

PROTOCOLO DE ENFERMAGEM DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE PRÉ NATAL DE RISCO HABITUAL



Prefeitura de
Porto Alegre



Porto Alegre 2024

Revisores

Leonardo Rodrigues - Enfermeiro

Vanessa do C. Severo Coffy - Enfermeira

Marcia Grutcki – Ginecologista e Obstetra

Rosa Maria Rimolo Vilarino - Psicóloga

Sonia Silvestrin - Enfermeira

Paula Xavier Picon - Pediatra

Denise Loureiro Pedroso - Médica

Letícia De Conti

Rochelle de Carli Silva

Haline Maria Velho Burin

Maria Lucia Flach - Enfermeira

Juliana Hasstenteufel Dorigatti - Enfermeira

Carina Cavalheiro - Enfermeira

Elisabeth Monteiro Machado - Enfermeira

Bianca Bauermann Fanaya - Enfermeira

Inaí Nascimento - Enfermeira

Raquel Schutz - Enfermeira

Annelise Barreto Krause - Nutricionista

Tamara Ferreira de Oliveira – Técnica de Enfermagem

ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA MULHER/CPPS/DAPS/SMS

ÁREA TÉCNICA DA SAÚDE DA CRIANÇA/CPPS/DAPS/SMS

ÁREA TÉCNICA DE ATENÇÃO À POPULAÇÃO NEGRA/CPPS/DAPS/SMS

ÁREA TÉCNICA DE ATENÇÃO À POPULAÇÃO LGBTQIAP+/CPPS/DAPS/SMS

REGULAÇÃO AMBULATORIAL/SMS

Autores (versão 2015)

Dinorá Hoeper

Janice Oliveira Lonzetti

Soraia Nilsa Schmidt

Magali Queiroz Duarte Torres

Autores (Planejamento Reprodutivo)

Comissão de Protocolos COREN/RS

PREFEITO MUNICIPAL DE PORTO ALEGRE

Sebastião Melo

SECRETÁRIO MUNICIPAL DE SAÚDE

Fernando Ritter

DIRETORA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Vânia Frantz

DIRETORA ADJUNTA DA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

Eveline Rodrigues

RT DE ENFERMAGEM DA APS

Leonardo Rodrigues

ABREVIATURAS

PE	Pré Eclâmpsia
APS	Atenção Primária à Saúde
PICS	Práticas Integrativas e Complementares em Saúde
BI-RADS	Breast Imaging Reporting and Data System
PMPA	Prefeitura Municipal de Porto Alegre
BVAPS	Biblioteca Virtual da Atenção Primária à Saúde
PN	Pré-Natal
CAB	Caderno de Atenção Básica
PNAR	Pré-Natal de Alto Risco
DIU	Dispositivo intrauterino
PNI	Programa Nacional de Imunizações
ECM	Exame clínico das mamas
OMS	Organização Mundial da Saúde
INCA	Instituto Nacional de Câncer
RENAME	Relação Nacional de Medicamentos
PMS	Plano Municipal de Saúde
REMUME	Relação Municipal de Medicamentos
PAS	Programa Anual de Saúde
RMM	Razão de Mortalidade Materna
POA	Porto Alegre
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade

POP	Procedimento Operacional Padrão
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
TR	Teste rápido
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
UFRGS	Universidade Federal do Rio Grande do Sul
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
AAS	Ácido Acetilsalicílico
SUS	Sistema Único de Saúde
BCF	Batimentos cardíofetais
TTG	Teste de Tolerância oral à Glicose
BI	Boletim Informativo
US	Unidade de Saúde
CGPNI	Coordenação Geral do Programa Nacional de Imunizações
CGVS	Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde
CLT	Consolidação das Leis do Trabalho
DF	Doença Falciforme
DMG	Diabetes Mellitus Gestacional
DPP	Data Provável do Parto
DTN	Defeitos Abertos do Tubo Neural
DVS	Diretoria de Vigilância em Saúde
DUM	Data da Última Menstruação
EVDT	Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis
GERCON	Gerenciamento de Marcação de Consultas
IMC	Índice de Massa Corporal
ISTS	Infecções Sexualmente Transmissíveis
PA	Pressão Arterial

SUMÁRIO

SUMÁRIO.....	5
1. INTRODUÇÃO.....	16
2. OBJETIVOS DO PROTOCOLO.....	18
3. FERRAMENTAS DE APOIO À(OS) ENFERMEIROS(AS)	20
4. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM.....	21
5. SUSPEITA E CONFIRMAÇÃO DA GESTAÇÃO	22
5.1. SINAIS E SINTOMAS DE PRESUNÇÃO	22
5.2. SINAIS DE PROBABILIDADE.....	22
5.3. SINAIS DE CERTEZA.....	23
5.4. RECOMENDAÇÕES QUANTO AO DIAGNÓSTICO DA GRAVIDEZ	23
FLUXOGRAMA 1. CONSULTA DE SUSPEITA E CONFIRMAÇÃO DA GESTAÇÃO	24
6. ROTEIRO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL.....	25
6.1. RECOMENDAÇÕES QUANTO AO ROTEIRO DAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL	25
6.2. AVALIANDO O RISCO	26
FLUXOGRAMA 2. ACOMPANHAMENTO PRÉ- NATAL.....	27
QUADRO 1. ROTEIRO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL	28
6.3. CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO.....	30
6.3.1. PATOLOGIAS PRÉVIAS	31

	6
6.3.2. GESTAÇÃO ATUAL	31
6.4. CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO AO CENTRO OBSTÉTRICO	33
6.4.1. CASOS PARA AVALIAÇÃO DE BEM-ESTAR FETAL:	34
7. CONSULTA DE PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL	35
7.1. ANAMNESE	35
QUADRO 2. ENTREVISTA (A).....	37
QUADRO 2. ENTREVISTA (B).....	38
QUADRO 2. ENTREVISTA (C).....	39
7.2. EXAME FÍSICO GERAL	40
QUADRO 3. EXAME FÍSICO GERAL (A).....	40
QUADRO 3. EXAME FÍSICO GERAL (B).....	41
QUADRO 3. EXAME FÍSICO GERAL (C).....	42
QUADRO 3. EXAME FÍSICO GERAL (D).....	43
QUADRO 3. EXAME FÍSICO GERAL (E).....	44
7.3. EXAME GINECOLÓGICO.....	44
FIGURA 1. MEDIDA DA ALTURA UTERINA.....	46
FIGURA 2. GRÁFICO DE ACOMPANHAMENTO DE ALTURA UTERINA.....	47
FIGURA 3. APRESENTAÇÃO FETAL	48
7.4. CÁLCULO DA IDADE GESTACIONAL.....	49
QUADRO 4. CÁLCULO DA IDADE GESTACIONAL	49

	7
7.5. CÁLCULO DA DATA PROVÁVEL DO PARTO.....	50
7.6. ATIVIDADE SEXUAL NA GESTAÇÃO	51
7.7. PRIMEIRA CONSULTA OU PRIMEIRO TRIMESTRE	52
FLUXOGRAMA 3. PRIMEIRA CONSULTA DE PRÉ-NATAL.....	53
7.8. CONSULTA DO SEGUNDO TRIMESTRE.....	54
7.9. CONSULTA DO TERCEIRO TRIMESTRE	54
QUADRO 5. TESTES RÁPIDOS NA GESTAÇÃO.....	56
8. EXAMES COMPLEMENTARES.....	57
8.1. EXAMES LABORATORIAIS.....	57
QUADRO 6. SOLICITAÇÕES DE EXAMES NA ROTINA DE PRÉ-NATAL (A)	57
QUADRO 6. SOLICITAÇÕES DE EXAMES NA ROTINA DE PRÉ-NATAL (B)	58
QUADRO 6. SOLICITAÇÕES DE EXAMES NA ROTINA DE PRÉ-NATAL (C)	59
QUADRO 6. SOLICITAÇÕES DE EXAMES NA ROTINA DE PRÉ-NATAL (D)	60
8.2. ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA.....	61
9. AVALIAÇÃO DA VITALIDADE FETAL.....	62
9.1. MOVIMENTAÇÃO FETAL.....	62
10. DIVERSIDADE DE GÊNERO NO PRÉ-NATAL	63
11. PRÉ-NATAL DAS PARCERIAS.....	64
LEI DO DIREITO AO ACOMPANHANTE AO PARTO.	64
12. PLANO DE PARTO	65

	8
13. PROFILAXIAS RECOMENDADAS	66
13.1. SUPLEMENTAÇÃO DE ÁCIDO FÓLICO.....	66
QUADRO 7. POSOLOGIA DA SUPLEMENTAÇÃO DE ÁCIDO FÓLICO RECOMENDADA	67
13.2. SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO E FOLATO	68
QUADRO 8. SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO/SULFATO FERROSO	68
13.3. ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS	69
QUADRO 9. TABELA NUTRICIONAL	69
14. CALENDÁRIO VACINAL DA PESSOA GESTANTE	70
14.1. VACINA DTPA	70
14.1.1. ESQUEMA DE VACINAÇÃO DTPA.....	70
14.2. VACINA INFLUENZA	72
14.3. VACINA HEPATITE B.....	72
14.4. VACINA PARA CORONAVÍRUS - COVID-19	72
15. RASTREAMENTO E CONDIÇÕES ESPECIAIS DE ACOMPANHAMENTO.....	74
15.1. MANEJO DE SINTOMAS DA GESTAÇÃO	74
15.1.1. NÁUSEAS.....	74
QUADRO 10. OPÇÕES MEDICAMENTOSAS PARA NÁUSEAS E VÔMITOS NA GESTAÇÃO.....	75
QUADRO 11. FORTES INDICATIVOS DE HIPERÊMESE GRAVÍDICA.....	76
15.1.2. SIALORRÉIA OU PTIALISMO	76
15.1.3. PIROSE	77

	9
15.1.4. SENSÇÃO DE PLENITUDE.....	77
15.1.5. DOR ABDOMINAL OU CÓLICA.....	77
15.1.6. EDEMA.....	78
15.1.7. FRAQUEZA/TONTURA.....	79
15.1.8. FALTA DE AR/DIFICULDADE DE RESPIRAR.....	79
15.1.9. DOR NAS MAMAS (MASTALGIA)	80
15.1.10. OBSTIPAÇÃO/ CONSTIPAÇÃO INTESTINAL/ FLATULÊNCIAS	81
15.1.11. HEMORRÓIDA.....	81
15.1.12. DOR LOMBAR	82
15.1.13. CORRIMENTO VAGINAL.....	83
15.1.14. CEFALÉIA	83
15.1.15. VARIZES	84
15.1.16. CÃIMBRAS.....	84
15.1.17. ESTRIAS	85
15.1.18. PIGMENTAÇÃO/ CLOASMA GRAVÍDICO.....	85
15.1.19. ALTERAÇÕES NA MOVIMENTAÇÃO FETAL	86
15.1.20. SANGRAMENTO NA GENGIVA	86
15.1.21. EPISTAXE E CONGESTÃO NASAL	87
15.2. USUÁRIAS COM BAIXO PESO OU COM HISTÓRICO DE BARIÁTRICA	87
15.3. RASTREAMENTO DE DIABETES GESTACIONAL	88

	10
QUADRO 12. METAS DO CONTROLE GLICÊMICO NA GESTAÇÃO (CAPILAR)	89
FLUXOGRAMA 4. RASTREAMENTO DIABETES NA GESTAÇÃO	91
15.4. RASTREAMENTO DA HA NA GESTAÇÃO.....	92
15.4.1. PROFILAXIA DE PRÉ ECLÂMPSIA E ECLÂMPSIA NA GESTAÇÃO	92
QUADRO 13. MANEJO DAS SÍNDROMES HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO	93
FLUXOGRAMA 5. RASTREAMENTO DE HAS NA PESSOA GESTANTE	95
15.5. TRATAMENTO DE ITU EM PESSOA GESTANTE	96
QUADRO 14. DEFINIÇÃO, DIAGNÓSTICO E CONDUTA NA ITU EM PESSOA GESTANTE	97
FLUXOGRAMA 6. TRATAMENTO DE ITU EM PESSOA GESTANTE	99
15.6. SÍFILIS NA GESTAÇÃO	100
QUADRO 15. MANEJO DA SÍFILIS NA GESTAÇÃO	100
FLUXOGRAMA 7. SÍFILIS NA GESTAÇÃO	101
15.7. HIV NA GESTAÇÃO.....	102
FLUXOGRAMA 8. TESTAGEM RÁPIDA PARA HIV NA GESTAÇÃO.....	102
15.8. USO DE DROGAS NA GESTAÇÃO.....	103
15.9. AVALIAÇÃO DE SAÚDE MENTAL NA GESTAÇÃO	104
16. INTERCORRÊNCIAS MAIS COMUNS NA GESTAÇÃO.....	105
QUADRO 16. INTERCORRÊNCIAS OBSTÉTRICAS (A).....	105
QUADRO 16. INTERCORRÊNCIAS OBSTÉTRICAS (B).....	106
QUADRO 16. INTERCORRÊNCIAS OBSTÉTRICAS (C).....	107

	11
16.1. SUSPEITA DE COVID 19 NA GESTAÇÃO.....	108
FLUXOGRAMA 9 - TRIAGEM DA GESTANTE COM SUSPEITA DE COVID OU SINTOMAS RESPIRATÓRIOS	108
QUADRO 17. SINAIS VITAIS EM GESTANTES COM SINTOMAS RESPIRATÓRIOS	109
17. CONSIDERAÇÕES SOBRE O PRÉ-NATAL EM POPULAÇÕES ESPECÍFICAS	110
17.1. CONSIDERAÇÕES SOBRE O PRÉ-NATAL NA POPULAÇÃO NEGRA.....	110
17.2. CONSIDERAÇÕES SOBRE O PRÉ-NATAL NO HOMEM TRANSGÊNERO	111
18. CONSULTA DO BINÔMIO.....	112
FLUXOGRAMA 10. TESTAGEM RÁPIDA PARA HIV DURANTE A AMAMENTAÇÃO	113
FIGURA 3. PEGA CORRETA	114
FLUXOGRAMA 11. ABORDAGEM DO RECÉM-NASCIDO NA PRIMEIRA CONSULTA.....	115
FLUXOGRAMA 12. ABORDAGEM DA PUÉRPERA NA CONSULTA DE PUERPÉRIO	116
19.PATOLOGIAS DO PUERPÉRIO	117
19.1. ENDOMETRITE.....	117
19.2. INFECÇÃO DE FERIDA OPERATÓRIA.....	117
19.3. INFECÇÃO DA EPISIOTOMIA	117
19.4. MASTITE	118
19.5. ABCESSO DE MAMA.....	118
19.6. FISSURA DO MAMILO	118
19.7. DEPRESSÃO PUERPERAL.....	119
19.8. PSICOSE PUERPERAL	120

	12
20. ALEITAMENTO MATERNO	121
20.1. ORIENTAÇÕES DE PROMOÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO NO PRÉ-NATAL.....	121
20.2. BENEFÍCIOS DO ALEITAMENTO MATERNO.....	121
20.3. ORIENTAÇÕES PARA A PESSOA GESTANTE NO PRÉ-NATAL	121
20.4. MAMANALGESIA	123
20.5. ORIENTAÇÕES DE PROMOÇÃO, PROTEÇÃO E APOIO AO ALEITAMENTO MATERNO NO PUERPÉRIO.....	123
20.6. PESSOA TRABALHADORA QUE AMAMENTA	124
20.7. DIREITOS DA PESSOA GESTANTE QUE TRABALHA.....	124
20.8. PROGRAMA AMAMENTAR É TRI.....	126
QUADRO 18. ALEITAMENTO MATERNO E DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS (A).....	127
QUADRO 18. ALEITAMENTO MATERNO E DOENÇAS TRANSMISSÍVEIS (B).....	128
20.9. ALEITAMENTO MATERNO E COVID-19	129
QUADRO 19. ALEITAMENTO MATERNO E PRINCIPAIS MEDICAMENTOS (A)	130
QUADRO 19. ALEITAMENTO MATERNO E PRINCIPAIS MEDICAMENTOS (B)	131
QUADRO 19. ALEITAMENTO MATERNO E PRINCIPAIS MEDICAMENTOS (C).....	132
QUADRO 20. RECOMENDAÇÕES QUANTO AO TEMPO DE INTERRUPTÃO DO ALEITAMENTO MATERNO APÓS O CONSUMO DE DROGAS.....	133
21. PLANEJAMENTO REPRODUTIVO	134
21.1. ROTEIRO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NO PLANEJAMENTO REPRODUTIVO.....	135
21.2. INDICAÇÃO DO USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	136
21.3. CATEGORIAS DA OMS PARA ELEGIBILIDADE DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS.....	137

QUADRO 21. DEFINIÇÃO DAS CATEGORIAS PARA ELEGIBILIDADE DOS MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	137
QUADRO 22. CATEGORIAS DA OMS DE ELEGIBILIDADE CONFORME A CONDIÇÃO CLÍNICA DA PESSOA (A)	138
QUADRO 22. CATEGORIAS DA OMS DE ELEGIBILIDADE CONFORME A CONDIÇÃO CLÍNICA DA PESSOA (B)	139
QUADRO 22. CATEGORIAS DA OMS DE ELEGIBILIDADE CONFORME A CONDIÇÃO CLÍNICA DA PESSOA (C)	140
QUADRO 22. CATEGORIAS DA OMS DE ELEGIBILIDADE CONFORME A CONDIÇÃO CLÍNICA DA PESSOA (D)	141
21.4. MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	141
21.4.1. MÉTODOS COMPORTAMENTAIS	141
21.4.2. MÉTODOS HORMONAIS	142
21.4.3. MÉTODOS DE BARREIRA	150
QUADRO 23. MÉTODOS DE BARREIRA (A)	150
QUADRO 23. MÉTODOS DE BARREIRA (B)	151
21.4.3.1. DISPOSITIVO INTRAUTERINO - DIU DE COBRE	152
QUADRO 24. MANEJO DE ENFERMAGEM RELACIONADOS A UTILIZAÇÃO DO DIU DE COBRE	154
QUADRO 25. MANEJO DAS INTERCORRÊNCIAS MAIS COMUNS NA UTILIZAÇÃO DO DIU DE COBRE (A)	154
QUADRO 25. MANEJO DAS INTERCORRÊNCIAS MAIS COMUNS NA UTILIZAÇÃO DO DIU DE COBRE (B)	155
21.4.3.2. DISPOSITIVO INTRAUTERINO - DIU HORMONAL	156
QUADRO 26. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM RELACIONADOS AO MANEJO DAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS MAIS COMUNS NO USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS	159
QUADRO 27. MANEJO DAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS MAIS COMUNS NO USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS (A)	159
QUADRO 27. MANEJO DAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS MAIS COMUNS NO USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS (B)	160

	14
QUADRO 27. MANEJO DAS MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS MAIS COMUNS NO USO DE MÉTODOS CONTRACEPTIVOS (C).....	161
21.4.4. MÉTODOS CONTRACEPTIVOS DEFINITIVOS	161
22. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	164
23. ANEXOS	169
ANEXO 1. FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE CONTRACEPÇÃO CIRÚRGICA	169
ANEXO 2. ORIENTAÇÕES PARA A USUÁRIA DE DIU HORMONAL (LNG)	169
ANEXO 3. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA COLOCAÇÃO DO DIU LEVONORGESTREL	169
ANEXO 4. TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO PARA COLOCAÇÃO DO DIU DE COBRE.....	169
ANEXO 5. POP TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ	169
ANEXO 6. PROTOCOLO PARA INSERÇÃO DE IMPLANTE SUBDÉRMICO E DIU HORMONAL	169
ANEXO 7. PRINCIPAIS MUDANÇAS NOS CRITÉRIOS DE ENCAMINHAMENTO PNAR DE PESSOA GESTANTES COM DMG	169
ANEXO 8. INFORMAÇÕES QUE DEVEM CONSTAR NA SOLICITAÇÃO DE ENCAMINHAMENTO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO	170
ANEXO 9. INSTRUÇÃO NORMATIVA SOBRE TOXOPLASMOSE GESTACIONAL E CONGÊNITA	170
ANEXO 10. CALCULADORA DO ESTADO NUTRICIONAL DA PESSOA GESTANTE.....	170
ANEXO 11. ORIENTAÇÕES SOBRE O ATENDIMENTO DE PRÉ-NATAL E PUERPÉRIO NA APS DIANTE DA PANDEMIA DA COVID-19	170
ANEXO 12. ABORTO LEGAL - TU TENS DIREITO!.....	170
ANEXO 13. ACOMPANHAMENTO DA PUERICULTURA NO PEC E-SUS AB	170
ANEXO 14. SEGUIMENTO DA SÍFILIS CONGÊNITA.....	170
ANEXO 15. FLUXO DE ATENDIMENTO ANEMIA FALCIFORME.....	170
ANEXO 16. RESULTADO DA TRIAGEM NEONATAL PARA DOENÇA FALCIFORME.....	171

ANEXO 17. RESULTADO DA ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA NO PRIMEIRO TRIMESTRE DO PRÉ-NATAL.....	171
ANEXO 18. DOENÇA FALCIFORME: CUIDADOS COM PESSOA GESTANTES, PUÉRPERAS E SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA	172
QUADRO 28. INTERPRETAÇÃO DO RESULTADO DA ELETROFORESE.....	173
ANEXO 19. PUÉRPERA COM DOENÇA FALCIFORME	175
ANEXO 20. ATENÇÃO À AMAMENTAÇÃO, ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO EM PESSOAS COM DOENÇA FALCIFORME.....	176

1. INTRODUÇÃO

A Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, com o objetivo de qualificar a assistência Pré-Natal no município, elaborou, em 2006, as Diretrizes de Assistência ao Pré-Natal de Baixo Risco. Estas foram construídas por um grupo de especialistas da Rede Municipal de Saúde que, por meio de discussões clínicas baseadas em evidências, buscou revisar e atualizar o protocolo já existente em Porto Alegre desde 2002. Esta Diretriz já foi revisada em 2008, 2012 e 2015 e agora passa por nova atualização em 2023, sendo concluída em 2024.

As diretrizes são recomendações desenvolvidas sistematicamente, dentro de uma circunstância clínica específica, preferencialmente baseadas na melhor informação científica. O Sistema Único de Saúde (SUS) proporciona uma rede de cuidados voltados às pessoas gestantes, puérperas e recém-nascidos. São ações estruturadas para garantir às mulheres o direito ao planejamento reprodutivo, atenção segura, qualificada e humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como às crianças o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e desenvolvimento saudáveis.

A estratégia tem também a finalidade de reestruturar e reorganizar a atenção à saúde materno-infantil no País desde a atenção primária à atenção hospitalar, para assegurar acesso, acolhimento e resolutividade, com perspectiva de reduzir a mortalidade materna e infantil e ênfase no componente neonatal.

Há um consenso mundial quanto à necessidade de reduzir a mortalidade materna e infantil, uma vez que estes indicadores refletem a qualidade da assistência à saúde de mulheres e crianças.

O percentual de gestação na adolescência tem registrado uma redução significativa ao longo dos últimos anos. Em 2011, o município tinha um percentual de 14,6% das gestações em adolescentes. Na série histórica dos últimos sete anos observa-se uma redução de 41%. Em 2015 o percentual das gestações em adolescentes foi de 13,5% e em 2021 registrou-se 7,9%.

Quanto à cobertura de pré-natal, segundo dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos / Diretoria de Vigilância em Saúde / Secretaria Municipal de Saúde (SINASC/DVS/SMS), em 2011, 73% das pessoas gestantes realizaram 7 ou mais consultas de Pré-Natal. Analisando os números dos últimos sete anos, percebe-se um aumento de 7% no número de pessoa gestantes com 7 ou mais consultas. Em 2015, 74,4% das pessoas gestantes realizaram 7 ou mais consultas de Pré-Natal, já em 2021 este percentual atingiu 80,0%.

O coeficiente de mortalidade infantil é considerado pela OMS como um dos mais sensíveis indicadores de saúde, a morte de crianças menores de um ano reflete a qualidade dos cuidados pré e pós neonatais. A mortalidade neonatal (até 27 dias) é o período com maior impacto na mortalidade infantil e representa cerca de 70,0% do total de óbitos infantis, este período dos óbitos infantis é o mais impactado pelo acesso e pela qualidade da assistência obstétrica. A principal

causa de óbitos infantis no ano de 2021 foram as afecções originadas no período perinatal (53%), seguida das malformações congênitas (24%), conforme dados SINASC e Sistema de Informação sobre Mortalidade/Coordenadoria Geral de Vigilância em Saúde/Prefeitura Municipal de Porto Alegre (SIM/CGVS/PMPA).

Em 2021, conforme o Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS do Ministério da Saúde, Porto Alegre foi a capital com maior taxa de detecção de pessoa gestantes com HIV por 1.000 nascidos vivos. Essa taxa foi de 18,5 casos de pessoa gestantes com HIV por 1.000 nascidos vivos (Boletim Informativo SMS). A Taxa de Transmissão Vertical do HIV em 2020 ficou em 2,8 por 100 crianças expostas e 0,9% em 2021. Em relação à Sífilis Congênita, tem se verificado aumento no número absoluto de casos e na taxa de incidência. Em 2020 registraram-se 543 casos absolutos com uma taxa de 34,7 casos por 1.000 nascidos vivos e em 2021, 607 casos com taxa de 42,8/1.000 nascidos vivos (BI-SMS).

As mulheres representam uma prioridade para as políticas públicas de saúde pelas suas peculiaridades sócio biológicas, nas quais, as ações de saúde podem ter um impacto direto na redução dos índices de morbimortalidade materno-infantil, interferindo positivamente nos indicadores de saúde de uma população.

É preciso reconhecer a população de pessoa gestantes e puérperas de determinado território. O Pré-Natal refere-se ao conjunto de consultas da pessoa gestante com a equipe de saúde Pré-Natalista objetivando acompanhar a gestação e obter uma adequada preparação para o parto e puerpério. Uma das estratégias mais efetivas é que a equipe assistencial esteja preparada para realizar o adequado acompanhamento do Pré-Natal e para isso uma das estratégias é capacitar a equipe para o contínuo cuidado da mãe e do recém-nascido. O adequado acompanhamento do Pré-Natal consiste em acompanhar, orientar, educar, rastrear possíveis situações de risco e tratar intercorrências que possam interferir no bem-estar do bebê, da pessoa gestante e de sua família. O reconhecimento das novas e melhores evidências disponíveis, detecção e intervenção precoce das situações de risco, e um sistema de referência hospitalar competente e resolutivo, além da qualificação da assistência ao parto, são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê e têm potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal. Os cuidados assistenciais no primeiro trimestre da gestação são utilizados como um forte indicador da qualidade dos cuidados maternos.

As diretrizes têm por objetivo padronizar o atendimento de acordo com as evidências mais atuais da literatura visando a realização de uma prática racional e custo-efetiva garantindo um padrão de boa qualidade, facilitando a informatização dos dados e possibilitando a realização de vigilância das situações de risco. A prioridade deve ser no sentido de acompanhar as pessoas gestantes de baixo risco tratando suas intercorrências e identificar pessoa gestante de alto risco realizando o adequado encaminhamento.

2. OBJETIVOS DO PROTOCOLO

O objetivo deste protocolo é orientar os profissionais de Enfermagem para a assistência qualificada e humanizada às pessoas gestantes e puérperas, com a abordagem integral em saúde da mulher, desde a saúde sexual e reprodutiva, assistência ao Pré-Natal, abordagem das intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes, avaliação do risco gestacional e critérios para o encaminhamento ao Pré-Natal de alto risco e à maternidade.

Talvez o principal indicador do prognóstico ao nascimento seja o acesso à assistência Pré-Natal [grau de recomendação B-anexo A].

Os cuidados assistenciais no trimestre são utilizados como um indicador maior da qualidade dos cuidados maternos [grau de recomendação B-anexo A].

Se aplicarmos a rotina do protocolo de Pré-Natal na sua totalidade, realizando todos os exames e consultas programadas, teremos:

- Maiores possibilidades de identificar anormalidades e atuar sobre elas, diminuindo a mortalidade materna, neonatal, prematuridade e transmissão vertical da sífilis, HIV, toxoplasmose e hepatites;
- Vinculação à maternidade para o parto e para as urgências, incentivo e preparo para o parto normal, aleitamento materno e cuidados com o recém-nascido;
- Qualificação e humanização da assistência Pré-Natal no município;
- Acolhimento - garantindo o acesso e vinculação de todas as pessoas gestantes e puérperas às unidades de saúde da Atenção Primária (APS);
- Ampliação da cobertura;
- Disponibilização de teste rápido de gravidez para garantia da identificação precoce da gestação e início do Pré-Natal até a 12ª semana gestacional, permitindo a identificação precoce dos fatores de risco e planejamento para de um plano de acompanhamento adequado;
- Aumento do número de consultas/pessoa gestante no Pré-Natal com acompanhamento multiprofissional;
- Identificação precoce da pessoa gestante de alto risco e encaminhamento ao serviço de referência;
- Início precoce da terapia antirretroviral na pessoa gestante vivente com HIV;
- Tratamento adequado da pessoa gestantes reagentes para sífilis, assim como busca ativa se faltosas, visando a conclusão do tratamento;
- Realização de vigilância epidemiológica e busca ativa de pessoa gestantes faltosas;
- Preenchimento correto do SINAN e envio para Equipe de Vigilância das Doenças Transmissíveis (EVDT);
- Integração das ações de Pré-Natal às ações dos demais programas;

- Segurança quanto a solicitação, a realização e a avaliação em tempo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento Pré-Natal;
- Cuidados garantidos do parceiro (realização de consultas, exames e acesso a informações) antes, durante e depois da gestação: “Pré-Natal do parceiro”;
- Garantir o acesso à unidade de referência especializada com estratificação de risco gestacional, ao longo de todo o Pré-Natal, provendo o nível assistencial adequado e de forma apropriada;
- As pessoas gestantes com estratificação de alto risco devem manter o acompanhamento na APS, sendo o cuidado compartilhado com o Serviço de Pré-Natal de Alto Risco;
- Promover acompanhamento multiprofissional, garantindo consulta até o 7º dia pós-parto do binômio (mãe/bebê), visando a antecipação da visita sempre que identificadas situações de risco durante a transição do cuidado. Planejar as próximas consultas em 30 dias de puerpério para realização de Teste Rápido (TR) HIV para amamentação, mesmo que esta pessoa gestante já tenha sido testada no hospital em que realizaram o seu parto.

3. FERRAMENTAS DE APOIO À(OS) ENFERMEIROS(AS)

TELESSAÚDERS-UFRGS: O TelessaúdeRS-UFRGS disponibiliza a ferramenta de tele consultoria para todas(os) as(os) enfermeiras(os) da Atenção Primária à Saúde através do 0800 e está disponível para apoiar nos desafios diários da prática profissional.

Para dúvidas clínicas e assistenciais ligue gratuitamente, de Segunda à Sexta-feira, das 8h às 18h, para o número 0800 644 6543.

E para envio de materiais e atividades de educação permanente, cadastre-se na **Plataforma TelessaúdeRS**.

Disponível em: <https://www.ufrgs.br/telessauders/>

Link do Protocolo de encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco)

https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_encaminhamento_obstetricia_TSR20190821.pdf

BIBLIOTECA VIRTUAL DA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (BVAPS-POA):

A Biblioteca Virtual da Atenção Primária à Saúde tem por objetivo reunir, divulgar e garantir o acesso confiável e permanente aos documentos administrativos, técnicos, fluxos, protocolos, linhas de cuidado, entre outros que se julguem relevantes para a rede de atenção à saúde de Porto Alegre.

Disponível em: <https://sites.google.com/view/bvsapspoa/>

Dynamed plus: o Dynamed plus é uma ferramenta de informação baseada em evidências clínicas proporcionando apoio à decisão clínica e otimização do tempo de resposta. Disponível em: <https://www.dynamed.com/>

ATENÇÃO BÁSICA DO RS

Disponível em: <https://atencao basica.saude.rs.gov.br/inicial>

BIBLIOTECA VIRTUAL EM SAÚDE - MAPAS DE EVIDÊNCIA DE PRÁTICAS INTEGRATIVAS E COMPLEMENTARES

Disponíveis em <https://mtci.bvsalud.org/pt/mapas-de-evidencia-2/>

4. SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

A Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) organiza o trabalho quanto ao método, pessoal e instrumentos, viabilizando a implementação do Processo de Enfermagem (PE), para ser realizado de modo sistemático e deliberado, em ambientes públicos ou privados conforme previstos na Resolução COFEN n.º 358/2009. As etapas do PE estão descritas a seguir:

Coleta de dados ou histórico de enfermagem: um processo consciente, sistemático e contínuo, realizado por meio de diferentes métodos e técnicas, com o objetivo de obter informações sobre a pessoa, família ou comunidade humana e suas reações em um determinado momento de saúde e as repercussões no processo patológico.

Diagnósticos de enfermagem: o processo de interpretação e agrupamento dos dados coletados na primeira fase, que culmina na tomada de decisão sobre os conceitos diagnósticos de enfermagem que melhor figuram as respostas do indivíduo, família ou comunidade humana em determinado momento do processo de saúde e doença. Eles formam a base para a seleção de ações ou intervenções destinadas a alcançar os resultados esperados.

Planeamento de enfermagem: a determinação dos resultados a serem alcançados e das atividades ou intervenções de enfermagem a serem realizadas em um determinado momento do processo de saúde e doença, no que diz respeito às reações da pessoa família ou comunidade humana, definidas através dos diagnósticos de Enfermagem.

Implementação: Implementação de medidas ou ações identificadas no planejamento do tratamento.

Avaliação de enfermagem: Um processo consciente, sistemático e contínuo de identificação de mudanças nas respostas de um indivíduo, família ou comunidade em um ponto do processo da doença para determinar se medidas de cuidado ou intervenções alcançaram o resultado esperado; e também a necessidade de alteração, ou seja, a necessidade de adaptação nas fases do trabalho de enfermagem. (COREN/RS, 2022)

O registro da consulta de enfermagem no prontuário deve ser documentado por meio da utilização dos campos 'Subjetivo, Objetivo, Análise e Plano (SOAP)' e uso de taxonomias específicas de Enfermagem reconhecidas como a classificação de Diagnósticos de Enfermagem da North American Nursing Diagnosis Association International (NANDA-I), a Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE), RESSALTANDO que pelo ESUS-PEC precisamos registrar o CIAP2.

Segundo o Parecer Técnico COREN-RS n.º 19/2016, a Classificação Internacional em Atenção Primária (CIAP-2) é um item de preenchimento obrigatório que se encontra no e-SUS APS e poderá ser utilizada como um sistema de classificação de problemas, entretanto ele não corresponde ou substitui o Diagnóstico de Enfermagem (DE) e há necessidade de complementá-lo com o uso dos demais sistemas de classificação utilizados pelos Enfermeiros (NANDA-I, CIPE). A CIAP-2 oferece nomenclaturas multiprofissionais, cabendo ao Enfermeiro utilizar as taxonomias de acordo com a sua categoria profissional.

5. SUSPEITA E CONFIRMAÇÃO DA GESTAÇÃO

O principal indicador do prognóstico materno fetal é a assistência Pré-Natal de qualidade com a captação precoce da pessoa gestante para identificação e classificação dos riscos e orientação e condutas adequadas. Quanto mais cedo esta paciente confirmar a sua gestação mais precocemente poderemos direcioná-la para uma assistência adequada.

O sintoma mais comumente identificado para a suspeição de gravidez é o atraso menstrual.

Existem três grupos de categorias de sinais e sintomas que possam indicar gestação, alguns com mais precisão que outros. conforme apresentados abaixo:

5.1. Sinais e sintomas de Presunção

São sintomas que podem surgir em várias outras situações, sendo pouco específicos para utilizar como diagnóstico de gravidez:

Náuseas e vômitos, sialorreia, alterações do apetite, aversão a certos odores que provocam náuseas e vômitos, lipotimia e tonturas, aumento da frequência urinária, sonolência e alterações psíquicas;

Melasma facial, linha nigra, aumento do volume abdominal;

Modificações anatômicas (aumento do volume das mamas, hipersensibilidade nos mamilos, tubérculos de Montgomery, saída de colostro pelo mamilo, coloração violácea vulvar, cianose vaginal e cervical);

5.2. Sinais de Probabilidade

São sintomas e sinais mais característicos de gravidez, no entanto, podem estar associados a outras condições de saúde

Amolecimento da cérvix uterina (sinal de Hegar) com posterior aumento do seu volume, alterando a forma em que o útero se torna globoso (sinal de Nobile-Budin);

Paredes vaginais aumentadas com aumento da vascularização (pode-se observar pulsação da artéria vaginal nos fundos de saco laterais); Obs.: Os sinais de probabilidade são mais evidentes a partir de oito semanas de gestação.

5.3. Sinais de Certeza

Diagnóstico laboratorial: realizado pela identificação do hormônio core gonadotrófico (HCG) na urina ou no sangue;

Presença dos batimentos cardíacos fetais (BCF) detectados pelo sonar a partir de 12 semanas;

Percepção dos movimentos fetais (18 a 20 semanas) percebidos na consulta;

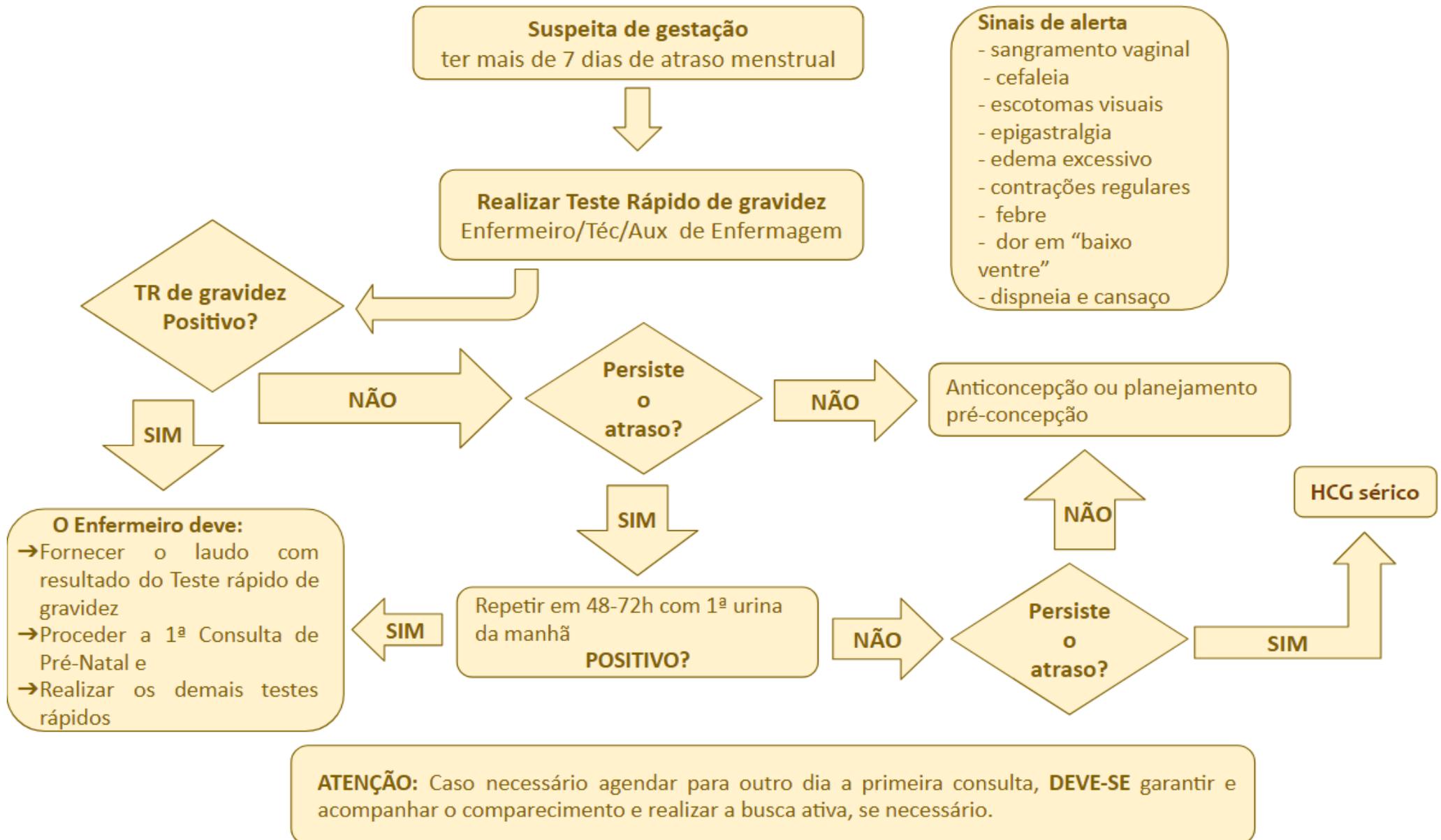
Ultrassonografia: o saco gestacional pode ser observado por via transvaginal com apenas 4-5 semanas gestacionais e a atividade cardíaca é a primeira manifestação do embrião com seis semanas gestacionais.

5.4. Recomendações Quanto ao diagnóstico da Gravidez

O diagnóstico da gravidez pode ser efetuado em 90% das pacientes através dos sinais clínicos, sintomas e exame físico, em gestações mais avançadas. As queixas principais incluem o atraso menstrual, fadiga, mastalgia, aumento da frequência urinária e náuseas/vômitos matinais.

O método diagnóstico padrão é a da pesquisa de radioimunoensaio da fração beta da gonadotrofina coriônica humana urinária ou sérica. Há indicação de realizar teste urinário por ser mais rápido e menos custoso antes de recorrer ao exame sérico (o qual possui mais sensibilidade), caso insista o atraso menstrual.

Fluxograma 1. Consulta de Suspeita e Confirmação da Gestação



6. ROTEIRO DE CONSULTAS DE PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL

6.1. Recomendações quanto ao roteiro das consultas de Pré-Natal

Talvez o principal indicador do prognóstico ao nascimento seja o acesso à assistência Pré-Natal, que deve ser realizada pelo médico ou pelo enfermeiro.

É assegurado à pessoa gestante o direito de levar um acompanhante de sua livre escolha nas consultas (companheiro, mãe, amiga ou outra pessoa). Sabe-se que a presença do pai (companheiro ou parceiro) na primeira consulta traz significativo diferencial qualitativo a esse atendimento. Nas pessoas gestantes com algum risco a frequência deve ser individualizada;

Parceiro(a): deve-se oferecer pelo menos uma consulta individual, durante o Pré-Natal, para facilitar seu envolvimento no cuidado à pessoa gestante e posteriormente à criança, bem como a realização dos testes rápidos de sífilis, HIV, Hepatite B e C, além do estímulo à presença em consultas de Pré-Natal, observando criação de vínculos afetivos, orientações em relação ao parto e cuidados do RN;

Orienta-se à Unidade de Saúde (US) o monitoramento das pessoas gestantes do território, a fim de identificar e realizar busca das pessoas gestantes faltosas.

Recomenda-se visita domiciliar para acompanhamento, principalmente em gestantes com histórico de falta às consultas e tratamentos anteriores;

ATENÇÃO!

Sempre que a pessoa gestante comparecer à unidade com qualquer queixa e for NECESSÁRIO o exame físico com ausculta de BCF, PA, AU e avaliação da queixa, deve-se registrar no Sistema E-SUS a consulta de Pré-Natal e não esquecer de registrar também na CARTEIRA DE PESSOA GESTANTE.

6.2. Avaliando o Risco

A avaliação de risco a partir da avaliação das condições das pessoas gestantes e puérperas do território concomitante ao manejo adequado de suas necessidades é fundamental para um cuidado qualificado realizado pela equipe de saúde.

A estratificação de risco para as pessoas gestantes deve ser realizada em todas as consultas por meio de um processo dinâmico de identificação de pessoa gestantes que necessitam de tratamento imediato e/ou especializado, segundo o potencial de risco, agravos prévios à saúde ou grau de sofrimento.

As pessoas gestantes se dividem em:

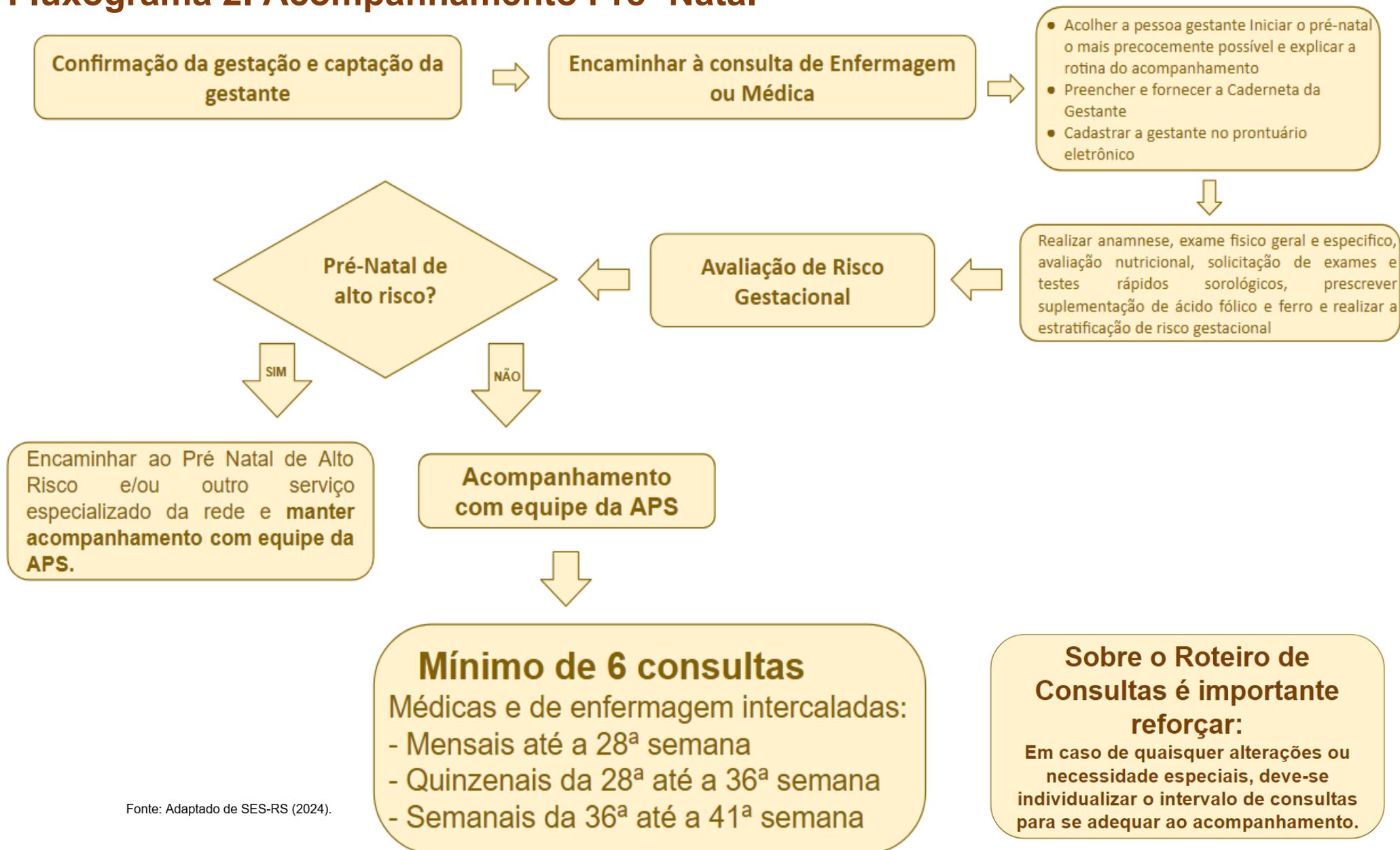
- **RISCO HABITUAL:** gestantes que não apresentam fatores de risco individual, sociodemográficos, de história reprodutiva anterior, de doença ou agravo. A gestante deve ser acompanhada pela equipe multidisciplinar da APS; ● Idade entre 16 e 34 anos ; Aceitação da gestação História reprodutiva anterior; Intervalo interpartal maior que 2 anos; Ausência de intercorrências clínicas e/ou obstétricas na gravidez anterior e/ou na atual.

- **RISCO INTERMEDIÁRIO:** Gestantes que não apresentam especificamente uma doença, mas que possuem fatores raciais, étnicos, educacionais, reprodutivos e de faixa etária que caracterizam um risco maior para adoecer durante a gestação, parto e pós-parto, por exemplo: Gestantes negras ou indígenas , gestantes com mais de 40 anos; Gestantes analfabetas ou com menos de 3 anos de estudo; Gestantes com 20 anos e com mais de 3 filhos; Adolescentes abortamentos de repetição; Tabagistas ativas ou passivas; Aceitação da gestação; Indícios de ocorrência de violência; Insuficiência de apoio familiar; Uso de drogas lícitas e ilícitas; Altura menor do que 1,45 mts; Transtorno depressivo ou ansiedade leve; IMC menor do que 18,5; Capacidade de autocuidado insuficiente; História reprodutiva anterior: alterações no crescimento intrauterino (CIUR e macrossomia) , malformação , nuliparidade ou multiparidade (5 ou mais partos), diabetes gestacional, síndromes hemorrágicas ou hipertensivas sem critérios de gravidade , cesariana prévia com incisão clássica/corporal/longitudinal, cesáreas prévias (2 ou mais) ou cirurgia uterina anterior recente (exceto incisão clássica/corporal/longitudinal) , intervalo interpartal <2 anos; Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual: infecção urinária (1 ou 2 ocorrências) ou 1 episódio de pielonefrite , ganho de peso inadequado, sífilis (exceto sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina e achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita), suspeita ou confirmação de dengue, vírus Zika ou Chikungunya (quadro febril exantemático).

- **ALTO RISCO:** Que podem se compor de situações muito complexas.

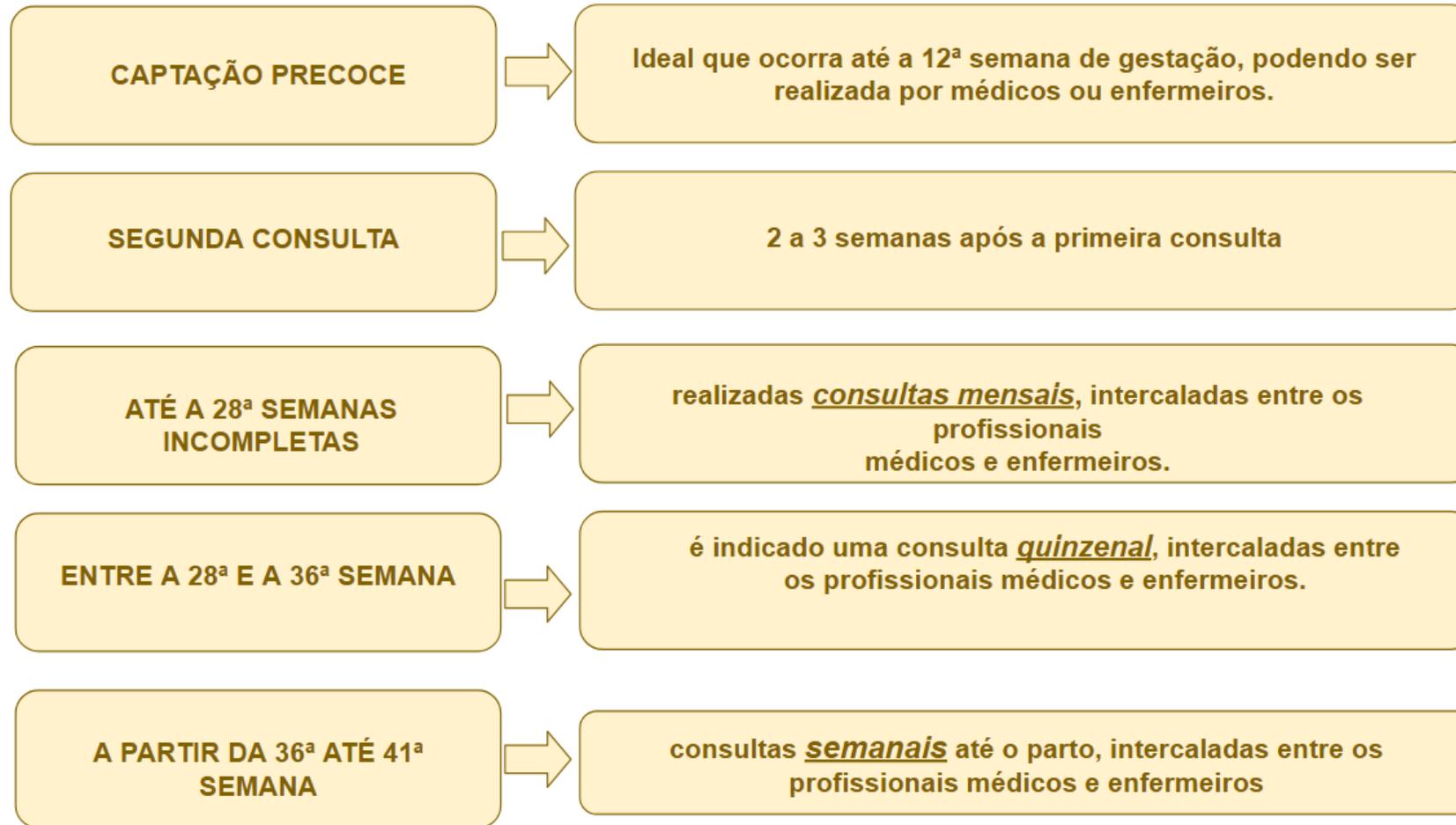
Considerando que a faixa etária fértil é definida entre os 10 aos 49 anos e abrange as mulheres adolescentes e adultas em diferentes situações de vida; é essencial a atenção aos seus aspectos biopsicossociais e culturais buscando uma ampla compreensão sobre as circunstâncias de vida e integralidade desta pessoa. A vinculação com a equipe de saúde e acompanhamentos periódicos compõem importantes aspectos para o bem-estar da gestação promovendo saúde integral para o binômio mãe x bebê

Fluxograma 2. Acompanhamento Pré- Natal



Fonte: Adaptado de SES-RS (2024).

Quadro 1. Roteiro de Consultas de Pré-Natal



Gestantes em acompanhamento no PNAR, devem ter a regularidade de consultas na unidade de saúde reavaliada e registrada!
Conforme a estratificação de risco, a periodicidade pode ser modificada;
Encaminhar para a maternidade de referência após a 41ª semana para avaliação de bem-estar fetal e conduta.

Orienta-se à Unidade de Saúde (APS) o monitoramento das gestantes do território, a fim de identificar e realizar busca das gestantes faltosas.

Recomenda-se visita domiciliar;

- Não deve existir alta do pré-natal, isto só deverá ocorrer após as consultas de puerpério;
- Realização de consulta odontológica, prioritariamente, no primeiro trimestre da gestação, com atenção à avaliação da saúde bucal da gestante a necessidade e a possibilidade de tratamento, observando os cuidados indicados em cada período da gravidez, controle de placa, cujas práticas constituem boas condutas odontológicas preventivas e podem ser indicadas, garantindo conforto à gestante e a continuidade do tratamento após a gravidez. Oferecer disponibilidade ao atendimento de intercorrências/urgências odontológicas observando os cuidados indicados em cada período da gravidez e encaminhar a gestante para níveis de referência de maior complexidade, caso necessário. Orientar a mulher e seu companheiro sobre hábitos alimentares saudáveis e de higiene bucal.;
- Além disso, é importante salientar que ao encaminhar a gestante para o pré-natal de alto risco, esta deve manter-se vinculada à APS, sendo este acompanhamento importante para a manutenção da qualidade do pré-natal;
- As consultas de puerpério como retorno à US do binômio mãe-bebê em sua unidade de referência entre o 3o e 5o dia pós-parto (até 3 dias em caso de RN de risco), devem ser já avisadas à gestante em suas consultas finais de PN;
- Consulta de retorno entre 30 a 45 dias após o parto;
- As US devem priorizar o atendimento do binômio quando retornarem da maternidade.

Você já sabe, mas não custa lembrar:

- Não existe ALTA do Pré Natal, se o parto não ocorreu até as 41 semanas, encaminhar a gestante para a maternidade de referência para avaliação do bem-estar fetal e assistência ao parto

6.3. Critérios de Encaminhamento ao Pré-Natal de Alto Risco

Algumas pessoas gestantes podem apresentar complicações, identificadas durante o PN, que precisam de acompanhamento especializado. Nestes casos, deverão ser encaminhadas aos serviços de PNAR, **mas deverão continuar também o acompanhamento das APS onde iniciaram o PN**, com o objetivo de verificar se está havendo adesão da paciente às consultas, exames, tratamentos e recomendações do PNAR. Deverá haver integração entre as APS e os serviços de PNAR de referência para melhor condução conjunta dos casos. (vide critérios de encaminhamento abaixo).

Ao encaminhar a paciente para o PNAR, acompanhar sempre as pendências da regularização no sistema GERCON, garantindo o seguimento da solicitação.

Deverá ser dispensada atenção especial às pessoas gestantes com maiores riscos, a fim de reduzir a morbidade e mortalidade materna e perinatal. Todas as pessoas gestantes com critério de Alto Risco devem ser referenciadas ao Pré-Natal de alto risco prontamente via sistema GERCON. O encaminhamento para o Pré-Natal de Alto Risco se dará conforme: protocolo_encaminhamento_obstetricia_TSRS20190821.pdf

No encaminhamento deve conter:

- Idade gestacional, altura uterina ou DUM;
- Condição clínica materna e/ou fetal;
- Diagnóstico da morbidade prévia (diabetes, hipertensão, anemia);
- Descrever medicamentos e condutas realizadas antes do encaminhamento;
- Antecedentes obstétricos (aborto recorrente, parto prematuro, histórico de incompetência cervical, etc.);
- Se houve internação hospitalar recente;
- Resultado ecografia obstétrica com data (se realizada);
- Número da tele consultoria, se caso discutido com TelessaúdeRS-UFRGS;

Fonte: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_encam_inhamento_obstetricia_TSRS20190821.pdf

Se dúvida, realizar interconsulta com médico (a), demais profissionais da equipe e/ou ligar para  **08006446543 TelessaúdeRS**

6.3.1. Patologias Prévias

- Hipertensão Arterial (Hipertensão Arterial na gravidez é Pressão Arterial (PA) sistólica maior ou igual 140 mmHg e/ou PA diastólica maior ou igual a 90 mmHg, antes da 20ª semana de idade gestacional, medida em repouso de pelo menos 10 minutos);
- Nefropatias;
- Doenças Hematológicas;
- Lúpus Eritematoso Sistêmico;
- Diabete Mellitus Tipos I e II;
- Cardiopatia;
- Pneumopatia Grave;
- Doenças Neurológicas como a Epilepsia que necessitam de acompanhamento multidisciplinar;
- Qualquer patologia clínica que necessite acompanhamento de maior complexidade.

6.3.2. Gestação Atual

- Isoimunização Rh;
- Hipertensão Arterial (Hipertensão Arterial na gravidez é Pressão Arterial (PA) sistólica maior ou igual 140 mmHg e/ou PA Diastólica maior ou igual a 90 mmHg, medida em repouso de pelo menos 10 minutos);
- Teste Rápido reagente para HIV - Inserir pessoa gestante na Agenda GERCON PRÉ-NATAL HIV);
- Hemoglobina < 8;
- Diabete Gestacional
- História Prévia de Doença Hipertensiva da Gestação, com mau resultado obstétrico e ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina, HELLP, Eclâmpsia, internação da mãe em UTI);
- Toxoplasmose IgM reagente ou conversão de IgG;
- Infecções pré-natais como a Rubéola, Citomegalovirose e Toxoplasmose adquiridas na gestação atual ou anterior em atividade.
- Oligoidrâmnio Pré-termo (< ou igual há 36 semanas);
- Crescimento Intrauterino Restrito Pré-Termo;

- Desnutrição Materna severa;
- Drogadição e Alcoolismo;
- Gemelaridade;
- Malformações Fetais ou arritmia fetal;
- Morte Intrauterina ou perinatal em gestação anterior principalmente se for de causa desconhecida;
- Polidrâmnio;
- Placenta Prévia na gestação atual;
- Adolescentes

Pessoa gestante com lesões de alto grau ou câncer de colo de útero, diagnosticadas por citopatológico do colo do útero: **encaminhar via Gercon pela agenda Ginecologia colo do útero**

Alta suspeita clínica de câncer de mama ou mamografia anterior à gestação com BIRADS 4 e 5: encaminhar através do Gercon para oncologia (cirurgia da mama)

VER PROTOCOLO DE RASTREAMENTO DE NEOPLASIAS - disponível em: <http://bit.ly/protocoloNeoplasias>

Protocolo TelessaúdeRS disponível em:

https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_encaminhamento_obstetricia_TSRS20190821.pdf

Se dúvida, realizar interconsulta com médico (a), demais profissionais da equipe e/ou ligar para  **08006446543 TelessaúdeRS**

6.4. Critérios de Encaminhamento ao CENTRO OBSTÉTRICO

- Presença de sangramento oriundo do canal cervical independente da dilatação e idade gestacional;
- Suspeita de Pré-eclâmpsia: Pressão Arterial $\geq 140/90$ medida após um mínimo de 10 minutos de repouso, em decúbito lateral esquerdo e confirmado em uma segunda medida;
- **Obs.: EDEMA NÃO É MAIS CONSIDERADO CRITÉRIO DIAGNÓSTICO para encaminhamento ao Centro Obstétrico**
- Sinais premonitórios de eclâmpsia (escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito);
- Hipertermia ($TAX \geq 37,8C$);
- Suspeita/diagnóstico de abdômen agudo em pessoas gestantes;
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção intra-amniótica ou outra infecção que necessite de internação hospitalar;
- Perda de líquido característica (consistência líquida, em grande quantidade ou pequenas quantidades, mas persistente) mediante confirmação através do exame especular com manobra de Valsalva e elevação da apresentação fetal;
- Suspeita de Trombose Venosa Profunda em pessoa gestantes (dor no membro inferior, edema localizado e ou varicosidade aparente);
 - Trabalho de parto prematuro (contrações + modificação de colo uterino em pessoa gestantes < 36 semanas);
- 41 semanas de idade gestacional confirmadas;
- Investigação de prurido gestacional / icterícia;
- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento com comprometimento sistêmico < 20 semanas; • Vômitos inexplicáveis no 3º trimestre;
- Crise hipertensiva ($TA \geq 160/110$);
- Restrição de Crescimento Intrauterino (RCIU);
- Oligidrânio (ILA < 5 cm ou abaixo do percentil 10 para a idade gestacional);
- Casos clínicos que necessitem de avaliação hospitalar (p.ex. cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma, etc.).

Em caso de encaminhamento à maternidade de referência: O serviço hospitalar avaliará a gestante e indicará a conduta (internação, Pré Natal de Alto risco ou retorno ao Pré-natal de risco habitual na unidade de saúde).

6.4.1. Casos para Avaliação de Bem-Estar Fetal:

- Diminuição da movimentação fetal;
- Ausência de BCF (para confirmar morte ou investigar sofrimento);
- Trauma abdominal;
- Bradicardia fetal (menos de 120 BCFs por minuto), taquicardia fetal (mais de 160 BCFs por minuto) em decúbito lateral esquerdo;
- Suspeita de pós-datismo (idade gestacional duvidosa ≥ 41 semanas, pois se for de certeza 41 semanas encaminhar para a maternidade para interrupção da gestação).

Você já sabe, mas não custa lembrar:

- As consultas de puerpério como retorno à US do binômio mãe-bebê em sua unidade de referência entre o 3º e 5º dia pós-parto (até 3 dias em caso de RN de risco), devem ser já avisadas à gestante em suas consultas finais de PN ;
- Consulta de retorno entre 30 a 45 dias após o parto;
- As US devem priorizar o atendimento do binômio quando retornarem da maternidade
- Anotar, em destaque, na Carteira da Gestante, o resultado para Streptococcus Grupo B análise vaginal e swab anal a partir do 3º trimestre.

IMPORTANTE:

Registrar nos campos adequados a cada informação no ESUS e na CARTEIRA DE GESTANTE

7. CONSULTA DE PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL

7.1. Anamnese

Pesquisar condições de risco: doenças prévias, passado obstétrico, antecedentes familiares, doenças e anormalidades atuais (a cada consulta);

Os componentes da história que precisam ser interrogados na primeira consulta Pré-Natal são:

- data da última menstruação;
- regularidade dos ciclos;
- uso de anticoncepcionais;
- paridade e intercorrências clínicas, obstétricas e cirúrgicas;
- detalhes de gestações prévias;
- hospitalizações anteriores e uso de medicações;
- história prévia de doença sexualmente transmissível;
- exposição ambiental ou ocupacional de risco;
- reações alérgicas;
- história pessoal ou familiar de doenças hereditárias/malformações;
- gemiparidade anterior; prematuridade nas gestações anteriores;
- fatores socioeconômicos;
- atividade sexual;
- uso de tabaco, álcool ou outras drogas lícitas ou ilícitas;
- história infecciosa prévia; vacinações prévias; história de violências e aceitabilidade desta gestação;

Na pesquisa de sintomas relacionados à gravidez também deverá ser questionado: náuseas, vômitos, dor abdominal, constipação, cefaleia, síncope, sangramento ou corrimento vaginal, disúria, polaciúria e edemas;

Ouvir as queixas e relatos da pessoa gestante quanto à percepção atual da sua saúde e questionar sintomas, sinais e aspectos relevantes para o período da gestação. Em todas as oportunidades, a equipe deve ficar atenta para identificar sinais de alerta para intercorrências clínicas ou obstétricas, independente da gravidade. As queixas das pessoas gestantes devem ser sempre valorizadas e avaliadas;

Avaliar o ambiente doméstico considerando uma sondagem efetiva sobre a eventualidade de violência doméstica por parte do parceiro (a) sexual.

Pesquisar histórico pessoal e familiar de tromboembolismo venoso (TEV), embolia pulmonar (TEP) e trombofilias.

Atenção ao mau passado obstétrico, suspeitar de Síndrome Antifosfolípide (SAF) quando:

- Uma ou mais mortes inexplicadas de fetos morfológicamente normais, acima de 10 semanas;
- Um ou mais partos prematuros de neonatos morfológicamente normais, anteriores à 34 semana, devidos à:
 - eclâmpsia ou pré-eclâmpsia grave
 - insuficiência placentária
 - Três ou mais abortos espontâneos precoces (< 10 semanas), consecutivos e inexplicados, excluídas as causas maternas anatômicas e hormonais, bem como as cromossômicas do casal;

Pesquisar sintomas como tosse, dor de garganta, nariz escorrendo, dor no corpo, alterações de olfato, calafrios, diarreia, contatos suspeitos ou confirmados com pessoas positivas para COVID nos últimos 14 dias;

- Perguntar sobre disfunções da tireoide;

A PRIMEIRA CONSULTA OU PRIMEIRO TRIMESTRE

Deve ser realizada pelo profissional que estiver no momento com a agenda mais próxima disponível e efetuar o cadastro da paciente como gestante no sistema e-SUS, fornecer carteira de gestante e realizar os testes rápidos.

GARANTIR RETORNO DA GESTANTE NA PRÓXIMA CONSULTA

Caso a gestante não seja captada precocemente, o profissional de saúde (MÉDICO OU ENFERMEIRO) deve solicitar os exames na primeira oportunidade de contato com a gestante.

A segunda consulta deve ocorrer de 2 a 3 semanas após a primeira e seguir os agendamentos conforme a idade gestacional

Quadro 2. Entrevista (a)

ENTREVISTA	QUANDO AVALIAR	O QUE AVALIAR	
Presença de sintomas ou queixas	Todas as consultas	<ul style="list-style-type: none"> • Náuseas e vômitos; • Constipação e flatulência; • Sintomas urinários; • Salivação excessiva; • Pirose; • Corrimento (que pode ou não ser fisiológico). • Tontura; 	<ul style="list-style-type: none"> • Dor mamária; • Dor lombar; • Alterações no padrão de sono; • Dor e edema de membros inferiores; • Dor pélvica.
Planejamento Reprodutivo	Primeira Consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Gestação desejada e/ou planejada; • Métodos contraceptivos utilizados. 	<ul style="list-style-type: none"> • Data da última menstruação (DUM).
Rede Familiar e Social	Primeira consulta; nas demais consultas, verificar se houve mudanças	<ul style="list-style-type: none"> • Presença de companheiro; • Rede social utilizada. • História de violência. 	<ul style="list-style-type: none"> • Relacionamento familiar e conjugal para identificar relações conflituosas;
Condições de moradia, de trabalho e exposições ambientais	Primeira consulta; nas demais consultas, verificar se houve mudanças	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de moradia; • Tipo de saneamento; • Grau de esforço físico; • Renda. 	<ul style="list-style-type: none"> • Estresse e jornada de trabalho; • Exposição a agentes nocivos (físicos, químicos e biológicos); • Beneficiário de programa social de transferência de renda com condicionalidades
Atividade Física	Primeira consulta; nas demais consultas, verificar se houve mudanças	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de atividade física; • Grau de esforço; • Periodicidade. 	<ul style="list-style-type: none"> • Deslocamento para trabalho ou curso; • Lazer
História Nutricional	Primeira Consulta	História de desnutrição, sobrepeso, obesidade, cirurgia bariátrica, transtornos alimentares, carências nutricionais, histórico de criança com baixo peso ao nascer, uso de substâncias tóxicas para o bebê.	<ul style="list-style-type: none"> • Peso e altura antes da gestação; • Hábito alimentar.
Tabagismo e exposição à fumaça do cigarro	Primeira Consulta	<ul style="list-style-type: none"> • Status em relação ao cigarro (fumante, ex-fumante, tempo de abstinência, tipo de fumo); • Exposição ambiental à fumaça de cigarro. 	Para as fumantes, avaliar se pensam em parar de fumar nesse momento.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016.

Quadro 2. Entrevista (b)

ENTREVISTA	QUANDO AVALIAR	O QUE AVALIAR	
Álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas)	Primeira consulta; nas demais consultas, verificar se houve mudanças	•Padrão prévio e/ou atual de consumo de álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas).	
Antecedentes aleitamento	Primeira consulta; nas demais consultas, verificar se houve mudanças	•História de aleitamento em outras gestações, tempo, intercorrências ou desmame precoce.	•Desejo de amamentar.
Saúde sexual	Primeira Consulta	•Idade de início da atividade sexual; •Intercorrências como dor, desconforto.	•Desejo e prazer sexual; •Práticas sexuais; •Medidas de proteção para IST.
Imunização	Primeira Consulta	•Estado vacinal: dT/dTpa, hepatite B, influenza, tríplice viral, COVID.	
Saúde Bucal	Primeira Consulta	•Antecedentes ou história atual de sangramento gengival, mobilidade dentária, dor, lesões na boca, infecções, pulpite, cáries, doença periodontal ou outras queixas.	•Data da última avaliação de saúde bucal. •Hábitos de higiene bucal como rotina de escovação e uso de fio dental;
Antecedentes Familiares	Primeira Consulta	•Doenças hereditárias; •Gemelaridade; •Diabetes; •Hanseníase; •Transtorno mental; •Doença neurológica; •Grau de parentesco com o pai do bebê.	•Pré-eclâmpsia; •Hipertensão; •Tuberculose; •Câncer de mama ou ovário; •Deficiência e malformações; •Parceiro com IST ou HIV/aids.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016.

Quadro 2. Entrevista (c)

ENTREVISTA	QUANDO AVALIAR	O QUE AVALIAR	
Antecedentes clínicos, ginecológicos, obstétricos	Primeira consulta; nas demais consultas, verificar se houve mudanças	<ul style="list-style-type: none"> •Diabete, hipertensão, cardiopatias; •Trombose venosa; •Alergias, transfusão de sangue, cirurgias, medicamentos de uso eventual ou contínuo (prescritos ou não pela equipe de saúde, fitoterápicos e outros); •Cirurgias prévias (mama, abdominal, pélvica); •Hemopatias (inclusive doença falciforme e talassemia). 	<ul style="list-style-type: none"> •Doenças autoimunes, doenças respiratórias (asma, DPOC), doenças hepáticas, tireoidopatias, doença renal, infecção urinária, IST, tuberculose, hanseníase, malária, rubéola, sífilis, outras doenças infecciosas; •Transtornos mentais, epilepsia, neoplasias, desnutrição, excesso de peso, cirurgia bariátrica; •Avaliar sinais de depressão.
	Primeira Consulta	<ul style="list-style-type: none"> •Idade na primeira gestação; •Número de gestações anteriores, partos (termo, pré e pós-termo; tipo e intervalo), abortamentos e perdas fetais; •Gestações múltiplas; •Número de filhos vivos, peso ao nascimento, recém-nascidos com história de icterícia, hipoglicemia ou óbito neonatal e pós-neonatal. •Malformações congênitas; 	<ul style="list-style-type: none"> •Intercorrências em gestações anteriores como síndromes hemorrágicas ou hipertensivas, Isoimunização Rh, diabetes gestacional, incompetência istmo cervical, gravidez ectópica; •Mola hidatiforme, gravidez anembrionada ou ovo cego; •Intercorrências no puerpério; •Experiência em partos anteriores.
	Primeira Consulta	<ul style="list-style-type: none"> •Ciclos menstruais; •História de infertilidade; 	<ul style="list-style-type: none"> •Resultado do último exame preventivo de câncer de colo uterino.

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2016.

7.2. Exame Físico Geral

- Averiguar sinais de anemia, edema, arritmias cardíacas e / ou sinais de outras anormalidades, que possam sugerir doenças associadas;
- Verificar peso, PA e calcular o IMC: com atenção para os padrões de normalidade da PA para pessoa gestantes, ganho de peso a cada mês e sinais de doenças favorecidas pela obesidade;
- Medição de altura uterina, percepção de dinâmica uterina, ausculta dos batimentos fetais (conforme idade gestacional).

Quadro 3. Exame Físico geral (a)

QUANDO AVALIAR	O QUE AVALIAR/COMO AVALIAR		O QUE FAZER
Primeira consulta 2º trimestre 3º trimestre	Pele e mucosas • Cor; Lesões; Hidratação.	Exame bucal • Turgor; Cloasma; Tumorações; • Manchas.	•Realizar orientações específicas. • Avaliação médica na presença de achados anormais.
Primeira consulta	Exame bucal Verificar alterações de cor da mucosa, hidratação, esmalte dentário, cáries, presença de lesões, sangramento, inflamação e infecção	• dentes • gengiva • língua • palato	• Encaminhar todas as pessoas gestantes para avaliação odontológica, pelo menos uma vez, durante a gestação.
Primeira consulta	Região cervical	•Palpação de tireoide.	•Realizar orientações específicas; •Avaliação médica na presença de achados anormais.
Primeira consulta	Mamas •Inspeção estática e dinâmica, avaliando simetria, alterações do contorno, abaulamento ou espessamento da pele, coloração, textura, circulação venosa, tipo de mamilo. •Palpação de mamas, região supraclavicular e axilar em busca de alterações de textura, nódulos, abaulamentos, entre outros.		• Realizar orientações específicas. •Para as condutas nos achados anormais, ver protocolo de rastreamento de neoplasias

Fonte: Adaptado de Brasil, 2016.

Quadro 3. Exame Físico geral (b)

QUANDO AVALIAR	O QUE AVALIAR/COMO AVALIAR		O QUE FAZER
Todas as consultas	<p>Dados vitais • avaliar sentada ou em decúbito lateral esquerdo:</p> <ul style="list-style-type: none"> • pulso; • frequência respiratória; 	<ul style="list-style-type: none"> • Aferição de pressão arterial (PA); • frequência cardíaca; • temperatura axilar. 	<p>Valores persistentes de PA sistólica ≥ 140 mmHg e/ou diastólica ≥ 90 mmHg (em três ou mais avaliações de saúde, em dias diferentes, com duas medidas em cada avaliação) caracterizam hipertensão arterial (HA) na gestação e devem ser acompanhadas no alto risco.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Crise hipertensiva (PA sistólica ≥ 160 mmHg ou PA diastólica ≥ 110 mmHg) <p>Condições clínicas que indicam a necessidade de encaminhamento para Centro Obstétrico/ Emergência ginecológica:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Elevação ≥ 30 mmHg da PA sistólica e/ou ≥ 15 mmHg de diastólica em relação à PA anterior à gestação ou até a 16ª semana, controlar com maior frequência para identificar HA. Se assintomática e PA $< 140/90$ mmHg, reavaliar frequentemente e orientar medidas alimentares. • PA $> 160/110$ mmHg ou PA $> 140/90$ mmHg e proteinúria positiva e/ou sintomas de cefaleia, epigastria, escotomas e reflexos tendíneos aumentados, referenciar com urgência à maternidade.
Primeira consulta 2º trimestre 3º trimestre	<p>Tórax</p> <ul style="list-style-type: none"> • Avaliação pulmonar. • Avaliação cardíaca. 		<ul style="list-style-type: none"> • Realizar orientações específicas. • Avaliação médica na presença de achados anormais.
Todas as consultas, a partir da 10ª a 12ª semana de gestação	<p>Ausculta dos batimentos cardíofetais (BCF)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Audível com uso de sonar doppler a partir da 10ª/12ª semana; • Audível com uso de estetoscópio de Pinard a partir da 20ª semana; • Verificar ritmo, frequência e regularidade dos BCF. Contar número de BCF em um minuto. A frequência esperada é de 110 a 160 bpm. 		<ul style="list-style-type: none"> • Alterações persistentes da frequência dos BCF devem ser avaliadas pelo médico ou na maternidade de referência, assim como BCF não audíveis após a 24ª semana e não percepção de movimentos fetais e/ou se não ocorreu crescimento uterino. • Ocorre aumento transitório da frequência na presença de contração uterina, movimento fetal ou estímulo mecânico. Se ocorrer desaceleração durante e após contração, pode ser sinal de preocupação. Nestas condições, referenciar para avaliação na maternidade de referência.

Fonte: Adaptado de Brasil. 2016.

Quadro 3. Exame Físico geral (c)

QUANDO AVALIAR	O QUE AVALIAR/COMO AVALIAR	O QUE FAZER
Primeira consulta 2º trimestre 3º trimestre	<p>Avaliação nutricional</p> <p>1) Medida de peso em todas as avaliações e medida inicial de altura (a cada trimestre, em pessoas gestantes com menos de 20 anos).</p> <p>2) Cálculo do IMC e classificação do estado nutricional baseado na semana gestacional, de acordo com a tabela específica.</p> <p>3) Caracteriza-se risco nutricional: extremos de peso inicial (< 45 kg e > 75 kg); curva descendente ou horizontal; curva ascendente com inclinação diferente da recomendada para o estado nutricional inicial.</p> <p>4) Adolescentes com menarca há menos de dois anos geralmente são classificadas, equivocadamente, com baixo peso; nesse caso, observar o comportamento da curva. Se a menarca foi há mais de dois anos, a interpretação dos achados assemelha-se à de adultas.</p> <p>5) Monitoramento do ganho de peso de acordo com a classificação inicial nutricional ou pela curva no Gráfico de Acompanhamento Nutricional da Pessoa gestante, do Cartão da Pessoa gestante, baseado no IMC semanal (ver Saiba Mais).</p>	<p>Baixo peso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verificar alimentação, hiperêmese gravídica, anemia, parasitose intestinal, outros. - Realizar orientações nutricionais e acompanhar em intervalos menores, <p>•Excesso de peso:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Verificar história, presença de edema, elevação da PA, macrossomia, gravidez múltipla, polidrâmio; - Orientar alimentação adequada e saudável e acompanhar em intervalos menores,
Primeira consulta 2º trimestre 3º trimestre	<p>Edema</p> <ul style="list-style-type: none"> •Inspeção na face e membros superiores. •Palpação da região sacra, com a pessoa gestante sentada ou em decúbito lateral. •Palpação de membros inferiores (MMII), região pré-maleolar e pré-tibial, com a pessoa gestante em decúbito dorsal ou sentada, sem meias. •Observar varizes e sinais flogísticos. 	<p>Resultados</p> <ul style="list-style-type: none"> • (-) ou ausente – monitorar rotineiramente. • (+) apenas no tornozelo – observar; pode ser postural, pelo aumento de temperatura ou tipo de calçado. • (++) em membros inferiores + ganho de peso + hipertensão – orientar decúbito lateral esquerdo, pesquisar sinais de alerta e movimentos fetais, agendar retorno em sete dias; se hipertensão e/ou proteinúria presente, encaminhar ao alto risco. • (+++) em face, membros e região sacra, ou edema observado ao acordar pela manhã, independentemente de ganho de peso e hipertensão. Suspeita de pré-eclâmpsia; encaminhar para avaliação médica e ao alto risco. • Unilateral de MMII, com sinais flogísticos e dor – suspeita de tromboflebite e trombose venosa profunda; encaminhar para avaliação médica e ao alto risco.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2016.

Quadro 3. Exame Físico geral (d)

QUANDO AVALIAR	O QUE AVALIAR/COMO AVALIAR	O QUE FAZER
<p>Primeira consulta 2º trimestre 3º trimestre</p>	<p>Abdome •Palpação abdominal.</p> <p>Palpação obstétrica •Para identificação da situação e apresentação fetal (polo cefálico, pélvico e dorso fetal) e acompanhamento da altura uterina. •Em torno da 36ª semana, recomenda-se a determinação da apresentação fetal (cefálica e pélvica). •Determinar a situação fetal (longitudinal, transversa e oblíqua) colocando as mãos sobre as fossas ilíacas, deslizando-as em direção à escava pélvica e abarcando o polo fetal que se apresenta. A situação longitudinal é a mais comum.</p>	<p>A situação transversa e a apresentação pélvica ao final da gestação podem trazer risco ao parto, e a pessoa gestante deve ser avaliada na maternidade de referência.</p>
<p>De acordo com a necessidade, orientados pela história e queixas da pessoa gestante</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Inspeção de vulva; • Palpação de linfonodos inguinais; • Região anal. 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar orientações específicas; • Avaliação médica na presença de achados anormais.
	<ul style="list-style-type: none"> • Exame especular e coleta para exame citopatológico. (se aderência prévia ao rastreamento e sem alterações nos resultados, manter periodicidade de acordo com o recomendado para população em geral; em caso de vínculo frágil e/ou não aderência ao programa de rastreamento, oportunizar o acompanhamento de Pré-Natal para realizar a coleta). 	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Não há</u> contraindicação no uso da escova endocervical; • Não há restrição quanto à idade gestacional para a coleta da citologia. <p>OBS: O colo do útero da mulher grávida é mais congesto, friável e pode apresentar sangramento durante ou após a coleta. Algumas recomendações restringem a coleta à ectocérvice, porém não há evidências científicas de que a coleta endocervical aumente o risco de eventos adversos à gestação, como trabalho de parto prematuro ou aborto (COREN/RS).</p>
	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Toque bimanual:</u> • Avaliar condições do colo uterino (permeabilidade); • Sensibilidade à movimentação uterina e anexos; • Volume uterino (regularidade e compatibilidade com a amenorreia). 	<ul style="list-style-type: none"> • Realizar orientações específicas e avaliação médica, se necessário.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2016.

Quadro 3. Exame Físico geral (e)

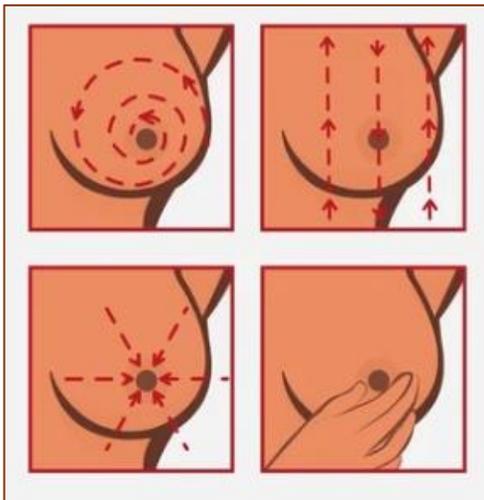
QUANDO AVALIAR	O QUE AVALIAR/COMO AVALIAR	O QUE FAZER
Todas as consultas, após a 12ª semana de gestação	<p>Medida da altura uterina</p> <ul style="list-style-type: none"> Indica o crescimento fetal e a medida deve ficar dentro da faixa que delimita os percentis 10 e 90 do gráfico de crescimento uterino de acordo com a idade gestacional; Após delimitar o fundo uterino e a borda superior da sínfise púbica, fixar a extremidade da fita métrica inelástica na primeira e deslizá-la com a borda cubital da mão pela linha mediana do abdome até a altura do fundo uterino. 	<ul style="list-style-type: none"> Traçados iniciais abaixo ou acima da faixa devem ser medidos novamente em 15 dias para descartar erro da idade gestacional e risco para o feto. Nas avaliações subsequentes, traçados persistentemente acima ou abaixo da faixa e com inclinação semelhante indicam provável erro de idade gestacional; encaminhar para avaliação médica para confirmação da curva, verificar a necessidade de solicitação de ultrassonografia ou referência ao alto risco. Se a inclinação for diferente, encaminhar para o alto risco.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2016.

7.3. Exame ginecológico

EXAME DAS MAMAS:

O objetivo é detectar nódulos palpáveis que poderão crescer rapidamente sob o efeito hormonal da gestação, verificar aréolas e mamilos identificando a qualidade da futura amamentação.



IMPORTANTE: Avaliar e detectar nódulos palpáveis, verificar aréolas e mamilos identificando a qualidade da futura amamentação.

Independentemente da idade gestacional deve ser realizado o exame clínico das mamas durante o pré-natal e caso seja identificada alguma alteração suspeita para câncer de mama, encaminhar para a Atenção Especializada com descrição minuciosa do Quadro.

EXAME OBSTÉTRICO: AVALIAR A GENITÁLIA EXTERNA, VAGINA, COLO UTERINO E, NO TOQUE BIDIGITAL, O ÚTERO E ANEXOS.

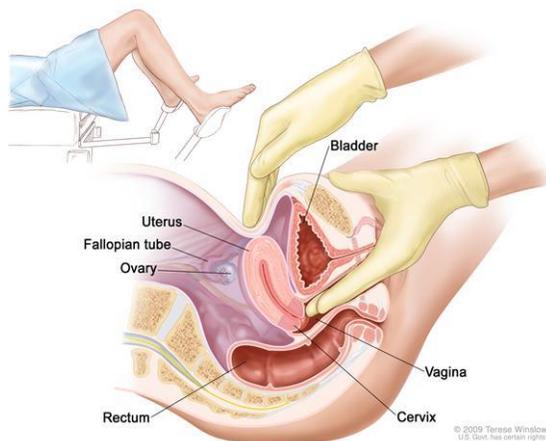
Exame dos genitais externos e especular: obrigatório na primeira consulta e no terceiro trimestre (avaliar o conteúdo vaginal com o objetivo de identificar infecções que possam favorecer o parto prematuro) ou sempre que houver queixa de sangramento, secreção vaginal, prurido, verrugas, dor ou ardor vulvar ou vaginal.

Após a 12ª semana medir a altura do fundo uterino (verificar se está compatível com a idade gestacional), ouvir os batimentos cardíofetais (BCFS), verificar se há movimentação fetal a partir das 18 semanas e a presença de contrações uterinas. O toque vaginal deve ser realizado de acordo com o histórico e queixas da paciente, desde que não haja empecilho para este procedimento, como por exemplo, placenta prévia, rotura de membranas ou tratamento na gestação de trabalho de parto prematuro.

A técnica para medida da altura uterina consiste em posicionar a pessoa gestante em decúbito dorsal, com o abdome descoberto; delimitar a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino; corrigir a comum dextro versão uterina por meio da palpação uterina; fixar a extremidade inicial (0 cm) da fita métrica, na borda superior da sínfise púbica com uma das mãos, passando-a entre os dedos indicador e médio; deslizar a fita métrica entre os dedos indicador e médio da outra mão até alcançar o fundo do útero com a margem cubital da mesma mão; proceder à leitura quando a borda cubital da mão atingir o fundo uterino; anotar a medida (em centímetros) na carteira de pessoa gestante. Após 20 semanas de gravidez, a medida da altura uterina frequentemente coincide com o número de semanas de gestação.

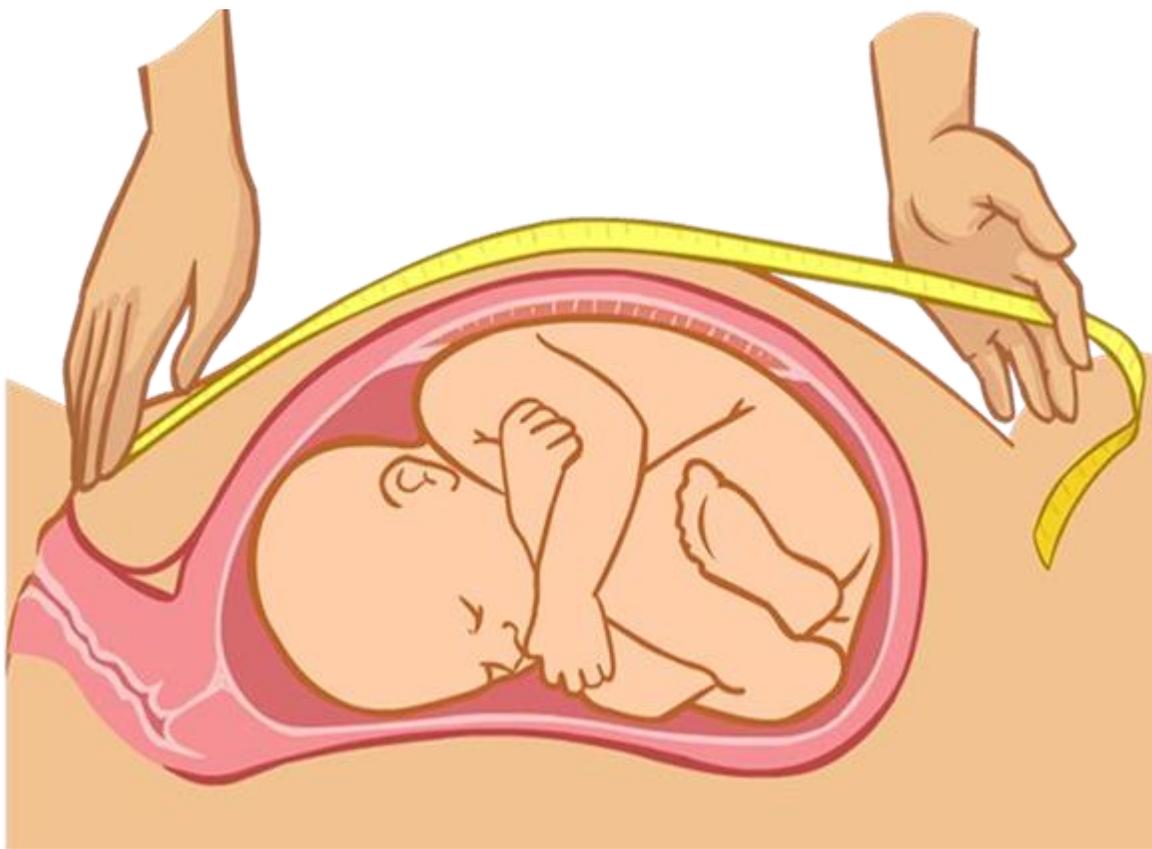
O Exame pélvico de rotina (em todas as consultas) não prevê com exatidão idade gestacional, nem prediz trabalho de parto prematuro ou desproporção cefalopélvica, portanto, não é recomendado de rotina.

Cada caso deve ser individualizado, sempre considerando a clínica da paciente e a história obstétrica prévia como partos prematuros anteriores.



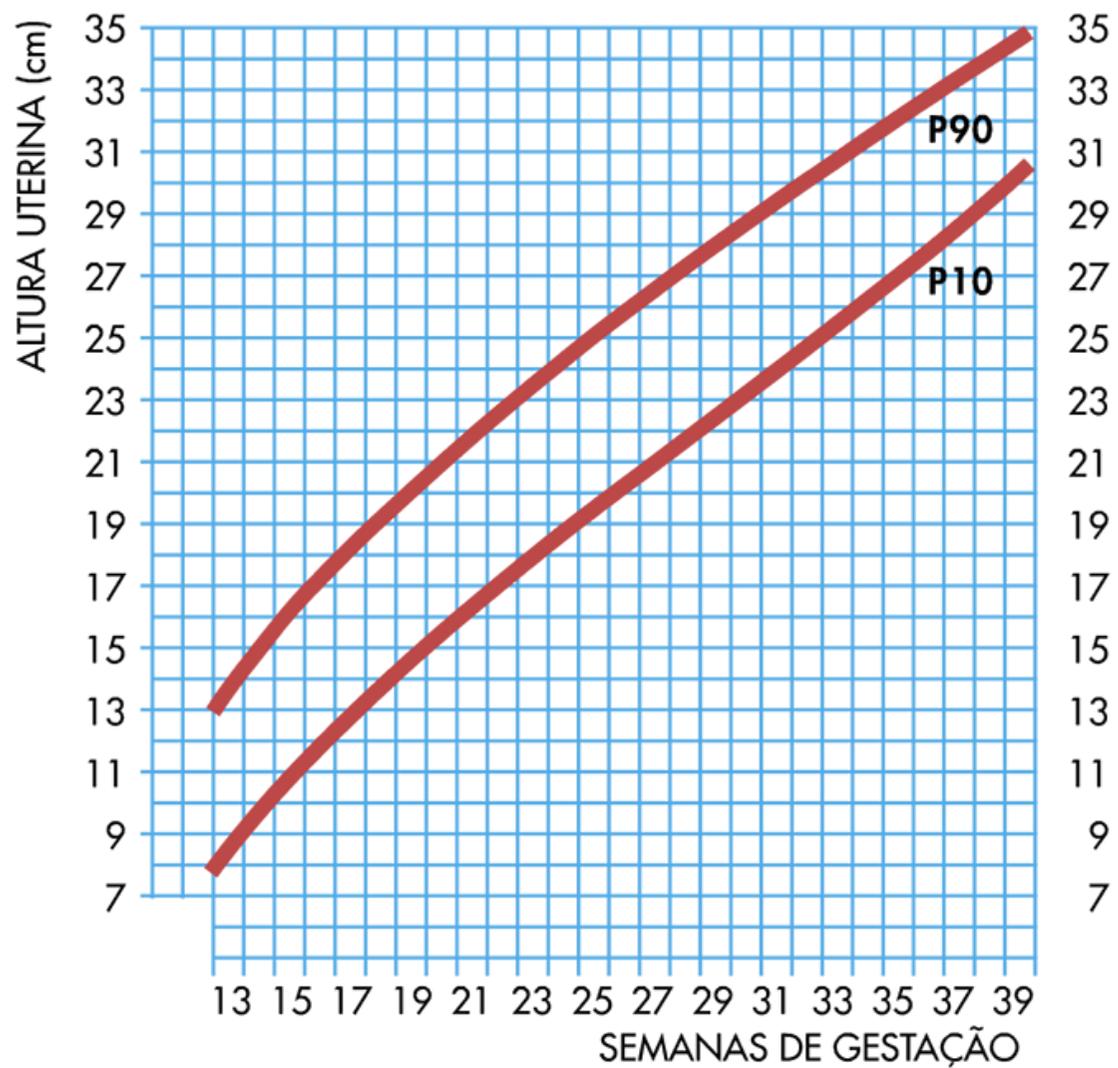
IMPORTANTE: O toque vaginal (toque bimanual) deve ser realizado de acordo com o histórico e queixas da paciente, desde que não haja empecilho para este procedimento.

Figura 1. Medida da Altura Uterina



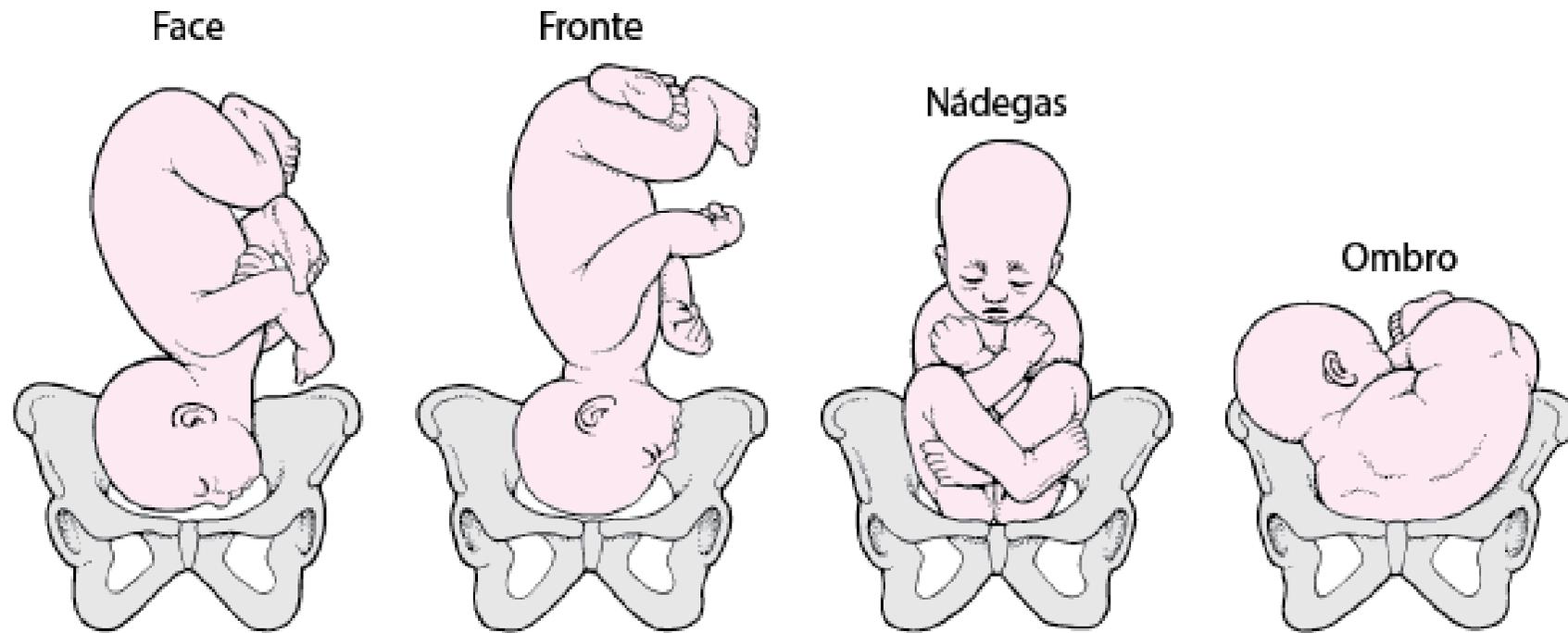
Fonte: Brasil (2006a).

Figura 2. Gráfico de Acompanhamento de altura Uterina



Fonte: Brasil (2006a).

Figura 3. Apresentação fetal



Apresentações anormais

- A definição da apresentação fetal deverá ser determinada por volta da 36^a semana.
- O Exame pélvico de rotina (em todas as consultas) não prevê com exatidão idade gestacional, nem prediz trabalho de parto prematuro ou desproporção cefalopélvica, portanto, não é recomendado de rotina.
- Cada caso deve ser individualizado, sempre considerando a clínica da paciente e a história obstétrica prévia como partos prematuros anteriores.

7.4. Cálculo da Idade Gestacional

- A idade gestacional corresponde ao tempo de gravidez calculado em semanas a partir do 1º dia da data da última menstruação.

O conhecimento da data da última menstruação é importante porque é a única forma clinicamente de sabermos com quanto tempo de gravidez a mulher se encontra, já que não temos como saber quando houve a ovulação ou a fecundação.

Quadro 4. Cálculo da Idade Gestacional

DUM	IDADE GESTACIONAL
A mulher conhece a DUM exata (primeiro dia de sangramento do último ciclo menstrual)	Somar o número de dias do intervalo entre a DUM e a data da consulta e dividir o total por 7 (resultado em semanas) Utilização do gestograma (disco para IG e DPP): direcionar a seta para o dia e mês da DUM e observar o número de semanas indicado na data da consulta
A mulher não se recorda da DUM exata, mas se recorda do período do mês em que ela ocorreu	Considerar como DUM os dias 5, 15 e 25, dependendo se o período foi no início, meio ou fim do mês Somar o número de dias do intervalo entre a DUM presumida e a data da consulta e dividir o total por 7 (resultado em semanas)
A mulher não se recorda da DUM exata e nem do período ou tem ciclos irregulares	Presumir a IG considerando a altura do fundo do útero, o toque vaginal e a data de início dos movimentos fetais. Para determinação da idade gestacional pela medida da altura do fundo do útero, seguir os seguintes parâmetros: até a 6ª semana - não ocorre alteração do tamanho uterino; 8ª semana - o útero corresponde ao dobro do tamanho normal; 10ª semana - o útero corresponde a três vezes o tamanho habitual; 12ª semana - o útero enche a pelve, é palpável na sínfise púbica; 16ª semana - o fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical; pela percepção do início dos movimentos fetais (entre a 18ª e 20ª semana em geral); 20ª semana - o fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical; 20ª até 30ª semana - relação direta entre as semanas da gestação e a medida da altura uterina; 30ª semana em diante - parâmetro menos fiel. • A situação fetal transversa reduz a medida de altura uterina e pode falsear o cálculo da idade gestacional por este método.



Fonte: SES/RS 2019

7.5. Cálculo da Data Provável do Parto

Atualmente estão disponíveis aplicativos gratuitos para calcular a idade gestacional e a data provável do parto a partir da data da última menstruação ou da idade gestacional obtida por ecografia obstétrica, porém é importante que se saiba efetuar o cálculo para garantir a confiabilidade das informações.

Calcula-se a data provável do parto levando-se em consideração a duração média da gestação normal (280 dias ou 40 semanas, a partir da DUM).

Cálculo da Data Provável do Parto:

-Somar 7 dias ao primeiro dia da última menstruação e subtrair 3 meses ao mês em que ocorreu a última menstruação ou adicionar 9 meses, se corresponder aos meses de janeiro a março.

Ex.: DUM: 13/09/04 ► DPP: 20/06/05

(13 + 7 = 20; e 9 - 3 = 6)

DUM: 13/02/02 ► DPP: 13/11/02 (mês 2 + 9 = mês 11)

- **Utilizar o gestograma: direcionar a seta para o dia e mês da DUM e observar a data indicada pela seta DPP.**

Fonte: SES/RS, 2024

Se dúvida, realizar interconsulta com médico (a), demais profissionais da equipe e/ou ligar para  [08006446543](tel:08006446543) TelessaúdeRS

7.6. Atividade sexual na gestação

As relações sexuais na gravidez não oferecem risco à gestação. A atividade sexual durante o terceiro trimestre da gravidez não está relacionada a aumento de prematuridade e mortalidade perinatal. Entretanto, é importante considerar a possibilidade de contrair alguma IST que prejudique a gestação ou que possa ser transmitida verticalmente, causando aumento da morbimortalidade tanto para a gestante quanto para o concepto. A equipe de saúde deve abordar questões relacionadas à saúde sexual das gestantes e suas parcerias sexuais durante o pré-natal, o parto e o puerpério, especificamente no que tange à identificação de práticas sexuais e à oferta de Prevenção Combinada.

Contraindicações de relações sexuais na gestação:

- sangramento vaginal sem causa definida;
- dilatação prematura do colo uterino;
- placenta prévia, em que a placenta recobre parcial ou totalmente o colo do útero;
- histórico de parto prematuro.

Você já sabe, mas não custa lembrar:

- Caso a gestação esteja transcorrendo normalmente, sem nenhuma intercorrência, não há necessidade de privar a gestante de nenhuma atividade que faz regularmente.
- Entretanto o profissional de saúde deve orientar a gestante em relação aos riscos relacionados ao: esforço físico excessivo, viagens, carga horária extensa de trabalho, rotatividade de horário, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos, estresse, hábitos alimentares inadequados.

7.7. Primeira Consulta ou Primeiro Trimestre

Sendo a 1ª consulta até a 12ª semana de gestação realizada pelo profissional com agenda disponível independentemente de ser pela equipe médica ou enfermagem, deve-se efetuar o cadastro da paciente como pessoa gestante no sistema e-SUS fornecer carteira de pessoa gestante

Caso a pessoa gestante não seja captada precocemente, o profissional de saúde deve solicitar os exames na primeira oportunidade de contato com a pessoa gestante. A pessoa gestante deve ser sempre informada sobre a finalidade dos exames na detecção de situações que podem comprometer sua saúde e a do bebê. Todos os resultados devem ser registrados de maneira clara e precisa na Carteira da Pessoa gestante.

A situação vacinal deve ser monitorada de acordo com o calendário vacinal vigente, são contraindicadas durante a gestação as vacinas de vírus vivos, como é o caso da vacina tríplice viral (sarampo, caxumba rubéola), varicela (catapora) e papilomavírus humano (HPV), que poderão ser aplicadas no puerpério e durante a amamentação. A vacina de febre amarela está contraindicada na gestação e durante a amamentação.

A segunda consulta deve ocorrer de 2 a 3 semanas após a primeira e seguir os agendamentos conforme a idade gestacional.

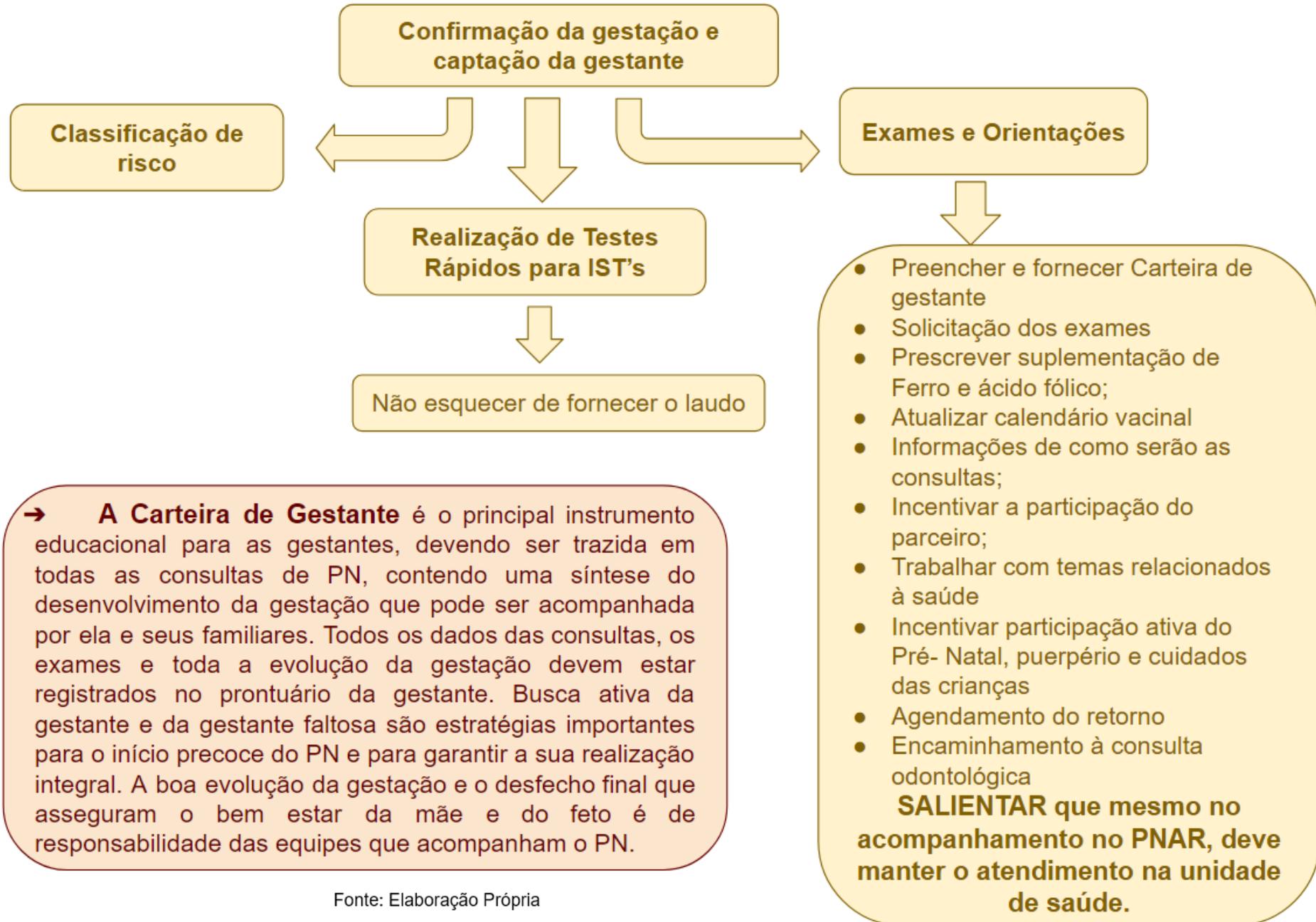
NA PRIMEIRA CONSULTA DEVE-SE SOLICITAR/REALIZAR OS SEGUINTE EXAMES:

- Hemograma (hemoglobina e hematócrito);
- Tipagem sanguínea e fator Rh;
- Coombs indireto se RH negativo (caso a pessoa gestante saiba seu RH);
- Testes rápidos para HIV, sífilis, hepatite B e hepatite C;
- EQU;
- Urocultura com antibiograma;
- Sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG);
- Eletroforese de Hemoglobina;
- CP de colo uterino (conforme Diretriz Clínica/INCA 2016)
- Glicemia de jejum;
- ULTRASSONOGRAFIA OBSTÉTRICA - se DUM indeterminada - informar na solicitação;

IMPORTANTE:

Antes de finalizar o atendimento, deixar a próxima consulta agendada, anotar na carteira de gestante, ou garantir acesso para próximos atendimentos. Orienta-se intercalar a consulta médica com a de enfermeiro (a) na sequência do Pré Natal, e sugere-se que a gestante seja acompanhada pelos mesmos profissionais para incentivar a vinculação e adesão às orientações.

Fluxograma 3. Primeira Consulta de Pré-Natal



7.8. Consulta do Segundo Trimestre

Solicitar os seguintes exames:

- TTG /75gr 1ª e 2ª hora, entre a 24ª e 28ª semanas (não realizar em pessoa gestantes com diagnóstico prévio de DM ou pós cirurgia bariátrica);
- Coombs indireto (se paciente Rh negativo);
- EQU;
- Urocultura com teste;
- Sorologia para toxoplasmose -se IgM ou IgG não reagentes no 1º trimestre;
- Teste rápido de triagem para sífilis;
- Teste rápido para HIV;
- Hemograma.

7.9. Consulta do Terceiro Trimestre

Solicitar os seguintes exames:

- Hemograma;
- EQU;
- Urocultura com teste/antibiograma;
- Testes rápidos de anti-HIV;
- Teste rápido de triagem para sífilis;
- Teste rápido hepatite B;
- Teste rápido hepatite C para HIV+;
- Coombs indireto (se Rh negativo);
- Sorologia para toxoplasmose (se IgG for negativo nos 1º e 2º trimestres);
- Exame de secreção vaginal e swab anal (pesquisa para estreptococos do grupo B);
- Glicemia de jejum.

OBS: A coleta para cultura de Streptococcus do grupo B com swab vaginal e anal é recomendada de forma sistemática para todas as pessoas gestantes entre **35 e 37 semanas de gestação**, para determinar a colonização pelo Streptococcus do grupo B no trato genital e intestinal.

A informação do resultado do exame deverá ser colocada de forma bem visível na carteira de Pré-Natal, pois nas pacientes com resultado positivo para Streptococcus do grupo B, será feito, na hora do parto, na maternidade, a profilaxia com antibiótico.

➤ **Teste rápido Anti-HIV** (com aconselhamento): As pacientes negativas deverão repetir o teste no início do segundo e terceiro trimestres. O teste positivo determina referência para alto risco. É imprescindível a notificação de todas as pessoas gestantes soropositivas (formulário SINAN). Inserir as pessoas gestantes HIV positivas para o Pré-Natal HIV no sistema GERCON; ***mantendo o acompanhamento nas APS.***

➤ **Se TR HEPATITE B:** se positivo, notificar a Vigilância de Saúde (Formulário SINAN) e investigar familiares. A pessoa gestante deve ser encaminhada para consulta na especialidade Gastroenterologia - Hepatites Virais, para realizar o respectivo tratamento. Se a mãe for portadora do antígeno, a criança tem de

70% a 90% de chance de adquirir hepatite B e 85% a 90% de ser portadora crônica. Obs.: Após o nascimento o RN deve ser encaminhado para consulta de referência via GERCON na especialidade Gastroenterologia - Hepatite Pediatria.

➤ **Teste rápido HEPATITE C:** Este exame deve ser realizado no 1º trimestre em todas as pacientes pessoa gestantes e será coletado na maternidade também. Atentar para as situações especiais de alto risco como: uso de drogas injetáveis e/ou parceiro usuário, transfusões de sangue ou múltiplos parceiros de um ou de ambos. Se o TR HCV for positivo, notificar a Vigilância de Saúde (Formulário SINAN) e investigar familiares.

Deve ser solicitado a carga viral (enfermeiro ou médico com assinatura e carimbo). A carga viral deve ser coletada na Rede Municipal (CSVC, Murialdo, HMIPV). A usuária leva a notificação ao serviço, pois será a solicitação de coleta de CV. Mesmo sem o resultado do exame (carga viral) a pessoa gestante deve ser encaminhada para a Gastroenterologia Hepatites Virais Adulto

➤ Obs.: Após o nascimento o RN deve ser encaminhado para consulta de referência via GERCON na especialidade Gastroenterologia Hepatites Pediátricas.

Em pessoas gestantes as testagens devem ser repetidas sempre que houver exposição de risco.

Em pessoas gestantes HIV realizar TR Hepatite C também no 3º trimestre.

Atenção: TESTAR PARCERIAS!

➤ **Coombs Indireto (CI):** Se a pessoa gestante for Rh negativo, solicitar na 1a consulta. Se CI negativo, repetir entre 24-28 semanas e, após a cada 4 semanas. Se positivar, referenciar para o PNAR imediatamente.

➤ **Toxoplasmose:** Quando o IgM for positivo, a pessoa gestante deve ser encaminhada à consulta médica (com vistas ao início do tratamento). Se IgG positivo e IgM negativo não é necessário repetir nos próximos trimestres.

➤ **Toxoplasmose: Se suscetibilidade:** orientar prevenção e repetir as sorologias nos próximos trimestres.

➤ **Toxoplasmose:** Se suspeita de infecção na gestação (aguda ou não): encaminhar ao Pré Natal de alto risco via GERCON com descrição do caso; Notificar o caso no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); Encaminhar ao médico para Iniciar tratamento conforme idade gestacional.

Quadro 5. Testes Rápidos na Gestação

Trimestre/exame	Primeiro trimestre	Segundo trimestre	Terceiro trimestre	Maternidade
HIV	X	X	X	X
SÍFILIS	X	X	X	X
HEPATITE B	X		X	X
HEPATITE C	X		Se paciente HIV+	X

Fonte: CAIST/DAPS/POA, 2023. NT disponível em <https://bit.ly/423HHyG>

Você já sabe, mas não custa lembrar:

- O útero apresenta atividade contrátil durante toda a gestação, com contrações de dois tipos: de baixa (Braxton Hicks) e de grande amplitude .
- No último trimestre da gestação, as contrações de Braxton Hicks vão se tornando cada vez mais frequentes e podem ser confundidas com contrações de trabalho de parto.
- As dificuldades existentes para o diagnóstico inicial do TPP fazem com que até o momento não exista protocolo, baseado em evidências. Dessa maneira, os critérios para o diagnóstico do TPP variam na literatura, sendo o critério mais aceitos para o diagnóstico de TPP e contrações uterinas regulares a cada cinco minutos.
- No falso trabalho de parto (FTP), não ocorre mudança progressiva do colo, e as contrações cessam espontaneamente após um período de observação.

Se dúvida, realizar interconsulta com médico (a), demais profissionais da equipe e/ou ligar para  [08006446543](tel:08006446543) TelessaúdeRS

8. EXAMES COMPLEMENTARES

8.1. EXAMES LABORATORIAIS

Quadro 6. Solicitações de exames na Rotina de Pré-Natal (a)

Exame	Período	Interpretação	O que fazer
Hemoglobina e hematócrito	1ª consulta 3º trimestre	<ul style="list-style-type: none"> • Hemoglobina > 11g/dl – normal. • Hemoglobina entre 8 e 11 g/dl – anemia leve a moderada. • Hemoglobina < 8 g/dl – anemia grave. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se anemia presente, tratar (conforme quadro 8) e acompanhar hemoglobina após 30 e 60 dias, • Se anemia grave, encaminhar ao Pré-Natal de alto risco.
Eletroforese de hemoglobina*	1ª consulta	<ul style="list-style-type: none"> • HbAA: sem doença falciforme; • HbAS: heterozigose para hemoglobina S ou traço falciforme, sem doença falciforme. • HbAC: heterozigose para hemoglobina C, sem doença falciforme. • HbA com variante qualquer: sem doença falciforme; • HbSS ou HbSC: doença falciforme. 	<ul style="list-style-type: none"> • As pessoas gestantes com traço falciforme devem receber informações e orientações genéticas pela equipe de Atenção Básica. • As pessoas gestantes diagnosticadas com doença falciforme devem ser encaminhadas ao serviço de referência (Encaminhar ao PNAR em ambulatório de hemoglobinopatia de referência Se TRAÇO FALCIFORME: orientação e aconselhamento genético).
Tipo sanguíneo e fator Rh	1ª consulta	<ul style="list-style-type: none"> • A (+), B(+), AB(+), O(+): tipo sanguíneo + fator Rh positivo. • A (-), B(-), AB(-), O(-): tipo sanguíneo + fator Rh negativo. 	<ul style="list-style-type: none"> • Se o fator Rh for negativo e o pai desconhecido ou pai com fator Rh positivo, realizar exame de Coombs indireto. • Antecedente de hidropsia fetal ou neonatal, independentemente do Rh, realizar exame de Coombs indireto.
Coombs indireto	A partir da 24ª semana	<ul style="list-style-type: none"> • Coombs indireto positivo: pessoa gestante sensibilizada. • Coombs indireto negativo: pessoa gestante não sensibilizada. 	<ul style="list-style-type: none"> • Coombs indireto positivo: Referenciar ao PNAR, mantendo atendimento simultâneo na unidade. • Coombs indireto negativo: repetir exame na 24ª semana e a partir daí de 4/4 semanas até o parto; É indicado a imunoglobulina anti-D pós-parto, se o RN for Rh positivo e coombs direto for negativo, após abortamento, gestão ectópica, gestação molar, sangramento vaginal ou após procedimentos invasivos (biópsia de vilo, mniocentese, cordocentese), se mãe Rh (-) e pai Rh (+).

Fonte: Adaptado de Brasil, 2016. TelessaúdeRS, 2023

Quadro 6. Solicitações de exames na Rotina de Pré-Natal (b)

Exame	Período	Interpretação	O que fazer
Glicemia em jejum	1ª consulta (se com <24 sem) 3º trimestre	< 92 mg/dL: sem alterações ; Diagnóstico de DMG se: ≥ 92 mg/dL e ≤ 125 mg/dL. Diagnóstico de DM na gestação se: ≥ 126 mg/dL	<ul style="list-style-type: none"> Se resultado sem alterações: realizar TOTG no segundo trimestre; DMG: orientar medidas de prevenção primária com instruções nutricionais e atividade física + monitoramento glicêmico e retorno em 2 semanas para reavaliação (caso não atinja as metas glicêmicas e/ou HAS associada, encaminhar ao PNAR); DM durante a gestação: encaminhar ao alto risco. GESTANTES QUE NA PRIMEIRA CONSULTA APRESENTARAM GLICEMIA DE JEJUM ≥92 MG/DL E <125 MG/DL, NÃO DEVEM REALIZAR TESTE ORAL DE TOLERÂNCIA À GLICOSE
Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG)	Entre a 24ª e 28ª semana (não realizar em caso de DMG, bariátrica ou DM durante a gestação)	Diagnóstico de DMG se: GJ ≥ 92 mg/dL e ≤ 125 mg/dL; 1h após ≥ 180 mg/dL; 2h após ≥ 153 mg/dL e < 200 mg/dL. - Diagnóstico de DM na gestação se: ≥ 200 mg/dL	
Urina tipo I EQU	1ª consulta 2º Trimestre 3º trimestre	Leucocitúria : presença acima de 10.000 células por ml ou cinco células por campo; Hematúria : presença acima de 10.000 células por ml ou de três a cinco hemácias por campo; Proteinúria : valor normal ≤ 10 mg/dl Presença de traços de proteinúria: (entre 10 e 30 mg/dl) > 10 mg/dl. Proteinúria maciça: acima de 30 mg/dl (presença de outros elementos não necessitam de condutas especiais).	<ul style="list-style-type: none"> Leucocitúria: realizar urocultura para confirmar se há ITU; Hematúria sem ITU ou sangramento genital encaminhar à avaliação médica Presença de traços de proteinúria: repetir em 15 dias e caso se mantenha encaminhar ao PNAR. Proteinúria maciça – ENCAMINHAR AO PNAR e seguir acompanhamento em conjunto com médico de referência. Cilindrúria, hematúria sem ITU ou sangramento genital e proteinúria maciça ou dois exames seguidos com traços: passar por avaliação médica e, caso necessário, referenciar ao alto risco; Pielonefrite: encaminhar à emergência obstétrica. ITU refratária ou de repetição: referenciar ao alto risco e seguir acompanhamento em conjunto com médico de referência.

Fonte: SES, 2024

Quadro 6. Solicitações de exames na Rotina de Pré-Natal (c)

Exame	Período	Interpretação	O que fazer
Urocultura e antibiograma	1ª consulta 2º trimestre 3º trimestre	- Urocultura negativa: < 100.000 UFC/mL; - Urocultura positiva: ≥ 100.000 UFC/mL; - Antibiograma: indica os antibióticos que podem ser utilizados no tratamento.	<ul style="list-style-type: none"> • Fluxograma 6. Tratamento de ITU em pessoa gestante
Teste rápido para sífilis	1ª consulta 2º trimestre 3º trimestre	Teste rápido não-reagente : sem alterações; Teste rápido reagente : sífilis ativa ou cicatriz.	<ul style="list-style-type: none"> • Fluxograma 7 - Manejo da sífilis na gestação
Teste rápido para HIV	1ª consulta 2º trimestre 3º trimestre	- Teste rápido não-reagente : normal; - Teste rápido 1 e 2 reagentes : diagnóstico de HIV positivo.	<ul style="list-style-type: none"> • Fluxograma 8. Testagem rápida para HIV na gestação
Teste rápido para hepatite B	1ª consulta 3º trimestre	- Teste rápido não-reagente : normal; - Teste rápido reagente : diagnóstico de hepatite B.	<ul style="list-style-type: none"> • Se resultado reagente, notificar a Vigilância de Saúde (formulário SINAN); • Encaminhar para consulta na especialidade Gastroenterologia - Hepatites Virais. • <u>VER PROTOCOLO IST</u>
Teste rápido para hepatite C	1ª consulta 3º trimestre se HIV+	- Teste rápido não-reagente : normal; - Teste rápido reagente : diagnóstico de hepatite C.	<ul style="list-style-type: none"> • Se resultado reagente, notificar a Vigilância de Saúde (formulário SINAN) e investigar familiares; • Solicitar carga viral (enfermeiro ou médico) e orientar sobre a coleta do exame (CSVC, Murialdo ou HMIPV); • Encaminhar para consulta na especialidade Gastroenterologia - Hepatites Virais.

Fonte: Adaptado de SES, 2024

Quadro 6. Solicitações de exames na Rotina de Pré-Natal (d)

Exame	Período	Interpretação	O que fazer
Toxoplasmose IgG e IgM	1ª consulta 2º trimestre 3º trimestre	<p>- IgG reagente e IgM não-reagente: imunidade remota, pessoa gestante não suscetível;</p> <p>- IgG não-reagente e IgM não-reagente: suscetibilidade;</p> <p>- IgG reagente e IgM reagente ou indeterminado: suspeita de infecção na gestação;</p> <p>- IgG não-reagente e IgM reagente: suspeita de infecção aguda na gestação.</p>	<p>- Se suscetibilidade:</p> <ul style="list-style-type: none"> orientar prevenção e repetir as sorologias nos próximos trimestres. <p>- Se suspeita de infecção na gestação (aguda ou não):</p> <ul style="list-style-type: none"> encaminhar ao Pré-Natal de alto risco via GERCON com descrição do caso; Notificar o caso no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN); Encaminhar ao médico para Iniciar tratamento conforme idade gestacional.
Parasitológico de fezes	Quando anemia presente ou outras manifestações sugestivas	<p>Negativo: ausência de parasitos;</p> <p>Positivo: conforme descrição de parasitos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> O diagnóstico e o tratamento de pessoa gestantes com parasitoses intestinais deveriam ser realizados antes da gestação; Nenhuma droga antiparasitária é considerada totalmente segura na gestação; Mulheres com parasitoses intestinais só devem ser tratadas na gravidez quando o quadro clínico é exuberante ou as infecções são maciças, não sendo recomendado o tratamento durante o primeiro trimestre da gestação; Medidas profiláticas, como educação sanitária, higiene correta das mãos, controle da água, dos alimentos e do solo, deve ser encorajadas devido ao impacto positivo que geram sobre a ocorrência de parasitoses intestinais.

Fonte: SES, 2024

8.2. Ultrassonografia Obstétrica

A ultrassonografia poderá ser solicitada para a pessoa gestante em que há impossibilidade de determinação da idade gestacional correta e na presença de intercorrências clínicas ou obstétricas, assim como para a detecção precoce de gestações múltiplas e restrição de crescimento intrauterino.

O American College of Obstetricians and Gynecologists (ACOG) recomenda o exame de ultrassom somente se houver suspeita clínica, como a discordância da altura uterina em relação à idade gestacional.

Se for solicitada, na ausência de indicações específicas, a época ideal seria em torno de 18-20 semanas de gestação, quando podemos detectar malformações fetais e calcular a idade gestacional, o tempo ideal é de 18 a 20 semanas de gestação, pois representa um momento em que o desenvolvimento fetal e a tecnologia de ultrassom atual permitem a detecção de anomalias fetais, além de auxiliar na datação, sem grande erro da gestação.

Pessoa gestantes com o resultado ecográfico com percentil ≤ 10 devem ser encaminhadas ao Centro Obstétrico da Maternidade de Referência para avaliação de bem-estar fetal e após encaminhadas ao PNAR.

A recomendação da Organização Mundial de Saúde (OMS) é que seja considerada como referência de peso esperado os percentis 10 e 90. Ou seja, quando o peso do bebê está entre o percentil 10 e 90 ele é considerado adequado. Os bebês que estão abaixo do percentil 10 são bebês chamados pequenos para a idade gestacional, enquanto os que estão acima do percentil 90 são considerados grandes para a idade gestacional.

ATENÇÃO:

Caso haja solicitação de Ecografia Obstétrica, incluir o descritivo mínimo:

- Idade da gestante
- DUM
- DPP
- Sinais e sintomas da gestação
- Fatores de risco na gestação
- Indicação clara da realização do exame.

Caso sejam identificadas quaisquer anormalidades relacionadas à exame de imagem:

ENCAMINHAR À AVALIAÇÃO MÉDICA

9. AVALIAÇÃO DA VITALIDADE FETAL

9.1. Movimentação Fetal

A percepção do movimento fetal normalmente começa no segundo trimestre e ocorre mais cedo em mulheres multíparas do que nas nulíparas. A percepção materna de movimentos fetais é reconfortante para as mulheres grávidas, enquanto a diminuição é uma razão de preocupação.

Não há consenso sobre uma definição adequada de diminuição dos movimentos fetais que distinga de forma confiável um feto saudável de um feto em risco. Isto devido a uma gama de variações de movimentos normais de um feto saudável, bem como a variação na percepção materna.

Assim como também não há consenso nos critérios de orientação da quantidade de movimentos fetais que devem ser considerados normais. Porém sugere-se que:

Sejam feitos os registros em três intervalos de uma hora de duração, distribuídos pelos três períodos do dia, com a mãe repousando em decúbito lateral. Os valores obtidos em cada um dos três intervalos são somados.

IMPORTANTE:

Valor mínimo entre 30 e 41 semanas: Pelo menos 10 movimentos em 24h

Na ausência de movimentação fetal durante 12h de atividade materna normal ou em até 2h quando em repouso, avaliar BCF e encaminhar pessoa gestante para avaliação médica e/ou emergência obstétrica.

10. DIVERSIDADE DE GÊNERO NO PRÉ-NATAL

- Sempre perguntar como essa pessoa gostaria de ser chamada
- Não supor que toda mulher que inicia o Pré-Natal tem um parceiro
- Homens trans engravidam
- Criar um ambiente seguro e promover o fortalecimento do vínculo • não fazer suposições
- Respeitar o nome social
- Considerar a necessidade do acompanhamento multidisciplinar
- Perguntar aos homens trans sobre hormonização e a aceitação de não a realizar no período de gestação
- Equipe deve estar pronta para receber a comunidade LGBTQIA+
- A vulnerabilidade social à qual pessoas transexuais e travestis estão sujeitas é um fator de risco para sofrimentos e adoecimentos mentais e os cuidados em saúde mental são responsabilidade de todas as profissionais de saúde e não precisam ser realizados exclusivamente por psiquiatras e psicólogas.
- Dialogar com a pessoa sobre as transformações esperadas e oferecer verificá-las em consultório de maneira adequada tem o potencial de identificar sofrimentos emocionais relacionados a essas transformações e a vivências relacionadas ao corpo, além de trazer informações sobre a efetividade da hormonização que nortearão o plano de cuidado singularizado.
- cuidado em assuntos relacionados à sexualidade não deve ser oferecido somente às pessoas transexuais e travestis. As ações relacionadas à sexualidade, que devem compor o cotidiano de profissionais que atuam na área da saúde.

IMPORTANTE:
A GESTAÇÃO OU AMAMENTAÇÃO SÃO
Contra-indicações absolutas ao uso de testosterona em homens trans
e pessoas
trans masculinas

Fonte: Protocolo Telessaúde Atendimento às pessoas transexuais e travestis na Atenção Primária à Saúde, 2022

11. PRÉ-NATAL DAS PARCERIAS

O envolvimento do parceiro(a) independente de terem envolvimento biológico ou não, em todas as etapas do planejamento reprodutivo e da gestação pode ser determinante para a criação e/ou fortalecimento de vínculos afetivos saudáveis entre eles(as) e suas parceiras(os) e filhos(as). Neste contexto são enfatizadas ações orientadas à prevenção, à promoção, ao autocuidado e à adoção de estilos de vida mais saudáveis.

No Brasil, o Ministério da Saúde (2016) reconhece que a presença do(a) acompanhante durante o Pré-Natal, trabalho de parto, parto e puerpério é um dos direitos da mulher e considera que a oferta de apoio à parturiente durante esses períodos, além de deixá-la tranquila e segura, contribui para a melhora de desfechos maternos e neonatais.

A ocorrência das infecções sexualmente transmissíveis (ISTs) durante a gravidez representa risco aumentado de morbidade e mortalidade para o feto e o neonato em virtude da transmissão vertical, portanto o Pré-Natal pode se configurar com uma importante estratégia para a redução dessa transmissão, por meio da realização dos testes rápidos e orientações repassadas à pessoa gestante e ao parceiro(a) de forma simultânea. A realização de exames e TRs é uma das ações preconizadas pelo Ministério da Saúde, porém vale ressaltar que o PN do parceiro (a) não se limita a somente esta ação em específico, é uma estratégia que abrange vários cuidados à saúde a este indivíduo como porta de entrada para o seu cuidado na US. Toda a consulta é uma oportunidade de escuta e de criação de vínculo entre as parcerias e os profissionais de saúde, propiciando o esclarecimento de dúvidas e orientação sobre temas relevantes, tais como relacionamento com a parceira(o), atividade sexual, gestação, parto e puerpério, aleitamento materno, prevenção da violência doméstica, prevenção de acidentes e de violência entre a população masculina e feminina .

É importante lembrar que o envolvimento do pai/parceiro pode acontecer mesmo que o casal não possua um relacionamento afetivo e, com isto, é necessário identificar com a pessoa gestante o desejo de quem participará do parto. É importante esclarecer para o casal o direito da pessoa gestante de ter acompanhante no parto da sua escolha.

O atendimento ao Pré-Natal do parceiro(a) deverá ser registrado no prontuário do paciente e na carteira da pessoa gestante, na qual há espaço próprio para este registro.

Parceiro(a): oferecer pelo menos uma consulta individual, durante o pré-natal, para facilitar seu envolvimento no cuidado à gestante e posteriormente à criança, bem como a realização dos testes rápidos de sífilis, HIV, Hepatite B e C, além do estímulo à presença em consultas de pré-natal, observando criação de vínculos afetivos, orientações em relação ao parto e cuidados do RN;

Lei do direito ao acompanhante ao parto.

- A Lei Federal nº 11.108/2005 garante às parturientes o direito a acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, no parto e no pós-parto, no SUS. Este acompanhante é escolhido pela mulher, e independe do sexo ou gênero do acompanhante escolhido.

12.PLANO DE PARTO

O plano de parto é um documento elaborado pela pessoa gestante onde nele ela possa expressar suas preferências, desejos e expectativas com relação ao parto e ao nascimento, incluindo alguns procedimentos dos profissionais. Opções entre escolher ter a presença de acompanhante ou não, tipo de parto, métodos para alívio de dor, o tipo de alimentação ou bebidas que vai ingerir; a posição de expulsão do bebê; quem corta o cordão umbilical, entre outras preferências como o banho tardio do bebê.

Pode ser elaborado durante todo o Pré-Natal, com esclarecimento das dúvidas. Uma vez elaborado, ele deve ser impresso e entregue à equipe perinatal da maternidade de referência.

A pessoa gestante também deve ser informada sobre a conduta em eventuais situações de risco, nas quais o plano de parto pode não ser respeitado de maneira integral.

IMPORTANTE:

Mais informações sobre Plano de Parto em:

<https://bit.ly/planodepartoPOA>

Se dúvida, realizar interconsulta com médico (a), demais profissionais da equipe e/ou ligar para  **08006446543 TelessaúdeRS**

13. PROFILAXIAS RECOMENDADAS

13.1. Suplementação de ácido fólico

É universalmente aceita por reduzir a ocorrência e recorrência de defeitos abertos do tubo neural (DTN). O fechamento do tubo neural que se dá ao redor da 6ª semana de gestação, os DTN envolvem malformações congênitas pelo incompleto fechamento do tubo neural embrionário, de formas clínicas variáveis, as mais prevalentes são a anencefalia, mielo meningocele e espinha bífida.

O folato (ou vitamina B9) integra o grupo de vitaminas essenciais. Encontrada em fontes naturais como folhas verdes, legumes, gema de ovo, fígado, e frutas cítricas. Também está presente em alimentos enriquecidos artificialmente como farinhas de trigo, milho e seus subprodutos. Ainda possui a forma sintética presente em suplementos vitamínicos.

A prevalência dos DTN diminuiu de 10,7 casos para 7,0 casos por 10.000 nascidos vivos com a suplementação de ácido fólico, metilfolato e fortificação de farináceos. A suplementação diária oral de ferro e ácido fólico é recomendada como parte da assistência Pré-Natal para reduzir o risco de baixo peso no nascimento, anemia materna e deficiência de ferro.

Esta informação deve ser difundida através de programas educacionais de saúde. Mulheres que tiveram fetos ou neonatos com defeitos abertos do tubo neural têm que usar folato continuamente se ainda desejam engravidar [Grau de recomendação A - anexo A]. Na lista da Relação Nacional de Medicamentos (RENAME 2010) as apresentações de ácido fólico que se encontram disponíveis são de comprimidos de 5 mg e solução oral de 0,2mg/ml (BRASIL, 2010).

Se dúvida, realizar interconsulta com médico (a), demais profissionais da equipe e/ou ligar para  [08006446543](https://api.whatsapp.com/send?phone=555108006446543) TelessaúdeRS

Quadro 7. Posologia da suplementação de ácido fólico recomendada

CONDIÇÃO	POSOLOGIA	TEMPO DE TRATAMENTO
Baixo risco para defeitos de fechamento do tubo neural*	0,4 mg/dia - 40 gotas ou 2 mL da solução de 0,2 mg/mL	1 mês antes da gravidez até a 12 ^a semana gestacional
Pós bariátrica	5mg/dia (comprimido)	1 mês antes da gravidez até a 12 ^a semana gestacional
Pós bariátrica com diabetes mellitus ou obesidade	5mg/dia (comprimido)	1 mês antes da gravidez até a 12 ^a semana gestacional
Doença falciforme	5mg/dia (comprimido)	1 mês antes da gravidez até o final da gestação
Anemia megaloblástica	0,4 a 0,8 mg/dia - 2 mL (40 gotas) ou 4 mL (80 gotas) da solução 0,2 mg/mL	1 mês antes da gravidez até o final da gestação
Diabetes mellitus	5mg/dia (comprimido)	Até as 12 semanas
Uso de drogas antiepilépticas	5mg/dia (comprimido)	Pelo menos 3 meses antes da concepção até o final da gestação
Trombofilias adquiridas	5mg/dia (comprimido)	1 mês antes da gravidez até o final da gestação

Fonte: Nota Técnica 001/2023, Porto Alegre.

* **Pacientes com fatores de risco de desenvolver distúrbio de tubo neural:** história de malformação em gestação anterior, história pessoal ou familiar de distúrbio de tubo neural, condições médicas maternas associadas à diminuição de absorção de ácido fólico, como cirurgia bariátrica, uso de anticonvulsivantes, como ácido valpróico e carbamazepina.

13.2. Suplementação de ferro e folato

A suplementação rotineira de ferro e folato parece prevenir a instalação de baixos níveis de hemoglobina no parto e puerpério. Existem poucas informações em relação a outros parâmetros de avaliação da mãe e seu recém-nascido. A anemia gestacional está relacionada com: abortamento espontâneo, parto prematuro, hemorragia durante o trabalho de parto prematuro, hemorragia durante o trabalho de parto, hipóxia do RN, RN de baixo peso, anemia para o RN e baixa imunidade. Para além dos casos de deficiência de ferro/anemia, é recomendada a suplementação profilática desde o início da gestação e até o terceiro mês pós-parto. Abaixo, temos um quadro resumindo a posologia e as principais situações:

Quadro 8. Suplementação de ferro/sulfato ferroso

SITUAÇÃO	DOSE RECOMENDADA	QUANDO
Suplementação profilática (hemoglobina \geq 11g/dL)	Sulfato ferroso 40 mg/dia - 1 comprimido 1h antes do almoço	Do início da gestação até o 3º mês pós-parto
Anemia leve/moderada (hemoglobina \geq 8g/dL e $<$ 11g/dL)	Sulfato ferroso 200mg/dia - 2 comprimidos 1h antes do café da manhã + 2 comprimidos 1h antes do almoço + 1 comprimido 1h antes do jantar	- Do início do diagnóstico de anemia até atingir 11g/dL de hemoglobina (repetir o exame entre 30 e 60 dias do início do tratamento); - Se tratamento ineficaz (níveis estacionários ou em queda) referenciar pessoa gestante ao Pré-Natal de alto risco.
Anemia grave (hemoglobina $<$ 8g/dL)	REFERENCIAR AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO!!!	

Fonte: Protocolo PN risco habitual, Porto Alegre, 2023/2024.

13.3. Orientações nutricionais

FOLATOS: o consumo diário de alimentos fonte de folato deve ser incentivado, independente da suplementação. O folato está presente em verduras, legumes e frutas, como: couve-flor, brócolis, beterraba, papaia, laranja, folhas verde-escuras, quiabo, cogumelos, abacate, aspargos e castanhas;

CAFEÍNA: para mulheres grávidas com alta ingestão diária de cafeína (acima de 300 mg por dia), recomenda-se a redução do consumo durante a gravidez a fim de evitar o risco de aborto espontâneo e recém-nascidos com baixo peso. Além do café, considerar também bebidas ou alimentos que contenham cafeína (chás, refrigerantes à base de cola, bebidas energéticas com cafeína etc.).

AVALIAÇÃO DO GANHO DE PESO:

Conforme orientações do Institute of Medicine (IOM-2009) existe uma faixa de ganho de peso recomendada por trimestre. Esse valor é determinado de acordo com a situação nutricional inicial da gestante.

As que têm baixo peso devem ganhar 2,3 kg no primeiro trimestre e 0,5 kg por semana no segundo e terceiro trimestres. As gestantes de peso adequado, com IMC entre 18,5 e 24,9, devem ganhar 1,6 kg no primeiro trimestre e 0,4 kg por semana nos segundo e terceiro trimestres.

Já as grávidas com sobrepeso devem ganhar até 0,9 kg no primeiro trimestre. As gestantes obesas não necessitam ganhar peso no primeiro trimestre. Já no segundo e terceiro trimestres, as gestantes com sobrepeso e obesas devem ganhar até 0,3 kg por semana e 0,2 kg por semana, respectivamente.

Quadro 9. Tabela Nutricional

IMC inicial	Ganho de peso total recomendado (Kg) no 1º Trimestre	Ganho de peso total recomendado (Kg) no 2º e 3º Trimestre	Ganho de peso total recomendado (Kg) na gestação
Baixo Peso (<18,5 Kg/m²)	2,3	0,5 (0,44 – 0,58)	12,5 – 18,0
Normal (18,5 a 24,9 Kg/m²)	1,6	0,4 (0,35 – 0,50)	11,5 – 16,0
Sobrepeso (25 a 29,9 Kg/m²)	0,9	0,3 (0,23 – 0,33)	7,0 – 11,5
Obesidade (≥30 Kg/m²)	-	0,2 (0,17 – 0,27)	5,0 – 9,0

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde, 2013.

14. CALENDÁRIO VACINAL DA PESSOA GESTANTE

14.1. Vacina dTPa

A vacina adsorvida de difteria, tétano e coqueluche (pertussis acelular) foi introduzida em novembro de 2014 no Calendário Nacional de Vacinação da Pessoa gestante como um reforço ou complementação do esquema da vacina dupla adulto (difteria e tétano). O imunobiológico tem como objetivo diminuir a incidência e mortalidade por coqueluche nos recém-nascidos. Essa doença é cada vez mais relatada em crianças mais velhas, adolescentes e adultos, sendo a fonte de transmissão mais frequente para as crianças, especialmente menores de um ano, que podem apresentar quadros atípicos da doença, dificultando o diagnóstico e possibilitando a transmissão para lactentes, com maior risco de desenvolverem complicações e até mesmo à óbito. Esta vacina oferece proteção vacinal indireta (passagem de anticorpos maternos por via transplacentária para o feto) nos primeiros meses de vida, quando a criança ainda não teve a oportunidade de completar o esquema vacinal.

Composição: a vacina dTpa é uma associação de toxóide diftérico, toxóide tetânico e componentes purificados dos antígenos da Bordetella pertussis – toxina pertussis, tendo o hidróxido e o fosfato de alumínio como adjuvante;

Apresentação: seringa preenchida monodose;

Conservação: deve ser conservada em temperatura de +2° a +8°C, preferencialmente a + 5° C;

Dose de Administração: 0,5 ml pela via IM profunda.

Para a proteção de RN, além da indicação da vacina para as pessoas gestantes, é de fundamental importância à vacinação dos profissionais de saúde médico anestesista, ginecologista, neonatologista, obstetra, pediatra, enfermeiro e técnico de enfermagem - que atuam em maternidades e em unidades de internação neonatal (UTI/UCI convencional e UCI Canguru) atendendo recém-nascidos. As autoridades de saúde de diversos países como Bélgica, Austrália, Estados Unidos, Reino Unido, dentre outros, já recomendam as vacinas contra pertussis para os profissionais de saúde que tenham contato com recém-nascidos. Importante destacar que a proteção em RN prematuros, por meio da vacinação materna pode não ser assegurada, caso o nascimento ocorra antes da vacinação da pessoa gestante ou ocorra uma deficiência de passagem de anticorpos maternos.

14.1.1. Esquema de Vacinação dTPa

O esquema recomendado da vacina tipo adulto-dTpa é de uma dose a cada gestação;

A depender da situação vacinal encontrada, administrar uma dose da vacina dTpa para iniciar esquema vacinal, completar ou como dose de reforço. Este esquema deverá ser completado até 20 dias antes da data provável do parto com a dT;

A Sociedade Brasileira de Imunização e a Sociedade Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia recomendam que a pessoa gestante seja vacinada com a dTpa (tríplice bacteriana acelular do tipo adulto) a partir da 20ª semana de gestação;

Caso não tenha histórico de vacinação prévia com dT (dupla adulto), fazer duas doses de dT, sendo uma no início da gestação e outra, 4 semanas após a primeira dose, e a terceira dose do esquema deverá ser feita após a 20ª semana com dTpa.

Se existir história prévia de esquema vacinal incompleto, proceder conforme o número de doses de dT administradas previamente:

- 1 dose de dT administrada previamente: fazer uma dose de dT após o primeiro trimestre de gestação e uma dose de dTpa após a 20ª semana; respeitar intervalo mínimo de um mês entre elas;
- 2 doses de dT administradas previamente: fazer uma dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação.

Caso a pessoa gestante tenha histórico de esquema vacinal completo com dT (três doses), fazer somente a vacina dTpa a partir da 20ª semana, independente se a gestação anterior ocorreu em um período maior ou menor que cinco anos.

A vacina dTpa aplicada após a 20ª semana de gestação induz produção de anticorpos contra tétano neonatal em pessoa gestantes que tenham esquema vacinal previamente completo com dT ou que tenham recebido duas doses de dT. Também resulta na produção de anticorpos contra coqueluche, doença que pode acometer gravemente lactentes, por isso é importante que a pessoa gestante seja imunizada com uma dose de dTpa após a 20ª semana de gestação a cada nova gravidez.

Caso a mulher não receba a dTpa durante a gestação, a mesma deverá ser administrada no puerpério imediato.

IMPORTANTE:

Gestantes que receberam uma dose com os componentes difteria, tétano e coqueluche há menos de 10 anos aplicar uma dose de dTPa em cada gestação após as 20 semanas

14.2. Vacina Influenza

Deve ser realizada para as pessoas gestantes em qualquer trimestre, devido às complicações desta doença na gestação. A vacina contra a influenza é amplamente recomendada para esses indivíduos e, no caso de pessoa gestantes, tem o objetivo de sua proteção pessoal e, indiretamente, a proteção ao recém-nascido (RN), que não pode ser imunizado durante os 6 primeiros meses de vida.

14.3. Vacina Hepatite B

Conforme Nota Técnica nº 39/09/CGPNI/DEVEP/SVS/MS:

O programa Nacional de Imunizações reforça a indicação da vacina contra Hepatite B para as pessoas gestantes que apresentam sorologia negativa para a hepatite B;

A administração dela está indicada **após o primeiro trimestre de gestação**;

As pessoas gestantes imunizadas para hepatite B, com esquema vacinal completo de três doses, não necessitam de reforço vacinal;

Aquelas não imunizadas ou com esquema vacinal incompleto devem receber três doses da vacina nos intervalos 0, 1 e 6 meses e ou complementar o esquema já iniciado.

14.4. Vacina para Coronavírus - COVID-19

Considerando que a covid-19 ainda é um problema de saúde pública importante, a vacinação contra a doença deve ser indicada para aqueles com maior risco de infecção e de evolução para formas graves da doença. Conforme recomendado pelo Grupo Consultivo Estratégico de Especialistas em Imunização (SAGE), da Organização Mundial de Saúde (OMS), em reunião realizada em setembro de 2023, o Brasil vai recomendar a vacina periódica para o grupo A, de maior risco, composto por pessoa gestantes e puérperas, trabalhadores da saúde, imunocomprometidos e idosos (60 anos ou mais).

Não existe período gestacional correto para a imunização. Caso a pessoa gestante não tenha se vacinado no início da gestação, ela poderá procurar a vacina mesmo que já esteja próximo à data do parto. A estatística de complicações no parto e a possível prematuridade do bebê aumentam caso a mãe contraia Covid-19 e evolua para um quadro grave, situação que pode ser evitada a partir da vacinação. A vacinação contra Covid-19 é segura e necessária.

Não há comprovação científica de que as vacinas apresentam riscos à saúde da pessoa gestante ou do feto.

A partir da NOTA TÉCNICA Nº 195/2022-CGPNI/DEIDT/SVS/MS, referente à coadministração das vacinas Covid-19 com as demais vacinas em uso no país, não há mais intervalo mínimo entre os diversos imunizantes. Desta forma as vacinas Covid-19 poderão ser administradas de maneira simultânea com as demais vacinas da rotina ou em qualquer intervalo.

Pessoas que apresentem resultado positivo para a Covid-19 recentemente devem aguardar 28 dias para receber a vacina, a contar da data de início dos sintomas ou, em casos assintomáticos, da data da coleta do exame.

As pessoas gestantes e as puérperas têm recomendação para vacinação com a Vacina Covid-19, em qualquer idade gestacional. Em um contexto de ampliação da proteção materna e possivelmente transferência de anticorpos maternos para o bebê, há de se considerar uma dose da Vacina Covid-19 em 2024 para pessoas gestantes que tenham recebido a última dose há mais de 6 meses durante o período gestacional. Para as pessoas gestantes não haverá exigência quanto à comprovação da situação gestacional, sendo suficiente para a vacinação que a própria mulher confirme o seu estado de gravidez. Considera-se puérpera todas as mulheres no período até 45 dias após o parto e essas estão incluídas na população indicada para a vacinação. Para isso, deverão apresentar documento que comprove o puerpério.

ESQUEMA:

Pessoa gestantes sem histórico ou com apenas uma dose de vacina contra Covid-19 podem iniciar ou completar o esquema básico de duas doses (intervalo de 4 semanas) com a vacina disponível e realizar reforço depois de 6 meses, conforme Nota Técnica 28 NI-DVS-SMS Orientações vacinação contra Covid-19 para o ano de 2024.

IMPORTANTE:

Em Janeiro de 2024 foi publicada a nova **ESTRATÉGIA DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19 – 2024** pelo Ministério da Saúde, que atualizou as orientações para vacinação em alguns públicos específicos, como as pessoas gestantes, e através da Nota Técnica 28 NI-DVS-SMS **Orientações vacinação contra Covid-19 para o ano de 2024**, a Diretoria de Vigilância da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre realizou capacitação com profissionais da APS.

Mais informações em:

<https://bit.ly/VacinaCovidMinisterio2024>

<https://bit.ly/VacinacovidDVS2024>

OBSERVAÇÃO

A vacina **contra o HPV** não está indicada para as pessoas gestantes. No entanto, em situação de vacinação inadvertida, não se recomenda a interrupção da gestação. A pessoa gestante deve ser acompanhada durante o Pré-Natal e o esquema completado após o parto

15.RASTREAMENTO E CONDIÇÕES ESPECIAIS DE ACOMPANHAMENTO

15.1. Manejo de sintomas da gestação

15.1.1. NÁUSEAS

O tratamento de náuseas e vômitos na gestação é baseado em orientações não farmacológicas e medicamentos antieméticos, com objetivo de controle de sintomas e redução de complicações. Conforme a gravidade do caso, pode ser necessária internação hospitalar. Até o momento não há evidências científicas sólidas que comprovem o benefício ou superioridade de qualquer intervenção nos casos de náuseas e vômitos leves a moderados.

Se houver persistência dos sintomas apesar do tratamento não farmacológico é necessário iniciar tratamento medicamentoso.

Náuseas e vômitos na gestação são queixas comuns e ocorrem predominantemente ao longo do primeiro trimestre, mas uma pequena parcela das pacientes pode evoluir com sintomas até o terceiro trimestre ou desenvolver a forma grave desses sintomas – hiperêmese gravídica. Quando não tratada, a hiperêmese gravídica pode levar à significativa morbidade materna e fetal. Assim, a identificação e o manejo precoce das náuseas e vômitos na gestação é fundamental para evitar internações e complicações decorrentes da progressão dos sintomas.

MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO DA NÁUSEA

- Alimentação fracionada em pequenas porções, em torno de 6 refeições/dia.
- Realizar lanches assim que levantar pela manhã ou durante a noite podem ajudar, sugerindo-se bolachas salgadas.
- Preferir comidas sólidas e geladas, principalmente pela manhã.
- Verificar quais alimentos são mais bem tolerados e priorizá-los, organizando sua dieta. Algumas pessoas percebem melhora dos sintomas ao evitar café, pimenta, alimentos gordurosos, ácidos ou muito doces.
- Preferir refeições salgadas, secas, com alto teor proteico, pouco gordurosas e com baixo teor de fibras. Sugestões: nozes, biscoitos, torradas, cereais, ovo, tofu, legumes, frutas, carne magra.
- Evitar consumo de líquidos durante a refeição, tentando intervalo de pelo menos 30 minutos até a ingestão de líquidos. Líquidos são mais bem tolerados se gelados e em pequenas quantidades.
- Evitar gatilhos ambientais, que devem ser identificados de forma individual, como por exemplo: locais abafados, odores em geral, calor, umidade, barulho, movimento físico ou visual (viagem de carro, por exemplo).
- Evitar deitar-se logo após comer, deitar-se em decúbito lateral esquerdo e realizar mudanças bruscas de posição.
- Reforçar medidas de higiene do sono; reforçar importância de descanso adequado e evitar privação de sono.
- Escovar os dentes após as refeições e lavar a boca com mais frequência.
- Ingerir ou mascar alimentos com menta ou gengibre (balas, gomas, chás).

- Acupuntura ou massagem/acupressão no ponto P6 (localizado no antebraço, região anterior, 3 dedos abaixo do punho, entre os tendões).
- Avaliar a necessidade de manter suplementação com sulfato ferroso e, se necessário, trocar para formulações de ferro que têm maior tolerabilidade.

SUGESTÃO DE CIAP2 PARA REGISTRO DE NÁUSEAS NA GRAVIDEZ:

- W05 Vômitos/náuseas durante a gravidez
- A05 Sentir-se doente
- W01 Questão sobre gravidez
- W28 Limitação funcional/incapacidade
- W29 Sinais/sintomas da gravidez, outros

Quadro 10. Opções medicamentosas para NÁUSEAS E VÔMITOS na gestação*.

MEDICAMENTO	DOSE USUAL	OBSERVAÇÕES
Metoclopramida 10 mg comprimido	1 cp 8/8h	Atentar para distúrbios de movimento (discinesia) maternos e suspender medicação se ocorrerem.
Metoclopramida 4 mg/mL solução oral	Dose 1,5 ml 8/8h	Atentar para distúrbios de movimento (discinesia) maternos e suspender medicação se ocorrerem. INDICAR USO DE SOLUÇÃO ORAL SOMENTE SE INTOLERÂNCIA AO COMPRIMIDO

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022)

***Em caso de reação à Metoclopramida ou impossibilidade de administração do medicamento o enfermeiro deve encaminhar a pessoa gestante à CONSULTA MÉDICA**

Quadro 11. Fortes Indicativos de hiperêmese gravídica

- Vômitos persistentes acompanhados de perda de mais de 5% do peso pré-gestacional e cetonúria;
OU
- Vômitos que ocorrem mais de três vezes ao dia, associado a perda de 5% do peso (ou pelo menos 3kg) e cetonúria;
OU
- Náusea e vômitos na gestação que preenchem TODOS os critérios:
 - Início antes de 16 semanas de gestação;
 - Sintomas graves;
 - Impossibilidade de comer e beber normalmente;
 - Limitação das atividades de vida diária.

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS (2022)

15.1.2. SIALORRÉIA OU PTIALISMO

Algumas pessoas gestantes referem aumento da salivação no decorrer do Pré-Natal. Isso pode estar associado ao consumo de amido, ao estímulo do ramo trigêmeo e à hipertonia vagal. Geralmente, existe um fundo psicológico associado a esse sintoma.

MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO

- Explicar que é uma queixa comum no início da gestação;
- Manter dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos.
- Orientar a pessoa gestante a tomar líquido em abundância (especialmente em época de calor).
- Diante da manutenção ou piora do quadro deve-se avaliar a necessidade de acompanhamento psicológico.

SUGESTÃO DE CIAP2 PARA REGISTRO DE SIALORRÉIA:

- W01 Questão sobre gravidez; W27 Medo de complicações na gravidez; W29 Sinais/sintomas da gravidez, outros; D20 Sinais/sintomas da boca/língua/lábios

15.1.3. PIROSE

Sintoma causado pelo refluxo gastroesofágico, comum principalmente no final da gravidez, devido à compressão do estômago pelo útero gravídico.

Avaliar sempre:

- Sintomas iniciados antes da gravidez;
- Uso de medicamentos;
- História pessoal e familiar de úlcera gástrica

MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO

Evitar o decúbito horizontal logo após as refeições;

Fracionar a dieta, evitando a ingestão de alimentos como café, chá, chocolate e frituras, normalmente são suficientes.

Medicamentos: Nos casos mais graves, encaminhar à avaliação médica.

SUGESTÃO DE CIAP2 PARA REGISTRO DE PIROSE:

- W01 Questão sobre gravidez; W27 Medo de complicações na gravidez; W29 Sinais/sintomas da gravidez, D03 Azia/ Queimação; A05 Sentir-se doente

15.1.4. SENSAÇÃO DE PLENITUDE

Também é frequente no final da gestação pela compressão do estômago pelo útero gravídico.

MANEJO NÃO FARMACOLÓGICO

Orienta-se dieta fracionada com menor volume de alimento em alguns casos, sugerindo a ingestão de substâncias pastosas, não se deitar após as refeições, assim como a não ingestão de líquidos na refeição.

SUGESTÃO DE CIAP2 PARA REGISTRO DE SENSAÇÃO DE PLENITUDE:

- W01 Questão sobre gravidez; W29 Sinais/sintomas da gravidez,

15.1.5. DOR ABDOMINAL OU CÓLICA

Entre as causas mais frequentes das cólicas abdominais que podem surgir na gravidez normal, estão: o corpo lúteo gravídico, o estiramento do ligamento redondo e as contrações uterinas. Geralmente discretas, desaparecem espontaneamente, não exigindo uso de medicação.

Avaliar sempre: Presença de sinais de alerta; Presença de ITU; verificar se a pessoa gestante não está apresentando contrações uterinas.

Orientar e tranquilizar a pessoa gestante quanto ao caráter fisiológico do sintoma.

Em casos de queixa intensa ou persistente, encaminhar para avaliação médica para verificar a necessidade do uso de medicamentos.

SINAIS DE ALERTA

- dor em baixo ventre de intensidade, duração e ritmo aumentados, sugerindo contrações uterinas • sangramento vaginal

- sintomas sistêmicos
- sinais de abdome agudo

SUGESTÃO DE CIAP2 PARA REGISTRO DE DOR ABDOMINAL OU CÓLICA NA GESTAÇÃO:

- W01 Questão sobre gravidez; W27 Medo de complicações na gravidez; W29 Sinais/sintomas da gravidez; D01 Dor abdominal generalizada/cólicas D02 Dores abdominais, epigástricas; D06 Outras dores abdominais localizadas

15.1.6. EDEMA

No geral, surge no 3º trimestre da gestação, limitando-se aos membros inferiores e, ocasionalmente às mãos. Piora com o ortostatismo (ficar em pé) prolongado e com a deambulação; desaparece pela manhã e acentua-se ao longo do dia. Avaliar sempre: A possibilidade do edema patológico, em geral associado à hipertensão e proteinúria, sendo sinal de pré-eclâmpsia; A maioria das grávidas edemaciadas exibe gestação normal. Na maioria das vezes, a grávida se beneficia com medidas gerais assumidas:

- evitar ortostatismo prolongado;
- evitar permanecer sentada por longo período, como em viagens demoradas;
- fazer repouso periódico em decúbito lateral e/ou com os membros inferiores elevados;
- evitar diuréticos e dieta hipossódica – frequentemente prescritos, não devem ser utilizados, sendo proscritos na gravidez.

Obs.: não é indicado tratamento medicamentoso para correção do edema fisiológico na gravidez.

SINAIS DE ALERTA

- edema limitado aos MMII, porém associado à hipertensão ou ao ganho de peso
- edema generalizado
- edema unilateral de MMII com dor e/ou sinais flogísticos

SUGESTÃO DE CIAP2 PARA REGISTRO:

- W01 Questão sobre gravidez;
- W27 Medo de complicações na gravidez;
- W29 Sinais/sintomas da gravidez;
- A08 Inchaço; K07 Tornozelos inchados/edema

15.1.7. FRAQUEZA/TONTURA

Tem origem na instabilidade hemodinâmica em decorrência de dois fatores principais: Vasodilatação e hipotonia vascular pela ação da progesterona, na musculatura da parede dos vasos; Estase sanguínea nos membros inferiores pela compressão da circulação de retorno pelo útero grávido. Tudo isso conduz à diminuição do débito cardíaco, à hipotensão arterial e à hipóxia cerebral transitória, causa provável das tonturas e desmaios. Também estão associadas à hipoglicemia, alteração frequente quando do jejum prolongado da grávida.

Os episódios são, na maioria das vezes, de breve duração e intensidade, dispensando terapêutica medicamentosa.

No geral, as medidas profiláticas assumidas, associadas ao esclarecimento da pessoa gestante, são eficazes, sendo recomendado:

- Evitar a inatividade;
- Fazer alimentação fracionada (pelo menos três refeições ao dia e dois lanches);
- Evitar jejum prolongado;
- Sentar-se com a cabeça abaixada ou deitar-se de decúbito lateral esquerdo e respirar profunda e pausadamente para aliviar os sintomas;
- Evitar permanecer, por longo tempo, em ambientes fechados, quentes e sem ventilação adequada;
- Ingerir líquidos;
- Avaliar a pressão arterial.

SUGESTÃO DE CIAP2 PARA REGISTRO:

- W01 Questão sobre gravidez;
- W27 Medo de complicações na gravidez;
- N17 Vertigens/tonturas;
- N18 Paralisia/fraqueza

15.1.8. FALTA DE AR/DIFICULDADE DE RESPIRAR

Embora o fator mecânico (compressão do diafragma pelo útero grávido) contribua para o agravamento da queixa no final da gestação, é a hiperventilação a maior responsável por esse distúrbio respiratório.

Orientar que são sintomas frequentes na gestação, em decorrência do aumento do útero ou ansiedade da pessoa gestante.

É recomendado realizar ausculta cardíaca e pulmonar e, se houver alterações, encaminhar para avaliação médica.

Solicitar repouso em decúbito lateral esquerdo.

Elevar a cabeceira (ajuda a resolver o fator mecânico).

SINAIS DE ALERTA

- Presença de sinais de alerta;
- Tosse;
- Edema;
- História de asma e outras pneumopatias;
- Sinais ou história de TVP;
- História de trauma recente;
- Febre associada.

SUGESTÃO DE CIAP2 PARA REGISTRO:

- W01 Questão sobre gravidez;
- W27 Medo de complicações na gravidez;
- R02 Dificuldade respiratória, dispneia;
- R29 Sinais/sintomas do aparelho respiratório, outros

15.1.9. DOR NAS MAMAS (MASTALGIA)

Comum na gravidez inicial, provavelmente resultado das ações de hormônios esteroides, fortemente aumentados na gestação.

É frequente, na proximidade do parto, a grávida referir a presença de descarga papilar, que, na quase totalidade das vezes, se trata de colostro, fisiológico para a idade gestacional.

Esclarecer que o aumento de volume mamário na gestação pode ocasionar desconforto doloroso.

É recomendado realizar exame clínico das mamas para descartar qualquer alteração.

Orientar uso de sutiã com boa sustentação.

SINAIS DE ALERTA

Descargas papilares purulentas ou sanguinolentas.

SUGESTÃO DE CIAP2 PARA REGISTRO:

- W01 Questão sobre gravidez;
- R02 Dificuldade respiratória, dispneia;
- W19 Sinais/sintomas da mama/lactação;
- X18 Dor na mama feminina;
- X21 Sinais/sintomas da mama feminina, outros;

15.1.10. OBSTIPAÇÃO/ CONSTIPAÇÃO INTESTINAL/ FLATULÊNCIAS

Comum na gestação, agravada pelo esforço na evacuação ou pela consistência das fezes. Muitas vezes associada a queixas anais como fissuras e hemorroidas. É recomendado:

- Ingerir alimentos que formam resíduos, como legumes e verduras – em especial as folhosas, por serem ricas em fibras – e frutas cítricas;
- Aumentar a ingestão de água para seis a oito copos/dia (caso não haja nenhuma patologia que a restrinja);
- Reavaliar alimentação rica em fibras e evitar alimentos que causem muita fermentação;
- Evitar alimentos flatulosos (feijão, grão-de-bico, lentilha, repolho, brócolis, pimentão, pepino e couve);
- Fazer caminhadas leves (se não forem contraindicadas);
- Prevenir fissuras anais (não usar papel higiênico, usar água e sabão para limpeza após as evacuações);
- Caso essas medidas não resolvam, avaliar a necessidade do uso de medicamentos com indicação médica.

SUGESTÃO DE CIAP2 PARA REGISTRO:

- W01 Questão sobre gravidez;
- A29 Outros sinais/sintomas gerais;
- D29 Outros sinais/sintomas digestivos;
- W29 Sinais/sintomas da gravidez, outros;
- D08 Flatulência /gases/eructações

15.1.11. HEMORRÓIDA

O mais provável é que, na gestação, as hemorroidas preexistentes e assintomáticas possam ser agravadas. É certo que aquelas previamente sintomáticas se agravam na gestação e, sobretudo, no parto e no pós-parto.

É recomendado:

- Dieta rica em fibras, estimular a ingestão de líquidos e, se necessário, supositórios de glicerina;
- Higiene local com duchas ou banhos após a evacuação;
- Banho de assento com água morna;
- Usar anestésicos tópicos, se necessário;

Obs.: tratamentos esclerosantes ou cirúrgicos são contraindicados.

Se ocorrerem complicações como trombose, encaminhar para o hospital de referência.

SINAIS DE ALERTA

- Aumento da intensidade da dor;
- Endurecimento do botão hemorroidário;
- Sangramento retal.

SUGESTÃO DE CIAP2 PARA REGISTRO:

- K96 Hemorroidas;

15.1.12. DOR LOMBAR

A adaptação da postura materna sobrecarrega as articulações da coluna vertebral, sobretudo a lombossacral.

Orientar:

- Corrigir a postura ao se sentar e andar;
- Observar a postura adequada, evitando corrigir a lordose fisiológica;
- Recomendar o uso de sapatos confortáveis e evitar saltos altos;
- Recomendar a aplicação de calor local e massagens especializadas;
- Recomendar acupuntura; indicar atividades de alongamento e orientação postural.
- Se não melhorarem as dores, considerar o uso de medicamentos: Paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas; Dipirona (500-1.000 mg), de 6/6 horas.

AVALIAR SEMPRE:

- Características da dor (mecânica ou inflamatória, tempo de evolução, fatores de melhora ou piora, relação com o movimento);
- Sinais e sintomas associados (alerta para febre, mal-estar geral, sintomas urinários, enrijecimento abdominal e/ou contrações uterinas, déficit neurológico);
- História de trauma

SUGESTÃO DE CIAP2 PARA REGISTRO:

- W29 Sinais/sintomas da gravidez;
- L03 Sinais/sintomas da região lombar;
- L19 Sinais/sintomas musculares NE

15.1.13. CORRIMENTO VAGINAL

O aumento do fluxo vaginal é comum na gestação, sendo importante realizar avaliação adequada, pelo fato de as vulvovaginites infecciosas estarem associadas ao parto prematuro, baixo peso ao nascer, rotura prematura de membranas.

Orientar:

- fluxo vaginal normal é comumente aumentado durante a gestação e não causa prurido, desconforto ou odor fétido;
- Lembrar que em qualquer momento da gestação podem ocorrer as IST.
- Não usar cremes vaginais quando não houver sinais e sintomas de infecção vaginal.

AVALIAR SEMPRE:

Se há queixas de mudanças do aspecto do corrimento, coloração, presença de sintomas associados como prurido, ardência, odor e outros;

Você já sabe, mas não custa lembrar:

O tratamento de corrimento vaginal anormal pode ser identificado através da anamnese e deve ser reconhecido e tratado para evitar complicações na gestação.

Para tratamento de corrimento vaginal anormal, você pode consultar o protocolo de IST's, disponível em: <https://l1nk.dev/Zon8c>

SUGESTÃO DE CIAP2 PARA REGISTRO:

- X14 Secreção vaginal
- X15 Sinais/sintomas da vagina;
- X29 Sinais/sintomas do aparelho genital feminino, outra

15.1.14. CEFALÉIA

É importante afastar as hipóteses de hipertensão arterial e pré-eclâmpsia. Orientar:

- Repouso em local com pouca luminosidade e boa ventilação;
- Conversar com a pessoa gestante sobre suas tensões, conflitos e temores;
- Se dor recorrente, agendar consulta médica e orientar sobre os sinais de alerta, como frequência, intensidade etc.
- Considerar o uso de analgésicos comuns: Paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas; Dipirona (500-1.000 mg), de 6/6 horas.

AVALIAR SEMPRE:

Sinais de cefaleia secundária; Sintomas antes da gravidez; Diagnóstico prévio de enxaqueca; Uso de medicamentos.

SUGESTÃO DE CIAP2 PARA REGISTRO:

N01 Cefaleia;

15.1.15. VARIZES

Manifestam-se, preferencialmente, nos membros inferiores e na vulva, exibindo sintomatologia crescente com o evoluir da gestação. Orientar que o tratamento na gestação consiste nas seguintes medidas profiláticas:

- Mudar de posição com maior frequência;
- Não permanecer por muito tempo em pé, sentada ou com as pernas cruzadas;
- Repousar por 20 minutos com as pernas elevadas, várias vezes ao dia;

AVALIAR SEMPRE:

Dor contínua ou ao final do dia; • Presença de sinais flogísticos; • Edema persistente.

Valorizar a possibilidade de complicações tromboembólicas.

SUGESTÃO DE CIAP2 PARA REGISTRO:

- W21 Preocupação com a imagem corporal na gravidez;
- K95 Veias varicosas da perna

15.1.16. CÂIMBRAS

Espasmos musculares involuntários e dolorosos que acometem, em especial, os músculos da panturrilha e se intensificam com o evoluir da gestação. Os cuidados gerais são mais eficazes que a conduta medicamentosa, sendo recomendado:

Evitar o alongamento muscular excessivo ao acordar, em especial dos músculos do pé (ato de se espreguiçar);

Na gestação avançada, devem ser evitados o ortostatismo (ficar em pé) prolongado e a permanência na posição sentada por longo período, como em viagens demoradas;

Nas crises, a grávida com câimbras nos membros inferiores se beneficia muito do calor local, da aplicação de massagens na perna e da realização de movimentos passivos de extensão e flexão do pé;

Evitar excesso de exercício físico e massagear o músculo contraído e dolorido;

Realizar alongamentos específicos, com orientação profissional.

AVALIAR SEMPRE:

Uso de medicamentos; Presença de varizes; Fadiga muscular por uso excessivo.

SUGESTÃO DE CIAP2 PARA REGISTRO:

L14 Sinais/sintomas da coxa/perna;

15.1.17. ESTRIAS

Lesões dermatológicas definitivas que aparecem na segunda metade da gravidez e se localizam, preferencialmente, no abdome inferior, na região glútea, nas coxas e nos seios. É recomendado:

Orientar que são frequentes após o 5º mês de gestação, geralmente no quadril, abdome e mamas, ocasionadas pela distensão dos tecidos, e que não existe método eficaz de prevenção;

Ainda que polêmica, na tentativa de preveni-las, pode ser recomendada a massagem local, com óleos e cremes hidratantes compatíveis com a gravidez, livre de conservantes ou qualquer outro alergênico;

Qualquer tratamento de estrias está contraindicado na gestação, inclusive o uso de ácido retinóico, também contraindicado na amamentação.

SUGESTÃO DE CIAP2 PARA REGISTRO:

- S08 Alterações da cor da pele; W21 Preocupação com a imagem corporal na gravidez; S21 Sinais/sintomas da textura da pele

15.1.18. PIGMENTAÇÃO/ CLOASMA GRAVÍDICO

O aparecimento de manchas castanhas e irregulares na face ocorre em torno de 50% a 70% das pessoas gestantes, dando origem ao cloasma gravídico. A maioria das pessoas gestantes também apresenta grau de hiperpigmentação cutânea, especialmente na segunda metade da gravidez.

Geralmente estas hiperpigmentações desaparecem lentamente, ou ao menos regridem após o parto.

Entretanto, um número considerável de casos exige tratamento dermatológico.

É recomendado:

Orientar que é comum na gravidez e costuma diminuir ou desaparecer após o parto;

Evitar exposição direta ao sol (usar boné, chapéu ou sombrinha);

Utilizar filtro solar, aplicando no mínimo três vezes ao dia.

SUGESTÃO DE CIAP2 PARA REGISTRO:

W21 Preocupação com a imagem corporal na gravidez; W29 Sinais/sintomas da gravidez, outros;

15.1.19. ALTERAÇÕES NA MOVIMENTAÇÃO FETAL

Caracterizada pela ausência, diminuição ou parada de movimentação fetal. A movimentação fetal se reduz ante a hipoxemia. Quando são relatadas mudanças abruptas no padrão de movimentação do concepto, elas podem revelar comprometimento fetal.

Realizar avaliação clínica, com observação cuidadosa dos batimentos cardíacos fetais. Recomenda-se:

A Recomendação do Ministério da Saúde é: orientar a pessoa gestante a contar os movimentos fetais durante o dia. É considerado sinal de alarme se, entre 30 e 40 semanas, a contagem for <10 movimentos em 24horas. Não existe um método formal de contagem de movimentação fetal que seja melhor que o outro, por isso, a avaliação subjetiva da pessoa gestante deve ser levada em consideração.

Caso ocorra a não identificação do BCF ou MF, deve-se encaminhar para hospital de referência obstétrica

SUGESTÃO DE CIAP2 PARA REGISTRO:

W29 Sinais/sintomas da gravidez, outros; W99 Outros problemas da gravidez/parto.

15.1.20. SANGRAMENTO NA GENGIVA

Caracterizada por vasodilatação, por aumento da vascularização e por edema do tecido conjuntivo, alterações estas provocadas por acentuado incremento na produção de hormônios esteroides.

A hipertrofia gengival e a doença periodontal necessitam de atenção especializada.

Avaliar sempre outras patologias que possam cursar com tais sintomas, em especial os distúrbios de coagulação, bem como a síndrome HELLP.

Recomenda-se:

- Escovação dentária delicada, com o uso de escova de dentes macia e fio dental;
- Orientar a realização de massagem na gengiva;
- Realizar bochechos com soluções antissépticas.
- Agendar atendimento odontológico sempre que possível.

SUGESTÃO DE CIAP2 PARA REGISTRO:

D19 Sinais/sintomas dos dentes/gengivas.

15.1.21. EPISTAXE E CONGESTÃO NASAL

Geralmente fisiológicos, resultam da embebição gravídica da mucosa nasal provocada pelos hormônios esteroides (vasodilatação, aumento da vascularização e edema do tecido conjuntivo).

Avaliar sempre outras patologias que possam cursar com tais sintomas, em especial os distúrbios de coagulação, no caso de epistaxe.

Congestão nasal: instilação nasal de soro fisiológico.

Epistaxe: leve compressão na base do nariz.

Casos mais graves: encaminhar ao especialista ou ao serviço de emergência.

SUGESTÃO DE CIAP2 PARA REGISTRO:

R07 Espirro/congestão nasal.

15.2. Usuárias com baixo peso ou com histórico de bariátrica

Na anamnese devem constar os dados sobre:

- Doenças associadas à obesidade diagnosticadas antes da cirurgia;
- Tipo de cirurgia bariátrica (restritiva, mista ou disabsortiva);
- Complicações cirúrgicas;
- Tempo decorrido entre a cirurgia bariátrica e a gestação;
- Peso antes da cirurgia bariátrica e peso pré-gestação (IMC pré-gestação);
- Perda de peso após a cirurgia e tempo;
- Histórico alimentar (histórico de compulsão alimentar, dumping, picamalácia ou intolerância à lactose; avaliação da ingestão proteica); • Sintomas de anemia ou de neuropatia;
- Sintomas dispépticos e hábitos intestinais;
- Avaliação da exposição ao sol e da ingestão de cálcio;
- Avaliação de aspectos psicossociais;
- Consumo de álcool;
- Atividade física;
- Medicações em uso (antes e durante a gestação).

Quanto ao rastreio da diabetes gestacional, a prova de tolerância oral à glicose (TTG) pode não ser tolerada nas mulheres que realizaram bypass gástrico devido à síndrome de dumping, que ocorre em cerca de 50% dos pacientes. Nestas, a pesquisa da glicemia capilar em jejum e pós prandial (4x/d) durante uma semana são possíveis alternativas junto com glicemia de jejum sanguínea.

Solicitar os Seguintes exames laboratoriais:

- Hemograma completo • Ferro sérico • Glicemia de jejum • TSH • Cálcio 25 OH vitamina D • Vitamina B12 • Proteínas totais e albumina

15.3. Rastreamento de diabetes Gestacional

Os critérios para rastreamento positivo para Diabete Gestacional incluem:

A glicemia de jejum for ≥ 92 mg/dL e < 125 mg/dL;

Pelo menos um dos valores do TOTG com 75g, realizado entre 24 e 28 semanas de idade gestacional, for ≥ 92 mg/dL no jejum, ≥ 180 mg/dL na primeira hora e ≥ 153 mg/dL na segunda hora.

O TOTG com 75g é preconizado para todas as pessoas gestantes que **não apresentaram** diagnóstico de DMG ou DM diagnosticado na gravidez.

Primeira etapa:

Aquelas pessoas gestantes que tiveram o resultado entre $92 \geq$ e < 125 mg/dl terão o diagnóstico de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG);

A primeira etapa do tratamento consiste em terapia não-farmacológica: a prescrição de dieta e atividade física. Caso as metas glicêmicas preconizadas não sejam alcançadas em duas semanas, o tratamento farmacológico é indicado e a pessoa gestante deve ser encaminhada ao PNAR. Devem passar por um período de 2 semanas para automonitorização da glicemia capilar visando atingir níveis adequados para realizarmos a estratificação para o alto risco ou não;

Estudos clínicos mostram que o tratamento do DMG quando acompanhado do monitoramento da glicemia capilar realizada quatro vezes ao dia em diferentes horários (jejum e pós-alimentar) associou-se à redução de diversos desfechos perinatais desfavoráveis (mortalidade fetal, distocia de ombro, lesão de nervos cranianos, excesso de massa gordurosa ao nascimento, recém-nascidos grandes para idade gestacional, macrosomia, cesarianas e pré-eclâmpsia);

Alterações do hematócrito exercem influência no resultado das glicemias capilares. Na presença de hematócrito $< 30\%$ pode haver superestimação da glicemia capilar (valores mais elevados que os reais) e nos casos de hematócrito $> 55\%$ pode haver subestimação (valores mais baixos);

Importante orientar quanto à necessidade de lavar as mãos com água e sabão ou higienizar com álcool e em seguida secar, para evitar que o sangue proveniente da punção do dedo tenha contato com restos de alimentos e, conseqüentemente, levar a erro de medição da glicemia. Devem ser utilizadas lancetas ou agulhas de baixo calibre para a pessoa gestante realizar a punção da região distal dos dedos das mãos;

As pessoas gestantes devem anotar os valores das medidas da glicemia capilar e mostrar os resultados para serem analisados na consulta médica em duas semanas.

Pela análise dos resultados apresentados, a equipe de saúde deverá oferecer todas as orientações e esclarecimentos que a mulher necessite para aumentar a compreensão da doença e sua adesão ao tratamento.

Ressalta-se que as medidas pós-prandiais devem ser realizadas a partir do início das refeições, sendo a análise de uma hora pós-prandial a que melhor reflete os valores dos picos pós-prandiais avaliados por meio da monitorização contínua de glicose e também a que se associa mais diretamente com o risco de macrossomia fetal.

Quadro 12. Metas do controle Glicêmico na gestação (capilar)

JEJUM	<95 mg/dl
1 hora pós-prandial	<140 mg/dl
2 horas pós-prandial	<120 mg/dl

Fonte: Elaboração Própria.

FREQUÊNCIA DE REALIZAÇÃO DO MONITORAMENTO DA GLICEMIA CAPILAR

Perfil diário de 4 pontos:

- Jejum, pós-café, pós-almoço, pós-jantar

OU CASO NÃO SEJA VIÁVEL ESTA FREQUÊNCIA:

Perfil de 4 pontos 3 vezes por semana

- Jejum, pós-café, pós-almoço, pós-jantar

IMPORTANTE:

Encaminhar via **GERCON** para INSUMOS DA DIABETES, para ter acesso ao glicosímetro para controle em casa.

Qualquer profissional poderá incluir a solicitação no sistema, **entretanto a requisição deverá vir de médico com CNES vinculado ao SUS e deve ser anexada no encaminhamento;**

O solicitante deve preencher de forma adequada/completa os critérios de classificação de risco e descrever integralmente o quadro clínico do(a) usuário(a), garantindo adequada priorização no agendamento.

Usuários(as) oriundos dos Ambulatórios Hospitalares próprios, conveniados ou contratados do SUS devem se dirigir de posse da solicitação de atendimento à sua unidade de saúde de referência, onde ela será inserida no sistema **GERCON**, sem necessidade de avaliação prévia com médico da unidade de saúde.

Para Mais informações consultar: BVAPS - Insumos para diabéticos, disponível em: <https://bit.ly/48LjUGo>

Caso as opções anteriores sejam inviáveis, o perfil glicêmico é realizado na estrutura de saúde existente no local, apesar da limitação de não refletir a realidade cotidiana da mulher. Neste caso podem ser realizadas:

- glicemia de jejum
- glicemia pós-café da manhã

Após a análise em duas semanas, a pessoa gestante, dependendo dos resultados, deve ser avaliada pelo médico de referência e ser encaminhada para o Pré-Natal de alto risco (PNAR).

A terapia nutricional no DMG consiste em um planejamento alimentar saudável, para promover adequado ganho de peso da mãe e do feto, manutenção da glicemia e prevenção de cetose.

As recomendações gerais dietéticas para mulheres com DMG são:

- Fazer 3 refeições principais (café da manhã, almoço e jantar);
- 2 a 3 lanches (um no meio da manhã, um no meio da tarde, um antes de se deitar)

SEGUIR UMA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL.

Evitar períodos de jejum prolongado (maior do que 4 a 5 horas) pelo risco de cetose;

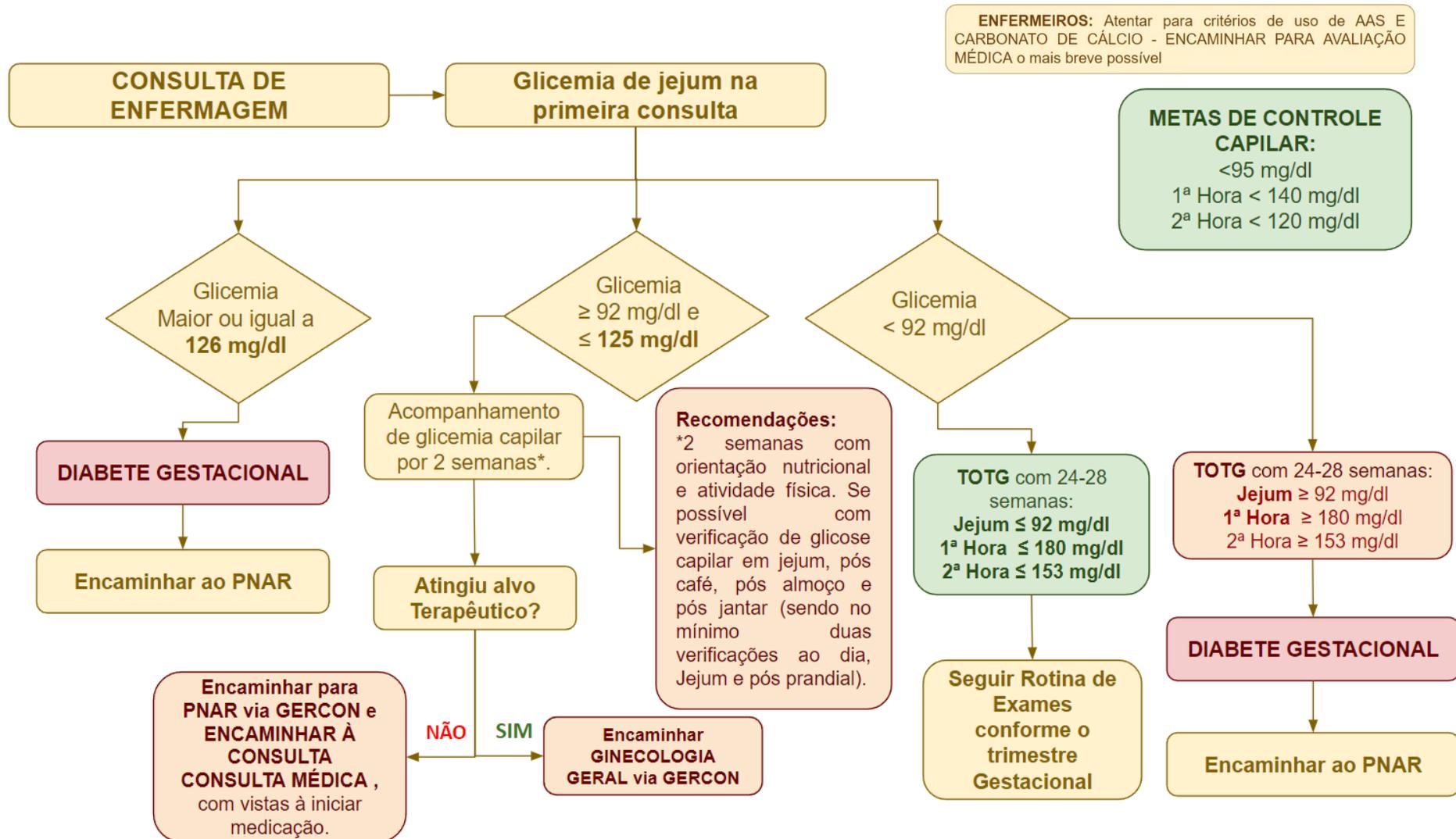
Controlar o ganho de peso durante a gestação, dependendo do IMC da pessoa gestante antes da gravidez.

As orientações nutricionais para a diabetes gestacional tem o objetivo de priorizar o consumo de alimentos com baixo índice glicêmico, priorizando os alimentos naturais, com boa quantidade de fibras. Como proteínas magras, laticínios, ovo, alface, rúcula, soja, feijão, arroz integral, lentilha, cebola, lentilha, ervilha.

As fibras ajudam a equilibrar os níveis de açúcar no sangue, controlando a diabetes. Alimentos com alto índice glicêmico, como batata, arroz branco, macarrão branco, sorvete, geléia e bolo devem ser evitado, pois esses alimentos aumentam os níveis de açúcar no sangue, prejudicando o desenvolvimento do feto e podendo causar complicações como parto prematuro, aborto, além de excesso de peso e doenças cardíacas no bebê.

Se dúvida, realizar interconsulta com médico (a), demais profissionais da equipe e/ou ligar para  **08006446543 TelessaúdeRS**

Fluxograma 4. Rastreamento diabetes na gestação



Recomendações:

Para a maioria das gestantes, o DMG responde bem somente com o controle alimentar, baseado nos mesmos princípios de uma alimentação saudável, com exercícios físicos e com a suspensão do fumo.

Algumas mulheres, entre 10% e 20%, necessitarão usar insulina, principalmente as de ação rápida e intermediária, caso as medidas não farmacológicas não controlem o DMG. Na grande maioria dos casos, os efeitos relacionados ao DMG para a mãe e para o feto em formação não são graves.

O uso de insulina deve ser mantido nas gestantes que já faziam uso antes da gravidez e iniciado nas diabéticas tipo 2 que faziam uso prévio de hipoglicemiantes orais.

15.4. Rastreamento da HA na gestação

As síndromes hipertensivas na gestação resultam em expressiva morbimortalidade materno fetal, e estão relacionadas a 20-25% de todas as causas de óbito materno (MALACHIAS et al., 2016). Para fins de rastreamento, a PA deve ser medida em todas as consultas de Pré-Natal.

Considerar rastreio positivo para HA, pessoa gestantes com PAS \geq 140 mmHg ou PAD \geq 90 mmHg medida de maneira adequada, em pelo menos duas ocasiões com até 4h de intervalo ou PA gravemente elevada com intervalo de 15 minutos (PAS \geq 160 mmHg e/ou PAD \geq 110 mmHg) (MALACHIAS et al., 2016; MELVIN; FUNAI, 2020; TELESSAÚDERS, 2019).

A detecção precoce e o manejo adequado são decisivos para os desfechos materno fetais, uma vez que 10 a 50% das mulheres inicialmente diagnosticadas com hipertensão gestacional desenvolvem pré-eclâmpsia em uma a cinco semanas. A progressão de pré-eclâmpsia para pré eclâmpsia grave e eclâmpsia, por sua vez, pode ocorrer rapidamente, em poucos dias (MELVIN; FUNAI, 2020).

SUGESTÕES DE CIAP2 PARA REGISTRO:

- K86 Hipertensão sem complicações
- K87 Hipertensão com complicações

15.4.1. PROFILAXIA DE PRÉ ECLÂMPسيا E ECLÂMPسيا NA GESTAÇÃO

É recomendado o uso DE Ácido Acetil Salicílico (AAS) e Carbonato de cálcio para aquelas pacientes com quadros de risco para pré-eclâmpsia tais como :

- Hipertensão arterial crônica; História prévia de pré-eclâmpsia;
- Diabetes;
- Doença renal preexistente;
- Obesidade (Índice de Massa Corporal superior a 30 kg/m²);
- Gestação múltipla;
- Doença autoimune;
- Idade materna maior ou igual a 35 anos se nulípara com hf de pré-eclâmpsia e/ou raça cor negra;
- Idade materna maior ou igual a 35 anos com intervalo intergestacional maior que 10 anos e/ou natimorto anterior;
- Idade materna >40 anos
- Adolescente (HF de pré-eclâmpsia e/ou raça cor negra)
- Trombofilias
- Doenças do colágeno

ENFERMEIROS: Atentar para critérios de uso de AAS E CARBONATO DE CÁLCIO - ENCAMINHAR PARA AVALIAÇÃO MÉDICA o mais breve possível

Quadro 13. Manejo das síndromes hipertensivas na gestação

COMO IDENTIFICAR/ AVALIAR	CUIDADOS/INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM
<p>HIPERTENSÃO GESTACIONAL Diagnóstico de HA com idade gestacional (IG) > 20 semanas, na ausência de proteinúria e de sinais de lesão em órgão-alvo.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Atentar para possibilidade de HJB; - Encaminhar para Atenção Ambulatorial Especializada para acompanhamento de GESTAÇÃO DE ALTO RISCO se confirmadas as alterações pressóricas*; - Apoiar o plano de cuidados com enfoque na adesão ao tratamento e MEV; - Realizar coordenação do cuidado a partir de acompanhamento compartilhado em equipe multiprofissional e AAE; - Atentar para presença de edema patológico de MIs (sinal de proteinúria e pré-eclâmpsia).
<p>HIPERTENSÃO ARTERIAL CRÔNICA Diagnóstico de HA preexistente à concepção ou detectada com IG < 20 semanas.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Se idade < 40 anos com HA essencial controlada com apenas UM anti-hipertensivo, SEM presença de demais FRCV, SEM lesão em órgão-alvo e SEM fatores de risco adicionais à gestação, manter seguimento de PN RISCO HABITUAL* na APS; - Todas as demais possibilidades da condição clínica configuram necessidade de encaminhamento para Atenção Ambulatorial Especializada para acompanhamento de GESTAÇÃO DE ALTO RISCO; - Atentar para a possibilidade de pré-eclâmpsia sobreposta, definida por qualquer uma das seguintes condições a partir das 20 semanas de gestação: piora da proteinúria ou do controle pressórico, piora / resistência da HA e/ou sinais e sintomas de pré-eclâmpsia; - Atentar para presença de edema patológico de Mis (sinal de proteinúria e pré-eclâmpsia); - Monitorar PA; - Promover adesão e MEV
<p>PRÉ-ECLÂMPسيا Hipertensão gestacional** associada a: -Proteinúria (relação proteinúria/creatinúria $\geq 0,3$ mg/dL; 300 mg ou mais em urina de 24h ou fita reagente $\geq 2+$) OU - Disfunção significativa de órgão-alvo com ou sem proteinúria após 20 semanas de gestação ou pós-parto. E/OU - Qualquer um dos seguintes sintomas: cefaleia persistente ou grave, visão turva, escotomas, fotofobia, confusão mental, dor epigástrica ou em hipocôndrio direito, náusea e vômito, dispnéia ou dor retroesternal.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Encaminhar para atendimento de URGÊNCIA/EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA; - Atentar para alto risco de eclâmpsia, definida como a ocorrência de crises tônico-clônicas ou coma.

Fonte: SES/RS, 2018c; TelessaúdeRS, 2019; Melvin; Funai, 2020.

Anotações:

*Em caso de história prévia de hipertensão gestacional com antecedentes de mau resultado obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina ou perinatal, síndrome HELLP, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, parada cardiorrespiratória entre outras), encaminhar para o PN de alto risco, independente dos níveis pressóricos e quadro atual. **PAS \geq 140 mmHg ou PAD \geq 90 mmHg detectada em duas ocasiões com pelo menos 4h de intervalo ou se PAS \geq 160 mmHg ou PAD \geq 110 mmHg, a confirmação dentro de 15 minutos é suficiente.

A maioria das mulheres com hipertensão gestacional irá normalizar seus níveis pressóricos entre a primeira e 12ª semana após o parto. Em caso de persistência da elevação da pressão arterial por período \geq 12 semanas pós-parto, deve-se encaminhar a mulher para avaliação médica devido à provável atualização do diagnóstico de HA transitória da gestação para HA crônica (MELVIN; FUNAI, 2020).

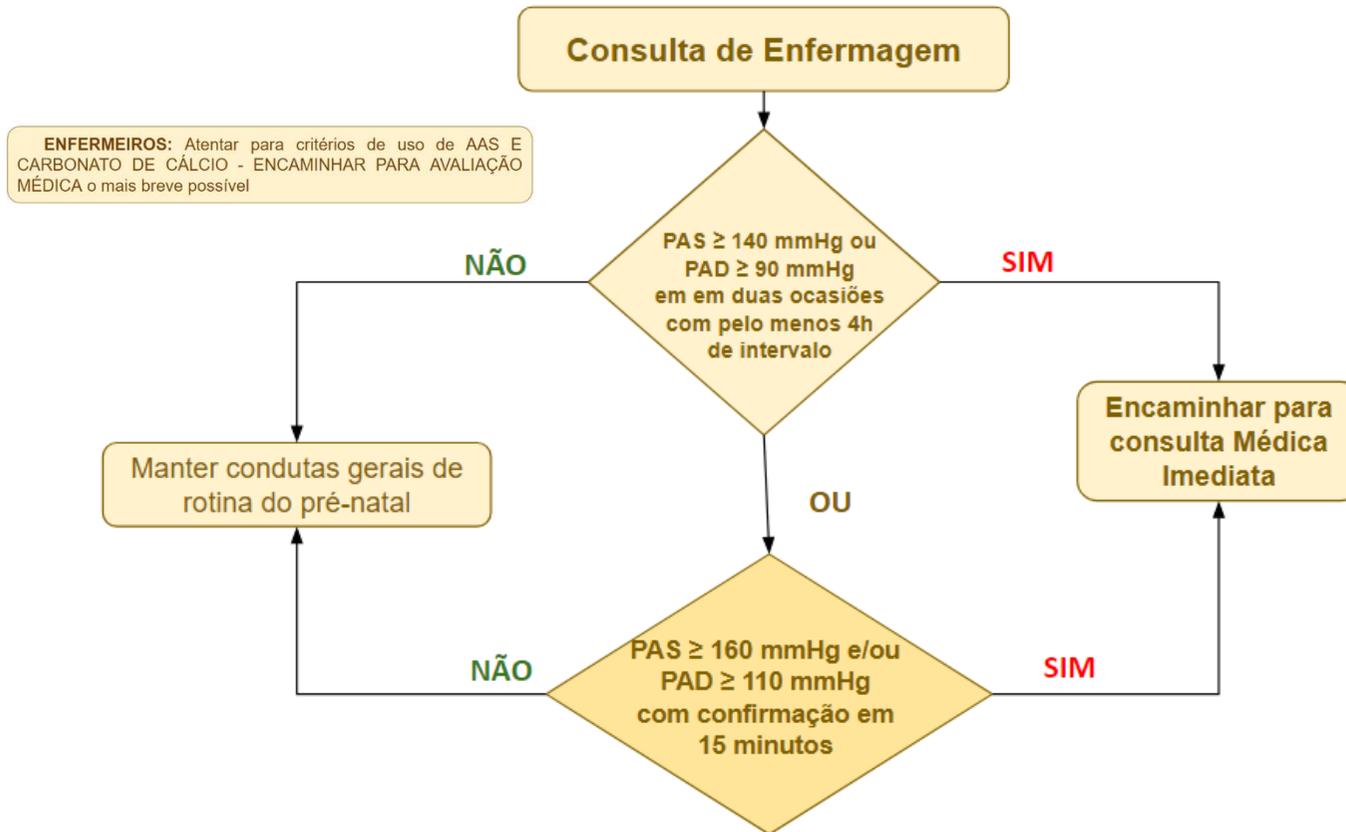
IMPORTANTE: Todas as pacientes com PAS \geq 140 mmHg ou PAD \geq 90 mmHg em 2 medidas com intervalos de 4 horas devem ser encaminhadas para a emergência da sua maternidade de referência para avaliação clínica obstétrica e já encaminhar via Gercon ao PNAR

Na impossibilidade de reavaliação em 4 horas, em função do fechamento da unidade, reavaliar em menor tempo e caso não haja melhora, encaminhar à maternidade de referência, E DEIXAR AGENDADO RETORNO PROGRAMADO PARA NO MÁXIMO 2 DIAS!

Se PAS \geq 160 mmHg ou PAD \geq 110 mmHg:
- encaminhar para a emergência da maternidade de referência sem a necessidade da segunda medição e já encaminhar ao PNAR via Gercon

E DEIXAR AGENDADO RETORNO PROGRAMADO PARA NO MÁXIMO 2 DIAS!

Fluxograma 5. Rastreamento de HAS na pessoa gestante



Sinais de alerta

- cefaleia;
- escotomas visuais;
- epigastralgia;
- edema excessivo;
- epistaxe;
- gengivorragia;
- reflexos tendíneos aumentados;
- PA > 160/100 mmHg.

Atenção:

- hipertensão arterial na gestação, define-se como PAS \geq 140 mmHg ou PAD \geq 90 mmHg em 2 medidas com intervalos de 4 horas em gestantes de qualquer idade gestacional
- pode se apresentar como hipertensão arterial crônica (antes das 20 semanas), hipertensão gestacional (após as 20 semanas, sem proteinúria em gestante previamente não hipertensa), PRÉ ECLAMPSIA (a partir das 20 semanas com proteinúria associada), ECLÂMPSIA

IMPORTANTE:

As gestantes negras requerem maiores cuidados devido à maior incidência de hipertensão arterial sistêmica, diabetes e morte materna na população negra.

Fonte: Adaptado de Ministério da Saúde, 2016

ENFERMEIROS: Em caso de identificação de hipertensa que necessite de troca da medicação para METILDOPA, encaminhar para consulta médica no MESMO DIA!

15.5. Tratamento de ITU em pessoa gestante

ITU é definida pela presença de agente infeccioso na urina, em quantidades superiores a 100.000 unidades formadoras de colônias bacterianas por mililitro de urina (ufc/ml). A infecção urinária pode ser sintomática ou assintomática, sendo chamada neste último caso, de “bacteriúria assintomática”. A ITU pode acometer somente o trato urinário baixo, sendo chamada de “cistite”, ou afetar também o trato urinário superior (infecção urinária alta), sendo chamada de “pielonefrite”.

Os sintomas da cistite e pielonefrite são diferentes. Na cistite, há geralmente dor ao urinar, urgência para urinar, aumento da frequência do desejo de urinar, e dor supra púbica (na parte inferior do abdome). A febre, na maior parte das vezes, não está presente. O que pode ocorrer, é alteração do odor, aspecto e cor da urina, embora nem sempre. Já na pielonefrite, que se inicia habitualmente após um quadro de cistite, ocorre frequentemente febre alta (geralmente superior a 38°C), associada a calafrios e dor lombar de um ou de ambos os lados. Febre, calafrios e dor lombar formam a tríade de sintomas característicos da pielonefrite, estando presentes na maioria dos casos.

A solicitação de EQU e urocultura reduzem o risco de pielonefrite por detectarem precocemente as infecções urinárias baixas assintomáticas (bacteriúria assintomática).

Na presença de bacteriúria assintomática por Streptococcus do Grupo B, **tratar e anotar**, com destaque, na carteira de Pré-Natal, pois este é um critério de uso de antibiótico profilático no parto.

A antibioticoterapia no tratamento da infecção do trato urinário baixa deve ser feita com o antimicrobiano aos quais a bactéria seja sensível.

CLASSIFICAÇÃO

Existem diferentes sistemas de classificação da ITU. O mais amplamente utilizado é aquele desenvolvido pelos Centro de Controle e Prevenção de Doenças dos Estados Unidos (CDC), Sociedade de Doenças Infecciosas da América (IDSA) e Sociedade Europeia de Microbiologia Clínica e Doenças Infecciosas (ESCMID), que classificam as ITUs em:

ITU não complicada: quadro agudo, esporádico ou recorrente, no trato urinário inferior (cistite) ou superior (pielonefrite), limitado a mulheres não grávidas, sem anormalidades anatômicas e funcionais no trato urinário ou comorbidades.

ITU complicada (cistite e pielonefrite): ocorre em pacientes com chance aumentada de evolução desfavorável, ou seja, grávidas, pacientes com anormalidades anatômicas ou funcionais do trato urinário, presença de cateteres urinários de demora, doenças renais ou concomitantes, como diabetes mellitus, imunossupressão ou transplante renal.

Infecção recorrente do trato urinário:

Define-se como ITU recorrente a presença de dois episódios de ITU em seis meses ou três em um ano.

Entre as opções para profilaxia de ITU recorrente, destacam-se mudanças comportamentais e avaliação médica para o uso de imunomoduladores ou de antibioticoprofilaxia.

Mudanças comportamentais e de higiene pessoal: adequar ingestão hídrica, micção pós-coito, enxugar de frente para trás após defecar, evitar ducha vaginal e uso de roupa íntima oclusiva. Não demorar para urinar, caso tenha vontade; urine e faça higiene prontamente após a relação sexual; lave as mãos antes e após urinar e/ou evacuar;

Quadro 14. Definição, diagnóstico e Conduta na ITU em pessoa gestante

	Bacteriúria Assintomática	Cistite	Pielonefrite
Definição e diagnóstico	Identificação de bactérias em multiplicação no trato urinário em pessoa gestante sem sintomas. Seu diagnóstico se dá através do exame de Urocultura positiva (uma ou mais espécies de bactérias na urocultura, em quantidade superior a 100.000 unidades formadoras de colônia por mililitros).	Infecção do trato urinário inferior clinicamente, apresentada por tenesmo vesical, disúria, desconforto supra púbico, polaciúria, urgência miccional, hematúria macroscópica e urina com odor desagradável. Seu diagnóstico se dá através dos sinais e sintomas e/ou Urocultura positiva.	Infecção do trato urinário superior clinicamente apresentada por calafrios, dor lombar, anorexia, náuseas, vômitos e febre. Seu diagnóstico se dá através dos sinais e sintomas e exames laboratoriais (piúria significativa, hematúria frequente, urocultura positiva, leucocitose com desvio à esquerda, anemia e proteína C reativa aumentada)
Conduta	<p>Uso de: Nitrofurantoína 100mg a cada 6 horas por 5 dias, via oral OU Cefalexina 500mg a cada 6 horas por 7 dias, via oral.</p> <p>Sempre levar em consideração o resultado do antibiograma.</p> <p>É recomendada repetição do exame de urocultura após duas semanas de tratamento como controle de cura.</p>	<p>Uso de: Nitrofurantoína, 100mg a cada 6 horas por 5 dias, via oral OU Cefalexina 500mg a cada 6 horas por 7 dias, via oral OU Amoxicilina+clavulanato, 500/125mg a cada 08 horas por 7 dias, via oral</p> <p>Repetir exame de urocultura após duas semanas de tratamento.</p> <p>A detecção de novo caso de cistite favorece a indicação de antibioticoprofilaxia até o parto (encaminhar à avaliação médica).</p>	<p>Caso identifique estes sinais e sintomas Encaminhar à consulta médica com vistas à hospitalização para hidratação e antibioticoterapia endovenosa e acompanhamento de exames laboratoriais.</p> <p>A profilaxia antibiótica até o parto sempre deve ser instituída após o tratamento (acompanhamento médico).</p>

OBSERVAÇÕES:

O TRATAMENTO DEVE SER GUIADO SEMPRE QUE POSSÍVEL POR ANTIBIOGRAMA e a escolha do medicamento deve ser avaliada de acordo com a sensibilidade e preferencialmente as indicações do quadro acima.

SEGUIMENTO ITU:

No seguimento, principalmente de ITU no primeiro trimestre de gestação, deve-se realizar urocultura de controle uma semana após o término do tratamento, e, se negativa, esta deve ser repetida **mensalmente** até o final da gestação.

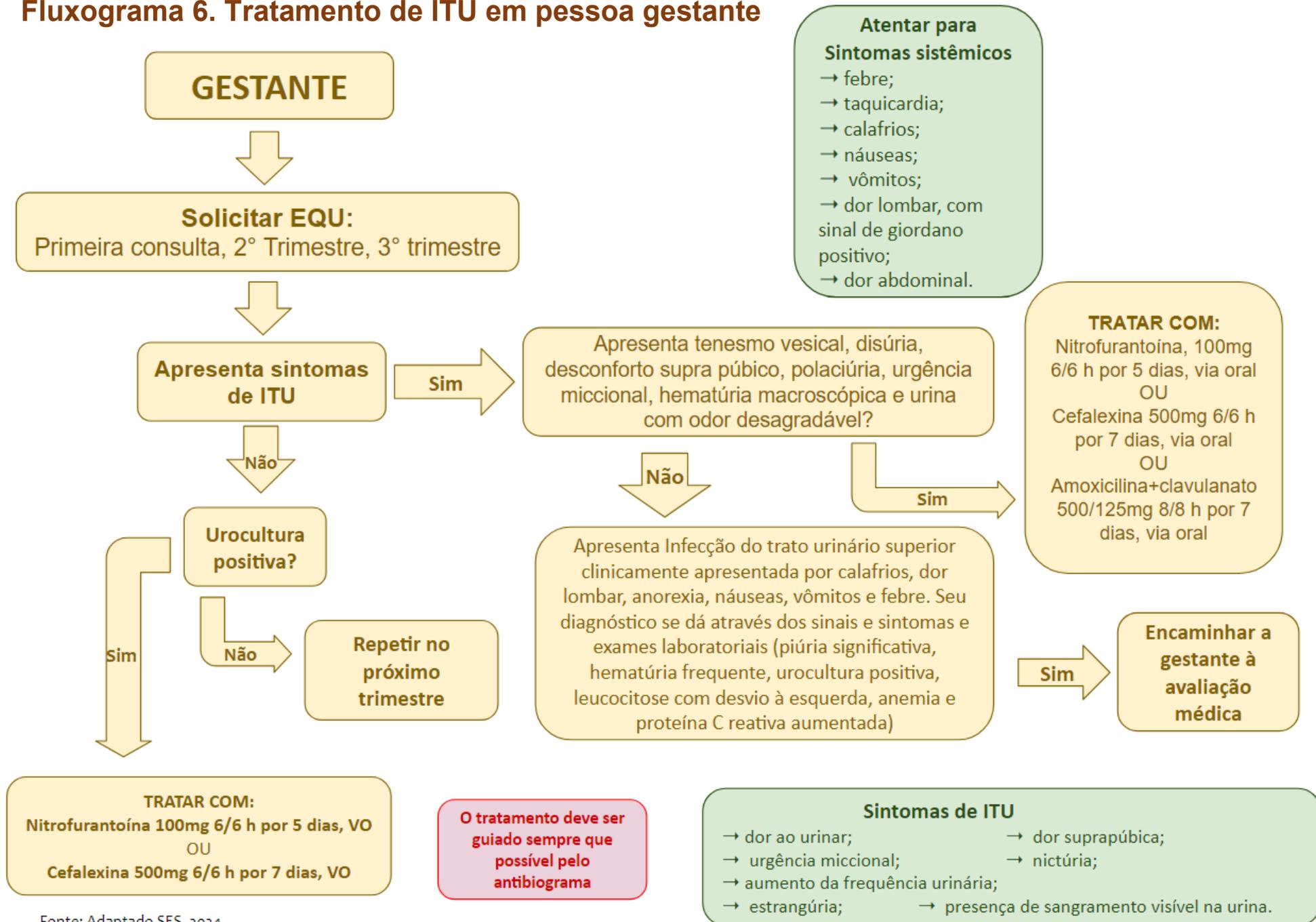
Na ocorrência de dois ou mais episódios de ITU na gestação, deve-se **ENCAMINHAR À AVALIAÇÃO MÉDICA**.

As pessoas gestantes devem ser orientadas a manter uma ingestão adequada de líquidos e urinar com frequência.

Em caso de cilindrúria significa presença de cilindros renais na urina, indicativo de destruição avançada do túbulo renal, a paciente deve ser encaminhada para o PNDAR, com a descrição indicada no protocolo do TelessaúdeRS.

Se dúvida, realizar interconsulta com médico (a), demais profissionais da equipe e/ou ligar para  **08006446543 TelessaúdeRS**

Fluxograma 6. Tratamento de ITU em pessoa gestante



15.6. Sífilis na gestação

SEMPRE REALIZAR NOTIFICAÇÃO

- Mulher sintomática durante o Pré-Natal, parto ou puerpério que apresente um teste reagente (treponêmico **OU** não – treponêmico (VDRL) com qualquer titulação);
- Mulher assintomática durante o Pré-Natal, parto ou puerpério que apresente um teste reagente (independentemente de ser treponêmico **OU** não treponêmico e independente de titulação);
- Mulher no período de Pré-Natal, parto ou puerpério que apresente um teste treponêmico reagente **E** um teste não-treponêmico reagente, independente de sintomatologia ou tratamento prévio.

PARA MAIS INFORMAÇÕES CONSULTAR O [PROTOCOLO DE ENFERMAGEM EM INFECÇÕES SEXUALMENTE TRANSMISSÍVEIS](#).

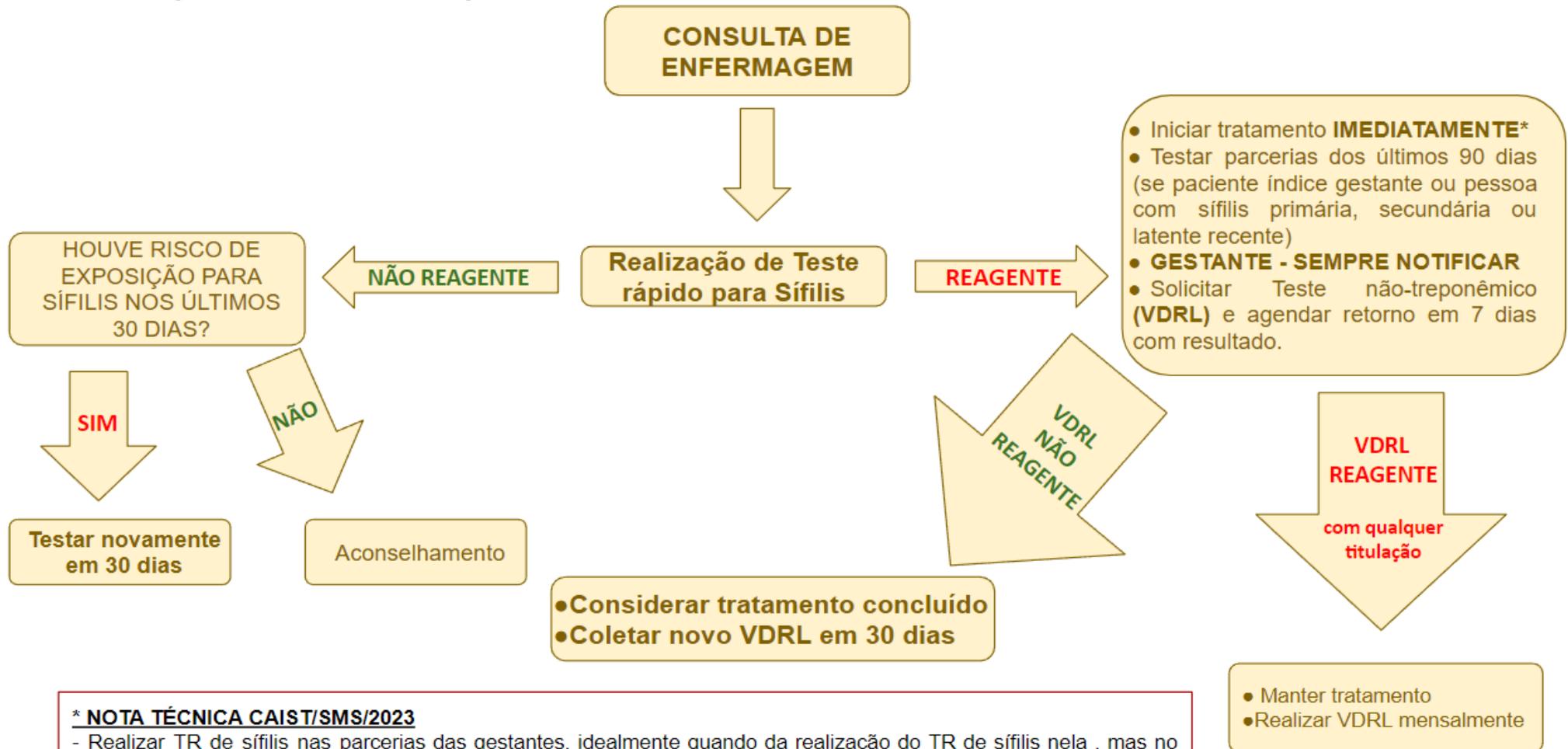
Disponível em: <https://bit.ly/3U9fjcA>

Quadro 15. Manejo da sífilis na gestação

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Nanda-I ®	Risco para infecção Integridade tissular prejudicada (colo de útero) Déficit do autocuidado para banho e higiene	Risco para lesão fetal Paternidade ou maternidade prejudicada/Risco de
CIPE	Risco de comportamento sexual Risco de abandono pelos familiares Não adesão ao regime de teste diagnóstico Não adesão ao regime medicamentoso	Integridade da pele prejudicada Aceitação da condição de saúde prejudicada Exposição à contaminação
CIAP2	W27 Medo de complicações na gravidez W71 Infecções que complicam a gravidez X15 Sinais/sintomas da vagina	X16 Sinais/sintomas da vulva X70 Sífilis feminina X99 Doença genital feminina, outra

Fonte: Elaboração Própria

Fluxograma 7. Sífilis na gestação



* NOTA TÉCNICA CAIST/SMS/2023

- Realizar TR de sífilis nas parcerias das gestantes, idealmente quando da realização do TR de sífilis nela, mas no mínimo uma vez durante o pré-natal da gestante e quando da internação para parto.

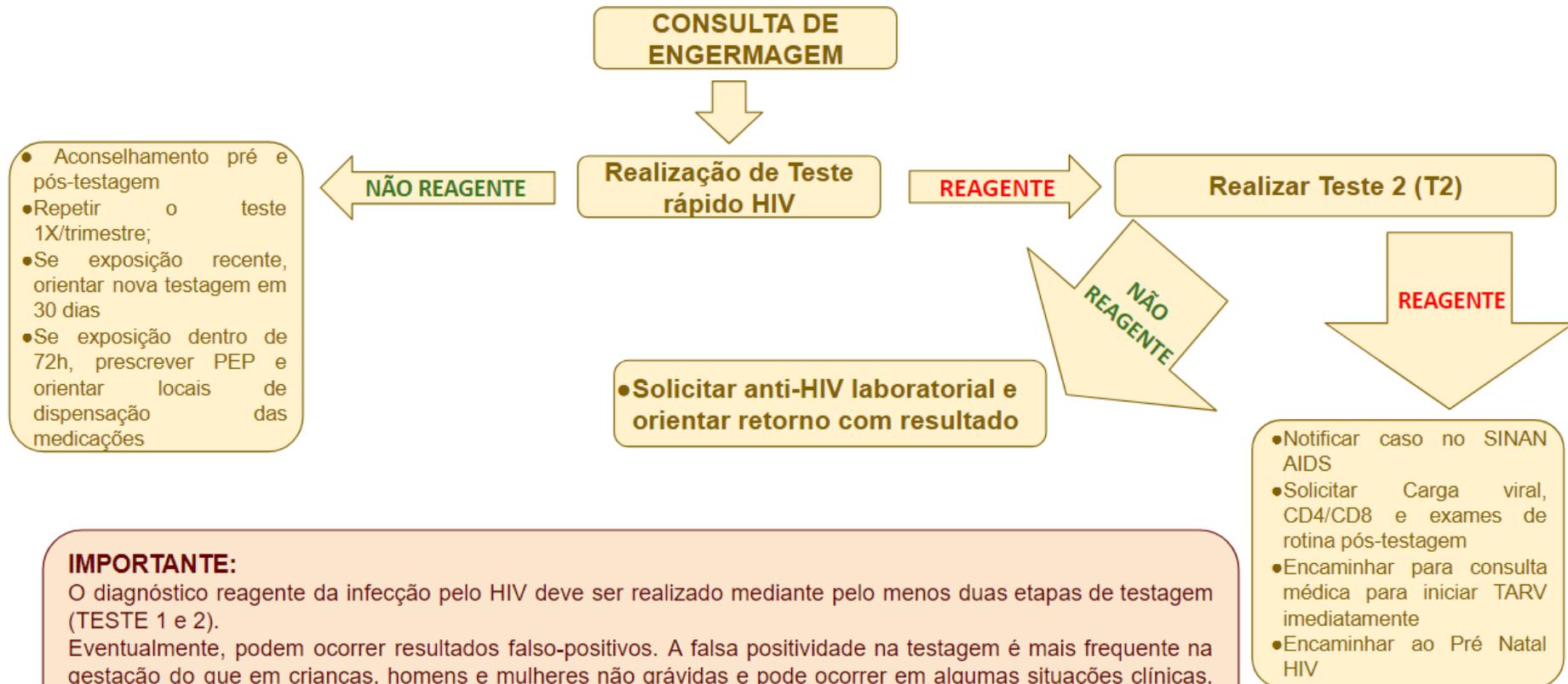
- Em caso de TR de sífilis REAGENTE na gestante, o tratamento com Benzilpenicilina Benzatina deve ser iniciado imediatamente, e a gestante deve ser tratada como fase latente tardia* com um total de 7.200.000 UI, IM, **dividido em 3 doses de 2.400000 UI, IM (1,2 milhão UI em cada glúteo) com intervalo de 7 dias, idealmente, não ultrapassando 9 dias.** Caso alguma dose seja perdida ou o intervalo entre elas seja maior que nove dias, o esquema terapêutico deve ser reiniciado. Caso a gestante não retorne à unidade para receber as doses subsequentes em 7 dias, é necessário realizar imediatamente busca ativa. Considera-se tratamento adequado da gestante quando o intervalo entre as doses estiver entre sete e nove dias.

*Exceto quando há sinais e sintomas de sífilis em que o tratamento deve ser iniciado de acordo com o estágio clínico da infecção.

Fonte: Adaptado SES, 2024

15.7. HIV na Gestação

Fluxograma 8. Testagem Rápida para HIV na gestação



IMPORTANTE:

O diagnóstico reagente da infecção pelo HIV deve ser realizado mediante pelo menos duas etapas de testagem (TESTE 1 e 2).

Eventualmente, podem ocorrer resultados falso-positivos. A falsa positividade na testagem é mais frequente na gestação do que em crianças, homens e mulheres não grávidas e pode ocorrer em algumas situações clínicas, como no caso de doenças autoimunes.

Diagnóstico com testes rápidos: a possibilidade de realização do diagnóstico da infecção pelo HIV em uma única consulta, com o teste rápido, elimina a necessidade de retorno da gestante ao serviço de saúde para conhecer seu estado sorológico e possibilita a acolhida imediata, no SUS, das gestantes que vivem com HIV.

Nos casos de gestantes já sabidamente HIV positiva ou em uso de antirretroviral, deve-se avaliar o encaminhamento ao PNAR.

As gestantes HIV positivas deverão ser orientadas a não amamentar (para mais informações, ver seção sobre Promoção do aleitamento materno).

- **AO IDENTIFICAR GESTANTE COM TESTE HIV REAGENTE:**

- Pessoas com boa adesão aos tratamentos e acompanhamentos podem ser encaminhadas via **GERCON**
- Pessoas com maior vulnerabilidade e menor adesão aos tratamentos e acompanhamentos devem ser encaminhadas aos **SAE (SANTA MARTA = WHATSAPP 3289-2933, E IAPI PELO FONE 3289- 3414)**

Fonte: Adaptado SES, 2024

15.8. Uso de drogas na gestação

Consumir bebidas alcoólicas, antes e durante a gravidez e puerpério podem colocar a saúde da gestante e a do bebê em risco . A tolerância para o álcool durante a gestação é zero.

Quando a gestante consome bebida alcoólica, o álcool atravessa a placenta, o que faz com que o feto esteja exposto às mesmas concentrações do sangue materno. Porém, a exposição do feto é maior, porque o metabolismo e eliminação do álcool são mais lentos, fazendo com que o líquido amniótico permaneça impregnado de álcool. Essa exposição ao álcool afeta o desenvolvimento do cérebro e do corpo do bebê.

Ingerir bebida alcoólica durante a gravidez coloca o bebê em risco de apresentar Transtorno do Espectro Fetal do Álcool (FASD).

Os efeitos comuns incluem características:

- Distúrbios mentais;
- Dificuldade de coordenação motora ;
- Hiperatividade ;
- Déficit de atenção;
- Distúrbio de memória;
- Dificuldade de aprendizado;
- Atraso no desenvolvimento da linguagem;
- Deficiência intelectual ;
- Deficiência na capacidade de julgamento e raciocínio;
- Distúrbios físicos ;
- Anomalias faciais ;
- Microcefalia ;
- Problemas de visão e audição • Problemas cardíacos, renais e de ossos.

<https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/publicacoes/amamentacao-e-uso-de-medicamentos-e-outras-substancias-2a-edicao/view>

15.9. Avaliação de Saúde Mental na gestação

O período gravídico-puerperal é a fase de maior incidência de transtornos psíquicos na mulher, necessitando de atenção especial para manutenção de bem-estar e prevenção de dificuldades futuras para o desenvolvimento cognitivo e emocional do filho.

A avaliação de enfermagem em saúde mental durante a gestação é crucial para garantir o bem-estar tanto da mãe quanto do bebê. Durante esse período, as mulheres podem enfrentar uma série de desafios emocionais e psicológicos, tornando a avaliação de saúde mental uma parte fundamental do cuidado pré-natal.

Algumas áreas importantes a serem consideradas durante a avaliação incluem:

História Psiquiátrica: Avaliar qualquer histórico prévio de problemas de saúde mental, como depressão, ansiedade, transtorno bipolar ou esquizofrenia. Isso inclui investigar a história de tratamentos anteriores e quaisquer medicações atualmente em uso.

Fatores de Risco: Identificar fatores de risco que possam aumentar a probabilidade de problemas de saúde mental durante a gestação, como estresse significativo, histórico de abuso ou trauma, falta de apoio social, instabilidade financeira, entre outros.

Sintomas Atuais: Avaliar a presença de sintomas de saúde mental, como mudanças de humor, ansiedade, insônia, pensamentos suicidas, entre outros. É importante avaliar a gravidade e a frequência desses sintomas.

Suporte Social: Avaliar o sistema de apoio da mulher grávida, incluindo o envolvimento do parceiro, família e amigos. O apoio social adequado pode desempenhar um papel importante na prevenção e no tratamento de problemas de saúde mental.

Autoestima e Autoimagem: Explorar a autoestima e a autoimagem da mulher grávida, já que mudanças físicas e emocionais durante a gestação podem afetar a percepção de si mesma.

Expectativas e Preocupações: Discutir as expectativas e preocupações da mulher em relação à gravidez, ao parto e à maternidade. Isso pode revelar áreas de estresse ou ansiedade que precisam ser abordadas.

Estratégias de enfrentamento: Identificar os recursos de regulação da mulher grávida, como estratégias de enfrentamento saudáveis, hobbies, atividades de relaxamento ou suporte religioso/espiritual.

Planejamento do Cuidado: Com base na avaliação, desenvolver um plano de cuidado individualizado que inclua estratégias de prevenção, intervenções de enfermagem e encaminhamentos para outros profissionais de saúde, como psicólogos, psiquiatras ou assistentes sociais, conforme necessário.

Essa avaliação deve ser realizada de forma empática, respeitando a privacidade e a autonomia da mulher, e garantindo um ambiente seguro para discutir preocupações e necessidades emocionais. Além disso, o acompanhamento contínuo ao longo da gestação é essencial para monitorar a saúde mental e garantir o suporte necessário durante esse período crítico.

16. Intercorrências mais comuns na gestação

Quadro 16. Intercorrências Obstétricas (a)

INTERCORRÊNCIA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER
<p style="text-align: center;">Suspeita de Abortamento</p>	<p>Sinais de alerta para abortamento. Atraso menstrual. Sangramento vaginal. Presença de cólicas no hipogástrio. Realização de exame especular e toque vaginal. Visualização do colo uterino, para a constatação da origem intrauterina do sangramento e detecção de fragmentos placentários no canal cervical e na vagina; ao toque vaginal, avaliar permeabilidade do colo uterino e presença de dor. Ameaça de aborto x abortamento em curso: a diferenciação é pelo colo do útero (se está pérvio ou não). Idade gestacional acima de 12 semanas: risco de perfuração uterina por partes ósseas fetais, necessita de exame ultrassonográfico. Realização de exame ultrassonográfico, se possível. Para o diagnóstico de certeza entre uma ameaça de aborto e abortamento inevitável: presença de saco embrionário íntegro e/ou conceito vivo. Para o diagnóstico de aborto incompleto: presença de restos ovulares. Para o diagnóstico de aborto retido: presença de conceito morto ou ausência de embrião, com colo uterino impérvio. •No aborto infectado: secreção fétida endovaginal, dor pélvica intensa à palpação, calor local e febre, além de comprometimento variável do estado geral.</p>	<p>Na ameaça de aborto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • ENCAMINHAR À AVALIAÇÃO MÉDICA • Caso não seja possível realizar USG, encaminhar ao hospital de referência obstétrica. • Recomendar abstinência sexual; • Observar evolução do quadro, pois uma ameaça de abortamento pode evoluir para gestação normal ou para abortamento inevitável; <p>•No abortamento inevitável e aborto retido: Encaminhar para o hospital de referência obstétrica</p> <p>•No abortamento infectado: ENCAMINHAR À AVALIAÇÃO MÉDICA, para iniciar fluidoterapia, estabilização hemodinâmica e encaminhar para o hospital de referência obstétrica.</p>

Quadro 16. Intercorrências Obstétricas (b)

INTERCORRÊNCIA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER
<p>Suspeita de Gravidez ectópica</p>	<p>Características: História de atraso menstrual com teste positivo para gravidez; Perda sanguínea uterina e dor pélvica intermitente, na fase inicial, evoluindo para dor contínua e intensa, dor pélvica intermitente; USG após 5ª semana de gestação não demonstrando gravidez tópica. Sinais de alerta: sinais de irritação peritoneal e repercussões hemodinâmicas que podem ser discretas, apenas com lipotimia, até quadros graves com choque hipovolêmico, na dependência do volume de sangramento intracavitário.</p>	<p>ENCAMINHAR À AVALIAÇÃO MÉDICA</p>
<p>Descolamento Prematuro da placenta (DPP)</p>	<p>Características: Aparecimento de dor abdominal súbita, com intensidade variável; Sangramento vaginal que pode variar de sangramento discreto a volumoso, muitas vezes incompatível com o quadro de hipotensão (ou choque) materno; pode ocorrer “sangramento oculto” quando não há exteriorização do sangramento; pode evoluir para quadro grave caracterizado por atonia uterina (útero de Couvelaire); Causa importante de sangramento no 3º trimestre. Realização do exame obstétrico: Na fase inicial, ocorre taquihipersistolia (contrações muito frequentes (> cinco em dez minutos] e intensas), seguida de hipertonia uterina e alteração dos batimentos cardíacos fetais; Útero, em geral, encontra-se hipertônico, doloroso, sensível às manobras palpatórias; Os batimentos cardíacos fetais podem estar alterados ou ausentes; Comprometimento variável das condições gerais maternas, desde palidez de pele e mucosas até choque e distúrbios da coagulação sanguínea.</p>	<p>Na suspeita diagnóstica, encaminhar a pessoa gestante, como emergência, ao hospital de referência obstétrica.</p>
<p>Pós datismo ou gestação prolongada</p>	<p>Características Gestação prolongada é aquela cuja idade gestacional encontra-se entre 40 e 42 semanas; Gestação pós-termo é aquela que ultrapassa 42 semanas.</p>	<p>Encaminhar a pessoa gestante com IG > 41 para um centro de referência para outros testes de vitalidade fetal.</p>

Fonte: Ministério da Saúde, 2016

Quadro 16. Intercorrências Obstétricas (c)

INTERCORRÊNCIA	COMO IDENTIFICAR/AVALIAR	O QUE FAZER
<p>Placenta prévia</p>	<p>Características: Sangramento vaginal, súbito, de cor vermelho-vivo, de quantidade variável, indolor. É episódica, recorrente e progressiva. Realização do exame obstétrico: Revela volume e tono uterinos normais e frequentemente apresentação fetal anômala; habitualmente, os batimentos cardíacos fetais estão mantidos; O exame especular revela presença de sangramento proveniente da cavidade uterina e, na suspeita clínica, deve-se evitar a realização de toque vaginal. Realização de exame ultrassonográfico, se possível: Visualização de placenta em localização baixa, confirmando o diagnóstico; frequentemente, as placentas no início da gestação encontram-se localizadas na porção inferior do útero. Entretanto, somente 10% das placentas baixas no segundo trimestre permanecem prévias no termo.</p>	<p>Deve-se encaminhar a pessoa gestante para PNAR quando: placenta prévia completa (oclusiva total), independentemente da idade gestacional; ou placenta prévia oclusiva parcial (com implantação baixa) em ecografia realizada em pessoa gestante com mais de 28 semanas de gestação;</p>
<p>Trabalho de parto prematuro (TPP)</p>	<p>Características: O TPP frequentemente está relacionado a infecções urinárias e vaginais, principalmente à vaginose bacteriana; Para a vaginose bacteriana, pode ser feita a abordagem sintomática ou a realização do exame de bacterioscopia da secreção vaginal onde estiver disponível; Na suspeita de infecção urinária, tratar conforme protocolo e solicitar urina tipo I e urocultura; Na presença de contrações uterinas rítmicas e regulares, porém sem modificação cervical, caracteriza-se o falso trabalho de parto prematuro. Tais casos costumam evoluir bem apenas com o repouso, principalmente se identificada e tratada a causa de base. O útero apresenta atividade contrátil durante toda a gestação, com contrações de dois tipos: de baixa (Braxton Hicks) e de grande amplitude. No último trimestre da gestação, as contrações de Braxton Hicks vão se tornando cada vez mais frequentes e podem ser confundidas com contrações de trabalho de parto. As dificuldades existentes para o diagnóstico inicial do TPP fazem com que até o momento não exista protocolo, baseado em evidências. Assim, os critérios para o diagnóstico do TPP variam na literatura, sendo o critério que o mais aceito para o são contrações uterinas regulares a cada cinco minutos.</p>	<p>Solicitar avaliação especializada, quando possível. O trabalho de parto prematuro constitui situação de risco gestacional, portanto a pessoa gestante deve ser encaminhada para um centro ou maternidade de referência.</p>

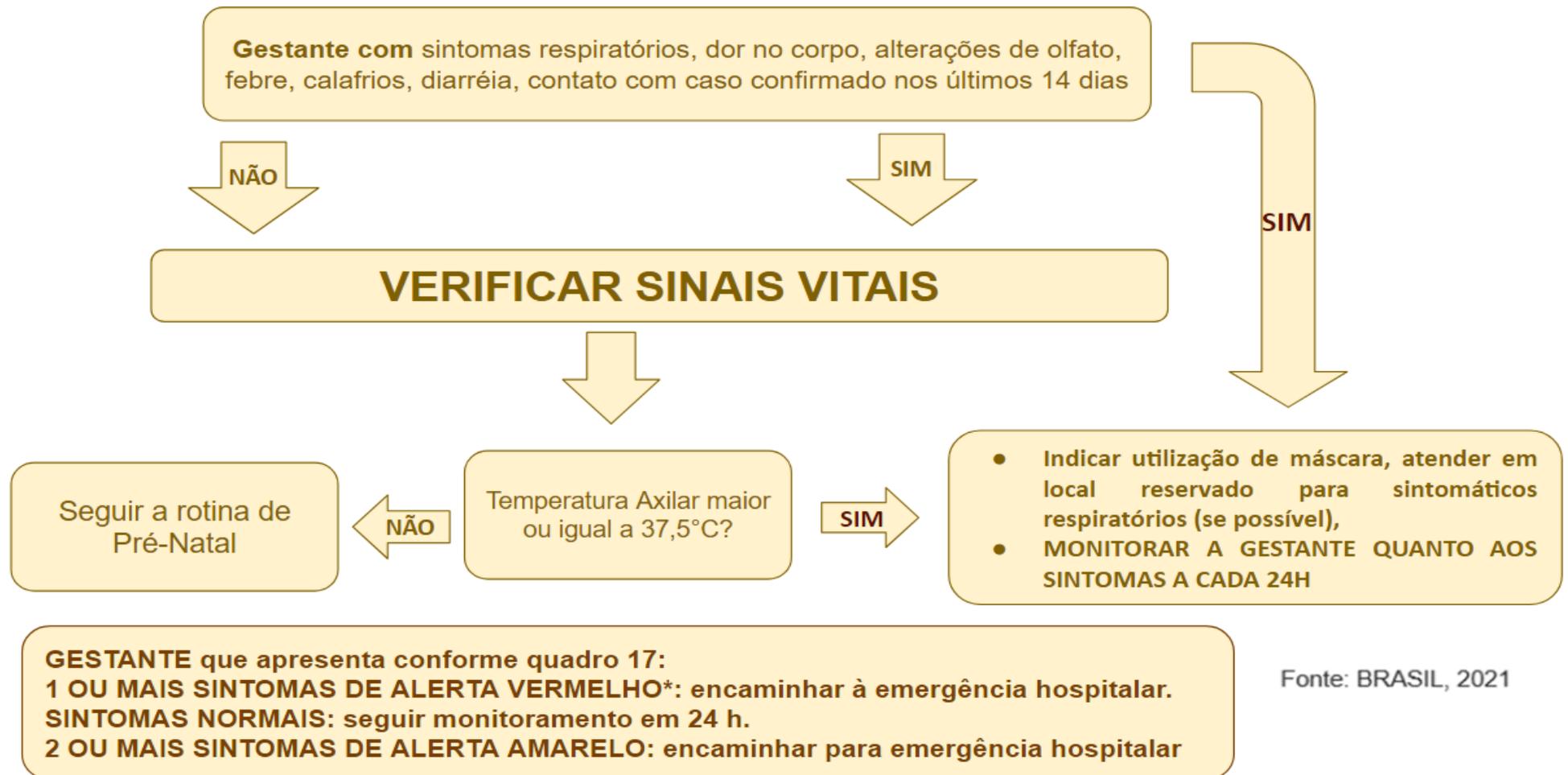
Fonte: Ministério da Saúde, 2016

16.1. Suspeita de COVID 19 na gestação

No Brasil, o Ministério da Saúde orienta que gestantes e puérperas até o 14º dia de pós-parto devem ser consideradas grupo de risco para covid-19. Assim, tornou-se fundamental que o Ministério da Saúde estabelecesse um manual para o manejo assistencial da covid-19 acessível às diversas regiões do País, considerando suas dimensões continentais e heterogeneidade, e às populações indígenas e outros povos e comunidades, por vezes mais vulneráveis aos efeitos dessa infecção.

A doença apresenta maior gravidade no terceiro trimestre e no puerpério, condição que não sofreu mudança desde o início da pandemia.

Fluxograma 9 - Triagem da gestante com suspeita de COVID ou sintomas respiratórios



Quadro 17. Sinais Vitais em gestantes com sintomas respiratórios

PARÂMETRO	NORMAL	ALERTA AMARELO	ALERTA VERMELHO
FREQUÊNCIA RESPIRATÓRIA	11-19	22 a 24	< 10 ou ≥ 25
SATURAÇÃO DE OXIGÊNIO (%)*	96-100	-	≤ 95
TEMPERATURA (°C)	36-37,4	35,1-35,9 a 37,5-37,9	<35 ou ≥38
FREQUÊNCIA CARDÍACA	60-99	50-59 a 100-119	≤49 ou ≥120
PA SISTÓLICA (mmHg)	100-139	90-99 a 140-159	≤89 ou ≥160
PA DIASTÓLICA (mmHg)	50-89	40-49 a 90-99	≤ 39 ou ≥ 100
SENSÓRIO	alerta	-	qualquer alteração do nível de consciência

Fonte: BRASIL, 2021 *Apenas para gestantes com frequência respiratória anormal ou dispnéia

Mais informações em: MANUAL DE RECOMENDAÇÕES PARA A ASSISTÊNCIA À GESTANTE E PUÉRPERA FRENTE À PANDEMIA DE COVID-19

Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_assistencia_gestante_puerpera_covid-19_2ed.pdf

17. Considerações sobre o Pré-Natal em populações específicas

17.1. Considerações sobre o Pré-Natal na população Negra

Aspectos raciais e de gênero afetam sobremaneira a saúde e qualidade de vida das populações, sendo as mulheres negras as principais afetadas. Estas enfrentam exclusões e privações, além de menores salários, maior responsabilidade familiar, menor educação, maior índice de desemprego e maior dificuldade de acesso à saúde.

Esta conjuntura se reflete nos indicadores de saúde, os quais demonstram que essas mulheres ocupam o topo dos piores índices de mortalidade materna e de complicações oriundas por aborto ilegal.

As desigualdades segundo raça/cor também têm sido documentadas nas pesquisas em saúde, com os segmentos socialmente menos favorecidos, incluindo pretos, pardos e indígenas, apresentando níveis mais elevados de adoecimento e de morte por causas evitáveis, desde as doenças infecto parasitárias até aquelas relacionadas à violência (SOARES FILHO, 2011).

De fato, juntamente com as questões socioeconômicas emerge a questão racial. A análise é difícil de ser realizada por causa da dificuldade de entendimento da classificação raça/cor, já que existem várias tendências: por cor, por ascendência, por estratos sociais, havendo até quem acredite que não deva existir classificação.

A maioria dos pesquisadores simplesmente se recusa a levar raça em conta quando são consideradas as causas da pobreza e da falta de oportunidades (HERINGER, 2002).

No entanto, sabe-se que a mortalidade materna difere segundo classe social, níveis de renda, escolaridade, entre outros. Portanto, a análise desse indicador é qualitativamente melhor quando algumas variáveis subjacentes às condições socioeconômicas da população são explicitadas, tais como renda, idade, escolaridade e raça (MARTINS, 2006).

Sabe-se que os índices de pré-natal inadequado e a taxa de mortalidade materna são maiores em populações de baixa escolaridade, baixa renda, sem emprego e que moram em zonas de difícil acesso aos serviços de saúde. Socialmente, observamos que estas características são mais prevalentes nas populações de raça negra ou em outras minorias étnicas.

As cinco principais causas de mortalidade relacionada à gravidez são tromboembolismo venoso, hemorragia, pré-eclâmpsia, infecção e cardiomiopatia e as mulheres negras são mais propensas a morrer de cada uma dessas principais causas de morte materna do que as mulheres brancas (BERG et al., 2010).

Observou-se que mulheres negras apresentam taxas mais altas de hemorragia pós-parto, infecção puerperal e tromboembolismo venoso (HOWELL et al., 2016). Da mesma forma, resultados perinatais adversos, incluindo morte infantil, são mais comuns entre mulheres negras do que entre mulheres brancas. As inequidades também são evidentes em uma variedade de intervenções no cuidado à gravidez. Em um estudo que incluiu mais de 100.000 mulheres, disparidades étnicas e raciais foram documentadas na frequência de indução do parto, episiotomia e parto cesáreo (GROBMAN et al., 2015).

Além disso, dados brasileiros apontam maior prevalência de depressão pós-parto em mulheres de cor da pele preta, mesmo após o controle de fatores de confusão como características socioeconômicas, além de desfechos negativos nos recém-nascidos (THEME FILHA et al., 2016).

A coordenação Municipal de Equidades da Secretaria Municipal de Saúde de Porto Alegre, elaborou uma linha de cuidado e um fluxo de atendimento para a **Doença Falciforme** no município, disponível em: <https://bit.ly/3S8dee7>

17.2. Considerações sobre o Pré-Natal no Homem Transgênero

O Homem transgênero (trans) é o indivíduo que se identifica como homem, cujo sexo atribuído no nascimento era feminino. Em muitos casos, esses indivíduos podem optar pelo processo de afirmação de gênero, que consiste em modificações corporais, sociais e legais congruentes com sua identidade de gênero.

No entanto, muitos homens trans preservam seus ovários e útero, possibilitando uma gravidez.

Na gestação do homem transgênero as condições que irão possibilitar e dar alicerce a esta ferramenta comportam dimensões muito além da superação de preconceitos, pois englobam questões políticas, econômicas, técnicas e simbólicas. Conseguir acessar plenamente os serviços de saúde está ligado à capacidade do indivíduo de buscar e obter assistência à saúde.

A gestação envolve transformações psíquicas, mentais, físicas e sociais, que se estabelecem desde a concepção até o parto, e, no caso de uma gravidez em um corpo transmasculino, isso não é diferente. Como qualquer outra pessoa com útero, homens trans - que mantiveram o órgão reprodutor - podem ter filhos naturalmente.

Contudo, faz-se necessário, durante este período, o acompanhamento regular junto às equipes de saúde, é orientado que se interrompa o tratamento hormonal para que o corpo se prepare para gerar. Assim, o uso da testosterona para os homens trans precisa ser interrompido. Geralmente em torno de três a seis meses o indivíduo volta a menstruar.

Também é necessário o acompanhamento endocrinológico e urológico (caso tenha feito a cirurgia de redesignação).

A realização de exames periódicos para verificar as questões de sangue, rim e fígado se fizer o uso da testosterona também é aconselhada.

Algumas mudanças do corpo são compatíveis as de mulheres cis, como um aumento do tamanho das mamas (caso não tenha feito a cirurgia de mastectomia), náuseas, vômito, dores de cabeça e alterações no intestino.

A princípio, é uma gravidez de risco habitual, que não tem a necessidade de fazer acompanhamento de alto risco, apenas se essa pessoa desenvolver algum outro tipo de patologia.

Já a respeito da amamentação, é preciso se utilizar de outras possibilidades de alimentação infantil para filhos de homens transexuais que não optarem pela amamentação, como o uso do uso dos bancos de leite ou fórmulas lácteas, sendo responsabilidade dos profissionais comunicarem, durante a assistência Pré-Natal, a respeito das diferentes opções.

Sobre o tempo para a volta do uso de hormônios após a gestação, ainda não está muito claro na literatura irá depender também se o homem vai querer amamentar ou não, caso ainda tenha as mamas. Enquanto estiver amamentando não é permitido utilizar a testosterona, mas assim que parar, o uso volta a ser liberado e se estenderá para o resto da vida.

Ao engravidar, esses sujeitos desafiam as convenções de gênero que definem o corpo grávido com uma expressão e papéis atribuídos somente ao feminino, quebrando com a estrutura cisnormativa. Cada vez mais, ter filhos tem sido desejado entre homens transexuais e se configuram como necessárias para construir relações que rompem com a lógica tradicional “familiar”.

Assegurar o direito à saúde para todos os indivíduos e corpos durante o planejamento reprodutivo, Pré-Natal, parto, nascimento e puerpério, é dar visibilidade a existência de pessoas trans. Repensar as práticas de saúde e se comprometer no combate à transfobia institucional é uma obrigação pública e evidencia a necessidade de um atendimento humano, igualitário e responsável que respeite às diferenças.

18. CONSULTA DO BINÔMIO

Em 2004, o Ministério da Saúde publicou a Agenda de Compromissos para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil. O documento aponta a necessidade de um momento específico para atender de forma integral a puérpera e o recém-nascido, após a alta da maternidade.

A Primeira Semana Saúde Integral propõe um único atendimento com a mãe e o bebê na primeira semana de vida;

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde da Criança (PNAISC, 2015), sinaliza a importância do atendimento ao binômio de forma precoce na Atenção Primária à Saúde;

A primeira consulta deverá ocorrer na primeira semana de vida do recém-nascido entre o 3º e o 5º dia, pode ser feita pelo enfermeiro e/ou médico e consiste em observação e orientação, com o intuito de acolher a família, identificar precocemente quaisquer problemas e sanar possíveis dúvidas. É o momento propício para estimular e auxiliar a família nas dificuldades do aleitamento materno exclusivo, para orientar e realizar imunizações, verificar a realização da triagem neonatal (teste do pezinho) e estabelecer ou reforçar a rede de apoio;

As consultas do binômio devem ser priorizadas para o atendimento por demanda espontânea;

Os profissionais devem buscar inserir o pai da criança durante os atendimentos, caso seja a vontade da mãe;

Orientar o uso de preservativo enquanto amamentar e se companheiro HIV positivo (casal sorodiferente) orientar prevenção combinada (PEP e PREP);

A puérpera deve ser questionada sobre suas condições de saúde e sua recuperação do parto, com exame físico de ferida cirúrgica, lóquios e exame de mamas em busca de fissuras mamárias, retração do mamilo, ingurgitamento ou sinais de mastite. As mamas devem ser examinadas em todas as consultas independente da queixa;

Os bebês devem ser colocados para mamar, a fim de observação do posicionamento dos mesmos e a adequação da “pega”. Questionar a mãe e verificar nas carteiras de Saúde da Criança e da Pessoa gestante a realização e resultados dos testes do pezinho (se já realizado), olhinho e orelhinha, bem como outras informações sobre a internação hospitalar e nascimento.

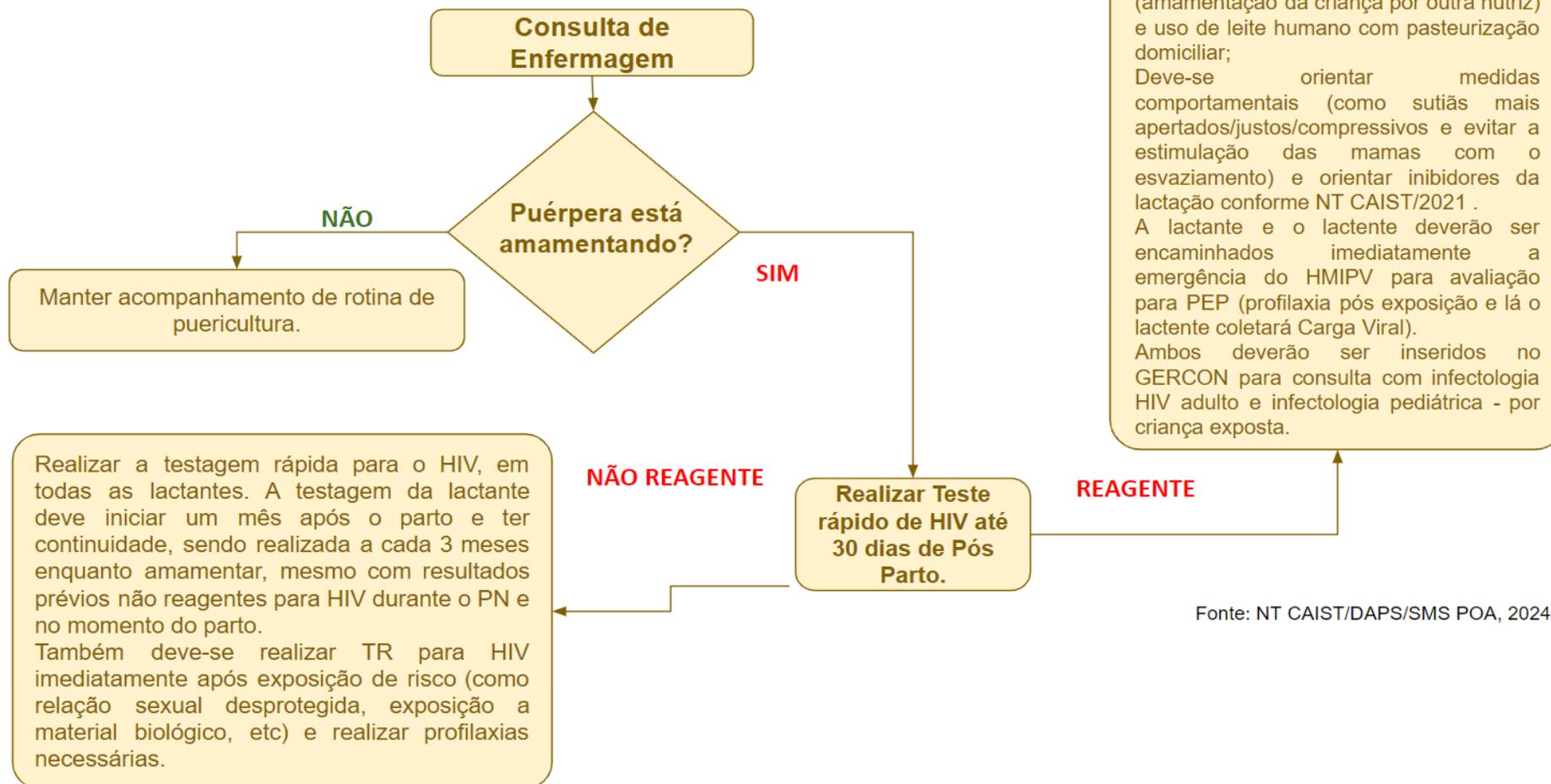
Observar os sinais de apego ao recém-nascido, atentando para possíveis sinais de alerta, principalmente se apresentar fatores de risco (gestação indesejada, primeira gestação, mãe adolescente, família desestruturada, falta de apoio social e/ou familiar, ausência de companheiro, abuso de drogas, não ter realizado Pré-Natal, tentativa de aborto desta gestação e outros).

Observar sinais de depressão pós-parto e atuar positivamente, apoiando a puérpera em suas dificuldades, sejam de ordem emocional ou social, promovendo o desenvolvimento do apego e a prevenção dos maus tratos.

Incentivar o acompanhamento do desenvolvimento do bebê.

Orientar sobre a importância do tempo intergestacional e o acompanhamento ginecológico. Promover a visita domiciliar para as puérperas faltosas, com base na planilha de monitoramento de pacientes faltosas e lista de DN's do programa Pré-Nenê (SINASC).

Fluxograma 10. Testagem Rápida para HIV durante a amamentação



Fonte: NT CAIST/DAPS/SMS POA, 2024

Para mais informações consultar Nota Técnica CAIST/SMS/POA de Recomendação para a realização de testagem rápida para o HIV durante o aleitamento materno.

<https://drive.google.com/file/d/1zyMRdj0R3DfEqJKY6wDDmegrsbCllrkK/view>

Agendar consulta de retorno em 30 dias, para revisar os seguintes tópicos:

- Revisar a amamentação, incentivando-a;
- Teste rápido para HIV para as mães que amamentam;
- Proceder ao exame das mamas e ginecológico;
- Investigar a cessação ou não dos lóquios;
- Investigar hábitos intestinais e queixas urinárias;
- Orientação em relação aos métodos contraceptivos e definir junto à paciente o mais adequado para sua situação. Geralmente, se houver uma boa e adequada amamentação, institui-se progestágenos oral ou injetável, até nova avaliação em 3 meses;
- Orientar sobre o período da coleta do exame Citopatológico de colo uterino;
- Caso tenha sido colocado o DIU no pós-parto ou cesárea deve-se excluir infecção e expulsão, avaliar o comprimento do fio e cortá-lo (2 a 3 cm do orifício do colo uterino). Avaliar o padrão de sangramento e a satisfação da paciente e seu parceiro;
- Reforçar as orientações de prevenção de ISTs;

Figura 3. Pega Correta



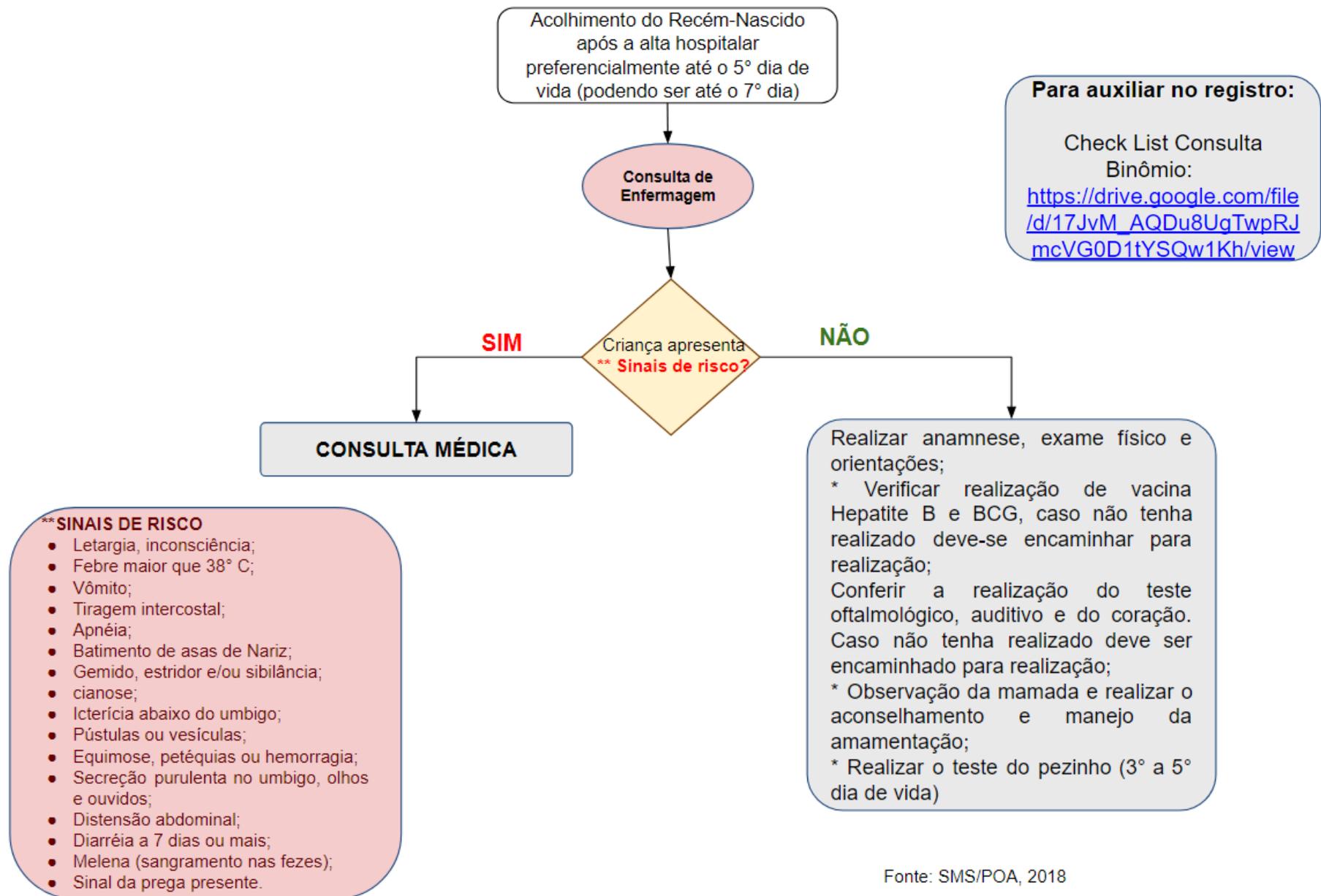
PEGA CORRETA

Fonte: Imagem Google fotos



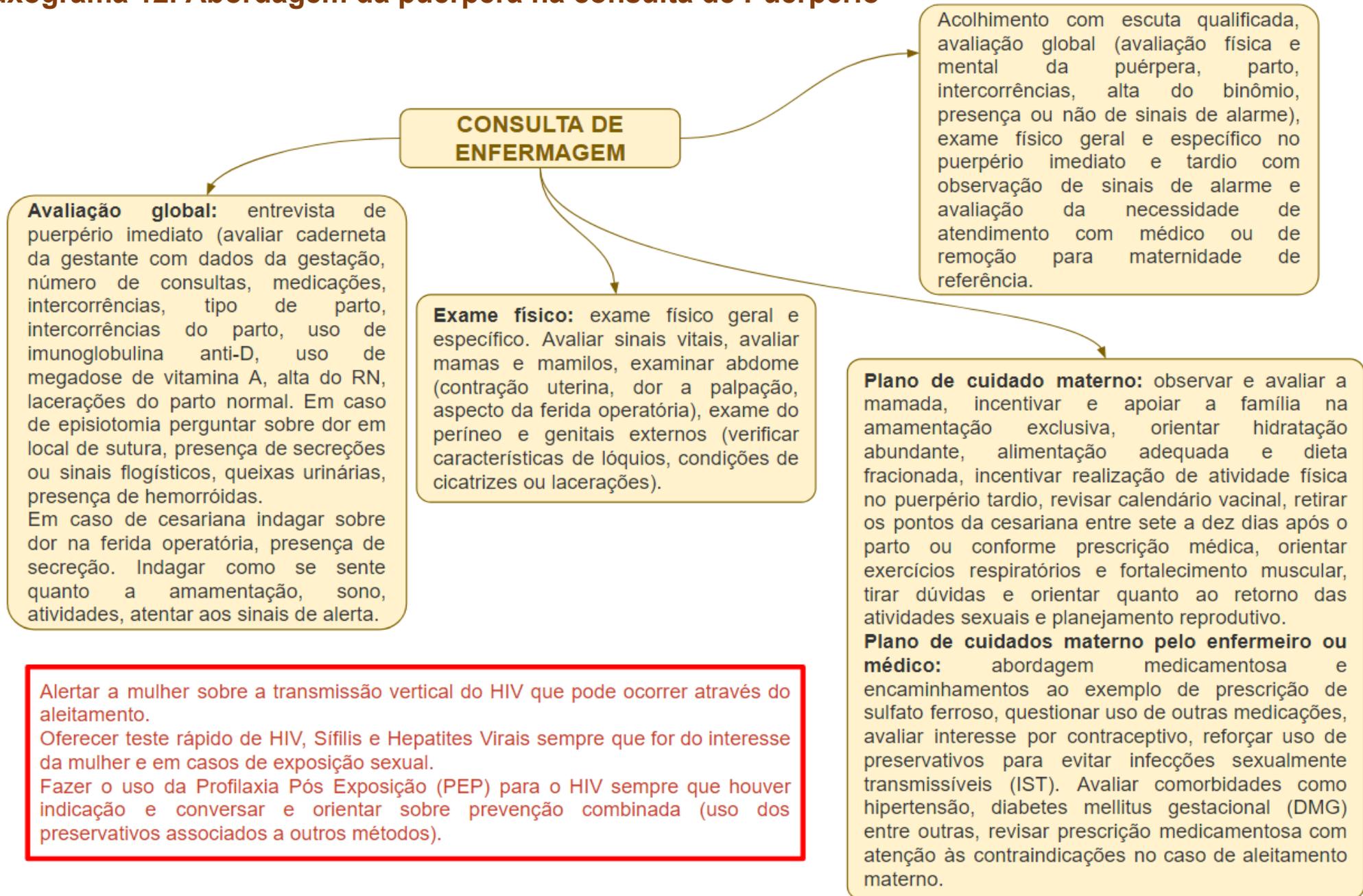
PEGA INCORRETA

Fluxograma 11. Abordagem do Recém-nascido na primeira consulta.



➔ A triagem auditiva neonatal que não tenha sido realizada na maternidade ou nascidos fora de POA, deve-se encaminhar via GERCON

Fluxograma 12. Abordagem da puérpera na consulta de Puerpério



19.PATOLOGIAS DO PUERPÉRIO

19.1. Endometrite

A endometrite leve pós-parto normal, sem repercussão no estado geral da paciente, pode ser tratada de ambulatório com antibiótico V.O. São usadas drogas de amplo espectro 54 como a ampicilina ou a amoxicilina. A melhora deverá ocorrer em 48 a 72 horas e se houver persistência de febre após este intervalo, referenciar a paciente ao hospital.

Na endometrite pós-parto com peritonite (íleo, distensão abdominal e Blumberg positivo) bem como na endometrite pós-cesariana, a paciente deverá ser referida a hospitalização para tratamento mais intensivo.

SUGESTÕES DE CIAP2 PARA REGISTRO:

- W18 Sinais/sintomas pós-parto
- W28 Limitação funcional/incapacidade
- W96 Outras complicações do puerpério

19.2. Infecção de Ferida Operatória

A ferida operatória deve ser explorada e se a infecção for superficial, não envolvendo fáscia, são orientados curativos na US e em casa. Se a infecção comprometer a fáscia ou existir quadro febril associado, a paciente deverá ser referida ao hospital.

SUGESTÕES DE CIAP2 PARA REGISTRO:

- S11 Infecção pós-traumática da pele
- W18 Sinais/sintomas pós-parto
- W28 Limitação funcional/incapacidade
- W96 Outras complicações do puerpério

19.3. Infecção da Episiotomia

Deve ser explorada e os fios de sutura removidos, orientando curativos frequentes. Se houver quadro febril associado, a paciente deve ser referida ao hospital.

SUGESTÕES DE CIAP2 PARA REGISTRO:

- S11 Infecção pós-traumática da pele
- W18 Sinais/sintomas pós-parto

19.4. Mastite

Esvaziamento adequado da mama de preferência pelo próprio recém-nascido e se não for possível fazer a retirada manual do leite.

Caso não ocorra boa resposta clínica em dois dias, encaminhar para a referência hospitalar para avaliação. Não suspender a amamentação. Suporte emocional.

SUGESTÕES DE CIAP2 PARA REGISTRO:

- W94 Mastite puerperal
- W95 Outros problemas da mama durante gravidez/puerpério
- X21 Sinais/sintomas da mama feminina, outros
- W19 Sinais/sintomas da mama/lactação

19.5. Abscesso de Mama

Encaminhar para drenagem cirúrgica na emergência;

Antibioticoterapia conforme a AVALIAÇÃO MÉDICA;

Interrupção da amamentação na mama afetada até que o abscesso tenha sido drenado e antibioticoterapia iniciada. (Recomendação da OMS);

Manutenção da amamentação na mama sadia.

SUGESTÕES DE CIAP2 PARA REGISTRO:

- W95 Outros problemas da mama durante gravidez/puerpério
- X21 Sinais/sintomas da mama feminina, outros
- W19 Sinais/sintomas da mama/lactação

19.6. Fissura do Mamilo

Corrigir o problema que está causando a dor mamilar, o qual geralmente é a má pega;

Início da mamada na mama menos afetada;

Ordenhar um pouco de leite antes da mamada, o suficiente para desencadear o reflexo da ejeção de leite, evitando dessa maneira que a criança tenha que sugar muito forte no início da mamada;

Uso de diferentes posições para amamentar, reduzindo a pressão nos pontos dolorosos ou machucados;
Usar entre as mamas o próprio leite materno ordenhado nas fissuras.

- X20 Sinais/sintomas do mamilo da mulher
- W95 Outros problemas da mama durante gravidez/puerpério
- X21 Sinais/sintomas da mama feminina, outros
- W19 Sinais/sintomas da mama/lactação

19.7. Depressão Puerperal

- Prevalência de 10 a 15% das puérperas;
- Deve-se realizar visita domiciliar pelo risco de negligência e/ou maus tratos ao bebê se a paciente não seguir o acompanhamento proposto;
- Situações agudas e graves devem ser AVALIADAS PELO MÉDICO e encaminhadas para a emergência em Saúde Mental;
- Se a situação não for aguda e sim grave, a mulher deve ser avaliada pelo médico e referenciada para serviço de saúde mental por matriciamento ou referência secundária;
 - Avaliar os riscos potenciais ao RN.

Fatores de Risco para Depressão Puerperal:

- Primiparidade
- Gestação indesejada
- Mãe jovem ou mãe solteira
- Prematuridade ou baixo peso ao nascer
- Parto cesáreo
- Alimentação com/ mamadeira
- Antecedentes familiares ou pessoais de desordem psiquiátrica
- Fatores psicossociais: difícil situação financeira, ausência de raízes, precária situação familiar, más condições de moradia, desemprego etc.

SUGESTÕES DE CIAP2 PARA REGISTRO:

- P03 Tristeza/ Sensação de depressão
- P04 Sentir/comportar-se de forma irritável/zangada
- P76 Perturbações depressivas

19.8. Psicose Puerperal

Prevalência de 1/500 puérperas.

→ No quadro agudo a paciente deve ser encaminhada para o Pronto Atendimento em Saúde mental Cruzeiro do Sul (PACS) ou no Pronto Atendimento em Saúde Mental no centro de Saúde IAPI.

SUGESTÕES DE CIAP2 PARA REGISTRO:

- P03 Tristeza/ Sensação de depressão
- P04 Sentir/comportar-se de forma irritável/zangada
- P76 Perturbações depressivas

20. ALEITAMENTO MATERNO

20.1. Orientações de Promoção e Apoio ao Aleitamento Materno no Pré-Natal

Amamentar é muito mais do que nutrir a criança. É um processo que envolve interação profunda entre mãe e filho, com repercussões no estado nutricional da criança, em sua habilidade de se defender de infecções, em sua fisiologia e no seu desenvolvimento cognitivo e emocional, além de ter implicações na saúde física e psíquica da mãe.

O Pré-Natal é um momento importante para orientar as mulheres e familiares sobre o aleitamento materno, além de ser possível a formação de grupos de pessoa gestantes ou de sala de espera, esclarecendo dúvidas, dissipando os medos e mitos.

A promoção da amamentação na gestação, comprovadamente, tem impacto positivo nas prevalências de aleitamento materno.

Redução de taxa de mortalidade infantil

A **amamentação cruzada** é **CONTRAINDICADA** formalmente pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OMS), é uma prática conhecida de mães que amamentam filhos de outras que apresentam alguma dificuldade com o aleitamento, e traz diversos riscos ao bebê, e inclusive está na lei 2415 de 12/12/1996.

20.2. Benefícios do Aleitamento Materno

O leite dos primeiros dias após o parto é chamado de colostro e oferece grande proteção contra infecções, diz-se que é a “primeira vacina” do bebê;

O leite materno é capaz de suprir sozinho, as necessidades nutricionais da criança nos primeiros seis meses e continua sendo uma importante fonte de nutrientes no segundo ano de vida, especialmente de proteínas, gorduras e vitaminas, além de ser bem digerido, quando comparado com leites de outras espécies;

Em bebês amamentados há menor incidência de diarreia, alergias, doenças respiratórias, otite, sinusite e rinite diminuindo os riscos de doenças na vida adulta, como diabetes, obesidade e hipertensão arterial;

O leite materno fornece a água necessária para manter o bebê hidratado, mesmo com temperatura ambiente elevada; • é mais econômico e mais prático. Redução da morte infantil

20.3. Orientações para a pessoa gestante no Pré-Natal

A mãe deve manter uma alimentação equilibrada com o consumo de frutas, legumes, carnes, carboidratos, leite e derivados;

Prática de atividade física adequada, seguindo as orientações do profissional de saúde;

Orientar a pessoa gestante quanto ao uso de medicamentos ou produtos químicos tópicos (tinturas, cosméticos);

Desestimular a ingestão de bebidas alcoólicas e cigarros;

Esclarecer que mamilo invertido ou plano não é impedimento para amamentar, visto que o bebê deve sugar mais ou menos 2 cm da mama, e não apenas o mamilo;

Orientar que a puérpera retorne a US até o 5o dia após o parto com seu bebê;

O Ministério da Saúde recomenda aleitamento materno até os 02 anos de idade ou mais, sendo exclusivo até os 06 meses;

No Pré-Natal, é importante conversar com os pais e cuidadores sobre a alimentação da criança, assim como experiências prévias, mitos, suas crenças, medos, preocupações e fantasias relacionadas com o aleitamento materno;

As dificuldades que podem ocorrer na amamentação, como preveni-las e a importância e vantagens do aleitamento materno para mãe, bebê e família;

A mulher que vive com HIV ou HTLV não pode amamentar e o RN tem direito às fórmulas lácteas até 1 ano de idade.

Segue o link da inscrição BVAPS <https://sites.google.com/view/bvsapscoa/aten%C3%A7%C3%A3o-especializada/infectologia/ist?authuser=0>;

A importância da amamentação logo após o parto, no alojamento conjunto e a técnica (posicionamento e pega) adequada na prevenção de complicações relacionadas à lactação;

Consequências do desmame precoce e desvantagens do uso de leite não humano;

A mãe deve ser instruída sobre os sinais que indicam que o bebê está pronto para mamar (movimento dos olhos, da cabeça, sinais de procura com a língua para fora, agitação dos braços, mãos na boca etc.), não sendo necessário esperar o choro do bebê;

A “preparação” das mamas para a amamentação tão difundida no passado, não tem sido recomendada de rotina. A gravidez se encarrega disso. Manobras para aumentar e fortalecer os mamilos durante a gravidez, como esticar os mamilos com os dedos, esfregá-los com buchas ou toalhas ásperas, não são recomendadas;

- A pessoa gestante tem o direito ao acompanhante durante o parto e no alojamento conjunto;

Estimular a pessoa gestante a visitar a maternidade onde o bebê vai nascer;

O contato pele a pele da mãe com o bebê na sala de parto nos primeiros 60 minutos é muito importante para o vínculo mãe-bebê, facilitando e estimulando o aleitamento materno;

→ Em caso de dor nas mamas, deve-se auxiliar e ensinar o esgotamento manual e caso suspeita de Mastite a paciente deve ser encaminhada à avaliação médica. Não se indica a suspensão da amamentação.

20.4. Mamanalgesia

Mamanalgesia é a técnica que consiste no ato de amamentar no momento em que o bebê é vacinado ou passa por procedimento doloroso. O procedimento ajuda a reduzir a dor e o estresse do bebê durante as injeções

O leite humano possui substâncias que geram sensação de prazer, impactando na diminuição da dor durante e após o procedimento e, inclusive, melhora na absorção das vacinas. Isso ocorre, também, pelo fato que o próprio ato de amamentar, a sucção e o toque, liberam substâncias analgésicas no bebê, como a endorfina.

Confira o passo a passo da mamanalgesia:

- Segure firme o bebê
- Verifique se ele está bem próximo do seu corpo, em contato pele a pele, e sugando efetivamente
- Para que tenha maior efeito, a amamentação deve ser iniciada 2 a 5 minutos antes da aplicação da injeção 4. Continue amamentando enquanto a injeção é aplicada.

Orientações conforme NOTA TÉCNICA Nº 39/2021-COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS.

20.5. Orientações de Promoção, Proteção e Apoio ao Aleitamento Materno no Puerpério

A amamentação após o parto favorece a involução uterina e reduz o risco de hemorragia contribuindo para o retorno ao peso normal;

A amamentação protege a mulher contra câncer de mama, ovário e o risco para doenças crônicas não transmissíveis;

Nos primeiros meses, o bebê ainda não tem horário para mamar. Ele deve mamar sempre que quiser;

Durante a mamada, a quantidade de gordura do leite vai aumentando. Se o bebê não tomar o leite do fim da mamada, que tem mais gordura, ele pode sentir fome logo em seguida. Por isso, a mãe deve esvaziar a mama por completo para depois oferecer a outra;

Um bebê em aleitamento materno exclusivo, mama de 08 a 12 vezes ao dia, é normal ele mamar com maior frequência e sem horários regulares;

A causa mais comum de dor nos mamilos e fissuras é a má posição em que a criança suga. Ela não abocanha suficiente a aréola e suga apenas o mamilo;

Para proteger as mamas contra rachaduras, passar o leite materno antes e depois do bebê mamar.

Não é necessário usar cremes ou outros medicamentos nos mamilos;

Um bom indicativo da ingestão adequada de leite é a troca de fraldas com bastante urina;

Crianças que fazem o uso de chupetas, em geral, são amamentadas com menor frequência, o que pode comprometer a produção de leite. O uso de chupeta está associado a uma maior ocorrência de candidíase oral (sapinho), de otite média e de alterações do palato;

O uso de chupetas, bicos, mamadeira ou “protetores de mamilo” faz o bebê ficar confuso para mamar (confusão de bico). O jeito de abocanhar e sugar o leite são muito diferentes do bico artificial e o bebê pode parar de mamar.

20.6. Pessoa Trabalhadora que Amamenta

Quando a mãe voltar ao trabalho é possível continuar amamentando, esta deve ser orientada a amamentar o bebê antes de sair de casa e imediatamente ao retornar;

Orientar para a extração manual do leite materno nos horários em que o bebê costuma mamar, armazenando o mesmo em frasco esterilizado (vidro transparente com tampa plástica, como maionese ou café solúvel, previamente fervido em água limpa por 15 minutos);

Conservar o leite materno na geladeira. O transporte do vidro deve ser em isopor ou bolsa térmica;

O leite cru pode ser armazenado por 12 horas na geladeira e no freezer por 15 dias;

Na ausência da mãe, o leite deverá ser oferecido ao bebê de copinho ou xícara. NÃO é recomendado o uso de mamadeira;

O leite materno para ser oferecido à criança, só pode ser aquecido em água quente em fogo desligado (banho-maria), fazendo-se movimentos lentos e suaves para misturar os componentes;

A produção de leite materno depende do esvaziamento da mama, quanto mais o bebê mamar, mais leite a mama irá produzir;

É possível manter a amamentação em uma nova gravidez se for o desejo da mulher e se a gestação for normal;

Amamentar é TRI.

20.7. Direitos da pessoa gestante que trabalha

Durante o acompanhamento de Pré-Natal é fundamental levar em consideração a situação laboral da pessoa gestante, tanto para identificar possíveis riscos para a gestação relacionados às condições de trabalho, quanto para orientar a pessoa gestante com relação aos direitos trabalhistas que amparam as mulheres que possuem vínculo formal.

São direitos trabalhistas da pessoa gestante:

Estabilidade Provisória no Emprego - toda pessoa gestante tem direito à estabilidade no emprego, desde a confirmação da gravidez até cinco meses após o parto, exceto por justa causa. A gestação, em nenhuma hipótese, pode constituir motivo para rescisão por justa-causa. Mas, se a empresa faz parte do programa “Empresa Cidadã”, a licença maternidade será de 180 dias, sem direito à estabilidade quando do seu retorno;

Direito à Licença e Salário-Maternidade - a CLT determina hoje que as mães tenham licença de 120 dias, sendo este período prorrogável em caso de recomendação médica. Ao fazer parte do rol de empresas do Programa Empresa Cidadã, o que a organização faz é prolongar esse período em mais 60 dias, totalizando 180 dias de licença-maternidade. A pessoa gestante (empregadas, trabalhadoras avulsas, empregadas domésticas, contribuintes individuais, facultativas e seguradas especiais, por ocasião do parto, inclusive de natimorto) tem direito à licença-maternidade de 120 dias, sem prejuízo do emprego e

do salário, podendo ser solicitada até 28 dias antes do parto. No caso de adoção ou guarda judicial, o tempo da licença maternidade irá variar conforme a idade da criança: 120 dias no caso adoção de criança com até 1 ano; 60 dias para crianças a partir de 1 ano e 4 anos e 30 dias no caso de adoção ou guarda judicial de crianças a partir de 4 até 8 anos de idade. A pessoa gestante deve notificar o seu empregador da data do início do afastamento. Os períodos de repouso, antes e depois do parto, poderão ser aumentados de 2 (duas) semanas cada um, mediante atestado médico. Em casos de aborto, comprovado por atestado médico, a mulher tem direito a um repouso remunerado de duas semanas;

Funções Exercidas pela Pessoa gestante - diante de exigências das condições de saúde da pessoa gestante e da criança, mediante a apresentação de atestado médico, a pessoa gestante poderá se adequar a outras funções no trabalho – sendo garantido o retorno à função anterior após o final da licença maternidade. Toda pessoa gestante deverá ser afastada, sem prejuízo da sua remuneração, de atividades consideradas insalubres em grau máximo, médio ou mínimo, enquanto durar a gestação e a lactação. Para saber mais sobre quais são as atividades e ambientes considerados insalubres. As pessoas gestantes estudantes têm o direito de receber o conteúdo das matérias escolares em casa a partir do oitavo mês de gestação e durante os três meses após o parto, podendo esse período ser prolongado, de acordo com indicação médica. Orientar as pessoas gestantes que estão estudando quanto a esse direito é fundamental para evitar a evasão escolar

(Lei nº6.202, de 17 de abril de 1975);

Direito à Dispensa para a Realização do Pré-Natal - toda pessoa gestante tem direito a dispensa do horário de trabalho, pelo tempo necessário para realização de no mínimo seis consultas e demais exames complementares de Pré-Natal. Cabe ao serviço de saúde fornecer comprovante do atendimento para que a pessoa gestante justifique sua ausência junto ao empregador;

Amamentação - após o parto, para amamentar seu filho, inclusive se advindo de adoção, até que este complete 6 (seis) meses de idade, a mulher terá direito, durante a jornada de trabalho, a 2 (dois) descansos especiais de meia hora cada um;

Direitos ao Pai - o pai tem direito à licença-paternidade de cinco dias contínuos logo após o nascimento do bebê (Lei 13.257/2016).

20.8. Programa Amamentar é Tri

O objetivo principal do projeto Amamentar é Tri é possibilitar a manutenção da oferta de leite materno, de forma exclusiva até os seis meses e como complementação alimentar, por livre demanda, até os dois anos de idade, mesmo após o ingresso da criança na escola.

Todas as escolas infantis públicas de Porto Alegre são orientadas a organizarem espaços ou salas para amamentação. Além disso, as mães são orientadas nas Unidades de Saúde e nas escolas sobre como fazer a retirada do leite e encaminhar à escola para que seja ofertado à criança. E, para garantir a qualidade microbiológica, as mães cadastradas no Amamentar é Tri recebem bolsas térmicas com kits para armazenar e congelar o leite materno.

O ingresso da mulher e/ou da pessoa que amamenta no projeto pode ocorrer de três formas:

- Encaminhamento pela Unidade de Saúde;
- Encaminhada pela Escola Municipal;
- Vontade própria do usuário.

Nesse momento, a US orienta sobre ordenha, armazenamento e transporte do leite materno, para posterior entrega do kit à mulher e/ou pessoa que amamenta.

Formulário através da BVAPS: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLSc_JcMrE_JSBy0VjtpP6p2Lytimxn65ig4URwBlw2VHjLDRDw/viewform

O preenchimento da planilha pela US é essencial. Após, a equipe do PSE irá alinhar as orientações com a escola da criança e, assim, voltará a fazer contato com a US para autorizar a entrega do kit ao usuário.

PRÉ-NATAL: falar da possibilidade de manter o aleitamento materno ao ingressar na escola;

CONSULTAS DE PUERICULTURA: entregar folder e estimular a manutenção aleitamento materno ao ingressar na escola; INGRESSO NA ESCOLA: cadastrar o usuário na planilha de encaminhamento, disponível na BVAPS.



QR CODE AMAMENTAR É TRI

Mais informações em:

<https://sites.google.com/view/bvsapspoa/programas-e-pol%C3%ADticas-de-sa%C3%BAde/programa-sa%C3%BAde-na-escola>

Quadro 18. Aleitamento Materno e doenças transmissíveis (a)

Tipo de Infecção	Isolamento mãe/filho*	Amamentação	Observações
Gonorréia	Sim, até 24 horas após início do tratamento.	Sim, após isolamento.	Tratar a mãe. Isolar criança dos demais RNs até 24 hs após início do tratamento
Sífilis	Somente nos casos em que a mãe apresente lesões ativas de pele.	Permitida, com exceção dos casos em que a mãe apresente lesões ativas na mama	Tratar mãe e criança.
Tuberculose ativa	A mãe pode amamentar com uso de máscara (cobrindo nariz e boca)	Mulheres consideradas bacilíferas ou tratadas por 2 ou mais semanas antes do nascimento podem amamentar sem qualquer restrição.	Acompanhamento médico para tratar a mãe e prescrever isoniazida profilática no RN. Recomenda-se para a criança o uso profilático de isoniazida até o 3º a 4º mês de vida, quando o teste tuberculínico deverá ser realizado sem qualquer restrição à amamentação. O RN deve receber a vacina BCG logo após o nascimento. É necessário assegurar a aderência materna ao tratamento
Citomegalovirose	Não	Permitida	O aleitamento materno confere efeito protetor
Herpes simples	Não, porém com medidas de higiene e cobertura das lesões	Permitida, desde que não haja lesões na mama	Medidas de higiene. Cobrir as lesões.
Sarampo	Somente se a mãe suscetível foi exposta à doença pouco antes do parto	Permitida, se não houver indicação de isolamento.	A doença costuma ser benigna no RN que adquire o vírus após o nascimento.
Rubéola	Não.	Permitida.	O aleitamento materno confere efeito protetor. Mãe e criança devem ser isolados dos demais.
Varicela	Sim, se a mãe apresentar varicela até 6 dias antes ou 2 dias após o parto, se a criança não apresentar lesões.	Permitida, se não houver indicação de isolamento.	Avaliação médica para indicação da Imunoglobulina no RN.

Fonte: Adaptado de Sociedade Brasileira de Pediatria, 2022

Quadro 18. Aleitamento Materno e doenças transmissíveis (b)

Tipo de Infecção	Isolamento mãe/filho	Amamentação	Observações
Hepatite B	Não	Permitida, desde que a criança receba imunoglobulina nas primeiras 12 horas de vida e seja vacinada	Avaliação médica: Para o RN a Imunoglobulina e a vacina nas primeiras 12 hs. A 2ª dose da vacina aos 2 meses, 3º dose aos 4 meses e última dose aos 6 meses. (As doses do 2º, 3º e 6º mês são feitas na Pentavalente)
HIV	NÃO	NÃO	
COVID	Medidas de higienização das mãos e uso de máscara facial para a mãe	Sim, se a condição clínica materna permitir	Medidas de higiene e proteção com máscara.
Mastite e abscesso mamário	Não	O aleitamento materno poderá ser mantido se a terapia Antimicrobiana empírica for instituída e se o material drenado do abscesso não tiver contato direto com a boca da criança ou não tiver havido rompimento para o sistema ductal. Caso contrário, deve-se suspender temporariamente a amamentação na mama afetada, mantendo a ordenha da mesma e a amamentação na mama contralateral.	
Influenza H1N1	Medidas de higienização das mãos e uso de máscara facial para a mãe	Permitido	

Fonte: Adaptado de Sociedade Brasileira de Pediatria, 2022

20.9. ALEITAMENTO MATERNO E COVID-19

O aleitamento natural é liberado, todavia, sob a efetivação de medidas que garantam a proteção tanto da mãe quanto a do RN.

A mãe e seus familiares, juntamente com os profissionais de saúde devem decidir sobre a continuidade da amamentação.

- Orientar o uso de máscara cobrindo nariz e boca durante todo o tempo de amamentação;
- A máscara deve ser trocada em caso de espirro ou tosse ou a cada nova mamada;
- Orientação para higienização das mãos por pelo menos 20 segundos antes de pegar no RN ou de manipular mamadeiras e bombas de leite quando for necessário;
- Evitar falar durante as mamadas;
- Evitar que o bebê toque o rosto da mãe, especialmente boca, nariz, olhos e cabelos; Se for usada extração de leite, todo o equipamento deve ser limpo com água e sabão antes e após o uso;
- Podem solicitar a ajuda de alguém que esteja saudável para ofertar o leite materno em colher ou copinho ao RN;
- Após a mamada, os cuidados com o RN devem ser feitos por outra pessoa que não tenha sintomas ou que não esteja confirmada com covid-19;
- Em caso da troca de fraldas, antes ou após a mamada, a mãe deve usar luvas cirúrgicas, quando possível;
- Puérperas não estáveis clinicamente ,devem aguardar a melhora clínica para proceder à amamentação, sendo assim, o leite deverá ser ordenhado pela equipe assistencial.

A anticoncepção no puerpério deve ser continuada não havendo nenhuma contraindicação para o uso de progestágenos ou DIU de cobre.

Quadro 19. Aleitamento Materno e principais medicamentos (a)

MEDICAMENTOS	USO CONTRAINDICADO: Suspender a amamentação temporária ou definitivamente	USO CRITERIOSO: Podem ser usados em doses ocasionais e/ou habituais, contudo monitorar a criança para efeitos colaterais	USO COMPATÍVEL: Uso potencialmente seguro em doses habituais
ANALGÉSICOS, ANTITÉRMICOS, ANTIINFLAMATÓRIOS E OPIÁCEOS		Ácido acetil salicílico, Etodolaco, Fenilbutazona, Indometacina, Meloxicam, Naproxeno, Pregabalin, Codeína, Morfina, Naloxona, Tramadol, Metadona, entre outros	Ibuprofeno, Fenoprofeno, Dipirona, Ácido mefenâmico, Azapropazone, Cetoprofeno, Ceterolaco, Diclofenaco, Paracetamol, Piroxicam, Fentanil, Meperidina,
RELAXANTES MUSCULARES		Atracúrio, Toxina botulínica, Succinilcolina	Baclofeno
ANTI-HISTAMÍNICOS		Clorfeniramina, Dextroclorfeniramina,	Cetirizina, Desloratadina, Difenidramina, Dimenidrinato, Hidroxizine, Loratadina, Prometazina,
ANTIBIÓTICOS	Linezolida	Cefotetam, Cefoperazona, Cefmetazol, Cefamandol, Cefditoren, Meropenem, Tobramicina, Estreptomicina, Sulfadiazina, Sulfadiazina de prata, Sulfametazina, Sulfametoxazol + trimetropin (cotrimoxazol), Ciprofloxacina, Levofloxacina, Cloranfenicol, Doxiciclina,	Penicilinas, cefalexina, Cefazolina, Cefepima, Aztreonam, Imipenem-cilastina, Amicacina, Gentamicina, Azitromicina, Claritomicina, Eritromicina, Ácido clavulânico (clavulanato), Clindamicina, Metronizadol, Nitrofurantoína, Sulbactan, Trimetropim, Vancomicina,
ANTIFÚNGICOS (SISTÊMICOS)		Anfotericina B, Cetoconazol,	Fluconazol, Nistatina,
ANTIFÚNGICOS		Ácido benzóico + ácido salicílico, violeta genciana	Cetoconazol, Fluconazol, Clotrimazol, itraconazol, miconazol, nistatina,

Fonte: Ministério da Saúde, 2014

Quadro 19. Aleitamento Materno e principais medicamentos (b)

MEDICAMENTOS	USO CONTRAINDICADO: Suspender a amamentação temporária ou definitivamente	USO CRITERIOSO: Podem ser usados em doses ocasionais e/ou habituais, contudo monitorar a criança para efeitos colaterais	USO COMPATÍVEL: Uso potencialmente seguro em doses habituais
ANTIVIRAIS	Ganciclovir	Nevirapina, Penciclovir, Ribavirina, Rimantadina, Saquinavir, Zidovudina	Aciclovir, Interferon, Lamivudina, Oseltamivir,
ANTIAMEBÍASE, ANTIGIARDÍASE E ANTI-HELMÍNTICOS		Secnidazol, Mebendazol, Tiabendazol, Ivermectina	Metronidazol, Tinidazol, Albendazol,
TUBERCULOESTÁTICOS		Etionamida, Isoniazida, Pirazinamida,	Etambutol, Rifampicina,
DIURÉTICOS		Clortalidona, Furosemida,	Clorotiazida, Espironolactona, Hidroclorotiazida, Manitol,
VASOPRESSORES		Efedrina, Noradrenalina	Adrenalina, Dobutamina, Dopamina
ANTIARRITMICOS	Amiodarona	Diltiazem,	Lidocaína, Verapamil,
ANTI-HIPERLIPÊMICOS		Ácido nicotínico, Atorvastatina, Fluvastatina, Pravastatina, Sinvastatina	Colesevelan, Colestiramina
ANTI-HIPERTENSIVOS		Atenolol, Bisoprolol, Carvedilol, Metoprolol, Clonidine, Doxazosin, Amlodipina, Nitroprussiato de sódio, Losartan,	Propranolol, Timolol, Metildopa, Nifedipina, Verapamil, Hidralazina, Minoxidil, Captopril, Enalapril,
ANTIÁCIDOS		Rabeprazol, Lansoprazol,	Bicarbonato de sódio, Carbonato de cálcio, Cimetidina, Hidróxido de alumínio, Hidróxido de magnésio, Omeprazol, pantoprazol, Ranitidina

Quadro 19. Aleitamento Materno e principais medicamentos (c)

MEDICAMENTOS	USO CONTRAINDICADO: Suspender a amamentação temporária ou definitivamente	USO CRITERIOSO: Podem ser usados em doses ocasionais e/ou habituais, contudo monitorar a criança para efeitos colaterais	USO COMPATÍVEL: Uso potencialmente seguro em doses habituais
ANTIEMÉTICOS		Tropisetrona	Bromoprida, Dimenidrinato, Domperidona, Metoclopramida, Ondansetrona, Prometazina,
ANTI ESPASMÓDICOS		Hioscina, atropina	
ANTIDIABÉTICOS E INSULINA		Glimepirida,	Glibenclamida, Metformin, insulinas
ANTICONCEPCIONAIS	Etinilestradiol, mestranol, estradiol	Drospirenona	Medroxiprogesterona, Desogestrel, Etonogestrel, Levonorgestrel, Noretisterona,
DROGAS DE VÍCIO E ABUSO	Anfetaminas, crack, heroína, LSD, inalantes, Maconha e haxixe,	Álcool (Etanol), nicotina	
REPELENTE		DEET (Diethyl-metil-benzamida)	Picaridin, icarardin,

Fonte: Ministério da Saúde, 2014

Mais informações consultar: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/s/saude-da-crianca/publicacoes/amamentacao-e-uso-de-medicamentos-e-outras-substancias-2a-edicao/view> ou consultar o site: <https://www.e-lactancia.org>

Quadro 20. Recomendações quanto ao tempo de interrupção do Aleitamento materno após o consumo de drogas

DROGAS	PERÍODO RECOMENDADO DE INTERRUÇÃO DA AMAMENTAÇÃO
ANFETAMINA, ECSTASY	de 24 a 36 h
BARBITÚRICOS	48 h
COCAÍNA, CRACK	24 h,
ETANOL	1 hora por dose ou até a mãe estar sóbria
HEROÍNA, MORFINA	24 h
LSD	48 h
MACONHA	24 h
FENCICLIDINA	De 1 a 2 semanas

Fonte: BRASIL, Ministério da Saúde, Saúde da Criança: crescimento e desenvolvimento, 2012.

21. PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

Desde os anos 90 são debatidas questões relacionadas aos direitos sexuais e reprodutivos com vistas a assegurar a autonomia dos cidadãos brasileiros sobre sua fecundidade, amparadas por ações promovidas pelo SUS (BRASIL, 1996; BRASIL, 2005).

Nesse contexto, o planejamento reprodutivo é um conjunto de ações que visa garantir os direitos sexuais e reprodutivos dos indivíduos. Considerando que este planejamento pode ser realizado individualmente, utiliza-se o termo planejamento reprodutivo em substituição a planejamento familiar, pois se trata de uma definição que aborda mais amplamente o conceito (BRASIL, 2013).

Do mesmo modo, também é frequente a utilização do termo controle de natalidade como sinônimo de planejamento reprodutivo, todavia, se trata de conceitos diferentes, uma vez que o controle de natalidade implica em imposições do governo sobre a vida reprodutiva das pessoas (BRASIL, 2013).

As ações de planejamento reprodutivo se baseiam em ações clínicas, preventivas, educativas, oferta de informações, métodos e técnicas para regulação da fecundidade (BRASIL, 2016). Ainda, devem incluir e valorizar a participação da parceria sexual, uma vez que a responsabilidade e os riscos das práticas contracepcionais ainda são predominantemente assumidos ou atribuídos às mulheres. Assim, a discussão sobre planejamento reprodutivo não deve ser desvinculada das relações de gênero e também do contexto social (BRANDÃO, 2019).

No atendimento aos adolescentes, a atenção à saúde relativa à sexualidade, ao planejamento e à saúde reprodutiva, deve resguardar princípios éticos de respeito à integridade e à autonomia pessoal, sem qualquer tipo de constrangimento. Além disso, deve ser acompanhado do debate sobre gênero, sexualidade, violência, na ampla distribuição de preservativos em locais de sociabilidade juvenil, na provisão de outros métodos contraceptivos, no acesso ao aborto seguro e no apoio aos jovens em suas decisões (BRANDÃO et al., 2021).

Para mais informações, acessar o Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde - Saúde da Criança e Adolescente do CORENRS.

Deste modo, cabe ao enfermeiro, durante os atendimentos, promover educação em saúde, acolhimento com escuta, vínculo e avaliação clínica, considerando os direitos sexuais e reprodutivos, autoconhecimento do corpo, escolha dos métodos contraceptivos e formulação do plano de cuidados, conforme roteiro a seguir:

21.1. Roteiro de assistência de Enfermagem no planejamento reprodutivo

EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Pode ocorrer de maneira individual ou coletiva, proporcionando questionamento e reflexão sobre os temas: escolha do método contraceptivo mais adequado, direitos sexuais e reprodutivos, sexo seguro, papéis sociais e projeto de vida, reprodução humana assistida, atenção humanizada ao abortamento, exposição a riscos, dentre outros. Essas ações devem se desenvolver em caráter participativo, permitindo a troca de informações e experiências baseadas na vivência de cada indivíduo.

Realizar grupos de educação em sexualidade, que abordem temas como sexualidade, direitos, serviços oferecidos pela rede de saúde, infecções sexualmente transmissíveis e prevenção delas. Orientar e oferecer preservativos.

Realizar em conjunto com outros profissionais, grupos de apoio e fortalecimento pessoal, visando melhorar a autoestima,¹⁰² qualidade de vida e a superação de preconceitos e tabus enfrentados.

ACOLHIMENTO

Acolhimento com escuta qualificada com vistas à melhoria do acesso dos usuários aos serviços de saúde, à humanização das relações, à operacionalização de uma clínica ampliada que implique na abordagem integral do usuário, para além da doença e suas queixas, bem como promover a autonomia e o protagonismo das mulheres no processo de produção de saúde. Atentar para oportunidades de busca ativa e realização de ações de rastreamento e promoção da saúde.

AVALIAÇÃO CLÍNICA DA MULHER

Objetiva verificar as indicações clínicas e limitações de cada usuária, ponderando os riscos e benefícios. A primeira consulta deve, necessariamente, incluir:

Anamnese:

- Avaliar antecedentes obstétricos e comorbidades (com atenção especial às IST e às doenças cardiovasculares e metabólicas)
- Avaliar as categorias da OMS de elegibilidade conforme a condição clínica da pessoa;
- Uso de medicamentos, álcool, tabaco ou substâncias psicoativas;
- Investigar presença de queixas ginecológicas, como dispareunia e sangramento uterino anormal, principalmente se há intenção de uso do dispositivo intrauterino (DIU);
- Abordar as questões referentes às parcerias, à identidade de gênero, à orientação sexual e à satisfação sexual pessoal e/ou do casal;
- Avaliar o conhecimento e uso prévio de métodos anticoncepcionais;
- Identificar a data da última coleta do citopatológico (CP) de colo uterino e mamografia, bem como o resultado de ambos.

Exame físico geral:

- Sinais vitais, dados antropométricos: peso e altura (para cálculo de índice de massa corporal - IMC);
- Exame clínico das mamas, se indicado;

- Exame ginecológico e coleta de citopatológico,

Ressalta-se a importância da anamnese e exame físico da parceria, quando houver.

O preservativo masculino ou feminino deve ser usado em todas as relações sexuais, independentemente do uso de outro método anticoncepcional.

ABORDAGEM DE JOVENS E ADOLESCENTES

- Respeitar o sigilo inerente à abordagem em saúde;
- Orientar sobre os métodos de escolha, reforçando a necessidade da dupla proteção;
- Abordar as necessidades de jovens e adolescentes em educação sexual e planejamento reprodutivo sem que haja a necessidade do acompanhamento de pais ou responsáveis legais, exceto em caso de incapacidade daqueles;
- Durante a consulta de enfermagem o(a) adolescente tem direito à privacidade e preservação do sigilo com atendimento em espaço reservado, garantia da confidencialidade, assegurando que não será mencionado aos pais e/ou responsáveis sobre o que foi discutido, sem o consentimento informado deste adolescente.

21.2. Indicação do uso de Métodos contraceptivos

Na indicação do uso dos métodos contraceptivos, devem ser consideradas as seguintes características, fatores individuais e situacionais (FEBRASGO, 2015; COREN-MS, 2020; COREN - SP, 2019; BRASIL, 2016):

- Eficácia e segurança;
- Preferência de método;
- Critérios de elegibilidade;
- Inocuidade, ou seja, ausência de efeitos secundários adversos;
- Disponibilidade, acesso gratuito e condições socioeconômicas; - Facilidade de uso;
- Reversibilidade da fertilidade conforme pretensões reprodutivas;
- Fase da vida; - Estilo de vida; - Padrão de comportamento sexual;
- Fatores culturais e religiosos;
- Outros fatores, como medo, constrangimento e dúvidas.

Assim, a definição da escolha dos métodos contraceptivos deve se basear principalmente por critérios de elegibilidade definidos pela OMS (2015), que permite escolher com segurança aquele(s) mais adequado(s) para cada usuário.

21.3. Categorias da OMS para elegibilidade dos métodos contraceptivos

Para cada condição ou característica clinicamente relevante do usuário, os métodos contraceptivos são colocados em uma das quatro categorias. Dependendo do indivíduo, mais de uma condição pode ser considerada em conjunto para determinar a elegibilidade do método (WHO, 2015).

Essas condições e características incluem, entre outras: idade, semanas/meses após o parto, estado de amamentação, tromboembolismo venoso, distúrbios venosos superficiais, dislipidemias, sepse puerperal, gravidez ectópica progressiva, história de doença cardiovascular grave, enxaqueca, doença hepática grave, uso de indutor CYP3A4, uso repetido de pílulas anticoncepcionais de emergência, estupro, obesidade, risco aumentado de IST, viver com HIV, uso de terapia antirretroviral (WHO, 2015).

Quadro 21. Definição das categorias para elegibilidade dos métodos contraceptivos

CATEGORIAS	DEFINIÇÕES
CATEGORIA 1	Condição para a qual não há restrição de uso do método anticoncepcional. Prescrição realizada pelo enfermeiro ou médico.
CATEGORIA 2	Condição em que as vantagens de usar o método geralmente superam os riscos teóricos ou comprovados. Prescrição realizada pelo enfermeiro ou médico, nos casos em que não haja método com menor risco disponível/aceitável. Sempre ponderar o uso e ficar atento a possíveis sinais/sintomas decorrentes do método ou de problemas de saúde gerados por estes.
CATEGORIA 3	Condição em que os riscos teóricos ou comprovados geralmente superam as vantagens de usar o método. Prescrição médica somente.
CATEGORIA 4	Condição em que o uso do método gera risco inaceitável.

Fonte: WHO, 2015.

Quadro 22. Categorias da OMS de elegibilidade conforme a condição clínica da pessoa (a)

CONDIÇÃO	ANTICONCEPCIONAL ORAL COMBINADO Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg	ANTICONCEPCIONAL ORAL APENAS PROGESTEGÊNIO Noretisterona 0,35 mg	INJETÁVEL MENSAL Noretisterona (Enantato) 50mg/mL + Estradiol (Valerato) 5 mg/mL	INJETÁVEL TRIMESTRAL Acetato de medroxiprogesterona 150 mg	DIU DE COBRE Tcu-380 A	Diafragma, preservativo masculino
Idade < 40 anos	1	1	1	1	1/2**	1
Idade >= 40 anos	2	1	2	2	1	1
Amamentação: menos de 6 semanas após o parto	4	3	4	3	3	1 (exceto diafragma, se <= 6 semanas pós-parto)
Amamentação: 6 semanas a 6 meses do parto	3	1	3	1	1	1
Amamentação: mais de 6 meses do parto	2	1	2	1	1	1
Obesidade	2	1	2	1	1	1
IST (exceto HIV e hepatite)	1	1	1	1	4	1
Fumo: < 35 anos	2	1	2	1	1	1

*Garantir acompanhamento e controle rigoroso da Pressão arterial; **DIU de cobre é categoria 2 para mulheres com idade menor ou igual a 20 anos pelo maior risco de expulsão devido à nuliparidade.

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2022.

Quadro 22. Categorias da OMS de elegibilidade conforme a condição clínica da pessoa (b)

CONDIÇÃO	ANTICONCEPCIONAL ORAL COMBINADO Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg	ANTICONCEPCIONAL ORAL APENAS PROGESTEGÊNIO Noretisterona 0,35 mg	INJETÁVEL MENSAL Noretisterona (Enantato) 50mg/mL + Estradiol (Valerato) 5 mg/mL	INJETÁVEL TRIMESTRAL Acetato de medroxiprogesterona 150 mg	DIU DE COBRE Tcu-380 A	Diafragma, preservativo masculino
Fumo: ≥ 35 anos; ≤ 15 cigarros/dia.	3	1	3	1	1	1
Fumo: ≥ 35 anos; > 15 cigarros/dia	4	1	4	1	1	1
HA sem acompanhamento	4	2	4	2	1	1
HA controlada em acompanhamento *	3	1	3	2	1	1
HA + portadora de doença vascular	4	2	4	3	1	1
História atual de TEP / TVP	4	3	4	3	1	1
Histórico TEP/ TVP + uso atual de anticoagulante oral	4	2	4	2	1	1
História prévia de TEP/TVP	4	2	4	2	1	1

Fonte: Adaptado de COREN/RS, 2022.

Quadro 22. Categorias da OMS de elegibilidade conforme a condição clínica da pessoa (c)

CONDIÇÃO	ANTICONCEPCIONAL ORAL COMBINADO Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg	ANTICONCEPCIONAL ORAL APENAS PROGESTEGÊNIO Noretisterona 0,35 mg	INJETÁVEL MENSAL Noretisterona (Enantato) 50mg/mL + Estradiol (Valerato) 5 mg/mL	INJETÁVEL TRIMESTRAL Acetato de medroxiprogesterona 150 mg	DIU DE COBRE Tcu-380 A	Diafragma, preservativo masculino
Isquemia cardíaca (prévia ou atual)	4	2 (introdução do método) 3 (manutenção)	4	3	1	1
AVC (prévio ou atual)	4	2 (introdução do método) 3 (manutenção)	4	3	1	1
Dislipidemias	2/3	2	2/3	2	1	-
Diabetes há mais de 20 anos OU com doença vascular (nefro, retino ou neuropatias)	3/4	2	3/4	3	1	1
Enxaqueca sem aura (< 35 anos)	2 (introdução do método) 3 (manutenção)	1 (introdução do método) 2 (manutenção)	2 (introdução do método) 3 (manutenção)	2	1	1
Enxaqueca sem aura (≥ 35 anos)	3 (introdução do método) 4 (manutenção)	1 (introdução do método) 2 (manutenção)	2 (introdução do método) 3 (manutenção)	2	1	1
Enxaqueca com aura	4 (introdução do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção)	4 (introdução do método)	2 (introdução do método) 3 (manutenção)	1	1
Câncer (CA) de mama atual	4	4	4	4	1	-
Uso atual de anticonvulsivantes	3	3	2	1	1	-

Fonte: Adaptado de COREN/RS, 2022.

Quadro 22. Categorias da OMS de elegibilidade conforme a condição clínica da pessoa (d)

CONDIÇÃO	ANTICONCEPCIONAL ORAL COMBINADO Etinilestradiol 0,03 mg + levonorgestrel 0,15 mg	ANTICONCEPCIONAL ORAL APENAS PROGESTEGÊNIO Noretisterona 0,35 mg	INJETÁVEL MENSAL Noretisterona (Enantato) 50mg/mL + Estradiol (Valerato) 5 mg/mL	INJETÁVEL TRIMESTRAL Acetato de medroxiprogesterona 150 mg	DIU DE COBRE Tcu-380 A	Diafragma, preservativo masculino
Uso de TARV/HIV	2	2	2	2	1	1
Uso de Rifampicina	3	3	2	2	1	1

Notas: em situação de gravidez ainda não há riscos demonstrados para o feto, para a mulher ou para a evolução da gestação nos casos em que forem usados acidentalmente AOC e injetável combinado mensal durante a gravidez. Quanto ao progestágeno oral ou injetável trimestral, ainda não está definida a relação entre o uso na gravidez e os efeitos sobre o feto.

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2022

21.4. Métodos Contraceptivos

Cada método possui vantagens e desvantagens, assim como não existe um método 100% eficaz, todos têm uma probabilidade de falha (BRASIL, 2009). Em relação à prevenção de ISTs, incluindo HIV, nem todos têm caráter preventivo, somente a associação simultânea da contracepção aos preservativos feminino ou masculino conferem dupla proteção (contracepção e ISTs) (COREN-SP, 2019. BRASIL, 2016).

21.4.1. Métodos Comportamentais

São técnicas para obter ou evitar a gravidez mediante a identificação do período fértil da mulher. O êxito dos métodos comportamentais depende do reconhecimento dos sinais da ovulação (aproximadamente 14 dias antes do início da menstruação) e do período fértil. Em geral, os métodos baseados na percepção da fertilidade são pouco eficazes no uso rotineiro ou habitual, apresentando taxa de gravidez de 20 em 100 mulheres no primeiro ano de uso (COREN-SP, 2019).

O período fértil compreende o tempo de viabilidade do espermatozoide (cinco dias) e o tempo que o óvulo permanece vivo (24 horas), sendo, portanto, de seis dias em cada ciclo menstrual. No entanto, não existe uma determinação precisa deste período, que é variável para cada mulher e, mesmo na própria mulher, em cada um de seus ciclos (FEBRASGO, 2015).

Os métodos comportamentais não possuem efeitos colaterais, nem riscos à saúde, além de não apresentarem demora no retorno da fertilidade após a interrupção de uso, contudo, nenhum desses impede a contaminação por ISTs (FEBRASGO, 2015).

21.4.2. Métodos Hormonais

Os anticoncepcionais hormonais possuem duas formas de administração:

Os de uso oral, classificam-se em pílulas combinadas (que contêm estrogênio + progesterona), as minipílulas (que contêm só progesterona), além da contracepção de emergência, que é uma alternativa de caráter excepcional;

Os injetáveis, que contêm progestogênio isolado ou associação de estrogênios e progestogênios, para administração intramuscular, com doses hormonais de longa duração, de administração mensal ou trimestral.

ANTICONCEPCIONAL ORAL COMBINADO - AOC ETINILESTRADIOL/ LEVONORGESTREL 0,03/ 0,15 MG

Uso: ingerir um comprimido uma vez ao dia, sempre no mesmo horário, respeitando o intervalo entre a cartela seguinte (7 dias).

Início do método: Mulher com ciclos menstruais: preferencialmente no 1º dia do ciclo menstrual, podendo ser administrado até o 5º dia (mantendo o uso de preservativo por 7 dias após início do método).

Pós-parto, não amamentando: iniciar o uso de AOC após 21 dias do parto, desde que com certeza de que não está grávida.

Pós-parto, amamentando: iniciar o uso de AOC após o sexto mês, excluindo-se uma possível gravidez, independentemente do retorno da menstruação.

Pós-aborto: iniciar nos primeiros sete dias após ou a qualquer momento, desde que excluída a possibilidade de gestação. Taxa de falha no primeiro ano em uso típico: 7%

ORIENTAÇÕES

O retorno à fertilidade ocorre em torno de 4 a 5 ciclos após a interrupção do AOC.

Em caso de esquecimento:

Até 24 horas, ingerir o comprimido imediatamente, utilizando o seguinte no horário regular.

Após 24 horas, ingerir dois comprimidos no horário regular e continuar o uso diário.

Se houver o esquecimento de mais de dois comprimidos, utilizar preservativo durante sete dias e continuar o uso diário da forma habitual.

Mais de um episódio de esquecimento na mesma cartela: utilizar preservativo até o término dela.

Pílulas extras: - Se a paciente tomar duas pílulas em um dia por engano, ela deve retomar seu horário normal de tomar uma pílula diariamente no dia seguinte, não deve pular um dia. A cartela vai completar um dia antes.

Episódios de vômitos: - Se ocorrer vômitos até 2 horas após a ingestão do comprimido, utiliza-se outro comprimido assim que possível (de outra cartela), retomando o uso habitual até o término da cartela.

Em casos graves de diarreias ou vômitos que perduram por mais de 24 horas, utiliza-se o AOC acrescido do uso de preservativos durante uma semana após a resolução do quadro.

Sinais de alerta: dor intensa e persistente no abdome, tórax ou membros, cefaleia intensa que começa ou piora após o início do uso da pílula, perda momentânea da visão, escotomas e icterícia. Na presença destes encaminhar para avaliação médica. Interações medicamentosas: Os medicamentos que podem reduzir a eficácia do contraceptivo hormonal, são: Fenobarbital, Fenitoína, Griseofulvina, rifampicina (único antibiótico comprovado para diminuir a eficácia dos AOC), carbamazepina, barbitúricos, primidona, topiramato, felbamato ou oxcarbamazepina.

EVENTOS ADVERSOS

Náuseas; Cefaleia; Sangramento irregular; Acne; Mastalgia

ANTICONCEPCIONAL ORAL APENAS DE PROGESTOGÊNIO - MINIPÍLULA NORETISTERONA 0,35 MG

Uso: ingerir um comprimido uma vez ao dia, sempre no mesmo horário. O intervalo não deve exceder três horas de atraso na tomada diária pelo risco de falha. Não há pausa entre as cartelas, mesmo durante eventual sangramento tipo menstruação.

Início do método:

Pós- parto, não amamentando: se a menos de quatro semanas do parto, iniciar a qualquer momento. Não é um método muito eficaz para mulheres que não estão amamentando.

Pós- parto, amamentando (exclusivo ou não): somente após 6 semanas do parto, desde que haja certeza de que não está grávida, associando a outra proteção contraceptiva por sete dias.

Pós- aborto: iniciar até sete dias após o aborto. Se ultrapassar este período, iniciar desde que haja certeza de que a mulher não está grávida.

Mulher tem amenorreia: se não estiver grávida, iniciar a qualquer momento, utilizando outra proteção contraceptiva por dois dias.

Mulher com ciclos menstruais: iniciar até cinco dias após o início da menstruação. Também pode ser iniciado em qualquer fase do ciclo, havendo certeza de não estar grávida. Utilizar outra proteção contraceptiva por dois dias. Taxa de falha no primeiro ano em uso típico: 7%

ORIENTAÇÕES

A utilização da minipílula não prejudica a quantidade e a qualidade do leite materno.

Em caso de esquecimento: atraso da ingestão de uma pílula em três horas ou mais ou esquecer completamente:

Ingerir uma pílula assim que possível, continuando a tomada diária seguinte e associar outra proteção contraceptiva por dois dias.

Se a mulher estiver em amenorreia ou amamentando (com menos de seis meses após o parto), tomar uma pílula assim que possível e continuar o uso diário.

Episódios de vômitos: Se ocorrer até duas horas após a ingestão do comprimido, deverá ingerir outra pílula da cartela assim que possível, continuar o uso diário e associar outra proteção contraceptiva por dois dias. Interações medicamentosas: Os medicamentos que podem reduzir a eficácia do método são fenitoína, carbamazepina, topiramato, e barbitúricos, além dos medicamentos rifampicina e rifabutina.

EVENTOS ADVERSOS

Alterações no fluxo menstrual desde amenorreia até sangramento frequente, irregular, ocasional ou prolongado; Cefaleia; Náuseas; Sensibilidade mamária.

CONTRACEPÇÃO DE EMERGÊNCIA LEVONORGESTREL 0,75 MG MÉTODO YUZPE

Levonorgestrel 0,75 mg: iniciar de preferência nas primeiras 72 horas.

Limite de cinco dias:

dose de 1,5 mg em dose única, via oral (2 comprimidos juntos) preferencialmente;

OU

1 comprimido de 0,75 mg, de 12 em 12 horas, via oral (total de 2 comprimidos).

Caso a mulher esteja inconsciente (como nos casos de violência), o comprimido poderá ser utilizado por via vaginal.

Yuzpe: Esse método consiste na administração de pílulas anticoncepcionais combinadas de etinilestradiol e levonorgestrel.

Utiliza-se a dose total de 0,2 mg de etinilestradiol e 1 mg de levonorgestrel, divididos em duas doses iguais, com intervalo de 12 horas, conforme um dos esquemas abaixo:

0,05 mg de etinilestradiol + 0,25 mg de levonorgestrel: 2 comprimidos a cada 12 horas;

OU

0,03 mg de etinilestradiol + 0,15 mg de levonorgestrel (como o Ciclo 21): 4 comprimidos a cada 12 horas.

Utilizar este método somente em situações especiais, onde o levonorgestrel estiver indisponível.

ORIENTAÇÕES

Indicado emergencialmente para prevenção da gestação quando houver relação sexual desprotegida, sem uso de métodos contraceptivos, em relações em que há falha conhecida ou presumida pelo uso inadequado do método ou em casos de violência sexual.

A contracepção de emergência não deverá substituir as medidas de planejamento reprodutivo, devendo ser desencorajado seu uso rotineiro pelo paciente. É necessário lembrar que o uso repetitivo ou frequente deste método compromete sua eficácia ao longo do tempo devido ao acúmulo das sucessivas taxas de falha por cada exposição, além disso, poderão ocorrer graves danos à saúde. Não é um método abortivo, pois não interrompe uma gestação estabelecida. Se episódios de vômitos ocorrerem em até uma hora após a ingestão dos comprimidos, repetir a dose após o uso de um antiemético e de uma refeição leve.

Uma vantagem do levonorgestrel é não apresentar interação farmacológica com medicamentos antirretrovirais, diferentemente do método de Yuzpe, no qual o etinilestradiol pode interagir com alguns desses medicamentos e comprometer a eficácia do método.

EVENTOS ADVERSOS

Náuseas; Vômitos; Vertigem; Cefaleia; Mastalgia; geralmente estes eventos apresentam remissão espontânea nas primeiras 24 horas após a tomada do contraceptivo.

INJETÁVEL MENSAL: ENANTATO DE NORESTISTERONA 50 MG + VALERATO DE ESTRADIOL 5 MG

Uso: A primeira injeção deve ser administrada no primeiro dia do ciclo menstrual (primeiro dia de sangramento).

Doses seguintes: Uma ou duas semanas após a primeira injeção, ocorrerá sangramento semelhante ao menstrual. Isto é normal e, com a continuação do uso o sangramento ocorrerá geralmente em intervalos de 30 dias. Normalmente, o dia da injeção mensal estará dentro do intervalo livre de sangramento. As injeções seguintes devem ser administradas, independentemente do padrão de ciclo menstrual, em intervalos de 30 ± 3 dias, isto é, entre no mínimo 27 e no máximo 33 dias após a última aplicação.

Início do método:

Pós-parto, não amamentando: se menos de quatro semanas do parto, iniciar a qualquer momento a partir do 21º do parto. Se mais que quatro semanas do parto, iniciar a qualquer momento desde que com certeza razoável de que não está grávida. Se a menstruação tiver retornado, começar tal como mulheres que apresentam ciclos menstruais.

Pós-parto, amamentando (exclusivo ou não): atrase a primeira injeção até completar seis semanas depois do parto ou quando o leite não for mais o alimento principal do bebê – o que ocorrer primeiro.

Pós-aborto: imediatamente. Se mais que sete dias, iniciar desde que haja certeza razoável de que não está grávida (método de apoio por sete dias)

→ Em caso de atraso:

até 7 dias: aplicar nova injeção;

acima de 7 dias: **descartar a possibilidade** de gestação, **com teste rápido de gravidez**, administrar a injeção e utilizar método de apoio nos 7 dias subsequentes.

Se houver descontinuidade do método, deve-se evitar relações sexuais desprotegidas ou utilizar métodos adicionais não hormonais. Contraindicar métodos de tabelinha ou da temperatura, pois o injetável mensal modifica as variações de temperatura e do muco cervical que ocorrem durante o ciclo menstrual normal.

Notas: em situação de gravidez ainda não há riscos demonstrados para o feto, para a mulher ou para a evolução da gestação nos casos em que forem usados acidentalmente AOC e injetável combinado mensal durante a gravidez.

Quanto ao progestágeno oral ou injetável trimestral, ainda não está definida a relação entre o uso na gravidez e os efeitos sobre o feto.

Fonte: TelessaúdeRS, 2018

EVENTOS ADVERSOS

Alterações da menstruação, alterações do peso, cefaleia comum, dores de cabeça com enxaqueca, sensibilidade dos seios

INJETÁVEL COM PROGESTERONA TRIMESTRAL ACETATO DE MEDROXIPROGESTERONA 150 MG

Uso: nos primeiros cinco dias do ciclo menstrual.

Doses seguintes: intervalos de 12 semanas ou 90 dias. **Início do método:**

Pós-parto, não amamentando: se menos de quatro semanas, iniciar imediatamente, sem necessidade de método de apoio. Se mais de quatro semanas, iniciar a qualquer momento, excluía a possibilidade de gravidez, com método de apoio por 7 dias.

Pós-parto, amamentando (exclusivo ou não): se não houver retorno da menstruação, iniciar a qualquer momento desde que não esteja grávida, com método de apoio por 7 dias.

Pós-aborto: imediatamente. Se mais de uma semana, iniciar injetável desde que excluía a possibilidade de gravidez, com método de apoio nos sete dias subsequentes.

Taxa de falha no primeiro ano em uso típico: 3 a 4%

ORIENTAÇÕES

O restabelecimento da fertilidade é gradual e pode apresentar alguma demora.

→ Em caso de atraso:

- **até 2 semanas: aplicar nova injeção;**
- **acima de 2 semanas: descartar a possibilidade de gestação, com teste rápido de gravidez, administrar a injeção e utilizar método de apoio nos próximos 7 dias.**

Notas: em situação de gravidez ainda não há riscos demonstrados para o feto, para a mulher ou para a evolução da gestação nos casos em que forem usados acidentalmente AOC e injetável combinado mensal durante a gravidez.

Quanto ao progestágeno oral ou injetável trimestral, ainda não está definida a relação entre o uso na gravidez e os efeitos sobre o feto.

Fonte: TelessaúdeRS, 2018. Disponível em: <https://aps-repo.bvs.br/aps/quando-devemos-investigar-gravidez-antes-da-reaplicacao-de-medroxiprogesterona-trimestral-injetavel/>

EVENTOS ADVERSOS

Alterações de humor ou no desejo sexual; Amenorréia ou sangramento menstrual irregular; Sensibilidade mamária; Ganho de peso; Depressão; Acne; Cefaleia.

IMPLANTE SUBDÉRMICO (Implanon NXT®25 68 mg de etonogestrel)

Indicação de uso: Prevenção da gravidez não planejada em mulheres adultas em idade reprodutiva entre 18 e 49 anos. Taxa de falha no primeiro ano em uso típico: 0,1%

ORIENTAÇÕES

O princípio ativo é liberado durante o período de três anos. Caso o implante não seja palpável após a inserção, recomenda-se a utilização de um método anticoncepcional não hormonal até que seja confirmada a presença do implante contraceptivo.

Contraindicações:

Distúrbio tromboembólico venoso ativo;

Presença ou histórico de tumor hepático, benigno ou maligno;

Presença ou histórico de doença hepática grave, enquanto os valores dos testes de função hepática não retornarem ao normal; - Presença ou suspeita de malignidades sensíveis a esteroide sexual;

Sangramento vaginal não diagnosticado;

Hipersensibilidade à substância ativa ou a qualquer componente de IMPLANON NXT®; - Uso durante a gravidez ou em caso de suspeita

EVENTOS ADVERSOS Podem ocorrer:

- Cefaléia que ocorre em menos de 15% das mulheres principalmente nas primeiras semanas após a inserção do implante de etonogestrel é transitória e desaparece em torno de 8 semanas, se necessário pode ser prescritos analgésicos e anti-inflamatórios não esteróides;
- Mastalgia segue o exemplo acima;
- Acne pode estar presente em 13 a 15% das usuárias, costuma ser de grau leve, caso este efeito incomodar a paciente pode ser prescrito drogas antiandrogênicas (espironolactona 100 a 200mg ao dia pelo menos por 6 meses);
- Tontura, mal-estar, alteração de peso (12%), ansiedade e depressão (6%), mastalgia (10%) e dor abdominal (5%) tendem a diminuir com o passar do tempo;
- Casos de tromboembolismo e infarto agudo do miocárdio associados ao método são de 12/100.000 mulheres/ano, menores que dos contraceptivos orais combinados;
- Sangramento anormal - o seu manejo consiste em primeiro lugar realizar um aconselhamento pré-inserção orientando a usuária sobre o padrão de sangramento menstrual esperado com uso do implante principalmente o esclarecimento que a irregularidade menstrual não significa falha do contraceptivo. As taxas de amenorreia são significativamente mais altas após dois anos de uso. Apesar do tratamento devemos salientar que não há como prevenir a recorrência dos sintomas visto que o sangramento tem origem pelo progestágeno, salientando que em 6 meses após a inserção o padrão do sangramento tende a ficar mais favorável.

- Deve-se investigar outras patologias que podem estar causando o sangramento quando este ultrapassar os seis meses após a inserção e/ou não responder às drogas utilizadas ou quando surgirem sintomas não relacionados à implantação como dispareunia, sangramento nas relações sexuais e dor pélvica, nestes casos, são recomendados o exame pélvico vaginal especular vaginal, especular e ultrassonográfico.

*Conforme Parecer do CONSELHEIRO FEDERAL N.º 277/2017/COFEN, o Enfermeiro possui competências técnicas, e poderá adquirir habilidades, se for capacitado, para a inserção e remoção de implantes subdérmico, dentre eles o Implanon®. O parecer do COFEN poderá ser utilizado como embasamento pela instituição de saúde.

PRÉ-REQUISITOS:

- Moradora de Porto Alegre;
- Deseja contracepção;

CRITÉRIOS para oferta de Implante ou DIU Hormonal em Porto Alegre

- Multíparas (3 ou mais partos) com dificuldade de adesão a qualquer outro método contraceptivo;
- Usuária com filho anterior portador de malformações congênitas ou síndromes genéticas;
- Condição clínica avaliada pelo médico ginecologista que se beneficie com algum dos métodos;
- Casal sorodiferente para HIV, com parceria notificada;
- Mulher diagnosticada com hepatite B com notificação;
- Mulher em uso de PREP;
- Adolescente (18 anos 11 meses e 29 dias) com dificuldade de adesão a qualquer outro método contraceptivo;
- Mulher vivendo com HIV/AIDS com notificação;
- Mulher com diagnóstico de sífilis no último ano com notificação;
- Usuária com doenças autoimunes em uso de imunomoduladores (interferon beta ou acetato de glatirâmer);
- Mulher com Doença Falciforme;
- Homem Trans.

ORIENTAÇÕES E FLUXO PARA ENCAMINHAMENTO PELA APS

A partir da identificação da usuária(o) para utilização de um desses dois métodos contraceptivos, a Unidade de Saúde deve inseri-la(o) na Agenda GERCON: - GINECOLOGIA GERAL.

Usuária(o) antes do encaminhamento deve ter citopatológico do colo do útero realizado na Unidade de Saúde, com a periodicidade conforme preconizado no Protocolo de Rastreamento de Neoplasias.

A inserção e retirada do Implante e a inserção do DIU Hormonal serão realizadas nos Ambulatórios de Especialidades. A retirada do DIU Hormonal pode ser feita na Unidade de Saúde de referência da usuária.

Nas situações de dificuldade de deslocamento da(o) usuária(o) para um AE, a Coordenadoria de Saúde pode deslocar o dispositivo para uma US ou CF, na qual haja profissional habilitado para a inserção e que seja mais próximo da residência da(o) usuária(o).

Nestes casos encaminhar e-mail para saude.mulher@portoalegre.rs.gov.br com o relato do caso.

Complicações de inserção: infecção, hematoma, irritação local ou rash cutâneo, expulsão, migração do implante e reações alérgicas.

Retorno à Ovulação e Fertilidade: O retorno da ovulação ocorre dentro de até 3-4 meses após a remoção.

Mais informações disponíveis em: <https://bit.ly/426RhRq>

Fonte: COREN - SP, 2019; FLORIANÓPOLIS, 2020; BRASIL, 2013, FEBRASGO, 2015; BRASIL, 2016; BRASIL, 2011; ALLEN, 2022; KAUNITZ, 2021; BRASIL, 2021a; BAYER®, 2013

21.4.3. Métodos de Barreira

São assim denominados por impor obstáculos à ascensão dos espermatozoides na cavidade uterina, impedindo a fecundação, sendo classificados quanto ao seu mecanismo de ação principal em barreira mecânica, química ou mista (FEBRASGO, 2015). Preservativos masculinos e femininos, diafragma, espermicidas e DIU de cobre são os métodos disponíveis, no entanto, os preservativos são os únicos métodos que protegem contra a transmissão de ISTs (BRASIL, 2016).

Quadro 23. Métodos de Barreira (a)

TIPO/APRESENTAÇÕES	DESCRIÇÃO	ORIENTAÇÕES	OBSERVAÇÕES
Preservativo masculino ou EXTERNO	Involúcro para o pênis, de material fino e elástico, composto de látex e lubrificado. Taxa de falha no primeiro ano em uso típico: 13%	Armazenamento dos preservativos em lugar fresco, seco e de fácil acesso, observando-se a integridade da embalagem, bem como o prazo de validade. Devem ser utilizados apenas lubrificantes à base de água, pois o uso de lubrificantes oleosos (como vaselina ou óleos alimentares) danifica o látex. Em caso de ruptura: iniciar contracepção de emergência, conforme descrito neste protocolo e profilaxia contra ISTs, conforme descrito no PCDT-IST (2020)	Fatores de risco para ruptura ou escape: <ul style="list-style-type: none"> - Más condições de armazenamento; - Embalagem danificada; - Não observação do prazo de validade; - Lubrificação vaginal e/ou anal insuficiente; - Uso de lubrificantes oleosos; - Presença de ar e/ou ausência de espaço para recolher o esperma na extremidade do preservativo; - Tamanho inadequado do preservativo em relação ao pênis; - Perda de ereção durante o ato sexual; - Retirar o pênis da vagina sem que se segure a base do preservativo; - Não retirar o pênis imediatamente após a ejaculação; - Uso de dois preservativos simultaneamente.
Preservativo Feminino ou INTERNO	Consiste num tubo de poliuretano ou látex, lubrificado. O de poliuretano, por ser mais resistente do que o látex, pode ser usado com vários tipos de lubrificantes. Taxa de falha no primeiro ano em uso típico: 21%	Deve ser colocado em qualquer momento, anteriormente à penetração e retirado com cuidado após o término da relação; Armazenamento dos preservativos em lugar fresco, seco e de fácil acesso, observando-se a integridade da embalagem, bem como o prazo de validade. O preservativo feminino já vem lubrificado, no entanto, se for preciso, podem ser utilizados lubrificantes de base aquosa ou oleosos (estes somente nos preservativos que NÃO são à base de látex).	<ul style="list-style-type: none"> - O anel externo do preservativo feminino pode deslizar dentro da vagina. Se isso acontecer basta o homem retirar o pênis, colocar o mesmo preservativo de maneira correta e reintroduzir o pênis. Não é necessário usar novo preservativo; - Durante a penetração, o preservativo pode provocar um pequeno ruído. A adição de lubrificante dentro do preservativo ou diretamente no pênis pode evitar esses acontecimentos; - Não deve ser utilizado junto com o preservativo masculino porque o atrito aumenta o risco de rompimento.

Fonte: Adaptado de Coren/RS, 2022

Quadro 23. Métodos de Barreira (b)

TIPO/APRESENTAÇÕES	DESCRIÇÃO	ORIENTAÇÕES	OBSERVAÇÕES
Diafragma	Anel flexível, coberto no centro com uma delgada membrana de látex ou silicone em forma de cúpula que se coloca na vagina cobrindo completamente o colo uterino e a parte superior da vagina, impedindo a penetração dos espermatozoides. O prazo de validade do diafragma é, em média, de cinco anos. Taxa de falha no primeiro ano em uso típico: 17%	O diafragma pode ser colocado antes da relação sexual (minutos ou horas) ou utilizado de forma contínua. Se utilizado continuamente é aconselhável retirá-lo uma vez ao dia, lavá-lo (desde que ao menos 6 horas após o coito) e imediatamente recolocá-lo. Durante a menstruação, o diafragma deve ser retirado, evitando a possibilidade de acúmulo de sangue na vagina/útero reduzindo o risco de infecção genital. Orientar a mulher a identificar o colo do útero por meio do auto toque vaginal. Quando colocar o diafragma, a usuária deve ser capaz de sentir o colo do útero através da borracha, portanto deve estar bem familiarizada com tal identificação. Urinar e lavar as mãos antes de colocá-lo. Antes de cada uso, examiná-lo cuidadosamente contra a luz, para assegurar-se da inexistência de defeitos ou furos.	<ul style="list-style-type: none"> - O uso frequente de espermicida associado ao diafragma pode causar irritação, fissuras e microfissuras na mucosa vaginal e cervical (efeito dose-tempo dependente), aumentando o risco de infecção por IST. - Na detecção de IST, deve-se suspender o uso do método. O retorno ao uso ficará condicionado à cura da infecção e reavaliação de risco de nova IST. <p>Contraindicações:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alto risco para IST ou portadoras de HIV/AIDS; - Infecções urinárias e candidíase de repetição; - Alergia ao látex. Não se aplica ao diafragma de plástico; - História de síndrome do choque tóxico; - Prolapsos genitais; - Antes de seis meses após o parto.

Fonte: Adaptado de COREN/RS, 2022.

21.4.3.1. Dispositivo Intrauterino - DIU de cobre

Entre os métodos contraceptivos distribuídos aos municípios pelo Ministério da Saúde, o dispositivo intrauterino com cobre (DIU TCU 380A) destaca-se por ser um método com alto potencial de eficácia, praticidade, segurança, de longa ação, reversível, não hormonal e geralmente bem tolerado pela maioria das mulheres (BRASIL, 2018b; POCIUS; BARTZ, 2021). Pode ser usado em qualquer idade do período reprodutivo, sem a necessidade da intervenção diária da mulher e sem prejudicar a fertilidade futura (BRASIL, 2018b).

→ O enfermeiro possui amparo legal para realizar a consulta, prescrição, inserção e retirada do DIU, **desde que esteja devidamente capacitado para execução desta técnica e cumprindo o disposto na Resolução COFEN n.º 358/2009 e na Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986**, conforme parecer COFEN n.º 278/2017 e n.º 04/2019 (BRASIL, 2016; COFEN, 2017; COFEN, 2019). Ainda cabe destacar a Resolução COFEN n.º 690/2022, a qual normatiza a atuação do Enfermeiro no Planejamento Familiar e Reprodutivo.

Este protocolo atende ao Parecer COFEN n.º 278/2017, o qual ratifica que não há necessidade de o Conselho Federal de Enfermagem emitir nova resolução que normatize as ações do enfermeiro na política de planejamento reprodutivo e sexual, incluindo os métodos contraceptivos, considerando o respaldo disposto na Lei n.º 7498/1986 para realização de consulta de enfermagem, subsidiando o profissional na sua tomada de decisão.

Dispositivo intrauterino de cobre - DIU Tcu-380 A Quando indicar:

Mulheres com risco de contrair ou infectadas por HIV ou que tenham AIDS em terapia antirretroviral (ARV) e estejam clinicamente estáveis podem colocar o DIU com segurança;

As usuárias com AIDS devem ser reavaliadas na unidade básica sempre que surgirem sintomas adversos, como dor pélvica ou corrimento (monitorização para doença inflamatória pélvica).

Taxa de falha no primeiro ano em uso típico: 0,6 a 0,8%.

INÍCIO DO MÉTODO:

Se apresenta ciclos menstruais: a qualquer momento do mês. Se passados mais de 12 dias do início da menstruação, poderá colocar o DIU a qualquer momento, desde que se exclua a possibilidade de gravidez. Não há necessidade de método de apoio; Se está mudando de outro método: a qualquer momento, se o uso do outro método for regular e correto ou ainda se houver certeza razoável de que não está grávida. Não há necessidade de método de apoio; Após contracepção de emergência: pode ser inserido imediatamente; Após o parto***: até 48 horas, desde que não haja infecção puerperal. Se já se passaram mais de 48 horas após o parto, aguardar a inserção por quatro semanas ou mais; Após quatro semanas do parto: poderá colocar o DIU a qualquer momento desde que não esteja grávida. Se a menstruação tiver retornado, poderá colocar o DIU como indicado para mulheres que apresentem ciclos menstruais; Após aborto (espontâneo ou não): imediatamente se houver certeza de que não está grávida e não houver infecção. Não há necessidade de um método de apoio; Para as

usuárias de DIU com cobre que desejam substituí-lo, a remoção do antigo e inserção do novo pode ser efetuada no mesmo momento e em qualquer dia do ciclo.

ORIENTAÇÕES:

No caso de inserção do DIU fora do período menstrual é recomendada a realização do teste rápido de gravidez antes da inserção, para excluir a possibilidade de gestação.

Consultas de revisão: entre 30 e 45 dias da inserção do dispositivo. Após, realizar consultas de rotina.

O retorno à fertilidade, se dá imediatamente após a remoção do dispositivo.

A mulher poderá realizar suas atividades cotidianas após a inserção do DIU. Deve ser orientada a usar preservativo masculino ou feminino durante 7 dias após a colocação, período de adaptação do organismo.

O DIU de cobre pode permanecer no útero por até 10 anos.

Contraindicações para uso do método: alergia ao cobre, útero bicorno, septado ou com intensa estenose cervical, miomas uterinos submucosos com relevante distorção da cavidade endometrial*, em vigência de ISTs, tais como clamídia, gonorreia e AIDS nos estágios clínicos 3 e 4, infecção inflamatória pélvica aguda ou crônica**, endometrite, cervicite mucopurulenta, tuberculose pélvica e câncer de colo uterino.

Mulheres em uso de anticoagulantes ou com distúrbios da coagulação não irão se beneficiar do uso do DIU com cobre pelo provável aumento do fluxo menstrual observado nestes casos.

EVENTOS ADVERSOS

Alterações da menstruação: ciclos mais intensos e fluxo aumentado nos primeiros meses; Dor aguda na parte inferior do abdômen ou cólicas; Possibilidade de anemia; Expulsão; Reações vasovagais, no momento da inserção, tais como suor, vômito ou desmaios breves ocorrem em, no máximo, 0,5 a 1% das mulheres. Sinais de alerta: febre, dor pélvica aguda e persistente.

PREVALÊNCIA DE COMPLICAÇÕES

Complicações graves são raras e incluem expulsão (3 a 6% no primeiro ano), doença inflamatória pélvica (1% nos primeiros 20 dias, e 0,5% nos primeiros 3 a 6 meses), insuficiência contraceptiva (0,6 a 0,8% no primeiro ano) com aumento do risco de gravidez ectópica se a falha ocorrer, e perfuração (0,01%). A má posição é um efeito colateral menos grave e ocorre em até 10% das mulheres. Os efeitos colaterais comuns como dor e sangramento irregular são os motivos mais citados para a remoção do DIU nos primeiros 6 meses (28 a 35% e 10 a 19%, respectivamente). Neste sentido, o reconhecimento e o gerenciamento de efeitos colaterais, pelo enfermeiro, são importantes para melhorar a satisfação da usuária e a continuidade do uso (POCIUS; BARTZ, 2021; BRASIL, 2021a).

Quadro 24. Manejo de Enfermagem relacionados a utilização do DIU de cobre

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Nanda-I ®	<ul style="list-style-type: none"> • Dor aguda; • Risco de infecção; • Risco de sangramento; • Conforto prejudicado; • Risco de lesão.
CIPE	<ul style="list-style-type: none"> • Dor Abdominal; • Risco de Complicação com Uso de Contraceptivo; • Cólica Menstrual (grau); • Descarga (ou Fluxo) Menstrual excessivo; • Menorragia; • Risco de Gestação (Gravidez), Não Intencional; • Risco de infecção; • Desconforto.
CIAP 2	W12 Contracepção intrauterina/ Dispositivo Intrauterino/ DIU W14 Contracepção/outros

Fonte: Adaptado de COREN/RS, 2022

Quadro 25. Manejo das intercorrências mais comuns na utilização do DIU de cobre (a)

INTERCORRÊNCIA	AVALIAÇÃO E MANEJO
Expulsão do DIU	<p>Suspeita-se de expulsão parcial quando há corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou sinusorragia e dispareunia. Porém, algumas mulheres não apresentam sintomas quando há expulsão parcial ou total. Se o DIU sair parcialmente, deve-se removê-lo, não devendo ser reintroduzido. Se for do desejo da usuária continuar com o método, realizar a inserção de um novo DIU, após avaliação e desde que não esteja grávida. Caso se suspeite de expulsão total e a usuária não souber se o DIU saiu ou não, solicitar ultrassom, a fim de avaliar se o DIU se deslocou para a cavidade abdominal. Fornecer método de apoio para utilizar durante este período.</p>

Fonte: Adaptado de COREN/RS, 2022

Quadro 25. Manejo das intercorrências mais comuns na utilização do DIU de cobre (b)

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Suspeita de perfuração uterina	Se houver suspeita de perfuração no momento da inserção ou sondagem do útero, o procedimento deve ser interrompido imediatamente (e remover o DIU caso tenha sido inserido). Se houver suspeita de perfuração uterina, encaminhar a usuária para avaliação médica.
Vaginoses	A flora vaginal não se altera pelo uso do DIU com cobre. Portanto, quando há diagnóstico de vaginose, deve-se iniciar o tratamento habitual. Não há evidências de que o DIU com cobre altere a prevalência deste processo infeccioso. Usuárias de DIU com cobre que desenvolvam vaginose bacteriana, tricomoníase ou candidíase, devem receber tratamento habitual, sem a necessidade de remoção do dispositivo.
DIU mal posicionado	Considera-se que o dispositivo esteja mal posicionado quando algum segmento se encontrar no canal cervical (abaixo do orifício interno). Um exame ultrassonográfico irá esclarecer se o posicionamento do dispositivo está adequado. O DIU com cobre é radiopaco, podendo, também, ser observado por exame de Rx da pelve. Confirmado o mal posicionamento do DIU, a conduta a ser tomada é retirá-lo, podendo-se inserir novo DIU com cobre, após avaliação sobre a manutenção ou mudança do método contraceptivo.
Cólicas e dor	É comum que a mulher sinta um pouco de cólicas e dor um ou dois dias após a colocação do DIU. As cólicas também são comuns nos primeiros três a seis meses de uso do DIU, particularmente durante a menstruação. De modo geral, não é prejudicial e normalmente diminui com o tempo. Considerar analgesia (de preferência prescrever Hioscina 10 mg, 1 comprimido via oral, de 8/8 h). Se também houver menstruação intensa ou prolongada, não deverá utilizar antiagregante plaquetário (pode aumentar o sangramento). Se as cólicas persistirem e ocorrerem fora da menstruação: avaliar se há problemas de saúde subjacentes e tratá-los ou encaminhar para consulta médica; se não for constatado nenhum problema subjacente e as cólicas forem agudas, conversar sobre a possibilidade de retirar o DIU. Caso o dispositivo removido apresente aparência distorcida ou se houver dificuldades durante a remoção, pode ser que ele estivesse em posição incorreta. Orientar à usuária que poderá colocar novo DIU.
Possibilidade de anemia	O DIU de cobre pode contribuir para um quadro de anemia caso a mulher tenha baixo teor de ferro antes da inserção, pois poderá provocar menstruação com fluxo mais intenso. Orientar dieta rica em ferro.
Ausência dos fios do DIU	Questionar à usuária se e quando ela viu o DIU sair; quando sentiu os fios pela última vez; quando foi sua última menstruação; se tem algum sintoma sugestivo de gravidez; se usou método de apoio desde que identificou a falta dos fios. Verificar se há fios nas dobras do canal cervical, pois em metade dos casos de ausência dos fios estes podem ser encontrados nesse local. Se não for possível localizar os fios no canal cervical, eles podem ter migrado para o útero ou o DIU foi expelido sem se notar. Excluir a possibilidade de gravidez antes da realização de procedimentos mais invasivos. Solicitar ultrassonografia transvaginal para determinar a presença e posicionamento do DIU. Fornecer método de apoio para utilizar no período, caso o DIU tenha saído. Na identificação do DIU com cobre na cavidade uterina, adequadamente implantado, nenhuma ação é necessária. Caso seja visualizado na cavidade abdominal (através do RX de abdome ou ultrassonografia), encaminhar para videolaparoscopia ou laparotomia para localização e extração do dispositivo.
O parceiro sente os fios do DIU durante o sexo	Explicar que isso acontece algumas vezes quando os fios são cortados curtos demais. Se o parceiro achar que os fios incomodam, há algumas opções: - Os fios podem ser cortados ainda mais de modo a não ficarem para fora no canal cervical. O parceiro não sentirá os fios, mas a mulher também não poderá verificá-los; - Se a mulher deseja verificar os fios do DIU, este pode ser removido e um novo colocado em seu lugar.

Fonte: BRASIL, 2016; BRASIL, 2018.

21.4.3.2. Dispositivo Intrauterino - DIU HORMONAL

Composição: O dispositivo intrauterino hormonal (DIU-LNG) é um sistema intrauterino composto de um dispositivo em forma de T com reservatório contendo 52mg de levonorgestrel, liberando pequenas doses diárias do progestógeno (20ug) de forma constante e uniforme, que é utilizado com finalidades contraceptivas e terapêuticas. O DIU hormonal libera o levonorgestrel diretamente no útero, diminuindo os efeitos sistêmicos do hormônio, já que apenas uma pequena quantidade de levonorgestrel é absorvida sistemicamente. Entre os métodos contraceptivos distribuídos aos municípios pelo Ministério da Saúde, o dispositivo intrauterino com cobre (DIU TCu 380A) destaca-se por ser um método com alto potencial de eficácia, praticidade, segurança, de longa ação, reversível, não hormonal e geralmente bem tolerado pela maioria das mulheres (BRASIL, 2018b; POCIUS; BARTZ, 2021). Pode ser usado em qualquer idade do período reprodutivo, sem a necessidade da intervenção diária da mulher e sem prejudicar a fertilidade futura (BRASIL, 2018b).

Vantagens

- É um dos contraceptivos reversíveis mais efetivos;
- Pode ser usado durante a amamentação;
- Retorno da fertilidade rapidamente quando removido;
- Diminuição da dismenorréia;
- Diminuição importante do sangramento e/ou amenorreia;
- Longa duração (efetivo por cinco anos);
- Método discreto que não interfere na espontaneidade sexual;
- Baixa probabilidade de interações medicamentosas;
- Mulheres portadoras de patologias que podem causar sangramento vaginal abundante como discrasias sanguíneas ou usuárias de anticoagulantes podem se beneficiar do uso desse método.

Efeitos Colaterais:

- Sangramentos irregulares, tipo borra-de-café (spotting) ou amenorreia;
- Dor pélvica ou abdominal;
- Cefaléia;
- Mastalgia;
- Alterações cutâneas (acne);
- Cistos ovarianos com alta taxa de resolução espontânea.

A maior parte destes efeitos colaterais é observada apenas temporariamente nos primeiros 3 a 6 meses após a colocação do DIU-LNG.

Eficácia:

A duração da contracepção do DIU hormonal é de 5 anos, embora alguns estudos sugiram uma eficácia contraceptiva de até 7 anos. A taxa de gestação no primeiro ano de uso é 0,2% e após cinco anos é de 0,7%, comparáveis às taxas da laqueadura das trompas.

O DIU hormonal é considerado mais efetivo que outras formas reversíveis contracepção reversíveis, como a pílula anticoncepcional, porque requer pouca ou nenhuma ação da usuária após a inserção.

Contraindicações:

- Ocorrência ou suspeita de gravidez;
- Sangramento vaginal anormal que não foi investigado;
- Ocorrência ou suspeita de câncer do colo uterino ou do útero;
- Ocorrência ou suspeita de câncer de mama;
- Anormalidades citológicas no colo uterino;
- Anormalidades do colo uterino, incluindo leiomioma caso estes causarem distorção da cavidade uterina;
- Doença inflamatória pélvica atual ou recorrente nos últimos três meses;
- Condições associadas com aumento de suscetibilidade a infecções como infecção sexualmente transmissível como a clamídia ou gonorreia nos últimos três meses;
- Infecção do útero após parto ou aborto nos últimos 3 meses;
- Infecção do colo do útero;
- Presença de doença hepática grave ou tumor hepático;
- Ser portadora de tumores que dependem do progestógeno para se desenvolver;
- Hipersensibilidade ao medicamento ou a qualquer constituinte do produto.

Mecanismos de Ação:

- Espessamento do muco cervical, agindo como método de barreira;
- Decidualização a atrofia cística do endométrio, impedindo a implantação;
- Aumento da glicodelina A, dificultando fecundação do óvulo pelo espermatozóide;
- Inibição da ovulação.

Critérios para a dispensação do DIU-LNG

- A usuária deverá ter citopatológico do colo do útero realizado com a periodicidade orientada pelo Protocolo Implantado na Rede de Atenção Primária;
 - A usuária deve preencher e assinar o Termo de Consentimento Informado e Esclarecido;
 - Documentação pelo médico assistente/Enfermeiro dos outros contraceptivos utilizados, tempo de uso, motivo da interrupção ou patologias que contraindiquem o uso de outros métodos contraceptivos.
- Mulheres com risco de contrair ou infectadas por HIV ou que tenham HIV/AIDS em terapia antirretroviral (ARV) e estejam clinicamente estáveis podem colocar o DIU com segurança;
- As usuárias vivendo com HIV/AIDS devem ser reavaliadas na unidade básica sempre que surgirem sintomas adversos, como dor pélvica ou corrimento (monitorização para doença inflamatória pélvica).

Taxa de falha no primeiro ano em uso típico: 0,6 a 0,8%.

Inserção e remoção

- A técnica de inserção do DIU hormonal requer treinamento específico e é realizada somente médico devidamente qualificados.
- Antes da inserção, um exame pélvico é realizado para examinar a forma e posição do útero;
- Cólicas leves a moderadas podem ocorrer durante o processo;
- A inserção pode ser realizada imediatamente após o parto e pós-aborto;
- A remoção do dispositivo também deve ser realizada por um médico qualificado;
- Após a remoção, a fertilidade irá voltar aos níveis anteriores de forma relativamente rápida. Um estudo revelou que na maioria das pacientes a fertilidade voltou num período de três meses

Você já sabe, mas não custa lembrar:

A inserção do DIU só poderá ser realizada pelo enfermeiro caso ele tenha completado com sucesso a capacitação ou treinamento específico oferecido por uma instituição reconhecida e validada pela SMS de POA, e mediante apresentação de certificado ao Responsável Técnico da instituição e da SMS.

Quadro 26. Diagnósticos de Enfermagem relacionados ao Manejo das manifestações clínicas mais comuns no uso de métodos contraceptivos

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Nanda-I ®	<ul style="list-style-type: none"> • Dor aguda; • Sobrepeso / Risco de; • Disfunção sexual; • Regulação do humor prejudicada; • Conforto prejudicado; • Náusea; • Risco de sangramento; • Integridade da pele prejudicada / Risco de
CIPE	<ul style="list-style-type: none"> • Dor Abdominal; • Cólica Menstrual (grau); • Descarga (ou Fluxo) Menstrual excessivo/reduzido; • Risco de Gestação (Gravidez), Não Intencional; • Desconforto; • Enxaqueca; • Dor; • Sensibilidade nas Mamas; • Náusea; • Problema de Peso Corporal; • Humor alterado; • Comportamento Sexual, ineficaz; • Acne; • Risco de integridade da pele prejudicada.
CIAP 2	<p>W12 Contracepção intrauterina/ Dispositivo Intrauterino/ DIU</p> <p>W13 Esterilização W14 Contracepção/outros W10 Contracepção pós-coital W11 Contracepção oral</p>

Fonte: Adaptado de COREN/RS, 2022.

Quadro 27. Manejo das manifestações clínicas mais comuns no uso de métodos contraceptivos (a)

MANIFESTAÇÃO CLÍNICA	MÉTODOS	CUIDADOS DE ENFERMAGEM/INTERVENÇÕES
Náuseas	AOC; Minipílula	Sugerir a tomada noturna do comprimido ou após as refeições. Investigar problemas gastrointestinais
Cefaleia Leve	AOC Injetável com progestágeno trimestral; Injetável combinado mensal	No caso de cefaleias leves, recomenda-se utilizar analgésicos e considerar uso estendido ou contínuo da pílula. Prescrever Paracetamol 500 mg, 1 comprimido via oral de até 6/6 h, de 3 a 5 dias. Deve-se avaliar quaisquer dores de cabeça que agravem ou ocorram com maior frequência durante o uso do método contraceptivo
Enxaqueca	AOC; Minipílula; Injetável com progestágeno trimestral; Injetável combinado mensal	Com o aparecimento da enxaqueca, independentemente da idade da mulher, deve-se interromper o uso do método se houver estrógeno. Orientar na escolha de método contraceptivo sem estrógeno (minipílula, injetável trimestral, DIU etc.). Se enxaqueca com aura, o injetável com progestágeno é categoria 3 para manutenção do método (suspender).

Fonte: Adaptado de COREN/RS, 2022

Quadro 27. Manejo das manifestações clínicas mais comuns no uso de métodos contraceptivos (b)

MANIFESTAÇÃO CLÍNICA	MÉTODOS	CUIDADOS DE ENFERMAGEM/INTERVENÇÕES
Sensibilidade mamária	AOC; Minipílula; Injetável combinado mensal	Recomendar uso de sutiã firme (inclusive durante atividade física). Considerar analgésico, prescrever Paracetamol 500 mg, 1 comprimido via oral de até 6/6 h, de 3 a 5 dias
Alterações de peso	AOC; Injetável combinado mensal	Não existem evidências de que anticoncepcionais orais possam interferir negativamente no peso. Deve-se identificar a causa do ganho de peso e orientar adequadamente.
Alterações de humor ou no desejo sexual	AOC; Minipílula; Injetável com progestágeno trimestral	Se há alteração do humor na semana da pausa da ingestão de hormônio (nos sete dias em que a mulher não toma pílulas hormonais no uso do AOC, por exemplo), avaliar uso estendido e contínuo. Questionar mudanças na vida que possam afetar o humor ou a libido. Alterações agudas no humor necessitam de avaliação para atendimento especializado.
Acne	AOC	A acne, em geral, melhora em uso do AOC, mas pode agravar em algumas mulheres. Se a acne persistir, avaliar a possibilidade de outra fórmula de AOC contendo acetato de ciproterona ou drospirenona, se possível.
Dor aguda na parte inferior do abdômen	Minipílula; DIU de cobre; Contracepção de emergência	Ficar atento aos sinais de gravidez ectópica e/ou de doença inflamatória pélvica (DIP), iniciando o tratamento imediatamente, se confirmada a hipótese. Se uso de DIU, não há necessidade de retirá-lo, caso a mulher deseje manter (exceto no diagnóstico de DIP). Caso deseje retirar, realizar após início do tratamento.
Alterações da menstruação: ausência ou sangramento irregular	AOC; Minipílula; Injetável com progestágeno trimestral; Injetável combinado mensal; DIU de cobre	É comum sangramento irregular ou ausência no uso de métodos hormonais (a amenorreia é normal se a mulher estiver amamentando e em uso de injetáveis trimestrais). O sangramento geralmente perde a intensidade ou cessa nos primeiros meses de uso. Certificar-se que a usuária esteja fazendo uso do método corretamente. Na amenorreia, investigar gestação e, caso se confirme, interromper o método.

Fonte: Adaptado de COREN/RS, 2022

Quadro 27. Manejo das manifestações clínicas mais comuns no uso de métodos contraceptivos (c)

MANIFESTAÇÃO CLÍNICA	MÉTODOS	CUIDADOS DE ENFERMAGEM/INTERVENÇÕES
Alterações da menstruação: sangramento irregular em uso de AOC	AOC	Orientar o uso correto e de preferência no mesmo horário. Pode-se prescrever Ibuprofeno 600 mg de 8/8 horas, por até 3 dias. Na persistência da queixa, avaliar a possibilidade da troca da fórmula do AOC por anovulatório com maior concentração de etinilestradiol (EE), ou se já em uso de AOC com 30-35 mcg de EE, avaliar uso de AOC bifásicos ou trifásicos. Considerar condições subjacentes não relacionadas ao uso do AOC.
Alterações da menstruação: sangramento intenso ou prolongado (volume do fluxo anormal ou duração maior que oito dias)	Minipílula; Injetável com progestágeno trimestral; Injetável combinado mensal; DIU de Cobre	De modo geral, não é prejudicial e perde a intensidade ou cessa após alguns meses; Para evitar anemia, orientar dieta rica em ferro; Se o sintoma persistir ou iniciar após vários meses de menstruação normal, se amenorreia ou suspeita de outros motivos clínicos, deve-se considerar as condições subjacentes não relacionadas ao método; Se em uso de injetável de progestágeno, considerar uso de AOC, ingerindo uma pílula diariamente por 21 dias, iniciando no primeiro dia da menstruação; Para manejo do sangramento intenso, considerar prescrição de Ibuprofeno 600 mg, 1 comprimido via oral, de 8/8 h por até 4 dias.
Irritação ao redor da vagina ou pênis	Preservativos (masculino e feminino); Espermicida	Verificar se há alergia pelo látex do preservativo masculino ou lubrificantes. Considerar a possibilidade de utilizar a camisinha feminina, de poliuretano.

Fonte: Adaptado de COREN/RS, 2022

21.4.4. Métodos Contraceptivos Definitivos

A esterilização permanente da mulher (laqueadura tubária) ou do homem (vasectomia) são opções para usuários que não desejam ter filhos, com taxas de eficácia superiores a 99%. A tomada de decisões compartilhadas e o aconselhamento centrado no usuário são particularmente importantes na preparação para a esterilização (SONALKAR; MODY, 2021).

A laqueadura tubária é um método contraceptivo altamente eficaz e não prevê o uso de hormônio. A vasectomia é um procedimento cirúrgico e suas vantagens incluem alta eficácia, procedimento ambulatorial minimamente invasivo, com anestesia local e amplamente disponível. Recomenda-se para ambos os métodos aconselhamento minucioso sobre alternativas reversíveis de longa duração e uso de preservativos, esterilidade permanente e risco de arrependimento (SONALKAR; MODY, 2021).

Se desejada contracepção permanente e a mulher tiver vida sexual ativa com parceiro masculino único, a opção de vasectomia deve ser abordada, pois apresenta menores taxas de morbidade e mortalidade do que a contracepção permanente feminina. Entretanto, dado o seu perfil de segurança e eficácia, a vasectomia é significativamente subutilizada, visto que apenas 8,2% das mulheres entre 15 e 44 anos se beneficiam da vasectomia para contracepção (BRAATEN; DUTTON, 2021).

LAQUEADURA TUBÁRIA E VASECTOMIA

Em 02 de setembro de 2022, foi publicada a lei N°14443, que altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar.

Assim, cita a disponibilização de qualquer método e técnica de contracepção dar-se-á no prazo máximo de 30 (trinta) dias, para homens e mulheres com capacidade civil plena e maiores de 21 (vinte e um) anos de idade ou, pelo menos, com 2 (dois) filhos vivos, desde que observado o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o ato cirúrgico, período no qual será propiciado à pessoa interessada acesso a serviço de regulação da fecundidade, inclusive aconselhamento por equipe multidisciplinar, com vistas a desencorajar a esterilização precoce; e a esterilização cirúrgica em mulher durante o período de parto será garantida à solicitante se observados o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o parto e as devidas condições médicas.

ORIENTAÇÕES

Realizar consulta individual ou em grupo abordando aspectos éticos, legais e de direitos reprodutivos do homem e da mulher, explicando de forma simplificada o procedimento cirúrgico a ser realizado, tirando todas as dúvidas e angústias manifestadas pelos usuários; Entregar termo de consentimento e realizar a leitura conjunta a fim de esclarecer dúvidas;

Aguardar prazo de 60 dias entre a expressão do desejo da esterilização e a realização;

Orientar sobre a dificuldade de reversão dos métodos definitivos no momento da escolha. A LT e a vasectomia possuem baixa taxa de reversibilidade cirúrgica (na laqueadura tubária, o sucesso da reversibilidade pode chegar a 30% dos casos);

Solicitar espermograma após 2 e 3 meses da realização da vasectomia para verificar o sucesso do procedimento cirúrgico.

Tais métodos não protegem de IST.

EVENTOS ADVERSOS

Dor leve no pós-operatório é o sintoma mais comum, devendo ser manejada com orientações gerais e repouso;

Para os homens orienta-se evitar carregar peso, por um período inferior a 5 dias; Para mulheres segue-se a orientação de rotina pós cirúrgica;

Na presença de sinais infecciosos, o usuário deve ser avaliado imediatamente ou referenciado para serviço de urgência.

CONTRAINDICAÇÃO

LT: problemas clínicos que contraindiquem a cirurgia e/ ou anestesia e mulheres que não se enquadrem nas condições obrigatórias para execução do procedimento conforme estabelecido no art. 10 da Lei n.º 14443/22;

Vasectomia: homens que não se enquadrem nas condições obrigatórias para execução do procedimento conforme estabelecido no art. 10 da Lei n.º 14443/22.

→ Para maiores detalhes acesse o Protocolo de encaminhamento para serviços especializados em planejamento familiar (laqueadura tubária e vasectomia). Disponível em:

https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_encaminhamento_planejamento_familiarTSRS_20180209_v001.pdf

A Lei 14.443/2022, que dispensa o consentimento do cônjuge para autorizar a laqueadura, em mulheres, e vasectomia, em homens, já está em vigor.

Idade mínima

A lei reduz para 21 anos a idade mínima para a realização dos procedimentos no país. Antes, era 25 anos.

Quem tem dois ou mais filhos vivos poderá realizar a cirurgia a partir dos 18 anos.

Parto – A pessoa gestante pode solicitar a laqueadura durante o período do parto, o que não era permitido na legislação anterior, de 1996.

É necessário manifestar vontade com 60 dias de antecedência da data prevista para o nascimento.

A legislação manteve a exigência de manifestação pela cirurgia em documento escrito e assinado. Entre a manifestação da vontade e a cirurgia, a pessoa interessada passará por aconselhamento por equipe médica quando receberá orientações sobre as vantagens, desvantagens, riscos e eficácia do procedimento. O objetivo é evitar a esterilização precoce.

22. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Lei nº 14.443, de 02 de setembro de 2022. Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar. Diário Oficial da União: seção 1, Brasília, DF, Edição 169, p. 05, 02/09/2023. Disponível em <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.443-de-2-de-setembro-de-2022-426936016> Acesso em 30 mar. de 2023.

SANTOS FILHO OO, Telini AH. Infecções do trato urinário durante a gravidez. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO - Obstetrícia, no. 87/ Comissão Nacional Especializada em Gestação de Alto Risco). disponível em <https://sogirgs.org.br/area-do-associado/infecoes-do-trato-urinario-durante-a-gravidez.pdf> Acesso em 30 mar. de 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília : Ministério da Saúde, 2016. 230 p. : il. Disponível em https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf Acesso em 30 de mar. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Conselho Regional de Enfermagem. Protocolos de Enfermagem na atenção Primária à Saúde: Saúde da Mulher. Porto Alegre, RS: COREN-RS, 2022. Disponível em <https://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/ProtocolosEnfermagem/ProtocoloEnfermagemSaudeMulher.pdf> Acesso em 05 de mar. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. TelessaúdeRS. Protocolo de Encaminhamento para Obstetrícia (Pré-Natal de Alto Risco). Porto Alegre, UFRGS: 2019. Disponível em https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_encaminhamento_obstetricia_TSR20190821.pdf Acesso em 05 de mar. 2023.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. RELAÇÃO MUNICIPAL DE MEDICAMENTOS ESSENCIAIS DE PORTO ALEGRE. Disponível em: http://proweb.procempa.com.br/pmpa/prefpoa/sms/usu_doc/remume_2023.pdf Acesso em 30 de mar. 2023.

SÃO PAULO, Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Comitê Técnico de Saúde Integral LGBTI. Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo. Disponível em: https://www.prefeitura.sp.gov.br/cidade/secretarias/upload/saude/Protocolo_Saude_de_Transexuais_e_Travestis_SMS_Sao_Paulo_3_de_Julho_2020.pdf Acesso em 15 de Abr. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. TelessaúdeRS. Atendimento às pessoas transexuais e travestis na Atenção Primária à Saúde 2022. Porto Alegre, UFRGS: 2022. Disponível em https://www.ufrgs.br/telessauders/wp-content/uploads/2022/08/tc_atendimento_pessoa_trans.pdf Acesso em 05 de mar. 2023.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Assistência ao Pré-Natal de Risco habitual. Processo SEI Nº 22.0.000142197-6 Disponível em: <https://sites.google.com/view/bvsapspoa/> Acesso em 17 de Abr. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. TelessaúdeRS. Tratamento de Náuseas e vômitos na gestação. Porto Alegre, UFRGS: 2022. Disponível em <https://www.ufrgs.br/telessauders/perguntas/qual-o-tratamento-de-nauseas-e-vomitos-na-gestacao/> Acesso em 05 de mar. 2023.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de Assistência ao Pré-Natal de Risco habitual. Disponível em:

<https://www.saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzU2NDU%2C> Acesso em 17 de Abr. 2023.

NANDA. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: definições e classificação 2018-2020 [recurso eletrônico] / [NANDA International]; tradução: Regina Machado Garcez; revisão técnica: Alba Lucia Bottura Leite de Barros... [et al.]. – 11. ed. – Porto Alegre: Artmed, 2020. Disponível em: <https://www.podiatria.com.br/uploads/trabalho/149.pdf> Acesso em 15 de Abr. 2023.

BAYER. Mesigyna®: solução injetável. Orizaba: Bayer de México, 2013. Disponível em: http://200.199.142.163:8002/FOTOS_TRATADAS_SITE_14-03http://200.199.142.163:8002/FOTOS_TRATADAS_SITE_14-03-2016/bulas/11607.pdf2016/bulas/11607.pdf Acesso em: 15 de abr. 2023.

BRASIL. Manual técnico para profissionais de saúde: DIU com cobre T Cu 380 A. Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/12/manual_diu_08_2018.pdf Acesso em: 15 de abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. 2. ed. 2. Reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 60 p. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno n.o 4). Disponível em: https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf Acesso em 15 Abr. 2023.

BRASIL. Resolução n.o 2.265, de setembro de 2019. Dispõe sobre o cuidado específico à pessoa com incongruência de gênero ou transgênero e revoga a resolução CFM n.o 1.955/2010. Diário Oficial da União: edição 6, seção 1, p. 96. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucaohttps://www.in.gov.br/en/web/dou/-/resolucao-n-2.265-de-20-de-setembro-de-2019-237203294n-2.265-de-20-de-setembro-de-2019-237203294>. Acesso em: 10 de Abr. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. Resolução COFEN No 564. Brasília, 2017. Disponível em: http://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-nohttp://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-5642017_59145.html5642017_59145.html Acesso em: 05 de abr. 2023.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL. Porto Alegre/COREN-RS. Protocolo de enfermagem na atenção primária à saúde: saúde da criança e do adolescente, 2020. Disponível em: <https://www.portalcorenhttps://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/ProtocolosEnfermagem/ProtocoloEnfermagemSaudeCriancaAdolescente042022.pdfrs.gov.br/docs/ProtocolosEnfermagem/ProtocoloEnfermagemSaudeCriancaAdolescente042022.pdf> Acesso em 01 de mar. 2023.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA. Manual de orientação em trato genital inferior e colposcopia. Rio de Janeiro: Febrasgo, 2010. 45 p. Disponível em:

<https://www.febrasgo.org.br/images/arquivos/manuais/Manual de Patologia do Trato Genital Inferior/Manual-PTGI-Cap-01-Colposcopia.pdf>

Acesso em: 15 de Abr. 2023.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de enfermagem volume 3 - Saúde da Mulher - Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida. Florianópolis, 2020. Disponível em:

<http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/PDF/PROTOCOLO%20%20SMS%20ATUALIZADO.pdf> Acesso em 15 de Abr. 2023.

CIPE®. Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem - Versão 2. Tradução Hermínia Castro. 2011. Disponível em:

<http://associacaoamigosdagrandeidade.com/wp-content/uploads/filebase/guias-manuais/ORDEM%20ENFERMEIROS%20cipe.pdf> Acesso em 17

de Abr. 2023.

FEBRASGO, Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Infecção do trato urinário. São Paulo: FEBRASGO; 2021 (Protocolo FEBRASGO-Ginecologia, n. 49/ Comissão Nacional Especializada em Uroginecologia e Cirurgia Vaginal). Disponível em:

<https://sogirgs.org.br/area-dohttps://sogirgs.org.br/area-do-associado/Infeccao-do-trato-urinario-2021.pdfassociado/Infeccao-do-trato-urinario-2021.pdf>.

Acesso em 17 de Abr. 2023.

Portaria insumos da diabetes (ver qual o link direto) <https://sites.google.com/view/bvsapspoa/servi%C3%A7os-de-sa%C3%BAde/assist%C3%AAnciahttps://sites.google.com/view/bvsapspoa/servi%C3%A7os-de-sa%C3%BAde/assist%C3%AAncia-farmac%C3%Aautica/insumos-para-diab%C3%A9ticosfarmac%C3%Aautica/insumos-para-diab%C3%A9ticos>

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de saúde. Nota Técnica 10/2019 (PROCESSO 19.0.000097816-0). documentação necessária, forma de envio e avaliação para inscrição no Programa Municipal de Distribuição de Insumos do Diabetes (PMDID). Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/1ae3d-eQ3AaqgDeWHqZq1CP55KtEjFMSu/view> Acesso em 17 de Abr.

RIO GRANDE DO SUL. Atenção Básica do RS. Uso da CIAP2 no PEC e-SUSAB. Disponível em: <https://atencobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201909/09104712-ciap2-no-e-sus-ab.pdf> Acesso em 17 de Abr. 2023.

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de saúde. Protocolo de Enfermagem da atenção Primária à saúde do Rastreamento de Neoplasia: Câncer de mama, colo de útero e intestino. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0BwL56cSWLMcdcUcyYWpsUIZOU2lremпкаFZSb3hoUDJZN1RV/view?resourcekey=0-O5bCKWlv0qfv01Xal2upNw> Acesso em 17 de Abr. 2023

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de saúde. Protocolo de Enfermagem para Enfermeiras (os) do Município de Porto Alegre: Infecções Sexualmente transmissíveis. Disponível em: <https://drive.google.com/file/d/0BwL56cSWLMcdeW4tWFZPRXINeEQ4R2NvRVR2UWMyRFVDZ0U0/view?resourcekey=0-eQxbDomyeViD6baMNoHyiA> Acesso em 17 de Abr. 2023

PORTO ALEGRE. Prefeitura Municipal. Secretaria Municipal de saúde. Protocolo de Assistência ao Pré-Natal de baixo Risco. Disponível em: https://drive.google.com/file/d/1EWGg_NR0hdYz9np0SRmG45uETftERGR-/view Acesso em 17 de Abr. 2023

SILVA, Pedro Henrique Alcantara da. Iniquidade racial no acesso ao Pré-Natal no primeiro trimestre de gestação: uma revisão sistemática e metanálise / Pedro Henrique Alcantara da Silva. - Natal, 2020. 71 f.: il. Disponível em: https://repositorio.ufrn.br/bitstream/123456789/30619/1/PedroHenriqueAlcantaraDaSilva_DISSERT.pdf Acesso em 17 de Abr. 2023.

SOUZA, L. B. F., FERNANDES, R. M., SOUSA, L. M., FERNANDES, M. I. D., Assistência à saúde do homem transgênero durante o ciclo gravídico puerperal: Uma Revisão Integrativa. Revista Nursing, 2022;25(292):8566-8571. Disponível em: <https://www.revistanursing.com.br/index.php/revistanursing/article/download/2728/3309/9410> Acesso em 17 de Abr. 2023.

SOUZA, Hamanda Vital Tavares de. Assistência ao homem transgênero no Pré-Natal: uma revisão integrativa de literatura. 2022. 52 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação em Enfermagem) - Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa, Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2022. disponível em <https://app.uff.br/riuff/handle/1/28444> Acesso em 10 de Abr. 2023.

Jaqueline Gomes de Jesus. Orientações sobre identidade de gênero: conceitos e termos. Brasília, 2012. Disponível em: https://www.sertao.ufg.br/up/16/o/ORIENTA%C3%87%C3%95ES_POPULA%C3%87%C3%83O_TRANS.pdf?1334065989 Acesso em 17 de Abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde – Brasil. Atenção Integral à Saúde da População Trans – Conteúdo para Profissionais de Saúde / Trabalhadores dos SUS. Brasília, 2016. Disponível em: https://bvsm.sau.gov.br/bvs/cartazes/nome_social_sus.pdf Acesso em 17 de Abr. 2023.

BRASIL, Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção primária à saúde. Departamento de Ações programáticas Estratégicas. NOTA TÉCNICA Nº 39/2021COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS. Disponível em: https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/10/Nota-Tecnica-39_2021-

[COCAM-e-CGPNIhttps://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/10/Nota-Tecnica-39_2021-COCAM-e-CGPNI-Amamentacao-e-alivio-da-dor-1.pdf](https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/10/Nota-Tecnica-39_2021-COCAM-e-CGPNI-Amamentacao-e-alivio-da-dor-1.pdf) Acesso em 17 de Arb. 2023.

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Atenção Primária e Políticas de Saúde. Divisão das Políticas dos Ciclos de Vida. Divisão da Atenção Primária em Saúde. Guia do Pré-natal e puerpério na Atenção Primária à Saúde (APS)/Célia Adriana Nicolotti, Franciele Masiero Vasconcellos, Gabriela Dalenogare, Isaine Hoffmann Vargas, Luciane da Silva, Paulo Sergio da Silva Mario, Talita Donatti (organizadores) – Porto Alegre: Secretaria de Estado da Saúde/RS, 2024.

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde. Divisão de Atenção à Saúde da Mulher. Linha Guia – Atenção Materno Infantil: Gestação/Secretaria de estado de Saúde do Paraná. 8 Ed. Curitiba: SESA, 2022.

23. ANEXOS

ANEXO 1. Formulário de Solicitação de Contracepção Cirúrgica

https://drive.google.com/file/d/1d7xztIqz11IsVHw_gAXDh-RDBVHexZ1W/view

ANEXO 2. Orientações para a usuária de DIU Hormonal (LNG)

https://drive.google.com/file/d/1xSm_qHYEID1PCvXkaJ5GjH9Ruu-hltzl/view

ANEXO 3. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para colocação do DIU Levonorgestrel

<https://drive.google.com/file/d/14k2P56kVhPUzsMAPdUt-D4b69go-7DUR/view>

ANEXO 4. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Para colocação do DIU de cobre

<https://drive.google.com/file/d/1LnbHWWm-J-kpDq3ZaENm9in9Y1cSNig/view>

ANEXO 5. POP Teste rápido de Gravidez

https://drive.google.com/file/d/1FZSZnQ21omoqbVI_xQnA2YHSNXiVdIP/view?usp=sharing

ANEXO 6. PROTOCOLO PARA INSERÇÃO DE IMPLANTE SUBDÉRMICO E DIU HORMONAL

https://drive.google.com/file/d/100ShnXb2KCQ6qMJ15XSrHlxwyF0QZhT_/view

ANEXO 7. Principais mudanças nos critérios de encaminhamento PNAR de pessoa gestantes com DMG

<https://drive.google.com/file/d/18sYasFHIiev6DTQp5-L2gHjZL8wFKL2L/view>

ANEXO 8. Informações que devem constar na solicitação de encaminhamento ao Pré-Natal de alto risco

https://drive.google.com/file/d/1vXdO4_YCS6D39Be7pycXqcTZCxKhh8H0/view

ANEXO 9. Instrução Normativa sobre toxoplasmose gestacional e congênita

https://drive.google.com/file/d/1ApaImx0EET4p6Q_I_5vJZQ9KycXO7yCk/view

ANEXO 10. Calculadora do estado nutricional da pessoa gestante

<https://aps.bvs.br/apps/calculadoras/index.php?page=9>

ANEXO 11. Orientações sobre o atendimento de Pré-Natal e puerpério na APS diante da pandemia da COVID-19

<https://drive.google.com/file/d/12GRA386A4pqbmHpSHRST5N5leMt1cAsZ/view>

ANEXO 12. Aborto Legal - Tu tens direito!

https://drive.google.com/file/d/1igPcbw8uOktKe_XDzthPVrJEmDRjndbO/view

ANEXO 13. Acompanhamento da Puericultura no PEC e-SUS AB

<https://drive.google.com/file/d/11cMASb3UloZxdy1jj18Ma8JjD-YJce3N/view>

ANEXO 14. Seguimento da sífilis congênita

https://drive.google.com/file/d/1sbwECvwIEqiTNIQVV1vq2a3QsAJMM9Ci/view?usp=share_link

ANEXO 15. Fluxo de atendimento anemia falciforme

<https://drive.google.com/file/d/1cbU9GmhV1txTdH2xamNqHZ3DxzqzaQlv/view?usp=sharing>

ANEXO 16. RESULTADO DA TRIAGEM NEONATAL PARA DOENÇA FALCIFORME

RESULTADO	ORIENTAÇÕES
Resultado Positivo	O SRTN entra em contato com a unidade que demandou o exame e solicita busca ativa para atendimento em consulta médica no HMIPV. Após confirmação diagnóstica, o usuário é regulado para um dos ambulatórios de hemoglobinopatias de referência, assim como segue sendo acompanhado na rede de assistência e na unidade de saúde. Os pais realizam a coleta de eletroforese de hemoglobina.
Resultado Negativo	Usuário segue sendo acompanhado em consulta habitual de puericultura, na unidade de saúde de referência.
Resultado positivo para Traço Falciforme	Acompanhamento de puericultura habitual, consulta de orientação e aconselhamento genético para os pais, orientação de investigação diagnóstica através da eletroforese de hemoglobina para pais e irmãos.

Fonte: Fluxo de atendimento à doença Falciforme SMS POA/2023

ANEXO 17. RESULTADO DA ELETROFORESE DE HEMOGLOBINA NO PRIMEIRO TRIMESTRE DO PRÉ-NATAL.

RESULTADO	ORIENTAÇÕES
Resultado Positivo	Encaminhar para Pré-Natal nos ambulatórios de hemoglobinopatias de referência.
Resultado Negativo	Permanece na rede para acompanhamento de Pré-Natal.
Resultado positivo para Traço Falciforme	Orientar parceiros para coleta de eletroforese de hemoglobina. Orientação e aconselhamento genético.

Fonte: Fluxo de atendimento à doença Falciforme SMS POA/2023

ANEXO 18. DOENÇA FALCIFORME: CUIDADOS COM PESSOA GESTANTES, PUÉRPERAS E SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA

A gestação na Doença Falciforme está associada a um aumento de complicações clínicas materno-fetais. A gravidez pode agravar a doença com piora da anemia e aumento da frequência e gravidade das crises álgicas e infecções. A doença pode interferir na evolução normal da gestação, ocorrendo riscos significativamente maiores de morte nas grávidas com a doença quando comparadas com as mulheres saudáveis. O rastreamento e diagnóstico precoce de DF na pessoa gestante é essencial, está instituído no Protocolo de Pré-Natal de Porto Alegre (Protocolo de assistência ao Pré-Natal de baixo risco, Porto Alegre) e deve ser feito através de exames como a eletroforese de Hemoglobina, no primeiro trimestre ou no momento de captação da pessoa gestante. A taxa de morbidade materna permanece alta, com elevada prevalência de complicações, a morbidade fetal também é bastante significativa, incluindo: aborto, restrição de crescimento, óbito fetal, prematuridade e recém-nascido de baixo peso. As complicações urinárias são muito frequentes nos primeiros 5 meses da gestação sendo recomendado o tratamento rigoroso da bacteriúria assintomática.

As alterações Placentárias na DF incluem:

Redução do tamanho da placenta em decorrência da diminuição do fluxo sanguíneo causado pela vaso-oclusão;

Maior incidência de placenta prévia em decorrência da hipóxia endometrial;

As causas do descolamento prematuro da placenta são pouco claras, podendo ocorrer devido à necrose da decídua basal ou a grandes infartos.

A detecção da DF no Pré-Natal faz parte do protocolo de atendimento da pessoa gestante, que em caso de diagnóstico positivo, deve ser encaminhada para Pré-Natal de alto risco, recebendo orientação e informação com todos os detalhes da sua condição genética. Com o diagnóstico no programa de Pré-Natal, uma rede organizada tendo a Atenção Básica como suporte e a garantia do sistema de referência poderemos gerar grande impacto no perfil de morbimortalidade e qualidade de vida para as pessoas gestantes tratadas adequadamente.

Quadro 28. Interpretação do Resultado da Eletroforese

EXAME	RESULTADO	CONDUTA
Eletroforese de Hemoglobina	Hb AA: pessoa gestante sem traço ou doença falciforme	NÃO precisa encaminhar para Pré-Natal de alto risco
	Hb As: pessoa gestante com traço falciforme	NÃO precisa de encaminhamentos, porém é sugerido investigar o parceiro. Caso o parceiro tenha resultado AS, é indicado orientação genética para a possibilidade de próximas gestações.
	Hb SS, SC, S β + tal, S β 0 tal ou SD: pessoa gestante com doença falciforme	Encaminhar para agenda hemato hemoglobinopatia via GERCON, mantendo vinculação da pessoa gestante na Unidade de Saúde.

Fonte: Fluxo de atendimento à doença Falciforme SMS POA/2023

- Agendar primeira consulta de Pré-Natal na Atenção Primária;
- Após resultado positivo para DF, encaminhar via regulação para agenda Hemato Hemoglobinopatia. O Pré-Natal de alto risco (PNAR) deve ser feito na mesma instituição por interconsulta;
- Prescrições de sulfato ferroso serão realizadas conforme avaliação do PNAR e/ou Hematologista, somente se ferropenia, semelhante às condutas em crianças pequenas e doença falciforme. Manter uso de ácido fólico na dosagem de 5mg/dia;
- Orientar sobre o cuidado com as mamas e o aleitamento materno;
- Encaminhar para avaliação de saúde bucal;
- Encaminhar para avaliação nutricional;

- Promover ações de autocuidado. Orientar sobre ingesta hídrica, esforços físicos, dificuldades e intercorrências;
- Avaliar situação vacinal preconizada para pessoa gestantes conforme PNI e indicar vacinação Pneumo 23, caso necessário, no último trimestre de gestação;
- Manter trabalho conjunto no Pré-Natal entre serviço de referência e APS;
- Orientar a pessoa gestante a reconhecer sinais de alerta para infecções e outras complicações; • Realizar visita domiciliar pelo ACS;
- Encaminhar para o CRAS, para inscrição no CADÚNICO

ANEXO 19. PUÉRPERA COM DOENÇA FALCIFORME

- Ainda na maternidade, agendar consulta de binômio com enfermeira da unidade de referência na APS. A consulta deve ser agendada entre o 3º e 5º dia de vida do bebê;
- Manter atendimento compartilhado entre APS e serviço de referência;
- Agendar consulta de planejamento reprodutivo para 30 dias após o parto;
- Orientar manutenção de ingesta hídrica, mantendo uma boa hidratação;
- Prevenir tromboembolismo: deambulação precoce e uso de meias elásticas;
- Manter ácido fólico (5mg) ao dia durante a amamentação em pessoas gestantes com doença falciforme;
- As prescrições de sulfato ferroso serão realizadas conforme avaliação do PNAR e/ou Hematologista;
- Medidas contraceptivas para as mulheres com Doença Falciforme que assim desejarem, os métodos contraceptivos mais recomendáveis são DIU hormonal com progestágenos e progestágenos isolados devido menor risco de ocorrência de trombose; • Realizar visita domiciliar mensal pelo ACS.

ANEXO 20. ATENÇÃO À AMAMENTAÇÃO, ALIMENTAÇÃO E NUTRIÇÃO EM PESSOAS COM DOENÇA FALCIFORME

A pessoa que vive com DF pode ter seu quadro agravado por deficiências nutricionais, e deve, portanto, ter garantido um plano global de intervenções, não só como forma de tratamento, mas como forma de melhoria de qualidade de vida e bem-estar. A avaliação do estado nutricional de pacientes com diagnóstico de DF é essencial. O elevado gasto energético é uma característica da doença, em função da supressão do apetite por mediadores inflamatórios e mudanças na composição corporal, resultando em diminuição relativa da massa magra e aumento da gordura visceral e inflamação. O elevado gasto energético está também relacionado a adaptações fisiológicas para hemólise (aumento da produção de hemácias, aumento das taxas de reposição protéica, aumento da utilização de aminoácidos ou a combinação destes processos). Portanto, a adequação calórica da dieta alimentar é essencial. Nesse sentido, há necessidade de monitoramento do estado nutricional, especialmente em crianças e adolescentes. Muitas vezes, DF está associada a déficit do estado nutricional, por outro lado, a tendência mundial de sobrepeso ou obesidade é particularmente preocupante para a pessoa com DF, pois aumenta o risco preexistente de hipertensão e/ou acidente vascular cerebral.

Além disso, sabe-se que indivíduos com má nutrição correm risco de aumento da dor e diminuição da funcionalidade.

Realizar ações de vigilância nutricional em crianças, determinando o canal de crescimento individual, e registrando as informações no sistema de monitoramento PEC e Sisvan;

Realizar ações de vigilância nutricional em adultos e idosos, registrando as informações nos sistemas de informações PEC e Sisvan;

Encaminhar, via regulação ambulatorial, para acompanhamento com nutricionista do Serviço Ambulatorial Especializado (SAE) em caso de má nutrição (déficit nutricional ou excesso de peso) e/ou crises de dor recorrentes;

Estimular o consumo de líquidos e monitorar sinais de desidratação (a desidratação pode causar crises de dor devido ao aumento da viscosidade sanguínea que leva à vaso-oclusão e hemólise);

Deve-se estimular o consumo de água, preferencialmente. Considerando as recomendações do Guia Alimentar, deve-se evitar o aumento do consumo de bebidas ultra processadas;

A quantidade de líquido, preferencialmente água, deve ser aumentada em caso de calor excessivo, atividade física ou febre;

De maneira geral, estimular as recomendações dos Guias Alimentares para População Brasileira, promovendo o autocuidado, considerando o acesso à alimentação segura e de qualidade, tendo como base da alimentação, alimentos minimamente processados;

- Estimular o aleitamento materno no RN com DF.