

# Anexos



## Anexo A – Níveis de evidência científica nos enfoques de terapia, prevenção e etiologia

Em todo o material produzido, utilizaremos o quadro a seguir para representar os níveis de evidência científica. Entende-se por nível de evidência científica o método utilizado na obtenção da informação ou a decisão recomendada, dando maior ou menor credibilidade científica à referida informação.

Níveis de evidência científica nos enfoques de terapia, prevenção e etiologia

I	<b>Ensaio clínico randomizado (ECR)<sup>1</sup> ou revisão sistemática (RS) de ECR com desfechos clínicos</b>
II	ECR ou RS de ECR de menor qualidade: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Com desfechos substitutos validados;</li> <li>• Com análise de subgrupos ou de hipóteses <i>a posteriori</i>;</li> <li>• Com desfechos clínicos, mas de menor rigor metodológico;</li> <li>• Estudo observacional de reconhecido peso científico (coorte ou caso-controle aninhado em uma coorte, séries temporais múltiplas) ou revisão sistemática destes estudos.</li> </ul>
III	ECR com desfechos clínicos não validados. Estudo de caso-controle.
IV	Estudo com desfecho clínico, mas com maior potencial de viés (tais como experimento não comparado e demais estudos observacionais).
V	Fórum representativo ou opinião de especialista sem evidência dos níveis supracitados.
Nota:	
<sup>1</sup> Para ser considerado nível I, o estudo deve preencher critérios de rigor metodológico, como ser aleatorizado, duplo-cego ou de alocação sigilosa.	

Os graus de recomendação também são uma classificação hierarquizada que procura levar em conta os estudos de acordo com os seus níveis de evidência científica e classificam determinadas condutas específicas quanto à recomendação a se adotar ou não na prática clínica ou na tomada de decisões de gestores etc.

Níveis de evidência científica nos enfoques de terapia, prevenção e etiologia:

A	Altamente recomendável.
B	Recomendável.
C	Sem evidência a favor ou contrária.
D	Desaconselhável.
E	Claramente desaconselhável.

Drogas na gravidez: classificação do *Food and Drug Administration* (FDA)

308

Categoria	Interpretação
A	Estudos controlados mostram risco ausente. Estudos bem controlados, adequados, em mulheres grávidas, não demonstram risco para o feto.
B	Nenhuma evidência de risco em humanos. Achados em animais mostraram risco, mas em humanos não, ou se os estudos humanos adequados não foram feitos, os achados em animais foram negativos.
C	Risco não pode ser excluído. Não existem estudos positivos em humanos e em animais para risco fetal ou inexistem estudos. Contudo, os benefícios potenciais justificam o risco potencial.
D	Evidência positiva de risco. Dados de investigação ou após liberação no mercado mostram risco para o feto. Mesmo assim, os benefícios potenciais podem sobrepujar o risco.
X	Contraindicado na gravidez. Estudos em animais e humanos ou relatos de investigação ou após liberação no mercado mostraram risco fetal que claramente é maior do que os benefícios potenciais.

Fonte: (PHILLIPS, 2001, adaptado).

## Anexo B – Doenças sexualmente transmissíveis

DST	Complicações					Observações
	Agente	Apresentação	obstétricas e neonatais	Diagnóstico	Tratamento	
Sífilis	<i>Treponema pallidum</i>	Pimária: úlcera única, indolor, limpa (cancro duro); Secundária: rash cutâneo, máculas palmo-plantares, poliadenoopatia; Latente: assintomática; Terciária: tubérculos, goma, neurosífilis, aneurisma aórtico, artropatia de Charcot.	Aborto; corioamniorrexe prematura; corioamnionite; RCIU; prematuridade; morte fetal; sífilis congênita.	Teste rápido (ou outros testes treponêmicos) + VDRL/RPR (diagnóstico). VDRL/RPR (seguimento pós-tratamento).	Penicilina benzatina 2,4 milhões UI (IM): Primária: dose única; Secundária: duas séries com intervalo de uma semana (dose total de 4,8 milhões); Latente e terciária ou tempo indeterminado: três séries com intervalo de uma semana (total de 7,2 milhões).	1) O diagnóstico na maioria das gestantes ocorre na fase latente, ou seja, mulheres assintomáticas com VDRL/RPR reagentes. 2) Realizar no mínimo 2 VDRL na gestação (1º e 3º trim. e 1 no parto); 3) Casos de alergia a penicilina devem ser avaliados individualmente. 4) Coinfecção com HIV pode modificar a história natural da infecção. 5) Testar e tratar o parceiro. 6) Notificar a Vigilância Epidemiológica.
Cancro mole	<i>Haemophilus ducreyi</i>	Úlceras múltiplas, dolorosas, bordas irregulares, fundo sujo, com odor fétido e autoinoculáveis; adenopatia inguinal (bubão).	Não relatadas.	Gram; PCR.	Ceftriaxona, 250mg, IM, dose única. Ou eritromicina (estearato), 500mg, VO, de 6h/6h por 10 dias (no mínimo).	1) Tratar o parceiro.
Herpes genital	Herpes simples, vírus tipo 2 (HSV-2)	Ardência, prurido e dor, seguidos por lesões vesiculosas que progredem para úlceras.	Aborto; RCIU; prematuridade; infecção herpética neonatal (a transmissão vertical ocorre principalmente na fase ativa da doença).	Citologia (células de Tzanck); cultura; PCR.	Para primeiro episódio ou recorrência severa: Aciclovir, 200mg, VO, 4h/4h, em 5 tomadas ao dia, por 7 dias; ou Aciclovir, 400mg, VO, 8h/8h, por 7 dias.	1) Recorrências durante a gravidez são frequentes, mas em geral não requerem tratamento. 2) Imunossupressão determina lesões mais extensas e profundas.

DST	Complicações					Observações
	Agente	Apresentação	obstétricas e neonatais	Diagnóstico	Tratamento	
Condiloma	Papilomavírus humano (HPV)	Projeções papilares, planas, pedunculadas ou verrucosas na vulva, na vagina, no colo, no perineo e na região anal.	Obstrução do canal de parto; hemorragia periparto; deiscência de episiorrafia; papilomatose respiratória no RN.	Diagnóstico clínico; vulvoscopia/colposcopia; captura híbrida.	Eletrocauterização; laser; crioterapia; ATA a 80%.	1) A maioria das portadoras de HPV é assintomática. 2) O HPV também está relacionado a lesões intraepiteliais cervicais, vaginais, vulvares e anais. 3) A indicação de cesárea deve ser avaliada pelo obstetra quando houver lesões extensas no canal do parto, com obstrução ou risco de sangramento intenso.
Gonorreia	<i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Assintomática em 70% a 80% dos casos; cervicite mucopurulenta; doença inflamatória pélvica (DIP).	Gravidez ectópica; parto pré-termo; prematuridade; corioamniorrexe prematura; aborto; RCIU; febre puerperal; oftalmia neonatal.	Cultura; captura híbrida; PCR.	Ceftriaxone, 250mg, IM, dose única. Ou: cefixima, 400mg, VO, dose única. Ou: espectinomina, 2g, IM, dose única. Obs.: cefixima e espectinomina se estiverem disponíveis nos serviços.	1) Tratar também para clamídia pela abordagem sintomática. 2) Tratar o parceiro.
Clamídia	<i>Chlamydia trachomatis</i>	Assintomática em 70% a 80% dos casos; cervicite mucopurulenta; doença inflamatória pélvica (DIP).	Gravidez ectópica; parto pré-termo; prematuridade; corioamniorrexe prematura; endometrite puerperal; conjuntivite e pneumonia neonatal.	Cultura; captura híbrida; PCR; Elisa; imunofluorescência direta.	Azitromicina, 1g, VO, dose única. Ou: eritromicina (estearato), 500mg, VO, 6h/6h, por 7 dias. Ou: amoxicilina, 500mg, VO, 8h/8h, por 7 dias.	1) Tratar também para o gonococo pela abordagem sintomática. 2) Tratar o parceiro.

DST		Agente	Apresentação	Complicações obstétricas e neonatais	Diagnóstico	Tratamento	Observações
Tricomoniase	<i>Trichomonas vaginalis</i>	Prurido e/ou irritação vulvar; corrimento abundante, amarelo esverdeado, bolhoso; sintomas urinários; colo em framboesa.	Corioamniorrexe prematura; parto pré-termo; baixo peso ao nascer; infecção neonatal.	Exame direto; teste das aminas positivo; pH vaginal > 4,5; cultura (exceção); PCR.	Metronidazol, 2g, VO, dose única. Ou: metronidazol, 500mg, VO, 12h/12h, por 7 dias.	1) Tratar o parceiro.	
Candidíase	<i>Candida sp.</i>	Prurido vulvovaginal; ardor ou dor à micção; corrimento branco, grumoso, inodoro; hiperemia, edema e fissuras vulvares.	Não relatadas.	Exame direto; teste das aminas negativo; pH vaginal < 4,5; cultura (exceção).	Miconazol, 2%, aplicação vaginal, por 7 dias. Ou: clotrimazol, 1%, aplicação vaginal por 6 a 12 dias, ao deitar, à noite. Ou: óvulos de 100mg, aplicação vaginal por 7 dias, ao deitar, à noite. Ou: nistatina 100.000UI, aplicação vaginal, por 14 dias, ao deitar, à noite.	1) A candidíase vaginal não é considerada uma DST. É comum na gestação. Tratar o parceiro apenas em casos de recorrências e/ou se houver sintomatologia nele.	
Vaginose bacteriana	Vários	Corrimento acinzentado, com odor fétido, mais acentuado após coito.	Corioamniorrexe prematura; corioamnionite; trabalho de parto pré-termo; parto pré-termo; endometrite puerperal; baixo peso ao nascer; infecção neonatal.	Exame a fresco (células-guia); pH vaginal > 4,5; teste das aminas positivo.	Metronidazol, 500mg, VO, 12h/12h, por 7 dias. Ou: metronidazol, 250mg, VO, 8h/8h, por 7 dias. Ou: metronidazol gel vaginal a 0,75%, aplicação vaginal, 12h/12h, por 5 dias. Ou: clindamicina, 300mg, VO, 12h/12h, por 7 dias.	1) A vaginose bacteriana não é considerada uma DST, mas um desequilíbrio da microflora vaginal. É comum na gestação.	

Fonte: “Manual de Controle das Doenças Sexualmente Transmissíveis”, 4ª edição (BRASIL, 2006).

# Anexo C – Cartão da Gestante

## Cartão da Gestante

Nome: \_\_\_\_\_  
 Endereço: \_\_\_\_\_  
 Município: \_\_\_\_\_  
 Cadastro no SIS – pré-natal \_\_\_\_\_  
 Tel.: \_\_\_\_\_

### Agendamento

Data	Hora	Nome do profissional	Sala

Hospital/maternidade de referência: \_\_\_\_\_

Você precisa fazer no mínimo 6 consultas. É um direito seu. Leve este cartão com você e mostre-o todas as vezes em que for ao Centro de Saúde ou ao hospital.

**Ministério da Saúde**

Gráfico de acompanhamento nutricional da gestante

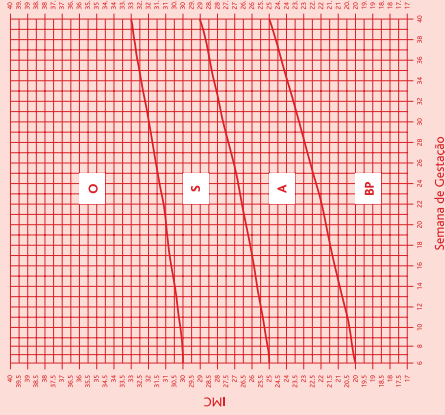
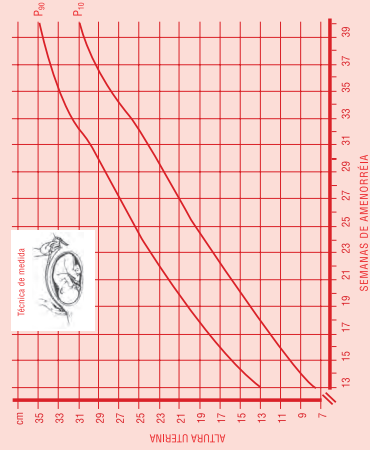


Gráfico de curva altura uterina/idade gestacional



Exames	Data	Resultado	Data	Resultado
ABO-RH				
Hb/Ht				
Glicemia de jejum				
VDRL				
Urina 1				
Anti-HIV				
HBSAg				
Toxoplasmaose				
Combs. Indireto				
Outros				
Suplementação de sulfato ferroso e ácido fólico – registrar semana de gestação				
Ácido fólico				
Sulfato ferroso				
Ultra-sonografia				
Data				
IG DUM				
IG USC				
Peso fetal				
Placenta				
Líquido				
Outros				





## Anexo D – Ficha Perinatal

314

PREFEITURA DO MUNICÍPIO DE \_\_\_\_\_ Nº FICHA \_\_\_\_\_  
 SECRETARIA MUNICIPAL DA SAÚDE (Uso exclusivo da informática)

Código do hospital \_\_\_\_\_  
 Nome do hospital/maternidade \_\_\_\_\_  
 Código do município \_\_\_\_\_ Mês/Ano referência \_\_\_\_/\_\_\_\_

### FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS PERINATAIS – FNEP

#### PARTOS HOSPITALARES

TIPO	NORMAL	CESÁREA	FÓRCEPS	TOTAL
QUANTIDADE				

#### NÚMERO DE NASCIMENTOS

TIPO	MASCULINO	FEMININO	TOTAL
NATIVIVOS			
NATIMORTOS			
TOTAL			

#### TIPO DE EVENTO

PESO (GRAMAS)	NASCIDOS VIVOS	ÓBITOS 0 – 7 DIAS	ÓBITOS + DE 7 DIAS	NATIMORTOS
< = 499				
500 - 749				
750 - 999				
1.000 - 1.249				
1.250 - 1.499				
1.500 - 1.749				
1.750 - 1.999				
2.000 - 2.249				
2.250 - 2.499				
> = 2.500				
TOTAL				

#### NÚMERO DE RECÉM-NASCIDOS POR TIPO DE CUIDADOS

ALOJAMENTO CONJUNTO		UTI	
BERÇÁRIOS DE NORMAIS		ISOLAMENTO	
CUIDADOS INTERMEDIÁRIOS		RISCO DE HIV	
CUIDADOS ESPECIAIS		HIV POSITIVO	

#### MORTES MATERNAS

TOTAL	
-------	--

(FRENTE)

## FICHA DE NOTIFICAÇÃO DE EVENTOS PERINATAIS – FNEP

## CAUSAS DE MORBIMORTALIDADE PERINATAL

GRUPOS DE CAUSAS	TOTAL
Feto ou recém-nascido afetados por fatores maternos e por complicações da gravidez, do trabalho de parto e do parto	
Transtornos relacionados com a duração da gestão e com o crescimento fetal	
Traumatismo de parto	
Transtornos respiratórios e cardiovasculares específicos do período perinatal	
Infecções específicas do período perinatal	
Transtornos hemorrágicos e hematológicos do feto e do recém-nascido	
Transtornos endócrinos e metabólicos transitórios específicos do feto e do recém-nascido	
Transtornos do aparelho digestivo do feto e do recém-nascido	
Afeções comprometendo o tegumento e a regulação térmica do feto e do recém-nascido	
Outros transtornos originados no período perinatal	

(OBS.: CID – 10ª REVISÃO)

Assinatura e carimbo do médico responsável pelo serviço

\_\_\_\_\_

(VERSO)

## Anexo E – Colaboradores

316

Adson Roberto França Santos  
Alexsana Sposito Tresse M. de Mello  
Ana Carolina Faria  
Ana Cecília Lins Sucupira  
Ana Cristina Barreto Peixoto Sampaio  
Ana Lúcia Ribeiro de Vasconcelos  
Andrea da Silveira Rossi  
Berardo Augusto Numan  
Carla Brasil  
Carlos Alberto Machado  
Carlos Augusto Alencar Júnior  
Carlos José Mangabeira da Silva  
Clesimary Evangelista Molina Martins  
Denise P. Gigante  
Doris Sztutman Bergmann  
Eduardo Campos de Oliveira  
Elizabeth Accioly  
Emílio Francisco Marussi  
Eveline Fernandes N. Vale  
Feizi Milani  
Fernanda Nogueira  
Gerusa Maria Figueiredo  
Gregório Lorenço Acácio  
Ivone Peixoto Gonçalves de Oliveira  
Jeanine Rocha Woycicki  
João Batista Marinho C. Lima  
João Eduardo Pereira  
Joselito Pedrosa  
Júnia Cardoso  
Kelva Karina de Aquino  
Kleber Cursino de Andrade  
Laurenice Pereira Lima (*in memoriam*)  
Luciana Teodoro de Rezende Lara  
Malaquias Batista  
Marcos R. Ymayo  
Maria das Mercês Aquino Araújo  
Maria Helena Benício  
Maria José de Oliveira Araújo  
Maria Lúcia Rosa Stefanini  
Mariangela Soares Nogueira  
Paola Marchesini  
Paulyne Cavalcanti  
Regina Coeli Viola  
Rosa Sampaio Vila-Nova  
Rurany Ester Silva  
Silva Santelli  
Tereza Cristina C. D. Bessa  
Tochie Massuda  
Vanusa Baeta Figueiredo Peres







Tiragem: 20.000 exemplares  
Impresso na Gráfica e Editora Brasil Ltda.  
PDJK, Pólo de Desenvolvimento JK  
Trecho 01 Conj. 09/10, Lotes 09/10/22  
Santa Maria-DF  
Brasília, agosto de 2012