



PREFEITURA DE
**POÇOS DE
CALDAS**

Prefeitura Municipal de Poços de Caldas

Secretaria Municipal de Saúde

Coordenação da Atenção Básica

PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL DO MUNICÍPIO DE POÇOS DE CALDAS

2023

Elaboração:

Ana Carolina Ribeiro Assis Araújo – Médica da ESF.

Andréa Luísa Ribeiro Roque da Silva – Enfermeira da ESF.

Daiana Célia Carvalho Moraes – Enfermeira Apoiadora da Atenção Primária.

Euclides Colaço Melo dos Passos – Médico da ESF.

Juliana Utsch Nogueira Pereira – Médica da ESF.

Mariana Quintans Guerra de Oliveira – Médica Ginecologista e Obstetra.

Colaboração:

Adnei Pereira de Moraes – Diretor do Depto. dos Programas de Saúde.

Amandae Letícia Patreze – Médica Ginecologista e Obstetra.

Ângela Borges de Carvalho Campos – Médica Ginecologista e Obstetra.

Camila Ferreira Bacelar Donato – Coordenação da Atenção Básica.

Elaine Cristina de Souza – Diretora do Departamento de Programas de Saúde.

Lucimara Siqueira Costa Papi – Enfermeira Rt Programa Saúde da Mulher.

Aprovação:

Adnei Pereira de Moraes – Diretor do Depto dos Programas de Saúde.

Carlos Eduardo Venturelli Mosconi – Secretário de Saúde de Poços de Caldas.

Revisão:

Andréa Luísa Ribeiro – Enfermeira da ESF.

Ângela Ferreira da Silva - Enfermeira do departamento de Saúde da Mulher.



Camila Ferreira Bacelar Donato – Coordenação da Atenção Básica.

Daiana Célia Carvalho Moraes – Enfermeira Apoiadora da Atenção Básica.

Lucimara Siqueira Costa Papi – Enfermeira RT Programa Saúde da Mulher.

Luiza Gomes Martins – Odontóloga da ESF.

Tânia Cristina Shneider Brandão - Médica em Ginecologia e Obstetrícia
referência Ambulatório de Atenção à Gestante de Alto Risco.

Aprovação:

Thiago de Paula Mariano - Secretário Municipal de Saúde de Poços de Caldas.

Versão:

003-2023



Sumário

| | |
|---|----|
| Lista de Siglas | 6 |
| Apresentação | 8 |
| Quando iniciar o pré-natal? | 9 |
| Ambulatório de infertilidade de Poços de Caldas | 10 |
| Cadastrando a gestante no PEC adequadamente | 11 |
| Calendário de consultas pré-natais | 13 |
| Anamnese - 1ª consulta. | 14 |
| Mensuração da altura uterina | 17 |
| As manobras de Leopold para identificação da estática fetal | 18 |
| Localização de foco fetal | 19 |
| Cálculo de idade gestacional | 20 |
| Determinação da IG quando se tem a DUM e o USG | 21 |
| Calendário vacinal da gestante | 22 |
| Exames de pré-natal e periodicidade | 24 |
| O pré-natal da parceria | 26 |
| Cadastrando os testes rápidos da gestante e da parceria no PEC | 27 |
| Prescrição de ácido fólico e sulfato ferroso | 28 |
| Ganho de peso esperado na gestação | 29 |
| As demais consultas de pré-natal | 30 |
| Encontros de pré-natal: grupos, salas de espera, abordagens individuais – o que contemplar? | 33 |
| Valores de referências adotados | 39 |
| Principais problemas relacionados à saúde bucal nas gestantes | 41 |
| A consulta de puerpério (pós-parto) | 43 |
| Métodos contraceptivos para a puérpera | 46 |
| Finalizando o pré-natal de forma adequada no PEC | 50 |
| E agora? | 52 |
| Anemia na gestação | 53 |
| Coombs indireto (teste indireto de antiglobulina humana – TIA) | 54 |
| Cultura de streptococos do grupo B | 55 |
| Toxoplasmose | 56 |
| Glicemia discordante dos valores de referência | 59 |
| Pressão Arterial discordante dos valores de referência | 61 |
| A suplementação com ácido acetilsalicílico e carbonato de cálcio | 63 |
| Infecções Sexualmente Transmissíveis | 64 |
| Sífilis na gestação | 65 |
| O diagnóstico, tratamento e monitoramento da sífilis da gestação | 66 |



| | |
|---|-----|
| Alterações no EAS / Urocultura | 70 |
| Corrimentos vaginais em gestantes | 71 |
| Dor abdominal e cólicas | 74 |
| Ameaça de aborto / aborto | 75 |
| Hêmese gravídica | 76 |
| Saúde Mental Materna | 77 |
| Questionário para auto-avaliação de Depressão Pós-Parto | 82 |
| ANEXOS | 93 |
| O plano de parto | 94 |
| Referências | 100 |



Lista de Siglas

-: negativo.

+: positivo.

<: menor.

>: maior.

≤: menor / igual.

≥: maior / igual.

µg: micrograma.

ABO-Rh: sistema de determinação de tipagem sanguínea e fator de aglutinação.

ACS: agente comunitário de saúde.

AU: altura uterina.

BCF: batimento cardíaco fetal.

BPM: batidas por minuto.

Céls: células.

cp: comprimido.

dl: decilitro.

DM: diabetes mellitus.

DMG: diabetes mellitus gestacional.

DPP: data provável do parto.

dTpa: dupla adulto acelular.

DUM: data da última menstruação.

EAS: elementos anormais e sedimentos.

ESF: estratégia de saúde da família.

FC: frequência cardíaca.

g: grama.

HAS: hipertensão arterial sistêmica.

HIV: Human Immunodeficiency Virus.



IAM: infarto agudo do miocárdio.
IG: idade gestacional.
IM: intramuscular.
IMC: índice de massa corporal.
IST: infecções sexualmente transmissíveis.
ITU: infecção do trato urinário.
kg: quilograma.
LAM: amenorréia da lactação.
mg: miligrama.
mmHg: milímetros de mercúrio.
NR: não reagente.
PA: pressão arterial.
PEC: prontuário eletrônico do cidadão.
PNAR: pré-natal de alto risco.
R: reagente.
Tax: temperatura axilar.
TIA: Teste indireto de imunoglobulina humana.
TOTG: teste oral de tolerância à glicose.
TP: trabalho de parto.
TPP: trabalho de parto prematuro.
TR: teste rápido.
TVP: trombose venosa profunda.
UI: unidades internacionais.
USF: unidade de saúde da família.
USG: ultrassonografia.
VO: via oral.



Apresentação

Este protocolo foi elaborado com intuito de dar suporte técnico ao médico e enfermeiro da Estratégia da Saúde da Família no atendimento pré-natal de risco habitual.

Foi embasado nos mais atuais manuais do Ministério da Saúde a fim de uniformizar determinadas informações e auxiliar o profissional nas práticas diárias.

É sintético e dinâmico, facilitando a consulta profissional.

Um ótimo pré-natal a todos!



Quando iniciar o pré-natal?

Quem? Enfermeiro / médico.

- O pré-natal, sempre que possível, deve se iniciar TRÊS MESES ANTES da mulher / casal engravidar, em uma consulta de planejamento familiar.
- Nesta consulta, devem ser pedidos os exames da mulher que deseja gestar (hemograma, ABO-Rh, toxoplasmose IgM e IgG, testes rápidos de ISTs, EAS).
- Sendo possível, também pedir os exames do parceiro (ABO-Rh, hemograma, testes rápidos de ISTs).
- Inicia-se a suplementação com ácido fólico (400 µg - 0,4 mg / dia OU 5 mg por semana) já na consulta pré-concepcional.
- Para gestação não planejada, o pré-natal deve ser iniciado o mais precocemente possível, bem como o cadastro da gestante no PEC, já na condição de gestante.
- O Ministério da Saúde preconiza que a primeira consulta da gestante, no PEC, seja realizada até 12 semanas.

Observação:

1. Orientar ao ACS que cadastre a mulher como gestante o mais breve possível, para que os indicadores possam ser alimentados adequadamente.
2. A miligramagem máxima de ácido fólico diário que se tem segurança de uso em gestantes, até o momento, é de 5 mg/dia.
3. Assim que a gestação for confirmada, sendo possível, já se inicia o pré-natal. Se não o for, a consulta deve ser agendada o mais rápido possível.
4. Abrir e preencher adequadamente a CADERNETA DA GESTANTE assim que a gestação for confirmada.
5. O teste rápido de β HCG deverá ser realizado na atenção primária, para a confirmação da gestação, quando a mulher não portar seu próprio β HCG laboratorial (considerando que algumas gestantes optam por realizar tal exame de forma privada antes de buscar a unidade de saúde), respeitando o protocolo municipal que trata do acolhimento e dispensação dos testes rápidos de β HCG.



Ambulatório de infertilidade de Poços de Caldas

Quem pode encaminhar? Médico e enfermeiro.

Quando encaminhar?

- Mulheres que estejam tentando engravidar há PELO MENOS UM ANO, sem uso de contraceptivos, com até 34 anos, sem sucesso, poderão ser referenciadas (pelo médico ou enfermeiro da USF) ao Ambulatório de Infertilidade no Centro de Atenção Especializada Saúde da Mulher do município para investigação.
- Mulheres que estejam tentando engravidar há PELO SEIS MESES, sem uso de contraceptivos, que tenham 35 anos ou mais, sem sucesso, poderão ser referenciadas (pelo médico ou enfermeiro da USF) ao Ambulatório de Infertilidade no Centro de Atenção Especializada Saúde da Mulher do município para investigação.

Observações:

1. O profissional (enfermeiro ou médico) que encaminhar a mulher / casal ao ambulatório de infertilidade deverá pedir previamente os seguintes exames: FSH (3º ao 5º dia do ciclo), progesterona (21º dia do ciclo), ultrassonografia transvaginal e espermograma.
2. 1º dia do ciclo: primeiro dia da menstruação.



Cadastrando a gestante no PEC adequadamente

Problema e / ou condição detectada *

CIAP2 gravidez

Notas

GRAVIDEZ
W78 incl: GRAVIDEZ CONFIRMADA
excl: GRAVIDEZ NÃO DESEJADA W79, GRAVIDEZ ECTÓPICA W80, GRAVIDEZ DE ALTO RISCO W84

GRAVIDEZ NÃO DESEJADA
W79 incl:
excl:

GRAVIDEZ ECTÓPICA
W80 incl:
excl:

GRAVIDEZ DE ALTO RISCO
incl: PRIMÍPARA IDOSA; ANEMIA DA GRAVIDEZ; DIABETES OU OUTRA DOENÇA CRÔNICA ANTERIOR QUE AFETE A GRAVIDEZ; INCOMPATIBILIDADE FETO-PÉLVICA; HIDRÂNIO; MÁ POSIÇÃO DO FETO; GRAVIDEZ MÚLTIPLA; PLACENTA PRÉVIA; CESARIANA ANTERIOR; TRABALHOS DE PARTO PREMATUROS; ATRA
W84 excl: INFECÇÕES QUE COMPLICAM A GRAVIDEZ W71, GRAVIDEZ ECTÓPICA W80, TOXEMIA DA GRAVIDEZ W81, DIABETES GESTACIONAL W85

OUTROS PROBLEMAS DA MAMA DURANTE GRAVIDEZ/PUERPÉRIO
W95 incl: PROBLEMAS DA MAMA DURANTE O PUERPÉRIO, MAMILO RACHADO
excl: PROBLEMAS DA LACTAÇÃO W19; MASTITE W94; PROBLEMA NÃO RELACIONADO COM A GRAVIDEZ OU A LACTAÇÃO X21

Página 3 de 4

OBJETIVO

Habilitar campos de:

 PRE-NATAL

B **I** **U** **L** **T**

Caracteres restantes: 4000

Pré-Natal

Edema - + ++ +++ Altura uterina cm

Batimento cardíaco fetal bpm Movimentação fetal Sim Não

Mulher

DUM Última DUM registrada: 19/02/2022 com DPP: 26/11/2022

Observações:

1. Com o advento do PEC a ficha perinatal passa a ser facultativa.
2. Dado que a ficha perinatal **NÃO** é obrigatória, passa a ser **OBRIGATÓRIO** que todo registro pertinente ao acompanhamento de pré-natal por profissional de nível superior seja feito na aba de consulta

(SOAP) do PEC: antropometria, PA, exames solicitados, resultados de exames, procedimentos, testes rápidos etc.

3. São os dados cadastrados pelo ACS e são os dados ADEQUADAMENTE lançados na consulta do profissional que alimentará os indicadores do município.
4. Obrigatório o preenchimento da DUM (caso não tenha uma data certa, estime uma pelo exame físico, ultrassom ou data aproximada da menstruação que a mulher se recordar – o que for mais confiável, a partir da avaliação profissional).



Calendário de consultas pré-natais

| Calendário das consultas de pré-natal de risco habitual |
|---|
| Até a 28ª semana de gestação – mensalmente. |
| Da 28ª a 36ª semana de gestação – quinzenalmente. |
| Da 36ª a 41ª semana de gestação – semanalmente. |

Observações:

1. As consultas podem ter intervalos menores, se necessário.
2. O ideal é que se intercale uma consulta com o enfermeiro e uma consulta com o médico da unidade.
3. O Ministério da Saúde preconiza o mínimo de 6 consultas de pré-natal, a OMS, o mínimo de 8 consultas. O município adota o mínimo de 6 consultas de pré-natal.
4. Observa-se que o pré-natal que capta a gestante no momento adequado e a acompanha conforme o calendário ultrapassa o número mínimo de consultas, de ambas as recomendações.
5. A referência ao pré-natal especializado **NÃO desvincula** a gestante do pré-natal de risco habitual na ESF (podendo ser, ao menos, uma vez ao mês, na ESF, desde que acompanhe regularmente no PNAR).
6. Ao completar 41 semanas e a gestante **NÃO** apresentar evolução espontânea para o trabalho de parto, encaminhá-la à maternidade, com referência apropriada.
7. O pré-natal de risco habitual e compartilhado entre médico e enfermeiro deverá ser seguido desta forma até a consulta puerperal (pós-parto), não há justificativas para que algum dos profissionais se exima de executar as consultas compartilhadas em qualquer idade gestacional.

Adendo:

- a) Gestação prolongada: situação gestacional entre 40 a 42 semanas.
- b) Gestação pós-termo: ultrapassa 42 semanas.



Anamnese - 1ª consulta.

Informações da gestante:

- Nome.
- Idade.
- Profissão.
- Endereço.
- Telefone.
- Idade.
- Escolaridade.
- Situação conjugal.
- Cor.
- Alergias medicamentosas.
- Antecedentes familiares: HAS, DM, cardiopatias, má formações, gemelaridade, outros.
- Antecedentes pessoais: HAS, DM, cardiopatias, má formações, cirurgias pélvicas, infecções urinárias, outros.
- Antecedentes obstétricos: gestações (tópicas, ectópicas, com feto único, com gemelares), partos (vaginais /cesáreos), abortos (espontâneos e provocados).
- Nascidos vivos e nascidos mortos.
- Filhos vivos atuais.
- Óbitos na 1ª semana e após 1ª semana de vida.
- Causa do óbito.
- Peso ao nascer dos filhos.
- Data do fim da última gestação.



- Amamentações anteriores, duração e causa do término.
- Intercorrências nas gestações e puerpérios anteriores.

Gestação atual:

- Data da última menstruação (DUM).
- Data provável do parto (DPP).
- ABO-Rh e possível sensibilização.
- Situação vacinal.
- Gestação planejada? Gestação desejada?

Exame físico:

- Peso anterior à gestação.
- Peso atual.
- IMC
- Estatura.
- Altura uterina (AU), se idade gestacional (IG) permitir mensuração.
- Batimento cardíaco fetal (BCF), se IG permitir mensuração.
- Pressão arterial (PA), frequência cardíaca (FC), frequência respiratória (FR), temperatura axilar (Tax).
- Pesquisa de edemas.
- Movimentação fetal (MF), se IG permitir percepção.
- Apresentação fetal, se IG permitir determinação (sobretudo a partir da 36ª semana de gestação).
- Exame das mamas.

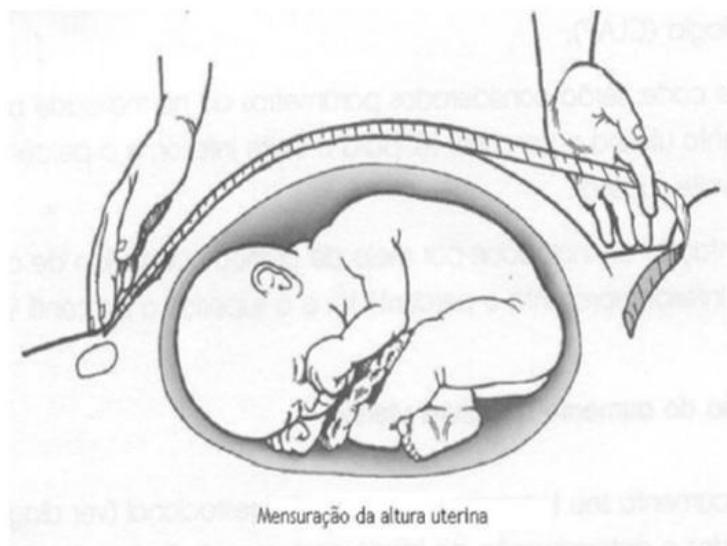
Observações:



1. O exame físico focado no conjunto obstétrico não exige o profissional de realizar o exame físico completo.
2. O ideal é que a gestante inicie o pré-natal no primeiro trimestre.
3. Abrir e preencher o cartão da gestante. Orientá-la a levá-lo aonde for.
4. Aproveite a primeira consulta e crie vínculo com a gestante.
5. Atente-se a dúvidas e potenciais problemas e os aborde.
6. Apesar da ficha perinatal ser de uso facultativo, pode ser utilizada para amparo durante a consulta.
7. Anotar todas as informações, pedidos de exames, resultados de exames, antropometria e sinais vitais no PEC, na aba SOAP.



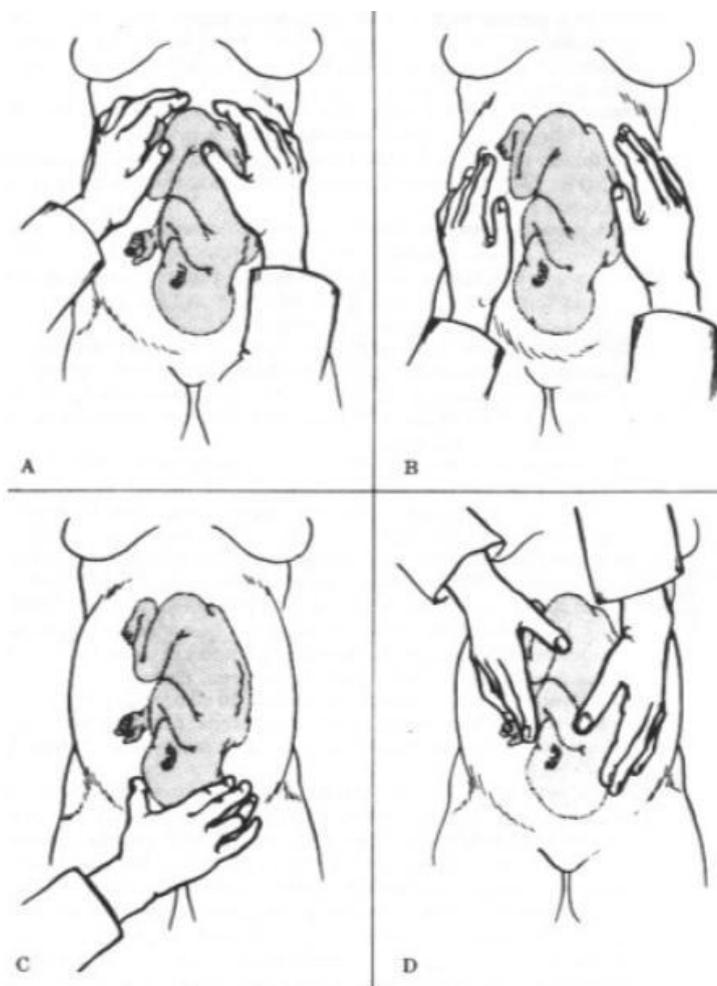
Mensuração da altura uterina



Observações:

1. Sentir com precisão que o “centímetro 0” está sobre a sínfise púbica.
2. Deslizar a fita até sentir o abaulamento do fundo uterino com a mão dominante e marcar o ponto de abaulamento na fita.
3. A partir da 12ª semana de gestação.

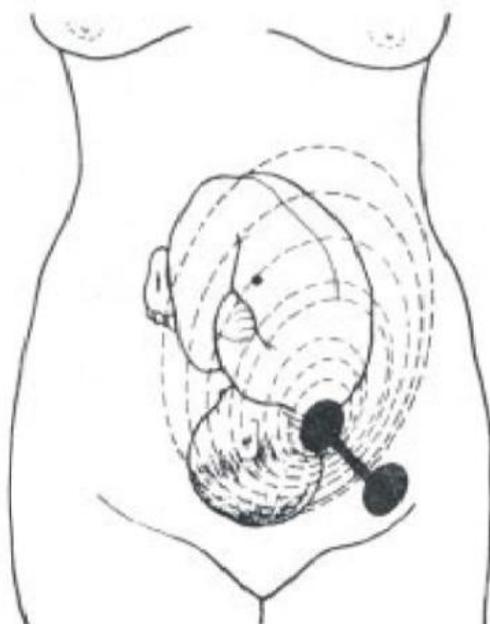
As manobras de Leopold para identificação da estática fetal



Observações:

1. Realizada em quatro tempos.
2. A partir das 31 semanas é possível tatear e identificar as partes fetais através da manobra.

Localização de foco fetal



Observações:

1. Audível com sonar a partir da 12ª semana de gestação e com Pinard a partir da 20ª semana de gestação.
2. Localização do dorso fetal através da Manobra de Leopold.
3. O foco fetal difere do pulsar do cordão: o foco é semelhante “ao trotar de cavalo”; já o pulsar do cordão semelhante ao uivo / corrente de vento.
4. Se foco auscultado estiver ≤ 100 bpm, com ruído semelhante a uivo / corrente de vento; palpar pulso radial materno e comparar se há sincronização no som emitido pelo sonar. Havendo, considerar ausculta de artéria uterina, e não de foco fetal.

Cálculo de idade gestacional

- **Regra de Nägele (DPP):**

DUM de abril a dezembro: soma-se 7 dias ao primeiro dia da data da última menstruação e soma-se um ano.

DUM de janeiro a março: soma-se 7 dias ao primeiro dia da última menstruação. Acrescenta-se nove meses ao mês da DUM, sem modificar o ano.

| | |
|--|--|
| <p>1. DUM:01/12/2011</p> <p>01/12/2011 +07/-03</p> <hr/> <p>08/09/2012</p> | <p>2. DUM:27/02/2012</p> <p>27/02/2012 +07/+09</p> <hr/> <p>34/11/2012 04/12/2012</p> |
|--|--|

- **Determinação de idade gestacional (IG):** somar os dias de gestação a partir do primeiro dia da DUM e dividir o resultado por 7. O quociente determina as semanas e o resto da divisão determina os dias.
- **Determinação de IG pelo USG:** somar os dias fornecidos pelo USG (converta as semanas em dias) aos dias que correram do dia da realização do ultrassom até o dia da consulta. Divida o resultado por 7. O quociente será as semanas e o resto, os dias.



Determinação da IG quando se tem a DUM e o USG

| 1º USG | Discrepância de dias |
|-------------------------------------|----------------------|
| Até 15 semanas e 6 dias | 7 dias |
| De 16 semanas a 21 semanas e 6 dias | 10 dias |
| De 22 semanas a 27 semanas e 6 dias | 14 dias |
| Após 28 semanas | 21 dias |

Se a data da DUM for menor que esses dias, a IG será a DUM. Se a DUM for maior que esses dias, a IG será o primeiro US.



Calendário vacinal da gestante

- **Influenza:** em qualquer IG, até 45 dias após o parto.
- **dTpa:** a partir da 20ª semana de gestação, até 45 dias após o parto.
- **Hepatite B:** em qualquer idade gestacional. 03 doses se não houver vacinação prévia, havendo esquema vacinal prévio incompleto, completar esquema vacinal conforme abaixo.

Primeira dose: em qualquer IG.

Segunda dose: 30 dias após a primeira aplicação.

Terceira dose: seis meses após a primeira vacina.

- **COVID:** iniciar o esquema em qualquer IG. São necessárias 03 doses para imunização completa OU 04 doses para pacientes imunossuprimidos.

Primeira dose: qualquer IG.

Segunda dose: 30 dias após a primeira dose.

Terceira dose: 120 dias após a segunda dose (atentar-se aos imunizantes liberados para gestantes).

Quarta dose: para clientes acima de 40 anos (ou profissionais de saúde), com intervalos de 120 dias após aplicação da 3ª dose.

Observações:

1. O município adota o calendário de imunização do Ministério da Saúde, assim sendo, a imunização durante o pré-natal / puerpério segue as determinações do órgão.
2. A vacina de febre amarela deve ser evitada na gestação, ainda que não imunizada anteriormente; exceto se possibilidade elevada de exposição ao patógeno.
3. A tríplice viral, quando necessária, deve ser feita na consulta puerperal; não devendo ser administrada em gestantes.



4. Caso a gestante NÃO tiver nenhuma dose de vacina contra a RUBÉOLA registrada, deverá receber a dose após o parto. Enquanto gestante, NÃO se vacina para rubéola (tríplice viral), devido ser uma vacina de vírus atenuado.



Exames de pré-natal e periodicidade

- Hemograma - 1ª consulta e 3º trimestre.
- Eletroforese de hemoglobina - 1ª consulta.
- Tipo sanguíneo e fator Rh - 1ª consulta.
- Coombs indireto (teste indireto de antiglobulina humana – TIA) – a partir da 24ª semana, se fator Rh da gestante negativo.
- Glicemia de jejum - 1ª consulta e 3º trimestre.
- Teste de Tolerância Oral à Glicose (TOTG) – entre a 24ª e 28ª semana de gestação. Colocar no pedido jejum, 1 hora e 2 horas após.
- Urina I (EAS) - 1ª consulta e 3º trimestre.
- Urocultura - 1ª consulta e 3º trimestre.
- Testes rápidos de sífilis, HIV, hepatite B e hepatite C - 1ª consulta, a partir de 28 semanas e a partir de 36 semanas (se necessário, há a possibilidade de realização dos testes rápidos com espaçamento menor).
- Toxoplasmose IgM e IgG na 1ª consulta, sendo repetida às 28 semanas e 36 semanas, caso a gestante for suscetível.
- Ultrassonografia (USG) obstétrica – a 1ª, no primeiro trimestre; no mais tardar até a 13ª semana de gestação, a 2ª entre 18 e 22 semanas de gestação e a 3ª, no terceiro trimestre, apenas se houver suspeita de alteração do crescimento fetal (vide anexo).
- Coleta do swab vaginal / anal para pesquisa do estreptococo do grupo B – entre a 35ª e 37ª semana de gestação.
- Citopatológico do colo uterino: coletar de TODAS AS GESTANTES, a partir de 25 anos, desde que não tenha colhido recentemente (conforme protocolo) e preferencialmente após as 12 primeiras semanas de gestação.
- Parasitológico de fezes, apenas se houver indicação clínica.
- Citomegalovírus, rubéola e zica vírus se: histórico de febre referida, há duas semanas, exantemas, dor articular, viagem recente a locais onde haja casos confirmados de zica vírus, hiperemia conjuntival sem



secreção e prurido, poliartralgia e edema periarticular – em QUALQUER IG.

- Avidéz para toxoplasmose, caso IgM e IgG se apresentarem reagentes.

Observações:

1. Mediante evidências clínicas pode haver necessidade de se repetir determinados exames antes e com frequência diferente do previsto (hemograma, EAS, urocultura etc).
2. A eletroforese de hemoglobina foi incorporada pelo Ministério da Saúde na rotina pré-natal para TODAS as gestantes em 2016, visto a miscigenação da população.
3. O rastreio do estreptococo do grupo B é realizado no pré-natal, porém, em caso de cultura positiva, o tratamento é feito na maternidade, intraparto, respeitando determinados critérios.
4. Anotar as informações na carteirinha da gestante à medida que forem sendo apresentadas nas consultas **E REGISTRAR OS PEDIDOS / RESULTADOS NO PEC.**
5. Convidar parceiro a realizar o pré-natal do parceiro.
6. Solicitar coombs indireto (teste indireto de antiglobulina humana – TIA) APENAS se a mulher apresentar Rh negativo.
7. Registrar resultados na aba de “RESULTADOS DE EXAMES”, NÃO na caixa de texto da consulta.



O pré-natal da parceria

Tem como objetivo preparar a parceria para paternidade / maternidade ativa e consciente, assim como detectar precocemente doenças, atualizar cartão vacinal e incentivar a participação em atividades educativas no serviço de saúde.

Exames a serem solicitados para o parceiro:

- ABO-Rh.
- Glicemia de jejum.
- Testes rápidos de sífilis, hepatite B, hepatite C e HIV.
- Hemograma.
- Lipidograma (colesterol total e frações).
- Eletroforese de hemoglobina.

Observações:

1. Para o caso de teste rápido de sífilis positivo (da gestante e/ou da parceria), investigar infecções e tratamentos pregressos na anamnese e solicitar o VDRL do parceiro.
2. No caso de testes rápidos de HIV, hepatite B e hepatite C positivos, referenciar a parceria ao IST / Aids.
3. Caso lipidograma estiver com valores fora do desejável, seguir as condutas preconizadas no Guia Municipal de Hipertensão e Diabetes.
4. Aproveitar a janela de oportunidades para checar e atualizar esquema vacinal da parceria.
5. Registrar resultados na aba de “RESULTADOS DE EXAMES”, NÃO na caixa de texto da consulta.



Cadastrando os testes rápidos da gestante e da parceria no PEC

Intervenção e / ou procedimentos clínicos

Procedimento: RAPID

CIAP2: 0214010040 - TESTE RÁPIDO PARA DETECCAO DE HIV NA GESTANTE OU PAI/PARCEIRO

Notas: 0214010066 - TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ
0214010074 - TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS
0214010082 - TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS NA GESTANTE OU PAI/PARCEIRO
0214010104 - TESTE RÁPIDO PARA DETECCÃO DE INFECÇÃO PELO HBV

Classificação: Página 1 de 3

Nenhum item encontrado.

* Procedimentos inseridos automaticamente

Intervenção e / ou procedimentos clínicos

Procedimento: RAPID

CIAP2: 0214010058 - TESTE RÁPIDO PARA DETECCÃO DE INFECÇÃO PELO HIV
CDS - TESTE RÁPIDO DE HIV

Notas: 0214010090 - TESTE RÁPIDO PARA DETECCÃO DE HEPATITE C
CDS - TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE C
0214010155 - TESTE RÁPIDO DE PROTEINÚRIA
CDS - TESTE RÁPIDO PARA DOSAGEM DE PROTEINÚRIA

Classificação: Página 3 de 3

| | | | |
|--------|------------|------------------------------------|--|
| SIGTAP | 0214010040 | TESTE RÁPIDO PARA DETECCAO DE H... | |
| SIGTAP | 0214010082 | TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS NA GE... | |
| SIGTAP | 0214010104 | TESTE RÁPIDO PARA DETECCÃO DE I... | |

* Procedimentos inseridos automaticamente

Observações:

1. Confirmar os procedimentos.
2. Certificar-se que o CID ou CIAP específicos para gravidez / planejamento familiar (no caso da parceria e NÃO grávidas) estejam selecionados nas condições / problemas.
3. Registrar resultado na aba “resultado de exames”.



Prescrição de ácido fólico e sulfato ferroso

- Prescrição já na 1ª consulta pré-natal.
- Ácido fólico 400 µg (0,4 mg) diariamente.
- Sulfato ferroso 40 mg – 01 comprimido, via oral, diário (preferencialmente junto com fruta / suco cítrico). Até 90 dias após o puerpério.

Observações:

1. Toda a literatura acerca da suplementação de ácido fólico na gestação do Ministério da Saúde determina a dosagem de 400 µg (0,4 mg/dia) de ácido fólico diário.
2. As evidências científicas apontam que a dose máxima diária, segura, para o uso de ácido fólico diário é de 5 mg /dia, sendo esse esquema considerado para as gestantes em situações sociais com grande probabilidade de esquecimento.
3. Na falta de ácido fólico em gotas ou em dosagens menores, pode-se considerar a administração de 01 cp semanal de ácido fólico de 5 mg.
4. Se possível, iniciar ácido fólico três meses antes da concepção.
5. O uso do ácido fólico APÓS a 12ª semana de gestação não tem efeito sobre a formação do sistema neurológico do feto.



Ganho de peso esperado na gestação

| Estado nutricional inicial (IMC) | Recomendação de ganho de peso(kg) semanal médio no 2º e 3º trimestres* | Recomendação de ganho de peso (kg) total na gestação |
|---|--|--|
| Baixo peso (<18,5 kg/m ²) | 0,5 (0,44-0,58) | 12,5 - 18,0 |
| Adequado (18,5 -24,9kg/m ²) | 0,4 (0,35-0,50) | 11,5 - 16,0 |
| Sobrepeso (25,0-29,9kg/m ²) | 0,3 (0,23-0,33) | 7,0 - 11,5 |
| Obesidade (≥30kg/m ²) | 0,2 (0,17-0,27) | 5,0 - 9,0 |

Fonte: Ministério da saúde, 2013.

Observações:

1. Ganho de peso no primeiro trimestre: de 0,5 kg a 2,0 kg.
2. Observe que as gestantes deverão ter ganhos de peso distintos, de acordo com seu IMC inicial.
3. Gestantes de baixo peso deverão ganhar entre 12,5 e 18,0 kg durante toda a gestação, sendo este ganho, em média, de 2,3 kg no primeiro trimestre da gestação (até a 13ª semana) e de 0,5 kg por semana no segundo e terceiro trimestres de gestação.



As demais consultas de pré-natal

- Questionar sobre o progresso da gestação e a presença de sangramentos / perdas vaginais.
- Investigar sinais e sintomas que venham a surgir.
- Escuta ativa.
- Exame físico.
- Exame obstétrico.
- Esclarecimentos pertinentes à IG (vide quadro 1).
- Realizar pedido de exames conforme padronizado para a IG.
- Realizar pedido de exames mediante evidência clínica que o justifique (protocolo municipal de pedido de exames).
- Registro de dados, prescrições, pedidos, condutas na carteirinha pré-natal.
- Registro de dados, prescrições, pedidos, condutas em prontuário.
- Realizar classificação de risco gestacional ao fim de cada consulta.



O que abordar nas consultas de pré-natal de acordo com a idade gestacional

Psicoprofilaxia – abordar o medo do desconhecido:

Primeiro trimestre:

- Estar preparada para a tarefa.
- Mudanças no corpo ao longo da gestação.
- Preparos financeiros; que gastos esperar?
- Sexo na gestação e alterações na libido.
- A presença do parceiro no pré-natal e no parto.
- Qual o papel do parceiro na gestação.
- Cuidado com relação a: alimentação, bebidas, fumo, drogas e remédios durante a gestação.
- Atividades físicas na gestação.

Segundo trimestre:

- Como vocês foram criados, quem cuidava de vocês?
- Quem será o cuidador principal.
- Que tipo de educação querem dar ao seu filho?
- Tarefas a serem cumpridas pelo pai, mãe, avós, cuidadores....
- Dividir responsabilidades.
- Saber reconhecer sinais e sintomas do trabalho de parto.
- Reforço positivo e encorajamento para diminuir a insegurança da paternidade / maternidade.
- Respeitar a cultura e os valores do outro sem impor os seus.

Terceiro trimestre:

- Novas rotinas (com a chegada do filho e com afazeres domésticos).
- Relacionamento sexual no puerpério.



- Anticoncepção no puerpério.
- Cuidados com RN como amamentação, cólicas, banho, cuidados com o coto umbilical e outros.
- Preparar um lar para a chegada da criança.
- Direitos trabalhistas.
- Dúvidas sobre o parto normal, cesárea e anestesia.



Encontros de pré-natal: grupos, salas de espera, abordagens individuais – o que contemplar?

1. TEMA: PARTO E PLANO DE PARTO

PARTO

O parto é um momento muito especial e gera muita insegurança e medo, por isso, falar sobre parto é extremamente importante.

Nesse encontro será abordado alguns subtemas:

- **Parto humanizado:** É respeitar a autonomia da mulher e seus desejos, empoderamento e informações para que as decisões sejam baseadas em evidências científicas.
- **Contrações de Braxton Hicks:** Contrações de treinamento, podem aparecer desde o segundo trimestre, normalmente indolores e curtas (20 segundos), podem acontecer várias vezes ao dia.
- **Pródromos:** Podem começar horas ou dias antes do trabalho de parto, são contrações irregulares e curtas (menos que 40 segundos), modificação do colo uterino, porém ainda não tem dilatação (lembrando que cada mulher é única). Nesse momento a gestante pode conseguir comer, beber, conversar e até dormir. Pode começar a ter perda do tampão mucoso.
- **Fase latente:** Início do trabalho de parto, há um aumento da dor (suportáveis), as contrações começam a ganhar ritmo (em média 7 minutos entre as contrações), pode dilatar até 6 cm e apresentar pequeno sangramento vaginal, o humor ainda é bom. Ainda consegue comer, beber, conversar e até dormir entre as contrações.



- **Fase ativa:** Contrações frequentes, próximas e ritmadas. Dilatação de 6 cm a 10 cm. Intervalos menores que 4 minutos e duração de 60 a 90 segundos. Haverá sangramento vaginal. A gestante não conseguirá comer, beber ou conversar. P humor não é bom e ela fica quieta e introspectiva.
- **Fase de transição:** Fase que exige muito do corpo da mulher, fase difícil e curta, com intervalos mínimos. Manter a mulher conectada com o parto. Pode entrar na Partolândia (falas desconexas por exemplo). Comum pedir analgesia e cesárea. Inicia a vontade de fazer força.
- **Período expulsivo:** O bebê começa a descer pelo canal vaginal, sentir uma pressão e vontade de fazer força e você fará mesmo que não queira. Pode estar em dilatação total ou não. Pode sentir uma ardência no canal vaginal (círculo de fogo).
- **Dequitação da placenta:** É a saída da placenta. Manter o clima do parto para liberação de ocitocina natural. Haverá contrações e cólicas. Risco alto de hemorragia materna. Clampeamento tardio do cordão umbilical.

PLANO DE PARTO

O Plano de Parto é um documento com validade legal, recomendado e reconhecido pelo Ministério da Saúde. O documento é elaborado pela mulher e nele deve constar os desejos e os cuidados que ela quer receber, para si e para o seu filho, no momento do pré-parto, parto e no pós-parto imediato.

2. TEMA: AMAMENTAÇÃO



A mama feminina é composta por lobos (glândulas produtoras de leite), por ductos (pequenos tubos que transportam o leite dos lobos ao mamilo) e por estroma (tecido adiposo e tecido conjuntivo que envolve os ductos e lobos, além de vasos sanguíneos e vasos linfáticos).

Existem quatro principais tipos de mamilos: os mamilos normais ou protusos, os invertidos, os planos e os compridos.

- a Mamilos normais: Os mamilos se sobressaem das aréolas. É o tipo de mamilo mais comum entre as mulheres. Eles ficam rígidos facilmente quando é estimulado, o que acaba facilitando a amamentação.
- b Mamilos planos: Esse tipo de mamilo não se sobressai e fica na mesma linha da aréola. Quando estimulados, ficam na mesma projeção dos mamilos normais ou protusos.
- c Mamilos invertidos: São aqueles virados para dentro dos seios. Algumas mulheres com esse tipo de seio pode ter alguma dificuldade inicial, mas é possível amamentar com esse tipo de mamilo.
- d Mamilos compridos: Nesse caso, o mamilo é bastante saliente e as mães devem tomar cuidado durante a pega, pois o bebê tende a pegar somente o bico, causando dor e, em alguns casos, sangramentos e fissuras.

Vantagens da amamentação

| Para a mãe | Para o bebê |
|--|-------------------------|
| Diminui o sangramento no pós-parto e o útero volta ao tamanho normal mais rápido | Maior contato com a mãe |



| | |
|---|---|
| Previne a anemia materna | Melhora a digestão e minimiza as cólicas |
| Acelera a perda de peso | Desenvolve a inteligência quanto maior o tempo de amamentação |
| Reduz a incidência de câncer de mama, ovário e endométrio | Reduz o risco de doenças alérgicas |
| Evita a osteoporose | Estimula e fortalece a arcada dentária |
| Protege contra doenças cardiovasculares, como o infarto | Previne contra doenças contagiosas, como a diarreia |
| | Protege contra doenças, previne a formação incorreta dos dentes e problemas na fala, proporciona melhor desenvolvimento e crescimento, além de ser um alimento completo, dispensando água ou outras comidas até os seis primeiros meses de vida do bebê |
| | Diminuição do risco de morte de crianças amamentadas exclusivamente até os 6 meses |

A preparação das mamas deve acontecer ainda durante a gestação. É nessa fase que as mães de primeira viagem devem começar a aprender tudo o que envolve o aleitamento.

A regra número um é **lavar o bico do peito apenas com água. Não utilize sabonete.** Eles já têm uma hidratação natural ideal que deve ser preservada.

Antes recomendava-se banho de sol, mas atualmente o banho de sol sem proteção vem sendo cada vez mais desestimulado, seja para que tipo de pele for e que idade for do indivíduo.



Novos protocolos, orientam massagens no seio semanas antes do bebê nascer

As massagens são simples de serem feitas e devem ser realizadas a partir de 37 semanas de gestação. Segure o seio com as duas mãos, uma de cada lado, faça massagem nas mamas, iniciando pela aréola e depois por toda a mama. Após a massagem, faça uma ordenha em formato de C ao redor da aréola. Faça esse procedimento em ambas as mamas. Esse procedimento ajuda na “fluidificação do colostro” e na “descida” do leite e pode ser repetido uma ou duas vezes por dia.

Orientações gerais:

- A amamentação deve ser de livre demanda (sempre que o bebê quiser, sem hora marcada);
- Realizar massagem e ordenha antes das mamadas;
- Usar rosquinhas de amamentação para a sensibilidade dos mamilos e soutien;
- Na primeira semana de vida, não ultrapassar 3 h dos intervalos das mamadas, até ser liberado pelo médico;
- Posições para amamentação: Convencional, convencional invertida, invertida, cavaleiro;
- Ficar atenta na quantidade de xixi e cocô do bebê;
- Deixar o bebê na posição vertical por 10 minutos após as mamadas
- Evitar o uso de bicos artificiais para o bebê não ter confusão de bico e ter um desmame precoce.

3. TEMA: CUIDADOS COM O BEBÊ

- Banho do bebê (após 24h de vida)
- Curativo do coto umbilical com álcool a 70%



- Trocas de roupas e fraldas

Será abordado também sobre a extergestação (vida fora do útero até os três meses de vida do bebê):

- Banho do ofurô (banho de balde).
- Uso do sling (canguru).
- Uso do ruído branco.
- Uso do charutinho.

Observações:

1. Nem sempre o bebê que mama exclusivamente no peito vai arrotar;
2. Colocar o bebê para dormir sempre na posição dorsal;
3. Evitar o uso de protetores de berço e cobertores, pois os bebês não têm muito domínio de seus movimentos e podem acabar sendo sufocados durante a noite.
4. Observar a coloração da pele do bebê se está amarelada (evitar roupas amarelas na primeira semana de vida para não confundir essa observação);
5. Não é mais recomendado o banho de sol em bebês de até 6 meses, devido aos possíveis efeitos no futuro, relacionado ao câncer de pele;
6. O coto umbilical deve ficar para fora da fralda até cair.



Valores de referências adotados

- **BCF:** 110 bpm a 160 bpm.
- **AU:** conforme curvatura adotada no cartão da gestante do Ministério da Saúde.
- **PA:** sistólica MENOR que 140 mmHg e diastólica MENOR que 90 mmHg.
- **Hemoglobina:** > 11 g/dl.
- **Eletroforese de hemoglobina:** HbAA – sem a doença falciforme. HbAS – traço/heterozigose sem a doença. HbAC – heterozigose para hb C, sem a doença. HbA variante qualquer sem a doença. HbSS: doença falciforme.
- **Coombs indireto:** se positivo, gestante sensibilizada, se negativo, não sensibilizada.
- **Glicemia de jejum:** <92 mg/dl (solicitar glicemia confirmatória de glicemia de jejum \geq 92 mg/dl caso a gestante **NÃO** tenha realizado o jejum mínimo de 8h).
- **TOTG:** amostra em jejum <92 mg/dl. Após descarga de glicose anidro, < 180 mg/dl na primeira hora e <153 mg/dl na segunda hora – TRÊS MEDIDAS OBRIGATÓRIAS: JEJUM, 1ª HORA E 2ª HORA.
- **Proteinúria:** < 10 mg/dl (vide anexo).
- **Testes de IST:** NR (não reagente), uma linha - tira controle, apenas.
- **Pesquisa de estreptococo do grupo B:** sem crescimento do patógeno pesquisado.
- **Toxoplasmose:** IgM – não reagente (NR) IgG – reagente (R), ou então IgM – NR IgG – NR (neste último há suscetibilidade de infecção). Atentar-se para os valores de referência do laboratório.
- **EAS:** Leucócitos < 10.000 céls/ml; hemácias < 10.000 céls/ml; permitida presença de elementos que não necessitem de condutas especiais.
- **Urocultura:** sem crescimento bacteriano ou < 100.000 unidades formadoras de colônia por ml.



Observações:

1. Não se preconiza pedir glicemia confirmatória para diagnóstico de diabetes gestacional em gestantes EXCETO nos casos em que a gestante não tenha feito o jejum corretamente.
2. O jejum para coleta de exames em gestantes que não contemplem colesterol total, frações e triglicérides é de 8 horas.



Principais problemas relacionados à saúde bucal nas gestantes

Problemas gengivais, tais como inchaço, sangramento ou dor:

- Recomende a escovação após as refeições, com o uso de escova de dentes macia e pasta de dente fluoretada (mínimo de 1.000 ppm F);
- Recomende o uso de fio dental;
- Encaminhe para atendimento odontológico sempre que possível.

Cárie Dentária ou dor de dente:

- Recomende a escovação após as refeições, com o uso de escova de dentes macia e pasta de dente fluoretada (mínimo de 1.000 ppm F);
- Recomende o uso de fio dental;
- Recomende mudanças nos hábitos alimentares, como redução no consumo de açúcares;
- Encaminhe para atendimento odontológico sempre que possível.

Hiperemese gravídica:

- A hiperemese pode levar à erosão dentária que por sua vez provoca hipersensibilidade dentária;
- Oriente a **não escovação** dos dentes imediatamente após o vômito;
- Oriente a realização de bochechos com água da torneira após o vômito;
- Oriente o controle do biofilme por meio de uma cuidadosa técnica de escovação com escova macia e pasta de dente fluoretada (mínimo de 1.000 ppm F) e uso do fio dental;
- Oriente dieta e alterações no estilo de vida;
- Encaminhe para o médico avaliar a necessidade do uso de antieméticos, antiácidos ou ambos;



- Encaminhe para atendimento odontológico, para avaliação da saúde do esmalte dentário.

Xerostomia / Hipossalivação

- Recomende aumentar o consumo de água;
- Recomende o uso de goma de mascar sem açúcar para estimular a salivação.
- Oriente sobre a necessidade de redobrar os cuidados com higienização bucal para compensar o menor fluxo salivar, visto que a capacidade tamponante da saliva é um importante fator de resistência à cárie dental;

FLUXO PARA REFERÊNCIA

As gestantes das unidades de saúde SEM Equipe de Saúde Bucal serão referenciadas para a Unidade de Apoio para avaliação odontológica. A comunicação entre equipes de enfermagem da Unidade de Apoio e Unidade de origem da gestante dar-se-á via telefone / WhatsApp mas se oficializará por escrito.

As unidades que contam com Equipe de Saúde Bucal devem manter vínculo entre profissionais da odontologia, medicina, enfermagem e ACSs a fim de garantir o atendimento integral das gestantes.

Observação:

1. É importante que os profissionais envolvidos no pré-natal contribuam com a desmistificação de medos e mitos relacionados às alterações buco-dentais atribuídas ao fato de se estar grávida e a atenção odontológica.



2. TODA gestante será referenciada à equipe de odontologia da ESF de referência; caso seja necessário, o profissional de odontologia referenciará ao CEO para cuidados específicos.

A consulta de puerpério (pós-parto)

Quem? Enfermeiro e médico.

- A consulta puerperal (pós-parto) deve ser amplamente divulgada, nos serviços e no estabelecimento de saúde, a necessidade de realização de uma consulta de controle pós-parto – que deve ser feita até 42 dias após o final da gestação – para um efetivo controle de saúde da mulher, tanto geral quanto ginecológica.
- Nesta ocasião, ela também deverá receber informações específicas sobre os cuidados que deve tomar consigo mesma e com o bebê e orientações pertinentes à amamentação, à vida reprodutiva e à sexualidade.

Objetivos da consulta de pós-parto:

- Avaliar o estado de saúde da mulher e do recém-nascido;
- Orientar e apoiar a família para a amamentação;
- Orientar os cuidados básicos com o recém-nascido;
- Avaliar a interação da mãe com o recém-nascido;
- Identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las;
- Orientar o planejamento familiar.

Check list da consulta puerperal:

1. **Anamnese materna:**
 - As condições da gestação;
 - As condições do atendimento ao parto e ao recém-nascido;
 - Os dados do parto (data; tipo de parto; se parto cesárea, qual indicação deste tipo de parto);



- Se houve alguma intercorrência na gestação, no parto ou no pós-parto (febre, hemorragia, hipertensão, diabetes, convulsões, sensibilização de Rh);
- Se recebeu aconselhamento e realizou testagem para sífilis e HIV durante a gestação e/ou o parto;
- O uso de medicamentos (ferro, ácido fólico, vitamina A, outros).
- Aleitamento (frequência das mamadas, dia e noite, dificuldades na amamentação, satisfação do RN com as mamadas, condições das mamas);
- Alimentação, sono, atividades;
- Dor, fluxo vaginal, sangramento, queixas urinárias, febre;
- Planejamento familiar (desejo de ter mais filhos, desejo de usar método contraceptivo, métodos já utilizados, método de preferência);
- Sua condição psicoemocional (estado de humor, preocupações, desânimo, fadiga, outros);
- Sua condição social (pessoas de apoio, enxoval do bebê, condições para o atendimento de necessidades básicas).

2. Exame físico materno:

- Verifique os dados vitais;
- Avalie o estado psíquico da mulher;

Observe seu estado geral: a pele, as mucosas, a presença de edema, a cicatriz (parto normal com episiotomia ou laceração/cesárea) e os membros inferiores;

- Examine as mamas, verificando a presença de ingurgitamento, sinais inflamatórios, infecciosos ou cicatrizes que dificultem a amamentação;
- Examine o abdômen, verificando a condição do útero e se há dor à palpação;
- Examine o períneo e os genitais externos (verifique sinais de infecção, a presença e as características de lóquios);



- Verifique possíveis intercorrências: alterações emocionais, hipertensão, febre, dor no baixo ventre ou nas mamas, presença de corrimento com odor fétido, sangramentos intensos. No caso de detecção de alguma dessas alterações, solicite avaliação médica imediata, caso o atendimento esteja sendo feito por outro profissional da equipe;
- Observe a formação do vínculo entre a mãe e o filho;
- Observe e avalie a mamada para a garantia do adequado posicionamento e da pega da aréola.
- Identifique os problemas e as necessidades da mulher e do recém-nascido com base na avaliação realizada.

3. Contracepção após o parto:

- Dê a ela uma informação geral sobre os métodos que podem ser utilizados no pós-parto;
- Explique a ela como funciona o método da LAM (amenorreia da lactação);
- Se a mulher não deseja ou não pode usar a LAM, ajude-a na escolha de outro método (ATENTE-SE AO ÍNDICE DE FALHA);
- Disponibilize o método escolhido pela mulher com instruções para o seu uso, dizendo-lhe o que deve ser feito se o método apresentar efeitos adversos e dando-lhe instruções para o seguimento.



Métodos contraceptivos para a puérpera

Métodos contraceptivos ofertados pelo SUS

| Métodos de esterilização cirúrgica | |
|---|-------------------------------|
| Feminino (ligadura tubária) | Masculino (vasectomia) |

| Método de barreira | | |
|---------------------------|--|---------------------------------------|
| Diafragma | Preservativo masculino e feminino | DIU Tcu-380 A (DIU T de cobre) |

| Métodos hormonais | | |
|-----------------------------|--|---|
| Hormonais orais | Combinado (monofásico)-AOC | Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg |
| | Minipílulas | Noretisterona 0,35 mg |
| | Pílula anticoncepcional de emergência (AHE) | levonorgestrel 0,75 mg |
| Hormonais injetáveis | Mensais (combinado) | Enantato de noretisterona 50 mg + valerato de estradiol 5 mg |
| | Trimestrais (progestágeno) | Acetato de medroxiprogesterona 150 mg |

Fonte: Ministério da Saúde, 2016.



| Contraceptivos no pós parto: o que considerar? | | | |
|---|--|---|---|
| Contraceptivo | Quanto tempo após o parto pode-se iniciar? | Amamentação | Considerações |
| DIU (cobre, prata ou hormonal) | Ou até 2 horas após o parto OU a partir de 4 semanas após o parto. | Indifere: pode-se proceder à inserção de DIU em lactantes ou não-lactantes. | Para abortos de primeiro e segundo trimestre, iniciar nos primeiros sete dias pós-aborto, preferencialmente OU mediante certeza relativa de que a mulher não está grávida, caso seja posterior a primeira semana pós-aborto. |
| Minipílulas de progestágeno | Indica-se esperar o “resguardo” para retomada da vida sexual. | Poderá a mulher estar amamentando de forma exclusiva ou não. | Para início de minipílula: se menos de quatro semanas do parto, começar a qualquer momento (sem necessidade de método de apoio) – não é um método muito eficaz para mulheres que não estão amamentando. Tomar uma pílula ao dia, sem pausas. |
| Pílulas orais combinadas (AOC) | A partir de seis semanas do parto. | AOC não devem ser utilizadas por mulheres que | Após aborto: imediatamente. Se iniciar nos sete |



| | | | |
|---------------------------------------|--|--|--|
| | | amamentam nos primeiros seis meses pós-parto. | <p>dias depois de aborto, não necessita de método de apoio. Se mais que sete dias, iniciar desde que haja certeza razoável de que a mulher não está grávida.</p> <p>Sete dias de pausas entre as cartelas.</p> |
| Anticoncepcional injetável mensal | Caso não amamente: se menos de quatro semanas do parto, iniciar a qualquer momento a partir do 21º dia depois do parto. | Atrase a primeira injeção até completar seis semanas depois do parto ou quando o leite não for mais o alimento principal do bebê – o que ocorrer primeiro. | <p>Uma ampola a cada 30 dias.</p> <p>Pode-se atrasar ou adiantar a ampola, com razoável margem de segurança, até 7 dias entre as aplicações.</p> |
| Anticoncepcional injetável trimestral | <p>Não amamentando: se menos de quatro semanas, iniciar a qualquer momento (sem necessidade de método de apoio).</p> <p>Amamentando: se não houve retorno da menstruação, iniciar a qualquer momento se há certeza razoável de que não está grávida. Método de apoio por 7</p> | Pode-se combinar este método com a amamentação. | <p>Intervalo de 13 semanas entre as aplicações.</p> <p>O esperado é que a mulher permaneça em amenorreia, em uso deste método.</p> <p>Há uma relativa margem de segurança para atraso de até 14</p> |

| | dias. | | dias entre as aplicações. |
|--------------------|---|-----------|---|
| Laqueadura tubária | A mulher pode solicitar a laqueadura tubária 60 dias antes do procedimento, sendo realizada, no mínimo, 42 dias após o parto. | Indifere. | <p>Pedido médico, exclusivamente.</p> <p>Não se realiza no pós-parto imediato.</p> <p>A mulher deverá ter 25 anos completos OU dois filhos vivos.</p> |



Finalizando o pré-natal de forma adequada no PEC

Caracteres restantes: 4000

Problema e / ou condição detectada *

CIAP2

Notas

W82 **ABORTO ESPONTÂNEO**
incl: ABORTO - AMEAÇA, COMPLETO, INCOMPLETO, RETIDO, HABITUAL
excl: ABORTO PROVOCADO W83, HEMORRAGIA PRÉ-PARTO W03, CONTRAÇÕES PREMATURAS DEPOIS DA 28ª SEMANA DE GRAVIDEZ W92,W93, MORTE FETAL, NASCIDO MORTO APÓS A 28ª SEMANA DE GRAVIDEZ W93

W83 **ABORTO PROVOCADO**
incl: INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ, TODO O TIPO DE COMPLICAÇÕES
excl:

CIAP2

W01

« | Página 1 de 1 | »

Problema e / ou condição detectada *

CIAP2

Notas

W03 **HEMORRAGIA ANTES DO PARTO**
incl: HEMORRAGIA VAGINAL DURANTE A GRAVIDEZ
excl: HEMORRAGIA INTRAPARTO W17

W17 **HEMORRAGIA PÓS-PARTO**
incl: SANGRAMENTO PÓS-PARTO
excl:

W18 **SINAIS/SINTOMAS PÓS-PARTO**
incl: QUEIXAS NO PARTO E DURANTE AS 6 SEMANAS PÓS-PARTO
excl: DEPRESSÃO PUERPERAL P76, HEMORRAGIA W17, QUEIXAS SOBRE O ALEITAMENTO W19, COMPLICAÇÕES W96

W90 **PARTO SEM COMPLICAÇÕES DE NASCIDO VIVO**
incl: TRABALHO DE PARTO, PARTO NORMAL NE
excl:

W91 **PARTO SEM COMPLICAÇÕES DE NATIMORTO**
incl: TRABALHO DE PARTO
excl:

CIAP2

W01

« | Página 1 de 2 | »

Problema e / ou condição detectada *

CIAP2 parto

Notas

W92 PARTO COM COMPLICAÇÕES DE NASCIDO VIVO
incl: PARTO ASSISTIDO; PARTO PÉLVICO; CESARIANA; DISTOCIA; PARTO INDUZIDO; LESÕES CAUSADAS PELO PARTO; PLACENTA PRÉVIA DURANTE O PARTO; VERSÃO
excl: HEMORRAGIA W17, ECLAMPSIA W81

W93 PARTO COM COMPLICAÇÕES DE NATIMORTO
incl: PARTO ASSISTIDO; PARTO PÉLVICO; CESARIANA; DISTOCIA; PARTO INDUZIDO; LESÕES CAUSADAS PELO PARTO; PLACENTA PRÉVIA DURANTE O PARTO; VERSÃO
excl: HEMORRAGIA W17, ECLAMPSIA W81

W99 OUTROS PROBLEMAS DA GRAVIDEZ/PARTO
incl:
excl: PSEUDOCIESE P75

Página 2 de 2

| CIAP2 | Descrição da CIAP2 | Nota |
|-------|-----------------------|------|
| W90 | PARTO SEM COMPLICA... | |

Desfecho da gravidez

Tipo de gravidez

Única

Data de desfecho *

26/04/2022



E agora?

Problemas recorrentes no pré-natal que podem ser abordados, sumariamente, na Atenção Primária.



Anemia na gestação

Quem? Médico / enfermeiro.

- Hemoglobina entre 08 g/dl e 11 g/dl: 200 mg/dia de sulfato ferroso (2-2-1).
- Avaliar possibilidade de parasitose intestinal. Repetir hemoglobina (Hb) em 60 dias.
- Hb menor que 08 g/dl: referenciar ao pré-natal especializado.

Observações:

1. Administrar sulfato ferroso longe das refeições, preferencialmente acompanhado suco / fruta cítrica.
2. Proceder a orientações nutricionais / encaminhamento à nutrição para melhor aporte de ferro.



Coombs indireto (teste indireto de antiglobulina humana – TIA)

Quem? Médico / enfermeiro.

- Solicitar se gestante fator Rh negativo.
- Se coombs positivo: referenciar ao pré-natal especializado.
- Se coombs negativo: pedir novas amostras de coombs indireto na 24^a semana de gestação e a cada quatro semanas após.

Observação:

1. Os pedidos de Coombs indireto são direcionados às gestantes **Rh negativo**.



Cultura de streptococos do grupo B

Quem? Médico / enfermeiro.

- Quando? Entre 35 e 37 semanas de gestação.
- Se cultura positiva: anotar no cartão da gestante e orientar que o tratamento será realizado intraparto, se preencher os critérios para tratamento intraparto.
- Se cultura negativa: anotar no cartão da gestante e orientar sobre possibilidade de infecção durante o restante da gestação.

Observação:

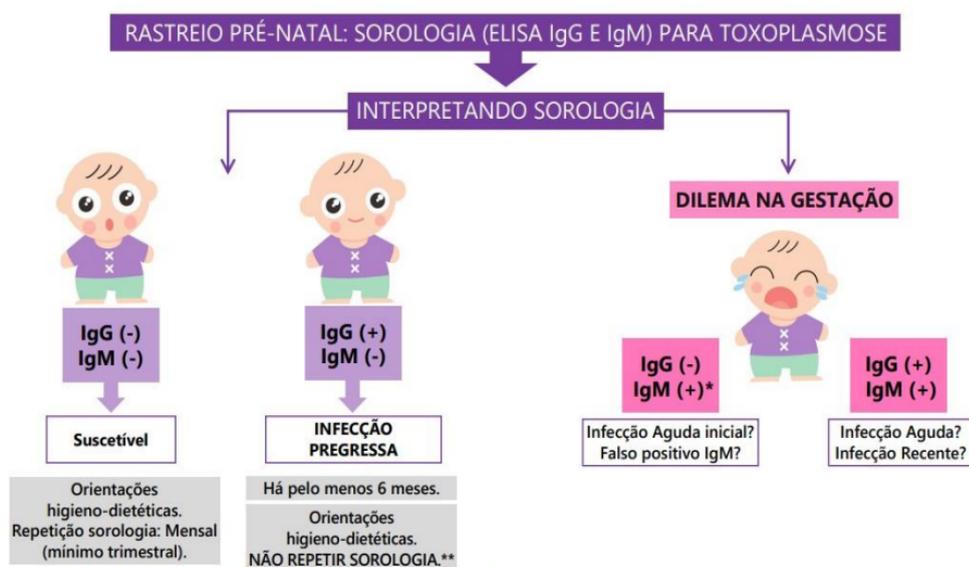
1. A cultura de estreptococos do grupo B, positiva, por si só, não é fator indicativo de cesárea.



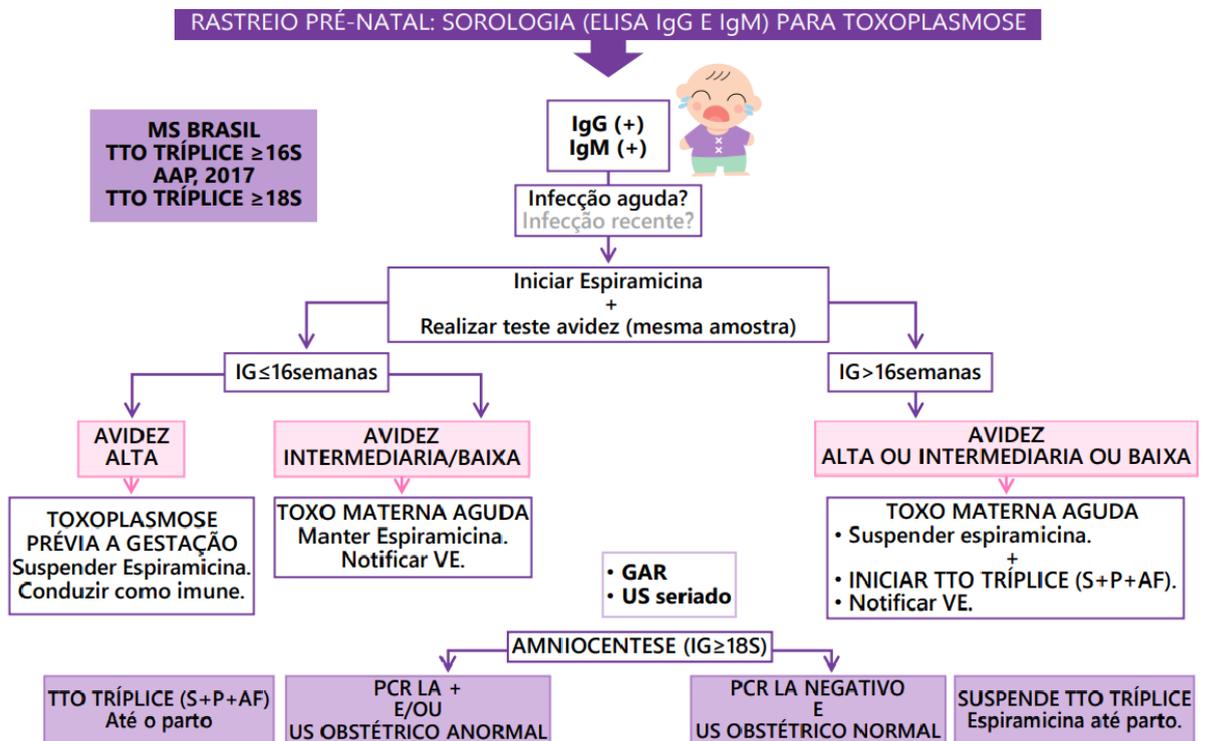
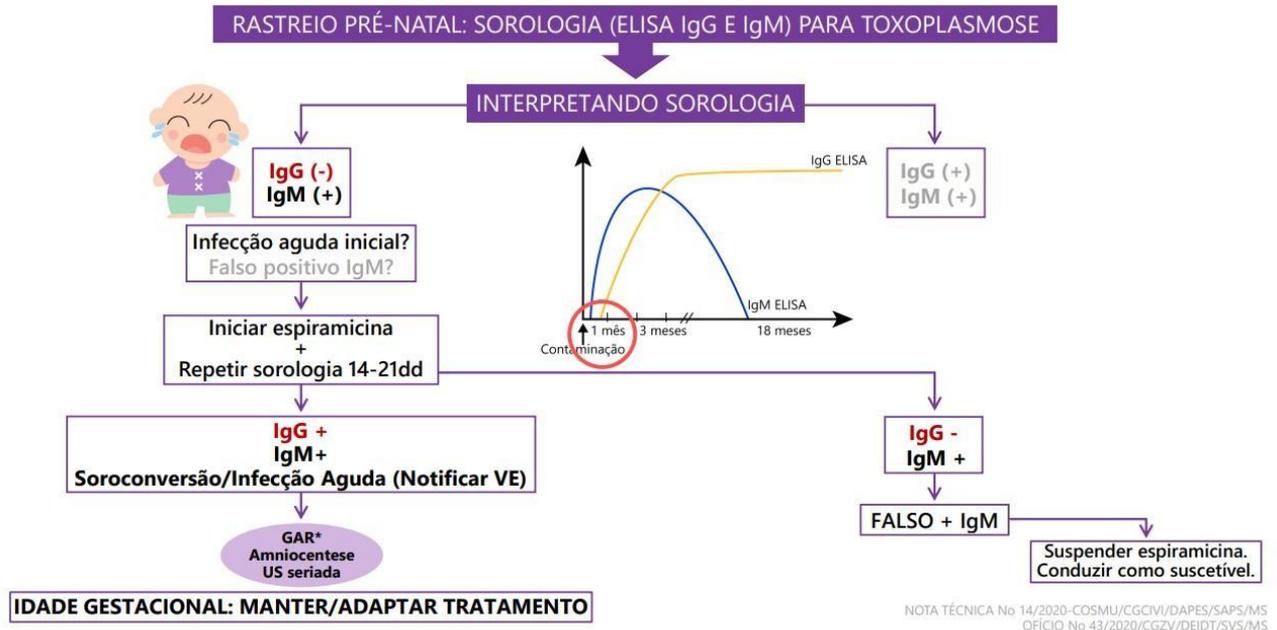
Toxoplasmose

Quem faz o diagnóstico? Preferencialmente o médico. O enfermeiro inicia protocolo de espiramicina na ausência do médico.

A referência ao PNAR pode ser feita pelo médico e enfermeiro, sendo o referenciador o primeiro profissional a identificar a possível infecção.



NOTA TÉCNICA No 14/2020-COSMU/CGCIVI/DAPE/SAPS/MS
OFÍCIO No 43/2020/CGZV/DEIDT/SVS/MS



Fonte: Ministério da Saúde, 2022.



Observação:

1. **PREFERENCIALMENTE** o médico da atenção primária deverá iniciar esquema medicamentoso conforme IG na consulta em que a possível infecção foi determinada.
2. Na falta do profissional médico, o enfermeiro poderá iniciar o esquema medicamentoso, observando a referência ao Pré-Natal Especializado o quanto antes.
3. Reforçando: toxoplasmose IgM reagente – enviar ao PNAR, imediatamente, independente do IgG.
4. Caso o IgG também apresente-se positivo, já proceder ao pedido de avidéz e **TAMBÉM** enviar ao PNAR imediatamente.



Glicemia discordante dos valores de referência

Quem? Enfermeiro e médico.

- Considerar Diabetes mellitus na gestação se glicemia de jejum se apresentar entre ≥ 92 mg/dl e ≤ 125 mg/dl em QUALQUER idade gestacional, após confirmação do segundo exame.
- Considerar Diabetes mellitus na gestação se TOTG com 75 g de glicose anidro, realizado entre 24 e 28 semanas de idade gestacional, for \geq a 92 mg/dL no jejum; \geq a 180 mg/dL na primeira hora; \geq a 153 mg/dL na segunda hora.
- Considerar Diabetes mellitus prévio à gestação se glicemia de jejum \geq 126 mg/dl no início do pré-natal.
- Referenciar ao pré-natal especializado.

Conduta:

- Acompanhar pré-natal paralelamente ao pré-natal especializado em caso de DMG ou DM prévio à gestação.
- Orientar boas práticas nutricionais. A maioria das gestantes com DMG respondem bem com readequação nutricional, atividade física e suspensão do fumo.
- Referenciar gestante com glicemia discordante à nutrição.
- Apenas uma variável de 10% a 20% das gestantes com DMG necessitarão de insulina para controle da glicemia. E deverá partir de prescrição médica.
- Hipoglicemiantes orais são contraindicados. Apenas o médico deverá prescrevê-los SE indicação expressa.
- Se DM tipo 2, controlado com hipoglicemiantes orais, prévio à gestação, a insulina deverá ser iniciada.
- Se insulino dependência prévia à gestação, a insulina será mantida.
- Os ajustes de dose são baseados no controle da glicemia.



Observações:

1. Valores de referência em acordo com recomendações do Ministério da Saúde, 2017.
2. Certificar-se de que a gestante realmente cumpriu o jejum de 8 horas corretamente ao verificar glicemia que sugestione DMG (diabetes mellitus gestacional).
3. O TOTG faz-se necessário apenas em gestantes que apresentaram glicemia normal no exame solicitado na primeira consulta de pré-natal.
4. Vide Anexo 1 para fluxograma.



Pressão Arterial discordante dos valores de referência

Quem? Médico / enfermeiro.

- Se PAS ≥ 160 mmHg e/ou PAD ≥ 110 mmHg, procurar porta de urgências obstétricas.
- Se PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 90 mmHg, realizar nova mensuração com intervalo de 4 horas.
- Registrar mapa, com, no mínimo, três aferições durante a semana; após repouso de 15 minutos (sentada), para confirmação / exclusão de hipertensão na gestação.
- A mensuração realizada após o intervalo de 4 h da primeira aferição alterada deverá entrar no mapa.
- Se confirmado hipertensão na gestação, realizar investigação de proteinúria na urina de 24 h.
- Gestantes que apresentem PA com valores entre 140/90 mmHg e 160/110 mmHg em mapa devem ser referenciadas ao pré-natal especializado para avaliação, independente do resultado de proteinúria.
- Estar sempre atento aos sinais de alerta: cefaleia, estocomas visuais, epigastralgia, edema excessivo, epistaxe, gengivorragia, reflexos tendíneos aumentados, PA $> 160/110$ mmHg. Em caso de apresentação de um ou mais sinais solicitar avaliação médica imediata.

Condutas:

- Se hipertensão na gestação, a metildopa é a droga preferida (750 – 2000 mg/dia).
- **Alternativa:** antagonistas dos canais de cálcio (ex: nifedipino 10 – 80 mg/dia).
- Iniciar tratamento medicamentoso, caso necessário, já na atenção primária.
- Os betabloqueadores são considerados seguros, porém são associados à restrição de crescimento fetal.
- Em caso de pré-eclâmpsia e eclâmpsia, referenciar à urgência obstétrica.



Observações:

1. Orientar gestante a procurar o serviço de saúde caso venha apresentar os sintomas e sinais de alerta supracitados.
2. Respeitar repouso mínimo de 15 minutos antes da aferição da PA. A gestante deverá estar sentada; porém pode-se considerar a posição de repouso em DLE, após descanso de 15 minutos, de acordo com estrutura física da unidade.
3. PA com valores entre 140/90 mmHg e 160/110 mmHg confirmada em mapa + proteinúria 24 h com valor ≥ 300 mg em mulheres que estão na 20ª semana de gestação ou mais e, anteriormente à IG de 20 semanas NÃO apresentavam NENHUMA das alterações citadas: CONSIDERAR PRÉ-ECLÂMPSIA.
4. O mapa de pressão arterial foi adotado pelo município levando em consideração as alterações de PA oriundas de repouso mínimo estipulado não cumprido adequadamente e questões emocionais da gestante.



A suplementação com ácido acetilsalicílico e carbonato de cálcio

Quem? Enfermeiro e médico

- **Para quais gestantes?** A profilaxia é para evitar que a mulher desenvolva pré-eclâmpsia. A gente não espera a mulher desenvolver a pré-eclâmpsia ou estar hipertensa. A aspirina e cálcio devem ser feitos para as mulheres que têm risco, seja pelo histórico familiar, seja pela história obstétrica, ou se a mulher é hipertensa crônica, também deve receber a profilaxia.

Isso diminui o risco dela desenvolver pré-eclâmpsia associada à hipertensão arterial crônica.

Gestantes obesas também poderão receber a prescrição.

- A aspirina e o cálcio fazem parte da farmácia popular. A princípio, são medicações disponíveis nos municípios.
- O enfermeiro pode contribuir, não só pela prescrição da profilaxia, se ela estiver dentro do programa de prescrições da atenção básica ou da Unidade de Saúde, mas também pelo acompanhamento mais seletivo dessas mulheres.
- **Quando se inicia?** A aspirina a partir de 12^a semana de gestação e preferencialmente antes de 20 semanas. Já a suplementação do cálcio pode ser feita a partir de 20 semanas.

| Esquema de administração de AAS e cálcio em gestantes | |
|---|---|
| AAS, 100mg. | 01 cp por dia, da 12 ^a a 36 ^a semana de gestação. |
| Carbonato de cálcio, 1250 mg (500mg de cálcio elementar). | 01 cp de 12h / 12h, a partir da 20 ^a semana de gestação. |



Infecções Sexualmente Transmissíveis

- **HIV:** se TR positivo, encaminhar ao serviço de IST para teste confirmatório.
- Confirmada infecção por HIV, referenciar ao pré-natal especializado.
- **HBsAG:** se positivo, solicitar HBeAG e transaminases (ALT/TGP e AST/TGO).
- Se HBsAG e HBeAG reagentes, encaminhar ao pré-natal especializado.
- HBsAG não reagente pede que esquema calendário vacinal seja completado, se incompleto; ou que dose de reforço da vacina contra hepatite B seja feita. Ambas após 1º trimestre de gestação.
- **HCV:** se positivo, o tratamento na gestação é contraindicado.

Observação:

1. Se HIV positivo, HBsAG e HBeAG reagentes e HCV positivo, referenciar ao pré-natal especializado e ao IST / Aids.



Sífilis na gestação

Quem? Médico / enfermeiro.

- As gestantes devem ser testadas para sífilis, no mínimo na primeira consulta de pré-natal, no início do terceiro trimestre e na internação para o parto, em caso de aborto/natimorto ou história de exposição de risco/ violência sexual.
- As gestantes com testes rápidos reagentes para sífilis deverão ser consideradas como portadoras de sífilis até prova em contrário;
- Na ausência de tratamento adequado, recente e documentado, deverão ser tratadas no momento da consulta;
- Existe evidência de que os benefícios suplantam o custo e o risco do tratamento com benzilpenicilina benzatina;
- Ainda nesse momento, deve ser solicitado, ou preferencialmente colhido, teste não treponêmico (linha de base), para seguimento sorológico;
- O retardo do tratamento no aguardo de resultados de teste complementar faz com que o profissional perca tempo e a oportunidade de evitar a transmissão vertical da sífilis;
- O monitoramento sorológico deve ser mensal até o termo. Após o parto, o seguimento é trimestral até o 12º mês de acompanhamento (3, 6, 9, 12 meses).
- É fundamental a implementação do pré-natal do parceiro.



O diagnóstico, tratamento e monitoramento da sífilis da gestação

Quem? Médico e enfermeiro.

- **Diagnóstico:** teste rápido de sífilis positivo em gestante (pedir VDRL quantitativo no momento que o teste rápido apresentar resultado positivo).
- No caso da gestante desconhecer diagnóstico e tratamento PRÉVIOS ao teste rápido de sífilis positivo E venha a apresentar VDRL negativo antes da conclusão do tratamento ou imediatamente após o tratamento, pedir Fta-abs IgM e IgG considerando a hipótese: falso positivo.

| Tratamento de sífilis primária, secundária e latente em gestante | |
|--|---|
| Tratamento | Observações |
| Aplicar dose única de penicilina benzatina 2,4MUI IM. | <ol style="list-style-type: none">1. Este esquema poderá ser utilizado em gestantes com reações leves e moderadas à penicilina, sem anafilaxia.2. Febre, dor de cabeça, dor muscular e rash podem ocorrer após tratamento e melhoram em 1-2 dias, espontaneamente (Reação de Jarish-Herxheimer).3. Prescrever paracetamol 500mg 6/6h, se necessário.4. Tratar parceria(s) (dos últimos 3 meses) para sífilis recente (independentemente de sintomas/resultado dos testes) e testar para |



| | |
|--|--|
| | <p>sífilis na mesma semana. Interpretar resultados para decidir continuar tratamento para sífilis tardia.</p> <p>5. Se gestante e em tratamento completo para o estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina e INICIADO até 30 dias antes do parto: registrar tratamento adequado na carteira de pré-natal.</p> |
|--|--|

| Sífilis tardia (terciária, latente tardia Sífilis recente (primária, secundária e latente recente) ou latente com duração ignorada | |
|---|---|
| Tratamento | Observações |
| <p>Aplicar primeira dose de benzilpenicilina 2,4M UI IM imediatamente e repetir semanalmente por mais 2 semanas.</p> | <ol style="list-style-type: none"> 1. Este esquema poderá ser utilizado em gestantes com reações leves e moderadas à penicilina, sem anafilaxia. 2. Febre, dor de cabeça, dor muscular e rash podem ocorrer após tratamento e melhoram em 1-2 dias, espontaneamente (Reação de Jarish-Herxheimer). 3. Prescrever paracetamol 500mg 6/6h, se necessário. 4. Tratar parceria(s) (dos últimos 3 meses) |



| | |
|--|--|
| | <p>para sífilis recente (independentemente de sintomas/resultado dos testes) e testar para sífilis na mesma semana. Interpretar resultados para decidir continuar tratamento para sífilis tardia.</p> <p>5. Se gestante e em tratamento completo para o estágio clínico da sífilis com penicilina benzatina e INICIADO até 30 dias antes do parto: registrar tratamento adequado na carteira de pré-natal.</p> |
|--|--|

| MONITORAMENTO DA SÍFILIS |
|--|
| <p>COMPARAR VDRL ATUAL COM VDRL PRÉVIO, sucesso se:</p> |
| <ul style="list-style-type: none"> • O VDRL atual é pelo menos 2 diluições menores que o do diagnóstico (ex.: anterior 1:32, atual 1:8), 6 meses após tratamento para sífilis recente, ou • VDRL atual é pelo menos 2 diluições menores que o do diagnóstico (ex.: anterior 1:32, atual 1:8), 12 meses após tratamento para sífilis tardia. |
| <p style="text-align: center;">Caso o tratamento NÃO tenha tido sucesso:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Retratar paciente e parceria(s) para sífilis recente ou tardia (de acordo com cada caso). • Se houver qualquer VDRL com pelo menos 2 diluições maiores que anterior ou persistência/novos sinais de sífilis: investigar reexposição/tratamento incompleto e retratar paciente e parceria(s) para sífilis recente ou tardia (de acordo com cada caso). A depender do número de casos de reinfecção, avaliar a possibilidade de encaminhamento ao PNAR. |



- Se tratamento completo e sem nova exposição confirmada, referenciar ao PNAR (possibilidade de neurosífilis ou sífilis resistente à penicilina).

Observações:

1. Gestante com teste rápido POSITIVO deve ser **notificada**, compulsoriamente e, preferencialmente, já receber a primeira dose de 2,4 milhão de UI (1,2 milhão de UI em cada glúteo) no momento do teste rápido positivo.
2. A regra é de que o intervalo entre as doses seja de 7 dias para completar o tratamento. No entanto, caso esse intervalo ultrapasse 9 dias, o esquema deverá ser reiniciado.
3. Ao caso de alergia (com histórico de choque anafilático) à penicilina, referenciar ao PNAR para os tratamentos alternativos.
4. **Tratamento alternativo da sífilis:** referenciar ao PNAR.
5. Considerar gestantes tratadas com Ceftriaxona como NÃO TRATADAS.
6. Segundo a resolução do COFEN nº 003/2017 as reações anafiláticas à penicilina ocorrem em apenas 0,01% a 0,05% dos pacientes tratados com a medicação. Desta forma recomenda-se o tratamento, manutenção e seguimento da sífilis na Atenção Primária em Saúde, dado o impacto na prevenção da sífilis congênita na gravidez.
7. A gestante portadora de sífilis, como fator isolado, só será referenciada ao pré-natal especializado se: alérgica à penicilina OU sífilis resistente ao tratamento com penicilina OU sífilis terciária.



Alterações no EAS / Urocultura

Quem? Enfermeiro / médico

- Sintomas de ITU com urocultura positiva: bacteriúria assintomática deve ser tratada conforme antibiograma.

| ATBs de escolha para bacteriúria assintomática / cistite aguda |
|---|
| Nitrofurantoína (100 mg), 1cp, 6 h/6 h, por 7 a 10 dias (evitar após 36ª semana de gestação). |
| Cefalexina (500 mg), 1 cp, de 6 h/6 h, por 7 a 10 dias. |
| Amoxicilina-clavulanato (500 mg / 125 mg), 1 cp, 8 h/8 h, por 7 a 10 dias (evitar uso no terceiro trimestre – risco de enterocolite no RN). |

- ITU não complicada com sintomas sistêmicos: avaliação de antibioticoterapia restrita ao médico.
- ITU complicada com sintomas sistêmicos: encaminhamento médico da gestante para avaliação hospitalar.

Observações:

1. Repetir urocultura de 7 a 10 dias após tratamento.
2. Se gestante apresentar três bacteriúrias assintomáticas após tratamento ou duas pielonefrites, referenciar ao pré-natal especializado.
3. Após o segundo episódio de bacteriúria assintomática / cistite aguda ou primeiro episódio de pielonefrite indica-se quimioprofilaxia: Nitrofurantoína 100 mg ou Cefalexina 500 mg, VO, 1 cp, à noite até o final da gestação.
4. A Nitrofurantoína poderá ser utilizada após a 36ª semana de gestação na ocasião de quimioprofilaxia.



Corrimentos vaginais em gestantes

| Corrimentos vaginais em gestantes | | | | |
|-----------------------------------|--|---|--|--|
| Corrimento | Agente etiológico | Características | Tratamento | Observações |
| Vaginose citolítica | Síndrome de crescimento excessivo do lactobacillus ou citólise de Döderlein. | Prurido vaginal; Queimação vaginal; Dispareunia; Disúria terminal; Corrimento branco abundante (piora na fase lútea). | Ducha vaginal com bicarbonato (4 xícaras de água morna com 1-2 colheres de sopa de bicarbonato de sódio), 2x/ semana, a cada 2 semanas | O tratamento é dirigido no sentido de reduzir o número de lactobacilos elevando-se o pH vaginal. |
| Candidíase vulvovaginal | Candida spp Candida albicans (é a mais frequente). | Secreção vaginal branca, grumosa aderida à parede vaginal e ao colo do útero; Sem odor; Prurido vaginal intenso; | Miconazol creme a 2% – um aplicador (5 g) à noite, ao deitar-se, por 7 dias; OU Nistatina 100.000 UI – | Tratar parceiro SOMENTE se for sintomático. Nos demais casos, este tratamento não traz benefícios. |

| | | | | |
|---------------------|---|---|--|---|
| | | Edema de vulva; Hiperemia de mucosa; Dispareunia de introito. | um aplicador à noite, ao deitar-se, por 14 dias; OU Clotrimazol também é uma opção para gestantes e nutrizes. | |
| Vaginose bacteriana | Gardnerella vaginalis Mobiluncus sp Bacteroides sp Mycoplasma hominis Peptococcus e outros anaeróbios | Secreção vaginal acinzentada, cremosa, com odor fétido, mais acentuado após o coito e durante o período menstrual. Sem sintomas inflamatórios. | Via oral: (independente da idade gestacional e nutrizes): Metronidazol, 250 mg, VO, a cada 8 horas, por sete dias; OU Metronidazol, 500 mg, via oral, a cada 12 horas, por sete dias; OU Clindamicina, 300 mg, VO, a | O tratamento das parcerias sexuais não está recomendado. Orientar quanto ao efeito antabuse – não fazer uso de bebida alcóolica antes, durante e após o tratamento. Puérperas e nutrizes: mesmo esquema terapêutico das |

| | | | | |
|--|--|--|--|------------|
| | | | <p>cada 12 horas, por sete dias.</p> <p>Via intravaginal:</p> <p>Clindamicina óvulos, 100 mg, 1x/dia, por três dias</p> <p>OU</p> <p>Metronidazol gel a 0,75%, 1 aplicador (5 g), 1x/dia, por cinco dias.</p> | gestantes. |
|--|--|--|--|------------|



Dor abdominal e cólicas

Quem? Médico / enfermeiro.

- Verificar se há sinais de alerta: dor em BV, com ritmo e duração aumentadas, sugerindo contrações uterinas; sangramento vaginal; sintomas sistêmicos; sinais de abdome agudo.
- Se NÃO houver sinais de alerta, orientar quanto o caráter fisiológico do sintoma. Persistindo, avaliar necessidade de Hioscina / escopolamina 10 mg (Buscopam simples), 8 h/8h.
- HAVENDO sinais de alerta, solicitar avaliação e conduta médica.



Ameaça de aborto / aborto

Quem? Médico.

- Sinais e sintomas frequentes: sangramento, dor hipogástrico, expulsão de conceito, presença de membranas ovulares, secreções fétidas, dor pélvica intensa à palpação, calor local, febre, comprometimento do estado geral.
- Para ameaça de aborto: administrar por tempo limitado antiespasmódicos (hioscina, 10 mg, cp, VO, 8 h/8 h).
- Orientar abstinência sexual.
- Referenciar para emergência obstétrica.
- Abortamento inevitável: encaminhar à emergência obstétrica.

Observações:

1. Na ocasião de suspeita de placenta prévia e trabalho de parto prematuro, enfermeiro / médico deverão referenciar à emergência obstétrica.
2. Na suspeita de descolamento prematuro de placenta o enfermeiro / médico, deverá referenciar à emergência obstétrica.



Hêmese gravídica

Quem? Médico / enfermeiro.

- Proceder às orientações nutricionais para redução da acidez estomacal.
- Se persistência dos vômitos:

| Abordagem farmacológica para hêmese gravídica |
|---|
| Metoclopramida 10 mg, 8 h/8 h |
| Dimenidrinato 50 mg + cloridrato de piridoxina 10 mg, 6 h/6 h (não exceder 400 mg/dia). |

- Se não houver resposta, considerar hiperêmese gravídica e encaminhar ao hospital referência.
- Se gestante apresentar sinais de alerta, solicitar avaliação médica imediata para determinação da conduta e referência ao hospital.

Observação:

1. Sinais de alerta: queda do estado geral, sinais de desidratação, sinais de distúrbios metabólicos.



Saúde Mental Materna

Abordar a temática da saúde mental materna importante porque ela desempenha um papel fundamental no bem-estar da mãe, na dinâmica familiar e no desenvolvimento saudável da criança. A saúde mental materna afeta diretamente a capacidade da mãe de se relacionar, construir vínculo com o bebê, cuidar e responder às necessidades emocionais de seus filhos.

Falar sobre saúde mental materna ajuda a aumentar a conscientização sobre os desafios emocionais enfrentados pelas mães, como a fase do baby blues, depressão pós-parto, ansiedade, estresse, transtornos alimentares e alterações hormonais. Isso ajuda a combater o estigma associado à busca de ajuda e promove a importância do autocuidado.

Além disso, discutir a saúde mental materna encoraja o apoio social e familiar, proporcionando às mães um ambiente de suporte e compreensão. Isso também pode ajudar a identificar sinais precoces de problemas de saúde mental e garantir intervenção precoce, promovendo a recuperação e prevenindo complicações a longo prazo.

O acompanhamento psicológico durante a gestação e puerpério possibilita oferecer suporte emocional, estratégias de enfrentamento e orientação para as mães e os pais. Isso contribui para o fortalecimento da saúde mental e o bem-estar geral da mãe, influenciando positivamente toda a família e o desenvolvimento saudável da criança.

Desde a descoberta da gestação a mulher passa pelas seguintes situações:

- Mudanças: corpo, vida financeira, profissional, sintomas físicos;
- Dúvidas: evolução da gravidez, se vai dar conta, cuidados com o bebê, rotina;
- Preocupações: abortos, se é normal o que está sentindo, o parto;



- Medos: de aborto, do parto, da dor, problemas na hora do parto, problemas com o filho.

Tornar-se mãe e dar vida a um bebê é um momento sensível, que implica uma série de transformações.

Maternidade real

- bebê real;
- solidão da maternidade;
- mãe invisível (ninguém quer saber como a mãe está);
- dificuldade no relacionamento amoroso;
- sente-se injustiçada em relação ao esposo;
- sente-se invisível;
- sofre com os palpites;
- dificuldade na amamentação;
- volta ao trabalho

E o relacionamento ?

O relacionamento com o companheiro é um dos fatores que sofrem uma profunda transformação depois que o bebê nasce. A relação deverá ser reconstruída, pois a entrada de mais uma pessoa na família interfere na rotina do casal.

É fundamental ter diálogo, parceria e apoio de ambos os lados.

Queixas mais comuns:

- dificuldades de comunicação;
- falta da participação ativa do pai;



- falta de momentos de intimidade do casal;
- insegurança em relação ao corpo;
- de se sentir ignorado, em detrimento do filho (para os homens)

Baby blues

Período de grandes transformações, que dura aproximadamente quinze dias após o parto.

Acontece uma instabilidade emocional passageira, desencadeada por fatores hormonais.

Alguns Sintomas

- Maior sensibilidade emocional;
- Tristeza
- Constante vontade de chorar;
- Comentários autodepreciativos;
- Insegurança;
- Impaciência;
- Ansiedade;
- Insônia;
- Oscilação de humor;
- Sensação de incapacidade de cuidar do bebê e outros;
- Indisposição e cansaço
- Falta de energia

Depressão pós parto

é uma doença que acomete mulheres após o parto. Essa condição é definida como uma profunda tristeza que pode trazer consequências tanto para mãe



como o bebê, pois há comprometimento do vínculo entre eles, que pode inclusive não ocorrer.

Alguns sintomas

- Dificuldade de desenvolver sentimentos amorosos com o bebê;
 - Tristeza profunda e constante
 - Mudanças de humor severas;
 - Episódios de pânico;
 - Fadiga intensa;
 - Afastamento de amigos e familiares;
 - Alterações no apetite;
 - Falta de higiene da mãe e do bebê;
 - Pensamentos de suicídio ou morte;
-
- Pensamentos relacionados a prejudicar a si mesma ou ao bebê.

Sinais de alerta

- Ideias de suicídio;
- Ideias de fazer mal para o bebê.

Procurar ajuda médica com urgência.

Escala de Depressão

O que fazer para ter uma saúde mental na gestação

E o pai?



- Incluir o pai durante todo pré-natal;
- Acolhe-lo;
- Ouvir como está sendo esse momento para o pai, quais seus medos e preocupações;
- Pai não é rede de apoio.

Maternidade real

- momentos de dor causadas pelos pontos seja da cesárea ou da episiotomia;
- o começo difícil da amamentação, as dores na mama;
- a sensação de solidão;
- o medo;
- não conseguir fazer mais nada sozinha, está sempre acompanhada do filho;
- ser mãe não é instinto, precisa de conhecimento, receber orientações, ajudas;
- seu com o bebê nem sempre vem pronto, é algo construído;
- pode ser que você vai conhecer um tipo de amor que jamais sentiu na sua vida;
- além da dor você também poderá sentir uma sensação maravilhosa ao amamentar.



Questionário para auto-avaliação de Depressão Pós-Parto

O Edinburgh Postnatal Depression Scale (EPDS) é questionário de auto-avaliação desenvolvido na Grã-Bretanha para pesquisa da depressão pós-parto, traduzido e validado em diversos países, inclusive no Brasil.

Esta ferramenta mostrou elevada sensibilidade para a identificação da depressão pós-parto, na maioria das investigações. O questionário de auto-avaliação contém dez perguntas com quatro opções que são pontuadas de 0 a 3, de acordo com a presença ou intensidade dos sintomas: humor deprimido ou disfórico, distúrbio do sono, perda do prazer, diminuição do desempenho, culpa e idéias de morte e suicídio. As entrevistadas são consideradas como do grupo de risco para desenvolver depressão, se a pontuação alcançada na EPDS forem iguais ou maiores que 10. Nesse caso, você deverá procurar um médico.

QUESTIONARIO:

Você teve um bebê há pouco tempo e gostaríamos de saber como você está se sentindo nos últimos sete dias e não apenas hoje:

1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas
 - Como eu sempre fiz
 - Não tanto quanto antes
 - Sem dúvida, menos que antes
 - De jeito nenhum

2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia-a-dia:
 - Como sempre senti
 - Talvez, menos que antes



- Com certeza menos
 - De jeito nenhum
3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas:
- Sim, na maioria das vezes
 - Sim, algumas vezes
 - Não muitas vezes
 - Não, nenhuma vez
4. Eu tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem uma boa razão:
- Não, de maneira alguma
 - Pouquíssimas vezes
 - Sim, algumas vezes
 - Sim, muitas vezes
5. Eu tenho me sentido assustada ou em pânico sem um bom motivo:
- Sim, muitas vezes
 - Sim, algumas vezes
 - Não muitas vezes
 - Não, nenhuma vez
6. Eu tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia-a-dia:
- Sim. Na maioria das vezes eu não consigo lidar bem com eles
 - Sim. Algumas vezes não consigo lidar bem como antes
 - Não. Na maioria das vezes consigo lidar bem com eles
 - Não. Eu consigo lidar com eles tão bem quanto antes
7. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho tido dificuldade de dormir



Sim, na maioria das vezes

Sim, algumas vezes

Não muitas vezes

Não, nenhuma vez

8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada

Sim, na maioria das vezes

Sim, muitas vezes

Não muitas vezes

Não, de jeito nenhum

9. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado

Sim, quase todo o tempo

Sim, muitas vezes

De vez em quando

Não, nenhuma vez

10. A idéia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça

Sim, muitas vezes, ultimamente

Algumas vezes nos últimos dias

Pouquíssimas vezes, ultimamente

Nenhuma vez

Como fazer a pontuação

Questões 1, 2, e 4

- Se você marcou a primeira resposta, não conte pontos.
- Se você marcou a segunda resposta, marque um ponto.



- Se você marcou a terceira resposta, marque dois pontos.
- Se você marcou a quarta resposta, marque três pontos.

Questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10

- Se você marcou a primeira resposta, marque três pontos.
- Se você marcou a segunda resposta, marque dois pontos.
- Se você marcou a terceira resposta, marque um ponto.
- Se você marcou a quarta resposta, não conte pontos.



Estratificação de risco da gestante e o quê referenciar ao pré-natal especializado



| Gestante de risco habitual | |
|-----------------------------------|--|
| Seguimento na Atenção Primária | |
| Características / condições | <ul style="list-style-type: none"> • Idade entre 16 e 34 anos. • Aceitação da gestação. • Ausência de intercorrências clínicas ou obstétricas na gravidez anterior e/ ou na atual |

| Gestante de risco médio - intermediário | |
|--|---|
| Atenção primária com equipe multidisciplinar OU combinado ao pré-natal especializado (a depender das características e/ou combinado de fatores – analisar caso a caso) | |
| Características / condições | <ul style="list-style-type: none"> • Idade menor que 15 anos ou maior que 35 anos. • Condições de trabalho desfavoráveis: esforço físico excessivo, carga horária extensa, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, níveis altos de estresse. • Indícios ou ocorrência de violência doméstica ou de gênero. • Situação conjugal insegura. • Insuficiência de apoio familiar. • Capacidade de autocuidado insuficiente. • Não aceitação da gestação. • Baixa escolaridade (<5 anos de estudo). • Uso de medicamentos teratogênicos. • Altura menor que 1,45 m. • IMC <18,5 ou 30 kg/m² a 39 kg/m². • Transtorno depressivo ou de ansiedade leve. • Uso ocasional de drogas e ilícitas. |



| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Etilismo sem indicativo de dependência*. • Tabagismo com baixo grau de dependência*. • Gestante em situação de rua ou em comunidades indígenas, quilombolas ou migrantes. • Gestante negra (cor de pele preta ou parda). • Outras condições de saúde de menor complexidade. • Abortos precoces (até 12 semanas) em gestações anteriores (até 2 abortos consecutivos). • Histórico de pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia em gestação anterior. • Insuficiência istmo-cervical. • Alterações no crescimento intrauterino (restrição de crescimento fetal e macrossomia). • Malformação fetal. • Nuliparidade ou multiparidade (5 ou mais partos). • Diabetes gestacional. • Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas sem critérios de gravidade. • Infertilidade. • Cesáreas prévias (2 ou mais). • Intervalo interpartal <2 anos. • Depressão e ansiedade leves sem necessidade de tratamento medicamentoso. • Asma controlada sem uso de medicamento contínuo. • Hipotireoidismo subclínico diagnosticado na gestação. • Gestação resultante de estupro. • Gestação gemelar dicoriônicadiamniótica. • Diabetes gestacional controlada sem medicação e sem repercussão fetal. • Hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia sem sinal de gravidade materno-fetal. • Infecção urinária (até 2 ocorrências) ou 1 episódio de |
|--|---|

| | |
|--|--|
| | <p>pielonefrite.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ganho de peso inadequado (insuficiente ou excessivo). • Doenças infecciosas: sífilis (exceto sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina e achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita); • toxoplasmose aguda sem repercussão fetal; herpes simples. Suspeita ou confirmação de • dengue, vírus zica ou chikungunya (quadro febril exantemático). • Restrição de crescimento fetal suspeita. • Feto acima do percentil 90%. • Anemia leve a moderada (hemoglobina entre 9 g/dl e 11 g/ dl). |
|--|--|

| Gestante de alto risco | |
|---|--|
| Referenciar ao Pré-Natal especializado (não desvincular da USF) | |
| <p>Condições / Características</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Etilismo com indicativo de dependência*. • Tabagismo com indicativo de dependência elevada*. • Dependência e/ou uso abusivo de drogas. • Agravos alimentares ou nutricionais: IMC ≥ 40 kg/m², desnutrição, carências nutricionais (hipovitaminoses) e transtornos alimentares (anorexia nervosa, bulimia, outros). • Abortamento habitual/recorrente (ocorrência de 3 ou mais abortamentos consecutivos). • Aborto tardio ou morte perinatal explicada ou inexplicada. • Isoimunização Rh em gestação anterior. • Acretismo placentário. |

| | |
|--|--|
| | <ul style="list-style-type: none">• Pré-eclâmpsia grave; síndrome HELLP.• Prematuridade anterior.• Isoimunização Rh em gestação anterior.• Cesariana prévia com incisão clássica/corporal. Doença psiquiátrica grave: psicose, depressão grave, transtorno bipolar, outras.• Hipertensão arterial crônica.• Diabetes mellitus 1 e 2.• Doenças genéticas maternas.• Antecedente de tromboembolismo (TVP)• Infecção urinária de repetição: ≥ 3 episódios de infecção do trato urinário (ITU) baixa ou ≥ 2 episódios de pielonefrite.• Doenças infecciosas: sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina ou com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita;• toxoplasmose aguda com suspeita de repercussão fetal; rubéola na gestação; citomegalovírus na gestação; diagnóstico de HIV/aids na gestação.• Restrição de crescimento fetal confirmada.• Desvios da quantidade de líquido amniótico.• Isoimunização Rh.• Insuficiência istmocervical diagnosticada na gestação atual.• Trabalho de parto pré-termo inibido na gestação atual.• Anemia grave (hemoglobina < 9 g/dL) ou anemia refratária a tratamento.• Hemorragias na gestação atual.• Placenta prévia (diagnóstico confirmado após 22 semanas).• Acretismo placentário.• Colestase gestacional (prurido gestacional ou |
|--|--|

| | |
|--|--|
| | <p>icterícia persistente).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal. • Qualquer patologia clínica que repercute na na gestação ou necessite de acompanhamento clínico especializado. • Outras condições de saúde de maior complexidade gestação ou necessite de acompanhamento clínico especializado. • Outras condições de saúde de maior complexidade embolia pulmonar). • Cardiopatias (valvulopatias, arritmias e endocardite) ou infarto agudo do miocárdio. • Pneumopatias graves (asma em uso de medicamento contínuo, doença pulmonar obstrutiva crônica – doença pulmonar obstrutiva crônica e fibrose cística). • Nefropatias graves (insuficiência renal e rins policísticos). • Endocrinopatias (hipotireoidismo clínico em uso de medicamentos e hipertireoidismo). • Doenças hematológicas: doença falciforme (exceto traço falciforme), púrpura trombocitopênica idiopática, talassemia e coagulopatias. • Histórico de tromboembolismo. • Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular cerebral, deficits motores graves). • Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, síndrome do anticorpo antifosfolípídeo – SAAF, artrite reumatoide, outras colagenoses). • Ginecopatias: malformações uterinas, útero bicorno, miomas intramurais maiores que 4 cm ou múltiplos e miomas submucosos, ou cirurgia uterina prévia fora da gestação. • Neoplasias (qualquer) – quadro suspeito, diagnosticado ou em tratamento. |
|--|--|

| | |
|--|---|
| | <ul style="list-style-type: none"> • Transplantes. • Cirurgia bariátrica. • Doenças infecciosas: tuberculose; hanseníase; hepatites; condiloma acuminado (no canal vaginal ou no colo uterino, ou lesões extensas/numerosas localizadas em região genital ou perianal). • Diagnóstico de HIV. |
|--|---|

Observações:

1. Tanto o PNAR, quanto a Atenção Básica, deverão alimentar de forma compartilhada o Formulário de Plano de Cuidados, que estará disponível no Drive.
2. O Formulário de Plano de Cuidados no Drive será descontinuado assim que o PEC for implantado nos serviços de PNAR da cidade.
3. As gestantes encaminhadas para o PNAR deverão ser encaminhadas para a Central Reguladora de Regulação (SISREG), na Secretaria Municipal de Saúde, aos cuidados de Ana Paula Cassani.
4. A Central Reguladora quem fará a redistribuição dos encaminhamentos conforme disponibilidade de vagas e regionalidade.
5. O setor que receberá essa gestante e fará a tentativa de contato com essa mulher (manter dados atualizados).
6. As consultas subsequentes serão agendadas no próprio serviço.
7. O PNAR da policlínica sul e do núcleo da zona oeste continuarão como referência, porém acessados pelo SISREG.
8. Não desvincular a gestante do PNAR da atenção básica, mantê-la vinculada à unidade ao menos uma vez ao mês.

ANEXOS



O plano de parto

É importante que, a partir das 36 semanas de gestação, a gestante e família conversem com o profissional acerca do que desejam e do que não desejam em seu processo de parto.

Assim sendo, para facilitar esta discussão em consulta, o Centro de Atenção Secundária a Saúde da Mulher, junto à Secretaria Municipal de Saúde, elaborou um plano de parto com os principais tópicos a serem discutidos e registrados, se tratando das expectativas da gestante relacionadas ao parto.

Tal impresso poderá ser impresso e anexado à Caderneta da Gestante; bem como a mulher deverá ser orientada em comunicar a equipe da maternidade sobre o documento.

A gestante e o profissional poderão utilizar outros modelos, caso queiram.

O documento abaixo é um norteador.





SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE POÇOS DE CALDAS

PLANO DE PARTO

Estamos cientes de que o parto pode tomar diferentes rumos. Abaixo listamos nossas preferências em relação ao parto e ao nascimento do nosso filho, caso tudo transcorra bem. Sempre que os planos não puderem ser seguidos, gostaríamos de ser previamente consultados a respeito das alternativas.

Ao

hospital _____

Gestante _____

Meu médico obstetra é o (a) Dr(a) _____ Não tenho obstetra específico.

Meu médico pediatra é o (a) Dr(a) _____ Não tenho pediatra específico.

Data provável do meu parto é _____ / _____ / _____ (40 SEMANAS DE GESTAÇÃO).

O parto está programado para ser: () Vaginal () Cesárea.

Queremos que o obstetra discuta conosco qualquer procedimento ou medicação antes da administração e que nos seja dada a chance de escolher após consentimento informado.

O obstetra pode tomar as decisões necessárias para a saúde e segurança da mãe e do bebê.

SITUAÇÕES ESPECIAIS

Tenho uma cesariana anterior

Tenho diabetes gestacional

Tenho pressão alta

Tenho Rh negativo

Tenho cultura positiva para Streptococos B

Outra: _____

ACOMPANHANTE

Gostaria que me acompanhasse da admissão ao nascimento:

Gostaria de ter enfermeira obstetra e/ou doula de minha escolha (Na Santa Casa existe uma relação de doulas e enfermeiras obstetras cadastradas, que deve ser obedecida) _____

ADMISSÃO E TRABALHO DE PARTO

Aguardar até 41 semanas para indução do meu trabalho de parto, caso não entre espontaneamente.

Caso não entre em trabalho de parto até 41 semanas, gostaria de realizar cesárea.

Gostaria de ter liberdade de movimentos durante o trabalho de parto.

Gostaria de poder tomar banhos durante o trabalho de parto.

Gostaria de poder ingerir água e líquidos açucarados.

Gostaria que restringissem ao mínimo o número de exames vaginais.

Gostaria de ter música ambiente (criar uma playlist no celular e levar fone de ouvido).

Gostaria que colocassem infusão intravenosa (soro na veia) para indução ou aceleração do trabalho de parto apenas sob necessidade médica.

Gostaria que não rompessem artificialmente as membranas, se o bebê estiver bem.

Gostaria que meu parceiro não fosse separado de mim em nenhum momento do trabalho de parto.

ALÍVIO DE DOR

Gostaria de ter medicação e/ou analgesia para alívio da dor, com informações completas sobre possíveis efeitos sobre mim, o bebê e o trabalho de parto.

Gostaria de poder utilizar métodos não farmacológicos para o alívio da dor (bola, massagens, banhos, terapia frio/calor).

PERÍODO EXPULSIVO

Gostaria de poder escolher a posição mais confortável para parir.

Gostaria de poder tocar a cabeça do meu bebê assim que ele coroar.

Não ter limites de tempo para o período expulsivo, desde que eu e meu bebê estejamos bem.

Gostaria de ser submetida à episiotomia apenas se houver risco para o bebê.

Não gostaria de ser submetida à episiotomia em hipótese alguma.

Não gostaria que realizassem a manobra de Kristeller, em hipótese alguma.

Empurrar o bebê apenas quando eu sentir necessidade (Puxo espontâneo).

Empurrar quando direcionada pelo obstetra ou acompanhante, após analgesia, se necessário.

RECÉM-NASCIDO

Gostaria que meu parto fosse fotografado.

Gostaria que o cordão fosse cortado depois de parar de pulsar.

Gostaria que o cordão fosse cortado oportunamente entre 1 e 3 minutos, caso o meu bebê esteja bem.

Gostaria de pegar imediatamente o meu bebê e amamentá-lo em sua primeira hora de vida.

Desejo ter auxílio na amamentação.

Entendi que é aplicado o colírio (lodo) para a prevenção de conjuntivite bacteriana no bebê logo após o nascimento e, ainda assim, NÃO gostaria que fosse aplicado no meu bebê.

Gostaria que fosse administrada Vitamina K no meu bebê para a prevenção de doenças hemorrágicas.

Gostaria de acompanhar meu bebê durante cada um dos procedimentos que precisarem ser feitos e receber informações sobre cada um deles.

SAÍDA DA PLACENTA

Gostaria de ver a minha placenta.

Gostaria do carimbo da placenta (levar a folha A3).

CESARIANA

Gostaria de realizar uma cesariana apenas por razões clínicas e ser orientada quanto ao motivo que levou a indicação.

Gostaria de esperar o início do trabalho de parto antes de efetuar a cesárea.

Gostaria que não me fossem administrados sedativos pré-operatórios nem anestesia geral.

Gostaria de ser informada sobre cada procedimento associado à cesárea (testes, tricotomia, sonda urinária etc.).

Gostaria que o meu acompanhante permanecesse junto comigo durante a minha cesariana.

Gostaria de poder amamentar o meu bebê tão logo seja possível.

Gostaria de tocar meu bebê, por favor, deixe pelo menos uma mão livre.

PÓS-PARTO

Quero alimentar meu bebê através de amamentação exclusiva. Sem uso de bicos artificiais.

Não gostaria que oferecesse ao meu bebê leite artificial sem ser previamente comunicada.

Gostaria de dar banho no meu bebê (após 24h de vida) e fazer as trocas de roupa e fralda.

Que me orientem sobre os métodos de planejamento familiar mais indicado para a minha situação e como faço para ter acesso a eles, evitando gravidez indesejada.

Outros itens importantes:

Obrigada pela compreensão e esforços da equipe envolvida nesse momento tão importante para a nossa família.

Assinatura: _____

Data: _____

Assinatura do profissional que orientou o preenchimento: _____

Referências

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**: Caderno n°32. Brasília, 2013. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/ape/biblioteca.phpconteudo=publicacoes/cab32>. Acesso em: 19 fev. 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Caderneta da gestante**. Brasília, DF, 2020.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Cuidados obstétricos em *diabetes mellitus* gestacional no Brasil**. Brasília, DF, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA). Coordenação de Prevenção e Vigilância. **Diretrizes Brasileiras para o Rastreamento do Câncer do Colo do Útero**. Rio de Janeiro, 2016. Disponível em: <https://www.inca.gov.br/publicacoes/livros/diretrizes-brasileiras-para-o-rastreamento-do-cancer-do-colo-do-utero> . Acesso em 18 de fev 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília, 2016. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf . Acesso em 18 de fev 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA Saúde. **Manual da gestação de alto risco – versão preliminar**. Brasília, DF, 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Manual técnico para profissionais de saúde – DIU com cobre T Cu 380 A**. Distrito Federal, DF. 2018. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/biblioteca/manual-tecnico-para-profissionais-de-saude-diu-com-cobre-tcu-380a/> . Acesso em 15 de fev 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **PEC – prontuário eletrônico do cidadão. Guia para qualificação dos indicadores da APS.** Brasília, DF, 2022.

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para atenção integral às pessoas com infecções sexualmente transmissíveis.** Brasília, DF. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996. Regula o parágrafo 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 15 de janeiro de 1996, Seção 1, p. 561. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l9263.htm . Acesso em 24 fev. 2022.

HADLOC, FP; HARRIST, RB, Martinez-Poyer J. **In utero analysis of fetal growth: A sonographic weight standard.** Radiology 1991;181:129-33.

LIMA, Everton Diego Araújo *et al.* Saliva e hidratação: importância da quantidade e da qualidade da saliva para manutenção da condição bucal satisfatória em pacientes com paralisia cerebral. **Revista Campo do Saber**, v. 3, n. 1, p. 101-119, 2017.

MOORE, TR; CAYLE, JE. **The amniotic fluid index in normal human pregnancy.** Am J Obstet Gynecol 1990;162:1168-73.

NATIONAL CENTRE FOR EATING DISORDERS. **Bulimia: Caring For Your Teeth.** United Kingdom. Disponível em: <https://eating-disorders.org.uk/information/caring-for-your-teeth/>. Acesso em: 25 abr. 2022.

OLIVEIRA, Ana Emilia Figueiredo ; HADDAD, Ana Estela. **Saúde Bucal da Gestante:** Acompanhamento Integral em Saúde da Gestante e da Puérpera. São Luís: EDUFMA, 2018.