

**NASCER
NO CEARÁ**



CONDUTAS ASSISTENCIAIS

**PARA A LINHA DE CUIDADO
MATERNO-INFANTIL
DO ESTADO DO CEARÁ**





CONDUTAS ASSISTENCIAIS

**PARA A LINHA DE CUIDADO
MATERNO-INFANTIL
DO ESTADO DO CEARÁ**

Título original: Nascer no Ceará: condutas assistenciais para a linha de cuidado materno-infantil do estado do Ceará

Copyright @ 2018 SOCEGO - Associação Cearense de Ginecologia e Obstetrícia

Coordenação geral: Liduína de Albuquerque Rocha e Sousa

Coordenação executiva e de conteúdo: Gabriela Valente

Identidade Visual : Alice Macedo e Anna Mancini

Fotografias: gentilmente cedidas por Emily Gama e Roberta Martins

Revisão de Texto: Maristela Leal e Ana Andrade

Contato: socego@socego.com.br

FICHA CATALOGRÁFICA

Bibliotecária Tatiana Apolinário Camurça - CRB Nº 3/1045
DADOS INTERNACIONAIS DE CATALOGAÇÃO NA PUBLICAÇÃO (CIP)

N244

Nascer no Ceará: condutas assistenciais para a linha de cuidado materno-infantil do estado do Ceará / Organizadores: Liduína de Albuquerque Rocha e Sousa... [et al.] ; prefácio Henrique Jorge Javi de Sousa. - Fortaleza: Littere, 2018.

160p. : il.

Inclui referências. Vários autores.

1. SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO CEARÁ-CUIDADO MATERNO-INFANTIL. 2. PRÉ NATAL-CUIDADOS E RISCOS. 3. INFECÇÃO EM GESTAÇÃO. 4. URGÊNCIA E EMERGÊNCIA-OBSTETRÍCIA. 5. BOAS PRÁTICAS NEONATAIS. 6. SOCIEDADE PEDIÁTRICA. I Sociedade Cearense de Ginecologia e Obstetrícia SOCEGO. II. Nascer no Ceará. III. Sousa, Liduína de Albuquerque e. IV. Título

ISBN: 978-85-61720-02-5

DOI: 10.4322/978-85-61720-02-5

CDD 618.24



CONDUTAS ASSISTENCIAIS

**PARA A LINHA DE CUIDADO
MATERNO-INFANTIL
DO ESTADO DO CEARÁ**



APRESENTAÇÃO

SESA

No Plano de Governo do Estado do Ceará foi realizado o Pacto por um Ceará Saudável, com a participação de todos os poderes e da sociedade civil como um todo. O Pacto, que visa desenvolver ações integradas para aperfeiçoar as políticas e ações para fortalecer as instituições relacionadas à saúde, possui quatro eixos norteadores: Modelo de Gestão, Financiamento, Tecnologia e Inovação em Saúde; Insumos Estratégicos em Saúde e Judicialização; Gestão de Pessoas e Capacitação na Saúde e Redes de Atenção. A Rede Materno-Infantil foi definida como prioritária no que tange às redes de atenção uma vez que os indicadores de mortalidade materna e infantil no estado apresentam uma redução lenta e desigual entre as regiões de saúde.

A redução da mortalidade materna faz parte das metas dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM) e do Ceará Saudável e seu monitoramento tem grande importância para fortalecer ou redirecionar as políticas de saúde. O Nascer no Ceará, que faz parte das ações do programa Mais Infância Ceará, objetiva reduzir a morbimortalidade materna e perinatal reestruturando a linha de cuidado materno-infantil a partir do cuidado à gestação de alto risco, fortalecendo o processo de regionalização e descentralização das ações e serviços de saúde do SUS e qualificando a assistência na linha de cuidado materno-infantil com a elaboração e implementação de protocolos, qualificação de profissionais e definição de fluxos assistenciais nos três níveis de atenção nas cinco macrorregiões do Estado do Ceará.

Desta forma, a Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, em parceria com a Associação Cearense de Ginecologia e Obstetrícia – SOCEGO, estabeleceu um conjunto de ações para o fortalecimento da Rede Materno-Infantil, como a proposta de elaboração e implantação de protocolos e condutas assistenciais. Essas ações buscam congrega esforços de todas as partes interessadas, os profissionais de saúde, o controle social e os gestores municipais e estaduais para qualificar a atenção ofertada pelo sistema às gestantes e puérperas e aos recém-nascidos e garantir-lhes o acesso a ela. As Condutas Assistenciais são baseadas em evidências científicas que normalizam a condição de saúde ao longo dos diferentes pontos de atenção e serviços de rede. As orientações visam ao manejo clínico, diagnóstico ou tratamento e à organização da assistência baseando-se na estratificação de risco, na parametrização da assistência, nas competências e atribuições de serviços e nos profissionais.

Henrique Jorge Javi de Sousa
Secretário da Saúde do Estado



APRESENTAÇÃO

SOCEGO

A Associação Cearense de Ginecologia e Obstetrícia (Socego) é a entidade que representa cientificamente os profissionais da especialidade no nosso estado há mais de 50 anos, com a responsabilidade de disseminar as boas práticas na assistência materno-fetal.

Compreendendo que a relação da entidade com as gestões municipais e estadual é um dos aspectos centrais para a melhoria dos cuidados maternos e perinatais e para a construção de ambiências seguras e adequadas para gestantes, fetos, recém-nascidos, suas famílias e profissionais da assistência, a Socego se comprometeu a elaborar, a partir do convite do Programa Mais Infância Ceará e da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, numa experiência colaborativa entre vários profissionais e serviços obstétricos, este Guia de Conduitas Assistenciais para a Linha de Cuidado Materno-infantil para o Estado do Ceará que agora apresentamos.

Desejamos que este material seja um potente instrumento na melhoria da qualidade da assistência materno-infantil do nosso Estado.

Liduína Rocha
Presidente da Socego



AGRADECIMENTOS

O material que agora vem a público com este livro que reúne as Condutas Assistenciais para a Linha de Cuidado Materno-Infantil foi desenvolvido por muitas mãos ao longo deste ano de 2018. Deixamos aqui registrado nosso agradecimento a todas elas, atuantes na causa do parto humanizado como forma de construirmos um mundo mais justo e amoroso.

Tivemos, antes de mais nada, o apoio central dos autores destas Condutas, que trabalharam durante muitos meses de forma colaborativa e transparente para que este material tivesse tanto o rigor científico das evidências mais atuais quanto a adaptabilidade e a capilaridade no território em que será usado, o Estado do Ceará. Deixamos aqui nosso imenso agradecimento a: Adner Nobre de Oliveira, Analiana Alencar Arrais de Souza, Andreisa Paiva Monteiro Bilhar, Angela Rocha Mapurunga, Carolina Buenos Aires Cabral Tavares, Cinara Gomes Eufrazio Machado, Clarisse Uchoa de Albuquerque, Denise Ellen Francelino Cordeiro, Diana Austragesilo, Elaine Saraiva Feitosa, Fernanda Rios Bastos Luna, Francisco Edson de Lucena Feitosa, Francisco Herlânio Costa Carvalho, Gerly Anne Nóbrega Barreto, Igor Studart de Lucena Feitosa, Jader Rosas Carvalho, Jordana Parente Paiva, Liduína de Albuquerque Rocha e Sousa, Marcelo Gondim Rocha, Márcio Alcântara Costa, Marcos Antônio de Alencar Sobreira Segundo, Maria Helena de Azevedo Moreira, Maria Sidneuma Melo Ventura, Mariana Aroucha Carneiro, Raquel Autran Coelho, Roberta Cristiane Cavalcante Costa, Sammya Bezerra Maia e Holanda Moura, Shirley Kelly Bedê Bruno, Silvana Leite Napoleão de Araújo, Stephanie Wilkes da Silva.

Depois de construídas as condutas, foram convidadas para o processo de validação as seguintes instituições ligadas parto e nascimento no estado no âmbito do ensino e da assistência e os órgãos governamentais de categoria profissional e controle social: Universidade Federal do Ceará (Curso de Medicina), Universidade Estadual do Ceará (Curso de Medicina), Universidade de Fortaleza (Curso de Medicina), Universidade Unichristus (Curso de Medicina), Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança da Universidade Federal do Ceará, Residência da Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Residência do Hospital Geral Dr. César Cals, Residência do Hospital Geral de Fortaleza, Residência da Escola de Saúde Pública, Residência da Santa Casa de Sobral – UFC, Residência Hospital São Lucas de Juazeiro do Norte, Hospital de Assistência à Mulher, Maternidade Escola Assis Chateaubriand, Hospital Geral Dr. César Cals, Hospital Geral de Fortaleza, Hospital Infantil Albert Sabin, Hospital E Maternidade Dra Zilda Arns Newmann, Cremec, Socep, Abenfo – CE, Coren, Iprede, Coopego, Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna e Perinatal do Estado, Coordenação da Atenção Primária do Município de Fortaleza, Coordenação da Atenção Primária do Estado – Coopas e Associação Cearense de Medicina da Família.

Recebemos das seguintes instituições a validação documentada deste material: Universidade Federal do Ceará (Curso de Medicina), Universidade Estadual do Ceará (Curso de Medicina),

Universidade de Fortaleza (Curso de Medicina), Mestrado em Saúde da Mulher e da Criança da Universidade Federal do Ceará, Residência da Maternidade-Escola Assis Chateaubriand, Residência da Escola de Saúde Pública, Residência da Santa Casa de Sobral – UFC, Maternidade Escola Assis Chateaubriand, HOSPITAL e MATERNIDADE DRA ZILDA ARNS NEWMANN, Hospital Infantil Albert Sabin, Cremec, Coopego, Coordenação da Atenção Primária do Município de Fortaleza, Comitê de Prevenção da Mortalidade Materna e Perinatal do Estado, Coordenação da Atenção Primária do Estado – Coopas.

A Associação de Ginecologia e Obstetrícia do Ceará agradece ainda às unidades administrativas das macrorregiões do Estado do Ceará, onde serão realizadas as capacitações para a implementação deste material. São elas: Macrorregião Sertão Central, Macrorregião Cariri, Macrorregião Sobral e Macrorregião Litoral Leste.

Por último, deixamos aqui nosso agradecimento às fotógrafas Emily Gama e Roberta Martins, que cederam as lindas fotografias que ilustram este material e toda a identidade visual do Nascer no Ceará. Agradecemos, principalmente, às mulheres mães que tiveram seus partos humanizados retratados nestes registros, fossem partos vaginais ou cesarianas necessárias, e que, partilhando do sonho de que todas as mulheres merecem um parto humanizado, nos presenteiam com as imagens que vemos neste material. Estas imagens abrilhantaram o Programa Nascer no Ceará e são fundamentais para recriarmos uma cultura de parto e nascimento mais humana.

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	13
CAPÍTULOS	
1. Estratificação de risco	15
2. Pré-natal de risco habitual.....	19
3. Pré-natal de alto risco.....	41
4. Síndromes hipertensivas em gestação	45
5. Hemorragia em gestação	53
6. Infecção em gestação.....	67
6.1 Sífilis na gestação.....	68
6.2. Hepatites virais na gestação	71
6.3. HIV na gestação.....	74
6.4. H1N1 na gestação.....	76
6.5. Toxoplasmose na gestação	80
6.6. Infecção do trato urinário na gestação.....	85
7. Urgência e emergência em obstetrícia	89
7.1. Distócia de ombro.....	90
7.2. Sofrimento fetal agudo.....	94
7.3. Prolapso de cordão.....	100
7.4. Parada cardiorrespiratória (PCR) na gestação	101
8. Assistência ao parto baseados nas boas práticas	105
9. Assistência ao recém-nascido de risco baseada nas boas práticas.....	117
10. Planejamento reprodutivo nas gestantes de alto risco	135
AUTORES.....	143
PORTARIA MINISTÉRIO DA SAÚDE.....	147
CRÉDITOS.....	159



INTRODUÇÃO

Estas Conduas Assistenciais para a Linha de Cuidado Materno Infantil do Estado do Ceará foram desenvolvidas pela Sociedade Cearense de Ginecologia e Obstetrícia – SOCEGO para o Programa Nascer no Ceará. Uma parceria entre a Secretaria de Saúde do Estado do Ceará e a SOCEGO para estruturar a rede de assistência a mulheres e bebês em todo o estado, incluindo a assistência ao pré-natal, parto, recém-nascido e planejamento reprodutivo, com o objetivo de reduzir as taxas de mortalidade de mães e bebês no Estado do Ceará.

A Organização Mundial de Saúde (OMS) preconiza uma Razão de Mortalidade Materna-RMM de até 20 mortes maternas em cada país para cada 100.000 nascidos vivos. O Brasil apresentou em 2013 uma RMM de 63 óbitos. No Estado do Ceará, de 1998 a 2015, foram notificados 43.385 óbitos de MIF (Mulher em Idade Fértil) e, dentre estes, foram confirmados 4,9% (2.157/43.385) de óbitos maternos (causas obstétricas diretas, indiretas, não obstétricas, não especificadas e tardias), sendo 85,5% (1.845/2.157) por causas obstétricas diretas ou indiretas. A média da Razão da Mortalidade Materna (RMM) no período supracitado foi de 75,6 mortes maternas por 100.000 nascidos vivos, índice considerado alto, segundo parâmetros da OMS.

Os esforços para a redução da mortalidade materna e neonatal e da morbidade e agravos resultantes das complicações da gravidez e do parto, além daquelas oriundas do próprio processo assistencial, devem compreender ações em todos os níveis, com a participação ativa da sociedade, dos governos e dos prestadores de serviços. Tais ações devem abranger a organização da assistência em rede, com acesso universal, precoce e sem barreiras a um pré-natal de qualidade e garantia de atendimento em maternidade de referência previamente definida e conhecida pela mulher. Mais importante ainda são a estruturação e a organização adequadas dos serviços assistenciais, com o envolvimento e capacitação dos seus profissionais, com vistas ao reconhecimento precoce dos problemas e atuação em tempo hábil e com eficiência diante de complicações que possam colocar em risco a vida da mãe e/ou da criança.

A intenção deste material é fornecer um recurso visual acessível e ágil baseado em evidências científicas para apoiar profissionais da assistência materno-infantil do estado na tomada de decisão em momentos decisivos que podem salvar vidas. Este material é dirigido a profissionais de saúde que prestam assistência na rede de atenção materno-infantil nos três níveis de atenção à saúde: atenção primária, atenção especializada ambulatorial e atenção hospitalar. É dirigido a enfermeiros, médicos generalistas de programa de saúde da família, médicos ginecologistas e obstetras e pediatras.

Por este motivo, optamos por construir um material sucinto, com pouco texto e muitos quadros, tabelas e fluxogramas, que atenda às necessidades reais do contexto da assistência materno-infantil no estado, nos três níveis de atenção, em suas diferentes especialidades e frentes.

A construção dos fluxogramas se pautou na lógica de diagnóstico > conduta > encaminhamento, sendo este último desde um tratamento até o encaminhamento para outro nível de atenção. Sempre que necessário, tivemos fluxogramas distintos para cada processo em cada nível de atenção: primária, secundária e terciária. Como apoio à compreensão desta divisão entre os níveis de atenção, questão fundamental da assistência na rede pública, desenvolvemos uma cor para cada nível de atenção: azul para primária, verde para secundária e vermelha para terciária.

A elaboração deste material envolveu mais de 30 médicos durante um processo de construção coletiva que durou seis meses e adotou as etapas formais da validação como metodologia de condução do processo, com discussões coletivas sobre as divergências em cada conduta em muitas oficinas presenciais de validação que foram realizadas.

Este material foi também intencionalmente construído a muitas mãos. Nenhuma Conduta tem autor único: sempre pelo menos dois autores. No grupo de autores de cada uma das Conduas, tivemos pelo menos um especialista na área de atuação de que ela trata, por acreditarmos que esta boa prática aumentava nossa capacidade de visão dos problemas e nossa aceitação no meio, uma vez validada a conduta. Nos grupos dos autores, tentamos ainda aproveitar a experiência de profissionais que já vinham desenvolvendo protocolos no estado para diminuirmos os erros normais das primeiras versões.

Este material primou ainda pelo rigor científico, baseando em evidências cada uma das condutas, mas também adaptando todas elas ao nosso contexto da assistência pública materno-infantil no Estado do Ceará. Para a revisão bibliográfica, foram consultadas bases de dados primários e secundários e recomendações provenientes de diretrizes clínicas similares em âmbito nacional e internacional.

A atualização destes protocolos está prevista para até cinco anos, podendo ser antecipada inclusive em via eletrônica em virtude de necessidades técnico-operacionais.

Sobre a organização do material que aqui se apresenta, cada conduta assistencial se apresenta com o título e os autores responsáveis. Na capa estão sinalizados por cores os níveis de atenção em que aquele processo ocorre: tudo o que for azul é atenção primária; verde é secundária e vermelha é terciária. Em seguida há um parágrafo introdutório sobre por que é necessário que falemos sobre aquele tema. Por que, por exemplo, a conduta assistencial de Estratificação de Risco é fundamental para salvar vidas na assistência obstétrica-pediátrica. Em seguida vêm os Diagnósticos e Conduas e Tratamentos/Encaminhamentos fundamentais para cada nível de atenção.

As Conduas assistenciais produzidas pela Socego por ocasião da estruturação da Linha de Cuidado Materno-Infantil do Estado do Ceará para o Programa Nascer no Ceará são:

1. Estratificação de risco
2. Pré-natal de risco habitual
3. Pré-natal de alto risco
4. Síndromes hipertensivas em gestação
5. Hemorragia em gestação
6. Infecção em gestação
7. Urgência e emergência em obstetrícia
8. Assistência ao parto baseada nas boas práticas
9. Assistência ao recém-nascido de risco baseada nas boas práticas, esta excepcionalmente desenvolvida pela Sociedade de Pediatria – SOCEP, a quem expressamos aqui nosso agradecimento
10. Planejamento reprodutivo nas gestantes de alto risco

CAPACITAÇÃO

A SOCEGO fará a capacitação de protocolos nos três níveis de atenção à saúde da gestante (primária, secundária e terciária) e a qualificação dos profissionais (médicos e enfermeiros) na assistência ao parto baseado em evidências científicas. A qualificação será realizada por meio de oficinas de treinamentos presenciais nas quatro macrorregiões do interior do estado (Sertão Central, Cariri, Sobral e Litoral Leste) com metodologias participativas.

1 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

AUTORAS

Liduína de Albuquerque Rocha e Sousa
Silvana Leite Napoleão de Araújo



ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO

A classificação das gestantes por estratos de riscos é um elemento central da organização da rede de atenção à saúde da mulher, possibilitando uma atenção diferenciada segundo as necessidades de saúde, usando a universalidade e a equidades como princípios, ou seja, a atenção certa, no lugar certo, com o custo certo e com a qualidade certa.

Historicamente, os parâmetros utilizados para a estratificação de risco gestacional referem-se às características individuais; às condições socioeconômicas; à história reprodutiva anterior; e às intercorrências clínicas e obstétricas na gravidez atual, como gestação múltipla, ganho ponderal, patologias controladas ou não e fatores de risco fetais.

A classificação de risco da gestante em dois níveis – **risco habitual e alto risco** – permite a assistência adequada em várias situações. Optamos por mantê-la pelo seu uso universal e, ao mesmo tempo, criar subgrupos que norteiem cuidados e ambiências específicas para estes.

Dentro do conjunto de gestantes de **risco habitual**, estabelecemos o grupo de grávidas com **vulnerabilidade**, e no conjunto do **alto risco**, identificamos, a partir das características do risco, o local ideal para assistência pré-natal, se na rede especializada da atenção secundária ou terciária.



GRUPO 1 | RISCO HABITUAL

| 1.1 RISCO HABITUAL SEM VULNERABILIDADE

Atendimento no Pré-natal da UBS

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS FAVORÁVEIS:

- Idade entre 15 e 34 anos;
- Gravidez planejada.

HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR:

- Intervalo interpartal entre 2 e 10 anos;
- Ausência de intercorrências clínicas e/ou obstétricas na gravidez anterior e/ou na atual.

| 1.2 RISCO HABITUAL COM VULNERABILIDADE

Atendimento na UBS, envolvimento da interdisciplinaridade para redução de danos

CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS DESFAVORÁVEIS:

- Idade menor que 15 e maior que 34 anos;
- Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em adolescentes;
- Ocupação: esforço físico exaustivo, carga horária intensa, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, estresse;
- Situação conjugal insegura;
- Baixa escolaridade (< 5 anos);
- Tabagista;
- Altura menor que 1,45 m;
- IMC < 19 ou > 30;
- Dependência química de drogas em remissão.

HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR:

- Recém-nascido anterior com restrição de crescimento, pré-termo ou malformado;
- Macrossomia fetal;
- Nuliparidade e multiparidade maior que 5 partos;
- Cirurgia uterina anterior;
- Intervalo interpartal menor que 2 anos;

INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS/OBSTÉTRICAS NA GRAVIDEZ ATUAL:

- Infecção urinária não complicada;
- Anemia com hemoglobina maior que 8.

GRUPO 2 | ALTO RISCO

| ALTO RISCO COM ACOMPANHAMENTO NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA

HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR:

- Morte perinatal explicada e inexplicada;
- Abortamento habitual;
- Infertilidade;
- Síndrome hemorrágica ou hipertensiva;
- Prematuridade.

DOENÇA OBSTÉTRICA NA GRAVIDEZ ATUAL CONTROLADA:

- Desvio quanto ao crescimento uterino e ao volume de líquido amniótico;
- Gestação Gemelar dicoriônica;
- Ganho ponderal inadequado;
- Diabetes gestacional;
- Hemorragias da gestação.

INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS (PATOLOGIAS CONTROLADAS):

- Infecção urinária de repetição;
- Hipertensão arterial crônica;
- Cardiopatias (reumáticas, congênitas, hipertensivas, arritmias, valvulopatias, endocardites na gestação);
- Pneumopatias (asma em uso de medicamentos contínuos, DPOC);
- Nefropatias (insuficiência renal, rins policísticos, pielonefrite de repetição);
- Endocrinopatias (diabetes, hipo e hipertireoidismo);
- Hemopatias;
- Epilepsia;
- Doenças infecciosas (sífilis, toxoplasmose, rubéola, infecção pelo HIV sem infecções oportunistas);
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, artrite reumatoide etc.);
- Ginecopatias (malformações uterinas, miomas intramurais com diâmetro > 4 cm ou múltiplos e miomas submucosos, útero bicorno);
- Câncer: os de origem ginecológica, se invasores, que estejam em tratamento ou possam repercutir na gravidez;
- Gestação resultante de estupro, em que a mulher optou por não interromper a gravidez ou não houve tempo hábil para a sua interrupção legal;
- Uso de drogas sem remissão.

| ALTO RISCO COM ACOMPANHAMENTO NA ATENÇÃO TERCIÁRIA

- Doença obstétrica na gravidez atual – não controlada;
- Intercorrências clínicas – patologias não controladas;
- Malformações fetais;
- Isoimunização;
- Gestações gemelares monocoriônicas ou múltiplas com 3 ou mais fetos;
- AIDS.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS AND THE AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. **Guidelines for Perinatal Care**. 6.ed. Washington: AAP/ACOG, 2008. 450 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco**: manual técnico. 5.ed. – Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise da Situação em Saúde. **Mortalidade infantil no Brasil**: tendências, componentes e causas de morte no período de 2000 a 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Uma análise da situação de saúde e a vigilância da saúde da Mulher**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012b. pp. 163-182.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gabinete do Ministro. Portaria 1.020, de 29 de maio de 2013. Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à atenção à saúde na gestação de alto risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha. **Diário Oficial da União**, n. 103, seção 1, p. 43, 02/04/2013.

DRAYCOTT, T; LEWIS, G; STEPHENS, I. Executive Summary. Centre for Maternal and Child Enquiries (CMACE). **BJOG**, v. 118 (Suppl. 1), pp. e12-e21, 2011.

GREGORY, A. L.; DAVIES, M. D.; FRCSC, Kingston ON. Antenatal fetal assessment. **SOGC Clinical Guidelines**, 90:1-7, 2000.

MENDES, E. V. **O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde**: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2012.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção ao pré-natal, parto e puerpério**: Protocolo Viva Vida. Belo Horizonte: SAS/SES, 2003a. 95 p.

MINAS GERAIS. Secretaria de Estado de Saúde. **Atenção Hospitalar ao Neonato**: Protocolo Viva Vida. Belo Horizonte: SAS/SES, 2003b.

ROBERTS, C. L. et al. Trends in adverse maternal outcomes during childbirth: a population-based study of severe maternal morbidity. **BMC Pregnancy and Childbirth**, v. 9, n. 7, 2009.

RONSMANS, C.; GRAHAM, W. J. **Maternal mortality**: who, when, where, and why. *Lancet*, v. 368, pp. 1189-200, 2006.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. National Collaboration Centre for Womens and Childrens Health. **Antenatal Care**: routine care for the healthy pregnant women. London: RCOG, 2008. 454 p. (Clinical Guideline).

SAY, L.; SOUZA, J. P.; PATTINSON, R. C. Maternal near miss – towards a standard tool for monitoring quality of maternal health care. **Best Prac. & Res. Clin. Obst. Gyn.**, v. 23, pp. 287-296, 2009.

THADDEUS, S; MAINE, D. Too far to walk: maternal mortality in context. **Soc. Sci. Med.** v. 38, n. 8, pp. 1091-1110, 1994.

2 PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL

AUTORES

Carolina Buenos Aires C. Tavares
Francisco Herlânio Costa Carvalho
Jordana Parente Paiva



PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL

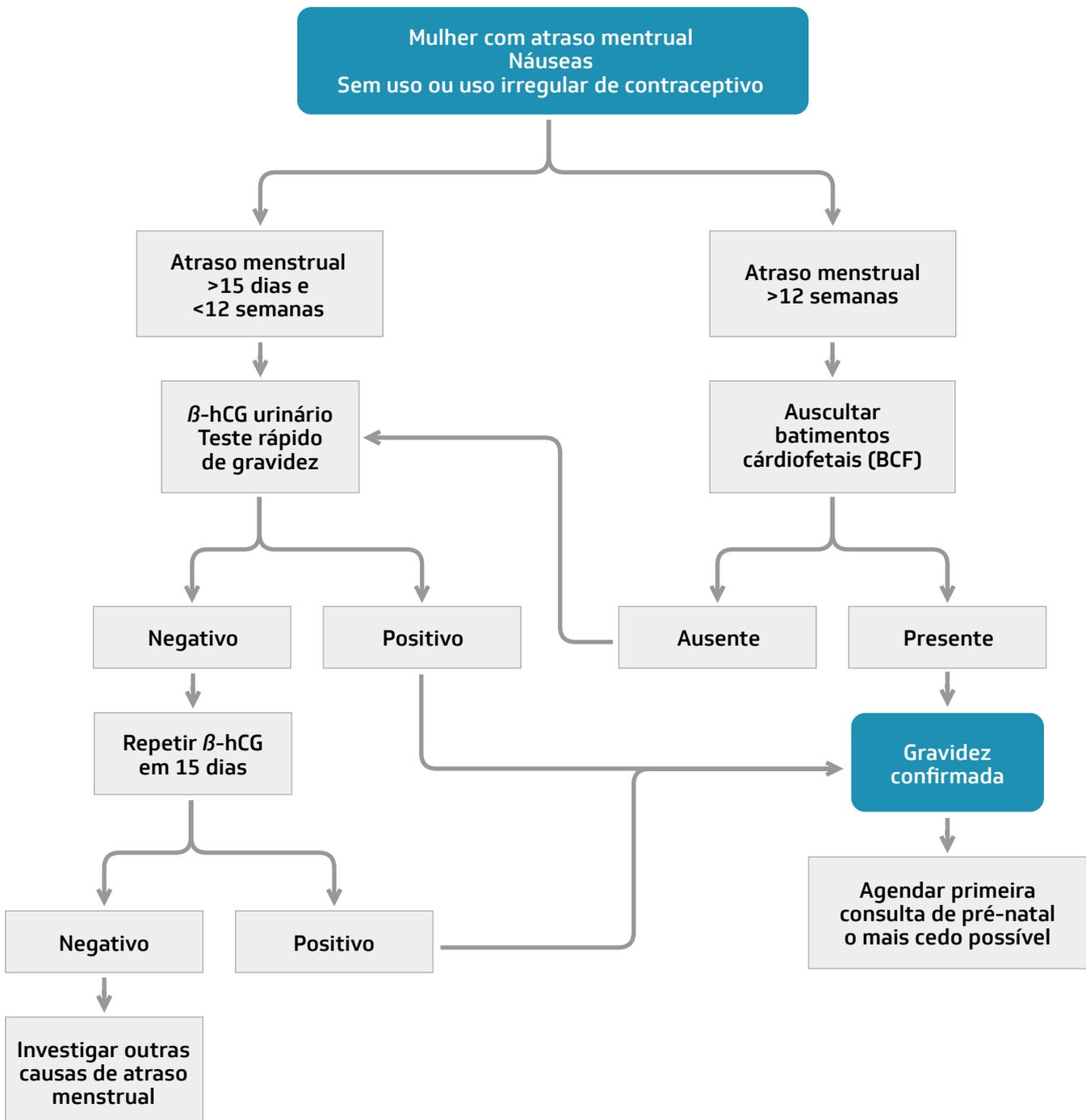
O Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento instituído pelo Ministério da Saúde (MS) em junho de 2000, para atenção específica à gestante, ao recém nascido (RN) e à mulher no puerpério, representou grande avanço no cuidado à saúde deste grupo de pacientes e objetivou a redução das altas taxas de morbimortalidade materna e perinatal no Brasil com a implementação de medidas que assegurassem a melhoria do acesso, da cobertura e da qualidade dos serviços prestados.

Em 2013, o MS estabeleceu 10 passos para o pré-natal de qualidade na Atenção Básica:

1. Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12^a semana de gestação.(captação precoce em que é fundamental a participação dos agentes de saúde da comunidade).
2. Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.
3. Assegurar a toda gestante a solicitação, a realização e a avaliação em tempo oportuno dos resultados dos exames preconizados no atendimento pré-natal.
4. Promover a escuta ativa da gestante e de seus acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais, e não somente um cuidado biológico, “rodas de gestantes”, orientações em grupos de gestantes e em sala de espera.
5. Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.
6. É direito do(a) parceiro(a) receber o devido cuidado (consultas, exames e acesso a informações) antes, durante e depois da gestação.
7. Garantir o acesso à unidade de referência caso necessário.
8. Estimular e informar os benefícios a respeito do parto fisiológico, incluindo a elaboração do plano de parto.
9. Toda gestante tem o direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde em que irá dar à luz (vinculação).
10. As mulheres devem exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

Objetivo do acompanhamento pré-natal: assegurar o desenvolvimento da gestação, permitindo o parto de um recém-nascido saudável, sem impacto para a saúde materna, e abordando aspectos psicossociais e as atividades educativas e preventivas.

| FLUXOGRAMA 1: DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ



QUADRO 1: PRIMEIRA CONSULTA DE PRÉ-NATAL

QUADRO 1: PRIMEIRA CONSULTA DE PRÉ-NATAL (ANAMNESE E EXAME FÍSICO)	
Anamnese e história clínica	Exame físico
História clínica geral e gineco-obstétrica	Altura, peso, IMC (ver Quadro 4)
Calcular idade gestacional pela DUM ou US mais precoce	Pressão arterial (PA)
Verificar situação vacinal (tétano, hepatite e H1N1)	Ausculta cardiopulmonar
Preencher SisPréNatal, prontuário e cartão da gestante	Exame de tireóide e mamas
Questionar sobre: cefaleia, náuseas, vômitos, pirose, epigastralgia, constipação, dor abdominal, sintomas urinários, corrimentos ou outras perdas vaginais	Palpação abdominal e percepção da dinâmica
Orientar sobre alimentação e ganho de peso (Quadro 5)	BCF após 10-12 semanas pelo Sonnar
Estratificar o risco	Pesquisa de edema
	Exame ginecológico

QUADRO 2: PRIMEIRA CONSULTA DE PRÉ-NATAL

QUADRO 2: PRIMEIRA CONSULTA DE PRÉ-NATAL (EXAMES COMPLEMENTARES)	
Teste rápido: HIV, sífilis e hepatites virais	Anti-HIV
Hemograma	VDRL
ABO/Rh	HBSAg
Coombs indireto se Rh negativo	Sorologia para toxoplasmose IgM e IgG
Glicemia de jejum se idade gestacional (IG) < 20 semanas	Exame de urina e urocultura
Teste de tolerância à glicose 75g (TTGO) se IG > 20 semanas ou entre 24- 28 semanas e imediatamente se > 28 semanas	

QUADRO 3: PRIMEIRA CONSULTA DE PRÉ-NATAL

QUADRO 3: PRIMEIRA CONSULTA DE PRÉ-NATAL (CONDUTAS GERAIS)	
Prescrição de sintomáticos se necessário (ver Tabela 1)	Orientar sobre o uso de repelentes
Sulfato ferroso no segundo e terceiro trimestres	Atividade física moderada por 30 minutos diariamente
Ácido fólico 0,4mg/dia no primeiro trimestre	Agendar consulta odontológica
Avaliar necessidade de medicações preventivas*	Agendar coleta de citologia oncológica se necessário
Orientar sobre amamentação exclusiva até os 6 meses	

* AAS 100mg/dia à noite nas pacientes de risco para pré-eclâmpsia (HAS, DM, IRC, história de pré-eclâmpsia prévia, SAAF). Iniciar entre 12-16 semanas

** Cálcio 1,0g/dia para as pacientes com risco para pré-eclâmpsia

*** Progesterona natural 200mg via vaginal de 18 a 37 semanas para pacientes com parto prematuro anterior ou colo curto (<25mm em US de 18-22 semanas)

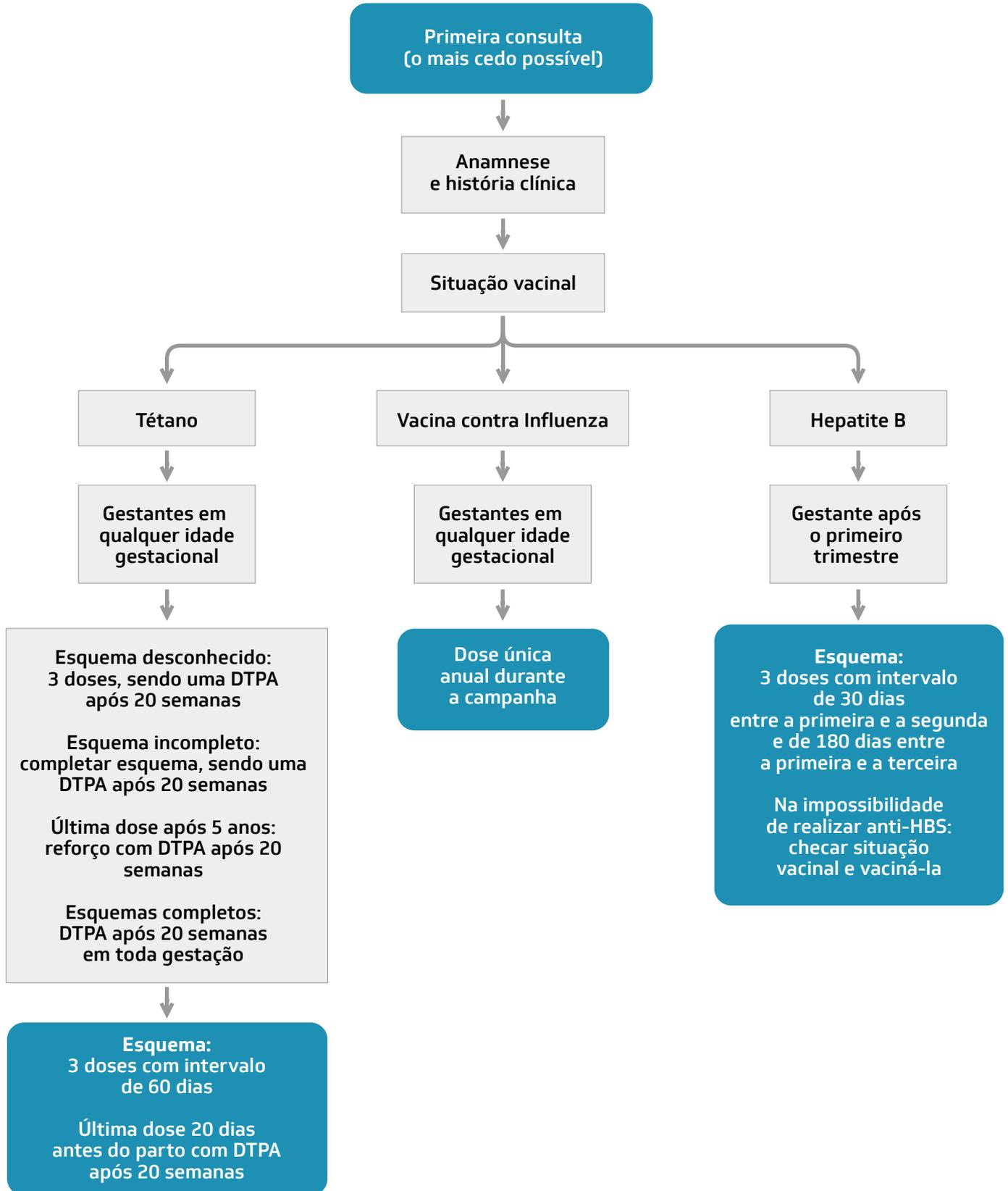
QUADRO 4: GANHO DE PESO RECOMENDADO (EM KG) NA GESTAÇÃO

QUADRO 4: GANHO DE PESO RECOMENDADO (EM KG) NA GESTAÇÃO, SEGUNDO O ESTADO NUTRICIONAL INICIAL		
Estado nutricional inicial (IMC)	Recomendação de ganho de peso (kg) semanal médio no 2º e 3º trimestres*	Recomendação de ganho de peso (kg) total na gestação
Baixo peso (< 18,5 kg/m ²)	0,5 (0,44 – 0,58)	12,5 – 18,0
Adequado (18,5 – 24,9 kg/m ²)	0,4 (0,35 – 0,50)	11,5 – 16,0
Sobrepeso (25,0 – 29,9 kg/m ²)	0,3 (0,23 – 0,33)	7,0 – 11,5
Obesidade (≥ 30kg/m ²)	0,2 (0,17 – 0,27)	5,0 – 9,0

Fonte: (INSTITUTE..., 1990, WHO, 1955b).

*Ganho de peso no primeiro trimestre, entre 0,5 – 2Kg

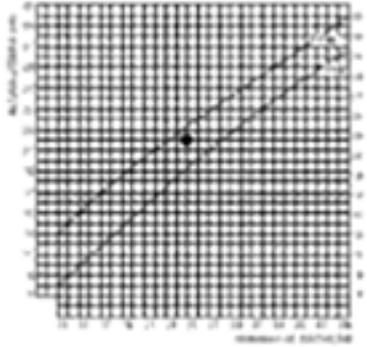
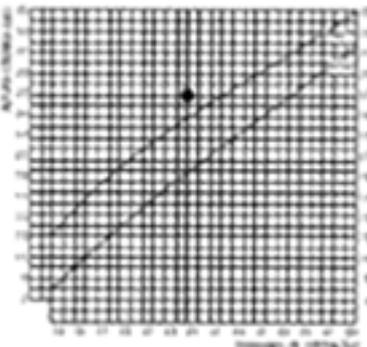
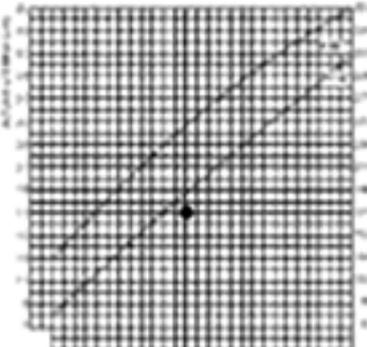
FLUXOGRAMA 2: PRIMEIRA CONSULTA



QUADRO 5: CONSULTAS SUBSEQUENTES

CONSULTAS SUBSEQUENTES (COM ALTERNÂNCIA DE ENFERMEIROS E MÉDICOS)	
Mensais	até 28 semanas
Quinzenais	de 28 a 36 semanas
Semanais	de 36 a 41 semanas
Recalcular idade gestacional pela DUM ou US mais cedo (preferencialmente do 1º trimestre)	
Avaliar resultados de exames e atentar para época de repetição (Quadro 6)	
Determinar peso e IMC, atendendo para o estado nutricional e ganho de peso (Quadro 4)	
Aferir pressão arterial (atentar para elevação acima de 20mmhg)	
Identificar a posição fetal pelas manobras de Leopold (Figura 1)	
Medir fundo uterino, anotando os dados no gráfico (após 20 semanas deve coincidir com a idade gestacional) - (Quadro 5)	
Auscultar BCFS com Sonnar após 12 semanas (normal: 110 - 160bpm)	
Identificar a percepção materna sobre os movimentos fetais e constatá-los objetivamente	
Verificar calendário de vacinação	
Estratificar o risco em cada nova consulta	
Orientar sobre os sinais de alerta e quando procurar atendimento de emergência	
Orientar sobre amamentação exclusiva até os 6 meses e examinar as mamas	
Preparar para o parto normal, incluindo orientação sobre a fase de pródromos	
Agendar a próxima consulta	

QUADRO 6: CONDUTA EM RELAÇÃO À ALTURA DA CURVA UTERINA

QUADRO 6: CONDUTA EM RELAÇÃO À ALTURA DA CURVA UTERINA		
Gráfico	Ponto	Conduta
	Entre as curvas inferiores e superiores	Siga o calendário de atendimento de rotina.
	Acima da curva superior	Atente para a possibilidade de erro de cálculo da idade gestacional (IG). A gestante deve ser vista pelo médico da unidade e deve ser avaliada a possibilidade de polidrâmnio, macrossomia, gestação gemelar, mola hidatiforme. Solicite ultrassonografia, se possível. Caso permaneça a dúvida, marque retorno em 15 dias para reavaliação ou, se possível, faça o encaminhamento da paciente para o serviço de alto risco.
	Abaixo da curva inferior	Atente para a possibilidade de erro de cálculo da IG. A gestante deve ser vista pelo médico da unidade para se avaliar a possibilidade de feto morto, oligidrâmnio, ou restrição de crescimento intrauterino. Solicite ultrassonografia, se possível. Caso permaneça a dúvida, marque retorno em 15 dias para reavaliação ou, se possível, faça o encaminhamento da paciente para o serviço de alto risco.

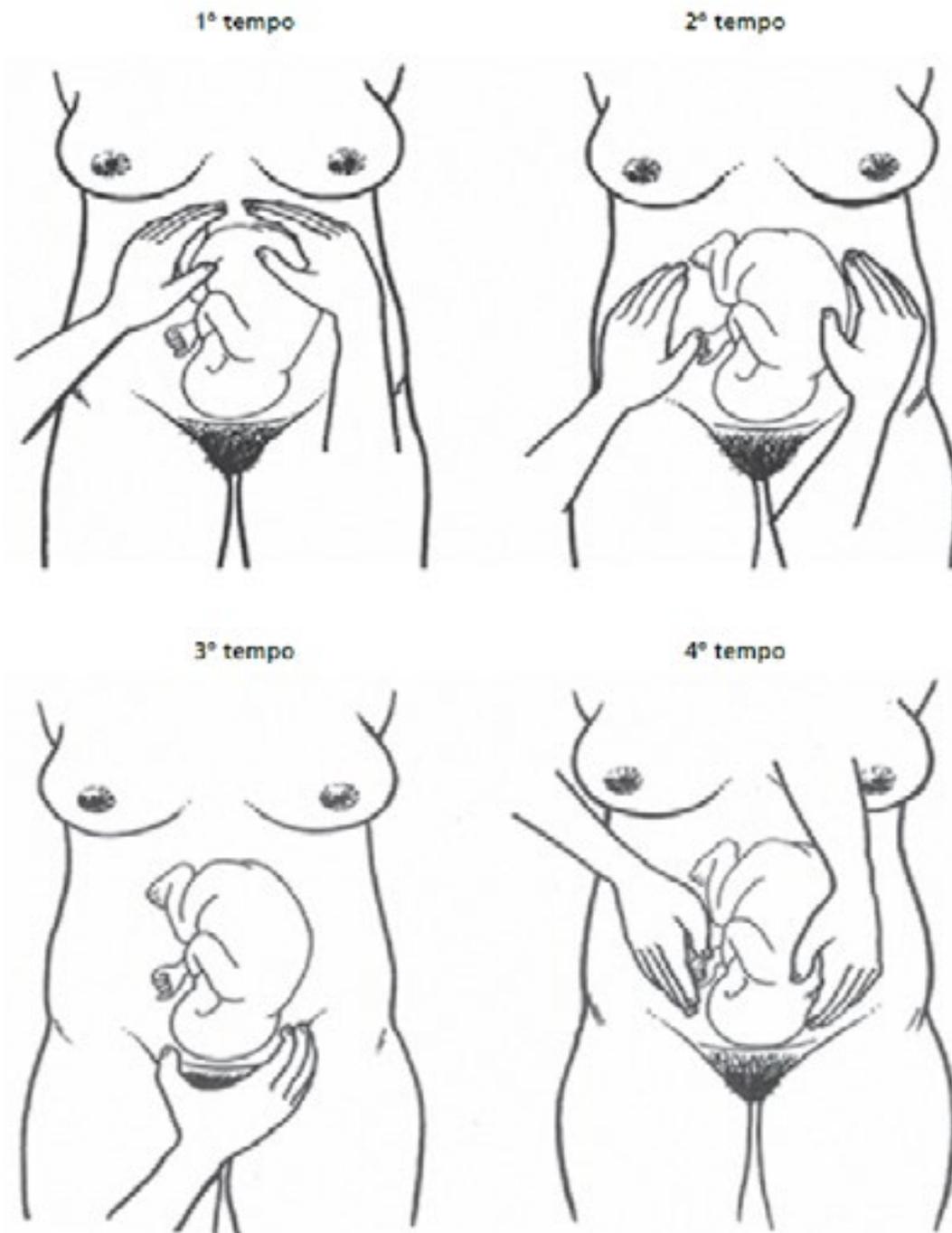
QUADRO 7: FREQUÊNCIA DE EXAMES COMPLEMENTARES

QUADRO 7: FREQUÊNCIA DE EXAMES COMPLEMENTARES ROTINA DE PRÉ-NATAL			
EXAMES	1º TRIMESTRE (1ª consulta)	2º TRIMESTRE	3º TRIMESTRE
Hemograma	X	X	X
Tipagem sanguínea	X		
Fator Rh	X		
Coombs indireto (Se Rh negativo)	X	X	X
Teste rápido para HIV ou pesquisa de anticorpos Anti-HIV1 + HIV2 (ELISA)	X		X
Teste rápido para sífilis (Teste treponêmico)	X	X	X
VDRL* (teste não treponêmico)	X		X
Urina I	X		X
Urocultura	X	X	X
Dosagem de glicose	X		
Teste oral de tolerância à glicose		X (entre 24 e 28 semanas)	
Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBS AG)	X		X
Toxoplasmose IgG e IgM (quando previamente negativos)	X		X
Ultrassonografia obstétrica**		X	

NOTAS: *O VDRL como triagem para sífilis deve ser realizado apenas em municípios que não dispõem de teste rápido, pois este exame apresenta risco de resultado falso negativo.

**Segundo o Ministério da Saúde, a ultrassonografia obstétrica não é obrigatória em gestações sem complicações. Idealmente deveria ser realizada entre 11-14 semanas e entre 20-24 semanas, que são os melhores períodos para rastreamento das principais complicações maternas e fetais. Na impossibilidade de seguir essa recomendação, optar por um ultrassom no segundo trimestre, com a função de verificar a idade gestacional e a morfologia fetal.

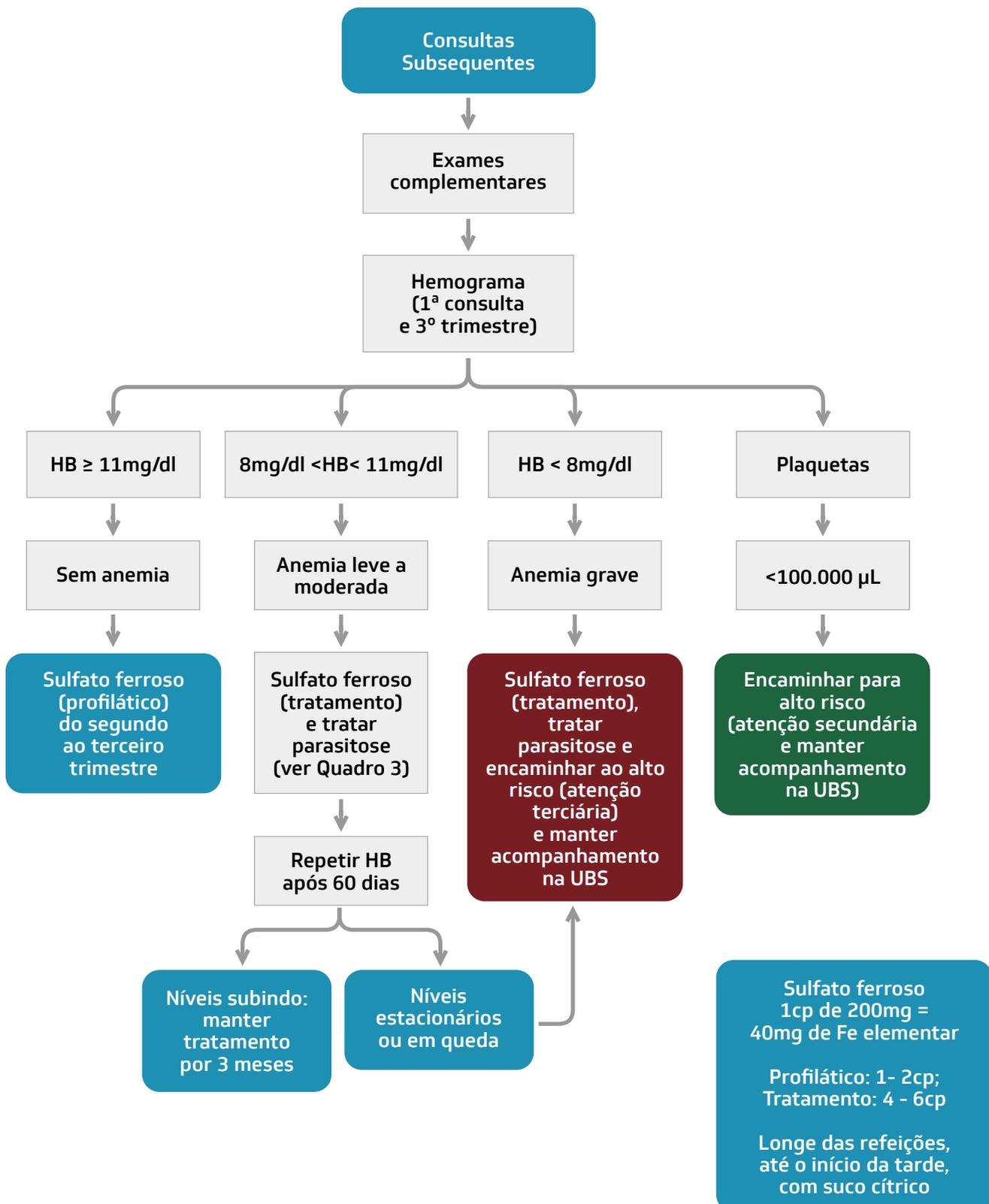
| FIGURA 1: MANOBRAS DE LEOPOLD



Fonte: Ministério da Saúde – 2013

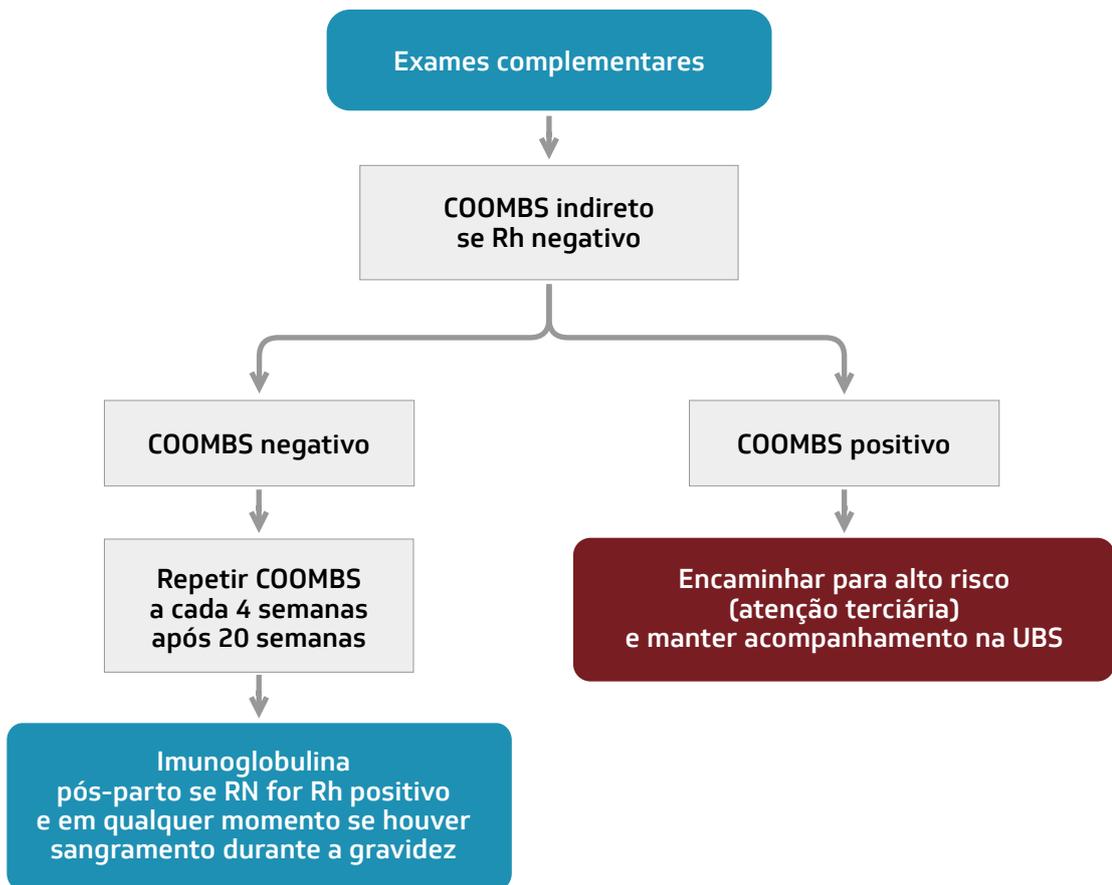
FLUXOGRAMA 3: EXAMES COMPLEMENTARES

HEMOGRAMA

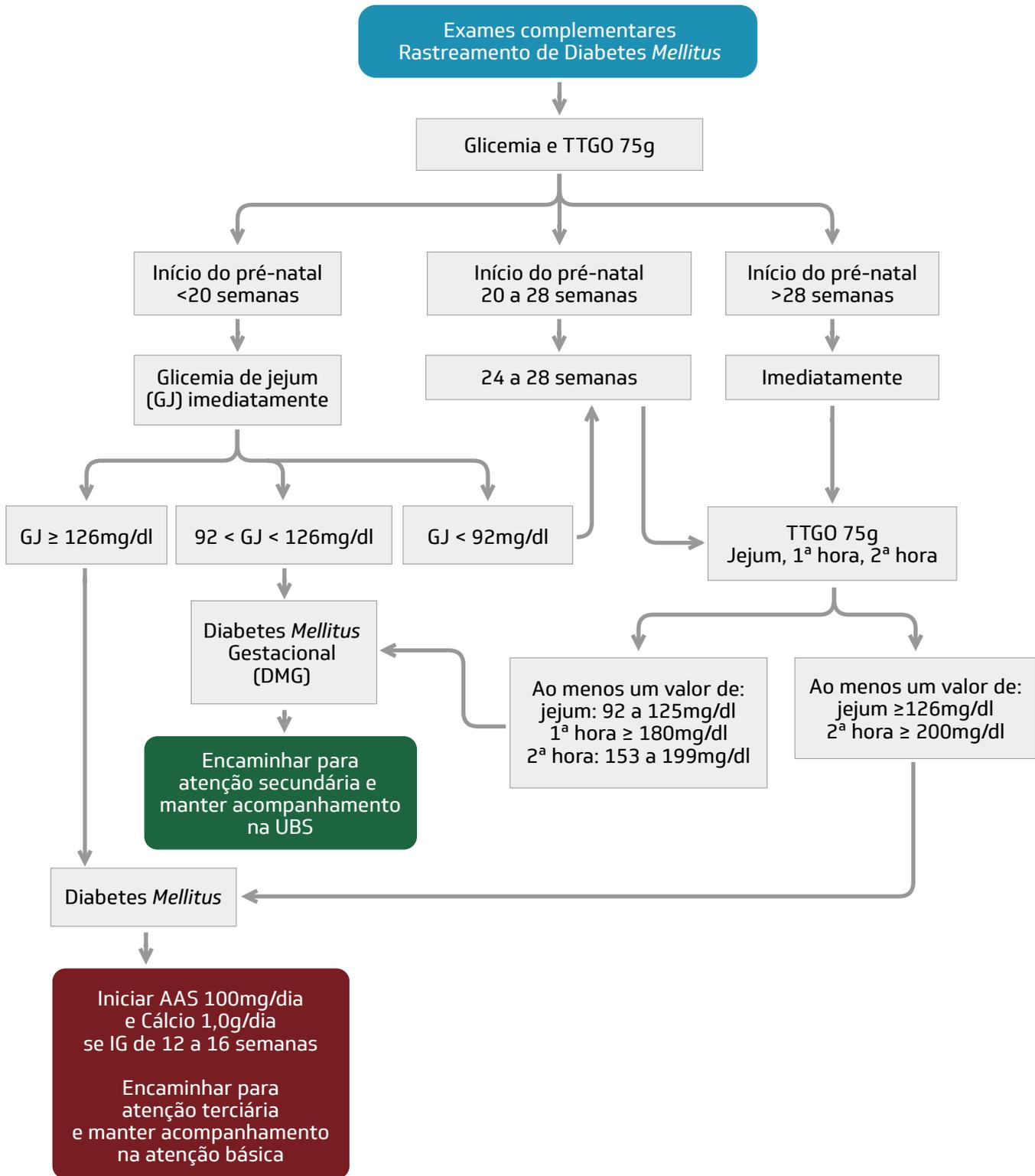


FLUXOGRAMA 4: EXAMES COMPLEMENTARES

COOMBS INDIRETO



FLUXOGRAMA 5: RASTREAMENTO DE DIABETES MELLITUS



| TABELA 1: PRINCIPAIS QUEIXAS NA GESTAÇÃO E CONDUTAS

TABELA 1: PRINCIPAIS QUEIXAS NA GESTAÇÃO E CONDUTAS		
Sintomas	Orientações gerais	Medicamento
NÁUSEAS E VÔMITOS	<p>Em casos leves: orientações dietéticas, dieta fracionada, evitar frituras e gorduras, evitar líquidos durante as refeições.</p> <p>Em casos de vômitos frequentes e/ou incoercíveis, será necessária avaliação de eletrólitos e corpos cetônicos, principalmente nos sinais de desidratação, e encaminhamento para serviço hospitalar de emergência.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Gengibre cápsula 250 mg VO 4 x ao dia ou Piridoxina 25 mg 3 x ao dia. <p>Em casos mais resistentes, o uso de antieméticos categoria B do FDA:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Meclisina 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; • Ondansetrona 4-8mg VO ou sublingual, 3x ao dia.
PIROSE	<p>Orientações dietéticas (dieta fracionada, não ingestão de alimentos gordurosos, não ingerir líquidos durante as refeições, evitar café, chá preto, chá mate, doces, álcool e fumo), medidas comportamentais (manter a cabeceira da cama elevada e evitar deitar logo após as refeições).</p> <p>Tratamento medicamentoso quando estas medidas falharem.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Hidróxido de alumínio (Categoria B): 01 a 02 colheres de chá 4x ao dia • Ranitidina (Categoria B): 150mg - 01cp de 12/12h <p>Não utilizar bicarbonato de sódio.</p>
SIALORRÉIA E GENGIVORRAGIA	<p>Comer frutas, chupar balas de limão, mastigar goma de mascar, comer bolachas salgadas, fazer várias refeições ao dia, escovar os dentes e fazer bochechos com produtos de menta. Incentivar o uso de fio dental.</p>	
FRAQUEZAS E DESMAIOS	<p>Orientar a gestante a não fazer mudanças bruscas de posição e evitar a inatividade. Dieta fracionada. Caso ocorram, orientar a gestante a sentar com a cabeça abaixada ou deitar em decúbito lateral esquerdo.</p>	

TABELA 1: PRINCIPAIS QUEIXAS NA GESTAÇÃO E CONDUTAS (cont.)

Sintomas	Orientações gerais	Medicamento
FLATULÊNCIA E OBSTIPAÇÃO INTESTINAL	Orientações dietéticas (dieta rica em fibras e ingestão de líquidos), estimular a realização de caminhadas e movimentação para regularização do hábito intestinal. Nos casos de muita flatulência, evitar a ingestão de alimentos de alta fermentação, como repolho, couve, ovos. Somente com o fracasso desta abordagem devem ser prescrito laxativos estimulantes ou formadores de volume.	<ul style="list-style-type: none"> • Óleo Mineral (Categoria C): 10ml até 3x ao dia; • Supositório de glicerina 1x ao dia quando necessário.
CÓLICAS E DOR ABDOMINAL	Excluir contrações.	Hioscina (Categoria B): 10mg, 01 a 02 comprimidos 3 a 5x ao dia.
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.	Cloridrato de cinchocaína (Categoria C): 02 a 03 aplicações ao dia, até melhorarem os sintomas.
CORRIMENTO GENITAL	Orientar que um aumento de fluxo vaginal é comum na gestação. Não prescrever cremes vaginais, desde que não haja diagnóstico de infecção vaginal. Nestes casos, ver as condutas mencionadas no Manual de Tratamento e Controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis/DST-AIDS/MS.	
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.	

TABELA 1: PRINCIPAIS QUEIXAS NA GESTAÇÃO E CONDUTAS (continuação)

Sintomas	Orientações gerais	Medicamento
MASTALGIA	<p>Incômodo mamário é normal pela fisiologia da gestação. Recomendar o uso constante de sutiã com boa sustentação após descartar qualquer intercorrência mamária.</p> <p>Orientar a gestante sobre o colostro (principalmente nas fases tardias da gravidez).</p>	
LOMBALGIA	<p>Orientar sobre a correção da postura ao se sentar e ao andar. Usar sapatos com saltos baixos e confortáveis. Aplicação de calor local e eventualmente, por orientação médica. Uso de analgésico (se não for contraindicado) por tempo limitado.</p>	<p>Paracetamol (Categoria B): 500mg, 01 a 04x ao dia.</p>
CEFALÉIA	<p>Afastar as hipóteses de hipertensão arterial e pré-eclâmpsia. Diferenciar cefaleia esporádica, que responde a analgésicos para enxaqueca.</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Paracetamol (Categoria B): 500mg a 1g VO de 6/6h • Dipirona (Categoria B): 500mg VO de 6/6h
VARIZES	<p>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.</p>	
CAIMBRAS	<p>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.</p>	

TABELA 1: PRINCIPAIS QUEIXAS NA GESTAÇÃO E CONDUTAS (cont.)

Sintomas	Orientações gerais	Medicamento
CLOASMA GRAVÍDICO	Ocorrência comum na gravidez que costuma diminuir ou desaparecer, em tempo variável, após o parto. Evitar exposição do rosto diretamente ao sol e fazer uso de protetor solar.	
ESTRIAS	Infelizmente não existe tratamento ou prevenção efetiva para o surgimento de estrias durante a gestação.	
PARASITOSES		<ul style="list-style-type: none"> • Albendazol (Categoria C) 400 mg: 01 comprimido ao dia por 3 a 5 dias, só após o segundo trimestre; • Metronidazol (Categoria X no primeiro trimestre e B a partir do segundo trimestre): 250mg , 02 comprimidos VO de 8/8h por 7 dias. • Permetrina (Classe B): no tratamento da escabiose.
QUEIXAS URINÁRIAS	O aumento do número de micções é comum no início e no final da gestação. Mesmo sendo incômodo, é de extrema importância incentivar a ingestão hídrica adequada. Agendar consulta médica caso exista dor ao urinar ou hematúria (sangue na urina), acompanhada ou não de febre. Ver tratamento no protocolo de infecções.	

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Cadernos de Atenção Básica – Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Caderno de Atenção ao Pré-Natal. Risco Habitual. Curitiba: Secretaria de Saúde do Estado do Paraná, 2017.

3 PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

AUTORAS

Cinara Gomes Eufrazio Machado
Fernanda Rios Bastos Luna
Maria Helena Ferrer de A. Moreira
Shirley Kelly Bedê Bruno

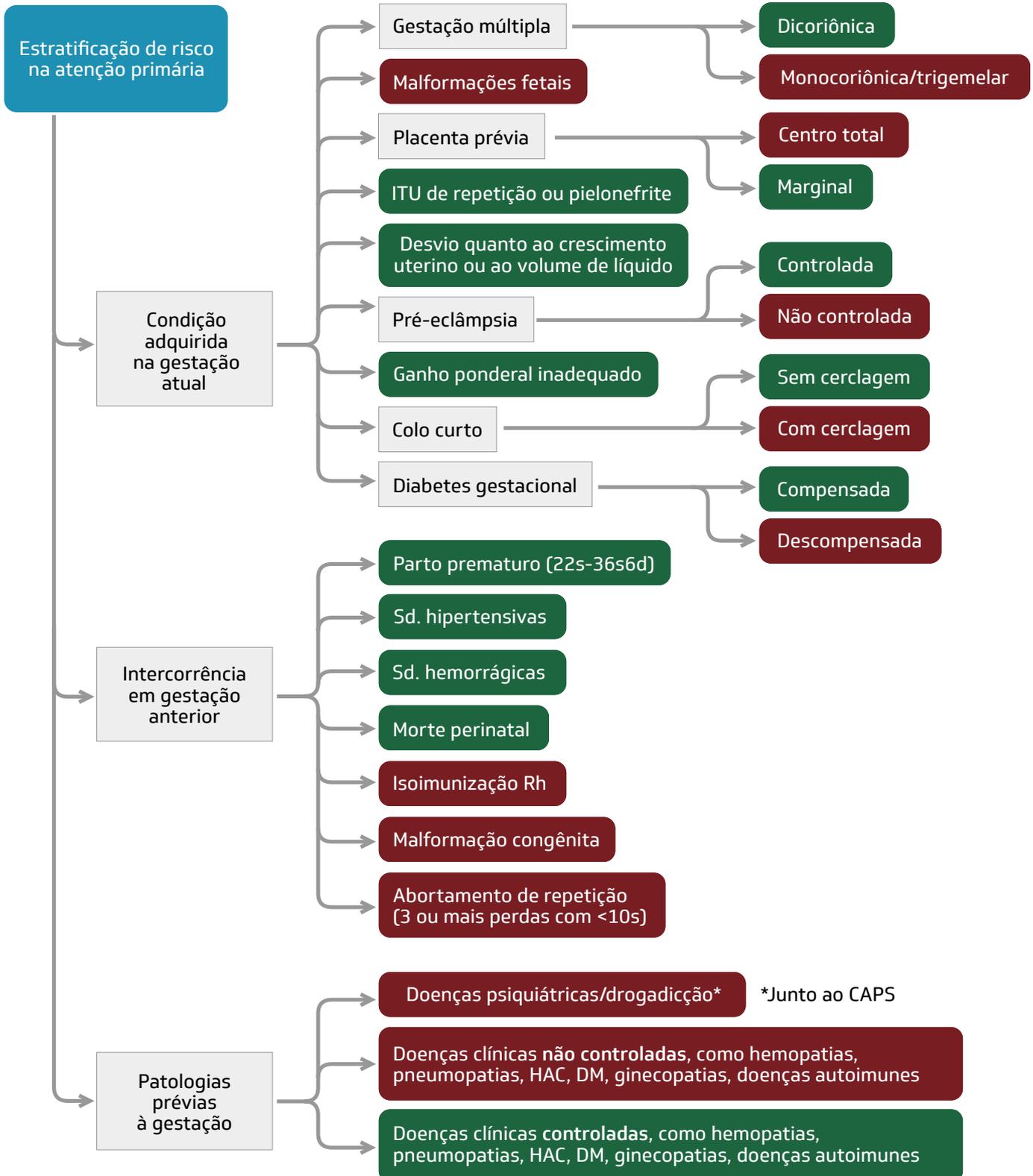


PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

A grande maioria das gestantes evolui sem intercorrências durante todo o ciclo gravídico-puerperal, porém uma pequena parcela delas, por serem portadoras de alguma doença ou sofrerem algum agravo na gestação atual ou terem sofrido em gestações anteriores, apresenta maior probabilidade de evolução desfavorável, o que envolve também o feto.

Estabelecer um fluxograma para a gestante baseado na classificação de risco definirá a organização da rede de forma a reduzir morbimortalidade, especialmente por causas evitáveis.





REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Atenção ao pré-natal de baixo risco. Cadernos de atenção básica, Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Gestação de alto risco. Manual técnico. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

SÍNDROMES HIPERTENSIVAS

AUTORES

Francisco Edson de Lucena Feitosa

Francisco Herlânio Costa Carvalho

Igor Studart de Lucena Feitosa

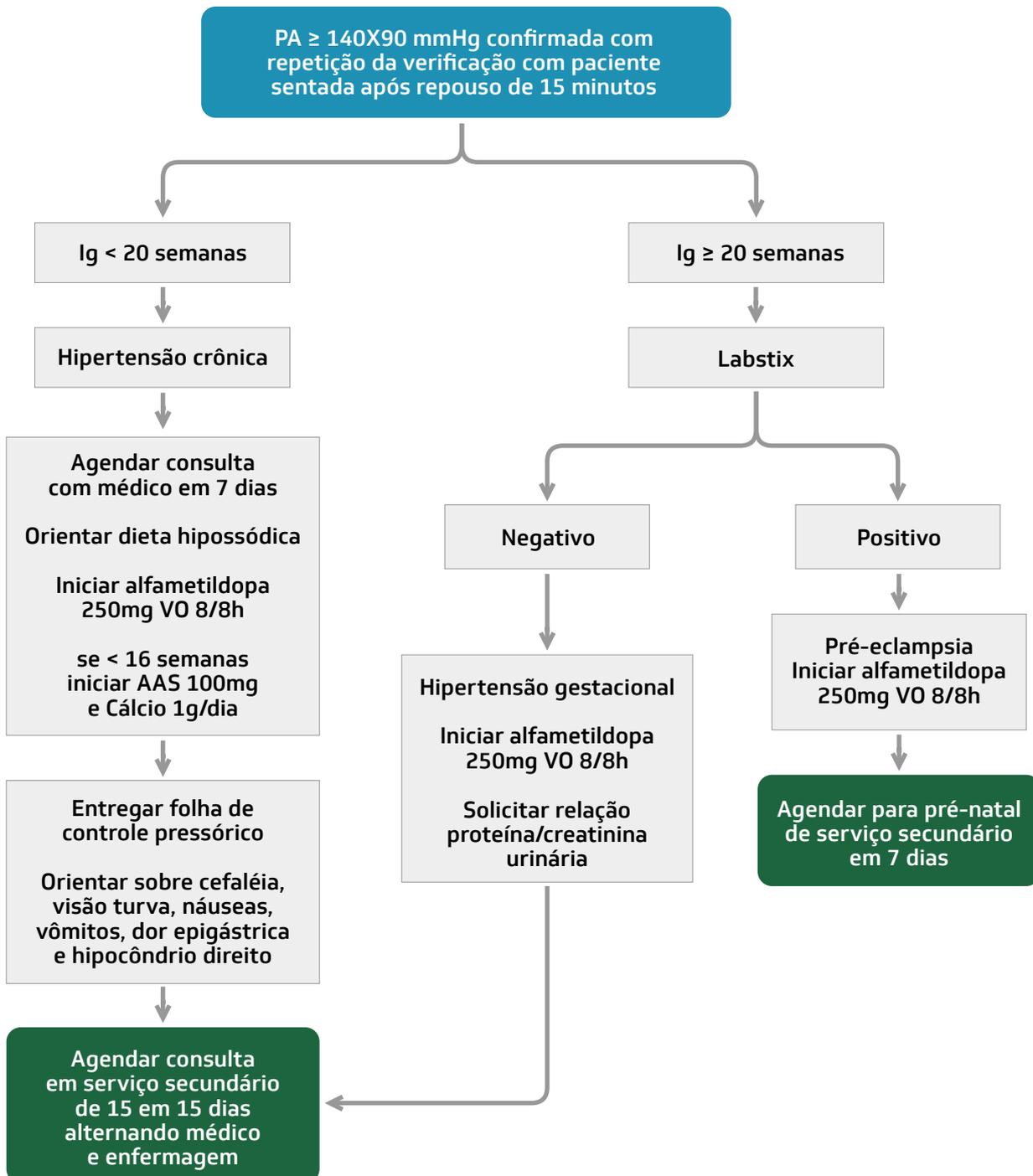


SÍNDROMES HIPERTENSIVAS

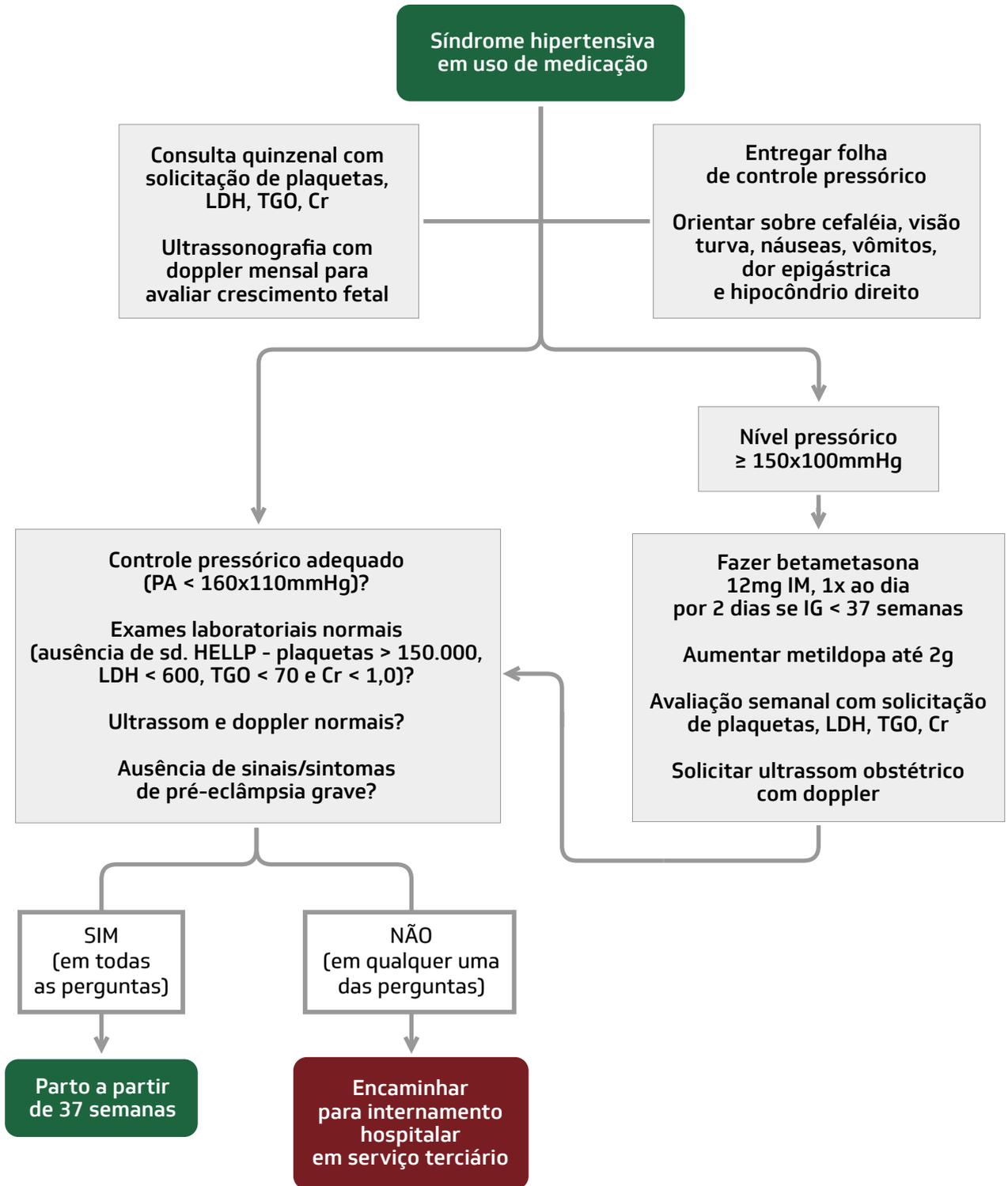
As síndromes hipertensivas representam a principal causa de morte materna no Brasil. São também responsáveis por elevada morbimortalidade infantil em virtude da prematuridade que acarretam. Apesar de tamanha importância, seu diagnóstico é extremamente simples: requerem apenas um profissional capacitado, um tensiômetro e uma fita de medir proteína na urina. A condução destas intercorrências, quando feita de forma adequada, reduz as repercussões maternas e perinatais.



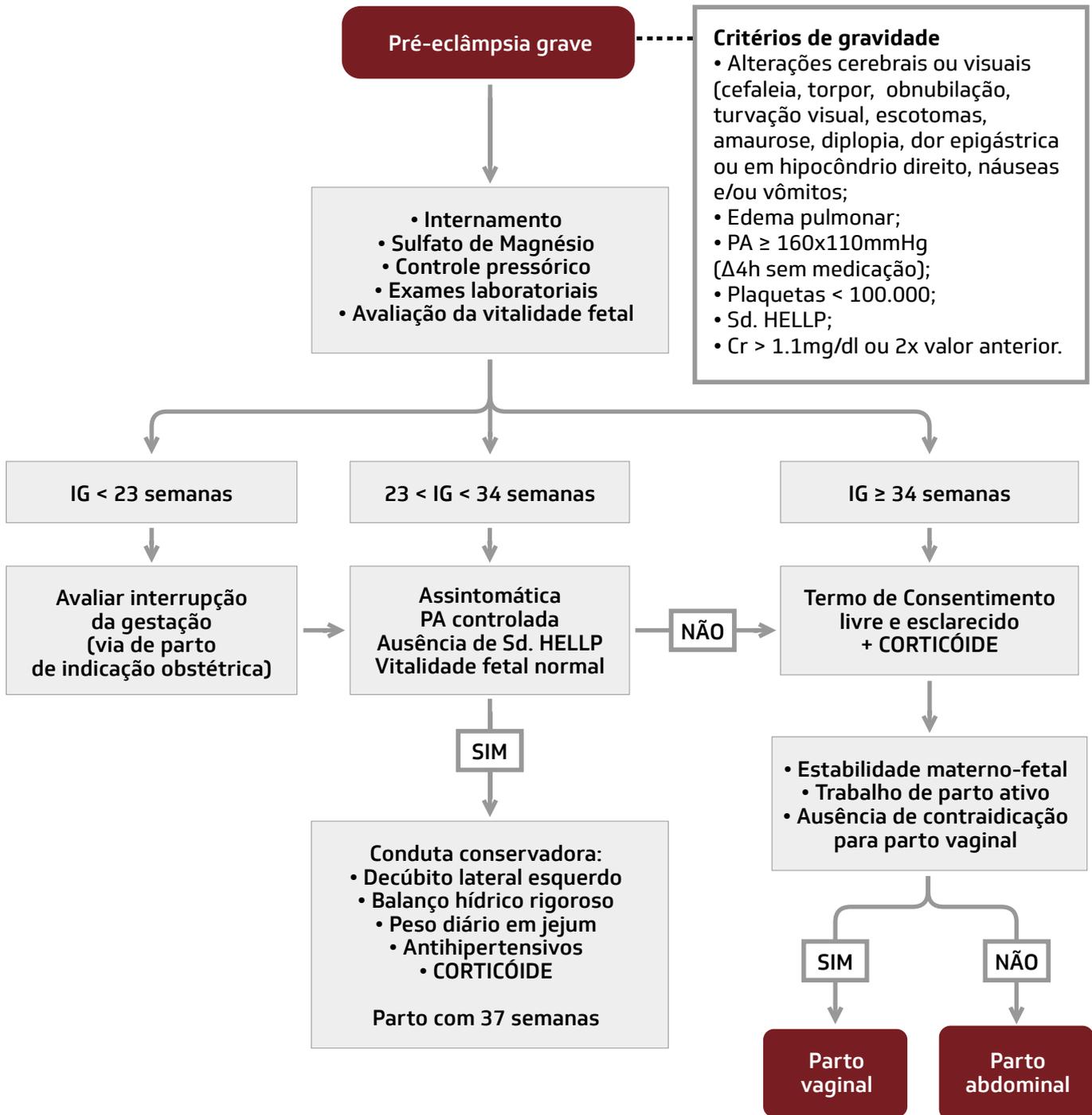
| ATENÇÃO PRIMÁRIA



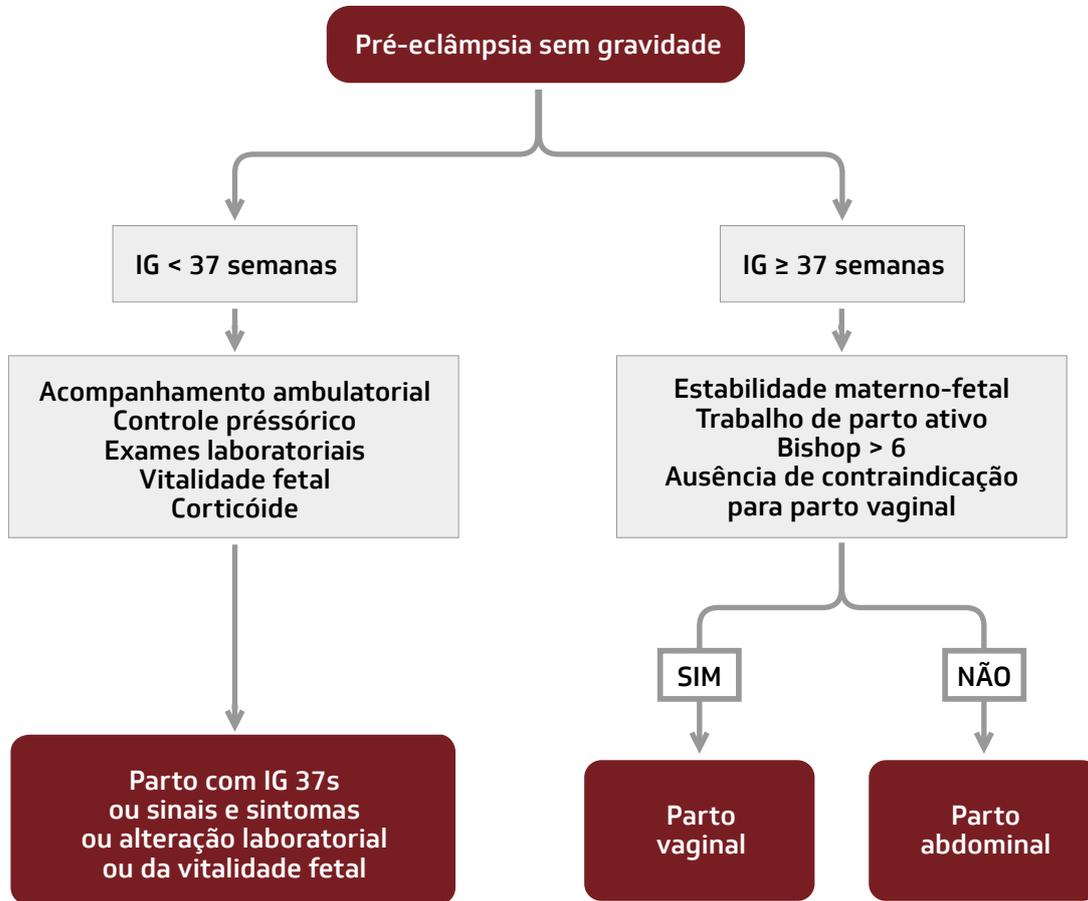
| ATENÇÃO SECUNDÁRIA

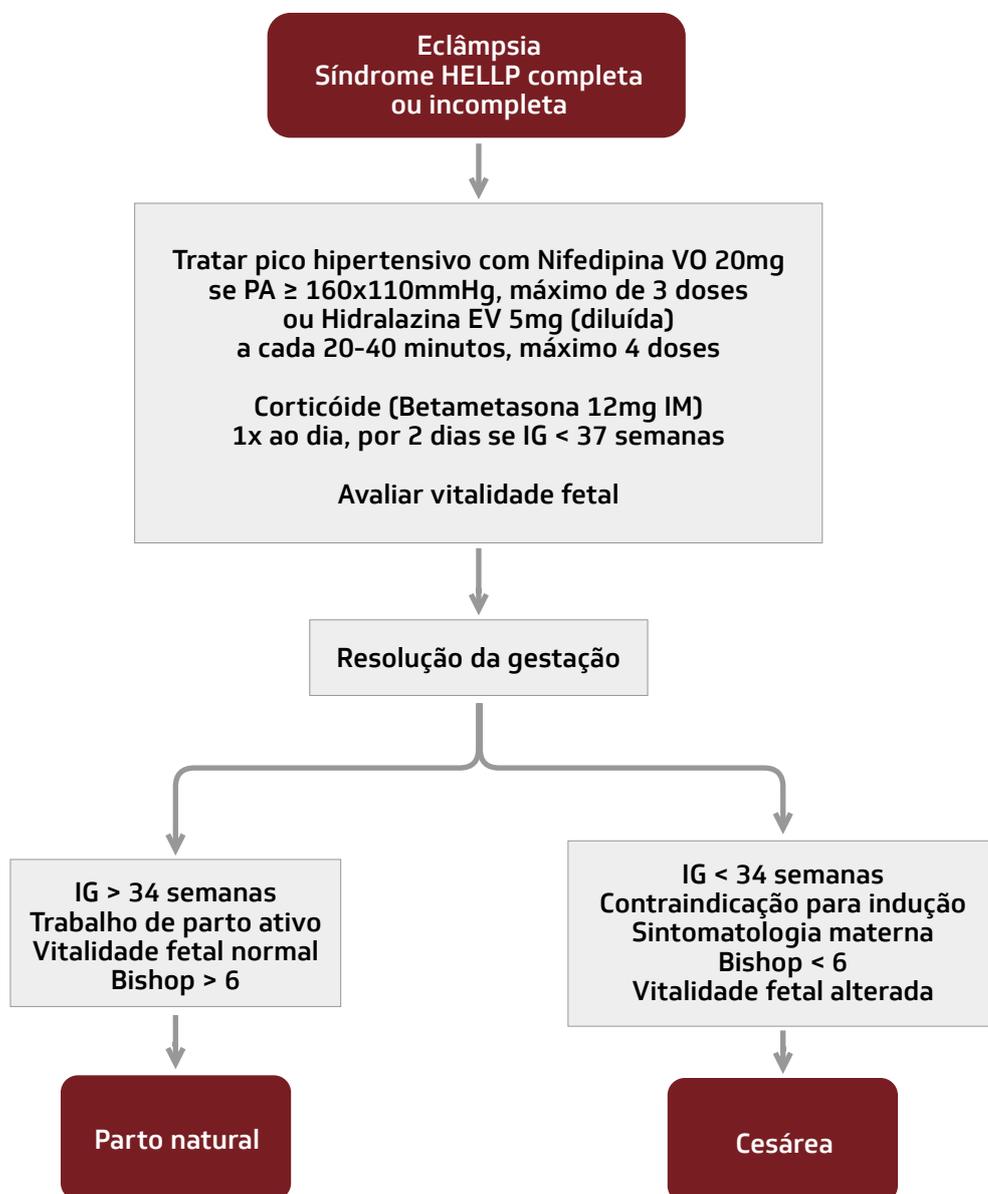


| ATENÇÃO TERCIÁRIA



ATENÇÃO TERCIÁRIA



| ATENÇÃO TERCIÁRIA

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

AMERICAN COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNECOLOGISTS. Emergent therapy for acute-onset, severe hypertension during pregnancy and the postpartum period. Committee Opinion. *Obstet. Gynecol.*, N. 6921, 29: e90-5, 2017.

BERNSTEIN, P. S. et al. National Partnership for Maternal Safety: Consensus Bundle on Severe Hypertension During Pregnancy and the Postpartum Period. *Obstet. Gynecol.*, 130(2):347-357 Aug., 2017.

Preeclampsia

RAMOS, J. G. L.; SASS, N; COSTA, S. H. M. *Rev. Bras. Ginecol. Obstet.*, 39(9):496-512 Set., 2017.

Mark, A. et al. Hypertensive Disorders of Pregnancy: ISSHP Classification, Diagnosis, and Management Recommendations for International Practice. *ISSHP*, 72:24-43, 2018.

ERROL, R. N. Preeclampsia: Management and prognosis. *Uptodate*, 12, Jul., 2018.

5 HEMORRAGIA NA GESTAÇÃO

AUTORES

Denise Ellen Francelino Cordeiro

Clarisse Uchoa de Albuquerque

Márcio Alcântara Costa



HEMORRAGIA NA GESTAÇÃO

ATENÇÃO SECUNDÁRIA

| HEMORRAGIA NA GESTAÇÃO

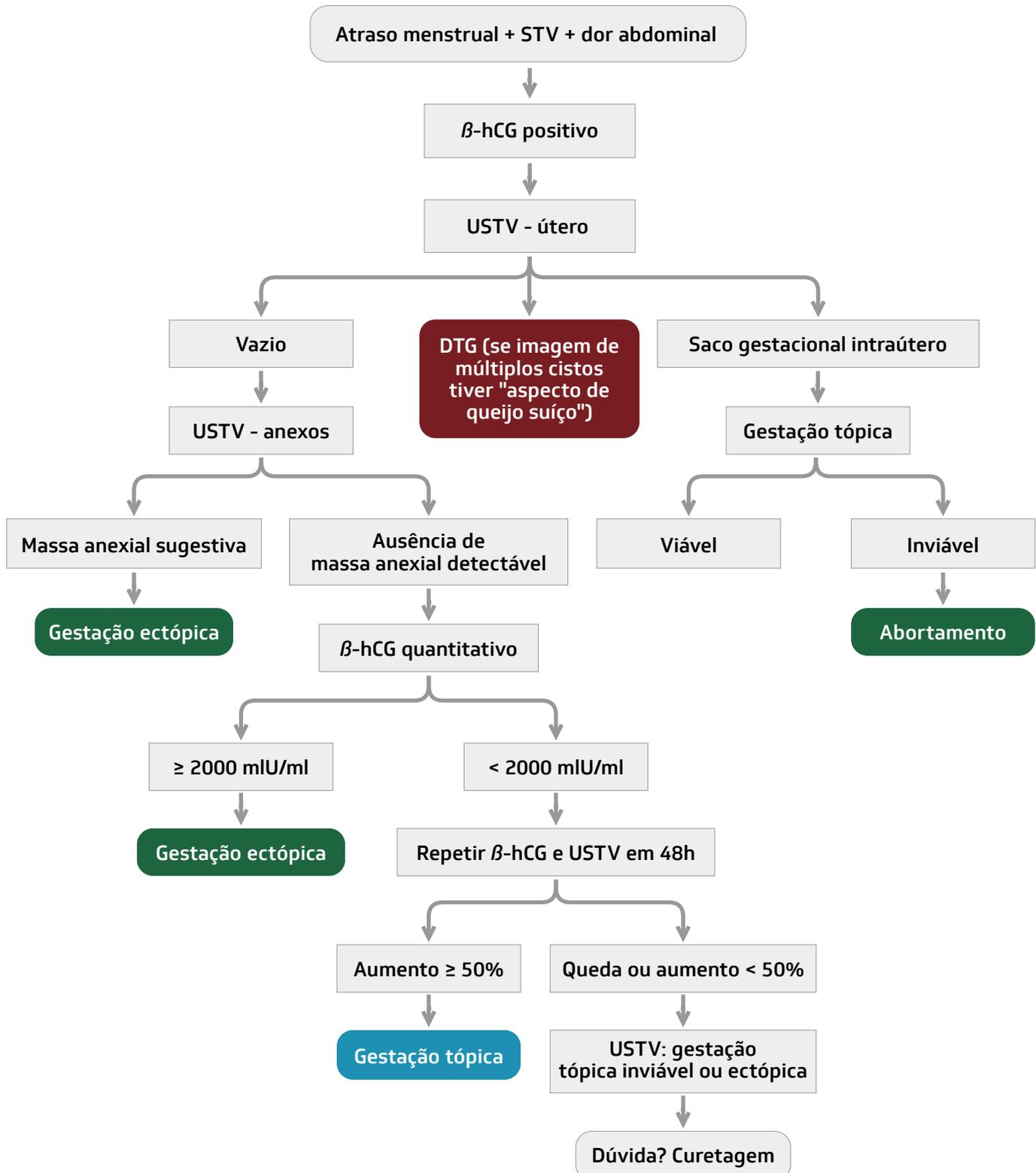
A hemorragia no ciclo gravídico-puerperal é uma das principais causas de morbimortalidade materna. O aprimoramento dos cuidados para prevenir, identificar precocemente e tratar é essencial para reduzir o impacto deste agravo na saúde da mulher. Os sangramentos podem ser classificados conforme o período gestacional (primeira metade, segunda metade e pós-parto). O diagnóstico diferencial e a abordagem são diferentes em cada fase e serão apresentados nos fluxogramas abaixo.

| 1. SANGRAMENTO NA PRIMEIRA METADE DA GESTAÇÃO

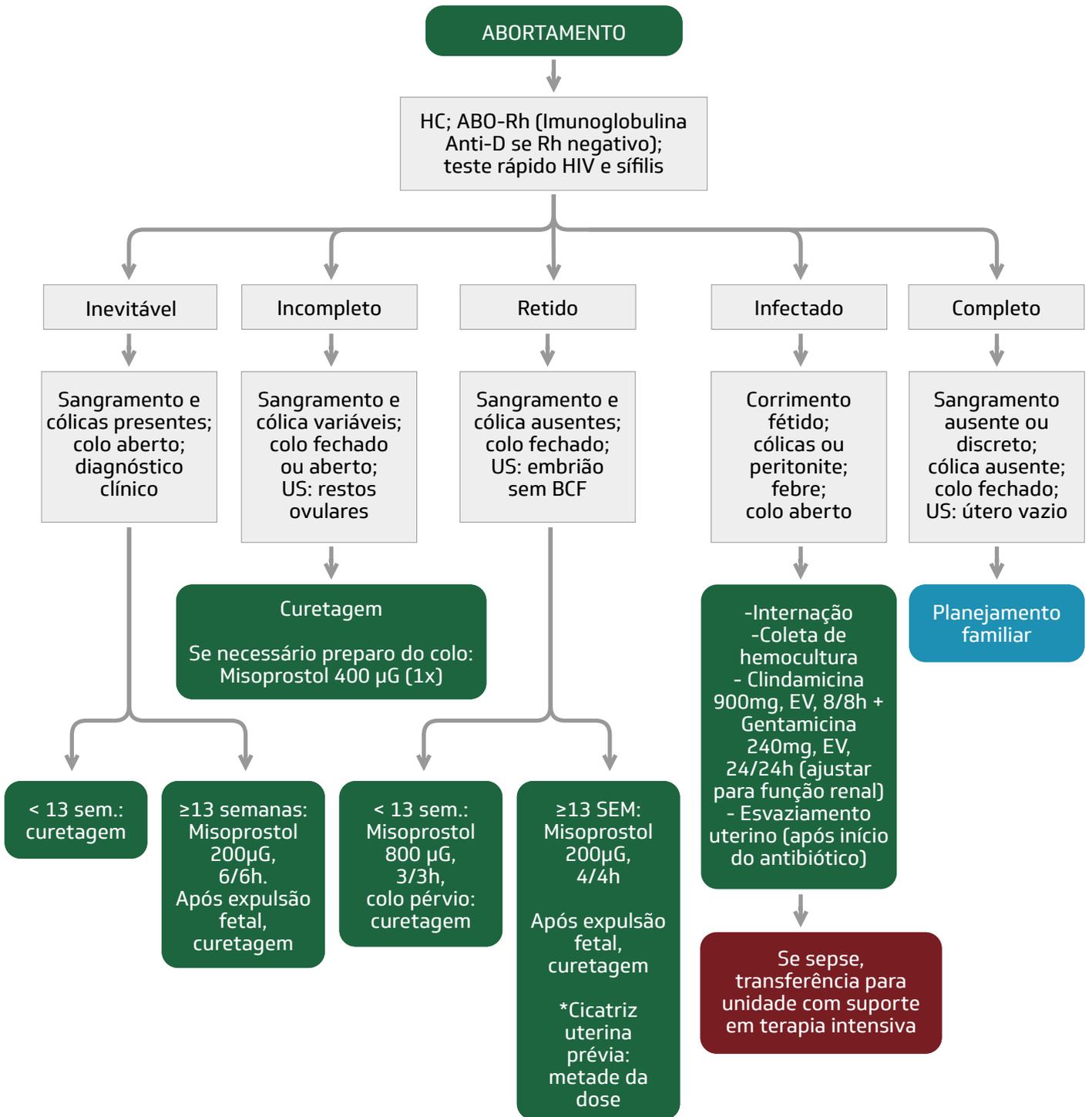
É uma das complicações mais comuns na gestação. Apresenta três diagnósticos diferenciais principais: abortamento, gestação ectópica e doença trofoblástica gestacional (DTG). Se não for conduzido adequadamente, apresenta altas taxas de morbimortalidade. Para diagnóstico diferencial, seguir o Fluxograma 1 e para manejo, os Fluxogramas 2 e 3.



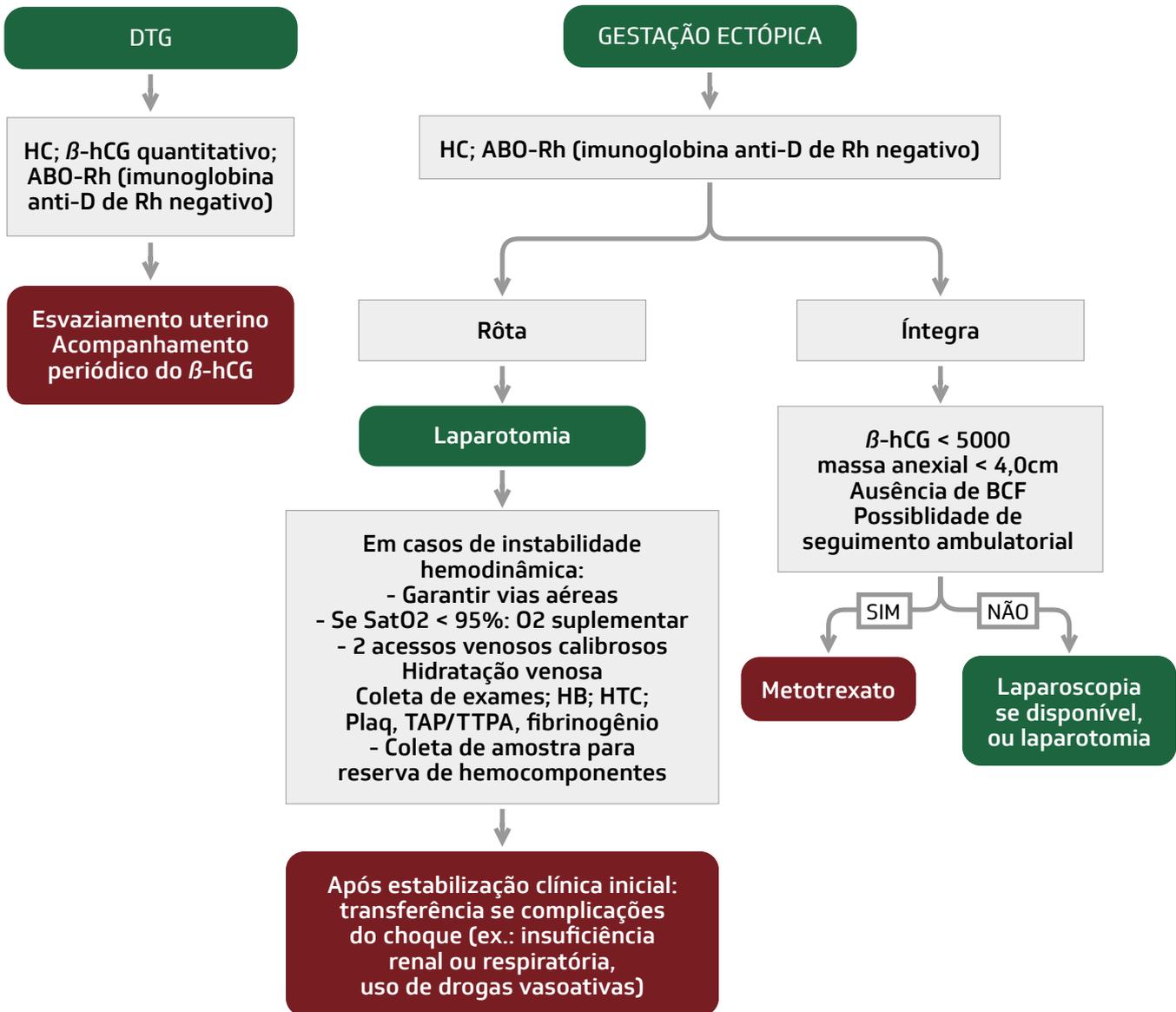
| FLUXOGRAMA 1



FLUXOGRAMA 2



FLUXOGRAMA 3



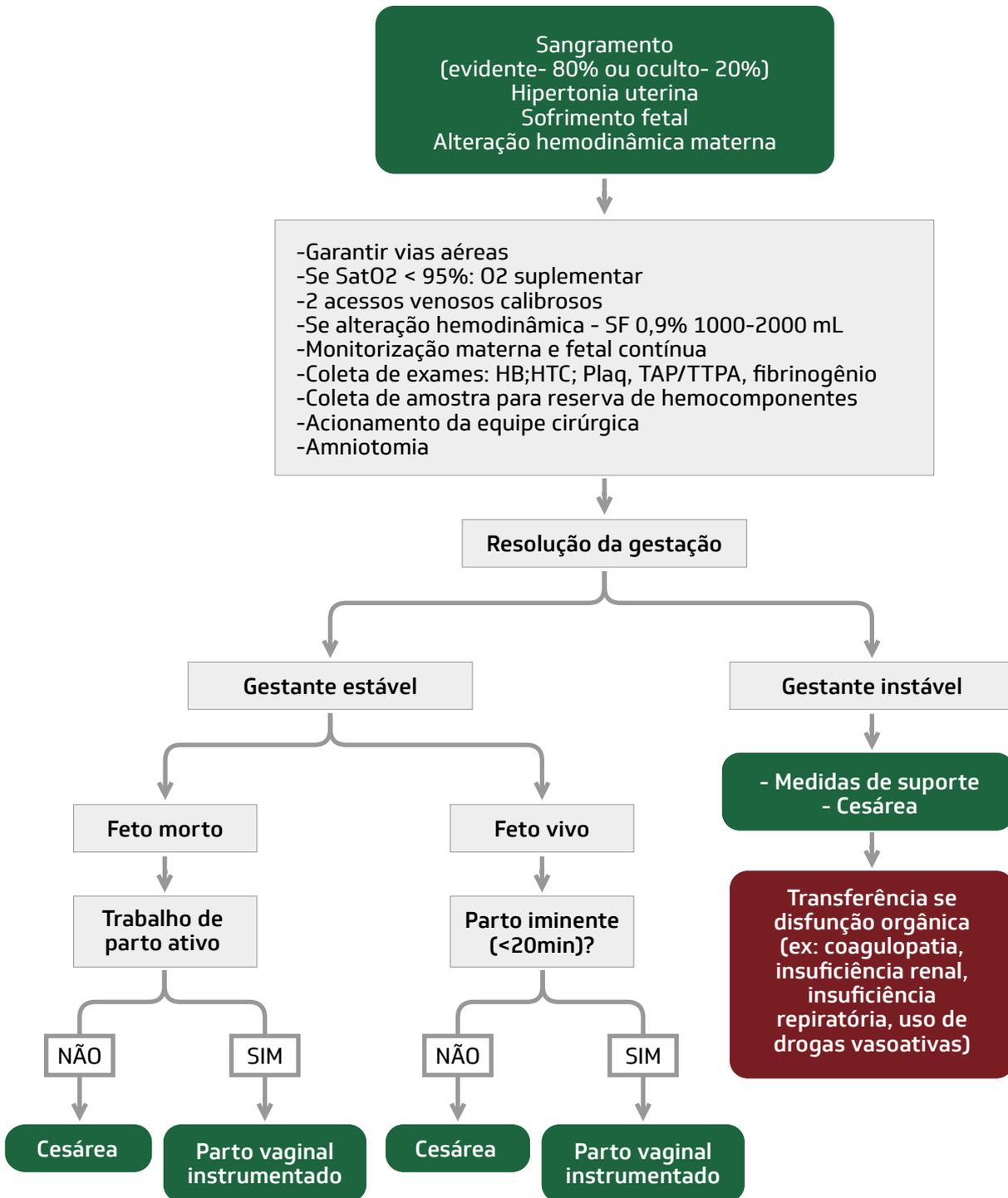
| 2. SANGRAMENTO VAGINAL NO TERCEIRO TRIMESTRE

O sangramento vaginal no terceiro trimestre está associado a elevada morbimortalidade materna e perinatal. O tempo do início do quadro ao diagnóstico e manejo adequado é o principal fator que reduz desfechos negativos. Essas pacientes devem ser conduzidas como uma emergência obstétrica por equipes treinadas para minimizar o tempo de resolução. As principais causas de sangramento no terceiro trimestre são:

- Mudança cervical por trabalho de parto (vide protocolo);
- Descolamento prematuro de placenta;
- Placenta prévia;
- Vasa prévia;
- Rotura uterina.

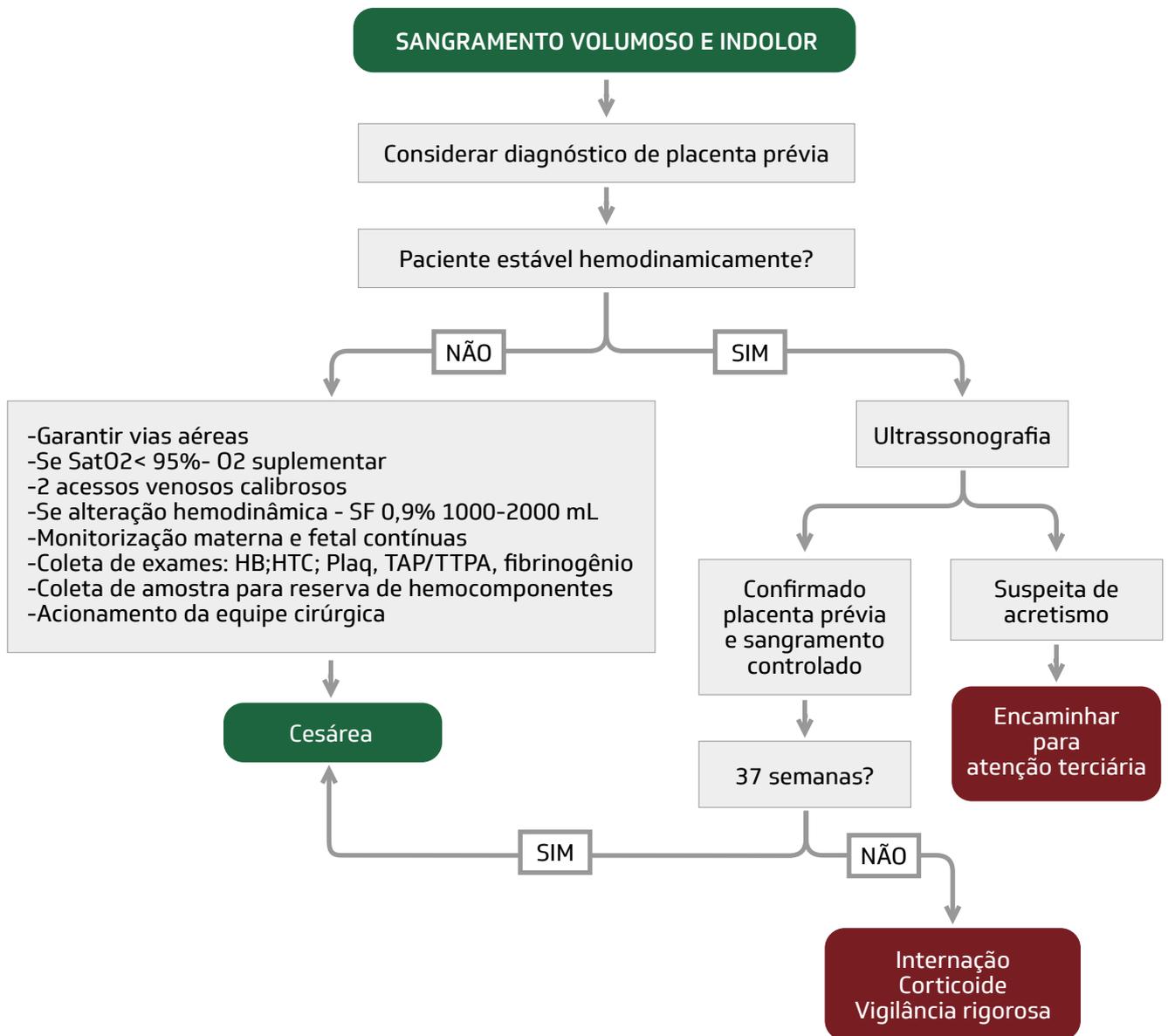
| 2.1 DESCOLAMENTO PREMATURO DE PLACENTA

Definido como o descolamento da placenta normalmente implantada após 20 semanas de gestação e antes do parto, corresponde a um terço de todos os casos de sangramento do terceiro trimestre. Um dos principais fatores de risco é a síndrome hipertensiva, que pode estar associada a até 50% dos casos.



| 2.2 PLACENTA PRÉVIA

Implantação da placenta adjacente ou sobreposta ao orifício cervical interno. Principal causa de sangramento do terceiro trimestre. Pode estar associada a acretismo placentário, principalmente em pacientes com cirurgia uterina prévia. A abordagem ideal é o diagnóstico pré-natal com resolução eletiva da gestação. Nos casos de sangramento ocorridos em ambiente de urgência, o tempo para resolução do quadro é o fator que mais impacta no desfecho.



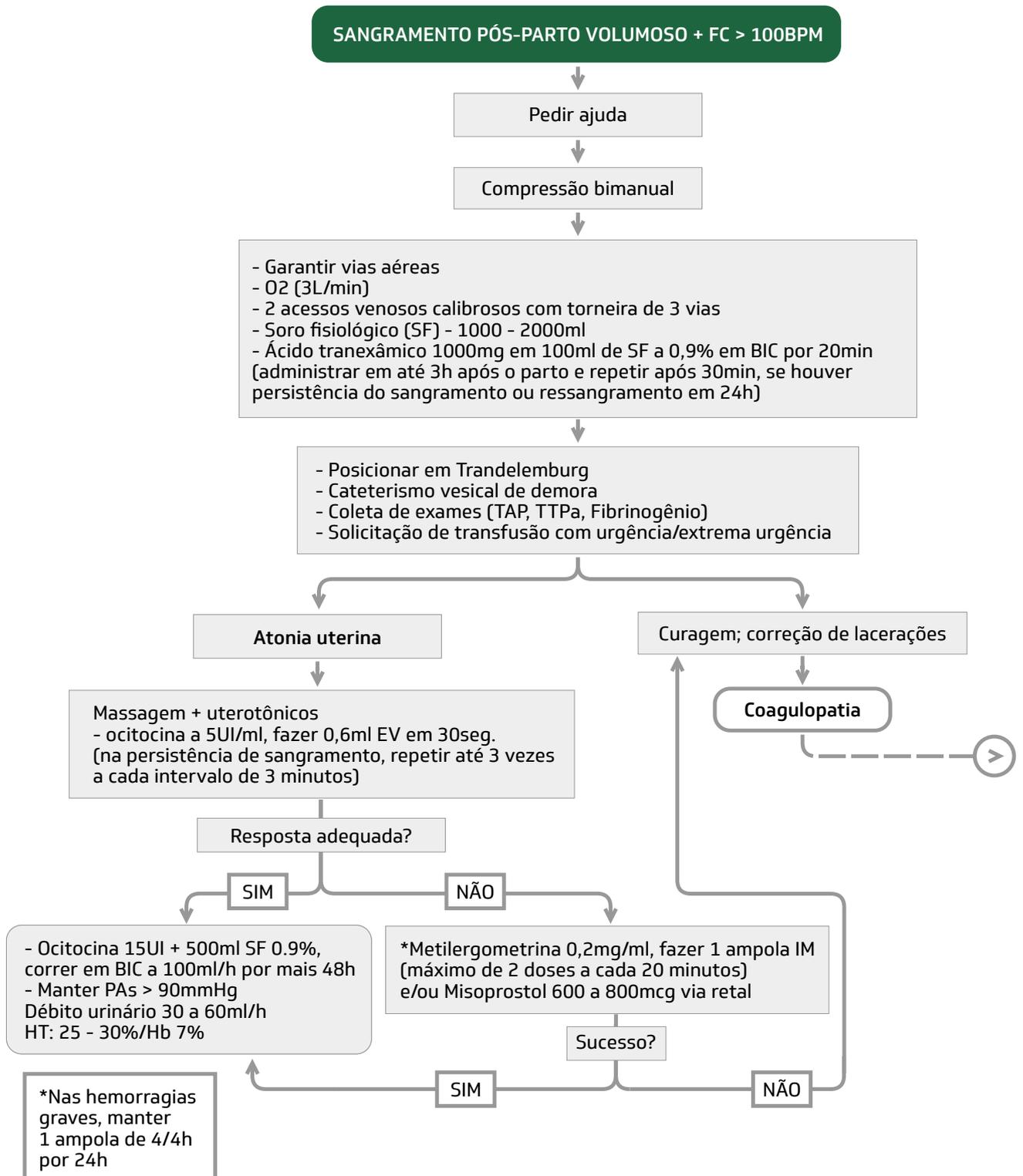
| 2.3 RUPTURA UTERINA

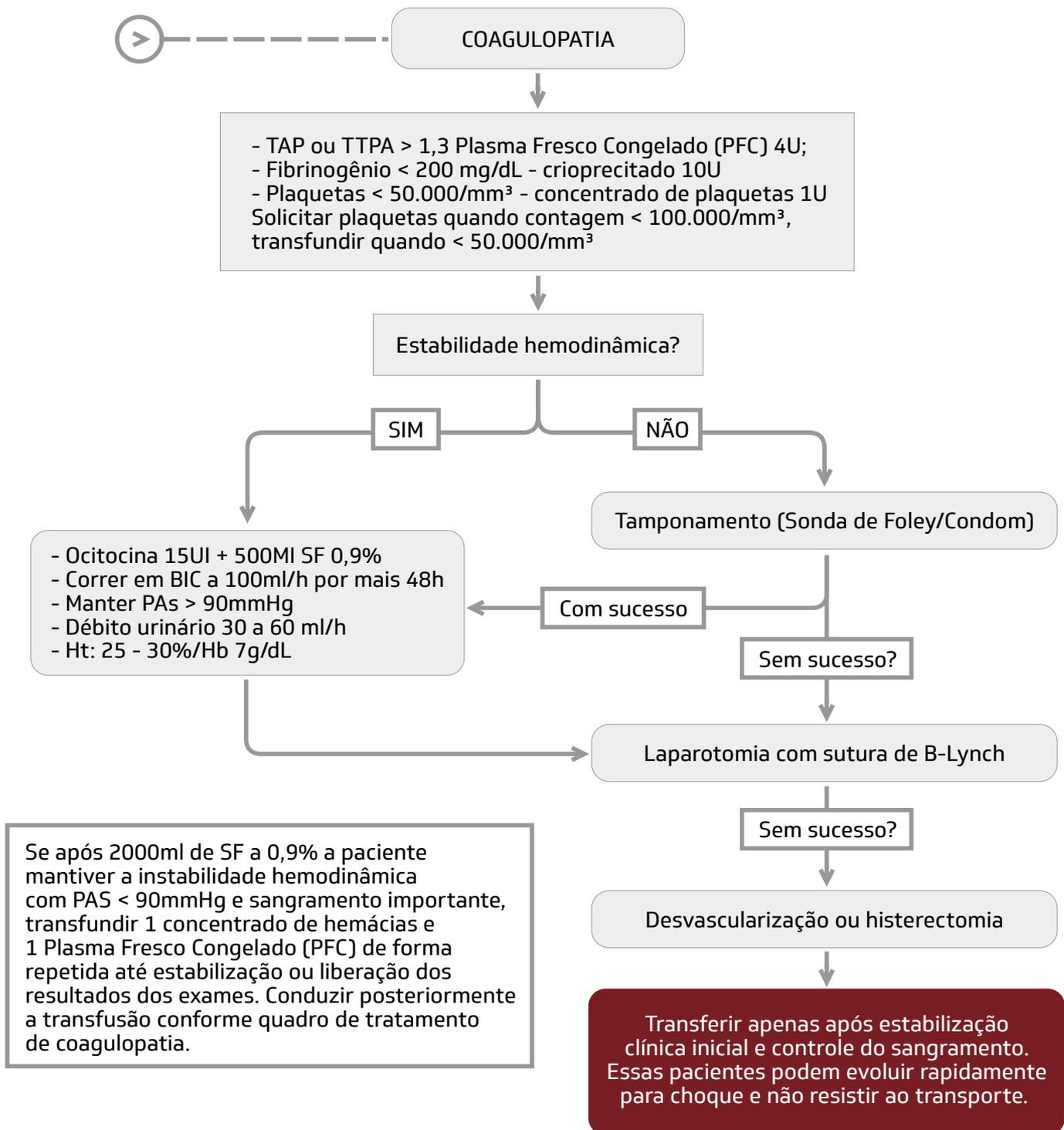
A ruptura uterina é uma das complicações mais graves da gestação. Corresponde ao rompimento parcial ou total do miométrio e resulta em expulsão do feto para dentro da cavidade abdominal. O principal fator de risco é cicatriz miometrial prévia. O quadro clínico é caracterizado por interrupção das contrações e sangramento transvaginal associado a palpação de duas massas abdominais (útero e feto). Se houver demora no manejo, rapidamente a paciente evolui para choque hipovolêmico. O diagnóstico e tratamento são realizados por laparotomia exploradora, que pode resultar em histerectomia.



3 HEMORRAGIA PÓS-PARTO

A hemorragia pós-parto continua sendo a causa direta mais comum de morte materna nos países de baixa renda. A maioria dessas mortes pode ser evitada com o uso de uterotônicos profiláticos durante a terceira fase do parto (10 unidades de ocitocina após o desprendimento da criança) e com a identificação precoce e manejo adequado em tempo hábil.





ANEXO 1 | SUGESTÃO DE KIT DE EMERGÊNCIA PARA USO NA HEMORRAGIA PÓS-PARTO (OPAS E OMS)

SUGESTÃO DE KIT DE EMERGÊNCIA PARA USO NA HEMORRAGIA PÓS-PARTO (OPAS E OMS)	
ITEM	QUANTIDADE
Protocolo/checklist	1 fluxograma e 1 checklist plastificados disponíveis no kit
Soro fisiológico 0,9%	2 frascos de 500ml
Ringer lactato	2 frascos de 500ml
Equipe de soro	2 unidades
Three-way + extensor	2 unidades
Ocitócito (5UI/1ml)	8 ampolas de 1ml
Metilergometrina (0,2 mg/ml)	2 ampolas de 1ml
Misoprostol 200 mcg/cp	4 comprimidos

**SUGESTÃO DE KIT DE EMERGÊNCIA
PARA USO NA HEMORRAGIA PÓS-PARTO (OPAS E OMS) (cont.)**

ITEM	QUANTIDADE
Jelco 16 ou 14	2 unidades cada
Jelco 18	2 unidades de cada (quando não for possível AVP com jelco de maior calibre)
Seringas	2 unidades 5ml 2 unidades 20ml
Agulhas	4 unidades 40x12mm 4 unidades 25x8mm
Máscara facial oxigênio + látex	1 unidade de cada
Sonda vesical de demora + coletor urinário	2 unidades
Termômetro manta térmica aluminizada adulto	1 unidade
Balão de tamponamento intrauterino	1 unidade (justificar o uso após procedimento)
Tubos de coleta de sangue	Tubos para coleta de sangue - 6 unidades de cada Tampa amarela/vermelha (soro), roxa (EDTA), azul (citrato de Sódio), cinza (fluoreto) e seringa para gasometria

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BELFORT, M. A. Overview of postpartum hemorrhage. Disponível em: <http://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartumhemorrhage?source=search_result&search=overview+of+postpartum&selectedTitle=4%7E150>. Acesso em: 08 de set. 2016.

ROYAL COLLEGE OF OBSTETRICIANS AND GYNAECOLOGISTS. Prevention and management of postpartum haemorrhage. Green-Top Guideline, n. 52, may, 2009. (Reviewed in November 2009 and april 2011).

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO recommendations for the prevention and treatment of postpartum haemorrhage. Geneva: WHO, 2012.

SILVA FILHO, A. L. Manual SOGIMIG de emergências obstétricas. 1.ed. Rio de Janeiro: Medbook Editora Científica Ltda, 2016.

THE LANCET. Effect of early tranexamic acid administration on mortality, hysterectomy, and other morbidities in women with post-partum haemorrhage (WOMAN): an international randomized, double-blind, placebo-controlled trial. v. 389, pp. 2105-2116, mai., 2017.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília: OPAS, 2018.

6 INFEÇÃO EM GESTAÇÃO

AUTORAS

Analiana Arrais

Elaine Saraiva Feitosa

Raquel Autran Coelho

Sammya Bezerra Maia e Holanda Moura

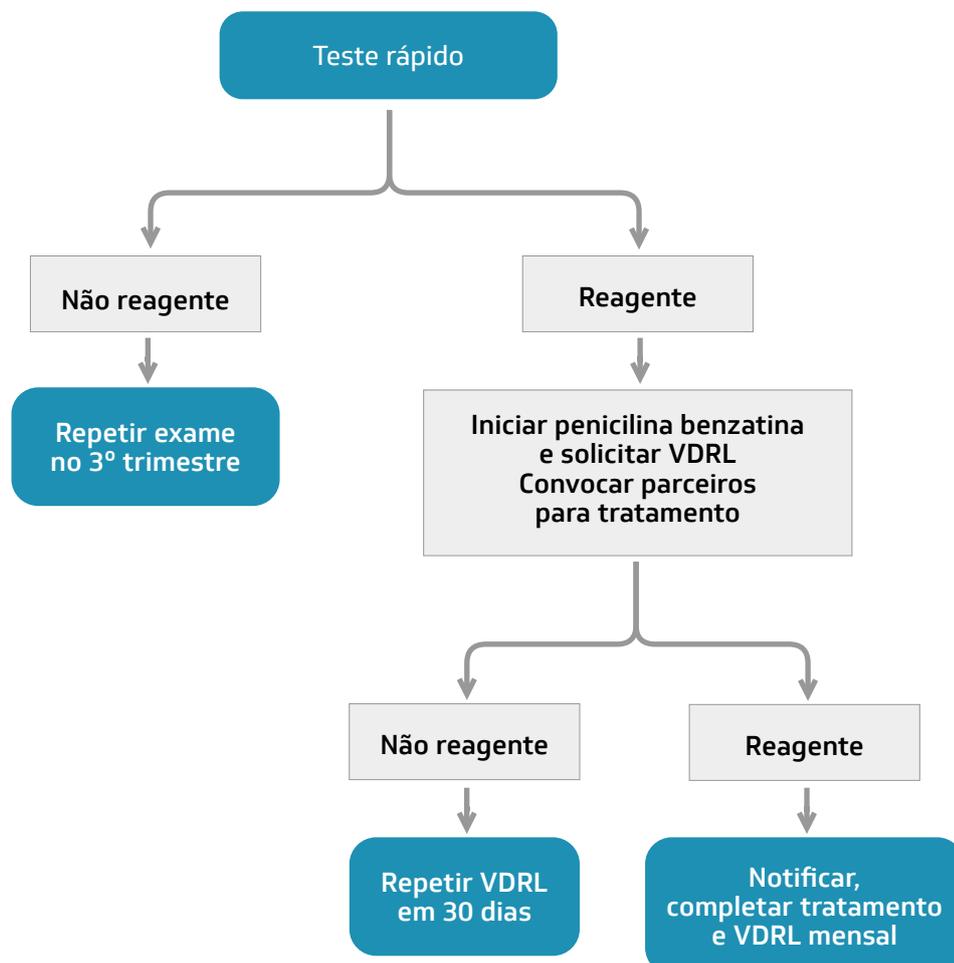


SÍFILIS NA GESTAÇÃO

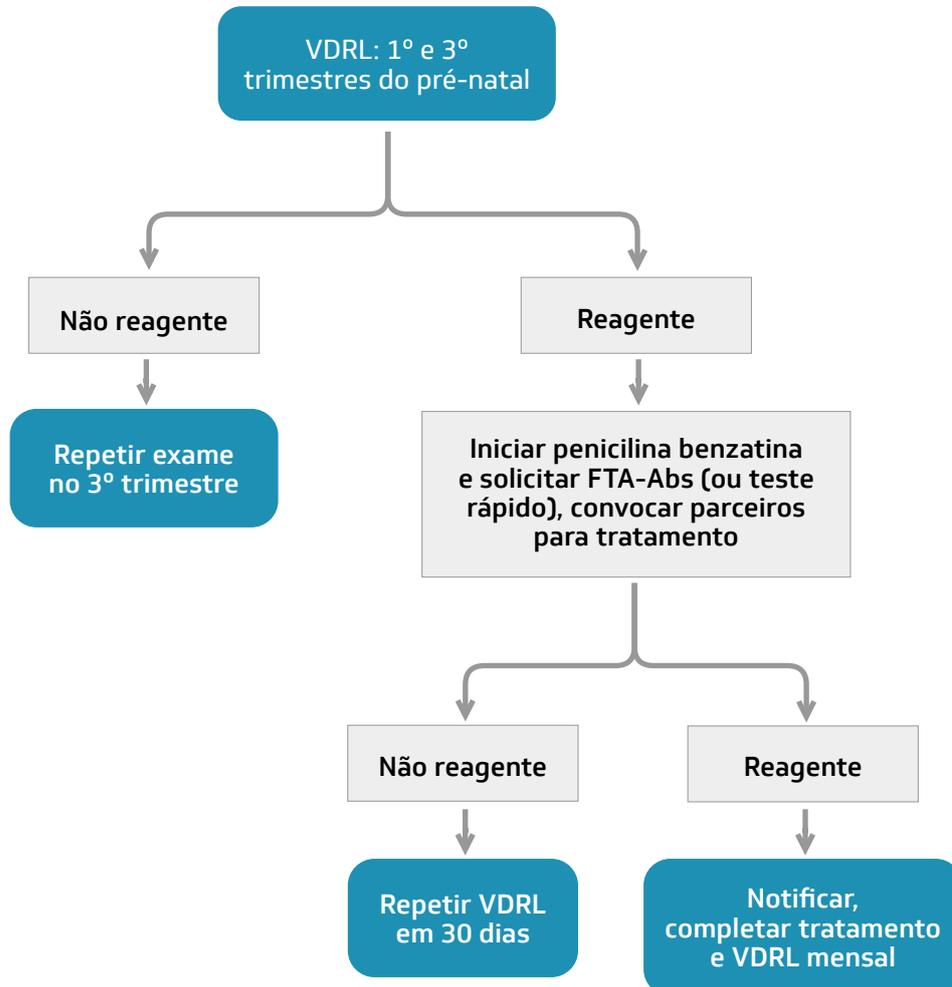
ATENÇÃO PRIMÁRIA

- Para o diagnóstico da sífilis, deve ser realizado um teste imunológico treponêmico mais um teste não treponêmico.
- É obrigatória a realização de um teste, treponêmico ou não treponêmico, na internação para o parto ou em caso de abortamento.
- A notificação é obrigatória para gestantes infectadas e para crianças nascidas de mães infectadas.
- O tratamento e seguimento devem ser realizados na atenção primária.
- Tratamento das fases primária, secundária e latente recente: penicilina benzatina 2.400.000UI em dose única IM.
- Tratamento das fases latente tardia e terciária (exceto neurosífilis): penicilina benzatina 2.400.000UI semanal IM, 3 doses.
- Convocar parcerias para tratamento (mesmo se VDRL negativo, fazer 1 dose de penicilina benzatina).

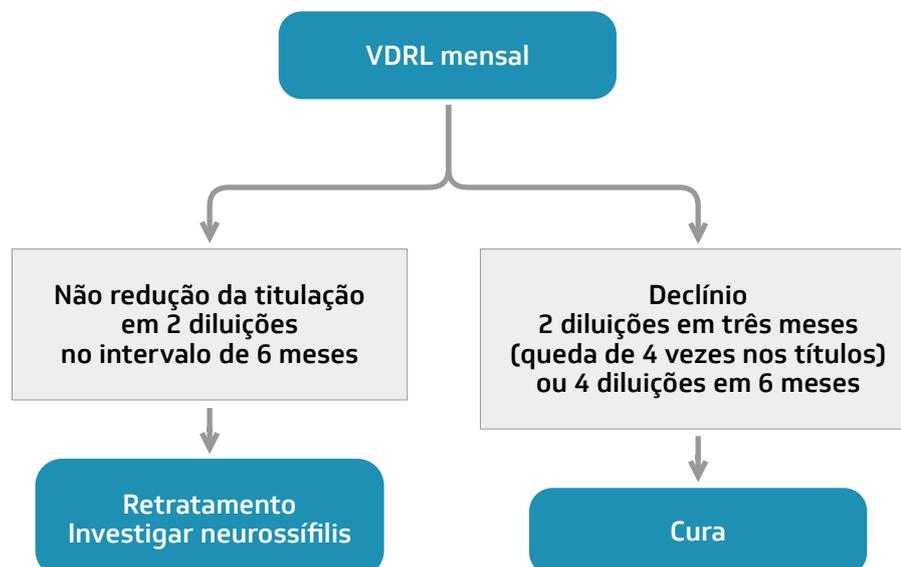
FLUXOGRAMA 1: ABORDAGEM DIAGNÓSTICA PARA CASOS DE SUSPEITA DE SÍFILIS



FLUXOGRAMA 2: RASTREIO PARA SÍFILIS NO PRÉ-NATAL



FLUXOGRAMA 3: CONTROLE DE CURA APÓS TRATAMENTO DE SÍFILIS NA GESTAÇÃO

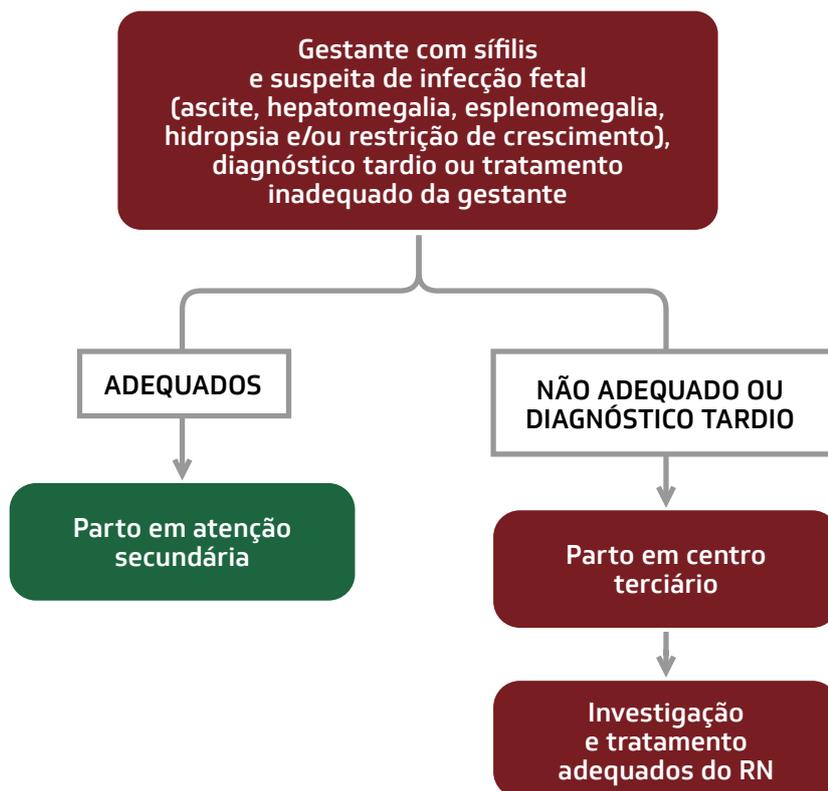


SÍFILIS NA GESTAÇÃO

ATENÇÃO TERCIÁRIA

- Sífilis na gestação: para os casos de infecção fetal e de retratamento
- Gestantes com história comprovada de alergia à penicilina devem ser encaminhadas a centro de referência para realizar a dessensibilização.
- Em caso de retratamento, indica-se punção lombar.

| FLUXOGRAMA 4: GESTANTE COM SÍFILIS E SUSPEITA DE INFECÇÃO FETAL | DIAGNÓSTICO TARDIO OU TRATAMENTO INADEQUADO DA GESTANTE



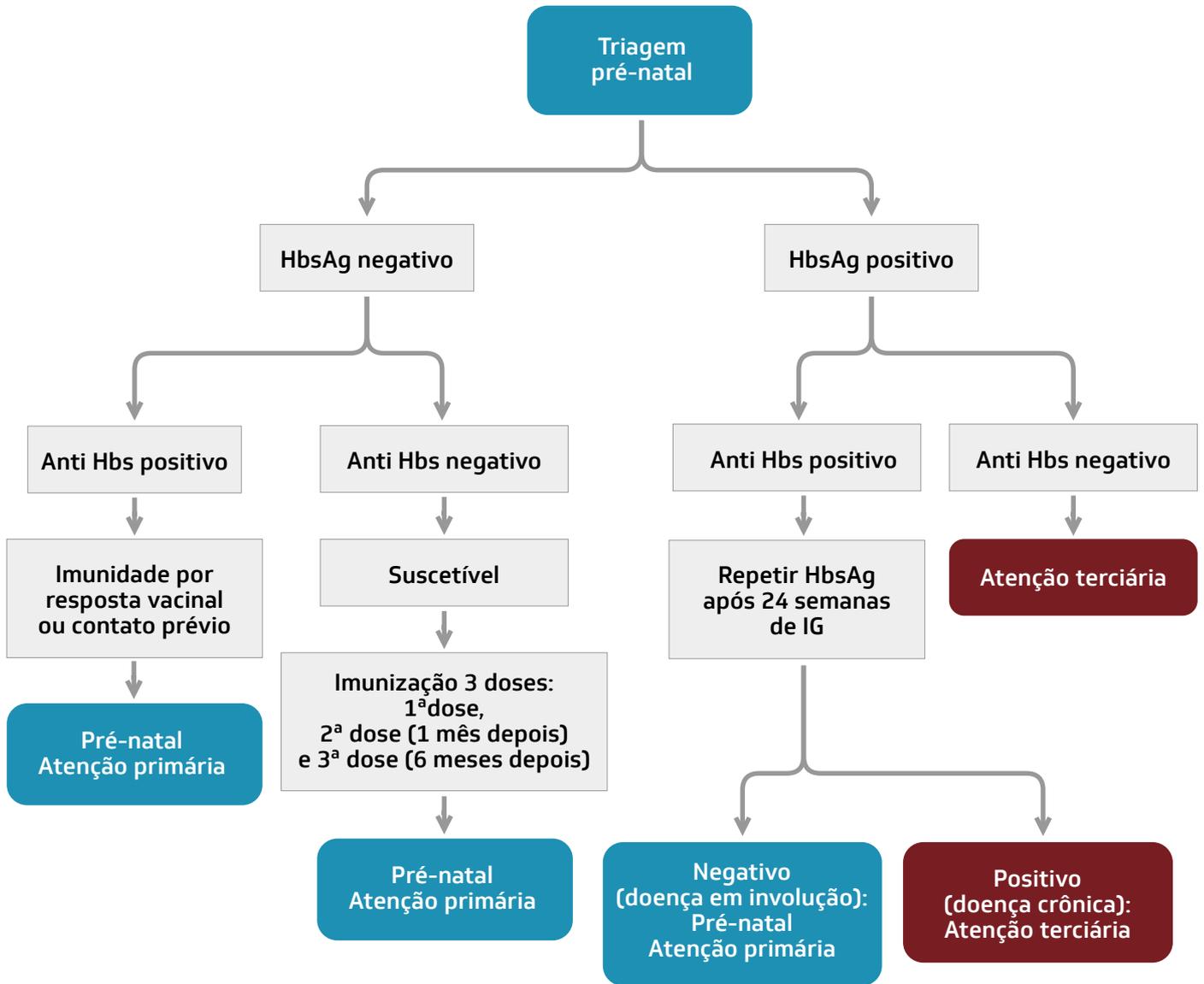
HEPATITES VIRAIS NA GESTAÇÃO

ATENÇÃO PRIMÁRIA

Define-se hepatite como um processo inflamatório do fígado cuja etiologia pode ser: medicamentosa, uso de drogas, álcool, substâncias tóxicas, doenças metabólicas, doenças autoimunes, doenças genéticas e infecciosas, ou seja, as virais. Dentre as hepatites virais, a hepatite B tem maior importância na gestação. A transmissão vertical do vírus da hepatite B ocorre sobretudo durante o parto, pela exposição do recém-nascido a sangue ou líquido amniótico e também, mais raramente, por transmissão transplacentária. A transmissão de mãe para filho (vertical) ocorre em cerca de 90% dos casos em que a gestante é HBsAg positiva e HBsAg positiva e em 10% dos casos em que é apenas HBsAg positiva. A orientação do Ministério da Saúde para o pré-natal é de que seja feita pelo menos uma testagem para hepatite B (sorologia HBsAg) durante a gestação, mas preferencialmente duas testagens, no 1º e 3º trimestres.

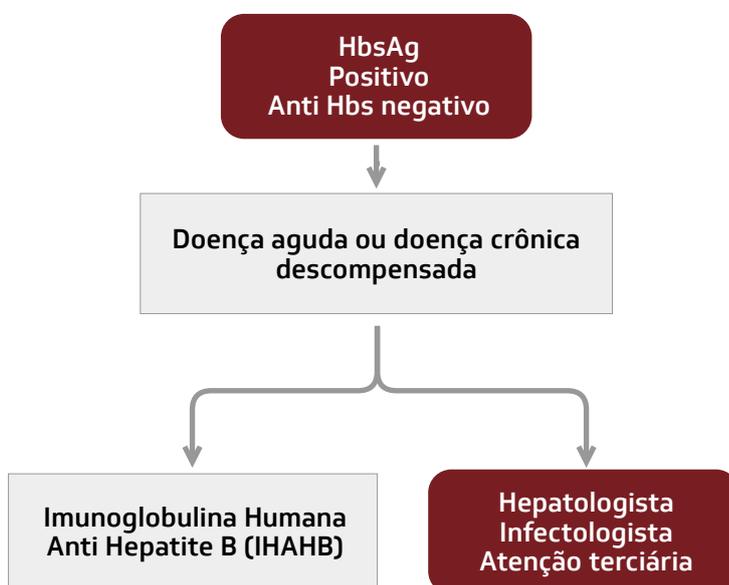
Em caso de resultado reagente, pode-se intervir aplicando no recém-nascido a imunoglobulina específica e a vacina contra a hepatite B. A testagem para hepatite C na gestação não é rotina recomendada pelo Ministério da Saúde no pré-natal, exceto em gestantes de alto risco (em uso de drogas injetáveis, coinfectadas com HIV, expostas a transfusões de sangue ou com história de múltiplos parceiros), pois não há vacina ou imunoglobulina específica contra a hepatite C que possa ser aplicada no recém-nascido para prevenir a transmissão vertical.





HEPATITES VIRAIS NA GESTAÇÃO

ATENÇÃO TERCIÁRIA

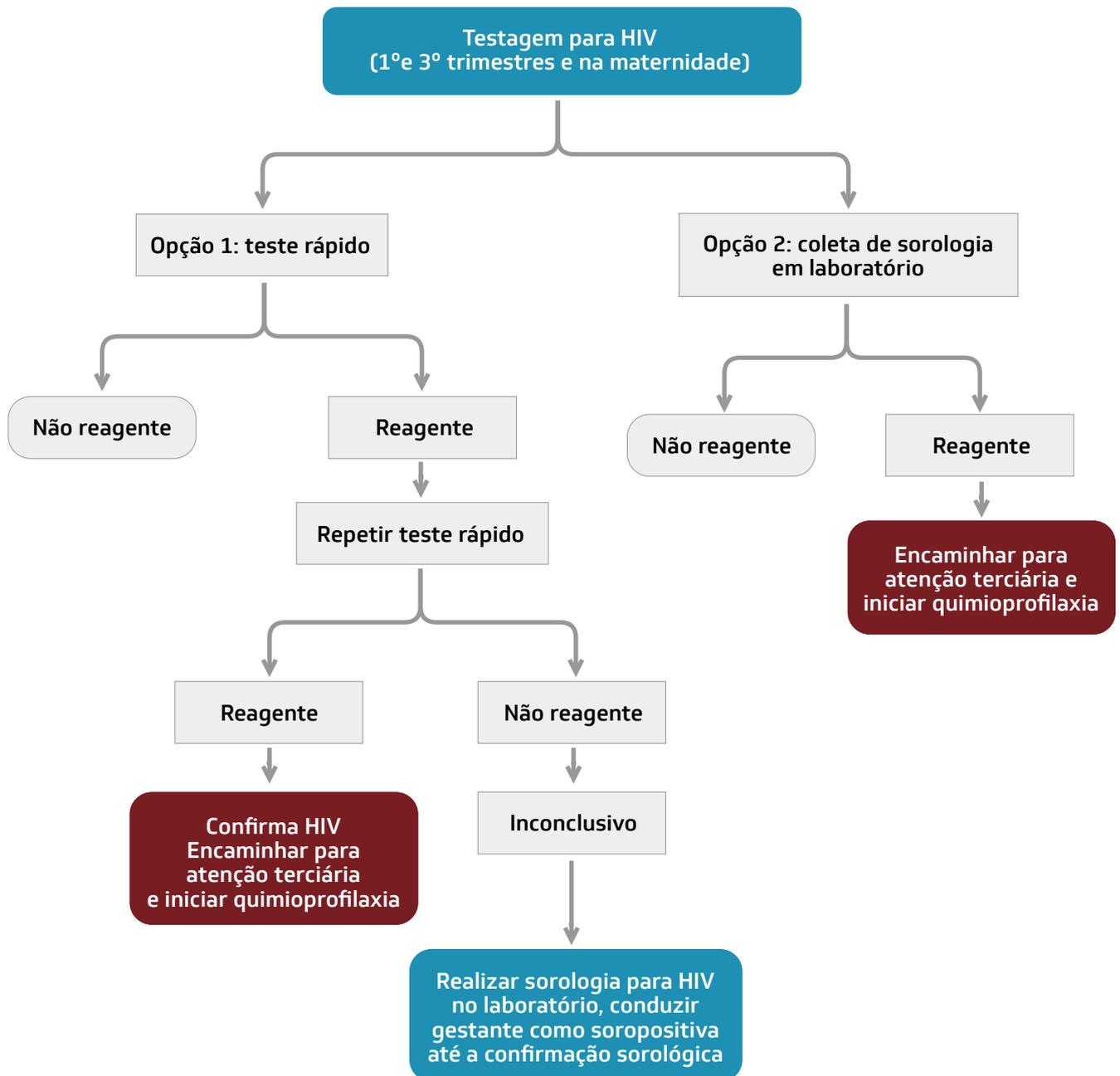


HIV NA GESTAÇÃO

ATENÇÃO PRIMÁRIA

A notificação é obrigatória para gestantes infectadas e para crianças nascidas de mães infectadas. A carga viral é utilizada para monitoramento das gestantes infectadas, pois associa-se ao risco de transmissão vertical. A taxa de transmissão é inferior a 1% em gestantes em uso de terapia antirretroviral (TARV) com níveis de carga viral abaixo de 1.000 cópias/ml.

FLUXOGRAMA 1: RASTREIO DE HIV NO PRÉ-NATAL

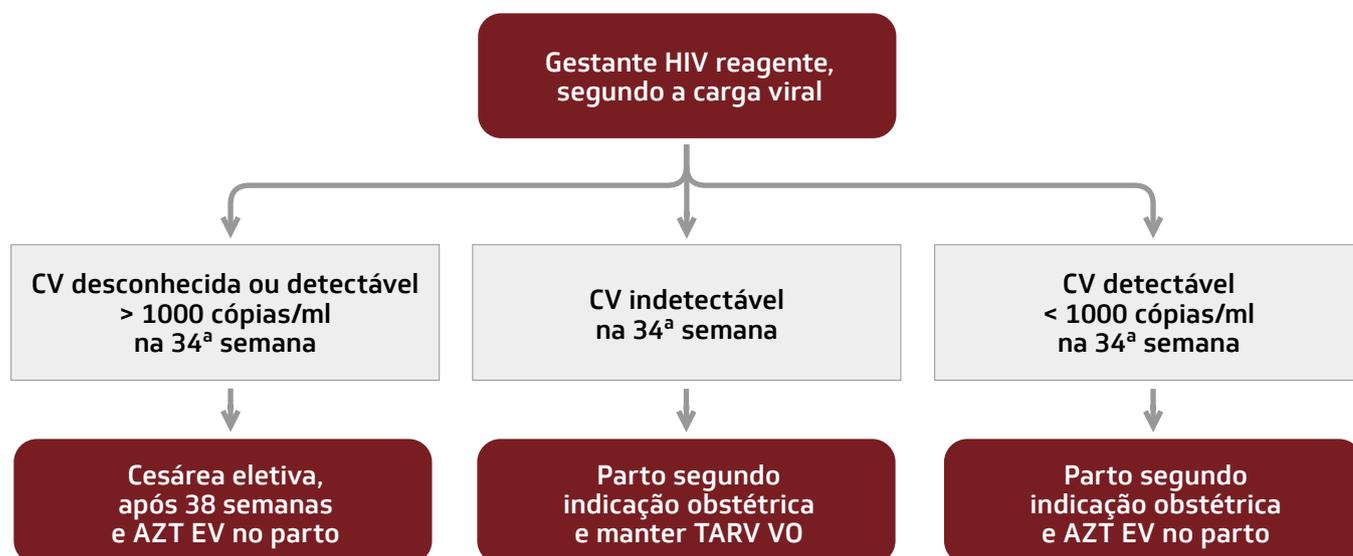


HIV NA GESTAÇÃO

ATENÇÃO TERCIÁRIA

| FLUXOGRAMA 2: CONDUTA OBSTÉTRICA PARA GESTANTE HIV+ | SEGUNDO A CARGA VIRAL

O fluxograma indica as situações para administração de AZT para gestante durante o parto.



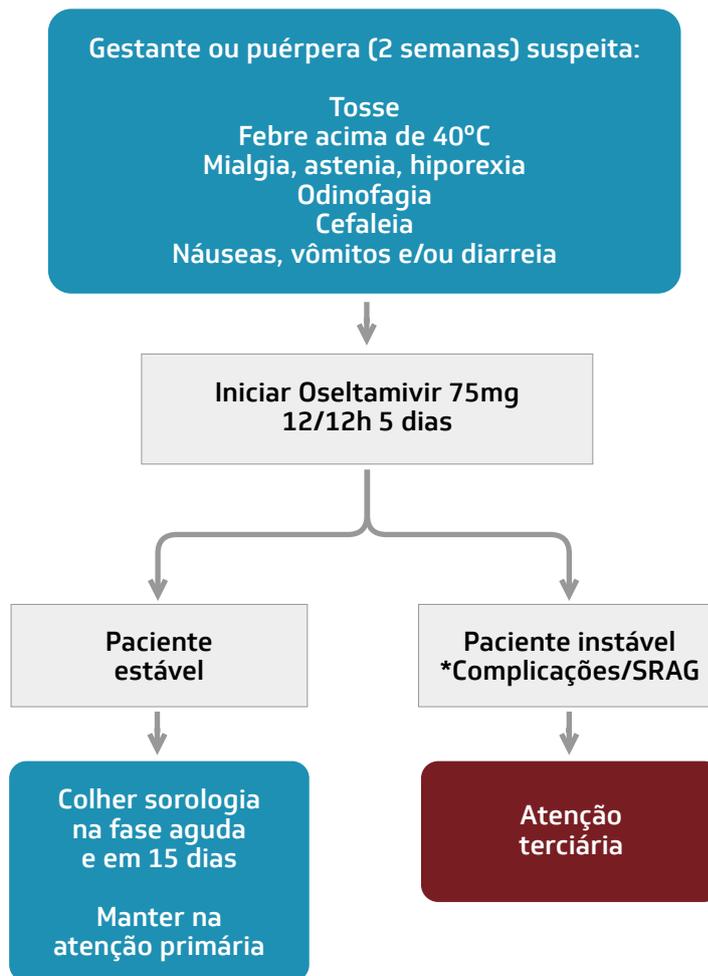
H1N1 NA GESTAÇÃO

ATENÇÃO PRIMÁRIA

O vírus influenza é o agente etiológico de uma das doenças respiratórias mais frequentemente diagnosticadas entre humanos -- a gripe. Existem três sorotipos do vírus influenza, denominados influenza A, B e C. Desde 2009, surgiu uma pandemia de um novo vírus da influenza A (H1N1). As alterações fisiológicas do organismo materno e imunidade comprometida da gestação tornam a gestante mais suscetível ao H1N1. Aparentemente não ocorrem danos diretos ao conceito, e a transmissão vertical parece rara.

As complicações mais frequentes são aborto, sofrimento fetal agudo e parto prematuro. As gestantes infectadas apresentaram como complicações mais frequentes: síndrome da angústia respiratória do adulto (SRAG), pneumonia bacteriana associada, insuficiência renal aguda e edema ou embolia pulmonar. Os casos relatados de morte materna ocorreram mais frequentemente em razão da pneumonia viral fulminante. A vacinação anual é a melhor forma de prevenção contra a doença, pois promove imunidade durante o período de maior circulação dos vírus influenza, podendo ser realizada em gestantes e puérperas.

*Complicações	*SRAG
Pneumonia	Dispneia
ICC	Saturação de O ₂ < 95%
Sinusite, otite	Desconforto respiratório/taquipneia, batimento de asa de nariz
Asma	Hipotensão
Diabetes	Insuficiência respiratória aguda
Desidratação	Piora de doença de base

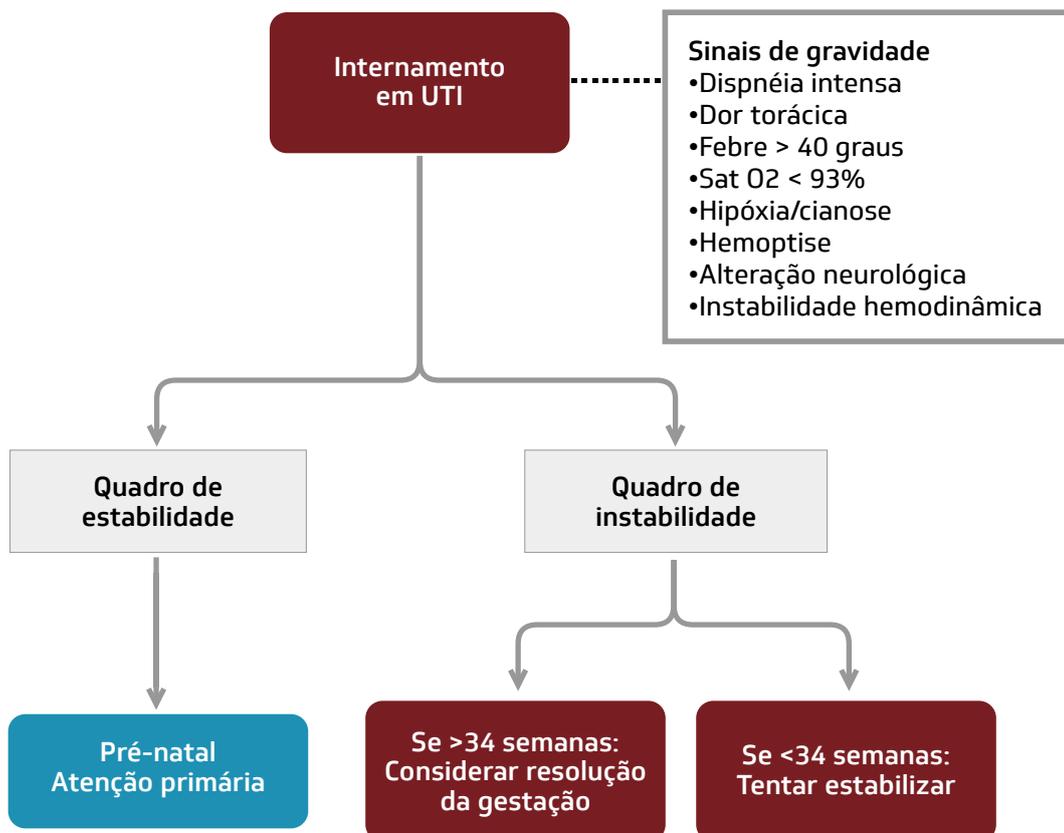


H1N1 NA GESTAÇÃO

ATENÇÃO TERCIÁRIA

A hospitalização em UTI é indicada em caso de doença crônica ou sinais de alerta (dispneia intensa, saturação de oxigênio inferior a 93%, cianose, hipotensão, taquicardia, tosse intensa com dor torácica, hemoptise, vômito ou diarreia persistente, febre igual ou superior a 40°, alteração do nível de consciência ou descompensação hemodinâmica).

Sobre a interrupção da gestação, deve-se levar em conta a idade gestacional, as condições fetais e maternas e a disponibilidade da unidade neonatal. Em gestantes de menos de 34 semanas ou estáveis, a melhor indicação é a manutenção da gravidez; já naquelas com instabilidade, haverá melhora funcional após o parto, principalmente nas pacientes com sintomas respiratórios de moderados a graves.



*Complicações	*SRAG
Pneumonia	Dispneia
ICC	Saturação de O ₂ < 95%
Sinusite, otite	Desconforto respiratório/taquipneia
Asma	Hipotensão
Diabetes	Insuficiência respiratória aguda
Desidratação	Piora de doença de base

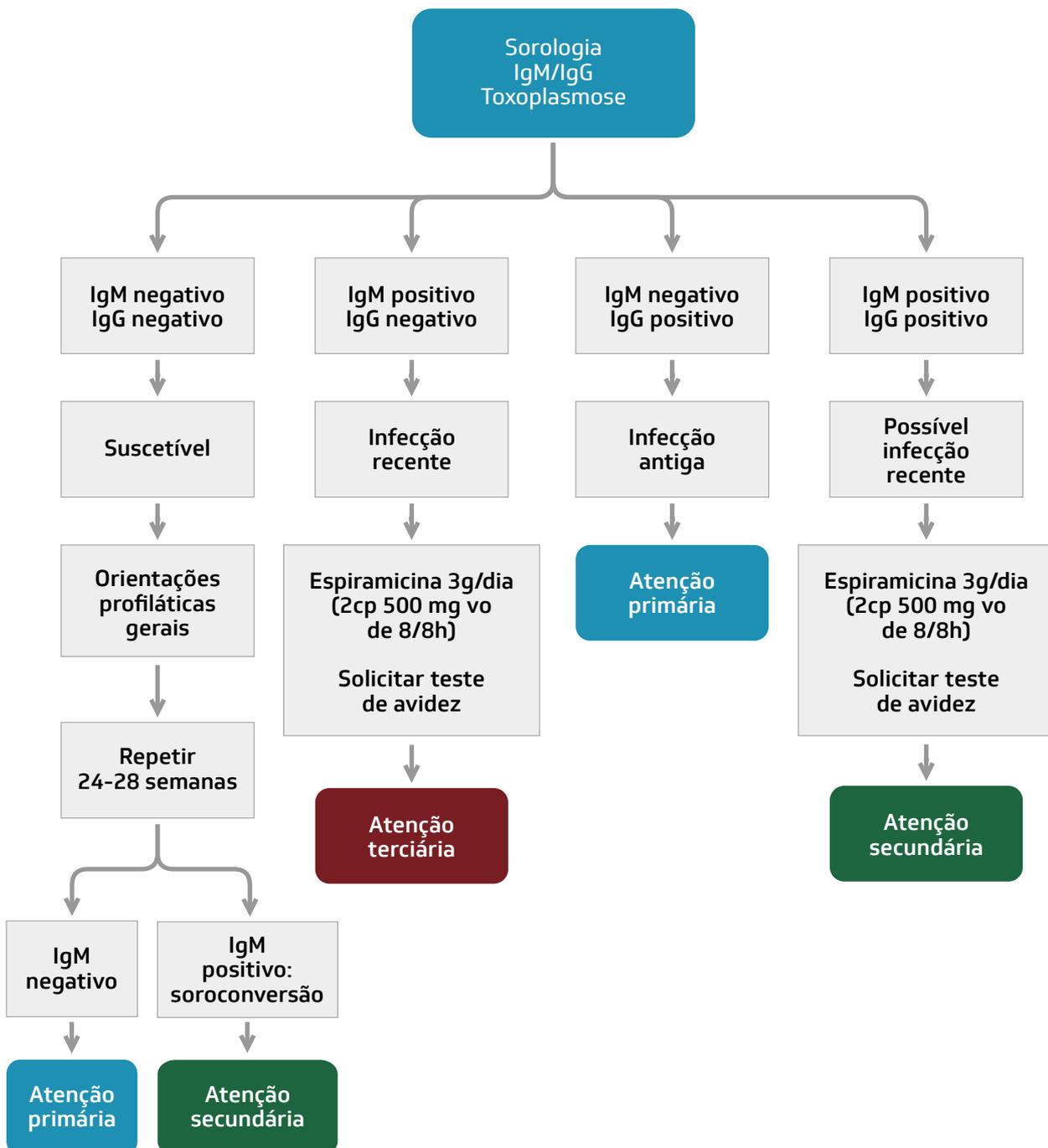
TOXOPLASMOSE NA GESTAÇÃO

ATENÇÃO PRIMÁRIA

A toxoplasmose é uma zoonose importante no campo da saúde pública ao acometer mulheres com primeira infecção durante a gestação devido ao risco de transmissão vertical e acometimento fetal. A gestante adquire a doença pela ingestão de água e alimentos contaminados (dindins/sacolés, vegetais e frutas cruas), carnes mal passadas, ou em contato com fezes de felinos, hospedeiros definitivos de *Toxoplasma gondii*.

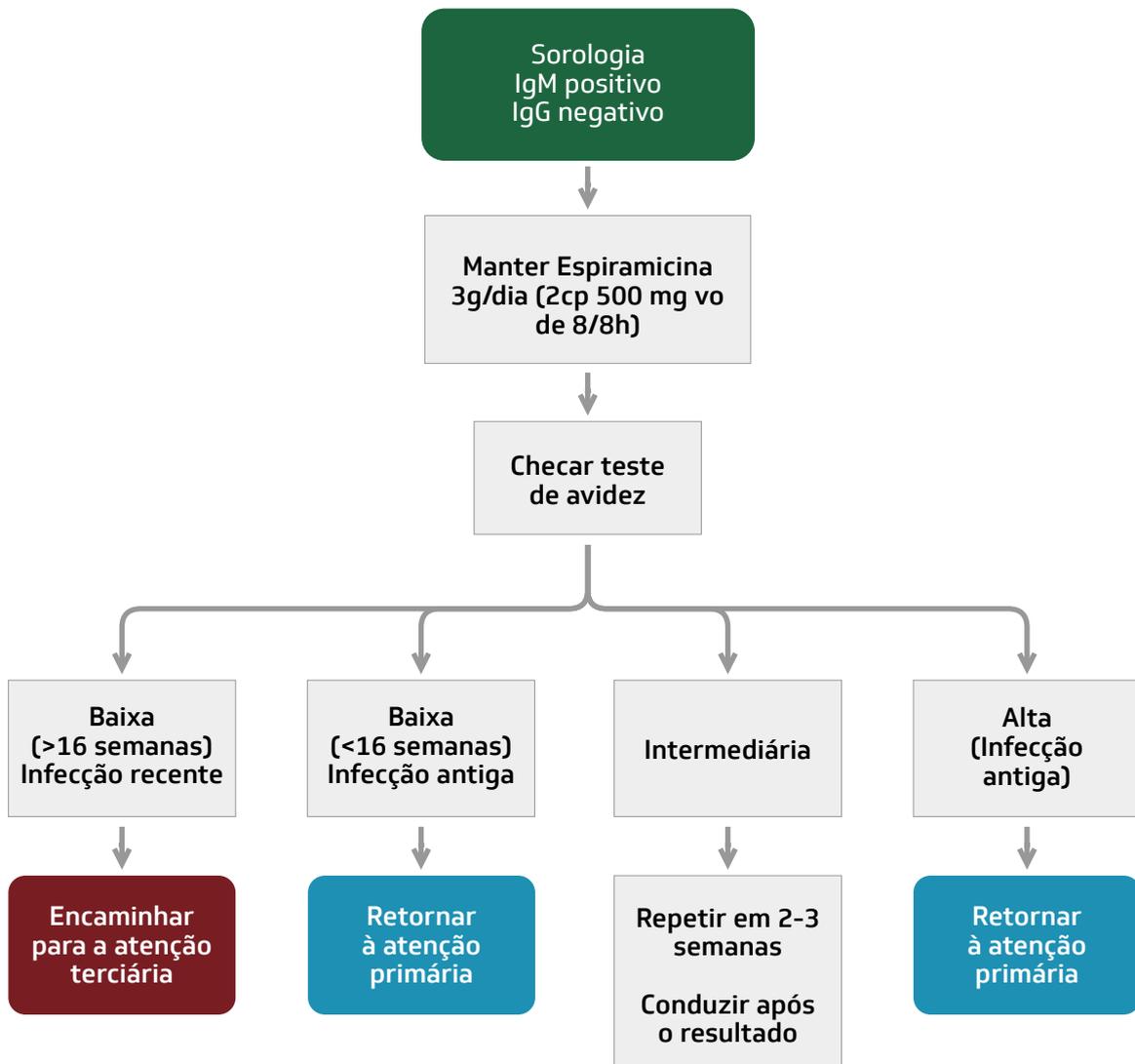
A toxoplasmose congênita pode causar aborto, danos neurológicos, como micro/macroencefalia, hidrocefalia, calcificações cerebrais, retardo mental, estrabismo e convulsões, complicações oculares, como a coriorretinite, principal causa de cegueira em crianças acometidas. O Ministério da Saúde recomenda a solicitação de sorologia para toxoplasmose na primeira consulta pré-natal, ainda antes de 16 semanas.





TOXOPLASMOSE NA GESTAÇÃO

ATENÇÃO SECUNDÁRIA



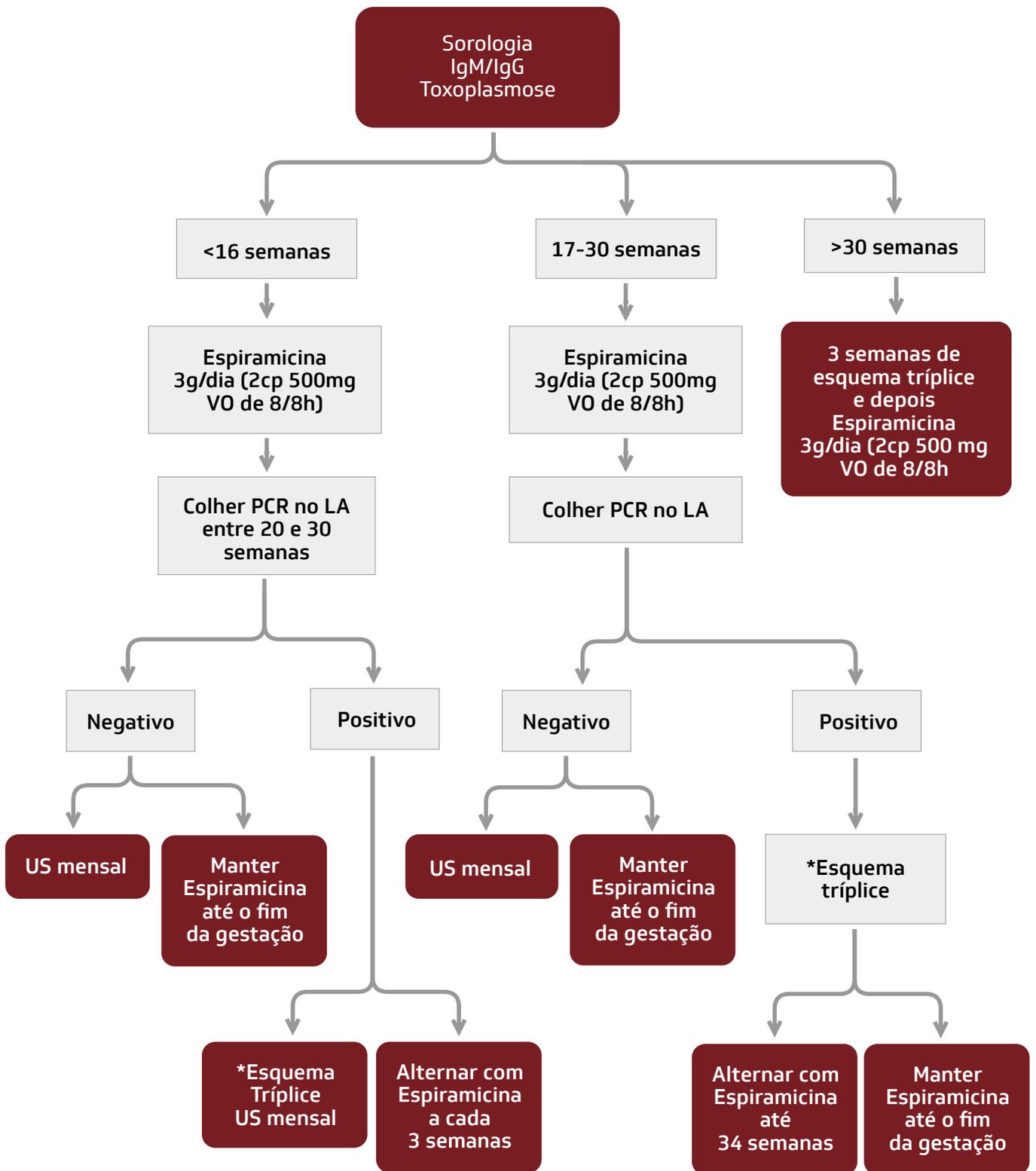
TOXOPLASMOSE NA GESTAÇÃO

ATENÇÃO TERCIÁRIA

A infecção fetal por toxoplasmose ocorre após a infecção placentária. O risco de infecção fetal está relacionado à idade gestacional, sendo maior no terceiro trimestre e no período periparto (até 80%). O risco de lesões fetais graves é maior nas infecções maternas precoces, e o risco de manifestações clínicas até os três primeiros anos de vida é de 75% quando a soroconversão ocorre no primeiro trimestre.

Na presença de infecção aguda materna (IgM reagente e IgG não reagente), deverá ser investigada a possibilidade de infecção fetal por meio de PCR (reação da polimerase em cadeia) no líquido amniótico para pesquisa de *Toxoplasma gondii*, passível de realização a partir da 16ª semana de gestação. A ultrassonografia obstétrica diagnostica as complicações graves e tardias da infecção congênita, como hidrocefalia, calcificações cerebrais, ascite fetal e alterações de ecotextura hepática e esplênica.

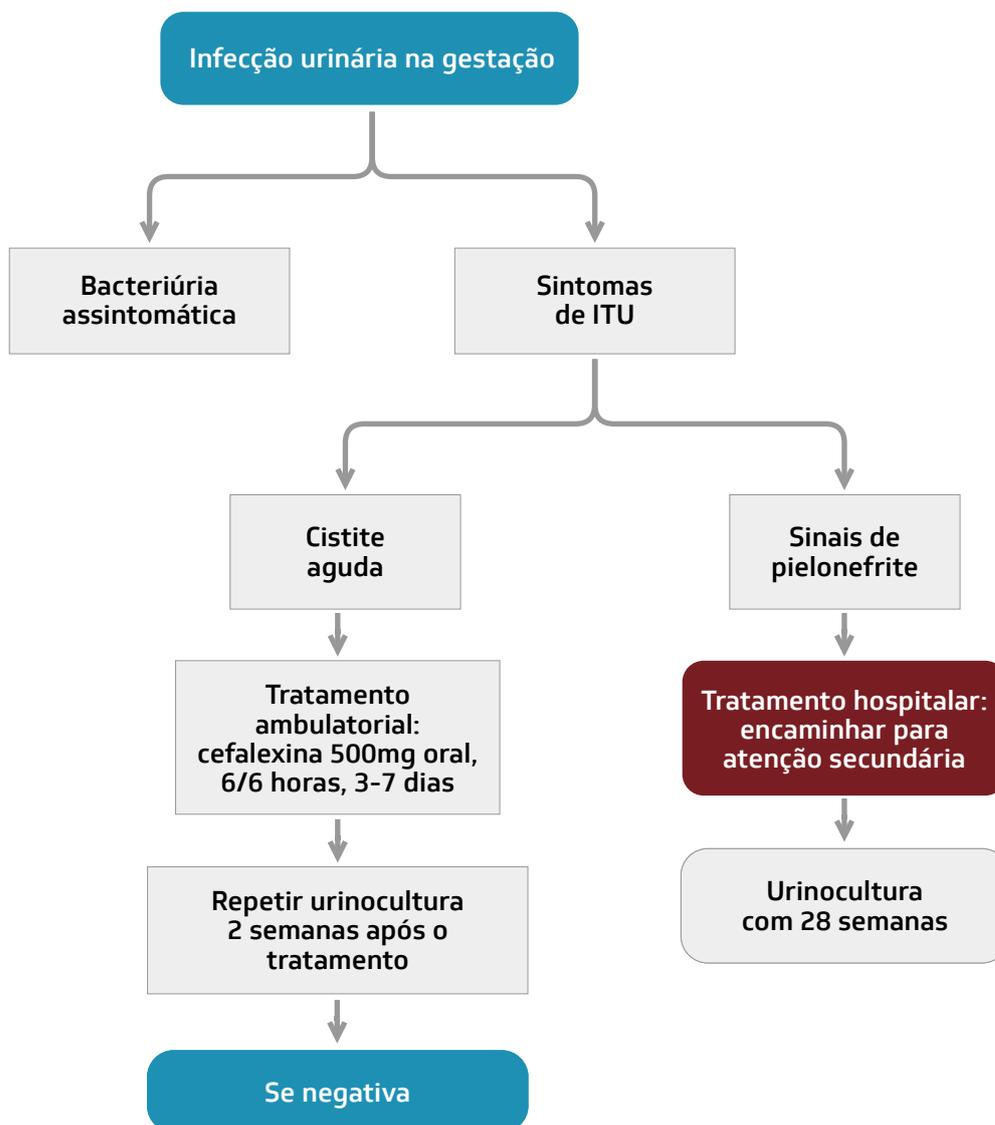




INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO

ATENÇÃO PRIMÁRIA

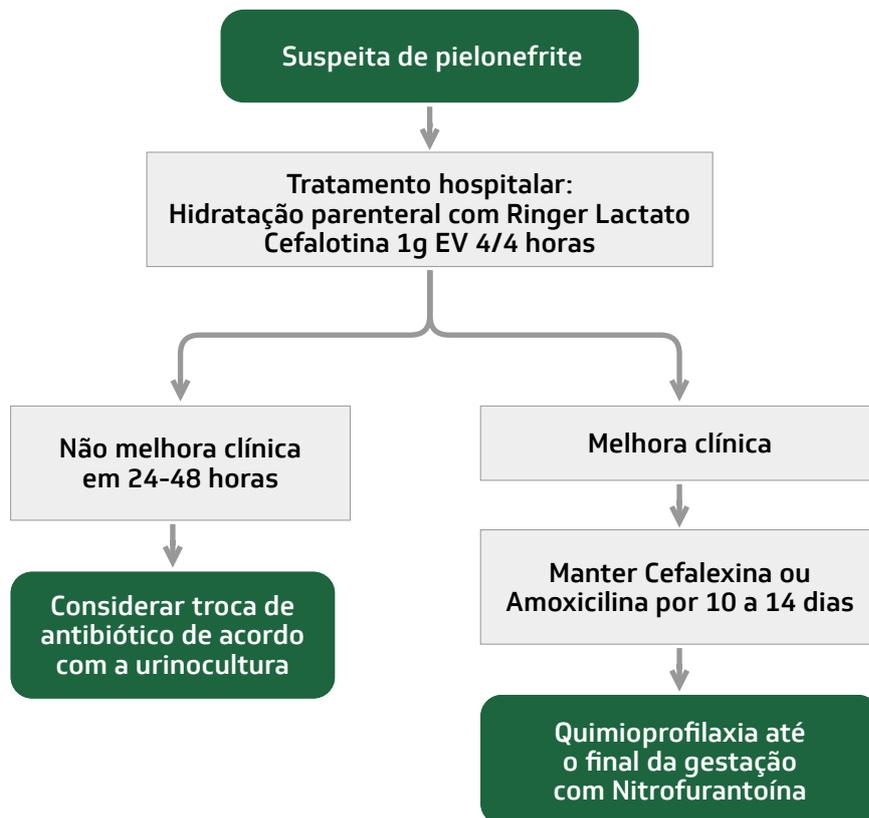
SU e urinocultura devem ser solicitados pelo menos uma vez no primeiro trimestre, devendo ser repetidos a cada trimestre. Em caso de paciente sintomática, não se deve aguardar seu resultado para iniciar o tratamento.



INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO

ATENÇÃO SECUNDÁRIA

Indicado para investigação de recorrência.



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

HIV

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 252 p. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>>. Acesso em: 19 de agosto de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. Brasília: Ministério da Saúde/Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016. 230 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 85 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

NÓBREGA, M. V. D.; PARENTE, J. P., FEITOSA, F. E. L. Protocolos Clínicos de Obstetrícia. Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC). Gestante HIV Positivo: assistência ao parto. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/documents/214336/1109086/PRO.OBS.018+-R2+INFECÇÃO+DO+TRATO+URINÁRIO.pdf/565fc9f8-1af1-418d-8633-c74f91795d17>>. Acesso em: 10 julho de 2018.

ELEUTÉRIO, F. J. C. et al. Protocolos de obstetrícia da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. 2014. 536 p.

SÍFILIS

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção da transmissão vertical de HIV, sífilis e hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2017. 252. p. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2015/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>> Acesso em: 18 de agosto de 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais. Manual Técnico para Diagnóstico da Sífilis. Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 52 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: saúde das mulheres. Brasília: Ministério da Saúde/Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, 2016. 230 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: 2015. 120 p.

PAIVA, J. P. et al. SÍFILIS NA GESTAÇÃO. Protocolos Clínicos da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC). Fortaleza: Universidade Federal do Ceará (UFC), 2017. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/documents/214336/1109086/PRO.OBS.026+-REV1+SÍFILIS+NA+GESTAÇÃO.pdf/70a7880b-d898-4f68-aa31-96e72e7e32b9>>. Acesso em: 20 de junho de 2018.

ITU

GARCIA, C. A. O.; PARENTE, J. P.; FEITOSA, F. E. L. Protocolos Clínicos de Obstetrícia. Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC/EBSERH/UFC). Infecção do Trato Urinário. Disponível em: <<http://www.ebserh.gov.br/documents/214336/1109086/PRO.OBS.018+-R2+INFECÇÃO+DO+TRATO+URINÁRIO.pdf/565fc9f8-1af1-418d-8633-c74f91795d17>>. Acesso em: 17 de agosto de 2018.

ELEUTÉRIO, F. J. C. et al. Manual de Intercorrências Clínicas da Gestação. Fortaleza: EDUECE, 2013. 320 p.

ELEUTÉRIO, F. J. C. et al. Protocolos de obstetrícia da Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2014. 536 p.

HASE, E. A. Infec o do Trato Urinário. In: ZUGAIB, M.; BITTAR, R. E. Protocolos assistenciais, clínica obstétrica FMUSP. 4.ed. São Paulo: Atheneu, 2011. pp. 357-366.

GUPTA, K., et al. International clinical practice guidelines for the treatment of acute uncomplicated cystitis and pyelonephritis in women: a 2010 update by the infectious diseases society of America and the European society for microbiology and infectious diseases. *Clinical Infectious Diseases*, 52(5), pp. e103-e120,2011.

HOOTON, T. M.; GUPTA, K. Urinary tract infections and asymptomatic bacteriuria in pregnancy. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy?source=search_result&search=infec%C3%A7%C3%A3o+urinaria+na+gravidez&selectedTitle=1%7E150>. Acesso em: 16 de setembro de 2016.

HEPATITES

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Manual Técnico para o Diagnóstico de Infec o pelas Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento Nacional de DST, AIDS e Hepatites Virais. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Aten o integral às Pessoas com Infec es Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Ministério da Saúde, 2015b.

ELEUTÉRIO, F.J.C, et al. Protocolos de Obstetrícia da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza: SESA, 2014.

FREITAS, F. et al. Rotinas em Obstetrícia. In: MAGALHÃES, J. A. et al. Infec es Neonatais. 5.ed. Porto Alegre: Artmed, 2006. pp. 455-477.

TOXOPLASMOSE

BRASIL. Ministério da Saúde. Aten o ao Pré-Natal de Baixo Risco. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Caderno de Aten o Básica, n. 32, Brasília, 2012a. 320 p.

_____. Ministério da Saúde. Gesta o de Alto Risco. Manual Técnico. 5.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b. 301 p.

FEBRASGO. Federa o Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de Gesta o de Alto Risco. Rio de Janeiro: Febrasgo, 2011, 220 p.

PARANÁ. Secretaria de Saúde do Estado. SESA. Rede Mãe Paranaense. Curitiba: COMSUS/HOSPSUS, 2012.

H1N1

FIGUEIRÓ-FILHO, E. A. et al. Infec o pelo vírus H1N1 e gesta o. *Femina*, v. 39, n.2, pp.169-175, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo de Tratamento de Influenza. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

ELEUTÉRIO, F. J. C. et al. Protocolos de Obstetrícia da Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Fortaleza: Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, 2014.

7 URGÊNCIA E EMERGÊNCIA EM OBSTETRÍCIA

AUTORES

Marcos Antônio de Alencar S. Segundo

Mariana Aroucha Carneiro

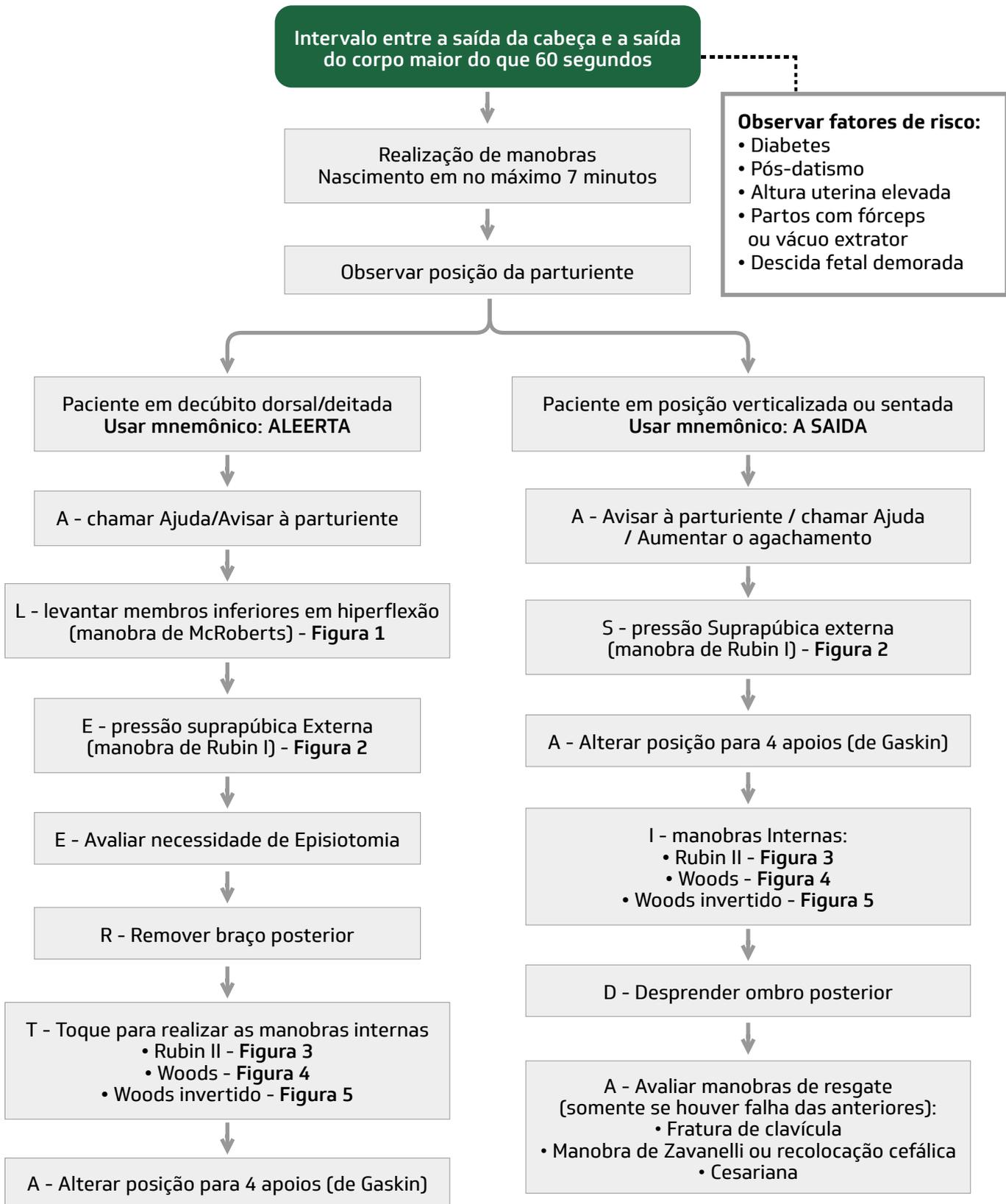
Stephanie Wilkes da Silva



DISTOCIA DE OMBRO

A distocia de ombro é um evento imprevisível que pode ocorrer durante o trabalho de parto. É diagnosticada quando o intervalo entre a saída da cabeça e do corpo fetal dura mais que 60 segundos. Existem manobras para sua resolução que devem ser conhecidas por aqueles que fazem assistência ao parto para reduzirem-se os riscos de complicações maternas e fetais (toco-traumatismos e asfixia). As manobras têm o objetivo de aumentar o diâmetro da pelve e reduzir o diâmetro biacromial, facilitando o desprendimento.





| FIGURA 1 | HIPERFLEXÃO DOS MEMBROS INFERIORES



| FIGURA 2 | PRESSÃO SUPRAPÚBICA EXTERNA



| FIGURA 3 | RUBIN II

Dedos atrás do ombro anterior empurrando em direção ao tórax

**| FIGURA 3 | WOODS**

Dedos atrás do ombro anterior empurrando em direção ao tórax + dedos da outra mão na frente do ombro posterior empurrando para trás

**| FIGURA 3 | WOODS INVERTIDO**

dedos na frente do ombro anterior empurrando para trás + dedos da outra mão atrás do ombro posterior empurrando para frente

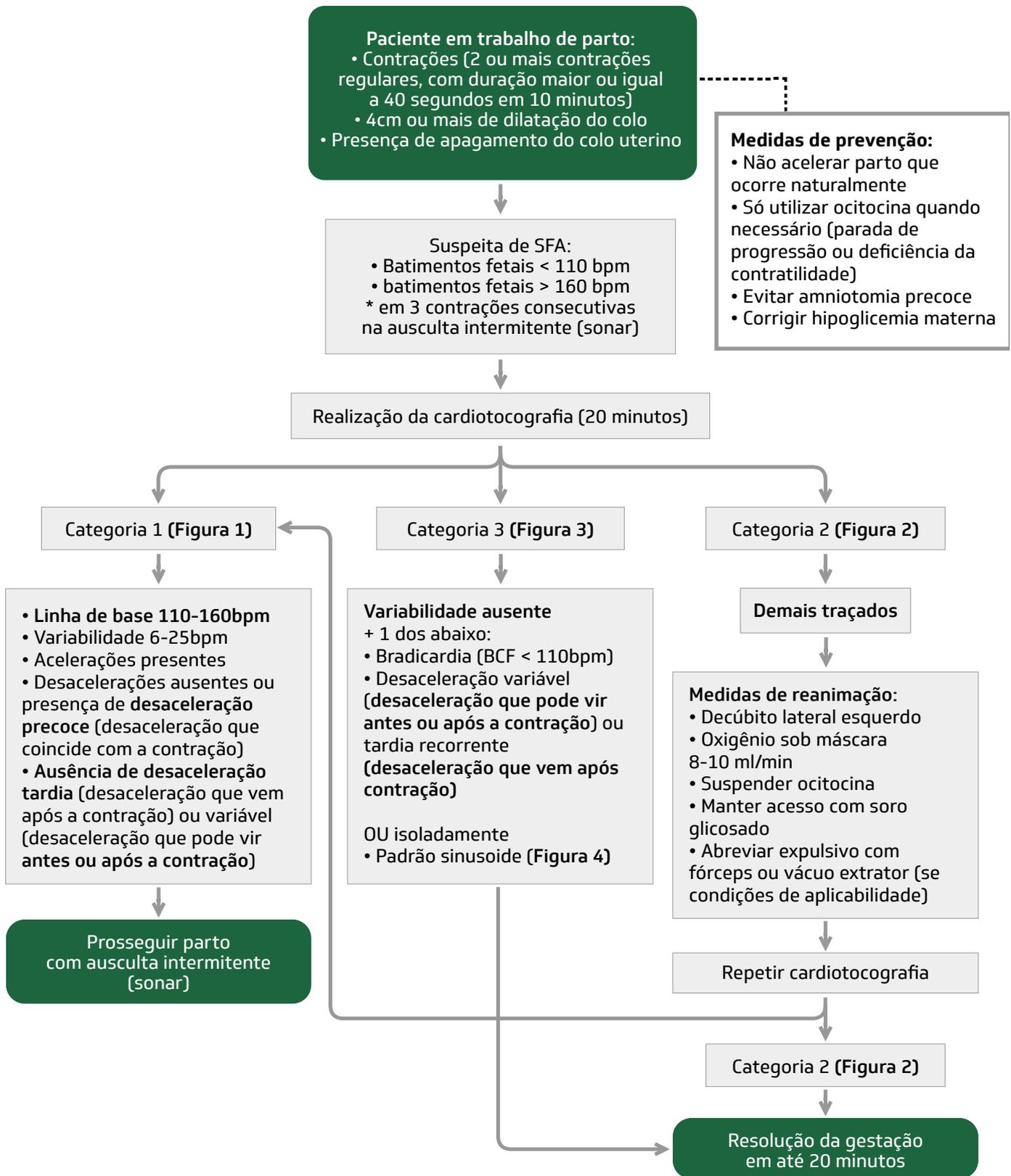


SOFRIMENTO FETAL AGUDO

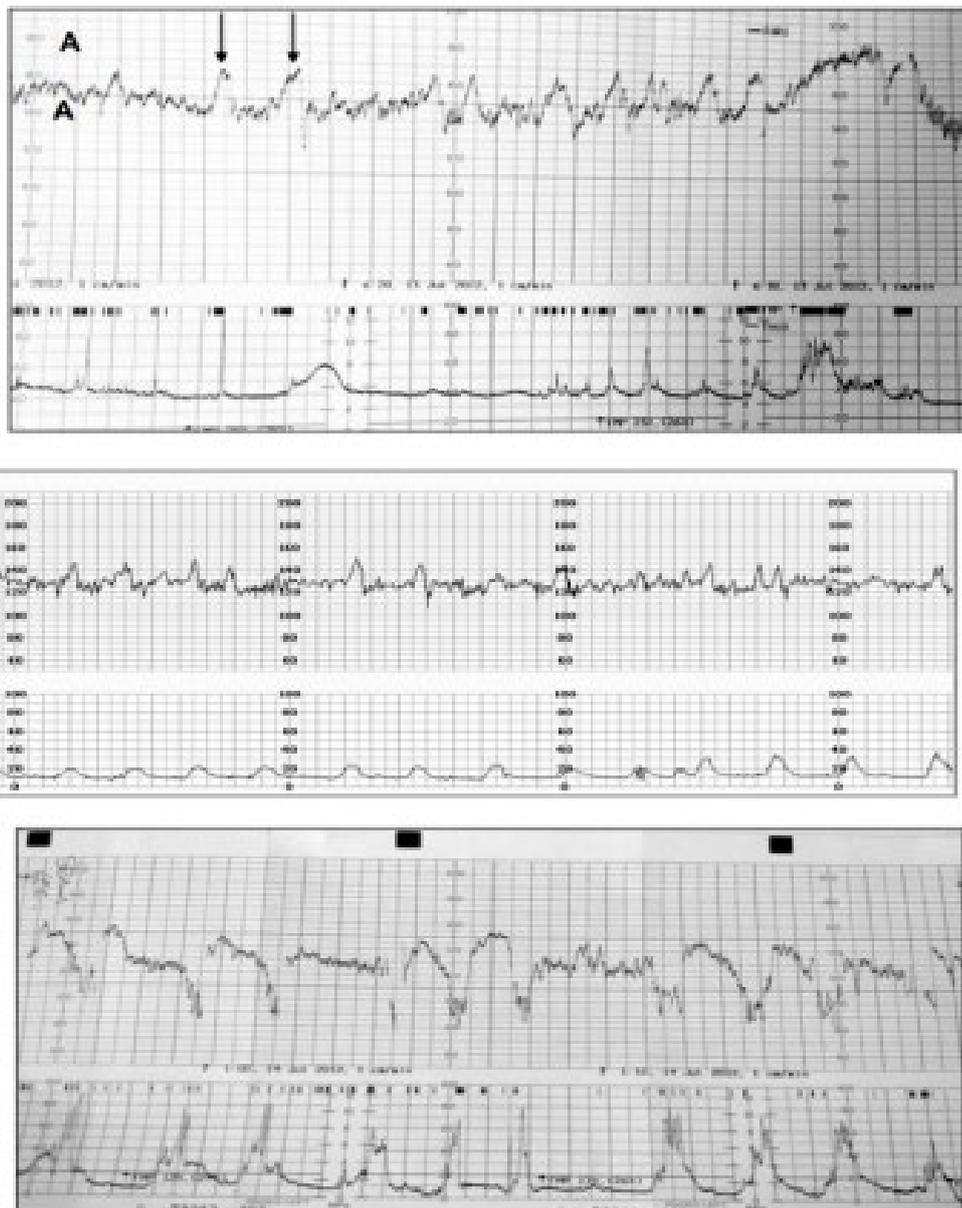
O sofrimento fetal agudo (SFA) consiste na presença de hipoxemia ou hipercapnia, decorrente do comprometimento da troca de gases. Ocorre, na maioria das vezes, durante o trabalho de parto, podendo também ser observado no período anteparto.

Entre as formas para avaliar o bem estar fetal, estão o perfil biofísico fetal, a doplervelocimetria e a cardiotocografia (CTG). Nenhum teste isoladamente é considerado o melhor na avaliação anteparto, sendo necessária uma avaliação conjunta de todos os métodos. Durante o período intraparto, a cardiotocografia, que se baseia na análise gráfica da frequência cardíaca fetal (FCF) e do tônus uterino, auxilia na avaliação fetal.

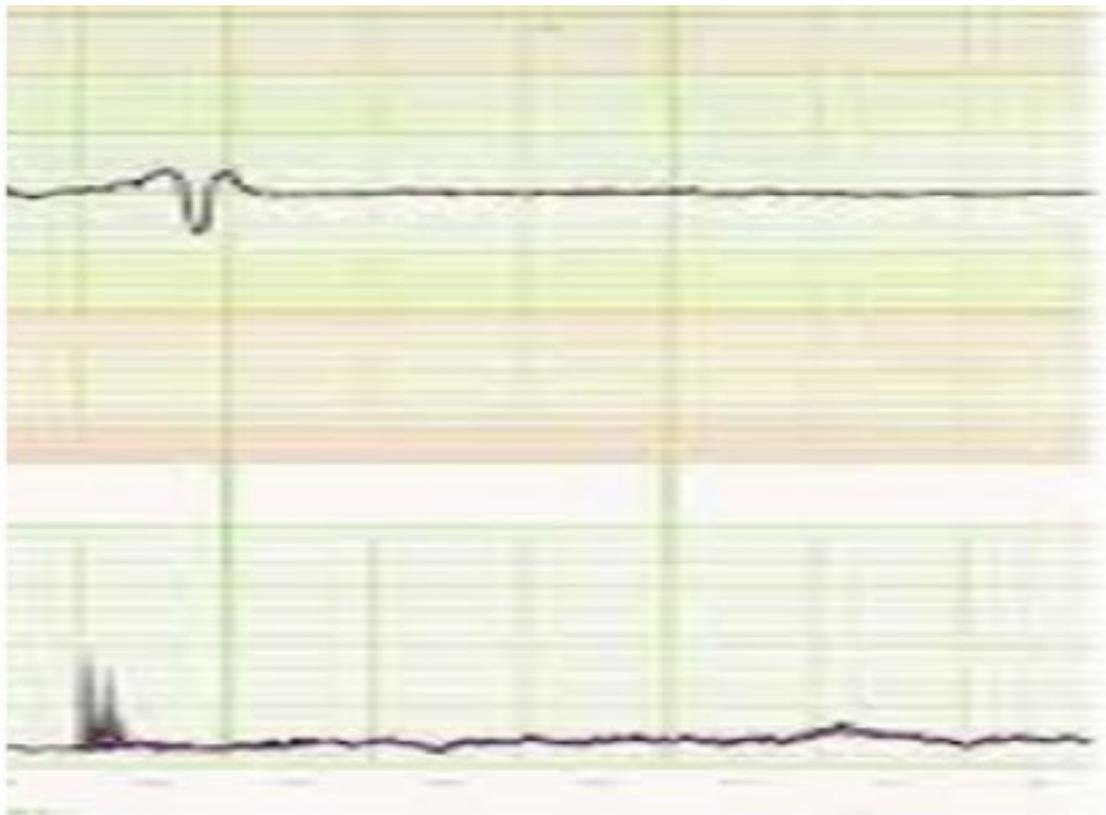




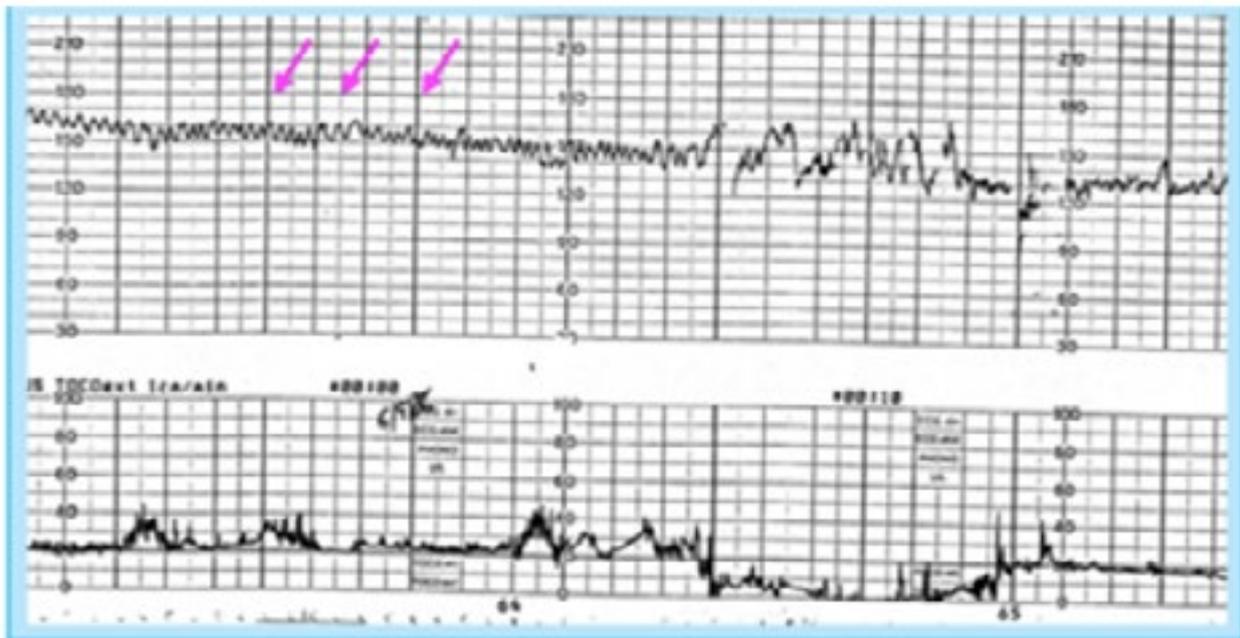
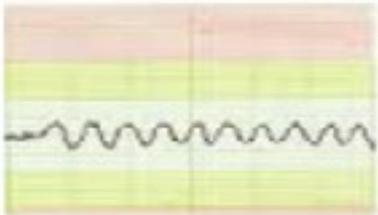
| FIGURA 1 - CATEGORIA 1



| FIGURA 3 - CATEGORIA 3



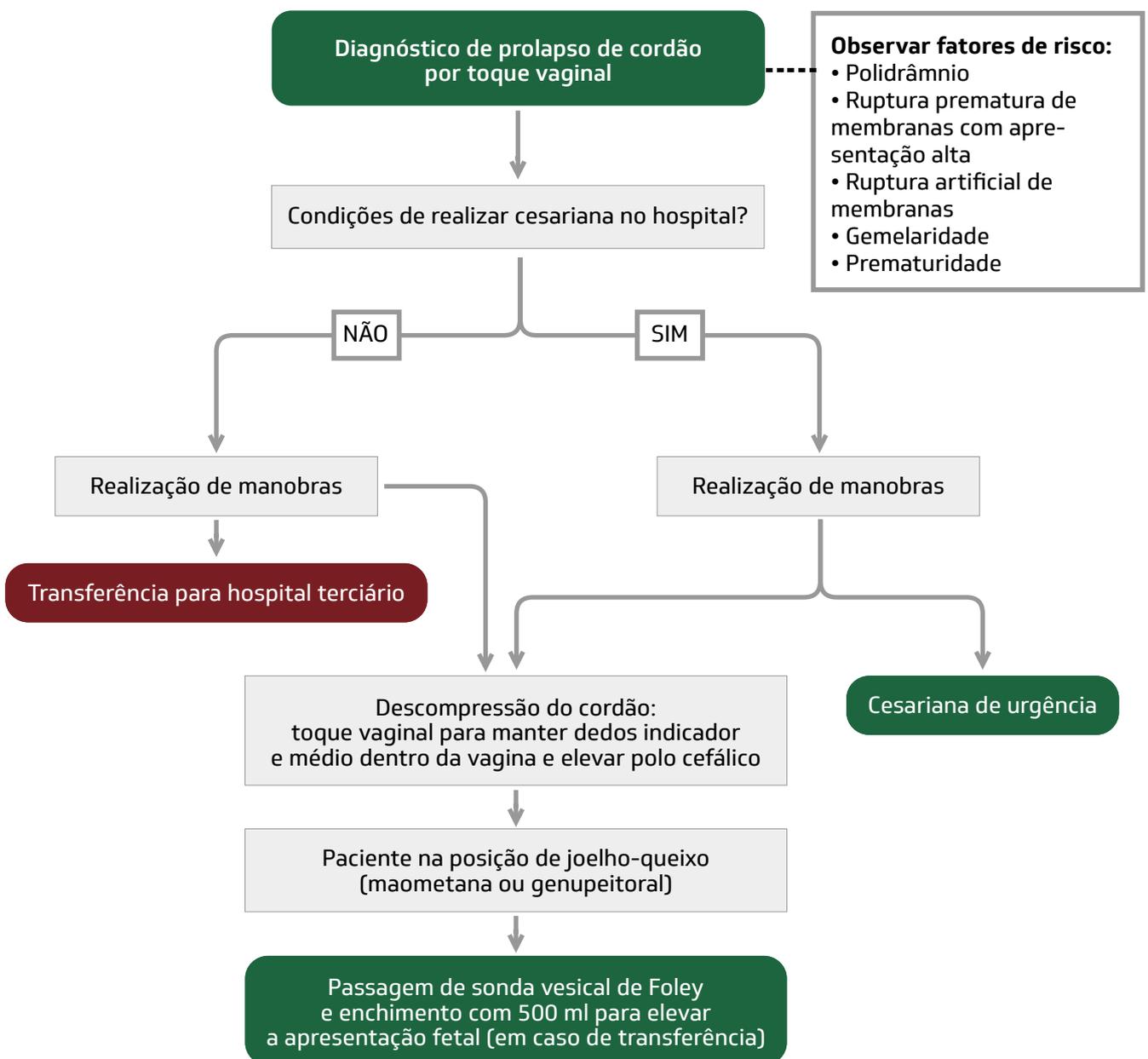
| FIGURA 4 - PADRÃO SINUSOIDE



PROLAPSO DE CORDÃO

O prolapso de cordão consiste na posição anômala do cordão umbilical, que se projeta ao lado ou antes da apresentação fetal. É uma urgência obstétrica, pouco frequente, porém que exige diagnóstico e intervenção imediatos, pois a compressão do cordão leva à hipóxia, com risco de morte fetal.

O intervalo entre o prolapso e a interrupção da gestação são fatores determinantes para o prognóstico fetal.



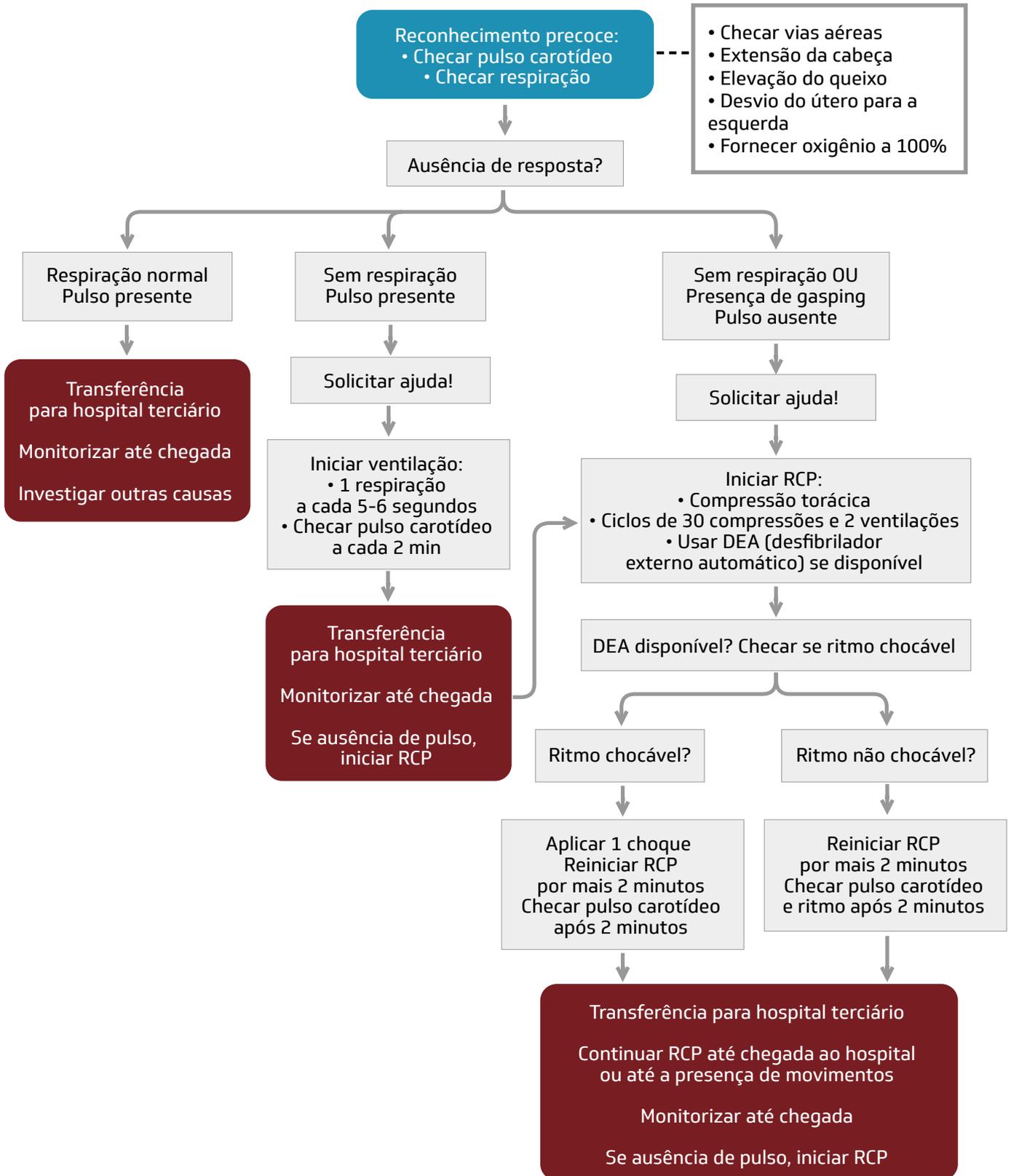
PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA (PCR) NA GESTAÇÃO

A parada cardiorrespiratória é a interrupção da atividade cardíaca e ausência de resposta. É evento raro na gestação, porém deve ser reconhecido, o que favorece aumento da sobrevida e redução de danos neurológicos. As alterações fisiológicas da gestação contribuem para o aumento do risco de PCR. Medidas específicas na condução da PCR são necessárias na gestação.



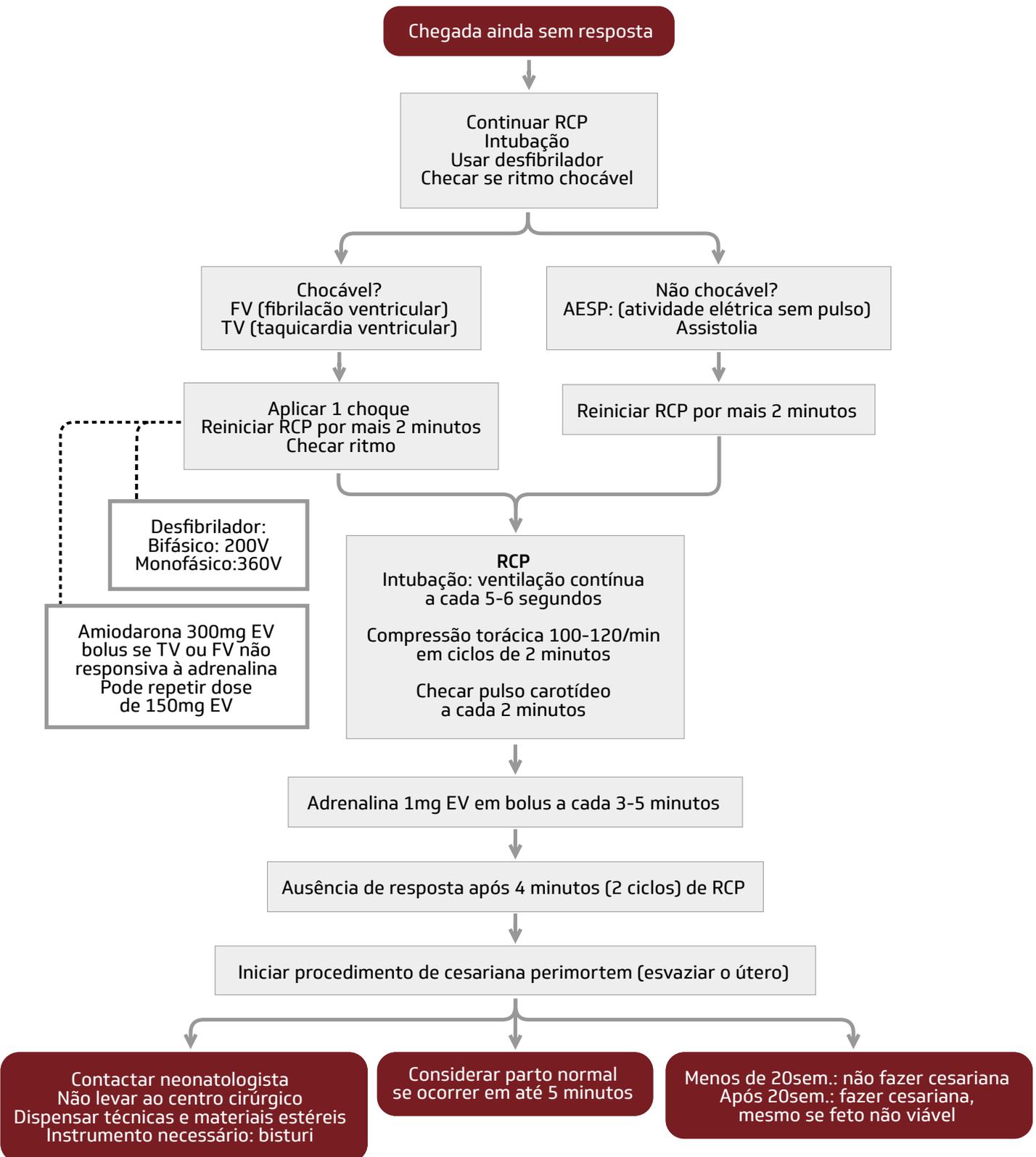
PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NA GESTAÇÃO

ATENÇÃO PRIMÁRIA



| PARADA CARDIORRESPIRATÓRIA NA GESTAÇÃO

| ATENÇÃO TERCIÁRIA



REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

DISTOCIA

AMORIM, M. M. R. et al. Distocia de ombro: proposta de um novo algoritmo para conduta em partos em posições não supinas. Revisão. *Femina*, vol. 41, n. 3, 2013.

FIGUEIREDO, E. T.; PAIVA, J. P.; FEITOSA, F. E. L. Distocia de ombro. Protocolo clínico. Fortaleza: Sistema de Gestão de Qualidade/MEAC, 2017.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. FEBRASGO. Distocia de Ombro. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/noticias/item/259-distocia-de-ombro>>. Acesso em: 25 de junho de 2018

SOFRIMENTO FETAL

NOMURA, R. M. Y.; MIYADAHRA, S.; ZUGAIB, M. Avaliação da vitalidade fetal intraparto. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, vol. 31. n. 10, 2009.

LOCATELLI, J. F. Monitorização dos Batimentos Cardíacos Fetais. Princípios da Interpretação da Cardiotocografia. Tutorial de Anestesia. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Anestesiologia, 2013. Disponível em: <<http://tutoriaisdeanestesia.paginas.ufsc.br/files/2013/11/Monitoriza%C3%A7%C3%A3o-fetal-Parte-1.pdf>>. Acesso em: 25 de julho de 2018.

SUNDSTRÖM, A. K.; ROSÉN, D.; ROSÉN, K. G. Vigilância Fetal. Gotemburgo: Neoventa Medical, 2010.

BARATA, S. et al. Hemorragia Feto-Materna Grave. *Acta Obst. Ginecolo. Port.*, vol. 3, n.3, 2009.

PROLAPSO

GOEBEL, M. A. et al. Prolapso de cordão umbilical: relato de caso. *Rev. Med. de Minas Gerais*, n. 20, suplement. 1, pp. 133-135, 2010.

COSTA, M. G. Prolapso de cordão umbilical: uma urgência obstétrica. *Revista Percursos Enfermagem*, n. 3, pp. 32-35, 2007.

PCR

AMERICAN HEART ASSOCIATION. Destaques das Diretrizes da American Heart Association 2015 para RCP e ACE. Dallas: AHA, 2015.

VANCINI-CAMPANHARO, C. R. et al. Ressuscitação Cardiopulmonar na Gestação: uma revisão integrativa. *Arquivos Brasileiros de Ciências da Saúde*, São Paulo, vol. 3, n. 41, pp. 181-187, 2016.

FRANCO, D. M.; MAYA, M. V. Resuscitation of Obstetric Patient. *Intech Open Science*, 2017. (Chapter 3).

8 ASSISTÊNCIA AO PARTO

AUTORES

Adner Nobre de Oliveira

Jader Rosas Carvalho

Liduína de Albuquerque Rocha e Sousa



ASSISTÊNCIA AO PARTO BASEADA EM EVIDÊNCIAS CIENTÍFICAS

O foco deste tema é orientar com base em um modelo de assistência ao parto centrado na mulher, acolhendo de forma respeitosa a parturiente e sua família.

Desde 1980, a Organização Mundial de Saúde e posteriormente o Ministério da Saúde buscam a prática de assistência ao parto baseada em evidências científicas, evitando intervenções desnecessárias e, por vezes, prejudiciais à saúde materna e/ou fetal.

Nosso objetivo com este protocolo é orientar a sociedade civil e equipes de saúde da atenção primária, secundária e terciária do Estado do Ceará sobre as atuais práticas para que se ofereça uma assistência adequada ao parto.



REQUISITOS PARA A BOA ASSISTÊNCIA AO PARTO

Equipe	Profissionais competentes, treinados, supervisionados e adequadamente remunerados qualificados com um mix de habilidades adequadas, trabalhando em equipes multidisciplinares que são capazes de fornecer cuidados dignos e contínuos para todas as mulheres durante seu trabalho de parto e parto
Treinamento	<ul style="list-style-type: none"> - Gestão de serviços de saúde sensibilizada, orientada e treinada para o cuidado centrado nas boas práticas - Formação prática regular para possibilitar a efetiva construção de serviços que atendam as necessidades sociais, culturais e linguísticas das mulheres (competência cultural); - Treinamento de admissão no Serviço: orientação do novo pessoal da equipe - Capacitação para engajamento efetivo da Comunidade, especialmente com foco em inclusão de vozes femininas e oportunidades de interação da comunidade com a diretoria de serviços e funcionários, por exemplo, facilidade de dias abertos para sessões de orientação para usuários e companheiros
Suprimentos	<ul style="list-style-type: none"> - Protocolos bem escritos, atualizados, que delimitem metas claras, planos operacionais e mecanismos de monitoramento para a boa assistência ao nascimento disponíveis para a equipe multiprofissional - Materiais de educação em saúde, em formato escrito ou pictórico acessível e disponível, para uso durante o pré-natal, pelo centro de saúde, com uma informação em forma de consentimento informado (escrita ou pictórica, por exemplo, como folhetos) para a mulher e seu companheiro (Plano de parto) - Medicamentos essenciais para o trabalho de parto e cuidados de parto disponíveis em quantidades suficientes em todos os momentos nas áreas de trabalho e parto
Equipamento	Equipamento básico e adequado para o trabalho e o parto deve estar disponível em quantidades suficientes em todos os momentos nas áreas de trabalho de parto e parto
Ambiente físico aprimorado	<ul style="list-style-type: none"> - Suíte de parto limpa, adequadamente iluminada, bem ventilada, que permitam privacidade para a parturiente e acompanhante, permitindo a assistência ao trabalho de parto, parto e cuidados neonatais na mesma ambiência - Fornecimento contínuo de energia nas áreas de assistência ao nascimento e cuidados com o recém-nascido. - Banheiros limpos e acessíveis para uso das mulheres em trabalho de parto e parto - Água potável segura, e uma estação de higiene manual, com sabão - Cortinas, telas, partições e suficiente quantidade de leitos, incluindo o espaço físico privado para a mulher e seu companheiro - Farmácia no local com sistema de gestão de estoque de medicamento e suprimentos
Supervisão	<ul style="list-style-type: none"> - Supervisão com reuniões sistemáticas com a equipe para rever as práticas de assistência ao nascimento. - Criação de um mecanismo de Ouvidoria acessível à população

| ESTRUTURA FÍSICA PARA A ASSISTÊNCIA AO PARTO

Os Centros de Parto Normal são unidades de atenção ao parto e nascimento da maternidade que realizam o atendimento humanizado e de qualidade ao parto, privilegiando a privacidade, a dignidade e a autonomia da mulher ao parir em um ambiente mais acolhedor e confortável, contando ainda com a presença de acompanhante de sua livre escolha.

A disposição dos mobiliários nos quartos PPP (pré-parto, parto e pós-parto) deve estar disposta de modo a criar condições na ambiência que garantam à mulher a escolha dentre as diversas posições no trabalho de parto, incluindo métodos não farmacológicos de alívio da dor como bola de Bobath, cavalinho, escadinha e barra.

Os Centros de Parto Normal que serão construídos ou reformados deverão possuir no mínimo, os ambientes abaixo descritos:

1. Sala de recepção (acolhimento e registro)
2. Sala de exames e admissão de parturientes com sanitário anexo
3. Quarto de pré-parto, parto e pós-parto (PPP)
4. Banheiro anexo ao quarto PPP para parturiente
5. Área de deambulação/estar
6. Posto de enfermagem
7. Sala de utilidades
8. Quarto de plantão para funcionários, com banheiro anexo
9. Rouparia
10. Copa de distribuição
11. Área para refeição
12. Depósito de material de limpeza

O quarto PPP receberá atividades como assistir parturientes em trabalho de parto, assegurar condições para que acompanhantes assistam ao pré-parto, parto e pós-parto, prestar assistência ao RN, o que inclui avaliação de vitalidade, identificação, higienização e realização de relatórios e registros de parto.

RECURSOS HUMANOS

O Serviço de Atenção Obstétrica e Neonatal deve ter equipe dimensionada quantitativa e qualitativamente para atender às normatizações vigentes e estar de acordo com a proposta assistencial e perfil de demanda. Assim, maternidades com menos de 300 parto por ano devem ser repensadas como maternidade.

A equipe mínima necessária para uma assistência ao parto adequada, deve conter:

ASSISTÊNCIA OBSTÉTRICA ADEQUADA	
Equipe	Mínimo necessário
Médico(a) Obstetra	2
Enfermeiro(a) Obstetra	1
Técnico(a) de Enfermagem	4
Médico(a) Neonatologista	1
Anestesiologista	1
Enfermeiro(a) Neonatologista	1

Além desta equipe diretamente relacionada à atividade fim, recomenda-se como equipe de apoio: auxiliares administrativos, equipe de higienização e nutrição.

| ASSISTÊNCIA ÀS FASES DO TRABALHO DE PARTO

PRIMEIRO ESTÁGIO

Recomenda-se a utilização das seguintes definições dos primeiros estágios latentes e ativos do trabalho.

- O primeiro estágio latente é um período de tempo caracterizado por contrações uterinas dolorosas e mudanças variáveis do colo do útero, incluindo algum grau de apagamento e progressão mais lenta de dilatação até 5 cm
- O primeiro estágio ativo é um período de tempo caracterizado por contrações uterinas dolorosas regulares, um grau substancial de apagamento cervical e uma dilatação cervical mais rápida de 5 cm até a dilatação completa.

As mulheres devem ser informadas de que uma duração padrão da primeira fase latente não foi estabelecida e pode variar amplamente de uma mulher para outra. No entanto, a duração da primeira fase ativa (de 5 cm até a dilatação cervical completa) geralmente não se estende além de 12 horas nas primíparas, e geralmente não se estende além de 10 horas nas múltiparas.

Uma velocidade mínima de dilatação cervical de 1 cm/hora durante a primeira fase de trabalho é irrealisticamente rápida para algumas mulheres e não é, portanto, recomendada para a identificação da progressão laboral normal. Uma taxa de dilatação cervical mais lenta do que 1 cm/hora não deve ser uma indicação para a intervenção obstétrica.

O trabalho de parto na fase inicial pode ter duração variável até atingir um limiar de dilatação cervical de 5 cm. Por conseguinte, o uso de intervenções médicas para acelerar o trabalho e o nascimento (como o aumento da ocitocina ou cesariana) antes que este limiar seja atingido não é recomendado, desde que as condições fetal e materna sejam tranquilizantes.

Para mulheres grávidas saudáveis que apresentem trabalho de parto espontâneo, uma política de atrasar a admissão até que a fase ativa esteja caracterizada é recomendada.

A cardiocotografia de rotina não é recomendada para a avaliação do bem-estar fetal na admissão em mulheres grávidas saudáveis que apresentem trabalho de parto espontâneo.

A ausculta intermitente utilizando um Doppler ou um estetoscópio fetal Pinard é recomendada para a avaliação do bem-estar fetal na admissão ao trabalho.

Analgesia epidural é recomendada para mulheres grávidas saudáveis solicitando alívio da dor durante o trabalho, dependendo das preferências de uma mulher, quando disponível.

Os opiáceos parenterais, tais como fentanil, diamorfina e petidina, são opções recomendadas para mulheres grávidas saudáveis que solicitem alívio da dor durante o trabalho, dependendo das preferências de uma mulher. Técnicas de relaxamento, incluindo relaxamento muscular progressivo, respiração, música, atenção e outras técnicas, são recomendadas para mulheres grávidas saudáveis solicitando alívio da dor durante o trabalho de parto, dependendo das preferências de uma mulher.

As técnicas manuais, tais como a massagem ou a aplicação de compressas mornas, são recomendadas para as mulheres grávidas saudáveis que pedem o alívio da dor durante o trabalho de parto, dependendo das preferências de uma mulher.

Para mulheres de risco habitual, alimentos leves e líquidos são recomendados durante o trabalho de parto. Recomenda-se incentivar a adoção de mobilidade e uma posição vertical durante o trabalho de parto em mulheres de baixo risco.

A limpeza vaginal rotineira com clorexidina durante o trabalho de parto com a finalidade de impedir morbidades infecciosas não é recomendada.

Não é recomendável um pacote de cuidados para a conduta ativa no trabalho de parto para a prevenção de demoras no primeiro estágio. O uso de amniotomia para a prevenção do atraso no trabalho de parto não é recomendado.

O uso de ocitocina para prevenção de atraso no trabalho de parto em mulheres que recebem analgesia epidural não é recomendável.

Não é recomendada a utilização de agentes antiespasmódicos para a prevenção do atraso no primeiro estágio do trabalho de parto.

Não é recomendada a utilização de fluidos intravenosos com o objetivo de encurtar a duração do trabalho de parto.

1º PERÍODO (FASE ATIVA)
Manter dieta líquida
Estimular deambulação, posição sentada ou semissentada
Realizar reavaliação obstétrica a cada 2 horas
Garantir internamento na fase ativa
Garantir direito a acompanhante
Abrir partograma
Realizar BCF intermitente a cada 30 minutos
Avaliar dinâmica uterina a cada 1 hora
Utilizar técnicas de analgesia não farmacológicas (banhos, massagens, músicas)
Avaliar necessidade de analgesia farmacológica
Evitar amniotomia rotineira
Evitar tocolíticos rotineiros
Não realizar clister evacuativo
Não realizar tricotomia
Não realizar punção venosa ou infusão desnecessária de líquidos

SEGUNDO ESTÁGIO

O segundo estágio é o período de tempo entre a dilatação cervical completa e o nascimento do bebê, durante o qual a mulher tem um desejo involuntário de fazer força (puxos), como resultado das contrações uterinas de expulsão.

As mulheres devem ser informadas de que a duração da segunda fase varia de uma mulher para outra. Em primeiros trabalhos, o nascimento é geralmente concluído dentro de 3 horas, enquanto que em trabalhos de parto subseqüentes, o nascimento é geralmente concluído em 2 horas.

Para as mulheres com ou sem analgesia epidural, recomenda-se a adoção de uma posição de nascimento da escolha individual da mulher, incluindo posições eretas.

As mulheres na fase de expulsão devem ser incentivadas e apoiadas para seguir a sua própria vontade de fazer força (puxos). Para as mulheres com analgesia epidural no segundo estágio do trabalho, e com ausência de puxos espontâneos entre uma a duas horas após a dilatação completa é recomendada a orientação dos puxos.

Para as mulheres na segunda fase do trabalho, técnicas para reduzir o trauma do períneo e facilitar o nascimento espontâneo (incluindo massagem de períneo, compressas quentes e uma “mãos em” guarda do períneo) são recomendados, com base nas preferências da mulher.

O uso rotineiro ou liberal da episiotomia não é recomendado

Não é recomendada a aplicação da pressão no fundo do útero para facilitar o parto durante a segunda fase do trabalho.

2º PERÍODO
Manter dieta líquida
Realizar BCF intermitente a cada 15 minutos
Encorajar os puxos apenas quando a apresentação fetal se mostrar na vulva
Realizar clampeamento tardio do cordão umbilical (1 a 2 minutos após o parto se Apgar > 7)
Estimular o contato pele a pele entre a mãe e o recém-nascido
Estimular deambulação, posição sentada ou semissentada
Realizar reavaliação obstétrica a cada 2 horas
Garantir internamento na fase ativa
Garantir direito a acompanhante
Abrir partograma
Avaliar dinâmica uterina a cada 1 hora
Utilizar técnicas de analgesia não farmacológicas (banhos, massagens, músicas)
Avaliar necessidade de analgesia farmacológica
Evitar amniotomia rotineira
Evitar tocolíticos rotineiro
Não realizar clister evacuativo
Não realizar tricotomia
Não realizar punção venosa ou infusão desnecessária de líquidos
Não realizar manobra de Kristeler

TERCEIRO ESTÁGIO

Recomenda-se a utilização de tónicos uterinos (para a prevenção da hemorragia pós-parto (PPH) durante a terceira fase do trabalho para todos os nascimentos.

A ocitocina (10 IU, im/IV) é a droga recomendada para a prevenção da hemorragia pós-parto. Nas configurações em que a ocitocina não está disponível, recomenda-se o uso de outros tónicos uterinos injetáveis (se apropriado, ergometrina/methylergometrine, ou a combinação de drogas fixas de ocitocina e ergometrina) ou misoprostol oral (600 µg)

O clampeamento tardio do cordão umbilical (não antes de 1 minuto após o nascimento) é recomendado para a melhoria da saúde materna e infantil e da nutrição.

A massagem uterina sustentada não é recomendada como uma intervenção para prevenir hemorragia pós-parto em mulheres que receberam a ocitocina profilática.

3º PERÍODO

Administrar ocitocina 10UI, intramuscular, imediatamente após o nascimento, em todas as parturientes

Realizar manobra de Brandt (tração sutil do cordão)

4º PERÍODO

Observar sangramento transvaginal

Aferição de sinais vitais

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes Nacionais de Assistência ao Parto Normal. Brasília: Ministério da Saúde, 2017.

MATERNIDADE-ESCOLA ASSIS CHATEAUBRIAND. Protocolo Clínico de Assistência ao Parto e Nascimento. Fortaleza: UFC, 2017.

ZUGAIB, M. et al. Obstetrícia. 1.ed. São Paulo: Manole, 2008.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS SOCIEDADES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. FEBRASGO. Manual de Assistência ao Parto e Tocurgia. São Paulo: Editora Ponto, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. WHO recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience Transforming care of women and babies for improved health and well-being. Geneva: WHO, 2018.



ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO DE RISCO

AUTORAS

Angela Rocha Mapurunga
Diana Austregesilo
Gerly Anne Nóbrega Barreto
Maria Sidneuma Melo Ventura
Roberta Cristiane Cavalcante Costa

Anamaria Cavalcante e Silva, Presidente da Socep



ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO DE RISCO

BASEADA NAS BOAS PRÁTICAS

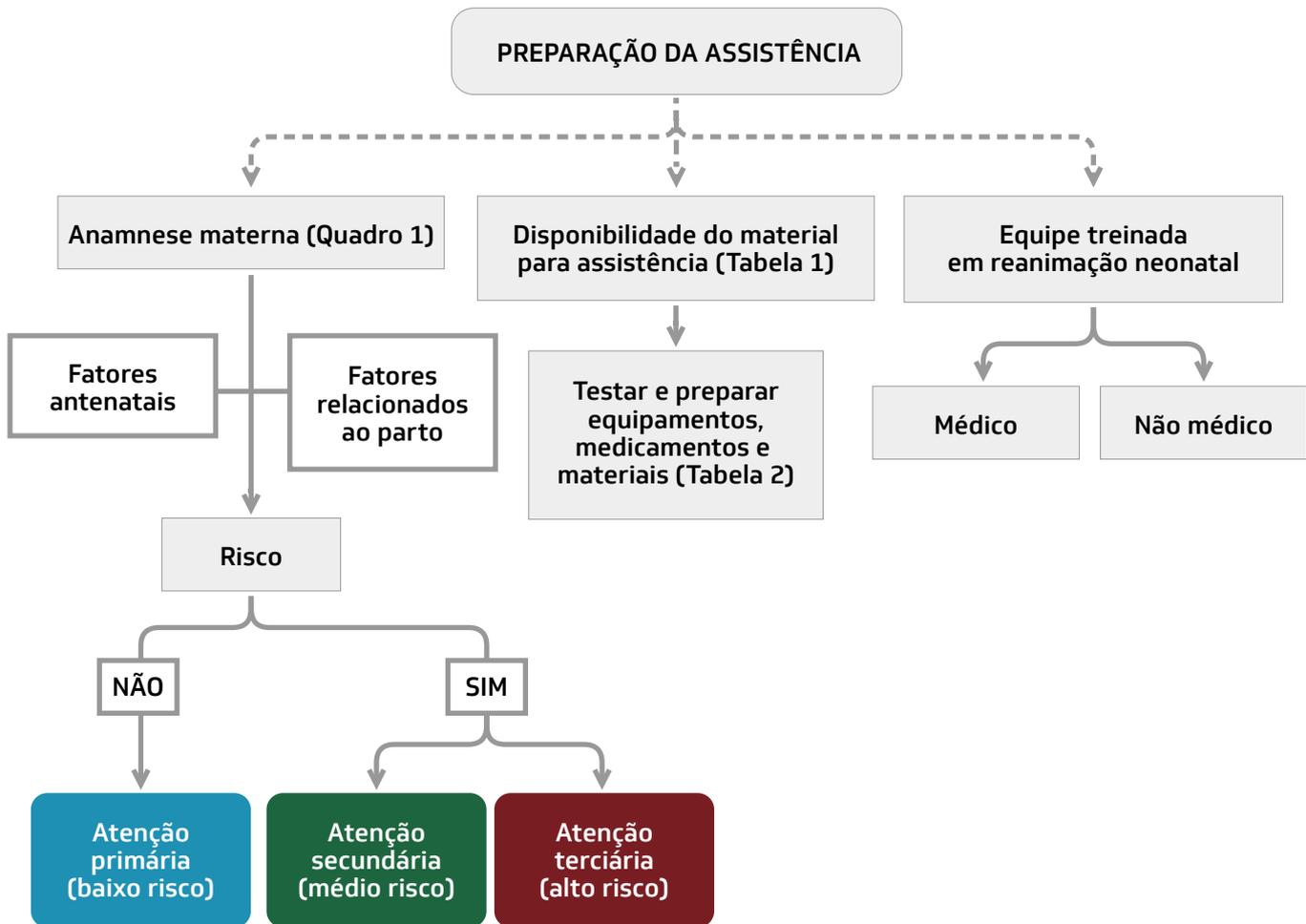
A mortalidade neonatal precoce passou a constituir o principal componente da mortalidade infantil atual e, pela primeira vez desde 1990, o país apresentou alta na taxa de mortalidade infantil: 14 mortes para cada 1000 nascidos em 2016, um aumento de 4.8% em relação a 2015. Uma situação relevante é a alta proporção de mortalidade neonatal entre o primeiro dia e a primeira semana de vida, o que demonstra a importância da assistência de saúde dispensada à gestante e ao recém-nascido (RN).

Um dos maiores desafios atuais para reduzir a mortalidade infantil é o cuidado do RN, além do acompanhamento de todo o ciclo gestacional, com atendimento de qualidade em todos os níveis de complexidade [1]. Sendo assim, é de vital importância a assistência durante toda a gravidez, assim como a assistência imediata ao RN em sala de parto.

Em razão disto, foi elaborado um protocolo objetivo, de leitura clara e fácil aplicabilidade, fazendo deste material, realizada pelos associados da Sociedade Cearense de Pediatria, um modelo único para a assistência neonatal do Estado do Ceará. As condutas indicadas neste protocolo se aplicam tanto no nível secundário quanto no nível terciário de atendimento.



FLUXOGRAMA 1. PREPARO DA ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO EM SALA DE PARTO*



Fonte: Adaptado de Almeida & Guinsburg, 2016 [5].

*Em condições ideais é necessário pelo menos um pediatra presente em todo nascimento, ou alguém da equipe treinada em reanimação neonatal [5].

QUADRO 1. CONDIÇÕES ASSOCIADAS AO RISCO DO RECÉM-NASCIDO	
Fatores Antenatais	Fatores Relacionados ao Parto
Idade < 16 anos ou > 35 anos	Parto cesáreo
Diabetes	Uso do fórceps ou extração a vácuo
Síndrome hipertensiva	Apresentação não cefálica
Doenças maternas	Trabalho de parto prematuro
Infecção materna	Parto taquitócico
Aloimunização ou anemia fetal	Corioamnionite
Uso de medicações	Rotura de membranas > 18 horas
Uso de drogas ilícitas	Trabalho de parto > 24 horas
Óbito fetal ou neonatal anterior	Segundo estágio do parto > 2 horas
Ausência de cuidado pré-natal	Padrão anormal de frequência cardíaca fetal
Idade gestacional < 39 ou > 41 semanas	Anestesia geral
Gestação múltipla	Hipertonia uterina
Rotura prematura das membranas	Líquido amniótico meconial
Polidrâmnio ou oligoâmnio	Prolapso ou rotura de cordão
Diminuição da atividade fetal	Nó verdadeiro de cordão
Sangramento no 2º ou 3º trimestre	Uso de opioides 4 horas antes do parto
Discrepância de idade gestacional e peso	Descolamento prematuro da placenta
Hidropsia fetal	Placenta prévia
Malformação fetal	Sangramento intraparto significativo

Fonte: Adaptado de Almeida & Guinsburg, 2016 [5].

TABELA 1. MATERIAIS DE ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO

MATERIAIS	
Sala de parto e/ou de reanimação com temperatura ambiente de 23-26°C e:	Material para intubação traqueal
<ul style="list-style-type: none"> - Mesa de reanimação com acesso por 3 lados - Fontes de oxigênio umidificado e de ar comprimido, com fluxômetro - Blender para mistura oxigênio/ar - Aspirador a vácuo com manômetro - Relógio de parede com ponteiro de segundos 	<ul style="list-style-type: none"> - Laringoscópio infantil com lâmina reta nº 00,0 e 1 - Cânulas traqueais sem balonete, de diâmetro interno uniforme 2,5 / 3,0 e 1,0mm - Material para fixação de cânula: fita adesiva e algodão com SF - Pilhas e lâmpadas sobressalentes para laringoscópio - Detector colorimétrico de CO2 expirado
Material para manter temperatura	Medicações
<ul style="list-style-type: none"> - Fonte de calor radiante - Termômetro ambiental digital - Campo cirúrgico e compressas de algodão - Saco de polietileno de 30x50cm para prematuro - Touca de lã ou algodão - Colchão térmico químico 25x40cm para prematuro <1000g - Termômetro clínico digital 	<ul style="list-style-type: none"> - Adrenalina 1/10.000 em seringa de 5,0ml para administração única endotraqueal - Adrenalina 1/10.000 em seringa de 1,0ml para administração única endovenosa - Expansor de volume (SP) em 2 seringas de 20ml
Material para avaliação	Material para cateterismo umbilical
<ul style="list-style-type: none"> - Estetoscópio neonatal - Oxímetro de pulso com sensor neonatal - Monitor cardíaco de 3 vias com eletrodos - Bandagem elástica para fixar o sensor do oxímetro e os eletrodos 	<ul style="list-style-type: none"> - Campo fenestrado esterilizado, cadarço de algodão e gaze - Pinça tipo Kelly reta 14cm e cabo de bisturi com lâmina nº 21 - Porta agulha de 11cm e fio agulhado mononylon 4,0 - Cateter umbilical 3,5F ou 5F ou 8F de PVC ou polietileno - Torneira de 3 vias
Material para aspiração	Outros
<ul style="list-style-type: none"> - Sondas: traqueais nº 6, 8 e 10 e gástricas curtas nº 6 e 8 - Dispositivo para aspiração do mecônio - Seringas de 10ml 	<ul style="list-style-type: none"> - Luvas e óculos de proteção individual para os profissionais de saúde - Gazes esterilizadas e álcool etílico - Cabo e lâmina de bisturi - Tesoura de ponta - Clampeador de cordão umbilical
Material para ventilação	
<ul style="list-style-type: none"> - Reanimador manual neonatal (balão auto-inflável volume máximo 750ml, reservatório de O2 e válvula de escape com limite de 30-40cm H2O e/ou manômetro) - Ventilador mecânico manual neonatal em T com círculos próprios - Máscaras redondas com coxim nº 00,0 e 1 - Máscara laríngea para recém-nascido nº1 	

Fonte: Adaptado de Almeida & Guinsburg, 2016 [5].

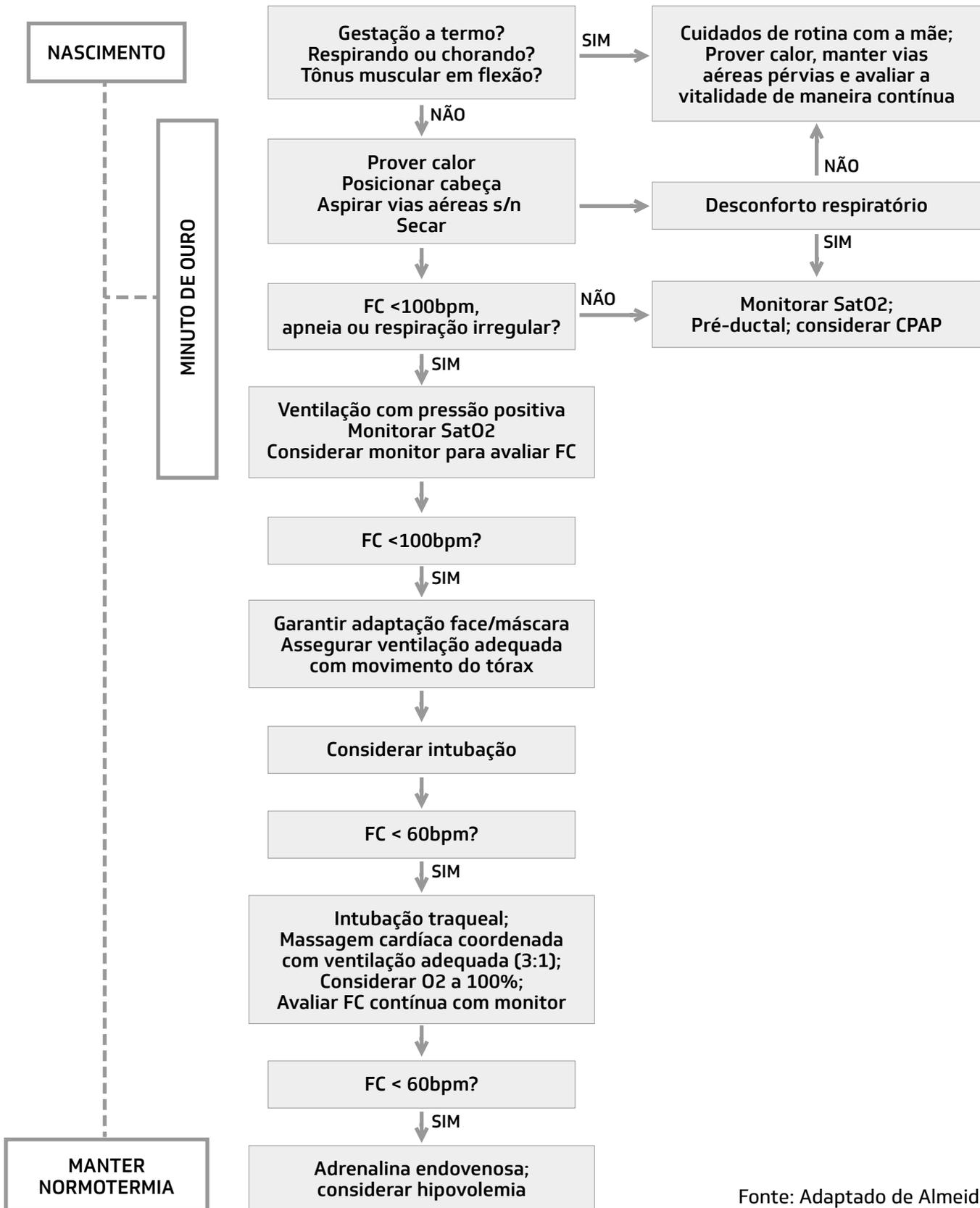
TABELA 2. MATERIAIS E MEDICAMENTOS PARA ASSISTÊNCIA AO RECÉM-NASCIDO NO PARTO

MATERIAL PARA INTUBAÇÃO					INSERÇÃO DA CÂNULA TRAQUEAL	
Idade gestacional (semanas)	Peso estimado (gramas)	Cânula traqueal (mm)	Sonda traqueal (F)	Lâmina reta (nº)	Idade gestacional (semanas)	Marca no lábio superior (centímetros)
< 28	1000	2,5	6	0	23 - 24	5,5
					25 - 26	6
28 a 34	1000 a 2000	3	6 ou 8	0	27 - 29	6,5
					30 - 32	7
34 a 38	2000 a 3000	3,5	8	1	33 - 34	7,5
					35 - 37	8
> 38	3000	3,5 ou 4,0	8	1	38 - 40	8,5
					> 40	9

MEDICAÇÕES			
	Adrenalina endovenosa	Adrenalina endotraqueal	Expansor de volume
Diluição	1:100.00 1ml adrenalina 1:100.00 em 9ml de SF	1:100.00 1ml adrenalina 1:100.00 em 9ml de SF	Soro Fisiológico
Preparo	1ml	5ml	2 seringas de 20ml
Dose	0,1 - 0,3 ml	0,5 - 1,0 ml	10 ml/kg
Peso ao nascer	1kg	0,1 - 0,3 ml	10 ml
	2kg	0,2 - 0,6 ml	20 ml
	3kg	0,3 - 0,9 ml	30 ml
	4kg	0,4 - 1,2 ml	40 ml
Velocidade e precauções	Infundir rápido na veia umbilical seguido por 0,5 - 1,0ml de SF	Infundir na cânula traqueal e ventilar USO ÚNICO	Infundir na veia umbilical lentamente em 5 a 10 minutos

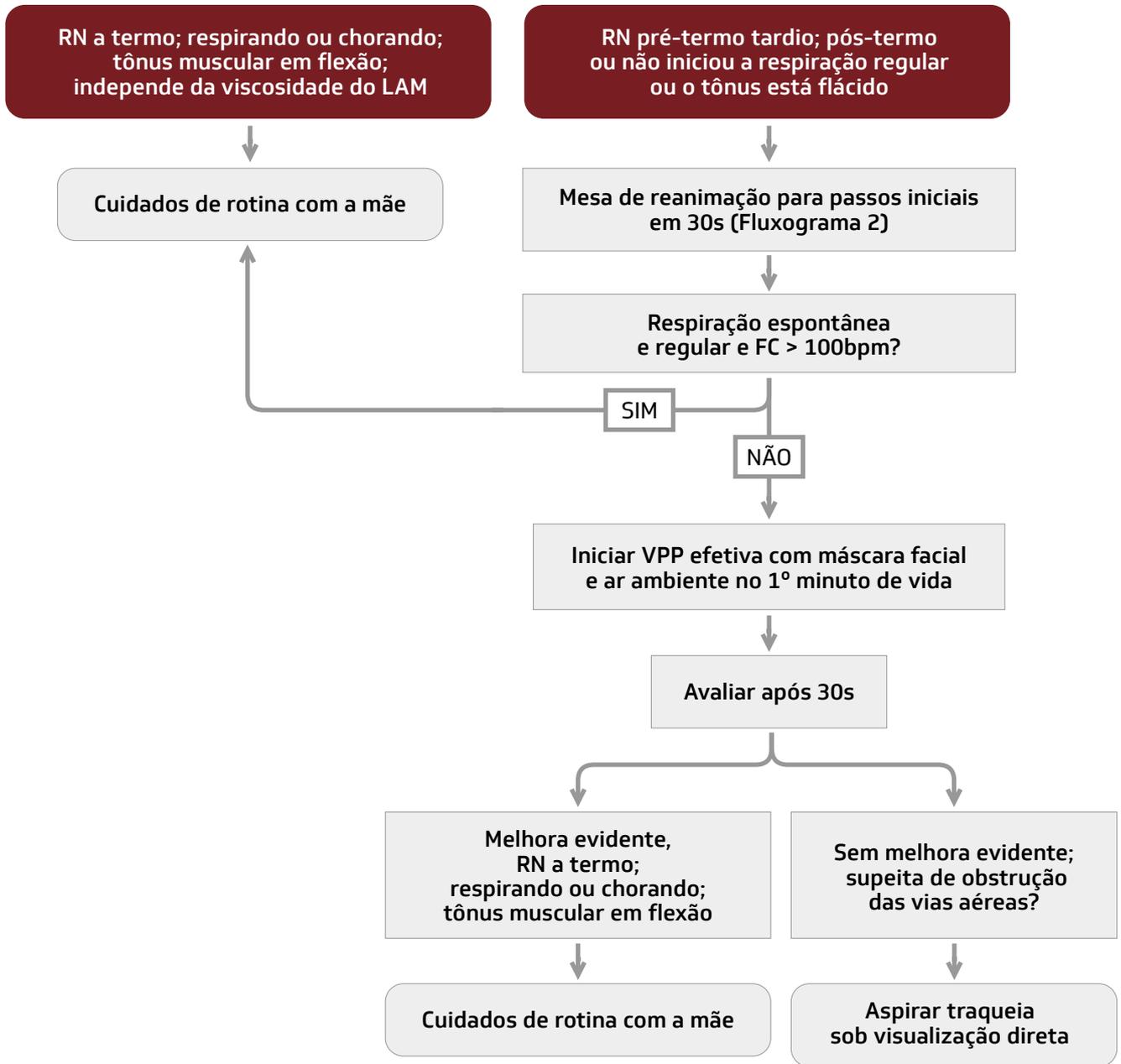
Fonte: Adaptado de Almeida & Guinsburg, 2016 [5].

FLUXOGRAMA 2. REANIMAÇÃO NEONATAL



Fonte: Adaptado de Almeida & Guinsburg, 2016 [5].

FLUXOGRAMA 3. LÍQUIDO AMNIÓTICO MECONIAL (LAM)



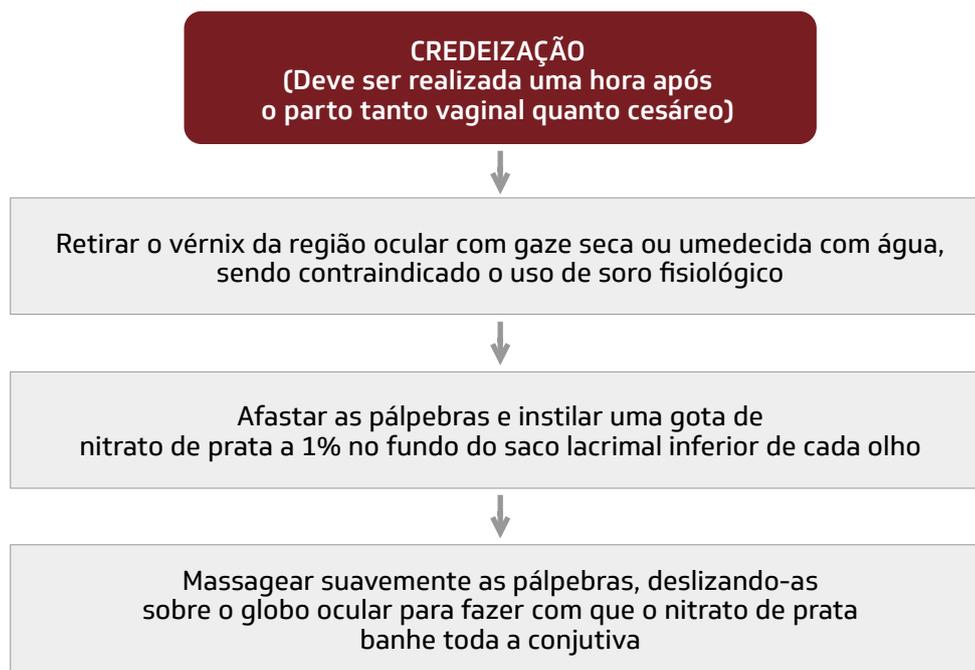
Fonte: Adaptado de Almeida & Guinsburg, 2016 [5].

QUADRO 2. CUIDADOS DE ROTINA COM O RECÉM-NASCIDO (RN)

CUIDADOS DE ROTINA COM O RECÉM-NASCIDO (RN)	
Antropometria	- Peso; estatura; perímetro cefálico, perímetro torácico e abdominal - Exame físico simplificado
Prevenção da oftalmia gonocócica (Credeização)	- Seguir orientações do Fluxograma 5
Prevenção da doença hemorrágica do RN	- Administrar 1mg da vitamina K por via intramuscular ou subcutânea na região do músculo vasto lateral da coxa
Banho	- Deve ser adiado nas primeiras 24 horas - Na impossibilidade, por motivos culturais, deve ser realizado no mínimo com 6 horas de vida

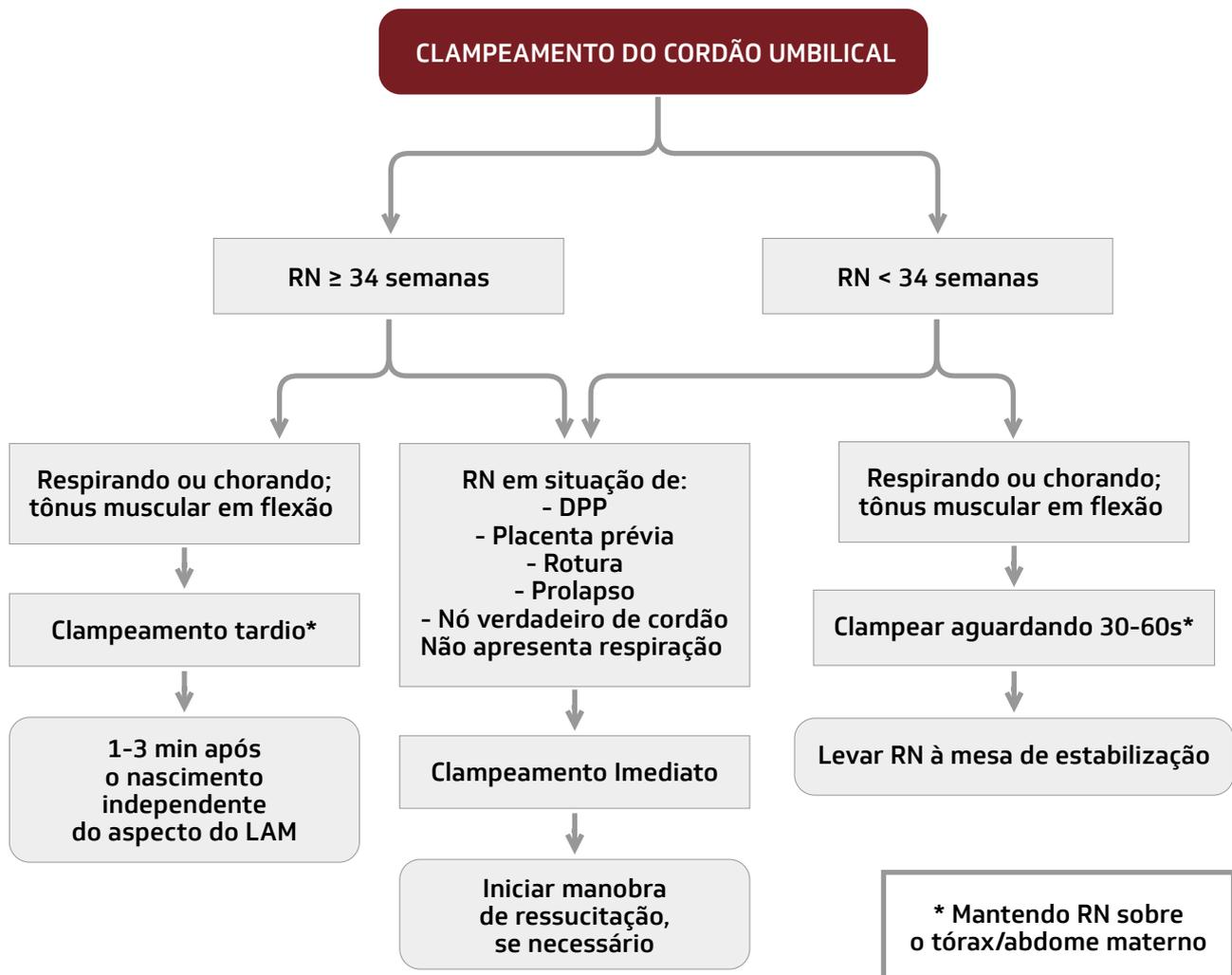
Fonte: Adaptado de Brasil, 2014 [6] e Chaparro & Lutter, 2007 [7].

FLUXOGRAMA 5. PREVENÇÃO DA OFTALMIA GONOCÓCICA: CREDEIZAÇÃO



Fonte: Adaptado de Brasil, 2014 [6] e Chaparro & Lutter, 2007 [7].

FLUXOGRAMA 6. CONDIÇÕES PARA CLAMPEAMENTO DO CORDÃO UMBILICAL NO RECÉM-NASCIDO (RN)

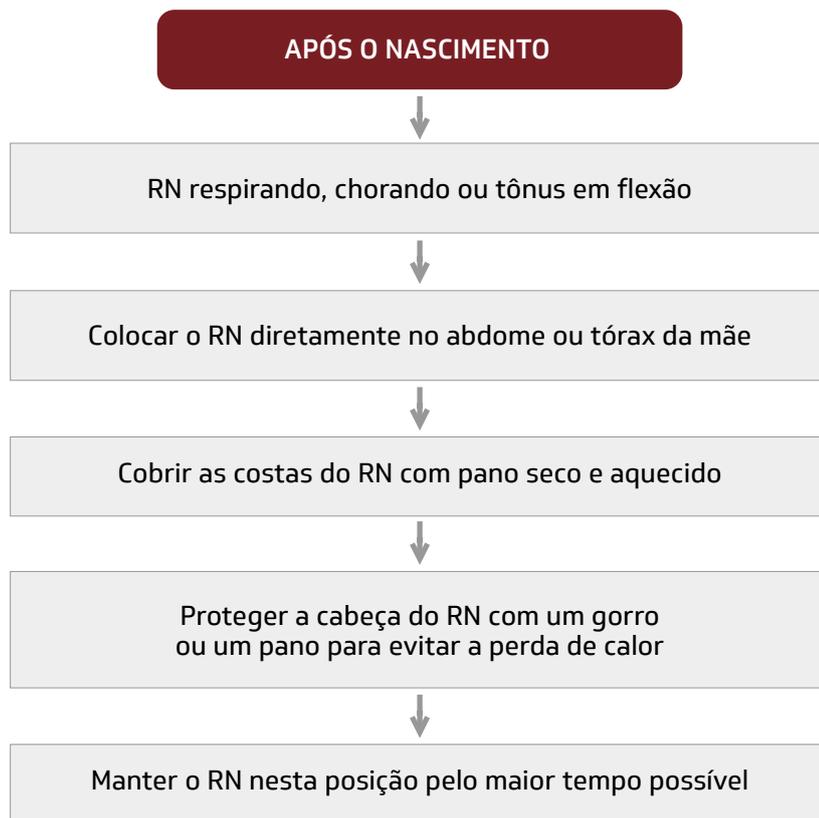


Fonte: Adaptado de Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016) [8].

TABELA 3: RESUMO DOS BENEFÍCIOS IMEDIATOS E NO LONGO PRAZO DO RETARDO DO CLAMPEAMENTO DO CORDÃO UMBILICAL

TABELA 3: RESUMO DOS BENEFÍCIOS IMEDIATOS E NO LONGO PRAZO DO RETARDO DO CLAMPEAMENTO DO CORDÃO UMBILICAL PARA RECÉM-NASCIDOS (A TERMO OU PRÉ-TERMO/BAIXO PESO AO NASCER) E PARA AS MÃES.				
Benefícios imediatos			Benefícios no longo prazo	
Recém-nascidos pré-termo/baixo peso ao nascer	Recém-nascidos a termo	Mães	Recém-nascidos pré-termo/baixo peso ao nascer	Recém-nascidos a termo
Diminui o risco de: – Hemorragia intraventricular – Sepses de início tardio	Fornece volume adequado de sangue e de reservas de ferro no nascimento	Indicação oriunda de ensaios clínicos sobre “drenagem placentária” de que placenta com menos sangue encurta o terceiro período da etapa do parto e diminui a incidência de retenção da placenta	Aumenta a hemoglobina com 10 semanas de idade	Melhora o estado hematológico (hemoglobina e hematócrito) dos 2 aos 4 anos de idade Melhora as reservas de ferro até os 6 meses de idade
Diminui a necessidade de: – Transfusão sanguínea por anemia ou baixa pressão sanguínea – Surfactante – Ventilação mecânica				
Aumenta: – Hematócrito – Hemoglobina – Pressão sanguínea – Oxigenação cerebral – Fluxo de glóbulos vermelhos				

Fonte: Adaptado de Brasil, 2011 [9].

FLUXOGRAMA 7. CONTATO PELE A PELE ENTRE MÃE E RECÉM-NASCIDO*

Fonte: Adaptado de OMS, 2016 [8].

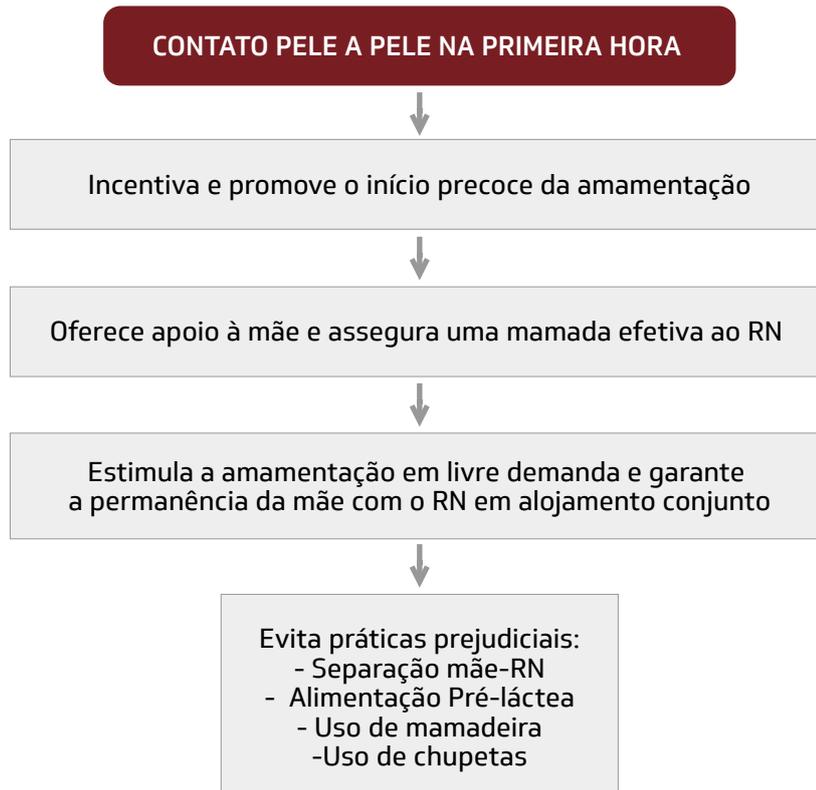
*Recomenda-se o contato pele a pele por pelo menos uma hora para manter a normotermia, iniciar o estabelecimento da lactação, favorecer o aleitamento materno, prevenir o desmame precoce e fortalecer o vínculo mãe-filho [10].

TABELA 4: RESUMO DOS BENEFÍCIOS IMEDIATOS E NO LONGO PRAZO DO CONTATO PELE A PELE DA MÃE E SEU RECÉM-NASCIDO LOGO APÓS O PARTO

TABELA 4: RESUMO DOS BENEFÍCIOS IMEDIATOS E NO LONGO PRAZO DO CONTATO PELE A PELE DA MÃE E SEU RECÉM-NASCIDO LOGO APÓS O PARTO			
Benefícios imediatos		Benefícios no longo prazo	
Lactante	Mãe	Lactante	Mãe
Melhora a efetividade da primeira mamada e reduz o tempo de obtenção de sucção efetiva	Melhora os comportamentos de afeto e vínculo	Existe associação positiva entre índices de aleitamento materno nos primeiros 4 meses pós-parto e maior duração de amamentação	Melhora os comportamentos de afeto e apego
Regula/mantém a temperatura corporal	Diminui a dor causada pelo ingurgitamento mamário	Facilita a colonização do RN pela flora da pele de sua mãe, somando-se aos fatores protetores do aleitamento materno, que também oferece componentes da microbiota da mãe e substrato para o crescimento da microbiota intestinal do RN	
Melhora a estabilidade cardiorrespiratória*			

*Recém-nascidos prematuros

Fonte: Adaptado de Brasil, 2011 [9] e Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP, 2018) [10].

FLUXOGRAMA 8. ALEITAMENTO MATERNO EXCLUSIVO*

Fonte: Adaptado de Brasil, 2011 [9] e SBP, 2018 [10].

*As recomendações da UNICEF/OMS de que todos os envolvidos no cuidado neonatal e materno devem ter um curso de no mínimo 20 horas de treinamento no apoio e abordagem ao aleitamento materno, segundo a Iniciativa Hospital Amigo da Criança-UNICEF/OMS- IHAC [10].

TABELA 5: RESUMO DOS BENEFÍCIOS IMEDIATOS E NO LONGO PRAZO DO ALEITAMENTO MATERNO PARA A MÃE E O LACTANTE

TABELA 5: RESUMO DOS BENEFÍCIOS IMEDIATOS E NO LONGO PRAZO DO ALEITAMENTO MATERNO PARA A MÃE E O LACTANTE			
Benefícios imediatos*		Benefícios no longo prazo	
Lactante	Mãe	Lactante	Mãe
<p>Previne a morbidade e a mortalidade neonatais</p> <p>O aleitamento materno logo após o parto está associado à maior duração da amamentação</p> <p>O aleitamento materno logo após o parto está associado à maior duração do aleitamento materno exclusivo</p>	<p>Estimula a liberação da ocitocina, que provoca a contração uterina</p> <p>Possível efeito protetor no transtorno do estado de ânimo materno</p>	<p>Diminui o risco de:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Otite média aguda – Gastroenterite inespecífica – Hospitalização por infecção do trato respiratório inferior – Dermatite atópica – Obesidade – Diabetes tipo 1 e 2 – Leucemia da infância – Síndrome da morte súbita infantil – Enterocolite necrosante <p>Melhor desenvolvimento motor</p> <p>Redução de atividades inflamatórias pela presença de lactoferrina, interleucina-10 e fator de crescimento beta.</p>	<p>A amenorrea lactacional ajuda a postergar futuras gestações e protege as reservas de ferro materno</p> <p>Diminui o risco de:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Diabetes tipo 2 – Câncer de ovário – Câncer de mama <p>Perda mais rápida de peso após a gravidez</p>

*Benefícios imediatos no início da amamentação exclusiva o mais cedo possível
 Fonte: Adaptado de Brasil, 2011 [9]; Boccoliné *et al.*, 2013 [11] e Rocha *et al.*, 2017 [12].

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. LAWN, J. E. et al. Setting research priorities to reduce almost one million deaths from birth asphyxia by 2015. *PLoS Med*, 8(1), pp. e1000389, 2011.
2. LAWN, J. E. et al. Two million intrapartum-related stillbirths and neonatal deaths: where, why, and what can be done? *Int. J. Gynaecol. Obstet.*, 107 (Suppl 1), pp. S5-18, 2009.
3. DICKSON, K. E. et al. Every Newborn: health-systems bottlenecks and strategies to accelerate scale-up in countries. *Lancet*, 384(9941), pp. 438-54, 2014.
4. NIERMEYER S. From the Neonatal Resuscitation Program to Helping Babies Breathe: Global impact of educational programs in neonatal resuscitation. *Semin. Fetal Neonatal Med.*, 20(5), pp. 300-8, 2015.
5. ALMEIDA, M. F. B.; GUINSBURG, R. Programa de Reanimação Neonatal da Sociedade Brasileira de Pediatria. Rio de Janeiro: SBP, 2016. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/reanimacao/>>. Acesso em: 6 de agosto 2018.
6. BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. Atenção à saúde do recém-nascido: guia para os profissionais de saúde. 2.ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.
7. CHAPARRO, C.; LUTTER, C. Além da sobrevivência: Práticas integradas ao parto, benéficas para a nutrição e saúde de mães e crianças. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde, 2007.
8. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. OMS. Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. Genebra: OMS, 2016. Disponível em: <<http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250800/WHORHR16.12por.pdf;jsessionid=87A0C7B6DF190BCDF45769305E8AF6A1?sequence=2>>. Acesso em: 7 de agosto 2018.
9. BRASIL, Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Além da Sobrevivência: práticas integradas de atenção ao parto, benéficas para a nutrição e a saúde de mães e crianças. Brasília: OPAS, 2011.
10. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. SBP. Manuais e documentos científicos em neonatologia. Nascimento Seguro, n. 3, 2018.
11. BOCCOLINI, C. S. et al. Breastfeeding during the first hour of life and neonatal mortality. *J. Pediatr.*, 89(2), pp. 131-136, 2013.
12. ROCHA, L. B. et al. Aleitamento materno na primeira hora de vida: uma revisão da literatura. *Revista de Medicina e Saúde de Brasília*, 6(3), pp. 384-394, 2017.



10 **PLANEJAMENTO REPRODUTIVO**

AUTORES

Andreisa Paiva Monteiro Bilhar

Marcelo Gondim Rocha

Raquel Autran Coelho



PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

ATENÇÃO PRIMÁRIA

São métodos contraceptivos disponíveis no Brasil:

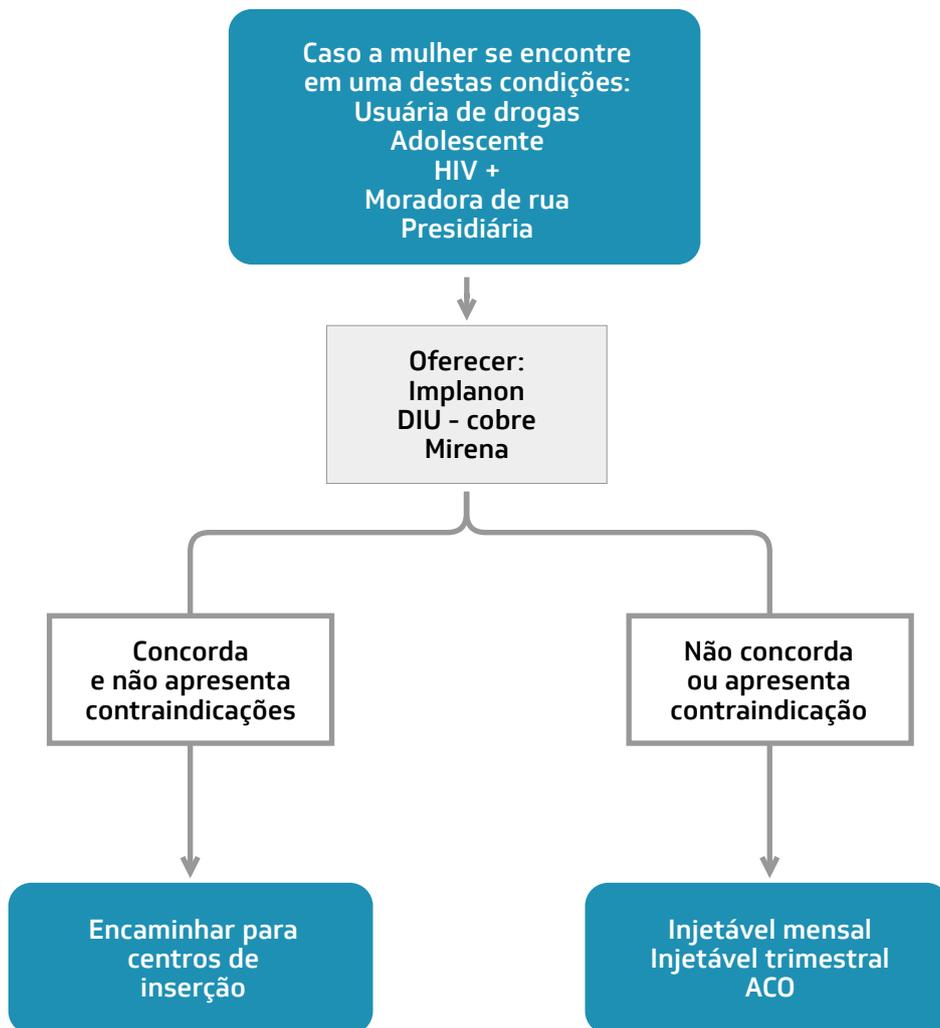
- Preservativo masculino
- Preservativo feminino
- DIU com cobre
- Etinilestradiol 0,03mg + Levonorgestrel 0,15mg - comprimido (cartela com 21 comp.)
- Estradiol, valerato + Noretisterona, enantato 5mg/ml + 50mg/ml (1ml) - solução injetável
- Medroxiprogesterona, acetato 150mg/ml (1ml) - solução injetável
- Noretisterona 0,35mg - comprimido
- Implanon
- Sistema intrauterino liberador de Levonorgestrel.

Os métodos contraceptivos disponíveis atualmente são bastante eficazes quando utilizados de forma correta. Entretanto, a baixa aderência contribui para o índice de 48% de gestações não planejadas entre usuárias de contracepção. Uma das principais vantagens dos LARCs (métodos reversíveis de longa duração) em relação aos contraceptivos reversíveis de curta duração é a manutenção da sua alta eficácia, independentemente da motivação da usuária. Devido à facilidade de uso, os LARCs ganharam o apelido de “pegue-o e esqueça-o”. A vantagem dos LARCs é sua baixa taxa de falha por independermos da ação diária da usuária para manter sua eficácia, sendo fortemente recomendados para grupos de baixa adesão, como adolescentes, usuárias de álcool e drogas ilícitas, moradoras de rua e presidiárias.

FLUXOGRAMA 1: OFERTA DE LARCS PARA INDIVÍDUOS EM SITUAÇÃO DE VULNERABILIDADE

ATENÇÃO PRIMÁRIA

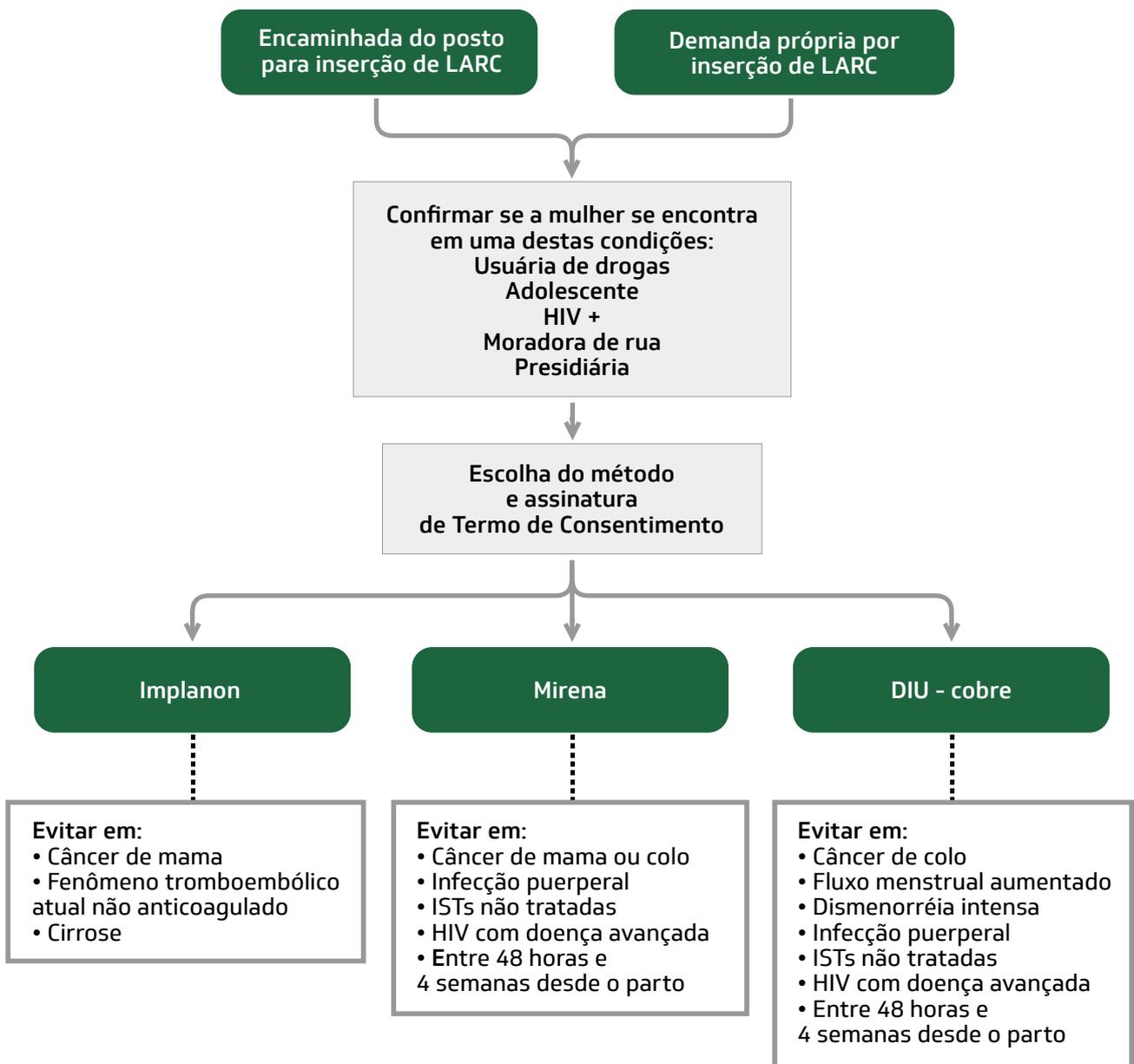
Para indivíduos em situação de vulnerabilidade, deve-se oferecer métodos reversíveis de longa ação (LARCs), conforme o fluxo abaixo:



PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

ATENÇÃO SECUNDÁRIA

FLUXOGRAMA 2: DECISÃO SOBRE O MÉTODO CONTRACEPTIVO NA ATENÇÃO SECUNDÁRIA



• OBS: Sempre, quando for optado pelos LARCs, preencher o Termo de Consentimento.

| TERMO DE CONSENTIMENTO IMPLANON

Documento de “Consentimento pós-informado” para Realização de Inserção de Implante Contraceptivo Subdérmico de Etonogestrel (IMPLANON)

Eu, _____, declaro que o(a) dr(a). _____ CRM: _____ me informou que, tendo em vista o DESEJO DE CONTRACEPÇÃO COM MÉTODO DE LONGA DURAÇÃO, ser indicado o uso de implante contraceptivo subdérmico de etonogestrel. Esclareceu-me que:

1. O implante subdérmico de etonogestrel é um método contraceptivo.
2. O implanon deve ser inserido sob a pele na face medial do braço, sob anestesia local.
3. O índice de falha em 3 anos é menor que 0,08.
4. Uma pequena quantidade de progestagênio etonogestrel (um tipo de hormônio feminino) é liberada continuamente, passando do implante para o corpo, resultando em um efeito anticoncepcional por um período de 03 anos.
5. Em alguns casos, o procedimento de inserção e/ou retirada pode causar formação de cicatriz no local do implante.
6. A inserção ou remoção do implante pode causar irritação leve, dor e coceira no local. Pode ocorrer também hematoma no local da inserção.
7. O contraceptivo pode ser removido a qualquer momento, mas deve ser removido após o período de 03 anos de uso.
8. Como em todos os contraceptivos apenas com progesterona, o Implanon pode mudar o padrão do sangramento vaginal. O padrão menstrual que poderá ocorrer com o uso do implante varia de mulher para mulher, sendo de difícil previsão, mas, em média, em 52% dos casos ocorre amenorreia (ausência de sangramento) ou sangramento infrequente, em 25% dos casos não ocorre alteração do fluxo menstrual (sangramento normal), em 16%, ocorre um aumento no fluxo menstrual (sangramentos prolongados) e em 7%, sangramentos frequentes.
9. Segundo os dados dos estudos realizados com Implanon, das mulheres que apresentavam quadro de acne no momento da inserção, a maioria (cerca de 59%) teve melhora. Em cerca de 14% a acne ocorreu sem história prévia e 10% a condição anterior piorou.
10. Em raros casos podem ocorrer alguns efeitos adversos, tais como aumento de peso, cefaleia e dor nas mamas.
11. Algumas medicações podem interferir no perfeito funcionamento do implante, como antiepiléticos e remédios para tratamento da tuberculose.
12. O implante subdérmico de etonogestrel não previne contra infecção por HIV ou qualquer outra doença sexualmente transmissível.
13. Em caso de dor fui orientada a fazer uso de medicação analgésica.
14. Fui orientada a retornar à consulta de forma breve em caso de dor local intensa, hematoma extenso, febre, saída de secreção purulenta local ou quaisquer outras intercorrências.
15. Declaro ter recebido comprovante contendo data de inserção, data máxima de retirada e do lote do produto.
16. Entendi as explicações que foram prestadas em linguagem clara e simples, e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas. Também entendi que, a qualquer momento prévio à inserção e sem necessidade de dar nenhuma explicação, poderei revogar o consentimento que agora presto. Assim, declaro agora que estou satisfeita com as informações recebidas e que compreendo o alcance e os riscos do tratamento. Por esta razão e nestas condições, consinto que se realize a inserção do implante contraceptivo proposto.

Local:

Data:

Assinatura:

| TERMO CONSENTIMENTO DISPOSITIVO INTRA-UTERINO

Termo de consentimento informado para inserção de dispositivo intra-uterino (DIU) hormonal ou não-hormonal

Este documento tem por objetivo informar-lhe sobre o procedimento de inserção de dispositivo intra-uterino (DIU) escolhido pela sra., bem como os riscos que decorrem da técnica a ser utilizada. O médico-assistente está à sua disposição para esclarecer as dúvidas. O momento é agora, antes da realização do procedimento.

Eu, _____ abaixo-assinado, declaro que, após orientações do(a) dr(a). _____ sobre métodos contraceptivos, optei pelo método disponível: Dispositivo Intrauterino (DIU). Declaro, sob as penas da lei, que:

1. Fui orientada de maneira clara e compreensível sobre todas as implicações e consequências do implante de Dispositivo Intrauterino (DIU) e estou ciente dos requisitos médicos para sua realização;

2. Fui informada sobre os diversos métodos contraceptivos existentes, definitivos e não definitivos, tendo optado pelo uso do DIU;

3. Fui informada que a inserção de dispositivo intrauterino não possui cem por cento (100%) de eficácia para a contracepção;

4. Fui informada das complicações mais frequentes:

- perfuração uterina;
- expulsão do DIU;
- dor pós inserção;
- migração do DIU;
- sangramento excessivo pós-implante;
- sangramento excessivo no período menstrual;
- infecção uterina e de anexos uterinos;
- gravidez (tópica ou ectópica);

5. Fui orientada sobre os possíveis efeitos colaterais do DIU hormonal, que são: sangramento no intervalo entre menstruações, mastalgia, retenção hídrica, náuseas e vômitos, entre outros.

6. Fui informada de que posso desistir de realizar o procedimento em epígrafe a qualquer momento, sem necessidade de apresentar qualquer explicação, podendo, neste caso, optar por outros métodos contraceptivos.

7. Estou ciente de que, como método anticoncepcional, o DIU também apresenta contraindicações, não devendo ser utilizado diante da suspeita de gravidez ou gravidez confirmada, suspeitas ou presença de tumores uterinos, em casos de sangramento vaginal sem causa conhecida, nas malformações uterinas e na presença de infecções ginecológicas.

8. Estou informada de que este formulário não contém todas as complicações e riscos conhecidos ou passíveis de acontecer, mas apenas os mais frequentes;

9. Sou sabedora de que o médico responsável pela inserção não terá qualquer responsabilidade em caso de falha na utilização do DIU que acarrete gravidez, pois o método, dependendo do modelo implantado, possuiu uma taxa de erro e/ou falha que pode variar de 0,3 a 3,3%. Declaro ter sido orientada da necessidade de acompanhamento regular após a implantação do DIU e que este deve ser trocado no prazo estipulado pelo fabricante de acordo com o modelo, podendo esse prazo variar de 5 (cinco) a 10 (dez) anos.

Diante do exposto acima, declaro estar plenamente satisfeita com as informações recebidas e perfeitamente inteirada do alcance e das consequências inerentes à implantação do Dispositivo Intrauterino- DIU, concordando com o procedimento para inseri-lo.

Local:

Data:

Assinatura:

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRAVERMAN, B. K. et al. Contraception for adolescents. Committee on Adolescence. *Pediatrics*, 134(4), pp. e1244-56, Oct., 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Medical eligibility criteria for contraceptive use. 5th.ed. Geneva: WHO, 2015. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/181468/9789241549158_eng.pdf;jsessionid=0A9E7110DE41B7434B1F344C32D94DE3?sequence=1>. Acesso em: 30 de julho de 2018.



AUTORES

Adner Nobre de Oliveira Formado em Medicina pela Universidade Federal do Maranhão, fez residência em GO, na Maternidade Escola Assis Chateaubriand. É responsável técnico da Policlínica Dra. Marcia Moreira de Meneses - Pacajus e coordenador médico da Obstetrícia da Rede HAPvida no Ceará, além de plantonista da Sala de Parto da Maternidade Escola Assis Chateaubriand e Conselheiro Fiscal da COOPEGO.

Analiana Alencar Arrais de Souza Formada pela Universidade Federal do Ceará e especialista em Citopatologia e em Medicina do Trabalho. É coordenadora e preceptora da Unichristus no Hospital São Camilo Cura D'Ares e preceptora na Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Andreisa Paiva Monteiro Bilhar Doutora em Ginecologia pela Universidade Federal de São Paulo (UNIFESP). Uroginecologia e cirurgiã vaginal pela UNIFESP. Coordenadora do Serviço de Uroginecologia da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC). Preceptora da Residência Médica em Ginecologia na Universidade Federal do Ceará (UFC-MEAC). Membro da Comissão Nacional de Uroginecologia da FEBRASGO. Membro da Diretoria da SOCEGO.

Angela Rocha Mapurunga Formada em Medicina pela Universidade Federal do Ceará, especialista em Pediatria, pós-graduada em Auditoria, Gestão e Acreditação e possui um MBA em Gestão de Serviços de Saúde. Atua há 15 anos na gestão de Saúde Suplementar e há 10 na gestão pública na Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Atualmente coordena o NATS/SESA, núcleo que avalia as novas tecnologias a serem incorporadas à SESA.

Carolina Buenos Aires Cabral Tavares Ginecologista e obstetra, possui residência médica na Maternidade Escola Assis Chateaubriand/UFC. É médica da atenção básica em Fortaleza e faz parte do Comitê de mortalidade infantil e fetal da Regional 3 de Fortaleza.

Cinara Gomes Eufrasio Machado Formada em Medicina pela Universidade Federal do Ceará e tem residência em Ginecologia e Obstetrícia pelo Hospital Geral de Fortaleza. Trabalha na Maternidade Escola Assis Chateaubriand, onde exerce a assistência obstétrica e a supervisão da residência de Ginecologia e Obstetrícia.

Clarisse Uchoa de Albuquerque Formada em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba, fez residência médica e especialização em Ginecologia e Obstetrícia na Maternidade Escola Assis Chateaubriand/UFC, onde chefia o setor de urgências e emergências. Também é preceptora do internato do curso de Medicina da Universidade de Fortaleza (UNIFOR) e da residência médica de GO da Escola de Saúde Pública. Cursa o mestrado profissional da Saúde da Mulher e da Criança da UFC/MEAC.

Denise Ellen Francelino Cordeiro Formada em Medicina pela Universidade Federal do Ceará com residência médica em Ginecologia e Obstetrícia na Universidade Federal do Ceará. Pós-graduanda em Saúde da Mulher e da Criança pela Universidade Federal do Ceará e professora da Faculdade de Medicina Unichristus.

Diana Austragesilo Formada em Medicina pela USP–Ribeirão Preto. Pediatra com título de especialista da Sociedade Brasileira de Pediatria e especialista em Gestão Hospitalar pela UNICE. É instrutora do programa de reanimação neonatal da SBP, médica concursada atuando em hospitais públicos da SMS e SESA e docente do curso de Medicina da Unichristus.

Elaine Saraiva Feitosa Formada em Medicina na Universidade Federal do Ceará, com residência em ginecologia e obstetrícia na Maternidade Escola Assis Chateaubriand/UFC. Tem mestrado em Saúde Pública na Universidade Estadual do Ceará e é doutoranda em Saúde Coletiva na Universidade de Fortaleza. Atua no Gonzaguinha de Messejana e é preceptora da Universidade de Fortaleza.

Fernanda Rios Bastos Luna Formada em Medicina na Faculdade Aparício Carvalho–FIMCA na cidade de Porto Velho-RO, atualmente é médica residente do terceiro ano em Ginecologia e Obstetrícia pela Escola de Saúde Pública do Ceará.

Francisco Edson de Lucena Feitosa Tem doutorado em Obstetrícia pela Unicamp. É Professor Adjunto do Departamento de Saúde da Mulher, da Criança e Adolescente da Universidade Federal do Ceará e chefe da Divisão de Gestão do Cuidado da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (EBSERH/UFC).

Francisco Herlânio Costa Carvalho Tem mestrado e doutorado em Obstetrícia pela Universidade Federal de São Paulo e especialização em Medicina Fetal e Ultrassonografia GO - FEBRASGO. É professor-associado do Departamento Saúde Materno-Infantil da Universidade Federal do Ceará, coordenador do Serviço Medicina Fetal – MEAC/UFC, professor efetivo do Programa de Pós-Graduação em Saúde Coletiva e do Mestrado Profissional em Saúde Mulher e da Criança – UFC.

Gerly Anne Nóbrega Barreto Formada em Medicina pela Universidade Federal do Ceará com residência de Pediatria no Hospital Walter Cantideo e de Neonatologia na Maternidade Escola Assis Chateaubriand. Tem mestrado em Saúde da Criança pela Universidade Estadual do Ceará. É funcionária federal e municipal e atua como coordenadora da Saúde da Criança e do Adolescente no Município de Fortaleza.

Igor Studart de Lucena Feitosa Estudante do curso de Medicina da Universidade Federal do Ceará.

Jader Rosas Carvalho Médico formado na Universidade Federal de Medicina/Sobral com residência médica em ginecologia e obstetrícia no Hospital Geral de Fortaleza. Especialista em Videocirurgia Ginecológica e Reprodução Humana Assistida. Vice Presidente da Sociedade Cearense de Ginecologia e Obstetrícia (SOCEGO) e Conselheiro do Conselho Regional de Medicina (CREMEC).

Jordana Parente Paiva Médica ginecologista e obstetra com residência pela Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC). Mestre em Ciências Médico-Cirúrgicas pela Universidade Federal do Ceará (UFC). Especialista em Ginecologia e Obstetrícia. Presidente da Comissão Hospitalar de Prevenção ao Óbito Materno, Infantil e Fetal da Maternidade Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará.

Liduína de Albuquerque Rocha e Sousa Formada em Medicina pela Universidade Federal do Ceará, com residência em Ginecologia e Obstetrícia pela Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC). Atua há 8 anos pela humanização do parto e pela garantia dos direitos reprodutivos no Brasil, fazendo parte da equipe multiprofissional de assistência ao parto humanizado Bem Viver. Atual presidente da Sociedade Cearense de Ginecologia e Obstetrícia (SOCEGO) e atual presidente do Comitê de prevenção à morte materna fetal e infantil do Estado do Ceará, mestranda pela Universidade Federal do Ceará em Saúde Materno-infantil e coordenadora geral do Programa Nascer no Ceará pela SOCEGO.

Marcelo Gondim Rocha Formado em Medicina pela Universidade Federal do Ceará, tem residência em Ginecologia e Obstetrícia e em Reprodução Humana pela USP – Ribeirão Preto. Tem ainda mestrado e doutorado em Ginecologia pela USP – Ribeirão Preto. Atualmente é médico da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC) e professor de Ginecologia da Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Trabalha ainda como médico da CONCEPTUS (Centro de Reprodução Assistida do Ceará).

Márcio Alcântara Costa Formado em medicina pela Universidade Federal do Ceará com residência em Ginecologia e Obstetrícia pela Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC). Foi coordenador do serviço de GO e diretor técnico do HDGM de Messejana e executivo do HDGM do José Walter. Ex-diretor e presidente da COOPEGO. Foi coordenador do Serviço de Obstetrícia do Hospital da Unimed de Fortaleza e atualmente é seu diretor técnico. Exerce cargo de diretoria na gestão vigente da SOCEGO.

Marcos Antônio de Alencar Sobreira Segundo Formado em Medicina pela Faculdade de Medicina de Juazeiro do Norte – CE, com residência médica em Ginecologia e Obstetrícia pela Escola de Saúde Pública do Ceará e pós-graduação em Medicina do Trabalho. É preceptor da residência médica em Ginecologia e Obstetrícia na Escola de Saúde Pública, sócio e obstetra da Equipe do Bem Viver. Atualmente é presidente da Cooperativa dos Ginecologistas e Obstetras do Ceará e médico da qualidade do hospital São Camilo/ Cura D’Ars.

Maria Helena Férrer de Azevedo Moreira Formada em Letras pela Universidade Federal do Ceará, especialista em Ginecologia e Obstetrícia. Atua há mais de 20 anos em serviços de emergência de obstetrícia na clínica privada e serviços públicos. Atualmente é coordenadora da Obstetrícia do Hospital Nossa Senhora da Conceição da Prefeitura Municipal de Fortaleza. É preceptora do internato da Unichristus.

Maria Sidneuma Melo Ventura Formada em Medicina pela Universidade Federal do Ceará (UFC) com residência médica em pediatria e mestrado em Saúde Pública na mesma universidade. Médica aposentada do Ministério da Saúde e da Universidade Federal do Ceará onde atuou no campo da neonatologia (diarista de sala de parto, UTI neonatal e atividades de ensino junto à residência médica e graduação). É membro da diretoria da Sociedade Cearense de Pediatria, atualmente no cargo de coordenadora estadual do Programa de Reanimação Neonatal da SBP, ao qual é vinculada desde 1993. É membro da Câmara Técnica de Pediatria do Conselho Regional de Medicina e Coordenadora do Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Maternidade Escola Assis Chateaubriand da Universidade Federal do Ceará. Mantém vínculo com a Associação Médica Brasileira no cargo de delegada estadual junto à entidade nacional.

Mariana Aroucha Carneiro Formada em Medicina pela Universidade Estadual do Maranhão (UEMA) e faz mestrado em Saúde Coletiva pela Universidade de Fortaleza (UNIFOR). Atua há quatro anos em urgência e emergência clínica e pediátrica e recentemente em Obstetrícia. Atualmente é preceptora do internato de Saúde da Mulher da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Raquel Autran Coelho Formada em Medicina pela Universidade Federal do Ceará (UFC) com doutorado em Ginecologia pela UNIFESP/EPM. Atualmente é professora adjunta da UFC e chefe do Setor de Ensino da Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC).

Roberta Cristiane Cavalcante Costa Formada em Biotecnologia pela Universidade Federal do Ceará com mestrado em Bioquímica. Atua há quatro anos na área de pesquisa científica na saúde e atualmente é assessora técnica do Núcleo de Avaliação de Tecnologias em Saúde na Secretaria da Saúde do Estado do Ceará.

Sammya Bezerra Maia e Holanda Moura Tem residência médica em Ginecologia e Obstetrícia pela Maternidade Escola Assis Chateaubriand (MEAC), mestrado em Tocoginecologia pela Universidade Federal do Ceará e Doutorado em Saúde Coletiva pela Universidade Estadual do Ceará. Atualmente é docente do curso de Medicina da Universidade de Fortaleza (UNIFOR).

Shirley Kelly Bedê Bruno Formada em Medicina pela Universidade federal do Ceará com residência médica no Hospital Geral de Fortaleza e pela Escola de Saúde Pública. Atua há 13 anos com pré-natal de alto risco. É preceptora do internato e da residência média e atualmente diretora do Hospital da Mulher – Hospital e Maternidade Zilda Arns Neumann.

Silvana Leite Napoleão de Araújo Formada em Enfermagem pela Faculdade de Ciências Médicas de Pernambuco com especialização em Vigilância Sanitária e em Qualidade e Segurança do Paciente. Foi gerente dos Serviços de Saúde da Vigilância Sanitária do Estado / SESA de 2010 a 2015. É mestranda em Saúde da Mulher e da Criança na Universidade Federal do Ceará e Supervisora do Núcleo da Saúde da Mulher, Adolescente e Criança / COPAS/ SESA desde 2015.

Stephanie Wilkes da Silva Formada em Medicina pela Universidade Federal da Paraíba, tem residência médica em Clínica Médica e em Medicina Intensiva no Hospital Geral de Fortaleza, título de especialista em Medicina intensiva pela Associação Brasileira de Medicina Intensiva. É médica responsável técnica e diarista da UTI materna da Maternidade Escola Assis Chateaubriand e médica diarista da UTI verde do Hospital Geral de Fortaleza.

PORTARIA DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA ASSISTÊNCIA MATERNO-INFANTIL

A Portaria do Ministério da Saúde a seguir normatiza a assistência à gestação de alto risco no Brasil seguindo diretrizes mundiais. Esta Portaria serviu, ainda, como referencial teórico utilizado pelo grupo de autores que elaborou estas Condutas Assistenciais para o Programa Nascer no Ceará, que tem como objetivo a diminuição dos índices de morbimortalidade materna, fetal e infantil no Estado do Ceará, principalmente entre gestantes de alto risco.

PORTARIA Nº 1.020, DE 29 DE MAIO DE 2013

in: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1020_29_05_2013.html

ADVERTÊNCIA

Este texto não substitui o publicado no Diário Oficial da União

Ministério da Saúde
Gabinete do Ministro

Institui as diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e define os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha.

O MINISTRO DE ESTADO DA SAÚDE, no uso das atribuições que lhe conferem os incisos I e II do parágrafo único do art. 87 da Constituição, e

Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, cujo art. 15, inciso V, item “d”, atribui à União, aos Estados, ao Distrito Federal e aos Municípios a atribuição para elaboração de normas técnicas e estabelecimento de padrões de qualidade e parâmetros de custos que caracterizam a assistência à saúde;

Considerando a Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, que garante às parturientes o direito à presença de acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e puerpério no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS);

Considerando o Decreto nº 7.508, de 28 de junho de 2011, cujo artigo 20 dispõe acerca da integralidade da assistência à saúde;

Considerando a Portaria nº 1.119/GM/MS, de 5 de junho de 2008, que regulamenta a vigilância de óbitos maternos;

Considerando a Portaria nº 72/GM/MS, de 11 de janeiro de 2010, que estabelece a obrigatoriedade da vigilância

do óbito infantil e fetal nos serviços de saúde públicos e privados que integram o SUS;
 Considerando a Portaria nº 4.279/GM/MS, de 30 de dezembro de 2010, que estabelece diretrizes para a organização da Rede de Atenção à Saúde no âmbito do SUS;
 Considerando a Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que institui a Rede Cegonha no âmbito do SUS;
 Considerando a Portaria nº 1.600/GM/MS, de 7 de julho de 2011, que reformula a Política Nacional de Atenção às Urgências e institui a Rede de Atenção às Urgências no SUS;
 Considerando as recomendações do Ministério da Saúde no que se refere à tecnologia apropriada para o parto e nascimento e, especialmente, em relação às boas práticas de atenção ao parto e ao nascimento; e
 Considerando a necessidade de organização e melhoria da qualidade de atenção à saúde na gestação de alto risco objetivando a redução da morbimortalidade materna e neonatal, resolve:

Art.1º Ficam instituídos os princípios e diretrizes para a organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco e definidos os critérios para a implantação e habilitação dos serviços de referência à Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco, incluída a Casa de Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP), em conformidade com a Rede Cegonha, instituída pela Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011.

Parágrafo único. A Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco deve ser compreendida como o conjunto de ações e serviços que abrange a atenção à gestante de alto risco, ao recém-nascido de risco e à puérpera de risco.

CAPÍTULO I

DAS DISPOSIÇÕES GERAIS

Art. 2º Para os fins desta Portaria, serão consideradas as seguintes definições:

- I - gestação, parto e nascimento: fenômenos fisiológicos que devem ser parte de uma experiência de vida saudável envolvendo mudanças dinâmicas do ponto de vista físico, social e emocional;
- II - gestação, parto e puerpério de risco: situações nas quais a saúde da mulher apresenta complicações no seu estado de saúde por doenças preexistentes ou intercorrências da gravidez no parto ou puerpério, geradas tanto por fatores orgânicos quanto por fatores socioeconômicos e demográficos desfavoráveis;
- III - risco materno: risco avaliado a partir das probabilidades de repercussões desfavoráveis no organismo da mulher em consequência das condições identificadas no inciso II do caput deste artigo;
- IV - risco fetal: risco avaliado a partir das condições de risco materno e da pesquisa de vitalidade, maturidade, desenvolvimento e crescimento fetal;
- V - risco neonatal: risco avaliado a partir da conjugação de situações de riscos sociais e pessoais maternos com as condições do recém-nascido, com maior risco de evolução desfavorável de sua saúde;
- VI - encaminhamento responsável na gestação de alto risco: processo pelo qual a gestante de alto risco é encaminhada a um serviço de referência, tendo o cuidado garantido no estabelecimento de origem até o momento do encaminhamento, com o trânsito facilitado entre os serviços de saúde de forma a ter assegurado o atendimento adequado; e
- VII - acolhimento: processo constitutivo das práticas que implicam a responsabilização da equipe de saúde pela gestante, puérpera e recém-nascido desde a chegada ao estabelecimento de saúde até a sua alta, garantindo bem-estar e inclusão.

Art. 3º A Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco deverá observar os seguintes princípios e diretrizes:

- I - universalidade, equidade e integralidade;
- II - humanização da atenção, ofertando atenção adequada e em tempo oportuno na gestação de acordo com as necessidades e condições clínicas da gestante;
- III - atenção à saúde baseada nos direitos sexuais e reprodutivos, em consonância com a Política de Atenção Integral da Saúde da Mulher (PNAISM) e com a Política Nacional de Humanização (PNH), ambas disponíveis no site www.saude.gov.br, e com as recomendações da Organização Mundial da Saúde (OMS) previstas no documento “Assistência ao parto normal: um guia prático - 1996”;
- IV - acolhimento com avaliação de risco e vulnerabilidade em todos os pontos de atenção;
- V - regionalização da atenção à saúde, com articulação entre os diversos pontos de atenção da Rede de Atenção à Saúde (RAS), conforme pactuação local;
- VI - atenção multiprofissional e interdisciplinar, com práticas clínicas compartilhadas e baseadas em evidências;
- VII - regulação de acesso; e
- VIII - controle social.

Art. 4º A organização da Atenção à Saúde na Gestação de Alto Risco deve contemplar todos os níveis de

complexidade, com definição dos pontos de atenção e competências correspondentes, considerando a importância da abordagem integral às gestantes conforme suas especificidades relacionadas às condições clínicas, socioeconômicas e demográficas.

CAPÍTULO II

DO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO

Art. 5º A atenção ao pré-natal de alto risco será realizada de acordo com as singularidades de cada usuária, com integração à atenção básica, a que cabe a coordenação do cuidado, com garantia de atenção à saúde progressiva, continuada e acessível a todas as mulheres.

§ 1º O encaminhamento ao pré-natal de alto risco será realizado, prioritariamente, pela atenção básica, que deverá assegurar o cuidado da gestante até sua vinculação ao serviço referenciado para alto risco.

§ 2º A equipe de atenção básica deverá realizar o monitoramento da efetiva realização do pré-natal de alto risco no estabelecimento referenciado.

Art. 6º O serviço de pré-natal deverá manter formalizada a referência da maternidade que fará o atendimento da gestante de alto risco sob sua responsabilidade na hora do parto.

Parágrafo único. A gestante deverá estar vinculada e informada quanto à maternidade que realizará seu parto, de modo a evitar peregrinação.

Art. 7º São atribuições da atenção básica no pré-natal de alto risco:

- I - captação precoce da gestante de alto risco, com busca ativa das gestantes;
- II - estratificação de risco;
- III - visitas domiciliares às gestantes de sua população cadastrada;
- IV - acolhimento e encaminhamento responsável ao estabelecimento que realiza o pré-natal de alto risco, por meio da regulação;
- V - acolhimento e encaminhamento responsável de urgências e emergências obstétricas e neonatais;
- VI - vinculação da gestante ao pré-natal de alto risco;
- VII - coordenação e continuidade do cuidado; e
- VIII - acompanhamento do plano de cuidados elaborado pela equipe multiprofissional do estabelecimento que realiza o pré-natal de alto risco.

§ 1º Uma vez encaminhada para o acompanhamento em serviço ambulatorial especializado em pré-natal de alto risco, a gestante será orientada a não perder o vínculo com a equipe de atenção básica que iniciou o seu acompanhamento.

§ 2º O serviço ambulatorial especializado em pré-natal de alto risco manterá a equipe da atenção básica informada acerca da evolução da gravidez e dos cuidados à gestante encaminhada.

Art. 8º O pré-natal de alto risco poderá ser realizado nos seguintes estabelecimentos:

- I - Unidade Básica de Saúde (UBS), quando houver equipe especializada ou matriciamento; e
- II - ambulatórios especializados, vinculados ou não a um hospital ou maternidade.

Parágrafo único. A organização da atenção referente ao pré-natal de alto risco em cada um dos estabelecimentos previstos nos incisos do caput, com fluxos, regulação e financiamento, será objeto de portaria específica.

Art. 9º Os estabelecimentos de saúde que realizam pré-natal de alto risco deverão:

- I - acolher e atender a gestante de alto risco referenciada;
- II - elaborar e atualizar, por meio de equipe multiprofissional, o Projeto Terapêutico Singular e o Plano de Parto, segundo protocolo específico a ser instituído por cada estabelecimento;
- III - garantir maior frequência nas consultas de pré-natal para maior controle dos riscos, de acordo com Manual de Gestação de Alto Risco do Ministério da Saúde, disponível no site www.saude.gov.br/sas;
- IV - realizar atividades coletivas vinculadas à consulta individual para trocas de experiências com outras gestantes e acompanhantes;
- V - garantir a realização dos exames complementares de acordo com evidências científicas e parâmetros estabelecidos na Portaria nº 650/GM/MS, de 5 de outubro de 2011, incluindo exames específicos para o pai, quando necessário;
- VI - garantir o acesso aos medicamentos necessários, procedimentos diagnósticos e internação de acordo com a necessidade clínica de cada gestante e com diretrizes clínicas baseadas em evidências em saúde;
- VII - manter as vagas de consultas de pré-natal disponíveis para regulação pelas Centrais de Regulação;
- VIII - assegurar o encaminhamento, quando for o caso, ao centro de referência para atendimento à gestante

portadora de HIV/AIDS; e

IX - alimentar os sistemas de informação disponibilizados pelo Ministério da Saúde.

CAPÍTULO III

DOS SERVIÇOS HOSPITALARES DE REFERÊNCIA À GESTAÇÃO DE ALTO RISCO

Seção I

Disposições Gerais

Art. 10. São atribuições dos serviços hospitalares de referência à Atenção à Gestação de Alto Risco:

I - cumprir os requisitos vigentes para a atenção hospitalar;

II - adequar a ambiência da maternidade às normas estabelecidas pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA);

III - receber todas as gestantes vinculadas pela atenção básica e/ou aquelas encaminhadas pela Central de Regulação para atender as intercorrências durante a gestação e realização de parto;

IV - implantar o acolhimento com classificação de risco (ACCR);

V - adotar boas práticas de atenção ao parto e nascimento, segundo as recomendações do Manual Técnico publicado pelo Ministério da Saúde, disponível no site www.saude.gov.br/sas, e protocolos para a atenção à gestante de risco, contemplando Plano de Parto, de acordo com a estratificação de risco;

VI - estimular a utilização de métodos não farmacológicos de alívio da dor;

VII - disponibilizar métodos farmacológicos de alívio da dor;

VIII - permitir a presença de acompanhante de livre escolha da mulher em todo o período de trabalho de parto, parto e puerpério;

IX - apresentar planos de adequação aos índices de cesariana, episiotomia e ocitocina recomendados pela Organização Mundial de Saúde (OMS) no documento “Assistência ao parto normal: um guia prático – 1996”, e definidos nesta Portaria;

X - garantir a privacidade da mulher durante o período de trabalho de parto e parto;

XI - estimular a realização do parto, em todas as suas fases, quais sejam pré-parto, parto e puerpério imediato, em um único ambiente, com opção de adoção de posições que proporcionem maior conforto para a mulher, resguardada a possibilidade de transferência da puérpera para alojamento conjunto no pós-parto;

XII - disponibilizar área para deambulação durante o trabalho de parto;

XIII - utilizar metodologias que garantam assistência segura no aborto espontâneo, incluindo-se o Método de Aspiração Manual Intrauterina (AMIU) até a 12ª semana;

XIV - apoiar e promover o aleitamento materno, com adoção dos “Dez Passos para o Sucesso do Aleitamento Materno” do Ministério da Saúde;

XV - estimular a constituição de Colegiado Gestor Materno-Infantil, conforme previsto na Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011;

XVI - desenvolver atividades de educação permanente para as equipes multiprofissionais, por iniciativa própria ou por meio de cooperação;

XVII - fornecer ações e serviços de orientação de planejamento reprodutivo pós-parto e pós-abortamento à puérpera no momento da alta hospitalar, assim como encaminhamento para consulta de puerpério e puericultura após a alta hospitalar;

XVIII - realizar ações e serviços de vigilância e investigação do óbito materno, fetal e infantil;

XIX - alimentar e atualizar os sistemas de informação obrigatórios do SUS; e

XX - realizar pesquisas de satisfação da usuária, abordando, entre outros temas, a violência institucional.

Seção II

Da Habilitação dos Serviços Hospitalares de Referência à Gestação de Alto Risco

Art. 11. Considerada a capacidade tecnológica e o perfil de recursos humanos dos serviços de Atenção à Gestação de Alto Risco, e em conformidade com os critérios dispostos nesta Portaria, os estabelecimentos de saúde de referência na Atenção à Gestação de Alto Risco classificam-se em:

I - Tipo 1; e

II - Tipo 2.

Parágrafo único. A classificação em Tipo 1 ou Tipo 2 refere-se exclusivamente à estrutura do serviço, não havendo hierarquização entre eles.

Art. 12. São critérios para habilitação de estabelecimentos hospitalares de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco, independentemente da classifica o:

- I - apresentar relatório de vistoria realizada in loco pela Vigilância Sanitária local, com avalia o das condi es de funcionamento do estabelecimento hospitalar;
- II - ter constituídas e em permanente funcionamento as comissões obrigatórias pertinentes aos estabelecimentos hospitalares;
- III - realizar atendimento em urgência e emergência obstétrica nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana;
- IV - fornecer retaguarda às urgências e emergências obstétricas e neonatais atendidas pelos outros pontos de aten o de menor complexidade que compõem a Rede Cegonha em sua Região de Saúde e garantir o encaminhamento responsável;
- V - implantar protocolo de acolhimento com classifica o de risco no atendimento às urgências obstétricas, ginecológicas e neonatais;
- VI - estruturar equipe horizontal gestora do cuidado em obstetrícia e neonatologia, com, no mínimo, médico obstetra, enfermeiro e médico pediatra;
- VII - manter todos os leitos cadastrados no Sistema  nico de Saúde (SUS) disponíveis para regula o pelas Centrais de Regula o;
- VIII - alimentar e atualizar os sistemas de informa o obrigatórios do SUS;
- IX - garantir vincula o de vaga para gestante, recém-nascido e puérpera de risco, com estabelecimento de fluxo e encaminhamento responsável;
- X - implantar Método Canguru, nos termos das Portarias n  1.683/GM/MS, de 13 de julho de 2007, e n  930/GM/MS, de 10 de maio de 2012;
- XI - manter alojamento conjunto, possibilitando ao neonato a permanência junto   mãe, sempre que possível;
- XII - proporcionar condi es para a permanência em tempo integral de um dos pais ou responsável nos casos de internaa o, inclusive nas hipóteses de internaa o em Unidade de Terapia Intensiva Neonatal (UTIN) e Unidades de Cuidados Intermediários Neonatal Convencional (UCINCo);
- XIII - manter taxa de ocupa o mínima de oitenta e cinco por cento para os leitos obstétricos e noventa por cento para os leitos de UTI, UCI Neonatal Convencional e UCI Neonatal Canguru (UCINCa);
- XIV - disponibilizar hemocomponentes nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana, com apresenta o do documento de formaliza o de seu fornecimento, nos termos da Portaria n  1.353/GM/MS, de 13 de junho de 2011, e da Resolu o da Diretoria Colegiada n  151, de 21 de agosto de 2001, da ANVISA;
- XV - apresentar o número total de partos realizados nos últimos dois anos, conforme Banco de Dados Nacional do Sistema de Informa o Hospitalar, com seus respectivos desfechos; e
- XVI - constituir e manter em funcionamento o Núcleo Hospitalar de Epidemiologia nos termos das normas de vigilância em saúde vigentes;

Art. 13. Para serem habilitados como estabelecimentos hospitalares de referência em Aten o   Gesta o de Alto Risco Tipo 1, além dos critérios previstos no art. 12, os estabelecimentos hospitalares deverão cumprir os seguintes requisitos:

- I - comprovar taxa de cirurgia cesariana menor ou igual a trinta por cento ou apresentar um plano de redu o das taxas de cirurgias cesarianas em dez por cento ao ano até atingir a taxa estabelecida;
- II - manter quantidade de leitos de gesta o de alto risco para atendimento ao SUS, conforme necessidade estabelecida pela programa o da Rede Cegonha e contemplada no Plano de A o Regional;
- III - disponibilizar Unidade de Cuidado Intermediário Neonatal Convencional (UCINCo), nos termos da Portaria n  930/GM/MS, de 10 de maio de 2012, no prazo de até um ano da data da habilita o do estabelecimento hospitalar;
- IV - dispor de um leito equipado para estabiliza o da gestante ou puérpera até transferência para UTI Adulto de referência, pactuada em outro estabelecimento, quando não contar com UTI Adulto própria;
- V - dispor da seguinte infraestrutura para exames e serviços no estabelecimento hospitalar em período integral, nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana:
 - a) ultrassonografia;
 - b) eletrocardiografia;
 - c) cardiotocografia;
 - d) serviço de radiologia;
 - e) laboratório clínico; e
 - f) posto de coleta de leite humano;

VI - garantir o acesso à ultrassonografia com doppler, caso necessário;

VII - dispor de equipe para a atenção à Gestação de Alto Risco composta pelos seguintes profissionais:

- a) assistente social;
- b) enfermeiro, de preferência enfermeiro obstetra;
- c) médico anesthesiologista;
- d) médico obstetra;
- e) médico pediatra;
- f) nutricionista;
- g) psicólogo;
- h) farmacêutico; e
- i) técnico de enfermagem;

VIII - garantir acesso nas especialidades médicas e demais procedimentos diagnósticos de acordo com a necessidade e quadro clínico da usuária.

§ 1º Excepcionalmente, em situações nas quais a maternidade se configura como a única referência regional para gestação de alto risco, a redução anual prevista no Plano de Redução de Cirurgias Cesarianas poderá ser ajustada para cinco por cento ao ano, desde que pactuado com o gestor de saúde local.

§ 2º A critério do gestor de saúde local, o Plano de Redução de Cirurgias Cesarianas poderá contemplar também o acompanhamento das taxas municipais e regionais, além das taxas específicas por estabelecimento.

§ 3º Os profissionais enfermeiro, médico anesthesiologista, médico obstetra, médico pediatra e técnico de enfermagem deverão estar disponíveis nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana.

Art. 14. Para serem habilitados como estabelecimentos hospitalares de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco Tipo 2, além dos critérios previstos no art. 12, os estabelecimentos hospitalares de saúde deverão cumprir os seguintes requisitos:

I - comprovar taxa de cirurgia cesariana menor ou igual a trinta e cinco por cento ou apresentar um plano de redução das taxas de cirurgias cesarianas em dez por cento ao ano até atingir a taxa estabelecida;

II - dispor de equipe para a atenção à gestante, à puerpera e ao recém-nascido, composta pelos seguintes profissionais:

- a) assistente social;
- b) enfermeiro obstetra;
- c) fisioterapeuta;
- d) fonoaudiólogo;
- e) médico anesthesiologista;
- f) médico clínico geral;
- g) médico obstetra;
- h) médico neonatologista ou intensivista pediatra;
- i) médico pediatra;
- j) nutricionista;
- k) farmacêutico;
- l) psicólogo; e
- m) técnico de enfermagem;

III - dispor da seguinte infraestrutura para exames e serviços no estabelecimento em período integral de vinte e quatro horas durante sete dias da semana:

- a) ultrassonografia com doppler;
- b) eletrocardiografia;
- c) cardiotocografia;
- d) serviço de radiologia;
- e) laboratório clínico; e

f) Banco de Leite Humano, ou posto de coleta com referência pactuada a um Banco de Leite Humano, com fluxos e rotinas de encaminhamentos descritos e aprovados pela Vigilância Sanitária local;

IV - garantir acesso de apoio nas especialidades médicas e demais procedimentos diagnósticos de acordo com a necessidade e quadro clínico da usuária;

V - disponibilizar UTIN, nos termos da Portaria nº 930/GM/MS, de 10 de maio de 2012, no prazo de até doze meses, contado da data de habilitação do estabelecimento hospitalar.

§ 1º Excepcionalmente, em situações nas quais a maternidade se configura como a única referência regional para Gestação de Alto Risco, a redução anual prevista no Plano de Redução de Cirurgias Cesarianas poderá ser

ajustada para cinco por cento ao ano, desde que pactuado com o gestor de saúde local.

§ 2º A critério do gestor de saúde local, o Plano de Redução de Cirurgias Cesarianas poderá contemplar também o acompanhamento das taxas municipais e regionais, além das taxas específicas por estabelecimento.

§ 3º Os profissionais enfermeiro, médico anesthesiologista, médico clínico geral, médico obstetra, médico neonatologista ou intensivista pediatria, médico pediatria e técnico de enfermagem deverão estar disponíveis nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana.

Art. 15. A solicitação de habilitação será encaminhada à Coordenação Geral de Atenção Hospitalar (CGHOSP/DAE/SAS/MS) pelo gestor de saúde estadual do Distrito Federal ou municipal, acompanhada dos seguintes documentos:

I - ofício de solicitação, cujo modelo de formulário para solicitação de habilitação do estabelecimento hospitalar de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco Tipo 1 ou Tipo 2 será disponibilizado no site do Ministério da Saúde, em http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1747.

II - resolução da Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou do Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) que contemple a inclusão do estabelecimento hospitalar na Rede Cegonha e pactuação de atendimento em UTI Adulto, quando necessária;

III - declaração do gestor de saúde estadual, do Distrito Federal ou Municipal que ateste a existência dos recursos humanos e da infraestrutura para o funcionamento do serviço hospitalar de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco solicitado, de acordo com os critérios de habilitação previstos nesta Portaria; e

IV - relatório de vistoria realizada in loco pela Vigilância Sanitária local.

Parágrafo único. A CGHOSP/DAE/SAS/MS emitirá parecer conclusivo sobre a solicitação de habilitação encaminhada.

Art. 16. A habilitação dos estabelecimentos hospitalares de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco poderá ser cancelada ou suspensa a qualquer momento se descumprido qualquer requisito previsto nesta Portaria.

CAPÍTULO IV

DA CASA DA GESTANTE, BEBÊ E PUERPERA (CGBP)

Art. 17. A Casa da Gestante, Bebê e Puérpera (CGBP) é uma residência provisória de cuidado à gestação de alto risco para usuárias em situação de risco identificadas pela Atenção Básica ou Especializada e terá as seguintes características:

I - capacidade para acolhimento de dez, quinze ou vinte usuárias, entre gestantes, puérperas com recém-nascidos e puérperas sem recém-nascidos;

II - vinculação a um estabelecimento hospitalar de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco Tipo 1 ou Tipo 2; e

III - Situar-se preferencialmente nas imediações do estabelecimento hospitalar a que pertence, em um raio igual ou inferior a cinco quilômetros do estabelecimento ao qual esteja vinculada § 1º A responsabilidade técnica e administrativa pela CGBP é do estabelecimento hospitalar ao qual esteja vinculada, incluindo o transporte para a gestante, recém-nascido e puérpera para atendimento imediato das intercorrências, de acordo com a necessidade clínica.

§ 2º Excepcionalmente, a CGBP poderá ser instalada a uma distância superior a cinco quilômetros do estabelecimento hospitalar ao qual esteja vinculada, desde que observados os seguintes requisitos:

I - localização no mesmo município do estabelecimento hospitalar de referência;

II - justificativa e pactuação prévia na CIB; e

III - encaminhamento para conhecimento da CGHOSP/DAE/SAS/MS.

§ 3º A CGBP deverá dispor de ambientes específicos, tais como dormitório, banheiro, sala e cozinha, todos separados entre si, adequados ao número de usuários previsto.

Art. 18. A CGBP tem como objetivo apoiar o cuidado às gestantes, recém-nascidos e puérperas em situação de risco, contribuindo para um cuidado adequado às situações que demandem vigilância e proximidade dos serviços hospitalares de referência, embora não haja necessidade de internação hospitalar.

§ 1º A CGBP deve contribuir para a utilização racional dos leitos hospitalares obstétricos e neonatais nos estabelecimentos hospitalares de referência à Gestação de Alto Risco ao qual estejam vinculadas, com vistas à redução da morbimortalidade materna e perinatal.

§ 2º A CGBP somente admitirá usuários que se enquadrem nas situações descritas no caput, não se confundindo com abrigo, albergue ou casa de passagem.

Art. 19. A CGBP deverá garantir:

- I - acolhimento, orientação, acompanhamento, hospedagem e alimentação às gestantes, puérperas e recém-nascidos em situação de risco que necessitem de acompanhamento supervisionado pela equipe de referência do estabelecimento hospitalar ao qual esteja vinculada;
- II - assistência à saúde garantida pelo estabelecimento hospitalar durante a permanência na CGBP, de acordo com as necessidades clínicas dos usuários;
- III - visita aberta, com horários ampliados e flexíveis;
- IV - acompanhamento por enfermeiro de segunda à sexta, em regime de quarenta horas semanais;
- V - acompanhamento por técnico de enfermagem nas vinte e quatro horas do dia e nos sete dias da semana;
- VI - cuidados na prevenção e tratamento da infecção puerperal e ações da primeira semana direcionadas à puérpera e aos recém-nascidos;
- VII - insumos, materiais, suprimentos e limpeza da CGBP; e
- VIII - manutenção da estrutura física e dos equipamentos.

Art. 20. A equipe da CGBP deverá ser composta, no mínimo, por:

- I - um coordenador técnico-administrativo;
- II - enfermeiro responsável disponível de segunda à sexta, com supervisão do enfermeiro do hospital de referência no final de semana e no período da noite;
- III - técnico de enfermagem disponível nas vinte e quatro horas do dia durante os sete dias da semana;
- IV - auxiliar de limpeza durante sete dias da semana; e
- V - visita médica, de acordo com o quadro clínico, segundo o plano de cuidados, ou quando solicitada pela equipe de enfermagem.

Parágrafo único. O enfermeiro responsável poderá acumular a função de coordenador técnico-administrativo.

Art. 21. A inclusão da gestante, do recém-nascido e da puérpera na CGBP será feita pelo estabelecimento hospitalar ao qual esteja vinculada a partir de demanda da Atenção Básica ou da Atenção Especializada, de acordo com os critérios de regulação estabelecidos pelo gestor de saúde local, observando os seguintes critérios:

I - para a gestante:

- a) necessitar de atenção diária pela equipe de saúde por apresentar situação de vulnerabilidade; e
- b) necessidade de vigilância mais frequente de suas condições de saúde em regime ambulatorial, acompanhada de dificuldade de deslocamento frequente em decorrência de distância e/ou outros obstáculos ao deslocamento;

II - para o recém-nascido clinicamente estável:

- a) estar em recuperação nutricional, necessitando de atenção diária da equipe de saúde, embora sem exigência de vigilância constante em ambiente hospitalar; e
- b) necessitar de adaptação de seus cuidadores no manejo de cuidados específicos que serão realizados posteriormente no domicílio; e

III - para a puérpera:

- a) necessitar de atenção diária à saúde, sem exigência de vigilância constante em ambiente hospitalar; e
- b) quando o recém-nascido se encontrar internado em UTIN ou UCIN no estabelecimento hospitalar e houver dificuldade para o deslocamento frequente da mãe.

Parágrafo único. Preferencialmente, as vagas para as puérperas que necessitem permanecer na CGBP em razão de internação do recém-nascido na UTIN ou na UCINCo não ultrapassarão trinta por cento da capacidade de ocupação da CGBP, devendo-se garantir a disponibilidade da permanência da mãe ao lado do recém-nascido em período integral durante a internação.

Art. 22. O estabelecimento hospitalar responsável pela CGBP deverá registrar e atualizar as seguintes informações das gestantes, bebês e puérperas:

- I - nome;
- II - endereço completo, incluindo o município de origem;
- III - motivo da admissão;
- IV - taxa de ocupação;
- V - tempo médio de permanência; e
- VI - média de ganho de peso diário do bebê durante a permanência na CGBP.

Art. 23. O gestor de saúde responsável solicitará à CGHOSP/DAE/MS pedido de habilitação da CGBP, com o encaminhamento dos seguintes documentos:

- I - comprovação dos requisitos previstos nos arts. 17 e 20; e
- II - declaração do gestor de saúde acerca do cumprimento dos requisitos previstos no art. 19.

CAPÍTULO V**DOS INCENTIVOS FINANCEIROS****Seção I****Das Disposições Gerais**

Art. 24. As novas construções ou reformas de estabelecimentos hospitalares de referência em Atenção à Gestação de Alto Risco no âmbito do SUS com financiamento pelo Ministério da Saúde nos termos deste Capítulo ficam condicionadas ao cumprimento dos seguintes requisitos:

I - implanta o da CGBP, conforme regras estabelecidas nesta Portaria;

II - implanta o do Centro de Parto Normal (CPN) conforme diretrizes da Rede Cegonha, instituída pela Portaria n  1459/GM/MS, de 24 de junho de 2011.

Parágrafo  nico. Os estabelecimentos hospitalares com projetos de constru o concluídos ou constru es ainda não finalizadas até a data de publica o desta Portaria não terão a obrigatoriedade de contar com CGBP e CPN para solicita o de habilita o como estabelecimento de referência em Aten o   Gesta o de Alto Risco Tipo 1 ou Tipo 2.

Art. 25. No caso de CGBP já existente e que solicite apenas o repasse do incentivo financeiro de custeio mensal, as condi es de estrutura física serão avaliadas individualmente pela CGHOSP/DAE/SAS/MS.

Se o II**Do Incentivo Financeiro de Investimento**

Art. 26. Fica instituído incentivo financeiro de investimento para amplia o de CGBP nos seguintes valores:

I - amplia o de CGBP para dez usuárias: R\$ 238.500,00 (duzentos e trinta e oito mil e quinhentos reais);

II - amplia o de CGBP para quinze usuárias: R\$ 343.125,00 (trezentos e quarenta e três mil cento e vinte e cinco reais); e

III - amplia o de CGBP para vinte usuárias: R\$ 447.750,00 (quatrocentos e quarenta e sete mil setecentos e cinquenta reais).

Parágrafo  nico. O incentivo financeiro de investimento de que trata este artigo será repassado na forma do   3  do art. 10 da Portaria n  1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, da Rede Cegonha.

Art. 27. Fica redefinido o incentivo financeiro de investimento para aquisi o de equipamentos e materiais permanentes para CGBP, conforme os seguintes valores:

I - CGBP com quinze ou dez camas: R\$ 40.000,00 (quarenta mil reais); e

II - CGBP com vinte camas: R\$ 50.000,00 (cinquenta mil reais).

Parágrafo  nico. O incentivo financeiro de investimento de que trata este artigo será repassado em parcela única após aprova o pela CGHOSP/DAE/SAS/MS do projeto encaminhado pelo gestor de saúde interessado.

Se o III**Dos Incentivos Financeiros de Custeio****Subse o I****Do Incentivo Financeiro de Custeio para Reforma**

Art. 28. Fica redefinido o incentivo financeiro de custeio destinado   reforma de CGBP, conforme os seguintes valores:

I - reforma de CGBP para dez usuárias: R\$ 143.100,00 (cento e quarenta e três mil e cem reais);

II - reforma de CGBP para quinze usuárias: R\$ 205.875,00 (duzentos e cinco mil oitocentos e setenta e cinco reais); e

III - reforma de CGBP para vinte usuárias: R\$ 268.650,00 (duzentos e sessenta e oito mil seiscentos e cinquenta reais).

Parágrafo  nico. O incentivo financeiro de custeio de que trata este artigo será repassado em parcela única após aprova o pela CGHOSP/DAE/SAS/MS do projeto encaminhado pelo gestor de saúde interessado.

Subse o II**Do Incentivo Financeiro de Custeio Mensal**

Art. 29. Fica instituído incentivo financeiro de custeio para estabelecimentos hospitalares de referência em Aten o   Gesta o de Alto Risco habilitados nos Tipos 1 e 2 na forma de custeio diferenciado para os seguintes procedimentos:

- I - parto normal em gestação de alto risco;
- II - parto cesariano em gestação de alto risco;
- III - tratamento de intercorrências clínicas na gravidez; e
- IV - tratamento de complicações relacionadas predominantemente ao puerpério.

Parágrafo único. O valor do custeio diferenciado está definido no Anexo I a esta Portaria.

Art. 30. O incentivo financeiro de custeio referente aos leitos obstétricos para gestação de alto risco seguirá a previsão dos itens Q e R do Anexo II a esta Portaria nº 1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, que tratam, respectivamente, do custeio de novos leitos para gestantes de alto risco e do custeio de leitos para gestantes de alto risco já existentes.

Parágrafo único. Os leitos obstétricos para gestação de alto risco deverão ser alocados nos estabelecimentos hospitalares habilitados como referência em Atenção à Gestação de Alto Risco.

Art. 31. O incentivo financeiro de custeio mensal para CGBP habilitada fica redefinido conforme os seguintes valores:

- I - CGBP com dez camas (dois ou três quartos): R\$ 20.000,00 (vinte mil reais);
- II - CGBP com quinze camas (três ou quatro quartos): R\$ 30.000,00 (trinta mil reais); e
- III - CGBP com vinte camas (quatro ou cinco quartos): R\$ 60.000,00 (sessenta mil reais).

§ 1º O incentivo de custeio redefinido neste artigo poderá ser utilizado para o pagamento de locação de imóvel para o funcionamento da CGBP.

§ 2º Após cento e oitenta dias de funcionamento, a CGBP deverá contar com ocupação média mensal superior a cinquenta por cento de sua capacidade, sob pena de o valor do incentivo financeiro de custeio mensal ser reduzido em trinta por cento.

§ 3º O repasse do incentivo financeiro de custeio mensal será suspenso se a ocupação média mensal se mantiver inferior a cinquenta por cento da capacidade da CGBP nos três meses subsequentes à efetivação da redução de que trata o § 2º.

§ 4º O repasse do incentivo de custeio redefinido neste artigo será suspenso caso a CGBP não cumpra o estabelecido nesta Portaria ou quando o gestor de saúde local não repasse os recursos relativos à CGBP ao estabelecimento hospitalar ao qual esteja vinculada.

Seção IV

Do Monitoramento e Avaliação

Art. 32. Para fins de acompanhamento e controle da aplicação dos recursos repassados por meio do Fundo Nacional de Saúde, ficam estabelecidos os seguintes prazos máximos a serem cumpridos pelos entes federativos beneficiários:

I - 180 (cento e oitenta) dias, a contar da data da liberação do incentivo financeiro, para conclusão da reforma e/ou ampliação da CGBP e para aquisição de equipamentos; e

II - 90 (noventa) dias após a conclusão da reforma e/ou ampliação para início do efetivo funcionamento da CGBP reformada e/ou ampliada.

§ 1º Caso sejam descumpridos quaisquer dos prazos definidos neste artigo, os entes federativos beneficiários deverão encaminhar para análise, no prazo de 30 (trinta) dias do término dos citados prazos, as justificativas ao Ministério da Saúde, especialmente à CGHOSP/DAE/SAS/MS.

§ 2º Caso aceitas as justificativas, o Ministério da Saúde poderá prorrogar o prazo de que trata o inciso I do caput por até 180 (cento e oitenta) dias e o prazo de que trata o inciso II do caput por até 90 (noventa) dias.

§ 3º Caso não haja apresentação de justificativas pelos entes federativos beneficiários ou o Ministério da Saúde não aceite as que forem apresentadas, o ente federativo beneficiário estará sujeito, no que for pertinente, à devolução imediata dos recursos financeiros repassados, acrescidos da correção monetária prevista em lei, ou ao regramento disposto na Lei Complementar nº 141, de 3 de janeiro de 2012, e no Decreto nº 7.827, de 16 de outubro de 2012.

§ 4º O monitoramento de que trata este artigo não dispensa o ente federativo beneficiário de comprovação, por meio do Relatório Anual de Gestão (RAG), da aplicação dos recursos financeiros percebidos.

Art. 33. Além do disposto no art. 32, caberá aos órgãos de controle interno, especialmente ao Sistema Nacional de Auditoria (SNA), o monitoramento da correta aplicação dos recursos oriundos dos incentivos financeiros previstos nesta Portaria.

CAPÍTULO VI

DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Art. 34. Cada Unidade da Federação deverá pactuar na Comissão Intergestores Bipartite (CIB) ou no Colegiado de Gestão da Secretaria de Estado da Saúde do Distrito Federal (CGSES/DF) a implantação de pelo menos um serviço de atenção às mulheres em situação de violência sexual, incluindo-se a interrupção da gravidez prevista em lei, observadas as seguintes regras:

I - Norma Técnica de Atenção Humanizada ao Abortamento e Norma Técnica de Prevenção e Tratamento dos Agravos Resultantes da Violência Sexual contra Mulheres e Adolescentes, do Ministério da Saúde, disponível no site www.saude.gov.br/sas; e

II - Portaria nº 1.508/GM/MS, de 1º de setembro de 2005, que dispõe sobre o procedimento de justificação e autorização da interrupção da gravidez nos casos previstos em lei, no âmbito do SUS.

Art. 35. Fica incluída a classificação 006 – Casa da Gestante, Bebê e Puérpera no serviço especializado 112 – Serviço de Atenção ao Pré-Natal, Parto e Nascimento – da tabela de serviço especializado/classificação/CBO do Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES).

Art. 36. Os recursos financeiros para a execução do disposto nesta Portaria são oriundos do orçamento do Ministério da Saúde, devendo onerar os seguintes Programas de Trabalho:

I - 10.302.2015.8585 - Atenção à Saúde da População para Procedimentos de Média e Alta Complexidade; e

II - 10.302.2015.20R4 - Apoio à Implementação da Rede Cegonha.

Art. 37. Os estabelecimentos hospitalares de referência em Gestação de Alto Risco habilitados na vigência da Portaria n  3.477/GM/MS, de 20 de agosto de 1998, deverão se adequar aos critérios estabelecidos nesta Portaria no prazo máximo de doze meses a contar da data de sua publica o.

Parágrafo  nico. A não adequa o dos estabelecimentos hospitalares de referência em Gesta o de Alto Risco habilitados na vigência da Portaria n  3.477/GM/MS, de 20 de agosto de 1998, no prazo estabelecido no caput deste artigo implicará a perda da habilita o.

Art. 38. O Ministério da Saúde publicará um modelo de Plano de A o para redu o de taxas de cirurgias cesarianas.

Art. 39. O modelo de formulário para solicita o de habilita o do estabelecimento hospitalar de referência em Aten o   Gesta o de Alto Risco Tipo 1 ou Tipo 2 será disponibilizado no site do Ministério da Saúde: http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/area.cfm?id_area=1747.

Art. 40. Ficam revogados:

I - a Portaria n  3.477/GM/MS, de 20 de agosto de 1998, publicada no Diário Oficial da União n  160, Se o 1, de 21 de agosto de 1998, página 55; e

II - os itens D, E, F e H do Anexo II a esta Portaria n  2.351/GM/MS, de 5 de outubro de 2011, que alterou a Portaria n  1.459/GM/MS, de 24 de junho de 2011, publicada no Diário Oficial da União n  121, Se o 1, de 27 de junho de 2011, página 109.

Art. 41. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publica o.



CRÉDITOS

Governo do Estado do Ceará

Governador do Estado: Camilo Santana

Primeira-dama do Estado: Onélia Leite Santana

Secretaria da Saúde do Estado do Ceará (SESA)

Secretário da Saúde do Estado do Ceará: Henrique Jorge Javi de Sousa

Secretário Adjunto de Saúde: Marcos Antônio Gadelha Maia

Coordenador de Políticas e Atenção à Saúde: Ivan Mendes Júnior

Coordenadora de Atenção à Saúde da Mulher, Adolescente e Criança – NUSMAC: Silvana Leite Napoleão de Araújo

Associação Cearense de Ginecologia e Obstetrícia (SOCEGO)

Presidente: Liduína de Albuquerque Rocha e Sousa

Vice-presidente: Jader Rosas Carvalho

1º Secretário: Francisco José Costa Eleutério

2º Secretário: Raquel Autran Coelho Peixoto

Diretor Financeiro: Marcelo Gondim Rocha

Diretor de Ética e Defesa Profissional: Márcio Alcântara Costa

Diretor Científico: Manoel Martins Neto

Diretora da Comissão de Mortalidade Materna: Sammya Bezerra Maia e Holanda Moura

1º Suplente: Alexandre Magno Lopes Mineiro

2º Suplente: Andreisa Paiva Monteiro Bilhar

Conselho Fiscal: Júlio Augusto Gurgel Alves (presidente), Anna Dorotheia Bezerra de Souza, Marcos Antonio de Alencar Sobreira Segundo

Nascer no Ceará

Coordenação Geral: Marcos Antônio Gadelha Maia (SESA)

Coordenação Técnica: Liduína Rocha (SOCEGO) e Silvana Leite Napoleão de Araújo (SESA)

Coordenação Executiva: Gabriela Valente

Apoio Administrativo: Hilma Leite

Apoio Financeiro: Marilene Santos

Identidade Visual Nascer no Ceará: Alice Macedo e Anna Mancini

Consultoria Jurídica: Cleto Gomes Advogados Associados (Cleto Gomes, Williane Pontes e Rafael Arruda)

Consultoria Contábil: Vinicius Aguiar

Condutas Assistenciais para a Linha de Cuidado Materno-Infantil

Coordenação Geral: Liduína Rocha

Coordenação Executiva e de Conteúdo: Gabriela Valente

Identidade Visual: Alice Macedo e Anna Mancini

Aplicação, Revisão e Acompanhamento: Anna Mancini

Fotografias: Emily Gama e Roberta Martins

Revisão de Texto: Maristela Leal Casati e Ana Andrade

Bibliotecária responsável: Tatiana Apolinário

