



PROTOCOLO DE ATENDIMENTO À GESTANTE, PUÉRPERA E RECÉM-NASCIDO

Mato Grosso do Sul
2017

ELABORAÇÃO

Maiene Nádia Lopes Oliveira
Gerente Técnica da Rede Cegonha/CEAB/SGAS/SES/MS

COLABORAÇÃO

Anderson Leão Nogueira Holsback – ATANE/CEAB/SGAS/SES/MS

Hilda Guimarães de Freitas – GTSM/CEAB/SGAS/SES/MS

Karine Ferreira Barbosa – CIEVS/SGVS/SES/MS

Maria Aparecida Almeida Cruz – GAMAN/CEAB/SGAS/SES/MS

2ª Edição
2017

SUMÁRIO

Apresentação	06
Fluxograma para atendimento à Gestante	08
1. Diretrizes para atendimento à gestante no pré-natal	09
1.1 Risco habitual	09
1.2 Alto Risco	11
Tabela 1 - Referências Microrregionais para Atendimento à Gestação de Alto Risco.....	11
1.3 Pré-natal do parceiro	12
1.3.1 Estímulo à paternidade e cuidado.....	12
1.4 Estímulo às boas práticas ao parto e nascimento	13
1.5 Vigilância das alterações pelo <i>Vírus Zika</i> e outras etiologias infecciosas (STORCH+Z)	16
Quadro 1: Instruções para utilização do Teste Rápido Sorológico para Zika.....	16
Quadro 2: Instruções para coleta de amostras para diagnóstico laboratorial de casos suspeitos de gestantes em qualquer idade gestacional.....	17
Quadro 3: Alterações mais comuns identificadas durante o pré-natal.....	17
1.5.1 Critérios para notificação.....	18
Quadro 4: Critérios para notificação nos diferentes momentos de vida no RESP, SINASC, SIM e SINAN.....	18
1.6 Referências para atendimento psicossocial à gestante suspeita ou confirmada de zika	18
1.7 Doença Falciforme e outras hemoglobinopatias	19
1.7.1 Doença falciforme – orientação genética.....	22
Tabela 2 - Referências Regionais para o Acompanhamento das Gestantes com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias.....	23
Fluxograma para atendimento ao Recém-nascido	24
2 Diretrizes para atendimento à gestante e recém-nascido na atenção hospitalar	25
2.1 Gestante de risco habitual	25
2.2 Gestante de alto risco	25
Tabela 3 - Referências Regionais para Parto de Alto Risco.....	26
2.3 Recém-nascido	26
2.3.1 Vigilância das alterações pelo <i>Vírus Zika</i> e outras etiologias infecciosas (STORCH+Z).....	27
Quadro 5: Instruções para coleta de amostras para diagnóstico laboratorial de casos suspeitos de recém-nascidos até o 8º dia de vida.....	27
2.3.1.1 Critérios para notificação.....	28
Quadro 6: Critérios para notificação de casos suspeitos de síndrome congênita por momentos de vida.....	28

Quadro 7: Critérios para notificação nos diferentes momentos de vida no RESP, SINASC, SIM e SINAN.....	29
2.3.2 Triagens neonatais.....	31
2.3.2.1 Triagem biológica de RN.....	31
2.3.2.2 Triagem ocular de RN.....	31
Tabela 4 - Referências Microrregionais para confirmação diagnóstica em Oftalmologia.....	32
Tabela 5 - Referências Microrregionais para Reabilitação Visual.....	32
2.3.2.3 Triagem auditiva de RN sem risco.....	32
2.3.2.4 Triagem auditiva de RN de risco.....	33
Tabela 6 - Referências Microrregionais para Monitoramento Audiológico (Realização da EOAE).....	34
Tabela 7 - Referências Microrregionais para Confirmação Diagnóstica Auditiva (Realização do PEATE).....	34
Tabela 8 - Referências Microrregionais para Reabilitação Auditiva.....	35
2.3.3 Exames complementares para casos suspeitos de microcefalia.....	35
Tabela 9 - Referências Microrregionais para Realização da US-TF.....	36
Tabela 10 - Referências Microrregionais para Realização da TCC.....	37
Quadro 8: Alterações mais comuns identificadas ao nascer e dentro do primeiro mês de vida.....	37
2.3.4 Óbito fetal, natimorto ou neonatal precoce.....	37
2.3.4.1 Critérios para notificação.....	38
Quadro 9: Critérios para notificação de óbitos, aborto e natimorto.....	38
2.3.4.2 Referências microrregionais para coleta de material suspeito pelo legista.....	39
2.4 Alta do recém-nascido.....	40
Tabela 11 - Referências Regionais para atendimento ao RN Suspeito de Síndrome Congênita pelo <i>Vírus Zika</i>	41
2.5 Estimulação precoce do desenvolvimento neuropsicomotor de RN de risco.....	41
Tabela 12 - Referências Microrregionais para Reabilitação.....	42
3 Diretrizes para atendimento à puérpera e ao recém-nascido na atenção básica.....	45
3.1 Programa nacional de suplementação da vitamina A.....	46
Quadro 10: Esquema para administração de vitamina A em crianças.....	46
3.2 Programa Saúde de Ferro.....	46
Quadro 11: Esquema para suplementação de Sulfato Ferroso em Crianças, Gestantes e Puérperas.....	47
3.3 Puericultura.....	47
3.4 Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento de crianças com microcefalia e/ou malformações congênitas.....	48
Quadro 12: Alterações mais comuns identificadas ao nascer e dentro do primeiro mês de vida.....	49

Quadro 13: Alterações mais comuns identificadas após o primeiro mês de vida.....	49
3.5 Recém-nascido com doença falciforme e outras hemoglobinopatias.....	50
Tabela 13 - Referências Regionais para Acompanhamento dos Recém-nascidos e Crianças com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias.....	50
Tabela 14 - Referências Regionais para Retirada da Penicilina Oral.....	52
Tabela 15 - Referências Regionais para Atendimento de Urgência e Emergência dos Recém-nascidos e Crianças com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias.....	52
Tabela 16 - Referências Microrregionais para Retirada da Hidroxiuréia.....	53
Quadro 14: Calendário Vacinal Infantil e Especial para Doença Falciforme.....	54
3.6 Quando suspeitar de doença falciforme e outras hemoglobinopatias?.....	54
Tabela 17 - Referências Regionais para o Acompanhamento de Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias.....	55
Anexo 1 – Modelo de Partograma.....	56
Anexo 2 – Tabela InterGrowth para Meninos.....	57
Anexo 3 – Tabela InterGrowth para Meninas.....	59
Anexo 4 – Tabela OMS para Meninos e Meninas.....	61
Anexo 5 – Modelo do Relatório de Alta.....	62
Anexo 6 – Modelo de Laudo Médico Circunstanciado.....	66
REFERÊNCIAS.....	67

APRESENTAÇÃO

O Protocolo de Atendimento à Gestante, Puérpera e Recém-nascido tem a finalidade de sistematizar a assistência materna-infantil através de Fluxos, Diretrizes e do estabelecimento de Referências para o atendimento a esta população no estado de Mato Grosso do Sul. Este documento foi elaborado na lógica da Rede Cegonha, com início da atenção no pré-natal, passando pela atenção hospitalar e finalizando com a consulta puerperal e puericultura, considerando a ocorrência de casos suspeitos de alterações associadas à infecção pelo *Vírus Zika* e outras etiologias infecciosas (ou seja, entram as ações relacionadas às etiologias infecciosas STORCH+Z, que são: Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes Vírus e *Vírus Zika*), contendo as ações de vigilância na coleta de material e notificação para os casos suspeitos, e, principalmente, atentando-se para a possível ocorrência da Síndrome Congênita do *Vírus Zika* (SCZ), assim como as ações a serem desenvolvidas com esta população.

Este protocolo não tem como objetivo aprofundar nas características e nas ações inerentes já estabelecidas para a investigação e a classificação dos agravos que compõem o diagnóstico diferencial. Nesse sentido, deve-se consultar os protocolos, guias e orientações específicas para cada uma das doenças (STORCH) no apoio ao processo de vigilância e atenção no âmbito do SUS.

Outro aspecto abordado neste protocolo são as ações a serem realizadas com as gestantes, puérperas e recém-nascidos com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias na Atenção Básica, assim como o estabelecimento das referências para o atendimento especializado. Para as mulheres com DF, a gravidez é uma situação potencialmente grave, pois vivenciam o risco de morte e o medo que o filho também tenha a doença. Devido às complicações, a gravidez em mulheres com DF é considerada de alto risco e deverá ser acompanhada em serviço especializado e com o hematologista. As ações a serem realizadas nas referências, pelos hematologistas e obstetras deverão estar descritas em protocolo próprio de cada instituição.

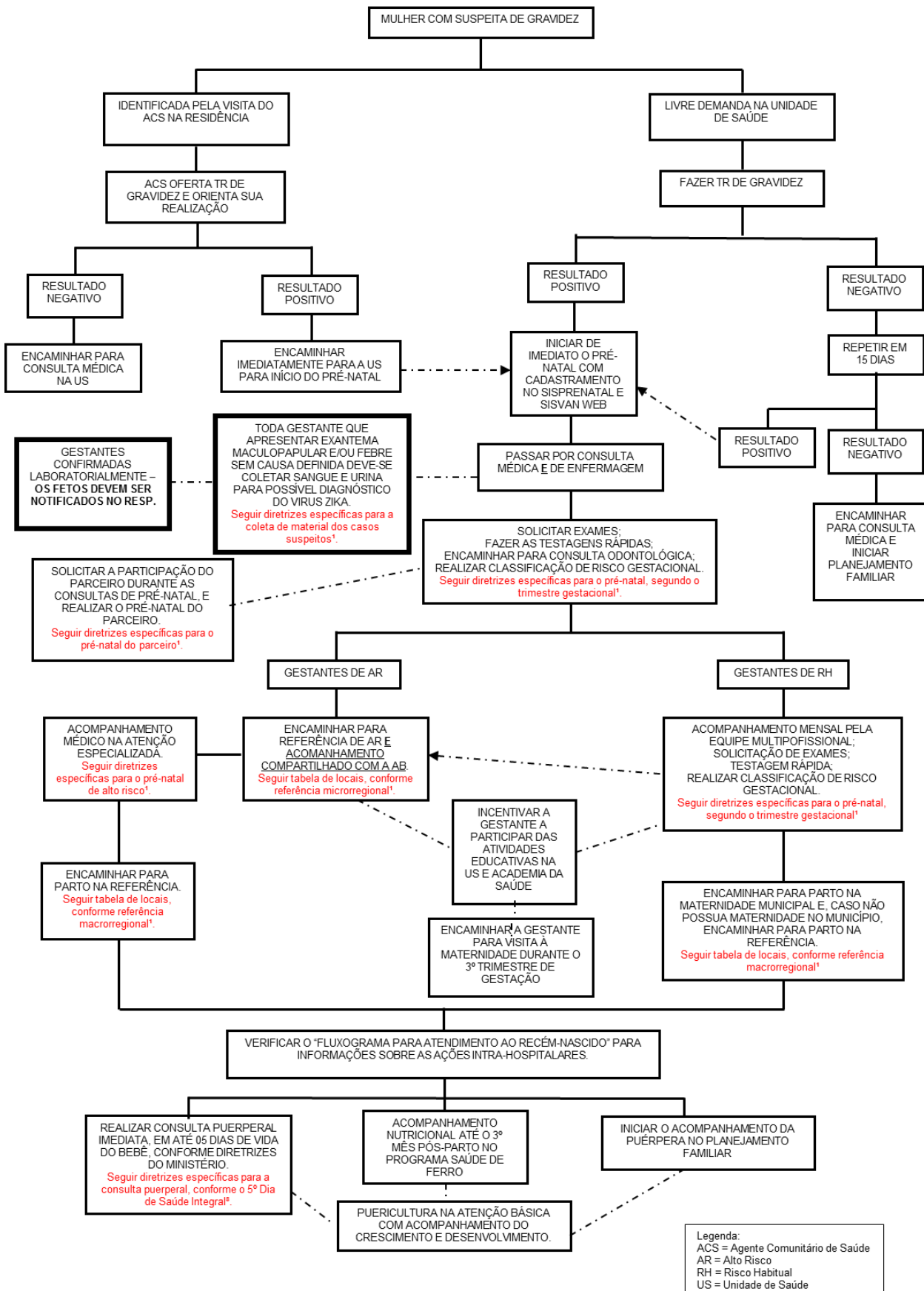
Todas as ações deste manual devem ser desenvolvidas com 100% das gestantes, puérperas e recém-nascidos, incluindo as populações vulneráveis tais como a quilombola, ribeirinha, fronteira e em especial a indígena, população esta expressiva em Mato Grosso do Sul, portanto os municípios que possuem indígenas devem atentar-se que todas as ações e pactuações realizadas precisam contemplá-las, uma vez que estas fazem parte da população residente no município.

Devido à declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional e a uma possível epidemia de crianças com alterações associadas à infecção pelo *Vírus Zika*, e a fim de agilizar a confirmação ou descarte dos casos, institui-se que as solicitações de exames e consultas para crianças suspeitas de SCZ entrarão como prioridade na regulação.

Tendo em vista as várias lacunas ainda existentes no conhecimento acerca da infecção pelo *Vírus Zika*, sua patogenicidade, as características clínicas e as potenciais complicações decorrentes da infecção causada por esse agente, e a fase de estruturação dos serviços para atendimento às gestantes e recém-nascidos com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias, deve ser ressaltado que as informações e recomendações agora divulgadas são passíveis de revisão e mudança.

Para cada consulta/exame preconizado neste protocolo há uma ou mais referências estabelecidas por microrregião, para que o atendimento seja efetivado é necessário que cada município pactue na PPI o município executor e os encaminhamentos somente se darão via regulação.

Fluxograma para atendimento à Gestante



DIRETRIZES PARA ATENDIMENTO À GESTANTE NO PRÉ-NATAL

1.1 RISCO HABITUAL

1º Trimestre (01ª a 13ª semanas de gestação)

As consultas deverão ser realizadas, no mínimo, uma vez ao mês até a 32ª semana de gestação.

1. Preenchimento da Agenda da Gestante e encaminhar para enfermeira realizar o cadastro no SISPRENATAL WEB;

2. Solicitar a 1ª fase de exames:

- Triagem IPED/APAE;
- Hemograma Completo;
- Glicose;
- Tipagem Sanguínea;
- Urina Tipo I;
- Urocultura;
- Dosagem de Proteinúria (conforme indicação médica);
- Ultrassom Obstétrico;

2.2 Realizar as testagens rápidas de HIV (confirmatório) e SÍFILIS (triagem);

Obs.: Os casos de resultado positivo para as testagens rápidas de HIV e/ou Sífilis, o IPED/APAE solicita que seja coletado sangue em papel filtro e soro para realização do Programa de Proteção à Gestante, ou seja, o papel filtro e o soro coletado das gestantes positivas para HIV e/ou Sífilis no teste rápido deve ser enviado simultaneamente para evitar a solicitação de coleta, agilizando o resultado e início do tratamento. Contudo, na impossibilidade do envio simultâneo do sangue em papel filtro e do soro, deve-se priorizar o envio o mais breve possível do sangue seco em papel filtro, devendo o soro ficar acondicionado em geladeira até o seu envio que deverá ser feito em caixa térmica com gelox.

3. Se necessário, iniciar o tratamento de Sífilis na atenção básica e/ou HIV no SAE;

4. Realizar a Classificação de Risco (caso seja Alto Risco encaminhar para referência);

5. Iniciar ou Atualizar Esquema Vacinal (Vacina Dupla Adulto dT);

6. Encaminhar para Consulta Odontológica;

7. Encaminhar para Participação Educativa que deverá abordar temas variados (direitos da gestante, tipos de parto, posições de parto, métodos não farmacológicos de alívio à dor, visita à maternidade, paternidade e cuidado e aleitamento materno), esta atividade educativa pode ser realizada em parceria com o CRAS, NASF e Academia da Saúde;

8. Solicitar participação do parceiro nas consultas de pré-natal;

9. Inserir dados de antropometria e inquérito alimentar no SISVANWEB para acompanhamento da gestante em Vigilância Alimentar e Nutricional;

10. Inserir as gestantes de risco habitual nas atividades da Academia da Saúde.

2º Trimestre (14 a 27 semanas de gestação)

As consultas deverão ser realizadas, no mínimo, uma vez ao mês até a 32ª semana de gestação.

1. Solicitar Ultrassom Obstétrico;
2. Iniciar ou Atualizar Esquema Vacinal contra Hepatite B (O Ministério da Saúde está promovendo a vacinação gratuita contra a hepatite B para gestantes “a partir de 13 semanas, ou seja, após 3 meses de gestação”);
3. Iniciar a suplementação diária de **Sulfato Ferroso*** e Ácido Fólico a partir da 20ª semana de gestação – anotar na agenda (vide dosagem na Diretriz 3 – PROGRAMA SAÚDE DE FERRO). **Deve-se iniciar a suplementação de Sulfato Ferroso para 100% das gestantes apenas após o resultado negativo para eletroforese de hemoglobina, uma vez que as gestantes portadoras de doença falciforme não podem receber a mesma dose de Sulfato Ferroso que as demais, devendo este ser prescrito apenas pelo hematologista;**
4. Encaminhar para o exame preventivo do câncer de colo do útero a partir de 4 meses de gestação, ou seja, 16 semanas (se o último preventivo for há mais de um ano);
5. Realizar a Classificação de Risco (caso seja Alto Risco encaminhar para referência);
6. Encaminhar para Participação Educativa que deverá abordar temas variados (direitos da gestante, tipos de parto, posições de parto, métodos não farmacológicos de alívio à dor, visita à maternidade, paternidade e cuidado e aleitamento materno), esta atividade educativa pode ser realizada em parceria com o CRAS, NASF e Academia da Saúde;
7. Inserir dados de antropometria e inquérito alimentar no SISVANWEB para acompanhamento da gestante em Vigilância Alimentar e Nutricional;
8. Inserir as gestantes de risco habitual nas atividades da Academia da Saúde.

3º Trimestre (28 a 40 semanas de gestação)

1. A partir da 29ª semana de gestação solicitar:

- Segunda fase da triagem do IPED/APAE;
- Hemograma Completo;
- Glicemia de Jejum;
- Urina Tipo 1;
- Urocultura;
- Dosagem de Proteinúria (conforme indicação médica);
- Ultrassom Obstétrico.

1.2 Realizar as testagens rápidas de HIV (confirmatório) e SÍFILIS (triagem);

Obs.: Os casos de resultado positivo para as testagens rápidas de HIV e/ou Sífilis, o IPED/APAE solicita que seja coletado sangue em papel filtro e soro para realização do Programa de Proteção à Gestante, ou seja, o papel filtro e o soro coletado das gestantes positivas para HIV e/ou Sífilis no teste rápido deve ser enviado simultaneamente para evitar a solicitação de recoleta, agilizando o resultado e início do tratamento. Contudo, na impossibilidade do envio simultâneo do sangue em papel filtro e do soro, deve-se priorizar o envio o mais

breve possível do sangue seco em papel filtro, devendo o soro ficar acondicionado em geladeira até o seu envio que deverá ser feito em caixa térmica com gelox.

2. Se necessário, iniciar o tratamento de Sífilis na atenção básica e/ou HIV no SAE;
3. Realizar a Classificação de Risco (caso seja Alto Risco encaminhar para referência);
4. Agendar consultas da 32ª à 36ª Semana – Quinzenais;
5. Agendar consultas da 37ª Semana em diante – Semanais;
6. Realizar Visita à Maternidade;
7. Encaminhar para Participação Educativa que deverá abordar temas variados (direitos da gestante, tipos de parto, posições de parto, métodos não farmacológicos de alívio à dor, visita à maternidade, paternidade e cuidado e aleitamento materno), esta atividade educativa pode ser realizada em parceria com o CRAS, NASF e Academia da Saúde;
8. Inserir dados de antropometria e inquérito alimentar no SISVANWEB para acompanhamento da gestante em Vigilância Alimentar e Nutricional;
9. Inserir as gestantes de risco habitual nas atividades da Academia da Saúde.

1.2 ALTO RISCO

Agendar consulta com especialista na referência, que deverá solicitar minimamente:

- Teste Indireto de Antiglobulina Humana - TIA (para gestantes que apresentarem RH negativo);
- Contagem de Plaquetas (conforme indicação médica);
- Dosagem de Proteínas (urina 24 horas);
- Dosagem de uréia, creatinina e ácido úrico;
- Eletrocardiograma (conforme indicação médica);
- Ultrassom Obstétrico;
- Ultrassom Obstétrico com Doppler;
- Tococardiografia ante-parto.

Tabela 1 - Referências Microrregionais para Atendimento à Gestação de Alto Risco.

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	LOCAL	ENDEREÇO
Campo Grande	Aquidauana	Centro de Especialidades Médicas (67) 3241-7111	R. Pedro Passe, s/nº - Bairro Alto
	Campo Grande	Centro de Referência à Saúde da Mulher (CRSM) (67) 3314-1301	Travessa Guia Lopes, s/nº - São Francisco
		Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (67) 3378-2500	Av. Engenheiro Lutero Lopes, 36 - Conj. Aero Rancho
		Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (67) 3345-3001	Av. Senador Filinto Muller, 355 - Pioneiros
		Santa Casa de Campo Grande (67) 3322-4000	R. Eduardo Santos Pereira, 88 - Centro
	Coxim	Hospital Regional Dr. Álvaro Fontoura Silva (67) 3291-1250	Av. Gaspar Reis Coelho, s/nº - Vila Santana
	Jardim	Serviço de Atendimento Especializado (67) 9986-6260	R. Valfrido Coimbra Grubert, s/ nº - Cohab Paraíso

Corumbá	Corumbá	Centro de Saúde da Mulher (67) 3907-5387	R. XV de Novembro, s/nº - Centro
Dourados	Dourados	Clínica da Mulher Enfª Ana Maria Carneiro (67) 3411-7929	R. Salviano Pedroso, s/nº - Jardim Água Boa
	Nova Andradina	Centro de Referência da Saúde da Mulher (67) 3441-8599	Av. Ivinhema, 1.232 - Centro
	Naviraí	Centro de Saúde Naviraí (67) 3461-5871	R. Niterói, 338 - Centro
	Ponta Porã	Centro Regional de Especialidades João Kayatt (67) 3926-6728	R. Guia Lopes, 1.981 - Santa Izabel
Três Lagoas	Paranaíba	Centro de Especialidades da Saúde da Mulher (67) 3669-0074	R. Jupira Prata de Castro, s/nº - Daniel II
	Três Lagoas	Clínica da Mulher (67) 3929-1780	Av. Capitão Olintho Mancini, s/nº - Colina

1.3 PRÉ-NATAL DO PARCEIRO

Estimular o parceiro para a participação nas consultas de pré-natal assim como nas reuniões das gestantes e na visita à maternidade, aproveitando este momento para:

1. Verificar os antecedentes de doenças familiares;

2. Solicitar os exames:

- Tipagem Sanguínea;

- Glicemia;

- VDRL;

- Hepatite C;

- Hepatite B-HbsAg;

- Hemograma Completo;

- Lipidograma;

- Colesterol Total, HDL e LDL;

- Eletroforese de Hemoglobina;

2.2 Realizar as testagens rápidas de HIV (confirmatório) e SÍFILIS (triagem);

3. Se necessário, iniciar o tratamento de Sífilis na atenção básica e/ou HIV no SAE;

4. Iniciar e/ou atualizar o esquema vacinal de Antitetânica, Hepatite B e Febre Amarela;

5. Encaminhar para consulta Odontológica;

6. Anotar todos os exames, resultados de exames e procedimentos realizados com o parceiro na Agenda da Gestante.

1.3.1 ESTÍMULO À PATERNIDADE E CUIDADO

A paternidade e cuidado significa engajar os homens **nas ações do planejamento reprodutivo e no acompanhamento do pré-natal, parto e pós-parto de suas parceiras e nos cuidados no desenvolvimento da criança**. A participação e pleno envolvimento dos homens durante o processo é fundamental para a criação e fortalecimento de laços afetivos saudáveis e qualidade de vida. A percepção sociocultural de que a gestação e o cuidado das crianças dizem respeito exclusivamente às mulheres gera, por um lado, uma sobrecarga de trabalho para estas e, por outro lado, um distanciamento dos homens dos afazeres e prazeres relacionados a estas questões.

É de suma importância o envolvimento do pai desde o início da gestação, logo após a confirmação da gravidez. Se na primeira consulta ele não estiver presente solicitar a gestante o comparecimento do pai na próxima consulta, na qual deverá ser realizado o acolhimento deste parceiro, assim como os exames, testagens rápidas e encaminhamentos. Fazer com que o pai participe do cuidado, incluindo-o em todas as consultas e ações, inclusive nas reuniões de gestantes, visita à maternidade e no cuidado ao recém-nascido. Deve-se esclarecer sobre seus direitos, tais como:

- Direito a até 2 (dois) dias para acompanhar consultas médicas e exames complementares durante o período de gravidez de sua esposa ou companheira, desde que comprovada sua participação – para os trabalhadores regidos pela CLT – (assegurado pela Lei 13.257 de 8 de março de 2016);
- Direito a ser acompanhante de sua esposa durante o momento de internação, inclusive durante o parto seja ele normal ou cesárea (assegurado pela Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005);
- Direito a licença paternidade de 05 dias (assegurado pela Constituição Federal de 1988) e para pais trabalhadores nas chamadas “empresas cidadãs” esta licença foi estendida para 20 dias, desde que este comprove sua participação em programa ou atividade de orientação sobre paternidade e este deve requerê-la no prazo de até 2 (dois) dias úteis após o parto (assegurado pela Lei 13.257 de 8 de março de 2016);
- Direito a registrar o filho gratuitamente, acompanhado ou não da mãe, munido da Declaração de Nascido Vivo (DNV), documento de identificação, certidão de casamento (se os pais forem casados legalmente) e, se for indígena deverá levar o RANI (Registro Administrativo de Nascimento Indígena emitido pela FUNAI);
- Direito ao comparecimento por 1 (um) dia por ano para acompanhar filho de até 6 (seis) anos em consulta médica – para os trabalhadores regidos pela CLT – (assegurado pela Lei 13.257 de 8 de março de 2016).

1.4 ESTÍMULO ÀS BOAS PRÁTICAS AO PARTO E NASCIMENTO

Desde o início da gestação, durante as consultas e atividades educativas, as gestantes devem ser apresentadas às Boas Práticas ao Parto e Nascimento para que ela vá se familiarizando ao modo como será atendida na atenção hospitalar e dos seus direitos durante a internação.

1º - Toda a gestante deve ir para a maternidade/hospital com o seu acompanhante, de livre escolha e de qualquer sexo, que irá ser o seu suporte emocional durante toda sua internação, incluindo durante o parto normal ou cesárea (quando este se fizer necessário). Direito assegurado pela Lei nº 11.108 de 7 de abril de 2005;

2º - Ao chegar à maternidade a gestante passará pelo Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia que avaliará a urgência do seu atendimento. A classificação se dará pelas cores:

Vermelho: Emergência, atendimento imediato;

Laranja: Paciente de risco, atendimento em até 15 min;

Amarelo: Paciente de risco moderado, atendimento em até 30 min;

Verde: Paciente sem risco, atendimento em até 120 min;

Azul: Paciente não indicada para internação será realizado atendimento básico e encaminhado para referência.

- 3º - Durante a internação a dieta é livre**, sendo recomendado a ingestão de líquidos e alimentos leves;
- 4º -** Será realizado o monitoramento do progresso do parto, **através do partograma**, e do feto por meio da ausculta intermitente. Ao realizar estes procedimentos deve ser assegurada a privacidade da mulher;
- 5º -** Durante o trabalho de parto deve ser criado um ambiente tranquilo e acolhedor, com iluminação suave e poucas pessoas. A presença do acompanhante é direito da paciente garantido por lei;
- 6º -** Para controlar a dor durante o trabalho de parto existem muitos **métodos não farmacológicos que aliviam a dor**, são eles: caminhada livre; banho quente no chuveiro ou na banheira (se houver banheira); uso da bola de pilates; massagem, que deve ser feita pelo acompanhante; além de que ela pode escolher a posição que considera mais confortável como em pé apoiada no acompanhante; sentada na cadeira de parto; sentada ou apoiada na bola de pilates, entre outras;
- 7º - PARTO NORMAL:** É imprescindível que **durante o período expulsivo a mulher tenha liberdade de posição e movimento**. A mulher poderá escolher a posição na qual se sinta mais confortável para o parto, o que contribui na diminuição da dor e facilita a saída do bebê de forma natural. Ela pode ter o bebê em quatro apoios; semi-sentada na cama obstétrica, no cavalete ou no banco/cadeira obstétrica; deitada de lado; em pé com ajuda do acompanhante, entre outras;
- 8º - PARTO CESÁREA:** Quando se fizer necessário o parto cesárea o profissional de saúde deverá explicar o motivo pelo qual é indicado, assim como os possíveis riscos da cirurgia. Deve ser garantida a presença do acompanhante, de livre escolha da mulher, durante o parto cesárea (direito assegurado pela Lei nº11.108 de 7 de abril de 2005);
- 9º -** Logo após o nascimento o bebê deve ser colocado em **contato pele a pele imediato e contínuo**, ou seja, colocando o bebê sobre o abdômen ou tórax da mãe (conforme a sua vontade), de braços e coberto com uma coberta seca e aquecida. Deve ter duração mínima de 1 hora ininterrupta. Os procedimentos de rotina como exame físico, pesagem, medição, vacina e outros devem ser realizados após este período de 1 hora. Esse procedimento é essencial para favorecer o início da amamentação já na primeira hora de vida do bebê; promove o vínculo mãe-bebê; regula e mantém a temperatura corporal do bebê; diminui o estresse materno e acalma o bebê; e ainda propicia a colonização do bebê com bactérias benéficas que vem da mãe. O contato pele a pele imediato e contínuo não é recomendado quando o bebê nasce com alguma intercorrência (pré-termo, com presença de líquido meconial, entre outros);
- 10º - Deve ser realizado o clampeamento tardio do cordão umbilical**, ou seja, o corte do cordão umbilical deverá acontecer após terminadas suas pulsações (aproximadamente de 1 a 3 minutos após o nascimento). Nos casos de mães isoimunizadas ou HIV ou HTLV não se deve realizar o clampeamento tardio do cordão umbilical, deve ser imediato ao nascimento;
- 11º -** Após o nascimento, se não houver complicações, **a mãe e o bebê não podem ser separados** durante todo o período de internação, portanto **a mãe e o bebê saem da sala de parto juntos para o alojamento conjunto**.

Existem alguns procedimentos que podem ser realizados durante a internação/trabalho de parto da gestante, porém devem ser feitos **com cautela**, são eles:

1º - Toque vaginal, ou seja, palpação do colo do útero para observar a evolução da dilatação. Recomenda-se que esta prática seja realizada com precaução, respeitando o intervalo mínimo de 4 horas entre um toque e outro (a menos que haja suspeita de má evolução do parto, devendo o profissional explicar a gestante/acompanhante o porquê). Ao realizar este procedimento deve ser assegurada a privacidade da mulher;

2º - Uso de ocitocina, é a injeção de hormônio artificial para aumentar a força e a frequência das contrações quando o trabalho de parto não evolui. Aumenta a dor, aumentando a necessidade de analgesia, pode dificultar o início da amamentação e acelera o trabalho de parto. Esse hormônio deve ser utilizado com precaução, apenas em casos especiais, e quando for necessário o seu uso deve ser avisado a mulher e o seu acompanhante e explicado o porquê do uso;

3º - Ruptura de bolsa, quando a bolsa amniótica é rompida artificialmente para acelerar o parto. Este procedimento aumenta o risco de infecção; provoca contrações mais dolorosas; pode ajudar a regularizar as contrações uterinas.

Por outro lado existem alguns procedimentos que **não devem ser realizados** em momento nenhum e que são considerados má prática, são eles:

1º - Enema, técnica para evacuar o intestino. Recomendada somente se a mulher solicitar;

2º - Tricotomia, técnica de raspagem dos pelos pubianos;

3º - Litotomia, posição em que a mulher deita de barriga para cima e com as pernas levantadas. **Não é adequada para o parto normal**, pois promove o aumento da dor durante o trabalho de parto e parto, conseqüentemente aumenta a necessidade de analgesia, nesta posição ocorre a compressão dos vasos sanguíneos que passam por trás do útero, chegando menos sangue para o bebê e conseqüentemente dificulta sua oxigenação e, ainda, aumenta o risco de lacerações no períneo;

4º - Manobra de Kristteler, manobra em que um profissional de saúde pressiona a barriga da mulher para “empurrar” o feto, “ajudando” o nascimento. **Manobra proibida e muito perigosa**, pois tem risco de causar hemorragia, aumenta o risco de ruptura uterina (rompimento do útero) e esterilidade, aumentando a necessidade de cesárea de urgência;

5º - Episiotomia, corte na região do períneo para ampliar o canal de parto. É uma manobra dolorosa, não evita o risco de “lacerações naturais” na região (cortes que podem acontecer com a saída natural do bebê). Causa demora na recuperação e pode acarretar sequelas a longo prazo como incontinência urinária e dor nas relações sexuais.

1.5 VIGILÂNCIA DAS ALTERAÇÕES PELO VÍRUS ZIKA E OUTRAS ETIOLOGIAS INFECCIOSAS (STORCH+Z)

Toda gestante, independente da idade gestacional, que apresentar exantema maculopapular pruriginoso e/ou febre sem causa definida deverá:

1. Seguir o “Fluxograma para atendimento à Gestante” como paciente de Risco Habitual;
 2. Realizar o Teste Rápido Sorológico para *Zika* (triagem), caso esteja disponível:
 - Resultado positivo: coletar sangue e urina da gestante e enviar amostra para o LACEN para a confirmação diagnóstica, conservada e acondicionada em caixa de transporte com temperatura de 2 a 8°C, imediatamente;
 - Resultado negativo: dar prosseguimento ao acompanhamento de pré-natal conforme idade gestacional;
- OBS.:** Caso a unidade de saúde não possua o Teste Rápido Sorológico para *Zika* (triagem) deve-se: realizar coleta de sangue e urina da gestante e enviar amostra para o LACEN conservada e acondicionada em caixa de transporte com temperatura de 2 a 8°C, imediatamente;
3. Iniciar atenção psicossocial à gestante na Atenção Básica e acionar suporte do NASF e/ou CAPS para trabalho integrado ([vide lista de referências](#));
 4. Notificar o caso no SINAN (Ficha de Notificação/Conclusão);
 5. Notificar o CIEVS Estadual, de acordo com a Portaria nº204, de 17 de fevereiro de 2016, que institui a notificação imediata para a SES de casos de suspeita de Doença Aguda pelo Vírus Zika em gestante;
 6. Caso o resultado do exame laboratorial for positivo para *Vírus Zika*, notificar o feto no RESP – www.resp.saude.gov.br.

O Teste Rápido Sorológico para *Zika* é um teste de triagem que tem por objetivo investigar a condição imunológica do usuário no momento da consulta médica, e deve ser realizado segundo os seguintes critérios:

Quadro 1: Instruções para utilização do Teste Rápido Sorológico para *Zika*.

PÚBLICO-ALVO	CRITÉRIOS
Gestante	<ul style="list-style-type: none">- Suspeita clínica de febre pelo vírus Zika;- Contato com fluídos corporais (sêmen, fluidos vaginais, orais, urina ou sangue) de pessoas suspeitas de infecção pelo vírus Zika;- Receptora de sangue ou hemoderivados durante a gestação;- USG do feto com padrão alterado.
RN e criança até o 8º dia de vida	<ul style="list-style-type: none">- Deve-se fazer o teste rápido nas crianças que atendem aos critérios de notificação ou RN e criança cuja mãe se enquadre em uma das situações acima. <p>Obs.: Para os RN notificados, a coleta de material para o teste laboratorial deverá ser feita preferencialmente dentro das primeiras 48h de vida.</p>
Criança após o 8º dia de vida	<ul style="list-style-type: none">- Deve-se fazer o teste rápido nas crianças que atendem aos critérios de notificação ou cuja mãe se enquadre em uma das situações acima. Além do teste rápido, devem ser coletadas amostras de sangue para realização da sorologia IgM/IgG (ELISA);- RT-qPCR só deverá ser realizado quando a criança apresentar sintomas compatíveis com a infecção pelo vírus na fase aguda, segundo instruções da vigilância de Zika.

Quadro 2: Instruções para coleta de amostras para diagnóstico laboratorial de casos suspeitos de gestantes em qualquer idade gestacional.

Método diagnóstico	Amostra biológica	Procedimento de coleta	Armazenamento e conservação	Acondicionamento e transporte
RT-qPCR	Sangue/Soro	Coletar 10ml de sangue total em tubo separador de soro (sem anticoagulante), até o 5º dia após o início dos sintomas; Repousar por 30min para coagulação; Centrifugar para separar o soro.	Armazenamento em tubo plástico estéril sem anticoagulante ou aditivos; As amostras devem ser refrigeradas em temperatura de 2 a 8°C e encaminhadas imediatamente ao LACEN.	Acondicionar em caixa de transporte com gelox.
	Urina	Coletar 10ml de urina em tubo estéril, até 14º dia após o início dos sintomas, preferencialmente; Centrifugar, desprezar o precipitado e separar o sobrenadante em tubo plástico, com tampa de rosca e anel de vedação.	Tubo plástico, com tampa de rosca e anel de vedação; As amostras devem ser refrigeradas em temperatura de 2 a 8°C e encaminhadas imediatamente ao LACEN.	Acondicionar em caixa de transporte com gelox.
Teste Rápido IgM/IgG	Sangue/Soro	Coletar 10ml de sangue total em tubo separador de soro (sem anticoagulante); Repousar por 30min para coagulação; Centrifugar para separar o soro; Realizar teste com a mostra em temperatura ambiente.	Armazenamento em tubo plástico estéril sem anticoagulante ou aditivos; Até 2 semanas devem ser refrigeradas em temperatura de 2 a 8°C; Acima de 2 semanas devem ser congeladas a -20 ou -70°C.	Acondicionar em caixa de transporte com gelox.
Sorologia IgM (ELISA)	Sangue/Soro	Coletar 10ml de sangue total em tubo separador de soro (sem anticoagulante); Repousar por 30min para coagulação; Centrifugar para separar o soro.	Armazenamento em tubo plástico estéril sem anticoagulante ou aditivos; As amostras devem ser refrigeradas em temperatura de 2 a 8°C e encaminhadas imediatamente ao LACEN.	Acondicionar em caixa de transporte com gelox.

É de suma importância que os profissionais da Atenção Básica (Equipes de Saúde Tradicional e da Família) fiquem atentos aos principais achados relacionados à Síndrome Congênita Associada à Infecção pelo Vírus Zika apresentados nos exames de imagem, tais como:

Quadro 3: Alterações mais comuns identificadas durante o pré-natal.

Alterações Neurológicas em Exame de Imagem	Dismorfias Faciais	Músculo-articulares	Outros
<ul style="list-style-type: none"> - Microcefalia (tabelas definidoras US já existem, incluindo Intergrowth); - Microencefalia; - Alterações de fossa posterior: dimorfismo de vermis cerebelar; - Ventriculomegalia (leve, moderado e grave – ex vacum), hidrocefalia; - Calcificações cerebrais – disseminadas; - Sinéquias; - Disgenesia de corpo caloso; - Esquizencefalia/porencefalia; - Afilamento do córtex; - Occipital proeminente. 	<ul style="list-style-type: none"> - Desproporção craniofacial: Face plana; Microftalmia; Retrognatia; Hipotelorismo; Redundância de pele no couro cabeludo. 	<ul style="list-style-type: none"> Posição viciosa das mãos e dos pés (proxy de artrogripose). 	<ul style="list-style-type: none"> Alteração do volume amniótico (polidrâmnio).

1.5.1 CRITÉRIOS PARA NOTIFICAÇÃO

As gestantes que apresentarem sinais e sintomas compatíveis com as definições de caso suspeito para Doença Aguda pelo *Vírus Zika* devem ser notificadas no SINAN. **Todos os fetos de gestantes confirmadas laboratorialmente para o *vírus Zika* devem ser registrados no RESP, visando o monitoramento durante a gestação e investigação no pré-natal e pós-parto.**

Realizar a notificação, nos devidos sistemas de informação, conforme quadro abaixo.

Quadro 4: Critérios para notificação nos diferentes momentos de vida no RESP, SINASC, SIM e SINAN.

LOCAL DE REGISTRO	MOMENTO DA IDENTIFICAÇÃO DO CASO		
	PRÉ-NATAL	AO NASCER	NA PUERICULTURA
RESP	- Feto - Aborto - Óbito fetal/natimorto - Recém-nascido - Criança	- Feto; - Aborto; - Óbito fetal/natimorto; - Recém-nascido com microcefalia (menos 2 dp) e/ou outras anomalias congênicas.	- Feto - Aborto - Óbito fetal/natimorto - Recém-nascido - Criança
SINASC – Declaração de Nascido Vivo (DNV)	---	- Recém-nascido com microcefalia grave (menos -3 dp); - Recém-nascido com microcefalia (menos -2 dp) E alteração cerebral ou desenvolvimento comprovado; - Anomalias congênicas conforme manual do sistema.	---
SIM – Declaração de Óbito (DO)	---	- Natimorto; - Óbito.	- Óbito
SINAN	- Gestante suspeita ou confirmada.	- Gestante suspeita ou confirmada.	- Mãe suspeita ou confirmada; - RN ou Criança suspeita ou confirmada.

1.6 REFERÊNCIAS PARA ATENDIMENTO PSICOSSOCIAL À GESTANTE SUSPEITA OU CONFIRMADA DE ZIKA

O atendimento psicossocial para as gestantes com suspeita ou confirmadas de infecção pelo *Vírus Zika* deve ser feito na própria atenção básica, através do esclarecimento de como a doença age, e, alertando-a de que nem toda a gestante infectada pelo *Vírus Zika* irá ter bebê com microcefalia e/ou outras alterações congênicas e/ou comprometimento neurológico, e que a sua gestação será assistida de perto por toda a equipe de saúde, com o acompanhamento mensal do estado geral do bebê durante as consultas de pré-natal e exames complementares, sendo de suma importância o comparecimento da mesma em todas as consultas.

As unidades de saúde poderão solicitar suporte dos Nasf para o acompanhamento psicossocial e trabalho integrado.

1.7 DOENÇA FALCIFORME E OUTRAS HEMOGLOBINOPATIAS

A doença falciforme (DF) é uma das enfermidades genéticas e hereditárias mais comuns no mundo. Causada por uma mutação no gene que produz a hemoglobina A, originando a hemoglobina S, uma herança recessiva. Existem outras hemoglobinas mutantes. Exemplos: C, D, E etc. Essas, em par com a S, constituem um grupo denominado de DF: anemia falciforme (HbSS), S/Beta talassemia (S/ β Tal.), as doenças SC, SD, SE e outras mais raras. Apesar das particularidades que distinguem as DFs, todas têm manifestações clínicas e hematológicas semelhantes. Entre as DFs, a de maior significado clínico é a anemia falciforme (AF).

As pessoas com DF apresentam várias intercorrências, como: anemia crônica e episódios de dor severa, decorrentes do processo de vasclusão causado pela forma de foice que as hemácias assumem em situações de crise que impedem que o oxigênio circule adequadamente, podendo interromper o fluxo sanguíneo e levar à morte de tecidos e órgãos, à vulnerabilidade a infecções, ao sequestro esplênico, à síndrome torácica aguda, ao priapismo e outras.

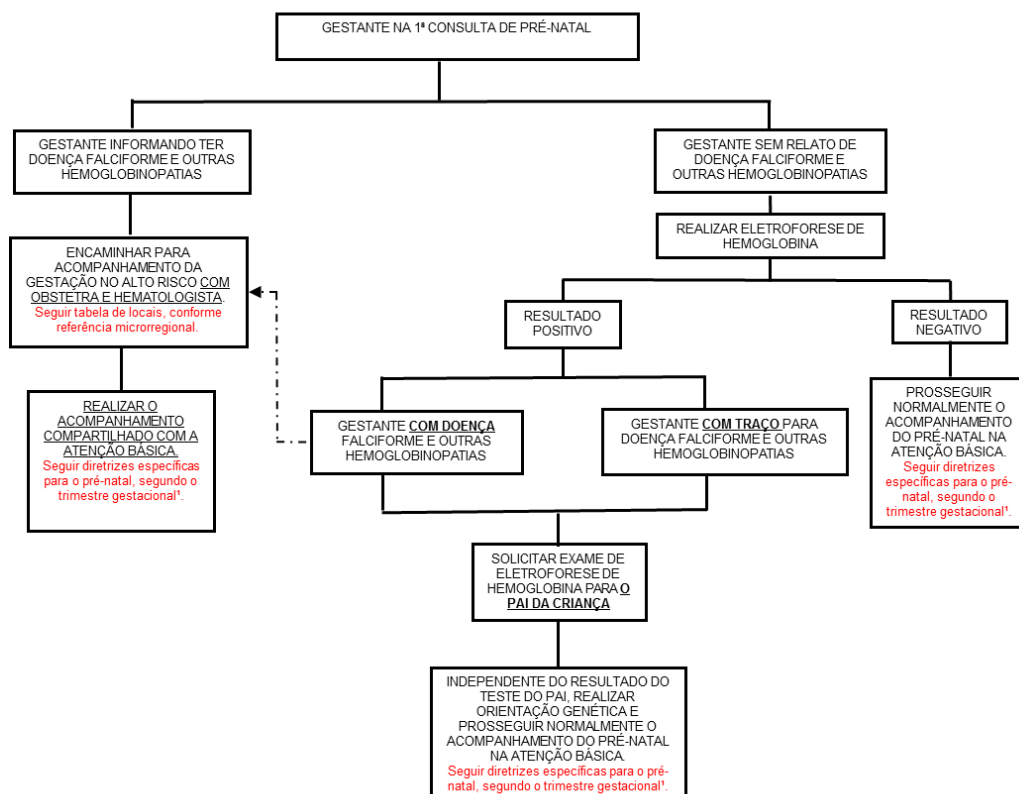
A gestação na Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias (DF) representa situação de risco materno-fetal, independente do genótipo (SS, SC ou S-Beta talassemia). A gestação pode agravar a doença, com piora da anemia e aumento da frequência e gravidade das crises dolorosas e das infecções, interferindo na evolução normal da gestação. Os riscos incluem: aumento das crises vaso-oclusivas no pré e pós-parto, infecções do trato urinário, complicações pulmonares, anemia, pré-eclâmpsia e até óbito. Nas complicações fetais observam-se partos pré-termo, restrição do crescimento intrauterino devido a vaso-oclusão placentária, sofrimento fetal durante o trabalho de parto, além da elevação da taxa de mortalidade perinatal.

Outro cuidado ao qual se deve ficar atento refere-se ao período reprodutivo das mulheres com DF, pelo risco de complicações no parto, principalmente por eclâmpsia, em geral sua gravidez é de risco e com um índice mais alto de natimortos. A DF não impede nem contraindica a gravidez, contudo a morbimortalidade materna e fetal é um problema frequente com risco elevado. A gravidez é uma das condições que pode piorar o quadro de anemia na DF.

Faz-se necessário o acompanhamento do pré-natal diferenciado e iniciado o mais precocemente possível. A gravidez pode agravar a DF com o aumento da frequência e da gravidade das crises dolorosas e das infecções, incluindo aumento das crises vaso-oclusivas no pré e no pós-parto, infecções no trato urinário, complicações pulmonares, trombose venosa profunda, anemia, pré-eclâmpsia e óbito. Nas complicações fetais, observam-se partos pré-termo, restrição do crescimento intrauterino devido à vaso-oclusão placentária, sofrimento fetal durante o trabalho de parto e no parto. As complicações ocorrem com maior frequência no terceiro trimestre da gestação.

É imprescindível que gestantes com DF sejam atendidas em instituições que tenham equipe composta por hematologistas, obstetras, clínicos e intensivistas treinados na sua abordagem, porém, a gestante com DF deve continuar sendo acompanhada de perto pela equipe da Atenção Básica, conforme fluxograma abaixo.

Fluxograma para Gestantes com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias



OBS.: Entende-se como hemoglobinopatias a anemia falciforme e outras (S/Beta talassemia, SC, SD, SE e outras).

Os profissionais de saúde da atenção básica devem estar atentos aos seguintes pontos:

1- Gestante que na 1ª consulta relata ser portadora de doença falciforme/traço e outras hemoglobinopatias:

- Iniciar o pré-natal normalmente, com solicitação de exames conforme item “1 Diretrizes para atendimento à gestante no pré-natal – Pré-natal de Risco Habitual”;

Gestante com traço:

- * Realizar normalmente o acompanhamento da gestação na atenção básica conforme o trimestre gestacional;
- * Solicitar o exame de eletroforese de hemoglobina do pai da criança a fim de verificar a possibilidade de o bebê nascer com DF/traço para então realizar a orientação genética, conforme item “Doença Falciforme - Orientação Genética”;

Gestante com DF:

- Solicitar o exame de eletroforese de hemoglobina do pai da criança a fim de verificar a possibilidade de o bebê nascer com DF/traço para então realizar a orientação genética, conforme item “Doença Falciforme - Orientação Genética”;
- Não realizar a suplementação de Sulfato Ferroso para as gestantes portadoras de DF uma vez que elas não podem receber a mesma dose de Sulfato Ferroso que as demais, devendo este ser prescrito apenas pelo hematologista;

- As gestantes com DF devem ter um intervalo de duas semanas para as consultas de pré-natal, até a 26ª semana, e, após tal período, consultas semanais.
- Encaminhar a gestante, via regulação, para acompanhamento concomitante com hematologista na referência, conforme item “Tabela 2 - Referências Regionais para o Acompanhamento das Gestantes com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias” e obstetra conforme referências para alto risco no item “Tabela 1 - Referências Microrregionais para Atendimento à Gestação de Alto Risco”;
- Dar continuidade ao acompanhamento da gestação na atenção básica conforme o trimestre gestacional, mesmo após o encaminhamento para a referência.

2- Gestante que na 1ª consulta NÃO relata ser portadora de doença/traço falciforme e outras hemoglobinopatias:

- Iniciar o pré-natal normalmente, com solicitação de exames conforme item “1 Diretrizes para atendimento à gestante no pré-natal – Pré-natal de Risco Habitual”;
- Verificar o resultado da eletroforese de hemoglobina:

Resultado negativo ou traço:

- Realizar normalmente o acompanhamento da gestação na atenção básica conforme o trimestre gestacional;
- Solicitar o exame de eletroforese de hemoglobina do pai da criança a fim de verificar a possibilidade de o bebê nascer com DF/traço para então realizar a orientação genética, conforme item “Doença Falciforme - Orientação Genética”;

Resultado positivo para DF:

- Solicitar o exame de eletroforese de hemoglobina do pai da criança a fim de verificar a possibilidade de o bebê nascer com DF/traço para então realizar a orientação genética, conforme item “Doença Falciforme - Orientação Genética”;
- Não realizar a suplementação de Sulfato Ferroso para as gestantes portadoras de DF uma vez que elas não podem receber a mesma dose de Sulfato Ferroso que as demais, devendo este ser prescrito apenas pelo hematologista;
- As gestantes com DF devem ter um intervalo de duas semanas para as consultas de pré-natal, até a 26ª semana, e, após tal período, consultas semanais.
- Encaminhar a gestante, via regulação, para acompanhamento concomitante com hematologista na referência, conforme item “Tabela 2 - Referências Regionais para o Acompanhamento das Gestantes com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias” e obstetra conforme referências para alto risco no item “Tabela 1 - Referências Microrregionais para Atendimento à Gestação de Alto Risco”;
- Dar continuidade ao acompanhamento da gestação na atenção básica conforme o trimestre gestacional, mesmo após o encaminhamento para a referência.

Gestante com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias com queixas graves encaminhar imediatamente para referência em hematologia.

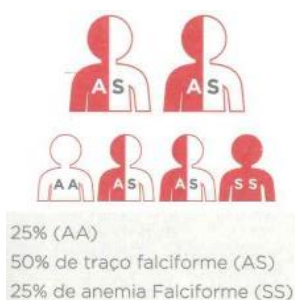
1.7.1 DOENÇA FALCIFORME – ORIENTAÇÃO GENÉTICA

A orientação genética deve ser feita para todas as gestantes portadoras de DF ou Traço, a fim de explicar a probabilidade de o seu filho nascer com DF ou Traço. Deve ser realizado após o resultado da eletroforese de hemoglobina do pai da criança, sendo explicados os seguintes pontos:

- O Traço Falciforme não é uma doença, apenas diz que a pessoa possui um dos genes para DF sendo classificada como **AS**. Ela é uma pessoa saudável e nunca desenvolverá a doença, no entanto os filhos de duas pessoas com Traço Falciforme (AS) podem nascer com Doença Falciforme (SS), por isso é necessário fazer a eletroforese de hemoglobina do pai da criança;



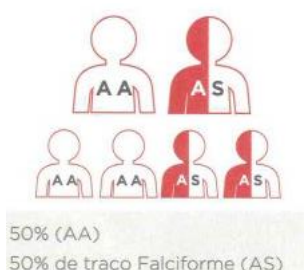
- Os filhos de mãe e pai com Traço Falciforme (AS) terão 25% de chances de nascer com Doença Falciforme (SS), 50% de nascer com Traço Falciforme (AS) e 25% de nascer sem a doença (AA);



- Os filhos de mãe com Traço Falciforme (AS) e pai com Doença Falciforme (SS) terão 50% de chances de nascer com Traço Falciforme (AS) e 50% de nascer com DF (SS);



- Os filhos de mãe com Traço Falciforme (AS) e pai sem a doença (AA) terão 50% de chances de nascer sem a doença (AA) e 50% de nascer com Traço Falciforme (AS);



- Os filhos de mãe com Doença Falciforme (SS) e pai sem a doença (AA) 100% nascerão com Traço Falciforme (AS);



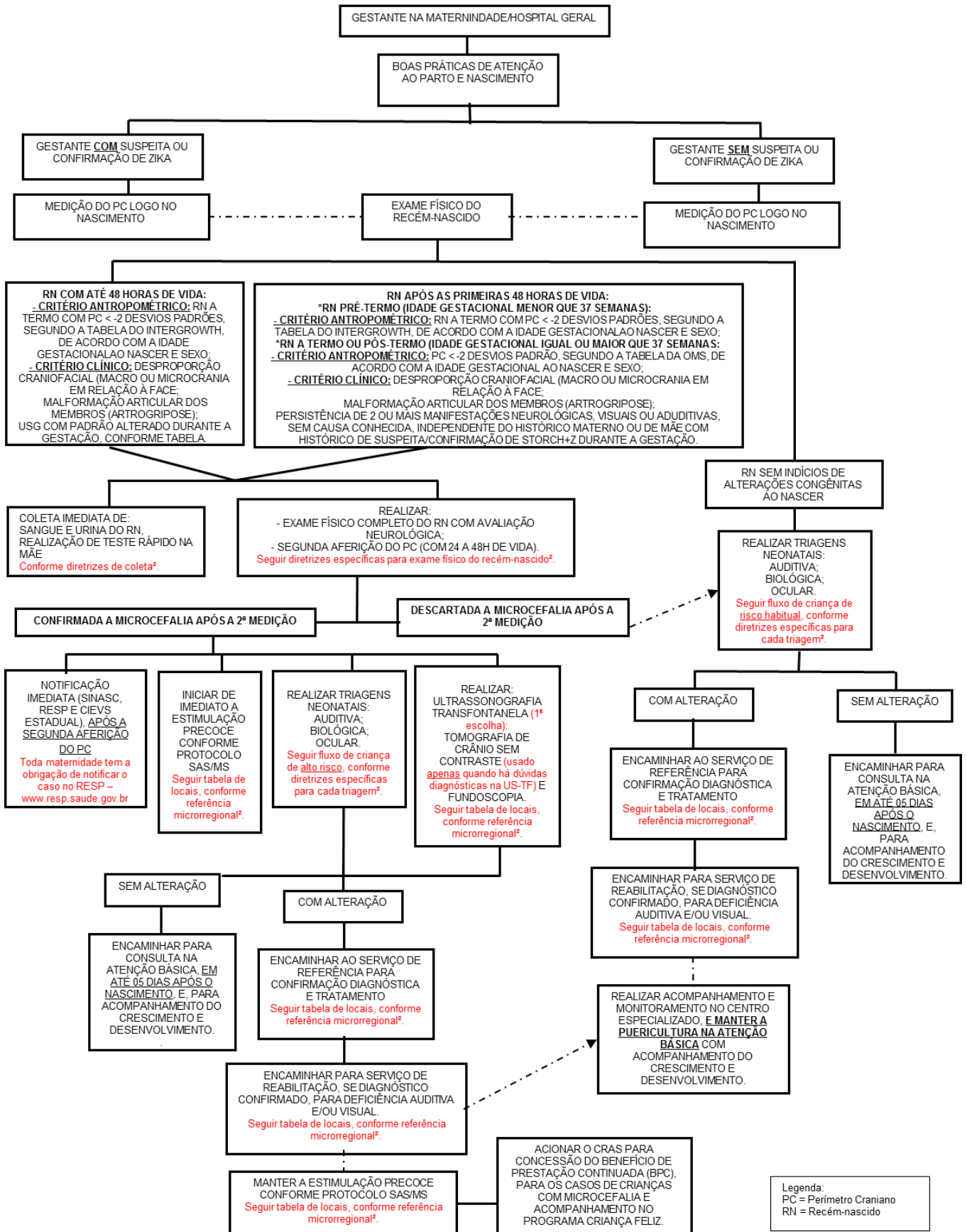
- Os filhos de mãe e pai com Doença Falciforme (SS) 100% nascerão com Doença Falciforme (SS).



Tabela 2 - Referências Regionais para o Acompanhamento das Gestantes com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias.

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	LOCAL	ENDEREÇO
Campo Grande	Campo Grande	Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (67) 3378-2500	Av. Engenheiro Lutero Lopes, 36 - Conj. Aero Rancho
Corumbá		Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (67) 3345-3001	Av. Senador Filinto Muller, 355 – Pioneiros
Dourados	Dourados	Hospital Universitário da Grande Dourados (67) 3410-3000	R. Geronimo Marques Matos, 558 - Altos do Indaiá – Rod. MS 379 KM 12
Três Lagoas	Campo Grande	Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (67) 3378-2500	Av. Engenheiro Lutero Lopes, 36 - Conj. Aero Rancho
		Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (67) 3345-3001	Av. Senador Filinto Muller, 355 – Pioneiros

Fluxograma para atendimento ao Recém-nascido



Legenda:
PC = Perímetro Craniano
RN = Recém-nascido

2 DIRETRIZES PARA ATENDIMENTO À GESTANTE E RECÉM-NASCIDO NA ATENÇÃO HOSPITALAR

2.1 GESTANTE DE RISCO HABITUAL:

Ao receber a gestante deve-se realizar o **Acolhimento e Classificação de Risco em Obstetrícia** ainda na porta de entrada, após, encaminhá-la à internação para início do trabalho de parto. Conforme as “Boas Práticas ao Parto e Nascimento” recomenda-se:

- Garantir às mulheres, durante o trabalho de parto, o parto e o pós-parto, um acompanhante de sua livre escolha (independente do sexo), que lhe ofereça apoio físico e/ou emocional;
- Oferecer, à mulher, durante o trabalho de parto, líquidos e alimentos leves;
- Incentivar a mulher a andar e a se movimentar durante o trabalho de parto, se desejar, e a adotar posições de sua escolha durante o parto, a não ser que existam restrições médicas e isso seja explicando à mulher, adaptando condições para tal;
- Garantir à mulher, ambiente tranquilo e acolhedor, com privacidade e iluminação suave;
- Disponibilizar métodos não farmacológicos de alívio da dor, tais como banheira ou chuveiro com água quente, massagedores/massagens, bola de pilates (bola de trabalho de parto), compressas quentes e frias, técnicas que devem ser de informadas à mulher durante o pré-natal;
- Assegurar cuidados que reduzam procedimentos invasivos, tais como rupturas de membranas, episiotomias, aceleração ou indução do parto, partos instrumentais ou cesarianas, a menos que sejam necessários em virtude de complicações, sendo tal fato explicado à mulher.

2.2 GESTANTE DE ALTO RISCO:

A conduta inicial adequada na assistência à gestante que apresenta algum tipo de problema deve ser a realização de diagnóstico precoce e tratamento do distúrbio identificado com vistas a manter a gestação até o seu término. Na prática clínica, no entanto, apesar das medidas tomadas, permanece uma proporção de casos com algum grau de disfunção que implica risco elevado para a gestante e/ou feto em que não é possível ou não existem tratamentos que possam manter a gravidez.

Na maioria das situações, o parto pode ser antecipado por meio de técnicas de indução. Em outras situações, quando há contra-indicações à indução, a cesariana deve ser o método de escolha. A mulher, seu acompanhante e familiares devem receber orientações detalhadas sobre o processo de indução e/ou parto cesáreo, suas indicações e potenciais riscos associados.

Sempre se atentar ao cumprimento das “Boas Práticas ao Parto e Nascimento” tanto para as gestantes de risco habitual quanto para as de alto risco e também para o **preenchimento do partograma que é obrigatório para todas as gestantes em trabalho de parto** (Anexo 1 – Modelo de partograma)

Tabela 3 - Referências Regionais para Parto de Alto Risco.

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	LOCAL	ENDEREÇO
Campo Grande	Campo Grande**	Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (67) 3378-2500	Av. Engenheiro Lutero Lopes, 36 - Conj. Aero Rancho
		Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (67) 3345-3001	Av. Senador Filinto Muller, 355 - Pioneiros
		Santa Casa de Campo Grande (67) 3322-4000	R. Eduardo Santos Pereira, 88 - Centro
Corumbá	Corumbá*		
Dourados	Dourados	Hospital Universitário da Grande Dourados (67) 3410-3000	R. Geronimo Marques Matos, 558 - Altos do Indaiá – Rod. MS 379 KM 12
	Nova Andradina*		
Três Lagoas	Três Lagoas*	Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (67) 3378-2500	Av. Engenheiro Lutero Lopes, 36 - Conj. Aero Rancho
		Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (67) 3345-3001	Av. Senador Filinto Muller, 355 - Pioneiros
		Santa Casa de Campo Grande (67) 3322-4000	R. Eduardo Santos Pereira, 88 - Centro

*Os municípios de Corumbá, Nova Andradina e Três Lagoas ainda não tem previsão para serem credenciados com leitos GAR (gestação de alto risco), pois ainda não possuem estrutura para tal atendimento, porém está previsto no PAR da Rede Cegonha recursos para que os mesmos se adéquem para atender esta população. Enquanto isso, a referência para atendimento acontecerá de forma regional nas instituições acima descritas;

**Os hospitais de Campo Grande, Hospital Regional de Mato Grosso do Sul e Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, fazem o parto de alto risco, porém como ainda não estão habilitados pelo Ministério da Saúde com leitos GAR, mas são referências no estado para tal.

2.3 RECÉM-NASCIDO:

Os cuidados em sala de parto ao Recém-nascido (RN) a termo com ritmo respiratório normal, tônus normal e sem líquido meconial, devem garantir o contato pele a pele, o clampeamento tardio do cordão umbilical e a amamentação na primeira hora de vida, portanto recomenda-se:

I - assegurar o contato pele a pele imediato e contínuo, colocando o RN sobre o abdômen ou tórax da mãe de acordo com sua vontade, de braços e cobri-lo com uma coberta seca e aquecida, Verificar a temperatura do ambiente que deverá está em torno de 26 graus para evitar a perda de calor;

II - proceder ao clampeamento do cordão umbilical, após cessadas suas pulsações (aproximadamente de 1 a 3 minutos), exceto em casos de mães isoimunizadas ou HIV HTLV positivas, nesses casos o clampeamento deve ser imediato;

III - estimular o aleitamento materno na primeira hora de vida, exceto em casos de mães HIV ou HTLV positivas;

IV - postergar os procedimentos de rotina do recém-nascido nessa primeira hora de vida. Entende-se como procedimentos de rotina: exame físico, pesagem e outras medidas antropométricas, profilaxia da oftalmia neonatal e vacinação, entre outros procedimentos.

2.3.1 VIGILÂNCIA DAS ALTERAÇÕES PELO VÍRUS ZIKA E OUTRAS ETIOLOGIAS INFECCIOSAS (STORCH+Z)

Os procedimentos necessários, como a medição do perímetro cefálico do bebê e outras condições observadas conforme fluxograma, **preferencialmente nas primeiras 48 horas de vida**, e deve-se realizar a coleta de material do bebê para exames. Os parâmetros a serem seguidos, de acordo com a idade gestacional e sexo, para considerar uma criança com microcefalia seguem abaixo:

- **Crianças com até 48 horas de vida:** Circunferência craniana menor que menos -2 desvios-padrão, utilizar como parâmetro a tabela InterGrowth, de acordo com a idade gestacional e sexo (Anexo 2);
- **Criança com mais de 48 horas de vida – pré-termo (idade gestacional menor que 37 semanas de gestação ao nascer):** Circunferência craniana menor que menos -2 desvios-padrão, utilizar como parâmetro a tabela InterGrowth, de acordo com a idade gestacional e sexo (Anexo 2);
- **Criança com mais de 48 horas de vida – a termo ou pós-termo (idade gestacional igual ou maior que 37 semanas de gestação ao nascer):** Circunferência craniana menor que menos -2 desvios-padrão, utilizar como parâmetro a tabela da OMS, de acordo com a idade gestacional e sexo (Anexo 3).

Para os casos de RN até o 8º dia de vida, com Microcefalia e/ou alteração do Sistema Nervoso Central, ou aqueles com malformações evidentes ao nascer cujas mães tiveram diagnóstico de infecção pelo Vírus Zika (laboratorial ou clínico epidemiológico) confirmado deve-se:

Realizar a coleta de material do bebê, sendo:

- Coletar 3 ml de sangue/soro para RT-qPCR (sem anticoagulante, preferencialmente nas primeiras 48 após o nascimento);
- Coletar 3 ml de sangue/soro para Teste Rápido IgM/IgG - Teste Rápido Sorológico para Zika (sem anticoagulante, preferencialmente nas primeiras 48 após o nascimento);
- Coletar 3 ml de sangue/soro para Sorologia IgM – ELISA (sem anticoagulante, preferencialmente nas primeiras 48 após o nascimento);
- Coletar 5 ml de urina para RT-qPCR (preferencialmente nas primeiras 48 horas após o nascimento).

Enviar imediatamente as amostras para o LACEN conservadas e acondicionadas em caixa de transporte com temperatura de 2 a 8°C. Vide quadro abaixo.

Quadro 5: Instruções para coleta de amostras para diagnóstico laboratorial de casos suspeitos de recém-nascidos até o 8º dia de vida.

Método diagnóstico	Amostra biológica	Procedimento de coleta	Armazenamento e conservação	Acondicionamento e transporte
RT-qPCR	Sangue/ Soro	Coletar 3ml de sangue total em tubo separador de soro (sem anticoagulante), nas primeiras 48hr após o nascimento, preferencialmente; Repousar por 30min para coagulação;	Armazenamento em tubo plástico estéril sem anticoagulante ou aditivos; As amostras devem ser refrigeradas em temperatura de 2 a 8°C e encaminhadas	Acondicionar em caixa de transporte com gelox.

27

		Centrifugar para separar o soro.	imediatamente ao LACEN.	
	Urina	Coletar 5ml de urina em tubo estéril, nas primeiras 48hr após o nascimento, preferencialmente; Centrifugar, desprezar o precipitado e separar o sobrenadante em tubo plástico, com tampa de rosca e anel de vedação.	Tubo plástico, com tampa de rosca e anel de vedação; As amostras devem ser refrigeradas em temperatura de 2 a 8°C e encaminhadas imediatamente ao LACEN.	Acondicionar em caixa de transporte com gelox.
Teste Rápido IgM/IgG	Sangue/ Soro	Coletar 3ml de sangue total em tubo separador de soro (sem anticoagulante), nas primeiras 48hr após o nascimento, preferencialmente; Repousar por 30min para coagulação; Centrifugar para separar o soro; Realizar teste com a mostra em temperatura ambiente.	Armazenamento em tubo plástico estéril sem anticoagulante ou aditivos; Até 2 semanas devem ser refrigeradas em temperatura de 2 a 8°C; Acima de 2 semanas devem ser congeladas a -20 ou -70°C.	Acondicionar em caixa de transporte com gelox.
Sorologia IgM (ELISA)	Sangue/ Soro	Coletar 3ml de sangue total em tubo separador de soro (sem anticoagulante), nas primeiras 48hr após o nascimento, preferencialmente; Repousar por 30min para coagulação; Centrifugar para separar o soro.	Armazenamento em tubo plástico estéril sem anticoagulante ou aditivos; As amostras devem ser refrigeradas em temperatura de 2 a 8°C e encaminhadas imediatamente ao LACEN.	Acondicionar em caixa de transporte com gelox.

2.3.1.1 CRITÉRIOS PARA NOTIFICAÇÃO

Seguem abaixo as orientações sobre a Notificação e Monitoramento de Casos Suspeitos de Alterações Associadas à Infecção pelo *Vírus Zika* e outras etiologias infecciosas.

Quadro 6: Critérios para notificação de casos suspeitos de síndrome congênita por momentos de vida.

NOTIFICAÇÃO DE CASOS SUSPEITOS DE SÍNDROME CONGÊNITA	
Criança com até 48 horas de vida	<p>Deve ser notificado todo recém-nascido dentro das primeiras 48 horas de vida que se enquadre em um ou mais dos seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CRITÉRIO ANTROPOMÉTRICO Circunferência craniana menor que menos -2 desvios-padrão, segundo a tabela do InterGrowth (anexo 2), de acordo com a idade gestacional ao nascer e sexo. • CRITÉRIO CLÍNICO <ul style="list-style-type: none"> - Desproporção craniofacial (macro ou microcraniana em relação à face); - Malformação articular dos membros (artrogrípse); - USG com padrão alterado durante a gestação, conforme tabela anexa no documento completo, acessível em www.saude.gov.br/svs.
Criança com mais de 48 horas de vida	<p>Deve ser notificado todo recém-nascido ou criança que, após as primeiras 48 horas de vida, se enquadre em um ou mais dos seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CRITÉRIO ANTROPOMÉTRICO <ul style="list-style-type: none"> - PRÉ-TERMO (idade gestacional menor que 37 semanas): circunferência craniana menor que -2 desvios-padrão, segundo a curva de crescimento da InterGrowth (anexo 2), de acordo com a idade gestacional e sexo; - A TERMO OU PÓS-TERMO (idade gestacional igual ou maior que 37 semanas): circunferência craniana menor que

	<p>-2 desvios-padrão, segundo a tabela da OMS (anexo 3), de acordo com a idade gestacional e sexo.</p> <ul style="list-style-type: none"> • CRITÉRIO CLÍNICO <p>- Desproporção craniofacial (macro ou microcraniana em relação à face); - Malformação articular de membros (artrogripose); - Observação da persistência de duas (2) ou mais manifestações neurológicas (tabela das manifestações no documento completo), visuais ou auditivas, quando não houver outra causa conhecida, independente do histórico materno; - Duas (2) ou mais manifestações neurológicas (tabela das manifestações no documento completo), visuais ou auditivas, mesmo não persistente, de mãe com histórico de suspeita/confirmação de STORCH+Z durante a gestação; - Observação de alteração do crescimento/desenvolvimento neuropsicomotor (escala de Denver – disponível na caderneta da criança), sem causa definida, independente do histórico clínico de infecção na gestação.</p>
Feto	<p>Deve ser notificado todo feto (a partir da 8ª semana até o nascimento) que durante a gestação apresente um ou mais dos seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • CRITÉRIO DE IMAGEM OU CLÍNICO <p>- Exame de imagem com presença de calcificações cerebrais; - Exame de imagem com presença de alterações ventriculares; - Exame de imagem com pelo menos dois dos sinais mais frequentes (tabela disponível no documento completo, acessível em www.saude.gov.br/svs).</p> <ul style="list-style-type: none"> • CRITÉRIO LABORATORIAL <p>- Quando a gestante apresentar resultado laboratorial positivo ou reagente para STORCH+Z (Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes Simplex ou Zika Vírus).</p>

Enquanto for mantida a declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional, ou, até que haja novas orientações divulgadas pelo Ministério da Saúde, os novos casos suspeitos de microcefalia ou outras alterações possivelmente associadas à infecção pelo *Vírus Zika* e outras etiologias infecciosas deverão continuar sendo registrados no RESP, atendendo aos seguintes critérios:

- **Criança com até 48 horas de vida** deverá ser registrada no campo do RESP – Recém-nascido com microcefalia (<=28 dias);
- **Criança com mais de 48 horas de vida** deverá ser registrada no campo do RESP – Criança com microcefalia e/ou alterações do SNC (>28 dias);
- **Feto** deverá ser registrado no campo do RESP – Feto com alterações do SNC.

Realizar a notificação, nos devidos sistemas de informação, conforme quadro abaixo.

Quadro 7: Critérios para notificação nos diferentes momentos de vida no RESP, SINASC, SIM e SINAN.

LOCAL DE REGISTRO	MOMENTO DA IDENTIFICAÇÃO DO CASO		
	PRÉ-NATAL	AO NASCER	NA PUERICULTURA
RESP	<ul style="list-style-type: none"> - Feto - Aborto - Óbito fetal/natimorto - Recém-nascido - Criança 	<ul style="list-style-type: none"> - Feto; - Aborto; - Óbito fetal/natimorto; - Recém-nascido com microcefalia (menos 2 dp) e/ou outras anomalias congênitas. 	<ul style="list-style-type: none"> - Feto - Aborto - Óbito fetal/natimorto - Recém-nascido - Criança
SINASC – Declaração de Nascido Vivo (DNV)	---	<ul style="list-style-type: none"> - Recém-nascido com microcefalia grave (menos - 3 dp); - Recém-nascido com microcefalia (menos -2 dp) E alteração cerebral ou desenvolvimento 	---

		comprovado; - Anomalias congênitas conforme manual do sistema.	
SIM – Declaração de Óbito (DO)	---	- Natimorto; - Óbito.	- Óbito
SINAN	- Gestante suspeita ou confirmada.	- Gestante suspeita ou confirmada.	- Mãe suspeita ou confirmada; - RN ou Criança suspeita ou confirmada.

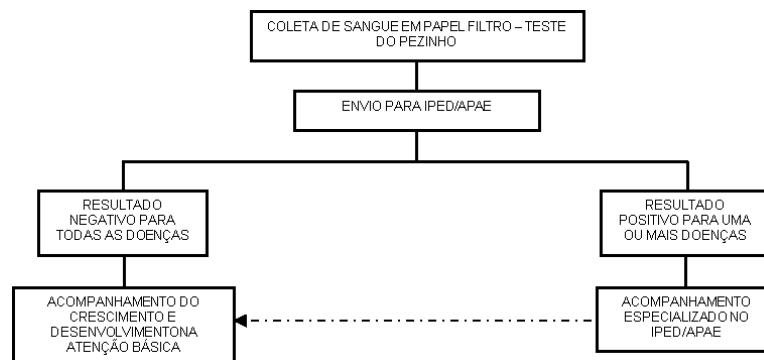
Ao nascer, será notificado no SINASC o caso que tiver registro na Declaração de Nascido Vivo da medida do perímetro cefálico (PC) abaixo de menos três (-3) desvios-padronizados da média de crescimento dos nascidos vivos segundo idade e sexo, conforme as tabelas de crescimento de referência de InterGrowth, caracterizado por **Microcefalia Grave**. Somente quando o caso apresentar alteração da estrutura cerebral ou problemas no desenvolvimento neurológico, será aceita a notificação de perímetro cefálico (PC) abaixo de menos dois (-2) desvios-padronizados da média de crescimento de referência de InterGrowth, caracterizado por **Microcefalia**. Todas as situações devem ser registradas no RESP;

2.3.2 TRIAGENS NEONATAIS

Deve ser garantido a 100% dos recém-nascidos, ainda na maternidade e após o exame físico, pesagem e medida, a realização das triagens neonatais auditiva, biológica e ocular, conforme diretrizes abaixo:

2.3.2.1 TRIAGEM BIOLÓGICA DE RN:

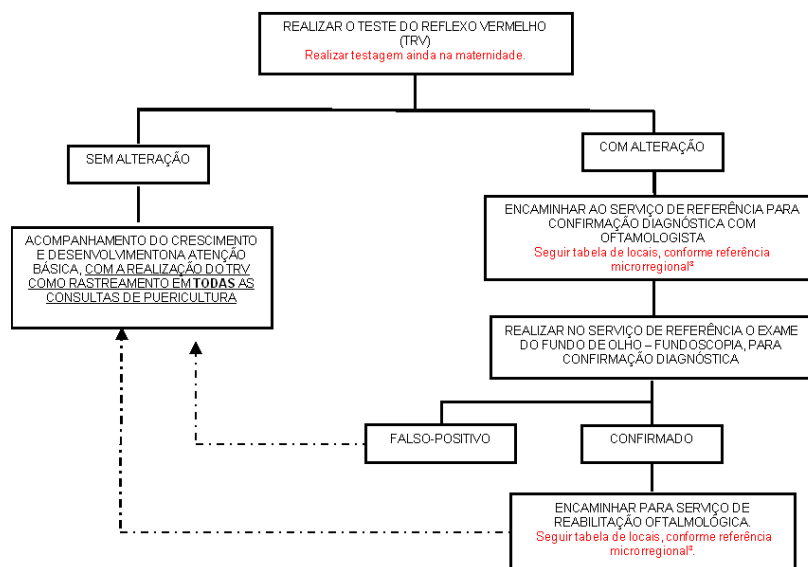
Realizar a coleta da triagem biológica através do Teste do Pezinho em até 03 a 05 dias de vida do bebê, em papel filtro disponibilizado pelo IPED/APAE, e encaminhar para análise no instituto imediatamente.



IMPORTANTE: Os municípios que não colhem o “teste do pezinho” no hospital/maternidade devem realizá-lo impreterivelmente até o 5º dia de vida do bebê, durante a consulta de puericultura e enviá-lo imediatamente ao IPED/APAE.

2.3.2.2 TRIAGEM OCULAR DE RN:

A Triagem Ocular Neonatal (TON) faz parte do exame físico do recém-nascido ainda na maternidade. O “Teste do Olhinho” é realizado como rastreamento, através do Reflexo Vermelho, na maternidade e na atenção básica durante a consulta de puericultura.



IMPORTANTE: Todos os hospitais que realizam parto devem, obrigatoriamente, realizar o “teste do olhinho” (TRV) para 100% dos RN de RH e AR na própria maternidade como rastreamento, devendo encaminhar para a referência em caso de anormalidade para confirmação diagnóstica. Salientamos ainda que todas as US também devem, obrigatoriamente, realizar esta testagem durante as consultas de puericultura em 100% das crianças, encaminhando para referência em casos de alteração.

Tabela 4 - Referências Microrregionais para confirmação diagnóstica em Oftalmologia.

REGIÃO DE SAÚDE	MICRO	MUNICÍPIO	LOCAL	ENDEREÇO
Campo Grande	Aquidauana	Aquidauana	Centro de Especialidades Médicas (CEM) (67) 3241-7111	R. Pedro Pace, s/nº - Bairro Alto
	Campo Grande	Campo Grande	Centro Especializado Municipal (CEM) (67) 3314-1301	Travessa Guia Lopes, s/nº - São Francisco
			Centro de Especialidades Infantil Dr. José Antonio Paniago (CEI) (67) 3314-3904	Av. Manoel da Costa Lima, 3.272 - Guanandy
	Coxim	Coxim	Policlínica Lurdes Fontoura (67) 3291-3138	R. Santo Antonio, 398 - Centro
	Jardim	Campo Grande	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (67) 3345-3001	Av. Senador Filinto Muller, 355 - Pioneiros
Corumbá	Corumbá	Corumbá	Centro de Especialidades Médicas (67) 3907-5387	R. XV de Novembro, s/nº - Centro
Dourados	Dourados	Dourados	Hospital Universitário da Grande Dourados (67) 3410-3000	R. Geronimo Marques Matos, 558 - Altos do Indaiá – Rod. MS 379 KM 12
	Nova Andradina	Nova Andradina	Centro de Especialidades Médicas (67) 3441-4165	Av. Ivinhema, 1202
	Naviraí	Naviraí	Centro de Saúde Naviraí (67) 3461-5871	R. Niterói, 338 - Centro
	Ponta Porã	Dourados	Hospital Universitário da Grande Dourados (67) 3410-3000	R. Geronimo Marques Matos, 558 - Altos do Indaiá – Rod. MS 379 KM 12
Três Lagoas	Paranaíba	Três Lagoas	Centro de Especialidades Médicas (CEM) (67) 3929-9989	Av. Dlodoldo Garcia, 280 – Santos Doumont
	Três Lagoas			

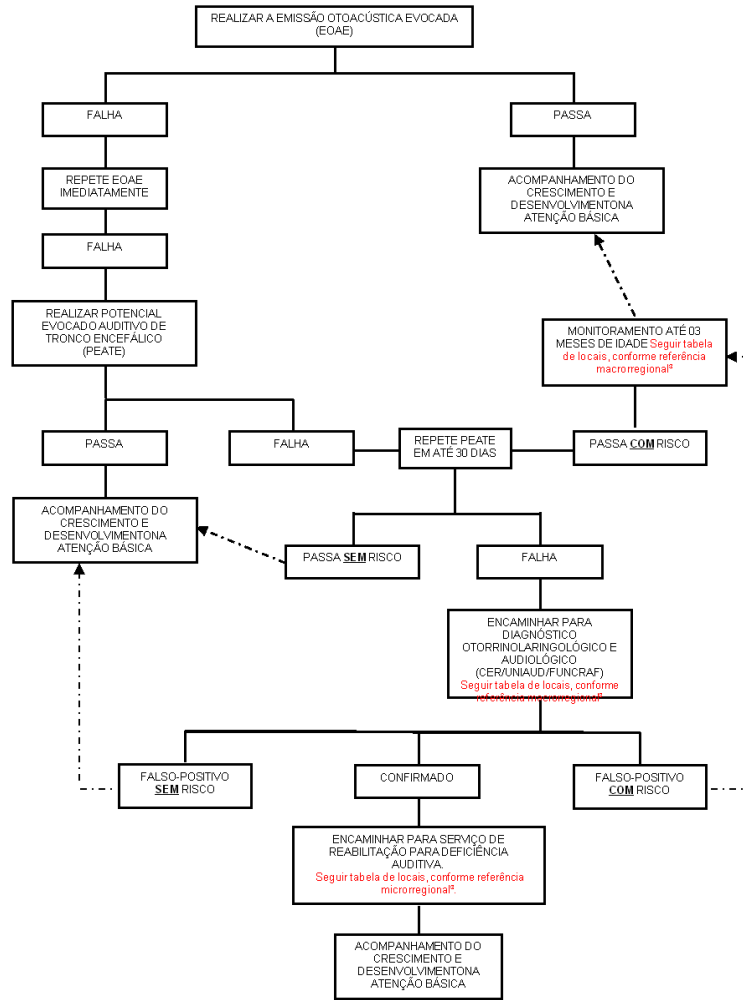
Tabela 5 - Referências Microrregionais para Reabilitação Visual.

REGIÃO DE SAÚDE	MICRO	MUNICÍPIO	LOCAL	ENDEREÇO
Campo Grande	Aquidauana	Campo Grande	Instituto Sul Matogrossense para Cegos Florisvaldo Vargas (ISMAC) (67) 3325-0997	R. Vinte e Cinco de Dezembro, 262 - Centro
	Campo Grande			
	Coxim			
	Jardim			
Corumbá	Corumbá	Campo Grande	Centro Especializado em Reabilitação – CER IV/APAE (67) 3045-5005	R. Carlinda Tognini, 251 – Vila Progresso
Dourados*	Dourados*			
	Nova Andradina			
	Naviraí			
Três Lagoas	Ponta Porã			
	Paranaíba			
	Três Lagoas			

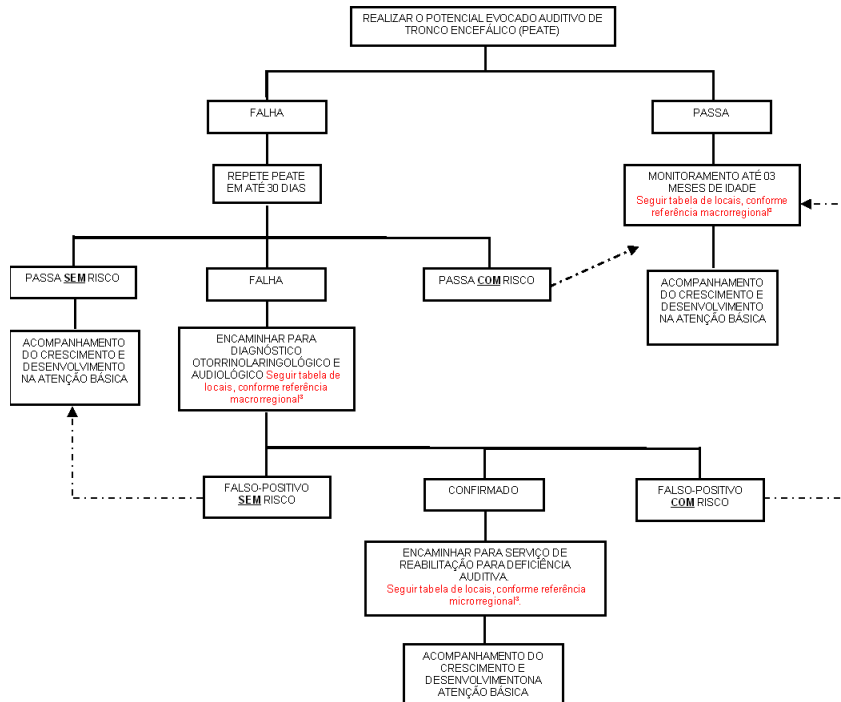
*A única referência estadual para reabilitação visual é em Campo Grande, no CER IV ou ISMAC, porém em Dourados está prevista a habilitação do CER Tipo II (atendimento para deficiência física e visual) ainda sem data definida para início do funcionamento.

2.3.2.3 TRIAGEM AUDITIVA DE RN SEM RISCO:

A Triagem Auditiva Neonatal (TAN) deve ser realizada nos primeiros dias de vida (de 24 a 48 horas) na maternidade. Caso encaminhado para referência, o “Teste da Orelhinha” deverá ser realizado no primeiro mês de vida da criança.



2.3.2.4 TRIAGEM AUDITIVA DE RN DE RISCO:



IMPORTANTE: Os hospitais que já recebem recurso de custeio da Rede Cegonha, devem **obrigatoriamente** realizar a triagem auditiva para RN de Risco Habitual e Alto Risco na própria maternidade (**EOAE e PEATE**), devendo encaminhar para os outros pontos de atenção do município apenas para confirmação diagnóstica. As outras maternidades que não realizam esta testagem, devem encaminhar 100% dos recém-nascidos para a referência para a realização da triagem auditiva – **EOAE e PEATE, conforme pactuação na PPI (vide lista de referências)**.

Tabela 6 - Referências Microrregionais para Monitoramento Auditológico (Realização da EOAE).

REGIÃO DE SAÚDE	MICRO	MUNICÍPIO	LOCAL	ENDEREÇO
Campo Grande	Aquidauana	Aquidauana	Centro de Especialidades Médicas (CEM) (67) 3241-7111	R. Pedro Pace, s/nº - Bairro Alto
	Campo Grande	Campo Grande	Centro Especializado em Reabilitação – CER IV/APAE (67) 3045-5005	R. Carlinda Tognini, 251 – Vila Progresso
	Coxim	Coxim	Policlínica Lourdes Fontoura (67) 3291-3138	R. Santo Antonio, 398 – Vila Santana
	Jardim	Jardim	Centro de Especialidades Medicas Dr Joao Carlos O. de Moraes (67) 3251-3143	R. Paraná, 48
Corumbá	Corumbá	Corumbá	Santa Casa de Corumbá (67) 3231-2441	R. XV de Novembro, 854 - Centro
Dourados	Dourados	Dourados	Hospital Universitário da Grande Dourados (67) 3410-3000	R. Geronimo Marques Matos, 558 - Altos do Indaiá – Rod. MS 379 KM 12
	Nova Andradina	Nova Andradina		
	Naviraí	Naviraí	Centro de Saúde Naviraí (67) 3461-5871	R. Niterói, 338 - Centro
	Ponta Porã	Dourados	Hospital Universitário da Grande Dourados (67) 3410-3000	R. Geronimo Marques Matos, 558 - Altos do Indaiá – Rod. MS 379 KM 12
Três Lagoas	Paranaíba	Paranaíba	Clínica da Criança e Ortopedia (67) 3929-1290	R. Egídio Tomé, s/nº - JK
	Três Lagoas	Três Lagoas		

Tabela 7 - Referências Microrregionais para Confirmação Diagnóstica Auditiva (Realização do PEATE).

REGIÃO DE SAÚDE	MICRO	MUNICÍPIO	LOCAL	ENDEREÇO
Campo Grande	Aquidauana	Campo Grande	Centro Especializado em Reabilitação – CER IV/APAE (67) 3045-5005	R. Carlinda Tognini, 251 – Vila Progresso
	Campo Grande			
	Coxim			
	Jardim			
Corumbá	Corumbá			
Dourados	Dourados			
	Nova Andradina			
	Naviraí			
	Ponta Porã			
Três Lagoas	Paranaíba			
	Três Lagoas			

Tabela 8 - Referências Microrregionais para Reabilitação Auditiva.

REGIÃO DE SAÚDE	MICRO	MUNICÍPIO	LOCAL	ENDEREÇO
Campo Grande	Aquidauana	Campo Grande	Fundação para Estudo e Tratamento de deformidades Craniofaciais (FUNCRAF)	Rua 14 de julho, 4827 - Monte Castelo
	Campo Grande			

	Coxim		(67) 3368-6200	
	Jardim			
Corumbá	Corumbá		Centro Especializado em Reabilitação – CER IV/APAE (67) 3045-5005	R. Carlinda Tognini, 251 – Vila Progresso
Dourados	Dourados			
	Nova Andradina			
	Naviraí			
	Ponta Porã		Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) (67) 3312-3300	Av. Tamandaré, 6.000 - Jardim Seminário
Três Lagoas	Paranaíba			
	Três Lagoas			

2.3.3 EXAMES COMPLEMENTARES PARA CASOS SUSPEITOS DE MICROCEFALIA

Para os casos de RN suspeitos de infecção congênita é necessário ainda que se acompanhe o estado geral do mesmo através de exames de hemograma completo, dosagens séricas de aminotransferases hepáticas (AST/TGO e ALT/TGP), uréia e creatinina, assim como exames de imagem, como a Ultrassonografia Transfontanela (US-TF) utilizada como primeira escolha para identificação de achados inespecíficos, e, somente quando ainda persistir dúvida diagnóstica, realizar a Tomografia de Crânio Computadorizada (TCC) sem contraste e ainda realizar a Fundoscopia.

OBS: No processo de regionalização da atenção à saúde em Mato Grosso do Sul, os municípios pactuaram serviços de referência, objetivando garantir o atendimento aos usuários do Sistema Único de Saúde (SUS), por meio da Programação Pactuada Integrada de Assistência à Saúde - PPI, instrumento de planejamento que visa à programação da atenção à saúde e alocação de recursos da assistência à saúde.

Quando o paciente necessitar de assistência por especialidades médicas não disponíveis no município de residência (ex.: médicos geneticista, neuropediatra e neurologista), nos casos de internação, o Hospital deverá solicitar transferência via Central Estadual de Regulação Assistencial (CERA). Já em casos ambulatoriais a solicitação de atendimento com o especialista deverá ser feita através do Sistema de Regulação (SISREG). Nos casos de microcefalia severa, quando houver necessidade de internação hospitalar em serviço de alta complexidade de Neurologia/Neurocirurgia ou neurologia clínica, a CERA encaminhará o paciente ao hospital com a devida habilitação.

A seguir estão discriminados os municípios que são referência para US-TF e TCC em Mato Grosso do Sul.

Tabela 9 - Referências Microrregionais para Realização da US-TF.

REGIÃO DE SAÚDE	MICRO	MUNICÍPIO	LOCAL	ENDEREÇO
Campo Grande	Aquidauana	Campo Grande	Centro Especializado Municipal (CEM) (67) 3314-1301	Travessa Guia Lopes, s/nº - São Francisco
	Campo Grande			
	Coxim		UBS Tiradentes (67)	R. José Nogueira Vieira, 265 - Tiradentes
	Jardim			
Corumbá	Corumbá	Corumbá	Centro de Saúde da Mulher (67) 3907-5387	R. XV de Novembro, s/nº - Centro

Dourados	Dourados	Dourados	Clínica Santa Maria (67) 3422-3980	R. Oliveira Marques, 1630 - Jardim Central
	Nova Andradina	Nova Andradina	Centro de Referência a Saúde da Mulher (67) 3441-8599	Av. Ivinhema, 1232 - Centro
	Naviraí Ponta Porã	Dourados	Clínica Santa Maria (67) 3422-3980	R. Oliveira Marques, 1630 - Jardim Central
Três Lagoas	Paranaíba Três Lagoas	Três Lagoas	Hospital Nossa Senhora Auxiliadora (67) 2105-3500	R. Santa Catarina, 361

Tabela 10 - Referências Microrregionais para Realização da TCC

REGIÃO DE SAÚDE	MICRO	MUNICÍPIO	LOCAL	ENDEREÇO
Campo Grande	Aquidauana	Campo* Grande	Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (67) 3378-2500	Av. Engenheiro Lutero Lopes, 36 - Conj. Aero Rancho
	Campo Grande		Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (67) 3345-3001	Av. Senador Filinto Muller, 355 - Pioneiros
			Santa Casa de Campo Grande (67) 3322-4000	R. Eduardo Santos Pereira, 88 - Centro
	Costa Rica	Ambulatório de Especialidades (67) 3247-1912	R. Ambrosina Paes Coelho, 1337 - Centro	
	São Gabriel do Oeste	UNI Imagem e Radiologia (67) 3295-2396	R. José Ferreira da Costa, 1032 - Centro	
	Coxim Jardim			
Corumbá	Corumbá	Corumbá	Santa Casa de Corumbá (67) 3231-2441	R. XV de Novembro, 854 - Centro
Dourados	Dourados Nova Andradina	Dourados	Hospital Universitário da Grande Dourados (67) 3410-3000	R. Geronimo Marques Matos, 558 - Altos do Indaiá – Rod. MS 379 KM 12
	Naviraí	Naviraí	Centro de Imagem de Naviraí (C.I.N) (67) 3461-3663	Av. Dourados, s/nº - Centro
	Ponta Porã	Ponta Porã	Centro Regional de Especialidades João Kayatt (67) 3926-6728	R. Guia Lopes, 1.981 - Santa Izabel
			Hospital Regional Dr. José de Simone Neto (67) 3926-6772	R. Baltazar Saldanha, 1.501
Três Lagoas	Paranaíba	Paranaíba	Santa Casa de Misericórdia de Paranaíba (67) 3669-6200	Av. Durval Rodrigues Lopes, 400 - Ypê Branco
			Eco X (67) 3668-2246	R. Coronel João Pereira Dias, 1630
			Imagem Diagnóstico de Paranaíba (67) 3668-1535	R. Coronel Carlos, 1955
	Três Lagoas	Três Lagoas	Hospital Nossa Senhora Auxiliadora (67) 2105-3500	R. Santa Catarina, 361

IMPORTANTE: A TCC nas referências do município de Campo Grande ainda não está regulada, devendo o município solicitar o procedimento via ofício diretamente ao município.

Visando a agilidade na confirmação diagnóstica dos RN com Síndrome Congênita Associada à Infecção pelo *Vírus Zika* (SCZ), institui-se que a solicitação para Tomografia Computadorizada de Crânio (TCC) pode ser feita pelo médico pediatra ou clínico geral, desde que este RN já tenha laudo inconclusivo de Ultrassonografia Transfontanela (US-TF), uma vez que este é o exame considerado como primeira escolha para identificação de achados inespecíficos. Portanto é item necessário para solicitação de TCC em RN com alterações sugestivas de infecção congênita o laudo inconclusivo da US-TF.

É de suma importância que os profissionais da sala de parto e aqueles envolvidos no cuidado ao recém-nascido fiquem atentos aos principais achados relacionados à SCZ apresentados ao nascer e dentro do primeiro mês de vida, tais como:

Quadro 8: Alterações mais comuns identificadas ao nascer e dentro do primeiro mês de vida.

Alterações em Exame de Imagem	Alterações na Visão ou Audição	Alterações Neurossensoriais	Achados Clínicos Dismorfológicos
<ul style="list-style-type: none"> - Calcificações cerebrais; - Distúrbio do desenvolvimento cortical cerebral; - Predomínio fronto parietais do espessamento cortical; - Polimicrogiria; - Simplificação do padrão de giriação/sulcação cerebral; - Ventriculomegalia/Dilatação ventricular; - Alteração do padrão de fossa posterior; - Hipoplasia de tronco cerebral, cerebelo, corpo caloso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alterações no mapeamento de retina; - Lesão do epitélio retiniano, pigmentary findings; - Lesões circulares atróficas da retina; - Alterações de Nervo Óptico (hipoplasia, atrofia parcial ou completa, aumento da escavação papilar); - Alteração da função visual; - Avaliação da Função Auditiva; - Emissões Otoacústicas; - BERA. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alterações do tônus muscular; - Alteração de postura; - Exagero dos reflexos primitivos; - Hiperexcitabilidade; - Hiperirritabilidade; - Crises epiléticas; - Dificuldade de sucção e deglutição; - Disfagia; - Alterações de Fundoscopia (retina e nervo óptico); - Movimentos oculares anormais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Microcefalia (-2 dp); - Desproporção craniofacial; - Deformidade articulares e de membros.

2.3.4 ÓBITO FETAL, NATIMORTO OU NEONATAL PRECOCE

Atente-se para a ocorrência de casos de:

- Óbito fetal, natimorto ou óbito neonatal precoce com microcefalia e/ou outras condições sugestivas de infecção congênita (STORCH+Z), deve-se:

1. Solicitar autorização da família para realização de necropsia;
2. Preencher a ficha do RESP;
3. Notificar o CIEVS Estadual;
4. Encaminhar natimorto juntamente com a autorização da família e certidão de nascimento para o Serviço de Verificação de Óbito (SVO) para coleta do material (para o município de Campo Grande);

Ou

Solicitar médico legista do Instituto Médico e Odontológico Legal (IMOL) in loco para coleta de material de natimorto (somente para os municípios de Aquidauana, Corumbá, Coxim, Jardim, Dourados, Miranda, Naviraí, Paranaíba, Ponta Porã e Três Lagoas que possuem médicos legistas do IMOL);

5. Realizar a coleta de material, sendo 1 cm³ de cérebro, fígado, coração, pulmão, rim e baço;

Enviar imediatamente as amostras para o LACEN acondicionadas em caixa de transporte com temperatura de 2 a 8°C (conservar em freezer a -20° até o envio ao laboratório) para os casos de Diagnóstico Laboratorial por RT-PCR e Isolamento Viral;

E

Enviar imediatamente as amostras conservadas em formalina tamponada a 10% para o LACEN acondicionadas em caixa de transporte sem gelox (conservar em temperatura ambiente) para os casos de Diagnóstico Laboratorial Histopatológico e Imuno-histoquímico.

- Aborto espontâneo sugestivo de infecção congênita - STORCH+Z (dentro das primeiras 22 semanas de gestação), deve-se:

1. Solicitar autorização da família para realização de necropsia (quando possível) ou coletar amostra de tecido do aborto;
2. Preencher a ficha do RESP;
3. Notificar o CIEVS Estadual;
4. Encaminhar feto juntamente com a autorização da família para o Serviço de Verificação de Óbito (SVO) para coleta do material (para o município de Campo Grande);

Ou

Solicitar médico legista do IMOL in loco para coleta de material do aborto (somente para os municípios de Aquidauana, Corumbá, Coxim, Jardim, Dourados, Miranda, Naviraí, Paranaíba, Ponta Porã e Três Lagoas que possuem médicos legistas do IMOL);

5. Realizar a coleta de material do feto, sendo 1 cm³ de cérebro, fígado, coração, pulmão, rim e baço, ou amostras do tecido fetal;

Enviar imediatamente as amostras para o LACEN acondicionadas em caixa de transporte com temperatura de 2 a 8°C (conservar em freezer a -20° até o envio ao laboratório) para os casos de Diagnóstico Laboratorial por RT-PCR e Isolamento Viral;

E

Enviar imediatamente as amostras conservadas em formalina tamponada a 10% para o LACEN acondicionadas em caixa de transporte sem gelo (conservar em temperatura ambiente) para os casos de Diagnóstico Laboratorial Histopatológico e Imuno-histoquímico.

2.3.4.1 CRITÉRIOS PARA NOTIFICAÇÃO

Seguem abaixo as orientações sobre a notificação de óbitos, aborto e natimorto.

Quadro 9: Critérios para notificação de óbitos, aborto e natimorto.

NOTIFICAÇÃO DE ÓBITOS SUSPEITOS DE SÍNDROME CONGÊNITA	
Óbito neonatal precoce	Deve ser notificado todo óbito neonatal precoce (ocorrido até sete (7) dias de vida), que apresente um ou mais dos seguintes critérios: <ul style="list-style-type: none">• Cujas mães tenham relatado exantema e/ou febre sem causa definida durante a gestação;• Quando a mãe apresentar resultado laboratorial positivo ou reagente para STORCH+Z (Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes Simplex ou Zika Vírus), realizado durante a gestação ou dentro das primeiras 48 horas após o parto.
Natimorto ou óbito fetal	Deve ser notificado todo óbito fetal (antes da expulsão ou da extração completa do corpo da mãe) ou natimorto (que depois da separação não respirar, nem apresentar nenhum outro sinal de vida, como batimentos do coração, pulsações do cordão umbilical ou movimentos efetivos dos músculos de contração voluntária), que apresente um ou mais dos seguintes critérios: <ul style="list-style-type: none">• CRITÉRIO ANTROPOMÉTRICO

	<p>- Diâmetro ou circunferência craniana menor ou igual a menos dois (-2) desvios-padrão, de acordo com a idade gestacional e sexo na Tabela do InterGrowth (anexo 2), obtido durante a gestação por ultrassonografia ou mensurado no parto.</p> <ul style="list-style-type: none"> • CRITÉRIO CLÍNICO <p>- Desproporção craniofacial (macro ou microcraniana em relação à face); - Malformação articular dos membros (artogripose); - Relato de exantema E/OU febre sem causa definida durante a gestação;</p> <ul style="list-style-type: none"> • CRITÉRIO LABORATORIAL <p>- Quando a gestante ou mãe apresentar resultado laboratorial positivo ou reagente para STORCH+Z (Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes Simplex ou Zika Vírus), realizado durante a gestação ou dentro das primeiras 48 horas após o parto.</p>
Aborto	<p>Deve ser notificado todo aborto espontâneo, ou seja, que tenha ocorrido dentro das primeiras 22 semanas de gestação e que apresente um ou mais dos seguintes critérios:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Relato de exantema e/ou febre sem causa definida durante a gestação; • Quando a gestante apresentar resultado laboratorial positivo ou reagente para STORCH+Z (Sífilis, Toxoplasmose, Rubéola, Citomegalovírus, Herpes Simplex ou Zika Vírus), realizado durante a gestação ou dentro das primeiras 48 horas a partir do evento ou quando do atendimento médico para esta situação. • Ultrassonografia fetal apresentando alterações conforme tabela disponível no documento completo, acessível em www.saude.gov.br/svs.

Enquanto for mantida a declaração de Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional, ou, até que haja novas orientações divulgadas pelo Ministério da Saúde, os novos casos de óbitos (neonatal precoce, natimorto, óbito fetal, aborto espontâneo) suspeitos de microcefalia ou outras alterações possivelmente associadas à infecção pelo *Vírus Zika* e outras etiologias infecciosas deverão continuar sendo registrados no RESP, atendendo os seguintes critérios:

- **Óbito neonatal precoce** é um critério novo de registro e deverá ser registrado no campo do RESP em algum dos critérios de notificação e classificado como óbito;
- **Natimorto ou óbito fetal** deverá ser registrado no campo do RESP – Natimorto com microcefalia e/ou alterações do SNC, sendo que o óbito fetal deve estar melhor descrito ao longo do formulário, incluindo a data precisa do óbito;
- **Aborto** deverá ser registrado no campo do RESP – Aborto espontâneo (até 22 semanas de gestação).

2.3.4.2 REFERÊNCIAS MICRORREGIONAIS PARA COLETA DE MATERIAL SUSPEITO PELO LEGISTA

Somente haverá coleta de material de óbito fetal, natimorto, óbito neonatal ou aborto dos casos com microcefalia e/ou outras condições sugestivas de infecção congênita (STORCH+Z) residentes nos municípios de Campo Grande, pois este possui o Serviço de Verificação de Óbito (SVO), e Aquidauana, Corumbá, Coxim, Jardim, Dourados, Miranda, Naviraí, Paranaíba, Ponta Porã e Três Lagoas, pois estes possuem médicos legistas do Instituto Médico e Odontológico Legal (IMOL) que realizam plantão in loco. Nos demais municípios do estado esta coleta não será realizada, devido às inúmeras dificuldades logísticas e legais para transporte do corpo. Para tanto, orienta-se coleta de sangue pós morte para os casos ocorridos nos demais municípios onde não for possível a realização da necropsia.

2.4 ALTA DO RECÉM-NASCIDO

Na **alta do recém-nascido e da puérpera sem risco deve ser garantido** o referenciamento para consulta puerperal e puericultura na Atenção Básica em até 05 dias após o parto, cumprindo o disposto pelo Ministério da Saúde no “5º Dia de Saúde Integral”.

A **alta do recém-nascido com anomalias congênitas e/ou alterações do SNC** somente deverá ocorrer quando a criança:

- Demonstrar estabilidade clínica e curva ascendente de peso;
- Apresentar capacidade para alimentar-se por via oral ou enteral para garantir o crescimento adequado;
- Apresentar capacidade de manter a temperatura corporal normal;
- Apresentar função cardiorrespiratória estável e fisiologicamente madura.

Antes do momento da alta deve ser assegurado que todas as coletas necessárias (conforme “Quadro 3: Instruções para coleta de amostras para diagnóstico laboratorial de casos suspeitos de recém-nascidos até o 8º dia de vida.”) tenham sido realizadas, deve ser garantida a realização das triagens neonatais (TBN, TAN e TON) e exames diagnósticos complementares (US-TF e/ou TCC e Fundoscopia) na própria instituição e, caso esta não realize algum destes, o RN deverá sair da instituição com os encaminhamentos regulados e em mãos. Deverá ser realizado, também, o Relatório de Alta contendo a história materna e gestacional, condições de nascimento, diagnósticos, procedimentos, medicações utilizadas, resultados de exames, avaliação neurológica, necessidade de seguimento e interconsultas com especialistas, recomendações e planejamento do acompanhamento a fim de facilitar a condução da criança tanto na unidade básica de saúde quanto nos ambulatórios de seguimento (Anexo 4 – Modelo do Relatório de Alta).

Atendendo o disposto na Portaria Interministerial nº405 do dia 15 de março de 2016 a qual institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) e do Sistema Único de Assistência Social (SUAS), a Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia, o estado de Mato Grosso do Sul resolve que somente adotará a estratégia de realização do Laudos Médico Circunstanciado em caso de surto/epidemia de nascimento de crianças com microcefalia sugestiva de infecção congênita (Anexo 5 – Modelo de Laudo Médico Circunstanciado).

A Estratégia de Ação Rápida para o Fortalecimento da Atenção à Saúde e da Proteção Social de Crianças com Microcefalia tem como objetivo geral esclarecer, no mais curto prazo e na forma mais confortável para as crianças e suas famílias, o diagnóstico de todos os casos suspeitos, otimizando o uso da capacidade instalada disponível, e orientando a continuidade da Atenção à Saúde de todas as crianças com diagnóstico confirmado ou excluído para microcefalia.

Esta estratégia prevê, dentre outros, a completa avaliação clínica da criança do ponto de vista pediátrico, neurológico, oftalmológico, auditivo e outras avaliações necessárias e caso haja necessidade a emissão de Laudos Médico Circunstanciado, com base na avaliação da equipe, que contenha as informações mínimas necessárias sobre

o diagnóstico e a condição clínica da criança, com a finalidade de planejar o cuidado e de instruir o processo de concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC).

Em Mato Grosso do Sul ficaram estabelecidas referências para o atendimento ao RN com suspeita de Síndrome Congênita do *Vírus Zika* (Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian e Hospital Universitário da Grande Dourados), referências estas responsáveis pelo parto, acompanhamento do RN, realização dos exames/procedimentos preconizados, pela elaboração do Relatório de Alta com a finalidade de planejar a continuidade do cuidado na atenção básica e ambulatoriais e, pela elaboração do Laudo Médico Circunstanciado a fim de instruir o processo de concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC). Tem a responsabilidade ainda de definir e encaminhar cada criança com microcefalia e/ou outras alterações congênicas, de acordo com suas necessidades, ao(s) serviço(s) assistencial(is) mais adequado(s) para prover a assistência na puericultura, estimulação precoce e atenção especializada, conforme os protocolos assistenciais estabelecidos pelo Ministério da Saúde.

Tabela 11 - Referências Regionais para atendimento ao RN Suspeito de Síndrome Congênita pelo *Vírus Zika*.

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	LOCAL	ENDEREÇO
Campo Grande	Campo Grande	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (67) 3345-3001	Av. Senador Filinto Muller, 355 - Pioneiros
Corumbá			
Dourados	Dourados	Hospital Universitário da Grande Dourados (67) 3410-3000	R. Geronimo Marques Matos, 558 - Altos do Indaiá – Rod. MS 379 KM 12
Três Lagoas	Campo Grande	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (67) 3345-3001	Av. Senador Filinto Muller, 355 - Pioneiros

IMPORTANTE: O encaminhamento para estas referências se dará quando houver surto/epidemia de nascimento de crianças com Síndrome Congênita do Vírus Zika (SCZ) em Mato Grosso do Sul e o mesmo se dará apenas via regulação. Enquanto a situação do estado não for considerada surto/epidemia todas as maternidades/hospitais de nascimento de crianças com SCZ são responsáveis pela realização do relatório de alta, exames/procedimentos e, caso a instituição não realize algum exame/procedimento é de sua responsabilidade fazer com que o RN tenha alta munida dos encaminhamentos.

2.5 ESTIMULAÇÃO PRECOCE DO DESENVOLVIMENTO NEUROPSICOMOTOR DE RN DE RISCO

A estimulação precoce pode ser definida como um programa de acompanhamento e intervenção clínico-terapêutica multiprofissional com bebês de alto risco, buscando o melhor desenvolvimento possível, por meio da diminuição de sequelas do desenvolvimento neuropsicomotor, bem como de efeitos na aquisição da linguagem, na socialização e na estruturação subjetiva, podendo contribuir, inclusive, na estruturação do vínculo mãe/bebê e na compreensão e no acolhimento familiar dessas crianças.

Entre as condições biológicas de risco para o desenvolvimento infantil estão: prematuridade, asfixia perinatal, hemorragia periventricular, displasia broncopulmonar, distúrbios bioquímicos do sangue (hipoglicemia, policitemia e hiperbilerrubinemia), malformações congênicas (por exemplo, a **microcefalia**), infecções congênicas ou

perinatais (toxoplasmose, sífilis, rubéola, herpes, HIV, citomagalovírus), restrição ao crescimento uterino e mães usuárias de drogas .

O desenvolvimento da criança não depende apenas da maturação do sistema nervoso central (SNC), mas também de vários outros fatores: biológicos, relacionais, afetivos, simbólicos, contextuais e ambientais. Essa pluralidade de fatores e dimensões envolvidas com o desenvolvimento infantil se expressa nas vivências e nos comportamentos dos bebês e das crianças, nos modos como agem, reagem e interagem com objetos, pessoas, situações e ambientes. Para tanto, se faz necessária a realização da estimulação precoce de bebês de risco (assim como os nascidos com microcefalia) a fim de promover a harmonia do desenvolvimento entre vários sistemas orgânicos funcionais (**áreas: motora, sensorial, perceptiva, proprioceptiva, linguística, cognitiva, emocional e social**) dependentes ou não da maturação do Sistema Nervoso Central (SNC).

Qualquer programa de estimulação do desenvolvimento da criança deve ter seu início desde o nascimento até os três anos de idade, uma vez que esta é a fase em que o cérebro se desenvolve mais rapidamente.

OBS.: Seguir as “Diretrizes de Estimulação Precoce – Crianças de zero a 3 anos com Atraso no Desenvolvimento Neuropsicomotor Decorrente de Microcefalia” e o caderno do DAB “A estimulação precoce na Atenção Básica guia para abordagem do desenvolvimento neuropsicomotor pelas equipes de Atenção Básica, Saúde da Família e Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf), no contexto da síndrome congênita por *Zika*”, ambos do Ministério da Saúde, para nortear as ações a serem desenvolvidas pela Atenção Básica e pelas Referências na Estimulação Precoce de 100% dos RN/bebês de risco.

A estimulação precoce deverá acontecer no município de residência do RN/bebê, sempre em trabalho conjunto com os NASF, e, caso o diagnóstico da microcefalia seja confirmado e a criança tenha os diagnósticos de deficiência sensorial e/ou neuropsicomotor é necessário o encaminhamento da mesma, de imediato, para os serviços de reabilitação.

IMPORTANTE: Acionar o CRAS para concessão do Benefício de Prestação Continuada (BPC), para os casos de crianças com microcefalia e iniciar o acompanhamento no programa Criança Feliz (Decreto nº 8.869, de 5 de outubro de 2016).

A reabilitação da criança com algum comprometimento sensorial e/ou neuropsicomotor deverá acontecer, preferencialmente no município de residência, no CER, Pestalozzi, APAE ou outro estabelecimento do município que contenha minimamente fonoaudiólogo, fisioterapeuta e terapeuta ocupacional. Segue abaixo a lista de referências.

Tabela 12 - Referências Microrregionais para Reabilitação.

REGIÃO DE SAÚDE	MICRO	MUNICÍPIO	LOCAL	ENDEREÇO
Campo Grande	Aquidauana	Anastácio	APAE (67) 9984-0051	Av. Manoel Murтинho, 1500 - Centro
		Aquidauana	PESTALOZZI (67) 3241-4106	R. Oscar Trindade de Barro, 315 - Serraria

		Dois irmãos do Buriti	APAE (67) 3243-1714	R. Aquidauana, 2050
Campo Grande	Campo Grande		Centro Especializado em Reabilitação – CER IV/APAE (67) 3045-5005	R. Carlinda Tognini, 251 – Vila Progresso
			PESTALOZZI (67) 3316-7600	R. Pernambuco, 1253
	Camapuã		Clínica Municipal de Reabilitação (67) 3286-2456	R. Campo Grande, 198
	Chapadão do Sul		APAE (67) 3562-1854	R. Cassilândia, 948
	Costa Rica		APAE (67) 3247-1699	R. 17 de junho, 334
	Maracaju		APAE (67) 3454-1398	R. Pereira do Lago, 2361
	Ribas do Rio Pardo		Centro de Fisioterapia Municipal (67) 3238-1251	R. Julio Viana, 88
			Unidade Básica de Saúde	R. Valdemar da Silva, 754
	Rio Negro		APAE (67) 3278-1497	R. Senador Feijó, s/n
	São Gabriel do Oeste		APAE (67) 3295-1835	R. Albino de Souza Brandão, 906
			Centro Especializado em Reabilitação – CER II (67) 99819-7169	R. Rio Grande do Sul, 1360 - Centro
	Sidrolândia		APAE (67) 3272-1525	R. Ponta Porã, 111
	Terenos		Centro de Reabilitação de Terenos (67) 3246-0009	R. Estevão Arnaldo de Figueiredo, 182 – Centro
	Coxim	Sonora		APAE (67) 3254-1100
Jardim	Bela Vista		Clínica de Reabilitação e Fisioterapia Renato Waldson M. Silva	R. Duque de Caxias, s/nº
	Bonito		Centro Especializado em Reabilitação (67) 3255-2640	R. Dr. Conrado, 600
	Guia Lopes da Laguna		APAE (67) 3269-1727	R. Quintino Bocaiúva, 1842
	Jardim		Centro de Especialidades Médicas Dr Joao Carlos O. de Moraes (67) 3251-3143	R. Paraná, 48
Corumbá	Corumbá	Corumbá	Centro Especializado em Reabilitação – CER II/APAE (67) 3013-1944 / 3231-3602	R. Santa Terezinha, 705 - Maria Leite
Dourados	Dourados	Dourados	APAE (67) 3421-4972	R. General Osório, 3625 - Jardim Itaipu
			PESTALOZZI (67) 3424-1851	R. Dom João VI, 905
		Fátima do Sul	APAE (67) 3467-2896	R. Nenego Gratival, 2015
		Glória de Dourados	APAE (67) 3466-1260	R. Dr. Tancredo A. Neves, s/nº
	Rio Brillhante	APAE (67) 3452-7312	R. Julio S. Maia, 2235	
	Nova Andradina	Ivinhema	APAE (67) 3442-1138	R. Reinaldo Masse, 872
		Nova Andradina	APAE (67) 3441-1443	R. João Teodoro Braga, 1615
	Naviraí	Eldorado	APAE (67) 3473-1715	R. Florisvaldo Ribeiro Bessa, 375
		Naviraí	APAE (67) 3461-2273	Av. Mato Grosso, 1385
	Ponta Porã	Coronel Sapucaia		Unidade Básica de Saúde Moises Vitorio Bortolazo
Ponta Porã			APAE	R. Baltazar Sadanha, 100

			(67) 3431-2598	
Três Lagoas	Paranaíba	Inocência	APAE (67) 3574-1609	R. Jaime David, 846
		Paranaíba	APAE (67) 3668-2865	Rod. Dionario F. Dias, Km 1, Jardim Karina
	Três Lagoas	Bataguassu	Centro de Reabilitação e Fisioterapia de Bataguassu (67) 3541-1853	Avenida Campo Grande
		Santa Rita do Pardo	Unidade Básica de Saúde José Francisco Pereira (67) 3591-1434	R. Dr. Prudente de Moraes, 1148
		Três Lagoas		APAE (67) 3521-2789
	Centro Especializado em Reabilitação – CER II/APAE (67) 3521-6670		Av: Avenida Filinto Muller, 95 - Centro	

3 DIRETRIZES PARA ATENDIMENTO À PUÉRPERA E AO RECÉM-NASCIDO NA ATENÇÃO BÁSICA

No âmbito da Rede Cegonha, preconiza-se a realização do “5º Dia de Saúde Integral”, trata-se de uma estratégia em saúde na qual são realizadas atividades na atenção à saúde de puérperas e recém-nascidos (RN). Recomenda-se uma visita domiciliar na primeira semana após a alta do bebê, caso o RN tenha sido classificado como de risco, a visita deverá acontecer nos primeiros 3 dias após a alta. O retorno da mulher e do recém-nascido sem risco ao serviço de saúde e uma visita domiciliar, entre 5 a 10 dias após o parto, devem ser incentivados desde o pré-natal, na maternidade e pelos agentes comunitários de saúde na visita domiciliar.

Visita domiciliar da equipe e/ou enfermeiro e/ou ACS:

- Avaliar o estado geral do bebê;
- Verificar o aleitamento materno;
- Queixas da mãe (febre, dor, sangramento, dificuldades na amamentação e outros);
- Agendamento da primeira consulta na Unidade de Saúde (caso não saia agendado da maternidade);
- Verificar o registro civil de nascimento.

Consulta na Unidade de Saúde:

- Avaliação Clínica do estado de saúde da mulher e do recém-nascido (médica e de enfermagem);
- Imunização (incluindo a checagem da vacina contra Tuberculose e Hepatite B para o bebê e vacina contra Rubéola para mãe);
- Triagens Neonatais (auditiva, biológica e ocular):
 - * Coletar imediatamente o “teste do pezinho” e encaminhar ao IPED/APAE (vide diretriz 2);
 - * Verificar a realização na maternidade da triagem auditiva, caso não tenha sido realizada e o bebê ainda não tenha sido encaminhado, realizar o encaminhamento imediato para referência (vide diretriz 2);
 - * Verificar a realização da triagem ocular na maternidade, caso não tenha sido realizada, o fazer imediatamente na primeira consulta e periodicamente durante as consultas de puericultura, conforme preconizado (vide diretriz 2);
- Identificação das crianças em situação de risco ao nascer (incluindo as crianças com microcefalia e/ou malformações congênitas e portadoras de doença falciforme e outras hemoglobinopatias);
- Apoio e incentivo ao aleitamento materno exclusivo até 06 meses de vida;
- Orientações sobre os cuidados com o bebê e sinais de alerta;
- Iniciar a suplementação da Vitamina A (vide instruções abaixo);
- Acompanhamento nutricional até 03 meses pós-parto no Programa Saúde de Ferro (vide instruções abaixo);
- Orientações para o planejamento familiar.

3.1 PROGRAMA NACIONAL DE SUPLEMENTAÇÃO DA VITAMINA A

A Vitamina A é um excelente aliado para o desenvolvimento infantil, assim como na redução da sua morbimortalidade. Para tanto, em 2005 o Ministério da Saúde criou o Programa Nacional da Suplementação de Vitamina A no qual é necessária a suplementação desta vitamina em 100% das crianças através de uma mega dose para as de 6 a 11 meses, e, a partir dos 12 até 59 meses uma dose a cada 06 meses, conforme tabela abaixo:

Quadro 10: Esquema para administração de vitamina A em crianças.

IDADE	DOSE	FREQUÊNCIA
Crianças: 6 – 11 meses	100.000 UI	Uma dose
Crianças: 12 – 59 meses	200.000 UI	Uma dose a cada 6 meses

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº Portaria nº 729, de 13 de maio de 2005.

Para a suplementação desta vitamina não é necessária prescrição médica e/ou de enfermagem e pode, inclusive, ser administrada pelo técnico de enfermagem na hora da vacina ou durante as campanhas de vacinação. É de suma importância antes da sua administração que o profissional de saúde pergunte a mãe da criança se ela já está fazendo uso de multivitamínicos, caso já esteja fazendo uso não faça a administração, evitando assim a superdosagem.

Observação: Importante destacar que as doses administradas devem, impreterivelmente, ser registradas no Sistema de Informação do PNSVA e na Caderneta da Criança.

3.2 PROGRAMA SAÚDE DE FERRO

O Programa Saúde de Ferro tem como proposta reduzir a prevalência de anemia por deficiência de ferro em crianças de 6 a 18 meses, gestantes e mulheres no pós-parto em todo o País.

A Anemia por Deficiência de Ferro é a carência nutricional de maior magnitude no mundo, sendo considerada uma carência em expansão em todos os segmentos sociais, atingindo principalmente crianças menores de dois anos e gestantes. Embora ainda não haja um levantamento nacional, estudos apontam que aproximadamente metade dos pré-escolares brasileiros sejam anêmicos (cerca de 4,8 milhões de crianças) com a prevalência chegando a 67,6% nas idades entre seis e 24 meses. No caso de gestantes, estima-se uma média nacional de prevalência de anemia em torno de 30%.

A população que deverá ser atendida, bem como as respectivas condutas de intervenção estão discriminadas no quadro abaixo.

Quadro 11: Esquema para suplementação de Sulfato Ferroso em Crianças, Gestantes e Puérperas.

População a ser atendida	Dosagem	Periodicidade	Tempo de permanência	Produto	Cobertura populacional
Crianças de 6 meses até 18 meses	25 mg de Ferro elementar	1 vez por semana	até completar 18 meses	Sulfato Ferroso	Universal
Gestantes a partir da 20ª semana	40 mg de Ferro elementar 5 mg de ácido fólico	todos os dias	até o final da gestação	Sulfato Ferroso Ácido Fólico	Universal
Mulheres no pós-parto e pós-aborto	60 mg de Ferro elementar	todos os dias	até o 3º mês pós-parto e pós-aborto	Sulfato Ferroso	Universal

Fonte: Brasil. Ministério da Saúde. Portaria Nº Portaria nº 1.977, de 12 de setembro de 2014.

Obs. 1: As gestantes devem ser suplementadas também com ácido fólico, pois esta vitamina também tem papel importante na gênese da anemia em gestantes (conforme conduta estabelecida pela Área Técnica da Saúde da Mulher – Ministério da Saúde).

Obs. 2: A suplementação também é recomendada nos casos de abortos, com a mesma conduta para as mulheres no pós-parto.

Obs. 3: Mulheres no pós-parto e pós-aborto e crianças portadoras de Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias **não devem ser suplementadas com Sulfato Ferroso**, este deve ser prescrito pelo hematologista.

3.3 PUERICULTURA

O Ministério da Saúde recomenda sete consultas de rotina no primeiro ano de vida (na 1ª semana, no 1º mês, 2º mês, 4º mês, 6º mês, 9º mês e 12º mês), além de duas consultas no 2º ano de vida (no 18º e no 24º mês) e, a partir do 2º ano de vida, consultas anuais.

Até os 02 anos de idade, a cada consulta, para 100% das crianças:

- verificar altura, peso e perímetro cefálico (conforme tabelas InterGrowth – para pré-termos até 64 semanas de idade gestacional corrida e tabela da OMS – para a termo e pós-termo. Tabelas em anexo 2, 3 e 4);
- realizar a avaliação clínica da criança, incluindo a avaliação do desenvolvimento neuropsicomotor;
- realizar o Teste do Reflexo Vermelho – TRV (“teste do olhinho”) como rastreamento, e, em casos de alteração encaminhar para referência para diagnóstico/tratamento (vide diretriz 2);
- verificar o esquema vacinal;
- verificar a suplementação da Vitamina A e, caso esteja no período recomendado, realizá-la;
- verificar a suplementação de Sulfato Ferroso e, caso esteja no período recomendado, realizá-la;
- realizar o acompanhamento odontológico das crianças desde o primeiro ano de vida;
- anotar todas as informações na caderneta da criança (incluindo os gráficos).

3.4 ACOMPANHAMENTO DO CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DE CRIANÇAS COM MICROCEFALIA E/OU MALFORMAÇÕES CONGÊNITAS

Considerando as várias lacunas ainda existentes no conhecimento sobre a infecção pelo Vírus Zika, sua patogenicidade, características clínicas e potenciais complicações, é recomendado à Atenção Básica atenção redobrada nas ações de Puericultura tanto para as crianças com alterações no sistema nervoso central e/ou alterações congênicas decorrentes ou não da infecção pelo *Vírus Zika*, mas principalmente para aquelas sem alterações e de mães sem queixas de infecção por este vírus pois estas também podem ter atraso no crescimento e desenvolvimento (alterações neuropsicomotoras) que devem ser acompanhadas de perto.

É de suma importância que a Atenção Básica promova o acolhimento, a orientação, o acompanhamento e a continuidade do cuidado às crianças com atraso no desenvolvimento e outras alterações neurológicas, promovendo a busca ativa dessas crianças e suas famílias e desenvolvendo ações intersetoriais com os Centros de Referência de Assistência Social (CRAS), Núcleo de Apoio à Saúde da Família (Nasf) e Ambulatórios de Especialidades/Serviços de Reabilitação, caso possuir, tais como:

- CRAS: A atenção básica deverá encaminhar a criança com alterações no sistema nervoso central e/ou alterações congênicas ao CRAS para acesso ao Benefício de Prestação Continuada (BPC), o BPC é um benefício assistencial instituído pela Constituição Federal de 1988 e é pago às pessoas idosas e pessoas com deficiência cuja renda familiar mensal por pessoa seja inferior a ¼ (um quarto) do salário mínimo;

- Nasf: As equipes dos NASF devem atuar de maneira integrada e complementar às Unidades de Saúde, com o objetivo de promover a integralidade e resolutividade do cuidado. Nesse sentido o NASF e as Equipes de Saúde (Tradicional e da Família) tem a responsabilidade compartilhada no cuidado às crianças desde o pré-natal até a reabilitação.

É de responsabilidade destas equipes (Nasf e Equipes de Saúde Tradicional e da Família) o acompanhamento específico de cada caso, levando em consideração as suas condições e necessidades, devendo este ser elaborado através de um Plano Terapêutico Singular (PTS);

- Ambulatórios de Especialidades/Serviços de Reabilitação: Os recém-nascidos com alterações no sistema nervoso central e/ou alterações congênicas decorrentes ou não da infecção pelo *Vírus Zika* devem ter seu diagnóstico garantido ainda na atenção hospitalar antes da alta, caso não seja possível, a Atenção Básica é a responsável pela sua garantia com o encaminhamento aos ambulatórios de especialidades e/ou serviços de reabilitação (ver listas de referências no item “2 Diretrizes para atendimento à gestante e recém-nascido na atenção hospitalar”, conforme necessidade da criança).

É de suma importância que todos os RN com anomalias congênicas e/ou alterações no sistema nervoso central mantenham as consultas de Puericultura na Atenção Básica, mesmo que estes estejam sendo acompanhados por algum ambulatório de especialidade ou serviço de reabilitação, e que os profissionais fiquem atentos aos principais achados relacionados à Síndrome Congênita Associada à Infecção pelo *Vírus Zika* apresentados dentro e após o primeiro mês de vida, tais como:

Quadro 12: Alterações mais comuns identificadas ao nascer e dentro do primeiro mês de vida.

Alterações em Exame de Imagem	Alterações na Visão ou Audição	Alterações Neurosensoriais	Achados Clínicos Dismorfológicos
<ul style="list-style-type: none"> - Calcificações cerebrais; - Distúrbio do desenvolvimento cortical cerebral; - Predomínio fronto parietais do espessamento cortical; - Polimicrogiria; - Simplificação do padrão de giração/sulcação cerebral; - Ventriculomegalia/Dilatação ventricular; - Alteração do padrão de fossa posterior; - Hipoplasia de tronco cerebral, cerebelo, corpo caloso. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alterações no mapeamento de retina; - Lesão do epitélio retiniano, pigmentary findings; - Lesões circulares atroficas da retina; - Alterações de Nervo Óptico (hipoplasia, atrofia parcial ou completa, aumento da escavação papilar); - Alteração da função visual; - Avaliação da Função Auditiva; - Emissões Otoacústicas; - BERA. 	<ul style="list-style-type: none"> - Alterações do tônus muscular; - Alteração de postura; - Exagero dos reflexos primitivos; - Hiperexcitabilidade; - Hiperirritabilidade; - Crises epiléticas; - Dificuldade de sucção e deglutição; - Disfagia; - Alterações de Fundoscopia (retina e nervo óptico); - Movimentos oculares anormais. 	<ul style="list-style-type: none"> - Microcefalia (-2 dp); - Desproporção craniofacial; - Deformidade articulares e de membros.

Quadro 13: Alterações mais comuns identificadas após o primeiro mês de vida.

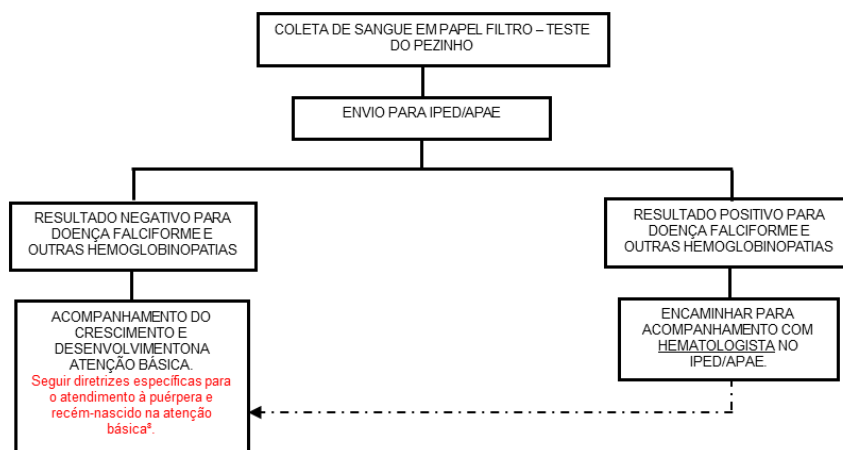
Alterações Físicas	Alterações Funcionais	Alterações Neurosensoriais
<p>Mais frequente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Desproporção craniofacial; - Alteração de PC/hidrocefalia pela expansão da fontanela anterior; - Visuais (desatenção visual/ estrabismo manifestos/nistagmo); - Hipertonia; - Luxação congênita de quadril; <p>Frequente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alterações auditivas (perda auditiva sensorio-neural uni ou bilateral); <p>Raramente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Microftalmia; - Alteração em genitália-criptorquia/ hipospadia. 	<p>Mais frequente</p> <ul style="list-style-type: none"> - RGE/disfagia; - Epilepsia/espasmos; - Irritabilidade; - Alterações visuais; - Hipertonia/persistência dos reflexos arcaicos (RTCA); <p>Frequente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alterações auditivas (perda auditiva sensorio-neural uni ou bilateral). 	<p>Mais frequente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alterações estruturais do SNC (calcificação, dismorfias do corpo caloso e ventriculomegalia); - Alterações do BERA/ EOA (tira da lista de alteração muito comum, necessidade de fazer o BERA); - Alterações no mapeamento de Retina/reflexo olho vermelho/Foto documentação digital da retina (RetCam); <p>Raramente</p> <ul style="list-style-type: none"> - Catarata; - Glaucoma; - Microftalmia; - Coloboma.

3.5 RECÉM-NASCIDO COM DOENÇA FALCIFORME E OUTRAS HEMOGLOBINOPATIAS

O diagnóstico para os RN portadores de DF se dá através da eletroforese de hemoglobina realizada no Teste do Pezinho, conforme fluxograma abaixo.

Em caso positivo é necessário que o RN seja acompanhado pelo hematologista no IPED/APAE, durante o primeiro ano de vida, e após nas referências, conforme item “Tabela 13 - Referências Regionais para Acompanhamento dos Recém-nascidos e Crianças com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias”.

Fluxograma para Recém-nascidos com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias



OBS.: Entende-se como hemoglobinopatias a anemia falciforme e outras (S/Beta talassemia, SC, SD, SE e outras).

Tabela 13 - Referências Regionais para Acompanhamento dos Recém-nascidos e Crianças com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias.

IDADE	REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	LOCAL	ENDEREÇO
Recém-nascido até 01 (um) ano de idade	Mato Grosso do Sul	Campo Grande	IPED/APAE (67) 3348-7800	R. Estevão Capriata, 285 – Vila Progresso
A partir de 01 (um) ano de idade	Campo Grande	Campo Grande	Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (67) 3378-2500	Av. Engenheiro Lutero Lopes, 36 - Conj. Aero Rancho
	Corumbá		Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (67) 3345-3001	Av. Senador Filinto Muller, 355 - Pioneiros
	Dourados	Dourados	Hospital Universitário da Grande Dourados (67) 3410-3000	R. Geronimo Marques Matos, 558 - Altos do Indaiá – Rod. MS 379 KM 12
	Três Lagoas	Campo Grande	Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (67) 3378-2500	Av. Engenheiro Lutero Lopes, 36 - Conj. Aero Rancho
	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (67) 3345-3001		Av. Senador Filinto Muller, 355 - Pioneiros	

Os recém-nascidos diagnosticadas com DF até 01 ano de idade serão acompanhadas pelo hematologista no IPED/APAE, sendo de responsabilidade do mesmo a busca ativa das crianças com o apoio das Unidades de Saúde

(Equipes de Saúde Tradicional e da Família). A partir de 01 ano de idade o IPED/APAE encaminhará as crianças, via regulação, para acompanhamento com hematologista em uma das três referências pactuadas conforme regionalização (HRMS, HUMAP ou HU-UFGD).

No que se diz respeito às responsabilidades do IPED/APAE no acompanhamento das crianças com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias são:

1- Acompanhamento ambulatorial dos recém-nascidos diagnosticados até 01 ano de idade, incluindo a realização dos exames mínimos necessários para este acompanhamento, conforme a necessidade, tais como:

- Eletroforese de hemoglobina com hemoglobina F;
- Contagem de reticulócitos;
- Hemograma completo com plaquetas;
- TGO;
- TGP;
- Creatinina;
- Ácido úrico;
- HIV;
- HBsAg;
- Anti-HCV;
- Beta HCG sérico;
- Coleta de sangue para fenotipagem eritrocitária.

2- Ao ser diagnosticada com DF deverá ser coletado sangue da criança e encaminhado ao HEMOSUL para realização da **fenotipagem eritrocitária (ou fenotipagem sanguínea)**, pois caso futuramente ela necessite de uma transfusão já terá seu perfil sanguíneo identificado, e por sua vez o HEMOSUL enviará o resultado ao IPED/APAE;

3- A criança que realizou a **fenotipagem sanguínea e for fenotipada** deverá ter esta informação anotada na Caderneta de Saúde da Criança;

4- Encaminhar periodicamente ao HEMOSUL lista atualizada de crianças, de 0 a 5 anos, diagnosticadas com DF contendo as informações mínimas (nome completo da mãe e da criança, endereço de residência completo e unidade de saúde de referência) para que o HEMOSUL consiga disponibilizar a Penicilina Oral às crianças nas referências regionais conforme item “Tabela 14 - Referências Regionais para Retirada da Penicilina Oral”;

5- Assegurar o encaminhamento via regulação das crianças acima de 01 ano de idade para continuidade do atendimento ambulatorial nas referências conforme item “Tabela 13 - Referências Regionais para Acompanhamento dos Recém-nascidos e Crianças com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias”, ou seja, na última consulta realizada no ambulatório do IPED/APAE a criança deverá sair com o agendamento da continuidade do atendimento na referência em mãos.

Quanto às responsabilidades do HEMOSUL são:

- 1- Realizar a fenotipagem sanguínea de todas as crianças diagnosticadas com DF e encaminhar resultado do exame (laudo) ao IPED/APAE;
- 2- Distribuir a Penicilina Oral (medicamento de uso profilático para crianças com DF de 0 a 5 anos) para as referências conforme item “Tabela 14 - Referências Regionais para Retirada da Penicilina Oral”;
- 3- Capacitar os farmacêuticos das referências para dispensação correta da Penicilina Oral, assim como sobre as informações mínimas que devem ser passadas aos responsáveis legais das crianças com DF para correta administração do medicamento;
- 4- Realizar o controle de estoque e de dispensação da Penicilina Oral no estado de Mato Grosso do Sul.

Tabela 14 - Referências Regionais para Retirada da Penicilina Oral.

IDADE	REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	LOCAL	ENDEREÇO
Recém-nascido até 01 (um) ano de idade	Mato Grosso do Sul	Campo Grande	IPED/APAE (67) 3348-7800	R. Estevão Capriata, 285 – Vila Progresso
A partir de 01 (um) ano de idade	Campo Grande	Campo Grande	Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (67) 3378-2500	Av. Engenheiro Lutero Lopes, 36 - Conj. Aero Rancho
	Corumbá		Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (67) 3345-3001	Av. Senador Filinto Muller, 355 - Pioneiros
	Dourados	Dourados	Hospital Universitário da Grande Dourados (67) 3410-3000	R. Geronimo Marques Matos, 558 - Altos do Indaiá – Rod. MS 379 KM 12
	Três Lagoas	Campo Grande	Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (67) 3378-2500	Av. Engenheiro Lutero Lopes, 36 - Conj. Aero Rancho
	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (67) 3345-3001		Av. Senador Filinto Muller, 355 - Pioneiros	

Para os casos de urgência e emergência o atendimento deverá ser realizado em uma das localidades pactuadas (HRMS, HUMAP ou HU-UFGD), independente da idade da criança, e conforme região de saúde.

Tabela 15 - Referências Regionais para Atendimento de Urgência e Emergência dos Recém-nascidos e Crianças com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias.

REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	LOCAL	ENDEREÇO
Campo Grande	Campo Grande	Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (67) 3378-2500	Av. Engenheiro Lutero Lopes, 36 - Conj. Aero Rancho
Corumbá		Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (67) 3345-3001	Av. Senador Filinto Muller, 355 - Pioneiros
Dourados	Dourados	Hospital Universitário da Grande Dourados (67) 3410-3000	R. Geronimo Marques Matos, 558 - Altos do Indaiá – Rod. MS 379 KM 12
Três Lagoas	Campo Grande	Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (67) 3378-2500	Av. Engenheiro Lutero Lopes, 36 - Conj. Aero Rancho
		Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (67) 3345-3001	Av. Senador Filinto Muller, 355 - Pioneiros

Quanto às responsabilidades da Atenção Básica (Equipes de Saúde Tradicional e da Família) no acompanhamento das crianças com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias são:

O acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança com doença falciforme deverá acontecer normalmente na atenção básica conforme descrito no item “3 Diretrizes para Atendimento à Puérpera e ao Recém-nascido na Atenção Básica – 3.3 Puericultura”, devendo a equipe atentar-se para:

- 1 - Comparecimento das crianças às consultas de acompanhamento com o hematologista na referência;
- 2 - Crianças de 0 a 5 anos deverão fazer o uso profilático da Penicilina Oral, verificar se a mesma está tendo acesso ao medicamento.
- 3- Crianças com prescrição de Hidroxiuréia, verificar se as mesmas estão tendo acesso ao medicamento.

Esta medicação é disponibilizada da mesma forma dos medicamentos do componente especializado, ou seja, pela Casa da Saúde aos Núcleos Regionais de Saúde - NRS - que dispensarão aos municípios conforme solicitação prévia encaminhada à Casa da Saúde que analisará a existência dos documentos necessários. Os municípios por sua vez deixarão a medicação disponível na farmácia central para retirada pelos usuários/responsáveis legais. Os municípios pertencentes à Região de Saúde de Campo Grande e o município de Corumbá deverão retirar o medicamento diretamente na Casa da Saúde, conforme quadro abaixo.

Tabela 16 - Referências Microrregionais para Retirada da Hidroxiuréia.

REGIÃO DE SAÚDE	MICRO	MUNICÍPIO	LOCAL	ENDEREÇO
Campo Grande	Aquidauana	Aquidauana	NRS de Aquidauana (67) 3241-4022 / 3008	R. Onório Simões Pires, 618
	Campo Grande	Campo Grande	Casa da Saúde (67) 3322-7116	Av. Afonso Pena, 3547 – Centro (esq. com a R. Bahia)
	Coxim	Coxim	NRS de Coxim (67) 3291-2079 / 1203	R. Delmiria Bandeira, 57
	Jardim	Jardim	NRS de Jardim (67) 3251-3355	R. Paraná, s/nº - Vila Angélica (esq. com R. Campo Grande)
Corumbá	Corumbá	Corumbá	Casa da Saúde (67) 3322-7116	Av. Afonso Pena, 3547 – Centro (esq. com a R. Bahia)
Dourados	Dourados	Dourados	NRS de Dourados (67) 3421-4111 / 4672	R. Hilda Bergo Duarte, 940 - Centro
	Nova Andradina	Nova Andradina	NRS de Nova Andradina (67) 3441-1888	Av. Ivinhema, 1252 – Capilé (ao lado da Clínica da Mulher)
	Naviraí	Naviraí	NRS de Naviraí (67) 3461-1046 / 2584	Av. Amélia Fukunda, 776
	Ponta Porã	Ponta Porã	NRS de Ponta Porã (67) 3431-2376 / 1644	R. Felizberto Marques, 35 – Santa Izabel
Três Lagoas	Paranaíba	Paranaíba	NRS de Paranaíba (67) 3503-1872	R. Benedito da Palma Oliveira, 577 – Santo Antonio
	Três Lagoas	Três Lagoas	NRS de Três Lagoas (67) 3521-3013 / 6702	R. Generoso Siqueira, 840 - Centro

- 4- Calendário vacinal diferenciado, incluindo duas doses da Vacina Pneumocócica, aos 2 e 7 anos de idade, conforme quadro abaixo.

Os municípios deverão solicitar as vacinas especiais para crianças com doença falciforme e outras hemoglobinopatias ao CRIE (Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais) que está localizado no HRMS – contato: (67) 3378-2729 – (horário de atendimento das 07:00 às 11:00) e este disponibilizará aos municípios.

Quadro 14: Calendário Vacinal Infantil e Especial para Doença Falciforme

IDADE	VACINA	DOSE
Ao nascer	BCG-ID Hepatite B	Dose única 1ª Dose
2 meses	Pentavalente (DTP+Hib+Hep. B) Vacina Poliomielite Inativada (VIP) Pneumocócica 10-valente (conjugada) Vacina Oral Rotavírus Humano	1ª Dose
3 meses	Vacina Meningocócica C	1ª Dose
4 meses	Pentavalente (DTP+Hib+Hep. B) Vacina Poliomielite Inativada (VIP) Pneumocócica 10-valente (conjugada) Vacina Oral Rotavírus Humano	2ª Dose
5 meses	Vacina Meningocócica C	2ª Dose
6 meses	Pentavalente (DTP+Hib+Hep. B) Vacina Poliomielite Inativada (VIP)	3ª Dose
9 meses	Vacina contra Febre Amarela	1ª Dose
12 meses	Tríplice Viral (Sarampo/Rubéola/Caxumba) Pneumocócica 10-valente Vacina Meningocócica C	1ª Dose Reforço Reforço
15 meses	Tríplice Bacteriana (DTP) Poliomielite (Vacina Oral) Hepatite A Tetraviral (SRCV)	1º Reforço 1º Reforço Dose única Dose única
2 anos	Vacina Pneumocócica 23	1ª Dose
4 anos	Tríplice Bacteriana (DTP) Poliomielite (Vacina Oral) Vacina contra Febre Amarela	2º Reforço 2º Reforço Reforço
Anualmente < 5 anos	Poliomielite (vacina oral) Influenza (sazonalidade)	Campanha nacional
7 anos	Vacina Pneumocócica 23	2ª Dose
9 anos	Vacina HPV (para meninas)	2 doses (0 e 180 dias)

3.6 QUANDO SUSPEITAR DE DOENÇA FALCIFORME E OUTRAS HEMOGLOBINOPATIAS?

Todos os profissionais das Unidades de Saúde (Equipes de Saúde Tradicional e da Família) devem estar atentos aos sinais e sintomas indicativos de Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias e rapidamente solicitar a eletroforese de hemoglobina para confirmação diagnóstica, pois apesar do Programa de Proteção à Gestante e do Teste do Pezinho (parceria da Secretaria de Estado de Saúde com o IPED/APAE) estar em vigor há muitos anos

sabe-se que a cobertura destes programas tanto na gestação quanto no nascimento não é de 100%, além de não existir o rastreamento para o restante da população que não se encaixa no padrão (gestantes ou recém-nascidos) ou para aquelas que se encaixaram quando a eletroforese de hemoglobina não estava incluída no rol de exames realizados. Deve-se estar atento aos seguintes sinais e sintomas em crianças, adolescentes e adultos:

- Anemia crônica sem melhora após acompanhamento clínico e suplementação com sulfato ferroso;
- Anemia acompanhada de crises de dor;
- Anemia acompanhada de infecções recorrentes;
- Anemia acompanhada de icterícia.

Ao apresentar estes sintomas, e após confirmação laboratorial (através da eletroforese de hemoglobina) encaminhar a criança, o adolescente ou adulto, via regulação, para consulta com hematologista conforme referências abaixo.

Tabela 17 - Referências Regionais para o Acompanhamento de Pessoas com Doença Falciforme e outras Hemoglobinopatias.

IDADE	REGIÃO DE SAÚDE	MUNICÍPIO	LOCAL	ENDEREÇO
Recém-nascido até 01 (um) ano de idade	Mato Grosso do Sul	Campo Grande	IPED/APAE (67) 3348-7800	R. Estevão Capriata, 285 – Vila Progresso
Crianças a partir de 01 (um) ano de idade	Campo Grande	Campo Grande	Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (67) 3378-2500	Av. Engenheiro Lutero Lopes, 36 - Conj. Aero Rancho
	Corumbá		Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (67) 3345-3001	Av. Senador Filinto Muller, 355 - Pioneiros
	Dourados	Dourados	Hospital Universitário da Grande Dourados (67) 3410-3000	R. Geronimo Marques Matos, 558 - Altos do Indaiá – Rod. MS 379 KM 12
	Três Lagoas	Campo Grande	Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (67) 3378-2500	Av. Engenheiro Lutero Lopes, 36 - Conj. Aero Rancho
Adolescentes, gestantes e adultos.	Campo Grande	Campo Grande	Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (67) 3378-2500	Av. Engenheiro Lutero Lopes, 36 - Conj. Aero Rancho
	Corumbá		Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (67) 3345-3001	Av. Senador Filinto Muller, 355 - Pioneiros
	Dourados	Dourados	Hospital Universitário da Grande Dourados (67) 3410-3000	R. Geronimo Marques Matos, 558 - Altos do Indaiá – Rod. MS 379 KM 12
	Três Lagoas	Campo Grande	Hospital Regional de Mato Grosso do Sul (67) 3378-2500	Av. Engenheiro Lutero Lopes, 36 - Conj. Aero Rancho
	Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian (67) 3345-3001		Av. Senador Filinto Muller, 355 - Pioneiros	

Anexo 1 – Modelo de Partograma

PARTOGRAMA

NOME:.....IDADE:.....

Dilatação (cm)	10																				De Lee	Hodge	
	9																				- AM	I II III IV	
	8																				- 3		
	7																				- 2		
	6																				- 1		
	5																				0		
	4																						+ 1
	3																						+ 2
	2																						+ 3
	1																						+ 4
Vulva																							
Dia do início																							
Hora real																							
Hora de registro																							
F.C.F. (bat./min.)	180																						
	170																						
	160																						
	150																						
	140																						
	130																						
	120																						
	110																						
	100																						
	80																						
Contrações	1 - 19 seg.	<input checked="" type="checkbox"/>																					
	20 - 39 seg.	<input type="checkbox"/>																					
	≥ 40 seg.	<input type="checkbox"/>																					
Bolsa																							
L.A																							
Ocitocina																							
Medicamentos Fluidos Anestesia																							
Examinador																							

OBSERVAÇÕES:

Anexo 2 – Tabela InterGrowth para Meninos



Idade gestacional (meses + semanas)	INTERGROWTH - Z SCORES (DESVIO-PADRÃO) – PARA MENINOS						
	-3	-2	-1	0	1	2	3
24+0	17,66	19,22	20,78	22,34	23,90	25,46	27,02
24+1	17,79	19,35	20,91	22,47	24,03	25,59	27,15
24+2	17,92	19,47	21,03	22,59	24,15	25,71	27,27
24+3	18,04	19,60	21,16	22,72	24,28	25,84	27,40
24+4	18,17	19,73	21,29	22,85	24,41	25,97	27,53
24+5	18,30	19,86	21,42	22,98	24,54	26,10	27,66
24+6	18,42	19,98	21,54	23,10	24,66	26,22	27,78
25+0	18,55	20,11	21,67	23,23	24,79	26,35	27,91
25+1	18,68	20,24	21,80	23,36	24,92	26,48	28,04
25+2	18,80	20,36	21,92	23,48	25,04	26,60	28,16
25+3	18,93	20,49	22,05	23,61	25,17	26,73	28,29
25+4	19,06	20,62	22,18	23,74	25,30	26,86	28,42
25+5	19,18	20,74	22,30	23,86	25,42	26,98	28,54
25+6	19,31	20,87	22,43	23,99	25,55	27,11	28,67
26+0	19,44	21,00	22,56	24,12	25,68	27,24	28,80
26+1	19,56	21,12	22,68	24,24	25,80	27,36	28,92
26+2	19,69	21,25	22,81	24,37	25,93	27,49	29,05
26+3	19,82	21,38	22,94	24,50	26,06	27,62	29,18
26+4	19,94	21,50	23,06	24,62	26,18	27,74	29,30
26+5	20,07	21,63	23,19	24,75	26,31	27,87	29,43
26+6	20,20	21,76	23,32	24,88	26,44	28,00	29,56
27+0	20,32	21,88	23,44	25,00	26,56	28,12	29,68
27+1	20,45	22,01	23,57	25,13	26,69	28,25	29,81
27+2	20,58	22,14	23,70	25,26	26,82	28,38	29,94
27+3	20,70	22,26	23,82	25,38	26,94	28,50	30,06
27+4	20,83	22,39	23,95	25,51	27,07	28,63	30,19
27+5	20,96	22,52	24,08	25,64	27,20	28,76	30,32
27+6	21,09	22,65	24,21	25,77	27,33	28,88	30,44
28+0	21,21	22,77	24,33	25,89	27,45	29,01	30,57
28+1	21,34	22,90	24,46	26,02	27,58	29,14	30,70
28+2	21,47	23,03	24,59	26,15	27,71	29,27	30,83
28+3	21,59	23,15	24,71	26,27	27,83	29,39	30,95
28+4	21,72	23,28	24,84	26,40	27,96	29,52	31,08
28+5	21,85	23,41	24,97	26,53	28,09	29,65	31,21
28+6	21,97	23,53	25,09	26,65	28,21	29,77	31,33

Idade gestacional (meses + semanas)	INTERGROWTH - Z SCORES (DESVIO-PADRÃO) – PARA MENINOS						
	-3	-2	-1	0	1	2	3
29+0	22,10	23,66	25,22	26,78	28,34	29,90	31,46
29+1	22,23	23,79	25,35	26,91	28,47	30,03	31,59
29+2	22,35	23,91	25,47	27,03	28,59	30,15	31,71
29+3	22,48	24,04	25,60	27,16	28,72	30,28	31,84
29+4	22,61	24,17	25,73	27,29	28,85	30,41	31,97
29+5	22,73	24,29	25,85	27,41	28,97	30,53	32,09
29+6	22,86	24,42	25,98	27,54	29,10	30,66	32,22
30+0	22,99	24,55	26,11	27,67	29,23	30,79	32,35
30+1	23,11	24,67	26,23	27,79	29,35	30,91	32,47
30+2	23,24	24,80	26,36	27,92	29,48	31,04	32,60
30+3	23,37	24,93	26,49	28,05	29,61	31,17	32,73
30+4	23,49	25,05	26,61	28,17	29,73	31,29	32,85
30+5	23,62	25,18	26,74	28,30	29,86	31,42	32,98
30+6	23,75	25,31	26,87	28,43	29,99	31,55	33,11
31+0	23,87	25,43	26,99	28,55	30,11	31,67	33,23
31+1	24,00	25,56	27,12	28,68	30,24	31,80	33,36
31+2	24,13	25,69	27,25	28,81	30,37	31,93	33,49
31+3	24,26	25,82	27,38	28,94	30,50	32,06	33,62
31+4	24,38	25,94	27,50	29,06	30,62	32,18	33,74
31+5	24,51	26,07	27,63	29,19	30,75	32,31	33,87
31+6	24,64	26,20	27,76	29,32	30,88	32,44	34,00
32+0	24,76	26,32	27,88	29,44	31,00	32,56	34,12
32+1	24,89	26,45	28,01	29,57	31,13	32,69	34,25
32+2	25,02	26,58	28,14	29,70	31,26	32,82	34,38
32+3	25,14	26,70	28,26	29,82	31,38	32,94	34,50
32+4	25,27	26,83	28,39	29,95	31,51	33,07	34,63
32+5	25,40	26,96	28,52	30,08	31,64	33,20	34,76
32+6	25,52	27,08	28,64	30,20	31,76	33,32	34,88
33+0	26,46	28,07	29,50	30,88	32,29	33,81	35,52
33+1	26,57	28,17	29,60	30,97	32,37	33,88	35,58
33+2	26,68	28,27	29,69	31,05	32,45	33,95	35,64
33+3	26,79	28,37	29,78	31,14	32,53	34,02	35,70
33+4	26,89	28,47	29,88	31,22	32,61	34,09	35,76
33+5	27,00	28,57	29,97	31,31	32,68	34,16	35,83
33+6	27,10	28,66	30,06	31,39	32,76	34,23	35,89
34+0	27,21	28,76	30,14	31,47	32,83	34,30	35,95
34+1	27,31	28,85	30,23	31,55	32,91	34,36	36,00
34+2	27,41	28,94	30,32	31,63	32,98	34,43	36,06
34+3	27,51	29,04	30,40	31,71	33,05	34,50	36,12
34+4	27,60	29,13	30,49	31,79	33,13	34,56	36,18
34+5	27,70	29,22	30,57	31,87	33,20	34,63	36,24
34+6	27,80	29,31	30,65	31,94	33,27	34,69	36,29
35+0	27,89	29,39	30,74	32,02	33,34	34,76	36,35
35+1	27,99	29,48	30,82	32,10	33,41	34,82	36,41
35+2	28,08	29,57	30,90	32,17	33,48	34,88	36,46
35+3	28,17	29,65	30,98	32,24	33,55	34,94	36,52
35+4	28,26	29,74	31,06	32,32	33,62	35,01	36,57
35+5	28,35	29,82	31,14	32,39	33,68	35,07	36,63
35+6	28,44	29,90	31,21	32,46	33,75	35,13	36,68
36+0	28,53	29,99	31,29	32,53	33,82	35,19	36,74
36+1	28,62	30,07	31,36	32,61	33,88	35,25	36,79
36+2	28,70	30,15	31,44	32,68	33,95	35,31	36,85
36+3	28,79	30,23	31,51	32,75	34,01	35,37	36,90
36+4	28,87	30,31	31,59	32,81	34,07	35,43	36,95
36+5	28,96	30,38	31,66	32,88	34,14	35,48	37,00
36+6	29,04	30,46	31,73	32,95	34,20	35,54	37,05

Anexo 3 – Tabela InterGrowth para Meninas



Idade gestacional (meses + semanas)	INTERGROWTH - Z SCORES (DESVIO-PADRÃO) – PARA MENINAS						
	-3	-2	-1	0	1	2	3
24+0	17,41	18,97	20,53	22,09	23,65	25,21	26,77
24+1	17,54	19,10	20,66	22,22	23,78	25,34	26,90
24+2	17,66	19,22	20,78	22,34	23,90	25,46	27,02
24+3	17,79	19,35	20,91	22,47	24,03	25,59	27,15
24+4	17,92	19,48	21,04	22,60	24,16	25,72	27,28
24+5	18,04	19,60	21,16	22,72	24,28	25,84	27,40
24+6	18,17	19,73	21,29	22,85	24,41	25,97	27,53
25+0	18,30	19,86	21,42	22,98	24,54	26,10	27,66
25+1	18,42	19,98	21,54	23,10	24,66	26,22	27,78
25+2	18,55	20,11	21,67	23,23	24,79	26,35	27,91
25+3	18,68	20,24	21,80	23,36	24,92	26,48	28,04
25+4	18,80	20,36	21,92	23,48	25,04	26,60	28,16
25+5	18,93	20,49	22,05	23,61	25,17	26,73	28,29
25+6	19,06	20,62	22,18	23,74	25,30	26,86	28,42
26+0	19,19	20,75	22,31	23,87	25,43	26,99	28,55
26+1	19,31	20,87	22,43	23,99	25,55	27,11	28,67
26+2	19,44	21,00	22,56	24,12	25,68	27,24	28,80
26+3	19,57	21,13	22,69	24,25	25,81	27,37	28,93
26+4	19,69	21,25	22,81	24,37	25,93	27,49	29,05
26+5	19,82	21,38	22,94	24,50	26,06	27,62	29,18
26+6	19,95	21,51	23,07	24,63	26,19	27,75	29,31
27+0	20,07	21,63	23,19	24,75	26,31	27,87	29,43
27+1	20,20	21,76	23,32	24,88	26,44	28,00	29,56
27+2	20,33	21,89	23,45	25,01	26,57	28,13	29,69
27+3	20,45	22,01	23,57	25,13	26,69	28,25	29,81
27+4	20,58	22,14	23,70	25,26	26,82	28,38	29,94
27+5	20,71	22,27	23,83	25,39	26,95	28,51	30,07
27+6	20,83	22,39	23,95	25,51	27,07	28,63	30,19
28+0	20,96	22,52	24,08	25,64	27,20	28,76	30,32
28+1	21,09	22,65	24,21	25,77	27,33	28,89	30,45
28+2	21,21	22,77	24,33	25,89	27,45	29,01	30,57
28+3	21,34	22,90	24,46	26,02	27,58	29,14	30,70
28+4	21,47	23,03	24,59	26,15	27,71	29,27	30,83
28+5	21,59	23,15	24,71	26,27	27,83	29,39	30,95
28+6	21,72	23,28	24,84	26,40	27,96	29,52	31,08
29+0	21,85	23,41	24,97	26,53	28,09	29,65	31,21
29+1	21,98	23,54	25,09	26,65	28,21	29,77	31,33
29+2	22,10	23,66	25,22	26,78	28,34	29,90	31,46
29+3	22,23	23,79	25,35	26,91	28,47	30,03	31,59
29+4	22,36	23,92	25,48	27,04	28,60	30,16	31,72

Idade gestacional (meses + semanas)	INTERGROWTH - Z SCORES (DESVIO-PADRÃO) – PARA MENINAS						
	-3	-2	-1	0	1	2	3
29+5	22,48	24,04	25,60	27,16	28,72	30,28	31,84
29+6	22,61	24,17	25,73	27,29	28,85	30,41	31,97
30+0	22,74	24,30	25,86	27,42	28,98	30,54	32,10
30+1	22,86	24,42	25,98	27,54	29,10	30,66	32,22
30+2	22,99	24,55	26,11	27,67	29,23	30,79	32,35
30+3	23,12	24,68	26,24	27,80	29,36	30,92	32,48
30+4	23,24	24,80	26,36	27,92	29,48	31,04	32,60
30+5	23,37	24,93	26,49	28,05	29,61	31,17	32,73
30+6	23,50	25,06	26,62	28,18	29,74	31,30	32,86
31+0	23,62	25,18	26,74	28,30	29,86	31,42	32,98
31+1	23,75	25,31	26,87	28,43	29,99	31,55	33,11
31+2	23,88	25,44	27,00	28,56	30,12	31,68	33,24
31+3	24,00	25,56	27,12	28,68	30,24	31,80	33,36
31+4	24,13	25,69	27,25	28,81	30,37	31,93	33,49
31+5	24,26	25,82	27,38	28,94	30,50	32,06	33,62
31+6	24,38	25,94	27,50	29,06	30,62	32,18	33,74
32+0	24,51	26,07	27,63	29,19	30,75	32,31	33,87
32+1	24,64	26,20	27,76	29,32	30,88	32,44	34,00
32+2	24,76	26,32	27,88	29,44	31,00	32,56	34,12
32+3	24,89	26,45	28,01	29,57	31,13	32,69	34,25
32+4	25,02	26,58	28,14	29,70	31,26	32,82	34,38
32+5	25,15	26,71	28,27	29,83	31,39	32,95	34,50
32+6	25,27	26,83	28,39	29,95	31,51	33,07	34,63
33+0	26,15	27,75	29,14	30,46	31,83	33,33	35,07
33+1	26,27	27,86	29,24	30,55	31,92	33,41	35,14
33+2	26,38	27,96	29,34	30,64	32,00	33,48	35,20
33+3	26,49	28,07	29,44	30,73	32,08	33,55	35,27
33+4	26,61	28,17	29,53	30,82	32,16	33,63	35,33
33+5	26,71	28,27	29,62	30,91	32,24	33,70	35,39
33+6	26,82	28,37	29,72	30,99	32,32	33,77	35,45
34+0	26,93	28,47	29,81	31,08	32,39	33,84	35,51
34+1	27,04	28,57	29,90	31,16	32,47	33,90	35,57
34+2	27,14	28,66	29,99	31,24	32,55	33,97	35,63
34+3	27,24	28,76	30,07	31,32	32,62	34,04	35,69
34+4	27,34	28,85	30,16	31,40	32,69	34,11	35,75
34+5	27,44	28,94	30,25	31,48	32,77	34,17	35,80
34+6	27,54	29,03	30,33	31,56	32,84	34,23	35,86
35+0	27,63	29,12	30,41	31,64	32,91	34,30	35,91
35+1	27,73	29,21	30,49	31,71	32,98	34,36	35,97
35+2	27,82	29,29	30,57	31,79	33,04	34,42	36,02
35+3	27,92	29,38	30,65	31,86	33,11	34,48	36,08
35+4	28,01	29,46	30,73	31,93	33,18	34,54	36,13
35+5	28,10	29,55	30,81	32,00	33,24	34,60	36,18
35+6	28,19	29,63	30,88	32,07	33,31	34,66	36,23
36+0	28,27	29,71	30,96	32,14	33,37	34,72	36,28
36+1	28,36	29,79	31,03	32,21	33,44	34,78	36,33
36+2	28,44	29,87	31,11	32,28	33,50	34,83	36,38
36+3	28,53	29,94	31,18	32,35	33,56	34,89	36,43
36+4	28,61	30,02	31,25	32,41	33,62	34,94	36,48
36+5	28,69	30,10	31,32	32,48	33,68	35,00	36,53
36+6	28,77	30,17	31,39	32,54	33,74	35,05	36,58

Fonte: Projeto INTERGROWTH-21st.

Disponível em:

<http://intergrowth21.ndog.ox.ac.uk/pl> http://intergrowth21.ndog.ox.ac.uk/Preterm/Very_preterm_size_at_birth/

Anexo 4 – Tabela OMS para Meninos

Semanas de vida	OMS - Perímetro Cefálico (cm) - MENINOS						
	-3 DP	-2 DP	-1 DP	0	+1 DP	+2 DP	+3 DP
0	30,7	31,9	33,2	34,5	35,7	37,0	38,3
1	31,5	32,7	33,9	35,2	36,4	37,6	38,8
2	32,4	33,5	34,7	35,9	37,0	38,2	39,4
3	33,0	34,2	35,4	36,5	37,7	38,9	40,0
4	33,6	34,8	35,9	37,1	38,3	39,4	40,6
5	34,1	35,3	36,4	37,6	38,8	39,9	41,1
6	34,6	35,7	36,9	38,1	39,2	40,4	41,6
7	35,0	36,1	37,3	38,5	39,7	40,8	42,0
8	35,4	36,5	37,7	38,9	40,0	41,2	42,4
9	35,7	36,9	38,1	39,2	40,4	41,6	42,8
10	36,1	37,2	38,4	39,6	40,8	41,9	43,1
11	36,4	37,5	38,7	39,9	41,1	42,3	43,4
12	36,7	37,9	39,0	40,2	41,4	42,6	43,7
13	37,0	38,1	39,3	40,5	41,7	42,9	44,0

Fonte: OMS. Perímetro cefálico por idade. Disponível em: http://www.who.int/childgrowth/standards/hc_for_age/en/

Anexo 4 – Tabela OMS para Meninas

Semana	Perímetro Cefálico (cm) - MENINAS						
	-3 DP	-2 DP	-1 DP	0	+1 DP	+2 DP	+3 DP
0	30,3	31,5	32,7	33,9	35,1	36,2	37,4
1	31,1	32,2	33,4	34,6	35,7	36,9	38,1
2	31,8	32,9	34,1	35,2	36,4	37,5	38,7
3	32,4	33,5	34,7	35,8	37,0	38,2	39,3
4	32,9	34,0	35,2	36,4	37,5	38,7	39,9
5	33,3	34,5	35,7	36,8	38,0	39,2	40,4
6	33,7	34,9	36,1	37,3	38,5	39,6	40,8
7	34,1	35,3	36,5	37,7	38,9	40,1	41,3
8	34,4	35,6	36,8	38,0	39,2	40,4	41,6
9	34,7	35,9	37,1	38,4	39,6	40,8	42,0
10	35,0	36,2	37,4	38,7	39,9	41,1	42,3
11	35,3	36,5	37,7	39,0	40,2	41,4	42,7
12	35,5	36,8	38,0	39,3	40,5	41,7	43,0
13	35,8	37,0	38,3	39,5	40,8	42,0	43,2

Fonte: OMS. Perímetro cefálico por idade. Disponível em: http://www.who.int/childgrowth/standards/hc_for_age/en/

Anexo 5 – Modelo do Relatório de Alta

Nome do RN: _____

Nome da mãe: _____

Nome do pai: _____

Endereço: _____ Cidade _____

Fone: _____ Registro hospitalar: _____

DADOS MATERNOS E DO PRÉ-NATAL:

Idade da mãe _____ anos

Nº total de gestações: _____ Nº consultas: _____ () ignorado

Doenças prévias: () nenhuma () HAS () Diabetes () Outra: _____

Intercorrências na gestação: () nenhuma () DHEG () Diabetes () TPP () Corioamnionite ()

HIV+ () vírus Zika () STORCH+ Qual? _____ () Outra: _____

Fertilização in vitro: () sim () não

Corticoterapia antenatal: () sim () não

Colonização GBS: () sim () não () ignorado

Profilaxia intraparto: () sim () não () nsa

Hábitos: () Tabagismo () Álcool () Drogas Qual? _____

DADOS DO NASCIMENTO:

Data: _____ / _____ / _____

Local: () na instituição () outra instituição () domicílio () outro

Tipo de parto: () vaginal () cesariana () fórcepe

Tempo de bolsa rota: _____ horas

Apresentação pélvica: () sim () não

Gemelar: () sim () não

Reanimação: () não () VPP máscara () VPP TOT () MC () medicações

Apgar: 1º min: _____ 5º min: _____ (Se RN reanimado: 10º min: _____ 15º min: _____ 20º min: _____)

CPAP em sala de parto: () sim () não

Intubação traqueal por dificuldade respiratória: () sim () não

Sexo: () masc () fem () anormalidade do desenvolvimento sexual

Idade gestacional: _____ sem _____ dias (método: _____)

Peso: _____ g

Crescimento intrauterino: () AIG () PIG () GIG

Perímetro cefálico: _____ cm

Comprimento: _____ cm

DADOS DA INTERNAÇÃO NA UTI NEONATAL/PEDIÁTRICA:

ADMISSÃO

Data: _____ / _____ / _____ Idade: _____ Motivo: _____ Peso: _____ g

Temperatura: _____

DIAGNÓSTICOS

Cardiopulmonar

- DMH TTRN SALAM Hipertensão pulmonar Apnéia
 DBP: O2 aos 28dv O2 c/ 36 sem IGC
 PCA: ecocardiograma diagnóstico clínico Hipotensão
 Choque Tipo: _____

Neurológico

- HIC (grau: _____) não fez USTF LPV Hidrocefalia EHI Convulsão

Infecções

- Sepse precoce (< 48 hv) Agente: _____ HMC negativa
 Sepse tardia (> 48 hv) Agente 1 _____ Agente 2: _____ HMC negativa
 Meningite. Agente: _____
 Infecção congênita. Qual? _____

Outros

- Malformação congênita Qual? _____
 Doença hemolítica: Rh ABO
 Hipoglicemia ECN Grau: _____ RGE Doença metabólica óssea
 ROP Grau: _____ não investigada
 Insuficiência renal aguda Hérnia inguinal Outros: _____

DADOS DA INTERNAÇÃO NA UTI NEONATAL/PEDIÁTRICA:

MEDICAÇÕES

- Surfactante: sim não Nº de doses: _____
Antibiótico: sim não Quais? _____
Antifúngico: não profilático terapêutico Quais? _____
Antiviral: sim não Qual? _____
Indometacina/Ibuprofeno: sim não
Diurético: sim não Quais? _____ Tempo de uso: _____ dias
Corticóide p/ DBP: não endovenoso inalatório

IMUNOPROFILAXIA

- Hepatite B: ao nascer 1 mês 2 meses não recebeu
Salk: 2 meses não recebeu
DPT: 2 meses não recebeu
HIB: 2 meses não recebeu
Pneumococo: 2 meses não recebeu
Anticorpo monoclonal contra VSR: sim não Data 1ª dose: ____ / ____ / ____

PROCEDIMENTOS

Acesso vascular central

- CAU CVU PICC Dissecção venosa Nenhum

Suporte respiratório (após sala de parto)

CPAP nasal: () sim () não Tempo de uso: _____ dias

VM convencional: () sim () não Tempo de uso: _____ dias

VM não invasiva: () sim () não Tempo de uso: _____ dias

VAF: () sim () não Tempo de uso: _____ dias

Tempo total de oxigenioterapia: _____ dias () não usou

ONi: () sim () não Tempo de uso: _____ dias

Outros

Fototerapia: () sim () não Tempo de uso _____ dias

Exsanguineotransfusão: () sim () não

Transfusão sanguínea: () sim () não N° ____ Data: primeira: ____/____/____ última: ____/____/____

Drenagem torácica: () sim () não

Diálise peritoneal: () sim () não

Cirurgia: () sim () não Data: ____/____/____ () PCA () ROP () ECN () DVP

() Hérnia inguinal Outra: _____

NUTRIÇÃO E CRESCIMENTO

Tipo de leite: () LH () LH+fortificante () Fórmula PT () outro: _____

Início nutrição enteral: _____ dv

Atingiu nutrição enteral plena: _____ dv

Início Aa endovenoso: _____ dv

Tempo de nutrição parenteral: _____ dias

Menor peso: _____ g

Idade ao recuperar PN: _____ dv

EXAMES COMPLEMENTARES DATA RESULTADO

EXAME	DATA	RESULTADO
Teste do Reflexo Vermelho (Teste do Olhinho)	____/____/____	
Triagem Neonatal (Teste do Pezinho)	1a coleta: ____/____/____ 2a coleta: ____/____/____	
Triagem Auditiva (EOA) (Teste da Orelhinha)	____/____/____	
Oximetria de pulso (Teste do Coraçãozinho)	____/____/____	
Ultrassonografia transfontanelar	____/____/____	
Tomografia	____/____/____	

Ecocardiograma	____/____/____	
Fundoscopia	____/____/____	
Triagem metabólica óssea	____/____/____	
Hematócrito/Hemoglobina/Ferritina/Reticulócitos	____/____/____	
Tipagem sanguínea	____/____/____	
	____/____/____	
	____/____/____	

DADOS DA ALTA:

Data: ____/____/____

Idade cronológica: ____ dias / Idade corrigida: ____ sem ____ dias

Peso: _____ g

Comprimento: _____ cm

Perímetro cefálico: _____ cm

Perímetro torácico: _____ cm

Exame físico: () normal () alterado Especificar _____

Exame neurológico: () normal () alterado Especificar: _____

Alimentação: () SM exclusivo () Fórmula () Mista

Medicações: _____

Oxigenioterapia: () sim () não

Problemas para seguimento: _____

Consultas agendadas: 1ª consulta: ____/____/____

Neuro: ____/____/____ Oftalmo: ____/____/____

Otorrino: ____/____/____ Fono: ____/____/____

Exames agendados: _____

OBSERVAÇÕES:

Médico responsável pelo preenchimento: _____

LAUDO MÉDICO CIRCUNSTANCIADO
PORTARIA INTERMINISTERIAL Nº 405, de 15 de março de 2016.

DADOS PESSOAIS	
Identificação da Mãe	Nome
	Documento de Identidade (tipo e número)
Identificação da Criança	Nome
	Número da Declaração de Nascido Vivo
	Data de Nascimento
	Sexo
DESCRICÃO DOS ACHADOS DO EXAME FÍSICO, INCLUINDO O EXAME NEUROLÓGICO.	
RESULTADO DA ULTRASSONOGRAFIA TRANSFONTANELAR OU TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA DO CRÂNIO) COMPATÍVEL COM O DIAGNÓSTICO DE MICROCEFALIA E ACHADOS ENCEFÁLICOS ANORMAIS	
RESULTADOS DE OUTROS EXAMES COMPLEMENTARES DISPONÍVEIS	
CONCLUSÃO DIAGNÓSTICA DE MICROCEFALIA COM REPERCUSSÃO NEUROPSICOMOTORA	

Anexar cópia do documento de identidade da mãe e do laudo do exame de imagem confirmatório de microcefalia.

Declaro que li e conferi os dados e que as informações estão corretas.

_____, ____ de _____ de _____.

Estabelecimento de Saúde

Assinatura e CRM (Responsável Médico pelo Estabelecimento de Saúde Emissor)

Nota: Emitir em duas vias. Entregar uma via ao responsável legal pela criança e encaminhar a outra ao respectivo Gestor Estadual do SUS

REFERÊNCIAS

BRASIL. **Lei 11.108, de 7 de abril de 2005**. Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS.

BRASIL. **Portaria 1.459, de 24 de junho de 2011**. Institui, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Rede Cegonha.

BRASIL. **Portaria 650, de 5 de outubro de 2011**. Dispõe sobre documentos orientadores para a execução das fases de implementação da rede, assim como para o repasse dos recursos, o monitoramento e a avaliação da implementação da Rede Cegonha.

BRASIL. **Portaria 371, de 07 de maio de 2014**. Institui diretrizes para a organização da atenção integral e humanizada ao recém-nascido (RN) no Sistema Único de Saúde (SUS).

BRASIL. **Caderno de Atenção Básica: Atenção ao Pré-natal de Baixo Risco**. Brasília, 2012.

BRASIL. **Caderno de Atenção Básica – Saúde da Criança: Crescimento e Desenvolvimento**. Brasília, 2012.

BRASIL. **Doença Falciforme: Condutas Básicas para Tratamento**. Brasília, 2012.

BRASIL. **Doença Falciforme: Diretrizes Básicas da Linha de Cuidado**. Brasília, 2015.

BRASIL. **Guia do Pré-natal do Parceiro para Profissionais de Saúde**. Brasília, 2016.

BRASIL. **Guia de Saúde do Homem para Agentes Comunitários de Saúde (ACS)**. Brasília, 2016.

BRASIL. **Orientações Integradas de Vigilância e Atenção à Saúde no Âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional**. Brasília, 2016.

OMS. **Recomendações para o Parto Normal: Boas Práticas ao Parto e Nascimento**. 1996.

Av. do Poeta, Bloco 7 - CEP: 79031-902 • Campo Grande/MS
Pabx: (67) 3318-1600 • Gab: 3318-1717 / 1720 • Fax: 3318-1760
www.ms.gov.br • E-mail: gabinete.ses@saude.ms.gov.br

SES
Secretaria de Estado
de Saúde



**GOVERNO
DO ESTADO**
Mato Grosso do Sul