



República de Moçambique

Ministério da Saúde

Fluxogramas de Atendimento para os Serviços de Saúde Reprodutiva, Materna e Neonatal



Março de 2014

FICHA TÉCNICA:

Título: Fluxogramas de Atendimento para os Serviços de Saúde Reprodutiva, Materna e Neonatal.

Ministério da Saúde

Av Eduardo Mondlane/Salvador Allende

1008 – Maputo

Moçambique

Website - www.misau.gov.mz

Autores: Maria da Luz Vaz¹, Natércia Fernandes¹, Verónica Reis¹, Eduarda Gusmão², Marilena Urso³, Alicia Carbonell⁴ e Isabel Nhatave¹.

Revisores: MISAU: Quinhas Fernandes, Munira Abubacar, Gizela Azambuja, Marta Chemane, Nídia Abdula, Olga Sigaúque, Armando Melo, Carla Silva Matos, Edite Tuzine, Cynthia Dias e Nazir Amade Ibrahim.

AMOG (*Associação Moçambicana de Ginecologistas & Obstétricas*): Nafissa Bique Osman, Maria Luiza Almeida, Inês Boaventura, Cassimo Bique, Momade Bay Ustá, Hermengarda Pequeno, Lúcia Tembe, Ana Maria Santos, Benvinda Chiluvane, Arnaldo Vilanculos, Carmelo Sanudo e Simões Gamaliel.

USAID: Lilia Jamisse, Odete Paúnde e Argentina Wate.

MCHIP: Ernestina David, Mário Samucidine, Manuela Cunha e Leonardo Chavane.

Instituições colaboradoras: USAID, MCHIP, Jhpiego, OMS, CDC e AMOG.

¹ USAID-MCHIP; ² MISAU; ³ CDC; ⁴ OMS

APRESENTAÇÃO

A Saúde Sexual e Reprodutiva e a Saúde Materna e Neonatal constituem uma prioridade para o Governo de Moçambique. Vários esforços têm sido empreendidos pelo Ministério da Saúde (MISAU) e seus Parceiros de Cooperação para fortalecer os Serviços de Saúde e para promover uma assistência de qualidade e centrada nos indivíduos, de modo a contribuir para o bem-estar das/dos utentes e para o aumento da utilização dos Serviços de Saúde em todo o país.

Estes fluxogramas para os Serviços de Saúde Reprodutiva, Materna e Neonatal têm como principais referências as normas publicadas pelo MISAU, as últimas diretrizes da OMS e os protocolos clínicos de SR e SMI do Ministério da Saúde do Brasil e do Nepal (1999/2055).

O presente material apresenta de maneira prática e operativa as directrizes nacionais para os Serviços de Planeamento Familiar, Atenção Pré-Natal e Pós-Natal, Assistência ao Parto Normal incluindo a assistência imediata ao recém-nascido, e a assistência às Principais Complicações Obstétricas e Neonatais.

Esses Fluxogramas, são ferramentas que têm como objectivo apoiar e fortalecer a capacidade dos trabalhadores da saúde para prestar uma atenção qualificada, humanizada e baseada em evidências para as mulheres, recém-nascidos e famílias, contribuindo assim para a redução da morbi-mortalidade materna e neonatal e para o bem-estar da população moçambicana.

Como utilizar adequadamente os Fluxogramas:

- Leia o protocolo/fluxograma do início até ao fim.
- Logo de início, faça uma revisão do fluxograma e rapidamente prepare os equipamentos, materiais e insumos necessários, e então siga os passos indicados no fluxograma.
- Nos pontos de ramificação, escolha uma alternativa e siga por esse caminho.
- Para muitos fluxogramas é recomendado observar um outro fluxograma que seja útil para o manejo da situação. Por exemplo, em um caso de aborto incompleto, o provedor deve avaliar a possibilidade de choque e, se diagnosticado, mover-se imediatamente para o fluxograma sobre o choque que orienta o manejo desta situação. Isto não significa que o fluxograma original deve ser ignorado. Portanto, o provedor deve manejar o choque e retornar ao fluxograma original para o manejo do aborto.

ÍNDICE

FLUXOGRAMAS DE ATENDIMENTO À SAÚDE REPRODUTIVA, MATERNA E NEONATAL	PÁGINA	FLUXOGRAMAS DE ATENDIMENTO À SAÚDE REPRODUTIVA, MATERNA E NEONATAL	PÁGINA
1. Saúde Reprodutiva:	9	C. Manejo do Descolamento Prematuro da Placenta	76
1.1 Planeamento Familiar e Contraceção:	11	2.3.3: Hemorragia Pós-Parto:	
1.1.1: Avaliação e Determinação das Necessidades das/dos Utentes	13	A: Manejo da Hemorragia Pós-Parto	77
1.1.2: preservativos	14	B: Manejo da Retenção da Placenta	78
1.1.3: Método da Aménorreia da Lactação	15	C: Cartaz: Técnica da Remoção Manual da Placenta	79
1.1.4: Métodos baseados na Percepção da Fertilidade	16	D: Manejo da Atonia Uterina	80
1.1.5: Contraceção de Emergência	17	E: Cartaz: Técnica da Massagem Uterina e da Compressão Manual do Útero	81
1.1.6: Anticoncepcionais Hormonais Orais	18	F: Cartaz: Técnica do Tamponamento Uterino	82
1.1.7: Anticoncepcionais Hormonais Injectáveis - Depoprovera	19	2.3.4: Manejo do Choque	83
1.1.8: Anticoncepcionais Hormonais - Implante	20	2.3.5: Manejo da Ruptura Pré-Termo de Membranas	84
1.1.9: Manejo de Sangramento durante a utilização de Contraceptivos Hormonais	21	2.3.6: Manejo do Trabalho de Parto Arrastado	85
1.1.10: Dispositivo Intra-Uterino - DIU	22	2.3.7: Manejo da Pré-Eclampsia e Eclampsia	
1.1.11: Laqueção Tubar	23	A: Manejo da Pré-Eclampsia Leve	86
1.1.12: Vasectomia	24	B: Manejo da Pré-Eclampsia Severa/Grave	87
1.1.13: Rastreio de Oportunidades para a Integração do Planeamento Familiar nos Serviços de SMI	25	C: Manejo da Eclampsia	88
1.2 Rastreio do Cancro do Colo do Útero e da Mama:	27	2.3.8: Manejo da Sépsis Pós-Parto	89
1.2.1: Rastreio e Prevenção do Cancro do Colo do Útero: Serviços Básicos	29	2.3.9: Manejo da Ameaça/Trabalho de Parto Pré-Termo	90
1.2.2: Rastreio e Prevenção do Cancro do Colo do Útero: Serviços de Referência	30	2.3.10: Manejo da Indução e Aceleração do Trabalho de Parto	91
1.2.3: Rastreio do Cancro da Mama	31	2.4 Manejo de Outras Complicações:	93
1.3 Rastreio e Tratamento Sindromático de ITSs	33	2.4.1: Rastreio e Manejo da Gravidez Ectópica	95
1.3.1: Rastreio e Tratamento da Úlcera Genital	35	2.4.2: Rastreio e Manejo da Mola Hidatiforme	96
1.3.2: Rastreio e Tratamento do Corrimento Uretral e Vaginal	36	2.4.3: Cuidados Pós-Aborto	97
1.3.3: Dor no Baixo-Ventre	37	2.4.4: Manejo da Dor Mamária – Mastite – Abscesso Mamário	98
1.4 Manejo de Casos de Violência Sexual	41	2.5 Manejo de Complicações no Recém-Nascido:	99
2. Saúde Materna e Neonatal:	43	2.5.1 A: Reanimação do Recém-Nascido na Sala de Partos	101
2.1 Atenção ao Pré-Natal:	45	2.5.1 B: Cartaz: Reanimação do Recém-Nascido	102
2.1.1: Diagnóstico de Gravidez	47	2.5.2 A: Prevenção e Manejo da Hipoglicémia: Recém-Nascido a Termo	103
2.1.2: Avaliação do Estado Nutricional da Grávida	48	2.5.2 B: Prevenção e Manejo da Hipoglicémia: Recém-Nascido Pré-Termo	104
2.1.3: Vacinação Anti-Tétano	49	2.5.3: Prevenção e Manejo da Hipotermia	105
2.1.4: Manejo das Náuseas, Vômitos e Hiperhemeses Gravídica	50	2.5.4: Manejo do Sangramento do Cordão Umbilical	106
2.1.5: Prevenção, Diagnóstico e Tratamento da Anemia na Gravidez	51	2.5.5: Manejo das Convulsões no Recém-Nascido	107

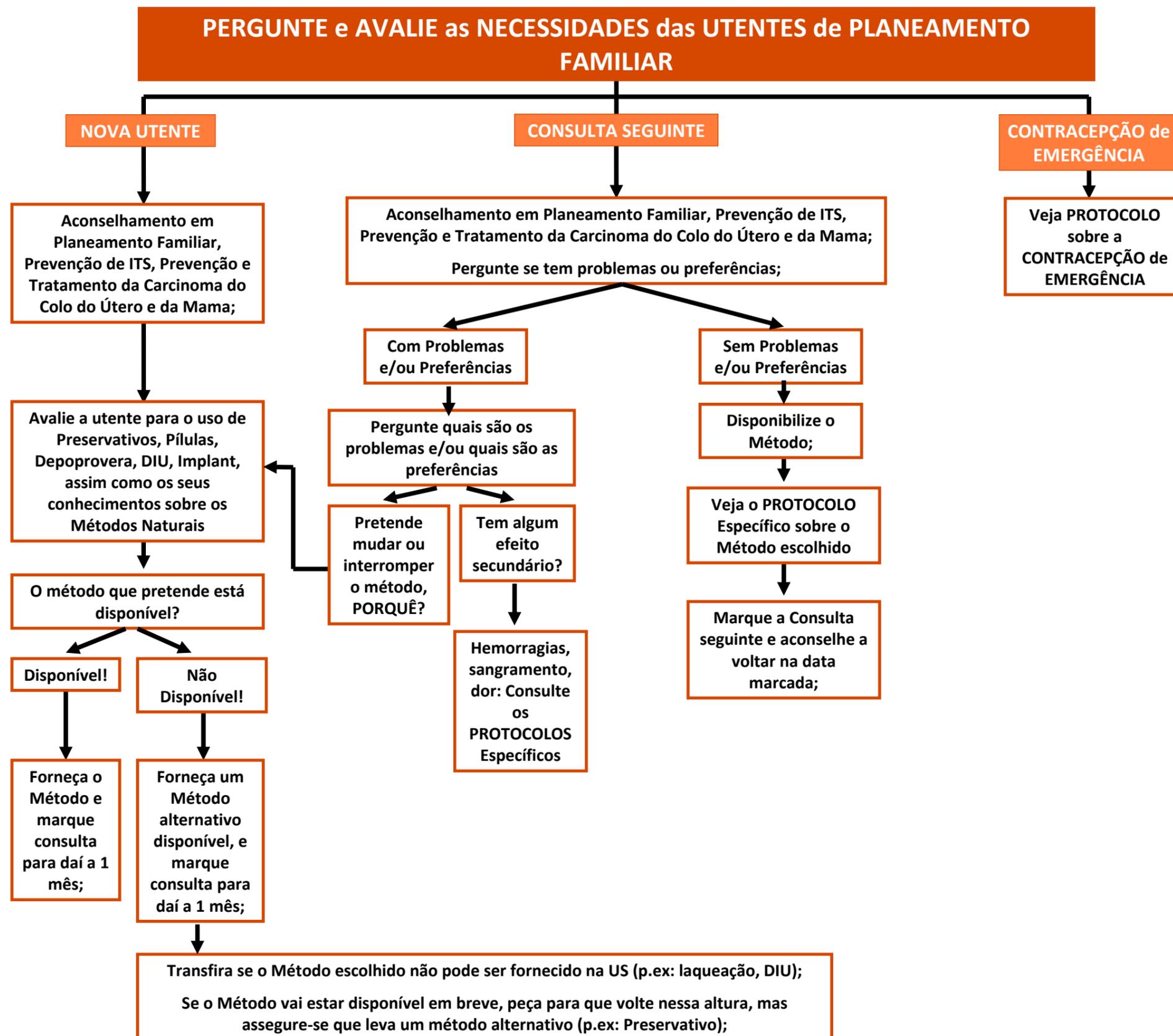
FLUXOGRAMAS DE ATENDIMENTO À SAÚDE REPRODUTIVA, MATERNA E NEONATAL	PÁGINA	FLUXOGRAMAS DE ATENDIMENTO À SAÚDE REPRODUTIVA, MATERNA E NEONATAL	PÁGINA
2.1.6: Manejo da Icterícia na Gravidez	52	2.5.6: Manejo da Sepsis Neonatal	108
2.1.7: Prevenção e Manejo da Malária na Gravidez		2.5.7: Manejo da Infecção no Úmbigo	109
A: Tratamento Intermitente Preventivo da Malária na Gravidez	53	2.5.8: Manejo da Infecção nos Olhos	110
B: Tratamento de Casos de Malária na Gravidez	54	2.5.9: Manejo da Infecção na Pele	111
2.1.8: Manejo da Diabetes na Gravidez		2.5.10: Manejo da Icterícia no Recém-Nascido	112
A: Rastreamento da Diabetes na Gravidez	55	2.5.11: Manejo da Candidíase no Recém-Nascido	113
B: Conduta para a Diabetes Confirmada na Gravidez	56	2.5.12: Manejo da Sífilis Congênita	114
2.1.9: Rastreamento e Tratamento da Sífilis na Gravidez	57	2.5.13: Manejo do Recém-Nascido de Baixo Peso	115
2.1.10: Diagnóstico e Tratamento do Corrimento Genital na Gravidez	58	3. Atenção ao Pós-Parto e Pós-Natal:	117
2.1.11: Diagnóstico e Tratamento das Úlceras Genitais na Gravidez	59	3.1 Atenção a ser Prestada à Mulher e Criança no 3º dia Pós-Parto	119
2.1.12: Rastreamento e Tratamento da Infecção Urinária na Gravidez		3.2 Atenção a ser Prestada à Mulher e Criança nas Consultas Seguintes: 7º dia e entre o 21º-28º dias Pós-Parto	120
A: Manejo e Tratamento da Infecção Urinária na Gravidez	60	3.3 Cartaz: Método de Mãe-Canguru	121
B: Rastreamento da Infecção Urinária na Gravidez: US de Referência	61	3.4 Cartaz: Amamentação	122
2.1.13: Manejo da Aloimunização	62	4. Prevenção da Transmissão Vertical e TARV na Mulher Grávida e Lactante:	123
2.1.14: Educação, Informação e Aconselhamento na Consulta Pré-Natal	63	4.1 Prevenção da Transmissão Vertical e TARV na Mulher Grávida	125
2.2 Atenção ao Parto Normal e Recém-Nascido Normal:	65	4.2 Prevenção da Transmissão Vertical Durante o Parto	126
2.2.1: Atendimento à Grávida na Sala de Admissão	67	4.3 Prevenção da Transmissão Vertical: Cuidados Pós-Parto – Mãe e Criança	127
2.2.2: Assistência ao Parto Normal	68	4.4 Resumo dos Regimes Opção A e Opção B+	128
2.2.3: Cuidados Imediatos ao Recém-Nascido na Sala de Partos	69	4.5 Atendimento HIV – Paragem Única – Serviços de SMI	129
2.2.4: Cuidados no Puerpério antes da alta: Mãe e Recém-Nascido	70	5. Organização do Atendimento Integrado à Mulher e Criança:	131
2.3 Manejo de Complicações Obstétricas:	71	Cenário 1	133
2.3.1: Avaliação Inicial Rápida da Mulher Grávida, Parturiente e Puérpera com Problemas	73	Cenário 2	134
2.3.2: Hemorragia Ante-Parto:		Cenário 3	135
A. Hemorragia Ante-Parto: Diagnóstico Diferencial	74	Cenário 4	136
B. Manejo da Placenta Prévia	75	Cenário 5	137

I.
FLUXOGRAMAS
para os
SERVIÇOS
de
SAÚDE REPRODUTIVA

1.1

PLANEAMIENTO FAMILIAR

1.1.1: AVALIAÇÃO E DETERMINAÇÃO DAS NECESSIDADES DAS/DOS UTENTES



1.1.2: PRESERVATIVOS

PERGUNTE à UTENTE se:

- Deseja fazer espaçamento da gravidez, ou pretende ter preservativos para se prevenir das ITSs/HIV?
- Tem alergia ao látex (borracha)?



EXPLIQUE:

- ✓ O uso correcto do preservativo;
- ✓ Como tratar o preservativo usado;
- DISCUTA a disponibilidade da contracepção de emergência;
- DISPONIBILIZE os preservativos;
- Faça ACONSELHAMENTO geral sobre os vários métodos de PF;

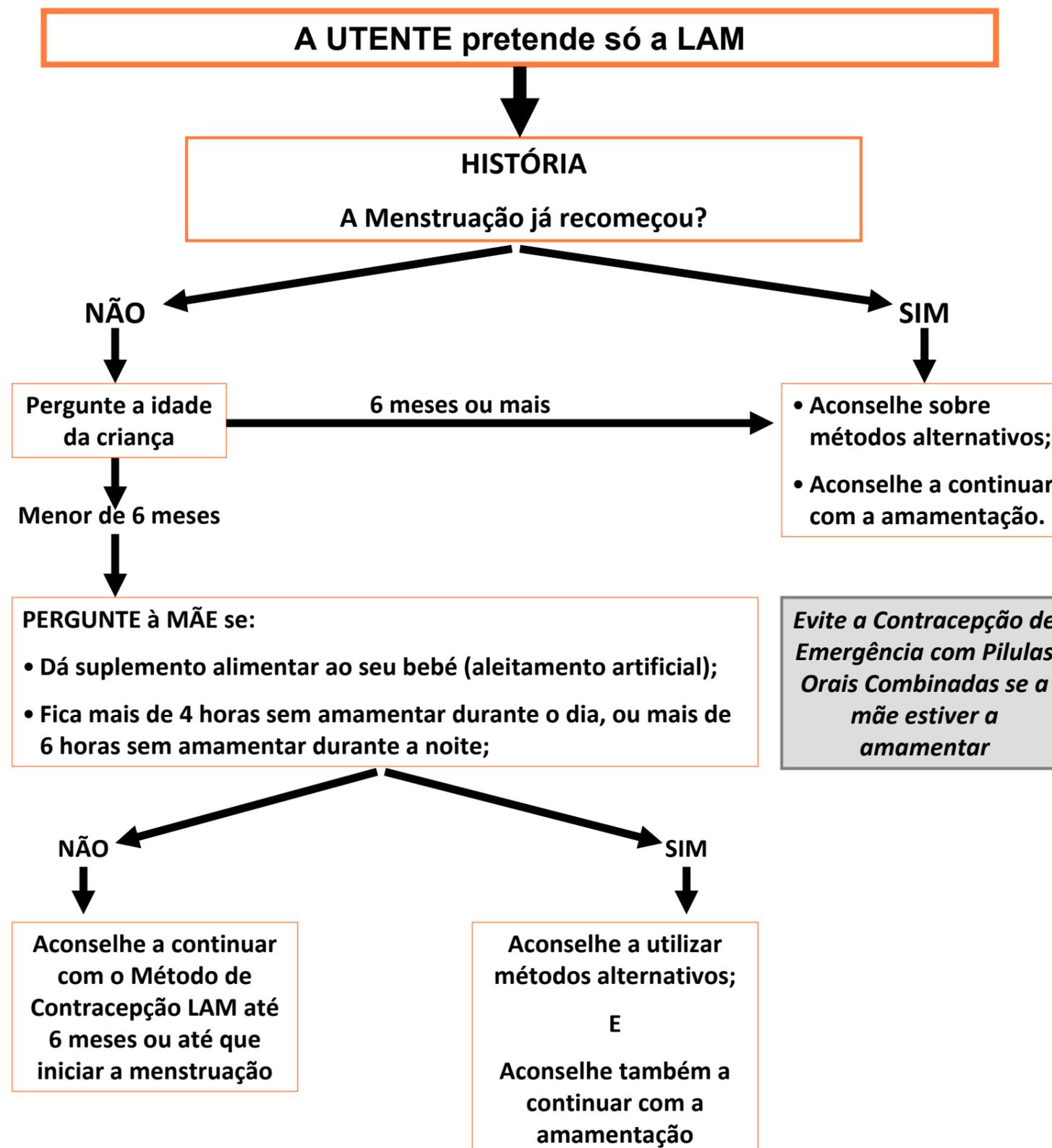
Devem ser fornecidos preservativos a qualquer utente que os peça!

As utentes podem ter escolhido usar o preservativo para:

- ✓ Prevenção das ITSs ou do HIV;
- ✓ Prevenção da Gravidez;
- ✓ Método temporário, até que o método escolhido lhe possa ser oferecido;
- ✓ Como método de apoio: dupla protecção.

1.1.3: MÉTODO DA AMENORREIA DA LACTAÇÃO (LAM)

Para mulheres que estão a amamentar



1.1.4: MÉTODOS BASEADOS NA PERCEPÇÃO DA FERTILIDADE

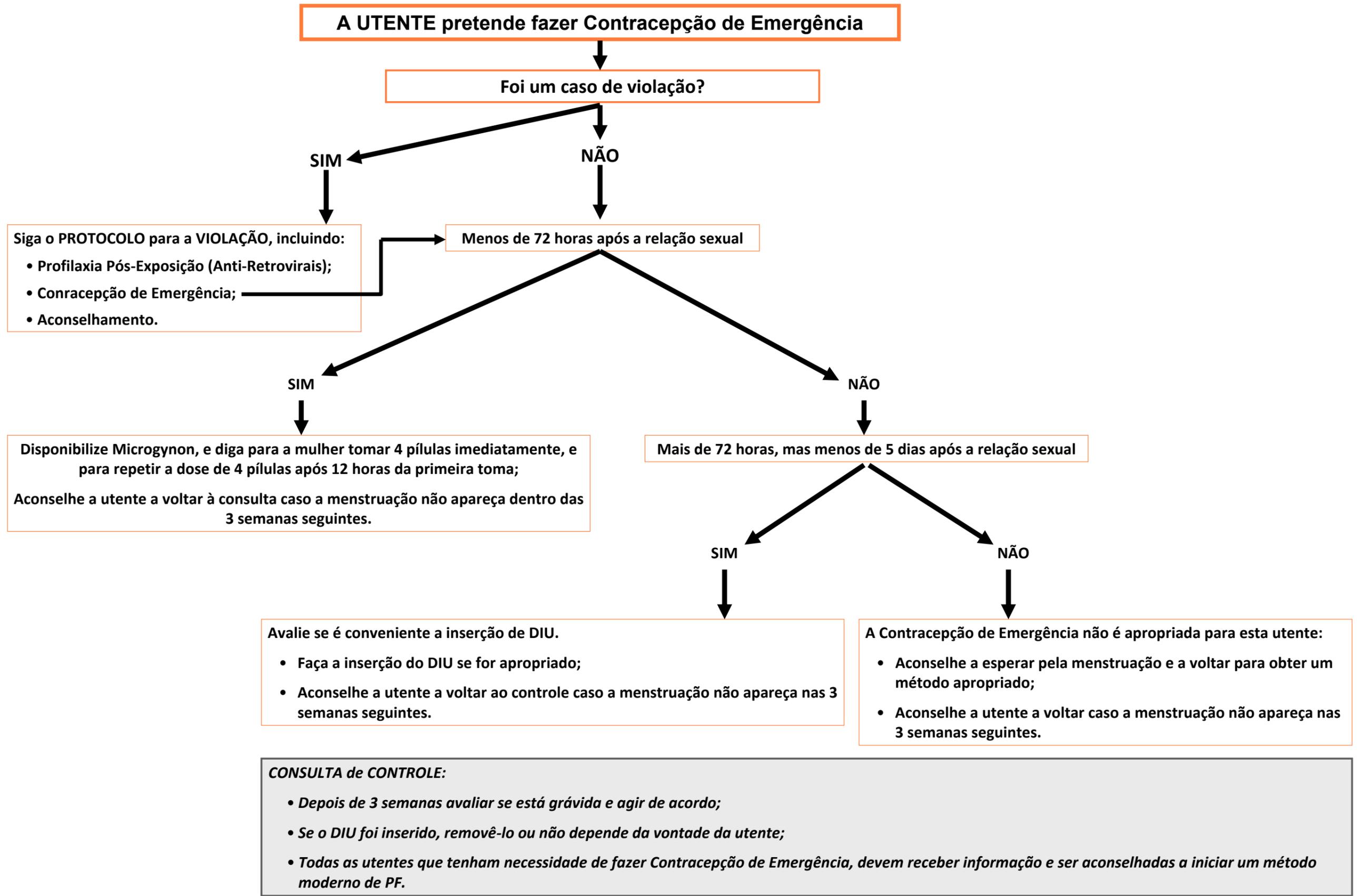
Utente deseja usar um Método baseado na Percepção da Fertilidade



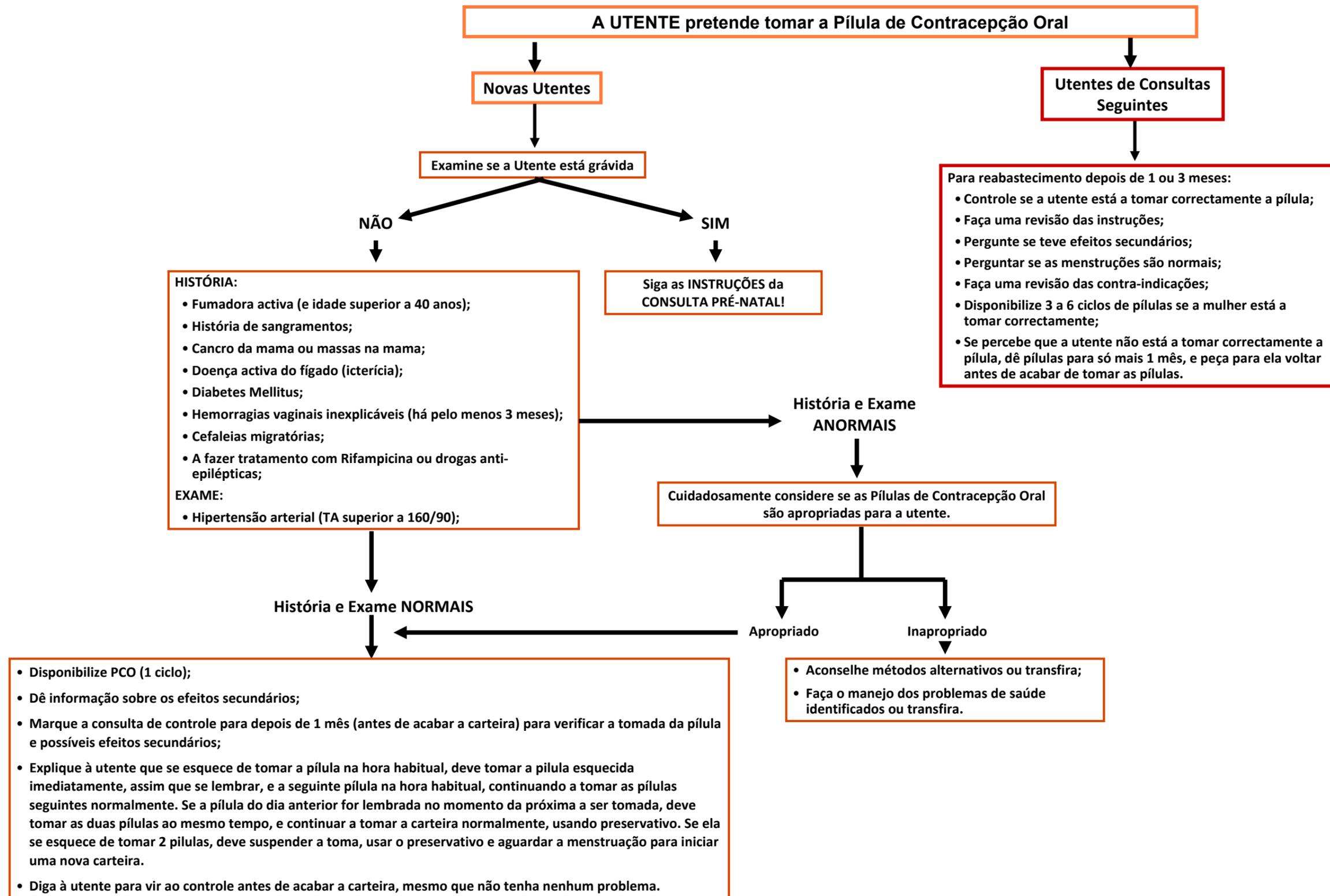
- Explique como funciona cada método:**
 - ✓ **Calendário;**
 - ✓ **Muco cervical;**
 - ✓ **Temperatura basal;**
- Oriente a utente para observar e registar os ciclos menstruais durante 6 meses usando durante este período um método que não afete o ciclo como o preservativo, o coito interrompido ou a abstinência;**
- Juntamente com a utente Calcule o período seguro e o período de risco do ciclo de acordo com o método escolhido;**
- Explique sobre a contraceção de emergência para caso seja necessário;**
- Oriente a utente para retornar ao serviço quando necessitar para mais orientação ou por qualquer outro motivo;**
- Fazer seguimento após 6 meses.**

Consulte o Fluxograma sobre Contraceção de Emergência

1.1.5: CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA

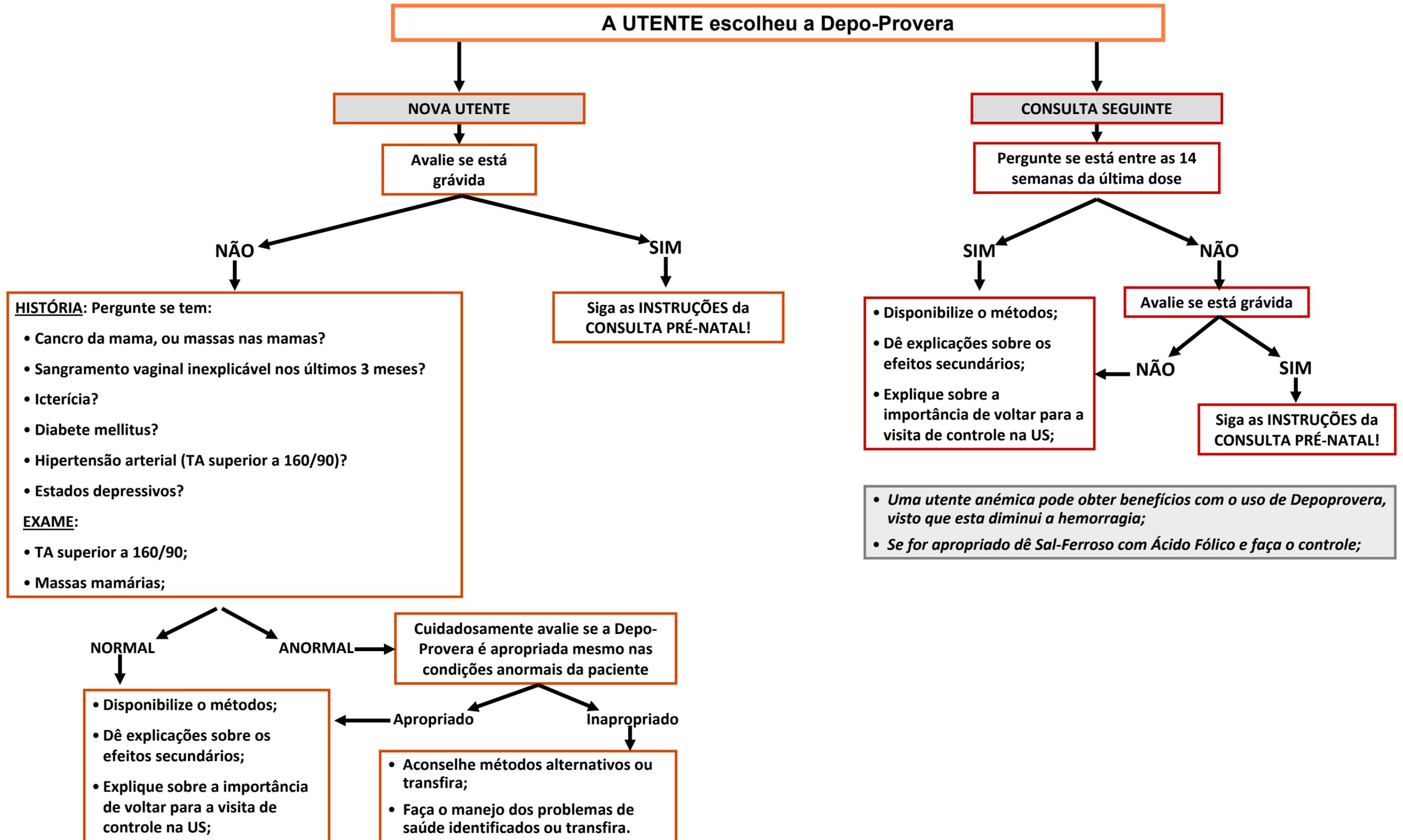


1.1.6: ANTICONCEPTIVOS HORMONAIS ORAIS: PÍLULAS DE CONTRACEÇÃO ORAL

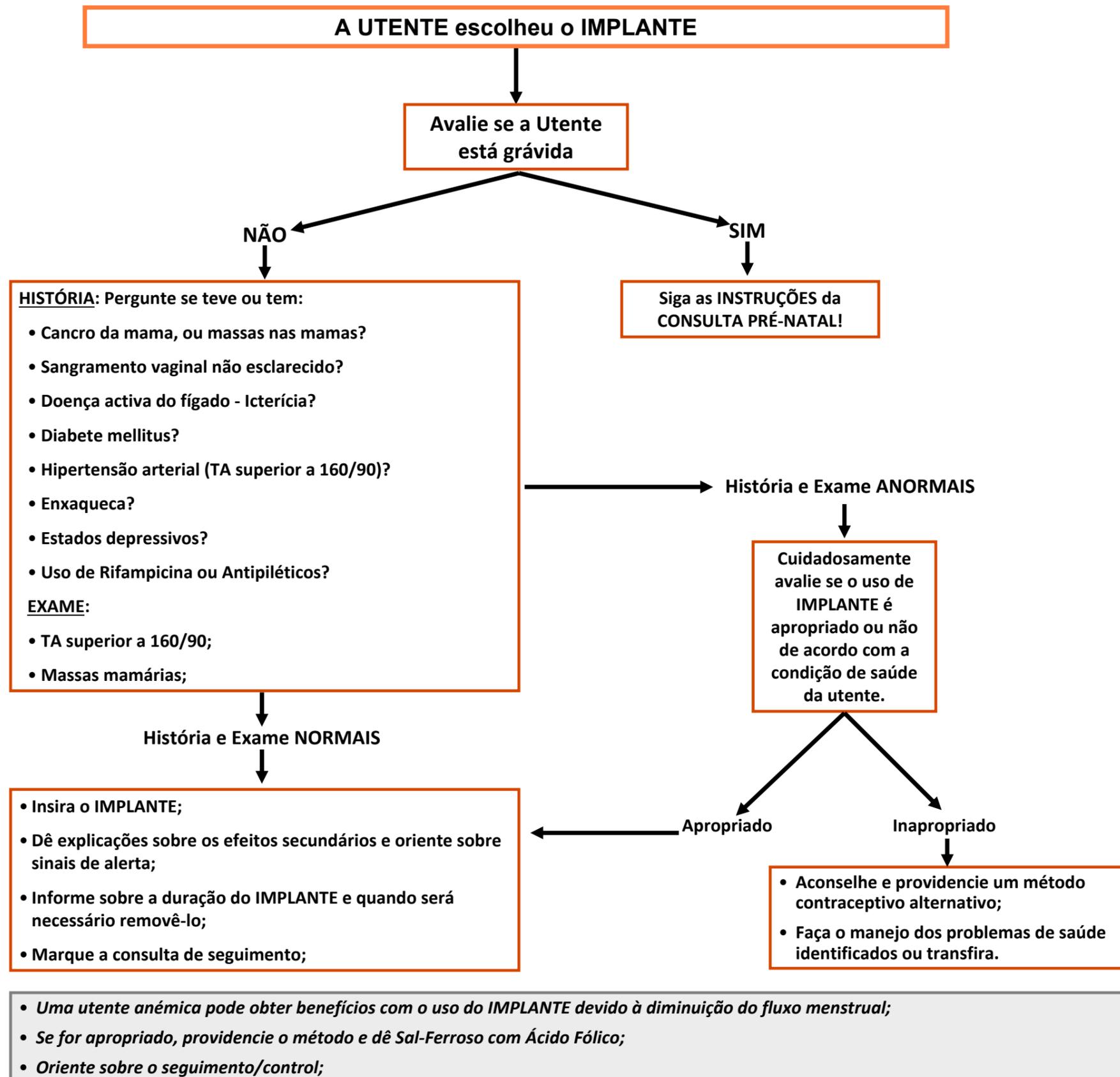


Não é necessário fazer um exame físico geral para receitar contraceptivos orais. Contudo é importante medir a Tensão Arterial, fazer um exame da mama, um exame abdominal e certificar-se de que não existe história de hemorragias vaginais inesplicáveis.

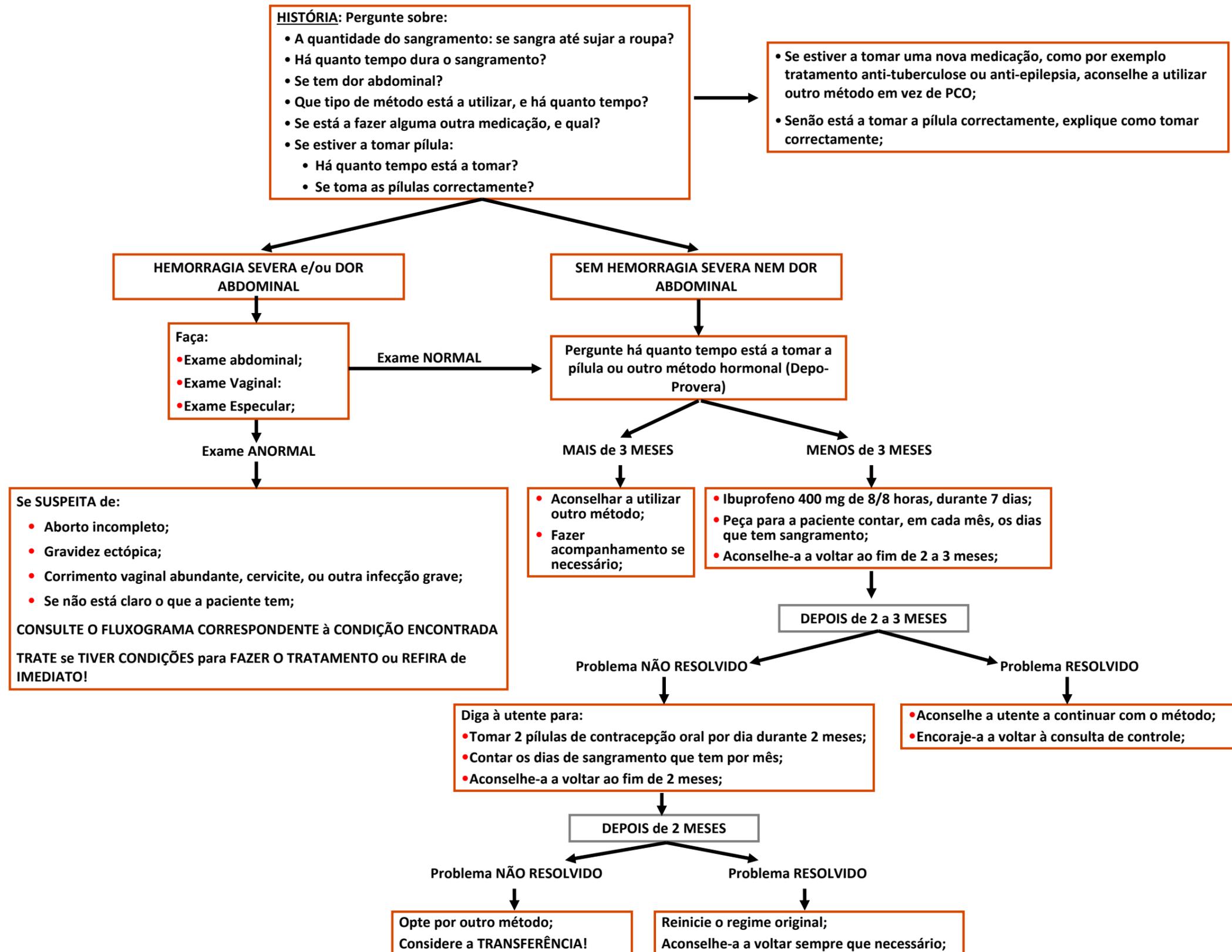
1.1.7: ANTICONCEPTIVOS HORMONAIIS INJECTÁVEIS: DEPO-PROVERA



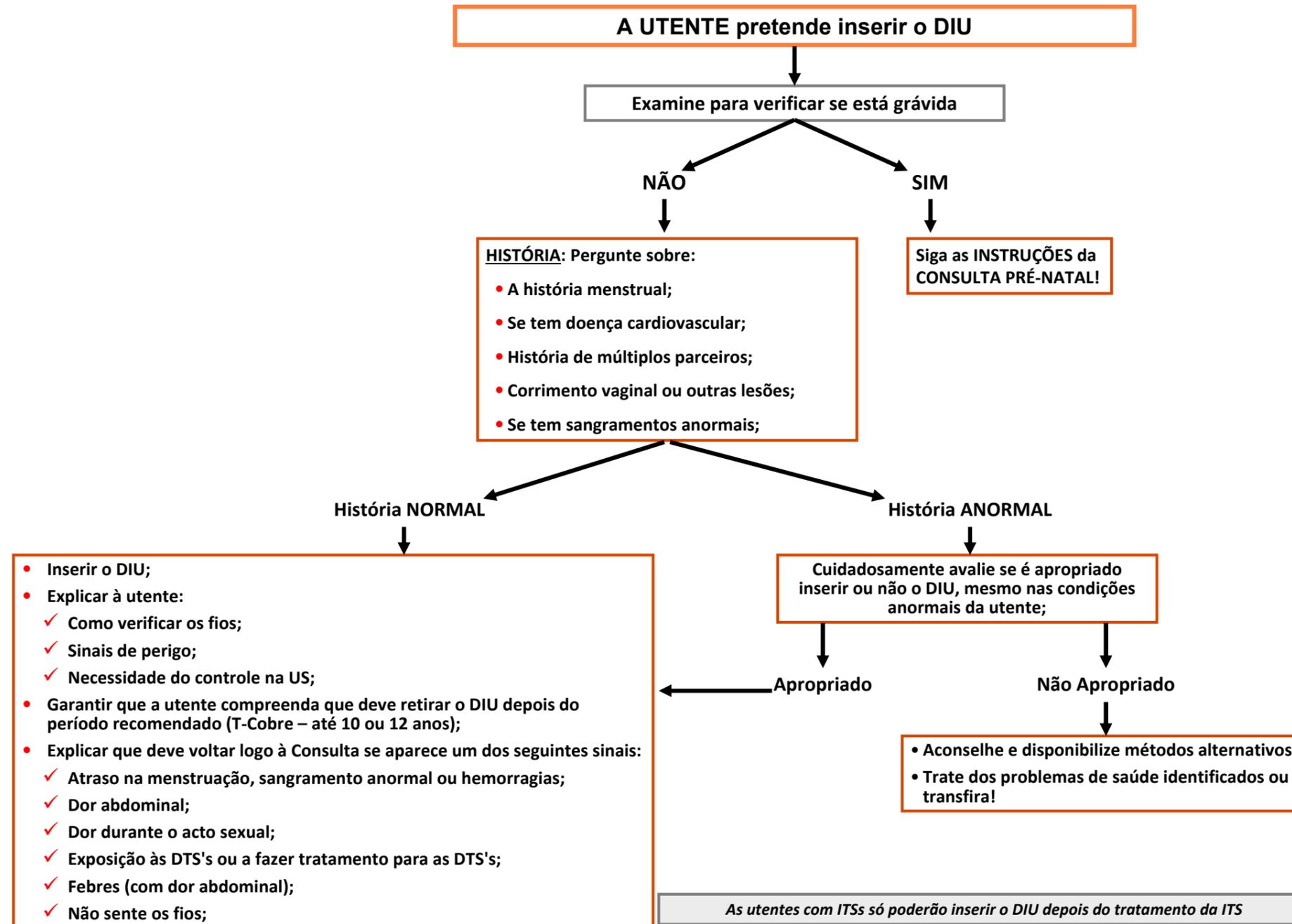
1.1.8: ANTICONCEPTIVOS HORMONAIIS: IMPLANTES



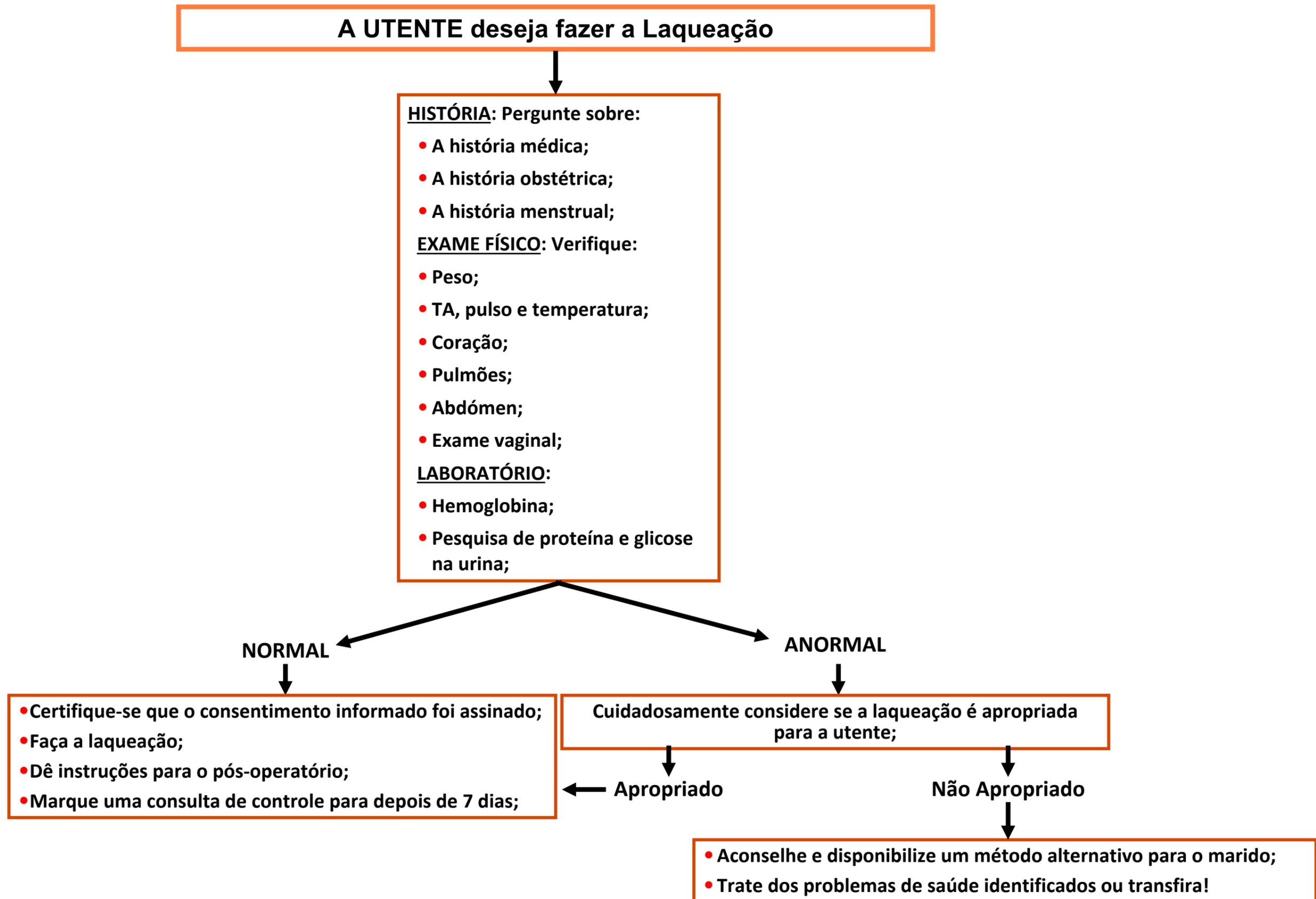
1.1.9: MANEJO do SANGRAMENTO DURANTE a UTILIZAÇÃO de ANTICONCEPTIVOS HORMONAIS



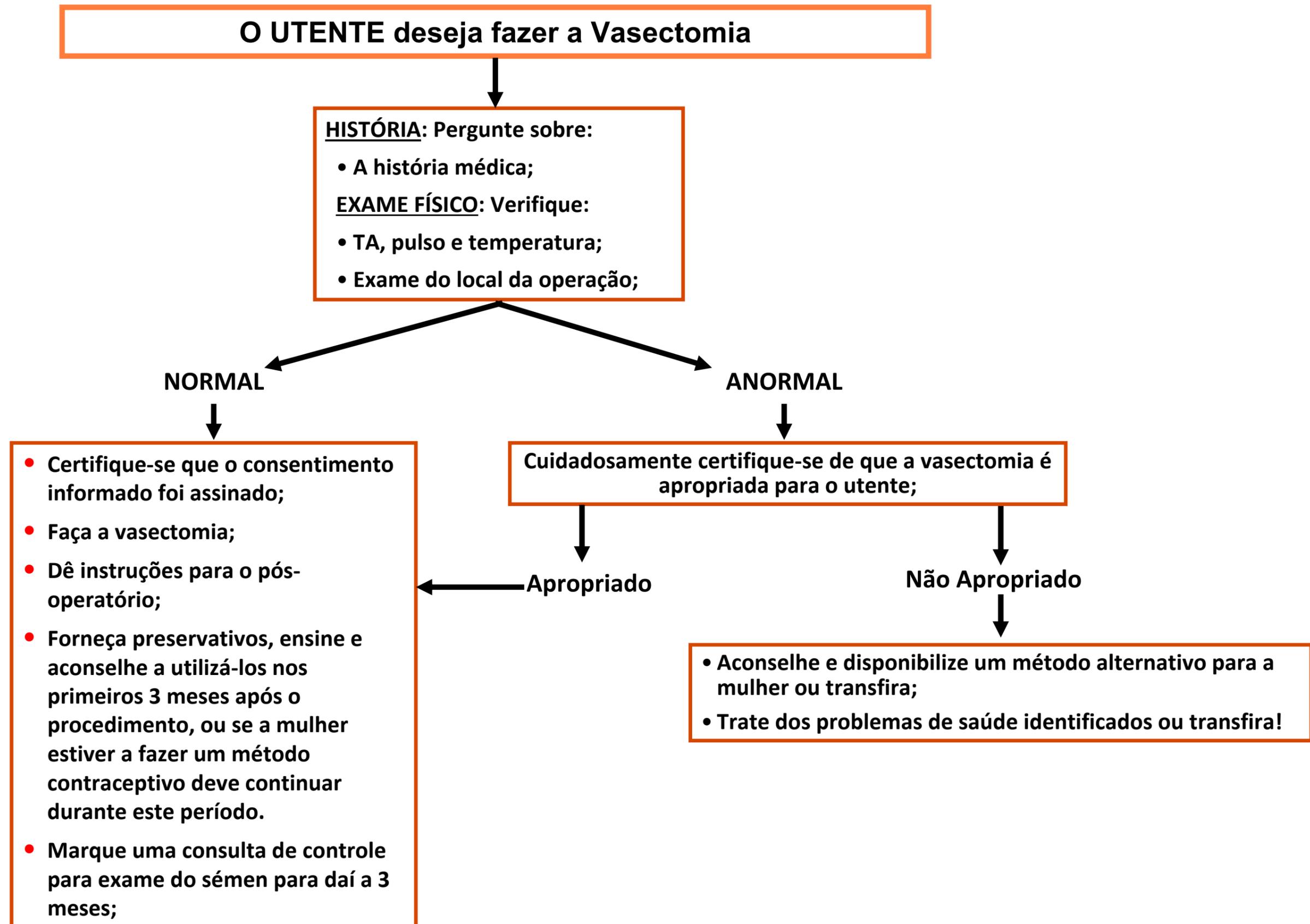
1.1.10: DISPOSITIVO INTRA-UTERINO - DIU



1.1.11: LAQUEAÇÃO TUBÁRIA



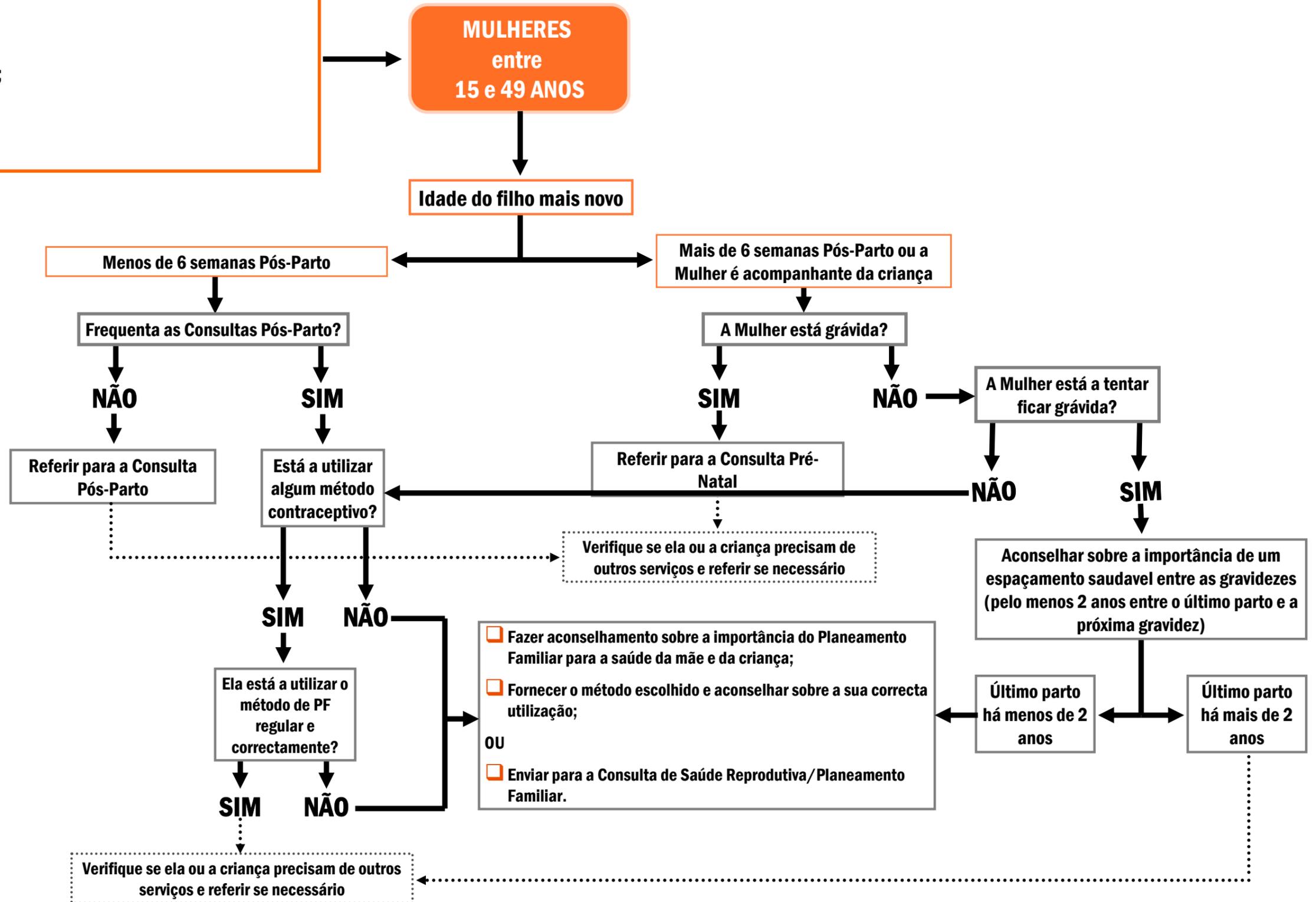
1.1.12: VASECTOMIA



1.1.13: RASTREIO de OPORTUNIDADES para a INTEGRAÇÃO do PLANEAMENTO FAMILIAR nos SERVIÇOS de SMI

Locais de Rastreio de Oportunidades para Serviços de Planeamento Familiar:

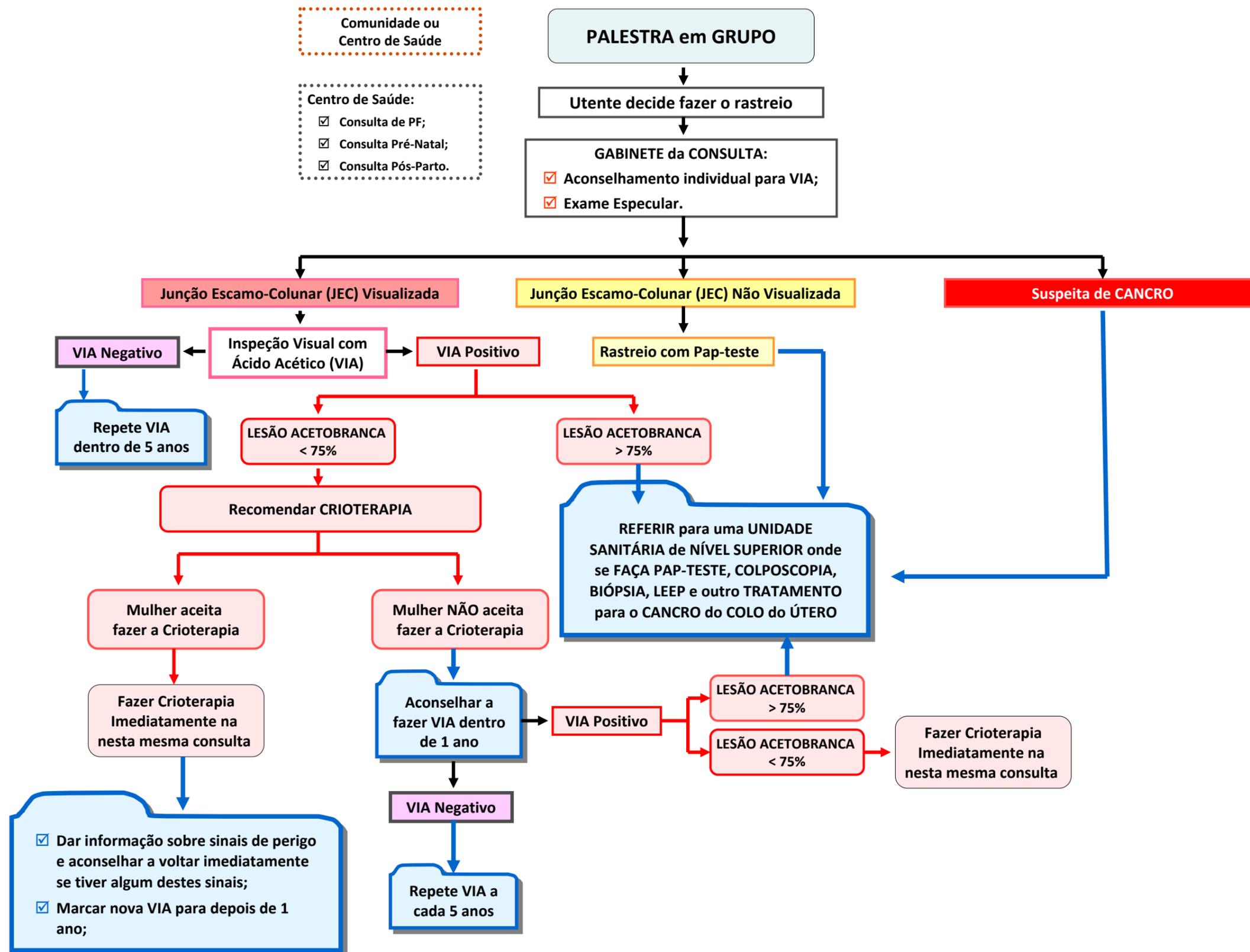
- Consulta Pós-Parto;
- Consulta da Criança de Risco;
- Consulta da Criança Sadia;
- Serviços de Vacinação;



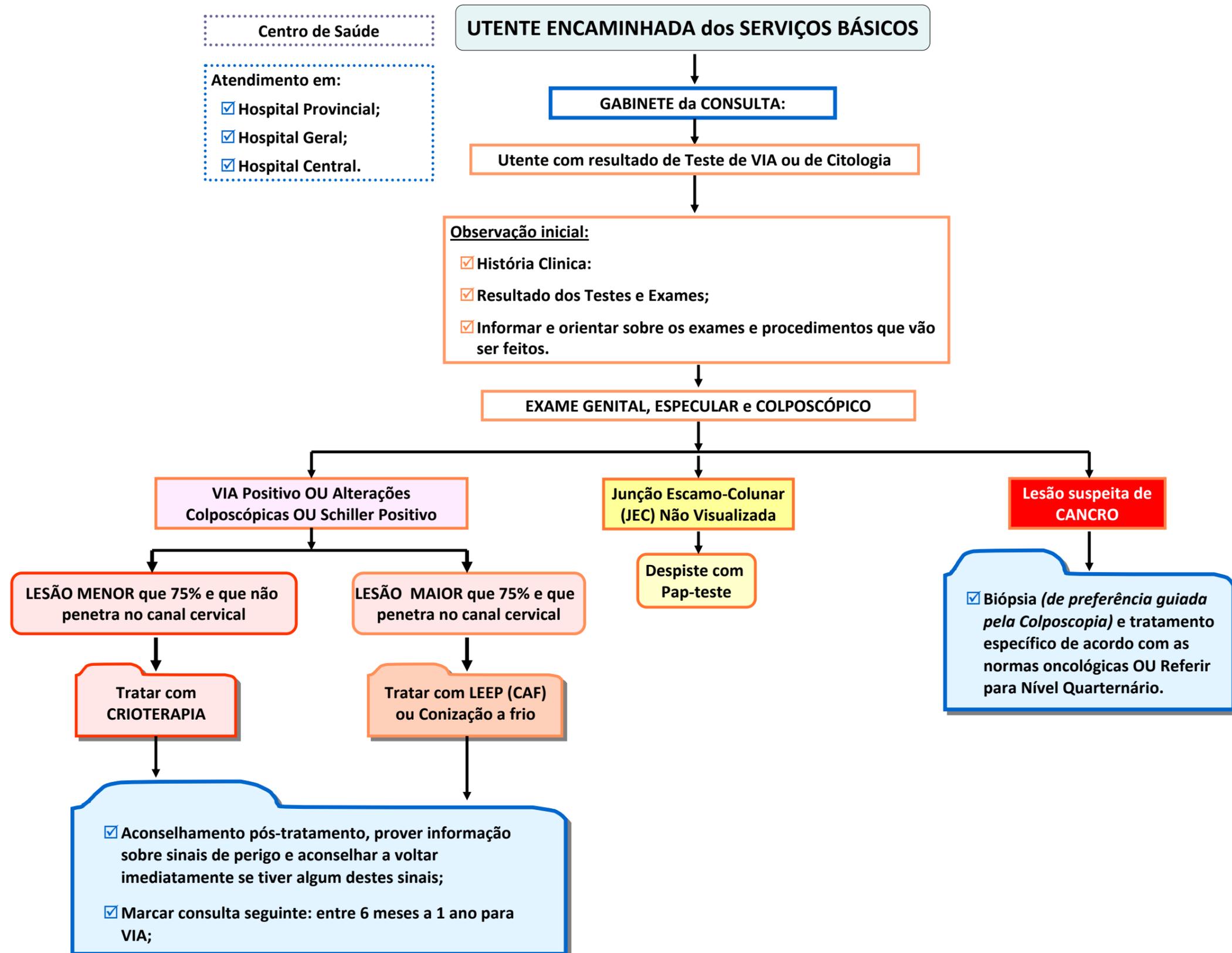
1.2

RASTREIO & PREVENÇÃO do CANCRO do COLO do ÚTERO e da MAMA

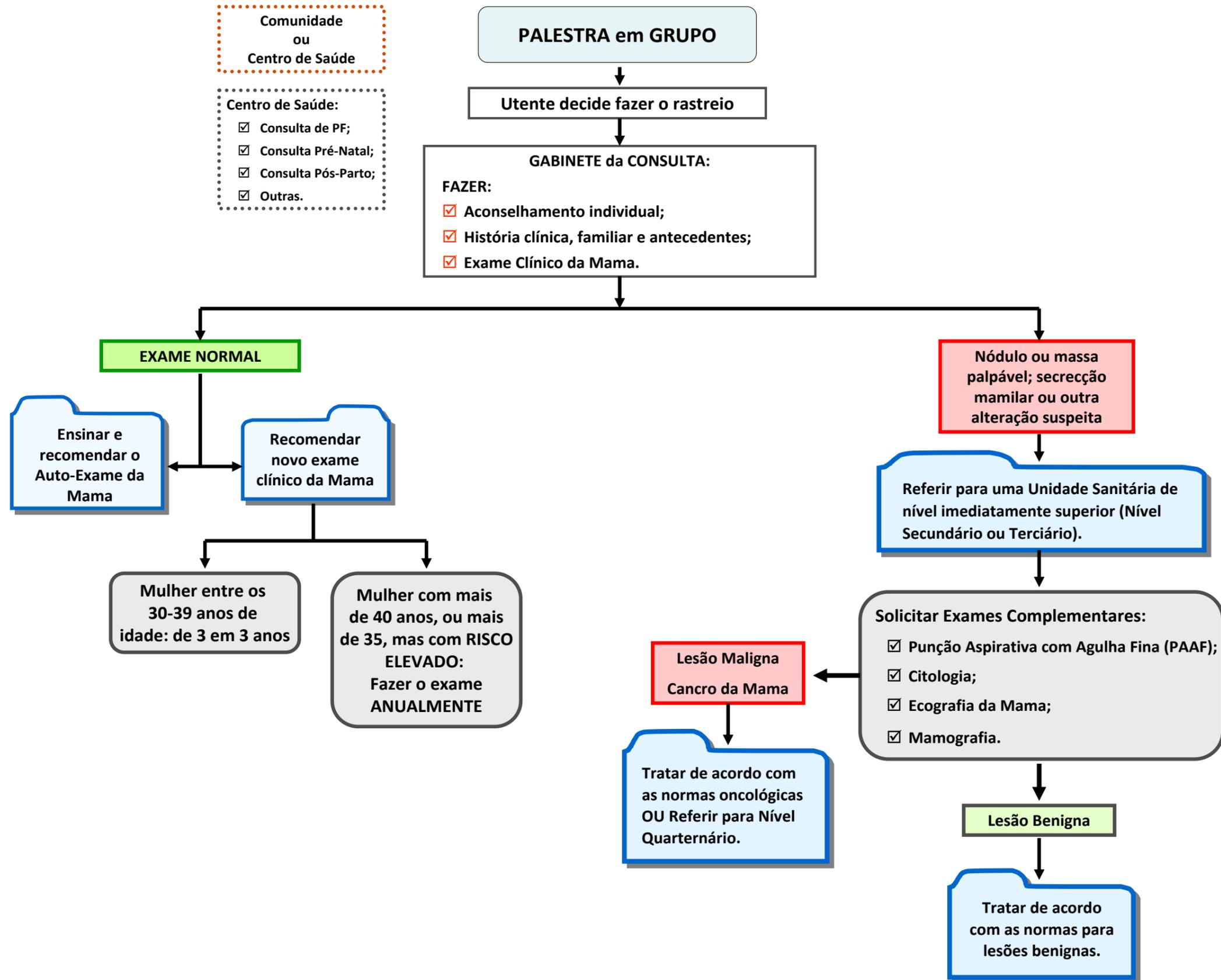
1.2.1: RASTREIO e PREVENÇÃO do CANCRO do COLO do ÚTERO – SERVIÇOS BÁSICOS



1.2.2: RASTREIO e PREVENÇÃO do CANCRO do COLO do ÚTERO – SERVIÇOS de REFERÊNCIA



1.2.3: RASTREIO do CANCRO da MAMA



1.3

RASTREIO & TRATAMENTO de INFECÇÕES de TRANSMISSÃO SEXUAL

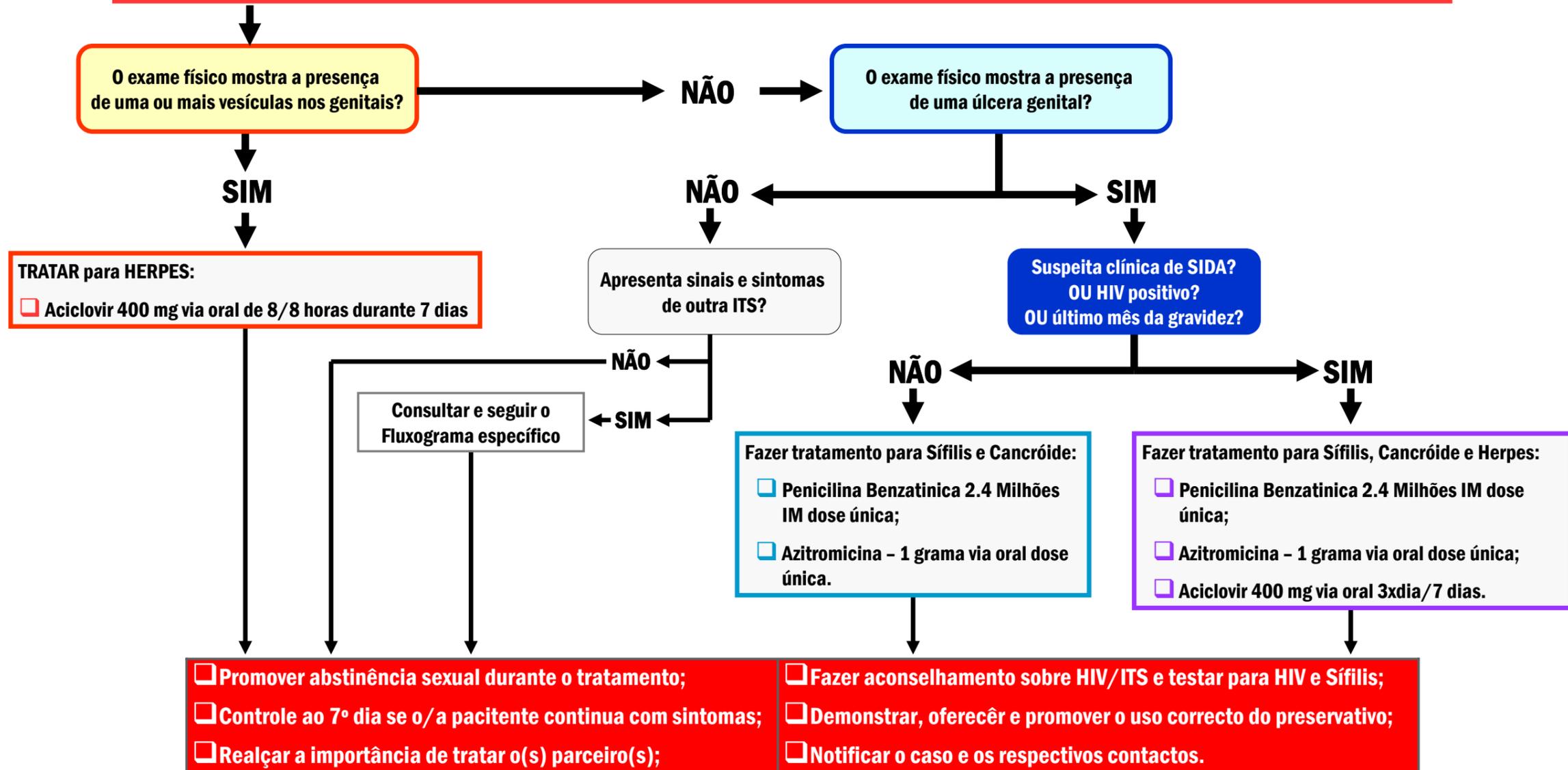
1.3.1: RASTREIO e TRATAMENTO da ÚLCERA GENITAL

RASTREIO e TRATAMENTO da ÚLCERA GENITAL

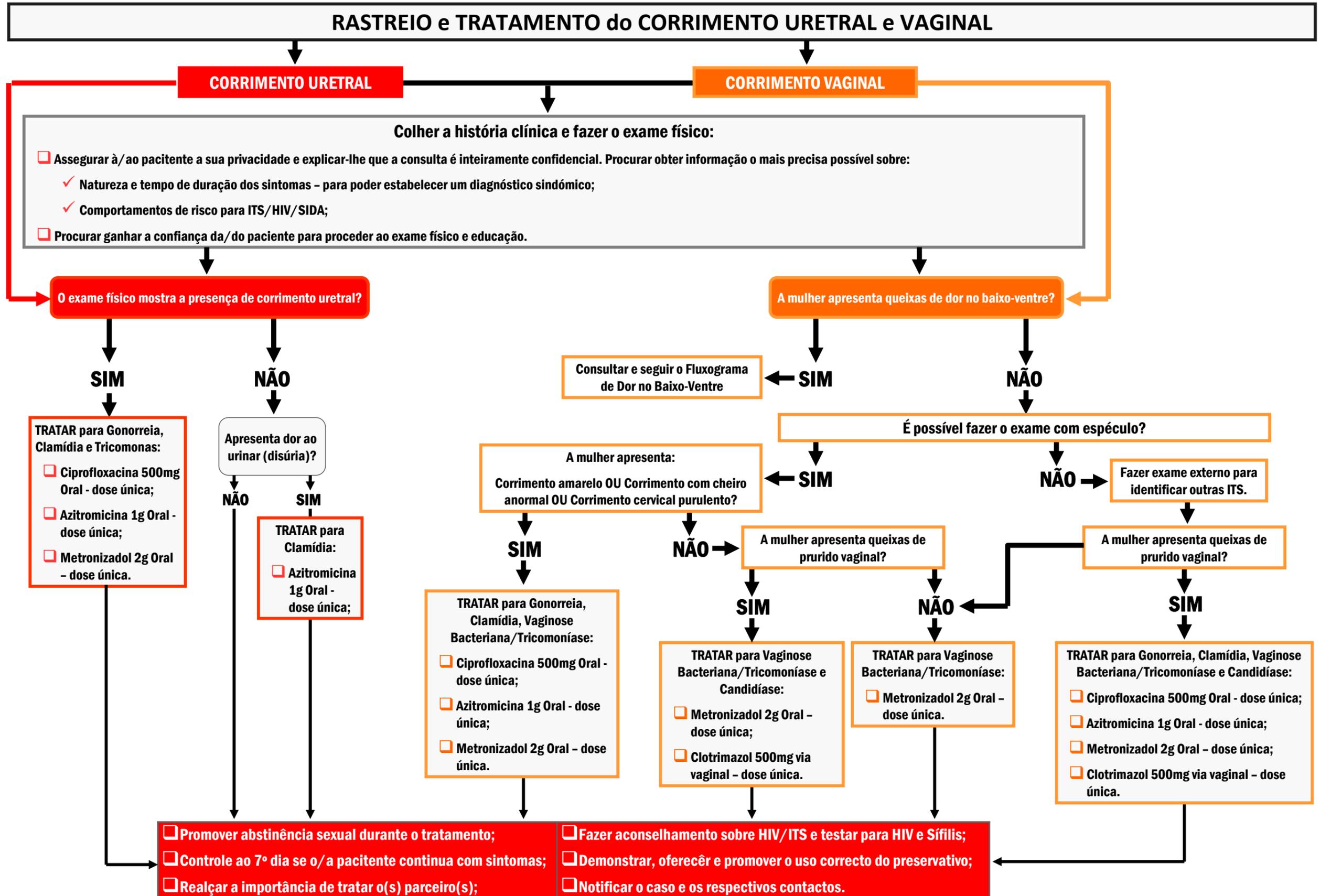
A MULHER ou o HOMEM apresenta queixas de úlcera genital ou lesões vesiculares (bolhas) nos genitais

Colher a história clínica e fazer o exame físico:

- Assegurar à/ao paciente a sua privacidade e explicar-lhe que a consulta é inteiramente confidencial. Procurar obter informação o mais precisa possível sobre:
 - ✓ Natureza e tempo de duração dos sintomas - para poder estabelecer um diagnóstico sindrómico;
 - ✓ Comportamentos de risco para ITS/HIV/SIDA;
- Procurar ganhar a confiança da/do paciente para proceder ao exame físico e educação.



1.3.2: RASTREIO e TRATAMENTO do CORRIMENTO URETRAL e VAGINAL



Promover abstinência sexual durante o tratamento;

Fazer aconselhamento sobre HIV/ITS e testar para HIV e Sífilis;

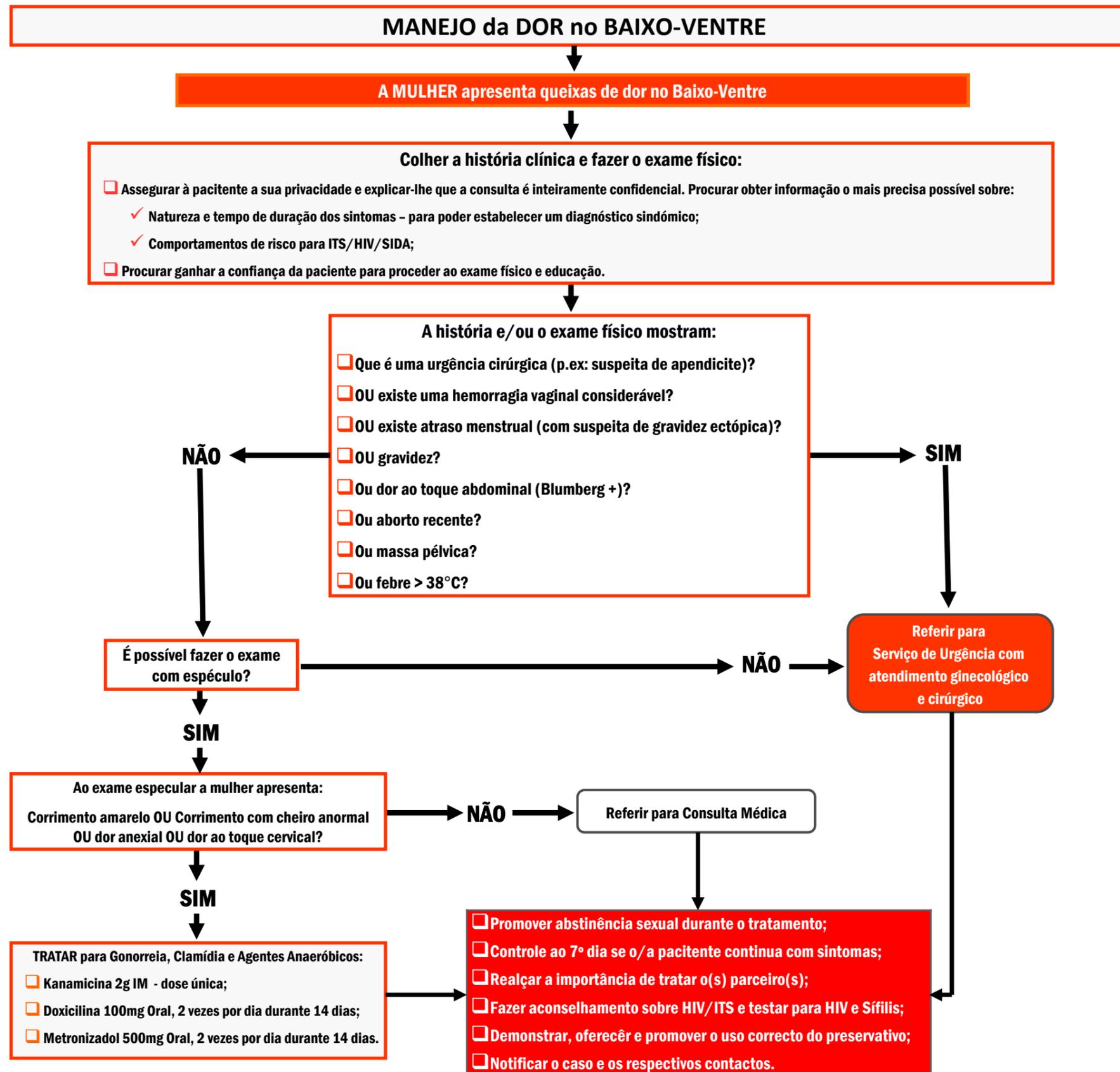
Controle ao 7º dia se o/a paciente continua com sintomas;

Demonstrar, oferecer e promover o uso correcto do preservativo;

Realçar a importância de tratar o(s) parceiro(s);

Notificar o caso e os respectivos contactos.

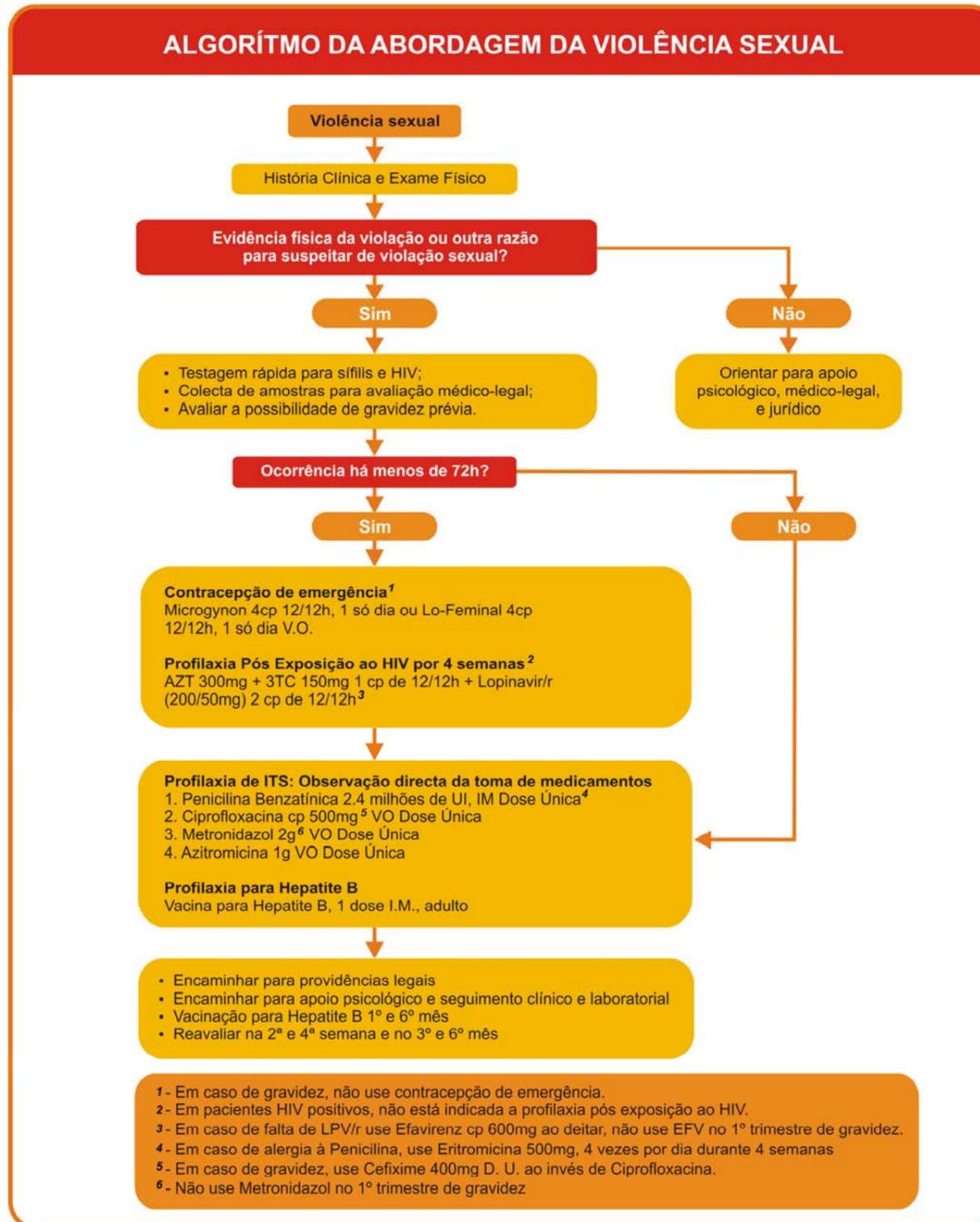
1.3.3: MANEJO da DOR no BAIXO-VENTRE



1.4

MANEJO de CASOS de VIOLÊNCIA SEXUAL

ABORDAGEM DA VIOLÊNCIA SEXUAL



TOMADA DE DECISÃO SOBRE O TRATAMENTO PROFILÁTICO

NIVEL EXPOSIÇÃO	TRATAMENTO FORNECIDO
<p>Exposição com risco mínimo:</p> <p>Exposição na: Vagina, recto, boca, outra mucosa ou pele lesada</p> <p>Por: Urina, saliva, suor, lágrimas quando não contaminadas com sangue</p>	Não inicia PPE
<p>Exposição com alto risco de transmissão do HIV:</p> <p>Exposição na: Vagina, recto, boca, outra mucosa ou pele lesada</p> <p>Por: Sangue, sémen, secreções vaginais, rectais ou outro fluido contaminado com sangue</p> <p>De: Pessoa fonte HIV positiva, com ou sem SIDA ou desconhecido</p>	<p>Início Regime Triplo</p> <p>Profilaxia ITS</p> <p>Contracepção de emergência</p>

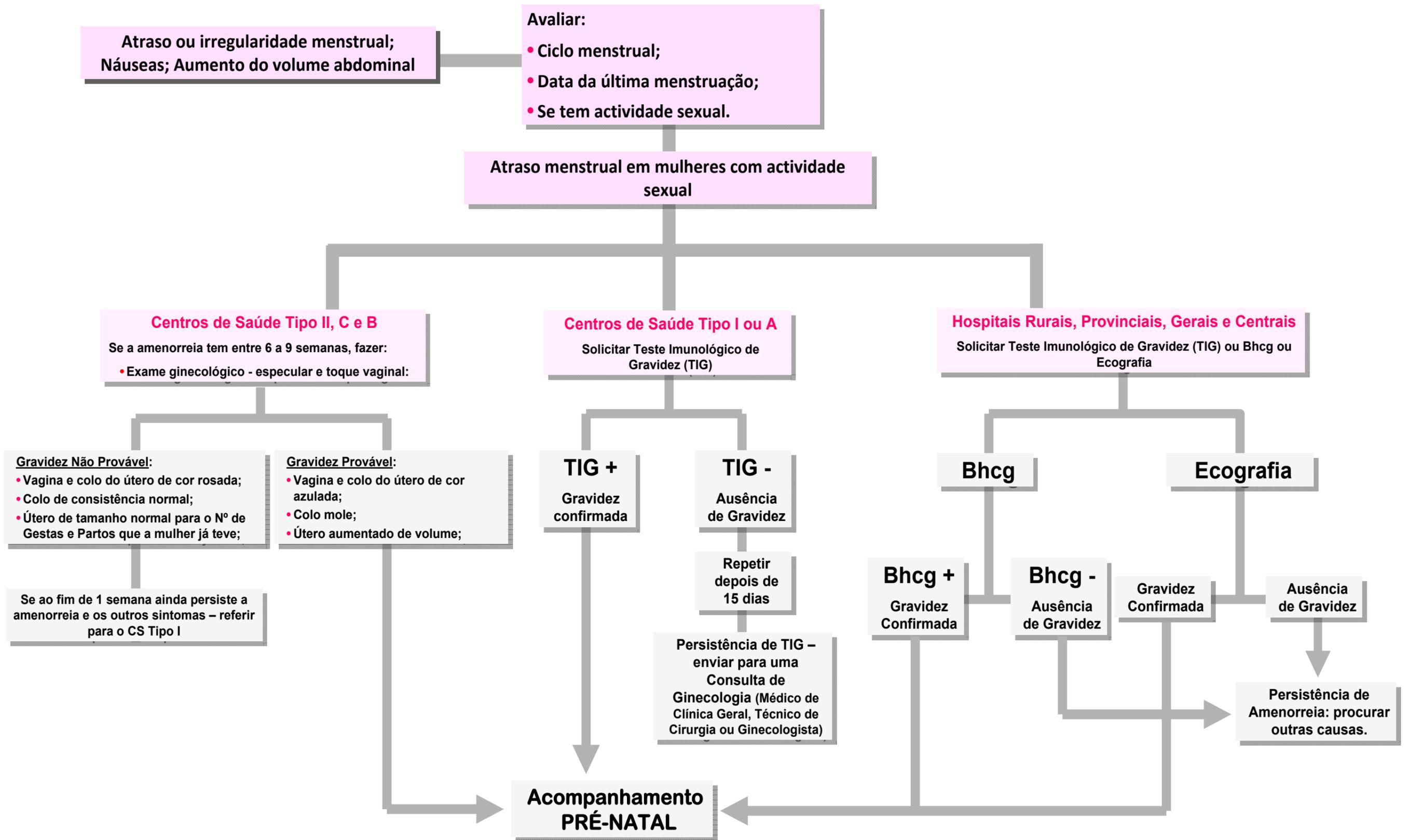


II.
FLUXOGRAMAS
para os
SERVIÇOS
de
SAÚDE MATERNA &
NEONATAL

2.1

ATENÇÃO PRÉ-NATAL

2.1.1: DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ



2.1.2: AVALIAÇÃO do ESTADO NUTRICIONAL da GRÁVIDA

Avaliação do Estado Nutricional da Grávida e Lactante até aos Primeiros 6 Meses Após o Parto

Importância da Avaliação Nutricional da Mulher Grávida: É importante monitorar o estado nutricional da mulher grávida e o ganho de peso durante a gravidez, com o propósito de:

- ☑ Identificar atempadamente as grávidas em risco nutricional (baixo peso, anemia, malnutrição...);
- ☑ Detectar o aumento excessivo, ou falta de aumento de peso, para a IG;
- ☑ Alertar para o despiste e tratamento de situações e/ou doenças que podem levar à diminuição (malária, anemia, parasitoses, outras...) ou aumento de peso (Diabetes, Pré-Eclampsia, e outras ...);
- ☑ Fornecer educação nutricional adequada para cada caso;
- ☑ Promover o estado nutricional materno, visando melhorar as condições do parto, e diminuir a prematuridade e o baixo peso à nascença.

História Clínica e Dietética:

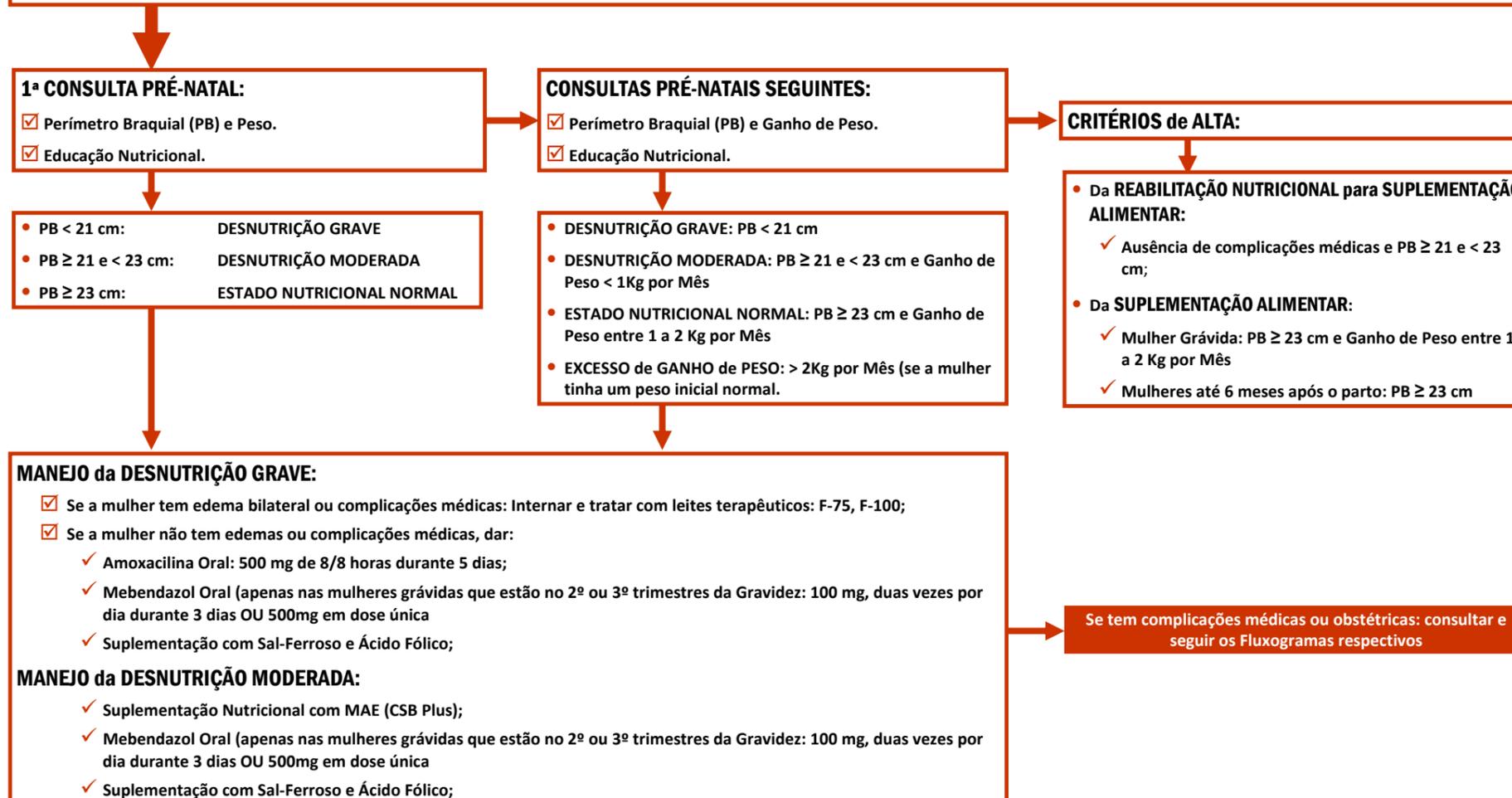
- ☑ Idade gestacional;
- ☑ Rastreio de fatores de risco (idade e altura materna, história reprodutiva/obstétrica anterior desfavorável; história dos outros filhos (baixo peso, nados mortos...); história de episódios repetidos de malária e anemia; condições obstétricas actuais como pré-eclâmpsia; sinais e sintomas de infecção uerinária, malária, parasitoses intestinais,...);
- ☑ Outras condições de saúde: cardiopatias, hipertensão arterial, doenças infecciosas, alergias...;
- ☑ História alimentar: que tipo de alimentos costuma consumir; quantas refeições faz por dia; sinais e sintomas de problemas digestivos...
- ☑ Avaliação das condições para um aleitamento materno;

Exame:

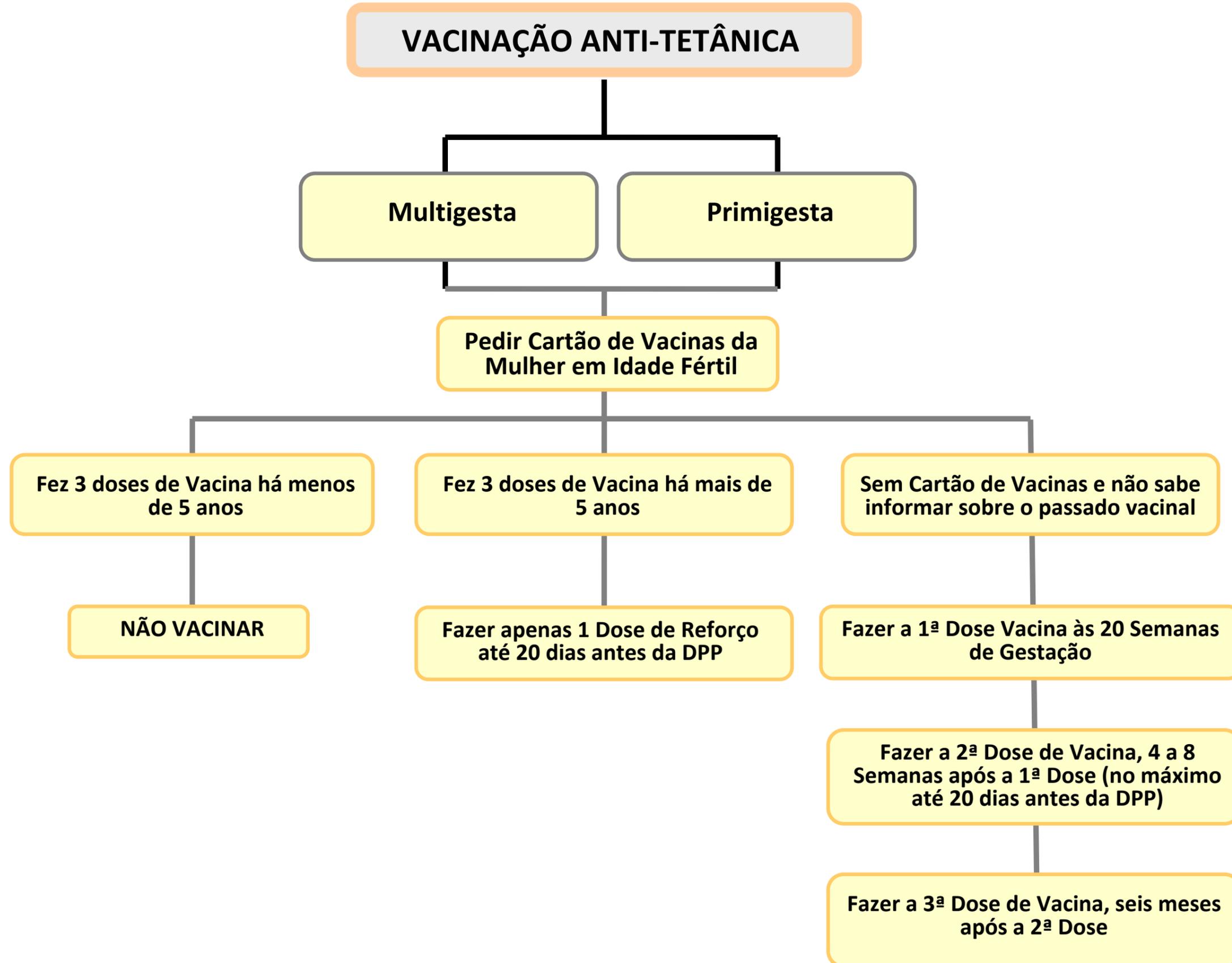
- ☑ Coloração das mucosas, peso, altura, tensão arterial, altura uterina e Perímetro Braquial;
- ☑ Monitorar o ganho de peso durante a gravidez, e o crescimento fetal através da medição da altura uterina;

Solicitar:

- ☑ Hemoglobina (ou hemograma completo se possível); Glicémia e outros exames julgados importantes para cada mulher.



2.1.3: VACINAÇÃO ANTI-TETÂNICA



2.1.4: MANEJO das NÁUSEAS, VÔMITOS e HIPERHEMESES GRAVÍDICA

Náuseas, Vômitos, Hiperhemeses

Náuseas e Vômitos Moderados

- Apoio emocional;
- Repouso;
- Orientação alimentar:
 - ✓ Alimentar-se logo ao acordar, evitando um jejum prolongado;
 - ✓ Alimentar-se mais frequentemente e em menos quantidade;
 - ✓ Beber líquidos em pequenas quantidades várias vezes por dia;
 - ✓ Variar de alimentos conforme a tolerância individual;
 - ✓ Evitar alimentos gordurosos, picantes, muito açucarados, e com cheiros fortes;
 - ✓ Mastigar lentamente;
- Evitar deitar-se logo após as refeições;
- Fazer exercícios físicos leves;

Hiperhemeses

Centros de Saúde:

- Enviar a mulher para a US de Referência;

Unidades Sanitárias de Referência:

- Internar;
- Suspende a alimentação durante 48 horas;
- Solicitar ionograma (Sódio, Potássio...);
- Canalizar uma veia – fazer soros e eletrólitos;
- Colocar sonda nasogástrica durante 48 horas e fazer dieta líquida;
- Fazer:
 - ✓ Piridoxina (Vitamina B6) é a droga mais segura, utilizada na dose de 10 a 25 mg de 8/8 h;
 - ✓ Antieméticos: 1ª escolha:
 - Metoclopramida: 10 a 20mg, IV, de 6/6h;
 - Prometazina: 25 mg IM de 8/8 h;
 - Clorpromazina: 25 mg IM de 8/8 horas Durante 7 dias;
- Dieta sólida composta por alimentos secos – 6 refeições/dia em pequenas quantidades;
- Líquidos claros conforme o desejo – 1 hora após cada refeição.
- Controlar a vitalidade fetal (onde existe ecógrafo – fazer uma ecografia), e conduta de acordo com os achados.

2.1.5: PREVENÇÃO, DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA ANEMIA NA GRAVIDEZ

Prevenção, Diagnóstico e Tratamento da Anemia na Gravidez

Solicitar Hemoglobina a toda a Grávida na 1ª CPN

Em US onde não é possível fazer a Hg

Verificar as mucosas, palidez, pulso e tipo de respiração;
Perguntar se tem queixas como: fraqueza, cansaço, tonturas, sensação de desmaio, respirações curtas e ofegantes, palpitações, e por vezes transpiração excessiva.

Mucosas pálidas, respiração normal, queixas de fraqueza e cansaço:

Fazer:

- 1 comprimido de Sal-Ferroso com Ácido Fólico de 8/8 horas (Comp de 200mg de Sal Ferroso e 0,25 mg de Ácido Fólico);
- A partir do 2º trimestre - dar Mebendazol 500mg dose única OU Mebendazol 100mg 2comp por dia durante 3 dias, OU Albendazol 400mg dose única;
- Se a mulher já está no segundo trimestre da gravidez iniciar o TIP Malária;
- Fazer o possível para enviar a mulher a uma US que faça Hg. Se não é possível manter a mesma medicação até 3 meses após o parto;

Palidez, respirações breves e ofegantes, queixas de fraqueza, cansaço, tonturas, sensação de desmaio e palpitações:

- Referir urgente a mulher para a US de Referência, acompanhada de um(a) familiar jovem – para internamento e transfusão de sangue.
- Fazer 1 comprimido de Ácido Fólico de 8/8 horas (Comp de 200mg de Sal Ferroso e 0,25 mg de Ácido Fólico);

Hg > ou = 11g/dl

Dar a todas as mulheres:

- 1 comprimido de Sal-Ferroso e Ácido Fólico por dia até 3 meses após o parto;
- A partir do 2º trimestre - dar Mebendazol 500mg dose única OU Mebendazol 100mg 2comp por dia durante 3 dias, OU Albendazol 400mg dose única;
- Se a mulher já está no segundo trimestre da gravidez iniciar o TIP Malária;

Hg < 11g/dl e > 7 g/dl

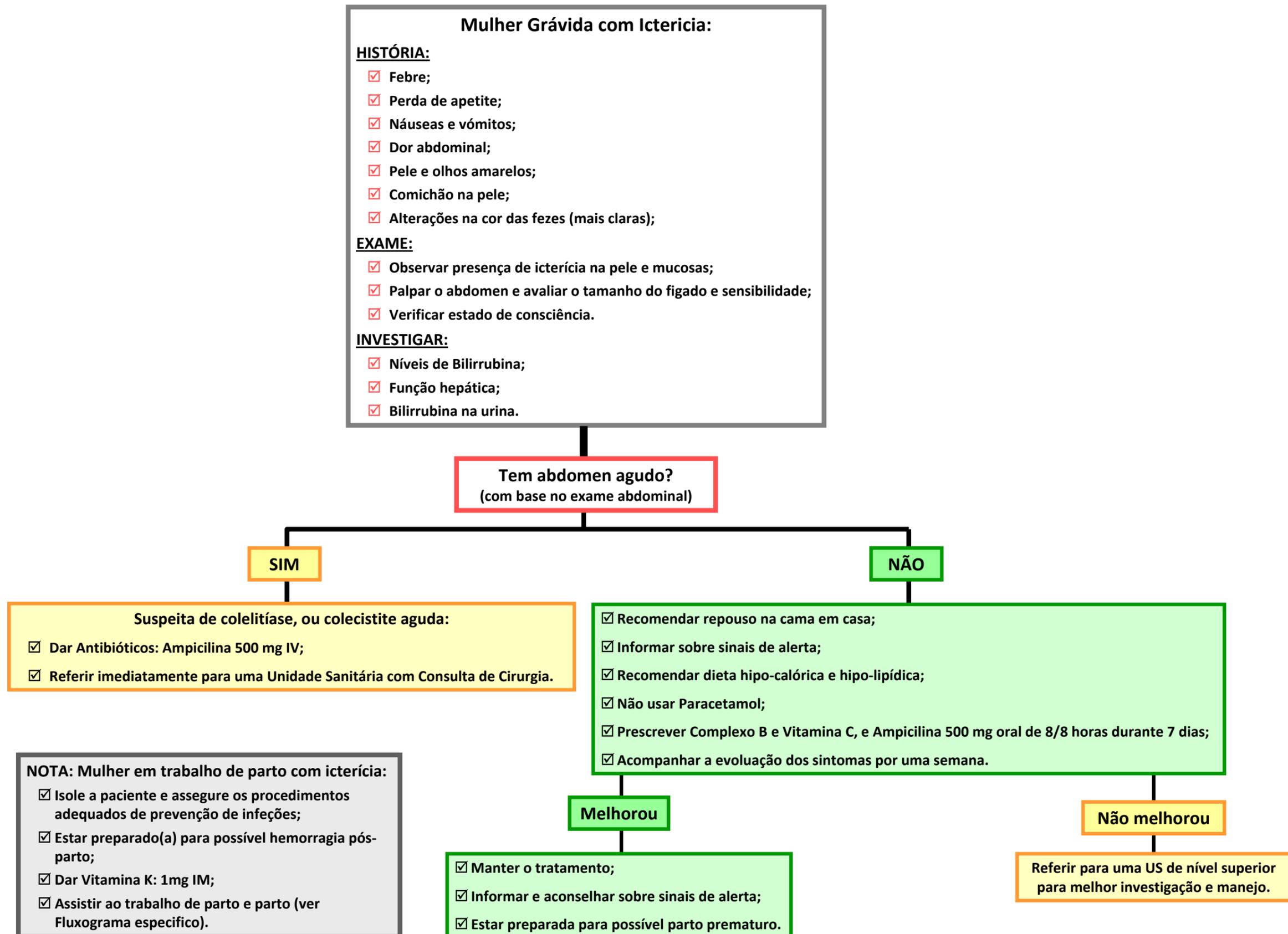
- Fazer 1 comprimido de Sal-Ferroso com Ácido Fólico de 8/8 horas (Comp de 200mg de Sal Ferroso e 0,25 mg de Ácido Fólico);
- Nas US onde existe Laboratório - pedir Hemograma completo para monitorar melhor a evolução do tratamento;
- A partir do 2º trimestre - dar Mebendazol 500mg dose única OU Mebendazol 100mg 2comp por dia durante 3 dias, OU Albendazol 400mg dose única;
- Se a mulher já está no segundo trimestre da gravidez iniciar o TIP Malária;
- Pedir Plasmódium e tratar de acordo (ver Fluxograma TTo da Malária);
- Repetir a Hg ao fim de 2 meses;
- Se os níveis estiverem a subir manter o tratamento até atingir 11 g/dl – passar depois para 1 comprimido por dia até 3 meses após o parto;
- Repetir a Hg/Hemograma na 30ª semana;

Hg = ou < que 7 g/dl

- Pedir Hemograma Completo, Plasmódium e outros exames laboratoriais julgados necessários;
- Solicitar sangue para transfusão;
- No caso de parto iminente e Hg < que 6g/dl, fazer uma transfusão de concentrado de glóbulos;
- Repetir Hg após transfusão;
- Se a Hg é < que 4 g/dl, administrar 40mg de Furosemida e estar atento(a) ao aparecimento de sinais de insuficiência cardíaca congestiva;
- Fazer ecografia para avaliar a vitalidade fetal;
- Fazer Sal-Ferroso com Ácido Fólico 3 a 4 comprimidos por dia até que os níveis atinjam 11 g/dl – passar depois para 1 comprimido por dia até 3 meses após o parto;
- A partir do 2º trimestre - dar Mebendazol 500mg dose única OU Mebendazol 100mg 2comp por dia durante 3 dias, OU Albendazol 400mg dose única;
- Se a mulher já está no segundo trimestre da gravidez iniciar o TIP Malária;
- Repetir a Hg na 30ª semana.

Fazer educação e aconselhamento nutricional sobre consumo de alimentos ricos em ferro (*vegetais verdes escuros, fígado, carnes vermelhas, feijão*) e em vitamina C (*laranja, tangerina, toranja, goiaba, ananás, etc*);

2.1.6: ICTERÍCIA NA GRAVIDEZ



2.1.7.A: TRATAMENTO INTERMITENTE PREVENTIVO da MALÁRIA (TIP)

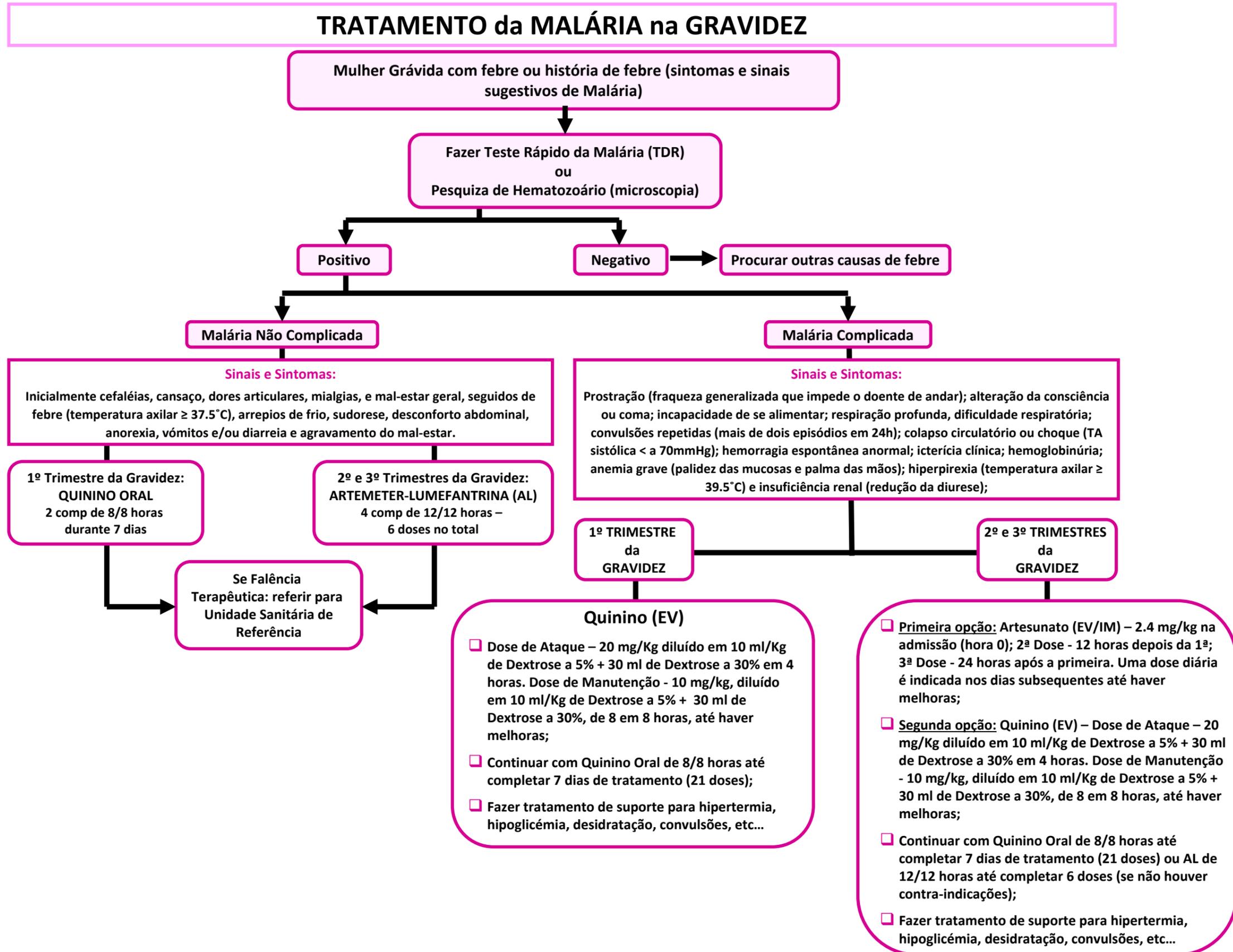
TRATAMENTO INTERMITENTE PREVENTIVO da MALÁRIA na GRAVIDEZ

- A Sulfadoxina&Pirimetamina (SP) deve ser administrada em cada Consulta Pré-Natal, sendo a primeira dose dada o mais cedo possível no segundo trimestre de gestação;
- Cada dose de SP deve ser dada com pelo menos 1 mês de intervalo;
- A última dose de TIP-SP pode ser administrada até o momento do parto, sem preocupações com a segurança destes medicamentos para a gravidez e feto;
- A SP pode ser dado com o estômago vazio ou com alimentos;
- O TIP-SP deve ser administrado como tratamento diretamente sob observação (DOT);
- Em caso de vômito, depois da administração de SP, repetir a dose dentro de 30 minutos;
- Ácido Fólico numa dose diária igual ou superior a 5 mg não deve ser administrado em conjunto com a SP porque neutraliza a sua eficácia como antimalárico;
- A SP não deve ser administrada a mulheres que recebem profilaxia com Cotrimoxazol;

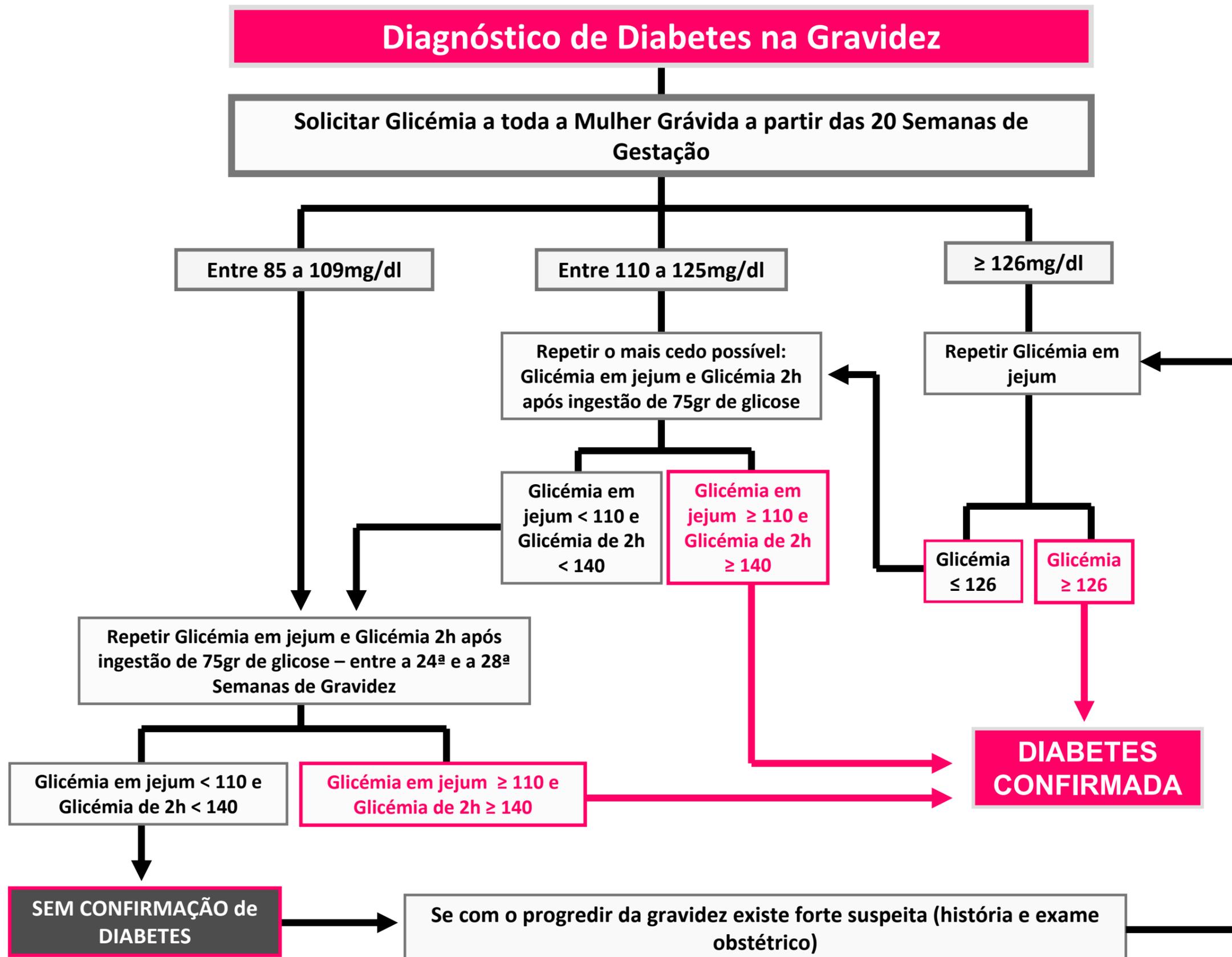
DOSE:

3 Comprimidos
(1.500 mg de Sulfadoxina e
75 mg de Pirimetamina);

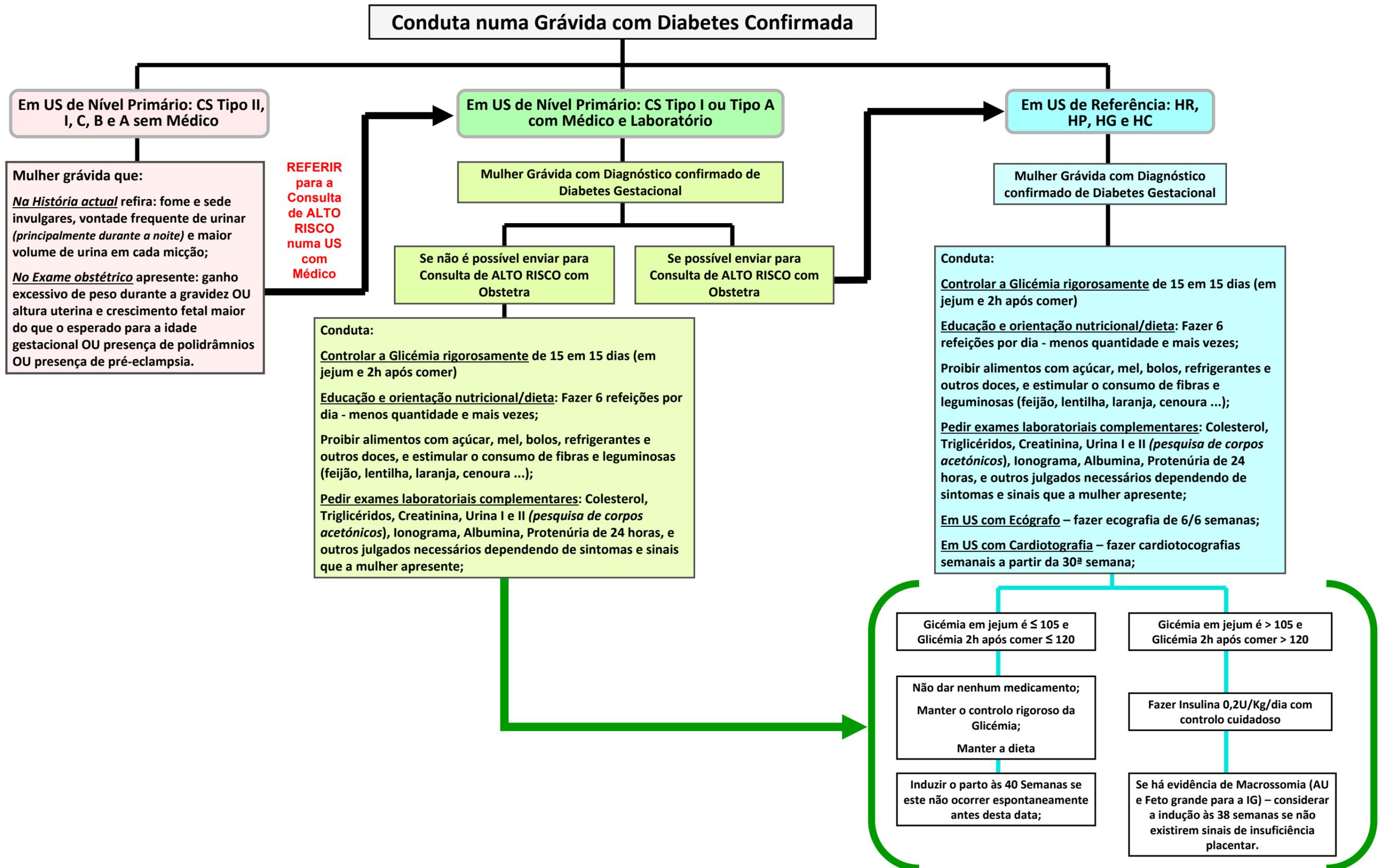
2.1.7.B: TRATAMENTO da MALÁRIA na GRAVIDEZ



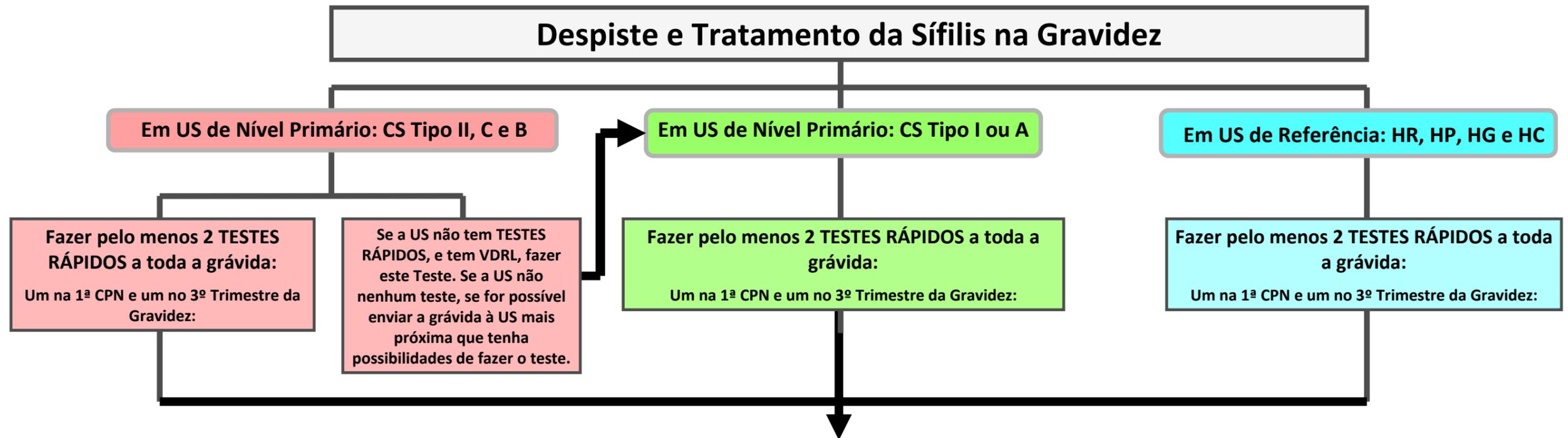
2.1.8.A: RASTREIO da DIABETES na GRAVIDEZ



2.1.8.B: CONDUTA na DIABETES CONFIRMADA na GRAVIDEZ



2.1.9: RASTREIO E TRATAMENTO DA SÍFILIS NA GAVIDEZ



Conduta:

Para além do TESTE RÁPIDO, deve ser feita uma história cuidadosa e exame objectivo, para que, de acordo com o quadro clínico – se possa identificar a fase da doença:

Fase da Doença	Esquema Terapêutico		Se a mulher é alérgica à Penicilina dar
	Penicilina G Benzatinica		
Sífilis Primária	2.400.000 UI, IM (1.200.000 em cada nádega) Dose única	Dose total: 2.400.000 UI	Eritromicina 500mg de 6/6 horas durante 15 dias
Sífilis Secundária	2.400.000 UI, IM (1.200.000 em cada nádega) Repetir ao fim de 7 dias	Dose total 4.800.000 UI	Eritromicina 500mg de 6/6 horas durante 15 dias
Sífilis Tardia	2.400.000 UI, IM (1.200.000 em cada nádega) Repetir ao 7º e 14º dias	Dose total 7.200.000 UI	Eritromicina 500mg de 6/6 horas durante 30 dias

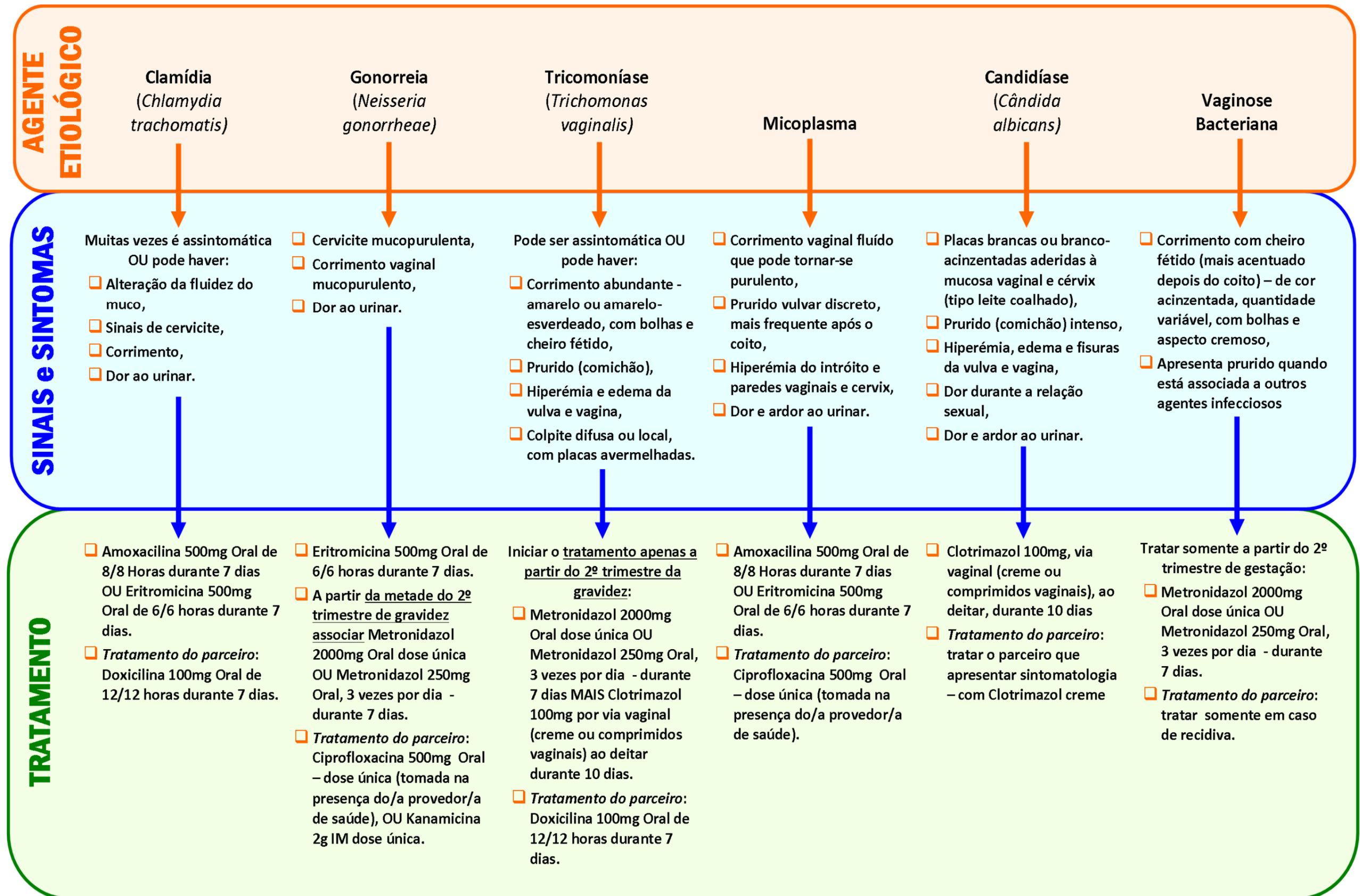
TODO o PARCEIRO deve ser testado e tratado. Se o parceiro é alérgico à Penicilina dar Tetraciclina 500mg de 6/6 horas durante 15 dias OU Doxiciclina 100mg de 12 em 12 horas durante 15 dias. **NOTA: a TETRACICLINA e a DOXICICLINA NÃO PODEM SER ADMINISTRADAS a MULHERES GRÁVIDAS ou a MULHERES QUE ESTÃO a DAR de MAMAR.**

Considerar tratamento adequado da Sífilis materna apenas quando:

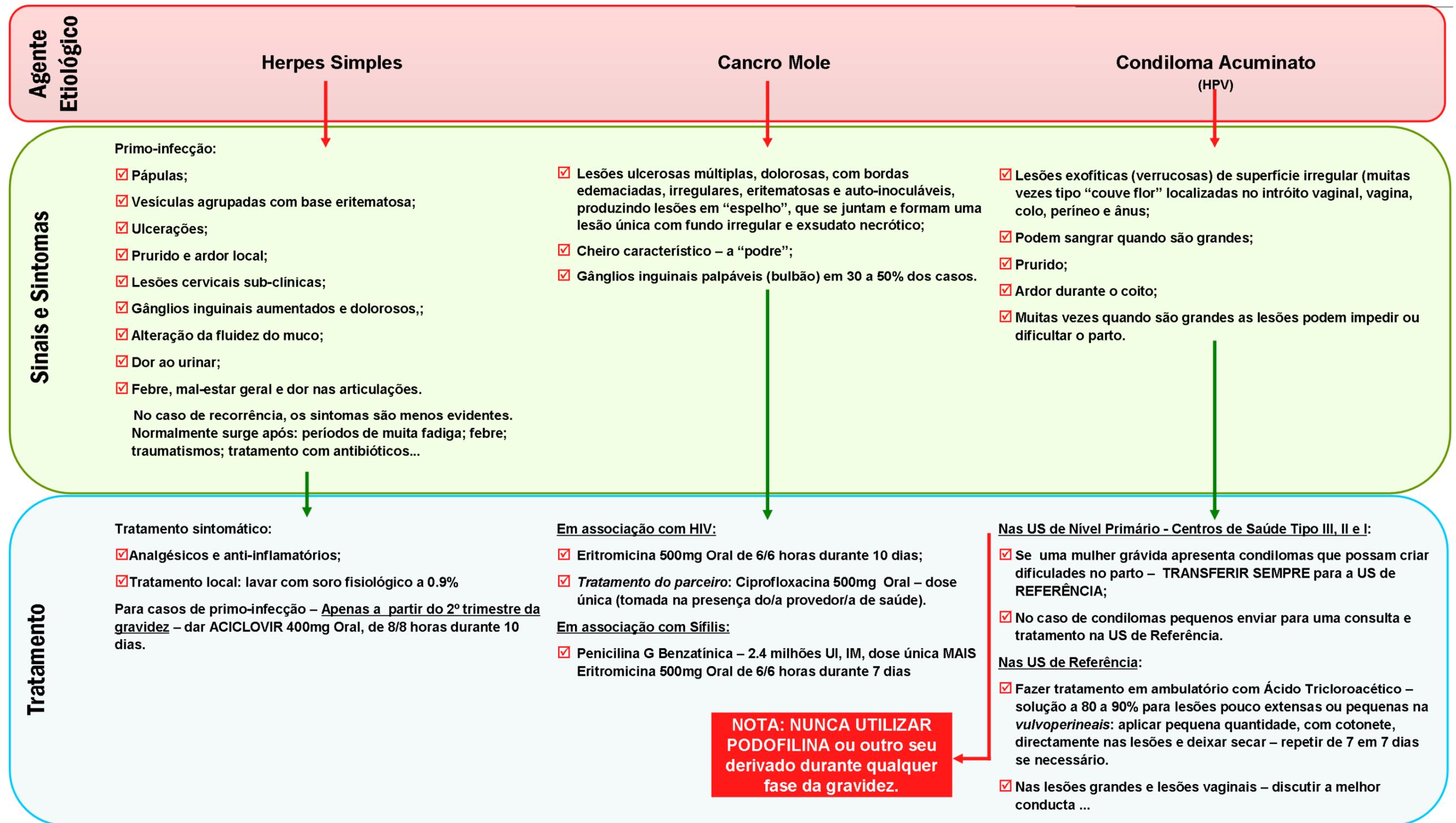
- O tratamento com Penicilina ou Eritromicina foi completo (neste último medicamento, confirmar com a mulher quantos comprimidos tomou, de quantas em quantas horas e durante quantos dias);
- O tratamento foi realizado até 30 dias antes do parto.
- O parceiro foi tratado (confirmar também);
- Após o tratamento não houve contacto sexual com parceiro não tratado ou tratado inadequadamente.

NOTA: pode existir uma reacção febril e agravamento das lesões cutâneas após o tratamento da fase primária ou recente da Sífilis – quando existe grande quantidade de *Treponemas* circulantes. Este quadro desaparece espontaneamente em 12 a 48 horas e não se justifica parar o tratamento.

2.1.10: DIAGNÓSTICO e TRATAMENTO do CORRIMENTO GENITAL na GRAVIDEZ

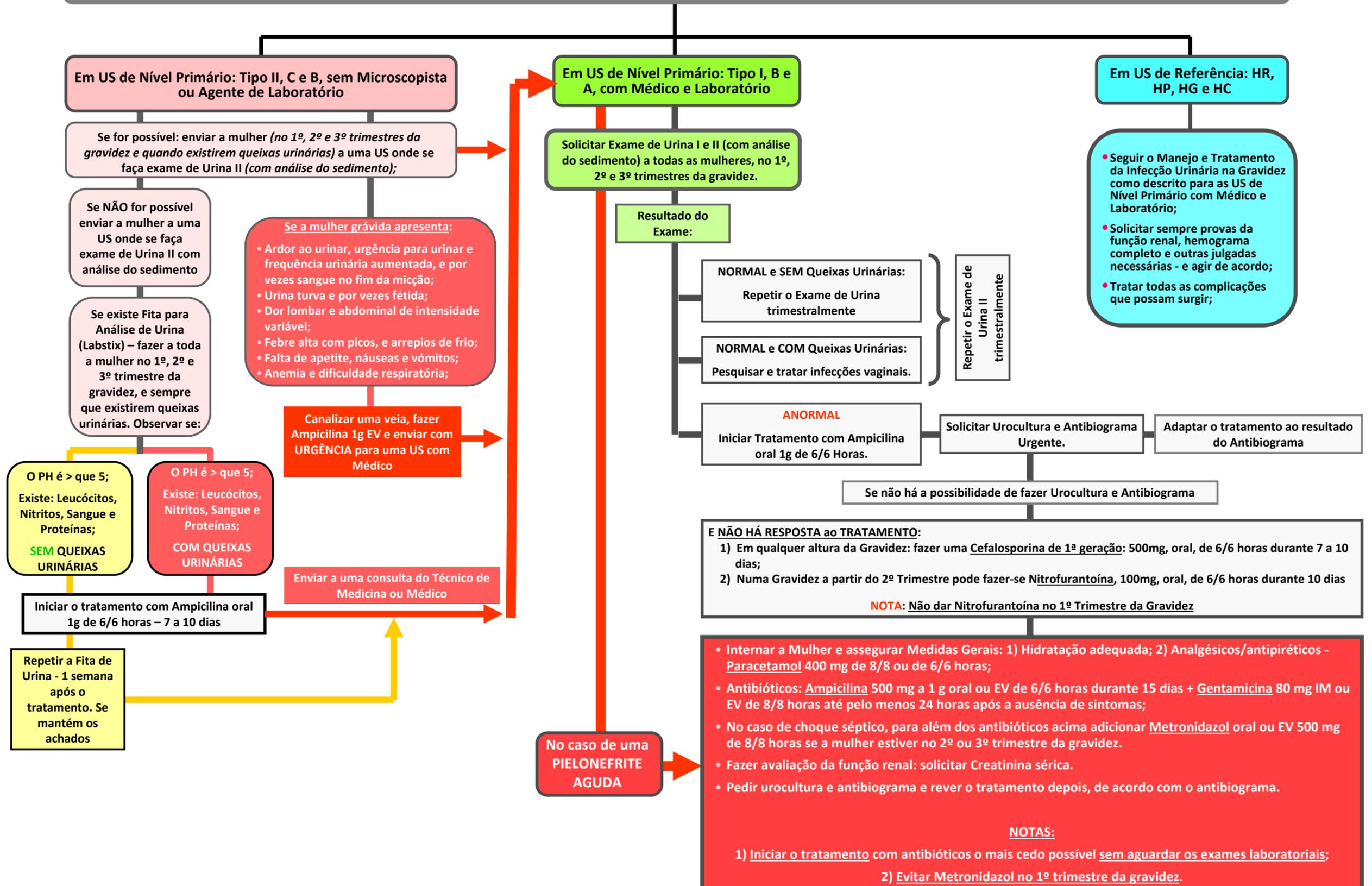


2.1.11: DIAGNÓSTICO e TRATAMENTO das ÚLCERAS GENITAIS na GRAVIDEZ

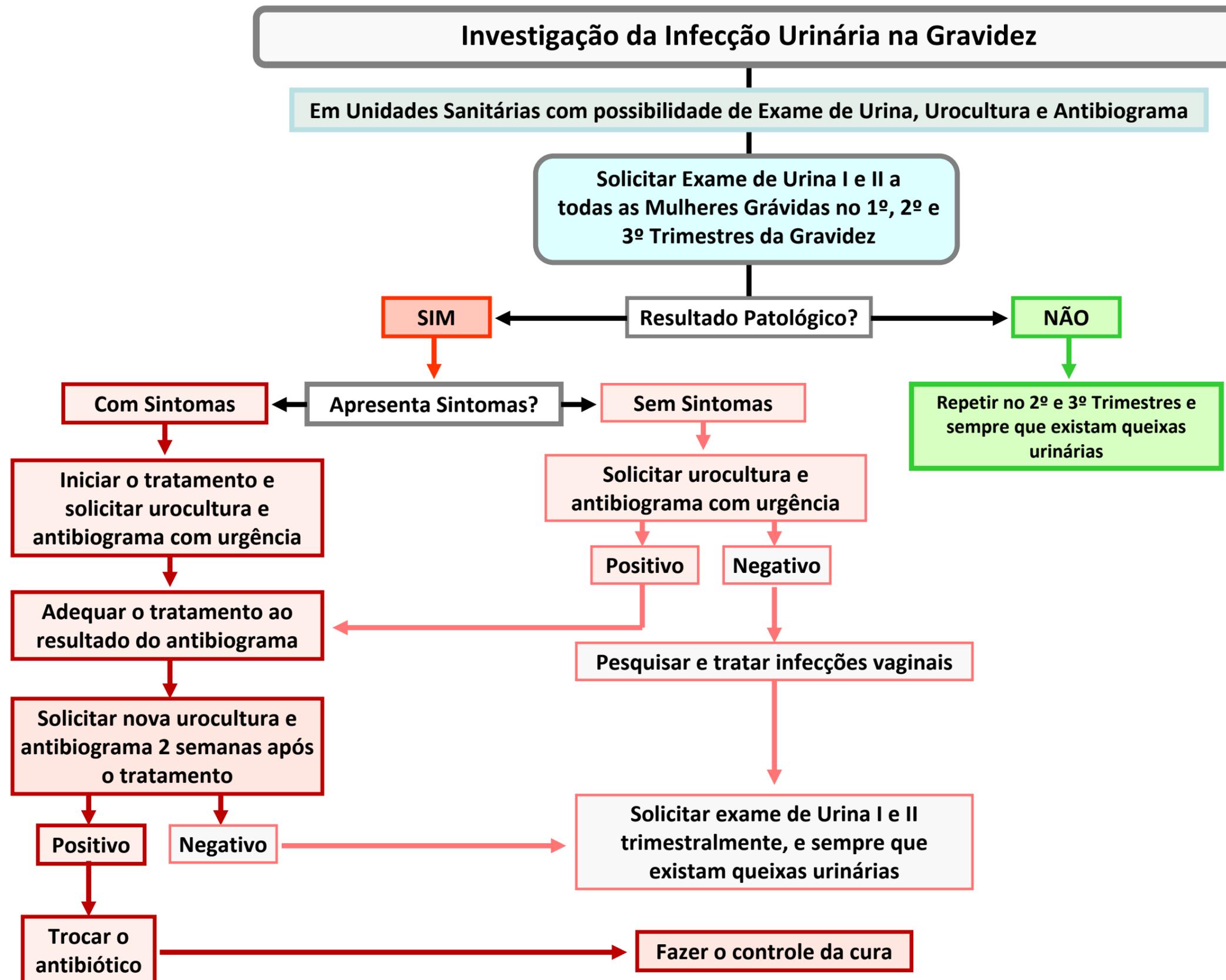


2.1.12.A: MANEJO e TRATAMENTO da INFECÇÃO URINÁRIA na GRAVIDEZ

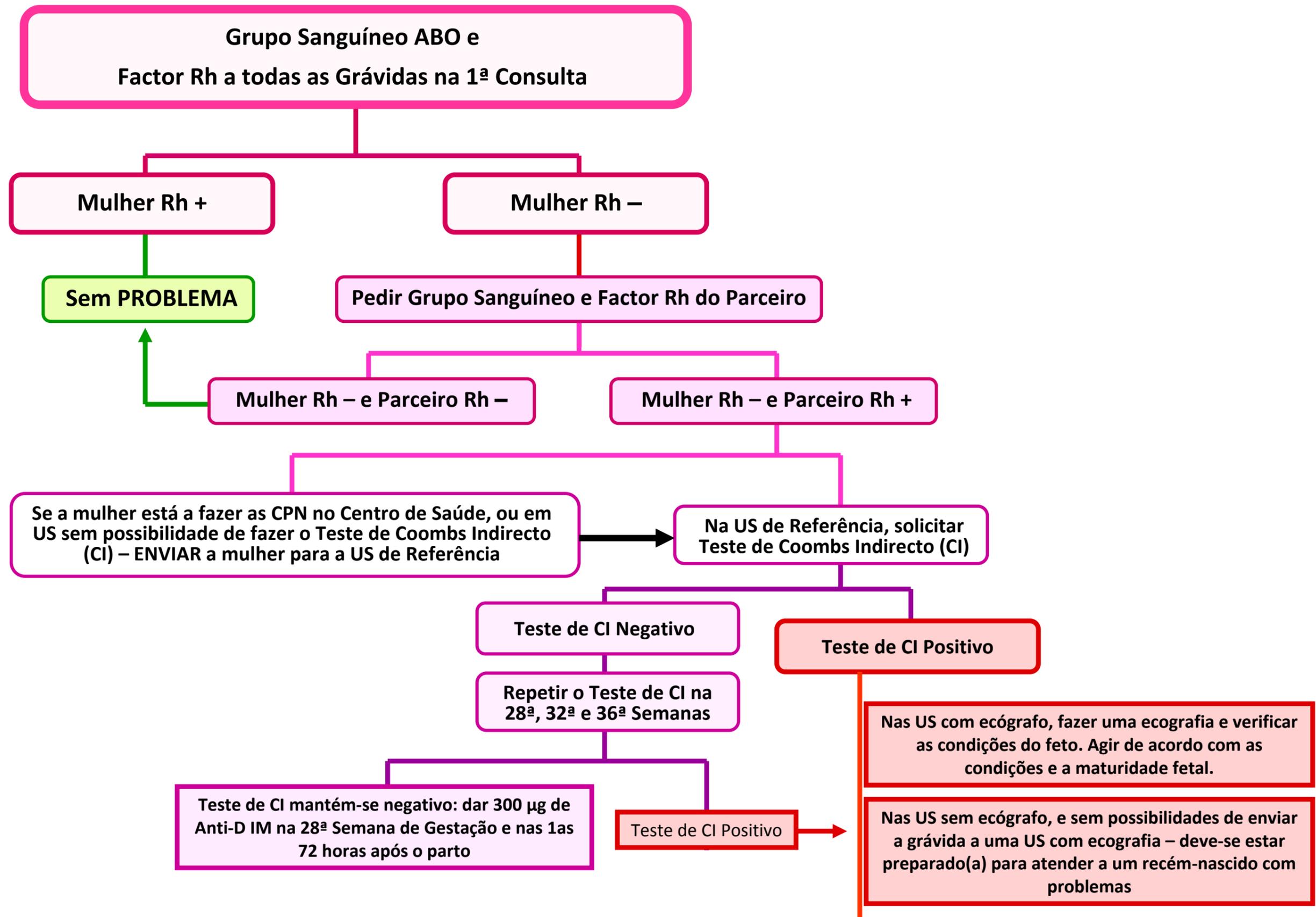
Manejo e Tratamento da Infecção Urinária na Gravidez



2.1.12.B: RASTREIO da INFECÇÃO URINÁRIA na GRAVIDEZ: US de REFERÊNCIA



2.1.13: MANEJO DA ALOIMUNIZAÇÃO



2.1.14: EDUCAÇÃO, INFORMAÇÃO E ACONSELHAMENTO NA CONSULTA PRÉ-NATAL

EDUCAÇÃO, INFORMAÇÃO e ACONSELHAMENTO na CONSULTA PRÉ-NATAL

Fornecer informação sobre:

- ✓ O desenvolvimento da gravidez, incluindo modificações corporais e emocionais, a orientação da mulher em como controlar os movimentos fetais;
- ✓ Sinais e sintomas de perigo durante a gravidez;
- ✓ Educação nutricional e orientações sobre a alimentação durante a gravidez, puerpério/amamentação;
- ✓ Cuidados a ter com o recém-nascido e importância do cumprimento do calendário de vacinações.

Explicar a importância:

- ✓ da Consulta Pré-Natal para a saúde mulher e do seu bebé, assim como do cumprimento de pelo menos 4 consultas pré-natais;
- ✓ do sexo seguro;
- ✓ da prevenção do HIV, da Transmissão Vertical e do TARV (cumprimento das consultas, orientações e tratamento);
- ✓ da participação do parceiro/pai nas consultas pré-natais;
- ✓ do parto institucional;
- ✓ da Consulta Pós-Parto/Pós-Natal para a mulher e recém-nascido;
- ✓ do espaçamento das gravidezes e do Planeamento Familiar, incluindo o planeamento familiar no pós-parto imediato;
- ✓ da preparação para, e do aleitamento materno inclusivo ou exclusivo;
- ✓ da prevenção da Malária: cumprimento das CPN para o TIP Malária, e a utilização diária das Redes Mosquiteiras;

Assegurar:

- ✓ A elaboração do “Plano para o Parto”, incluindo um plano antecipado de transporte no caso de ocorrência de complicações durante a gravidez, e na eminência do parto;

2.2

ATENÇÃO

ao

PARTO NORMAL

e

RECÉM-NASCIDO NORMAL

2.2.1: ATENDIMENTO à GRÁVIDA na SALA de ADMISSÃO

Atendimento à Grávida na Sala de Admissão

Prestar um tratamento cordial e respeitoso, e as informações necessárias à Grávida e seus Familiares (acompanhantes):

- ✓ Apresentar-se e cumprimentar a mulher e sua/seu acompanhante de forma cordial, e responder às suas perguntas e dúvidas de forma clara e gentil, numa língua que a mulher entenda;

Realizar uma avaliação completa das condições da mulher e do feto, com base na história clínica e no exame obstétrico:

- ✓ Perguntar se a mulher tem queixas, e garantir a assistência imediata no caso da mulher apresentar algum sinal de perigo;
- ✓ Colher todas as informações sobre as gravidezes anteriores e a gravidez actual que são solicitadas na Ficha Clínica do Parto;
- ✓ Colher todas as informações sobre o trabalho de parto, solicitadas na Ficha Clínica do Parto;
- ✓ Realizar o exame físico e obstétrico observando todos os itens previstos na Ficha Clínica do Parto;
- ✓ Realizar a higiene das mãos antes e depois do exame físico e obstétrico;
- ✓ Fazer aconselhamento e testagem para HIV:
 - ✓ Perguntar à mulher se já foi testada para o HIV, e qual foi o resultado – se é positivo e em TARV continuar o tratamento durante o trabalho de parto e parto;
 - ✓ Se a mulher nunca foi testada, ou se tem um resultado negativo, fazer o aconselhamento e oferecer o teste de HIV;
 - ✓ Se a mulher aceitar fazer o teste, realizar o teste rápido, e fazer aconselhamento pós-teste segundo o resultado – se teste de HIV é positivo deve iniciar o TARV;
- ✓ Dar informação sobre Planeamento Familiar Pós-Parto (LAM e DIU no Pós-Parto imediato);
- ✓ Explicar à mulher, de forma clara e cordial, os resultados e significado dos exames físico e obstétrico;
- ✓ Registar os dados da mulher no Livro de Registo das Admissões.

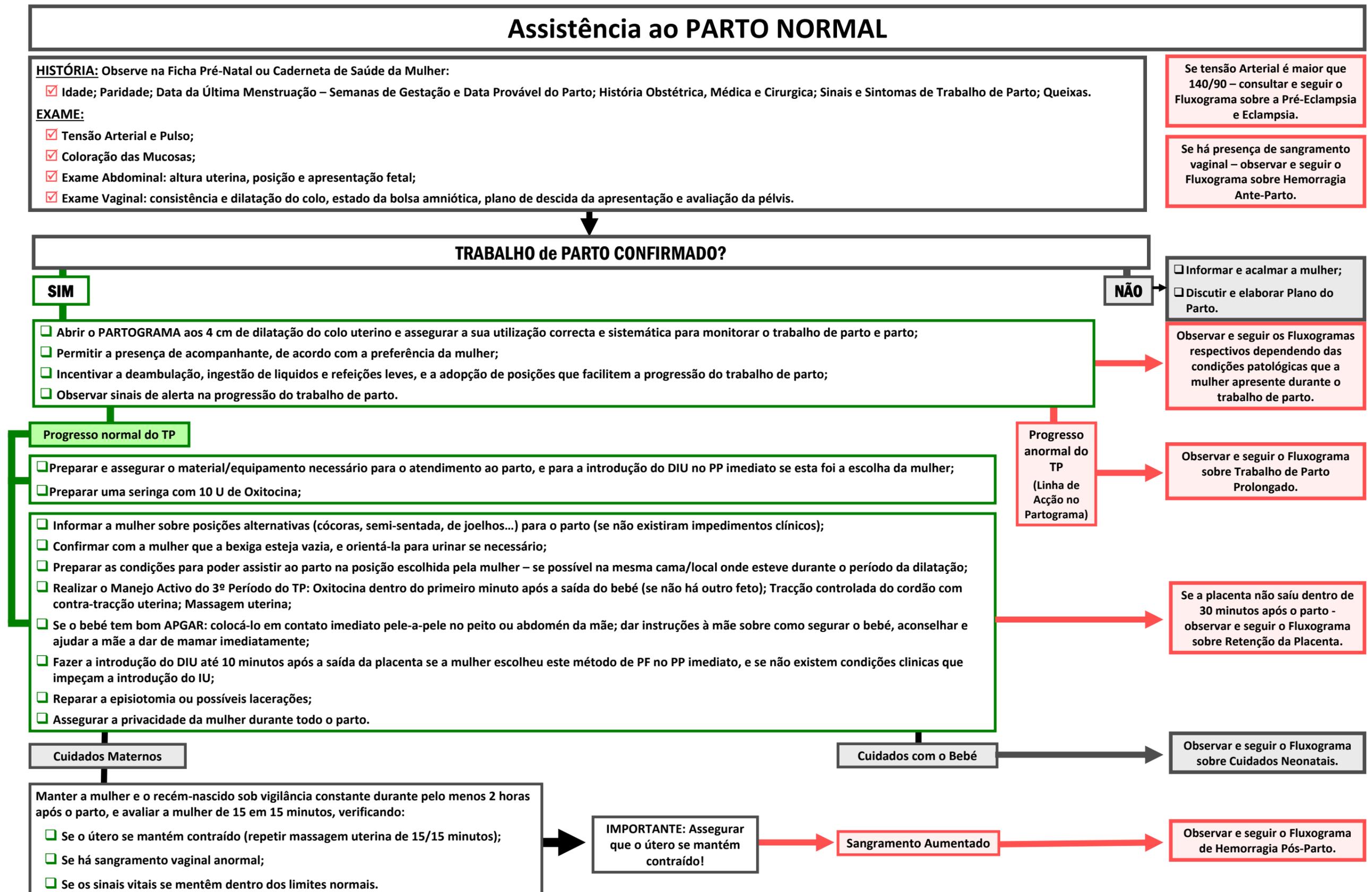
Encorajar e permitir a presença de acompanhante durante o trabalho de parto e parto de acordo com o desejo da gestante:

- ✓ Perguntar à mulher se ela deseja a presença de um/a acompanhante durante o trabalho de parto e o parto;
- ✓ Explicar que é possível a permanência de um acompanhante (do sexo feminino, ou masculino caso a US possa assegurar as condições de privacidade);
- ✓ Se a mulher deseja a presença de um/a acompanhante, solicitar que ela verifique a disponibilidade e aceitação do/a mesmo/a, e permitir a permanência de acompanhante, de acordo com o desejo da gestante, durante o trabalho de parto e parto;

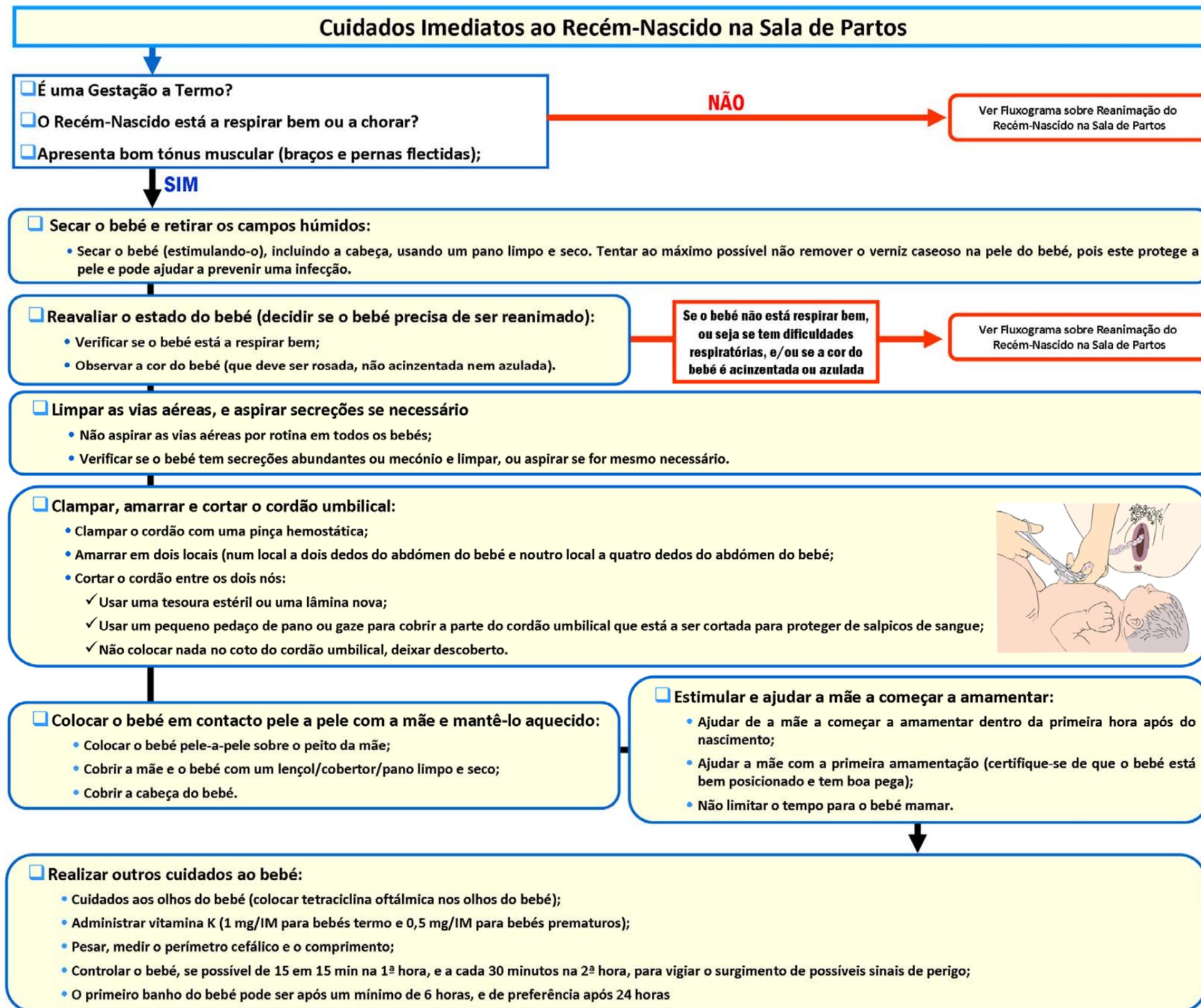
Preparar e implementar o “Plano para o Parto”, de acordo com os achados da história clínica, dos exames físico e obstétrico, e das preferências da mulher:

- ✓ Perguntar à mulher quando foi a última vez que comeu e que bebeu líquidos, e se tem dúvidas sobre o trabalho de parto e parto;
- ✓ Orientar a mulher sobre a importância de: ir à casa-de-banho com frequência para esvaziar a bexiga; beber líquidos e comer comidas leves quando desejar; caminhar e mudar de posição sempre que desejar;
- ✓ Informar a mulher sobre posições alternativas para o parto, enfatizando o benefício das posições mais verticalizadas (desde que não existam impedimentos clínicos), e perguntar que posição a mulher gostaria de adoptar no seu parto;
- ✓ Esclarecer possíveis dúvidas e orientar a mulher sobre a evolução do trabalho de parto e parto, como: aumento da intensidade e frequência das contracções; periodicidade dos exames; necessidade de colocar o recém-nascido em contacto pele-a-pele com a mãe imediatamente após o parto e a importância da amamentação precoce na 1ª hora de vida;
- ✓ Registar o “Plano para o Parto” na Ficha Clínica do Parto.

2.2.2: ASSISTÊNCIA AO PARTO NORMAL



2.2.3: CUIDADOS IMEDIATOS ao RECÉM-NASCIDO na SALA de PARTOS



A MÃE e o BEBÉ NUNCA DEVEM SER SEPARADOS após o nascimento, a não ser que existam razões médicas aceitáveis para tal.

2.2.4: CUIDADOS no PUERPÉRIO ANTES da ALTA: MÃE e BEBÉ

Cuidados no Puerpério ANTES da ALTA da Maternidade

MULHER

VERIFICAR:

- Os sinais vitais (TA, pulso e temperatura);
- As conjuntivas: despiste de anemia e icterícia clínica;
- Se tem edemas na face e membros;
- As mamas: avaliar o estabelecimento da lactação;
- O abdómen: avaliar a involução e consistência do útero;
- O períneo: avaliar o estado da episiotomia/lacerações; cor, quantidade, sensibilidade e cheiro dos lóquios; presença de sinais inflamatórios ou de infecção;

PRESCREVER:

- Analgésico, quando necessário;
- Vitamina A para as primeiras seis semanas;
- Sal-Ferroso com Ácido Fólico (até 3 meses após o parto);
- Outros medicamentos quando necessário;

EXPLICAR:

- Que cuidados deve ter em casa: higiene; alimentação; importância do aleitamento materno exclusivo...;
- Importância da suplementação com Sal-Ferroso e Ácido Fólico;
- Prevenção das ITS e HIV;
- PTV: tratamento e opções de alimentação infantil para as mulheres HIV+, e reforço do aconselhamento sobre TARV no Pós-Parto;
- Necessidade de se dirigir imediatamente à US em caso de sinais de perigo: sangramento vaginal anormal, lóquios com cheiro fétido, dificuldades respiratórias, febre, dores de cabeça fortes; visão turva, dores abdominais fortes e convulsões ou perda de consciência;
- Importância da Consulta Pós-Parto e Pós-Natal e do Planejamento Familiar para a sua saúde e do seu bebé, orientando a mulher sobre a data da Consulta Pós-Parto/Pós-Natal;

CRIANÇA

VERIFICAR:

- O estado geral e aparência do bebé;
- Respiração, frequência cardíaca e temperatura;
- Cor da pele: verificar se tem cianose e icterícia;
- Malformações congénitas;
- Tônus, vitalidade, choro e sucção;
- Possíveis traumatismos do parto;

APLICAR:

- Vacinas BCG e Pólio 0;

DEMONSTRAR:

- Como dar banho ao bebé;

ACONSELHAR:

- Como cuidar do umbigo e dos olhos;
- Posição correcta para amamentar, arrotar e dormir;
- Como manter o bebé aquecido;
- Sobre a importância do calendário da vacinação e da Consulta Pós-Natal;
- Cuidados de higiene pessoal e lavagem das mãos antes e depois de pegar o bebé, dar de mamar (ou de preparar o leite – no caso de alimentação artificial);
- Importância da Consulta Pós-Parto e Pós-Natal e do Planejamento Familiar para a sua saúde e do seu bebé, orientando a mulher sobre a data da Consulta Pós-Parto/Pós-Natal;
- Se Mãe HIV + fazer profilaxia no Recém-Nascido com AZT/NVP (ver e seguir Fluxograma respectivo);
- Necessidade de voltar imediatamente à US se houver sinais de perigo: alteração da respiração; problemas na amamentação; choro anormal e persistente; gemido; letargia ou fraqueza; convulsões; secreção purulenta dos olhos; vermelhidão peri-umbilical e/ou cheiro fétido no coto umbilical; icterícia; cianose; dificuldade de defecar ou urinar; fontanela abaulada; hipotermia ou febre.

2.3

MANEJO

das

PRINCIPAIS

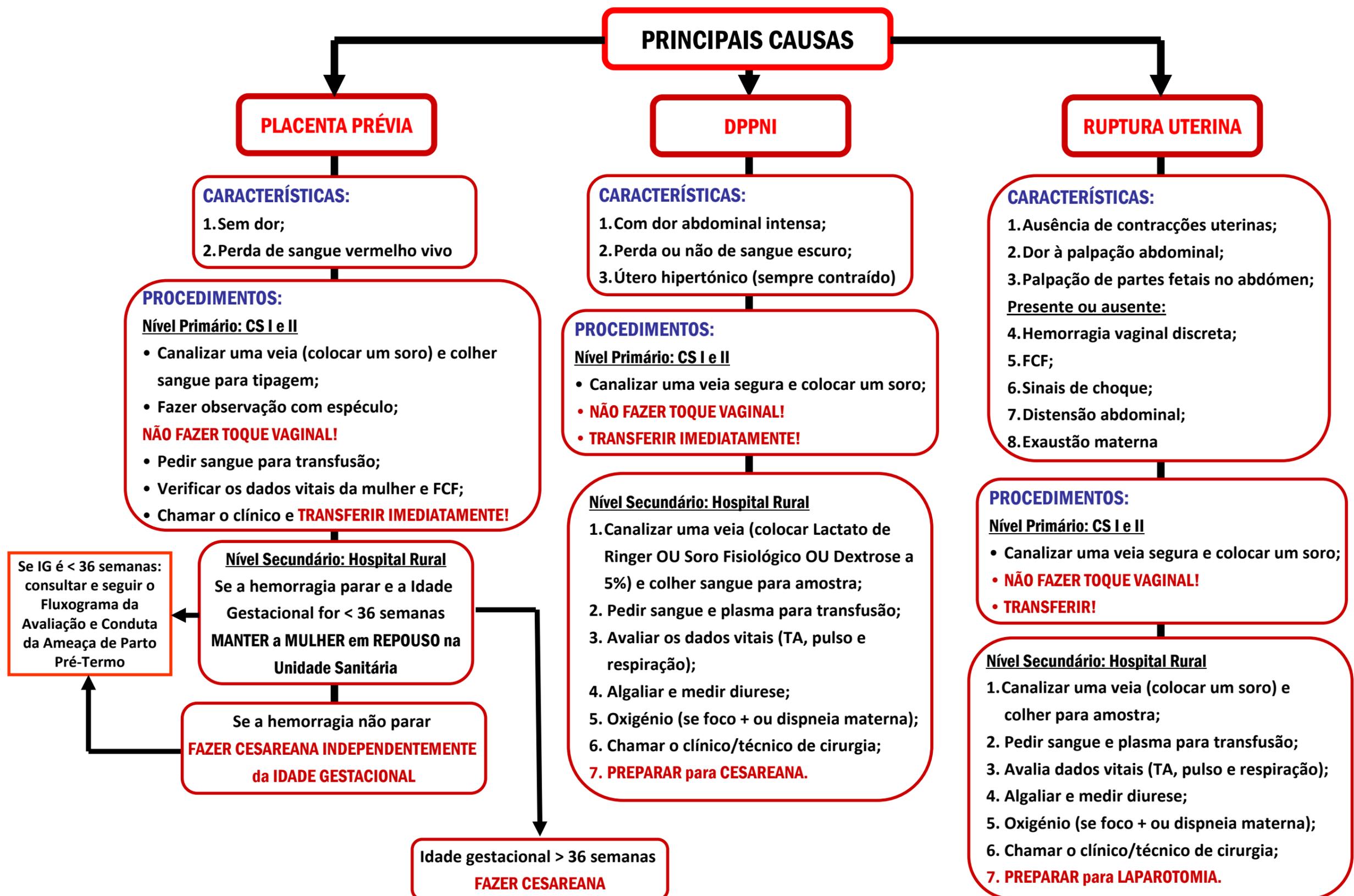
COMPLICAÇÕES OBSTÉTRICAS

2.3.1: AVALIAÇÃO INICIAL RÁPIDA da MULHER GRÁVIDA, PARTURIENTE e PUÉRPERA com PROBLEMAS

AVALIAÇÃO INICIAL RÁPIDA da MULHER GRÁVIDA, PARTURIENTE ou PUÉRPERA com PROBLEMAS		
AVALIAR:	SINAIS de PERIGO:	CONSIDERAR:
As vias respiratórias e a respiração	<p>VERIFICAR se EXISTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Cianose (cor azulada das mucosas) e dificuldade respiratória; <p>EXAMINAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Pele: palidez; <input checked="" type="checkbox"/> Pulmões: presença de sibilos ou ferveores. 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Anemia grave; <input checked="" type="checkbox"/> Insuficiência cardíaca; <input checked="" type="checkbox"/> Pneumonia; <input checked="" type="checkbox"/> Asma.
Circulação (sinais de choque)	<p>EXAMINAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Se a pele está fria e húmida; <input checked="" type="checkbox"/> Pulso: acelerado (110/min ou mais) e fraco; <input checked="" type="checkbox"/> Tensão Arterial: baixa (sistólica menor do que 90 mmHg). 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Consultar e seguir Fluxograma sobre o Manejo do Choque;
Hemorragia Vaginal (no início ou fim da gravidez, durante e após o parto)	<p>PERGUNTAR à Mulher:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Se está grávida, data da última menstruação e calcular quantas semanas de gestação; <input checked="" type="checkbox"/> Quantidade da perda e a cor do sangue (escuro ou vermelho claro); <input checked="" type="checkbox"/> Se teve parto recentemente (quando e onde); <input checked="" type="checkbox"/> Se a placenta foi completamente removida/extraída; <p>EXAMINAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> A vulva: quantidade da perda de sangue e cor do sangue, OU se há retenção da placenta e lacerações óbvias; <input checked="" type="checkbox"/> O útero: tamanho e consistência (verificar se existe atonia); <input checked="" type="checkbox"/> Se a bexiga está cheia. 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Aborto (<i>consultar e seguir o Fluxograma respectivo</i>); <input checked="" type="checkbox"/> Gravidez Ectópica ou Gravidez Molar (<i>consultar e seguir os Fluxogramas respectivos</i>); <input checked="" type="checkbox"/> Placenta Prévia, Descolamento da Placenta ou Ruptura Uterina (<i>consultar e seguir os Fluxogramas respectivos</i>); <input checked="" type="checkbox"/> Atonia uterina, lacerações do colo e vagina, retenção da placenta ou inversão do útero (<i>consultar e seguir os Fluxogramas respectivos</i>).
Inconsciência ou convulsões	<p>PERGUNTAR à Mulher:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Se está grávida, data da última menstruação e calcular quantas semanas de gestação; <p>EXAMINAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Tensão arterial: alta (sistólica ≥ 140 mm Hg E/OU diastólica ≥ 90 mm Hg); <input checked="" type="checkbox"/> Temperatura: 38°C ou mais; 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Pré-Eclampsia Severa ou Eclampsia (<i>consultar e seguir o Fluxograma respectivo</i>); <input checked="" type="checkbox"/> Malária (<i>consultar e seguir o Fluxograma respectivo</i>); <input checked="" type="checkbox"/> Epilepsia ou Tétano.
Febre alta	<p>PERGUNTAR à Mulher:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Se sente cansaço, dores articulares, mialgias, arrepios de frio, sudorese, falta de apetite, vômitos e diarreia; <input checked="" type="checkbox"/> Se urina frequentemente e com dores; <input checked="" type="checkbox"/> Quando foi a data da última menstruação, ou há quantos meses não tem menstruação; <input checked="" type="checkbox"/> Se teve parto à pouco tempo, quando e onde teve o parto; <p>EXAMINAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Temperatura: 38°C ou mais; <input checked="" type="checkbox"/> Estado de consciência; <input checked="" type="checkbox"/> Rigidez do pescoço; <input checked="" type="checkbox"/> Pulmões: respiração superficial, sinais de pneumonia (sopro tubárico); <input checked="" type="checkbox"/> Abdómen: presença de dor, massas e reacção peritoneal; <input checked="" type="checkbox"/> Vulva: corrimento purulento; <input checked="" type="checkbox"/> Mamas: sinais inflamatórios/infecção ou abscesso; 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Endometrite puerperal, abscesso pélvico e peritonite (<i>consultar e seguir o Fluxograma respectivo</i>); <input checked="" type="checkbox"/> Complicações após-aborto (<i>consultar e seguir o Fluxograma respectivo</i>); <input checked="" type="checkbox"/> Infecção urinária (<i>consultar e seguir o Fluxograma respectivo</i>); <input checked="" type="checkbox"/> Infecção ou abscesso mamário (<i>consultar e seguir o Fluxograma respectivo</i>).
Dor abdominal	<p>PERGUNTAR à Mulher:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Se está grávida, data da última menstruação e calcular as semanas de gestação; <p>EXAMINAR:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Tensão arterial: baixa (sistólica < 90 mm Hg); <input checked="" type="checkbox"/> Pulso acelerado (110 ou mais); <input checked="" type="checkbox"/> Temperatura: 38°C ou mais; <input checked="" type="checkbox"/> Útero: estado de gravidez. 	<ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> Gravidez Ectópica (<i>consultar e seguir o Fluxograma respectivo</i>); <input checked="" type="checkbox"/> Possível trabalho de parto pré-termo ou de termo; <input checked="" type="checkbox"/> Amnionite (<i>consultar e seguir o Fluxograma respectivo</i>); <input checked="" type="checkbox"/> Descolamento da placenta (<i>consultar e seguir o Fluxograma respectivo</i>); <input checked="" type="checkbox"/> Ruptura uterina.

2.3.2.A: HEMORRAGIA ANTE-PARTO – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

HEMORRAGIA ANTE-PARTO – DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL



2.3.2.B: MANEJO da PLACENTA PRÉVIA

Manejo da Placenta Prévia

CARACTERÍSTICAS:

Se a mulher está no 3º Trimestre da Gravidez e apresenta:

- Hemorragia vaginal de cor vermelho vivo e sem coágulos;
- Útero relaxado e sem dor, se não está em trabalho de parto. E se está em trabalho de parto, o útero está relaxado e indolor no intervalo entre as contrações;
- Apresentação fetal alta (muitas vezes a apresentação é pélvica ou transversa);
- Frequência cardíaca fetal normal;

Em QUARQUER TIPO de UNIDADE SANITÁRIA: É EXPRESSAMENTE PROIBIDO FAZER TOQUE VAGINAL ou EXAME com ESPÉCULO!

Em US de Nível Primário: CS Tipo II

Em US de Nível Primário: CS Tipo I e II

Em US de Referência: HR, HP, HG e HC

CONDUTA:

- Avaliar sinais vitais: TA, Pulso, frequência respiratória, coloração das mucosas – palidez;
- 1. Se existem sinais de pré-choque ou choque:
 - ✓ Canalizar uma veia segura e colocar soro (Lactato de Ringer ou Soro Fisiológico – 1000 ml);
 - ✓ Algalhar a paciente;
 - ✓ **REFERIR IMEDIATAMENTE para uma US com CAPACIDADE CIRURGICA!**
 - ✓ Se é possível referir a mulher acompanhada por uma ESMI ou Servente, e de um(a) acompanhante para o caso de necessidade de transfusão de sangue.
 - ✓ Se a US tem Laboratório e capacidade para transfusão de sangue, enquanto espera a ambulância ou transporte para referência, fazer: Hg, Tipo Sanguíneo e transfusão de sangue.
- 2. Se não existem sinais de pré-choque ou choque mas a hemorragia continua - pouca a moderada – **REFERIR A MULHER ASSIM QUE FOR POSSÍVEL** para uma US com capacidade cirúrgica e transfusão de sangue.
- 3. Mesmo que a hemorragia tenha parado – **REFERIR A MULHER O MAIS CEDO POSSÍVEL** para uma US com capacidade cirúrgica e transfusão de sangue.

NOTAS:

Tanto na situação 1, 2 como 3 - Se é possível referir a mulher com um(a) acompanhante para o caso de necessidade de transfusão de sangue;

Se existem SINAIS de CHOQUE – observar e seguir o Fluxograma de Manejo do Choque.

CONDUTA:

- Em US com Ecógrafo – fazer ecografia para: a) diagnosticar o tipo de PP; b) Avaliar a IG e a vitalidade e maturidade fetal; c) se existe algum grau de acretismo placentar.
- A conduta a seguir vai depender: 1) da gravidade da hemorragia – condições maternas; 2) do tempo de gestação; 3) do estado do feto.

Idade Gestacional MENOR do que 36 semanas

Idade Gestacional MAIOR do que 36 semanas

HEMORRAGIA PAROU e NÃO HÁ COMPROMETIMENTO do ESTADO MATERNO-FETAL

Internar a Mulher, e:

- Pedir Hemograma completo e Tipo Sanguíneo;
- Avaliar sinais vitais de 6/6 Horas;
- Controlar se há reaparecimento de hemorragia;
- Repouso;
- Sal Ferroso com Ácido Fólico (1 comp 8/8 horas);
- Se está com ameaça de parto prematuro ou se IG é < 36 Semanas: consultar e seguir o Fluxograma da Avaliação e Conduta da Ameaça de Parto Pré-Termo;
- Monitorar a vitalidade fetal – FCF e movimentos fetais. Nas US com CTG – fazer CTG diário;
- Fazer cesariana após a maturação fetal, ou quando a vitalidade fetal estiver comprometida.

HEMORRAGIA NÃO PAROU (moderada a abundante) - EXISTA ou NÃO COMPROMETIMENTO do ESTADO MATERNO-FETAL:

- Avaliar sinais vitais;
- Pedir Hemograma completo, Tipo Sanguíneo, e Sangue para transfusão;
- **FAZER CESAREANA URGENTE!**

TENHA a HEMORRAGIA PARADO OU NÃO:

- Avaliar sinais vitais;
- Avaliar vitalidade fetal;
- Pedir Hemograma completo, Tipo Sanguíneo, e Sangue para transfusão;
- **FAZER CESAREANA URGENTE!**

2.3.2.C: MANEJO do DPPNI

Manejo do Descolamento Prematuro da Placenta Normalmente Inserida (DPPNI)

CARACTERÍSTICAS:

Se a mulher está no 3º Trimestre da Gravidez, ou em Trabalho de Parto e apresenta:

- Dor abdominal súbita e intensa;
- Hemorragia vaginal de cor vermelho escuro e com coágulos;
- Útero hipertônico (sempre contraído);
- Frequência cardíaca fetal irregular ou ausente;

Em QUARQUER TIPO de UNIDADE SANITÁRIA: NÃO FAZER TOQUE VAGINAL

Em US de Nível
Primário: CS Tipo II

Em US de Nível
Primário: CS Tipo I e II

Em US de Referência:
HR, HP, HG e HC

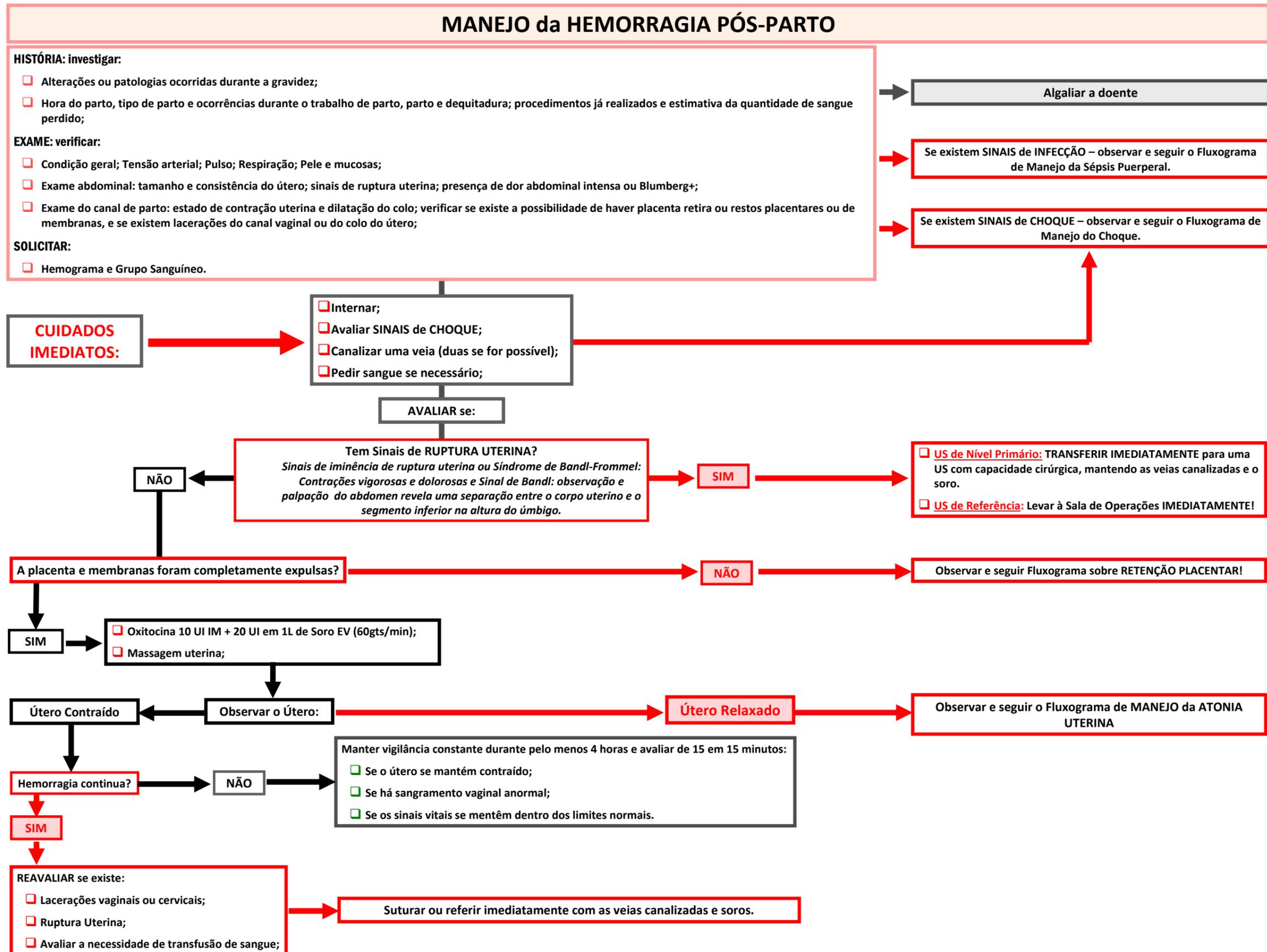
CONDUTA:

- Avaliar sinais vitais: TA, Pulso, frequência respiratória, coloração das mucosas – palidez;
- Se existem SINAIS de CHOQUE - canalizar uma veia segura e colocar soro (Lactato de Ringer – 1000 ml) – observar e seguir o Fluxograma sobre o Manejo do Choque.
- **REFERIR IMEDIATAMENTE para uma US com CAPACIDADE CIRURGICA!**
 - ✓ Se possível referir a mulher acompanhada por uma ESMI ou Servente, e de um(a) acompanhante para o caso de necessidade de transfusão de sangue.
- Se a US tem Laboratório e capacidade para transfusão de sangue, enquanto espera a ambulância ou transporte para referência, fazer: Hg, Tipo Sanguíneo e Transfusão de sangue.

CONDUTA:

- Medidas Gerais:
 - ✓ Avaliar sinais vitais: TA, Pulso, frequência respiratória, coloração das mucosas – palidez;
 - ✓ Se existem SINAIS de CHOQUE - canalizar uma veia segura e corrigir o estado de hipovolémia – observar e seguir o Fluxograma sobre o Manejo do Choque;
 - ✓ Colher sangue para: hemograma completo, prova de coagulação, tipo sanguíneo, ureia, creatinina, sódio e potássio;
 - ✓ Solicitar sangue e plasma para transfusão;
 - ✓ Algaliar e medir diurese;
 - ✓ Se existe oxigênio, colocar (em caso de sofrimento fetal e dispneia materna);
- Medidas Obstétricas:
 - ✓ Considerar a via mais rápida de parto – ponderando as condições maternas e fetais, e a evolução do trabalho de parto:

2.3.3.A: MANEJO da HEMORRAGIA PÓS-PARTO



2.3.3.B: MANEJO da RETENÇÃO da PLACENTA

MANEJO da RETENÇÃO PLACENTAR

HISTÓRIA: investigar:

- Alterações ou patologias ocorridas durante a gravidez;
- Hora do parto, tipo de parto e ocorrências durante o trabalho de parto, parto e dequitação; procedimentos já realizados e estimativa da quantidade de sangue perdido;

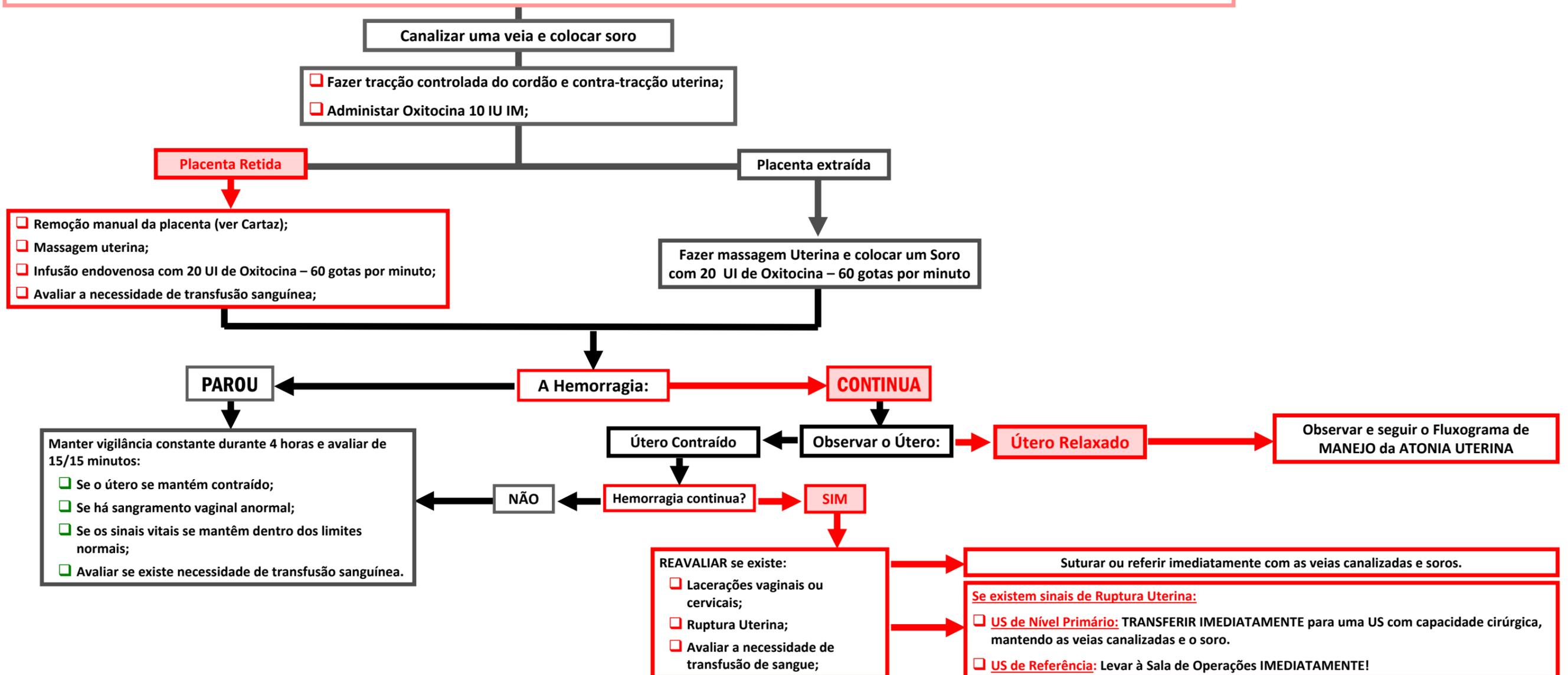
EXAME: verificar:

- Condição geral; Tensão arterial; Pulso; Respiração; Pele e mucosas;
- Exame abdominal: tamanho e consistência do útero; sinais de ruptura uterina; presença de dor abdominal intensa ou Blumberg+;
- Exame do canal de parto: estado de contração uterina e dilatação do colo; verificar se existe a possibilidade de haver placenta retida ou restos placentares ou de membranas, e se existem lacerações do canal vaginal ou do colo do útero;

SOLICITAR: Hemograma e Grupo Sanguíneo.

Algalhar a bexiga

Se existem SINAIS de CHOQUE – observar e seguir o Fluxograma de Manejo do Choque.

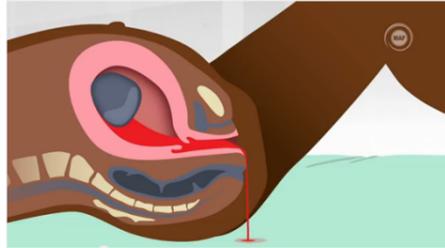


NOTA: Se existe suspeita ou confirmação de INFECÇÃO – observar e seguir o Fluxograma de Manejo da Infecção/Sépsis Puerperal

2.3.3.C: CARTAZ: Técnica de Remoção Manual da Placenta

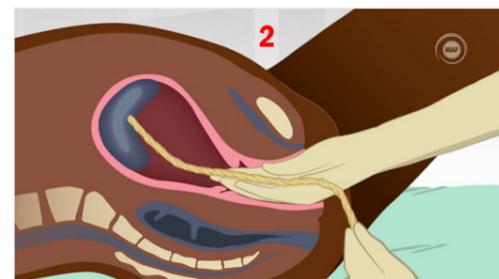
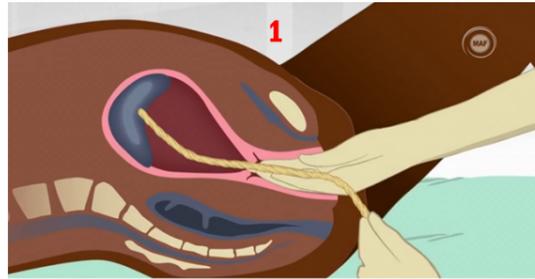
Remoção Manual da Placenta

Placenta Retida

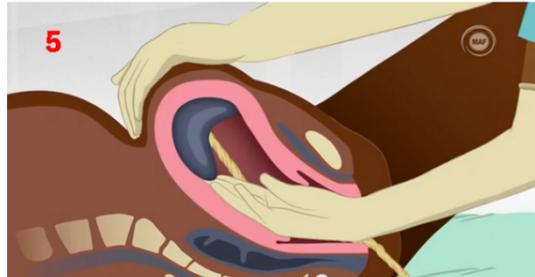


- ✓ Seguir o processo de lavagem e desinfecção das mãos e braços - para a prevenção de infecções;
- ✓ Desinfetar a área à volta da vagina e do períneo com uma solução anti-séptica;
- ✓ Algaliar a bexiga;
- ✓ Calçar primeiro as luvas estéreis curtas. Em seguida a mão que será introduzida na vagina deve calçar a luva comprida estéril por cima da luva curta;

- ✓ Introduzir a mão, calçada com a luva comprida, em forma de cone, afunilando as pontas dos dedos na vagina, enquanto a outra mão segura o cordão umbilical. Com uma rotação suave, seguir pelo orifício cervical até à cavidade uterina. Seguir o cordão até encontrar a placenta. Ao alcançar a placenta, procurar os seus bordos.



- ✓ Introduzir os dedos da mão entre o bordo da placenta e a parede uterina. Com a palma da mão de frente para a placenta, fazer movimentos laterais, com gentileza, para separar a placenta, enquanto que se segura e fixa o útero com a outra mão através do abdómen.



- ✓ Quando toda a placenta estiver separada e na palma da mão, estimular uma contração. Não puxar um pedaço da placenta, porque este se pode separar do resto da placenta e ficar retido. As membranas seguirão a placenta expulsa. Puxar as membranas lentamente e cuidadosamente para que não fiquem partes desta dentro do útero. Examinar a placenta e verificar se está completa. A seguir fazer massagem uterina, controlando se o útero está a contrair.



- ✓ Depois da placenta extraída, administrar 10 UI de Oxitocina e 0,5 mg de Metilergometrina (excepto nas mulheres hipertensas) se a hemorragia continua consultar e seguir o Fluxograma sobre o Manego da Hemorragia Pós-Parto;

- ✓ Fazer antibióticos por pelo menos 5 dias: Ampicilina: 1gr EV de 6/6h durante 24 a 48 horas e depois Amoxicilina oral 1gr de 6/6h; Metronidazol 500mg Oral de 8/8h e Gentamicina 80mg IM.

2.3.3.D: MANEJO da ATONIA UTERINA

MANEJO da ATONIA UTERINA

DEFINIÇÃO:

- Incapacidade do miométrio contrair levando à falta de constrição dos vasos sanguíneos no interior das fibras musculares, resultando em cavidades abertas no local da separação da placenta. A diminuição do tónus muscular uterino provoca perdas moderadas a abundantes de sangue.

FACTORES de RISCO/CAUSAS:

- Sobredistensão uterina – relacionada com: polihidramnios, gestação gemelar e macrosomia Fetal;
- Exaustão do músculo uterino – relacionada com: placenta retida, presença de restos placentares ou de membranas, bexiga cheia, descolamento prematuro da placenta, multiparidade
- Ocorrências durante o trabalho de parto e parto, tais como: indução do trabalho de parto, trabalho de parto e/ou parto prolongados; parto rápido, remoção manual da placenta;
- Infecção Intra-Amniótica – que poder causada por: infecção materna, ruptura prematura de membranas prolongada;
- Problemas Funcionais do Útero, tais como: mioma uterino, placenta prévia, placenta acreta, cesariana anterior, inversão uterina, malformações uterinas;

HISTÓRIA: investigar:

- Alterações ou patologias ocorridas durante a gravidez;
- Hora do parto, tipo de parto e ocorrências durante o trabalho de parto, parto e dequitação; procedimentos já realizados e estimativa da quantidade de sangue perdido;

EXAME: verificar:

- Condição geral; Tensão arterial; Pulso; Respiração; Pele e mucosas e estado de coagulação;
- Exame abdominal: tamanho e consistência do útero; sinais de ruptura uterina; presença de dor abdominal intensa ou Blumberg+;
- Exame do canal de parto: estado de contração uterina e dilatação do colo; verificar se existe a possibilidade de haver placenta retida ou restos placentares ou de membranas, e se existem lacerações do canal vaginal ou do colo do útero;

Algaliar a bexiga

Se existem SINAIS de CHOQUE – observar e seguir o Fluxograma de Manejo do Choque.

Se existe retenção da placenta ou de restos placentares - observar e seguir Fluxograma sobre RETENÇÃO PLACENTAR!

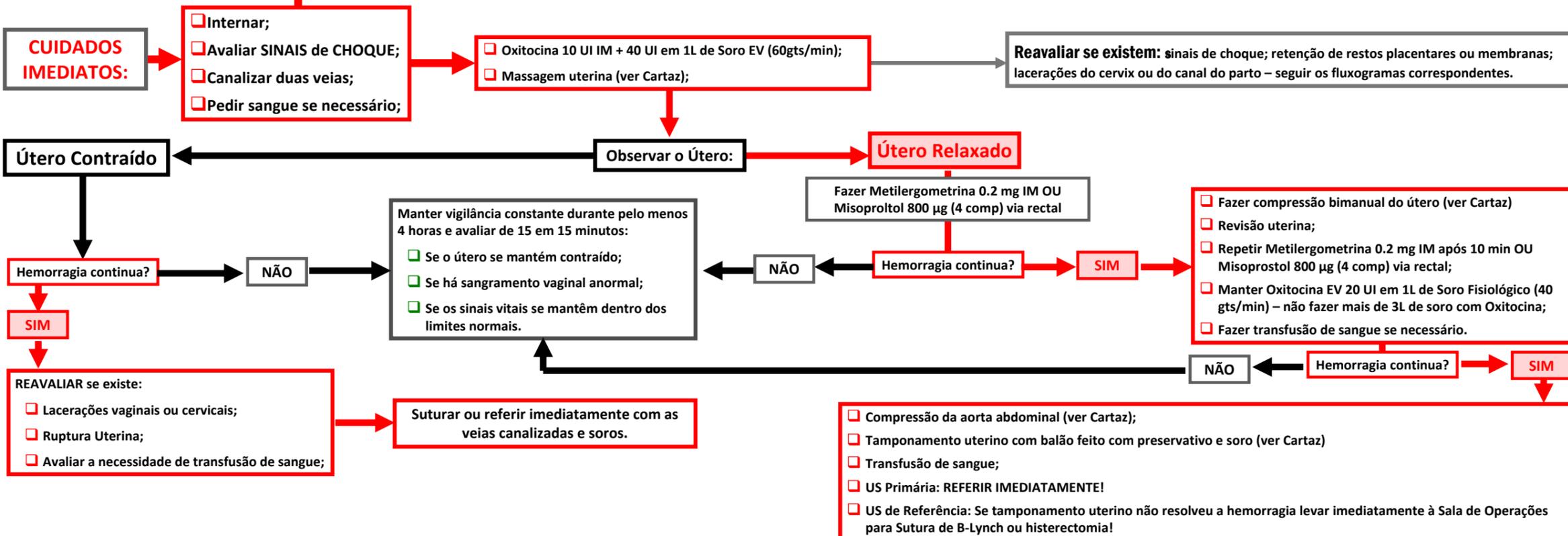
Se existem sinais de Ruptura Uterina:

US de Nível Primário: TRANSFERIR IMEDIATAMENTE para uma US com capacidade cirúrgica, mantendo as veias canalizadas e o soro.

US de Referência: Levar à Sala de Operações IMEDIATAMENTE!

Diagnóstico de ATONIA UTERINA:

- Útero distendido, mole e atónico (não contraído);
- Perdas sanguíneas vaginais persistentes moderadas a abundantes;
- Sinais de Pré-Choque ou Choque.

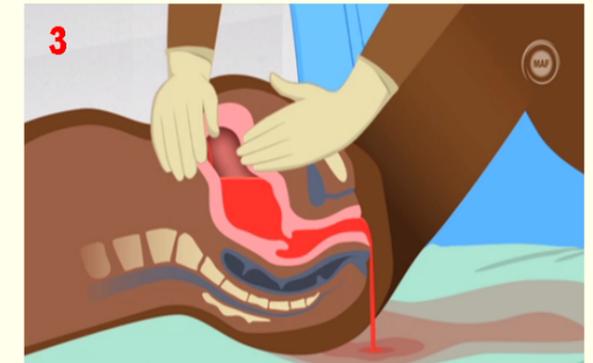
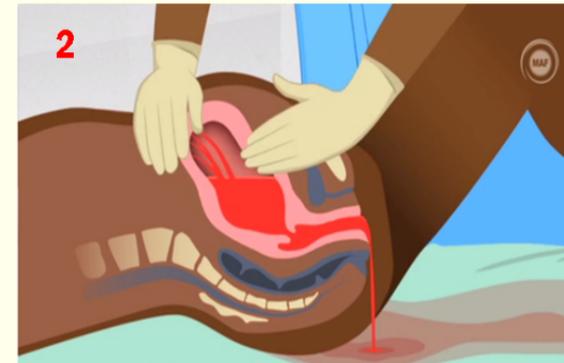


2.3.3.E: CARTAZ: Técnica da Massagem Uterina e da Compressão Bimanual do Útero

Massagem Uterina e Compressão Bimanual do Útero

MASSAGEM UTERINA

Através do abdômen segurar o corpo do útero entre as mãos, massajando-o e comprimindo-o vigorosamente entre as mãos.

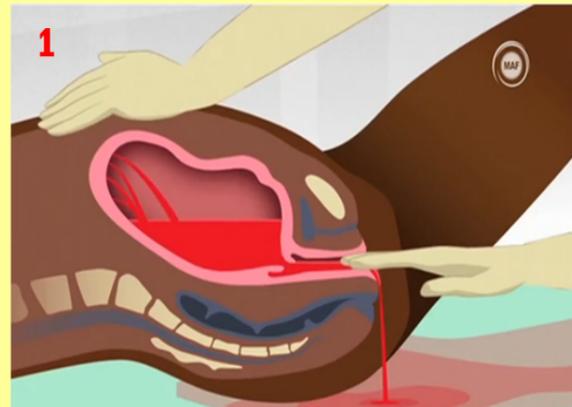


COMPRESSÃO BIMANUAL do ÚTERO

Usando luvas esterilizadas, introduzir uma mão na vagina até ao fundo de saco anterior, formando um punho no fundo de saco anterior fazendo pressão forte contra a parede anterior do útero.

Com a outra mão, fazer pressão profunda no abdômen por trás do útero, na sua parede posterior.

Manter a compressão até que a hemorragia esteja controlada e o útero possa contrair.



2.3.3.F: CARTAZ: Técnica do Tamponamento Uterino

TAMPONAMENTO UTERINO

Material necessário para o Tamponamento Uterino:

Figuras 1 e 2:

- ☑ Um Espéculo ou valva vaginal;
- ☑ Uma Tesoura;
- ☑ Duas pinças de restos (25 cm);
- ☑ Dois pares de luvas esterilizadas;
- ☑ Um preservativo;
- ☑ Um fio se seda ou um rolo pequeno de gaze;
- ☑ Um balão de soro de 1L;
- ☑ Um sistema de infusão ou uma algália;
- ☑ Uma seringa de 10 ou 20 ml;

Passos do Procedimento:

1. Algaliar a mulher;
2. Estender um camo estéril sob uma mesa – preparar e deixar o material no campo estéril: preservativo, sistema de infusão ou algália, linha de seda, espéculo, tesoura e pinças de restos (Figuras 1 e 2);
3. Calçar luvas estéreis. Colocar a ponta do sistema de infusão dentro do preservativo e amarrar com o fio de seda, na “boca” do preservativo, até ficar bem apertado (contudo o nó não deve comprimir o lumen do tubo de infusão: figuras 1 e 2). Se se estiver a usar a algália de Foley, proceder da mesma forma atando o preservativo a cerca de 10 cm da ponta da algália que normalmente é introduzida na uretra.
4. Conectar a outra ponta do sistema de infusão ou da algália a um balão de soro, fechando o sistema de gotejamento do sistema de infusão, ou fechando o tubo de algália com uma pinça – para evitar que o preservativo encha antes de estar dentro do útero;
5. Solicitar ajuda a outro profissional para proceder à compressão da aorta abdominal (Figura 3): fazendo pressão com o punho fechado diretamente através do abdómenor cima da aorta abdominal – mesmo por cima do umbigo e um pouco mais para a esquerda. Com a outra mão o profissional deve palpar o pulso femoral para verificar se a compressão é adequada – se o pulso for palpável significa que a pressão não é adequada devendo fazer-se uma pressão maior. Esta manobra vai reduzir o fluxo de sangue de forma a visualizar-se melhor o colo do útero durante a introdução do sistema ou da algália com o preservativo;
6. Pinçar a boca anterior e posterior do útero com as pinças de restos. Introduzir o sistema de infusão ou a algália com o preservativo dentro da cavidade uterina. Se se estiver a utilizar a algália, deve-se encher o balão de segurança da algália com 30 ml de soro.
7. Colocar o balão de soro, conectado ao sistema de infusão ou algália, num nível a cerca de 60 ou 70 cm acima do abdómen. Abrir o sistema e iniciar o enchimento do preservativo com cerca de 200ml a 500ml de soro. O preservativo deve ser cheio até que apareça no cervix e o sangramento reduza consideravelmente (máximo de enchimento 1000 ml) – Figuras 4, 5, 6, 7 e 8;
8. Assim que o sangramento reduz consideravelmente deve-se parar o enchimento e amarrar a ponta solta do sistema de infusão ou da algália;
9. Inserir um rolo de compressas dentro da vagina para assegurar que o preservativo cheio se mantém no lugar;
10. O tamponamento pode ser mantido dentro do útero até 48 horas, no final das quais se deve ir esvaziando o preservativo gradualmente e lentamente.

Figura 1



Figura 2



Figura 3

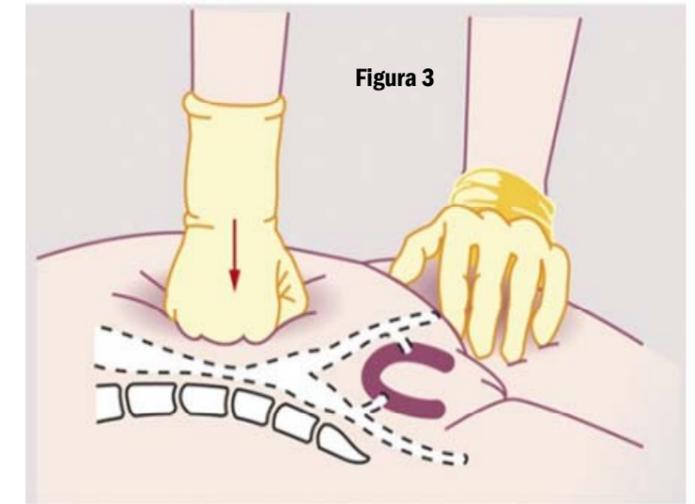


Figura 4

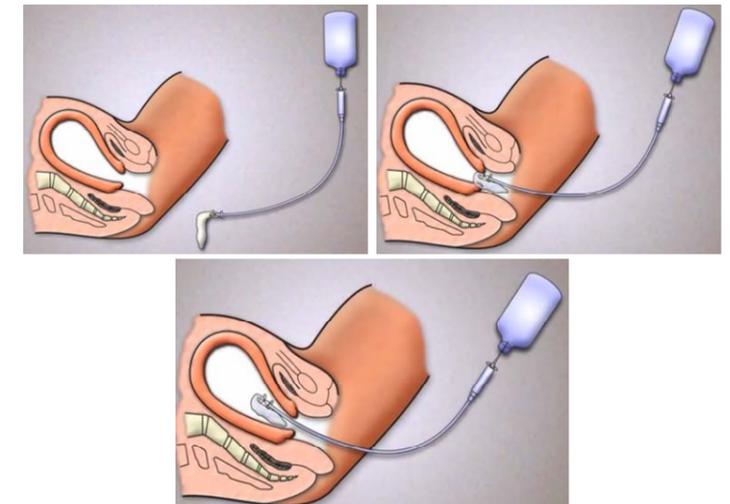


Figura 5

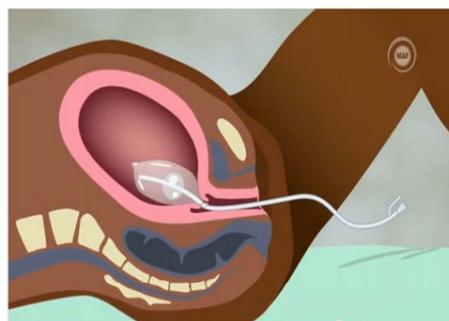


Figura 6

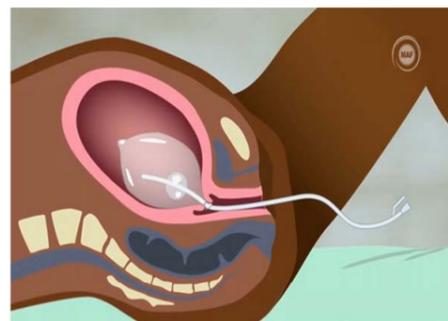


Figura 7

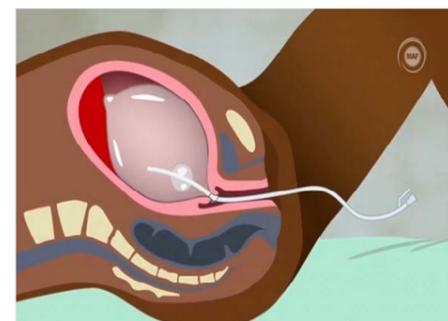
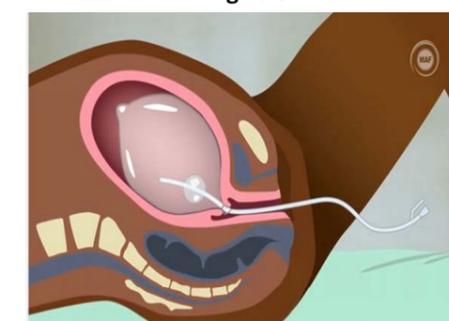


Figura 8



2.3.4: MANEJO do CHOQUE

MANEJO do CHOQUE

Suspeitar ou prever a ocorrência de CHOQUE, se pelo menos um dos seguintes sintomas estiver presente:

- Hemorragia;
- Infecção (p.ex: Aborto Inseguro ou Séptico, Amnionite, endometrite, pielonefrite);
- Trauma (p.ex: Lesão do Útero ou Intestino durante um aborto; Ruptura Uterina, Lacerações do Canal do Canal do parto);

SINAIS e SINTOMAS de CHOQUE:

- Pulso fraco e rápido (110 por minuto ou mais);
- Tensão Arterial baixa (Sistólica menos do que 90 mm Hg);
- Palidez (especialmente da mucosa das pálpebras, palmas das mãos ou à volta da boca);
- Tranpiração, ou pele húmida e fria;
- Respiração rápida (30 ou mais respirações por minuto);
- Ansiedade, confusão ou inconsciência;
- Excreção escassa de urina (menos do que 30 ml por hora);
- Sede excessiva (pedido de água).

CUIDADOS IMEDIATOS

- PEDIR AJUDA URGENTE**, mobilizar todo o pessoal disponível com urgência, e ter I KIT de Reanimação e Emergência à mão;
- Canalizar duas veias com agulhas/cateter de grande calibre (16 ou 18):
 - ✓ Colher sangue para Hemograma, Prova Cruzada (Grupo Sanguíneo e Compatibilidade), imediatamente antes da infusão de líquidos.
 - ✓ Administrar imediatamente uma infusão de Soro Fisiológico ou Lactato de Ringer, inicialmente 1L em 15 a 20 minutos – fazendo pelo menos 2L de soros na primeira hora.
- Colocar a mulher em decúbito lateral para minimizar o risco de aspiração e para assegurar vias aéreas livres;
- Monitorar os SINAIS VITAIS a cada 10 minutos: TA, Pulso, Respiração, Temperatura e Diurese;
- Elevar os membros inferiores para aumentar o retorno do sangue ao coração;
- Administrar Oxigénio 6 a 8 Litros/Minuto por cânula ou máscara;
- Auscultar o coração (frequência e presença de murmúrios) e os pulmões (presença de crepitações basais).

A Mulher NÃO MELHOROU

A Mulher MELHOROU

Determinar a CAUSA do CHOQUE:

Hemorragia abundante

Antes das 28 Semanas de Gravidez, descartar: Aborto, Gravidez Ectópica ou Gravidez Molar.

Consultar e seguir os Fluxogramas respectivos!

Depois das 28 Semanas ou durante o trabalho de parto, mas antes do parto, descartar: Placenta Prévia, Descolamento da Placenta ou Ruptura Uterina.

Consultar e seguir os Fluxogramas respectivos!

Depois do parto, descartar: Lacerações do Canal de Parto, Retenção da Placenta, Restos Placentares, Inversão ou Ruptura Uterina.

Consultar e seguir os Fluxogramas respectivos!

Infecção ou Sépsis

Tirar amostras de sangue, urina e pus para cultura e antibiograma – se a US tem meios para isto;

Administrar:

- ✓ 3 milhões de Unidades de Penicilina G OU 1gr de Ampicilina EV de 6/6 horas;
- ✓ MAIS 80 mg de Gentamicina EV de 8/8 horas;
- ✓ MAIS 500 mg de Metronidazol EV de 8/8 horas.

Consultar e seguir o Fluxograma sobre Manejo da Sépsis!

- Determinar a CAUSA do CHOQUE e agir de acordo;
- Continuar a infusão de fluidos EV em gotejo rápido (2l durante a primeira hora, e manutenção com 1 a 2 L em 4-8 horas);
- Fazer transfusão de sangue total, se necessário e disponível.

A Mulher MELHOROU

- Pulso estabilizado (90 ou menos batimentos por minuto);
- Aumento da TA (Sistólica de 100 mm Hg ou mais);
- Melhoria do estado mental (menos confusão e ansiedade);
- Aumento da excreção de urina (30 ml ou mais por hora).

A Mulher NÃO MELHOROU

- Continuar fluidos EV;
- Tratar a CAUSA do CHOQUE (consultar e seguir Fluxogramas correspondentes);
- US Primárias:** REFERIR para US de Referência;
- US de Referência:** solicitar outros exames complementares de diagnóstico e agir de acordo com os achados patológicos;

- Manter vigilância constante durante pelo menos 4 horas e avaliar se os sinais vitais melhoram e se mantêm dentro dos parâmetros normais:
 - ✓ Na primeira hora de 15/15 minutos, e nas horas seguintes de 30/30 minutos;
- Quando clinicamente estável transferir para a Enfermaria mantendo cuidados continuados;

2.3.5: MANEJO da RUPTURA PRÉ-TERMO de MEMBRANAS

Diagnóstico, Manejo e Tratamento da Ruptura Pré-Termo de Membranas (RPM) e da Amnionite

Se a Mulher grávida tem mais de 20 semanas de gestação e apresenta:

- História de perdas vaginais de líquido;
- Sem contracções (sem evidências de início de trabalho de parto);

NÃO FAZER TOQUE VAGINAL

Em US de Nível Primário:
CS Tipo II, III, C e B

CONDUTA:

NOTA:

Se existe ameaça de Parto Pré-Termo (ver Fluxograma), ou se a mulher apresenta perda de sangue vaginal com ou sem dor abdominal – suspeitar de Placenta Prévia ou Descolamento da Placenta (ver Fluxogramas de Conduta para estas situações):

Agir de acordo com as normas em relação ao manejo pré-referência destas situações, e **TRANSFERIR A MULHER o MAIS CEDO POSSÍVEL** para a US de Referência.

- Se o diagnóstico de Ruptura Prematura de Membranas é confirmado:

- **TRANSFERIR a Mulher para a US de Referência:**

- ✓ Com Amoxicilina Oral 1gr mg de 8/8 horas e Metronidazol oral 500 mg de 8/8 horas.

Em US de Nível Primário:
CS Tipo I ou A

CONDUTA: Baseia-se fundamentalmente na Idade Gestacional, vitalidade fetal e presença ou não de infecção

NOTA:

Se existe ameaça de Parto Prematuro (ver Fluxograma), ou se a mulher apresenta perda de sangue vaginal com ou sem dores abdominais – suspeitar de Placenta Prévia ou Descolamento da Placenta (ver Fluxogramas de Conduta para estas situações):

Agir de acordo com as normas em relação ao manejo pré-referência destas situações, e **TRANSFERIR A MULHER o MAIS CEDO POSSÍVEL** para a US de Referência.

- Se o diagnóstico de Ruptura Prematura de Membranas é confirmado:

Em US de Referência: HR, HP, HG e HC

CONDUTA: Baseia-se fundamentalmente na Idade Gestacional, vitalidade fetal e presença ou não de infecção

- Se o diagnóstico de Ruptura Prematura de Membranas é confirmado:

Idade Gestacional **MENOR** que 34 semanas

SEM SINAIS de INFECÇÃO:

Conduta:

- Administrar antibióticos para reduzir a morbidade infecciosa materna e neonatal e adiar o parto: Amoxicilina oral – 1gr de 8/8 horas **MAIS** Metronidazol oral – 500 mg de 8/8 horas;
- Internar a mulher e fazer maturação pulmonar (Ver Fluxograma de Manejo do Parto Pré-Termo);
- Monitorar o Foco Fetal (se possível fazer CTG e Ecografia). Se tem sofrimento fetal terminar a gravidez
- Monitorar sinais de amnionite – se aparecem

COM SINAIS de INFECÇÃO – febre, taquicardia e perda vaginal com cheiro fétido:

Conduta:

- Administrar antibióticos: Ampicilina EV 1g de 6/6 horas **MAIS** Gentamicina EV 80mg de 8/8 horas **MAIS** Metronidazol 500 mg EV de 8/8 horas;
- Independentemente da Idade Gestacional – indicar a interrupção da gravidez;

Idade Gestacional **MAIOR** que 34 semanas

SEM SINAIS de INFECÇÃO:

Conduta:

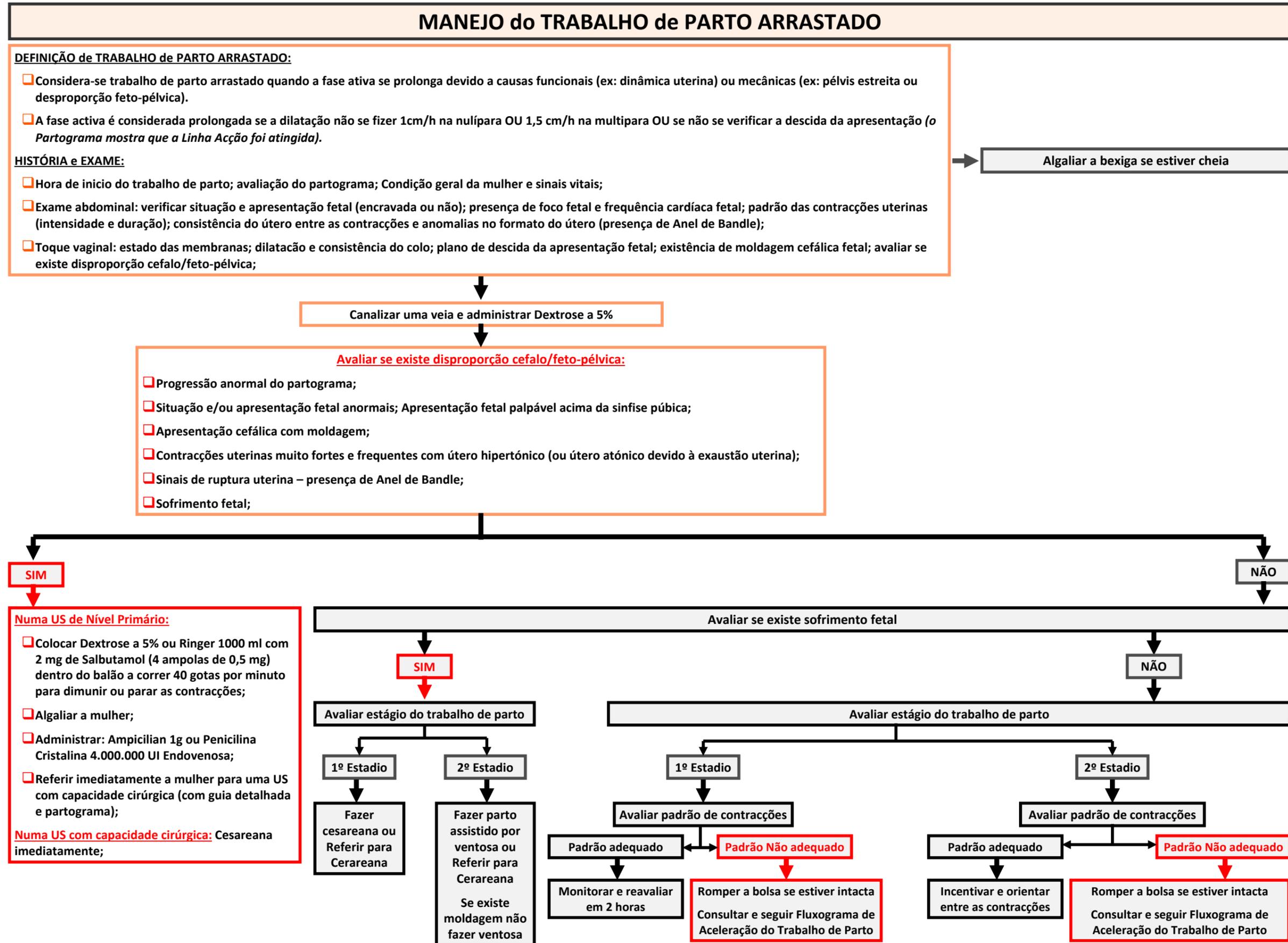
- Com bolsa rota há mais de 18 horas - administrar antibióticos para reduzir a morbidade infecciosa materna e neonatal: Amoxicilina oral – 1gr de 8/8 horas **MAIS** Metronidazol oral – 500 mg de 8/8 horas;
- Induzir o parto após 24 horas.

COM SINAIS de INFECÇÃO – febre, taquicardia e perda vaginal com cheiro fétido:

Conduta:

- Administrar antibióticos: Ampicilina EV 1g de 6/6 horas **MAIS** Gentamicina EV 80mg de 8/8 horas **MAIS** Metronidazol 500 mg EV de 8/8 horas;
- Induzir o parto.

2.3.6: MANEJO do TRABALHO de PARTO ARRASTADO



2.3.7.A: MANEJO da PRÉ-ECLAMPSIA LEVE

Manejo da PRÉ-ECLÂMPSIA LEVE

Medir a TENSÃO ARTERIAL a todas as Grávidas em cada uma das Consultas Pré-Natais, na Admissão da Sala de Partos e Durante o Trabalho de Parto

- ☑ Por vezes é assintomática;
- ☑ Pressão Arterial = ou $>140/90$ e $< 160/110$ mmHg em mulheres grávidas, sem história de hipertensão anterior à gravidez, verificada em pelo menos dois momentos (com intervalo de 4 horas);
- ☑ Aumento de 30mmHg na pressão arterial sistólica (PAS), e de 15 mmHg na pressão arterial diastólica (PAD), verificado em pelo menos dois momentos (com intervalo de 4 horas);
- ☑ Aparecimento súbito de edema visível generalizado, incluindo face e mãos e não apenas os membros inferiores;
- ☑ Aparecimento de edema invisível caracterizado pelo aumento de peso $>$ que 500 g numa semana;
- ☑ Proteinúria $<$ ou = 2 gramas em urina de 24 horas, ou 1+ ou mais pelo método da fita numa amostra simples de urina;

TA = 140/90

Descartar hipertensão crónica através da história clínica pessoal e pesquisar sinais e sintomas como: edemas, aumento de peso exagerado, proteinúria na urina e hiper-reflexia, tonturas, visão turva, dores epigástricas, náuseas/vómitos...

Se não existem sinais e sintomas:

Todas as US

- 1) Dar informação de forma a que a mulher e a sua família compreendam o significado dos sinais e sintomas de perigo;
- 2) Aconselhar repouso na cama e a voltar imediatamente à US se alguns destes sinais e sintomas aparecem, ensinar como avaliar os movimentos fetais se a gravidez tem ≥ 25 semanas;
- 3) Marcar consulta para 1 semana depois – para controle da condição materna (TA, sinais e sintomas) e fetal (FCF e movimentos fetais) se gravidez $<$ 36 semanas - se houver condições referir a mulher para uma US com médico.

Nas US onde é possível

- 4) Solicitar Hemograma Completo, Urina II, Creatinina, Ecografia, CTG e outros exames julgados necessários.

TA $\geq 140/90$ e $< 160/110$

Com sinais e sintomas:

Todas as US

- ☑ Internar a mulher num ambiente tranquilo e seguro;
- ☑ Medir a TA de 30 em 30 minutos, e medir a diurese (volume de urina - se necessário colocar uma algália e saco colector);
- ☑ Não administrar diuréticos pois são prejudiciais;
- ☑ Não administrar anti-convulsivantes, anti-hipertensivos, sedativos ou tranquilizantes;

Nas US onde é possível:

- 1) Solicitar Hemograma Completo, Ionograma, Ácido Úrico, Creatinina, Urina II, Proteinúria das 24 horas, e outros exames julgados necessários;
- 2) Controlar a condição fetal através de Ecografia ou CTG (dependendo da idade gestacional);

Todas as US:

Se existe melhora – esperar 24 horas mais e dar alta com: controle 2 vezes por semana; dar informações e aconselhamento (ver quadro à esquerda);

Nas US sem Médico ou Técnico de Cirurgia

Se não existe melhora mas o quadro não se agrava - referir para uma US com Médico de Clínica Geral ou Obstetra;

Se não existe melhora e o quadro se agrava – considerar Pré-Eclâmpsia Grave - ver manejo e tratamento da Pré-Eclâmpsia Grave e Eclâmpsia

Nas US com Médico e/ou Obstetra

Se não existe melhora mas o quadro não se agrava manter a mulher internada, e considerar a indução do parto dependendo da condição materna, da Idade Gestacional e da condição do feto (maturação pulmonar);

Se não existe melhora ou se o quadro se agrava, considerar Pré-Eclâmpsia Grave - ver manejo e tratamento da Pré-Eclâmpsia Grave e Eclâmpsia

2.3.7.B: MANEJO da PRÉ-ECLAMPSIA GRAVE/SEVERA

Manejo e Tratamento da PRÉ-ECLÂMPSIA GRAVE/SEVERA

Medir a TENSÃO ARTERIAL a todas as Grávidas em cada uma das Consultas Pré-Natais, na Admissão da Sala de Partos e Durante o Trabalho de Parto

Pré-Eclâmpsia Grave/Severa

- Tensão Arterial Sistólica (TAS) = ou > 160 e/ou Tensão Arterial Diastólica (TAD) = ou > 110 mmHg, verificada em pelo menos dois momentos (com intervalo de 4 horas);
- Proteinúria = ou >2 gramas em urina de 24 horas, OU = ou > 2 ++ por fita numa amostra simples de urina;
- Diminuição da produção de urina (oligúria): < 400 ml/dia;
- Ácido úrico > 6,0 mg/dl;
- Creatinina sérica crescente >1,2mg/dl

Todas as US

- Internar a paciente num ambiente tranquilo, com pouca luz e seguro;
- Medidas Gerais:
 - ✓ Colocar a mulher em decúbito lateral esquerdo de forma a reduzir o risco de aspiração de secreções e vômito, e a diminuir a pressão sobre os grandes vasos para aumentar a perfusão uterina;
 - ✓ Canalizar duas veias e colocar Dextrose a 5%;
 - ✓ Colocar uma algália com saco colector;
 - ✓ Manter uma monitoria cuidadosa dos fluidos: registar com rigor a quantidade de fluidos administrados e a produção de urina, assegurando que não exista uma sobrecarga de fluidos;
 - ✓ Ter um tabuleiro pronto com um abaixa-língua almofadado com gaze, uma sonda de Guedel ou tubo de Mayo, e um ambú com máscara;
 - ✓ Ter um aspirador funcional disponível (perto da cabeceira da cama);
 - ✓ Não deixar a doente sozinha;
 - ✓ Observar sinais vitais (Pulso, Temperatura e TA), reflexos e batimentos cardíacos fetais de hora a hora;
- Se a TA diastólica continuar = ou > que 110 mm Hg e se existirem sinais e sintomas eminentes de eclâmpsia – fazer Sulfato de Magnésio dose de manutenção e Anti-hipertensivos - *ver Manejo e Tratamento da Eclâmpsia.*

Nas US onde é possível

Colher sangue para hemograma completo, grupo sanguíneo, ionograma, função renal e função hepática, e outras julgadas necessárias.

2.3.7.C: MANEJO e TRATAMENTO da ECLAMPSIA

Manejo e Tratamento da ECLÂMPSIA

Medir a TENSÃO ARTERIAL a todas as Grávidas em cada uma das Consultas Pré-Natais, na Admissão da Sala de Partos e Durante o Trabalho de Parto

Eclâmpsia

- ✓ Tensão Arterial Sistólica (TAS) > 160 e/ou Tensão Arterial Diastólica (TAD) > 110 mmHg, verificada em pelo menos dois momentos (com intervalo de 4 horas);
- ✓ Proteinúria - em geral é sempre > a 2 gramas em urina de 24 horas OU 3+++ na fita numa amostra simples de urina;
- ✓ Diminuição da produção de urina (oligúria): < 400 ml/dia;
- ✓ Cefaleias, dor epigástrica, perturbações visuais (*visão esfumada*), vômitos, hiper-reflexia (*aumento da intensidade dos reflexos*), agitação psico-motora, confusão mental, convulsões e coma.

Ver medidas gerais no Fluxograma do Manejo da Pré-Eclâmpsia Grave:

Se a TA Diastólica permanecer acima de 110 mm Hg, administrar anti-hipertensivos, de forma a reduzir a TA Diastólica para menos de 110 mas não menos do que 90 mmHg, mantendo a TA Diastólica entre 100 e 90 mmHg para evitar hemorragia cerebral:

Hidralazina	Nifedipina
(Droga de Escolha para o controle da TA na Pré-Eclâmpsia Grave/Eclâmpsia)	No caso de não existir Hidralazina
Administrar 5 mg EV lentamente de 5 em 5 minutos OU 12,5 Mg IM de 30 em 30 minutos até a TA Diastólica se estabelecer entre 90 e 100 mmHg	Administrar Nifedipina 5 mg sub lingual, repetindo a dose depois de 10 minutos no caso da TA Diastólica se manter superior a 110 mmHg
Repetir a dose EV a cada hora OU a dose IM a cada 2 horas – se necessário.	Manter a administração de Nifedipina 10mg oral a cada 4 horas para manter a TA Diastólica entre 90-100 mmHg.

Em caso de convulsões:

- ✓ Colocar o abaixa-língua e introduzir o tubo de Mayo ou a sonda de Guedel ou um rolo de gaze para evitar a mordedura da língua;
- ✓ Colocar Oxigénio a 4-6 litros/minutos (onde for possível)
- ✓ Manter a mulher em decúbito lateral esquerdo e protegê-la de danos (mas não a amarrar);

Dar SULFATO de MAGNÉSIO:

Droga de Escolha para a prevenção e tratamento de convulsões na Pré-Eclâmpsia Grave/Eclâmpsia

Dose de Ataque

Administrar por via EV 4 g de solução de Sulfato de Magnésio diluídos em 20 ml de Dextrose a 5% ou água destilada – durante 5 minutos

Se depois de 15 minutos ocorrer nova convulsão – administrar 2 g de solução de Sulfato de Magnésio diluído em 20 ml de Dextrose a 5% - durante 5 minutos

Nota: antes de repetir a administração da droga assegurar que: a) a frequência respiratória é de pelo menos 16 por minuto; b) estejam presentes reflexos rotulianos; c) que a produção de urina seja de pelo menos 30 ml por hora durante 4 horas; d) avaliar a TA de 10 em 10 minutos

Dose de Manutenção:

8 g de solução de Sulfato de Magnésio em 1000 ml de Soro Fisiológico a 28 gotas por minuto (no caso de não existir soro fisiológico utilizar Lactato de Ringer) de 8/8 horas até 24 horas após a última convulsão

OU Se não é possível utilizar a via EV utilizar a via IM:

Dose de Ataque: 4 a 5 g (10 ml) de Sulfato de Magnésio a 50%, com 1ml de Lidocaína a 2% IM profunda, seguida imediatamente da dose de manutenção.

Dose de Manutenção por via IM: 5 g (10 ml) de Sulfato de Magnésio a 50%, com 1ml de Lidocaína a 2% IM profunda de 4/4 h até 24 horas após a última convulsão

- Assegurar que no Carrinho de Emergência existe Gluconato de Cálcio (1 grama = 10 ml de solução a 10%) – antídoto para o Sulfato de Magnésio;
- No caso de paragem respiratória durante a administração de Sulfato de Magnésio:
 - 1) Parar imediatamente o Sulfato de Magnésio;
 - 2) Ajudar a ventilação com ambu, e se necessário entubar a paciente;
 - 3) Administrar 1 gr (10 ml) de Gluconato de Cálcio EV lento (durante pelo menos 3 minutos) – até a respiração espontânea começar;
- Auscultar os pulmões, principalmente as bases, de hora a hora, para detecção de ferveres que indiquem início de edema pulmonar – se forem ouvidos ferveres, suspender os fluidos EV e administrar 40 mg de Furosemida por via EV apenas 1 vez;

NOTA: Preparação correcta do Sulfato de Magnésio de acordo com a dose a ser administrada e a apresentação disponível:

• Modo de apresentação e preparação do Sulfato de Magnésio para a dose de 4 gramas:

- Ampolas de 40 ml a 10% – administrar 1 ampola (total de 40 ml)
- Ampolas de 10 ml a 20% – administrar 2 ampolas (total de 20 ml)
- Ampolas de 10 ml a 50% – administrar 8 ml de 1 ampola

• Modo de apresentação e preparação do Sulfato de Magnésio para a dose de 2 gramas:

- Ampolas de 40 ml a 10% – administrar 1/2 ampola (total de 20 ml)
- Ampolas de 10 ml a 20% – administrar 1 ampola (total de 10 ml)
- Ampolas de 10 ml a 50% – administrar 4 ml de 1 ampola

• Modo de apresentação e preparação do Sulfato de Magnésio para a dose de 8 gramas:

- Ampolas de 40 ml a 10% – administrar 2 ampolas (total de 80 ml)
- Ampolas de 10 ml a 20% – administrar 4 ampolas (total de 40 ml)
- Ampolas de 10 ml a 50% – administrar 1 ampola + 6 ml de outra ampola (total 16 ml)

Utilizar o Diazepam apenas se o Sulfato de Magnésio não está disponível: **Dose de Ataque:** 10 mg de Diazepam por via EV lentamente – durante 2 minutos. Se as convulsões tornarem a ocorrer repetir a dose de ataque. Quando a dose excede 30 mg em 1 hora – pode ocorrer depressão respiratória – ajudar a ventilação com ambu ou entubação e ambu se necessário. **Dose de Manutenção:** 40 mg de Diazepam em 1000 ml de Soro Fisiológico ou Lactato de Ringer em gotejo de forma a manter a mulher sedada mas capaz de ser acordada.

NÃO EXCEDER MAIS de 100mg em 24 HORAS. Se não é possível utilizar a via EV utilizar a via RECTAL: Dose de Ataque: 20 mg de Diazepam numa seringa de 10 ml – remover a agulha, lubrificar o cilindro e inserir a seringa no ânus, juntando as nádegas após a introdução do Diazepam para evitar a expulsão da droga. Se as convulsões não estiverem controladas em 10 minutos, administrar 10 mg adicionais por hora, dependendo do tamanho da mulher e da sua reacção clínica

2.3.8: MANEJO da SÉPSIS PÓS-PARTO

MANEJO da SÉPSIS PÓS-PARTO

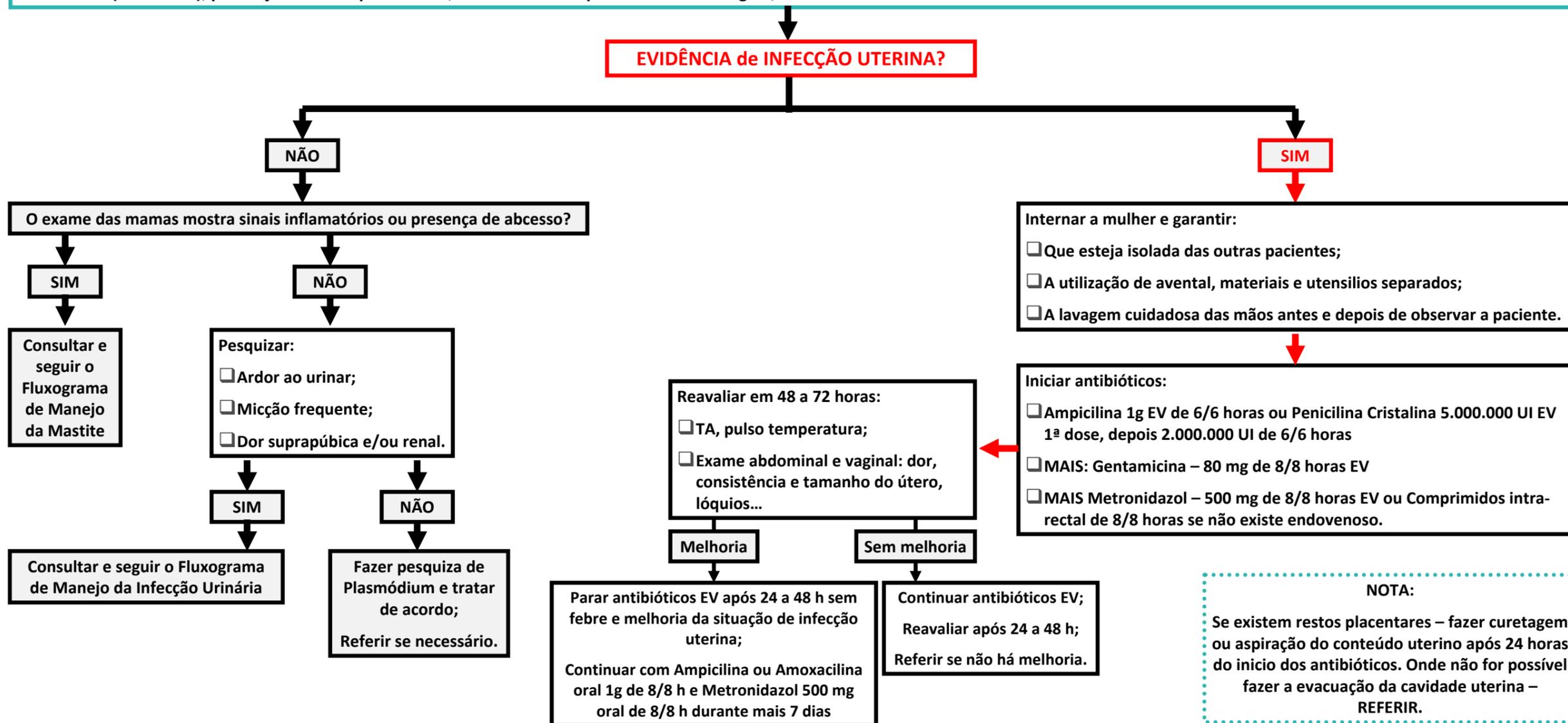
CARACTERÍSTICAS: Hipertermia igual ou superior a 38°C; Prostação; Dor abdominal e Lóquios com cheiro fétido;

HISTÓRIA:

- Data, história e condições em que ocorreu o parto;
- Duração e características da febre;
- Procedimentos realizados;

EXAME:

- Estado geral e sinais vitais (TA, Pulso, Temperatura e Respiração);
- Exame das mamas: verificar presença de edema, sinais inflamatórios (rubor, calor e dor) e de abscessos;
- Exame abdominal: verificar tamanho e consistência do útero; dor abdominal e presença de reacção peritoneal (Bulmberg +);
- Exame e Toque vaginal: condições da sutura da episiotomia e/ou das lecerações; características e cheiro dos lóquios; dor à mobilização do útero; tamanho e consistência do útero; estado dos fundos de saco (abaulados); presença de restos placentares; existência de corpos estranhos na vagina;



2.3.9: MANEJO da AMEAÇA/TRABALHO de PARTO PRÉ-TERMO

AVALIAÇÃO e MANEJO da AMEAÇA de PARTO PRÉ-TERMO

- **DEFINIÇÃO:** Parto ou eminência de parto antes da conclusão de 37 semanas de gravidez. A OMS classifica o Parto Pré-Termo em sub-categorias com base na idade gestacional: extremamente pré-termo (<28 semanas), muito pré-termo (28 a <32 semanas) e pré-termo moderado a tardio (32 a <37 semanas). Em Moçambique: 16.4% dos partos são Pré-Termo, sendo esta uma das principais causas de morte e morbilidade neonatal.
- **PRINCIPAIS FACTORES de RISCO:** abortos ou abortos espontâneos anteriores; intervalo de < 6 meses entre gravidezes; partos anteriores pré-termo; gestação múltipla; volume de líquido amniótico reduzido ou muito aumentado; perdas sanguíneas via vaginal; infecções e outras doenças maternas como a malária; mal formação fetal; doenças pré-eclâmpsia e eclâmpsia; problemas com o útero, cérvix ou placenta; tabagismo, consumo de álcool e drogas ilícitas; infecções, particularmente do líquido amniótico e do trato genital inferior; condições crônicas, tais como hipertensão e diabetes; desnutrição ou obesidade materna; eventos emocionais ou violência doméstica; trauma físico e cirurgias durante a gestação; factores desconhecidos.
- **HISTÓRIA:**
 - ✓ Presença de: Cólicas na parte inferior do abdómen; dor lombar; perdas de muco vaginal ligeiramente hemático ou perdas de líquido pela vagina e contracções uterinas ritmicas;
 - ✓ Rastrear de factores de risco;
- **EXAME:**
 - ✓ Medir a Tensão Arterial;
 - ✓ Efectuar as Manobras de Leopold e palpação do útero para verificação do tamanho e posição fetal, e a presença e duração das contracções;
 - ✓ Controlar da frequência cardíaca fetal;
 - ✓ Fazer exame com espéculo estéril para verificação das perdas vaginais – descartar ruptura prematura de membranas;
 - ✓ Tazer toque vaginal com luvas estéreis para avaliar consistência, apagamento e dilatação do colo uterino/cervix;
- **EXAMES COMPLEMENTARES de DIAGNÓSTICO:**
 - ✓ Hemograma e pesquisa de plasmódio;
 - ✓ CTG, Ecografia Transvaginal, exame de urina e urocultura, e colheita de secreções vaginais e cervicais para exame bacteriológico e cultura - se são possíveis/disponíveis na US;

Se existem complicações obstétricas como: Pré-Eclâmpsia/Eclâmpsia, Ruptura Prematura de Membranas, Placenta Prévia, Descolamento da Placenta ou outras – consultar e seguir os Fluxogramas respectivos

- ✓ Contracções uterinas irregulares, esporádicas ou ausentes;
- ✓ Nenhuma mudança no colo uterino/cervix (ver Critérios de Bishop);
- ✓ Ecografia Transvaginal: Comprimento do colo superior a 22 mm;
- ✓ Baixo risco de parto dentro dos próximos 7 dias;

- ✓ Contracções uterinas 1 ou mais em 10 minutos ou contracções regulares;
- ✓ Modificações no colo uterino/cervix (ver Critérios de Bishop);
- ✓ Ecografia Transvaginal: Comprimento do colo inferior a 22 mm;
- ✓ Alto risco de parto dentro dos próximos 7 dias;

Critérios de Bishop	Pontuação			
	0	1	2	3
Posição do colo	Posterior	Intermédia	Anterior	–
Consistência do colo	Firme	Intermédia	Mole	–
Apagamento do colo	0-30%	40-50%	60-70%	80%
Dilatação do colo	< 1 cm	1-2 cm	2-4 cm	> 4 cm
Plano de descida da apresentação	-3	-2	-1 a 0	+1 a +2

Fazer TOCÓLISE (se não existirem contra-indicações – NOTA *):

- ✓ Nifedipina: 20mg – se necessário fazer mais 20mg depois de 30 minutos, e mais 20mg depois de 20 minutos. Como manutenção: 20mg de 6/6 horas. Dose máxima: 120 mg por dia (Nota **);
- ✓ Terbutalina: 2,3/5mg Oral de 4/4 horas, ou 0,25mg IM de 6/6 horas;
- ✓ Salbutamol: EV – 5 mg em 1000 ml de soro fisiológico: iniciar a 12 ml/hora e aumentar 4ml/hora até as contracções cessarem – máximo 36ml/hora. Verificar que a frequência cardíaca materna não seja mais do que 120 batimentos por minuto.

Nota *: Contra-indicações para tocólise: gravidez > 34 semanas, trabalho de parto avançado, morte fetal intra-uterina; malformações fetais; descolamento da placenta, corioamniotite;

Nota **: Não associar Nifedipina a Salbutamol para evitar potenciamento de efeitos adversos.

Fazer ANTIBIÓTICOS se:

- ✓ Suspeita de vaginite: Amoxicilina Oral 1gr de 8/8h e Metronidazol Oral 500mg de 8/8 horas durante 7 dias;
- ✓ Se tem infecção urinária: Ampicilina 1gr de 6/6 horas 10 dias (ver Fluxograma da Infecção Urinária na Gravidez).

Fazer MATURAÇÃO PULMONAR – se Idade Gestacional (IG) entre 24 até 34 semanas:

- ✓ Imediatamente que se faz o diagnóstico de Ameça de Parto Pré-Termo com a IG referida fazer Dexametasona 6 mg IM, repetindo de 12/12 horas num total de 4 doses;
- ✓ Mesmo que o tempo não seja suficiente para um tratamento completo de 4 doses, dar a primeira dose imediatamente, e dar o número possível de doses adicionais (até 4 doses) que o tempo permitir, Mesmo apenas uma dose pode beneficiar o recém-nascido;
- ✓ Se não existe Dexametasona disponível, dar Bathametasona 12mg IM de 24/24 horas num total de 2 doses.

NOTA: nas US de Nível Primário:

- ☐ Fazer o rastreio de outras complicações obstétricas e seguir o respectivo Fluxograma;
- ☐ Fazer o diagnóstico de Ameça de Parto Pré-Termo → dar a 1ª Dose de Dexametasona e referir imediatamente a mulher para uma US com Médico ou Obstetra.

2.3.10: MANEJO da INDUÇÃO e ACELERAÇÃO do TRABALHO de PARTO

MANEJO da INDUÇÃO e ACELERAÇÃO do TRABALHO de PARTO

HISTÓRIA: Avaliar a Ficha Pré-Natal:

- História obstétrica prévia;
- Data da Última Menstruação; evolução da altura uterina durante a gravidez; Idade Gestacional em semanas;

EXAME:

- Condição geral da mulher, tensão arterial e pulso;
- Exame abdominal: verificar situação e apresentação fetal; altura uterina; padrão de contracções; presença de foco fetal e frequência cardíaca fetal (BCF);
- Toque vaginal: dilatação e consistência do colo; estado das membranas; plano de descida da apresentação fetal; avaliar se existe disproporção cefalo/feto-pélvica;

Algiar a bexiga!

Se existe Disproporção Cefalo/Feto-Pélvica – observar e seguir o Fluxograma de Manejo do Parto Arrastado

- Se a Mulher é PARA 0, 1 e 2: Colocar 10 UI de Oxitocina em em 1L de Dextrose a 5%;
- Se é PARA 3 e 4: Colocar 5 UI de Oxitocina em 1L de Dextrose a 5%;
- Se PARA > 4 ou com cesariana ou miomectomia anterior: NÃO FAZER Oxitocina – reavaliar a situação e considerar uma cesariana.

BOLSA INTACTA

BOLSA ROTA

- Proceder à ruptura artificial das membranas (RAM) se a mulher é HIV -;
- Observar e registar as características do líquido amniótico;
- Monitorar a frequência cardíaca fetal durante e depois de uma contracção;

Bom padrão de trabalho de parto estabelecido
(3 contracções em 10 minutos, com uma duração por contracção maior do que 40 segundos)

Observar e seguir o Fluxograma de Manejo de Assistência ao Parto Normal

SEM BOM padrão de contracções

COM BOM padrão de contracções

- Canalizar uma veia;
- Colocar 5-10 UI de Oxitocina em 1000 ml de Dextrose a 5% - 15 gts/minuto (se não há resposta, duplicar o gotejo de 30/30 minutos até um máximo de 120 gotas por minuto);
- Monitorar os Batimentos Cardíacos Fetais;
- Assegurar que a bexiga esteja vazia;
- Registrar correctamente e utilizar o partograma para monitorar o progresso do trabalho de parto;

Continua SEM BOM PADRÃO de Contracções

- Duplicar o gotejo da Oxitocina de 30/30 minutos, até um máximo de 120 gts/min até se conseguir 3 contracções fortes em 10 minutos;
- Monitorar os Batimentos Cardíacos Fetais;
- Monitorar o progresso do trabalho de parto através do partograma e sinais de ameaça de ruptura uterina (formação do Anel de Bandle) e parar imediatamente a indução – considerar cesariana.

NOTAS:

- Continuar a administração de Oxitocina durante 1h após a expulsão de placenta. Se ocorrer bradicardia fetal (inferior a 120 batimentos por minuto) ou taquicardia (mais do que 160 batimentos por minuto) é recomendado interromper a infusão para permitir que o feto se recupere.
- O MISOPROSTOL pode ser usado para indução do trabalho de parto (desde que o Índice de Bishop seja ≥ 6) em situações como:
 - Pré-eclâmpsia grave - quando o colo não estiver favorável e exista morte fetal intra-uterina, rotura pré-termo de membranas (RPM) ou gravidez pós-termo.
 - ✓ Colocar 50 mcg (1/4 do comprimido de 200 mcg) de misoprostol no fundo do saco posterior da vagina. Repetir após 12 horas, se necessário;
 - Se não houver nenhuma resposta após 2 doses de 50 mcg:
 - ✓ Nos casos de Pré-Eclâmpsia Grave e Rotura Pré-Termo de Membranas referir imediatamente para US com capacidade cirurgica e fazer cesariana;
 - ✓ Nos casos de Morte Fetal intra-uterina, aguardar 24h e repetir a indução – na dose de ½ comprimido (100mcg) independentemente do Índice de Bishop;
 - ✓ Na gravidez pós-termo, controlar o bem estar fetal. Se os batimentos cardíacos estiverem entre 120 e 160, aguardar 24h e repetir a indução.
- Não use mais do que 50 mcg de uma só vez e não exceda 3 doses (150 mcg).
- Não use Oxitocina dentro de 8 horas após ter usado Misoprostol. Monitore as contracções uterinas e os batimentos cardíacos fetais.

Critérios de Bishop	Pontuação			
	0	1	2	3
Posição do colo	Posterior	Intermédia	Anterior	-
Consistência do colo	Firme	Intermédia	Mole	-
Apagamento do colo	0-30%	40-50%	60-70%	80%
Dilatação do colo	< 1 cm	1-2 cm	2-4 cm	> 4 cm
Plano de descida da apresentação	-3	-2	-1 a 0	+1 a +2

Índice utilizado na avaliação da necessidade de indução do parto, composto por cinco componentes. O índice final é a soma dos valores obtidos em cada componente.

Um índice < 6 sugere que o parto não se iniciará sem indução; um valor > 6-8 indica que o parto deverá desencadear-se espontaneamente ou que a indução será bem sucedida. Um valor baixo indica habitualmente que a indução não terá sucesso.

2.4

MANEJO

de

OUTRAS COMPLICAÇÕES

2.4.1: MANEJO da GRAVIDEZ ECTÓPICA

Diagnóstico e Manejo da Gravidez Ectópica

Em US de Nível Primário: CS Tipo III

Em US de Nível Primário: CS Tipo II e I

Em US de Referência: HR, HP, HG e HC

Mulher em idade reprodutiva que apresente amenorreia, dor no baixo ventre ou dor abdominal incomum com os movimentos intestinais e hemorragia vaginal

Se a mulher apresenta:

Se a Mulher:

- **Não tem sinais de choque**, ou seja não tem palidez, taquicardia, suduração intensa, palpitações – e tem a TA normal - **referir o mais cedo possível para uma US com capacidade cirúrgica.**
- **Tem sinais de choque:** palidez, taquicardia, suduração intensa, pulso rápido, palpitações e TA baixa:
 - ✓ Canalizar uma veia e colocar Soro Fisiológico ou Ringer em gotejo rápido;
 - ✓ Algaliar;
 - ✓ **Enviar com urgência para a US de Referência (com sala de operações) - se possível com um(a) acompanhante (necessidade de transfusão).**

- **Na palpação abdominal** (baixo ventre): dor moderada sem Blumberg +;
- **No toque vaginal** - aumento do volume do útero, sem dor à mobilização do colo uterino, colo fechado ou aberto, com ou sem presença de restos ovulares, fundos de saco livres e sem presença de massa anexial;
- **Sem sinais de choque**

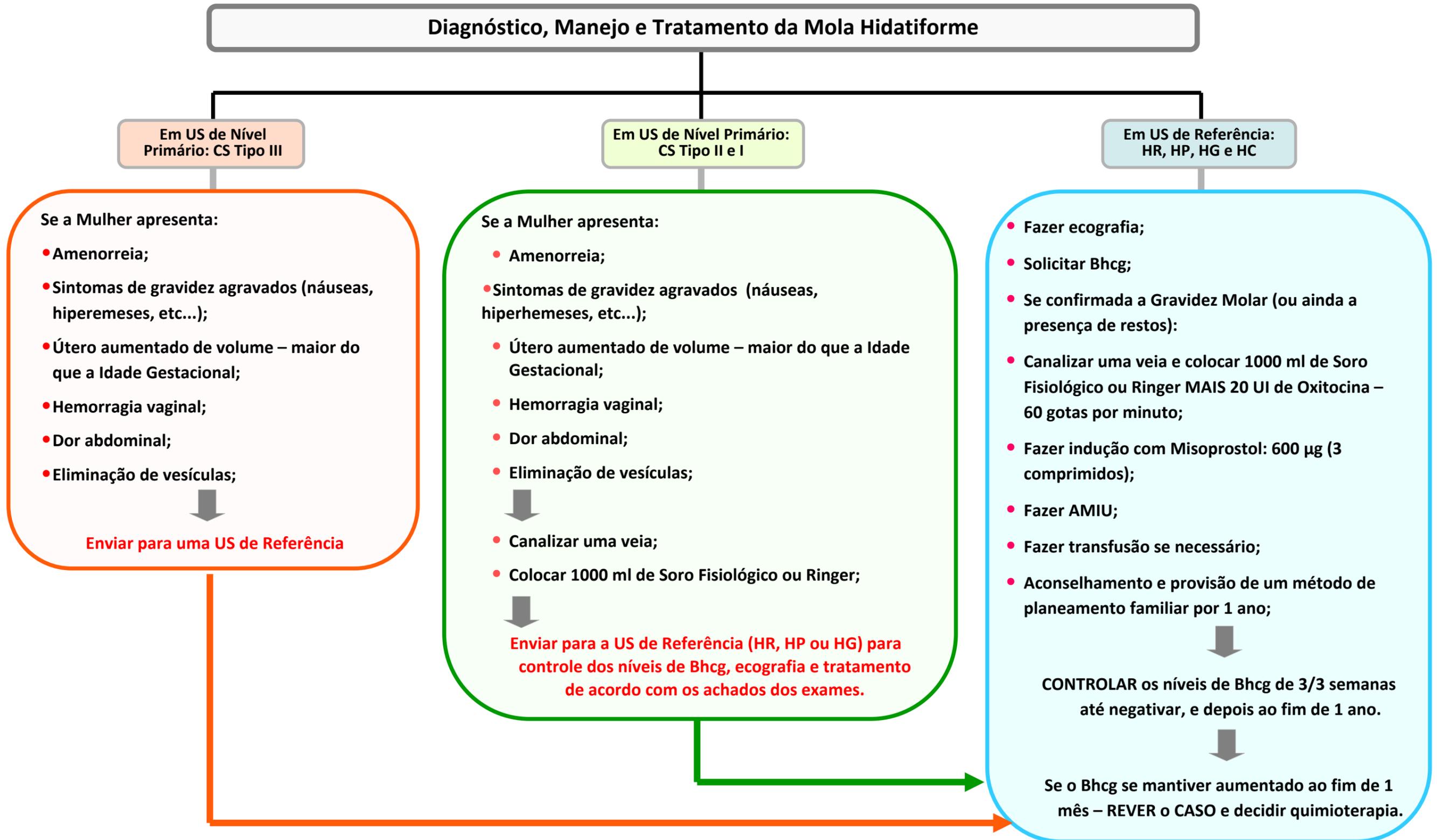
- ↓
- ✓ Fazer o diagnóstico diferencial entre os vários tipos de aborto e agir de acordo com as Normas de Atenção ao Aborto e Pós-Aborto (incluindo a realização de AMIU).

- **Na palpação abdominal** (baixo ventre): dor moderada a forte com Blumberg +;
- **No toque vaginal** - aumento do volume do útero, dor à mobilização do colo uterino, colo fechado, sem presença de restos ovulares fundos de saco abaulados e presença ou não de massa anexial (realizar o toque com cuidado para evitar a ruptura da possível gravidez ectópica);
- **Com sinais de choque** - palidez, taquicardia, suduração intensa, palpitações, pulso rápido e TA baixa;

- ↓
- ✓ Canalizar uma veia e colocar Soro Fisiológico ou Ringer em gotejo rápido;
 - ✓ Algaliar;
 - ✓ **Enviar com urgência para a US de Referência (HR, HP ou HG) - se possível com um(a) acompanhante (necessidade de transfusão).**

Se a mulher apresenta sintomas e sinais, e confirmação de Gravidez Ectópica por exames auxiliares de diagnóstico – **FAZER CIRURGIA o MAIS RÁPIDO POSSÍVEL!**

2.4.2: MANEJO da MOLA HIDATIFORME



2.4.3: CUIDADOS PÓS-ABORTO

CUIDADOS PÓS-ABORTO

SANGRAMENTO VAGINAL em GESTANTE com menos de 28 SEMANAS de GESTAÇÃO

HISTÓRIA:

- História obstétrica prévia;
- Data da Última Menstruação - Idade Gestacional em semanas;
- Quantidade e duração do sangramento;
- Dor abdominal no baixo ventre: tipo e duração;
- Perdas vaginais de qualquer tipo de material ou restos ovulares;

EXAME:

- Condição geral da mulher, sinais vitais (tensão arterial, pulso, respiração e temperatura), e coloração da pele e mucosas;
- Exame abdominal/pélvico: verificar tamanho e consistência do útero;
- Toque vaginal: consistência e dilatação do colo; tamanho e consistência do útero; presença de produtos da concepção na vagina; sangramento e outras perdas vaginais; presença de massa anexial;

INVESTIGAR:

- Teste de Gravidez e/ou Ecografia (se disponível e se há dúvida em relação ao diagnóstico);

Se existem SINAIS de CHOQUE – observar e seguir o Fluxograma de Manejo do Choque.

Se existem SINAIS de INFECÇÃO – observar e seguir o Fluxograma de Manejo da SÉPSIS.

VERIFICAR as CONDIÇÕES do COLO UTERINO

COLO ABERTO

COLO FECHADO

Realizar Aspiração Manual Intra-Uterina (AMIU) verificando as seguintes etapas:

- Prepare os instrumentos;
- Prepare a mulher (incluindo a administração de medicação para a dor, e antibióticos se necessário)
- Faça o exame bi-manual para determinar o tamanho e posição do útero, presença de restos placentares, sinais de infecção e descartar massas anexiais ou gravidez extra-uterina;
- Faça a anti-sépsia do colo;
- Dilate o colo (só se este estiver fechado depois da expulsão dos produtos de concepção);
- Insira (introduza) a canula certa;
- Aspire a cavidade uterina;
- Inspeccione os produtos de concepção para confirmar que a aspiração foi completa;
- Faça qualquer outro procedimento que seja necessário;
- Processe os instrumentos e descarte o lixo;
- Se houve hemorragia ou sinais de infecção consulte e siga os Fluxogramas respectivos;

- Controlar os sinais vitais após procedimento;
- Dar apoio emocional;
- Dar orientações pós-procedimento, principalmente informação sobre Métodos de PF e fornecer o método da escolha da mulher se adequado, ou um método que seja adequado;
- Orientar sobre sinais de alerta e sobre o seguimento;
- Marcar consulta de control dentro de 7 a 10 dias;

Investigar se o produto da concepção foi completamente eliminado

SIM

- Considerar aborto completo após ecografia;
- Dar apoio emocional;
- Dar orientações pós-procedimento, principalmente informação sobre Métodos de PF e fornecer o método da escolha da mulher se adequado, ou um método que seja adequado;
- Orientar sobre sinais de alerta e sobre o seguimento;
- Marcar consulta de control dentro de 7 a 10 dias;

NÃO

- Considerar:
 - Gravidez Ectópica?
 - Ameaça de aborto?

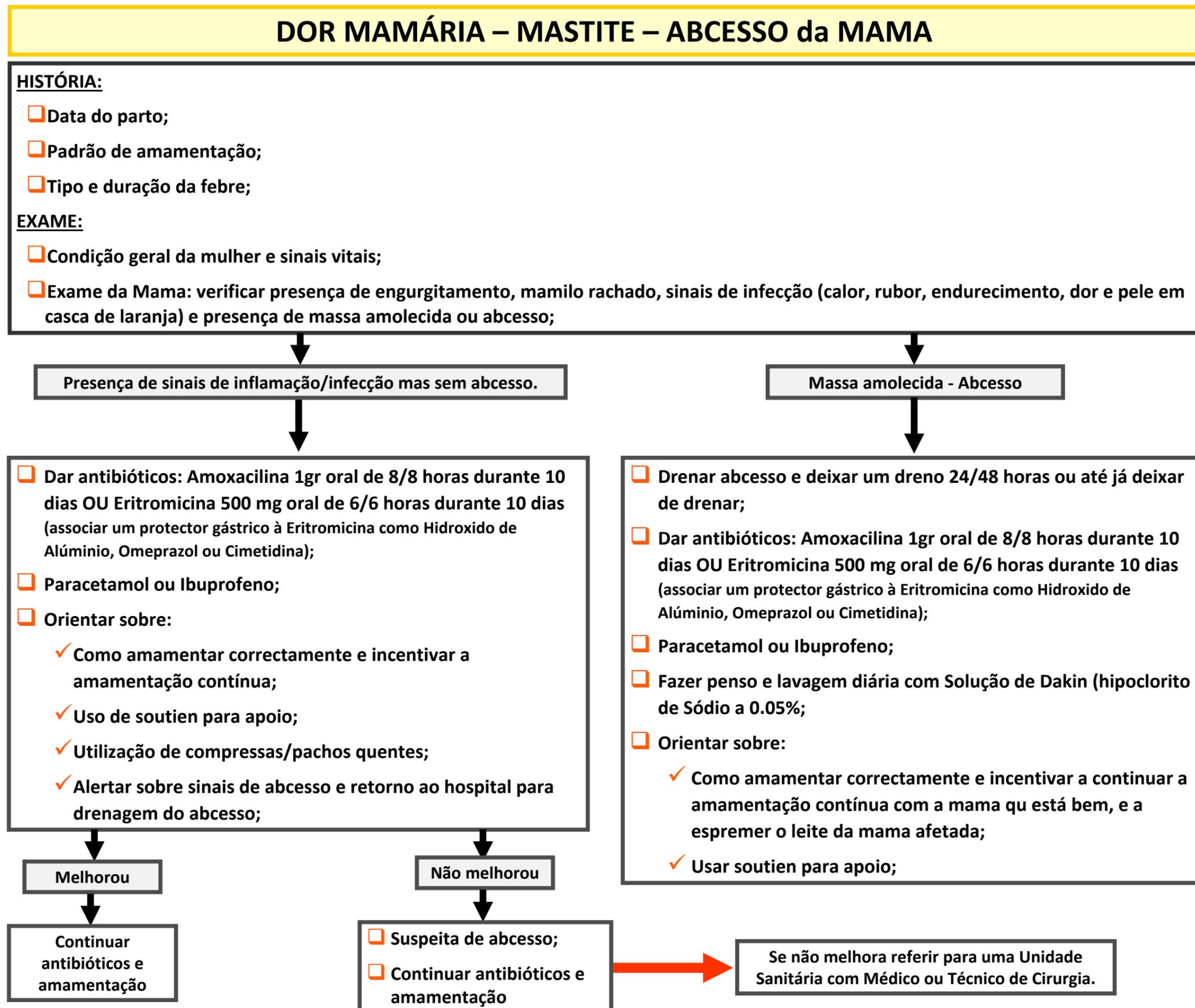
Gravidez Ectópica

Consultar e seguir o Fluxograma sobre Manejo da Gravidez Ectópica

Ameaça de Aborto

- Considerar a admissão da mulher para observação;
- Orientar sobre sinais de alerta;
- Incentivar repouso;
- Fazer o acompanhamento adequado.

2.4.4: MANEJO da DOR MAMÁRIA - MASTISTE



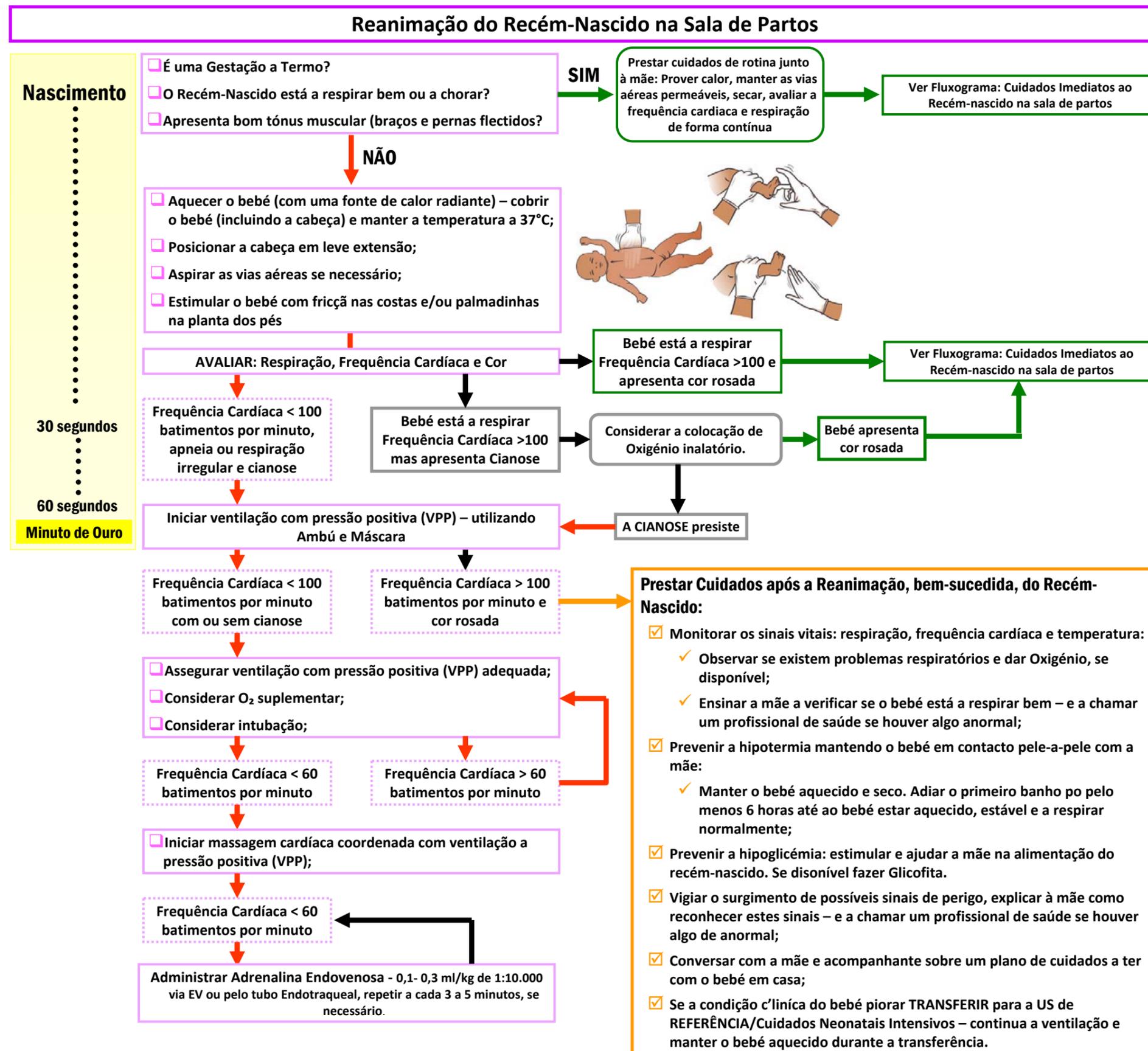
2.5

MANEJO

de

COMPLICAÇÕES no RECÉM-NASCIDO

2.5.1 A: REANIMAÇÃO do RECÉM-NASCIDO na SALA de PARTOS



2.5.1 B: CARTAZ: REANIMAÇÃO do RECÉM-NASCIDO

1: Aspirar as secreções Primeiro a boca  Depois o nariz 	2: Posicionar CORRECTAMENTE a cabeça do bebé para reanimação!		
	Posição CORRECTA	Posição INCORRECTA: - cabeça muito distendida	Posição INCORRECTA: - cabeça pouco distendida
			
	3: Colocar CORRECTAMENTE a máscara para reanimação!		
Posição CORRECTA: a máscara cobre a boca e o nariz	Posição INCORRECTA: a máscara é muito grande e não ficará bem adaptada	Posição INCORRECTA: a máscara cobre somente a boca	
			
4: Proceder CORRECTAMENTE à VENTILAÇÃO, e MASSAGEM CARDÍACA se necessário!			

**PEÇA SEMPRE AJUDA
para PROCEDER à
REANIMAÇÃO
CORRECTA do RECÉM-
NASCIDO**



2.5.2 A: PREVENÇÃO e MANEJO da HIPOGLICÊMIA – RECÉM-NASCIDO a TERMO

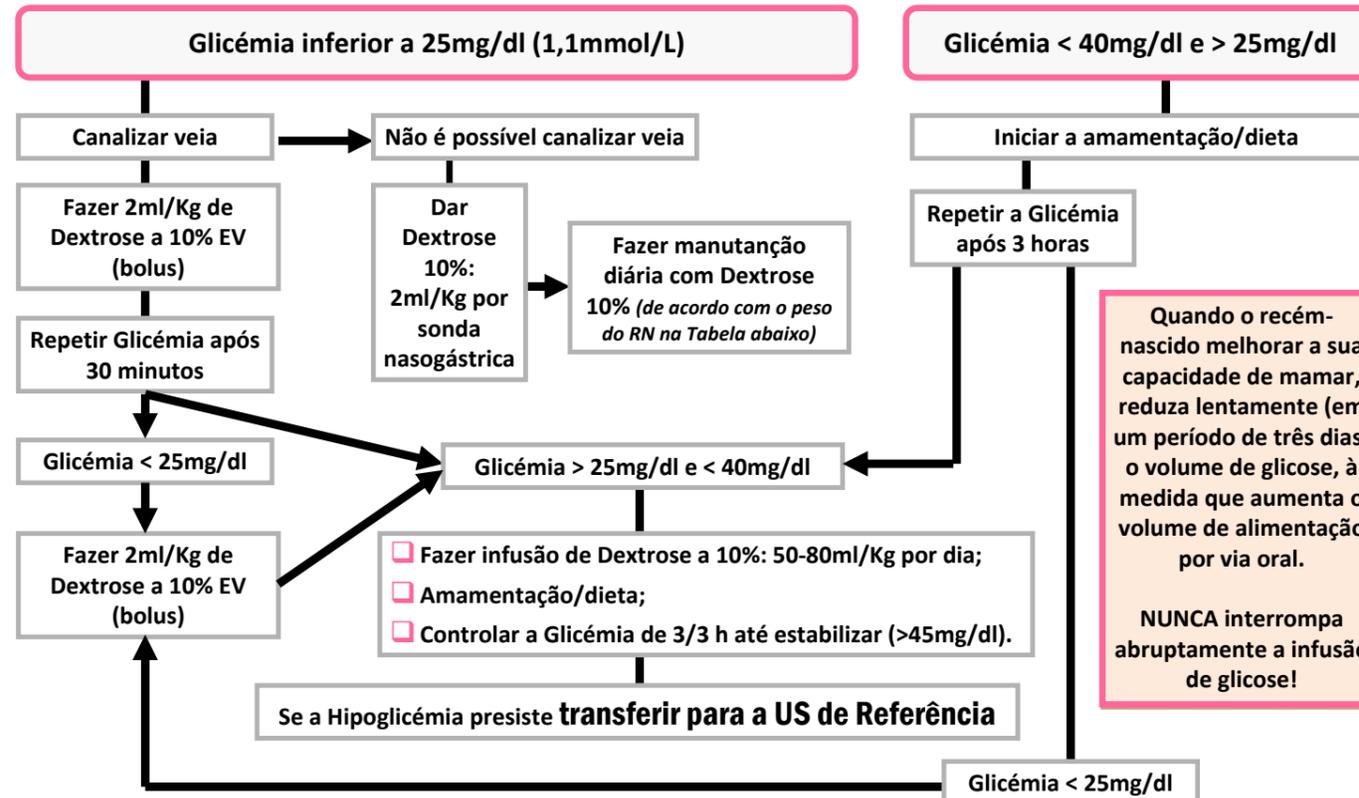
HISTÓRIA

- Saber quando e onde o bebê nasceu;
- Saber se o bebê teve algum problema após o nascimento;
- Saber se a mãe teve/tem alguma doença (ex: diabetes);
- Se o bebê apresentou/apresenta algum sinal de perigo (explicar à mãe os sinais de perigo).

EXAME (sinais suspeitos de hipoglicemia no recém-nascido)

- Fazer o exame físico completo e avaliar os sinais vitais;
- Medir a temperatura axilar do recém-nascido ou sentir com a sua mão;
- Verificar se há sinais de perigo:
 - ✓ Dificuldade em alimentar-se (sucção, deglutição...);
 - ✓ Vômitos, Irritabilidade, choro agudo (tipo grito) ou apatia;
 - ✓ Hipotonia ou Hipertonia, Tremores, Convulsões, Coma...;
 - ✓ Apneia, Bradicardia ou Taquicardia, Crise de cianose...;
 - ✓ Avaliar se há outros problemas associados (ex: malformações congênitas);
- Fazer Dextrositx (se disponível) - considera-se hipoglicemia quando o valor de glicose no sangue é <45mg/dl (2,6mmol/L) - para qualquer idade gestacional do recém nascido.

MANEJO da HIPOGLICÊMIA no RECÉM-NASCIDO a TERMO



Volume total de alimentos e/ou líquidos diários para Recém-Nascidos a termo (peso > 2.500 g) a partir do nascimento

Dias de Vida	1	2	3	4	5	6	7+
ml/Kg de alimentos e/ou líquidos	60	80	100	120	240	150	160+

2.5.2 B: PREVENÇÃO e MANEJO da HIPOGLICÊMIA – RECÉM-NASCIDO PRÉ-TERMO

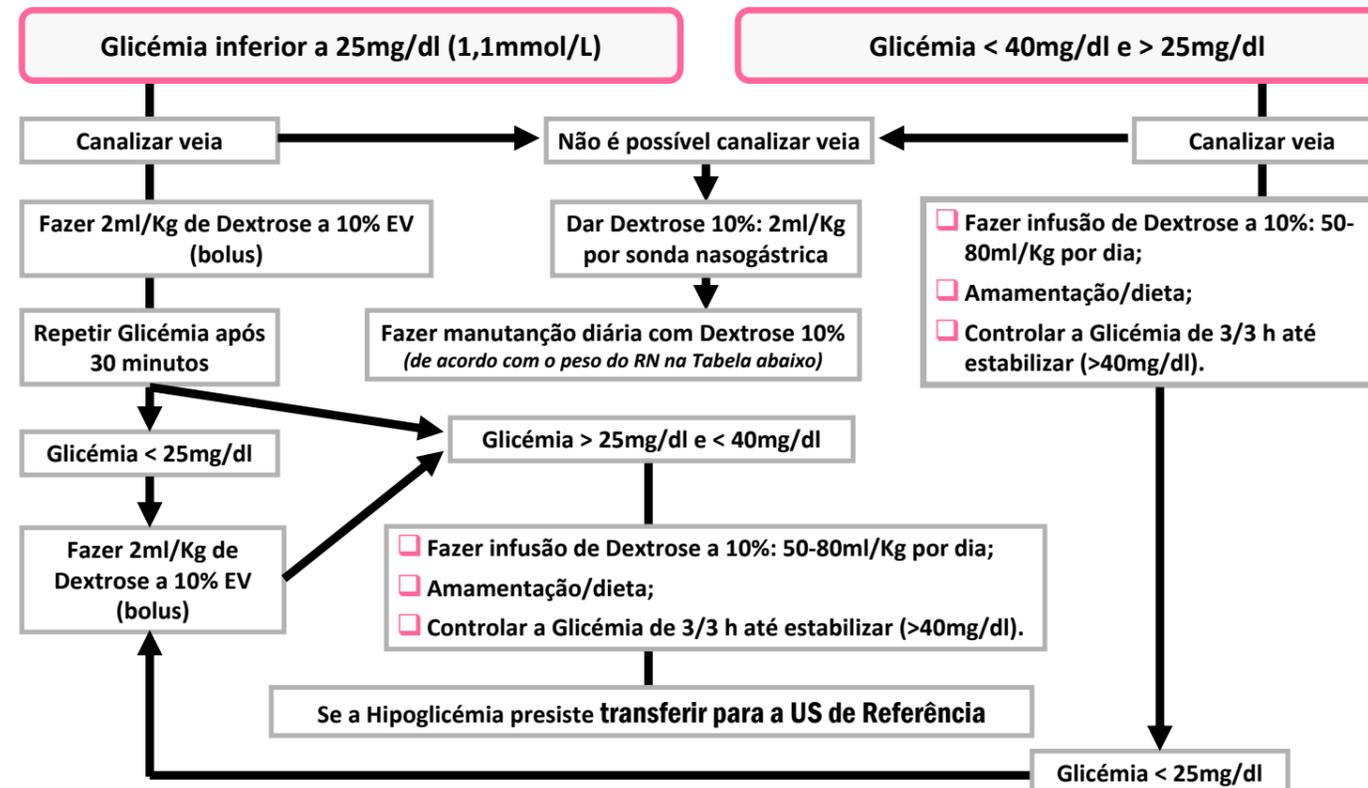
HISTÓRIA

- Saber quando e onde o bebê nasceu;
- Saber se o bebê teve algum problema após o nascimento;
- Saber se a mãe teve/tem alguma doença (ex: diabetes);
- Se o bebê apresentou/apresenta algum sinal de perigo (explicar à mãe os sinais de perigo).

EXAME (sinais suspeitos de hipoglicemia no recém-nascido)

- Fazer o exame físico completo e avaliar os sinais vitais;
- Medir a temperatura axilar do recém-nascido ou sentir com a sua mão;
- Verificar se há sinais de perigo:
 - ✓ Dificuldade em alimentar-se (sucção, deglutição...);
 - ✓ Vômitos, Irritabilidade, choro agudo (tipo grito) ou apatia;
 - ✓ Hipotonia ou Hipertonía, Tremores, Convulsões, Coma...;
 - ✓ Apneia, Bradicardia ou Taquicardia, Crise de cianose...;
 - ✓ Avaliar se há outros problemas associados (ex: malformações congénitas);
- Fazer Dextrositx (se disponível) - considera-se hipoglicemia quando o valor de glicose no sangue é $<40\text{mg/dl}$ ($2,6\text{mmol/L}$) - para qualquer idade gestacional do recém nascido.

MANEJO da HIPOGLICÊMIA no RECÉM-NASCIDO Pré-TERMO



Volume total de alimentos e/ou líquidos diários para Recém-Nascidos a termo (1.800-2.500g) a partir do nascimento

Dias de Vida	1	2	3	4	5	6	7+
ml/Kg de alimentos e/ou líquidos	0	6	14	22	30	35	38

2.5.3: PREVENÇÃO e MANEJO da HIPOTERMIA

HISTÓRIA:

- Saber quando e onde o bebê nasceu;
- Saber se o bebê teve algum problema após o nascimento;
- Saber se a mãe teve/tem alguma doença (ex: diabetes);
- Se o bebê apresentou/apresenta algum sinal de perigo (explicar à mãe os sinais de perigo);
- Saber se o bebê está letárgico, ou não está alerta, ou não está activo;
- Saber se a mãe notou que o bebê está frio e, caso sim, se ela já tentou aquecer o bebê e como fez;
- Saber se o bebê está a mamar bem.

EXAME:

- Fazer o exame físico completo e avaliar os sinais vitais;
- Medir a temperatura axilar do recém-nascido ou sentir com a sua mão;
- Verificar se há sinais de perigo;
- Verificar se:
 - ✓ O bebê está frio quando comparado com a pele de um adulto saudável;
 - ✓ A temperatura axilar está abaixo dos 36°C;
 - ✓ O bebê está mole ou flácido (hiptónico);
 - ✓ A sucção/alimentação é inadequada;
 - ✓ O choro é fraco;
 - ✓ A respiração é lenta e curta;
 - ✓ A frequência cardíaca é baixa (abaixo de 100 batimentos por minuto);



CONDUTA

- Certificar-se de que o quarto está quente e sem correntes de ar.
- Remover as roupas frias ou molhadas e colocar o bebê em contacto pele a pele com a mãe.
- Cobrir a cabeça do bebê. Cobrir a mãe e o bebê com as roupas quentes da mãe e com um cobertor ou panos quentes.
- Incentivar a amamentação ao peito.
- Se o bebê estiver muito fraco para chupar no seio, dar leite materno com copo.
- Verificar a temperatura do bebê a cada hora.
- Verificar se há sinais de perigo e de infecção.
- Se o bebê não responder ao reaquecimento dentro de 2 horas, estabilizar e transferir para a US de referência.
- Antes de transferir, dar a primeira dose de antibióticos:
 - ✓ Ampicilina 50 mg/kg/ IM OU Penicilina Cristalina 50.000 UI/Kg/IM
 - ✓ Gentamicina 5 mg/kg/ IM (RN> 2Kg); 3mg/Kg (RN<2Kg)
- Durante a transferência manter o bebê em contacto pele a pele com a mãe.

2.5.4: MANEJO do SANGRAMENTO do CORDÃO UMBILICAL

Manejo do Sangramento do Cordão Umbilical

HISTÓRIA:

- Saber quando e onde o bebê nasceu;
- Saber se o bebê teve algum problema após o nascimento;
- Se o bebê apresentou/apresenta algum sinal de perigo (explicar à mãe os sinais de perigo);
- Saber quando a mãe notou que o cordão umbilical começou a sangrar;
- Saber se a mãe notou sangramento em qualquer outra parte para além do cordão umbilical (como nas fezes e urina);
- Saber através da mãe que quantidade de sangue que o bebê possa ter perdido;
- Saber se o bebê está a mamar bem.

EXAME:

- Fazer o exame físico completo e avaliar os sinais vitais;
- Medir a temperatura axilar do recém-nascido ou sentir com a sua mão (o bebê pode apresentar febre ou hipotermia);
- Verificar se apresenta cor amarelada ou cinzenta devido a uma infecção);
- Verificar se há sinais de perigo;
- Verificar/estimar a quantidade de sangue que o bebê perdeu;
- Examinar onde e como o cordão umbilical foi laqueado/amarrado;
- Verificar se o bebê apresenta outros sinais devido à perda/falta de sangue: palidez, letargia (sonolento e sem reagir), respiração rápida e frequência cardíaca alta;
- Procurar outros sinais de sangramento (sangue na urina, fezes, e/ou outros hematomas não justificados).



CONDUTA

- Amarrar novamente o cordão umbilical, de forma mais apertada, com um novo fio de nastro limpo;
- Examinar o cordão umbilical a cada 15 minutos, durante 2 horas, para se certificar que o sangramento parou;
- Se o sangramento não parou solicitar ajuda, caso haja Técnico de Cirurgia, para laquear o cordão;
- Dar Vitamina K intramuscular: 0,5 mg para o bebê prematuro e 1 mg para o bebê de termo;
- Incentivar e aconselhar a amamentação ao peito com frequência;
- Se o sangramento persistir, ou se existirem outros locais de sangramento, ou se houver outros problemas causados pela perda de sangue: TRANSFERIR para a US de REFERÊNCIA!!!

SEGUIMENTO:

- Reavaliar a situação com o cordão umbilical (principalmente a persistência de pequeno sangramento e sinais de infecção) e manejar de acordo com os respectivos fluxogramas;
- Reforçar a assépsia rigorosa do cordão umbilical;
- Certificar-se que o bebê está a crescer bem e não apresenta outros problemas.

2.5.5: MANEJO das CONVULSÕES no RECÉM-NASCIDO

Manejo das Convulsões no Recém-Nascido

HISTÓRIA:

- Saber quando e onde o bebê nasceu;
- Saber se o bebê teve algum problema após o nascimento;
- Saber se mãe teve alguma doença durante a gravidez;
- Saber se o bebê apresentou/apresenta algum outro sinal de perigo (explicar à mãe os sinais de perigo);
- Saber quando o bebê começou com as convulsões e pedir à mãe para explicar porque ela diz que o bebê teve convulsões;
- Saber se o bebê está a mamar bem;
- Saber se o bebê está inquieto/irritado ou letárgico;

EXAME:

- Fazer o exame físico completo e avaliar os sinais vitais;
- Verificar o nível de consciência do bebê;
- Medir a temperatura axilar do recém-nascido ou sentir com a sua mão;
- Verificar:
 - ✓ Se o bebê tem dificuldades em se alimentar (sucção, deglutição), ou se não mama;
 - ✓ Se existem sinais de desidratação;
 - ✓ Se está letárgico ou irritável;
 - ✓ Como são a postura e os movimentos;
 - ✓ Como está o tônus (se os membros estão rígidos);
 - ✓ Como está a fontanela anterior (ver se está abaulada e tensa);
 - ✓ A cor do bebê: pálida, amarela (icterícia), cinzenta...;
 - ✓ Se existem outros sinais de perigo;
- Medir a Glicemia – fazer Dextrostix (se disponível) – considera-se hipoglicemia quando o valor da Glicose no sangue é $<40\text{mg/dl}$ ($2,6\text{mmol/L}$), para qualquer idade gestacional do Recém-Nascido.

NOTA:

As convulsões podem ocorrer devido a várias causas como: asfixia, lesões do parto, infecções (ex: meningite) e problemas neurológicos.

Nos períodos entre as convulsões o recém-nascido pode parecer normal ou inconsciente, letárgico ou irritável.

CONDUTA para CONTROLAR as CONVULSÕES

- Canalizar uma veia;
- Administrar Fenobarbital: 20mg/Kg de peso/EV lentamente em 5 minutos;
- Procurar a causa das convulsões.

Se confirmar HIPOGLICÊMIA – verificar e seguir o Fluxograma sobre o Manejo da Hipoglicemia.

Se o acesso venoso não é possível administrar Fenobarbital: 20mg/Kg de peso intramuscular;

Se as convulsões não cessarem em 30 minutos:

- Administrar uma segunda dose de Fenobarbital: 10mg/Kg de peso/EV lentamente em 5 minutos (ou intramuscular se o acesso endovenoso não é possível);
- Repetir uma vez mais após 30 minutos, se necessário.

Se as convulsões persistirem ou ocorrerem novamente dentro de 6 horas:

- Administrar Fenotóina: 20mg/Kg de peso/EV (a fenotóina deve ser diluída em 15 ml de solução salina – Soro Fisiológico) muito lentamente em 30 minutos;
- TRANSFERIR o MAIS RÁPIDO POSSÍVEL para a US de REFERÊNCIA!!!

2.5.6: MANEJO da SÉPSIS NEONATAL

Manejo da Sépsis Neonatal

HISTÓRIA:

- Saber quando e onde o bebê nasceu;
- Saber se o bebê teve algum problema após o nascimento;
- Saber se mãe teve alguma doença durante a gravidez;
- Saber se o bebê apresentou/apresenta algum outro sinal de perigo (explicar à mãe os sinais de perigo);
- Saber se a mãe teve febre durante o trabalho de parto;
- Saber se a mãe teve ruptura de membranas por mais de 18 horas antes do parto;
- Saber se o recém-nascido apresenta um ou mais dos problemas a seguir:
 - ✓ Não chupa;
 - ✓ Está letárgico ou não acorda para mamar;
 - ✓ Teve/tem dificuldades respiratórias;
 - ✓ Teve/tem convulsões;
 - ✓ Tem cor amarela da pele e dos olhos;
 - ✓ Tem infecção no cordão umbilical, olhos ou pele;

EXAME:

- Fazer o exame físico completo e avaliar os sinais vitais;
- Verificar o nível de consciência do bebê;
- Medir a temperatura axilar do recém-nascido ou sentir com a sua mão;
- Verificar:
 - ✓ Se há dificuldades em acordar o bebê;
 - ✓ Se a cor do bebê é: pálida, amarela (icterícia), acinzentada ou azulada (língua ou lábios azulados é um sinal grave);
 - ✓ Se o bebê não consegue chupar ou tem uma sucção inadequada;
 - ✓ Se a respiração é rápida ou lenta;
 - ✓ Se há períodos de apneia por mais de 20 segundos;
 - ✓ Se tem hipotermia ou febre;
 - ✓ Como está o tônus (se os membros estão rígidos);
 - ✓ Se existem outros sinais de perigo;

NOTA:

Os sinais de infecção no Recém-Nascido são muitas vezes difíceis de serem reconhecidos, pois não são específicos.

Os sinais aqui listados podem também ser provocados por outros problemas, para além da infecção/sépsis.

É importante fazer uma história e exame cuidadosos e de acordo com os achados e o diagnóstico, verificar e seguir os Fluxogramas correspondentes.

- Estabilizar o Recém-Nascido certificando-se que ele está aquecido;
- Dar de mamar com frequência ou alimentá-lo com copo e colherinha;
- Dar a primeira dose de Antibióticos:
 - ✓ Ampicilina 50mg/Kg IM OU Penicilina Cristalina 50.000UI/Kg IM;
 - ✓ Gentamicina 5mg/Kg IM para Recém-Nascidos com MAIS de 2Kg de peso, e 3mg/Kg IM para Recém-Nascidos com MENOS de 2Kg de peso;
- TRANFERIR LOGO QUE POSSÍVEL para a US de REFERÊNCIA!!!

2.5.7: MANEJO da INFECÇÃO no UMBIGO

Manejo da Infecção Umbilical

HISTÓRIA:

- Saber:
 - ✓ Quando e onde o bebê nasceu;
 - ✓ Se o bebê teve algum problema após o nascimento;
 - ✓ Se mãe teve alguma doença durante a gravidez;
 - ✓ Se o bebê apresentou/apresenta algum outro sinal de perigo (explicar à mãe os sinais de perigo);
 - ✓ Se a mãe fez imunização contra o Tétano durante a gravidez;
 - ✓ Quando começou o problema no umbigo, e se este problema piorou;
 - ✓ Como foi feito o corte do cordão umbilical (tipo de material utilizado para o corte);
 - ✓ Se foi colocada alguma coisa (substância, remédios, etc...) no cordão umbilical na altura do nascimento ou em casa;

EXAME (do cordão umbilical e do abdômen):

- Fazer o exame físico completo e avaliar os sinais vitais;
- Medir a temperatura axilar do recém-nascido ou sentir com a sua mão;
- Verificar:
 - ✓ Se o cordão umbilical está húmido;
 - ✓ Se há presença de secreção, principalmente pús, e/ou cheiro desagradável/fétido;
 - ✓ Se a pele ao redor do umbigo está avermelhada e inflamada;
 - ✓ Se o abdômen está distendido (sinal de que o bebê pode estar a desenvolver sépsis);
 - ✓ Se existem outros sinais de perigo;

INFECÇÃO LOCALIZADA do CORDÃO UMBILICAL

- O umbigo não apresenta secreção (pús) nem cheiro desagradável;
- A vermelhidão e o inchaço na pele ao redor do umbigo é limitada (cerca de 1cm);
- O bebê não apresenta sinais de sépsis.

- Limpar o coto do cordão umbilical com água morna e sabão;
- Secar o coto do cordão umbilical com um pano limpo;
- Aplicar Violeta de Genciana a 5% ou Clorexidina a 4% (pomada) no coto umbilical e no umbigo (pele à volta);
- Fazer seguimento nas Consultas em 2 dias;

INFECÇÃO GRAVE do CORDÃO UMBILICAL

- Secreção (pús) no úmigo e/ou cheiro desagradável;
- Atraso na separação do cordão umbilical;
- Vermelhidão e inchaço na pele ao redor do umbigo (mais de 1cm à volta do umbigo);
- Pele ao redor do umbigo está endurecida;
- O bebê apresenta sinais de sépsis (ex: abdômen distendido).

- Estabilizar o Recém-Nascido certificando-se que ele está aquecido;
- Dar de mamar com frequência ou alimentá-lo com copo e colherinha;
- Dar a primeira dose de Antibióticos:
 - ✓ Ampicilina 50mg/Kg IM OU Penicilina Cristalina 50.000UI/Kg IM;
 - ✓ Gentamicina 5mg/Kg IM para Recém-Nascidos com MAIS de 2Kg de peso, e 3mg/Kg IM para Recém-Nascidos com MENOS de 2Kg de peso;
- TRANSFERIR LOGO QUE POSSÍVEL para a US de REFERÊNCIA!!!

SEGUIMENTO:

- Dar Violeta de Genciana à mãe para colocar no umbigo durante 5 dias;
- Ensinar a mãe (familiares): 1) não colocar nada mais no umbigo; 2) lavar as mãos antes de cuidar do bebê; 3) como cuidar da higiene do bebê; 4) como dar banho ao bebê.
- Certificar-se que o bebê está a crescer bem e não tem outros problemas.

2.5.8: MANEJO da INFECÇÃO nos OLHOS

Manejo da Infecção nos Olhos – Recém-Nascido

HISTÓRIA:

Saber:

- ✓ Quando e onde o bebê nasceu;
- ✓ Se o bebê teve algum problema após o nascimento;
- ✓ Se mãe teve alguma doença durante a gravidez (p.ex: leucorreia);
- ✓ Se o bebê apresentou/apresenta algum outro sinal de perigo (explicar à mãe os sinais de perigo);
- ✓ Quando começou o problema nos olhos, e se este problema piorou;
- ✓ Se o bebê recebeu cuidados aos olhos na altura do nascimento (que tipo de cuidados);
- ✓ Se em casa foi colocada alguma coisa (substância, remédios tradicionais, etc...) nos olhos do bebê;
- ✓ Se já fez algum tratamento e que tratamento fez;

EXAME:

Fazer o exame físico completo e avaliar os sinais vitais;

Medir a temperatura axilar do recém-nascido ou sentir com a sua mão;

Verificar:

- ✓ Se as pálpebras estão só inchadas e avermelhadas mas sem pus OU se estão avermelhadas, inchadas e com pus em um ou nos dois olhos;
- ✓ Se o bebê consegue abrir as pálpebras;
- ✓ Se existem outros sinais de perigo;

OLHOS AVERMELHADOS e/ou INCHADOS mas SEM PUS

- Limpar os olhos (do canto de dentro para o canto de fora com um pano com água limpa fervida e à temperatura ambiente, ou com solução salina (soro fisiológico se disponível), para remover as secreções e as crostas;
- Aplicar pomada de Tetraciclina Oftálmica a 1% no olho afectado, 4 vezes por dia, durante 7 dias;
- Fazer seguimento nas Consultas em 2 dias;

OLHOS AVERMELHADOS e/ou INCHADOS mas COM PUS

- Estabilizar o Recém-Nascido;
- Dar a primeira dose de Antibióticos:
 - ✓ Ampicilina 50mg/Kg IM OU Penicilina Cristalina 50.000UI/Kg IM;
 - ✓ Gentamicina 5mg/Kg IM para Recém-Nascidos com MAIS de 2Kg de peso, e 3mg/Kg IM para Recém-Nascidos com MENOS de 2Kg de peso;
- TRANSFERIR para a US de REFERÊNCIA!!!

SEGUIMENTO:

- Dar Tetraciclina Oftálmica à mãe para colocar nos olhos do bebê durante 5 dias;
- Ensinar a mãe (familiares): 1) não colcoar nada mais nos olhos; 2) como cuidar dos olhos do bebê; 3) lavar as mãos antes de cuidar do bebê; 4) como cuidar da higiene do bebê; 5) como dar banho ao bebê;
- Certificar-se de que o bebê está a crescer bem e que não tem outros problemas;
- Para seguimento da mãe e pai – ver Fluxograma de Manejo de ITSs.

2.5.9: MANEJO da INFECÇÃO na PELE

Manejo da Infecção da Pele – Recém-Nascido

HISTÓRIA:

Saber:

- ✓ Quando e onde o bebê nasceu;
- ✓ Se o bebê teve algum problema após o nascimento;
- ✓ Se mãe teve alguma doença durante a gravidez;
- ✓ Se o bebê apresentou/apresenta algum outro sinal de perigo (explicar à mãe os sinais de perigo);
- ✓ Quando começou o problema na pele, e se este problema piorou;
- ✓ Se em casa foi colocada alguma coisa (substância, remédios tradicionais, etc...) no problema da pele do bebê;
- ✓ Se já fez algum tratamento e que tratamento fez;

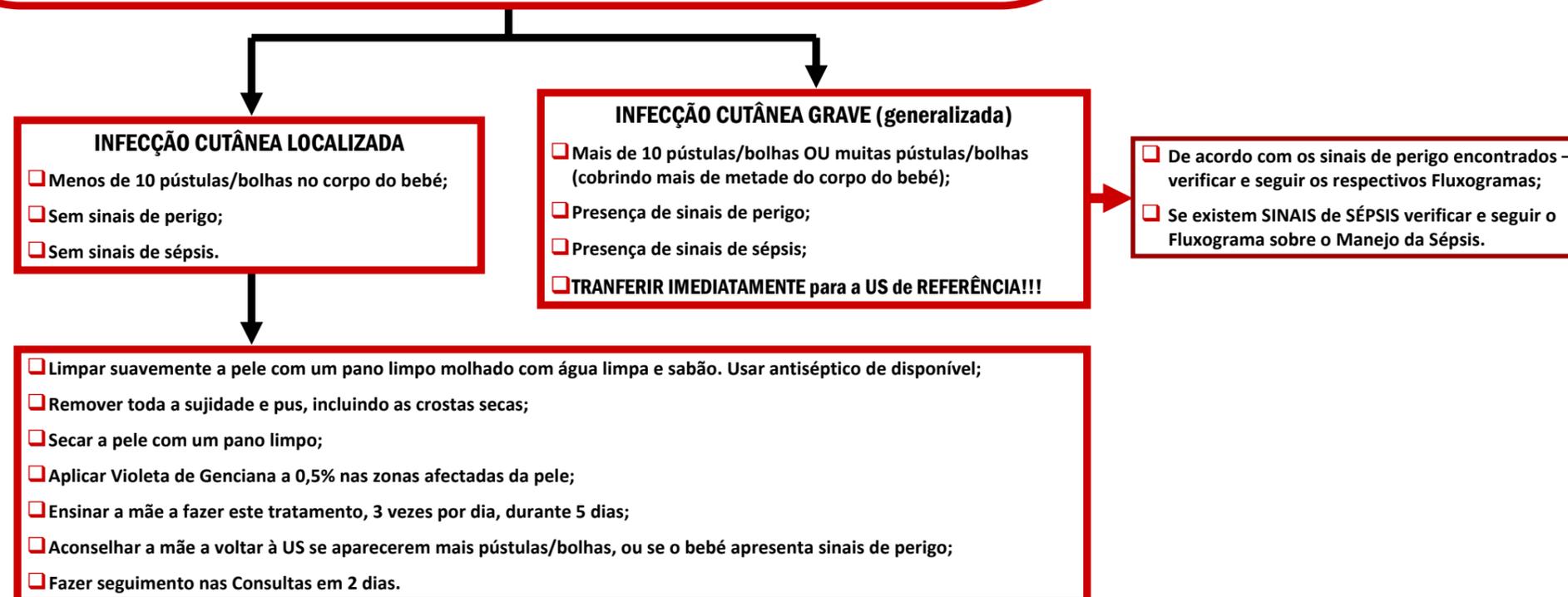
EXAME (de toda a pele do bebê, incluindo a região da fralda e das dobras da pele: axilas, pescoço, braços e pernas):

Fazer o exame físico completo e avaliar os sinais vitais;

Medir a temperatura axilar do recém-nascido ou sentir com a sua mão;

Verificar:

- ✓ Que tipo de lesões o bebê apresenta da pele: pústulas, borbulhas ou bolhas com pus;
- ✓ Quantas pústulas/bolhas estão presentes;
- ✓ Se existem outros sinais de perigo;



SEGUIMENTO: Examinar o bebê:

- Se o bebê não apresenta sinais de perigo, e se houver menos pústulas/bolhas, aconselhar a mãe a continuar o tratamento com Violeta de Genciana até as pústulas/bolhas desaparecerem;
- Se o bebê apresenta algum sinal de perigo ou se houver mais pústulas/bolhas, ou se estas se tiverem espalhado – TRANSFERIR MEDIATAMENTE o BEBÉ para a US de REFERÊNCIA!!!
- Certificar-se que o bebê está a crescer bem e não tem outros problemas;
- Ensinar à mãe e familiares os cuidados de higiene a ter com o bebê.

2.5.10: MANEJO da ICTERÍCIA no RECÉM-NASCIDO

Manejo da Icterícia no Recém-Nascido

HISTÓRIA:

Saber:

- ✓ Quando e onde o bebé nasceu;
- ✓ Se o bebé teve algum problema após o nascimento;
- ✓ Se mãe teve alguma doença durante a gravidez e qual é o seu Grupo Sanguíneo;
- ✓ Se o bebé apresentou/apresenta algum outro sinal de perigo (explicar à mãe os sinais de perigo);
- ✓ Quando a mãe notou a cor amarelada no bebé;
- ✓ Se se o bebé está a mamar bem;
- ✓ Como estão a urina e as fezes do bebé (cor e consistência);

EXAME:

- Avaliar os sinais vitais e fazer o exame físico completo (examinar todo o corpo do bebé sob luz natural – a icterícia é difícil de ser vista com luz artificial ou fraca);
- Medir a temperatura axilar do recém-nascido ou sentir com a sua mão (o bebé pode apresentar febre ou hipotermia se a cor amarela for devido a uma infecção);
- Verificar:
 - ✓ Se a pele e os olhos do bebé estão amarelos;
 - ✓ Se o corpo do bebé está amarelado e qual é a área abrangida;
 - ✓ Se existem sinais de desidratação (o bebé desidratado pode não conseguir eliminar a bilirrubina).
 - ✓ Se existem outros sinais de perigo;

CARACTERÍSTICAS:

Icterícia Fisiológica do Recém-Nascido

- Começa depois das primeiras 24 horas de vida e desaparece em cerca de duas semanas.

CARACTERÍSTICAS:

Icterícia Patológica

- Começa nas primeiras 24 horas de vida e dura mais do que duas semanas (3 semanas no bebé prematuro);
- No segundo dia a icterícia atinge os braços e as pernas;
- No terceiro dia a icterícia atinge as mãos e os pés;

CONDUTA:

- Não é necessário tratamento nem transferência, apesar de ser necessário avaliar a icterícia do bebé em alguns dias;

Informar/Aconselhar a mãe:

- Que o bebé está normal e que a cor amarelada vai desaparecer lentamente;
- Manter o bebé aquecido;
- Continuar a amamentar ao peito (com mais frequência e exclusivamente);
- A mãe deve beber bastantes líquidos para produzir mais leite;
- Fazer seguimento nas Consultas em 2 dias.

SEGUIMENTO - Examinar o bebé e:

- Reavaliar a icterícia para ver se está a desaparecer;
- Se o bebé apresenta SINAIS de ICTERÍCIA GRAVE – TRANSFERIR para a US de REFERÊNCIA!!!
- Certificar-se que o bebé está a crescer bem e que não tem outros problemas.

CONDUTA:

- Amamentar o bebé ao seio mais frequentemente e exclusivamente;
- TRANSFERIR o BEBÉ para a US de REFERÊNCIA;
- Antes de transferir o bebé, dar a primeira dose de antibióticos:
 - ✓ Ampicilina 50mg/Kg IM OU Penicilina Cristalina 50.000UI/Kg IM;
 - ✓ Gentamicina 5mg/Kg IM para Recém-Nascidos com MAIS de 2Kg de peso, e 3mg/Kg IM para Recém-Nascidos com MENOS de 2Kg de peso;
- Durante a transferência manter o bebé aquecido (manter o bebé contacto pele-a-pele com a mãe);
- Fazer seguimento nas consultas;

2.5.11: MANEJO da CANDIDIASE no RECÉM-NASCIDO

Manejo da Candidíase no Recém-Nascido

HISTÓRIA:

- Saber:
 - ✓ Quando e onde o bebê nasceu;
 - ✓ Se o bebê teve algum problema após o nascimento;
 - ✓ Se mãe teve alguma doença durante a gravidez;
 - ✓ Se o bebê apresentou/apresenta algum outro sinal de perigo (explicar à mãe os sinais de perigo);
 - ✓ Se se o bebê está a mamar bem;
 - ✓ Se o bebê está irritado/inquieto (devido à dor e fome causada pela candidíase);
 - ✓ Se os mamilos ficam sensíveis ou doridos quando o bebê mama. SE SIM, saber quando o problema começou.

EXAME (examinar a boca, períneo e nádegas do recém-nascido):

- Avaliar os sinais vitais e fazer o exame físico completo;
- Medir a temperatura axilar do recém-nascido ou sentir com a sua mão;
- Verificar:
 - ✓ Se existem sinais de perigo;
 - ✓ Se o bebê tem dificuldades em se alimentar (sucção e deglutição);
- Usar um depressor de língua ou um pedaço de gaze enrolado para tentar remover as placas na boca, com cuidado;
 - ✓ Coalhos de leite são removidos facilmente sem trauma das membranas mucosas;
 - ✓ As placas de candidíase fixam-se nas membranas mucosas e são difíceis de remover. A mucosa por baixo e ao redor das placas/manchas de candidíase são avermelhadas e sangram facilmente;
- Examinar o períneo e as nádegas do bebê (verificar se existe um exantema vermelho);
- Examinar os mamilos da mãe – verificando se estes estão vermelhos e sensíveis;
- Testar o bebê para HIV.

CONDUTA:

Candidíase na BOCA do Bebê:

- Dar Nistatina 100.000 Unidades/ml de suspensão (1 a 2 ml na boca do bebê, 4 vezes por dia durante 5 dias);

OU

- Aplicar solução de Violeta de Genciana a 0,5% (4 vezes ao dia durante 5 dias) – ensinar a mãe como usar um pano limpo para aplicar a solução na boca);
- Fazer consulta de seguimento em 2 dias.

CONDUTA:

Candidíase no PERÍNEO e NÁDEGAS do Bebê:

- Aplicar creme de Nistatina ou Solução de Violeta de Genciana sempre que trocar as fraldas – continuar até 3 dias depois do exantema desaparecer;
- Expor o períneo e nádegas de bebê ao ar, se a temperatura ambiente estiver quente;
- Fazer consulta de seguimento em 2 dias.

SEGUIMENTO - Examinar o bebê e:

- Verificar se ainda há presença de lesões (boca, nádegas e períneo);
- Reavaliar a amamentação/alimentação e certificar-se que o bebê está a crescer bem e que não tem outros problemas;
- Se existem problemas com a sucção/alimentação – TRANFERIR para a US de REFERÊNCIA!!!

CONDUTA para a MÃE: Candidíase nos MAMILOS:

- Receitar creme de Nistatina para a mãe aplicar nos mamilos e areólas depois de amamentar, enquanto durar o tratamento do bebê;
- Explicar à mãe que deve manter os mamilos secos quando não estiver a amamentar;
- Aconselhar a mãe a usar roupas largas que permitam que os mamilos sequem com o ar.

2.5.12: MANEJO da SIFÍLIS CONGÊNITA

Manejo da Sífilis Congênita

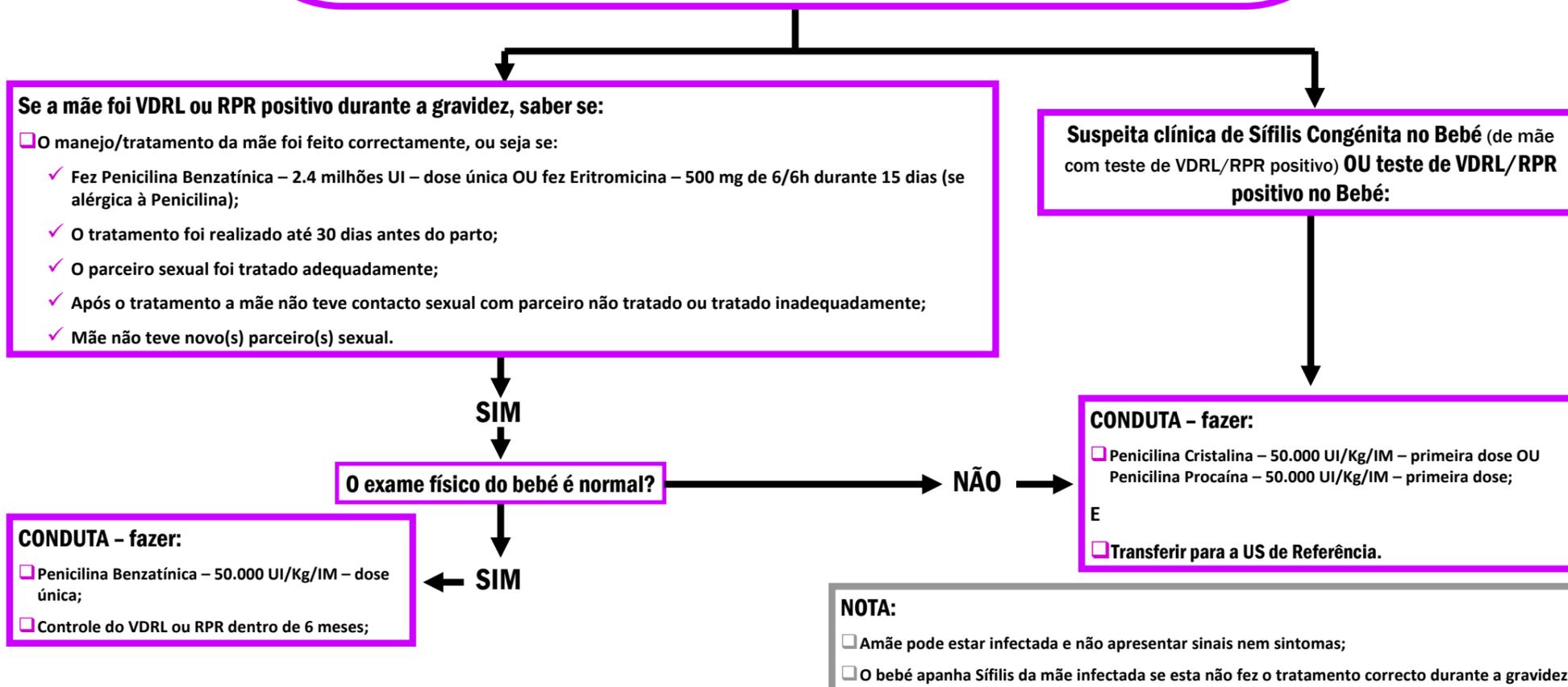
HISTÓRIA:

Saber:

- ✓ Quando e onde o bebé nasceu;
- ✓ Se o bebé teve algum problema após o nascimento;
- ✓ Se mãe teve alguma doença durante a gravidez (ex: leucorreia, úlcera genital...);
- ✓ Se o bebé apresentou/apresenta algum outro sinal de perigo (explicar à mãe os sinais de perigo);
- ✓ Se a mãe fez o teste de VDRL ou Teste Rápido para Sífilis durante a gravidez, qual foi o resultado e se foi positivo que tratamento fez;

EXAME:

- Avaliar os sinais vitais e fazer o exame físico completo ao bebé;
- Medir a temperatura axilar do bebé ou sentir com a sua mão;
- Verificar se está presente algum ou alguns dos seguintes sinais no bebé:
 - ✓ Edema generalizado do corpo;
 - ✓ Abdómen distendido;
 - ✓ Bolhas e descamação da pele das palmas das mãos e das plantas dos pés;
 - ✓ Obstrução nasal e/ou secreção nasal serosa;
 - ✓ Rachaduras ou fissuras ao redor da boca, nariz e ânus;
 - ✓ O bebé sente dor ao ser manuseado;
 - ✓ Pseudo-paralesia de um dos membros;
 - ✓ Icterícia (cor amarela da pele e/ou dos olhos do bebé).
- Fazer teste de VDRL ou RPR ao bebé (se possível).



2.5.13: MANEJO do RECÉM-NASCIDO com BAIXO PESO ao NASCER

Cuidados ao Recém-Nascido com Baixo Peso ao Nascer

DEFINIÇÃO:

Recém-Nascido com Baixo Peso ao Nascer é aquele que nasce com < 2.500 gr. Existem duas categorias: 1) RN com Muito Baixo peso ao Nascer: < 1.500gr; 2) RN com Baixo Peso ao Nascer: entre 1.500gr e 2.500gr.

FACTORES de RISCO:

Os profissionais de saúde devem estar preparados para fazer o rastreio e prestar cuidados a Bebés com Baixo Peso ao Nascer se estiverem presentes factores de risco na história pessoal ou obstétrica da mãe:

- Gravidez em mulheres com < 20 anos; partos com intervalos < de 2 anos ou multiparidade; mulheres que já tiveram RN com baixo peso; mulheres com desnutrição aguda ou crónica, anemia ou hipertensão pré-existent; abuso de tabaco, álcool e outras drogas; condições obstétricas e doenças maternas na gravidez actual como: gestação múltipla, pré-eclampsia e eclampsia, corioamnionite; infecção urinária, ITS, HIV/SIDA e Malária; condições do feto, tais como: anomalias genéticas ou congénitas e infecções intra-uterinas;

HISTÓRIA:

Saber:

- A Idade Gestacional e identificação de factores de risco maternos e fetais;
- Se o bebé já nasceu:
 - Idade Gestacional;
 - Quando e onde nasceu;
 - Se teve algum problema após o nascimento;
 - Se apresentou/apresenta algum outro sinal de perigo (explicar à mãe os sinais de perigo);

SINAIS de PERIGO:

- Problemas respiratórios;
- Dificuldade de mamar ou não chupa;
- Hipotermia;
- Hipertermia;
- Convulsões ou “desmaios”;
- Pele avermelhada, inchaço, pus ou mau cheiro na pele à volta do úmbigo ou do cordão umbilical;
- Pálpebras vermelhas, inchadas com ou sem pus;
- Icterícia (pele e olhos amarelos).

Providenciar CUIDADOS IMEDIATOS na SALA de PARTOS:

- Secar e se necessário estimular o bebé;
- Avaliar a cor e a respiração;
- Iniciar reanimação – se necessário;
- Se o bebé está bem – colocá-lo em contacto imediato pele-a-pele com a mãe;
- Incentivar e ajudar a mãe a iniciar a amamentação o mais cedo possível dentro da 1ª hora após o nascimento (ou espremer o leite materno e alimentar com copo) e depois de 2/2 horas;
- Fazer os cuidados aos olhos e cordão umbilical;
- Pesar, medir o comprimento e o perímetro cefálico;
- Identificar se o RN é de termo (Pequeno para a Idade Gestacional – PIG) ou é pré-termo;

RN com Peso Muito Baixo ao Nascer: < 1.500gr:

- Estabilizar o bebé certificando-se que está aquecido e que mamou no peito ou tomou leite materno por copo;
- Manter o bebé bem aquecido - em contacto contínuo pele-a-pele com a mãe;
- Dar ao bebé uma dose única de Vitamina K – 0,5 mg IM;
- Se o RN apresenta problemas respiratórios: dar antibióticos. Nas US de Nível dar a 1ª dose de antibióticos (Ampicilina 50mg/Kg/IM OU Penicilina Cristalina 50.000UI/Kg/IM e Gentamicina 3mg/kg/IM) e referir o RN para uma US com médico e capacidade para prestar melhores cuidados.

RN com Baixo Peso ao Nascer: > 1.500gr e < 2.500gr:

- Se o recém-nascido não apresenta problemas respiratórios e chupa bem:
- Manter o bebé aquecido em contacto pele-a-pele com a mãe, e não dar banho ao bebé até a sua temperatura estar estável (atrasar o banho por pelo menos 24 horas);
- Aquecer o quarto com uma fonte de calor – ou cobrir a mãe e bebé com mais cobertores;
- Incentivar e ajudar a mãe a amamentar logo que possível;
- Controlar a respiração, temperatura, cor e alimentação (sucção) a cada 30 minutos durante 6 horas;
- Dar ao RN uma dose única de Vitamina K – 0,5 mg IM;
- Manter o RN nos Cuidados Mãe-Canguru;
- Se o bebé apresenta sinais de perigo – estabilizar (consultar e seguir também os Fluxogramas respectivos a outras complicações no RN) e referir o RN para uma US com médico e capacidade para prestar melhores cuidados.

SEGUIMENTO SEMANAL (após a alta dos Cuidados Mãe Canguru):

- Verificar o crescimento do bebé e se apresenta algum problema;
- Aconselhar a mãe sobre cuidados ao bebé em casa: aquecimento, higiene, vacinação, alimentação, segurança, sono, amor...

III.
ATENÇÃO
ao
PÓS-PARTO e PÓS-NATAL

3.1: ATENÇÃO a SER PRESTADA à MULHER e CRIANÇA até ao 3º DIA APÓS o PARTO

PERGUNTAR à MÃE:	
Sobre o estado de saúde do seu bebé	Sobre o seu estado de saúde
Se tem alguma queixa;	Se tem alguma queixa;
<p>Sobre a amamentação:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Se o bebé mama bem? • Se tem leite suficiente? • Se o bebé tem problemas de evacuação das fezes e/ou ao urinar? 	<ul style="list-style-type: none"> • Se recebeu vitamina A no pós-parto? • Se lhe foi administrado anti-D, caso seja Rh -? • Cumprimento das Vacinas Antitetânica (Total = 5 doses); • Verificar as serologias: HIV e do Teste Rápido de Sífilis; • Caso seja HIV+: saber se fez Profilaxia PTV, ou se está em TARV e avaliar o cumprimento do tratamento; • Caso seja RPR+ ou Sífilis Teste Rápido +: saber se fez o tratamento, se não fez iniciar o tratamento; • Se está a tomar regularmente o sal ferroso?
No caso de ser um bebé pequeno (Baixo Peso ao nascer) perguntar se faz e como faz o “método canguru” em casa;	Perguntar à mãe se tem queixas sobre o seu ambiente familiar, para identificar casos de violência doméstica;
AVALIAR:	
<p>Examinar o recém-nascido despido num local aquecido:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliar a temperatura, se tem icterícia e/ou palidez, tipo de respiração, sucção e pesquisar sinais de alarme; • Avaliar o perímetro craniano, o estado da fontanela e as suturas cranianas; • Avaliar o posicionamento para a amamentação e a pega da aréola; • Verificar o estado vacinal do RN: BCG e Pólio; • No caso de filho de mãe HIV+, verificar se toma regularmente a NVP ou o AZT; 	<p>Realizar o exame de rotina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso, TA e Temperatura; • Exame Físico e Ginecológico; • Avaliar o estado nutricional; • Avaliar o estado emocional;
Identificar, tratar e/ou referir em caso de complicações;	Identificar, tratar e ou referir possíveis complicações: ex: hemorragia, infecções, abscesso da mama, outras;
<ul style="list-style-type: none"> • Pesar e registar o peso no cartão de saúde e vacinar se necessário; • Registar a consulta na folha de registo diário de actividades e no livro de registo; 	Registar os dados na ficha, e a consulta na folha de registo diário de actividades e no livro de registo;
ACONSELHAR E PROMOVER:	
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de higiene; • Amamentação exclusiva durante os 6 primeiros meses de vida; • Cuidados de higiene com o umbigo; • Sinais de risco e quando procurar cuidados de saúde; • Uso da rede mosquiteira (REMILD); • Cumprimento do calendário vacinal; • Cumprimento da 2ª e 3ª Consulta Pós-Natal (7º dia, e entre o 21º e o 28º dias); 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de higiene; • Prevenção das ITS; • Aconselhamento nutricional, incluindo a suplementação com sal-ferroso e ácido fólico até 3 meses após o parto; • Aconselhamento para espaçamento dos nascimentos (Planeamento Familiar); • Uso da REMILD (para ela e o seu bebé); • Cumprimento da 2ª e 3ª Consulta Pós-Parto (7º dia, e entre o 21º e o 28º dias);

3.2: ATENÇÃO a SER PRESTADA à MULHER e CRIANÇA nas CONSULTAS SEGUINTEs:

7º DIA e ENTRE o 21º-28º Dia APÓS o PARTO

PERGUNTAR à MÃE:	
Sobre o estado de saúde do seu bebé	Sobre o seu estado de saúde
<ul style="list-style-type: none"> • Se tem alguma preocupação ou dúvida em relação à saúde e desenvolvimento do bebé; • Sobre a amamentação: Se o bebé mama bem? Se tem leite suficiente? • Se o bebé tem problemas de evacuação das fezes e/ou ao urinar? 	<p>Se tem alguma preocupação ou queixas sobre a sua saúde;</p>
<ul style="list-style-type: none"> • Examinar o recém-nascido despido num local aquecido; • Avaliar a temperatura, se tem icterícia e/ou palidez, tipo de respiração, sucção e pesquisar sinais de alarme; • Avaliar o perímetro craniano, o estado da fontanela e as suturas cranianas; • Avaliar o posicionamento para a amamentação e a pega da aréola; • No caso de filho de mãe HIV+, verificar se toma regularmente a NVP ou o AZT; 	<p>Realizar o exame de rotina:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Peso, TA e Temperatura; • Exame Físico e Ginecológico; • Avaliar o estado nutricional; • Avaliar o estado emocional;
Tratar e/ou referir em caso de complicações;	Identificar, tratar e ou referir possíveis complicações: ex: hemorragia, infecções, abscesso da mama, outras;
<ul style="list-style-type: none"> • Pesar e registar o peso no cartão de saúde e vacinar se necessário; • Registar a consulta na folha de registo diário de actividades e no livro de registo; 	Registar os dados na ficha, e a consulta na folha de registo diário de actividades e no livro de registo;
REFORÇAR os CONSELHOS sobre a PROMOÇÃO da SAÚDE, HIGIENE e NUTRIÇÃO	
<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de higiene; • Amamentação exclusiva durante os 6 primeiros meses de vida; • Cuidados de higiene com o umbigo; • Sinais de risco e quando procurar os cuidados de saúde; • Uso da rede mosquiteira (REMILD); • Cumprimento do calendário vacinal; • Cumprimento da 2ª e 3ª Consulta Pós-Natal (7º dia, e entre o 21º e o 28º dias); 	<ul style="list-style-type: none"> • Cuidados de higiene; • Prevenção das ITS; • Aconselhamento nutricional, incluindo a toma de sal-ferroso até 3 meses pós-parto; • Aconselhamento para o espaçamento dos nascimentos (Planeamento Familiar) e oferta do método escolhido de acordo com a condição da amamentação; • Uso da REMILD (para ela e o seu bebé); • Cumprimento da 2ª e 3ª Consulta Pós-Parto (7º dia, e entre o 21º e o 28º dias);

3.3: CARTAZ: MÉTODO de MÃE CANGURU



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

CUIDADOS MÃE CANGURU

POSIÇÃO



O bebé deve estar directamente em contacto pele-a-pele com a mãe e os braços em flexão



Segure o bebé com uma capulana ou blusa. Suporte a cabeça



Mantenha o bebé na posição canguru mesmo que esteja deitada. Outros membros da família também podem colocar o bebé na posição canguru



ALIMENTAÇÃO



O leite materno é o melhor para o bebé. Esprema o leite se o bebé não conseguir mamar ao peito



Alimente o bebé, com o leite materno espremido, através de um copo/colherinha ou sonda nasogástrica



Coloque o seu bebé para mamar ao peito o mais cedo que for possível. A cabeça, o pescoço e as costas do bebé devem estar alinhadas



APOIO



Os Cuidados Mãe Canguru promovem a ligação entre a mãe e o seu bebé



O apoio dos profissionais de saúde é muito importante para o sucesso dos cuidados mãe canguru



Os outros membros da família também devem apoiar a mãe na realização dos cuidados mãe canguru



Leve o seu bebé às consultas de controlo na Unidade Sanitária, para ver se está a crescer bem

3.4: CARTAZ: AMAMENTAÇÃO



REPÚBLICA DE MOÇAMBIQUE
MINISTÉRIO DA SAÚDE

BOAS PRÁTICAS para o SUCESSO da AMAMENTAÇÃO

BOA POSIÇÃO

Ter uma BOA POSIÇÃO

Posição - é a forma como o bebé é colocado ao peito, ou como a mãe o segura para lhe das amamentar.

Independentemente da posição é importante que o corpo do bebé esteja sempre apoiado pelo braço da mãe

BOA PEGA

Pega correcta Pega errada

POSIÇÃO e PEGA correctas

Como tirar o mamilo da boca do bebé

PEGA - é a forma como o bebé segura ou pega o mamilo com a sua boca para chupar o leite de modo eficaz. A pega correcta irá evitar problemas e feridas no mamilo

Sinais de uma BOA PEGA:

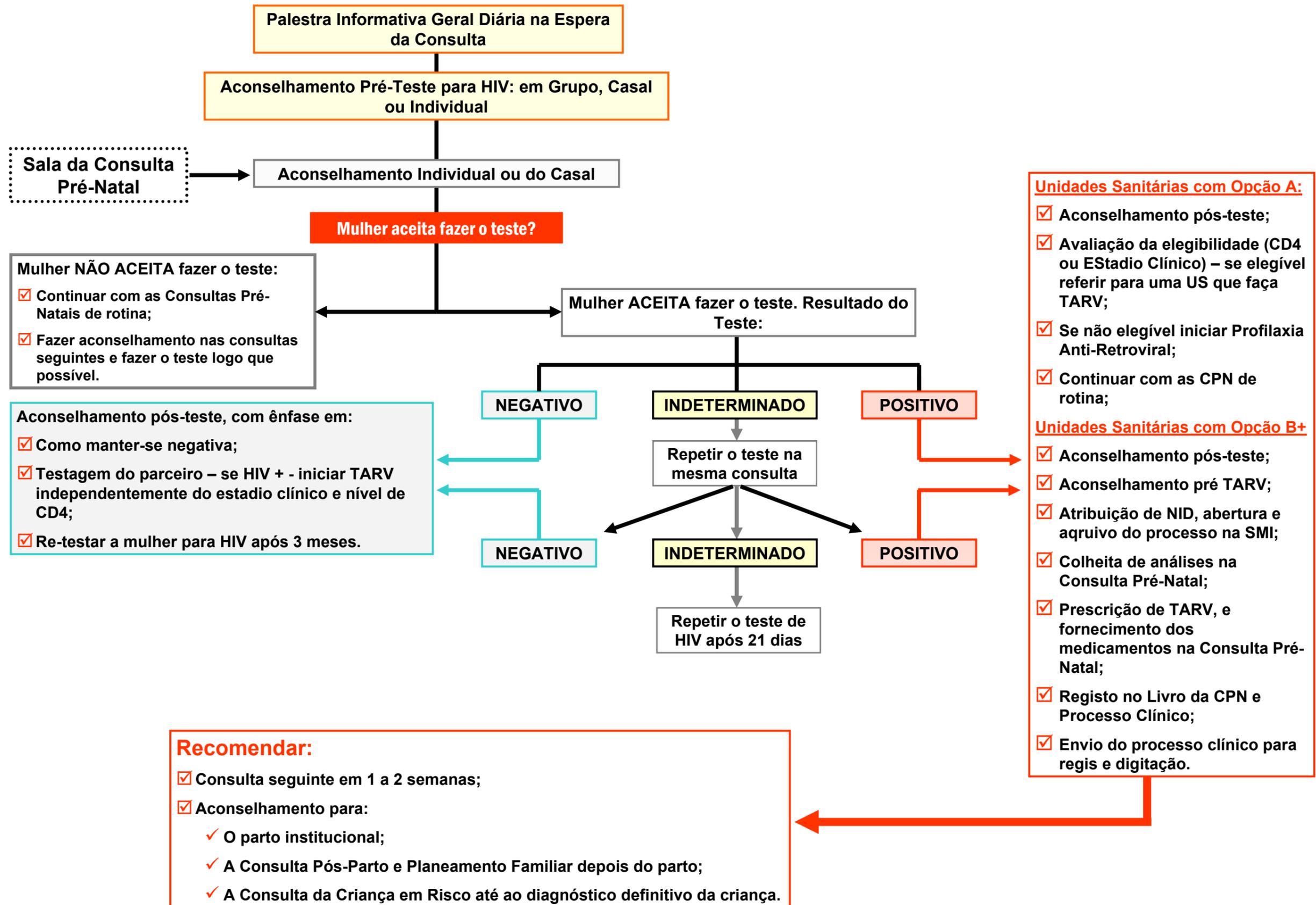
- Boca do bebé completamente aberta;
- Colocar, na boca do bebé, todo o mamilo e o máximo de aréola que for possível;
- A aréola deve ser masi visível na parte de cima do que na parte de baixo;
- O queixo de bebé deve tocar o seio;
- O lábio de baixo do bebé deve estar curvado para fora – como uma “boca de peixe”.

O Profissional de Saúde deve ensinar e ajudar a mãe e o bebé - para uma amamentação de sucesso!

IV.

**FLUXOGRAMAS:
PREVENÇÃO da
TRANSMISSÃO VERTICAL e
TARV na MULHER GRÁVIDA e
LACTANTE**

4.1: PREVENÇÃO da TRANSMISSÃO VERTICAL e TARV na MULHER GRÁVIDA



4.2: PREVENÇÃO da TRANSMISSÃO VERTICAL DURANTE o PARTO

Prevenção da Transmissão Vertical Durante o Parto

ADMISSÃO

1. História clínica e obstétrica e aconselhamento e testagem para HIV (mulheres com serostado desconhecido) e detalhes sobre eventual tipo de profilaxia ou ARV que tomou durante a gravidez;
2. Aconselhamento para Planeamento Familiar imediatamente após o parto (DIU Pós-Parto ou outro método...);
3. Se a mulher é HIV + e não estiver a tomar nenhum ARV, aconselhar para o início do TARV (AZT+3TC+EFV) e indicar US para seguimento depois da alta;
4. Exame físico e obstétrico;

FASE PRODRÓMICA e de DILATAÇÃO

1. Prestar a rotina de atendimento durante a fase de dilatação e tomar decisões de cordo com as normas;
2. Nas mulheres HIV+, para além da conduta de rotina:
 - Em caso de ruptura prolongada das membranas e duração prolongada do trabalho de parto, iniciar profilaxia antibiótica com Ampicilina 1gr EV de 8/8 horas;
 - Em caso de corioamnionite tratar com Ampicilina 1gr EV de 8/8 horas;
 - Evitar rapar os pelos púbicos;
 - Minimizar o número de toques vaginais;
 - Evitar a ruptura artificial de membranas. Se for necessário acelerar o trabalho de parto fazê-lo com as membranas intactas;
 - Provisão de ARVs (TARV ou Profilaxia com AZT+3TC+ NVPdu caso não tenha tomado em casa.

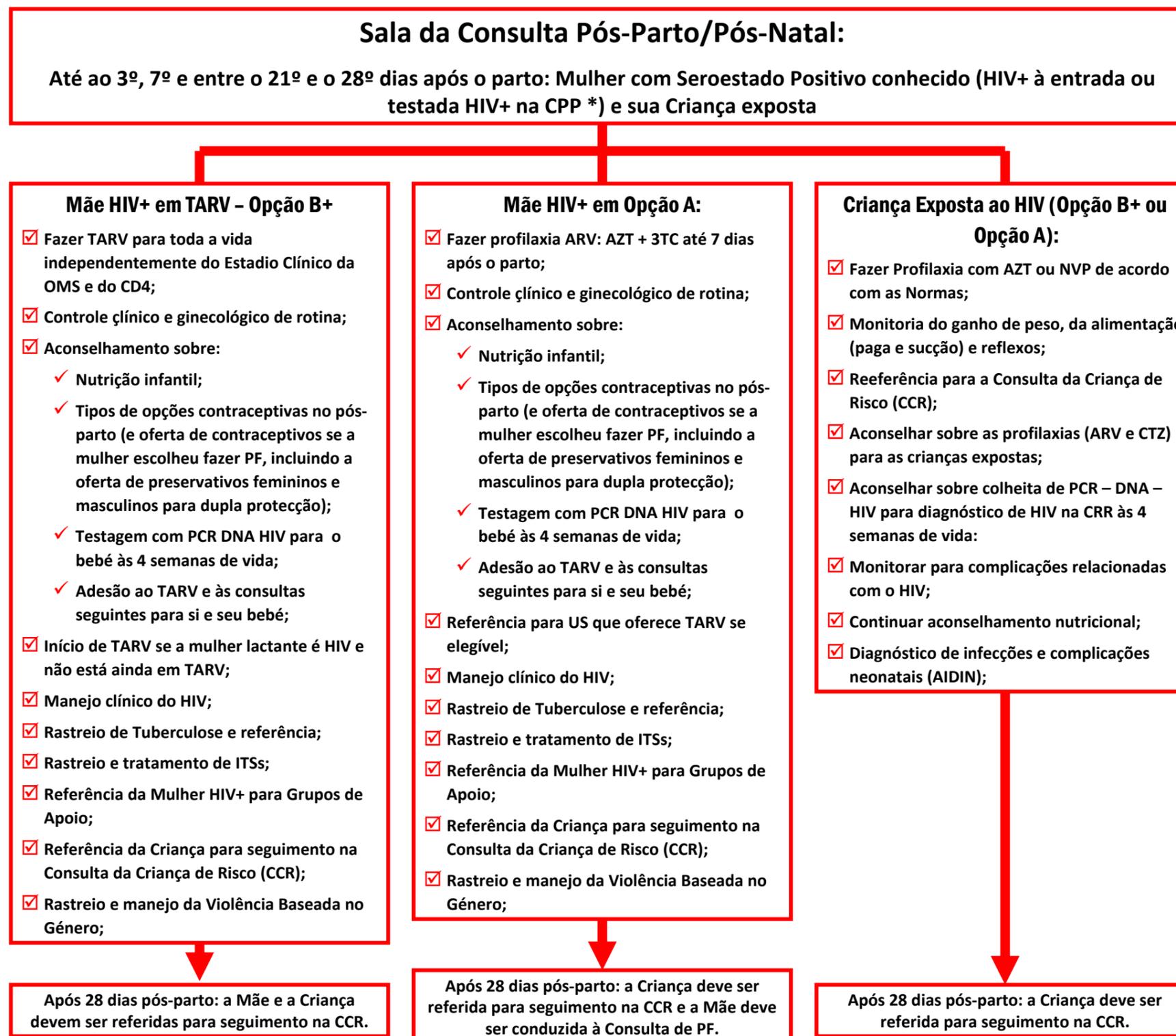
FASE de EXPULSÃO, DEQUITADURA e PUERPÉRIO IMEDIATO

1. Prestar a rotina de atendimento ao terceiro e quarto período do parto, incluindo o Manejo Activo do 3º Período do Trabalho de Parto;
2. Nas mulheres HIV +, para além do atendimento de rotina;
3. Evitar uma duração excessiva do período expulsivo (mais de 1 hora na primipara e mais de 45 minutos na pluripara) e da dequitação;
4. Evitar a episiotomia e todo o tipo de procedimentos invasivos como ventosa obstétrica (a NÃO SER que SEJA NECESSÁRIO por RAZÕES OBSTÉTRICAS);
5. Evitar manobras, por exemplo: compressão do fundo do útero (manbra de Kristeller e outras) que aumentam o risco de lacerações do canal de parto;
6. Se o Recém-Nascido tem bom APGAR fazer o contacto imediato pele-a-pele com a mãe e incentivar a amamentação o mais cedo possível depois do parto;
7. Se a mulher tiver escolhido DIU Pós-Parto – fazer a inserção até 10 minutos após a saída da placenta.

PÓS-PARTO

1. Cuidados ao Recém-Nascido de mãe HIV+, para além dos cuidados de rotina, fazer a profilaxia com ARVs:
 - OPÇÃO B+: independentemente do tipo de amamentação dar AZT (4mg/kg/dose) 2 vezes por dia do nascimento até às 6 semanas de vida;
 - OPÇÃO A: Mãe em profilaxia com ARV: se a criança está a ser amamentada dar NVP (2mg/kg) 1 vez por dia até 1 semana depois do desmame, se não está a ser amamentada dar NVP (2mg/kg) 1 vez por dia até 6 semanas após o parto;
2. Aconselhar sobre higiene íntima e dos mamilos e vigiar para sinais de infeção nas mamas ou do útero (cor e cheiro dos lóquios);
3. Se tiver sido cesariana, fazer:
 - Antibioterapia com Amoxicilina 1gr de 8/8 horas durante 5 dias;
 - Penso diário e remoção dos pontos depois de 7 dias na enfermaria;
4. Se iniciou TARV na Maternidade, manter se possível mais 1 dia internada para reforço do aconselhamento, e referir para uma US que faça TARV;
5. Iniciar CTZ, dar Vit A 200000 UI dose única, e fornecer Sal-Ferroso para 3 meses;
6. Se não fez contraceção no pós-parto imediato, aconselhar e oferecer métodos contraceptivos de acordo com as normas;
7. Fazer aconselhamento nutricional para a mãe e bebé (aleitamento materno exclusivo);
8. Aconselhar para a Consulta Pós-Parto e indicar a US que deve ir.

4.3: PREVENÇÃO da TRANSMISSÃO VERTICAL: CUIDADOS na CONSULTA PÓS-PARTO: MÃE e CRIANÇA

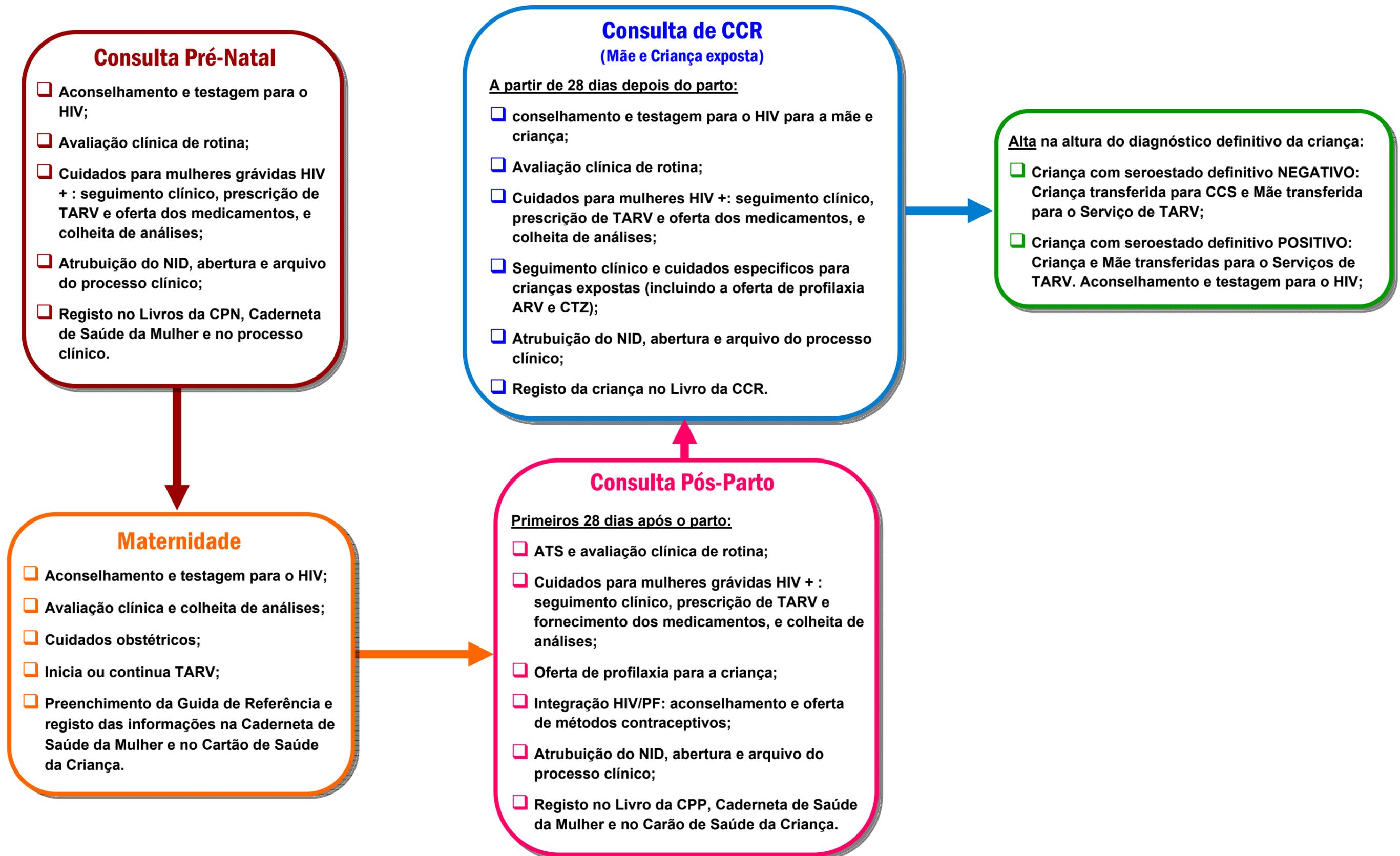


Todas as Mulheres com seroestado desconhecido (mulher que nunca foi testada, ou que tem um teste de HIV negativo há mais de 3 meses) devem ser testadas na Consulta Pós-Parto. Nas Unidades Sanitárias que oferecem a Opção B+, se a mulher é testada positiva para HIV deve começar o TARV e, ao fim de 28 dias, deve ser encaminhada para CCR para seguimento juntamente com o seu bebé.

4.4: RESUMO dos REGIMES: OPÇÃO A e OPÇÃO B+

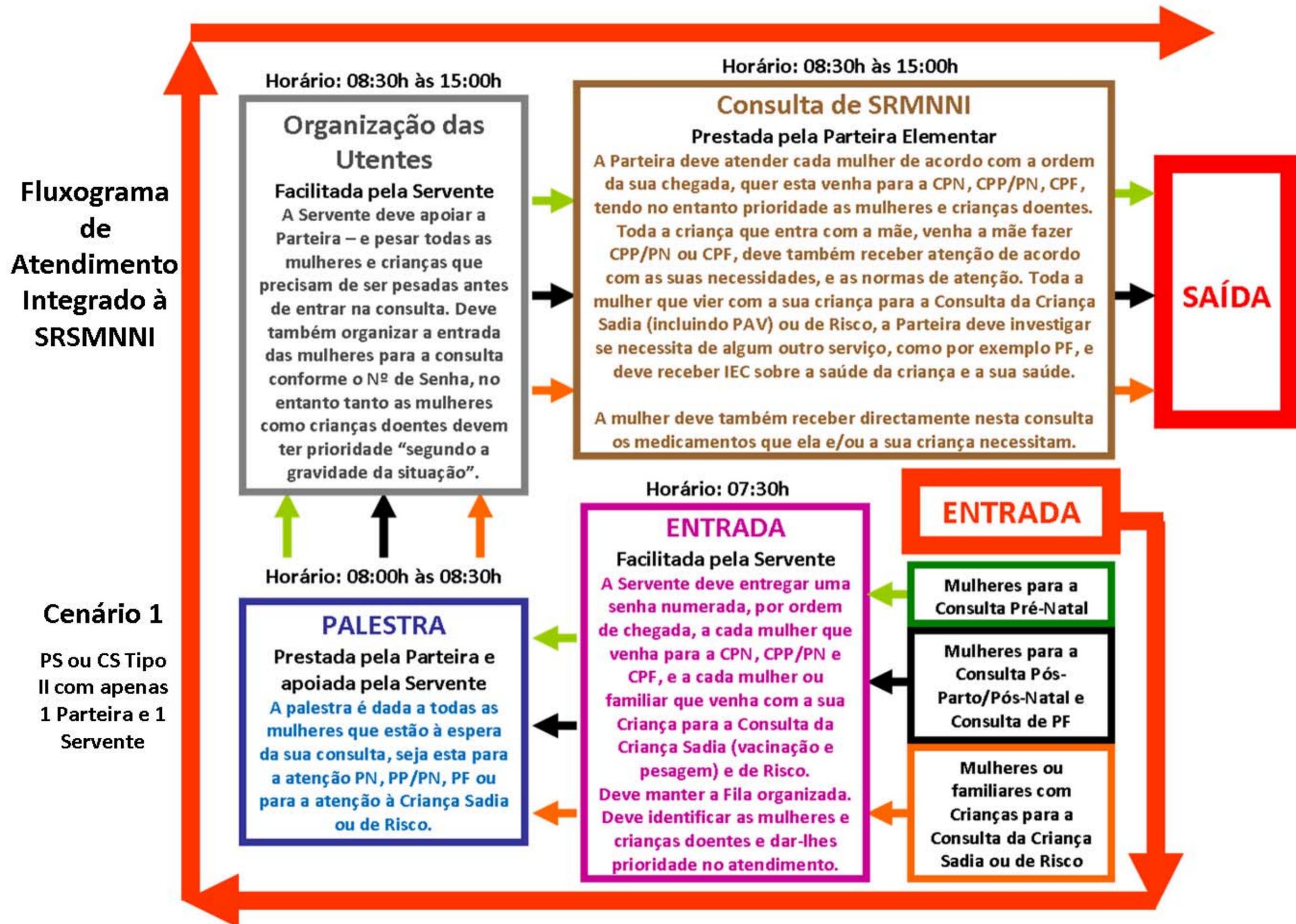
Esquema	Durante a Gravidez	Durante o Trabalho de Parto	Durante o Pós-Parto		
			Mãe	Criança	
OPÇÃO A	<p>COM CD4 = ou > 350</p> <p>E com Idade gestacional = ou >14 semanas: AZT (300mg) - 1 comprimido de 12/12 horas + entrega de Niverapina (NVP du) para tomar só quando iniciar o trabalho de parto.</p> <p>COM CD4 < que 350</p> <p>Enviar para uma Unidade Sanitária que faça TARV</p>	<p>AZT + 3TC (Duovir): 1 comprimido de 12/12 horas e se não tiver tomado em casa fazer NVP du: 1 comprimido (dose única)</p>	<p>AZT + 3TC (Duovir): 1 comprimido de 12/12 horas – durante 7 dias após o parto</p>	<p>Se está a receber aleitamento materno: fazer NVP diária (2mg/Kg) desde o nascimento – mantendo durante todo o período de aleitamento materno</p> <p>Se não está a fazer aleitamento materno: NVP diária (2mg/Kg) desde o nascimento até 6 semanas de vida</p>	
	Não foi realizada				
	Não foi realizada	<p>Se o AZT + 3TC e a dose única de NVP du foram administrados em < de 2 horas após o período expulsivo</p>			
	Não foi realizada	Não foi realizada			Não foi realizada
OPÇÃO B+	<p>Fazer TARV independentemente da Idade Gestacional, do Estadio Clínico da OMS e do CD4.</p> <p>LINHAS TARV PARA MULHER GRÁVIDA E LACTANTE:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input checked="" type="checkbox"/> TDF + 3TC + EFV (300/150/600mg): 1 cp 1x/dia <input checked="" type="checkbox"/> AZT + 3TC + EFV (300/150/600mg): <ul style="list-style-type: none"> ✓ AZT + 3TC (Duovir) - 1 cp 12/12h ✓ EFV (Efavirenz) - 1 cp a noite <input checked="" type="checkbox"/> AZT + 3TC + NVP (300/150/200mg) - (Mulheres previamente em TARV): 1cp 12/12h 	Mantém TARV	Mantém TARV	<p>Independentemente de estar ou não a fazer aleitamento materno: AZT de 12/12 horas (4mg/Kg) desde o nascimento até 6 semanas de vida</p>	

4.5: ATENDIMENTO HIV: PARAGEM ÚNICA nos SERVIÇOS de SMI

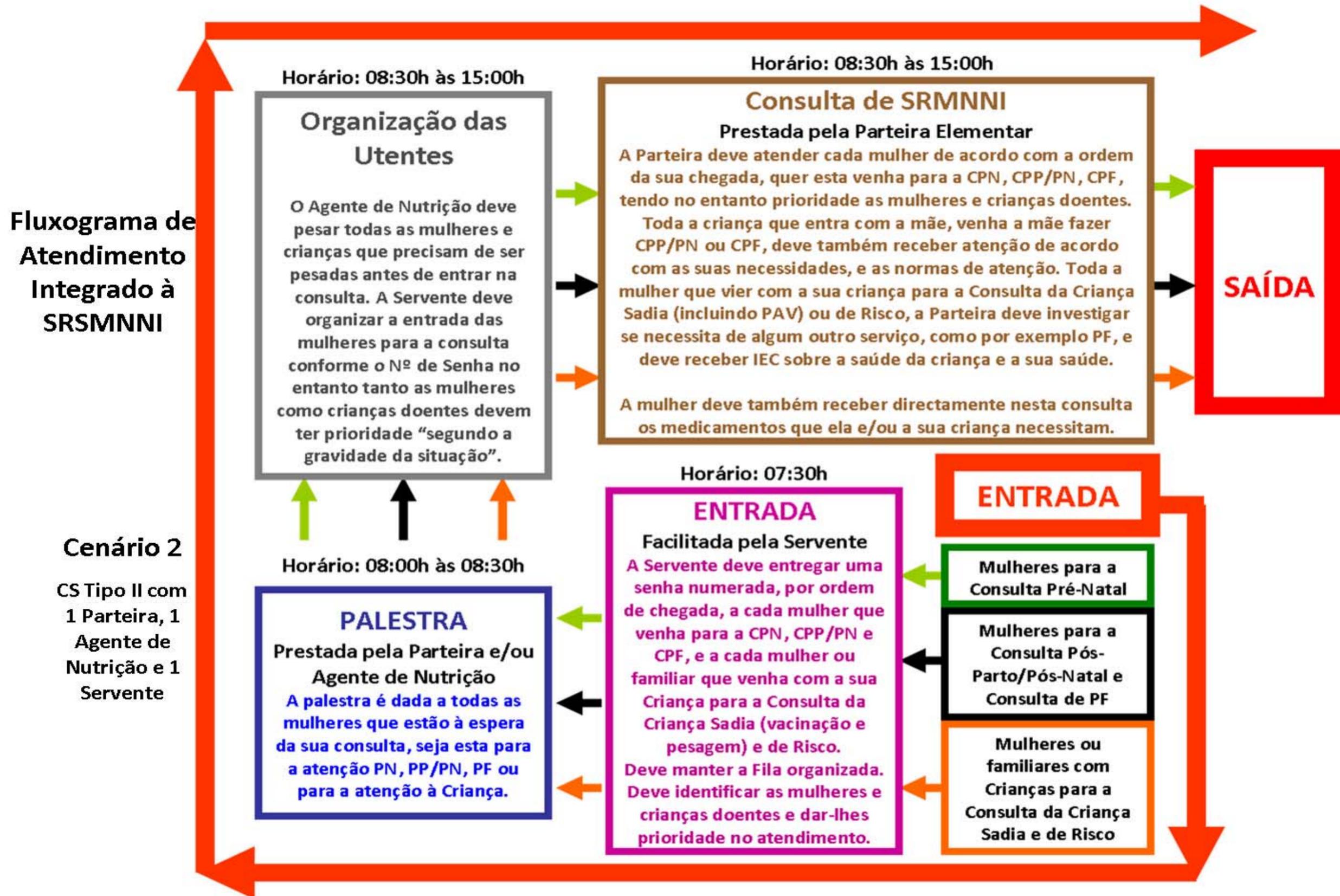


V.
ORGANIZAÇÃO
dos
SERVIÇOS de SAÚDE
REPRODUTIVA/MATERNA,
NEONATAL e INFANTIL

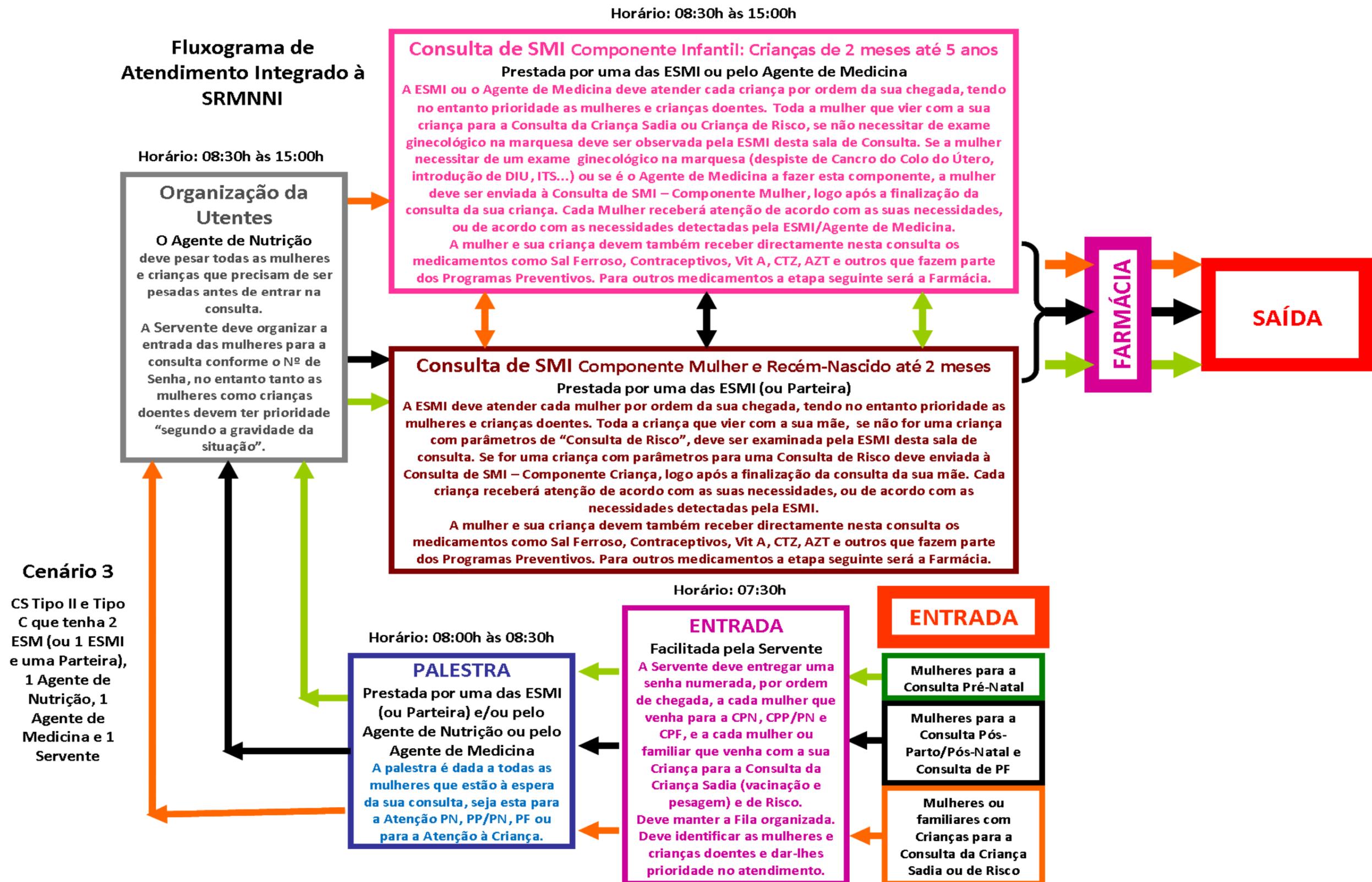
FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO INTEGRADO - CENÁRIO 1



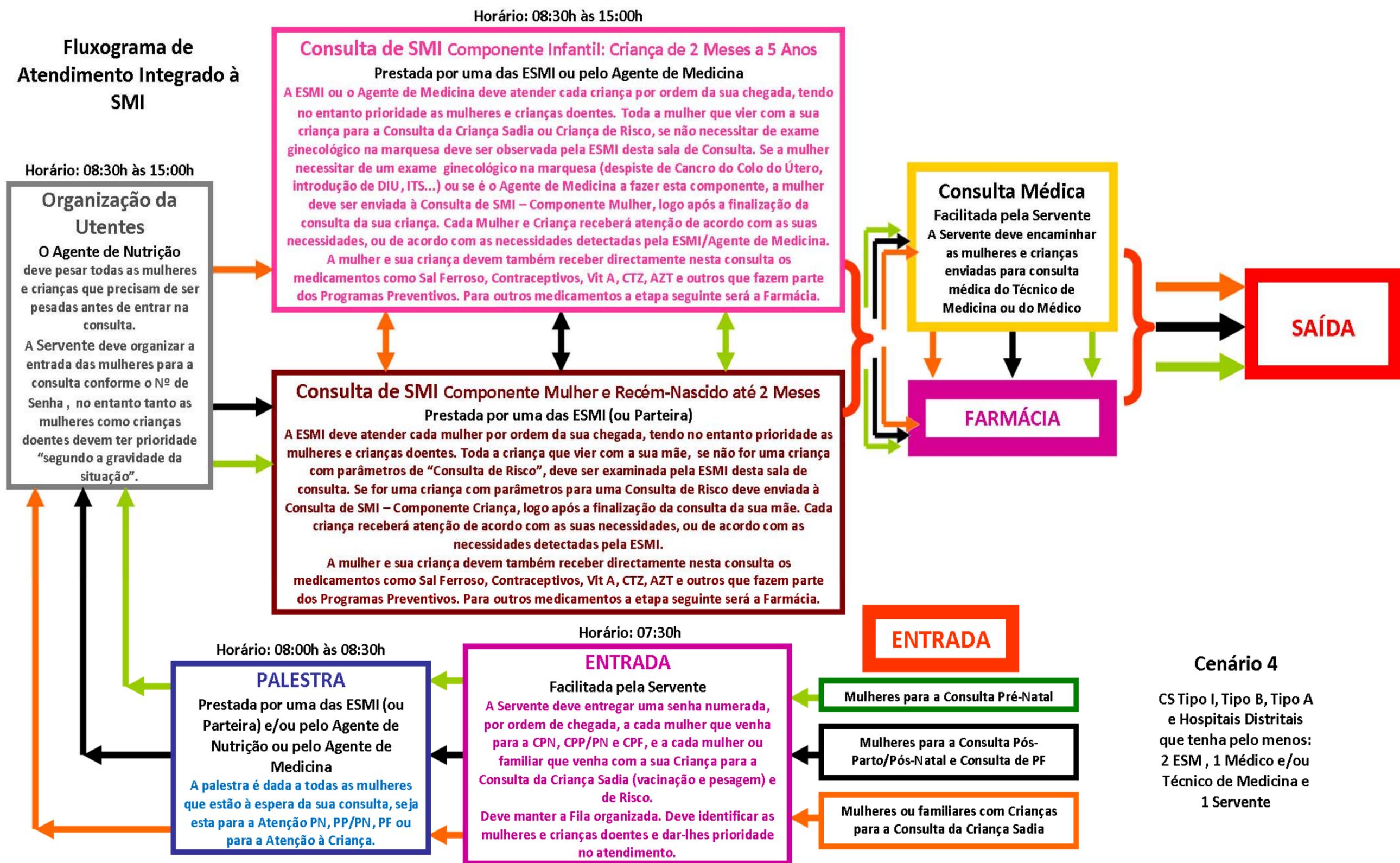
FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO INTEGRADO - CENÁRIO 2



FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO INTEGRADO - CENÁRIO 3



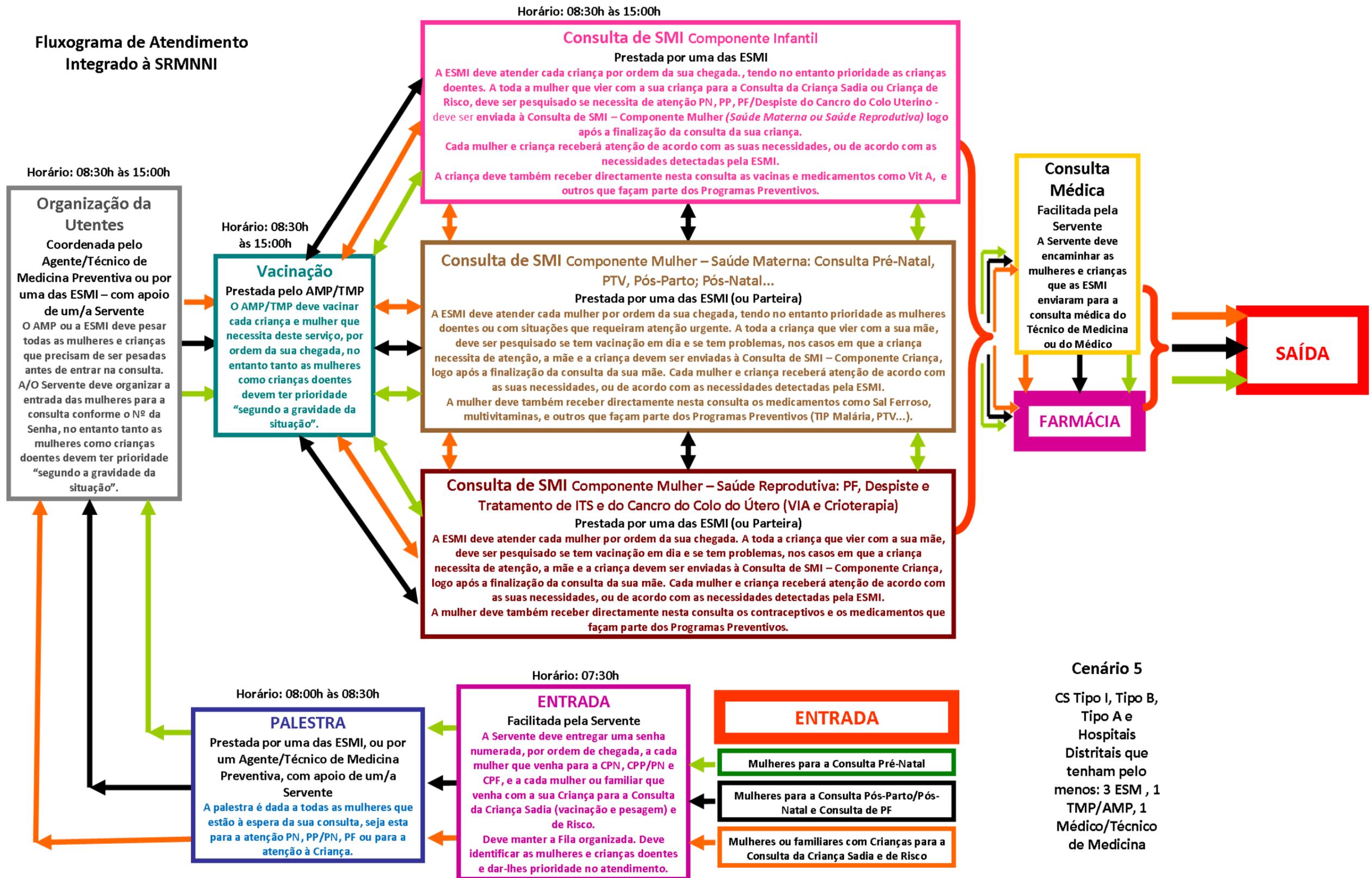
FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO INTEGRADO - CENÁRIO 4



Cenário 4

CS Tipo I, Tipo B, Tipo A e Hospitais Distritais que tenha pelo menos: 2 ESM, 1 Médico e/ou Técnico de Medicina e 1 Servente

FLUXOGRAMA DE ATENDIMENTO INTEGRADO - CENÁRIO 5



Com apoio:

