

CADERNO

01



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

PROTOCOLO (2026)

GUSTAVO RAMOS PERISSINOTTO
Prefeito Municipal

MARIA DO CARMO GUILHERME
Vice-Prefeito Municipal

MARCO AURELIO MESTRINEL
Secretário Municipal de Saúde
Presidente da FMSRC

RAFAEL PAVEZI GARCIA
Diretor de Departamento de Atenção à Saúde

Elaboração:

KARLA SANTANA AZEVEDO DAMASCENO
Seção de Educação em saúde

Colaboradores:

Aline Corazza Corrêa
Ana Paula Branco Rodrigues
Camila Carrocini Fontana
Débora Mota
Denise Leonardi Queiroz Prado
Eliana Aparecida Paes de Carvalho Souza
Fernanda Maria Ferreira Lucas
Valeska Hamori Canhamero
Vânia Cristina Molke
Vivian Fernandes Furletti de Goes

CADERNO 1
FMSRC
FEVEREIRO 2026

		NR: _____ Páginas: 00 a 83
SAÚDE DA MULHER: DO PRÉ-NATAL AO PUERPÉRIO NA ATENÇÃO BÁSICA		Data de Emissão: 10/05/2021
		Revisão nº 3
		Data desta revisão: 16/01/2026
Este documento faz parte da estratégia de implantação da Linha de Cuidados da Saúde da Mulher em Rio Claro/SP Modificações: 1- Rastreio do HTLV 1 e 2 na primeira rotina 2- Exclusão da suplementação cálcio como rotina pré-natal 3- Atualização da estratificação de risco 4- Atualização no seguimento de ITU 5- Atualização dos métodos contraceptivos no puerpério 6- Inclusão do questionário de alergia a penicilina 7- Atualização em saúde bucal na gestação 8- Atualização do calendário vacinal 9- Inclusão Cartão pré-natal em anexo		
Elaborado por: Karla S. A. Damasceno Seção de Educação em Saúde, Treinamento e Desenvolvimento		
Aprovação – Diretor Médico: 	Aprovação – Secretário da Saúde: 	

SIGLAS

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



Sumário

1-INTRODUÇÃO	7
2-OBJETIVO	7
3-RECURSOS HUMANOS.....	7
Infraestrutura.....	9
4-RECONHECIMENTO DA POPULAÇÃO ADSTRITA.....	9
5-CONFIRMAÇÃO DA GRAVIDEZ	9
6- ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO	10
Risco Habitual.....	10
Risco intermediário	11
Alto risco	11
Urgência e emergência	13
7-ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA	14
8-ROTINA PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA	16
Primeira consulta	16
Consultas subsequentes.....	18
Controles maternos	19
Controles fetais.....	19
Condutas	19
9-EXAMES COMPLEMENTARES:	21
Tipagem sanguínea	22
Quadro 12 - Coombs indireto	23
Quadro 13 - Hemograma	23
Eletroforese de hemoglobina	24
Rastreamento e Manejo da Hepatite B e C na Gestação	24
Rastreio para HIV na gestação	25
Rastreamento para HTLV I e II	25
Toxoplasmose.....	28
10 - PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS NA GESTAÇÃO	30
10.1 Diabetes e gestação	30
10.2 Infecção urinária e gestação	37
10.3 Sífilis no pré-natal	39
10.4 Hipertensão arterial na gestação	44
10.5- Ações da saúde bucal.....	48



Problemas bucais mais comuns na gravidez.....	48
11 - PUERPÉRIO	50
Primeira consulta	51
Segunda consulta	52
Avaliação clínico-ginecológica (realizada pelo médico):	52
Aconselhamento contraceptivo	52
Dificuldades com o aleitamento no período puerperal	53
Doando leite materno.....	55
26 - AÇÕES EDUCATIVAS NA COMUNIDADE	57
REFERÊNCIA	59
Anexo I- Dieta para DMG	62
Anexo II: Curva de monitorização da glicemia capilar.....	64
Anexo III: Mapa para monitoramento da Pressão Arterial.....	65
Anexo IV: Segurança dos fármacos na gestação e na amamentação.....	66
Anexo V- Principais queixas na gestação e condutas.....	70
Anexo VI -Ficha de Investigação e Notificação de Sífilis em Gestante	72
Anexo VII-Boas práticas para a garantia do intervalo adequado entre as doses de benzilpenicilina benzatina no tratamento da sífilis em gestantes	74
Anexo VIII- Questionário de anamnese de alergia a penicilina	76
Anexo IX- Modelo de cartão pré-natal na Atenção Primária a Saúde	77



1-INTRODUÇÃO

A diminuição da taxa de mortalidade materna e infantil tem sido um desafio há tempos. Para reduzir essa taxa e aumentar a qualidade da assistência à mulher nesse ciclo da vida (pré-natal, parto e puerpério), em 2011 foi elaborado o Rede Cegonha (BRASIL, 2011) e recentemente foi atualizado recebendo o nome Rede Alyne, cujo objetivo é reduzir a mortalidade materna no país em 25% até 2027, com um foco especial na redução de 50% das mortes entre mulheres negras. Este documento traz atualizações sobre a assistência à mulher no ciclo gravídico-puerperal

2-OBJETIVO

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

Estratégias

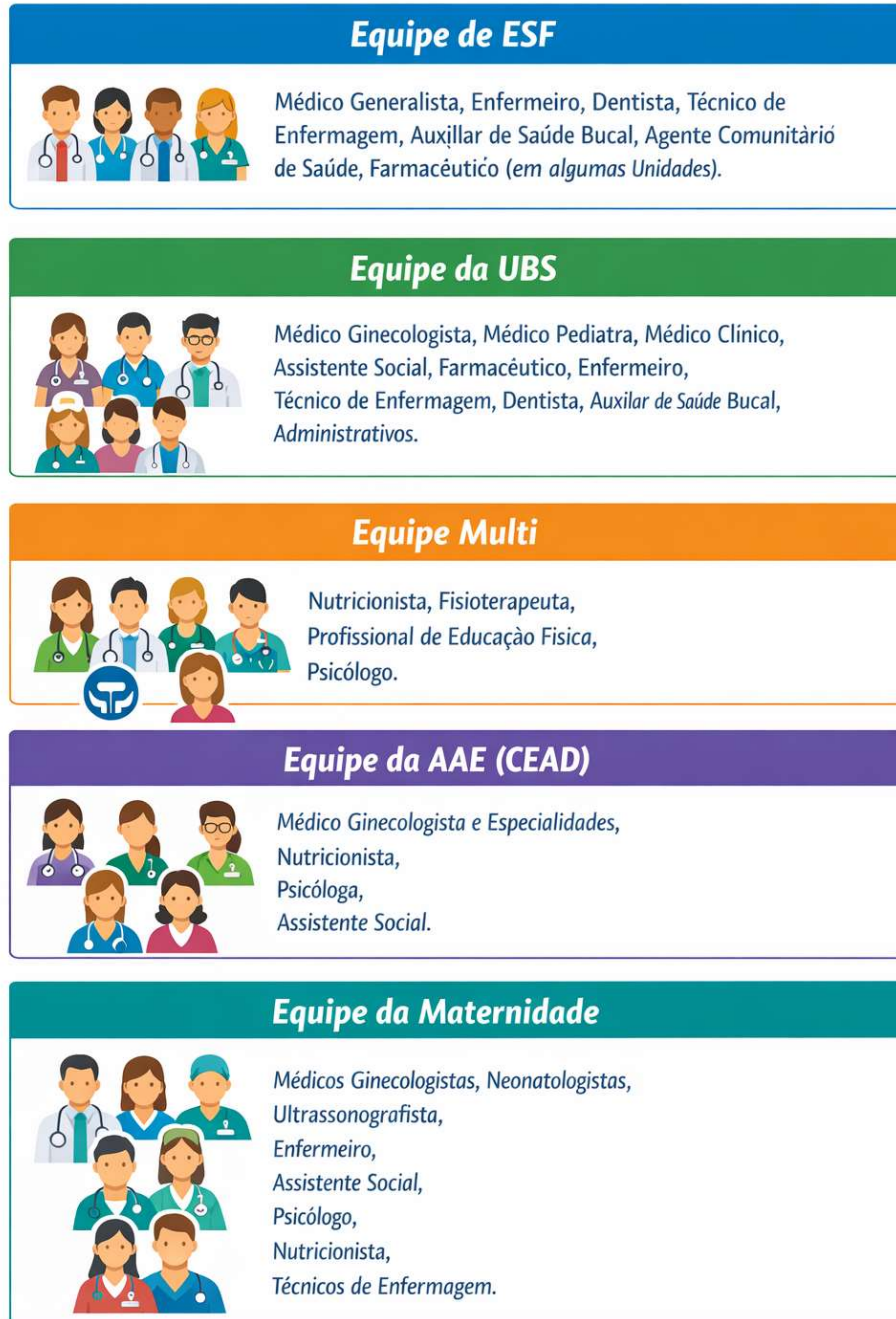
- Conhecimento da população de gestantes e puérperas do território
- Estratificação de risco gestacional.
- Manejo adequado das necessidades das gestantes, parturientes e puérperas de acordo com o estrato de risco.

3-RECURSOS HUMANOS

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



Figura 1- Composição das equipes de saúde nos respectivos níveis de atenção.



Fonte: Elaborado pelo autor (2026), com suporte da ferramenta de inteligência artificial Gemini (Google).



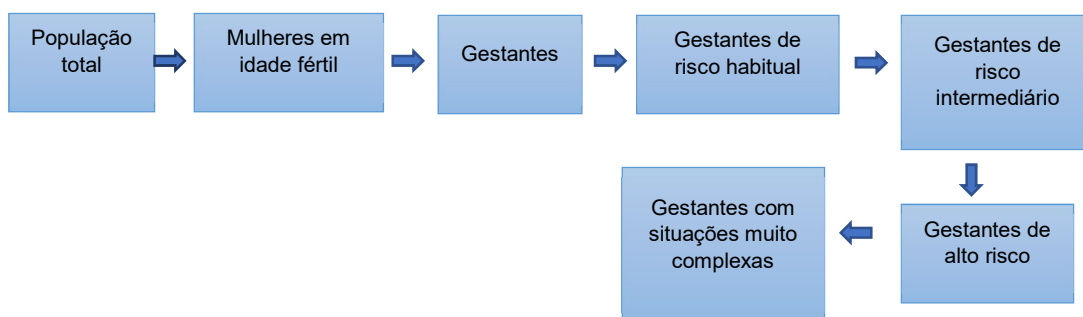
Infraestrutura

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

4–RECONHECIMENTO DA POPULAÇÃO ADSTRITA

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

Figura 2: estratificação da subpopulação de gestantes



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

5-CONFIRMAÇÃO DA GRAVIDEZ

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



gravidez pode ainda ser confirmada por exame físico: ausculta de BCF ou exame de imagem: ultrassonografia. **Após a confirmação de gravidez, deve-se agendar consulta com enfermeiro para abertura do pré-natal.**

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

6- ESTRATIFICAÇÃO DO RISCO

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

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

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

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

Risco Habitual

Quadro1- Risco habitual- Assistência pelo médico generalista da APS

Risco habitual
Características individuais e socioeconômicas e familiares: • Idade entre 16 e 34 anos • Aceitação da gestação
História reprodutiva anterior • Intervalo interpartal maior ou igual a 2 anos
Ausência de intercorrências clínicas e/ou obstétricas na gravidez anterior e/ou na atual*

*Exceto Sífilis que deve ser tratada na Atenção Básica

Fonte: elaborado pela própria autora



Risco intermediário

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

Risco Intermediário
Características individuais e socioeconômicas e familiares: • Idade menor que 15 anos ou maior que 35 anos (primigesta) • Tabagismo ativo • Uso de medicamentos teratogênicos • Altura menor que 1,45m • IMC <18,5 ou 30-39kg/m² • Gestante em situação de rua ou em comunidades indígenas ou quilombola
História reprodutiva anterior: • Alterações no crescimento intrauterino (CIUR e macrosomia) • Malformação • Nuliparidade ou multiparidade (5 ou mais partos) • Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas sem critérios de gravidade • Cesariana prévia com incisão clássica/corporal/longitudinal • Cesárias prévias (2 ou mais) ou cirurgia uterina anterior recente (exceto incisão clássica/corporal/longitudinal) • Intervalo interpartal <2 anos
Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual: • Infecção urinária (2 ocorrências ou mais) ou 1 episódio de pielonefrite • Ganho de peso inadequado • Diabetes gestacional

Fonte: elaborado pela própria autora

Alto risco

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

Alto risco
Característica individuais e condições socioeconômicas: • Dependência e/ou uso abusivo de drogas lícitas ou ilícitas • Agravos alimentares ou nutricionais: IMC ≥40kg/m², desnutrição e transtornos alimentares (anorexia nervosa, bulimia, outro)
Condições clínicas prévias à gestação: • Doença psiquiátrica grave: psicose, depressão grave, transtorno bipolar, outras



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

História reprodutiva anterior:

- Morte perinatal explicada ou inexplicada
- Abortamento habitual/recorrente (ocorrência de 3 ou mais abortamentos consecutivos)
- Isoimunização Rh em gestação anterior
- Insuficiência istmo cervical
- Infertilidade
- Acretismo placentário
- Pré-eclâmpsia grave; síndrome HELLP
- Prematuridade anterior (<32 semanas)

Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual

- Gestação múltipla
- Gestação resultante de estupro
- Pré-eclâmpsia
- Infecção urinária de repetição: ≥ 3 episódios de 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; rubéola; citomegalovírus; herpes simples; tuberculose; hanseníase; hepatites; condiloma acuminado (verruga viral no canal vaginal ou colo uterino ou lesões extensas/numerosas localizadas em região genital ou perianal); diagnóstico de HIV/AIDS
- Desvios do crescimento intrauterino: CIUR (mesmo suspeito, se ultrassom não disponível), macrossomia ou desvios da quantidade de líquido amniótico
- Insuficiência istmo cervical
- Anemia grave (hemoglobina <8 g/dL) ou anemia refratária a tratamento
- Hemorragias na gestação após 1º trimestre
- Acretismo placentário ou placenta prévia não sangrante
- Colestase gestacional (prurido gestacional ou icterícia persistente)
- Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal

Alto risco com situações especiais:

- Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal
- Diagnóstico de HIV/AIDS
- Transplantes

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

Urgência e emergência

Quadro 4- Situações de urgência e emergência- a maternidade

Urgência e emergências obstétricas

- Síndromes hemorrágicas (descolamento prematuro de placenta, placenta prévia com sangramento ativo)
- Sinais e sintomas de abortamento em curso ou inevitável
- PAS ≥ 160 mmHg ou PAD ≥ 110 mmHg, escotomas visuais, diplopia, cefaleia, epigastralgia, dor no hipocôndrio direito e confusão mental
- Eclâmpsia
- **Gestantes com sífilis e alergia à penicilina (para dessensibilização) ou suspeita de neurosífilis (aplicar o questionário em anexo).**
- Suspeita de pielonefrite, corioamnionite ou qualquer infecção de tratamento hospitalar
- Anidrâmnio
- Polidrâmnio grave ou sintomático



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

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

7-ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

Todas as gestações devem ser acompanhadas pelas equipes de ESF e quando necessário, vide quadros acima, o cuidado deve ser compartilhado com a AAE. As emergências e urgências devem ser encaminhadas à maternidade.

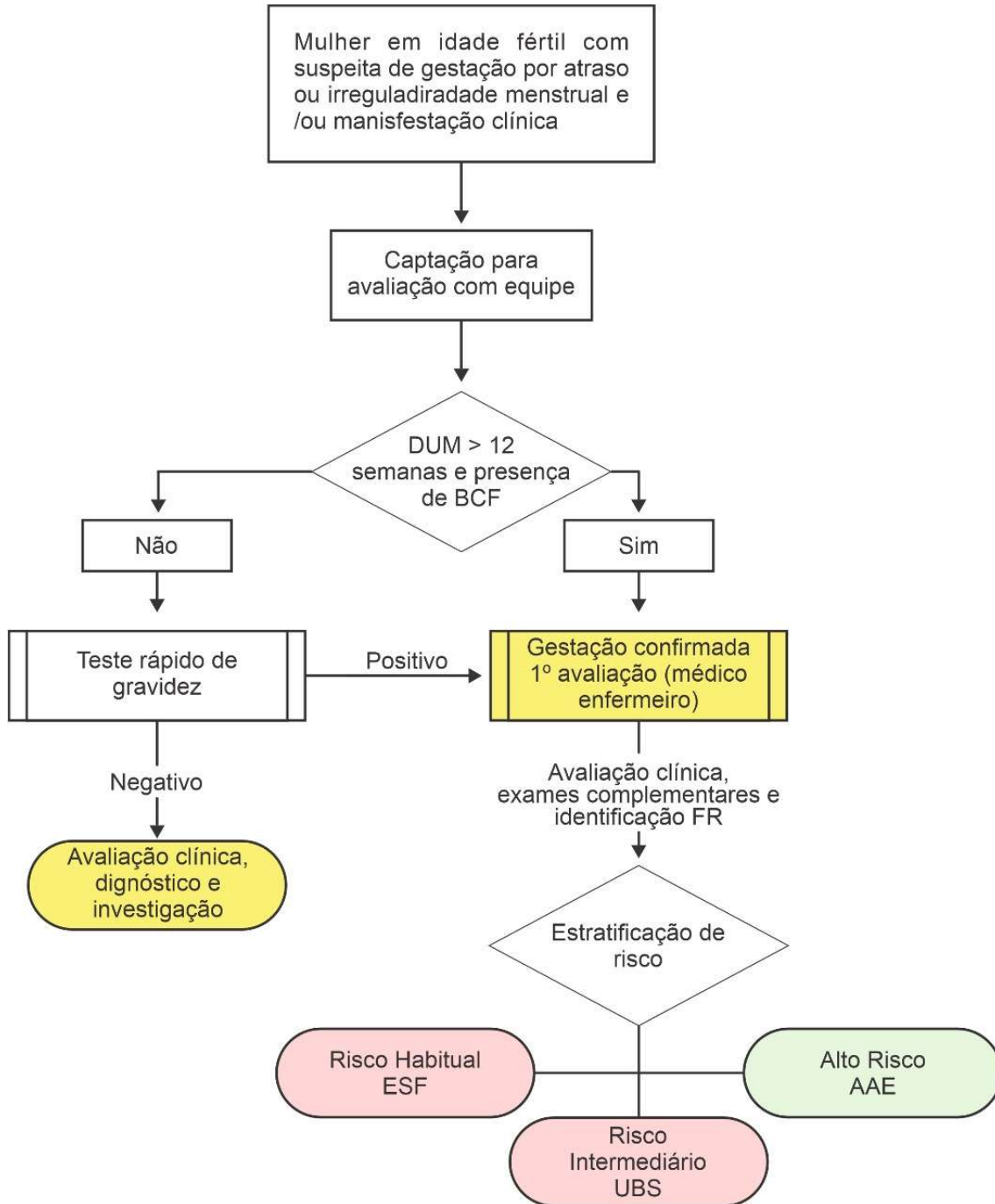
Os encaminhamentos da ESF para a UBS e para a AAE serão regulados pela coordenação das unidades a partir de e-mail. A referência e a contrarreferência devem estar devidamente preenchidas com Hipótese diagnóstica e CID. A disponibilidade de vaga na agenda do médico ginecologista/obstetra da UBS e da AAE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

As consultas subsequentes serão agendadas pelo próprio serviço da AAE. As pacientes terão cuidado compartilhando entre APS e AAE.

Os encaminhamentos da Atenção Primária à Saúde (APS) e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) para a maternidade, quando da situação de urgência e emergência (vide quadro 4), devem ser feitos no IDS (Maestro) e, quando necessário, regulados pelo serviço do SAMU.



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



Fonte: elaborado pela própria autora



8-ROTINA PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO BÁSICA

Primeira consulta

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

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

Quadro 5 - Cálculo da idade gestacional:

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

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



Quadro 6 - Cálculo da data provável do parto

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

Fonte: BRASIL, 2012

Quadro 7 - Medicações na gestação

Medicações no ciclo gravídico puerperal	
Medicamento	Comentário
Ácido fólico	- Dose: 0,4 a 0,8mg/dia (40 gotas da solução 0,2mg/mL), para gestantes com baixo risco para defeitos de fechamento do tubo neural, e 5,0mg/dia, para gestantes com alto risco para defeitos de fechamento de tubo neural (cirurgia bariátrica; antecedentes de malformações neurológicas; uso concomitante de antagonistas de ácido fólico, como o ácido valproico, em caso de epilepsia) - Período: 1 mês antes da gravidez até a 12ª semana gestacional.
Sulfato ferroso	- Dose: 40mg de ferro elementar/dia - Período: a partir da 20ª semana até o parto

Fonte: BRASIL, 2012

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



Quadro 8 - Vacina na gestação- Calendário da Gestante

Vacina	Nº doses	Intervalo entre as doses (recomendado)
Hepatite b (HBrecombinante)	3 doses, de acordo com o histórico vacinal (Iniciar ou completar)	0,1,6 (mês)
Difteria e tétano (dT adulto)	3 doses, de acordo com o histórico vacinal (Iniciar ou completar). Reforço a cada 10 anos, reduzir para 5 anos se ferimentos graves ou gravidez	0,2,4(mês)
Difteria, tétano, Petusis acelular (dTpa adulto) *	1 dose a cada gestação.	2 meses após dT A partir da 20ª semana de gravidez
Influenza**	1 dose anual	---
Covid	1 dose anual	---
Vírus sincicial respiratório (VSR).***	1 dose por gestação	A partir da 28ª semana de gravidez

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

-Administrar em qualquer idade gestacional. * - ainda não disponível no SUS.

Fonte: elaborado pela própria autora

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

Consultas subsequentes

Nas consultas seguintes, a anamnese deverá ser sucinta, abordando aspectos do bem-estar materno e fetal. Inicialmente, deverão ser ouvidas dúvidas e ansiedades da mulher, além de perguntas sobre alimentação, hábito



intestinal e urinário, movimentação fetal e interrogatório sobre a presença de corrimentos ou outras perdas vaginais.

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

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

Controles maternos

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

Controles fetais

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

Condutas

- Interpretação dos dados de anamnese, do exame obstétrico e dos exames laboratoriais com solicitação de outros, se necessário;
- Tratamento das alterações encontradas ou encaminhamento, se necessário;



- Prescrição de suplementação de sulfato ferroso (40 mg de ferro elementar/dia) para profilaxia da anemia, se necessário;
- Orientação alimentar;
- Realização de ações e práticas educativas individuais e em grupos;
- Agendamento de consultas subsequentes.

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

Quadro 9 - Condutas pré-natais segundo idade gestacional e responsável.

Idade Gestacional	Conduta	Responsável
Abertura de pré-natal	Solicitação de exames de 1ª rotina, USG obstétrica, prescrição de ácido fólico, encaminhamento ao dentista	Enfermeiro
Consulta subsequente (12ª semana)	Checar exames, realizar exame físico e encaminhamentos se necessário. (Nota: Em conformidade com as diretrizes de 2026, a suplementação de cálcio foi retirada da rotina padrão)	Médico
16-20 semanas	Exame físico e prescrição de sulfato ferroso, solicitação de USG morfológica	Enfermeiro
20-24 semanas	Exame físico + checar USG morfológico. Solicitar 2ª rotina e exames laboratoriais segundo queixa e necessidades.	Médico
24-28 semanas	Exame físico + checar exames.	Médico
28- 32 semanas	Exame físico + solicitar 3ª rotina +USG obstétrico	Enfermeiro
32-34 semanas	Exame físico, checar exames de rotina, realizar orientações e prescrições conforme queixas e achados,	Médico
34-36 semanas	Exame físico, solicitar cultura do E. Grupo B para colher com 36 semanas	Médico/enfermeira



37 semanas	Exame físico, orientações sobre TP e sinais de alerta e checar resultado de cult. E Grupo B	Obstetra/médico
38 semanas	Exame físico, orientações sobre TP e sinais de alerta.	Obstetra/médico
39 semanas	Exame físico, orientações sobre TP e sinais de alerta	Obstetra/médico
40 semanas (DPP)	Encaminhar à maternidade para avaliação da vitalidade fetal (CTG), orientar que parto poderá acontecer até 41 semanas.	Obstetra/médico
41 semanas	Encaminhar à maternidade por pós datismo	Obstetra/médico

Fonte: elaborado pela própria autora.

9-EXAMES COMPLEMENTARES:

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

Quadro 10 -Exames de rotina laboratorial e de imagem de acordo com a idade gestacional

1ª ROTINA (abertura de pré-natal)	• ABO Rh (se desconhece) • Coombs indireto (se Rh negativo) • Hemograma • Eletroforese de Hb (se desconhece) • Glicemia de jejum • VDRL • Anti HIV 1 e 2 • HBsAg • Anti HCV • IgG e IgM toxoplasmose • HTLV 1 e 2- Elisa • Urina 1 • Urocultura
---	---



	• Ultrassonografia obstétrica • Papanicolau (segundo diretrizes INCA 2016) • Parasitológico de fezes
2ª ROTINA Entre 22 e 24 semanas	• TTGO75g (se o primeiro rastreio para DMG negativo) • IgM toxoplasmose (se suscetível) • VDRL • Hemograma • Urina 1 • Ultrassonografia morfológica (realizar entre 22 e 24 semanas, então solicitar entre 16 e 20 semanas)
3ª ROTINA (entre 28 e 32 semanas)	• Hemograma • VDRL • Anti HIV 1 e 2 • IgM toxoplasmose (se suscetível) • Urina 1 • Urocultura • Ultrassonografia obstétrica • Cultura Estreptococo do grupo B (realizar com 36 semanas)

Fonte: elaborado pela própria autora

Quadro 11 - Interpretação e conduta de cada exame:

Tipagem sanguínea

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

Fonte: elaborado pela própria autora



Quadro 12 - Coombs indireto

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

Fonte: elaborado pela própria autora

Quadro 13 - Hemograma

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

Fonte: elaborado pela própria autora

Sulfato ferroso 1cp de 200mg = 40mg de Ferro elementar:

- Profilático: 1- 2cp;
- Tratamento: 4cp;



Eletroforese de hemoglobina

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

Resultado da eletroforese de hemoglobina:

- Hb A + A= padrão normal
- Hb A + quaisquer outras variantes= gestante sem doença falciforme
- Hb A + S= traço falciforme (Investigar a possibilidade de o pai da criança ter o traço falciforme e orientar sobre os cuidados com o recém-nascido)
- Hb S+S, Hb S+C, Hb S β + tal, HbS β 0tal ou Hb SD Punjab= encaminhar ao pré-natal de alto risco

Rastreamento e Manejo da Hepatite B e C na Gestação

Todas as gestantes devem ser submetidas ao rastreamento para hepatite B por meio da pesquisa do HBsAg, utilizando teste rápido ou imunoensaio laboratorial, preferencialmente no primeiro trimestre da gestação ou na primeira consulta de pré-natal. Nessa ocasião, deve-se também verificar a documentação comprobatória do esquema vacinal para hepatite B.

Na ausência de registro de testagem durante o pré-natal, o rastreamento para o vírus da hepatite B deve ser realizado no momento da admissão para o trabalho de parto. Em situações excepcionais, quando não houver testagem nos períodos anteriormente mencionados, o exame deverá ser realizado no puerpério. Essas recomendações também se aplicam aos casos de abortamento.

Nos casos em que o resultado do HBsAg for não reagente e não houver comprovação de esquema vacinal completo contra hepatite B, deve-se iniciar ou completar a vacinação durante a gestação. Destaca-se que a vacina contra hepatite B é segura tanto na gestação quanto durante a amamentação. Quando



houver registro de esquema vacinal completo, a gestante deve ser considerada imunizada.

Diante de resultado reagente para HBsAg, anti HCV ou teste rápido para Hepatite B ou C deve-se proceder o encaminhamento da gestante ao compartilhamento do cuidado com o pré-natal de alto risco e/ou serviços de referência para IST/AIDS (SEPA).

Rastreio para HIV na gestação

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

Resultado teste rápido ou sorologia anti-HIV:

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

Sorologia para Citomegalovírus (CMV)

Não há até esse momento recomendação de vacinação ou rastreamento para transmissão vertical do CMV no SUS.

Rastreamento para HTLV I e II

Esse teste será oferecido na abertura do pré-natal, caso venha negativo, encerrar a investigação, caso venha positivo (teste de triagem positivo), deve-se encaminhar a gestante ao SEPA para que seja solicitado testes confirmatórios, Western Blot (WB) ou pesquisa de PCR (teste molecular) para HTLV.

Em resumo, recomenda-se durante a gestação:

- Realizar triagem sorológica de alta sensibilidade (ELISA) na primeira consulta do pré-natal.
- Confirmar resultados positivos ou indeterminados do ELISA com testes mais específicos, WB ou PCR.



Para casos confirmados:

- Informar sobre os riscos de transmissão vertical, especialmente pela amamentação prolongada.
- Recomendar o uso de preservativos e encaminhar o parceiro para triagem.
- Prescrever cabergolina para inibir a amamentação (pós-parto).
- Contraindicar o aleitamento materno.
- Acompanhar o recém-nascido de mães infectadas por meio de testes PCR (no ambulatório de pediatria SEPA), de forma compartilhada entre APS e AAE.

RECOMENDAÇÕES SOBRE A VIA DE NASCIMENTO

Atualmente há poucas evidências sobre o papel da via de nascimento na transmissão vertical de HTLV, com o objetivo de apoiar a tomada de decisão por parte dos(as) profissionais que atuam em maternidades e Centros de Parto Normal (CPN), apresentam-se a seguir orientações direcionadas aos(às) gestores(as) e às equipes de saúde:

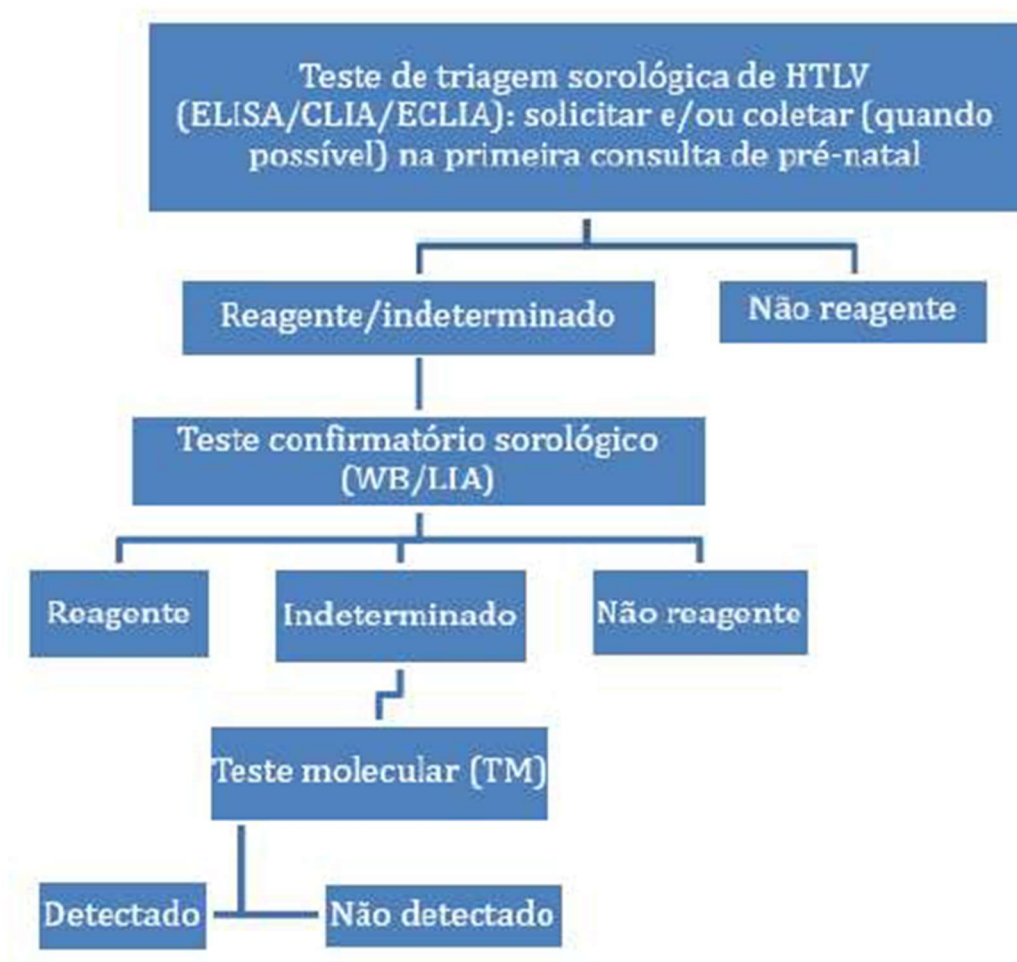
- **Para gestantes com diagnóstico confirmado de HTLV-1/2**, independentemente de manifestações ou outras doenças associadas ao HTLV-1, recomenda-se a realização da **cirurgia cesariana**,
- **Para gestantes com diagnóstico não concluído**: no momento do parto, se a gestante apresentar resultado reagente (positivo) no teste de triagem de HTLV (ELISA ou CLIA/ECLIA) e ainda não houver o resultado do teste confirmatório (WB/LIA), ou se este for indeterminado:
 - * Se houver manifestações compatíveis com ATL, HAM/TSP e/ou com outras doenças associadas ao HTLV-1, recomenda-se realização de cirurgia cesariana,
 - * Se não houver manifestações associadas ao HTLV, recomenda-se manter a via de nascimento de acordo com indicação obstétrica.



CUIDADOS ESPECÍFICOS DURANTE A CESARIANA ELETIVA
1. Confirmar a idade gestacional , a fim de evitar a prematuridade iatrogênica . Utilizar parâmetros obstétricos como data da última menstruação correta, altura uterina e ultrassonografia precoce (preferencialmente no 1º trimestre, ou antes da 20ª semana).
2. A cesárea eletiva deve ser realizada a partir da 38ª semana de gestação , a fim de evitar a prematuridade, o trabalho de parto e a ruptura prematura das membranas.
3. Sempre que possível, proceder ao parto empelcado (retirada do neonato mantendo as membranas corioamnióticas íntegras).
4. Ligar o cordão umbilical imediatamente após a retirada do recém-nascido e não realizar ordenha do cordão.
5. Realizar a completa hemostasia de todos os vasos da parede abdominal e a troca das compressas ou campos secundários antes de executar a histerotomia , minimizando o contato posterior do recém-nascido com o sangue materno.

Fonte: Dathi/SVSA/M5.

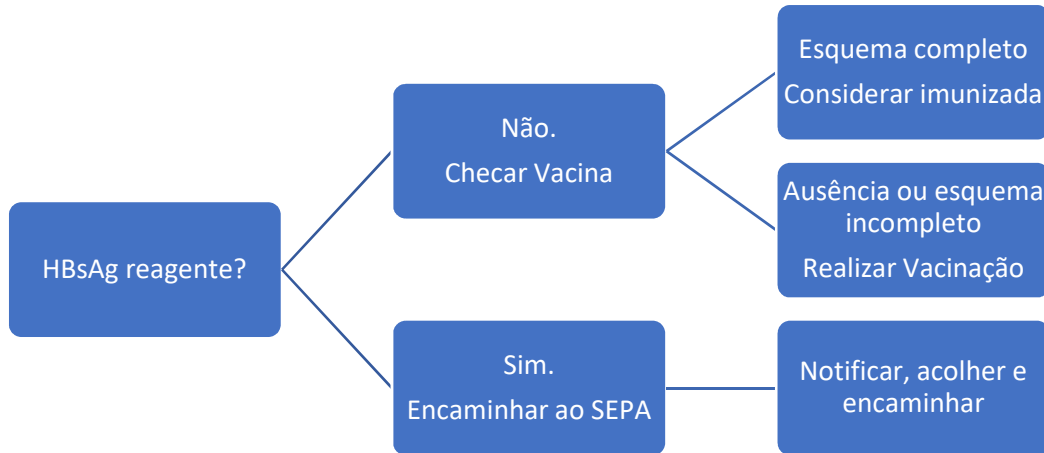
Figura 3- Fluxograma de diagnóstico laboratorial de HTLV em gestante



Fonte: Dathi/SVSA/M5.



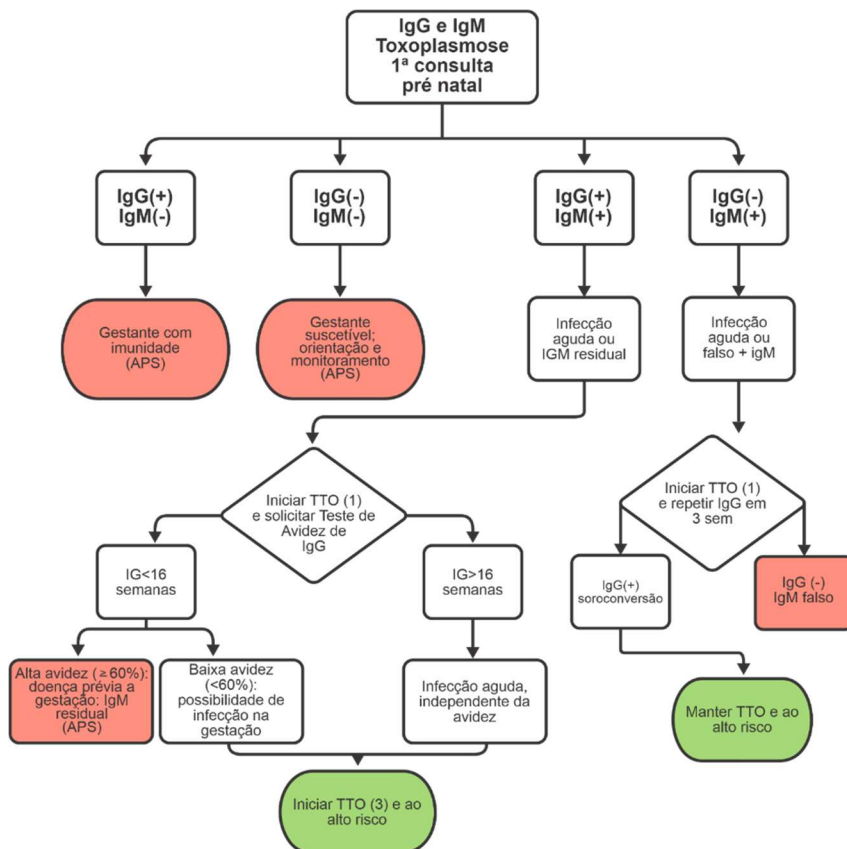
Fluxograma de rastreio e imunização para Hepatite B na gestação



Fonte: elaborado pela própria autora

Toxoplasmose

Figura 4- Rastreio e conduta para toxoplasmose na gestação



Fonte: elaborado pela própria autora

**Tratamento (T1):**

- Espiramicina - Comprimido de 1.500.000 UI = 500mg

Posologia: 2 comprimidos de 8 em 8 horas (3g/dia).

Tratamento (T3) Esquema tríplice:

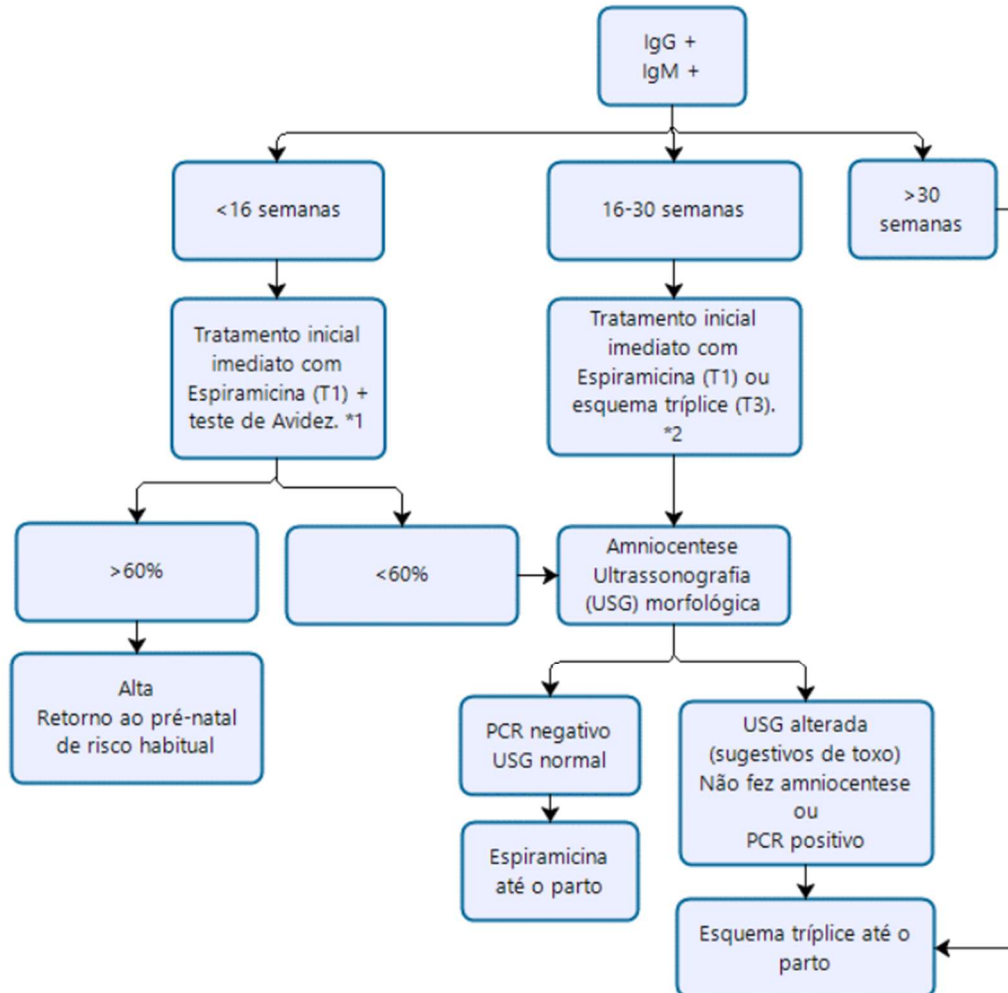
- Pirimetamina (25mg) – 1 comprimido de 25mg de 12 em 12 horas;
- Ácido folínico (15 mg) – 1 comprimido de 15 mg ao dia;
- Sulfadiazina (500 mg) – 2 comprimidos de 500mg de 8 em 8 horas.

O esquema tríplice pode ser prescrito nas seguintes situações:

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



Figura 5- resumo das condutas diante de IgG e IgM positivos a depender da idade gestacional



Fonte: Protocolo MEAC- EBSERH

10 - PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS NA GESTAÇÃO

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

10.1 Diabetes e gestação

Diabetes Mellitus (DM) é uma doença sistêmica complexa caracterizada, principalmente, por hiperglicemia. Tem caráter progressivo, podendo haver complicações micro e macrovasculares. A gestação aumenta a resistência à



insulina e altera a tolerância à glicose (estado diabetogênico), sendo de fundamental importância o diagnóstico oportuno e acompanhamento para diminuir as complicações materno-fetais.

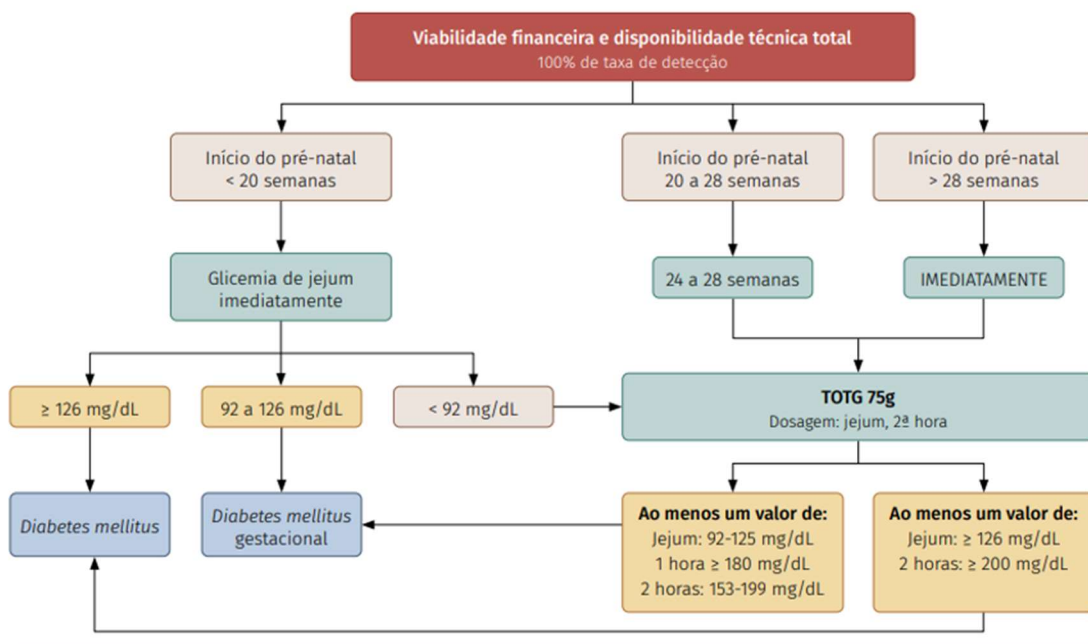
Fatores de risco para DMG

Idade materna ≥ 40 anos Sobrepeso ou obesidade História familiar de diabetes em parente de primeiro grau Condições associadas a resistência insulínica: • Acantose nigricans, - Hipertrigliceridemia, Hipertensão arterial sistêmica, Síndrome do Ovário Policístico	Ganho de peso excessivo na gravidez Crescimento fetal excessivo Polidrâmnio Pré-eclâmpsia na gestação atual Antecedentes de abortamentos de repetição Malformações ou Macrosomia Morte fetal ou neonatal DMG prévio Hb glicada $\geq 5,7\%$ no primeiro trimestre
---	---

Fonte: ZAJDENVERG. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2023.

Rastreio

Figura 6- Exames de rastreio para DMG:



Fonte: ZAJDENVERG. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2023.



Diagnóstico

Tabela 1. Valores de corte para diagnóstico de DMG

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

Obs: Para o diagnóstico basta um valor alterado

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

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

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

Rotina pré-natal na APS

Se o rastreio for positivo para DMG antes de 20 semanas, não há necessidade de realizar um segundo rastreio ou teste para confirmação. Deve-



se como primeiras medidas orientar **mudanças no estilo de vida**: diminuir a ingestão de açúcares simples, bebidas açucaradas e alimento ultraprocessados (vide orientações no anexo) e realizar atividade física (caminhadas e alongamentos), além de compartilhar cuidado com a equipe eMulti. Solicitar medida da glicemia capilar e anotação dos valores no mapa glicêmico (anexo) por duas semanas. Após essas primeiras medidas, se controles glicêmicos adequados compartilhar cuidados com médico obstetra da UBS. Se controles inadequados compartilhar cuidados com o pré-natal de alto risco.

Quadro 14 - Controle glicêmico desejado

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

Fonte: elaborado pela própria autora

Se DM prévia, compartilhar cuidados com o pré-natal de alto risco, solicitar além da rotina de pré-natal do 1º trimestre: hemoglobina glicada, proteinúria de 24h ou relação proteína/creatinina urinária, creatinina, fundoscopia e ECG. É RECOMENDADO que gestantes com DM 2 interrompam o tratamento não insulínico antes ou logo após o início da gestação, **quando estiver garantida a imediata substituição pela insulino-terapia**.

Pacientes com diabetes prévio à gestação devem iniciar AAS 100 mg/dia, à noite, a partir de 12 semanas (iniciar até 20 semanas), mantendo-o até 36 semanas para profilaxia de pré-eclâmpsia.

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



Avaliação fetal

Quadro 15 - Avaliação fetal em paciente com Diabetes Mellitus

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

Fonte: adaptado do Protocolo- MEAC- EBSERH

Complicações do Diabetes na Gestação

Quadro 16 - Principais complicações relacionadas a diabetes

Maternas	Hipertensão/pré-eclâmpsia Infecções recorrentes Cetoacidose diabética (afastar infecção) Abortamentos espontâneos Coma/ Morte
Fetais	Malformação fetal Parto prematuro Macrossomia Morte fetal Complicações neonatais: hipoglicemia, síndrome do desconforto respiratório, hipocalcemia, hiperbilirrubinemia, policitemia, cardiomiopatia, ICC

Fonte: Protocolo- MEAC- EBSERH

Tratamento:

- Maior objetivo: manter a gestação sem intercorrências;
- Orientação e educação da paciente;
- Acompanhamento por uma equipe multidisciplinar;



- Tratamento farmacológico: iniciar quando dieta e exercícios não forem suficientes para controle glicêmico adequado, após período de 1-2 semanas com monitoramento da glicemia capilar (30% ou mais de valores alterados). Pode também ser considerado quando houver crescimento fetal excessivo (US entre 29-33 semanas com circunferência abdominal acima do percentil 75);

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

Quadro 17 - Indicações e contraindicações do uso de metformina no DMG:

Indicações
Como alternativa a insulina: • Falta de adesão a insulino terapia • Não acessibilidade a insulina • Dificuldade de autoadministração da insulina • Restrição alimentar excessiva da gestante
Associada a insulina: • Dose elevadas de insulina (>2U/kg/d) sem controle glicêmico adequado • Ganho de peso materno excessivo • Ganho de peso fetal excessivo
Contraindicações
• Feto abaixo do percentil 50 • Presença de crescimento intrauterino restrito • Gestante com doença renal crônica

Fonte: ZAJDENVERG, Tratamento farmacológico do diabetes na gestação. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2023.

Monitoramento

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



de seis pontos (em jejum, uma hora após café, antes do almoço, uma hora após almoço, antes do jantar e uma hora após jantar).

Resolução da gestação

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

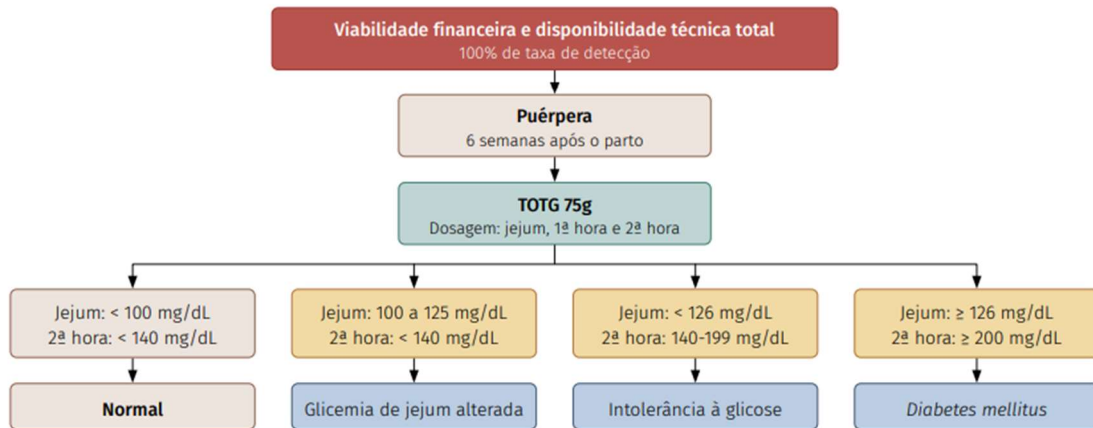
Puerpério

A recomendação:

- Realizar TOTG com 75 g 6 semanas após o parto;
- Orientar estilo de vida saudável para prevenir incidência futura de diabetes;
- Recomendar avaliação glicêmica a cada 1-3 anos, dependendo dos fatores de risco.
- Nas gestações acompanhadas no pré-natal de alto risco, ao receber alto do puerpério, levar relatório do atendimento do parto e do puerpério para APS.



Figura 7. Diagnóstico de diabetes mellitus, glicemia de jejum alterada e intolerância à glicose.



Fonte: elaborado pela própria autora

10.2 Infecção urinária e gestação

Rastreamento

Realizar **urocultura para rastreamento no primeiro e no terceiro trimestre da gestação.**

Na prática clínica, define-se **bacteriúria significativa** como:

- Urocultura com crescimento ≥ 100.000 UFC/mL da mesma bactéria em amostra de jato médio; ou
- Urocultura com crescimento ≥ 100 UFC/mL em urina coletada por sondagem vesical.

Definições clínicas:

- **Bacteriúria assintomática (BA):** urocultura positiva em gestante sem sintomas urinários.
- **Cistite:** presença de bacteriúria significativa associada a sintomas do trato urinário baixo (disúria, dor ou desconforto suprapúbico, aumento da



frequência urinária e urgência miccional), **sem sinais sistêmicos de infecção**. Na presença de quadro clínico típico associado a alterações no exame de urina tipo 1, não é necessário aguardar o resultado da urocultura para iniciar tratamento empírico.

Tratamento

Bacteriúria Assintomática (BA)

Recomenda-se tratamento antimicrobiano, podendo-se optar por esquemas de curta duração para favorecer a adesão da gestante.

Opção preferencial:

- Fosfomicina trometamol 3 g, via oral, **dose única**.

Outras opções terapêuticas:

- Nitrofurantoína 100 mg, via oral, a cada 6 horas, por 5 a 7 dias *(evitar no primeiro trimestre e próximo ao termo)*;
- Cefalexina 500 mg, via oral, a cada 6 horas, por 5 a 7 dias;
- Amoxicilina 500 mg, via oral, a cada 8 horas, por 5 a 7 dias;
- Sulfametoxazol-trimetoprim 800/160 mg, via oral, a cada 12 horas, por 3 dias
(uso permitido com cautela; taxa de resistência aproximada de 20%; contraindicado no terceiro trimestre pelo risco de anemia hemolítica neonatal).

Observação: As quinolonas devem ser **evitadas durante a gestação** (exemplo: ciprofloxacino).

Controle pós-tratamento

- Repetir urocultura **7 dias após o término do tratamento**:



- Se **positiva**: retratar conforme resultado do antibiograma;
- Se **negativa**: repetir urocultura a cada **dois meses até o término da gestação**.
- Nos casos de **bacteriúria persistente após dois esquemas terapêuticos**, indicar profilaxia com:
 - Nitrofurantoína 100 mg, via oral, à noite, até o termo da gestação.
 Orientar a gestante a **esvaziar a bexiga antes de dormir**.

Cistite

O tratamento da **cistite (infecção urinária baixa)** segue as **mesmas opções terapêuticas recomendadas para bacteriúria assintomática**.

Nos casos de:

- **Terceiro episódio de cistite**, ou
- **Primeiro episódio de pielonefrite**, deve-se **compartilhar o seguimento com o serviço de pré-natal de alto risco**.

10.3 Sífilis no pré-natal

Clínica

Quadro 18 - Manifestações clínicas de acordo com evolução e estágios da sífilis adquirida

Evolução	Estágios	Manifestação Clínicas
Sífilis recente (≤ 1 ano)	Primária	Geralmente se manifesta como um nódulo indolor, que úlcera rapidamente, comumente na genitália.
	Secundária	Podem ocorrer máculas e/ou pápulas, principalmente no tronco; Lesões eritemato-escamosas palmo-plantares (essa localização, apesar de não patognomônica, sugere fortemente o diagnóstico de sífilis); alopecia em clareira e



		madarose, febre, mal-estar, cefaleia, adinamia e linfadenopatia generalizada.
	Latente recente (≤ 1 ano)	Período em que não se observa nenhum sinal ou sintoma clínico, verificando-se, porém, reatividade nos testes imunológicos. A maioria dos diagnósticos ocorre nesse estágio
Sífilis tardia (> 1 ano)	Latente tardia (> 1 ano)	
	Terciária	Menos frequente. É comum o acometimento do sistema nervoso e cardiovascular. Além disso, verifica-se a formação de gomas sífilíticas (tumorações com tendência a liquefação).

Fonte: SÃO PAULO, 2016

Rastreamento e diagnóstico

Quadro 19 - Interpretação e conduta com testes de rastreamento de sífilis

Teste treponêmico (TR)	Teste Não Treponêmico (VDRL)	Interpretação	Conduta
Reagente	Reagente	Diagnóstico de sífilis	TRATAR e monitorar com VDRL mensal
	Não Reagente	Suspeita-se de sífilis recente, sífilis tratada ou falso positivo. Realizar um 3° teste (TPHA)	Se não houver documentação de tratamento prévio, TRATAR e monitorar com VDRL mensal.
Não Reagente	Reagente	VDRL $\leq 1/4$: falso positivo? VDRL $> 1/4$: infecção? Realizar um 3° teste (TPHA) TRATAR enquanto aguarda do 3° teste	Resultado do TPHA: -Negativo: Suspende tratamento -Positivo: Mantem tratamento e monitora



	Não Reagente	Ausência de infecção ou período de incubação	Se suspeita clínica: novo exame em 30 dias.
--	--------------	--	---

Fonte: DCCI/SVS/MS. Coletar VDRL para sífilis no dia da primeira dose de Benzetacil. TR: teste rápido

Tratamento e seguimento da sífilis no pré-natal:

O tratamento pode ser prescrito pelo médico ou enfermeiro para gestante e parceiro. A Penicilina Benzatina pode ser administrada pelo enfermeiro sem a presença do médico (NOTA TÉCNICA COFEN/ CTLN N°03/2017).

Quadro 20 - Esquema terapêutico para cada estágio da sífilis.

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

Fonte: SÃO PAULO, 2016

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

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

Importante!

- Para gestantes, o intervalo ideal entre as doses de Benzilpenicilina benzatina é de 7 (sete) dias.



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

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

Pacientes com suspeita ou alergia comprovada a penicilina benzatina devem ser encaminhadas a **maternidade** para dessensibilização.

Teste de sensibilidade à penicilina benzatina da gestante na maternidade

Os casos identificados como suspeita de alergia à penicilina devem ser submetidos a **anamnese detalhada**, sendo que a maioria das suspeitas é descartada apenas com base na avaliação clínica. Relatos isolados de manifestações como dor ou reação local, náuseas, prurido, mal-estar, cefaleia, histórico de evento suspeito ocorrido há mais de dez anos, história familiar de alergia, entre outros, **não caracterizam, por si só, alergia à penicilina**.

Compete à Unidade de Saúde (Atenção Primária à Saúde – APS) a aplicação do instrumento “**Questionário de Anamnese de Alergia às Penicilinas**” (**Anexo 8**), que deverá ser devidamente preenchido e assinado por dois profissionais da unidade (médico e enfermeiro). O documento deve ser encaminhado por e-mail para: *gabriela.breda@santacasaderioclaro.com.br*, contendo obrigatoriamente a **idade gestacional da paciente**.

No verso do formulário, deverá constar **declaração manuscrita da usuária**, descrevendo detalhadamente os episódios suspeitos de alergia, sintomas apresentados, evolução do quadro, desfecho, necessidade de



intubação e/ou uso de medicamentos antialérgicos, além de outras informações consideradas pertinentes.

O **agendamento e a convocação da paciente para internação com finalidade de dessensibilização** serão realizados exclusivamente pela equipe da Santa Casa.

Seguimento pós-tratamento da sífilis

- VDRL mensal durante a gravidez.

Resposta adequada ao tratamento

- Diminuição da titulação em duas diluições dos testes não treponêmicos em três meses, ou de quatro diluições em seis meses. (ex.: pré-tratamento 1:64 e em três meses 1:16, ou em seis meses 1:4).
- Resultado de VDRL reagente com títulos baixos (1:1 a 1:4) durante um ano após o tratamento, quando **descartada** nova exposição de risco durante o período analisado, é chamada de “cicatriz sorológica” e não caracteriza falha terapêutica.

CrITÉRIOS para retratamento

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

CrITÉRIOS para tratamento inadequado

- Tratamento realizado com qualquer medicamento que não seja a penicilina; OU
- Tratamento incompleto, mesmo tendo sido feito com penicilina; OU
- Tratamento inadequado para a fase clínica da doença; OU



- Início do tratamento a menos de 30 dias do parto; OU
- Ausência de documentação de tratamento anterior; OU
- Ausência de queda dos títulos (sorologia não treponêmica) após tratamento adequado;

10.4 Hipertensão arterial na gestação

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

Formas clínicas

- **Hipertensão arterial na primeira metade da gestação (<20 sem):**
 - Hipertensão arterial crônica: presença de hipertensão reportada pela gestante como manifestação prévia à gravidez ou identificada antes de 20 semanas de gestação;
 - Síndrome do avental branco: presença de hipertensão arterial durante as consultas pré-natais em consultório, que não se mantém em avaliações domiciliares.
- **Hipertensão arterial na segunda metade da gestação (>20sem):**
 - Hipertensão gestacional: hipertensão sem proteinúria, após 20 semanas de gravidez, cujos níveis tensionais retornam ao normal 6 a 12 semanas pós-parto.
 - Pré-eclâmpsia (PE): manifestação de hipertensão arterial identificada após a 20ª semana de gestação, associada à proteinúria significativa **ou** disfunção de órgãos-alvo, iminência de eclâmpsia ou eclâmpsia. Além disso, a associação de hipertensão arterial com sinais de disfunção placentária, como restrição de crescimento fetal e/ou alterações Dopplervelocimétricas fetais, também deve chamar atenção para o diagnóstico de pré-eclâmpsia, mesmo na ausência de proteinúria.



- Pré-eclâmpsia superajuntada: aparecimento de PE em gestante hipertensa crônica.
- **Síndrome HELLP:** forma grave de PE caracterizada por:
 - Hemólise
 - Esfregaço periférico anormal (esquisocitose, anisocitose, equinocitose)
 - anemia grave (concentração de hemoglobina $\leq 8\text{g/dL}$)
 - BT $> 1,2\text{mg/dl}$
 - LDH $> 600\text{ U/l}$
 - Elevação das enzimas hepáticas: 2x valor de referência
 - Plaquetopenia ($< 100.000/\text{mm}^3$)

Quadro 21-critérios diagnóstico para PE

Níveis pressóricos	PA $\geq 140 \times 90\text{ mmHg}$ em duas ocasiões com intervalo de 4h ou PA $\geq 160 \times 110\text{ mmHg}$ em duas ocasiões com intervalo de 30 minutos após decúbito lateral esquerdo.
Proteinúria	$\geq 300\text{mg/dl}$ em 24h de coleta ou Relação proteína/creatinina (urinárias) $\geq 0,3\text{mg/dl}$ (em gestações múltiplas: $0,4\text{mg/dl}$) ou Teste em fita 1+ em duas ocasiões (com intervalo de 4h-6h) ou 2+ ou mais em qualquer amostra isolada (qualitativo)
OU	Presença de um critério de gravidade

Fonte: elaborado pela própria autora

Quadro 22 - critérios de gravidade da PE

Pico pressórico	PA $\geq 160 \times 110\text{ mmHg}$
Trombocitopenia	$\leq 100.000/\text{mm}^3$
Insuficiência Renal	Creatinina $> 1,0\text{ mg/dl}$ na ausência de nefropatia; Oligúria (volume urinário $< 500\text{ ml}/24\text{h}$)
Disfunção hepática	Elevação das transaminases mais que 2 vezes o valor de referência



Dor epigástrica ou QSD	Não responsiva à medicação e sem outro diagnóstico
Alterações cerebrais ou visuais	Cefaleia, torpor, obnubilação, turvação visual, escotomas, amaurose, diplopia
Edema pulmonar	

Fonte: elaborado pela própria autora

Profilaxia da PE precoce:

➤ **Ácido acetilsalicílico (AAS):**

- Deve ser iniciado a partir da 12ª semana (preferencialmente antes da 16ª semana, mas podendo ser iniciado até a 20ª semana) mantendo-se até a 36ª semana
- Deve ser administrado na dose de 100mg a noite

Recomenda-se a suspensão do AAS se diagnóstico de pré-eclâmpsia. Na presença de um critério alto ou dois moderados, estar indicada profilaxia.

Quadro 23- Fatores de risco para pré-eclâmpsia que indicam a prescrição de AAS profilático:

RISCO	FATOR DE RISCO
ALTO (Um fator de risco)	História de pré-eclâmpsia Gestação múltipla Hipertensão arterial crônica DM 1 ou 2 Doença renal crônica Doença autoimunes (Lúpus, SAAF) Obesidade, IMC ≥30
MODERADO (Dois ou mais fatores de risco)	Nuliparidade História de familiar de pré-eclâmpsia (mãe ou irmã) Idade ≥35 anos Intervalo >10 anos desde última gestação Raça/Cor: preta ou parda Condição socioeconômica desfavorável Gravidez anterior com desfecho desfavorável:



	• Descolamento prematuro de placenta • RCIU, TPP ou óbito fetal
--	--

Fonte: (RBEHG), 2025

Tratamento da Hipertensão arterial na gestação

Terapia anti-hipertensiva:

- 1ª escolha: Metildopa 250mg, 2 - 4 vezes ao dia, máximo de 2g/dia. Está disponibilizada a apresentação de 500mg para gestante.
- 2ª escolha: Nifedipina 10-20mg, a cada 8-12h, máximo de 60 mg/dia

Se paciente fazia uso prévio de anti-hipertensivos, suspender e substituir por drogas seguras na gestação (a menos que hipotensão sintomática ou PA sustentada $\leq 110 \times 70$ mmHg, manter sem medicação)

Iniciar anti-hipertensivos: se PAS estiver ≥ 140 mmHg e a PAD ≥ 90 mmHg ou em níveis mais baixos, porém associados a lesões de órgão-alvo, sendo sua escolha individualizada.

- PA alvo: 135×85 mmHg. Se pressão não controlada após as doses máximas das medicações acima, encaminhar ao cardiologista.

Resolução

- HAC sem complicações materno-fetais e bom controle pressórico: a partir de 37 semanas;
- Hipertensão gestacional ou PE sem gravidade: Interromper a gestação apenas se ocorrer comprometimento da vitalidade fetal e/ou materna ou quando atingir 37 semanas;
- PE grave ou superajuntada: individualizar

Pós-parto

- Se paciente hipertensa crônica, retornar anti-hipertensivo de uso anterior à gestação (se não houver contraindicação na amamentação)



- Após a alta hospitalar, com orientações sobre as possibilidades de complicações, estabelece-se a reavaliação em torno de sete dias. Recomenda-se controle diário da pressão arterial após a alta para que ajustes da medicação possam ser realizados de maneira segura e adequada.

10.5- Ações da saúde bucal

Abordagens da saúde bucal na gestação

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

Problemas bucais mais comuns na gravidez

1.Cárie dentária:

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

2.Erosões no esmalte dentário:

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



cuidado para não ocasionar novo episódio. Devem usar uma escova de dentes com cerdas macias para reduzir o risco de danos ao esmalte.

3. Mobilidade dentária:

Pode estar presente durante a gravidez mesmo na ausência de doença periodontal, devido ao aumento dos níveis de estrogênio e progesterona, que afetam o periodonto, ou seja, os ligamentos e ossos que suportam os dentes. Os profissionais devem assegurar as pacientes que esta condição é temporária e, por si só, não causa a perda do dente, entretanto, salienta-se que o cuidado com a higiene oral deve ser continuado.

4. Gengivite:

É a mais comum das doenças bucais no período gestacional. Aproximadamente, metade das mulheres com gengivite preexistente sofre o agravamento significativo da referida doença bucal durante a gravidez. Medidas de higiene bucal completa, incluindo a escovação e o fio dental, são recomendadas. Os pacientes com gengivite severa podem necessitar de profilaxia (limpeza pelo profissional) e enxaguatórios bucais, como a clorexidina, sob uso de orientação do Cirurgião Dentista. A boa higiene bucal, desde o início da gestação, pode assegurar uma gengiva sadia.

5. Periodontite:

É uma inflamação destrutiva do periodonto, produzida pelas bactérias que estimulam uma resposta inflamatória crônica, na qual o periodonto é danificado, originando bolsas periodontais infectadas, aumentam a reabsorção óssea, podendo ocasionar a perda do elemento dentário. A clorexidina diminui a carga bacteriana oral materna e reduz a transmissão das bactérias. Ela pode ser usada com segurança durante a gestação e o aleitamento materno.

Quadro 24 – Consultas com dentista

Período gestacional	Orientações
1º trimestre	1ª consulta do pré-natal odontológico. Neste período, devem-se evitar tomadas radiográfica



	Realizar orientação de higiene bucal e profilaxia dentária
2º trimestre	Período mais adequado para a realização de intervenções clínicas e procedimentos odontológicos essenciais. Realizar orientação de higiene bucal e profilaxia dentária
3º trimestre	É um momento em que há maior risco de síncope, hipertensão e anemia. É frequente o desconforto na cadeira odontológica, podendo ocorrer hipotensão postural e compressão da veia cava. Medidas como manter a mulher inclinada para seu lado esquerdo, alternar frequentemente as posições da gestante na cadeira e realizar consultas breves podem reduzir problemas.

Obs: orienta-se pelo menos duas profilaxias dentárias durante o período gestacional.

Fonte: elaborado pela própria autora

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

11 - PUERPÉRIO

Didaticamente o puerpério pode ser dividido em:

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



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

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

Primeira consulta

Pode ser realizada pelo médico ou enfermeiro - incluindo aborto. Avaliação clínico-ginecológica:

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



Segunda consulta

Avaliação clínico-ginecológica (realizada pelo médico):

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

Aconselhamento contraceptivo

CrITÉRIOS de Elegibilidade classificam o método contraceptivo de 1 a 4, de acordo com a situação clínica, sendo 1 uso sem restrições, 2 vantagens superam riscos, 3 riscos superam vantagens e 4 contraindicações.

Quadro 25 - Métodos contraceptivos e critérios de elegibilidade segundo a OMS no puerpério em aleitamento materno

Método	<6 sem pós-parto	>=6 sem e <6 meses	>= 6 meses pós-parto
DIU Cobre DIU Hormonal*	1	1	1
Progestagênio isolado	2	1	1
Implante subdermico	1	1	1
Depoprovera®	2	1	1
ACHO combinado	4	3	2

Fonte: OMS 2025. *programa municipal para adolescentes.



O DIU pode ser inserido imediatamente após o parto, ou a partir de quatro semanas pós-parto. O DIU está contraindicado para os casos que cursaram com infecção puerperal, até três meses após a cura. Ainda, em âmbito municipal, é ofertado DIU Hormonal para puérperas ou pós abortamento para mulheres menor de 20 anos, e implante subdermico para mulheres entre 14 e 49 anos (protocolo de planejamento familiar).

Dificuldades com o aleitamento no período puerperal

1. Pega incorreta do mamilo

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

2. Fissuras (rachaduras)

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

3. Mamas ingurgitadas

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

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

4. Mastite



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

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

5. Ordenha manual

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

6. Contraindicações da amamentação

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

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

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



Doando leite materno

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

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

O leite deve ser retirado depois que o bebê mamar ou quando as mamas estiverem muito cheias. Ao retirar o leite é importante orientar quanto às recomendações que fazem parte da garantia de qualidade do leite humano :escolher um lugar limpo, tranquilo e longe de animais; prender e cobrir os cabelos com uma touca ou lenço; evitar conversar durante a retirada do leite ou utilizar uma máscara ou fralda cobrindo o nariz e a boca; lavar as mãos e antebraços com água e sabão e secar em uma toalha limpa.

Definições

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

Orientações gerais

- Avaliar as mamas;
- Incentivar a cliente quanto à doação de leite humano;



- Orientar quanto à higiene pessoal e durante a coleta.

Triagem

O processo de triagem das doadoras deverá ser realizado quando a doadora se predispõe a doar o leite. A triagem deverá ser feita pelo enfermeiro ou por um funcionário treinado para tal finalidade.

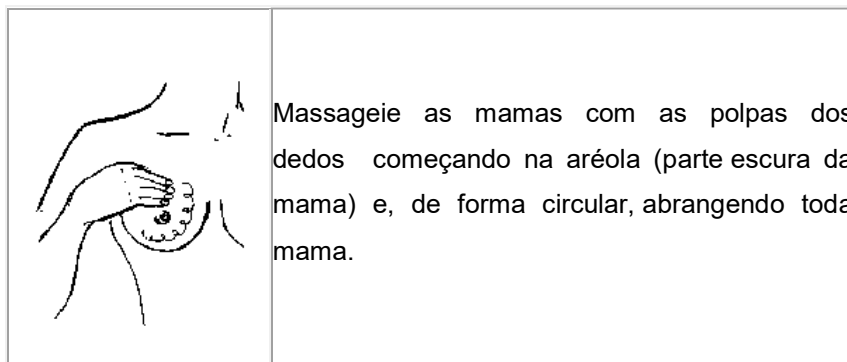
Durante o procedimento de triagem, o funcionário designado para este fim deverá preencher o Formulário de Cadastro, fazer todas as orientações gerais e orientar o procedimento técnico.

Técnica

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

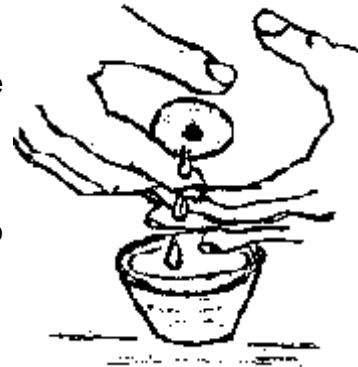
NOTA: É da responsabilidade do profissional que coordena o Banco de Leite Humano a suspensão do recebimento de leite considerado impróprio para consumo, do ponto de vista do controle de qualidade.

Comece fazendo massagem suave e circular nas mamas.





- Colocar os dedos polegar e indicador no local onde começa a aréola;
- Firmar com dedos e empurrar para trás em direção ao corpo;
- Comprimir suavemente um dedo contra o outro, repetindo esse movimento várias vezes até o leite começar a sair;
- Desprezar os primeiros jatos ou gotas e iniciar a coleta no frasco.



OBS: Se houver dificuldade da usuária em ordenha manual, contar com apoio das bombas elétricas para extração de leite humano, disponibilizadas para este fim. Os fracos serão fornecidos pelo Banco de Leite Humano (que deverá ser de vidro com tampa plástica e esterilizado) e devem ser armazenados no congelador ou freezer. Nas próximas vezes que for retirar o leite, utilizar outro recipiente esterilizado e, ao terminar, acrescentar este leite no frasco que está no freezer ou congelador até faltar 02 dedos para encher o frasco. O leite poderá ficar armazenado congelado por até 15 dias. O leite humano doado, após passar por processo que envolve seleção, classificação e pasteurização, será distribuído aos bebês internados em unidades neonatais.

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

26 - AÇÕES EDUCATIVAS NA COMUNIDADE

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

Temas para atividades educacionais no ciclo gravídico puerperal
Acompanhamento do pré-natal e puerperal Pré-natal do parceiro Sinais, sintomas e queixas frequentes na gestação Sinais de alerta na gestação e no período neonatal Mudanças psicoemocionais no período gestacional



Medicamentos prejudiciais na gestação e riscos da automedicação
 Depressão gestacional e pós-parto e prevenção contra suicídio
 Dinâmica familiar
 Alimentação
 Tabagismo
 Sobrepeso e obesidade
 Atividade física
 Autoestima e autoimagem
 Vacinação da mãe e do bebê
 Trabalho na gestação e organização da rotina para o retorno ao trabalho após o término da licença
 Atividade sexual na gravidez e puerpério
 Riscos do alcoolismo, tabagismo e outras drogas na gestação
 Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis
 Prevenção de arboviroses
 Acidentes de trânsito
 Prevenção de acidentes domésticos
 Vinculação e visita à maternidade
 Parto: vias de parto e plano de parto
 Cuidados puerperais
 Cuidados com o recém-nascido e acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do bebê
 Amamentação: vantagens para mãe e bebê; fatores dificultadores e desestimulantes; posicionamento; frequência das mamadas; cuidados pós-mamadas; principais problemas, causas, prevenção e soluções; e ordenha manual e mecânica
 Direitos sexuais e reprodutivos
 Planejamento sexual e reprodutivo
 Métodos de anticoncepção hormonais, de barreira, cirúrgicos e comportamentais
 Fertilidade e infertilidade
 Sexualidade
 Disfunções sexuais
 Violência sexual e doméstica
 Cuidados de higiene pessoal e doméstica
 Vulvovaginites
 Câncer de colo uterino
 Câncer de mama
 Climatério/menopausa

Fonte: elaborado pela própria autora



REFERÊNCIA

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS; TASK FORCE ON HYPERTENSION IN PREGNANCY. Hypertension in pregnancy: report of the American College of Obstetricians and Gynecologists' Task Force on Hypertension in Pregnancy. **Obstetrics and Gynecology**, [S. l.], v. 122, n. 5, p. 1122–1131, 2013.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION PROFESSIONAL PRACTICE COMMITTEE. 15. Management of Diabetes in Pregnancy: Standards of Medical Care in Diabetes—2022. **Diabetes Care**, [S. l.], v. 45, n. Suppl 1, p. S232–S243, 1 jan. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.2337/dc22-S015>. Acesso em: 22 jun. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de Alto Risco**: manual técnico. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012.

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

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: [inserir o link de acesso aqui, se houver]. Acesso em: 14 nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Guia de Manejo Clínico da Infecção pelo HTLV**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. 104 p. ISBN 978-65-5993-116-3.

COMISSÃO DE GESTAÇÃO DE ALTO RISCO - FEBRASGO. **Manual de Gestação de Alto Risco**. São Paulo: Febrasgo, 2011. p. 1–220. Disponível em: http://www.febrasgo.org.br/site/wp-content/uploads/2013/05/gestacao_alto-risco_30-08.pdf. Acesso em: 28 mai. 2026.

DE SOUSA, F. L. P. *et al.* **Hipertensão Arterial Crônica – Protocolo nº 01/2023**. [S. l.]: Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG), 2023.

DULEY, L.; HENDERSON-SMART, D. J.; MEHER, S.; KING, J. F. Antiplatelet agents for preventing pre-eclampsia and its complications. **Cochrane Database of Systematic Reviews**, [S. l.], n. 2, CD004659, 2007.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Manual de Assistência Pré-natal 2014**. São Paulo: FEBRASGO, 2014.



FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. **Citomegalovírus e gravidez.** São Paulo: FEBRASGO, 2021. (Protocolo FEBRASGO-Obstetrícia, n. 16/Comissão Nacional Especializada em Medicina Fetal).

HENDERSON, J. T.; WHITLOCK, E. P.; O'CONNOR, E. *et al.* Low-dose aspirin for prevention of morbidity and mortality from preeclampsia: a systematic evidence review for the u.s. preventive services task force. **Annals of Internal Medicine**, [S. l.], v. 161, n. 9, p. 650-658, 2014.

JACKSON, J. R.; GREGG, A. R. Updates on the recognition, prevention and management of hypertension in pregnancy. **Obstetrics and Gynecology Clinics of North America**, [S. l.], v. 44, n. 2, p. 219-230, 2017.

MAGEE, L. A.; NICOLAIDES, K. H.; VON DADELSZEN, P. Preeclampsia. **New England Journal of Medicine**, [S. l.], v. 386, n. 19, p. 1817-1832, 12 mai. 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil.** Brasília, DF: OPAS, 2016.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Rastreamento e diagnóstico de diabetes mellitus gestacional no Brasil.** Vol. 1. Brasília, DF: Sociedade Brasileira de Diabetes, 2017. p. 1-36. Disponível em: <https://www.diabetes.org.br>. Acesso em: 28 mai. 2026.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Tratamento do diabetes mellitus gestacional no Brasil.** Brasília, DF: OPAS, 2019. 57 p.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. **Cuidados obstétricos em diabetes mellitus gestacional no Brasil.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2021. 103 p.

RAMOS, J. G. L. *et al.* **Síndrome Hellp - Protocolo 2025.** [S. l.]: Rede Brasileira de Estudos sobre a Hipertensão na Gravidez (RBEHG), 2025.

SAMMOUR, M. B.; EL-KABARITY, H.; FAWZY, M. M.; SCHINDLER, A. E. **WHO Recommendations for prevention and treatment of pre-eclampsia and eclampsia.** [S. l.: s. n.], 2011.

SÃO PAULO (Estado). Secretaria de Estado da Saúde. Centro de Controle de Doenças. Programa Estadual de DST/Aids. Centro de Referência e Treinamento DST/Aids. **Guia de bolso para o manejo da sífilis em gestantes e sífilis congênita.** São Paulo: Secretaria de Estado da Saúde, 2016. 112 p.

SOCIEDADE BENEFICIENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária à saúde e na atenção ambulatorial especializada:** Saúde



da mulher na gestação, parto e puerpério. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein, 2019. p. 56.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Medical eligibility criteria for contraceptive use**. 6th ed. Geneva: World Health Organization, 2025.

ZAJDENVERG, L. *et al.* **Tratamento farmacológico do diabetes na gestação**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2023). DOI: 10.29327/557753.2022-13. ISBN: 978-85-5722-906-8.

KORKES HA, Ramos JGL, de Oliveira LG, Sass N, Peraçali JC, Cavalli RC, Martins-Costa SH, de Sousa FLP, Cunha Filho EV, Mesquita MRS, Corrêa Jr MD, Araujo ACPF, Zaconeta ACM, Freire CHE, Rocha Filho EAP, Costa ML. Pré-eclampsia-Protocolo 2025. Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG), 2025



Anexo I- Dieta para DMG

➤ **CARDÁPIO DIABÉTICO 1.500 CALORIAS**

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

➤ CONSIDERAÇÕES GERAIS

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

[illegible]

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

Curva glicêmica 6 medidas.

[illegible]

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

Anexo III: Mapa para monitoramento da Pressão Arterial

Curva de PA.

[illegible]

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

Anexo IV: Segurança dos fármacos na gestação e na amamentação

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



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

Classificação dos Medicamentos na gestação e amamentação:

Medicamento	Gestação	Amamentação
Ácido Acetilsalicílico	C	Moderadamente seguro
Aciclovir	B	Muito baixo risco



Ácido Fólico	A	Muito baixo risco
Albendazol	C	Muito baixo risco
Amoxicilina	B	Muito baixo risco
Ambroxol	B	Muito baixo risco
Ampicilina	B	Muito baixo risco
Articaína	B/C	Desconhecido
Atenolol	D	Alto risco
Azitromicina	B	Muito baixo risco
Cabamazepina	D	Muito baixo risco
Carbonato de cálcio	B	Muito baixo risco
Captopril	D	Muito baixo risco
Cefalosporina 1ª gera. (cefalexina)	B	Muito baixo risco
Cefalosporina 3ª gera. (ceftriaxona)	B	Muito baixo risco
Clorexidina 0,12%	B	Muito baixo risco
Dramin B6	B	Baixo risco
Dexametasona	C	Baixo risco
Diazepan	C	Baixo Risco
Diclofenaco	C/D	Muito baixo risco
Dimeticona	B	Muito baixo risco
Dipirona	D	Alto risco
Espiramicina	C	Muito baixo risco
Fenobarbital	D	Baixo risco
Fenoterol	B	Baixo risco
Furosemida	C	Contraindicado
Gentamicina injetável	D	Muito baixo risco
Hidróxido de alumínio e magnésio	C	Baixo risco
Hioscina/butilescolamina	B	Baixo risco
Hidralazina	C	Muito baixo risco
Ibuprofeno	B/D	Muito baixo risco
Insulina – NPH e R	B	Muito baixo risco
Loratadina	B	É excretada no leite
Lidocaína tópico/ infiltrativa	B	Muito baixo risco
Metildopa	B	Muito baixo risco
Metilprednisolona	C	Muito baixo risco



Metronidazol	B	Muito baixo risco
Mepivacaína 3%	C	Desconhecido
Miconazol tópico	C	Informação não disponível
Nitrofurantoina(Macrodantina)	B	Muito baixo risco
Nifedidina	C	Muito baixo
Nistatina Oral	C	Muito baixo risco
Paracetamol	B	Muito baixo risco
Penicilina Benzatina	B	Muito baixo risco
Pirimetamina	C	Muito baixo risco
Prednisona	B	Muito baixo risco
Propranolol	C	Muito baixo risco
Salbutamol	C	Muito baixo risco
Sulfadiazina	C	Baixo risco
Sulfato Ferroso	A	Muito baixo risco
Sulfametazol+trimetropim	C	Baixo risco
Terconazol	C	Muito baixo risco
Vitamina D	A	Muito baixo risco



Anexo V- Principais queixas na gestação e condutas

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

Continuação...



Sintomas	Orientações gerais	Medicamentos
NÁUSEAS E VÔMITOS	Em casos leves: orientações dietéticas, dieta fracionada, evitar frituras e gorduras, evitar líquidos durante as refeições. Em casos de vômitos frequentes e/ou incoercíveis, será necessária avaliação de eletrólitos e corpos cetônicos, principalmente nos sinais de desidratação, e encaminhamento para serviço hospitalar de emergência.	• Gengibre cápsula 250 mg VO 4 x ao dia • Dramin 50mg 4x ao dia Em casos mais resistentes, o uso de antieméticos (B): • Meclozina 25-100mg/dia em doses fracionadas; • Metoclopramida 10mg, 3x ao dia, 10 minutos antes das refeições; • Bromoprida 40 a 60mg VO, 3-4x ao dia;
PIROSE	Orientações dietéticas (dieta fracionada, não ingestão de alimentos gordurosos, não ingerir líquidos durante as refeições, evitar café, chá preto, chá mate, doces, álcool e fumo), medidas comportamentais (manter a cabeceira da cama elevada e evitar deitar logo após as refeições). Tratamento medicamentoso quando estas medidas falharem.	• Hidróxido de alumínio (Categoria B): 01 a 02 colheres de chá 4x ao dia
LOMBALGIA	Orientar sobre a correção da postura ao se sentar e ao andar. Usar sapatos com saltos baixos e confortáveis. Aplicação de calor local e eventualmente, por orientação médica. Uso de analgésico (se não for contraindicado) por tempo limitado.	Paracetamol (Categoria B): 500mg, 01 a 04x ao dia.
VARIZES	Orientar para não permanecer muito tempo em pé ou sentada; repouso (por 20 minutos) várias vezes ao dia com as pernas elevadas; não usar roupas muito justas e nem ligas nas pernas; se possível, usar meia-calça elástica para gestante.	



Anexo VI -Ficha de Investigação e Notificação de Sífilis em Gestante

República Federativa do Brasil Ministério da Saúde		SINAN SISTEMA DE INFORMAÇÃO DE AGRAVOS DE NOTIFICAÇÃO FICHA DE INVESTIGAÇÃO SÍFILIS EM GESTANTE		Nº
Definição de caso: Situação 1 - Mulher assintomática para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico, com qualquer titulação –, sem registro de tratamento prévio. Situação 2 - Mulher sintomática ^a para sífilis que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente pelo menos um teste reagente – treponêmico E/OU não treponêmico –, com qualquer titulação. Situação 3 - Mulher que, durante o pré-natal, o parto e/ou o puerpério, apresente teste não treponêmico reagente com qualquer titulação E teste treponêmico reagente, independentemente de sintomatologia da sífilis e de tratamento prévio. ^a Casos confirmados de cicatriz sorológica não devem ser notificados.				
Dados Gerais	1 Tipo de Notificação	2 - Individual		
	2 Agravado/ença	SÍFILIS EM GESTANTE		Código (CID 10) 3 Data da Notificação
	4 UF	5 Município de Notificação	Código (IBGE)	6 Unidade de Saúde (ou outra fonte notificadora)
	7 Data do Diagnóstico			
Notificação Individual	8 Nome do Paciente	9 Data de Nascimento		
	10 (ou) Idade	11 Sexo	12 Gestante	13 Raça/Cor
	14 Escolaridade			
	15 Número do Cartão SUS	16 Nome da mãe		
Dados de Residência	17 UF	18 Município de Residência	Código (IBGE)	19 Distrito
	20 Bairro	21 Logradouro (rua, avenida,...)	Código	
	22 Número	23 Complemento (apto., casa, ...)	24 Geo campo 1	
	25 Geo campo 2	26 Ponto de Referência	27 CEP	
	28 (DDD) Telefone	29 Zona	30 País (se residente fora do Brasil)	
	Dados Complementares do Caso			
	31 Ocupação			
	32 UF	33 Município de realização do Pré-Natal	Código (IBGE)	34 Unidade de realização do pré-natal: Código
Ant. epid. gestante	35 Nº da Gestante no SISPRENATAL	36 Classificação Clínica		
	1 - Primária 2 - Secundária 3 - Terciária 4 - Latente 9 - Ignorado			
	Resultado dos Exames			
	37 Teste não treponêmico no pré-natal	38 Título		
Dados laboratoriais	39 Data			
	40 Teste treponêmico no pré-natal			
Tratamento / encerramento	41 Esquema de tratamento prescrito à gestante			
	1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado			
Ant. epidemiológicos da parceira sexual	42 Parceiro tratado concomitantemente à gestante			
	1 - Sim 2 - Não 9 - Ignorado			
43 Esquema de tratamento prescrito ao parceiro				
1 - Penicilina G benzantina 2.400.000 UI 2 - Penicilina G benzantina 4.800.000 UI 3 - Penicilina G benzantina 7.200.000 UI 4 - Outro esquema 5 - Não realizado 9 - Ignorado				
Sífilis em gestante		Sinan NET		SVS 29/09/2008



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



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

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



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



Anexo VIII- Questionário de anamnese de alergia a penicilina



QUESTIONÁRIO DE ANAMNESE DE ALERGIA ÀS PENICILINAS

Nome da Unidade de saúde:

Município/ UF:

1. Identificação do paciente:

Nome

Cartão SUS:

Idade: |__| |__| anos. Sexo: () masculino () feminino

2. Uso prévio de penicilina: () sim () não, se sim: Via de administração: () VO () IM () EV. Tipo de Penicilina;

Quando:

Motivo da indicação:

3. Reação alérgica: () sim () não, se sim: tipo:

() Urticária e/ou angioedema () Hipotensão

() Edema de laringe () Stevens-Johnson

() Dermatite exfoliativa () Doença do soro

() Choque () Broncoespasmo

()

Outras _____

4. Doenças associadas:

() Fibrose cística () Imunodeficiências () a. CMV ()
b. EBV

() Leucemia linfóide aguda () Atopia

() Asma () Nenhuma das citadas

5. Uso de medicamentos:

Uso de beta-bloqueadores: () sim () não () ignorado

Uso de anti-histamínicos: () sim () não () ignorado

Uso de descongestionantes: () sim () não () ignorado

Outros: () sim () não, Se sim, quais?

6. Resultado de teste cutâneo prévio: () Positivo () Negativo () não realizado



Data do teste: ____/____/____.

7. Testes de alergia à penicilina: () Sim () Não () não realizados

A.puntura_____controle:_____

B.intradérmico:_____controle:_____

Identificação do médico e enfermeira responsáveis pelo preenchimento:

Assinatura da (o) paciente:

Assinatura do (a) acompanhante:

DECLARAÇÃO DO (A) PACIENTE SOBRE O ESTADO DE
ALERGIA/ANAFILAXIA AS PENICILINAS

Anexo IX- Modelo de cartão pré-natal na Atenção Primária a Saúde

CADERNETA DA GESTANTE**TELEFONES ÚTEIS**

192 – SAMU
190 – Polícia Militar
193 – Corpo de Bombeiros
180 – Central de Atendimento à Mulher
136 – Disque Saúde
100 – Disque Denúncia.



Hospital e Maternidade Santa
Casa Saúde de Rio Claro
(Betim)
(19) 3535-7000



Fundação Municipal de Saúde
FMSRC


NOME: _____

DN: ____/____/____

IDADE: ____ Anos

ANTECEDENTES OBSTÉTRICOS
G ____ **P** ____ **A** ____ **O** ____

CESÁRIA (☐) **NORMAL** (☐)

GESTÇÃO ATUAL
DUM ____/____/20____

DPP(DUM) ____/____/20____

DPP (1.USG) ____/____/20____

Tipo Sanguíneo _____ **Fator RH** (____)

Peso Inicial _____ kg **Altura** _____ m

VACINAS
Vacina Antitetânica Reforço ____/____/20____

Hepatite B 1ª dose ____/____/20____

2ª dose ____/____/20____

3ª dose ____/____/20____

Dtpa (difteria; Tétano; Coqueluche acelular) ____/____/20____ (20ª semana)

Influenza (uma dose durante a gestação) ____/____/20____

Covid 19 (uma dose durante e gestação) ____/____/20____

Tríplice Viral: (última dose da caderneta, caso não tenha, tomar após o nascimento do bebê) ____/____/20____

VSR – Vírus Sincicial Respiratório – A partir 28 Semanas ____/____/20____

SINAIS DE ALERTA
PROCURE O SERVIÇO DE SAÚDE SE:

- A PRESSÃO ESTIVER ALTA;
- SENTIR DORES FORTES DE CABEÇA, COM A VISÃO EMBARALHADA;
 - O BEBÊ PARAR DE SE MEXER POR MAIS DE 12 HORAS;
- TIVER SANGRAMENTO OU PERDA DE LÍQUIDO (ÁGUA) PELA VAGINA, MESMO SEM DOR;
 - TIVER CORRIMENTO ESCURO (MARROM OU PRETO);
- APRESENTAR MUITO INCHAÇOS PÉS, NAS PERNAS E NO ROSTO PRINCIPALMENTE AO ACORDAR;
 - TIVER DOR OU ARDOR PARA URINAR;
 - TIVER CONTRAÇÕES FORTES, DOLOROSAS E FREQUENTES;
- FEBRE, DOR DE CABEÇA, DOR NO CORPO, VERMELHIDÃO NOS OLHOS OU MANCHAS VERMELHAS NA PELE.

ATENÇÃO:

É MUITO IMPORTANTE PARTICIPAR DO GRUPO DE GESTANTES, NO QUAL VOCÊ PODERÁ TROCAR EXPERIÊNCIA COM OUTRAS MULHERES E COM OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE.



EXAMES 1ª ROTINA DATA ____/____/20____

ABO _____ FATOR RH () _____
GLICEMIA _____ mg/dl
ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA _____
HEMOGRAMA: HB _____ HT _____ PL: _____ LEUCOC _____
HIV _____
HEPATITE B (HBSag) _____
HEPATITE C (ANTIHCV) _____
TOXOPLASMOSE (IgM) _____
TOXOPLASMOSE (IgG) _____
HTLV 1 e 2 _____
VDRL _____
URINA 1: NITRITO: () LEUCOC _____ BAC. _____ PROT. _____
HEM _____ COR _____ PH _____
UROCULTURA/ ANTIB. _____
PARASITOLÓGICO DE FEZES (1 AMOSTRA) _____

EXAMES 2ª ROTINA DATA ____/____/20____

GLICEMIA (jejum) _____ mg/dl
CURVA GLICÊMICA 1 hora _____ mg/dl 2 hora _____ mg/dl
HEMOGRAMA: HB _____ HT _____ PL: _____ LEUCOC _____
HIV _____
COOBS INDIRETO (TIA) _____
TOXOPLASMOSE (IgM) _____
URINA 1: NITRITO: () LEUCOC _____ BAC. _____ PROT. _____
HEM _____ COR _____ PH _____
UROCULTURA/ ANTIB. _____
VDRL _____

EXAMES 3ª ROTINA DATA ____/____/20____

GLICEMIA _____ mg/dl
HEMOGRAMA: HB _____ HT _____ PL: _____ LEUCOC _____
HIV _____
PESQUISA DE ESTREPTOCOCOS: Positivo () Negativo ()
TOXOPLASMOSE (IgM) _____
URINA 1: NITRITO: () LEUCOC _____ BAC. _____ PROT. _____
HEM _____ COR _____ PH _____
VDRL _____

TESTES RÁPIDOS

DATA ____/____/20____

Sífilis ☐ Reagente ☐ Não Reagente
HIV ☐ Reagente ☐ Não Reagente
Hepatite B ☐ Reagente ☐ Não Reagente
Hepatite C ☐ Reagente ☐ Não Reagente
Covid-19 ☐ Reagente ☐ Não Reagente

TRATAMENTO PARA SÍFILIS

1ª dose ____/____/20____ 2ª dose ____/____/20____ 3ª dose ____/____/20____

**Modelo de Esquema Terapêutico (MS/SP) – Tratar Parceiro -Sem
necessidade de teste**

- **Sífilis Primária, Secundária ou Latente Recente (< 1 ano):**
 - **Esquema:** Benzilpenicilina Benzatina 2,4 milhões UI, IM, 1x por semana, por 2 semanas.
 - **Total:** 4,8 milhões UI (**Aplicação:** 1,2 milhão UI em cada glúteo).

PROTOCOLO**SAÚDE DA MULHER, DO PRÉ-NATAL AO
PUERPÉRIO NA ATENÇÃO BÁSICA.****VISITA AGENTE COMUNITÁRIO DE SAÚDE – ACS**

1º DATA ____ / ____ /20____ ASS: _____

2º DATA ____ / ____ /20____ ASS: _____

COLETA DE CITOPATOLÓGICO (Última Coleta)

DATA ____ / ____ /20____

OBS: _____

MEDICAÇÕES DE USO CONTÍNUO

() NÃO () SIM . QUAIS: _____

POSSUI BOLSA FAMÍLIA? ☐ NÃO () SIM

OBS: _____

ULTRASSONOGRAFIA

DATA	IG USG	Peso fetal	Placenta	Líquido	Outros

CONSULTA ODONTOLOGIA

1º ROTINA DATA ____ / ____ /20____ ASS: _____

2º ROTINA DATA ____ / ____ /20____ ASS: _____

3º ROTINA DATA ____ / ____ /20____ ASS: _____

EVOLUÇÃO DA GESTAÇÃO

DATA	1ª consulta	2ª consulta	3ª consulta	4ª consulta	5ª consulta
Queixa					
IG (Idade Gestacional)					
Peso (kg)					
Edema (++++)					
P.A (mmhg)					
A.U (cm)					
Apresentação Fetal					
BCF (bpm) Mov. Fetal					
Diagnóstico e Conduta					
Observações					
Assinatura e carimbo					



EVOLUÇÃO DA GESTAÇÃO

[illegible]

Observações PA/ Maternidade Bettin:

This image shows a single sheet of white paper with horizontal blue ruling lines. The lines are evenly spaced and run across the width of the page. There are approximately 20 lines visible. The paper has a slight shadow on its right side, suggesting it is resting on a surface.

UNIDADE: _____

ENFERMEIRA (Responsável) _____

Tel. para contato (19) _____

PROTOCOLO

**SAÚDE DA MULHER, DO PRÉ-NATAL AO
PUERPÉRIO NA ATENÇÃO BÁSICA.**

