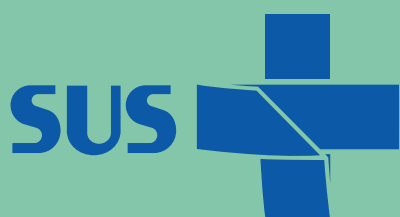


LINHA DE CUIDADO MATERNO INFANTIL



**GOVERNO
DE SANTA
CATARINA**



ESTADO DE SANTA CATARINA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
SUPERINTENDÊNCIA DE PLANEJAMENTO E GESTÃO
DIRETORIA DE ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

LINHA DE CUIDADO MATERNO INFANTIL

Florianópolis - SC
2019

GOVERNO DE SANTA CATARINA
Secretaria de Estado da Saúde

Governador

Carlos Moisés da Silva

Secretário de Estado da Saúde

Helton de Souza Zeferino

Superintendente de Planejamento e Gestão

Carmem Delziovo

Diretora de Atenção Primária à Saúde

Maria Simone Pan

Elaboração e Organização

Maria Simone Pan

Adriana Maria da Silva Rubini

Carmem Regina Delziovo

Vanessa Vieira

Halei Cruz

Cristine Ferreira

Apoio Núcleo Telessaúde SC

Revisão - Josimari Telino de Lacerda

Design - Luisa Talulah Ferreira Silva

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	06
2. MATRIZ DOS PONTOS DE ATENÇÃO.....	10
2.1 Atenção Primária à Saúde	
2.1.1 Compete à Atenção Primária à Saúde.	
2.1.2 Compete ao Agente Comunitário de Saúde (ACS)	
2.1.3 Compete ao Nível Secundário de Saúde - Hospital Referência para Gestação e Partos de Baixo Risco	
2.1.4 Compete ao Nível Terciário de Saúde - Hospital Referência para Gestação e Partos de Alto Risco	
3. AVALIAÇÃO PRÉ-CONCEPCIONAL	16
4. FLUXO DA GESTANTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA	17
4.1 Teste Rápido para Gravidez (TRG):	
5. INÍCIO DO PRÉ NATAL	21
5.1 Seguimento da gestante no pré natal de baixo risco.	
5.2 Estratificação de risco gestacional	
5.3 Plano de parto	
5.4 Orientações específicas quanto à amamentação	
5.5 Cálculo e Anotação da Idade Gestacional	
6. ROTINA DE EXAMES COMPLEMENTARES	26
6.1 Condutas frente aos resultados dos exames	
7 SÍFILIS GESTACIONAL	30
8. ATENÇÃO À MULHER E À CRIANÇA NO PERÍODO DO PUERPÉRIO	33
8.1 Intercorrências que se caracterizam como sinais de alerta no puerpério	
9 ACOMPANHAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO.....	36
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	41

LISTA DE ABREVIATURAS, ACRÔNIOS, SIGLAS

ACS - Agente Comunitário de Saúde	PA – Pressão Arterial
APS - Atenção Primária à Saúde	TIG – Teste Imunológico de Gravidez
eAB - Equipe de Atenção Básica.	bHCG – Fração beta da Gonadotrofina Coriônica humana
ESF - Estratégia de Saúde da Família.	TRG – Teste Rápido de Gravidez
MS - Ministério da Saúde.	IG – Idade Gestacional
RAS - Rede de Atenção à Saúde.	DPP – Data Provável do Parto
SUS - Sistema Único de Saúde.	DUM – Data da Última Menstruação
UBS - Unidade Básica de Saúde.	CFR – Crescimento Fetal Restrito
ODS - Objetivos do Desenvolvimento Sustentável	CO – Centro Obstétrico
OMS - Organização Mundial da Saúde	VDRL – Venereal Disease Research Laboratory
SINASC - Sistema de Informação de Nascidos Vivos	IST – Infecção Sexualmente Transmissível
SES - Secretaria de Estado da Saúde	OMS – Organização Mundial de Saúde
SC - Santa Catarina	AINE – Antiinflamatórios não esteroidais
PMAQ - Programa de Avaliação da Melhoria do Acesso e da Qualidade	COFEN – Conselho Federal de Enfermagem
IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística	ITU – Infecção do Trato Urinário
UTI - Unidade de Tratamento Intensivo	CAPS – Centro de Atenção Psicossocial
eSUS AB - Sistema de Informação da Atenção Básica	
SISPRENATAL WEB- Sistema de Informação do pré-natal	
LC - Linha de Cuidado	
CIR- Comissão Intergestora Regional	
CIB - Comissão Intergestora Bipartide	
APS - Atenção Primária à Saúde	
RN - Recém-nascido	
HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana	
PCDT - Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas	
CONITEC - Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologias no SUS	
SISREG - Sistema Nacional de Regulação	
NASF/AB – Núcleo Ampliado de Saúde da Família	

1 INTRODUÇÃO

Qualificar a atenção às gestantes, puérperas e crianças no sentido de prevenir a morbimortalidade materna e infantil é uma prioridade nacional, aponta para a necessidade de adotar medidas destinadas a assegurar a melhoria do acesso, da cobertura, da qualidade do acompanhamento pré-natal, da assistência ao parto e puerpério e da assistência à criança. O Ministério da Saúde, por meio da Rede Cegonha instituída em 2011, fomenta a ampliação do acesso, acolhimento, resolutividade e a redução do número de óbitos evitáveis de mulheres e crianças no país.

Trata-se de um modelo de atenção que garante às mulheres e às crianças uma assistência humanizada e de qualidade, por meio da ampliação do acesso e da melhoria da qualidade do pré-natal, da vinculação da gestante à unidade de referência e ao transporte seguro, da implementação de boas práticas na atenção ao parto e nascimento, incluindo o direito ao acompanhante de escolha da mulher no parto, da atenção à saúde das crianças de 0 a 24 meses.

O estado e os municípios de Santa Catarina habilitaram-se em 2012 e 2013, junto ao Ministério da Saúde para a implantação da Rede Cegonha, com a elaboração dos Planos Estadual e Regionais, que foram aprovados pelas Comissões Intergestoras Regionais e Comissão Intergestora Bipartite, comprometendo-se ao desenvolvimento das ações pactuadas.

Apesar dos resultados alcançados em Santa Catarina, a mortalidade materna e a infantil continuam a ser um importante problema de saúde pública, pelas mortes evitáveis, razão pela qual seu enfrentamento com novas possibilidades de acesso e atenção devem constituir uma prioridade.

Quanto a redução da mortalidade, os novos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) convocam para um esforço de eliminação das mortes evitáveis entre os anos de 2016 e 2030. As experiências de vários países têm demonstrado que há diferenças entre a mortalidade relacionada às condições socioeconômicas e variáveis sociais como: escolaridade da mãe, etnia e acesso aos serviços de saúde em tempo oportuno. Por isso, a identificação dos fatores de risco para a mortalidade materna e infantil é fundamental para orientar o planejamento das ações para a mudança desses indicadores.

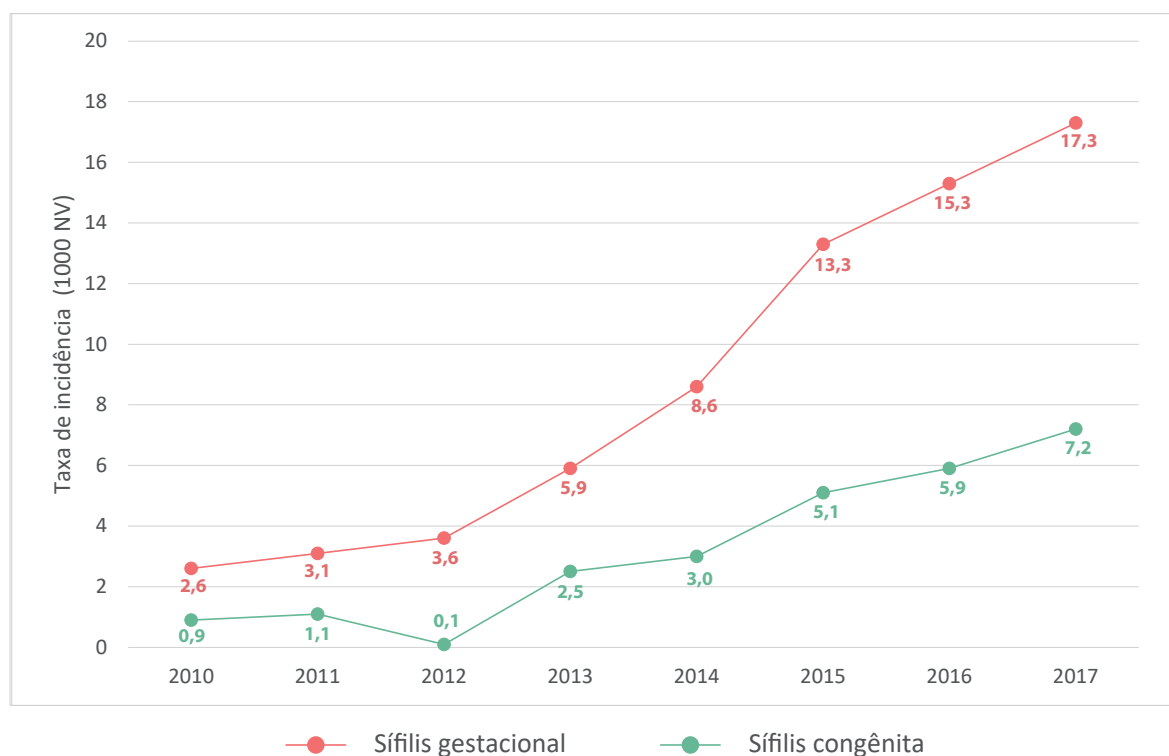
A mortalidade materna em Santa Catarina no ano de 2017 foi de 28,48 mortes por 100 mil nascidos vivos, tendo como principais causas a hemorragia e a hipertensão. A mortalidade infantil neste mesmo ano foi de 9,87 óbitos por mil nascidos vivos. A concentração destes óbitos ocorre no período neonatal precoce, 5,56 óbitos por mil nascidos vivos em 2017. No total dos óbitos infantis e fetais no ano de 2017 o percentual de óbitos classificados como evitáveis foi de 59,19%. Entre as ações necessárias para evitar estão principalmente a adequada atenção a gestação e ao parto.

Um dos destaques na morbimortalidade tem sido a sífilis, em especial a congênita. Apesar de ser uma doença conhecida há séculos e com tratamento 100% eficaz, seu controle permanece um desafio aos profissionais da saúde pública do mundo todo, uma vez que as taxas de detecção têm aumentado significativamente nos últimos anos.

Em Santa Catarina, em 2016, a taxa de detecção de sífilis adquirida (77,8 casos por 100 mil habitantes) foi superior à média nacional (42,5 casos por 100 mil habitantes). O Estado ocupou a terceira colocação no ranking das maiores taxas de detecção (atrás dos estados do Rio Grande do Sul e Espírito Santo). Confirmando a tendência de aumento no número

de casos notificados, em 2017 a taxa de detecção de sífilis adquirida atingiu 156,2 casos por 100 mil habitantes, de gestantes com sífilis alcançou 17,3 casos por 1000 nascidos vivos e de sífilis congênita 7,2 casos por 1000 nascidos vivos.

Figura 1. Taxa de incidência de sífilis congênita e gestacional. SC, 2010-2017



Adaptado de: Sinan DIVE/SUV/SES-SC - Dados preliminares sujeito a alterações

No período compreendido entre 2010 e março de 2018, 6.967 gestantes foram diagnosticadas com sífilis e ocorreram 2.661 casos de sífilis congênita, o que ocasionou 85 abortos e 122 natimortos. A sífilis congênita é ainda mais preocupante, considerando que a criança pode nascer livre da sífilis se houver o tratamento adequado da gestante infectada.

Com relação ao parto, existe uma forte relação, já reconhecida na literatura, entre o aumento da morbimortalidade materna e neonatal e o elevado número de cesarianas. A realização da cesariana desnecessária aumenta em 120 vezes a probabilidade de problemas respiratórios para o recém-nascido com complicações imediatas ou a longo prazo. Para a mulher, este tipo de parto triplica o risco de morte. Além disso, a cesárea, por ser um ato cirúrgico, envolve todos os riscos de mortalidade, derivados de processos cirúrgicos, podendo causar complicações significativas e até mesmo, permanentes como sequelas e mortes, principalmente em locais sem infraestrutura e/ou capacidade de realizar cirurgias de forma segura (OMS, 2014; BRASIL, 2015).

Outro fator importante e já comprovado é a relação entre as altas taxas de cesáreas e o aumento da prematuridade, principalmente relacionados às cesarianas eletivas. Este é considerado o pior desfecho neonatal relacionado com as cesáreas desnecessárias e está associado às complicações respiratórias como taquipneia transitória e doença da membrana hialina (CHAVES et al., 2014).

Estudos conduzidos nos últimos anos mostram que cada semana a mais de gestação aumenta as chances de a criança nascer saudável, mesmo quando não há mais risco de prematuridade. As últimas semanas de gestação permitem maior ganho de peso, maturidade cerebral e pulmonar (AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS, 2013).

Santa Catarina está entre os Estados do Brasil com maiores taxas de cesarianas, colaborando para tornar o país um líder mundial de nascimentos por este tipo de parto. A Organização Mundial da Saúde (OMS) preconiza que até 15% dos nascimentos por cesariana é considerada apropriada devido a intervenções necessárias (OMS,2015). Santa Catarina tem nos últimos anos mais de 50% dos nascimentos por cesariana (SINASC/SES/SC) e 99,7% dos nascimentos ocorrem nos hospitais e maternidades.

A atenção ao pré-natal tem forte associação com os desfechos perinatais. Quando realizado de forma adequada é capaz de prevenir riscos na gestação, melhorar a condição de saúde do concepto, reduzir complicações no parto e puerpério e na mortalidade materno infantil (DOMINGUES et al., 2012). Por mais complexos que sejam os fatores de risco que envolvem estas mortes faz-se necessário também analisar a qualidade da assistência obstétrica e neonatal prestada nos serviços de saúde para que sejam implementadas mudanças nas condições de atenção ao parto e ao nascimento e assim possam ser reduzidos os coeficientes de mortalidade materna e infantil (LANSK, 2006).

O estado tem cobertura populacional de Estratégia de Saúde da Família de 82,9%, e tem alcançado bons resultados na avaliação da Atenção Básica no Programa de Avaliação da Melhoria do Acesso e da Qualidade (PMAQ). Quanto às consultas de pré-natal, a proporção de 7 ou mais consultas em 2017 foi de 76,4% (SINASC, 2018).

Neste sentido, este documento está proposto como orientador de práticas baseadas em evidências para a qualificação da atenção às mulheres no período gravídico puerperal e às crianças menores de dois anos. O desafio proposto para as equipes de atenção primária inclui reorganizar os processos de atenção, captação precoce das gestantes, estratificação de risco gestacional, vinculação da gestante com a maternidade e processo de capacitação permanente dos profissionais.

Esta Linha de Cuidado é um conjunto de ações que se iniciam com a captação precoce da gestante, o acompanhamento no pré-natal com no mínimo 7 consultas, a realização dos exames preconizados, a estratificação de risco das gestantes e das crianças, o atendimento em ambulatório especializado para as gestantes e crianças de risco, a garantia do parto por meio de um sistema de vinculação ao hospital conforme o risco gestacional.

O público-alvo são as mulheres em idade fértil e crianças menores de dois anos de idade. Segundo IBGE 2012, a população de mulheres em idade fértil de Santa Catarina (população feminina na faixa de 15 a 49 anos), representava 2.077.889 mulheres. De acordo com dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC), em 2017 nasceram em Santa Catarina 99.222 crianças. Embora esta Linha de Cuidado (LC) tenha como público-alvo mulheres e crianças, é importante destacar que as ações implantadas deverão promover a qualidade de vida de toda a família catarinense.

A linha de cuidado está fundamentada no marco conceitual das Redes de Atenção à Saúde propostas por Mendes (2010) e consolidar-se-á a partir da implantação dos seus cinco componentes:

- Atenção Primária de qualidade, resolutiva e ordenadora do cuidado, com ações do pré-natal e puerpério, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento das crianças em especial até seu segundo ano de vida.
- Atenção Secundária com o acompanhamento das gestantes e crianças de risco em ambulatórios especializados com equipe multiprofissional.
- Atenção Terciária com a disponibilidade de leitos de UTI adulto e neonatal, a garantia da vinculação das gestantes conforme seu risco nos hospitais, para a atenção de qualidade às intercorrências e ao parto.
- Sistemas logísticos, cartão SUS, E-SUS, SISPRENATAL WEB, Caderneta de Saúde da Criança e da Gestante, transporte sanitário eletivo e de urgência, regulação.
- Sistema de governança da rede, por meio das Comissões Intergestoras Regionais (CIR) e da Comissão Intergestores Bipartite (CIB).

2 MATRIZ DOS PONTOS DE ATENÇÃO

A Matriz dos Pontos de Atenção identifica os serviços e ações necessárias à atenção à gestante e à criança até dois anos de vida, demonstrada abaixo:

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTOS DE ATENÇÃO A SAÚDE			TERRITÓRIO SANITÁRIO	
Atenção Terciária à Saúde	Hospital de Alto Risco	Casa da Gestante Bebê e Puérpera	Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal e Pediátrica	Macrorregião de Saúde/ Região de Saúde	
Atenção Secundária à Saúde	Hospital de Risco Habitual	–	Unidade de Internação Pediátrica	Região de Saúde	
Atenção Primária à Saúde	Unidade Básica de Saúde			Município	Município
				Área	
	Domicílio			Microárea	

2.1 Atenção Primária a Saúde

A Atenção Primária à Saúde (APS) é a porta de entrada prioritária do usuário na rede e coordena o cuidado nos outros níveis de atenção. A APS é desenvolvida nos 295 municípios do Estado, e é esperado que desenvolvam as seguintes atividades nesta linha de cuidado:

- Busca ativa das gestantes e às crianças menores de dois anos;
- Oferta de grupo de gestantes vinculado às consultas de pré-natal para socialização de informações e dúvidas;
- Oferta de atenção à puericultura em grupo para socialização de informações e dúvidas;
- Oferta de pré-natal em quantidade e qualidade necessárias;
- Vinculação das gestantes a serviços em que o parto ocorra de modo seguro;
- Encaminhamento da gestante de alto risco a outros níveis de atenção;
- Oferta de atenção à criança até dois anos (puericultura);
- Oferta de atenção às demandas pontuais e de urgência para gestantes e crianças durante todo o período de funcionamento da UBS;
- Visita domiciliar aos RN e gestantes em até uma semana após o parto;
- Avaliação do RN e puérpera na UBS de acordo com o calendário de consultas de puericultura e nas intercorrências;

Toda a Unidade de Atenção Primária deve organizar as ações de pré-natal e acompanhamento de forma que toda gestante tenha como referência a Unidade Básica de Saúde (UBS)

mais próxima da sua residência, organizada ou não por meio da Estratégia de Saúde da Família. Estrutura-se, portanto, um processo de detecção precoce de gestação de alto risco, estabelecendo-se a vinculação da gestante aos serviços de maior complexidade e mantendo o acompanhamento e monitoramento da gestante pela equipe de saúde da APS.

A estratificação de risco da gestante e da criança devem ser realizadas a cada atendimento e ser registrada na caderneta de saúde da gestante e da criança, assim como todos os exames e seus resultados, pois, dessa forma, as cadernetas de saúde da gestante e da criança permitem a comunicação das equipes da APS com os demais níveis: pontos de Atenção Secundários e Terciários. Já no momento da inscrição no pré-natal a gestante deverá ter seu parto assegurado em hospital de referência, de acordo com a avaliação de risco gestacional, por meio da informação à gestante e do agendamento da visita à maternidade antes do parto.

A ampliação da qualidade na APS é pressuposto para a organização desta linha de cuidado, considerando que a captação precoce da gestante e seu acompanhamento e da criança são elementos fundamentais para uma atenção de qualidade, assim como a estratificação de risco da gestante e da criança, vinculando-os aos serviços especializados, que devem ser resolutivos e acessíveis em tempo adequado.

Cálculo da Estimativa de Gestantes no Município

O cálculo abaixo pode auxiliar o município na organização do quantitativo de serviços para Atenção ao pré-natal e organização da rede:

Nº de Gestantes no Município = Nº Nascidos Vivos no município no ano anterior* + 10%
*(SINASC: <https://bit.ly/2YmCVia>)

Gestantes SUS = Diminuir o percentual de cobertura de população com plano de saúde**
**(Site ANS: <https://bit.ly/2GJ1gno>)

Deste Total:

15% das Gestantes = Estimativa de Gestantes de Alto Risco Gestacional

85% das Gestantes = Estimativa de Gestantes de Baixo Risco Gestacional

2.1.1 Compete à Atenção Primária à Saúde:

A equipe da APS é responsável pela atenção à gestante e às crianças residentes na sua área de abrangência e deve:

- Reconhecer as microáreas de risco, com base nos dados demográficos, socioeconômicos, culturais, meio ambiente e morbimortalidade coletados no cadastramento;
- Acompanhar as famílias em visita domiciliar, na UBS, em associações, escolas, ONGs, entre outras, visando estabelecer parcerias e auxiliando na busca por uma melhor qualidade de atenção à saúde da mulher e criança;

- Vincular as gestantes ao hospital/maternidade, de acordo com sua estratificação de risco;
- Realizar os Testes Rápidos de HIV, Hepatite B, e Sífilis na primeira consulta de pré-natal, seguindo o controle de acordo com o PCDT 2018: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, pelo link: <<https://bit.ly/2kunTUV>> e Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST): <<https://bit.ly/2kuCmjE>>
- Solicitar os exames de rotina e agendar consultas em até 7 (sete) dias para avaliação dos resultados;
- Realizar busca ativa, por meio de visita domiciliar, e analisar as dificuldades de acesso às consultas ou exames preconizados e o controle do uso efetivo da terapêutica instituída para cada caso;
- Imunizar a gestante e a criança conforme calendário vacinal;
- Ofertar atenção em saúde bucal para gestantes, puérperas e para o RN;
- Coletar o teste do pezinho entre o 3º e o 5º dia de vida da criança (preferencialmente no 3º dia), informar à mãe sobre o resultado do teste e, se necessário, acompanhar o agendamento realizado no serviço de referência de triagem neonatal. Para mais informações: Manual Técnico do Ministério da Saúde Triagem Neonatal Biológica pelo link: <https://bit.ly/2ehLyBs>
- Classificar risco gestacional a cada consulta e encaminhar as gestantes classificadas como alto risco ao ambulatório de referência para Gestação de Alto Risco e continuar o acompanhamento/monitoramento dessas gestantes;
- Iniciar o acompanhamento do pré-natal o mais precocemente possível e garantir no mínimo 7 (sete) consultas e 1 (uma) no puerpério;
- Acompanhar as crianças de alto risco conforme as orientações da Nota Técnica Bebê Precioso. Disponível em: <https://bit.ly/2MBPuyW>
- Manter registro atualizado da caderneta de saúde da gestante e da criança;
- Incentivar o aleitamento materno exclusivo e o retorno das crianças para vacinações e controle de puericultura;
- Realizar busca ativa de crianças que tiveram índice de Apgar menor que 7 no quinto minuto de vida nas declarações de nascido vivo e avaliar a criança quanto as alterações no desenvolvimento neuropsicomotor. As orientações para acompanhamento do desenvolvimento da criança, podem ser acessadas em: <https://bit.ly/1FZfv1H>
- Avaliar desenvolvimento neuropsicomotor utilizando como base os marcos do desenvolvimento contidos na Caderneta de Saúde da Criança na versão menino e menina.
- Acompanhar os indicadores específicos e relativos à área de abrangência da UBS.
- Manter contato com as maternidades de referência pactuando contrarreferência de gestantes, puérperas e crianças;
- Conhecer a área física e as práticas da maternidade de referência para poder orientar a gestante no plano parto;
- Realizar visita domiciliar na primeira semana após o parto.

2.1.2 Compete ao Agente Comunitário de Saúde (ACS):

- Cadastrar as famílias da sua microárea, identificando precocemente gestantes e crianças que ainda não estão cadastradas ou que necessitem de cuidado especial;
- Orientar as gestantes de sua área de atuação sobre a importância de iniciar precocemente o pré-natal, priorizando aquelas em situações de risco;
- Captar as gestantes da sua área de atuação e encaminhá-las à UBS para a inscrição no pré-natal;
- Auxiliar a equipe de saúde no monitoramento da gestante por meio de visita domiciliar, priorizando as gestantes de Risco Intermediário e Alto Risco;
- Realizar busca ativa de gestantes e crianças que não comparecem à UBS para o seu acompanhamento;
- Captar as puérperas para consultas pós-parto, priorizando as puérperas com risco reprodutivo;
- Realizar visita domiciliar precoce para os recém-nascidos que tiveram alta hospitalar e para os egressos de UTI Neonatal;
- Incentivar o aleitamento materno exclusivo;
- Acompanhar os profissionais de nível superior na visita domiciliar na primeira semana após o parto;
- Orientar o retorno das crianças para vacinações e controle de puericultura;
- Acompanhar todas as crianças de risco durante o primeiro ano de vida, informando à equipe sinais de risco social, biológico, clínico e/ou situações de risco de violência;
- Manter a equipe informada sobre a situação de saúde, situações de vulnerabilidades e risco.
- Estabelecer a programação das atividades de prevenção, educação em saúde e assistência, a partir dos problemas priorizados, dos objetivos a serem atingidos, das atividades a serem realizadas, das metas a serem alcançadas, dos recursos necessários e do tempo despendido com tais atividades;
- Assistir as gestantes, puérperas e crianças, por meio de atendimento programado e/ou intercorrências e monitoramento dos casos de risco;
- Acompanhar o crescimento e desenvolvimento da criança, programando as consultas necessárias, incluindo consulta odontológica;
- Inscrever as gestantes no pré-natal e cadastrá-las no e-SUS;

2.2 Nível Secundário de Saúde

O nível secundário é composto por dois serviços: Hospital Referência para Gestação e Partos de Baixo Risco e Unidade de Internação Pediátrica. Compete aos serviços desse nível de atenção, segundo seu espectro de atuação:

- Ser porta aberta para as gestantes na atenção ao parto e às intercorrências na gestação, puerpério e com o recém-nascido;
- Garantir a visita à maternidade pela equipe de atenção primária, gestantes e acompanhantes;
- Garantir acompanhante de escolha da mulher em todas as etapas do atendimento hospitalar e ambulatorial;
- Garantir acompanhamento de doula de escolha da mulher, atendendo a Lei Estadual 16.869/2016;
- Garantir o atendimento à gestante, à puérpera e ao recém-nascido de acordo com as boas práticas do parto e nascimento e as diretrizes de atenção ao parto normal e cesariana (CONITEC/MS);
- Realizar a contra referência de gestantes, puérperas e recém-nascidos ao município de residência a partir de documento on line ou por escrito;
- Participar do grupo técnico regional de vigilância do óbito materno, infantil e fetal;
- Incentivar o aleitamento materno;
- Notificar os casos de sífilis adquirida e congênita e demais agravos de notificação compulsória;
- Realizar teste rápido para sífilis em todas as parturientes e atuar de acordo com o protocolo clínico no tratamento da gestante e recém-nascido;
- Garantir a referência para alta complexidade de acordo com a necessidade de gestantes, puérperas e recém-nascidos;
- Implantar as ações da iniciativa hospital amigo da criança;
- Estimular a atuação da enfermeira obstetra.

2.3 Nível Terciário de Saúde

No nível terciário de atenção se enquadram: Hospital Referência para Gestação e Partos de Alto Risco, Casa da Gestante Bebê e Puérpera, Unidade de Cuidado Intensivo Neonatal e Pediátrica. Obedecidas as expertises de cada serviço compete a esse nível:

- Ser porta aberta para as gestantes na atenção ao parto e as intercorrências na gestação, puerpério e com o recém-nascido;
- Garantir a visita à maternidade pela equipe de atenção primária, gestantes e acompanhantes;
- Garantir acompanhamento de pai e mãe nos cuidados ao recém-nascido na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais;
- Garantir acompanhante de escolha da mulher em todas as etapas do atendimento hospitalar e ambulatorial;
- Garantir acompanhamento de doula de escolha da mulher atendendo a Lei Estadual

16.869/2016;

- Garantir o atendimento à gestante, à puérpera e ao recém-nascido de acordo com as boas práticas do parto e nascimento e as diretrizes de atenção ao parto normal e cesariana (CONITEC/MS);
- Realizar a contra referência de gestantes, puérperas e recém-nascidos ao município de residência a partir de documento on line ou por escrito;
- Participar do grupo técnico regional de vigilância do óbito materno, infantil e fetal;
- Incentivar o aleitamento materno;
- Notificar os casos de sífilis adquirida e congênita e demais agravos de notificação compulsória;
- Realizar teste rápido para sífilis em todas as parturientes e atuar de acordo com o protocolo clínico no tratamento da gestante e recém-nascido;
- Garantir a referência de acordo com a necessidade de gestantes, puérperas e recém-nascidos;
- Implantar as ações da iniciativa hospital amigo da criança;
- Ser referência para as gestantes, puérperas e recém-nascidos de alto risco;
- Estimular a atuação da enfermeira obstetra;
- Realizar o cuidado intensivo neonatal progressivo incluindo atenção na Unidade de Terapia Intensiva Neonatal, Unidade de Cuidados Intermediários Neonatais e Unidade de Cuidados Intermediários Canguru;
- Garantir de acordo com o Plano Regional da Rede Cegonha o atendimento das gestantes de alto risco em ambulatório regulado pelo SISREG.

3 AVALIAÇÃO PRÉ-CONCEPCIONAL

A avaliação pré-concepcional é o contato das mulheres/casal com a equipe antes de uma gravidez. Objetiva orientar e assistir as mulheres/casal que queiram engravidar, com o intuito de identificar os fatores de risco ou doenças que interferem na evolução saudável de uma futura gestação.

As atividades desenvolvidas na avaliação pré-concepcional devem incluir anamnese e exame físico, com exame ginecológico, além de alguns exames laboratoriais como sorologia para Lues, rubéola, HbsAg, toxoplasmose e HIV; dosagem de hemoglobina e glicemia em jejum.

O uso de medicamentos, o hábito de fumar e o uso de álcool e drogas ilícitas precisam ser verificados, e a futura gestante deve ser orientada quanto aos efeitos adversos associados. Na história familiar, destaca-se a avaliação de doenças hereditárias, pré-eclâmpsia, hipertensão e diabetes. Na história obstétrica, é importante registrar o número de gestações anteriores e de partos pré-termo, o intervalo entre os partos, o tipo de parto, o peso ao nascimento e as complicações das gestações anteriores, como abortamento, perdas fetais e hemorragias e malformações congênitas.

Administração de ácido fólico no período pré-gestacional, para a prevenção de anormalidades congênitas do tubo neural, especialmente nas mulheres com antecedentes desse tipo de malformações (400 µg/dia ou 0,4 mg/dia, durante 60 a 90 dias antes da concepção);

É importante, também, a avaliação pré-concepcional dos parceiros sexuais, oferecendo a testagem para sífilis, hepatite B e HIV/Aids.

No exame geral, cabe verificar especialmente a pressão arterial (PA), o peso e a altura da mulher. Aquelas que apresentarem desnutrição, sobrepeso ou obesidade deverão ser orientadas pela equipe visando à promoção do estado nutricional equilibrado. Alterações dos sinais vitais devem ser avaliadas pela equipe profissional.

Solicitar matriciamento pela equipe NASF/AB para orientações nutricionais e de atividade física. De acordo com o número de gestantes, com necessidade de orientação nutricional e ou de atividade física, realizar estas orientações em grupo e ou em grupo de gestantes.

Realizar o exame preventivo de câncer de colo uterino se necessário, segundo orientações das Diretrizes Brasileiras de rastreamento do Câncer do Colo Uterino disponível em: <https://bit.ly/2DkK2ws>.

Adequar a situação vacinal (rubéola, tétano e hepatite B) após avaliação pela equipe de saúde.

4 FLUXO DA GESTANTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA

A UBS deve ser a porta de entrada para realização do pré-natal. A captação precoce da gestante para o pré-natal é realizada pela Atenção Primária à Saúde, que pode ser pelo Agente Comunitário ou por qualquer outro profissional da equipe. O ideal é que seja realizada a captação da gestante para o pré-natal antes do final do 3º mês de gestação.

Para mulheres que procuram a UBS, com atraso menstrual que não ultrapassa 16 semanas, a contar da data da última menstruação, a confirmação do diagnóstico da gravidez pode ser feita pelo profissional médico ou enfermeiro da equipe. Será realizado o Teste Imunológico para Gravidez TIG (urina) e/ou Gonadotrofina Coriônica Humana (β HCG) e também deve estar disponível o teste rápido para gravidez (TRG).

4.1 TESTE RÁPIDO PARA GRAVIDEZ (TRG):

O TRG é indicado para mulheres em idade fértil que apresentem atraso menstrual. O tempo de atraso para realização do teste deve observar a indicação do insumo disponível, sendo, em sua maioria, igual ou superior a sete dias (alguns insumos indicam 15 dias). Deve ser facilitado o acesso ao TRG, com respeito e atenção específica às adolescentes, devido às singularidades da faixa etária. O TRG deverá ser realizado, preferencialmente, com a primeira urina do dia. O acolhimento para entrega do TGR deve ser realizado conforme demonstrado na figura 2.

Figura 2. Acolhimento para entrega do TRG.

O ACOLHIMENTO PARA ENTREGA DO TRG DEVE CONTEMPLAR A SEGUINTE ABORDAGEM:

(de acordo com o documento: Teste Rápido de Gravidez na Atenção Básica – Guia Técnico, Brasília 2014)

- **Qual o motivo da busca do teste?**
- **A menstruação está atrasada?**
Caso o atraso seja maior que dois meses, avaliar a possibilidade de confirmação da gravidez pelo exame clínico.
- **Quando ocorreu a relação sexual?**
Caso a relação sexual tenha ocorrido nos últimos cinco dias: conhece a pílula de emergência? Deseja usar?
- **Houve relação sexual sem o seu consentimento?**
Em caso afirmativo, conhece seus direitos?

Figura 2. Continuação

- Está utilizando algum método para prevenir a gravidez?**
Está utilizando preservativo para prevenção de infecções sexualmente transmissíveis(IST)? Conhece os métodos disponíveis na unidade de saúde? Usa contraceptivo da unidade de saúde? Já realizou TRG antes? Sabe ler o resultado? Prefere realizá-lo dentro ou fora da unidade de saúde? Gostaria de ajuda para realizá-lo?
- Conhece os riscos de infecção por doenças sexualmente transmissíveis?**
Sabe como preveni-las? Conhece a camisinha masculina e a feminina? Tem conhecimento de que a unidade de saúde oferece meios para diagnóstico, tratamento e prevenção dessas doenças?
- Você estava planejando uma gestação agora?**
Como você se sente em relação a um possível resultado positivo? E negativo?
- Gostaria de continuar esta conversa após a realização do teste?**
Em caso positivo, ofertar disponibilidade para aconselhamento pós-teste.

Fonte: Elaboração Própria

Orientação Pós-Teste

A orientação pós-teste deve ser ofertada no momento da entrega do insumo (TRG) e realizada, caso a mulher deseje, após exame. O profissional da equipe deverá colocar-se disponível para continuar o diálogo conforme o resultado e buscar a abordagem apropriada, de acordo com cada situação descrita a seguir, no sentido de assegurar a saúde da mulher. A equipe de Atenção Psicossocial deve ser acionada sempre que identificada a necessidade. Lembrar que o acolhimento é extensivo à parceria sexual, que deve ter sua participação fortalecida no processo de acompanhamento do caso.

Figura 3. Orientações de acordo com o resultado para exame de teste de gravidez (TG)

TESTE DE GRAVIDEZ NEGATIVO

Deseja a gravidez

Ofertar testes rápidos (sífilis, HIV e hepatites virais) que devem estar disponíveis na unidade.

Prescrever e orientar sobre o uso do ácido fólico, conforme preconizado pelo Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres Pág. 66.

Figura 3. Continuação

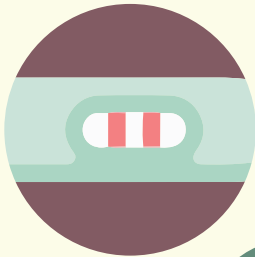
Não deseja a gravidez



Ofertar testes rápidos (sífilis, HIV e hepatites virais) disponíveis na unidade.

Realizar orientação imediata de planejamento reprodutivo, inclusive com a entrega imediata de insumos/medicamentos, conforme preconizado no Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres Pág. 151.

Encaminhar, dependendo do caso, para consulta de planejamento reprodutivo, conforme preconizado pelo Protocolo da Atenção Básica: Saúde das Mulheres - orientações sobre concepção



TESTE DE GRAVIDEZ POSITIVO

Deseja a gravidez



O teste é de triagem, porém, a partir dele, a mulher já pode ser vinculada ao pré-natal, se ela assim o desejar. O beta HCG, quando indicado, poderá ser realizado posteriormente, com os demais exames.

Iniciar a rotina de pré-natal e reforçar o convite para participação da parceria sexual durante as consultas, favorecendo o engajamento do parceiro(a) em ações educativas e preventivas.

Não deseja a gravidez

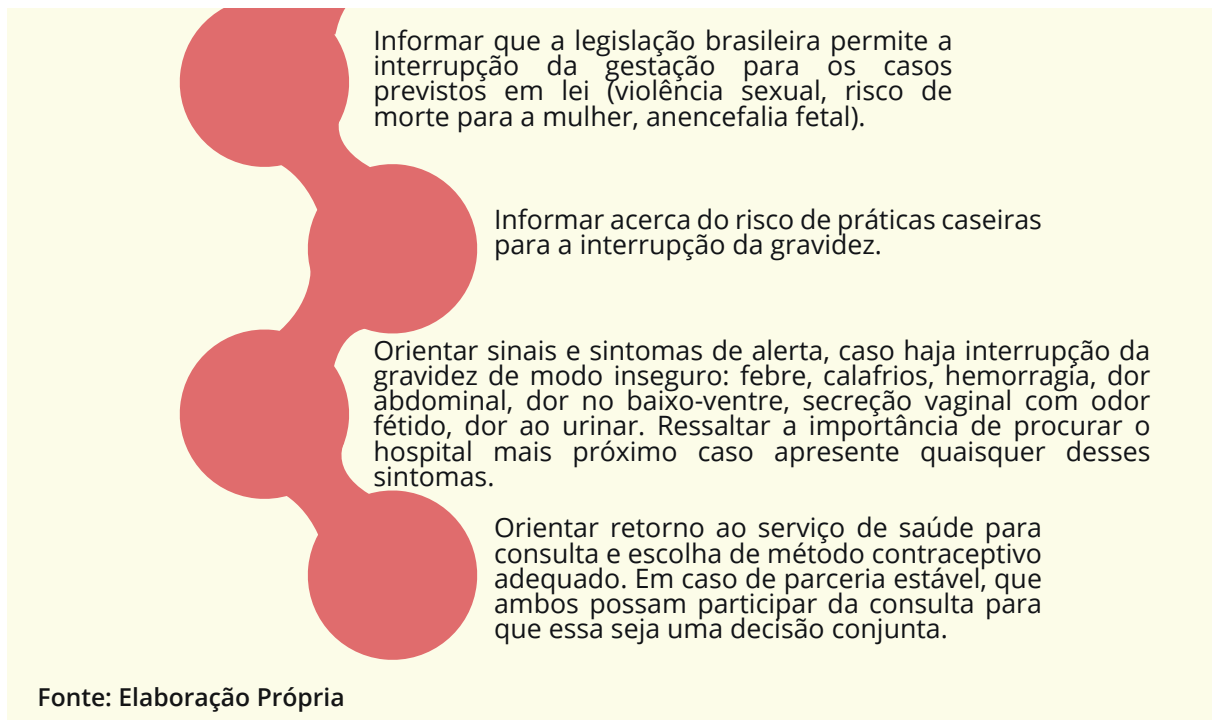


Ofertar orientação e escuta para conflitos familiares decorrentes da gravidez não planejada, em que o fator familiar é determinante para a não aceitação da gravidez.

Orientar sobre os direitos acerca da gestação: atenção ao pré-natal, assistência ao parto e ao nascimento, rede de proteção social com condições diferenciadas para continuidade dos estudos, licença-maternidade, programas específicos para famílias de baixa renda, utilização de creche e encaminhar para orientações com assistente social da rede de saúde local, se for o caso.

Orientar sobre possibilidades de adoção, caso opte(m) pela continuidade da gestação e não haja desejo ou condições de permanecer com a criança.

Figura 3. Continuação



A confirmação da gravidez pelo profissional também poderá ser feita por meio da anamnese e do exame físico. Presume-se que há gestação quando ocorrer: atraso menstrual, manifestações clínicas (náuseas, vômitos, tonturas, salivação excessiva, mudança no apetite, aumento da frequência urinária e sonolência) e/ou modificações anatômicas (aumento do volume da mama, hipersensibilidade nos mamilos, tubérculos de Montgomery, saída do colostro pelo mamilo, coloração violácea vulvar, cianose vaginal e cervical). A probabilidade de gestação aumenta com a presença de amolecimento da cérvix, o aumento do volume uterino, o aumento da revascularização das paredes vaginais (pode-se observar pulsação da artéria vaginal nos fundos de saco laterais). A certeza da gestação dá-se com a presença de batimentos cardíacos fetais (BCF) detectados por sonar (a partir da 10ª semana), a percepção dos movimentos fetais (a partir da 18ª a 20ª semana), e pela ultrassonografia (saco gestacional com 4-5 semanas menstruais, vesícula vitelina e atividade cardíaca como primeira manifestação do embrião com 6 semanas menstruais).

5 INÍCIO DO PRÉ NATAL

Após confirmação da gravidez, dá-se início ao cadastramento da gestante no e-SUS, para acompanhamento:

- Classificar o risco e informar à gestante sobre vinculação ao serviço hospitalar que fará o parto. É importante que o (a) parceiro(a) acompanhe a gestante no pré-natal e seja incluído na agenda da UBS para os cuidados com a sua saúde.
- Preencher ou atualizar cadastro no e-SUS com os dados da gestante;
- Fornecer à gestante e ao acompanhante as orientações necessárias ao acompanhamento que será realizado no pré-natal, como: a caderneta da gestante, com identificação preenchida, número do cartão SUS, hospital de referência para a realização do parto: calendário das consultas de pré-natal; calendário de vacinas e suas orientações; solicitação dos exames de rotina.

No momento do cadastramento a gestante deverá ser vinculada ao serviço hospitalar, observando os seguintes cuidados:

- Anotar na Caderneta da Gestante o nome do hospital de referência para a realização do parto, endereço e telefone;
- Orientar a gestante a se dirigir a esse serviço quando apresentar intercorrências clínicas e a UBS estiver fechada, e nos primeiros sinais de parto;
- Programar visita guiada ao hospital vinculado, com acompanhante, preferencialmente até o 6º mês de gestação.

5.1 SEGUIMENTO DA GESTANTE NO PRÉ NATAL DE BAIXO RISCO

Realizar a atenção às mulheres no pré natal de baixo risco de acordo com o Protocolo da Atenção Básica Saúde das Mulheres. Link: <https://bit.ly/2I3bT6Q>

O cadastramento já conta como primeira consulta. No mesmo dia do cadastro, o médico ou a enfermeira que atender a gestante deve solicitar os primeiros exames de rotina. A primeira consulta será realizada o mais precocemente possível ou até o final do 3º mês de gestação, garantindo no mínimo 7 (sete) consultas durante a gravidez e 1 (uma) no puerpério, sendo 8 (oito) consultas para o atendimento à gestante na seguinte distribuição: mensais até a 28ª semana de gestação, quinzenais da 28ª a 36ª semana, semanais da 36ª a 41ª semana. Intercalando consultas médicas e de enfermagem.

Havendo sinal de trabalho de parto e/ou 41 semanas encaminhar para a maternidade de referência.

5.2 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

Para a classificação do risco gestacional deve ser utilizado o formulário plano de parto (**Anexo 1**) A cada consulta o formulário deverá ser revisado e o risco analisado. Este formulário deverá ser anexado à caderneta da gestante para que possa ser apresentado por ela nos outros pontos de atenção da rede de saúde. O formulário permite a estratificação em baixo, médio e alto risco gestacional. A gestante de baixo risco deverá ser acompanhada na APS. A gestante de médio risco pode ser acompanhada na APS e se no município houver obstetra de referência este pode compartilhar o acompanhamento da gestante. A gestante de alto risco deverá ser referenciada para o ambulatório de alto risco e ser acompanhada por médico obstetra de acordo com protocolo de pré-natal de alto risco. A equipe de APS deverá manter o acompanhamento da gestante de alto risco e complementar o atendimento em especial com relação ao parto e aos cuidados com o recém-nascido e aleitamento materno.

Orientações importantes no pré-natal

Figura 4. Orientações Importantes no Pré-Natal

	1. A gestante deve ser informada sobre os objetivos e a importância do pré-natal. O número de consultas, assim como forma de agendamento deve ser pactuado com a gestante;		10. São efetivas as intervenções sobre gestantes tabagistas, empregando material visual, com o objetivo de suspensão do uso de cigarro. E a gestante deve ser informada que parar de fumar em qualquer estágio da gestação traz benefícios. Entre os riscos relacionados ao tabagismo durante a gestação, encontramos: baixo peso ao nascer, restrição do crescimento fetal, parto prematuro, aborto espontâneo, morte fetal, morte neonatal e diminuição da qualidade e quantidade de leite materno. O fumo passivo durante a gestação também aumenta as probabilidades de retardo de crescimento intrauterino e risco de baixo peso ao nascer;
	2. Recomenda-se também minimamente uma consulta com a equipe de saúde bucal que deve ser realizada preferencialmente no segundo trimestre;		11. Em relação a viagens, não existem restrições, sendo consideradas seguras até quatro semanas antes da data provável do parto. Em relação às viagens de carro é importante orientar a gestante sobre o uso do cinto de segurança de três pontas. As gestantes devem usar o cinto de segurança no automóvel, mantendo o abdômen livre, a porção superior deve cruzar sobre o peito, entre os seios, e a inferior deve cruzar o corpo sobre a pélvis;
	3. Incentivar a participação do(a) parceiro(a) no pré-natal, no parto e nos cuidados com o recém-nascido;		12. Em longas viagens de avião recomenda-se o uso de meias elásticas visto que o seu emprego é efetivo na redução do risco de trombose;
	4. Ofertar atendimento para o(a) parceiro(a), incentivando a fazer os cuidados com sua saúde;		
	5. Orientar a mulher sobre mudanças físicas e psicológicas que ocorrem na gestação e procurar identificar a presença de depressão;		
	6. É necessário incentivar a manutenção de atividade física habitual. As atividades físicas moderadas não se relacionam com efeitos adversos;		

Figura 4. Continuação



7. Orientar uma alimentação saudável;

8. Não foram encontradas evidências de que existe uma quantidade segura de volume de álcool que possa ser ingerida durante a gestação, sendo assim, a abstinência é recomendada. O consumo de álcool durante a gestação está associado a defeitos físicos e alterações psíquicas e de desenvolvimento neurocomportamental denominados de síndrome alcoólica fetal. O consumo de álcool durante a lactação pode diminuir a ejeção do leite e provocar transtornos neurológicos menores ao recém-nascido;

9. Estima-se que 3% das mulheres gestantes usam drogas ilícitas como maconha, cocaína, crack, e outras. O uso de cocaína durante a gestação aumenta o risco de abortamento, prematuridade, retardo de crescimento intrauterino, descolamento prematuro de placenta, rotura prematura de membranas, defeitos congênitos, retardo mental e outras alterações neurológicas. Também aumenta o risco para hipertensão, proteinúria e convulsões. O uso de maconha relaciona-se ao retardo de crescimento intrauterino, prematuridade e alterações neurológicas como uma síndrome de abstinência. As gestantes devem ser orientadas a não utilizarem drogas durante a gestação;

10. Orientar sobre a importância da consulta de puerpério e os cuidados com o recém-nascido;

11. Orientar sobre a importância da consulta de puerpério e os cuidados com o recém-nascido;

12. Orientar sobre a importância da consulta de puerpério e os cuidados com o recém-nascido;

13. Identificar e discutir sentimentos comuns relacionados à sexualidade como: rejeição pelo companheiro, medo de lesar o feto, modificação na libido, ansiedade. A gestante deve ser orientada que a atividade sexual na gestação não se encontra associada a nenhum resultado adverso. Atividade sexual no 3º trimestre não está associada com aumento do risco para trabalho de parto prematuro e deve ser evitada apenas em situações especiais como trabalho de parto prematuro vigente e ruptura prematura de membranas;

14. Orientar sintomas de pré-eclâmpsia: cefaleia intensa, alterações visuais (visão borrada, luzes diante dos olhos), dor intensa abaixo das costelas, vômitos, edema súbito nas mãos, pés e face. Estes sintomas podem aparecer tanto na gestação quanto no puerpério imediato;

15. Orientar sobre o trabalho de parto (sinais e sintomas) e o tipo de parto, reforçando às vantagens do parto vaginal e as indicações mais frequentes de cesárea, tais como: procedimentos repetidos (2 ou mais cesáreas prévias), distócia ou falha na progressão do trabalho de parto, apresentação pélvica, feto não reativo;

16. Estimular e orientar que a gestante tem direito, garantido por lei (Lei nº 11.108, de 7/04/2005, regulamentada pela Portaria GM 2.418, de 2/12/2005), a acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto;

17. Orientar sobre a importância da consulta de puerpério e os cuidados com o recém-nascido.

Fonte: Elaboração Própria

5.3 PLANO DE PARTO

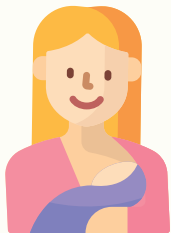
O plano de parto é uma carta que a gestante elabora, relatando os itens sobre o trabalho de parto e o parto ajudando a refletir sobre como ela quer parir. É um importante instrumento de empoderamento feminino e de informação sobre as práticas recomendadas para a assistência ao parto. Este ainda contribui para a redução de procedimentos desnecessários que muitas vezes não têm evidência científica e ainda assim são realizados rotineiramente (SMS, FLORIANÓPOLIS, 2017). Um modelo deste documento está no **Anexo 1**.

5.4 ORIENTAÇÕES ESPECÍFICAS QUANTO À AMAMENTAÇÃO


A orientação para a amamentação durante a gestação merece uma atenção especial uma vez que pode aumentar a sua prevalência e prolongar o período de aleitamento. É importante orientar também as gestantes que não poderão amamentar sobre formas de inibir a produção de leite e a alimentação a ser instituída.

As gestantes que poderão amamentar devem ser orientadas sobre a importância do aleitamento materno exclusivo até os 6 meses de vida, enfatizar a livre demanda, não oferecer bicos ou chupetas, iniciar a amamentação preferencialmente na primeira hora de vida do bebê e sobre as vantagens do aleitamento materno exclusivo para a mulher, criança, família e sociedade. As vantagens serão listadas a seguir:

Figura 5. Vantagens da amamentação



PARA A MÃE:
Fortalecimento do vínculo afetivo entre mãe e filho, favorecimento da involução uterina, contribui para o retorno do peso normal, contribui para o aumento dos intervalos entre os partos, previne osteoporose, reduz risco para câncer de mama.



PARA A CRIANÇA:
Fortalecimento do vínculo afetivo, alimento completo, facilita eliminação de mecônio e diminui incidência de icterícia no RN, protege contra infecções, diminui riscos para alergias, diarreias, asma, bronquiolite, obesidade infantil. Ocasionalmente um melhor desenvolvimento cognitivo e melhor desenvolvimento motor-oral (mastigação, deglutição, fala, respiração). Reduz hospitalizações, doenças em geral e óbitos. Diminui as internações hospitalares e seus custos. Desde já se deve enfatizar que para amamentar é importante escolher um lugar mais tranquilo, uma posição confortável para ambos (mãe e bebê) e uma boa pega.

Fonte: Elaboração Própria

Mais informações disponíveis em: <https://bit.ly/2f9sUij>

5.5 CÁLCULO E ANOTAÇÃO DA IDADE GESTACIONAL

Confirmada a gestação, a idade gestacional (IG) e a data provável do parto (DPP) devem ser estabelecidas. Os métodos habitualmente usados para calcular IG são: interrogatório sobre a amenorreia; avaliação do tamanho uterino, especialmente no primeiro trimestre e, biometria ecográfica.

Interrogatório Sobre a Amenorréia

O cálculo do tempo transcorrido desde o primeiro dia da última menstruação (DUM) é o método de eleição para calcular a IG em mulheres com ciclos menstruais regulares, que não estavam usando contraceptivos hormonais ou não estavam em aleitamento nos últimos meses. A data provável do parto (DPP) pode ser calculada facilmente com o gestograma (ou disco obstétrico). Caso não haja um, pode-se determiná-la mediante o uso de uma das regras a seguir:

Quadro 1. Regras de cálculo da DPP.

REGRA	FORMA DE CÁLCULO DA DPP
NAEGELE	À DUM some 7 dias e ao mês subtraia 3
WAHL	À DUM some 10 dias e ao mês subtraia 3
PINARD	Ao último dia da menstruação some 10 e ao mês subtraia 3
280 DIAS	A partir da DUM, conte 280 dias sobre um calendário. A data correspondente ao dia 280 será a DPP

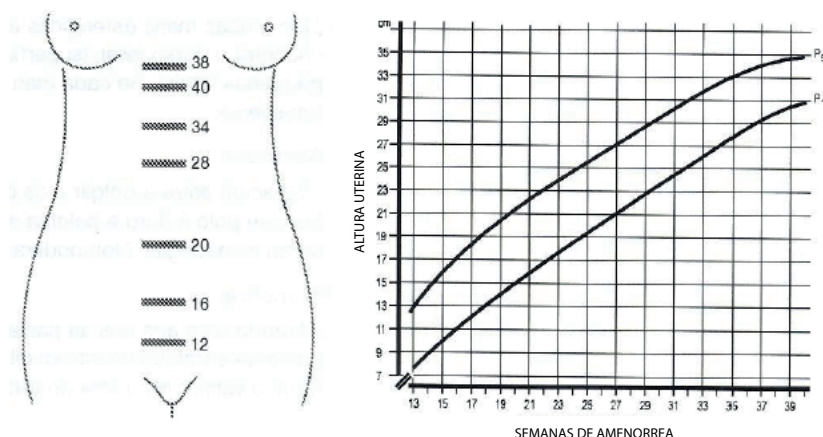
Medida da Altura Uterina

A medida da altura uterina não é exata e está sujeita a erros inter e intra observadores porém, é uma manobra simples, barata e amplamente usada em todas as consultas de pré-natal. Não há evidências que sugiram benefícios em medir antes de 24 semanas, embora seja um método auxiliar no diagnóstico da gestação.

Realiza-se colocando a fita métrica apoiada sobre a borda superior da sínfise púbica e no fundo uterino, com a mulher em decúbito dorsal, em uma superfície plana, com os membros em extensão e bexiga vazia. A medida deverá ser sempre registrada no gráfico com o objetivo de possibilitar a observação do padrão de crescimento e detectar alterações. Medidas isoladas, abaixo do percentil 10 ou acima do percentil 90, devem atentar para a possibilidade de erro de cálculo da idade gestacional. Se possível, deve-se solicitar ecografia e retorno em 15 dias para reavaliação. Deverá ainda ser avaliada, quando acima do percentil 90, a possibilidade de polidrâmnio, macrossomia, gemelar, mola hidatiforme, miomatose e obesidade.

Quando abaixo do percentil 10, deverá ser descartado feto morto, oligodrâmnio ou Crescimento Fetal Restrito (CRF) Nas situações de crescimento fetal restrito evidenciado por ecografia, deverá ser realizado dopplervelocimetria para avaliar vitalidade fetal. A gestante deverá ser encaminhada para o Centro obstétrico ou referência para alto-risco conforme a situação encontrada.

Figura 6. Curva da altura uterina de acordo com a idade gestacional e a localização do fundo uterino de acordo com as semanas aproximadas da gestação.



Fontes: Curva de altura uterina e idade gestacional. Fonte Clap, 2007; Posição aproximada da AU de acordo com a idade gestacional. Fonte: Xunta de Galicia; Servizo Galego de Saúde, 2008

6 ROTINA DE EXAMES COMPLEMENTARES

O acompanhamento gestacional prevê a solicitação de um rol de exames complementares de rotina, segundo período gestacional e de outros, em casos específicos conforme apresentado abaixo:

Quadro 2. Exames complementares de rotina para acompanhamento gestacional.

	EXAMES COMPLEMENTARES	INDICAÇÃO E OBSERVAÇÕES
PRIMEIRA CONSULTA	Hemograma;	Rotina
	Tipagem sanguínea e fator Rh	Rotina
	Coombs indireto	Quando Rh for negativo. Convém planejar com o laboratório a coleta automática do Coombs indireto se o RH for negativo, evitando nova coleta sanguínea. Encaminhar ao pré-natal de alto risco casos positivos de Coombs indireto.
	Glicemia de jejum;	Rotina
	Teste Rápido para Sífilis, Hepatite B e HIV	Rotina. Atenção! Se o teste rápido para a detecção de anticorpos anti-HIV (TR1) for reagente realizar imediatamente o teste rápido número 2 para o HIV para complementação diagnóstica. Diante de dois resultados reagentes nos testes rápidos (TR1 e TR2), a amostra é considerada "Reagente para o HIV". Todos os indivíduos que apresentarem resultados reagentes em dois testes rápidos devem realizar imediatamente o exame de quantificação da carga viral do HIV, cujo resultado confirma a presença do vírus, e contagem de linfócitos T-CD4+ 1

Quadro 2. Continuação

PRIMEIRA CONSULTA	VDRL quantitativo	Para complementação diagnóstica e monitoramento do tratamento quando TR (teste treponêmico) para sífilis for reagente . Amostras com resultados reagentes nos dois testes (TR e VDRL) tem seu resultado definido como "Amostra reagente para sífilis". Atenção! Em amostras que apresentarem resultados discordantes entre os dois testes (TR e VDRL) deve-se sempre que possível realizar um terceiro teste. Este 3º teste deve ser treponêmico e sua metodologia deve ser diferente do primeiro teste treponêmico realizado (que foi o teste rápido)2.
	Toxoplasmose IgG e IgM	Rotina. Atenção! Pactuar com o laboratório que, se IgM e/ou IgG resultar positivo, já fazer o teste de avidéz para IgG, pois esse exame deve ser realizado na mesma amostra de sangue
	Exame comum de urina e urocultura	Rotina. Atenção! Se urocultura positiva, pactuar com o laboratório sempre fazer o teste de sensibilidade com antimicrobianos
	Ultrassonografia obstétrica;	Rotina
	Citopatológico do Câncer de colo de útero	Se houver indicação clínica
	Exame de secreção vaginal	Se houver indicação clínica
	Parasitológico de fezes	Se houver indicação clínica
	Eletroforese de hemoglobina	Rotina, de maneira universal, e não somente para gestantes negras.
SEGUNDO TRIMESTRE	Exame comum de urina e urocultura	Rotina. Se urocultura positiva, pactuar com o laboratório sempre realizar o teste de sensibilidade aos antimicrobianos
	Testes rápidos para HIV, Sífilis e Hepatite B	Se foram negativos no primeiro trimestre. Ver observações que constam no item PRIMEIRA CONSULTA quanto ao teste rápido para detecção de anticorpos anti- HIV
	Teste de tolerância à glicose com 75g	Rotina
	Coombs indireto	Quando o fator Rh for negativo

Quadro 2. Continuação

SEGUNDO TRIMESTRE	VDRL quantitativo	Para complementação diagnóstica e monitoramento do tratamento quando TR (teste treponêmico) para sífilis for reagente. NOTA: Ver observações que constam no item PRIMEIRA CONSULTA com relação ao teste rápido para sífilis e VDRL
	Toxoplasmose	Se o IgG não foi reagente anteriormente
TERCEIRO TRIMESTRE	Hemograma	Rotina
	Glicemia em jejum	Rotina
	Coombs indireto	Se o fator Rh for negativo
	Testes rápidos para HIV, Sífilis e Hepatite B	Se foram negativos anteriormente. NOTA: Ver observações que constam no item PRIMEIRA CONSULTA com relação ao teste rápido para detecção de anticorpos anti- HIV
	VDRL quantitativo	Para complementação diagnóstica e monitoramento do tratamento quando TR (teste treponêmico) para sífilis for reagente. NOTA: Ver observações que constam no item PRIMEIRA CONSULTA com relação ao teste rápido para sífilis e VDRL
	Toxoplasmose	Se o IgG não foi reagente anteriormente
	Bacterioscopia de secreção vaginal	Rotina

1BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças/Ministério da Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids, das Hepatites Virais, 2016

2BRASIL. Ministério da Saúde. Manual Técnico para o Diagnóstico da Sífilis/Ministério da Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids, das Hepatites Virais, 2016

O **Caderno de Atenção Básica Nº 32**, Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco, informa que o rastreamento de condições clínicas pode ser ou não recomendado rotineiramente durante o pré-natal, segundo grau de evidência científica disponível. São elas:

- **Vaginose bacteriana assintomática:** não deve ser oferecido, pois as evidências sugerem que a identificação e o tratamento dessa condição não diminuem o risco de parto prematuro e outros problemas reprodutivos (grau de recomendação A);

- **Chlamydia trachomatis assintomática:** não deve ser realizado, porque não há evidência suficiente da sua efetividade e do custo/efetividade (grau de recomendação A);
- **Citomegalovirus:** a evidência disponível não embasa o rastreamento de rotina;
- **Streptococcus do grupo B:** não deve ser realizado, pois a evidência de sua efetividade clínica permanece incerta (grau de recomendação A);
- **Vírus da hepatite C:** não há evidência suficiente da sua efetividade como rastreamento de rotina (grau de recomendação C). Deve ser solicitado em situações especiais de alto risco, como uso de drogas injetáveis e/ou parceiro usuário, transfusões de sangue ou múltiplos parceiros de um ou de ambos;
- **Vírus da hepatite B:** o rastreamento sorológico deve ser oferecido para mulheres grávidas, porque a intervenção pós-natal pode diminuir o risco de transmissão mãe-filho (grau de recomendação A). Deve-se solicitar o rastreamento na primeira consulta (grau de recomendação A) – pois se o resultado for negativo e não houver história de vacinação prévia recomenda-se a vacinação – e no terceiro trimestre;
- **HIV (A):** deve ser oferecido na primeira consulta e no terceiro trimestre do pré-natal, porque as intervenções podem reduzir a transmissão materno fetal (grau de recomendação A);
- **Rubéola:** deve ser oferecido para identificar mulheres em risco de contrair infecção e possibilitar vacinação no período pós-natal, protegendo gestações futuras (grau de recomendação B);
- **Ecografia obstétrica:** poderá ser solicitada para a gestante quando houver impossibilidade de determinar a idade gestacional correta e na presença de intercorrências clínicas ou obstétricas, assim como a detecção precoce de gestações múltiplas ou retardo de crescimento intrauterino. Se for solicitado, na ausência de indicações clínicas o período ideal é entre 16 a 20 semanas de gestação, quando há possibilidade de detectar malformações fetais e realizar o cálculo da idade gestacional (BRASIL,2015,p.110).

6.1 CONDUTAS FRENTE AOS RESULTADOS DOS EXAMES:

Para informações sobre condutas frente aos resultados dos exames acessar o Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres (Pág. 79), disponível em: <https://bit.ly/2I3bT6Q>

Acesse também a Nota Técnica Assistência a Infecção do Trato Urinário em Gestantes disponível em: <https://bit.ly/319tEH2>

Para diagnóstico, tratamento e seguimento da sífilis na gestação sugere-se a leitura do PCDT 2018: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, pelo link: <https://bit.ly/2KgXF0Q>

E da Nota Informativa Conjunta Transmissão Vertical da Sífilis – Recomendações para Tratamento da Gestante com Sífilis: <https://bit.ly/2T2Snd7>

7 SÍFILIS GESTACIONAL

A sífilis é uma Infecção Sexualmente Transmissível (IST) de caráter sistêmica, curável e exclusiva do ser humano. Os profissionais de saúde devem estar aptos a identificar as manifestações clínicas e classificar os estágios da sífilis, assim como a interpretar os resultados dos testes que desempenham função importante no controle do agravo, permitindo a definição do diagnóstico e o monitoramento da resposta terapêutica. A prevenção, o diagnóstico e o tratamento de gestantes e parcerias sexuais com sífilis devem ser priorizados.

O Estado de Santa Catarina está em situação de epidemia por sífilis e os dados da sífilis congênita são alarmantes. A Atenção Primária tem um papel fundamental nas ações de promoção e prevenção da sífilis adquirida, gestacional e congênita. No caso dessa última, o pré-natal realizado de acordo com as recomendações é um poderoso aliado das equipes de saúde no combate a essa epidemia.

Para isso, é fundamental que as equipes realizem os testes rápidos já no diagnóstico da gravidez ou no máximo na primeira consulta de pré-natal, para as gestantes e parceiros. Ao diagnóstico, também a importância de realizar o tratamento com a penicilina benzatina na Unidade de Saúde, a qual deve disponibilizar esse insumo de forma rápida.

Para atualização na prevenção da transmissão vertical de sífilis, diagnóstico, tratamento e seguimento sugere-se a leitura do PCDT 2018: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical de HIV, Sífilis e Hepatites Virais, pelo link: <https://bit.ly/2KgXF0Q>

Tratamento da sífilis na gestação

A penicilina benzatina é a única opção segura e eficaz para tratamento adequado das gestantes. Embora outros antibióticos (como as tetraciclina orais e os macrolídeos) tenham sido utilizados para tratamento de sífilis em adultos, estes não são recomendados no período da gestação por causa da toxicidade ao feto, ou por não atravessarem a barreira placentária. Não existem estudos controlados em gestantes que tenham determinado a eficácia da ceftriaxona no tratamento do feto, e por isso esta não é uma medicação recomendada para o tratamento de sífilis na gravidez. Segundo protocolo da OMS, para gestante com sífilis latente recente, em situações especiais como o desabastecimento, pode-se utilizar ceftriaxona 1g, via intramuscular, por dez a 14 dias. Mas nesse caso será necessário notificar, investigar e tratar a criança para sífilis congênita. Para os casos de sífilis tardia ou de duração desconhecida, não existem outras opções terapêuticas na literatura (WHO, 2016). Os serviços de saúde devem se organizar para realização da busca ativa, visando o início precoce do pré-natal. Devem, ainda, buscar a comunicação efetiva com as parcerias sexuais também para testagem e tratamento em momento oportuno.

O quadro seguinte apresenta um resumo dos esquemas terapêuticos utilizados para sífilis em gestante.

Quadro 3. Esquemas Terapêuticos para sífilis em gestantes.

ESTÁGIO CLÍNICO	ESQUEMA TERAPÊUTICO
Sífilis recente (com menos de 2 anos de evolução): sífilis primária, secundária e latente recente	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteo)
Sífilis tardia (com mais de 2 anos de evolução): sífilis latente tardia ou latente com duração ignorada e sífilis terciária	Penicilina G benzatina 2,4 milhões UI, IM, semanal, por 3 semanas Dose total: 7,2 milhões UI, IM
Neurosífilis	Penicilina cristalina 18-24 milhões UI/dia, IV, administrada em doses de 3-4 milhões de UI, a cada 4 horas ou por infusão contínua, por 14 dias

Fonte: DIAHV/SVS/MS.

Notas: Esquemas alternativos não são recomendados durante a gestação. Qualquer outro tratamento realizado durante a gestação, para fins de definição de caso e abordagem terapêutica da sífilis congênita, é considerado tratamento não adequado da mãe, e o RN será submetido a avaliação clínica e laboratorial, conforme seção específica deste PCDT-TV. Gestantes que ultrapassarem o intervalo de 14 dias entre as doses devem reiniciar o esquema terapêutico.

Reação de Jarisch-Herxheimer

Após a primeira dose de penicilina, a pessoa pode apresentar exacerbação das lesões cutâneas com eritema, dor ou prurido, as quais regridem espontaneamente após 12 a 24 horas, sem a necessidade da descontinuidade do tratamento. Tipicamente, vêm acompanhadas de febre, artralgia e mal-estar. Essa reação não configura alergia à penicilina e ocorre em resposta à grande quantidade de proteínas e ou outras estruturas liberadas na corrente sanguínea pelas espiroquetas mortas com a administração de penicilina. É mais comum em pessoas que recebem tratamento na fase secundária da sífilis.

As gestantes e seus parceiros sexuais em início de tratamento devem ser orientadas quanto à possibilidade de ocorrência da reação de Jarisch-Herxheimer e à benignidade do quadro, que é autolimitado. Podem ser prescritos sintomáticos, como antipiréticos.

Não se deve evitar ou adiar a terapêutica apropriada pelo receio da possibilidade da reação de Jarisch-Herxheimer, já que a sífilis congênita é doença de grave morbimortalidade. Caso a gestante não seja tratada adequadamente, o risco de abortamento ou morte fetal é maior que os riscos potenciais da reação.

Segurança e eficácia da administração da penicilina benzatina

A administração de penicilina benzatina pode ser feita com segurança na Atenção Básica. A probabilidade de reação adversa às penicilinas, em especial as reações graves, é muito rara. Diversos medicamentos normalmente prescritos e utilizados na prática clínica diária (ex.: AINE, lidocaína etc.), bem como alimentos (ex.: nozes, frutos do mar, corantes etc.)

apresentam maiores riscos de anafilaxia; todavia, não há tanto temor quanto à sua administração ou consumo. Infelizmente, o receio de reações adversas à penicilina por profissionais de saúde, em especial a raríssima reação anafilática, tem contribuído para a perda do momento oportuno de tratamento de pessoas infectadas por sífilis, colaborando para a manutenção da cadeia de transmissão da doença, inclusive sua faceta mais triste, a sífilis congênita.

A possibilidade de reação anafilática à administração de penicilina benzatina é de 0,002%, segundo levantamento das evidências científicas constante no relatório de recomendação elaborado pela Comissão Nacional de Incorporação de Tecnologia no SUS (CONITEC). Para saber mais, acessar o relatório completo pelo link: <https://bit.ly/2YhRi7g>

O receio de ocorrência de reações adversas não é impeditivo para a administração de penicilina benzatina nos serviços de saúde, especialmente na Atenção Básica. A anafilaxia, como discutido anteriormente, não é exclusiva das penicilinas e, portanto, os serviços devem estar cientes dos procedimentos a serem adotados em tal situação. A adrenalina é a droga de escolha para tratamento da reação de anafilaxia, caso esta ocorra, e a pessoa deverá receber atendimento conforme preconizado pelo Caderno da Atenção Básica nº 28, Volume II, Acolhimento à Demanda Espontânea, Capítulo 2: Queixas comuns no atendimento à demanda espontânea e urgências/emergências, pág. 25, disponível em: <https://bit.ly/2lVekNI>

Destaca-se também:

1. Decisão nº 0094/2015 do Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), que reforça a importância da administração da penicilina benzatina pelos profissionais de enfermagem na Atenção Básica. Disponível em: <https://bit.ly/2YGizQa>
2. Nota Técnica COFEN/CTLN nº 03/2017, que reafirma esse compromisso de cuidado à saúde, disponível em: <https://bit.ly/2SZKa9E>;
3. Deliberação CIB 162/2016 que determina a aplicação de penicilina nas UBS de Santa Catarina. Disponível em: <https://bit.ly/31j2ygV>

8 ATENÇÃO À MULHER E À CRIANÇA NO PERÍODO DO PUERPÉRIO

Deverá ser realizada uma visita domiciliar na primeira semana após a alta do recém-nascido (RN). Caso o RN tenha sido classificado como de risco, a visita deverá acontecer nos primeiros 5 dias após a alta. A importância do retorno da mulher e do recém-nascido ao serviço de saúde e da visita domiciliar, na primeira semana após o parto, devem ser discutidos durante o pré-natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde na visita domiciliar.

Tem por objetivo avaliar as condições de saúde do RN e da puérpera, orientar e apoiar a família para a amamentação e para cuidados básicos com o recém-nascido. Tem o objetivo, também de avaliar a interação da mãe com o recém-nascido, identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las e orientar o planejamento familiar.

Ações e Orientações no puerpério:

- Cuidados gerais com saúde, alimentação e atividades físicas;
- Atividade sexual, informando sobre prevenção de IST/Aids;
- Cuidado com as mamas, reforçando a orientação sobre o aleitamento;
- Cuidados com o recém-nascido;
- Direitos da mulher: reprodutivos, sociais e trabalhistas;
- Planejamento familiar e métodos contraceptivos, aplicar vacinas conforme situação vacinal e calendário estadual de imunizações;
- Prescrever suplementação de ferro: 200 mg, dose única (a partir do conhecimento da gravidez até 3º mês pós-parto) para gestantes sem anemia diagnosticada (BRASIL, 2016);
- Registrar informações em prontuário para seguimento do cuidado.

Uso de Método Anticoncepcional Durante o Aleitamento

A escolha do método deve ser sempre personalizada. Para orientar o uso de métodos anticoncepcionais no pós-parto, deve-se considerar: - o tempo pós-parto; o padrão da amamentação; o retorno ou não da menstruação; os possíveis efeitos dos anticoncepcionais hormonais sobre a lactação e o lactante (BRASIL, 2006).

Quanto ao retorno a atividade sexual, não há período ideal definido, no entanto há de se orientar o casal para as particularidades deste período (mudança dos papéis sociais, diminuição da libido), bem como das mudanças na fisiologia e, neste aspecto, é importante a prescrição de lubrificantes vaginais (FREITAS et al, 2011).

Métodos anticoncepcionais:

Para informações sobre o planejamento sexual e reprodutivo acesse o Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres Pág. 151.

8.1 INTERCORRÊNCIAS QUE SE CARACTERIZAM COMO SINAIS DE ALERTA NO PUERPÉRIO

A seguir, serão descritas algumas doenças ou intercorrências encontradas no período puerperal e o seu manejo.

Endometrite

Uma endometrite pós-parto leve, ou seja, sem repercussão no estado geral da mulher, pode ser tratada de ambulatório com antibiótico via oral. São usadas drogas de amplo espectro como a ampicilina. A melhora deverá ocorrer em 48 a 72 horas e, se houver persistência de febre após este intervalo, referir a puérpera ao hospital, pela possibilidade de restos placentários. Na endometrite pós-parto com peritonite (íleo, distensão abdominal e irritação peritoneal) bem como na endometrite pós-cesariana, a mulher deverá ser referida a hospitalização para tratamento.

Infecção da ferida Operatória (cesárea) ou da Episiotomia (parto vaginal)

A ferida operatória deve ser explorada e se a infecção for superficial, não envolvendo fáscia, são orientados curativos 2 a 3 vezes ao dia com soro fisiológico. Se a infecção comprometer a aponeurose e houver deiscência há necessidade de debridamento cirúrgico e correção da área de deiscência, por isto a puérpera deverá ser referida ao hospital. O uso de antibióticos, está indicado, sem necessidade de internação, somente quando se tratar de infecção que se estender além dos limites cirúrgicos (tendo como sinal a celulite), e observando a cicatrização por segunda intenção. Infecções mais extensas, além de maior cobertura de antibióticos, necessitam eventualmente de debridamento, sendo necessário tratamento hospitalar.

A infecção de episiotomia deve ser explorada e os fios de sutura removidos, orientando banhos de assento com água morna e soluções antissépticas. Lembrar de examinar a região anal, para avaliar a integridade do esfíncter anal e da mucosa anal. Quando não ocorrer a cicatrização normal, considerar possível perineorrafia quando se tiver formado tecido de granulação saudável. Não havendo melhora, presença de hematoma ou sintomas sistêmicos de infecção (febre, calafrios), a puérpera deve ser referida ao hospital.

Mastite e Fissura Mamilar

Para informações sobre os cuidados com estas intercorrências acesse o Protocolo Atenção Básica Saúde das Mulheres Pág. 145. Disponível no link: <https://bit.ly/2l3bT6Q>

Depressão Puerperal

A depressão puerperal tem uma prevalência de 10 a 15%. Devem ser adotadas medidas de apoio com médico e/ou enfermeira ou profissional da equipe de saúde mental. A equipe como um todo deve estar atenta à saúde mental da puérpera. O NICE (2010) descreve uma

forma simplificada de rastreamento de transtorno mental que pode ser aplicado por qualquer profissional da equipe de APS. As visitas domiciliares podem ser ainda mais úteis quando se suspeita de depressão puerperal, principalmente pelo risco de negligência e/ou maus tratos com o recém-nascido. Caso a mulher não consiga seguir o acompanhamento proposto ou não houver melhora do quadro, deverá ser referenciada para o CAPS ou Equipe de referência para a saúde mental (interconsulta ou referência secundária).

Para auxílio na identificação de puérperas sob risco de depressão sugerimos a utilização da Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS) (**Anexo 3**).

9 ACOMPANHAMENTO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

O monitoramento possibilita o gerenciamento da atenção à saúde, por meio do acompanhamento do atendimento da mulher e da criança ao longo de toda a LC Materno Infantil e pode orientar o processo de decisão para a implementação de novas medidas. Para o acompanhamento, monitoramento e avaliação da LC Materno Infantil, selecionaram-se os indicadores abaixo. Ao olhar e refletir sobre os indicadores definidos podemos obter as respostas frente as seguintes perguntas: Estamos fazendo o que é certo? Estamos fazendo corretamente? Podemos fazer melhor?

Indicadores:

1. Razão de morte materna;
2. Coeficiente de mortalidade infantil;
3. % de mulheres que iniciaram o pré-natal até 12 semanas de gestação;
4. Cobertura vacinal em menores de um ano;
5. Percentual de cesarianas;
6. % de gestantes estratificadas de alto risco de acordo com os critérios estabelecidos na Linha de Cuidado Materno Infantil;
7. % de crianças estratificadas de alto risco de acordo com os critérios estabelecidos na estratégia Bebê Precioso;
8. Número de internações hospitalares de crianças até 2 anos.

ANEXO I – MODELO DE PLANO DE PARTO

Sugestão de roteiro para o Plano de Parto
<p>O plano de parto é uma carta que a gestante elabora, relatando os itens sobre o trabalho de parto e o parto ajudando a refletir sobre como ela quer parir seu bebê. É um importante instrumento de empoderamento feminino e de informação sobre as práticas recomendadas para a assistência ao parto.</p>
<p>1. Você quer a presença de pessoas durante o parto? () sim () não 2. Quem você quer presente durante o parto? () Marido/parceiro/pai do bebê () Filha(o) () Outros _____ () Mãe () Outros familiares () Amiga(o) () Doula</p>
<p>No trabalho de parto é recomendado que a mulher se movimente livremente. A posição deitada de costas deve ser evitada. A raspagem dos pelos é desnecessária, assim como a lavagem intestinal. Caso deseje, poderá solicitar um supositório de glicerina para esvaziar o intestino, evitando saída de fezes no momento do parto.</p>
<p>3. Deseja usar supositório de glicerina? () sim () não</p>
<p>Várias técnicas podem ser utilizadas para aliviar a dor durante o trabalho de parto. Você pode, ainda, escolher usar remédios para aliviar a dor. Neste caso, o anestesista irá injetá-los num espaço próximo da coluna vertebral.</p>
<p>4. Métodos de alívio da dor que deseja ter como opção? () Exercícios de relaxamento com a bola do nascimento () Massagens () Banho de banheira ou chuveiro () Respiração profunda () Anestesia com medicamentos () Outros _____</p>
<p>5. Você também pode tomar líquidos para manter-se hidratada. Que deseja ingerir? () Água () Chás () Suco de fruta () Outros _____ () Gelatina</p>
<p>6. Manter o ambiente com pouca luminosidade e com música para ajudar a relaxar e tranquilizar. () Desejo um ambiente com pouca luminosidade durante o trabalho de parto. () Desejo ouvir música durante o trabalho de parto.</p>
<p>A posição do parto deve ser escolhida pela a mulher</p>

ANEXO 2. Instrumento para classificação de risco gestacional

INSTRUMENTO PARA CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL REDE CEGONHA – SANTA CATARINA

Critérios para encaminhamento para serviços Ambulatoriais de Gestação de Alto Risco¹

DATA									
PONTUAÇÃO									
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL									
RISCO.....10 ou + Pontos					ALTO (Encaminhamento imediato ao serviço de Alto Risco)				
RISCO..... 5 a 9 Pontos					MÉDIO (Acompanhamento na Atenção básica)				
RISCO..... até 4 Pontos					BAIXO(Acompanhamento na Atenção básica)				
1 – IDADE:					7 - PATOLOGIAS DE RISCO ATUAL: OBSTÉTRICAS + GINECOLÓGICAS				
(-) de 15 anos.....1					Placenta previa5				
(+) de 35 anos.....1					Placenta previa com sangramento10				
2 – ESCOLARIDADE:					Câncer materno c/ diagnóstico durante a gestação.....5				
Sabe Ler e Escrever:					Neoplasias ginecológicas na gestação atual.....10				
Não.....1					Doença Hemolítica.....10				
3 – ACEITAÇÃO DA GRAVIDEZ:					Isoimunização10				
Não aceita.....1					Mal Formações Congênitas que interferem na via de parto e/ou c/ necessidade de atendimento especializado ao RN.....10				
4 – HÁBITOS:					Crescimento Uterino Retardado.....10				
Tabagista:					Polihidramnio/Oligoidramnio.....10				
Sim.....2					Doença Hipertensiva da Gestação10				
5 - AVALIAÇÃO NUTRICIONAL:					Diabetes Gestacional.....10				
Baixo Peso(IMC<18, 5kg/m2) e/ou ganho de peso inadequado e/ou anemia.....1					Gemelaridade.....10				
Sobrepeso(25-29,9kg/m2).....1					Incomp. Istmo Cervical.....10				
Obesidade (IMC>30kg/m2).....5					8- MÉDICAS E CIRURGICAS.				
6 – ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS E CLÍNICOS:					Cardiopatias.....10				
2 Abortamentos espontâneos consecutivos.....5					Pneumopatias Graves (DPOC, Asma).....10				
Incompetência Istmo Cervical10					Diabetes Mellitus.....10				
Natimorto.....5					Doenças Auto-imunes(Colagenose)10				
Prematuridade na gestação anterior.....5					Psicose puerperal na gestação atual.....10				
Óbito Fetal.....5					Uso de medicos com potencialidades teratogênicas (Anticonvulsivantes:Barbitúricos, carbamazepina, lamotrigina, fenitoína, primidona e fenobarbital.Estabilizadores de humor: Carbonato de lítio, ácido valproico e carbamazepina).....10				
Eclampsia.....10					Doença Renal Grave.....10				
Anomalias do trato genito urinário e/ou pelve com repercussão no trajeto de parto.....5					Hemopatias e Anemia grave Hb<8).....5				
Placenta Prévia na gestação anterior5					Hipertensão Arterial descompensada/mal conduzida.....10				
Descol. Prem. de Placen.....5					Infecção Urinária de repetição (pielonefrite ou infecções 3x ou +).....10				
Restrição de Cresc. Intrauterino na gestação anterior.....5					Infecções Graves e Hepatite B e C.....10				
Último Parto Cesário (-) de 12 meses.....2					AIDS/HIV c/ diagnóstico na gestação.....10				
+ 1 Filho Prematuro.....5					Sífilis.....5				
Pré eclampsia.....5					Tuberculose na gestação.....10				
AIDS/HIV c/ diagnóstico prévio.....5					Toxoplasmose.....10				
Tuberculose c/ tratamento prévio a gestação.....5					Dep. de Drogas.....10				
Alterações da tireoide.....5					Alcoolismo.....10				
Epilepsia e doenças neurológicas.....5					Trombofilia.....10				
Doenças psiquiátricas.....5					Endocrinopatias.....10				
Psicose puerperal.....5					Alterações da Tireoide descompensadas ou c/ diagnóstico na gestação.....10				

Baseado nas publicações do MS: Manual Técnico Gestação de Alto Risco e Caderno de Atenção Básica Nº 32 - Atenção ao Pré Natal de Baixo Risco

ANEXO 3. Escala de Depressão Pós-parto de Edimburgo (EPDS)

Nome:

Data:

Idade do bebê:

Pontuação:

Aplicador da escala:

Dado que teve um(a) filho(a) há pouco tempo, gostaríamos de saber como se sente.

Qual a resposta que mais se aproxima dos seus sentimentos nos últimos 7 dias.

Nos últimos 7 dias:

1 – Tenho sido capaz de rir e ver o lado divertido das coisas.

(0) Tanto como antes

(1) Menos do que antes

(2) Muito menos do que antes

(3) Nunca

2 – Tenho tido esperança no futuro.

(0)Tanta como sempre tive

(1) Menos do que costumava ter

(2) Muito menos do que costumava ter

(3) Quase nenhuma

3 – Tenho-me culpado sem necessidade quando as coisas correm mal.

(3) Sim, a maioria das vezes

(2) Sim, algumas vezes

(1) Raramente

(0) Não, nunca

4 – Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo.

(0) Não, nunca

(1) Quase nunca

(2) Sim, por vezes

(3)Sim, muitas vezes

5 – Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo.

(3) Sim, muitas vezes

(2) Sim, por vezes

(1) Não, raramente

(0) Não, nunca

6 – Tenho sentido que são coisas demais para mim.

(3) Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las

(2) Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes

(1) Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente

(0) Não, resolvo-as tão bem como antes

7 – Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal.

(3) Sim, quase sempre

(2) Sim, por vezes

(1) Raramente

(0) Não, nunca

8 – Tenho-me sentido triste ou muito infeliz.

(3) Sim, quase sempre

(2) Sim, muitas vezes

(1) Raramente

(0) Não, nunca

9 – Tenho-me sentido tão infeliz que choro.

(3) Sim, quase sempre

(2) Sim, muitas vezes

(1) Só às vezes

(0) Não, nunca

10 – Tive ideias de fazer mal a mim mesma.

(3) Sim, muitas vezes

(2) Por vezes

(1) Muito raramente

(0) Nunca

EPDS – Orientações para cotação:

As respostas são cotadas de 0, 1, 2 e 3, de acordo com a gravidade crescente dos sintomas. As questões 3, 5, 6, 7, 8, 9 e 10 são cotadas inversamente (3, 2, 1, 0). Cada item é somado aos restantes para obter a pontuação total.

Uma pontuação de 12 ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade. A EPDS foi desenhada para complementar, não para substituir, a avaliação clínica.

Adaptado de Edinburgh Postnatal Depression. Original de JL Cox, JM Holden, R Sagovsky. *British Journal Of Psychiatry* (1987), 150, 782-786.

Versão Portuguesa : Postnatal depression in an urban area of Portugal: comparison of childbearing women and matched controls. Augusto A; Kumar R; Calheiros JM; Matos E; Figueiredo E. *Psychol Med*, 26 (1):135-41; 1996 Jan

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. **Ob-Gyns Redefine Meaning of “Term Pregnancy”** –. Disponível em: <https://www.acog.org/About-ACOG/News-Room/News-Releases/2013/Ob-Gyns-Redefine-Meaning-of-Term-Pregnancy> Acessado em 30/10/2017

BRASIL, Ministério da Saúde. **Campanha alerta sobre risco de cesáreas desnecessárias.** Disponível em: <http://www.brasil.gov.br/saude/2015/12/campanha-alerta-sobre-risco-de-cesareas-desnecessarias>. Acessado em 31/10/2017

BRASIL. Ministério da Saúde. Grupo Hospitalar Conceição. Gerência de Saúde Comunitária **Atenção à saúde da gestante em APS** / organização de Maria Lucia Medeiros Lenz, Rui Flores. – Porto Alegre: Hospital Nossa Senhora da Conceição, 2011.

CEPÊDAT, BRITO I, HEITOR MJ. **Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância** - Manual de Orientação para profissionais de saúde. Lisboa: DGS; 2005 Disponível em: <http://www.dgs.pt/upload/membro.id/ficheiros/i008180.pdf>

CHAVES, R. L. et al. O nascimento como experiência radical de mudança. **Cad. saúde pública**, v. 30, n. supl. 1, p. S14-S16, 2014

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. **Protocolo de enfermagem volume 3 saúde da mulher acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida.** Disponível em: http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/14_09_2017_15.14.09.259fa5a81e020c350f433fd673d6a319.pdf

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**, 2015. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/161442/3/WHO_RHR_15.02_por.pdf. Acessado em 30/10/2017