana gestacional;</li> <li>• Solicitar a exames da rotina do 1º trimestre (quadro 3);</li> <li>• Solicitar exames complementares – USG para agendamento randomizado que deverá ser entre a 11ª e 14ª semana de gestação (quadro 3);</li> <li>• Orientar nutrição, atividade física, higiene;</li> <li>• Encaminhar para avaliação odontológica;</li> <li>• Realizar os registros no Cartão da Gestante.</li> </ul>
<p><b>16 a 20 semanas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aferir PA, peso, IMC, BCF e AU;</li> <li>• Avaliar risco gestacional;</li> <li>• Avaliar, discutir e registrar o resultado dos exames solicitados na 1ª consulta (quadro 4);</li> <li>• Realizar conduta adequada frente aos resultados alterados;</li> <li>• Verificar consulta odontológica;</li> <li>• Encaminhar para grupo de orientações;</li> <li>• Realizar os registros no Cartão da Gestante.</li> </ul>
<p><b>20 a 24 semanas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aferir PA, peso, IMC, BCF e AU;</li> <li>• Avaliar risco gestacional;</li> <li>• Realizar testes rápidos (HIV, sífilis, hepatite B);</li> <li>• Solicitar exames da rotina do 2º trimestre (quadro 3) a serem realizados entre 24 a 28 semanas;</li> <li>• Solicitar USG morfológica de acordo com os critérios de risco (quadro 5);</li> <li>• Verificar imunizações;</li> <li>• Realizar os registros no Cartão da Gestante.</li> </ul>
<p><b>24 a 28 semanas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aferir PA, peso, IMC, BCF e AU;</li> <li>• Avaliar risco gestacional;</li> <li>• Realizar testes rápidos (HIV, sífilis, hepatite B), se não realizados na consulta anterior;</li> <li>• Orientação para movimentação fetal;</li> <li>• Verificar consulta odontológica;</li> <li>• Orientar e incentivar para o parto normal e aleitamento materno;</li> <li>• Orientar e auxiliar na elaboração do plano de parto;</li> <li>• Realizar os registros no Cartão da Gestante.</li> </ul>

<p><b>28 a 32 semanas</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aferir PA, peso, IMC, BCF e AU;</li> <li>• Avaliar risco gestacional;</li> <li>• Solicitar exames da rotina do 3º trimestre (quadro 3) a serem realizados entre 28 a 32 semanas);</li> <li>• Realizar testes rápidos (HIV, sífilis, hepatite B);</li> <li>• Orientar e incentivar para o parto normal e aleitamento materno;</li> <li>• Orientar realização do Teste do Pezinho no tempo adequado;</li> <li>• Orientar sobre os Testes de Triagem Neonatal que são realizados na Maternidade (orelhinha, olho e coração);</li> <li>• Orientar, auxiliar e revisar o plano de parto;</li> <li>• Avaliar, discutir e registrar o resultado dos exames solicitados como rotina do 2º trimestre;</li> <li>• Realizar conduta adequada frente aos resultados alterados;</li> <li>• Orientar sobre a movimentação fetal (capítulo 14, anexo A);</li> <li>• Verificar consulta odontológica;</li> <li>• Agendar visita na Maternidade (no caso da MDV);</li> <li>• Realizar os registros no Cartão da Gestante.</li> </ul>
<p><b>32 a 34 semanas (Consultas quinzenais)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aferir PA, peso, IMC, BCF e AU;</li> <li>• Avaliar risco gestacional;</li> <li>• Avaliar, discutir e registrar o resultado dos exames solicitados como rotina do 3º trimestre;</li> <li>• Realizar testes rápidos (HIV, sífilis, hepatite B), se não realizados na consulta anterior);</li> <li>• Realizar conduta adequada frente aos resultados alterados;</li> <li>• Informar sobre a preparação do parto e reconhecimento do trabalho de parto ativo;</li> <li>• Orientação para movimentação fetal (capítulo 14, anexo A);</li> <li>• Orientar, auxiliar e revisar o plano de parto;</li> <li>• Realizar os registros no Cartão da Gestante.</li> </ul>
<p><b>34 a 36 semanas (Consultas quinzenais)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aferir PA, peso, IMC, BCF e AU;</li> <li>• Avaliar risco gestacional;</li> <li>• Avaliar, discutir e registrar o resultado dos exames solicitados como rotina do 3º trimestre;</li> <li>• Realizar conduta adequada frente aos resultados alterados;</li> <li>• Verificar apresentação fetal e registrar no Cartão da Gestante;</li> <li>• Orientação sobre os sinais de trabalho de parto observando a idade gestacional;</li> <li>• Orientação para movimentação fetal e uso do Mobilograma (capítulo 14, anexo A);</li> <li>• Realizar os registros no Cartão da Gestante.</li> </ul>
<p><b>A partir da 37ª Semana (Consultas semanais)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aferir PA, peso, IMC, BCF e AU;</li> <li>• Avaliar risco gestacional;</li> <li>• Avaliar, discutir e registrar o resultado dos exames solicitados como rotina do 3º trimestre;</li> <li>• Realizar conduta adequada frente aos resultados alterados;</li> <li>• Verificar apresentação fetal;</li> <li>• Orientação sobre os sinais de trabalho de parto;</li> <li>• Orientação para movimentação fetal e uso do Mobilograma (capítulo 14, anexo A);</li> <li>• Orientação após 40 semanas: encaminhar para acompanhamento de pós datismo MDV e manter a vinculação com a UBS;</li> <li>• Orientar realização do Teste do Pezinho no tempo adequado;</li> <li>• Orientar sobre Testes de Triagem Neonatal que são realizados na Maternidade (orelhinha, olho e coração);</li> <li>• Realizar os registros no Cartão da Gestante.</li> </ul>

**Fonte:** BRASIL, 2016a; BRASIL, 2012b – adaptado (cad.32 – p.88 a 104, BRASIL, 2012b)

## 7 EXAMES DE ROTINA DE PRÉ-NATAL

A condução do pré-natal tem como objetivo assegurar o desenvolvimento da gestação minimizando os agravos a saúde materna devendo ser assegurado acesso as gestantes a exames de rotina.

A solicitação dos exames de rotina pode ser realizada por profissionais médicos e/ou enfermeiros, bem como o VDRL para gestantes em tratamento de sífilis, para controle de cura. Outros exames, quando indicados pelo teleconsultor e forem solicitados por enfermeiro, a requisição será feita dentro do SIG-SaúdeTech em: requisição de procedimentos → cesta de exames → gestante adicionais, inserindo o número da teleconsultoria com a seguinte justificativa: “**Exame indicado por Teleconsultoria em Gestação de Alto Risco**”.

**Quadro 03** – Exames de rotina de pré-natal conforme período gestacional (solicitados/executados por médico ou enfermeiro)

PERÍODO GESTACIONAL	EXAMES DE ROTINA
1º Trimestre (Solicitados na primeira consulta)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hemograma completo;</li> <li>Tipagem sanguínea e fator Rh;</li> <li>Coombs indireto;</li> <li>Glicemia de jejum;</li> <li>Sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG);</li> </ul> <p><b>Atenção:</b> Se IgM e/ou IgG positivo, laboratório deverá realizar o teste de avidéz para IgG na mesma amostra de sangue.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Parcial de urina tipo I;</li> <li>Urocultura e antibiograma;</li> <li>Teste rápido HIV* (para gestante sem diagnóstico);</li> <li>Teste rápido para sífilis* (para gestante sem história prévia de sífilis);</li> <li>VDRL (para gestante com história prévia de sífilis ou se TR reagente no momento da consulta para iniciar controle de cura);</li> <li>Teste rápido ou sorologia para hepatite B (HBsAg);</li> <li>Teste rápido para hepatite C;</li> <li>Teste de eletroforese de hemoglobina**;</li> <li>Ultrassonografia (USG) obstétrica com medida de translucência nucal (TN) realizada entre 11 a 14 semanas de gestação;</li> <li>Citopatológico do colo de útero (quando houver indicação, conforme protocolo de rastreamento de câncer de colo de útero).</li> </ul>
2º Trimestre (Devem ser realizados entre 24º e 28º semanas)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hemograma completo;</li> <li>Teste oral de tolerância à glicose com 75g (3 pontos) jejum; 1ªh e 2ªh (Não realizar em gestantes com DM);</li> <li>Coombs indireto (somente se gestante Rh negativo);</li> <li>Toxoplasmose (somente se gestante suscetível = IgG não reagente no 1º trimestre)</li> <li>Parcial de urina tipo I;</li> <li>Teste rápido para HIV * (para gestante sem diagnóstico);</li> <li>Teste rápido para sífilis* (se TR anterior não reagente);</li> <li>VDRL (para gestante com história prévia ou em controle de cura);</li> <li>Ultrassonografia (USG) Morfológica realizada entre 20ª a 24ª semanas de gestação para as gestantes com critério de risco (quadro 5).</li> </ul>

<p><b>3º Trimestre</b> (Devem ser realizados entre 32º e 35º semanas)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hemograma completo;</li> <li>Coombs indireto (somente se gestante Rh negativo);</li> <li>Toxoplasmose (somente se gestante suscetível = IgG não reagente no 2º trimestre);</li> <li>Parcial de urina tipo I;</li> <li>Urocultura e antibiograma;</li> <li>Teste rápido Hepatite B (HBsAg);</li> <li>Teste rápido HIV * (para gestante sem diagnóstico);</li> <li>Teste rápido para sífilis* (se TR anterior não reagente);</li> <li>VDRL (para gestante com história prévia ou em controle de cura).</li> </ul>
<p>Se início de PN tardio acima de 28 semanas</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitar os exames descritos na 1ª consulta mais a inclusão dos seguintes exames:</li> <li>Teste oral de tolerância à glicose com 75g (3 pontos – jejum, 1ªh e 2ªh);</li> </ul> <p><b>Importante:</b> não realizar em gestantes com DM pré gestação e não solicitar glicemia de jejum</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>USG obstétrica inserindo justificativa.</li> </ul>

**Fonte:** BRASIL, 2016a; BRASIL, 2012b – adaptado; OPAS, 2016.

\* Deliberação nº 027/CIR/2016

\*\* Deliberação nº 057/CIB/2019

\*\*\* SES/Joinville, 2020

Após a solicitação dos exames de rotina de acordo com a IG realizar consulta para avaliação dos mesmos bem como registro em prontuário e Cartão da Gestante conforme quadro abaixo:

**Quadro 04 – Conduas frente aos resultados de exames da gestante**

EXAME	RESULTADO	CONDUTAS
TIPAGEM SANGUÍNEA	Rh negativo	<ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitar teste de Coombs indireto;</li> <li>Se Coombs indireto negativo, repetir a cada 4 semanas, a partir da 24ª semana;</li> <li>Se Coombs indireto positivo, realizar Teleconsultoria para Gestação de Alto Risco e referenciar ao Ambulatório de Pré-natal de Alto Risco, mantendo cuidado compartilhado na APS.</li> </ul>
HEMOGRAMA Dosagem de hemoglobina (Hb)	Hemoglobina > 11g/dL = Ausência de anemia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suplementar com ferro: 1 drágea de sulfato ferroso/dia (200mg), que corresponde a 40mg de ferro elementar;</li> <li>Suplementar com ácido fólico 5 mg 1 x ao dia durante o 1º trimestre de gestação*.</li> </ul>
	Hemoglobina entre 8 e 11g/dL = Anemia leve a moderada	<ul style="list-style-type: none"> <li>Solicitar exame parasitológico de fezes, tratar as parasitoses, se presentes e agendar consulta médica;</li> <li>Tratar anemia com 120 a 240mg de ferro elementar ao dia;</li> </ul> <p>→ Normalmente, se recomenda 5 (cinco) drágeas/dia de sulfato ferroso de 40mg, via oral (podem ser 2 pela manhã, 2 à tarde e 1 à noite), uma hora antes das refeições.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>Repetir a dosagem de hemoglobina entre 30 e 60 dias para controle de cura:</li> </ul> <p>→ Se os níveis estiverem subindo manter tratamento até a hemoglobina atingir 11g/dl, quando deverá ser iniciada a dose de suplementação (1 drágea ao dia, com 40mg de ferro elementar);</p> <p>→ Se a hemoglobina permanecer em níveis estacionários ou se diminuir, realizar Teleconsultoria para Gestação de Alto Risco para Ambulatório de PNAR.</p>
	Hemoglobina < 8g/dL = Anemia grave	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar Teleconsultoria para Gestação de Alto Risco e referenciar ao Ambulatório de PNAR, mantendo o acompanhamento na APS.</li> </ul>

GLICEMIA DE JEJUM 1ª consulta (< 20 semanas)	< 92 mg/dL = normal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar TTGO 75g (jejum, 1ªh e 2ªh) com IG entre 24 à 28 semanas.</li> </ul>
	92 a 125 mg/dl = <b>Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientar medidas de prevenção primária e realizar Teleconsultoria para Gestação de Alto Risco para o Ambulatório de PNAR, mantendo o acompanhamento na APS.</li> </ul>
	> ou = 126mg/dl = <b>Diabetes Mellitus (DM) pré-gestacional*</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientar medidas de prevenção primária e realizar Teleconsultoria para Gestação de Alto Risco para o Ambulatório de PNAR, mantendo o acompanhamento na APS.</li> </ul>
TTGO 75g (jejum, 1ªh e 2ªh) 24 – 28 semanas Não realizar em gestantes com DM pré gestacional	<b>Ao menos um valor de:</b> » <b>Jejum:</b> 92 a 125 mg/dL » <b>1ª hora:</b> ≥ 180 mg/dL » <b>2ª hora:</b> 153 a 199 mg/dL = <b>DMG</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientar medidas de prevenção primária e realizar Teleconsultoria para Gestação de Alto Risco para o Ambulatório de PNAR, mantendo o acompanhamento na APS.</li> </ul>
	<b>Ao menos um valor de:</b> » <b>Jejum:</b> ≥ 126 mg/dL » <b>2ª hora</b> ≥ 200 mg/dL = <b>DM</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Orientar medidas de prevenção primária e realizar Teleconsultoria para Gestação de Alto Risco para o Ambulatório de PNAR, mantendo o acompanhamento na APS.</li> </ul>
Teste de Eletroforese de Hemoglobina	» <b>Hb AA;</b> ou » <b>Hb AS:</b> heterozigose para hemoglobina S ou traço falciforme; ou » <b>Hb AC:</b> heterozigose para hemoglobina C; ou » <b>Hb A</b> com outra variante qualquer = <b>sem Doença Falciforme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>As gestantes com traço falciforme devem receber informações e orientações genéticas pela Equipe de Saúde da APS.</li> </ul>
	Hb SS ou Hb SC = <b>Doença Falciforme</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Encaminhar ao especialista hematologista via SIG-Saudetech e realizar Teleconsultoria para Gestação de Alto Risco para referenciar ao Ambulatório de PNAR, mantendo o acompanhamento na APS.</li> </ul>
Parcial de Urina Tipo I e Urocultura	Proteinúria: “Traços”, PA menor que 140 x 90 mmHg e ausência de sinais de pré-eclâmpsia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Repetir em 15 dias; mantendo o resultado realizar Teleconsultoria para Gestação de Alto Risco para referenciar ao Ambulatório de PNAR, mantendo o acompanhamento na APS.</li> </ul>
	Proteinúria: “Traços” e PA maior que 140 x 90 mmHg ou proteinúria “Maciça”	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar Teleconsultoria para Gestação de Alto Risco para referenciar ao Ambulatório de PNAR, mantendo o acompanhamento na APS.</li> </ul>

	Piúria / bacteriúria / leucocitúria ou cultura positiva (> 105 UFC/mL)	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tratar a gestante para infecção do trato urinário (ITU) empiricamente, até o resultado do antibiograma;</li> <li>Solicitar o exame de parcial de urina tipo I e urocultura 7 dias após o término do tratamento para controle da cura;</li> <li>Em caso de ITU de repetição (3 ou mais episódios), realizar Teleconsultoria para Gestação de Alto Risco para referenciar ao Ambulatório de PNAR, mantendo o acompanhamento na APS;</li> <li>Em casos de ITU refratária ao tratamento, após ajuste da medicação com o resultado do antibiograma, realizar Teleconsultoria para Gestação de Alto Risco para referenciar ao Ambulatório de PNAR, mantendo o acompanhamento na APS;</li> <li>Caso suspeita de pielonefrite, (gestante apresenta, além de disúria, polaciúria e dor supra púbica, dor lombar e febre) referenciar a gestante a Emergência da MDV;</li> <li>Se for isolado estreptococo do grupo B em urocultura, é de suma importância destacar essa informação no Cartão da Gestante, uma vez que se trata de indicação de antibioticoterapia intraparto.</li> </ul>
	Hematúria	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se piúria associada, considerar ITU e proceder da mesma forma como foi apresentada no item anterior;</li> <li>Se for isolada, uma vez que tenha sido excluído sangramento genital, é necessário referir a gestante a Atenção Ambulatorial Especializada – Nefrologia.</li> </ul>
	Cilindrúria	<ul style="list-style-type: none"> <li>Referenciar a gestante a Atenção Ambulatorial Especializada – Nefrologia.</li> </ul>
	Outros elementos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Não necessitam de condutas especiais.</li> </ul>
Sífilis: TR Sífilis Sorologia para Sífilis (VDRL)	TR reagente	<ul style="list-style-type: none"> <li>Instituir tratamento imediato: tratar a gestante e parceria conforme classificação clínica (Capítulo 11);</li> <li>Realizar a Notificação Compulsória inserindo o CID referente ao agravo no SIG-SaúdeTech; <ul style="list-style-type: none"> <li>» <b>O98.1:</b> Sífilis complicando a gravidez, o parto e o puerpério</li> <li>» <b>A52:</b> Sífilis tardia</li> </ul> </li> <li>Anotar o tratamento na carteira de pré-natal;</li> <li>Solicitar VDRL mensal para monitoramento e controle de cura.</li> </ul>
	TR reagente e VDRL não reagente	<ul style="list-style-type: none"> <li>Instituir tratamento imediato;</li> <li>Pesquisar história de tratamento anterior e, se adequado, o tratamento pode ser descontinuado (avaliar possibilidade de janela imunológica);</li> <li>Repetir VDRL após 30 dias para confirmar persistência da negatividade.</li> </ul>
	TR não reagente ou VDRL não reagente	<ul style="list-style-type: none"> <li>Repetir o exame no 2º e 3º trimestres, no momento do parto e em caso de abortamento.</li> </ul>
	TR não reagente e VDRL reagente	<ul style="list-style-type: none"> <li>VDRL falso positivo para sífilis.</li> </ul>
	VDRL Reagente na ausência do insumo TR	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar tratamento.</li> </ul>

<p>HIV:</p> <p>TR HIV</p> <p>**Sorologia Anti-HIV</p>	<p>TR reagente (T1 e T2) ou sorologia reagente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar aconselhamento pós-teste e encaminhar a gestante para o seguimento no SAE com o laudo do TR e realizar teleconsultoria de obstetrícia para referenciar ao Ambulatório de Pré-natal de Alto Risco, mantendo o acompanhamento na APS;</li> <li>Realizar a Notificação Compulsória inserindo o CID referente ao agravo no SIG-SaúdeTech. <ul style="list-style-type: none"> <li>» <b>B24:</b> Doença pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) não especificada.</li> </ul> </li> </ul>
	<p>TR negativo ou sorologia não reagente</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar o aconselhamento pós-teste e repetir exame no 2ª e 3º trimestres.</li> </ul>
<p>Hepatite B:</p> <p>TR Hepatite B</p> <p>**Sorologia Hepatite B</p>	<p>Reagente / Positivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar aconselhamento pós-teste e encaminhar para o Programa Municipal de Combate a Hepatites Virais (PMCHV) com laudo do TR;</li> <li>Após avaliação no PMCHV e havendo necessidade, realizar teleconsultoria para referenciar ao Ambulatório de Pré-natal de Alto Risco, mantendo o acompanhamento na APS e no serviço de referência do PMCHV conforme rotina do mesmo;</li> <li>Realizar a Notificação Compulsória inserindo o CID referente ao agravo no SIG-SaúdeTech. <ul style="list-style-type: none"> <li>» <b>B18.1:</b> Hepatite crônica viral B sem agente Delta</li> </ul> </li> </ul>
	<p>Não reagente / Negativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar aconselhamento pós-teste e vacinar a gestante, caso ela não tenha sido vacinada anteriormente;</li> <li>Repetir exame no 3º trimestre.</li> </ul>
<p>Hepatite C:</p> <p>TR Hepatite C</p>	<p>Reagente / Positivo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar aconselhamento pós-teste e encaminhar para o Programa Municipal de Combate a Hepatites Virais (PMCHV) com laudo do TR;</li> <li>Após avaliação no PMCHV e havendo necessidade, realizar teleconsultoria para referenciar ao Ambulatório de Pré-natal de Alto Risco, mantendo o acompanhamento na APS;</li> <li>Realizar a Notificação Compulsória inserindo o CID referente ao agravo no SIG-SaúdeTech. <ul style="list-style-type: none"> <li>» <b>B18.2:</b> Hepatite viral crônica C</li> </ul> </li> </ul>
	<p>Não reagente / Negativo</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Realizar aconselhamento pós-teste.</li> </ul>
<p>Toxoplasmose</p>	<p>Gestante soronegativa IgG (-) e IgM (-)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Prevenção primária;</li> <li>Repetir a sorologia de três em três meses.</li> </ul>
	<p>Gestante IgG (+) e IgM (-)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Imunidade remota: gestante com doença antiga ou toxoplasmose crônica;</li> <li>Não há necessidade de novas sorologias;</li> <li>Orientações nutricionais.</li> </ul>
	<p>Gestante IgG (+) e IgM (+)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Possibilidade de infecção durante a gestação: realizar teste de avides de IgG na mesma amostra;</li> <li>Avides forte e gestação &lt; 16 semanas: infecção adquirida antes da gestação, não há necessidade de mais testes.</li> <li>Avides forte e gestação &gt; 16 semanas: iniciar espiramicina se antes da 30ª semana e esquema triplice após a 30ª semana;</li> <li>Avides fraca: possibilidade de infecção adquirida na gestação, iniciar espiramicina imediatamente.</li> </ul>
	<p>Gestante IgG (-) e IgM (+)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Infecção muito recente ou IgM falso positivo: iniciar espiramicina imediatamente.</li> <li>Repetir a sorologia em três semanas: <ul style="list-style-type: none"> <li>» <b>IgG positiva:</b> confirma-se a infecção;</li> <li>» <b>IgG negativa:</b> suspender a espiramicina, prevenção primária e repetir sorologia de três em três meses e no momento do parto.</li> </ul> </li> </ul>

- Confirmada a infecção aguda antes da 30ª semana, deve-se manter a espiramicina (1 g – 3.000.000 UI), de 8/8 horas, via oral, continuamente até o final da gravidez;
- Se a infecção se der após a 30ª semana, recomenda-se instituir o tratamento tríplice materno:
  - » pirimetamina (25 mg), de 12/12 horas, por via oral;
  - » sulfadiazina (1.500 mg), de 12/12 horas, por via oral; e
  - » ácido fólico (10 mg/dia) – este imprescindível para a prevenção de aplasia medular causada pela pirimetamina;
- Em gestantes com infecção aguda, deve-se realizar USG mensal para avaliar alterações morfológicas fetais e, caso haja alterações, encaminhar para o serviço especializado;
- Se há suspeita de infecção aguda materna, deve-se encaminhar a gestante para centro especializado em medicina fetal para realização de amniocentese, visando avaliar a presença de infecção fetal por análise do líquido amniótico por meio de PCR;
- Se idade gestacional > 30 semanas, não é necessário avaliar o líquido amniótico. Inicia-se esquema tríplice pela alta probabilidade de infecção fetal.

**Fonte:** BRASIL, 2016a; BRASIL, 2012b – adaptado; OPAS, 2016; DELIBERAÇÃO 057/CIB/2019.

\*podem ser prescritos por médico(a) ou enfermeiro(a) (COFEN, 2013; COREN/SC, 2013a)

\*\*Solicitar somente na ausência de TR na SES/Joinville

## 7.1 Ultrassonografia Obstétrica

Com base nas evidências existentes, a ultrassonografia de rotina nas gestantes de baixo risco não confere benefícios à mãe ou ao recém-nascido.

A ultrassonografia precoce pode auxiliar no diagnóstico oportuno das gestações múltiplas, na datação mais acurada da idade gestacional, reduzindo, o número de induções por gestação prolongada, além de evidenciar a viabilidade fetal. Nestes casos, preferencialmente deve ser realizada por via transvaginal.

Datação da idade gestacional por ultrassonografia:

- ✓ Deverá sempre ser baseada na 1ª USG realizada e nunca ser recalculada com USG posteriores; quanto maior o tempo de gestação, maior a margem de erro no cálculo da IG pelo USG em comparação com a DUM confiável. O desvio esperado no cálculo pela USG é em torno de 8% em relação à DUM. No primeiro trimestre, o desvio esperado no cálculo da idade gestacional é de três a sete dias (aumentando o intervalo, o número de dias, quanto maior a IG). Se a DUM estiver dentro da variação esperada, considerá-la para cálculo; se a diferença for maior, considerar a USG. Não recalculer durante a gravidez.

Não é indicado rastreamento de aneuploidias de rotina no primeiro trimestre, mas se for solicitado, considerar os seguintes aspectos:

- ✓ Entre a 11ª e a 13ª semana de gestação, a medida da translucência nucal (TN) associada à idade materna identifica cerca de 75% dos casos de trissomia do cromossomo 21. No entanto, a indicação deste exame deve estar sempre sujeita à disponibilidade local de recursos e ao desejo dos pais de realizar o exame após esclarecimentos sobre as implicações do exame, indicação, limitações, riscos de falso-positivos e falso-negativos.

- ✓ Deve-se também ponderar sobre a qualificação da equipe responsável pelo rastreamento, a necessidade de complementar o exame com pesquisa de cariótipo fetal nos casos de TN aumentada, a implicação psicológica do teste positivo (incluindo falso-positivos) e o impacto no nascimento de portadores da síndrome genética;
- ✓ Apesar de aumentar a taxa de detecção das malformações congênitas, não existem evidências de que a USG em gestantes de baixo risco melhore o prognóstico perinatal;
- ✓ Entre 18 e 22 semanas, os órgãos fetais já estão formados e são de visualização mais precisa, de modo que este é o momento mais adequado para fazer o rastreamento de malformações, caso se opte por fazê-lo;
- ✓ Revisão sistemática disponibilizada pela biblioteca Cochrane sugere que não há benefícios da ultrassonografia de rotina em gestações de baixo risco após a 24ª semana de gravidez;
- ✓ Em caso de suspeita da alteração do crescimento fetal, por exemplo, quando a medida da AFU está diferente do esperado, a USG pode ser ferramenta útil na avaliação.

**Fonte:** BRASIL, 2016 (Protocolo Saúde das Mulheres)

Recomenda-se, de rotina, um exame ultrassonográfico obstétrico, via abdominal, durante a gestação de baixo risco, a ser realizado entre 11ª até 14ª semanas. O agendamento do exame será randômico, realizado pelo profissional solicitante (médico ou enfermeiro). Salienta-se que em situações/condições especiais de saúde exceto quando há suspeita de como diabetes mellitus ou gestacional, toxoplasmose, suspeita de mal formação, infecção pelo vírus Zika, situação na qual a gestante realizará maior número de exames.

A solicitação e o agendamento da primeira ultrassonografia obstétrica devem ser realizados entre a 11ª até 14ª semana de gestação com objetivo primordial de avaliação da translucência nucal. Para IG acima de 14 semanas, a solicitação deverá ser justificada e encaminhada via SIG-SaúdeTech para Central de Regulação e regulada.

A ultrassonografia (USG) em gestações abaixo de 10 semanas não constitui exame de rotina durante o pré-natal, devendo ser solicitado apenas nos casos de sangramento vaginal de primeiro trimestre, na ausência de alterações hemodinâmicas e/ou sinais de abdome agudo. Quando houver indicação de USG antes de 10 semanas, o exame deverá ser solicitado exclusivamente por médico e agendado sob regulação (prioridade P1 – altíssima), sendo a via endovaginal recomendada nesses casos.

De acordo com indicação clínica, outros exames ultrassonográficos poderão ser solicitados à critério do pré-natalista, desde que devidamente justificado seu pedido. Se houver suspeita de gravidez ectópica, orienta-se encaminhar a gestante à maternidade de referência com urgência.

A solicitação de USG morfológico de 2º trimestre deve ser realizada para as gestantes com critérios de inclusão descritos do quadro abaixo e será agendado pela Central de Regulação. O exame deve ser realizado entre 20ª a 24ª semanas de gestação.

## Quadro 05 – Critérios de inclusão para USG morfológico

Relacionados à Gestação Atual
<ul style="list-style-type: none"><li>• Extrema idade materna: abaixo de 15 anos e acima de 40 anos;</li><li>• Rastreamento positivo (alteração da TN no USG de 1º trimestre);</li><li>• Gestante com DM/DMG;</li><li>• Gestação múltipla;</li><li>• Infecção materna aguda com possível repercussão fetal (<b>Zika, sífilis, toxoplasmose, citomegalovírus, rubéola, herpes simplex</b>);</li><li>• Exposição a drogas e/ou agentes ambientais (ex. radiação) potencialmente teratogênicos;</li><li>• USG obstétrica com suspeita de malformação fetal;</li><li>• USG obstétrica sugestiva de restrição do crescimento fetal.</li></ul>
História Progressa
<ul style="list-style-type: none"><li>• Antecedente de malformação fetal;</li><li>• História familiar de malformações fetais;</li><li>• Abortamento habitual.</li></ul>
<p><b>Importante:</b> Orientações disponíveis no Processo SEI nº <b>20.0.037538-8</b>, Memorando SEI nº <b>5834462/2020</b> – SES.URE</p>

**Fonte:** SES/Joinville, 2020.

## **8 CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL**

O pré-natal de alto risco abrange cerca de 10% das gestações o que aumenta significativamente a probabilidade de intercorrências e óbito materno e/ou fetal. Atenção especial deverá ser dispensada às gestantes com maiores riscos, a fim de reduzir a morbidade e a mortalidade materna e perinatal.

Para a classificação do risco gestacional deve ser utilizado o Formulário de Classificação de Risco Gestacional de Joinville (apêndice B), que permite a estratificação da gestação em risco habitual e alto risco, e uma nova estratificação deve ser realizada a cada consulta, sendo este considerado um processo dinâmico.

O Formulário avalia, de forma geral e principal, temas relacionados a patologias de risco atual obstétricas e ginecológicas, antecedentes obstétricos e clínicos e patologias de risco atual médicas e cirúrgicas, entre outros.

A gestante classificada como de risco habitual manterá o acompanhamento de pré-natal na APS e para a gestante identificada como gestação de alto risco será solicitada a Teleconsultoria Compulsória para o Ambulatório de Pré-natal de Alto Risco.

### **8.1 Encaminhamento após Definição de Critérios de Pré-Natal de Alto Risco**

A gestante identificada como gestação de alto risco terá seu encaminhamento obrigatoriamente feito pela teleconsultoria em obstetrícia, assim sendo, ao identificarem critérios para encaminhamento da gestante ao pré-natal de alto risco ou encontrarem dúvidas no manejo, os profissionais devem utilizar o site da Telemedicina e solicitar a Teleconsultoria aos profissionais médicos especialistas em Ginecologia e Obstetrícia, da Maternidade Darcy Vargas.

Tanto na solicitação de Teleconsultoria como no posterior encaminhamento via SIG-SaúdeTech, devem ser descritas as informações necessárias para avaliação e/ou conduta/priorização, tanto do teleconsultor como do regulador, tais como: motivo/condição clínica do encaminhamento, DUM, IG, tratamentos prescritos, resultados de exames com as datas de realização entre outros dados que forem necessários para avaliação de cada caso, conforme o Procedimento Operacional Padrão (POP) nº 03 – Teleconsultoria de Gestação de Alto Risco (SEI 20.0.022906-3).

Após discussão com o teleconsultor, e confirmado o risco, a gestante será encaminhada para acompanhamento no Ambulatório de Pré-natal de Alto Risco (PNAR) da Maternidade Darcy Vargas e manterá seguimento também com a Equipe da APS e, se for gestante vivendo com IST/HIV/AIDS paralelamente, também será encaminhada ao Serviço de Assistência Especializada (SAE).

### 8.1.1 Encaminhamento ao Ambulatório de Pré-natal de Alto Risco (PNAR)

O Ambulatório de Pré-natal de Alto Risco (PNAR) tem como responsabilidade a redução da morbimortalidade materna, perinatal e infantil (principalmente seu componente neonatal precoce) na região do planalto nordeste de Santa Catarina, por meio do atendimento à gestante e recém-nascido de alto risco.

Atende o pré-natal de alto risco, com consultas especializadas na área de nutrição, psicologia, serviço social e enfermagem obstétrica, atendimento médico especializado em ginecologia e obstetrícia, medicina fetal, neuropediatria, cardiopediatria, ortopedia neonatal, anestesiologia e oftalmologia neonatal e para a gestante, neonatologista. Além disso, realiza acompanhamento de puerpério de alto risco, gravidez molar e gravidez ectópica, planejamento reprodutivo, inserção e acompanhamento de DIU.

Após receber o retorno do teleconsultor confirmado o risco, a Unidade de Saúde solicitante faz a inserção da informação CONS EM GINECOLOGIA GESTANTE ALTO RISCO no Sistema Integrado de Gestão (SIG-SaúdeTech) para a Central de Regulação do município e esta insere a solicitação da consulta no Sistema de Regulação Estadual (SISREG/SC) que então, realiza a Regulação do acesso à esta especialidade. Após o agendamento da consulta no SISREG, a Central de Regulação de Joinville entra em contato com a gestante, via telefone, informando sobre o agendamento (data, horário, local) para o comparecimento a consulta no Ambulatório de Pré-natal de Alto Risco da Maternidade Darcy Vargas e iniciar o acompanhamento especializado.

**Importante:** Quando a Central de Regulação de Joinville insere a solicitação no SISREG, automaticamente a informação no SIG-SaúdeTech aparece como “cancelada”. O profissional deve clicar no ícone “LUPA”, ao lado desta informação, onde está justificado que a solicitação da consulta foi inserida no SIREG.

Maternidade Darcy Vargas  
Rua Miguel Couto, 44 – Anita Garibaldi

### 8.1.2 Serviço de Assistência Especializada (SAE)

O Serviço de Assistência Especializada (SAE) realiza assistência clínica e psicossocial incluindo projetos terapêuticos individualizados (com a participação do usuário), abordagem clínica e laboratorial de adultos, gestantes, adolescentes e criança exposta ou infectadas pelo HIV. Realiza abordagem das parcerias sexuais, oferecendo testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites virais B e C, planejamento familiar com estratégias de redução de risco para transmissão sexual e vertical do HIV, garantindo o direito sexual e reprodutivo das pessoas vivendo com HIV e AIDS1.

Após confirmado o diagnóstico mediante a realização de dois testes rápidos (primeiro teste rápido positivo e segundo teste rápido confirmatório) ou, se TR inconclusivos exame sorológico de HIV, a equipe da Unidade de Saúde orienta a usuária a se dirigir ao SAE com todos os laudos dos exames em mãos, para iniciar o acompanhamento e paralelo, a teleconsultoria em obstetrícia deverá ser feita, conforme item anterior.

**Importante:** A equipe de APS deverá manter o acompanhamento/seguimento da gestante de Alto Risco e complementar o atendimento em especial com relação ao parto e aos cuidados com o recém-nascido e aleitamento materno. É importante que a Equipe da APS se mantenha informada sobre a evolução da gravidez da paciente acompanhada no PNAR e SAE, fazendo busca ativa quando necessária e mantendo as visitas mensais da ACS.

Serviço de Assistência Especializada (SAE)  
Rua Abdon Batista, 172 – Centro

## 8.2 Gestantes com Comorbidades Prévias

Gestantes com comorbidades prévias (doenças reumatológica, neurológicas, cardiopatias, endócrinas, entre outras), devem manter seguimento com especialista da área.

Os encaminhamentos às consultas especializadas para gestantes serão feitos via SIG-SaúdeTech pelo médico assistente, com descrição do quadro clínico, classificação internacional de doenças (CID) que justifique o encaminhamento e resultados de exames prévios (quando houver) relacionados ao quadro clínico, para otimizar a avaliação e regulação da classificação de critérios de risco dos encaminhamentos.

**Importante:** A Maternidade Darcy Vargas não dispõe de atendimento especializado para patologias não gestacional.

## 8.3 Gestantes com Agravos à Saúde Possivelmente Relacionadas ao Trabalho

Gestantes que apresentem possivelmente agravos à saúde relacionados ao trabalho, devem ser encaminhadas ao Centro de Referência Especializado em Saúde do Trabalhador (CEREST) por meio de Formulário de Encaminhamento de Trabalhadores para o CEREST. O agendamento neste Serviço é realizado via telefone. Pode-se solicitar matriciamento e discussão do caso relacionado a gestante. Independentemente de qualquer patologia ou comorbidade associada às gestantes também devem manter o acompanhamento com a equipe de referência e se necessário o manejo ser compartilhado com o Ginecologista Obstetra de referência do Distrito após avaliação clínica da mesma.

Centro de Referência Especializado em Saúde do  
Trabalhador (CEREST)  
Rua Abdon Batista, 172 – Centro  
Telefone: 3422-2925

## 9 SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS QUE INDICAM AVALIAÇÃO EM SERVIÇO DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA

Os profissionais de saúde que atuam no Serviço de Urgência e Emergência Obstétrica da MDV, deverão avaliar as gestantes encaminhadas e confirmar, ou não, o diagnóstico inicial, assim como determinar a conduta necessária para cada caso: internação hospitalar, referência ao Ambulatório de PNAR ou contra referência para acompanhamento pela Equipe da APS, via módulo de contrarreferência no SIG-SaúdeTech, Procedimento Operacional Padrão (POP) nº 02 – Transferência do Cuidado via Notificação de Contrarreferência (SEI – 20.0.144936-9).

### 9.1 Fatores de Risco

- ✓ Síndromes hemorrágicas (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia), independentemente da dilatação cervical e da idade gestacional, **NUNCA** realizar toque antes do exame especular, caso o contexto exija avaliação médica;
- ✓ Suspeita de pré-eclâmpsia: pressão arterial > 140/90 mmHg (medida após um mínimo de cinco minutos de repouso, na posição sentada) e associada à proteinúria;
- ✓ Sinais premonitórios de eclâmpsia em gestantes hipertensas: escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito;
- ✓ Eclâmpsia (crises convulsivas em pacientes com pré-eclâmpsia);
- ✓ Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular/corioamnionite ou outra infecção que necessite de internação hospitalar;
- ✓ Anemia com sinais ou sintomas de gravidade (como dispneia, taquicardia, hipotensão, hemoglobina <8g/dL);
- ✓ Suspeita de trombose venosa profunda em gestantes (dor no membro inferior, sinais flogísticos, edema localizado e/ou varicosidade aparente);
- ✓ Situações que necessitem de avaliação hospitalar: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma, etc;
- ✓ Crise hipertensiva (PA > 160/110mmHg);
- ✓ Amniorrexe prematura: perda de líquido vaginal (consistência líquida, em pequena ou grande quantidade, mas de forma persistente), podendo ser observada mediante exame especular com manobra de Valsalva e elevação da apresentação fetal;
- ✓ Sinais e sintomas sugestivos de abortamento em curso ou inevitável (sangramento vaginal ativo associado a dor abdominal, presença de colo aberto, saída de material sugestivo de restos ovulares ao exame especular);
- ✓ Trabalho de parto prematuro (contrações e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 37 semanas);

- ✓ Dor em baixo ventre de intensidade, duração e ritmo aumentados, sugerindo contrações uterinas – sangramento vaginal – sintomas sistêmicos – sinais de abdome agudo;
- ✓ Idade gestacional a partir de 41 semanas confirmadas;
- ✓ Hipertermia (tax  $\geq 37,8^{\circ}$  C), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de infecção de vias aéreas superiores (IVAS);
- ✓ Investigação de prurido gestacional/icterícia;
- ✓ Hiperêmese gravídica: caracteriza-se por vômitos contínuos e intensos que impedem a alimentação da gestante, ocasionando desidratação, oligúria, perda de peso e transtornos metabólicos, com alcalose (pela perda maior de cloro, perda de potássio e alterações no metabolismo das gorduras e dos carboidratos);
- ✓ Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre;
- ✓ Restrição de crescimento intrauterino (CIUR);
- ✓ Isoimunização Rh;
- ✓ Oligodrâmnio;
- ✓ Óbito fetal;
- ✓ Mulheres em situações de violência.

**Importante:** Outros casos clínicos em gestantes com menos de 20 semanas, que necessitem de avaliação hospitalar, podem ser encaminhados a outros Serviços de Urgência e Emergência.

## 10 INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO NA GESTAÇÃO

As infecções do trato urinário são infecções comuns em mulheres jovens e representa a complicação clínica mais frequente na gestação. A gestação ocasiona modificações, algumas mediadas por hormônios que favorecem a infecção do trato urinário (ITU): estase urinária pela redução do peristaltismo ureteral, aumento da produção de urina, glicosúria e aminoacidúria favorecendo o crescimento bacteriano e infecções (SES/SC, 2018).

As ITUs estão associadas ao aumento da morbimortalidade materna, podendo ocasionar ruptura prematura de membranas, aborto, trabalho de parto prematuro, corioamnionite, baixo peso ao nascer, infecção neonatal, além de ser uma das principais causas de septicemia na gravidez. Além disso, há forte associação entre a bacteriúria assintomática na gestante e o desenvolvimento de pielonefrite aguda. A rotina de rastrear e tratar bacteriúria assintomática em TODAS as gestantes, diminui a incidência de Pielonefrite Aguda na gestação (SES/SC, 2018).

Os profissionais de saúde devem estar atentos para a realização dos exames de rotina referentes ao rastreamento de ITU assintomática (quadro 06), assim como aos resultados destes exames (quadro 04).

### Quadro 06 – Interpretação de sintomas relacionados a ITU

SITUAÇÃO	SINTOMAS	CONDUTA
<b>Gestante Sintomática</b>	<b>Sintomas de ITU:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Dor ao urinar;</li><li>• Dor suprapúbica;</li><li>• Urgência miccional;</li><li>• Aumento da frequência urinária;</li><li>• Nictúria/enurese noturna;</li><li>• Estrangúria;</li><li>• Presença de sangramento visível na urina.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar/encaminhar para avaliação médica;</li><li>• Iniciar tratamento presumido imediato;</li><li>• Realizar urocultura;</li><li>• Repetir urocultura em 7 a 10 dias após o tratamento.</li></ul>
<b>Gestante Assintomática com urocultura positiva</b>	Ver <a href="#">quadro 08</a>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar avaliação médica;</li><li>• Tratar conforme <a href="#">quadro 08</a>;</li><li>• Realizar urocultura em 7 a 10 após o tratamento.</li></ul>
<b>Gestante com qualquer IG com suspeita de pielonefrite aguda</b>	<b>Sintomas sistêmicos:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Febre;</li><li>• Taquicardia;</li><li>• Calafrios;</li><li>• Náuseas;</li><li>• Vômitos;</li><li>• Dor lombar, com sinal de giordano positivo;</li><li>• Dor abdominal.</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Emergência MDV</li><li>• Após tratamento, iniciar profilaxia com antibiótico;</li><li>• Urocultura mensal até o parto;</li></ul> <b>Após o parto:</b> <ul style="list-style-type: none"><li>• Realizar urocultura (avaliar necessidade de encaminhar ao urologista).</li></ul>

Fonte: BRASIL, 2016.

**Quadro 07 – Antibióticos de escolha no tratamento da bacteriúria assintomática e ITU não complicada em gestantes**

NOME DO ANTIBIÓTICO	POSOLOGIA	OBSERVAÇÕES
Nitrofurantoína 100mg	01 cápsula de 6/6 horas por 10 dias	Evitar após a 36 <sup>a</sup> semana de gestação
Cefalexina 500mg	01 cápsula de 6/6 horas por 7 a 10 dias	
Amoxicilina – clavulanato 500mg	01 cápsula de 8/8 horas por 7 a 10 dias	

• Repetir urocultura 07 a 10 dias após o término do tratamento;

• Verificar se o quadro de infecção urinária é recorrente ou de repetição;

• Na apresentação de um segundo episódio de bacteriúria assintomática ou ITU não complicada na gravidez a gestante deverá ser encaminhada ao ginecologista de Referência do Distrito, que após avaliação inicial poderá manter o cuidado compartilhado com a Equipe de Saúde da Família, ou realizar a contrarreferência com sugestões do manejo. Sendo que a qualquer momento esta gestante poderá ser encaminhada novamente.

**Recidiva ou reinfecção**

Após o episódio inicial de ITU, existe o risco de infecções recorrentes, que caso ocorra, o tratamento deve ser repetido com base no resultado da urocultura.

Em caso de recorrência de 3 ou mais episódios da bacteriúria ou após pielonefrite aguda, está indicado o uso de profilaxia para evitar novos episódios de ITU.

**Quadro 08 – Antibioticoterapia profilática em ITU recorrente e pielonefrite aguda**

Nome do antibiótico	Posologia	Observações
Cefalexina 500mg	1 vez à noite	Até o parto
Nitrofurantoína 100mg	1 vez à noite	Até o parto, suspender na última semana por risco de hemólise do RN

A gestante também deve ser acompanhada e orientada quanto à:

- ✓ Tratamento adequado das leucorreias vaginais;
- ✓ Orientação para correta higiene genital e anal;
- ✓ Aumento da ingestão de líquidos;
- ✓ Esvaziamento vesical frequente;
- ✓ Após o parto realizar a urocultura e encaminhar ao urologista.

**Queixas urinárias comuns da gestação sem necessidade de intervenção**

A provável compressão da bexiga pelo útero gravídico, diminuindo a capacidade volumétrica, ocasiona a polaciúria (aumento do ritmo miccional) e a nictúria (aumento do ritmo miccional no período de sono), que se acentua à medida que a gravidez progride, dispensando tratamento e cuidados especiais (SES/SC, 2018).

## 11 CUIDADOS COM A GESTANTE COM SÍFILIS E PREVENÇÃO À SÍFILIS CONGÊNITA

A sífilis é uma infecção de caráter sistêmico, causada pelo *Treponema pallidum* (*T. pallidum*), exclusiva do ser humano, e que, quando não tratada precocemente, pode evoluir para uma enfermidade crônica com sequelas irreversíveis em longo prazo, é transmitida predominantemente por via sexual e vertical.

A sífilis é um importante agravo em saúde pública, pois além de ser infectocontagiosa e de poder acometer o organismo de maneira severa quando não tratada, aumenta significativamente o risco de se contrair a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), uma vez que a entrada do vírus é facilitada pela presença das lesões sífilíticas.

Na gestação, a sífilis pode levar graves consequências como: abortamento, prematuridade, natimortalidade, manifestações congênitas precoces ou tardias e/ou morte do recém-nascido (RN) (BRASIL, 2020). Em gestantes, a taxa de transmissão vertical de sífilis para o feto é de até 80% intraútero se não for realizado o tratamento. A taxa de infecção fetal é influenciada pelo estágio da doença na mãe (maior nos estágios primário e secundário) e pelo tempo em que o feto foi exposto. Tal acometimento fetal provoca entre 30% a 50% de morte intraútero, parto pré-termo ou morte neonatal (BRASIL, 2020).

A sífilis congênita ocorre por meio da disseminação hematogênica do *T. pallidum* da mãe para o feto, predominantemente, por via transplacentária. A sífilis congênita é prevenível quando se identificam e se tratam adequada e oportunamente a gestante infectada e suas parcerias sexuais. As gestantes devem ser testadas para sífilis no primeiro, segundo e terceiro trimestre da gestação. As parcerias sexuais também devem ser testadas

### 11.1 Tratamento da Sífilis Adquirida e Sífilis na Gestação

De acordo com o Ministério da Saúde (BRASIL, 2020) no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de Atenção Integral às pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) a benzilpenicilina benzatina é o medicamento de escolha para o tratamento de sífilis, sendo a única droga com eficácia documentada durante a gestação. Não há evidências de resistência de *T. pallidum* à penicilina no Brasil e no mundo. O tratamento imediato da mãe e do parceiro evita a transmissão para o feto e pode ser feito na Atenção Primária à Saúde pelo profissional Médico. A prescrição poderá ser realizada pelo Enfermeiro desde que haja protocolo municipal para tal prescrição (COFEN,2017).

Recomenda-se tratamento imediato da gestante, com benzilpenicilina benzatina, após apenas um teste reagente para sífilis (teste treponêmico ou teste não treponêmico), considerando-se o atual cenário epidemiológico. Sendo necessário ainda a realização do segundo teste (melhor análise diagnóstica), do monitoramento laboratorial (controle de cura) e do tratamento das parcerias sexuais (interrupção da cadeia de transmissão) (BRASIL, 2020).

**Parcerias de pessoas com diagnóstico de sífilis**, deverão realizar testes rápidos (imunológicos), ser tratadas com esquema de sífilis latente tardia na ausência de sinais e sintomas ou quando impossível estabelecer-se a data da infecção e ser tratadas na mesma oportunidade, em caso de dúvida quanto ao seguimento.

As parcerias sexuais de casos de sífilis primária, secundária ou latente precoce podem estar infectadas, mesmo apresentando testes imunológicos não reagentes e, portanto, devem ser tratadas presumivelmente com uma dose de penicilina intramuscular (2.400.000 UI).

**Quadro 09 – Tratamento da sífilis adquirida e sífilis na gestação**

ESTADIAMENTO	ESQUEMA TERAPÊUTICO	ALTERNATIVA* (Exceto para Gestante)	CONTROLE DE CURA
<b>Sífilis recente:</b> Sífilis primária, secundária e latente recente (com até dois anos de evolução).	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, via IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)	Doxiciclina 100mg <sup>***</sup> , 12/12 horas, VO, por 15 dias	<b>Gestante:</b> VDRL mensal  <b>População geral:</b> VDRL trimestral
<b>Sífilis em gestante:</b>	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, via IM, semanal, por 3 semanas** Dose total: 7,2 milhões UI, via IM	<b>NÃO</b> há esquema terapêutico alternativo para gestante	<b>Gestante:</b> VDRL mensal
<b>Sífilis tardia:</b> Sífilis latente tardia (com mais de dois anos de evolução) ou latente com duração Ignorada e sífilis terciária. Sífilis na gestação	Benzilpenicilina benzatina 2,4 milhões UI, via IM, 1x/semana (1,2 milhão UI em cada glúteo) por 3 semanas** com intervalo de 7 dias Dose total: 7,2 milhões UI, via IM	Doxiciclina 100mg <sup>***</sup> , 12/12h, VO, por 30 dias	<b>Gestante:</b> VDRL mensal  <b>População geral:</b> VDRL trimestral
<p>* A benzilpenicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para tratamento adequado das gestantes;  ** A regra é que o intervalo entre as doses seja de 7 dias para completar o tratamento. No entanto, caso esse intervalo ultrapasse 14 dias, o esquema deve ser reiniciado (BRASIL 2019);  *** Disponibilizado na farmácia do Centro de Vigilância em Saúde, com receituário do SUS e cópia da Notificação Compulsória.</p>			

**Fonte:** BRASIL, 2020; BRASIL, 2017c; BRASIL, 2016c; BRASIL, 2015a.

As gestantes com sífilis que referirem alergia à penicilina devem ser submetidas a uma anamnese (anexo C), se persistir a suspeita e/ou alergia confirmada, a gestante deve ser encaminhada para dessensibilização à penicilina conforme recomendação do Ministério da Saúde.

O tratamento da sífilis materna com outro medicamento que não seja a penicilina, é considerado tratamento inadequado (BRASIL, 2017c; BRASIL, 2016c).

Ressaltamos que todas as medidas de tratamento e ações para prevenir a Sífilis Congênita devem ser registradas no Cartão de Pré-natal da Gestante, incluindo o resultado dos exames, as

datas da administração da penicilina benzatina, esquema terapêutico, intervalo recomendado, tratamento das parcerias e avaliação do risco de reinfecção.

Quando o exame de VDRL for solicitado, o profissional de saúde (médico ou enfermeiro) deve explicitar no formulário a finalidade do exame:

- ✓ **Diagnóstico de sífilis após TR reagente:** exame confirmatório;
- ✓ **Monitoramento do tratamento após TR reagente:** para monitorar os títulos dos anticorpos não treponêmicos;
- ✓ **Teste treponêmico para sífilis, detecção de imunoensaio automatizado:** laboratório faz um segundo teste confirmatório nos exames que são VDRL positivo;
- ✓ **Em todos os casos de gestantes, o tratamento deve ser iniciado com apenas um teste reagente:** teste treponêmico ou teste não treponêmico, devendo-se solicitar o segundo teste e reavaliar estadiamento e tratamento após resultado;

## 11.2 Monitoramento da Sífilis Adquirida, Sífilis na Gestação e Neurosífilis

- ✓ **Sífilis Adquirida:** 03, 06, 09 e 12 meses;
  - A redução de 2 ou mais títulos (por exemplo: de 1:32 para 1:8) ou a negatificação após 6 a 9 meses após o tratamento demonstra cura da infecção;
  - Sífilis primária e secundária: tende a diminuir 2 diluições em 3 meses e 3 diluições em 6 meses;
    - Alta após 1 ano de tratamento, se os títulos estiverem baixos e estáveis;
    - Elevação do título em 2 diluições indica novo tratamento;
- ✓ **Sífilis na Gestação:** VDRL mensal;
- ✓ **Neurosífilis:** líquido cefalorraquidiano (LCR) a cada 6 meses.

## 12 DIABETES MELLITUS NA GESTAÇÃO

Diabetes mellitus gestacional (DMG) é a intolerância aos carboidratos diagnosticada pela primeira vez durante a gestação e que pode ou não persistir após o parto.

A hiperglicemia durante o ciclo gravídico-puerperal constitui um relevante problema da atualidade pelo risco de piores desfechos perinatais e pelo desenvolvimento de doenças futura.

No Brasil, a prevalência de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG) no Sistema Único de Saúde (SUS) passou de 7,5% para 18%, conforme os critérios diagnósticos atuais. Tanto o DM diagnosticado na gestação, quanto o DMG, aumentam o risco de desfechos maternos e fetais graves, devendo, portanto, serem corretamente identificados e adequadamente tratados.

Este protocolo tem como objetivo auxiliar na identificação de fatores de risco, rastreamento e diagnóstico da DMG, na busca contínua da qualidade do cuidado das gestantes e puérperas com esse diagnóstico, no que se refere a orientações, tratamento e seguimento das mulheres durante e após a gestação.

A hiperglicemia inicialmente detectada em qualquer momento da gravidez deve ser categorizada e diferenciada em DM diagnosticado na gestação ou Diabetes Mellitus Gestacional (DMG):

- ✓ **Diabetes Mellitus diagnosticado na gestação:** Mulher com diagnóstico de DM antes da gestação (tipo 1, 2 ou outro tipo) ou durante o rastreamento do pré-natal que preenche critérios para DM na ausência da gestação. É mais grave porque seus efeitos iniciam precocemente, na concepção, levando a um risco aumentado de abortos, malformações congênitas graves e restrição do crescimento fetal, principalmente nos casos não adequadamente controlados. Além das complicações fetais, desfechos maternos também são mais relevantes, especialmente na presença de complicações prévias como retinopatia, nefropatia e hipertensão (SBD, 2019-2020).

Este diagnóstico ocorre conforme os seguintes parâmetros:

- Glicemia em jejum maior ou igual 126 mg/dL;
  - Glicemia 2 horas após sobrecarga de 75 gramas de glicose maior ou igual a 200 mg/dL;
  - Hemoglobina Glicada maior ou igual 6,5%;
  - Glicemia aleatória maior ou igual a 200 mg/dL na presença de sintomas (poliúria, poli-dipsia e perda de peso).
- ✓ **Diabetes Mellitus Gestacional (DMG):** Mulher com quadro hiperglicêmico cujo início ou detecção ocorre durante a gravidez, sem critérios para classificação como Diabetes Mellitus (DM). O DMG aumenta o risco de desfechos adversos maternos na gestação, como pré-eclâmpsia, hipertensão gestacional e aumento dos índices de cesariana. Além disso, os recém-nascidos de mães com DMG tem mais complicações fetais e neonatais como prematuridade, macrosomia, distocia de ombro, hipoglicemia e morte perinatal. Além disso, cerca de 50% das pacientes com DMG terão diagnóstico de DM2 em 10 anos, e os seus bebês, terão risco aumentado para obesidade e síndrome metabólica.

Este diagnóstico ocorre conforme os seguintes parâmetros:

- Glicemia em jejum realizado no primeiro trimestre com valor maior ou igual a 92 mg/dl e menor ou igual a 125 mg/dl; ou
- Glicemia avaliada pelo Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG) com sobrecarga de 75 gramas de Glicose (realizado entre 24 a 28 semanas, para gestantes que no primeiro exame de glicemia apresentaram valor inferior a 92 mg/dl) com pelo menos um dos seguintes resultados:
  - Glicemia em jejum maior ou igual a 92 mg/dl; e/ou
  - Glicemia 1 hora após sobrecarga maior ou igual a 180 mg/dl; e/ou
  - Glicemia 2 horas após sobrecarga maior ou igual a 153 mg/dl.

### 12.1 Fatores de risco para Diabetes Mellitus Gestacional (DMG)

Segundo a Sociedade Brasileira de Diabetes, o diabetes gestacional pode acometer qualquer mulher, mas algumas apresentam fatores de risco que devem dispor de uma atenção e cuidados redobrados. Observando que um número significativo de gestantes apresenta pelo menos um dos fatores de risco para o desenvolvimento da DMG, recomenda-se o diagnóstico universal.

Dentre os fatores de risco estão:

- ✓ **Maternos:** idade > 25 anos, sobrepeso/obesidade, história familiar de DM (primeiro grau);
- ✓ **Antecedentes pessoais de alterações metabólicas:** (HbA1c  $\geq$  5,7%), síndrome dos ovários policísticos, hipertrigliceridemia, hipertensão arterial sistêmica, acantose nigricans, doença cardiovascular aterosclerótica, uso de medicamentos hiperglicemiantes (corticóides, diuréticos tiazídicos);
- ✓ **Antecedentes obstétricos:** Duas ou mais perdas gestacionais prévias, diabetes mellitus gestacional, polidrâmnio, macrossomia (recém-nascido anterior com peso  $\geq$  4000 g), óbito fetal/neonatal sem causa determinada, malformação fetal.

### 12.2 Rastreamento de Diabetes na Gestação

De acordo com Manual de Rastreamento e Diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional no Brasil as recomendações em situações de viabilidade financeira são que todas as mulheres devem realizar a glicemia de jejum (até 20 semanas de IG) para diagnóstico de DMG e de DM diagnosticada na gestação. Todas as gestantes com glicemia de jejum inferior a 92mg/dl devem realizar o TOTG com 75 gramas de glicose de 24 a 28 semanas de gestação. Se o início do pré-natal for tardio, após 20 semanas de IG, deve-se realizar o TOTG com maior brevidade possível. Estima-se que assim sejam detectados 100% dos casos (OPAS, 2017).

### 12.3 Tratamento de Diabetes Mellitus na Gestação e Diabetes Mellitus Gestacional

O tratamento adequado do DM na gestação ou DMG está diretamente relacionado a:

- ✓ Diagnóstico adequado e precoce da doença;
- ✓ Início imediato da terapêutica;
- ✓ Rígido controle glicêmico na gestação;
- ✓ Diagnóstico das repercussões fetais do DMG;
- ✓ Momento da resolução da gestação; e
- ✓ Acompanhamento das medidas preventivas no pós-parto.

As mulheres diagnosticadas com DMG ou DM devem ser encaminhadas para seguimento no Ambulatório de Pré-natal de Alto Risco da Maternidade Darcy Vargas (MDV) por meio da Teleconsultoria para Gestação de Alto Risco obrigatória, com o mínimo de evolução clínica, para ser efetivo:

- ✓ Idade gestacional;
- ✓ Diagnóstico de diabetes mellitus prévio à gestação atual (sim ou não);
- ✓ Histórico de DMG em gestações anteriores (sim ou não);
- ✓ Resultado de exames de glicemia de jejum e/ou resultado de teste de tolerância à glicose, com data;
- ✓ Descrição de medicações em uso, se houver;
- ✓ Resultados de exames HbA1c e frutossamina com data se forem indicados pela teleconsultoria;
- ✓ Resultado de ultrassonografia gestacional com data;
- ✓ Resposta da Teleconsultoria.

### 12.4 Acompanhamento pós-parto

Ainda que a tolerância à glicose se normalize rapidamente após o parto na maioria das mulheres que desenvolveram DMG, o risco de desenvolvimento de DM tipo 2 ou intolerância à glicose é significativo. A avaliação no pós-parto visa, além de diagnosticar diabetes tipo 2 precocemente, identificar mulheres que persistem com intolerância à glicose e que se beneficiariam de medidas para prevenção do diabetes.

As taxas de avaliação do estado glicêmico pós-parto (reclassificação) de mulheres que tiveram DMG são baixas variando de 19 a 73%.

Muitas são as barreiras e dificuldades para que ocorra esta reclassificação no pós-parto, dentre elas podemos citar:

- ✓ Perda de seguimento/dificuldade de se contatar as mulheres;
- ✓ Falta de familiaridade com as orientações que devem ser seguidas;
- ✓ Desconhecimento do histórico de DMG.

Pelo lado das mulheres as principais barreiras à reclassificação pós-parto são:

- ✓ Falta de informação da importância do teste;
- ✓ Dificuldade de acesso aos serviços de saúde;
- ✓ Ocupação excessiva com o recém-nascido; e, às vezes
- ✓ Perda da solicitação do exame.

São considerados fatores de risco para o desenvolvimento de DM tipo 2 em mulheres com DMG prévio:

- ✓ Glicemia em jejum na gestação acima de 100mg/dl;
- ✓ Etnia não branca;
- ✓ História familiar de diabetes tipo 2 principalmente materna;
- ✓ Ganho excessivo de peso durante e após a gestação;
- ✓ Obesidade;
- ✓ Obesidade abdominal;
- ✓ Dieta hiperlipídica;
- ✓ Sedentarismo;
- ✓ Uso de insulina na gestação.

Esse documento reforça a necessidade do olhar atento às mulheres no puerpério que apresentaram hiperglicemia na gestação para seguimento e reclassificação da hiperglicemia gestacional. As equipes de saúde que realizam o diagnóstico de DMG, e que mantêm o cuidado compartilhado dessas gestantes com o Ambulatório de Pré-natal de Alto Risco (PNAR), devem monitorar as mulheres após o parto e a puérpera deve ser orientada a suspender a terapia farmacológica antidiabética e retornar em seis semanas à Unidade de Saúde para a realização de teste oral de tolerância à glicose ou glicemia de jejum.

No monitoramento e avaliação após a gestação, a puérpera deve realizar o TOTG 75 gramas, com dosagem em jejum e após 2 horas, 6 semanas após o parto, usando os critérios para diabetes fora da gestação (glicemia jejum  $\geq 126$  mg/dl e/ou glicemia  $\geq 200$  mg/dl 2 horas após a carga de glicose. Nas mulheres com resultados do TOTG 75 gramas normal, o rastreamento de diabetes deve ser feito a cada 3 anos, ou antes se a mulher estiver planejando nova gestação.

O estilo de vida saudável com controle da dieta, peso e atividade física deve sempre ser aconselhado, pois reduz o risco de diabetes e de doenças cardiovasculares no futuro. Todas as gestantes devem ser estimuladas a amamentar, pois a amamentação está associada à melhora na glicemia após o parto, podendo reduzir o risco de diabetes futuro nas mulheres com história de DMG. Aquelas com diabetes prévio à gestação podem necessitar de ajustes na dieta, nas doses de insulina e dos hipoglicemiantes orais, sendo que o uso de metformina, glibenclâmida e insulina é seguro e compatível com a amamentação e os métodos contraceptivos são os mesmos recomendados às mulheres não diabéticas.

## 13 CALENDÁRIO DE IMUNIZAÇÃO DA GESTANTE

**Quadro 10** – Calendário de imunização da gestante

CALENDÁRIO DE VACINA DA GESTANTE			
VACINAS	ESQUEMAS E RECOMENDAÇÕES		COMENTÁRIOS
	Histórico Vacinal	Conduta na Gestação	
<b>Tríplice bacteriana acelular do tipo adulto (difteria, tétano e coqueluche) – dTpa</b>	Previamente vacinada, com pelo menos três doses de vacina contendo o componente tetânico (com ou sem histórico de dTpa).	Uma dose de dTpa (entre a 20ª semana de gestação e os 45 dias após o parto) a cada gestação.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A dTpa está recomendada em todas as gestações, pois além de proteger a gestante e evitar que ela transmita a <i>Bordetella pertussis</i> ao recém-nascido, permite a transferência de anticorpos ao feto protegendo-o nos primeiros meses de vida até que possa ser imunizado.</li> </ul>
	Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido apenas uma dose de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dT e uma dose de dTpa, sendo que a dTpa deve ser aplicada preferencialmente entre a 20ª e a 36ª semana de gestação (pode ser até o puerpério). Respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas.	
<b>Dupla bacteriana adulto (difteria e tétano) – dT</b>	Em gestantes com vacinação incompleta tendo recebido apenas duas doses de vacina contendo o componente tetânico.	Uma dose de dTpa (entre a 20ª semana de gestação e os 45 dias após o parto) a cada gestação.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A melhor época para a aplicação de dTpa é entre a 20ª e a 36ª semana (4 semanas antes do parto), pois permite a transferência de maior quantidade de anticorpos maternos para o feto.</li> <li>• Mulheres não vacinadas na gestação devem ser vacinadas no puerpério, o mais precocemente possível.</li> <li>• A vacina está recomendada mesmo para aquelas que tiveram coqueluche, já que a proteção conferida pela infecção não é permanente.</li> </ul>
	Em gestantes com vacinação desconhecida.	Duas doses de dT e uma dose de dTpa (a cada gestação), sendo que a dTpa deve ser aplicada entre a 20ª e o fim do puerpério. Adotar o esquema 0 – 2 – 4 meses. Respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas. A dT pode ser realizada em qualquer idade gestacional.	
	Em gestantes com esquema vacinal completo, última dose há mais de 5 anos.	Fazer o reforço com dT o mais precocemente possível e agendar a dTpa a partir de 20 semanas (intervalo mínimo de 30 dias). [Se a gestante vem para o reforço acima de 20 semanas, realizar dTpa]	
<b>Hepatite B</b>	Três doses, no esquema 0 – 1 – 6 meses.	Se esquema completo, considerar doses válidas.	A vacina hepatite B é recomendada para todas as gestantes suscetíveis.
<b>Influenza (gripe)</b>	Dose única anual.	Vacinar a cada gestação, durante a Campanha Nacional.	A gestante é do grupo de risco para as complicações da infecção pelo vírus influenza. A vacina está recomendada nos meses da sazonalidade do vírus, mesmo no primeiro trimestre de gestação.

Fonte: DIVE/SC, 2019; PNI, 2018; SBIm, 2019-2020.

## 14 MOBILOGRAMA

É um método que foi desenvolvido com base na alteração da movimentação fetal em estados de sofrimento fetal como a insuficiência placentária (anexo A). A movimentação é reduzida antes da hipoxemia, como forma de o feto economizar energia para a sua sobrevivência, uma vez que a quantidade de sangue que chega a ele é insuficiente. Não existe na literatura padronização quanto ao método de registro. O importante é utilizar técnica simples e por período de tempo não muito longo, para não se tornar exaustivo e facilitar a sua realização sistemática pela mulher.

### **Indicações:**

- ✓ Diminuição ou parada da movimentação fetal (orientar a partir da 26ª semana de gestação e reduzir o intervalo das consultas pré-natais até normalização);
- ✓ Quando são relatadas mudanças abruptas no padrão de movimentação do conceito, elas podem revelar comprometimento fetal;
- ✓ Gestações de alto risco;
- ✓ Pós datismos (gestações acima de 40 semanas).

### **Vantagens:**

- ✓ Realizado pela própria gestante;
- ✓ Baixo custo;
- ✓ Sem necessidade de aparelhos;
- ✓ Acompanhamento de gestações de alto risco.

### **Desvantagens:**

- ✓ Ansiedade materna (principalmente em gestações de risco habitual);
- ✓ Maior uso de outros métodos em redução da movimentação fetal;
- ✓ Alterações fetais normais podem ser confundidas com sofrimento.

Nas gestações de risco habitual não tem grande utilidade. Aumenta a ansiedade da gestante e eleva o número de procedimentos complementares de avaliação da vitalidade fetal. Não apresenta melhor de sobrevida fetal quando iniciado precocemente (BRASIL, 2012a).

A rotina de avaliação da movimentação fetal não deve ser recomendada (grau de recomendação A). Não existem parâmetros na literatura médica para quantificar a normalidade dos movimentos fetais. A movimentação deve ser valorizada de acordo com a situação clínica de cada gestante.

## 15 PLANO DE PARTO

A Organização Mundial da Saúde recomenda o uso do Plano de Parto desde 1986, pautado nas Boas Práticas do Parto e Nascimento e nas evidências científicas.

O Plano de Parto origina-se no respeito ao Princípio Bioético de Autonomia, aumentando assim o controle das mulheres sobre o processo do Parto, contribuindo para produzir um efeito positivo sobre a satisfação, servindo como ferramenta importante na preparação para o parto, e diminuindo “os medos” das mulheres graças a informação e a comunicação proporcionadas, constituindo um processo de reflexão para mulheres (WHITFORD, 1998).

A gestante ao chegar na maternidade com seu plano de parto escrito, poderá ler e discutir com a equipe de saúde, onde se levará em consideração os desejos da mulher e as condições para a sua implementação, tais como a organização do local de assistência, limitações (físicas, recursos) relativas à unidade e a disponibilidade de certos métodos e técnicas (BRASIL, 2017b).

Os profissionais da APS devem orientar e estimular a gestante a construir seu plano de parto, pautado nas recomendações da OMS (SUÁREZ-CORTÉS, 2015).

O profissional também deve conhecer a área física e as práticas da maternidade de referência para orientar a construção do plano de parto, levando em consideração as condições para a sua implementação tais como a organização do local de assistência, limitações (físicas, recursos) relativas à Unidade e a disponibilidade de certos métodos e técnicas (BRASIL 2017b).

### 15.1 Boas Práticas de Atenção ao Parto e ao Nascimento

Em 1996, a Organização Mundial da Saúde desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando para o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto. Esta classificação foi baseada em evidências científicas concluídas por meio de pesquisas feitas no mundo todo, conforme categorias descritas abaixo:

#### **Categoria A: Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas**

- ✓ Plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a mulher durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro;
- ✓ Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde;
- ✓ Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto;
- ✓ Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a mulher se sentir segura e confiante;
- ✓ Respeito ao direito da mulher à privacidade no local do parto;
- ✓ Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto;
- ✓ Respeito à escolha da mulher sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto;

- ✓ Fornecimento às mulheres sobre todas as informações e explicações que desejarem;
- ✓ Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto;
- ✓ Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente;
- ✓ Monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS;
- ✓ Monitoramento do bem-estar físico e emocional da mulher durante trabalho e parto e ao término do processo de nascimento;
- ✓ Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto;
- ✓ Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto;
- ✓ Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto;
- ✓ Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em mulheres com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue;
- ✓ Condições estéreis ao cortar o cordão;
- ✓ Prevenção da hipotermia do bebê;
- ✓ Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre aleitamento materno;
- ✓ Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares.

**Categoria B: Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas**

- ✓ Uso rotineiro de enema;
- ✓ Uso rotineiro de tricotomia;
- ✓ Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto;
- ✓ Cateterização venosa profilática de rotina;
- ✓ Uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto;
- ✓ Exame retal;
- ✓ Uso de pelvimetria por Raios-X;
- ✓ Administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permite controlar seus efeitos;
- ✓ Uso de rotina da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto;
- ✓ Esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto;
- ✓ Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto;
- ✓ Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto, com o objetivo de evitar ou controlar hemorragias;
- ✓ Uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto;
- ✓ Lavagem uterina rotineira após o parto;
- ✓ Revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto.

**Categoria C: Práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão**

- ✓ Métodos não farmacológicos de alívio de dor durante o trabalho parto, como ervas, imersão em águas e estimulação dos nervos;
- ✓ Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto;
- ✓ Pressão do fundo durante o trabalho de parto;
- ✓ Manobras relacionadas à proteção do períneo e ao manejo do pólo cefálico no momento do parto;
- ✓ Manipulação ativa do feto no momento do parto;
- ✓ Uso rotineiro de ocitocina de rotina, tração controlada do cordão, ou sua combinação durante o 3º estágio do trabalho de parto;
- ✓ Clampeamento precoce do cordão umbilical;
- ✓ Estimulação do mamilo para estimular a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do trabalho de parto.

**Categoria D: Práticas frequentemente usadas de modo inadequado**

- ✓ Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto;
- ✓ Controle da dor por agentes sistêmicos;
- ✓ Controle da dor por analgesia peridural;
- ✓ Monitoramento eletrônico fetal;
- ✓ Uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto;
- ✓ Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço;
- ✓ Correção da dinâmica com utilização de ocitocina;
- ✓ Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto;
- ✓ Cateterização da bexiga;
- ✓ Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a mulher sinta o puxo involuntário;
- ✓ Adesão rígida a uma duração estipulada do 2º estágio do trabalho de parto, como por exemplo, uma hora, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto;
- ✓ Parto operatório;
- ✓ Uso liberal e rotineiro de episiotomia;
- ✓ Exploração manual do útero após o parto.

## 15.2 Orientações sobre Trabalho de Parto

O parto é um momento importante que marca para sempre a vida da mulher e da criança. O tema pode ser abordado tanto nas consultas como em atividades coletivas com gestantes e sua Rede de Apoio.

Nestas abordagens é necessário esclarecer as vantagens do parto normal como rápida recuperação da mulher, menor risco de complicações, favorecimento do contato pele a pele e o estabelecimento de vínculo entre mãe e recém-nascido, além de facilitar a amamentação na primeira hora de vida; sinais de trabalho de parto (contrações de treinamento, tampão mucoso, mudança progressiva no ritmo e na intensidade das contrações); o processo fisiológico do trabalho de parto:

**a) Pródromos (pré-parto) / Fase latente:** podem durar dias ou semanas. A duração e a intensidade das contrações costumam variar bastante, pode haver perda do tampão mucoso (às vezes, com rajadas de sangue) e sensação dolorosa nas costas. Nessa fase, a mulher pode procurar posições confortáveis, tomar um banho morno, repousar; ainda é cedo para se dirigir ao serviço de saúde.

**b) Fase ativa:** caracterizada pelas contrações rítmicas e regulares, com intervalo de 3 a 5 minutos e duração de cerca de 60 segundos. São essas contrações as responsáveis pela dilatação do colo uterino e pela descida do bebê no canal de parto. Elas podem vir acompanhadas de dor lombar e em baixo ventre. Essa é a fase ideal para se dirigir a um serviço de saúde.

**c) Transição:** período intermediário entre a fase ativa e a dilatação total (10 cm) e o período expulsivo propriamente dito. As contrações costumam ficar mais intensas e podem ocorrer em intervalos menores. Pode ser o período mais desafiador do trabalho de parto, com ocorrência de sensação de exaustão, náuseas e vômitos, entre outros.

**d) Expulsivo:** conforme o bebê desce pelo canal de parto, é comum a sensação de pressão cada vez maior na vagina e no reto, associada aos puxos espontâneos (vontade incontrolável de fazer força). A distensão máxima do períneo, que ocorre quando a cabeça do bebê coroar, pode vir acompanhada de uma sensação de ardência de intensidade variável.

**e) Expulsão da placenta:** acontece, em média, de 5 a 30 minutos depois do nascimento do bebê. As contrações são mais leves e espaçadas. Podem ser necessários procedimentos, algumas vezes desconfortáveis, para acelerar o desprendimento da placenta e evitar hemorragias. Os métodos não farmacológicos para alívio da dor, livre movimentação e deambulação, preferência por posições verticalizadas, livre expressão das emoções, liberdade para se alimentar e para ingerir líquidos durante o trabalho de parto.

## **16 CONSULTA DE PUERPÉRIO (até 42 dias)**

O período após o parto, chamado puerpério, é o momento em que ocorrem intensas modificações físicas e psicológicas nas mulheres num curto espaço de tempo. Juntas, essas características contribuem para aumentar a insegurança da mãe em relação aos cuidados necessários para garantir a saúde do seu bebê e dela própria nesta fase inicial da maternidade.

Estes cuidados são de competência da Equipe de Saúde, com a avaliação das condições de saúde da mulher e do recém-nascido, identificação e registro de alterações, cuidados do pós-operatório, quando cesariana (inclusive retirada de pontos no período de 7 a 10 dias, conforme prescrição médica), orientações referente à amamentação, o retorno da menstruação e da atividade sexual, realização das ações educativas e condução das possíveis intercorrências.

Identificadas complicações puerperais como endometrite, infecção de ferida operatória, infecção de episiotomia ou sutura perineal, infecção urinária, abscesso mamário, estas devem ser notificadas pela Unidade de Saúde por meio do preenchimento da ficha de Notificação de Infecção Relacionada a Assistência à Saúde (anexo B) e encaminhar para: Comissão de Controle de Infecção Hospitalar (CCIH) da Maternidade Darcy Vargas através do endereço eletrônico: [ccih\\_mdv@saude.sc.gov.br](mailto:ccih_mdv@saude.sc.gov.br).

Em casos de abortamento, perda fetal ou interrupção da gestação também devem ser acompanhados na Unidade de Saúde com acolhimento direcionado para cada situação.

### **16.1 Endometrite**

Endometrite puerperal é a infecção uterina tipicamente causada por bactérias que ascendem do trato genital inferior ou do trato gastrointestinal. Os sinais e sintomas são: sensibilidade uterina, dor abdominal ou pélvica, útero amolecido, febre, mal-estar, secreção vaginal e, às vezes, secreção purulenta. O diagnóstico é clínico, raramente auxiliado por cultura.

Na suspeita de endometrite a puérpera deverá ser encaminhada para MDV para investigação e tratamento. Está indicado tratamento endovenoso (EV) com clindamicina e gentamicina para cobertura adequada.

### **16.2 Infecção de Sítio Cirúrgico**

As Infecções do Sítio Cirúrgico (ISC) são infecções relacionadas a procedimentos cirúrgicos em pacientes internados e ambulatoriais. Os sintomas podem iniciar em até 30 dias após o procedimento cirúrgico, com possível envolvimento de pele, tecido subcutâneo (infecção superficial), fáscia, músculo (infecção profunda), órgãos ou cavidade (infecção de órgão/cavidade).

Os sintomas apresentados podem incluir: drenagem de exsudato purulento; dor, hipersensibilidade; edema local; hiperemia; deiscência parcial ou total da sutura da pele ou da parede abdominal; febre; abscesso.

As infecções superficiais sem manifestações sistêmicas devem ser tratadas com cuidados locais e curativos adequados. A ferida operatória deve ser explorada e se a infecção for superficial, não envolvendo fáscia, são orientados curativos na UBS e no domicílio

Infecções superficiais com manifestações sistêmicas (febre), infecções profundas ou órgão e cavidade devem ser referenciadas para atendimento na MDV.

Se a infecção comprometer a fáscia ou existir quadro febril associado, solicitar avaliação médica o mais precoce possível e a puérpera deverá ser referenciada a Maternidade Darcy Vargas.

### **16.3 Infecção de Episiotomia**

A incidência de infecção na episiotomia geralmente é baixa e de pouca gravidade, deve ser explorada e os fios de sutura removidos, orientando curativos frequentes.

Quando há infecção grave, com áreas extensas e necrose de estruturas perineais, são necessários desbridamento e antimicrobiano sistêmico e, havendo quadro febril associado, a puérpera deve ser referenciada a MDV.

### **16.4 Mastite**

A mastite é uma infecção dolorosa do tecido mamário e quando ocorre no pós-parto, causada pela amamentação é denominada como mastite puerperal. Pode ser infecciosa, geralmente pela flora normal da pele ou causada por alguma obstrução dos ductos mamários e geralmente, ocorre nos primeiros três meses de amamentação. Os sintomas incluem dor nas mamas, inchaço, calor, febre e calafrios.

As condutas de assistência devem ser:

- ✓ Esvaziamento adequado da mama, preferencialmente pelo próprio recém-nascido e se não for possível fazer a retirada manual do leite;
- ✓ Usar analgésico / antitérmico e avaliar a necessidade de antibióticoterapia caso mais de 24 horas de evolução ou na ou impossibilidade de reavaliação em 24 horas (cefalexina 500 mg, de 6/6h – VO por 10 dias). Caso não ocorra boa resposta clínica em dois dias, encaminhar para a MDV para avaliação;
- ✓ Não suspender a amamentação;
- ✓ Atentar para suporte emocional.

## 16.5 Abscesso de Mama

Um abscesso mamário é um acúmulo de fluidos infectados localizado no tecido da mama.

As condutas de assistência devem ser:

- ✓ Encaminhar para drenagem cirúrgica na emergência da MDV;
- ✓ Usar analgésico / antitérmico e antibióticoterapia: cefalexina 500 mg de 6/6h – VO por 10 dias;
- ✓ Interrupção da amamentação na mama afetada até que o abscesso tenha sido drenado e antibióticoterapia iniciada;
- ✓ Manutenção da amamentação na mama sadia.

## 16.6 Fissura de Mamilo

Fissura mamária é a lesão do tecido do mamilo pela pressão realizada pelo bebê quando a pega ao mamar é inadequada.

As condutas de assistência devem ser:

- ✓ Corrigir o problema que está causando a dor mamilar, o qual geralmente é a má pega;
- ✓ Início da mamada na mama menos afetada;
- ✓ Ordenhar um pouco de leite antes da mamada, o suficiente para desencadear o reflexo da ejeção de leite, evitando dessa maneira que a criança tenha que sugar muito forte no início da mamada;
- ✓ Uso de diferentes posições para amamentar, reduzindo a pressão nos pontos dolorosos ou machucados;
- ✓ Analgésicos sistêmicos por via oral se houver dor importante;
- ✓ Usar entre as mamadas o próprio leite materno ordenhado nas fissuras.

## 16.7 Depressão Puerperal

A depressão puerperal (DPP), é definida como um transtorno mental que provoca alterações emocionais, cognitivas, comportamentais e físicas e apresenta prevalência de 10 a 15% das puérperas. Os sintomas podem incluir insônia, perda de apetite, irritabilidade intensa e dificuldade de criar um vínculo com o bebê. Medidas de apoio devem ser adotadas pela equipe (médico, enfermeiro, psicólogo e outros profissionais).

Deve-se realizar visita domiciliar pelo risco de negligência e/ou maus tratos ao bebê se a puérpera não seguir o acompanhamento proposto. Comunicar ao médico da Equipe pelos riscos potenciais ao recém-nascido (RN).

Se a situação **não** for aguda e grave, a mulher deve ser referenciada para profissional da saúde mental (matriciamento ou referência secundária). Os casos leves podem ser tratados de forma eficaz pela equipe multidisciplinar da UBS.

### **São fatores de risco para depressão puerperal:**

- ✓ Primiparidade;
- ✓ Gestação indesejada;
- ✓ Mãe jovem ou mãe sem parceiro;
- ✓ Prematuridade ou baixo peso ao nascer;
- ✓ Parto cesárea;
- ✓ Alimentação com mamadeira;
- ✓ Antecedentes familiares ou pessoais de desordem psiquiátrica;
- ✓ Fatores psicossociais: difícil situação financeira, ausência de raízes, precária situação familiar, más condições de moradia, desemprego, etc.

### **16.8 Psicose Puerperal ou Transtorno Psicótico Puerperal**

A Psicose Puerperal ou Transtorno Psicótico Puerperal é definida como um distúrbio de humor psicótico com apresentação de perturbações mentais graves, a prevalência é de 0,1% a 0,2%, se manifesta de maneira abrupta nas duas ou três semanas após o parto. Os sintomas são confusão mental, alucinações ou delírios, agitação psicomotora, angustia, pensamento de machucar o bebê, comportamentos estranhos, insônia, sintomas que evoluem para formas maníacas melancólicas ou até mesmo catatônicas. Seu curso pode evoluir mais tarde para uma depressão. O prognóstico depende da identificação precoce e das intervenções no quadro.

Os casos de quadro agudo devem ser encaminhados para o Centro de Atendimento Psicossocial (CAPS) para atendimento especializado e controle da crise psicótica.

Casos mais graves de puérperas com idade a partir de 15 anos devem ser encaminhados ao HRHDS e no caso de adolescentes até 14 anos, 11 meses e 29 dias ao HJAF.

## 17 MANEJO DE SITUAÇÕES ESPECIAIS NA GESTAÇÃO

### 17.1 Cuidados em Saúde Mental

Os cuidados em saúde mental não são exclusivos para uma determinada população. Se faz necessário avaliar todas as gestantes quanto aos indicadores de risco psicossocial, que são critérios importantes para qualificação do cuidado integral da gestante, do bebê e sua família.

O período perinatal, que abrange toda a gestação até um ano do nascimento é um momento de especial vulnerabilidade aos transtornos mentais, especialmente às doenças afetivas e transtornos ansiosos, sendo que o primeiro mês do pós-parto é um período de desafios para a mãe (como cuidar de um recém-nascido, restabelecer-se do parto, dormir pouco, tentar estabelecer uma rotina para a amamentação e se ajustar a uma nova dinâmica familiar). Dessa forma, toda mãe recente com antecedentes psiquiátricos deve ser acompanhada com mais proximidade pela equipe de saúde.

Até 85% das mulheres experimentam alguma alteração de humor durante o período puerperal. Os sintomas são leves para a maioria delas, no entanto, entre 10 e 15% das puérperas vivenciam sintomas clinicamente significativos.

A história psiquiátrica, os sintomas atuais e a atitude do usuário diante do uso da medicação durante a gestação devem sempre ser avaliados, sendo que, toda gestação com algum transtorno psiquiátrico importante deve ser considerada de alto risco e a gestante e o feto devem ser monitorados cuidadosamente durante toda a gestação e o pós-parto atuais e seguintes.

Os indicadores de Risco Psicossocial levam em conta:

- ✓ Autonomia para gerir a própria vida, presença ou a ausência de suporte familiar ou comunitário;
- ✓ Presença ou ausência de sintomas de alteração do pensamento e de fala que comprometam a capacidade de autocuidado da gestante;
- ✓ Humor: qualidade e intensidade das manifestações afetivas e sua relação com a capacidade de autocuidado;
- ✓ Uso ou não de álcool e outras drogas (lícitas e ilícitas).

Fluxo de encaminhamento das gestantes em cuidado de saúde mental em Joinville:

- ✓ Adolescentes até 14 anos, 11 meses e 29 dias que apresentar transtorno mental ou alteração do comportamento deverá ser encaminhada para avaliação ao Hospital Infantil Dr. Jeser Amarante Faria;
- ✓ A partir de 15 anos, toda gestante que apresentar transtorno mental ou alteração do comportamento deverá ser encaminhada para avaliação para o Hospital Regional Hans Dieter Schmidt.

Situações para avaliação de emergência clínica e psiquiátrica que devem ser encaminhadas:

**Pronto Socorro (HRHDS e HJAF):**

- ✓ Apresenta elevado risco de auto ou hetero agressão;
- ✓ Surto psicótico com agitação psicomotora;
- ✓ Critérios na ideação ou tentativa de suicídio:
- ✓ Constância de pensamentos autodestrutivos permanentes ou recorrentes;
- ✓ Alto nível de intenção de morrer nas próximas horas ou nos próximos dias;
- ✓ Existência de plano destrutivo imediato, realista, envolvendo métodos eficazes;
- ✓ Tentativa de suicídio nos últimos 07 dias;
- ✓ Agitação ou pânico;
- ✓ Comorbidade psiquiátrica;
- ✓ Suporte social precário e dificuldades para manter vínculos.

**Pronto Atendimento 24 horas (UPA e PA):**

- ✓ Intoxicações (por medicamentos ou drogas);
- ✓ Hiper ou hipoglicemia;
- ✓ Alterações na pressão arterial, alterações na frequência cardíaca, etc.;
- ✓ Alterações na avaliação do estado mental como confusão mental, delirium, delírio, desorientação, alucinações;
- ✓ Quadros agudos de ansiedade;
- ✓ Não ter crítica de sua condição.

**Orientações Gerais:**

- ✓ Possíveis dúvidas relacionadas aos cuidados em saúde mental deverão ser dirimidas com o auxílio da teleconsultoria/teleregulação ou matriciamento (NASF e/ou CAPS) em saúde mental, antes do encaminhamento à Central de Regulação de Joinville;
- ✓ O encaminhamento à Central de Regulação com dados insuficientes à avaliação do médico regulador e/ou sem enquadramento aos critérios estabelecidos pelo Protocolo da Regulação, serão devolvidos ao médico assistente;
- ✓ Em caso de piora do estado mental e/ou sofrimento psíquico, reavaliar os fatores de risco e comorbidades clínicas e pedir novo encaminhamento conforme o Fluxograma da Rede RAPS (SEI 20.0.123311-0).

## **17.2 Prevenção a Violência**

A violência pode gerar problemas sociais, emocionais, psicológicos e cognitivos capazes de impactar fortemente a saúde das pessoas ao longo de sua existência.

Durante a gestação a mulher está mais vulnerável, e as consequências da violência são significativas para a saúde do binômio mãe-filho, tais como baixo peso ao nascer, abortos, parto e nascimento prematuros e até mortes materna e fetal, segundo estudos revelados pela OMS no “Informe Mundial sobre a Violência e a Saúde” (BRASIL, 2012b).

Ao contrário do que se espera a violência contra a mulher não diminui necessariamente durante a gravidez. De fato, cerca de 13% das mulheres relatam aumento da frequência ou da severidade da violência durante a gestação. A prevalência de violência física e sexual durante a gravidez oscila entre 01% e 20%, com índices igualmente altos nos primeiros seis meses após o parto, atingindo 25% das mulheres. Adolescentes grávidas são particularmente mais vulneráveis à violência, pois existe um risco duas vezes maior de que elas sejam estupradas, se comparado ao risco das grávidas adultas (BRASIL, 2012b).

Destacamos aqui a violência obstétrica, definida como todo ato praticado pelo médico, equipe de saúde do hospital, por um familiar ou acompanhante que ofenda, de forma verbal ou física, as mulheres gestantes, em trabalho de parto ou, ainda no período do puerpério (Lei Estadual SC nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017).

No Brasil, uma em cada quatro mulheres sofrem violência obstétrica segundo dados da pesquisa nascer no Brasil. Ela pode ser sutil ou gritante. É um problema de saúde pública que fere os direitos sexuais e reprodutivos, causando danos psicológicos e refletindo de forma negativa na mortalidade materna, uma vez que a hostilidade dos profissionais tem elevado cada vez mais o número de intervenções obstétricas desnecessárias e por consequência, desfechos insatisfatórios e graves.

Em Joinville de acordo com o Protocolo de Violência Sexual (2019), o atendimento às pessoas em situação de violência sexual na Secretaria da Saúde é oferecido principalmente nas Unidades Básicas de Saúde do município.

Além do atendimento oferecido à população, a Secretaria da Saúde possui o Núcleo de Prevenção de Violência e Acidentes (NPVA), que sistematiza os dados do município sobre violências, para subsidiar a elaboração de ações de prevenção e promoção de saúde, buscando a redução das violências em médio e longo prazo. É de responsabilidade dos profissionais do NPVA fazer a vigilância e monitoramento dos cuidados sequenciais das situações de violência sexual, bem como o receber as Fichas de Notificação Compulsória do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

A Notificação Compulsória ao SINAN é a comunicação obrigatória às autoridades de saúde, regulamentada pela Portaria GM/MS nº 204, de 17 de fevereiro de 2016, devendo ser realizada por todos os profissionais de saúde ou responsáveis pelos estabelecimentos de saúde, públicos ou privados, sobre a ocorrência de suspeita ou confirmação de doença, agravo ou evento de saúde pública. É uma ferramenta dos serviços da Saúde e não deve ser confundida com denúncia policial. Ressalta-se que o profissional que realiza o atendimento à pessoa em situação de violência sexual deve ser o mesmo que preenche os dados da Ficha, haja vista ter realizado a escuta, tendo assim melhor condição de fazê-lo.

Todas as formas de violências identificadas devem ser notificadas e encaminhada ao NPVA, na Vigilância Epidemiológica (VE). A Notificação Compulsória é um instrumento de proteção e não de denúncia e punição. Este instrumento está disponível no Sistema de Informação, INTRANET, no caminho: Pub. Documentos / Vigilância Epidemiológica / NPVA / Ficha de Notificação Individual de Violência Interpessoal / Autoprovocada).

É muito importante que os profissionais e toda a Equipe de Saúde saibam identificar os sinais de risco e vulnerabilidade durante a gravidez:

- ✓ Gravidez decorrente da violência sexual;
- ✓ Não aceitação da gravidez;
- ✓ Não reconhecimento da paternidade;
- ✓ Falta de preparativos habituais para acolhimento do filho;
- ✓ Retardo no reconhecimento da gravidez e, em casos mais graves, do bebê;
- ✓ Dificuldades constantes ou desinteresse no acompanhamento pré-natal;
- ✓ Não seguimento dos tratamentos ou recomendações médicas propostas;
- ✓ Referências negativas ao filho, visto como causador de dor, cansaço, abandono de metas e ideias, dificuldades financeiras ou mau relacionamento do casal;
- ✓ Intenção de deixar o bebê aos cuidados de terceiros;
- ✓ Desejo de abandono, seja pela falta de cuidados, seja pela colocação para adoção;
- ✓ Tentativa de abortamento.

### 17.2.1 Atendimento Hospitalar em Situações de Violência Sexual

O atendimento hospitalar às pessoas em situação de violência sexual tem por finalidade garantir o acesso à contracepção de emergência e às medidas profiláticas contra as infecções sexualmente transmissíveis visando à redução de agravos, proporcionando atendimento humanizado, com sigilo e privacidade das informações, garantindo os encaminhamentos pertinentes.

#### Quadro 11 – Hospitais de referência

Hospital	Endereço e Contato
Hospital Regional Hans Dieter Schmidt (HRHDS)	Endereço: Rua Xavier Arp, s/n – Boa Vista Telefone: (47) 3461-5500 E-mail: <a href="mailto:hrhds@saude.sc.gov.br">hrhds@saude.sc.gov.br</a>
Hospital Materno Infantil Dr. Jeser Amarante Faria (HJAF)	Endereço: Rua Araranguá, 554 – América Telefone: (47) 3145-1600 E-mail: <a href="mailto:secretaria@hjaf.org.br">secretaria@hjaf.org.br</a>
Hospital São José (HSJ)	Endereço: Rua Getúlio Vargas, 238 – Anita Garibaldi Telefone: (47) 3441-6666 E-mail: <a href="mailto:srmept@yahoo.com.br">srmept@yahoo.com.br</a>
Hospital Bethesda	Endereço: Rua Conselheiro Pedreira, 624 – Pirabeiraba Telefone: (47) 3121-5400 E-mail: <a href="mailto:hospital@portalbethesda.org.br">hospital@portalbethesda.org.br</a>
Maternidade Darcy Vargas (MDV)	Endereço: Rua Miguel Couto, 44 – Anita Garibaldi Fone: (47) 3461-5819 E-mail: <a href="mailto:mdvjoinville@yahoo.com.br">mdvjoinville@yahoo.com.br</a> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atende mulheres de todas as idades, após confirmada a gestação, e toma as providências legais em relação à interrupção da gestação.</li> </ul>

Fonte: Rede Cegonha – SES/Joinville, 2020.

**Quadro 12 – Órgãos de proteção e denúncia em situações de violência**

Instituição	Atendimento	Endereço e Contato
Delegacia de Proteção à Criança, Adolescente, Mulher e Idoso	<b>Atendimento:</b> 24 horas <ul style="list-style-type: none"><li>A mulher pode realizar a denúncia e fazer o boletim de ocorrência, a mesma será averiguada por órgãos policiais e de Assistência Social.</li></ul>	<b>Telefone:</b> (47) 3433-9737 <b>Localização:</b> Rua Doutor Plácido Olímpio de Oliveira, 843 – Bucarein – Joinville/SC
Secretaria de Assistência Social (SAS)	<b>Atendimento:</b> das 08 às 14 horas, de segunda a sexta-feira	<b>Telefone:</b> (47) 3802-3700 <b>E-mail:</b> assistenciasocial@joinville.sc.gov.br <b>Localização:</b> Rua Coronel Procópio Gomes, 749 – Bucarein – Joinville/SC
Ministério Público Federal – Procuradoria da República no Município de Joinville	<b>Atendimento:</b> das 12 às 18 horas, de segunda a sexta-feira	<b>Telefone:</b> (47) 3441-7200 / (47) 3441-7209 / (47) 3441-7210 <b>Fax:</b> (47) 3441-7241 <b>E-mail:</b> prsc-prjve@mpf.mp.br <b>Localização:</b> Rua Orestes Guimarães, 876 – Térreo – América – Joinville/SC
Disque Direitos Humanos (Disque 100)	Serviço de atendimento telefônico gratuito, onde as denúncias recebidas são analisadas, tratadas e encaminhadas aos órgãos responsáveis. <b>Horário de atendimento:</b> 24 horas	
Central de Atendimento à Mulher (Ligue 180)	Serviço de Disque-denúncia com o objetivo receber denúncias de violência, reclamações sobre os serviços da Rede de Atendimento à Mulher e de orientar as mulheres sobre seus direitos e sobre a legislação vigente, com capacidade de envio de denúncias para a Segurança Pública com cópia para o Ministério Público de cada Estado, quando necessário. <b>Atendimento:</b> 24 horas	

**Fonte:** Rede Cegonha – SES/Joinville, 2020.

## 18 PRÉ-NATAL DO PARCEIRO

A gestação é assunto voltado a família, e estimular a participação do homem, pai/parceiro durante todo esse processo pode ser fundamental para o bem estar biopsicossocial da mãe, do bebê e dele próprio, sendo o pré-natal o momento oportuno e propício para isso (BRASIL, 2016b).

Existe um movimento no Brasil e em vários países do mundo, que defendem a participação e envolvimento integral dos homens em tudo o que diz respeito à tomada de decisão reprodutiva, desde a escolha de ser pai à participação solidária na gestação, no parto e no cuidado e na educação das crianças. Desta forma, é possível romper e transformar, na prática, construções sociais de gênero que, por um lado, direcionam todas as responsabilidades relacionadas à reprodução e aos cuidados das crianças às mulheres e, por outro, afastam os homens tanto dos compromissos e dos deveres, quanto dos prazeres e dos aprendizados que circundam este universo (BRASIL, 2016b).

O Pré-Natal do parceiro propõe-se a ser uma das principais 'portas de entrada' aos serviços ofertados pela Atenção Básica em Saúde a esta população, ao enfatizar ações orientadas à prevenção, à promoção, ao autocuidado e à adoção de estilos de vida mais saudáveis.

Após a confirmação da gravidez, em consulta médica ou de enfermagem, dá-se início à participação do pai/parceiro nas rotinas de acompanhamento da gestante.

O Procedimento "Consulta Pré-natal do Parceiro" foi incluído no Sistema de Gerenciamento da Tabela de Procedimentos, Medicamentos e OPM do SUS (Tabela SIGTAP) com o código: **03.01.01.023-4** e utilizar a Classificação Internacional de Doenças – **CID Z76.8**: contatos com Serviços de Saúde por outras circunstâncias especificadas, para justificar a ausência do homem no trabalho.

### 18.1 Consulta de Pré-natal do Parceiro: 05 Passos

**1º Passo:** Primeiro contato com postura acolhedora: incentivar a sua participação nas consultas de pré-natal e nas atividades educativas, informar que poderá tirar dúvidas e se preparar adequadamente para exercer o seu papel durante a gestação, parto e pós-parto. Explicar a importância e ofertar a realização de exames.

**2º Passo:** Solicitar os testes rápidos e exames de rotina. Ampliar o acesso e a oferta da testagem e do aconselhamento é uma importante estratégia para a prevenção de vários agravos. A institucionalização dessas ações permite a redução do impacto das doenças transmissíveis na população, a promoção de saúde e a melhoria da qualidade do serviço prestado nas unidades de saúde. Permite, também, conhecer e aprofundar o perfil social e epidemiológico da comunidade de abrangência, dimensionar e mapear a população de maior vulnerabilidade e, com isso, reformular estratégias de prevenção e monitoramento.

O aconselhamento nas Unidades Básicas de Saúde:

- ✓ Aprimora as práticas em saúde;
- ✓ Favorece uma atenção integral;
- ✓ Contribui para que o indivíduo participe ativamente do processo de promoção da saúde, da prevenção e do tratamento principalmente das IST, do HIV/aids e das hepatites virais.

A Atenção Básica é um campo propício para o desenvolvimento do aconselhamento. Essa prática se assemelha aos princípios adotados pela estratégia de saúde da família, quando estes se propõem a resgatar o modo como se dá o relacionamento entre o serviço e seus usuários, enfatizando o caráter preventivo e a articulação com a prática assistencial e com a comunidade. O aconselhamento é o momento onde emerge a responsabilidade individual com a prevenção e a sua abordagem reforça o compromisso coletivo. A inserção do aconselhamento e dos exames de rotina nos serviços da rede básica de saúde implica uma reorganização do processo de trabalho da equipe e do serviço como um todo. Requer uma atenção para o tempo de atendimento, reformulações de fluxo da demanda, funções e oferta de atividades no serviço.

Estimular mudanças de valores e práticas exige uma preparação da equipe/serviço para acolher a subjetividade dos usuários. É parte essencial conhecer as principais vulnerabilidades e as necessidades particulares dos usuários, suas características e estilos de vida e desenvolver uma abordagem sobre os riscos, respeitando as suas especificidades.

É importante incluir o pai na promoção e na ampliação do acesso ao serviço, aos insumos de prevenção e ao diagnóstico. É importante uma ação articulada entre os Agentes Comunitários de Saúde e os profissionais presentes na Unidade.

**3º Passo:** Vacinar o pai/parceiro conforme a situação vacinal encontrada. A vacinação é a medida mais eficaz para a prevenção de doenças que podem ser prevenidas. Com esse objetivo o Programa Nacional de Imunizações (PNI), disponibiliza para toda a família, o Calendário Nacional de Vacinação, que atende a todas as etapas da vida, tanto para a criança, quanto para o adolescente, o adulto e o idoso. O pai/parceiro, durante o acompanhamento do período gestacional, deve atualizar o seu Cartão da Vacina e buscar participar do processo de vacinação de toda família, em especial da gestante e do bebê.

**4º Passo:** Toda a consulta é uma oportunidade de escuta e de criação de vínculo entre os homens e os profissionais de saúde, propiciando o esclarecimento de dúvidas e orientação sobre temas relevantes, tais como relacionamento com a parceira, atividade sexual, gestação, parto e puerpério, aleitamento materno, prevenção da violência doméstica, etc.

Seguem algumas sugestões de atividades educativas com temas voltados para o público masculino:

- ✓ Orientação de hábitos saudáveis, como: prática de atividades físicas regulares, alimentação balanceada e saudável (preferência por alimentos in natura; usar óleos, gorduras, sal e açúcar

com moderação; limitar o uso de produtos prontos para consumo; evitar comidas prontas tipo fast food etc.), diminuir ou cessar consumo de bebida alcoólica, cigarro e outras drogas;

- ✓ Realização de palestras e rodas de conversa com a população masculina, abordando temas como: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; Gênero, socialização masculina e impactos para a vida de homens, mulheres e crianças; Sexualidade, direitos sexuais e direitos reprodutivos; Paternidade, como ser um pai/parceiro presente;
- ✓ Prevenção de acidentes e de violência entre a população masculina, dentre outros.

Exemplos de atividades educativas exitosas com foco no público masculino podem ser obtidos em <<http://atencaobasica.org.br/>>.

É importante lembrar que o envolvimento do pai/parceiro pode acontecer mesmo quando ele e a gestante não estiverem em um relacionamento afetivo.

Para isso, é importante conversar com a gestante e saber se ela deseja que ele participe desse momento. Caso ela não deseje, é importante respeitar a sua decisão, buscar informações sobre a mesma e perguntar se ela quer que outra pessoa a acompanhe nesse processo.

**5º Passo:** Esclarecer sobre o direito da mulher a um acompanhante no pré-parto, parto e puerpério e incentivar o pai a conversar com a parceira sobre a possibilidade da sua participação nesse momento.

Conversar com os futuros pais sobre a relevância de sua participação no pré-parto, parto e puerpério, dando exemplos do que ele poderá fazer, como: ser encorajado a clampar o cordão umbilical em momento oportuno, levar o recém-nascido ao contato pele a pele, a incentivar a amamentação, a dividir as tarefas de cuidados da criança com a mãe, etc.

Caso a gestação seja de alto risco com chances de o recém-nascido nascer prematuro e ou com baixo peso, incentivar os pais/parceiros a conhecerem a Unidade Neonatal da Maternidade de referência.

Além disso, o (a) profissional deve mostrar ao futuro pai que ao participar do parto, ele pode ajudar a:

- ✓ Garantir um melhor atendimento para a sua parceira, reduzindo com isso a possibilidade de eventuais situações de violência obstétrica e/ou institucional;
- ✓ Estimular o parto normal;
- ✓ Diminuir a duração do trabalho de parto;
- ✓ Diminuir o medo, a tensão e, conseqüentemente, aliviar a dor;
- ✓ Aumentar a sensação de prazer e satisfação no parto;
- ✓ Diminuir a ocorrência de depressão pós-parto;
- ✓ Favorecer o aleitamento materno;
- ✓ Fortalecer o vínculo entre pai/parceiro, mãe e bebê.

Esses benefícios são defendidos pela Organização Mundial da Saúde desde 1985.

## 18.2 Legislações Referentes aos Direitos dos Pais

A figura paterna deixou de ter papel de coadjuvante na formação das crianças e passou à atuação de destaque ao lado da mulher. Sua relevância é tamanha que a própria legislação brasileira versa sobre obrigações e também sobre seus direitos.

As Legislações referentes aos direitos dos pais já estão previstas na CLT 1943, art. 473, e desde então em constante ampliação com o passar dos anos.

- ✓ **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996:** Regula o § 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Dá direito a todo cidadão brasileiro a todos os métodos cientificamente aceitos de concepção e contracepção.
- ✓ **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990:** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Direito ao acompanhamento de crianças e adolescentes internados.
- ✓ **Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005:** Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.
- ✓ **Portaria GM/MS nº 2.418, de 02 de dezembro de 2005:** Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhantes para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS.
- ✓ **Portaria nº 371, de 7 de maio de 2014,** que institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS).
- ✓ **Portaria GM/MS nº 48, de 11 de fevereiro de 1999:** Dispõe sobre o planejamento familiar e dá outras providências.
- ✓ **Portaria GM/MS nº 930, de 10 de maio de 2012:** Define as diretrizes e objetivos para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido grave ou potencialmente grave e os critérios de classificação e habilitação de leitos de Unidade Neonatal no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- ✓ **Portaria GM/MS nº 1.683, de 12 de julho de 2007:** Aprova, na forma do Anexo, a Normas de Orientação para a Implantação do Método Canguru.
- ✓ **Portaria GM/MS nº 1.130, de 05 de agosto de 2015:** Institui a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC) no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS).
- ✓ **Portaria GM/MS nº 371, de 07 de maio de 2014:** Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS).
- ✓ Licença paternidade de 05 (cinco) dias foi concedida pela Constituição Federal/88 em seu artigo 7º, XIX e art.10, §1º, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias – ADCT.
- ✓ **Portaria GM/MS nº 1.944, de 27 de agosto de 2009:** Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

- ✓ **Portaria GM/MS nº 3.242, de 30 de dezembro de 2011:** Dispõe sobre o Fluxograma Laboratorial da Sífilis e a utilização de testes rápidos para triagem da sífilis em situações especiais e apresenta outras recomendações.
- ✓ **Portaria GM/MS nº 29, de 17 de dezembro de 2013:** Aprova o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças e dá outras providências.
- ✓ **Portaria GM/MS nº 3.275, de 26 de dezembro de 2013:** Altera a Portaria nº 77/GM/MS, de 12 de janeiro de 2012, que dispõe sobre a realização de testes rápidos, na Atenção Básica, para a detecção de HIV e sífilis, assim como testes rápidos para outros agravos, no âmbito da atenção pré-natal para gestantes e suas parcerias sexuais.
- ✓ **Portaria GM/MS nº 1.271, de 06 de junho de 2014:** Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências.

**Fonte:** BRASIL, 2016b.

## REFERÊNCIAS

1. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos SCTIE. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS (CONITEC). Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas do Diabetes Mellito Tipo 1**. Brasília – DF: 2020.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília – DF: 2020.
3. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de Imunização**. Brasília – DF: 2020.
4. BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. **Medidas de Prevenção e Critérios Diagnósticos de Infecções Puerperais em Parto Vaginal e Cirurgia Cesariana**. Brasília – DF: Anvisa, 2017.
5. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Gestão e Incorporação de Tecnologias em Saúde. **Diretrizes nacionais de assistência ao parto normal: versão resumida** [recurso eletrônico]. Brasília – DF: 2017.
6. BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília – DF: 2017.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.436, de 21 de setembro de 2017**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília – DF: 2017.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília – DF: 2016.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Coordenação Nacional de Saúde do Homem. **Guia do Pré-Natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. Angelita Herrmann, Michelle Leite da Silva, Eduardo Schwarz Chakora, Daniel Costa Lima. Rio de Janeiro – RJ: 2016.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis**. Brasília – DF: 2016.
11. BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 13.257, de 08 de março de 2016**. Dispõe sobre as políticas públicas para a primeira infância e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), o Decreto-Lei nº 3.689, de 3 de outubro de 1941 (Código de Processo Penal), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT),

aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, a Lei nº 11.770, de 9 de setembro de 2008, e a Lei nº 12.662, de 5 de junho de 2012. Brasília – DF: 2016.

12. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 204, de 17 de fevereiro de 2016**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília – DF: 2016.
13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS – CONITEC. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas: Infecções Sexualmente Transmissíveis**. Brasília – DF: 2015.
14. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Brasília – DF: 2015.
15. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Portaria nº 53, de 1º de outubro de 2015**. Torna pública a decisão de aprovar o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) de infecções sexualmente transmissíveis no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília – DF: 2015.
16. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014**. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. Brasília – DF: 2014.
17. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. 2ª edição, 1ª reimpressão. Brasília – DF: 2014.
18. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Programa Nacional de Suplementação de Ferro**: manual de condutas gerais. Brasília – DF: 2013.
19. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico – 5ª edição. Brasília – DF: 2012.
20. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília – DF: 2012.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS – a Rede Cegonha. Brasília – DF: 2011.
22. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.488, de 21 de outubro de 2011**. Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Brasília – DF: 2011.
23. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 2.546, de 27 de outubro de 2011**. Redefine e amplia o Programa Telessaúde Brasil, que passa a ser denominado Programa Nacional Telessaúde Brasil Redes (Telessaúde Brasil Redes). Brasília – DF: 2011.

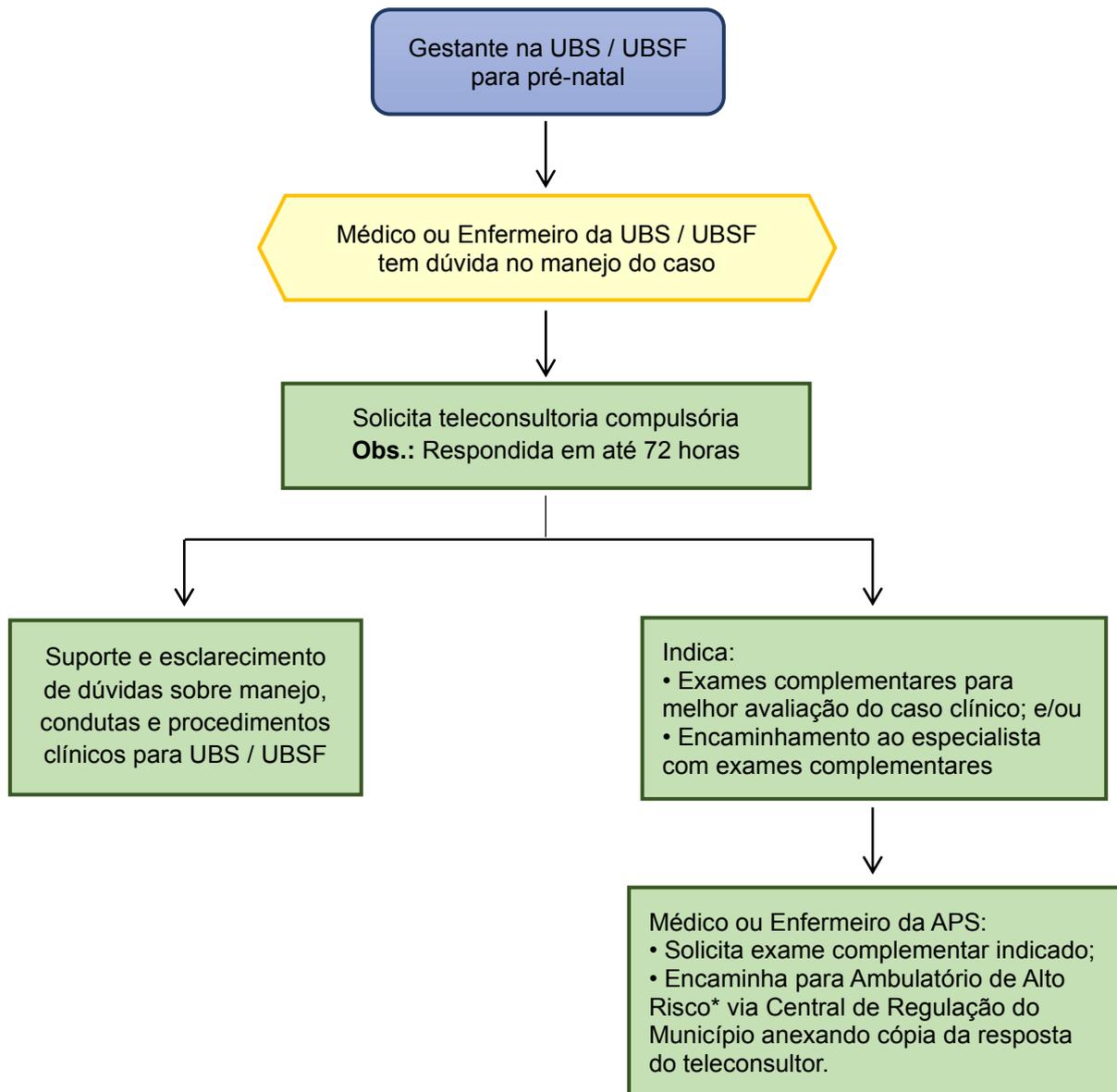
24. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Linha de Cuidado para a Atenção Integral à Saúde de Crianças, Adolescentes e suas Famílias em Situação de Violências**. Orientação para gestores e profissionais de saúde. Brasília – DF: 2010.
25. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. Manual de Educação em Saúde. Volume I. **Autocuidado na Doença Falciforme**. Brasília – DF: 2008.
26. BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. **Portaria nº 1.559, de 1º de agosto de 2008**. Institui a Política Nacional de Regulação do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília – DF: 2008.
27. BRASIL. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. **Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS. Brasília – DF: 2005.
28. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada – manual técnico**. Brasília – DF: 2005.
29. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e AIDS. **Manual: Testes de Sensibilidade à Penicilina**. Brasília – DF: 1999.
30. BRASIL. Presidência da República. **Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990**. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Diário Oficial da União, Poder Executivo. Brasília – DF: 1990.
31. COMISSÃO INTERGESTORES REGIONAL NORDESTE/Santa Catarina (CIR/SC). **Deliberação nº 027/CIR/2016**. Resolve aprovar a implementação/implantação da realização dos testes rápidos nas Unidades Básicas para detecção de sífilis e HIV nos três trimestres da gestação. Joinville – SC: 2016.
32. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Parecer normativo nº 001/2013**. Aprova a competência do profissional Enfermeiro para realizar testes rápidos para diagnósticos de HIV, sífilis e outros agravos. Brasília – DF: 2013.
33. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Decreto nº 94.406/87**. Regulamenta a Lei nº 7.498, de 25 de junho de 1986, que dispõe sobre o exercício da Enfermagem, e dá outras providências. Brasília – DF: 1987.
34. CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM (COFEN). **Nota Técnica COFEN/CTLN Nº 03/2017**. Orienta quanto ao uso de penicilina na Atenção Básica. Brasília – DF: 2017.
35. CONSELHO FEDERAL DE MEDICINA (CFM). **Recomendação CFM nº 2/2013**, ementa: Recomenda-se a administração de ácido fólico em mulheres em idade fértil e que planejam engravidar, além daquelas com fatores de risco, no intuito de prevenir defeitos abertos do tubo neural. Brasília – DF: 2013.

36. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COREN). Autarquia Federal criada pela Lei nº 5.905/73. **Parecer COREN/SC nº 002/CT/2013**. Solicitação de parecer técnico acerca de prescrição/administração de medicamento e exames laboratoriais por Enfermeiro. Florianópolis – SC: 2013.
37. CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SANTA CATARINA (COREN). Autarquia Federal criada pela Lei nº 5.905/73. **Parecer COREN/SC nº 016/CT/2013**. Solicitação de parecer técnico sobre a atribuição do Enfermeiro na realização de testes rápidos de gravidez nos serviços de saúde. Florianópolis – SC: 2013.
38. ESTADO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Diretoria de Vigilância Epidemiológica. **Calendário de Vacinação da Rede Pública de Santa Catarina**. Florianópolis – SC: 2019.
39. ESTADO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Planejamento e Gestão. Diretoria de Atenção Primária à Saúde. **Linha de Cuidado Materno Infantil**. Florianópolis – SC: 2019.
40. ESTADO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Comissão Intergestores Bipartite. **Deliberação 057/CIB/2019**. Aprova a Nota Técnica nº 02/2019/GEABS/SUG/SES de Implantação do Teste Mãe Catarinense. Florianópolis – SC: 2019.
41. ESTADO DE SANTA CATARINA. Secretaria de Estado da Saúde. Superintendência de Planejamento e Gestão. Gerência de Atenção Básica. Atenção Primária à Saúde. **Assistência à Infecção do Trato Urinário na Gestação**. Florianópolis – SC: 2018.
42. ESTADO DE SANTA CATARINA. **Lei nº 17.097, de 17 de janeiro de 2017**. Dispõe sobre a implantação de medidas de informação e proteção à gestante e parturiente contra a violência obstétrica no Estado de Santa Catarina. Florianópolis – SC: 2017.
43. ESTADO DE SÃO PAULO. Secretaria de Estado da Saúde. Coordenadoria de Planejamento em Saúde. Assessoria Técnica em Saúde da Mulher. **Atenção à gestante e à puérpera no SUS – SP: Manual Técnico do Pré-Natal e Puerpério**. Organizado por Karina Calife, Tânia Lago, Carmen Lavras. São Paulo – SP: 2010.
44. NATIONAL INSTITUTE FOR HEALTH AND CARE EXCELLENCE (NICE). **Diabetes in pregnancy: management from preconception to the postnatal period**. United Kingdom of Great Britain: 2015.
45. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento**. Genebra – Suíça: 1996.
46. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). 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.
47. ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE (OPAS). 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, 2019.

48. PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde. Superintendência de Atenção Primária. **Atenção ao Pré-Natal: Rotinas para gestantes de baixo risco**. Coleção Guia de Referência Rápida: 1ª edição. Rio de Janeiro – RJ: 2016.
49. PREFEITURA DE BELO HORIZONTE. Secretaria da Saúde. **Protocolo de Pré-natal e Puerpério**. 2ª Edição – Revisada e Atualizada. Belo Horizonte – MG: 2019.
50. PREFEITURA DE FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde de Florianópolis. **Protocolo de Enfermagem**. Volume 3. Saúde da Mulher na Atenção Primária. Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida. Florianópolis – SC: 2016.
51. PREFEITURA DE JOINVILLE. Secretaria Municipal de Saúde. **Procedimento Operacional Padrão (POP) Rotina nº 18 – Testes Rápidos**. Joinville – SC: 2020.
52. PREFEITURA DE JOINVILLE. Secretaria Municipal de Saúde. **Procedimento Operacional Padrão (POP) nº 03 – Teleconsultoria para Gestação de Alto Risco e Encaminhamento para Ambulatório de Gestação de Alto Risco**. Joinville – SC: 2020.
53. PREFEITURA DE JOINVILLE. Secretaria Municipal de Saúde. **Procedimento Operacional Padrão (POP) nº 31 – Teste de Eletroforese de Hemoglobina: Pesquisa Hemoglobinopatias em Gestantes – Teste Mãe Catarinense**. Joinville – SC: 2020.
54. PREFEITURA DE JOINVILLE. Secretaria Municipal de Saúde. Unidade de Regulação. **Memorando SEI nº 5834462/2020 – SES.URE**. Adequação do Acesso ao Exame de Ultrassonografia para Gestantes na Rede de Atenção à Saúde no Município de Joinville. Joinville – SC: 2020.
55. PREFEITURA DE SÃO PAULO. Secretaria Municipal da Saúde. Coordenação das Redes de Atenção à Saúde e Áreas Temáticas – CORAS/SMS. Coordenação de Atenção Básica – AB/SMS. Programa Municipal de DST/AIDS – PM-DST/AIDS/SMS. Coordenação de Vigilância em Saúde – COVISA/SMS. Autarquia Hospitalar Municipal – AHM/SMS. Coordenação do Sistema Municipal de Regulação, Controle, Avaliação e Auditoria – CSRCAA/SMS. **Nota Técnica Conjunta nº 01/2015/CORAS/AB/COVISA/AHM/PMST/AIDS/CSMRCAA/SMS**. Fluxogramas para teste de sensibilidade e dessensibilização de gestantes com sífilis alérgicas à penicilina no Município de São Paulo. São Paulo – SP: 2015.
56. PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de Assistência ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Porto Alegre – RS: 2015.
57. SANTOS, Quênia, et al. **Avaliação da segurança de diferentes doses de suplementos de ácido fólico em mulheres do Brasil**. Revista de Saúde Pública. v.47, n.5, 952-7p. Faculdade de Saúde Pública da USP. São Paulo – SP: 2013.
58. SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. **Diretrizes**: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2019-2020. Organização José Egídio Paulo de Oliveira, Renan Magalhães Montenegro Junior, Sérgio Vencio. São Paulo: Editora Científica Clannad, 2019.
59. SOCIEDADE BRASILEIRA DE IMUNIZAÇÕES – SBlm. **Calendário de Vacinação SBlm Gestante**. São Paulo – SP: 2020-2021.

60. SUÁREZ-CORTÉS, María. **Uso e influência dos Planos de Parto e Nascimento no processo de parto humanizado**. Revista Latino-Americana de Enfermagem. Murcia – España: 2015.
61. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). MARTINS, A. C. M.; *et al.* **Telecondutas nº 24: Diabetes e Gestação**. Telessaúde RS – UFRGS, Versão Digital, 2019.
62. UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL (UFRGS). **Protocolos de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco)**. Porto Alegre – RS: 2016.
63. WHITFORD, H. M.; HILLAN, E.M. **Women's perceptions of birth plans**. Journal of midwifery and women's health. v.14, n.4, 248-53p. Elsevier Science. New York, 1998.

**APÊNDICE A – Fluxograma para Teleconsultoria em Gestação de Alto Risco para Joinville e Região**



\*Mesmo quando referenciada ao Pré-natal de Alto Risco, a gestante deve continuar o acompanhamento de pré-natal na Atenção Primária, mantendo o vínculo com a Equipe de Saúde que iniciou o seu acompanhamento.

**Referência:** Deliberação **CIB 292/CIB/2017**

**Importante:** este Fluxograma está adaptado conforme modificações sugeridas na Reunião conjunta MDV e SES/Joinville, na data de 16/05/2019 às 19h na MDV

**Fonte:** Deliberação **CIB 292/CIB/2017**, adaptado.

## APÊNDICE B – Critérios para encaminhamento para o Ambulatório de Pré-natal de Alto Risco da Maternidade Darcy Vargas (MDV)

Para avaliação da classificação de risco gestacional utilizar a tabela abaixo, e ao preencher 01 ou mais dos critérios **SIM**, realizar a Teleconsultoria Compulsória para Pré-natal de Alto Risco:

Data da Consulta:												
Código:												
<b>1 – IDADE:</b>				<b>7 – PATOLOGIAS DE RISCO ATUAL: OBSTÉTRICAS + GINECOLÓGICAS:</b>								
1.1 Até 15 anos 11 meses e 29 dias .....	SIM	7.1 Câncer materno com diagnóstico durante a gestação .....	SIM									
1.2 Acima de 40 anos .....	SIM	7.2 Crescimento uterino retardado .....	SIM									
<b>2 – ESCOLARIDADE:</b>				7.3 Diabetes mellitus gestacional .....								
Não sabe ler e escrever .....	NÃO	7.4 Doença hemolítica .....										
<b>3 – ACEITAÇÃO DA GRAVIDEZ:</b>				7.5 Doença hipertensiva da gestação .....								
Não aceita .....	NÃO	7.6 Gemelaridade .....										
<b>4 – HÁBITOS:</b>				7.7 Incompetência Istmo cervical .....								
Tabagista .....	NÃO	7.8 Isoimunização .....										
<b>5 – AVALIAÇÃO NUTRICIONAL:</b>				7.9 Malformações fetais .....								
5.1 Baixo peso (IMC < 18,5kg/m <sup>2</sup> ) .....	NÃO	7.10 Neoplasias ginecológicas na gestação atual .....										
5.2 Ganho de peso inadequado .....	NÃO	7.11 Placenta prévia >28 Semanas .....										
5.3 Anemia leve .....	NÃO	7.12 Placenta prévia com sangramento .....										
5.4 Sobrepeso (IMC 25-29,9kg/m <sup>2</sup> ) .....	NÃO	7.13 Polihidrâmnio / oligodrâmnio .....										
5.5 Obesidade (IMC =ou> 30kg/m <sup>2</sup> ) .....	SIM	7.14 Esterilidade tratada .....										
<b>6 – ANTECEDENTES OBSTÉTRICO E CLÍNICOS:</b>				<b>8 – PATOLOGIAS DE RISCO ATUAL MÉDICAS E CIRÚRGICAS:</b>								
6.1 Abortamentos espontâneos consecutivos (03) .....	SIM	8.1 AIDS/HIV com diagnóstico na gestação .....										
6.2 AIDS/HIV com diagnóstico prévio .....	SIM	8.2 Alterações da tireoide descompensada ou com diagnóstico na gestação										
6.3 Alterações na tireoide .....	SIM	8.3 Cardiopatias .....										
6.4 Eclampsia .....	SIM	8.4 Diabetes mellitus .....										
6.5 Epilepsia e doenças neurológicas .....	SIM	8.5 Doença renal grave .....										
6.6 Incompetência istmo cervical .....	SIM	8.6 Doenças autoimune (colagenose) .....										
6.7 Prematuros < 34 semanas .....	SIM	8.7 Endocrinopatias .....										
6.8 Malformação fetal .....	SIM	8.8 Hemopatias e anemia grave Hb<8 .....										
6.9 Natimorto .....	SIM	8.9 Hipertensão arterial .....										
6.10 Óbito fetal .....	SIM	8.10 Infecção urinária de repetição (pielonefrite /infecções 3x ou +) .....										
6.11 Placenta prévia na gestação anterior .....	SIM	8.11 Infecções graves e Hepatite B e C .....										
6.12 Pré eclâmpsia < 32 semanas .....	SIM	8.12 Pneumopatias graves (DPOC, asma) .....										
6.13 Cirurgia bariátrica .....	SIM	8.14 Toxoplasmose .....										
6.14 Restrição de crescimento intrauterino na gestação anterior .....	SIM	8.15 Trombofilia .....										
6.15 Tuberculose c/ tratamento prévio à gestação .....	SIM	8.16 Tuberculose na gestação .....										
6.16 Último parto cesáreo (-) de 12 meses .....	NÃO	8.17 Uso de medicamentos com potencialidades teratogênicas (Anticonvulsivantes: barbitúricos, carbamazepina, lamotrigina, fenitoína, primidona e fenobarbital; Estabilizadores de humor: carbonato de lítio, ácido valpróico e carbamazepina).....										
6.17 Anomalias do trato gênito urinário e/ou pelve com repercussão no trajeto de parto .....	NÃO	Varizes acentuadas .....										
6.18 Descolamento prematuro de placenta .....	NÃO	Alcoolismo .....										
6.19 Doenças psiquiátricas que necessitam de acompanhamento (psicoses, depressão grave etc ) .....	NÃO	Dependência de drogas .....										
6.20 Psicose puerperal .....	NÃO	Psicose puerperal na gestação atual .....										

Fonte: SES/SC, 2020 \*Adaptado do Instrumento para Classificação de Risco Gestacional Rede Cegonha – SC



**ANEXO B – Notificação de Infecção Relacionada à Assistência à Saúde**

NOTIFICAÇÃO DE INFECÇÃO RELACIONADA À ASSISTÊNCIA À SAÚDE	
UNIDADE DE SAÚDE: _____ (Carimbo com CNES)	
Nome: _____ DN: ____/____/____ Endereço: _____ Telefone: _____ Data do parto: ____/____/____ ( ) Normal ( ) Cesária ( ) Curetagem	Data da Notificação: ____/____/____
Tipo de Infecção: ( ) Infecção Urinária ( ) Mastite ( ) Infecção em Ferida Operatória ( ) Infecção na Episiotomia / Sutura Perineal ( ) Outros _____	
Observações: _____	
Responsável pelo preenchimento: _____ (Assinatura e Carimbo com nº do Conselho de Classe)	
E-mail para envio da Notificação: <a href="mailto:ccih_mdv@saude.sc.gov.br">ccih_mdv@saude.sc.gov.br</a>	



## ANEXO D – Orientações para Pacientes e Acompanhantes MDV (frente)

### SUGESTÕES:

#### Enxoval do recém-nascido – Primeira muda

- 01 Fralda descartável
- 01 Camiseta de malha ou *body*
- 01 Calça de malha
- 01 Cueiro
- 01 Tip-Top
- 01 Casaco de lã (se frio)
- 01 Par de meias ou Sapatinho
- 01 Toalha de banho
- 01 Sabonete neutro

#### Enxoval do recém-nascido – Para ficar no quarto

- 20 Fraldas descartáveis
- 04 Camisetas de malha
- 04 Calças de malha
- 03 Casacos de lã (se frio)
- 01 Manta ou cobertor (se frio)
- 03 Pares de meia ou Sapatinhos
- 01 Toalha de banho
- 01 Pente (se desejar)
- 03 Cueiros

#### Enxoval para paciente

- 02 Camisolas (para dormir)
- 01 Roupão
- 02 Mudanças de roupas para usar durante o dia
- 06 Calcinhas
- 03 Soutiens
- 02 Toalhas de banho
- 01 Pacote de absorvente (para depois do parto)

**Importante:** Trazer produtos de higiene pessoal (escova e creme dental, sabonete, desodorante, pente, etc...).

### OUVIDORIA

Com o objetivo de estabelecer um canal de comunicação entre familiares e a Instituição, lá você poderá dar elogios, sugestões e fazer reclamações. Funciona de 2ª a 6ª feira, das 08 às 17 horas. Você pode ir pessoalmente, ligar ou enviar e-mail.

[ouvidoriamdv@saude.sc.gov.br](mailto:ouvidoriamdv@saude.sc.gov.br)

(47) 3461-5727

### MATERNIDADE DARCY VARGAS

Rua Miguel Couto, 44 – Bairro Anita Garibaldi  
CEP 89202-190 Fone: (0xx47 3461-5700)



POLÍTICA NACIONAL DA  
HUMANIZAÇÃO

ORIENTAÇÃO PARA PACIENTES E  
ACOMPANHANTES



## ANEXO D – Orientações para Pacientes e Acompanhantes MDV (Verso)

### Visitantes e Acompanhantes:

É permitido por lei a presença de um acompanhante à partuniente (Lei nº 11.108);

**Horário de Visitas:** diariamente das 12 às 14 horas, sendo que um visitante de cada vez, ocasionando a troca na recepção da MDV.

**Visita de Crianças:** desde que comprovada a maternidade e/ou paternidade. Crianças acima de 12 anos, são consideradas visitas, para puérperas e gestantes.

**Horário da Troca de Acompanhante:** 08 horas e 18:30 horas, na recepção (**portaria central**).

É importante que o acompanhante esteja em boa saúde, seja maior de 18 anos; e que contribua para o bem estar da paciente. O acompanhante **noturno** deve ser do sexo **feminino**.

### Identificação:

A Maternidade Darcy Vargas possui um sistema de crachá para a identificação dos acompanhantes e visitantes, que será fornecido na entrada na Recepção Central e deve permanecer consigo, pois ele é sua identificação e segurança dentro da MDV. Por segurança, é proibido fazer visitas nos outros quartos.

### Valores e Pertences:

A Maternidade não se responsabiliza por extravios e perdas de objetos e valores de visitantes e acompanhantes. Existe um armário se chave na Sala de Espera, que pode ser usado durante o parto, antes de sua transferência para o quarto.

### Profissionais da MDV:



Além dos serviços médicos e de enfermagem, serviço de higienização, nutrição, laboratório, cartório; contamos com o auxílio de psicólogos, fonoaudiólogos, fisioterapeutas, nutricionistas e assistentes sociais.

Também oferecemos aos bebês:

- » Teste do Olhinho;
- » Teste da Orelhinha;
- » Teste do Coraçãozinho;
- » Cartório.

### Registro do Bebê – Documentos Necessários:

- Certidão de casamento (se pais casados);
- Declaração de Nascidos Vivos (DNV), via amarela (retirar na Recepção da Maternidade);
- É obrigatório apresentar CPF e Identidade dos pais do bebê;
- Menores de 18 anos devem estar acompanhados do responsável legal.

### Horário do Cartório (Maternidade Darcy Vargas):

- Segunda-feira das 09:30 às 11:30 horas e das 14 às 17 horas;
- Terça à sexta-feira das 09 até 12 horas.

### Sugestão para melhor convivência:

- Higienizar as mãos para prevenir infecções;
- Não é permitido fumar (Lei Federal nº 12.546 de 14/12/2011);
- Não é permitido trazer alimentos para as pacientes, pois disponibilizamos do Serviço de Nutrição e Dietética que estará fornecendo uma alimentação adequada para a paciente de acordo com suas necessidades;
- Colabore na organização do quarto, não use os banheiros das pacientes, use o banheiro público;
- Respeite a privacidade e a situação clínica das outras pacientes;
- Não temos um espaço suficiente para acomodar acompanhantes, portanto oferecemos uma cadeira; não é permitido sentar ou deitar na cama da paciente, assim como montar estruturas para descanso no chão. Colabore, pois estamos num ambiente hospitalar e precisamos garantir a segurança das pacientes, dos recém-nascidos e também dos visitantes.



## ANEXO E – Roteiro de Entrevista de Consulta de Pré-natal

Entrevista	Quando avaliar	O que avaliar	
Presença de sintomas e queixas	Todas as consultas	Náuseas e vômitos; Obstipação e flatulência; Sintomas urinários; Salivação excessiva; Pirose; Corrimento (que pode ser ou não fisiológico).	Tonturas; Dor mamária; Dor lombar; Alterações no padrão de sono; Dor edema de membros inferiores; Dor pélvica.
Planejamento reprodutivo	Primeira consulta (1ª consulta)	Gestação desejada e/ou planejada; Métodos contraceptivos utilizados.	Data da última menstruação (DUM).
Renda familiar e social	1ª consulta	Presença de companheiro; Rede social utilizada.	Relacionamento familiar e conjugal para identificar relações conflituosas; História de violência.
Condições de moradia, de trabalho e exposições ambientais	1ª consulta Nas demais verificar se houve mudanças	Tipo de moradia; Tipo de saneamento; Renda; Beneficiário de programa social de transferência de renda com condicionalidades (ex. Programa Bolsa Família).	Estresse e jornada de trabalho; Exposição a agentes nocivos (físicos, químicos e biológicos); Grau de esforço físico.
Atividade física	1ª consulta Nas demais verificar se houve mudanças	Tipo de atividade física; Grau de esforço; Periodicidade.	Deslocamento para o trabalho ou curso; Lazer.
História nutricional	1ª consulta	História de desnutrição, sobrepeso, obesidade, cirurgia bariátrica, transtornos alimentares, carências nutricionais, histórico de criança com baixo peso ao nascer, uso de substâncias tóxicas para o bebê.	Peso e altura antes da gestação; Hábito alimentar.
Tabagismo e exposição à fumaça do cigarro	1ª consulta	Status em relação ao cigarro (não fumante, fumante, ex-fumante); Tempo de abstinência; Tipo de fumo; Exposição ambiental à fumaça de cigarro.	Para as fumantes, avaliar se pensam em parar nesse momento, encaminhar.
Álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas)	1ª consulta Nas demais verificar se houve mudanças	Padrão prévio e/ou atual de consumo de álcool e outras substâncias psicoativas.	

<b>Antecedentes clínicos, ginecológicos, obstétricos e de aleitamentos materno</b>	1ª consulta	Diabete, hipertensão, cardiopatias; Trombose venosa; Alergias, transfusão de sangue, cirurgias, medicamentos de uso eventual ou contínuo (prescritos ou não pela equipe de saúde, fitoterápicos e outros); Cirurgias prévias (mama, abdominal, pélvica); Hemopatias (inclusive doença falciforme e talassemia).	Doenças autoimunes, doenças respiratórias (asma, DPOC), doenças hepáticas, tireoidopatias, doença renal, infecção urinária, IST, tuberculose, hanseníase, malária, rubéola, sífilis, outras doenças infecciosas; Transtornos mentais, epilepsia, neoplasias, desnutrição, excesso de peso, cirurgia bariátrica; Avaliar sinais de depressão;
	1ª consulta	Idade na primeira gestação; Número de gestações anteriores, partos (termo, pré e pós-termo; tipo e intervalo), abortamentos e perdas fetais; Gestações múltiplas; Número de filhos vivos, peso ao nascimento, recém-nascidos com história de icterícia, hipoglicemia ou óbito neonatal e pós-neonatal.	Malformações congênitas; Intercorrências em gestações anteriores como síndromes hemorrágicas ou hipertensivas, isoimunização Rh, diabetes gestacional, incompetência istmocervical, gravidez ectópica; Mola hidatiforme, gravidez anembrionada ou ovo cego; Intercorrências no puerpério; Experiência em partos anteriores.
	1ª consulta	Ciclos menstruais; História de infertilidade; Resultado do último exame de preventivo de câncer de colo de útero.	História de útero bicorno, malformações uterinas, miomas submucosos, miomas intramurais com mais de 4 cm de diâmetro ou múltiplos, cirurgias ginecológicas e mamária, implantes, doença inflamatória pélvica.
	1ª consulta	História de aleitamento materno em outras gestações, tempo, intercorrências ou desmame precoce.	Desejo de amamentar.
<b>Saúde sexual</b>	1ª consulta	Idade de início das atividades sexualmente; Intercorrência como dor ou desconforto.	Desejo e prazer sexual; Práticas sexuais; Medidas de proteção para IST.
<b>Imunização</b>	1ª consulta	Estado vacinal: dT/ddTpa, hepatite B, influenza, tríplice viral, febre amarela.	
<b>Saúde bucal</b>	1ª consulta	Antecedentes ou história atual de sangramento gengival, mobilidade dentária, dor, lesões na boca, infecções, pulpites, cáries, doença periodontal ou outras queixas.	Hábitos de higiene bucal como rotina de escovação e uso de fio dental; Data da última avaliação de saúde bucal.
<b>Antecedentes familiares</b>	1ª consulta	Doenças hereditárias; Gemelaridade; Diabetes; Hanseníase; Doença neurológica; Grau de parentesco com o pai do bebê.	Pré-eclâmpsia; Hipertensão; Tuberculose; Câncer de mama ou de ovário; Deficiência e malformações; Parceiro com IST ou HIV/AIDS.

**Fonte:** BRASIL, 2016 (adaptado).

## ANEXO F – Exame Clínico Obstétrico: Sentido Cefalocaudal

Procedimento	Pontos Importantes
Aferição de Sinais Vitais e Antropometria	Verificação de pressão arterial, peso, altura, caso for necessário de acordo com as queixas, temperatura, SPO <sub>2</sub> , glicemia capilar.
Inspeção Cabeça e Pescoço	Sinal de Halba – Junto aos limites do couro cabeludo, ocorre a formação de lanugem, em consequência da intensificação da nutrição dos folículos pilosos, reflexo do metabolismo próprio da grávida e principalmente das influências hormonais. Mucosas oculares – se coradas ou hipocoradas; Nariz – Avaliar se presença de edema; Cloasmas – É resposta ao aumento da melatonina, cuja secreção é estimulada pelo aumento da progesterona, surgindo manchas escuras, localizadas principalmente na face. O uso de protetor solar ajuda a prevenir; Gengivas – Avaliar sinais de sangramento ou lesões; Dentição – Encaminhar para odontologia; Caso necessário mucosa orofaríngea e canal auditivo; Pescoço – Em função da hipertrofia da tireoide, aumenta sua circunferência, mais evidenciável por volta do quinto mês.
Ausculta Cardíaca	O sistema circulatório da gestante sofre alterações hemodinâmica (placenta, hormônios, retenção hídrica, e compressão uterina) que vão causar impacto no débito cardíaco, pressão arterial e sintomatologia da gestante. O débito cardíaco eleva-se de 30% - 50%, há um aumento da frequência cardíaca de 10% - 20%. Como sintomas gerais algumas gestantes podem referir taquicardia, queda da pressão arterial, sensação de dispneia, diminuição de resistência aos exercícios físicos, alteração na ausculta cardíaca – sopro fisiológico.
Ausculta Pulmonar	Hiperventilação – Há um aumento discreto da frequência respiratória e um aumento corrente de 40%-50% do volume corrente. Diminuição de pCO <sub>2</sub> e excreção de NaHCO <sub>3</sub> – alcalose respiratória compensada.
Avaliação das Mamas	Tipo de mamilo (hipertrofico, protuso, semi-protuso, plano e invertido); Sinal de Hunter (aumento da pigmentação e tamanho da aréola); Rede de Haller (veias visíveis através da pele em forma de rede); Presença de Tubérculos de Montgomery (glândulas sebáceas no mamilo); Excreção de colostro; Avaliar pele (integridade, turgor, lesões, fissuras, estrias etc.).
Avaliação do Abdômen	Avaliar pele – Hidratação, presença de estrias, lesões, dermatites.

<p><b>Mensuração da Altura Uterina</b></p>	<p>Medida da altura uterina indica o crescimento fetal e a medida deve ficar dentro da faixa que delimita os percentis 10 e 90 do gráfico de crescimento uterino de acordo com a idade gestacional.</p> <p>Para a Medida da altura uterina (AU) usa-se uma fita métrica. Após delimitar o fundo uterino e a borda superior da sínfise púbica, fixar a extremidade da fita métrica inelástica na primeira e deslizá-la com a borda cubital da mão pela linha mediana do abdome até a altura do fundo uterino.</p> <p>É importante antes de medir a altura uterina, solicitar que a paciente esvazie a bexiga, pois a bexiga cheia pode alterar a AU em até 3 cm.</p> <p><b>Atenção!</b></p> <p>Traçados iniciais abaixo ou acima da faixa devem ser medidos novamente em 15 dias para descartar erro da idade gestacional e risco para o feto.</p> <p>Nas avaliações subsequentes, traçados persistentemente acima ou abaixo da faixa e com inclinação semelhante indicam provável erro de idade gestacional; discutir caso com médico em interconsulta, verificar a necessidade de solicitação de ultrassonografia ou referência ao alto risco. Se a inclinação for diferente, encaminhar para o alto risco.</p>
<p><b>Palpação</b></p>	<p>Verificação do fundo uterino;</p> <p>Exploração do dorso fetal (direito ou esquerdo);</p> <p>Mobilidade cefálica (manobra de Leopold – polo cefálico fixo ou móvel);</p> <p>Exploração da escava – ocupada (apresentação cefálica, parcialmente ocupada (apresentação pélvica) e escava vazia (nas apresentações córmicas).</p>
<p><b>Ausculta Fetal Ausculta Fetal</b></p>	<p>Contar número de BCF em um minuto, verificar ritmo, frequência e regularidade. Os ruídos fetais compreendem o batimento cardíaco e o sopro funicular (por compressão do cordão e sincrônico com o anterior). A frequência esperada é de 120 a 160 bpm.</p> <p><b>Atenção!</b></p> <p>Alterações persistentes da frequência dos BCF devem ser avaliadas pelo médico.</p> <p>Ocorre aumento transitório da frequência na presença de contração uterina, movimento fetal ou estímulo mecânico. Se ocorrer desaceleração durante e após contração, pode ser sinal de preocupação. Nestas condições, referir para avaliação médica ou maternidade.</p>
<p><b>Avaliação da Dinâmica Uterina</b></p>	<p><b>Caso seja necessário e de acordo com as queixas da gestante</b>, avaliar a frequência e intensidade das contrações de uma gestante, posicionar a paciente em decúbito lateral esquerdo por 10 minutos, colocar a mão no fundo do útero da mesma a fim de avaliar o início de uma contração anotar frequência e duração.</p> <p>Caso em 10 minutos ela tenha mais de 3 contrações com duração maior que 20 segundos cada uma das contrações, encaminhar paciente para avaliação na maternidade.</p> <p>De outra forma, a intensidade ou frequência forem menores, são contrações de treinamento ou Braxton Hicks.</p>

<b>Giordano</b>	<p>O Sinal de Giordano é pesquisado durante o exame físico através da Manobra de Giordano.</p> <p>A manobra é realizada com a paciente sentada e inclinada para a frente. Consiste na súbita percussão, com a borda ulnar da mão, na região lombar do paciente, mais especificamente, na altura da loja renal. Se a manobra evidenciar sinal de dor no paciente, o sinal de Giordano é positivo, o que indica grande probabilidade doença renal.</p> <p>Segundo as evidências, dentre as gestantes com bacteriúrias assintomáticas acompanhadas, 30% desenvolvem cistite e mais de 50% desenvolvem pielonefrite.</p>
<b>Avaliação Pélvica</b>	<p><b>Caso seja necessário e de acordo com as queixas da gestante</b> é necessário avaliar a pelve, por vezes o exame pode ter o uso do espécuro, outras não.</p>
<b>Aparelho Genital Externo</b>	<p>A influência hormonal da gestação modifica a mucosa, que apresenta uma coloração violácea, conhecida como Sinal de Jacquemier.</p> <p>O exame pélvico é realizado com a paciente em decúbito dorsal em posição ginecológica, o que irá expor a genitália externa, o uso do foco de luz auxilia a visualização adequada.</p> <p>Observa-se inicialmente os genitais externos, com especial atenção quanto à presença de tumores, fluxo vaginal, vulvovaginites, prolapso genital, Bartholinite, rotura de períneo, incontinência urinária e perda de líquido via vaginal (bolsa rota), perda de tampão mucoso, sangramento ou qualquer outra alteração que esteja de acordo com a queixa da mulher.</p>
<b>Região Anal</b>	<p>Atenção para hemorroidas e varizes.</p>
<b>Toque Vaginal (Quando necessário)</b>	<p>O toque vaginal não deve ser usado rotineiramente na avaliação de uma gestante, no entanto ele se encontra descrito aqui pela necessidade de se utilizar em situações de queixa da gestante e com o objetivo de identificar dois momentos que se seguem:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Em suspeita de trabalho de parto apreciam-se as condições da vagina, se é permeável e se há presença de septos, as características do colo (dilatação, espessura, esvaecimento e centralização, altura - plano De Lee). Pelo toque confirmam-se a apresentação, a posição e sua variedade. Por último, verificam-se as condições da bacia.</li> </ul>
<b>Membros Superiores / Inferiores E Pés</b>	<p>Atenção para edema, varizes, ferimentos, tendinites, Síndrome do túnel do Carpo.</p>
<b>Edema</b>	<p>A presença de edema ocorre em 80% das gestantes e ele é pouco sensível e específico para o diagnóstico de pré-eclâmpsia.</p> <p>Posicione a paciente em decúbito dorsal, lateral, ou sentada e pressione a pele com o polegar. O edema é avaliado mediante abaulamento demorado do local que foi pressionado. Na face e nos membros superiores, identifique a presença de edema pela inspeção.</p>

**Fonte:** BRASIL, 2016 (adaptado).

## ANEXO G – Avaliação e Interpretação de Edema na Gestação

Características	Classificação	Observações a serem realizadas
Edema presente somente no tornozelo, sem alteração de pressão Arterial ou aumento de peso súbito	+ /+++	Verifique se o edema está relacionado com a atividade laboral ou a posição que a gestante permanece maior parte do seu tempo; Verificar o calçado; Verificar temperatura e estação do ano.
Edema presente em membros inferiores, com alteração de Pressão Arterial e aumento de peso	++ /+++	Oriente repouso em decúbito lateral esquerdo; Verifique a presença de sinais ou sintomas de pré-eclâmpsia grave e interogue a gestante sobre os movimentos fetais; Marque retorno semanal na ausência de sintomas; Realizar interconsulta e agendar consulta com médico da Unidade; Caso haja hipertensão, a gestante deve ser encaminhada ao Ambulatório de Pré-natal de Alto Risco.
Edema generalizado (face, tronco e membros) ou que já se mostra presente quando a gestante acorda acompanhado ou não de hipertensão ou aumento súbito de peso	+++ /+++	Gestante de risco em virtude de suspeita de pré-eclâmpsia ou outras intercorrências; A gestante deve ser avaliada pelo médico da Unidade e encaminhada ao Ambulatório de Pré-natal de Alto Risco.

**Fonte:** BRASIL, 2016 (adaptado).

## ANEXO H – Orientação para as Queixas mais Frequentes na Gestação – Manejo de Situações Comuns na Gestação

Queixas	Avaliar sempre:	O que fazer:
<p><b>Náuseas e vômitos na gestação inicial</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informar que a maioria dos casos tem resolução espontânea com 16 a 20 semanas, e que os sintomas usualmente não são associados a desfechos gestacionais desfavoráveis.</li> <li>• Comuns no primeiro trimestre da gravidez, mais intensas pela manhã, ao acordar ou após um período de jejum prolongado.</li> <li>• Pioram com estímulos sensoriais, em especial do olfato, como o cheiro de cigarro ou do paladar, como pasta de dentes.</li> <li>• Cerca de 10% mantêm os enjoos durante períodos mais avançados da gravidez, podendo durar até o 3º trimestre.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• <b>Presença de sinais de alerta (QUEDA DO ESTADO GERAL, sinais de desidratação, sinais de distúrbios metabólicos);</b></li> <li>• Grávidas muito jovens, emocionalmente imaturas;</li> <li>• Gestações não planejadas.</li> </ul> <p>• <b>Medidas não farmacológicas:</b> evitar jejum prolongado; variar refeições conforme tolerância individual; fracionar alimentação (6 ou mais refeições diárias); comer devagar e mastigar bem os alimentos; evitar frituras, gorduras, alimentos condimentados e com odor forte; evitar líquidos durante as refeições; ingerir alimentos sólidos (ex., biscoito salgado) ao levantar; manter boa ingestão de água e outros líquidos;</p> <p>• Se ocorrer a manutenção do quadro de vômitos avaliar a necessidade do uso de medicamentos: Metoclopramida 10 mg de 8/8hs; Dimenidrato 50mg + cloridrato de piridoxina 10 mg de 6/6hs (não exceder 400mg/dia).</p>
<p><b>*Hiperemese gravídica</b></p>	<p>Caracteriza-se por vômitos contínuos e intensos que impedem a alimentação da gestante ocasionando desidratação, oligúria, perda de peso e transtornos metabólicos, com alcalose (pela perda maior de cloro, perda de potássio e alterações no metabolismo das gorduras e dos carboidratos).</p>	<p>• Nos casos de hiperemese gravídica* que não respondam a terapêutica inicialmente instituída ou quando a Unidade de Saúde não tiver disponibilidade para essas medidas e a internação faz-se necessária. Em tais situações deve-se encaminhar a gestante imediatamente para emergência obstétrica.</p>
<p><b>Queixas urinárias</b></p>	<p>A provável compressão da bexiga pelo útero gravídico, diminuindo a capacidade volumétrica, ocasiona a polaciúria (aumento do ritmo miccional) e a nictúria (aumento do ritmo miccional no período de</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presença de sinais de alerta;</li> <li>• Presença de sintomas sistêmicos (febre, taquicardia, calafrios, náuseas, vômitos, dor lombar com sinal de giordano positivo, dor abdominal);</li> </ul> <p>• ITU complicada encaminhar a gestante para avaliação na emergência obstétrica;</p> <p>• ITU não complicada iniciar uso de antibiótico de forma empírica sendo que a escolha deve estar direcionada para</p>

	sono), que se acentua à medida que a gravidez progride, dispensando tratamento e cuidados especiais.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sintomas de infecção do trato urinário (ITU) (dor para urinar, dor supra púbica urgência miccional, aumento da frequência urinaria, nictúria, estranguria, presença de sangramento visível na urina);</li> <li>• Necessário avaliação médica.</li> </ul>	cobertura de germes comuns e pode ser modificada após a identificação do agente e a determinação de susceptibilidade.
<b>Dor abdominal / cólica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entre as causas mais frequentes das cólicas abdominais que podem surgir na gravidez normal, estão: o corpo lúteo gravídico, o estiramento do ligamento redondo e as contrações uterinas;</li> <li>• Geralmente discretas, desaparecem espontaneamente, não exigindo uso de medicação.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Presença de sinais de alerta (dor em baixo-ventre de intensidade, duração e ritmo aumentados sugerindo contrações uterinas; sangramento vaginal; sintomas sistêmicos; sinais de abdome agudo);</li> <li>• Presença de ITU.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Verificar se a gestante não está apresentando contrações uterinas.</li> </ul>
<b>Edema</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• No geral, surge no 3º trimestre da gestação, limitando-se aos membros inferiores e, ocasionalmente às mãos;</li> <li>• Piora com o ortostatismo (ficar em pé) prolongado e com a deambulação;</li> <li>• Desaparece pela manhã e acentua-se ao longo do dia.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sinais de alerta: edema limitado aos MMII, porém associado à hipertensão ou ao ganho de peso;</li> <li>• Edema generalizado; edema unilateral de MMII com dor; e/ou</li> <li>• A possibilidade do edema patológico, em geral associado à hipertensão e proteinúria, sendo sinal de pré-eclâmpsia;</li> <li>• A maioria das grávidas edemaciadas exibe gestação normal.</li> </ul>	<p>Na maioria das vezes a gestante se beneficia com medidas gerais assumidas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar ortostatismo prolongado;</li> <li>• Evitar permanecer sentada por longos períodos como viagens demoradas;</li> <li>• Fazer repouso periódico em decúbito lateral e/ou com MMII elevados;</li> <li>• Usar meia elástica;</li> <li>• Evitar diuréticos e dieta hipossódica – frequentemente prescritos não devem ser utilizados, sendo proscritos na gravidez.</li> </ul> <p><b>Observação:</b> Não é indicado tratamento.</p>
<b>Pirose / azia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Embora possa acometer a gestante durante toda a gravidez, é mais intensa e frequente no final da gravidez.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sintomas iniciados antes da gravidez;</li> <li>• Uso de medicamentos;</li> <li>• História pessoal e familiar de úlcera gástrica.</li> </ul> <p><b>É recomendado:</b></p>	<p>Caso essas medidas não resolvam, avaliar a necessidade do uso de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hidróxido de alumínio ou magnésio, dois a quatro comprimidos mastigáveis após as refeições e ao deitar-se;</li> <li>• Bloqueadores H<sub>2</sub> e inibidores da bomba de prótons.</li> </ul>

		<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fazer alimentação fracionada (pelo menos três refeições ao dia e dois lanches);</li> <li>• Evitar líquido durante as refeições e deitar-se logo após as refeições;</li> <li>• Ingerir líquido gelado durante a crise;</li> <li>• Elevar a cabeceira da cama ao dormir (dormir com travesseiro alto);</li> <li>• Evitar frituras, café, chá mate e preto, doces, alimentos gordurosos e/ou picantes;</li> <li>• Evitar álcool e fumo – preferencialmente, não devem ser utilizados durante a gestação.</li> </ul>	
<b>Sialorreia</b>	<p>A sialorreia, ptialismo ou salivação excessiva é uma das queixas que mais incomodam na gravidez.</p>	<p>É recomendado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Explicar que é uma queixa comum no início da gestação;</li> <li>• Manter dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos;</li> <li>• Orientar a gestante a deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância (especialmente em época de calor).</li> </ul>	
<b>Fraqueza / tontura</b>	<p>Tem origem na instabilidade hemodinâmica em decorrência de dois fatores principais:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Vasodilatação e hipotonia vascular pela ação da progesterona, na musculatura da parede dos vasos;</li> <li>• Estase sanguínea nos membros inferiores pela compressão da circulação de retorno pelo útero grávido.</li> </ul>	<p>No geral, as medidas profiláticas assumidas, associadas ao esclarecimento da gestante, são eficazes, sendo recomendado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar a inatividade;</li> <li>• Fazer alimentação fracionada (pelo menos três refeições ao dia e dois lanches);</li> <li>• Evitar jejum prolongado;</li> </ul>	

	<p>Tudo isso conduz à diminuição do débito cardíaco, à hipotensão arterial e à hipóxia cerebral transitória, causa provável das tonturas e desmaios.</p> <p>Também estão associadas à hipoglicemia, alteração frequente quando do jejum prolongado da grávida. Os episódios são, na maioria das vezes, de breve duração e intensidade, dispensando terapêutica medicamentosa.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sentar com a cabeça abaixada ou deitar-se de decúbito lateral esquerdo e respirar profunda e pausadamente para aliviar os sintomas;</li> <li>• Evitar permanecer, por longo tempo, em ambientes fechados, quentes e sem ventilação adequada;</li> <li>Ingerir líquidos;</li> <li>• Nos casos recorrentes, o uso de meias elásticas para melhorar o retorno venoso pode estar indicado;</li> <li>• Avaliar a pressão arterial.</li> </ul>	
<p><b>Falta de ar / dificuldade para respirar</b></p>	<p>Embora o fator mecânico (compressão do diafragma pelo útero gravídico) contribua para o agravamento da queixa no final da gestação, é a hiperventilação a maior responsável por esse distúrbio respiratório</p>	<p>Presença de sinais de alerta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tosse;</li> <li>• Edema;</li> <li>• História de asma e outras pneumopatias;</li> <li>• Sinais ou história de TVP;</li> <li>• História de trauma recente;</li> <li>• Febre associada.</li> </ul> <p>» Orientar que são sintomas frequentes na gestação, em decorrência do aumento do útero ou ansiedade da gestante.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• É recomendado realizar ausculta cardíaca e pulmonar e, se houver alterações, encaminhar para avaliação médica;</li> <li>• Solicitar repouso em decúbito lateral esquerdo;</li> <li>• Elevar a cabeceira (ajuda a resolver o fator mecânico).</li> </ul>
<p><b>Dor nas mamas (mastalgia)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comum na gravidez inicial, provavelmente resultado das ações de hormônios esteroides, fortemente aumentados na gestação.</li> <li>• É frequente, na proximidade do parto, a grávida referir a presença de descarga papilar, que, na quase totalidade das vezes, se trata de colostro, fisiológico para a idade gestacional.</li> </ul>		<p>Presença de sinais de alerta:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Descargas papilares purulentas ou sanguinolentas.</li> </ul> <p>» Esclarecer que o aumento de volume mamário na gestação pode ocasionar desconforto doloroso.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• É recomendado realizar exame clínico das mamas para descartar qualquer alteração.</li> </ul> <p>» Orientar uso de sutiã com boa sustentação.</p>

<p><b>Obstipação / constipação intestinal / flatulências</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comum na gestação, agravada pelo esforço na evacuação ou pela consistência das fezes;</li> <li>• Muitas vezes associada a queixas anais como fissuras e hemorroidas.</li> </ul>	<p>É recomendado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ingerir alimentos que formam resíduos, como legumes e verduras – em especial as folhosas, por serem ricas em fibras – e frutas cítricas;</li> <li>• Aumentar a ingestão de água para seis a oito copos/dia (caso não haja nenhuma patologia que a restrinja);</li> <li>• Reavaliar alimentação rica em fibras e evitar alimentos que causem muita fermentação;</li> <li>• Evitar alimentos flatulosos (feijão, grão-de-bico, lentilha, repolho, brócolis, pimentão, pepino e couve);</li> <li>• Fazer caminhadas leves (senão forem contraindicadas);</li> <li>• Prevenir fissuras anais (não usar papel higiênico, usar água e sabão para limpeza após as evacuações).</li> </ul>	<p>Caso essas medidas não resolvam, avaliar a necessidade do uso de medicamentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>» Dimeticona (40-80 mg), de 6/6 horas, para flatulência;</li> <li>» Hioscina (10 mg), de 8/8 horas, para dor abdominal;</li> <li>» Supositório de glicerina.</li> </ul>
<p><b>Hemorroida</b></p>	<p>O mais provável é que, na gestação, as hemorroidas preexistentes e assintomáticas possam ser agravadas. É certo que aquelas previamente sintomáticas se agravam na gestação e, sobretudo, no parto e no pós-parto.</p>	<p>Avaliar sempre sinais de gravidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumento da intensidade da dor;</li> <li>• Endurecimento do botão hemorroidário;</li> <li>• Sangramento retal.</li> </ul>	<p>É recomendado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dieta rica em fibras, estimular a ingestão de líquidos e, se necessário, supositórios de glicerina;</li> <li>• Higiene local com duchas ou banhos após a evacuação;</li> <li>• Banho de assento com água morna;</li> <li>• Usar anestésicos tópicos, se necessário;</li> </ul> <p>Obs.: tratamentos esclerosantes ou cirúrgicos são contraindicados.</p> <p>» Se ocorrerem complicações como trombose, encaminhar para o Hospital de Referência.</p>
<p><b>Dor lombar</b></p>	<p>A adaptação da postura materna sobrecarrega as articulações da coluna vertebral, sobretudo a lombossacral.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Características da dor (mecânica ou inflamatória, tempo de evolução, fatores de</li> </ul>	<p>Orientar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Corrigir a postura ao se sentar e andar;</li> </ul>

		<p>melhora ou piora, relação com o movimento);</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sinais e sintomas associados (alerta para febre, mal-estar geral, sintomas urinários, enrijecimento abdominal e/ou contrações uterinas, déficit neurológico);</li> <li>• História de trauma.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Observar a postura adequada, evitando corrigir a lordose fisiológica;</li> <li>• Recomendar o uso de sapatos confortáveis e evitar saltos altos;</li> <li>• Recomendar a aplicação de calor local e massagens especializadas;</li> <li>• Recomendar acupuntura;</li> <li>• Indicar atividades de alongamento e orientação postural.</li> <li>• Se não melhorarem as dores, considerar o uso de medicamentos: <ul style="list-style-type: none"> <li>» Paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas;</li> <li>» Dipirona (500-1.000 mg), de 6/6 horas.</li> </ul> </li> </ul>
<b>Corrimento vaginal</b>	<p>O aumento do fluxo vaginal é comum na gestação, sendo importante realizar avaliação adequada, pelo fato de as vulvovaginites infecciosas estarem associadas ao parto prematuro, baixo peso ao nascer, rotura prematura de membranas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se há queixas de mudanças do aspecto do corrimento, coloração, presença de sintomas associados como prurido, ardência, odor e outros;</li> <li>» Consultar Protocolo de Vulvovaginites.</li> </ul>	<p>Orientar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O fluxo vaginal normal é comumente aumentado durante a gestação e não causa prurido, desconforto ou odor fétido;</li> <li>• Lembrar que em qualquer momento da gestação podem ocorrer as IST;</li> <li>• Não usar cremes vaginais quando não houver sinais e sintomas de infecção vaginal.</li> </ul>
<b>Cefaleia</b>	<p>É importante afastar as hipóteses de hipertensão arterial e pré-eclâmpsia.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sinais de cefaleia secundária;</li> <li>• Sintomas antes da gravidez;</li> <li>• Diagnóstico prévio de enxaqueca;</li> <li>• Uso de medicamentos.</li> </ul>	<p>Orientar:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Repouso em local com pouca luminosidade e boa ventilação;</li> <li>• Conversar com a gestante sobre suas tensões, conflitos e temores;</li> <li>• Se dor recorrente, agendar consulta médica e orientar sobre os sinais de alerta, como frequência, intensidade etc.</li> <li>• Considerar o uso de analgésicos comuns: <ul style="list-style-type: none"> <li>» Paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas;</li> <li>» Dipirona (500-1.000 mg), de 6/6 horas.</li> </ul> </li> </ul> <p>Repouso em local com pouca luminosidade e boa ventilação;</p>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Conversar com a gestante tentando identificar fatores emocionais, exercícios de relaxamento e respiração, pratica de meditação, yoga ou natação podem ser praticas interessantes;</li> <li>• Facilitar a expressão de sentimentos e expectativas;</li> <li>• Estimular a participação em grupos de gestantes ou de psicoterapia;</li> </ul>
<b>Varizes</b>	<p>Manifestam-se, preferencialmente, nos membros inferiores e na vulva, exibindo sintomatologia crescente com o evoluir da gestação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dor contínua ou ao final do dia;</li> <li>• Presença de sinais flogísticos;</li> <li>• Edema persistente.</li> </ul>	<p>Orientar que o tratamento na gestação consiste nas seguintes medidas profiláticas:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Mudar de posição com maior frequência;</li> <li>• Não permanecer por muito tempo em pé, sentada ou com as pernas cruzadas;</li> <li>• Repousar por 20 minutos com as pernas elevadas, várias vezes ao dia;</li> <li>• Utilizar meia elástica com suave ou média compressão, que pode aliviar o quadro de dor e edema dos membros inferiores;</li> <li>• Não usar roupas muito justas, ligas nas pernas e nem meias 3/4 ou 7/8.</li> <li>• Valorizar a possibilidade de complicações tromboembólicas.</li> </ul>
<b>Câimbras</b>	<p>Espasmos musculares involuntários e dolorosos que acometem, em especial, os músculos da panturrilha e se intensificam com o evoluir da gestação.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Uso de medicamentos;</li> <li>• Presença de varizes;</li> <li>• Fadiga muscular por uso excessivo.</li> </ul>	<p>Os cuidados gerais são mais eficazes que a conduta medicamentosa, sendo recomendado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Evitar o alongamento muscular excessivo ao acordar, em especial dos músculos do pé (ato de se espreguiçar);</li> <li>• Na gestação avançada, devem ser evitados o ortostatismo (ficar em pé) prolongado e a permanência na posição sentada por longo período, como em viagens demoradas;</li> <li>• Nas crises, a grávida com câimbras nos membros inferiores se beneficia muito do calor local, da aplicação de massagens na perna e da realização de movimentos passivos de extensão e flexão do pé;</li> <li>• Evitar excesso de exercício físico e massagear o músculo contraído e dolorido;</li> </ul>

			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar alongamentos específicos, com orientação profissional.</li> </ul>
<b>Estrias</b>	Lesões dermatológicas definitivas que aparecem na segunda metade da gravidez e se localizam, preferencialmente, no abdome inferior, na região glútea, nas coxas e nos seios.		<p>É recomendado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar que são frequentes após o 5º mês de gestação, geralmente no quadril, abdome e mamas, ocasionadas pela distensão dos tecidos, e que não existe método eficaz de prevenção;</li> <li>• Ainda que polêmica, na tentativa de preveni-las, pode ser recomendada a massagem local, com óleos e cremes hidratantes compatíveis com a gravidez, livre de conservantes ou qualquer outro alergênico.</li> </ul> <p>» Qualquer tratamento de estrias está contraindicado na gestação, inclusive o uso de ácido retinóico, também contraindicado na amamentação.</p>
<b>Pigmentação / cloasma gravídico</b>	O aparecimento de manchas castanhas e irregulares na face ocorre em torno de 50% a 70% das gestantes, dando origem ao cloasma gravídico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A maioria das gestantes também apresenta grau de hiperpigmentação cutânea, especialmente na segunda metade da gravidez;</li> <li>• Geralmente estas hiperpigmentações desaparecem lentamente, ou ao menos regredem após o parto;</li> <li>• Entretanto, um número considerável de casos exige tratamento dermatológico.</li> </ul>	<p>É recomendado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar que é comum na gravidez e costuma diminuir ou desaparecer após o parto;</li> <li>• Evitar exposição direta ao sol (usar boné, chapéu ou sombrinha);</li> <li>• Utilizar filtro solar, aplicando no mínimo três vezes ao dia;</li> <li>• O uso de ácido azelaico (despigmentante) é permitido na gestação.</li> </ul>
<b>Alterações na movimentação fetal</b>	Caracterizada pela ausência, diminuição ou parada de movimentação fetal.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• A movimentação fetal se reduz ante a hipoxemia;</li> <li>• Quando são relatadas mudanças abruptas no padrão de movimentação do conceito, elas podem revelar comprometimento fetal.</li> </ul>	<p>» Realizar avaliação clínica, com observação cuidadosa dos batimentos cardíacos fetais.</p> <p>Recomenda-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Orientar, a partir de 26 semanas, a realização de “mobilograma” diário: pós-café, almoço e jantar (normal = seis ou mais movimentos em uma hora em decúbito lateral esquerdo);</li> <li>• Reduzir o intervalo entre as consultas de rotina.</li> </ul>

<p><b>Sangramento na gengiva</b></p>	<p>Caracterizada por vasodilatação, por aumento da vascularização e por edema do tecido conjuntivo, alterações estas provocadas por acentuado incremento na produção de hormônios esteroides. A hipertrofia gengival e a doença periodontal necessitam de Atenção Especializada.</p>	<p>Avaliar sempre outras patologias que possam cursar com tais sintomas, em especial os distúrbios de coagulação, bem como a síndrome HELLP.</p>	<p>Recomenda-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Escovação dentária delicada, com o uso de escova de dentes macia e fio dental;</li> <li>• Orientar a realização de massagem na gengiva;</li> <li>• Realizar bochechos com soluções antissépticas;</li> <li>• Agendar atendimento odontológico sempre que possível.</li> </ul>
<p><b>Epistaxe e congestão nasal</b></p>	<p>Geralmente fisiológicos, resultam da embebição, gravídica da mucosa nasal provocada pelos hormônios esteroides (vasodilatação, aumento da vascularização e edema do tecido conjuntivo).</p>	<p>Avaliar sempre outras patologias que possam cursar com tais sintomas, em especial os distúrbios de coagulação, no caso de epistaxe.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Congestão nasal: instilação nasal de soro fisiológico;</li> <li>• Epistaxe: leve compressão na base do nariz;</li> <li>• Casos mais graves: encaminhar ao Especialista ou ao Serviço de Emergência.</li> </ul>

**Fonte:** BRASIL, 2016.

## ANEXO I – Principais Sinais de Alerta na Gestação

SINAL DE ALERTA	INTERPRETAÇÃO	O QUE FAZER
Sangramento vaginal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Anormal em qualquer época da gravidez</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliação médica imediata.</li></ul>
Cefaleia Escotomas visuais Epigastralgia Edema excessivo	<ul style="list-style-type: none"><li>• Esses sintomas, principalmente no final da gestação, podem sugerir pré-eclâmpsia</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliação médica e avaliação da PA imediata.</li></ul>
Contrações regulares Perda de líquido	<ul style="list-style-type: none"><li>• Sintomas indicativos de início do trabalho de parto</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliação médica imediata e encaminhamento para à Maternidade de Referência.</li></ul>
Diminuição da movimentação fetal	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pode indicar sofrimento fetal</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliação médica no mesmo dia, avaliação do BCF e orientação acerca do mobilograma;</li><li>• Considerar possibilidade de encaminhamento à Maternidade de Referência Obstétrica.</li></ul>
Febre	<ul style="list-style-type: none"><li>• Pode indicar infecção</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Avaliação médica no mesmo dia e encaminhamento.</li></ul>

Fonte: BRASIL, 2016.

## ANEXO J – Atenção as Intercorrências do Pré-natal

Intercorrência	Como identificar/avaliar	O que fazer	Quem faz
<b>Abortamento</b>	<p>Sinais de alerta para abortamento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Atraso menstrual;</li> <li>• Presença de cólicas no hipogástrio;</li> <li>• Realização de exame especular e toque vaginal;</li> <li>• Visualização do colo uterino, para a constatação da origem intrauterina do sangramento e detecção de fragmentos placentários no canal cervical e na vagina;</li> <li>• Ao toque vaginal, avaliar permeabilidade do colo uterino e presença de dor;</li> <li>• Ameaça de aborto x abortamento em curso: a diferenciação é pelo colo do útero (se está pérvio ou não);</li> <li>• Idade gestacional acima de 12 semanas: risco de perfuração uterina por partes ósseas fetais, necessita de exame ultrassonográfico;</li> <li>• Realização de exame ultrassonográfico, se possível.</li> </ul> <p>» <b>Para o diagnóstico de certeza entre uma ameaça de aborto e abortamento inevitável:</b> presença de saco embrionário íntegro e/ou concepto vivo;</p> <p>» <b>Para o diagnóstico de aborto incompleto:</b> presença de restos ovulares;</p> <p>» <b>Para o diagnóstico de aborto retido:</b> presença de concepto morto ou ausência de embrião, com colo uterino impérvio;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• No aborto infectado: secreção fétida endovaginal, dor pélvica intensa à palpação, calor local e febre, além de comprometimento variável do estado geral.</li> </ul>	<p>» Na ameaça de aborto:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Administrar, por tempo limitado, antiespasmódicos (hioscina 10 mg, 1 (um) comprimido, via oral, de 8/8 horas);</li> <li>• Recomendar abstinência sexual;</li> <li>• Observar evolução do quadro, pois uma ameaça de abortamento pode evoluir para gestação normal ou para abortamento inevitável; Caso não seja possível realizar USG, encaminhar à Maternidade de Referência Obstétrica.</li> </ul> <p>» No abortamento inevitável e aborto retido:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Encaminhar à Maternidade de Referência Obstétrica.</li> </ul> <p>» No abortamento infectado:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Iniciar fluidoterapia, para a estabilização hemodinâmica;</li> <li>• Encaminhar à Maternidade de Referência Obstétrica.</li> </ul>	Médico
<b>Gravidez ectópica</b>	<p><b>Características:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• História de atraso menstrual com teste positivo para gravidez;</li> <li>• Perda sanguínea uterina e dor pélvica intermitente, na fase inicial, evoluindo para dor contínua e intensa, dor pélvica intermitente;</li> <li>• USG após 5ª semana de gestação não demonstrando gravidez tópica.</li> </ul> <p><b>Sinais de alerta:</b></p>	Encaminhar a gestante à Maternidade de Referência Obstétrica.	Médico

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Sinais de irritação peritoneal e repercussões hemodinâmicas que podem ser discretas, apenas com lipotímia, até quadros graves com choque hipovolêmico, na dependência do volume de sangramento intracavitário.</li> </ul>		
<b>Outras causas de sangramento</b>	<p><b>Doença trofoblástica gestacional</b></p> <p><b>Características:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Presença de sangramento vaginal intermitente, de intensidade variável, indolor e, por vezes, acompanhado da eliminação de vesículas (sinal patognomônico);</li> <li>• A altura uterina ou o volume uterino, em geral, é incompatível com o esperado para a idade gestacional, sendo maior previamente a um episódio de sangramento e menor após (útero em sanfona);</li> <li>• Não há presença de batimentos cardíacos ou outras evidências de embrião (nas formas completas);</li> <li>• A presença de hiperêmese é mais frequente, podendo levar a mulher a estados de desidratação e distúrbios hidroeletrólíticos;</li> <li>• A doença trofoblástica pode vir com sangramento volumoso e até choque;</li> <li>• A doença trofoblástica pode vir com hipertensão gestacional precoce.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encaminhar a gestante à Maternidade de Referência Obstétrica.</li> </ul>	Médico
	<p><b>Descolamento corioamniótico</b></p> <p><b>Características:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sangramento de pequena intensidade no primeiro trimestre;</li> <li>• A evolução em geral é boa e não representa quadro de risco materno e/ou ovular;</li> <li>• Realização de exame ultrassonográfico;</li> <li>• Visualização do descolamento corioamniótico.</li> </ul>	<p><b>Recomendações:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Abstinência sexual;</li> <li>• Caso haja disponibilidade de USG, a condução pode ser realizada na UBS;</li> <li>• Caso não seja possível realizar USG, encaminhar à Maternidade de Referência Obstétrica.</li> </ul>	Médico
<b>Descolamento prematuro da placenta (DPP)</b>	<p><b>Características:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Aparecimento de dor abdominal súbita, com intensidade variável;</li> <li>• Sangramento vaginal que pode variar de sangramento discreto a volumoso, muitas vezes incompatível com o quadro de hipotensão (ou choque) materno;</li> <li>• Pode ocorrer “sangramento oculto” quando não há exteriorização do sangramento;</li> <li>• Pode evoluir para quadro grave caracterizado por atonia uterina (útero de Couvelaire);</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Na suspeita diagnóstica, encaminhar a gestante, como emergência, à Maternidade de Referência Obstétrica.</li> </ul>	Enfermeiro (a) / médico (a)

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Causa importante de sangramento no 3º trimestre.</li> </ul> <p><b>Realização do exame obstétrico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Na fase inicial, ocorre taqui-hipersistolia (contrações muito frequentes &gt; cinco em dez minutos e intensas), seguida de hipertonia uterina e alteração dos batimentos cardíacos fetais;</li> <li>• Útero, em geral, encontra-se hipertônico, doloroso, sensível às manobras palpatórias;</li> <li>• Os batimentos cardíacos fetais podem estar alterados ou ausentes;</li> <li>• Comprometimento variável das condições gerais maternas, desde palidez de pele e mucosas até choque e distúrbios da coagulação sanguínea.</li> </ul>		
<p><b>Placenta previa</b></p>	<p><b>Características:</b> Sangramento vaginal, súbito, de cor vermelho-vivo, de quantidade variável, indolor. É episódica, recorrente e progressiva.</p> <p><b>Realização do exame obstétrico:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Revela volume e tono uterinos normais e frequentemente apresentação fetal anômala;</li> <li>• Habitualmente, os batimentos cardíacos fetais estão mantidos;</li> <li>• O exame especular revela presença de sangramento proveniente da cavidade uterina e, na suspeita clínica, deve-se evitar a realização de toque vaginal.</li> </ul> <p><b>Realização de exame ultrassonográfico, se possível:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Visualização de placenta em localização baixa, confirmando o diagnóstico;</li> <li>• Frequentemente, as placentas no início da gestação encontram-se localizadas na porção inferior do útero;</li> <li>• Entretanto, somente 10% das placentas baixas no segundo trimestre permanecem prévias no termo.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Referenciar a gestante ao Ambulatório de Pré-natal de Alto Risco</li> </ul>	<p>Enfermeiro (a) / médico (a)</p>
<p><b>Trabalho de parto prematuro</b></p>	<p><b>Características:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O TPP frequentemente está relacionado a infecções urinárias e vaginais, principalmente à vaginose bacteriana;</li> <li>• Para a vaginose bacteriana, pode ser feita a abordagem sindrômica ou a realização do exame de bacterioscopia da secreção vaginal onde estiver disponível;</li> </ul>	<p>Solicitar avaliação especializada, quando possível.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• O trabalho de parto prematuro constitui situação de risco gestacional, portanto a gestante deve ser encaminhada à Maternidade de Referência Obstétrica.</li> </ul>	<p>Enfermeiro (a) / médico (a)</p>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Na suspeita de infecção urinária, tratar e solicitar urina tipo I e urocultura;</li> <li>• Na presença de contrações uterinas rítmicas e regulares, porém sem modificação cervical, caracteriza-se o falso trabalho de parto prematuro;</li> <li>• Tais casos costumam evoluir bem apenas com o repouso, principalmente se identificada e tratada a causa de base.</li> </ul>		
<b>Hipertensão arterial</b>	<p><b>Hipertensão arterial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Define-se como hipertensão arterial quando a pressão arterial sistólica atinge valor <math>\geq 140</math> mmHg e/ou a pressão arterial diastólica atinge valor <math>\geq 90</math> mmHg, em duas medidas com intervalo de pelo menos quatro horas;</li> <li>• As consultas pré-natais devem ser mensais até a 30ª semana, quinzenais até a 34ª semana e semanais após essa idade gestacional até o parto.</li> </ul>	<p><b>Na hipertensão arterial:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• A metildopa é a droga preferida por ser a mais bem estudada e por não haver evidência de efeitos deletérios para o feto (750-2.000 mg/dia);</li> <li>• Outros antagonistas de canais de cálcio (ACC), como nifedipino (10-80 mg/dia), podem ser considerados como alternativas;</li> <li>• Os betabloqueadores são considerados seguros na gravidez, embora se atribua a eles redução no crescimento fetal;</li> <li>• Por seus efeitos danosos ao feto, os inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA), como captopril, e antagonistas da angiotensina II, como losartana, devem ser substituídos.</li> </ul>	Médico
<b>Pré-eclâmpsia</b>	<p><b>Pré-eclâmpsia:</b></p> <p>Caracterizada pelo aparecimento de HAS e proteinúria após a 20ª semana de gestação em mulheres previamente normotensas.</p>	<p><b>Na pré-eclâmpsia:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Referenciar à urgência obstétrica e, caso a gestante não fique internada, encaminhar ao pré-natal de alto risco.</li> </ul>	
<b>Eclâmpsia</b>	<p><b>Eclâmpsia:</b></p> <p>Corresponde à pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas.</p>	<p><b>Na eclâmpsia:</b></p> <p>Referenciar à urgência obstétrica.</p>	
<b>IST</b>	<p><b>Características:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• As infecções sexualmente transmissíveis (IST), podem ocorrer em qualquer momento do período gestacional;</li> <li>• Abortos espontâneos, natimortos, baixo peso ao nascer, infecções congênicas e perinatais estão associadas às IST não tratadas em gestantes.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tratar conforme diagnóstico, respeitando as particularidades da gestação.</li> </ul>	
<b>Gestação prolongada ou pós-datismo</b>	<p><b>Características:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Gestação prolongada é aquela cuja idade gestacional encontra-se entre 40 e 42 semanas;</li> <li>• Gestação pós-termo é aquela que ultrapassa 42 semanas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Encaminhar a gestante com IG com 40 semanas +3 dias para emergência obstétrica;</li> <li>• Orientar sobre mobilograma;</li> <li>• Monitorar a gestante até a internação para o parto.</li> </ul>	Enfermeiro (a) / médico (a)

Fonte: BRASIL, 2016.

# Alimentação Saudável para Gestantes: Siga os Dez Passos

1

**Faça pelo menos três refeições (café da manhã, almoço e jantar) e dois lanches saudáveis por dia, evitando ficar mais de três horas sem comer. Entre as refeições beba água, pelo menos 2 litros (6 a 8 copos) por dia.**

Evite pular as refeições. Uma alimentação saudável é essencial para uma adequada gestação, tanto para a gestante e para o feto. Evite "beliscar" entre as refeições. Isso vai ajudar você a controlar o peso durante a gravidez.

Fazendo todas as refeições, você evita que o estômago fique vazio por muito tempo, diminuindo o risco de sentir náuseas, vômitos, fraquezas ou desmaios. Além disso, contribui para que você não sinta muita fome e exagere na próxima refeição. Os excessos podem causar desconforto abdominal, principalmente nos últimos meses de gestação quando o útero está maior e comprime o estômago.

Aprecie a sua refeição. Coma devagar, mastigando bem e evite o estresse na hora da alimentação. Evite consumir líquidos durante as refeições. Isso reduz o sintoma de azia ou "queimação". Após as refeições, prefira frutas com alto teor de líquidos, como por exemplo: laranja, tangerina, abacaxi, melancia, entre outros.

Saboreie alimentos variados e típicos da sua região. Além de serem mais baratos, os alimentos da época normalmente têm mais nutrientes e menos agrotóxicos.

Também procure evitar deitar logo após as refeições. Dessa forma, pode-se evitar mal estar e sensação de azia ou queimação.

Entre as refeições, beba água. Ela é importante para o organismo, pois melhora o funcionamento do intestino e hidrata o corpo.

Bebidas açucaradas, como refrigerantes e sucos industrializados, e bebidas com cafeína (café, chá preto e chá mate) não substituem a água. Além disso, essas bebidas dificultam o aproveitamento de alguns nutrientes e precisam ser evitadas durante a gestação para favorecer o controle de peso.

Para evitar doenças, lembre-se da importância da higiene na hora da compra, do preparo, da conservação e do consumo de alimentos. Use água tratada, filtrada ou fervida para beber e preparar refeições e sucos.

2

**Inclua diariamente nas refeições seis porções do grupo de cereais (arroz, milho, pães e alimentos feitos com farinha de trigo e milho), tubérculos como as batatas e raízes como a mandioca/ macaxeira/aipim. Dê preferência aos alimentos na sua forma mais natural, pois além de serem fontes de carboidratos, são boas fontes de fibras, vitaminas e minerais.**

Esses alimentos são a fonte de energia mais importante da nossa alimentação e devem estar em maior quantidade nas refeições. Os cereais em sua forma mais natural (integral) oferecem maior quantidade de fibras que regularizam o funcionamento do intestinal. São exemplos de alimentos integrais: farinha integral, pão integral, aveia e linhaça.

Distribua as seis porções desses alimentos em todas as refeições e lanches diários. Nas refeições principais, preencha metade do seu prato com esses alimentos. No final desse material você encontra os exemplos de porções para esse grupo de alimentos e de outros que serão apresentados. É importante destacar que nem sempre uma porção de cereal equivale a um pão, ou uma batata, as quantidades das porções variam de acordo com o alimento.

Se você for adolescente, a quantidade de porções a ser consumida poderá ser diferente. Gestantes adolescentes precisam de mais energia e nutrientes para garantir o próprio crescimento físico e desenvolvimento, além de preparar seu organismo para a amamentação. Dessa forma, as adolescentes devem procurar orientação de um profissional de saúde para receber as informações às suas necessidades.

3

**Procure consumir diariamente pelo menos três porções de legumes e verduras como parte das refeições e três porções ou mais de frutas nas sobremesas e lanches.**

Frutas, legumes e verduras são boas fontes de vitaminas, minerais e fibras. Esses alimentos devem estar presentes em todas as refeições e lanches do dia, porque são essenciais para a formação saudável do feto, além de proteger a saúde materna. No final desse material, você encontra exemplos de porções para esse grupo de alimentos.

Monte um prato colorido. Varie o tipo de frutas, legumes e verduras consumidos durante a semana. Consuma hortaliças verde-escuras (ex.: couve, brócolis, agrião, taioba, rúcula), e outros coloridos, como: mamão, abóbora, cenoura, laranja, acerola, tomate, caju, pitanga, pêssego, manga, jaboticaba e ameixa. Esteja atenta para a qualidade e o estado de conservação desses alimentos.

Dê preferência a frutas, legumes e verduras crus, assim você obtém mais fibras na sua alimentação. É importante que as frutas, legumes e verduras sejam lavados em água corrente e colocados de molho por dez minutos, em água clorada, utilizando produto adequado para esse fim (ler rótulo da embalagem), na diluição de uma colher de sopa do produto para cada litro de água. Depois, enxaguar em água corrente.

Sucos naturais de fruta feitos na hora são melhores fontes de nutrientes. A polpa congelada perde alguns nutrientes, mas ainda é uma opção melhor que sucos artificiais, em pó ou em caixinha e aqueles industrializados ricos em açúcar, como os néctares de fruta.

4

**Coma feijão com arroz todos os dias ou, pelo menos, cinco vezes por semana. Esse prato brasileiro é uma combinação completa de proteínas e excelente para a saúde.**

Consuma uma parte de feijão para duas partes de arroz cozido.

Varie os tipos de feijão usados (preto, da colônia, cariquinho, verde, de corda, mulatinho, fradinho, andú, branco e outros) e as formas de preparo, desde que não sejam preparados com carnes gordas e salgadas ou embutidos, pois isso eleva muito a quantidade de gorduras e sal. No final desse material, você encontra exemplos de porções para esse grupo de alimentos.

Use também outros tipos de leguminosas, como por exemplo, soja, o grão-de-bico, a ervilha seca, a lentilha que podem também ser usados em saladas frias.

As sementes (de girassol, gergelim, abóbora e outras) e as castanhas (do Brasil, de caju, nozes, amendoim, amêndoas e outras) são fontes de proteínas e de gorduras de boa qualidade. É melhor comer sementes sem sal e, se for preciso, assadas.

5

**Consuma diariamente três porções de leite e derivados e uma porção de carnes, aves, peixes ou ovos. Retire a gordura aparente das carnes e a pele das aves antes da preparação, tornando esses alimentos mais saudáveis!**

Leite e derivados são as principais fontes de cálcio na alimentação. Esse nutriente é necessário para o crescimento e desenvolvimento dos ossos e dentes. Carnes, aves, peixes e ovos fazem parte de uma alimentação nutritiva e são ricos em proteínas de boa qualidade. No final desse material, você encontra exemplos de porções para esse grupo de alimentos.

Procure consumir as fontes de cálcio em horários diferentes das refeições com alimentos ricos em ferro (carnes e vísceras), com pelo menos duas horas de intervalo, pois consumir estes alimentos juntos pode atrapalhar o adequado aproveitamento deles pelo organismo.

Evite acrescentar café ou achocolatado ao leite, pois esses alimentos também reduzem o aproveitamento do cálcio do leite.

Dê preferência a leite e derivados nas formas integrais, se não houver

orientação contrária do seu nutricionista ou outro profissional de saúde. Consuma mais peixe, frango e sempre prefira as carnes magras, retirando a pele e a gordura visível. Procure comer peixe fresco pelo menos duas vezes por semana, tanto os de água doce como salgada são saudáveis. Evite carnes cruas ou mal passadas porque podem transmitir doenças, como verminose e outras. Caso sua alimentação não inclua alimentos de origem animal, (sem carnes, ovos, leite e derivados), busque um nutricionista ou outro profissional de saúde para receber as orientações necessárias para uma gestação saudável.

## 6 Diminua o consumo de gorduras. Consuma, no máximo, uma porção diária de óleos vegetais, azeite, manteiga ou margarina. Fique atenta aos rótulos dos alimentos e prefira aqueles livres de gorduras trans.

Reduza o consumo de alimentos gordurosos como: carnes com gordura visível, embutidos (salsicha, lingüiça, salame, presunto, mortadela), queijos amarelos, salgadinhos, chocolates e sorvetes para, no máximo, uma vez por semana. O consumo excessivo desses alimentos está associado ao surgimento de obesidade, pressão alta e outras doenças do coração. No final desse material, você encontra exemplos de porções para esse grupo de alimentos.

É importante saber também que alimentos com pequena quantidade de gordura contribuem para reduzir o desconforto das náuseas e vômitos. Para cozinhar, use óleos vegetais (soja, canola, girassol, milho, ou algodão) ao invés de margarina, gordura vegetal, manteiga ou banha. E atenção à quantidade: uma lata de óleo por mês é suficiente para uma família de quatro pessoas. Além disso, no lugar das frituras, prefira preparações assadas, cozidas, ensopadas e grelhadas.

Dê preferência ao azeite de oliva para temperar saladas, sem exagerar na quantidade. Evite usá-lo para cozinhar, pois este perde sua qualidade nutricional quando aquecido.

Caso você tenha o hábito de usar alimentos como: margarina, biscoitos, bolos e produtos congelados, escolha marcas com menores quantidades de gordura trans (tipo de gordura obtido principalmente do processo de industrialização de alimentos) e gordura saturada. Busque no rótulo essa informação.

## 7 Evite refrigerantes e sucos industrializados, biscoitos recheados e outras guloseimas no seu dia a dia.

O consumo frequente e em grande quantidade de sobremesas aumenta o risco de complicações na gestação como excesso de peso, obesidade, diabetes gestacional e pressão alta, que prejudicam o adequado crescimento do feto. Além disso, o excesso de açúcar está relacionado ao surgimento das cáries dentárias. Por isso, prefira consumir frutas como sobremesa.

Se desejar consumir açúcares e doces, consuma no máximo uma porção por dia. Valorize o sabor natural dos alimentos e das bebidas evitando ou reduzindo o açúcar adicionado a eles. No final desse material, você encontra exemplos de porções para esse grupo de alimentos.

Refrigerantes e sucos industrializados contêm corantes artificiais, aromatizantes e açúcar. Aconselha-se que estes alimentos sejam evitados na gravidez.

O uso de adoçantes durante a gestação deve ser reservado para as mulheres que precisam controlar o ganho de peso e para as diabéticas. Busque um profissional de saúde para receber informações necessárias sobre o uso de adoçantes.

## 8 Diminua a quantidade de sal na comida e retire o sal de mesa. Evite consumir alimentos industrializados com muito sal (sódio) como hambúrguer, charque, salsicha, lingüiça, presunto, salgadinhos, conservas de vegetais, sopas prontas, molhos e temperos prontos.

A quantidade de sal por dia deve ser no máximo, uma colher de chá rasa (5g), por pessoa, distribuída em todas as refeições.

O consumo excessivo de sódio (presente no sal de cozinha) aumenta o risco de pressão alta, doenças do coração e rins, além de causar ou agravar o inchaço comum na gravidez. A maioria das mortes maternas no Brasil ocorre por complicações da pressão alta durante a gravidez.

Utilize temperos naturais como cheiro verde, alho, cebola, ervas frescas ou secas e suco de frutas, como limão, para temperar e valorizar o sabor natural dos alimentos e, com isso, reduzir a quantidade de sal.

Ao comprar produtos industrializados, leia o rótulo e escolha aqueles com menor quantidade de sódio. O sal também pode apresentar-se na lista de ingredientes com o nome de cloreto de sódio.

O iodo é um importante mineral para o corpo humano e, por isso, recomenda-se utilizar somente sal iodado. Evite o uso de sal destinado ao consumo animal, porque esse sal não tem iodo. A falta desse mineral durante a gestação está associada a uma série de riscos como aborto, baixo peso da criança ao nascer, retardamento mental e físico ou apresentar dificuldades de aprendizado.

Em casa, guarde o sal sempre em local fresco e ventilado, longe do calor do sol, do forno ou fogão.

## 9 Para evitar a anemia, consuma diariamente alimentos fontes de ferro como: carnes, vísceras, feijão, lentilha, grão-de-bico, soja, folhas verde-escuras, grãos integrais, castanhas e outros. Consuma junto desses alimentos aqueles fontes de vitamina C como: acerola, laranja, caju, limão e outros. Procure orientação de um profissional de saúde para complementar a sua ingestão de ferro.

A anemia é uma doença causada, principalmente, pela falta de ferro no organismo. Na gestação, está associada ao maior risco de morte tanto para a mãe quanto para a criança, além de parto prematuro, baixo peso ao nascer e o surgimento de infecções.

Para evitar a anemia, consuma diariamente alimentos de origem animal ricos em ferro como: carnes em geral, vísceras (fígado, coração, moela) dentre outros. Consuma também os alimentos de origem vegetal: feijão, lentilha, grão-de-bico, soja, folhas verde-escuras (ex: brócolis, couve, espinafre, rúcula e taioba), grãos integrais, nozes e castanhas, goiaba, carambola, mangaba, açaí e outros.

O ferro nos alimentos de origem animal é melhor absorvido pelo organismo do que o ferro dos alimentos vegetais. Para aproveitar melhor o ferro dos alimentos de origem vegetal, consuma, logo após as refeições, meio copo de suco de fruta natural ou a própria fruta que seja fonte de vitamina C, como acerola, laranja, caju, limão e outras.

Toda mulher, a partir da 20ª semana de gestação e até o 3º mês pós-parto, precisa procurar o serviço de saúde do seu município para receber a suplementação de ferro. A gestante também deve receber ácido fólico, uma vitamina que previne anemia e a má formação do sistema nervoso do feto. Além disso, as farinhas de trigo e milho comercializadas no Brasil são enriquecidas com ferro e ácido fólico para ajudar na prevenção e controle da anemia.

## 10 Mantenha o seu ganho de peso gestacional dentro de limites saudáveis. Pratique, seguindo orientação de um profissional de saúde, alguma atividade física e evite as bebidas alcoólicas e o fumo.

Acompanhe a evolução do seu peso, durante o pré-natal, com nutricionista ou outros profissionais de saúde, por meio do cartão da gestante. De forma geral, recomenda-se que as gestantes que iniciaram a gravidez com baixo peso ganhem entre 12,5 e 18 kg, as que iniciaram a gravidez com peso normal entre 11,5 e 16 kg, as que iniciaram a gravidez com sobrepeso entre 7 e 11,5 kg e as que iniciaram a gravidez com obesidade entre 5 e 9 kg, durante todo o período gestacional. Essa adequação do ganho de peso saudável durante a gravidez deve ser feita por um profissional de saúde durante as consultas do pré-natal.

O excesso de peso materno é fator de risco para diabetes gestacional, aumento da pressão arterial e outros problemas circulatórios. Além disso, está relacionado ao nascimento prematuro, defeitos no sistema nervoso da criança e ao aumento de partos cesáreos.

A alimentação saudável, a atividade física e a prática corporal regular são aliadas fundamentais no controle do peso, redução do risco de doenças e melhoria da qualidade de vida. As práticas corporais agregam diversas formas do ser humano se manifestar por meio do corpo e contemplam além das modalidades esportivas e caminhadas, o tai-chi, o lian gong, o yoga, entre outras. Torne o seu dia-a-dia mais ativo sempre com a orientação do profissional da saúde.

Evite o fumo e o consumo de álcool, pois prejudicam a sua saúde, o crescimento do feto e aumentam o risco de nascimento prematuro.

## PORÇÕES DE ALIMENTOS EM MEDIDAS CASEIRAS

Cada um dos grupos de alimentos trabalhados no "Os 10 passos para uma alimentação saudável das gestantes" tem um determinado número de porções a serem consumidas por dia. As tabelas a seguir apresentam, para cada grupo, o valor calórico médio de uma porção, exemplos de alimentos e o tamanho de cada porção em medidas caseiras.

Lembre-se: a quantidade pode variar de acordo com a necessidade de cada gestante!

Arroz, Pães, Massas, Batata e Mandioca – consuma seis porções ao dia (uma porção = 150 kcal)

Arroz, Pães, Massas, Batata e Mandioca – consuma seis porções ao dia (uma porção = 150 kcal)

Alimentos	1 porção equivale a:
arroz branco cozido	4 colheres de sopa
batata cozida	1 e meia unidade
biscoito tipo "cream cracker"	5 unidades
bolo de milho	1 fatia
cereal matinal	1 xícara de chá
farinha de mandioca	2 colheres de sopa
macarrão cozido	3 e meia colheres de sopa
milho verde em espiga	1 espiga grande
pão de forma tradicional	2 fatias
pão francês	1 unidade
purê de batata	3 colheres de sopa

Verduras e Legumes - consuma três porções ao dia (uma porção = 15 kcal)

Alimentos	1 porção equivale a:
abóbora cozida	1 e meia colher de sopa
alface	15 folhas
beterraba crua ralada	2 colheres de sopa
brócolis cozido	4 e meia colheres de sopa
cenoura crua (picada)	1 colher de servir
pepino picado	4 colheres de sopa
repolho branco cru (picado)	6 colheres de sopa
rúcula	15 folhas
tomate comum	4 fatias

Frutas - consuma três porções ao dia (uma porção = 70 kcal)

Alimentos	1 porção equivale a:
abacaxi	1 fatia
ameixa-preta seca	3 unidades
banana-prata	1 unidade
caqui	1 unidade
goiaba	1/2 unidade
laranja-pêra	1 unidade
maçã	1 unidade
mamão-papaia	meia unidade
melancia	2 fatias
salada de frutas (banana, maçã, laranja, mamão)	meia xícara de chá
suco de laranja (puro)	meia copo requeijão

tangerina/mexerica	1 unidade
uva comum	22 uvas

Feijões - consuma uma porção ao dia (uma porção = 55 kcal)

Alimentos	1 porção equivale a:
ervilha seca cozida	2 e meia colheres de sopa
feijão cozido (50% de caldo)	1 concha
lentilha cozida	2 colheres de sopa
soja cozida	1 colher de servir

Carnes, Peixes e Ovos - consuma uma porção ao dia (uma porção = 190 kcal)

Alimentos	1 porção equivale a:
bife grelhado	1 unidade
carne assada	1 fatia pequena
filé de frango grelhado	1 unidade
omelete simples	1 unidade
peixe espada cozido	1 porção

Leites, Queijos, Iogurtes - consuma três porções ao dia (uma porção = 120 kcal)

Alimentos	1 porção equivale a:
iogurte desnatado de frutas	1 pote
iogurte integral natural	1 copo de requeijão
leite tipo C	1 copo de requeijão
queijo tipo minas frescal	1 fatia grande
queijo tipo mussarela	3 fatias

Óleos e Gorduras - consuma uma porção ao dia (uma porção = 73 kcal)

Alimentos	1 porção equivale a:
azeite de oliva	1 colher de sopa
manteiga	meia colher de sopa
margarina vegetal	meia colher de sopa
óleo vegetal	1 colher de sopa

Açúcares e Doces - consuma no máximo uma porção ao dia (uma porção = 110 kcal)

Alimentos	1 porção equivale a:
açúcar cristal	1 colher de sopa
geléia de frutas	1 colher de sopa

Elaboração: Coordenação-Geral da Política de Alimentação e Nutrição/ Ministério da Saúde e Universidade de Brasília.

Colaboração dos Centros Colaboradores de Alimentação e Nutrição: Universidade Federal da Bahia, Universidade Federal de Goiás, Universidade Federal de Minas Gerais e Universidade de Brasília.

Coordenação Geral de Alimentação e Nutrição  
www.saude.gov.br/nutricao  
cgpan@saude.gov.br



Ministério da Saúde



### Orientações Posturais

- **Ao dormir:** a gestante deve deitar-se sempre de lado, de preferência o esquerdo. Utilize um travesseiro na cabeça, outro para apoiar a barriga e entre os joelhos;
- **Ao levantar da cama:** a gestante deve virar-se de lado, apoiando o tronco sobre o cotovelo e levando as pernas para fora da cama. Evitar levantar flexionando o tronco para frente, pois esta posição promove um afastamento dos músculos reto abdominais, prejudicando assim a função de sustentação dos órgãos abdominais e sua ação durante o período expulsivo;
- **Ao sentar:** a gestante deve se sentar sobre as nádegas, favorecendo com que os joelhos relaxem em ângulo reto (90º), com os pés descansando no chão. Se for permanecer muito tempo nessa posição deve-se estimular a circulação batendo os pés no chão alternadamente. A cadeira deverá ter encosto e braço de apoio;
- **Ao permanecer em pé por períodos prolongados:** fazer movimentos alternados de ponta dos pés e retorno do calcanhar ao solo, a fim de favorecer o retorno venoso dos membros inferiores;  
Para lavar louça, cozinhar ou lavar roupa, a gestante deve apoiar um dos pés sobre um banquinho, e alterná-los. Usar vassouras e rodos com cabos mais longos para não se curvar durante a limpeza. Se necessário alongar os cabos com adaptações. Evitar rodar o tronco levando o lixo à frente do corpo;
- **Ao levantar objetos:** a gestante deverá dobrar os joelhos, abrir as pernas, encaixar a barriga entre elas. Colocar o objeto próximo ao corpo e concentrar a força para se levantar nos músculos das pernas. Evitar inclinar a coluna para frente.

**Fonte:** SES/MG, 2019