



Prefeitura Municipal de Porto Velho  
Secretaria Municipal de Saúde

# PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE



3ª edição revisada

Porto Velho-RO  
2023



**Prefeitura Municipal de Porto Velho  
Secretaria Municipal de Saúde  
Departamento de Atenção Básica  
Divisão Saúde da Família e Linhas de Cuidados  
Subgerência do Núcleo de Saúde Da Mulher**

**PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL NA  
ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE**

**PORTO VELHO/RONDÔNIA  
2023**

## **ELABORAÇÃO**

### **Autores**

Alexandre Rech  
Camila Teixeira  
Claudete Martins  
Ida Perea  
Jaqueline Barbosa Costa  
Lívia Leite  
Mailene Lisboa.  
Maria Riva  
Silvy Amado

### **COLABORADORES DA 3ª EDIÇÃO**

#### **Residência Multiprofissional em Saúde da Família/UNIR**

Brendo B. Silva de Lima - Cirurgião-dentista  
Jéssica Cunha Alves - Enfermeira  
Karem Dato da Silva Pinto - Psicóloga  
Lerissa Nauane Ferreira - Enfermeira  
Camila de Oliveira Souza- Enfermeiro  
Naiany Meiriely de A. Lopes - Cirurgiã-dentista  
Wuelison Lelis de Oliveira -Enfermeiro

#### **Residência de Enfermagem Obstétrica – SESAU**

Mídiâne Costa dos Santos- Enfermeira

#### **Enfermeirandos da Universidade Federal de Rondônia - UNIR**

Carla Adriane Lara da Silva  
Dayanne Silva de Souza  
Filipe Augusto Alves Marques  
Sabrina Alencar Oliveira

#### **Atualização - 3ª Edição 2022**

##### **Enfermeiros:**

Aline Silva Lima  
Arielson Silva  
Caroline Cardoso Nogueira  
Karla da Silva Guimarães Rocha  
Kely Raquel Przybsz,  
Lívia Julienne da Silva Lima  
Lyene Aparecida Jorge dos Santos  
Maria de Lurdes da Silva Oliveira  
Marina Gomes Martellet  
Rosilene Ruffato  
Thalita Fernandes Cardoso  
Tamires dos Prazeres de Oliveira

##### **Médicas:**

Denise Nocrato  
Ethiane Channan de Oliveira Bastos  
Ivania da Conceição Alves Storer  
Liliane de Barros Bambilra Casseb  
Paula Grabner Marques

##### **Cirurgiã-dentista**

Tatiana Michelle Catão de Oliveira

##### **Equipe multiprofissional**

Milka Miranda Freire- Psicóloga  
Noeli Nunes de Lima – Assistente Social  
Rosimari de S. G. Carvalho- Nutricionista

**Revisão técnica - 3ª Edição**

**FUNDAÇÃO UNIVERSIDADE FEDERAL DE RONDÔNIA**

Kátia Fernanda Alves Moreira – Enfermeira - Profa. Dra. Enfermagem em Saúde Pública

Cleson Oliveira de Moura – Cirurgião-dentista - Prof. Dr. Enfermagem

Daiana Evangelista Rodrigues Fernandes – Enfermeira – Profa. Dra. Enfermagem

Edilene Macedo Cordeiro – Enfermeira – Profa. Dra. Enfermagem

Elen Petean Parmejiani – Enfermeira – Profa. Dra. Enfermagem

Ivanice Fernandes Barcelos Gemelli – Médica ginecologista-obstetra – Profa. Dra. Ciências da Saúde

Jandra Cibele Rodrigues de Abrantes Pereira Leite – Enfermeira – Profa. Dra. Enfermagem

**Catálogo da Publicação na Fonte  
Fundação Universidade Federal de Rondônia - UNIR**

- 
- P923 Prefeitura Municipal de Porto Velho. Subgerência do Núcleo de Saúde da Mulher.  
Protocolo de assistência ao pré-natal na Atenção Primária à Saúde / Subgerência do Núcleo de Saúde da Mulher; Elaborado por Alexandre Rech... [et al.]. – 3ª ed. rev. – Porto Velho, RO, 2023.
- 192 p.: il., color.
- Instrumento norteador à assistência pré-natal de risco habitual ofertada pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família e Atenção Básica no município de Porto Velho. Revisão técnica – Núcleo de Saúde da Fundação Universidade Federal de Rondônia.
1. Assunto. I. Teixeira, Camila. II. Martins, Claudete. III. Perea, Ida. IV. Costa, Jaqueline Barbosa. V. Leite, Livia. VI. Lisboa, Mailene. VII. Riva, Maria. VIII. Amado, Silvy. IX. Título.
- Biblioteca Central CDU 614(036)



**PREFEITO DO MUNICÍPIO DE PORTO VELHO**

Hildon de Lima Chaves

**SECRETÁRIA MUNICIPAL DE SAÚDE**

Eliana Pasini

**SECRETÁRIA ADJUNTA DE SAÚDE**

Marilene Aparecida Penatti

**Assessoria Técnica**

Ângela Maria Zocal

**Diretora do Departamento de Atenção Básica**

Fabíola Barros Ribeiro

**Gerente da Divisão de Estratégia Saúde da Família e Linhas de  
Cuidado**

Nildethe Beltrão Macieira Pedraça

**Assessoria Técnica DAB**

Itamires Laiz Coimbra da Silva

**Subgerente do Núcleo de Saúde da Mulher**

Ana Emanuela de Carvalho Chagas

## LISTA DE ILUSTRAÇÕES

### LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Cadastro e vinculação da gestante no sistema E-SUS pela "ABA CIDADÃO" .....	35
FIGURA 2 - Cadastro e vinculação da gestante pelo prontuário aberto .....	36
FIGURA 3 - Inserção dos antecedentes familiares e obstétricos da gestante.....	37
FIGURA 4 - Registro da seção (S): Subjetivo .....	39
FIGURA 5 - Registro da seção (O): Objetivo.....	41
FIGURA 6 - Registro da seção (O): Objetivo, a partir da segunda consulta de pré-natal.....	42
FIGURA 7 - Registro na seção (O): Objetivo, referente aos resultados dos exames solicitados .....	43
FIGURA 8 - Registro da seção (A): Avaliação, considerando o raciocínio clínico baseado na análise dos campos "subjetivo" e "objetivo" .....	46
FIGURA 9 - Registro da seção (P): Plano, referente à proposta terapêutica .....	47
FIGURA 10 - Registro da seção (P): Plano, referente à prescrição medicamentosa.....	48
FIGURA 11 - Registro da seção (P): Plano, referente à solicitação de exames de rotina realizados no pré-natal .....	49
FIGURA 12 - Registro da seção (P): Plano, referente ao encaminhamento da gestante ao pré-natal de alto risco.....	50
FIGURA 13 - Ficha de impressão do encaminhamento ao pré-natal de alto risco .....	51
FIGURA 14 - Acompanhamento do histórico das medições da gestante .....	52
FIGURA 15 - Registro dos resultados dos exames solicitados anteriormente.....	54
FIGURA 16 - Registro do resultado das ultrassonografias.....	55
FIGURA 17 - Agendamento de consultas .....	56
FIGURA 18 - Registro da finalização de condição "ativa" da gestação .....	57
FIGURA 19 - Registro de desfecho do pré-natal por consulta puerperal .....	58
FIGURA 20 - Registro de desfecho do acompanhamento de pré-natal como aborto .....	59
FIGURA 21 - Registro tardio das consultas de pré-natal ou puerperal no domicílio.....	60
FIGURA 22 - Registro de doses anteriores do esquema vacinal da gestante no e-SUS AB.....	85
FIGURA 23 - Escore de Alerta Obstétrico Modificado (MEOWS) .....	105
FIGURA 24 - Procedimentos que compõem o atendimento odontológico à gestante garantidos pela Política Nacional de Saúde Bucal .....	122
FIGURA 25 - Fluxo para primeira consulta de pré-natal odontológica.....	123
FIGURA 26 - Registro da consulta odontológica na caderneta da gestante .....	124
FIGURA 27 - Atendimento odontológico inicial da gestante .....	125
FIGURA 28 - Cárie dentária.....	126
FIGURA 29 - Fatores não inerentes À gestação que influenciam na suscetibilidade às lesões de cárie .....	127
FIGURA 30 - Alterações clínicas associadas às doenças periodontais.....	128
Figura 31 - Gengivite gestacional .....	128
FIGURA 32 - Granuloma gravídico .....	129
FIGURA 33 – Periodontite .....	130
FIGURA 34 - Erosão dentária .....	130
FIGURA 35 - Posição recomendada da gestante na cadeira odontológica.....	132
FIGURA 36 - Pré-natal do parceiro .....	145

FIGURA 37 - Registro do pré-natal do parceiro.....	146
--	-----

## **LISTA DE FLUXOGRAMA**

FLUXOGRAMA 1 - Diagnóstico de gravidez .....	30
FLUXOGRAMA 2 - Diagnóstico de diabetes mellitus gestacional .....	97
FLUXOGRAMA 3 - Rastreamento de toxoplasmose no pré-natal .....	100
FLUXOGRAMA 4 - Manejo de sífilis em gestantes .....	112
FLUXOGRAMA 5 - Diagnóstico de HIV em gestantes.....	116

## **LISTA DE GRÁFICOS**

GRÁFICO 1 - Frequência de mortes maternas e Razão de Mortalidade Materna, em Porto Velho - RO, entre os anos de 2012 E 2021 .....	12
GRÁFICO 2 - Número de gestantes que realizaram 1ª consulta de pré-natal até a 12ª semana gestacional, em Porto Velho - RO, entre os anos de 2017 e 2020 .....	13

## **LISTA DE QUADROS**

QUADRO 1 - Redes de Atenção à Saúde Materno Infantil em Porto Velho – RO .....	
QUADRO 2 - Sinais e sintomas sugestivos de gravidez.....	-
QUADRO 3 - Recomendações da periodicidade para agendamento de consultas .....	61
QUADRO 4 - Roteiro de atendimento da primeira consulta da gestante.....	62
QUADRO 5 - Roteiro de exame físico geral e obstétrico .....	65
QUADRO 6 - Exames de rotina no pré-natal de baixo risco e a interpretação dos resultados .....	68
QUADRO 7 - Condições clínicas de identificação de maior risco na gestação atual .....	76
QUADRO 8 - Situações clínicas de urgência/emergência obstétrica, que devem ser avaliadas em contexto hospitalar .....	78
QUADRO 9 – Instrumento para registro diário dos movimentos fetais .....	79
QUADRO 10 - Esquema vacinal contra Difteria e Tétano (dT).....	80
QUADRO 11 - Esquema vacinal para dTpa em gestantes.....	81
QUADRO 12 - Esquema vacinal contra Hepatite B .....	82
QUADRO 13 - Esquema vacinal contra COVID-19 para gestantes .....	83
QUADRO 14 - Esquema de vacinas contraindicadas no período gestacional .....	84
QUADRO 15 - Queixas frequentes na gestação e suas respectivas condutas .....	86
QUADRO 16 - Agravos e intercorrências circulatórias e urinárias no período gestacional .....	93
QUADRO 17 - Esquema de tratamento de toxoplasmose em gestantes .....	101
QUADRO 18 - Avaliação, classificação clínica e conduta de casos de COVID-19 em gestantes e puérperas.....	103
QUADRO 19 - Manifestações clínicas e tratamento das vulvovaginites e cervicites.....	107
QUADRO 20 - Estadiamento da sífilis e características clínicas.....	111
QUADRO 21 - Exames de sífilis treponêmicos e não-treponêmicos .....	113
QUADRO 22 – Monitoramento pós-tratamento de sífilis adquirida e sífilis em gestantes.....	114

QUADRO 23 - Características, diferenciações e condutas frente às arboviroses na gestação.....	118
QUADRO 24 - Ganho de peso recomendado (em kg) durante a gestação, segundo estado nutricional .....	134
QUADRO 25 - Recomendações de suplementação de ferro elementar e ácido fólico em gestantes e puérperas.....	134
QUADRO 26 - Orientações aos profissionais acerca dos aspectos psicológicos em cada fase do período perinatal .....	135
QUADRO 27 - Diferencial sinóptico dos sofrimentos mentais puerperais.....	138
QUADRO 28 – Considerações sobre o parto vaginal e cirurgia cesariana.....	147
QUADRO 29 - Principais intercorrências mamárias .....	158
QUADRO 30 - Avaliação geral da puérpera .....	163
QUADRO 31 - Complicações no período puerperal e condutas.....	165
QUADRO 32 - Métodos anticoncepcionais no parto e pós-parto .....	167

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>11</b>
<b>2</b>	<b>REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO INFANTIL .....</b>	<b>14</b>
<b>3</b>	<b>ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ATUAÇÃO NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL.....</b>	<b>15</b>
3.1	Condições necessárias para a atenção ao pré-natal com qualidade.....	16
3.2	Acolhimento .....	17
3.3	Atribuições dos profissionais da APS .....	18
3.4	Direitos da gestante e puérpera.....	23
<b>4</b>	<b>ABORDAGEM PRÉ-CONCEPCIONAL: AVALIAÇÃO E CUIDADOS.....</b>	<b>27</b>
<b>5</b>	<b>DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ.....</b>	<b>30</b>
5.1	Teste Rápido de Gravidez.....	31
5.2	Dosagem de gonadotrofina coriônica humana (βHCG).....	32
5.3	Exame ultrassonográfico .....	32
<b>6</b>	<b>REGISTRO DIGITAL DE ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL.....</b>	<b>33</b>
6.1	Cadastro, vinculação e registro de atendimentos no E-SUS AB .....	33
6.2	Cadastro e vinculação da gestante .....	34
6.3	Antecedentes e histórico obstétrico.....	37
6.4	Registro no Prontuário SOAP.....	38
6.5	Agendamento de consultas de retorno.....	56
6.6	Finalizar pré-natal e consulta puerperal.....	56
6.7	Consulta de pré-natal ou puerperal realizadas durante a visita domiciliar .....	60
<b>7</b>	<b>ACOMPANHAMENTO DO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL .....</b>	<b>61</b>
7.1	Calendário de consultas .....	61
7.2	Atendimento na primeira consulta da gestante .....	62
7.3	Exames de rotina preconizados.....	68
7.4	Avaliação e estratificação do risco gestacional .....	74
7.5	Realização do Registro Diário de Movimento Fetal (RD MF).....	78
<b>8</b>	<b>IMUNIZAÇÃO NA GESTAÇÃO.....</b>	<b>80</b>
8.1	Imunização contra a difteria e tétano adulto (dT).....	80
8.2	Vacinação dTpa.....	80

8.3	Vacina Contra Influenza (Fragmentada).....	81
8.4	Imunização contra Hepatite B .....	82
8.5	Vacina contra COVID-19 .....	83
8.6	Vacinas contraindicadas na gestação .....	83
8.7	Registro de Histórico Vacinal da Gestante no e-SUS AB .....	84
<b>9</b>	<b>QUEIXAS FREQUENTES NA GESTAÇÃO E CONDUTA .....</b>	<b>86</b>
<b>10</b>	<b>AGRAVOS E INTERCORRÊNCIAS NA GESTAÇÃO .....</b>	<b>93</b>
10.1	Comorbidades circulatórias e urinárias.....	93
10.2	Diabetes Mellitus .....	96
10.3	Toxoplasmose na gestação: rastreio, prevenção e tratamento .....	99
10.4	Síndrome gripal e COVID-19 na gestação e puerpério.....	102
10.5	Vulvovaginites e Cervicites na gestação .....	106
10.6	Sífilis na gestante.....	110
10.7	Infecção pelo HIV na gestação .....	114
10.8	Arboviroses em gestantes.....	117
<b>11</b>	<b>ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL .....</b>	<b>122</b>
<b>12</b>	<b>ABORDAGEM NUTRICIONAL NA GESTAÇÃO E PUERPÉRIO.....</b>	<b>133</b>
<b>13</b>	<b>APECTOS PSICOLÓGICOS DA GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO... 135</b>	
<b>14</b>	<b>EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL .....</b>	<b>139</b>
15.1	Fluxo da consulta do pré-natal do parceiro.....	143
15.2	Inserção digital do Registro do Pré-Natal do Parceiro.....	146
15.3	Direitos do parceiro quanto à paternidade .....	146
<b>16</b>	<b>PREPARO PARA O TRABALHO DE PARTO.....</b>	<b>147</b>
16.1	Promoção ao parto .....	147
16.2	Identificação do trabalho de parto .....	150
<b>17</b>	<b>PROMOÇÃO DA AMAMENTAÇÃO NO PRÉ-NATAL .....</b>	<b>153</b>
17.3	Principais intercorrências mamárias durante a amamentação.....	157
17.4	Contraindicações à amamentação .....	160
<b>18</b>	<b>ATENÇÃO À MULHER NO PERÍODO PUERPERAL.....</b>	<b>161</b>
18.2	Consulta de puerpério.....	162
18.3	Cuidados com o Recém-Nascido .....	165
18.4	Planejamento Reprodutivo no Puerpério.....	166
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>182</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>190</b>

## APRESENTAÇÃO

A consolidação da Rede de Assistência à Saúde Materno Infantil no país perpassa pelo fortalecimento da Atenção Primária à Saúde – APS pois, nesse cenário de atuação a provisão de meios que garantam a eficácia da atuação profissional e qualificação da assistência à gestante, sua família e rede de apoio durante o ciclo gravídico-puerperal promovem melhoria nos indicadores de saúde, especialmente na redução de morbimortalidade materna e infantil por causas evitáveis e passíveis de acompanhamento no território de atuação das equipes de Saúde da Família e Atenção Básica.

A fim de fomentar tais ações, este documento foi reformulado por meio de trabalho conjunto de profissionais da APS e Atenção Especializada da Secretaria Municipal de Saúde e reúne as evidências científicas e recomendações embasadas nos protocolos assistenciais e diretrizes instituídas pelo Ministério da Saúde. Necessitando detalhar algumas atualizações, este protocolo de abrangência municipal, foi desmembrado do documento intitulado **“Protocolo e Diretrizes de Atendimento à Saúde da Mulher no município de Porto Velho”** criado e publicado em 2010 o qual desde então é atualizado bianualmente.

Além de abordar as atribuições e processo de trabalho das equipes da APS na assistência ao pré-natal adequado, abrange questões relacionadas ao acompanhamento da gravidez de risco habitual e suas possíveis intercorrências, aspectos legais relacionados à gestação, ao parto/nascimento e ao puerpério, ações de promoção da saúde na gestação e puerpério; preparo para o parto e apoio ao aleitamento materno.

Este é, portanto, além do produto do esforço coletivo da área técnica e assistencial de saúde da mulher, um instrumento para nortear a assistência pré-natal de risco habitual ofertada pelas equipes de Estratégia de Saúde da Família e Atenção Básica no município de Porto Velho.

Ademais, é válido ressaltar que o conhecimento não se esgota e as necessidades de atualização e aperfeiçoamento de nossas práticas não são supridas em um único protocolo, mas consolidamos aqui orientações atualizadas passíveis de complementação constante e alterações periódicas.

## 1 INTRODUÇÃO

Nas últimas três décadas, o Brasil avançou na melhoria da atenção e assistência ao parto e nascimento, decorrente de uma série de esforços e incentivos do governo e da sociedade. Entretanto, a redução da morbimortalidade materna e infantil continua a ser um desafio para o País. Tais mortes ainda ocorrem por causas evitáveis, principalmente no que diz respeito às ações dos serviços de saúde, entre eles a Atenção Primária (TINTORI *et al.*, 2022):

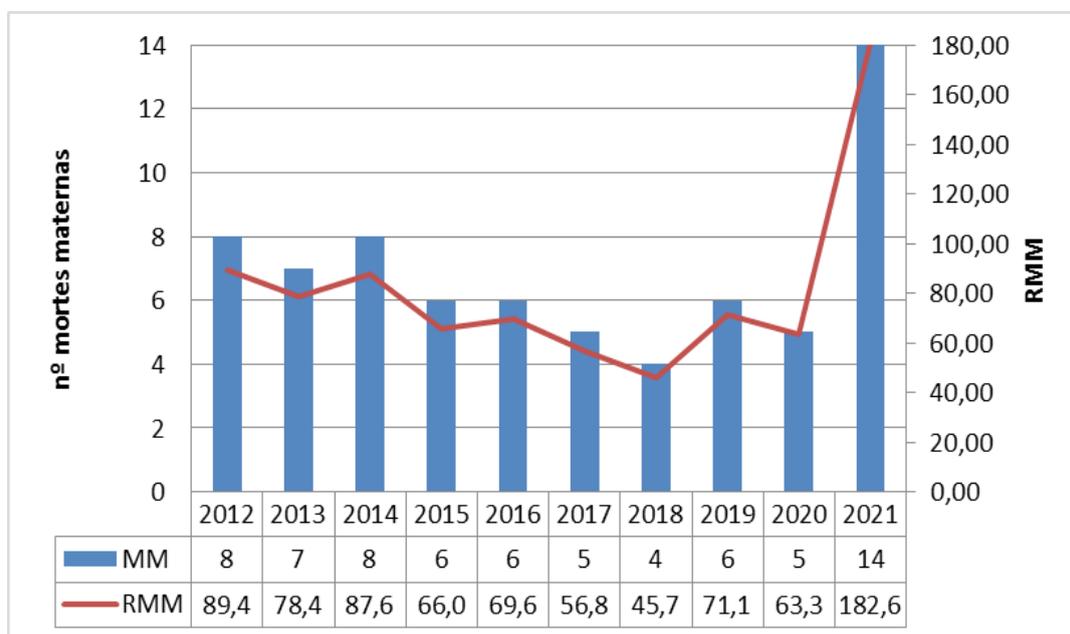
A Organização das Nações Unidas (ONU) e Organização Mundial da Saúde (OMS) uniram forças em todo mundo para a redução dos indicadores de mortalidade materna e infantil, definindo metas globais, que estabelecem esforços para redução de mortes evitáveis em conformidade com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS) (OPAS, 2015).

Estes eventos são de grande importância para a saúde pública, com graves consequências sociais e humanas. A mortalidade materna e a neonatal (até 28 dias), principalmente a mortalidade neonatal precoce (0 - 6 dias) representam um desfecho negativo, que podem ser evitados por meio de melhorias nos serviços de saúde. Portanto, conhecer a magnitude dessas ocorrências é indispensável para o planejamento e gerência de ações de saúde em qualquer nível de atenção.

A morte materna (MM) é definida como mortes de mulheres no período gestacional ou até 42 dias pós-parto. Pode ser ocasionada por fatores relacionados ou agravados pela gravidez ou por medidas tomadas em relação a ela. As mortes provocadas por fatores acidentais ou incidentais não são consideradas morte materna (BRASIL, 2007).

No período de 2012 a 2021, em Porto Velho, ocorreram 69 mortes maternas, o que corresponde a 36,5% das mortes do estado de Rondônia, que registrou 189 óbitos no mesmo período. O número absoluto de óbitos maternos de residentes de Porto Velho reduziu 37,5% até 2020 (Gráfico 1).

**GRÁFICO 1 - FREQUÊNCIA DE MORTES MATERNAS E RAZÃO DE MORTALIDADE MATERNA, EM PORTO VELHO - RO, ENTRE OS ANOS DE 2012 E 2021**



Fonte: SIM/DVE/DVS/SEMUSA-PVH. Dados acessados em 23/03/2022.

A Razão de Mortalidade Materna (RMM) é um indicador que expressa o número de óbitos maternos dentre 100.000 nascidos vivos (NV). Segundo os parâmetros estabelecidos pela OMS, a RMM atende a seguinte classificação: <20 (Baixa); 20 a 50 (Média); 50 a 150 (Alta) e > 150 (Muito Alta) (LAURENTI; MELLO- JORGE; GOTLIEB, 2000).

De acordo com o Gráfico 1, entre os anos de 2012 e 2020, Porto Velho registrou oscilação da RMM com redução, declinando de 89,4 em 2012 para 63,4 óbitos por 100 mil/NV em 2020, enquanto em Rondônia foi observado um aumento de 64 MM para quase 70 MM por 100 mil/NV no mesmo período.

Quanto a isso, em 2021 a pandemia causada pelo vírus SARS-CoV-2, agente etiológico da COVID-19, repercutiu negativamente na mortalidade de gestantes e puérperas, o que pode ser observado pelo aumento no número de mortes acima do esperado com crescimento de 180% nas notificações em relação ao ano anterior e salto na RMM para 182,6 MM por 100 mil/NV. No Brasil, em 2021, a MM foi de 107,53 por 100 mil/NV (UNFPA, 2022).

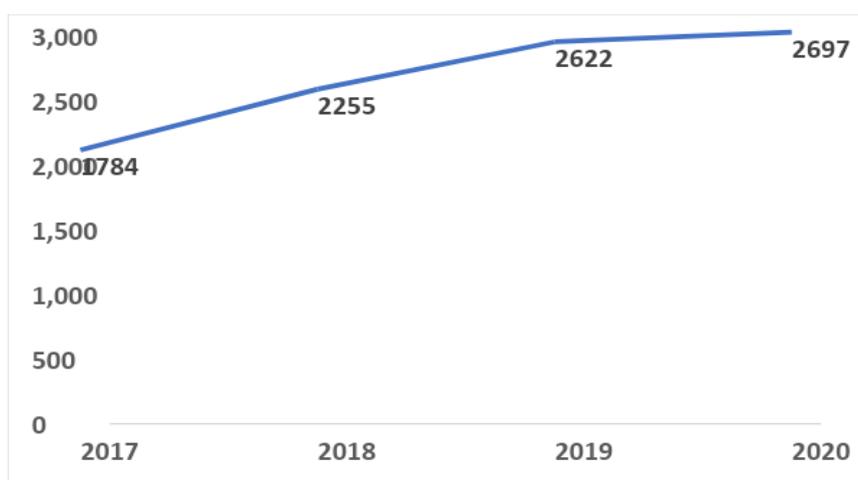
Esta explosão de óbitos agravou a situação da mortalidade materna na capital, que se elevou a um patamar de risco muito alto de MM, nos distanciando ainda mais do que é considerado “aceitável” pela OMS, ou seja, até 20 óbitos para cada 100 mil/NV.

Tais dados indicam que a qualificação da atenção ao Pré-natal e parto deve ser tratada como uma ação prioritária, uma vez que confere prevenção da morte materna e, também, a morte perinatal. Neste contexto, a elaboração de instrumentos que visam orientar a assistência às gestantes, neonatos e suas famílias representa um importante aliado para a redução das taxas de morbimortalidade relacionadas ao ciclo gravídico- puerperal.

Além das ações de enfrentamento da mortalidade e de fortalecimento da atenção à saúde materno-infantil, há também o investimento na qualificação e monitoramento das informações sobre o óbito materno e infantil, com acompanhamento contínuo dessas ocorrências por meio da vigilância dos óbitos. Diante deste cenário, é imprescindível o cuidado em saúde qualificado no ciclo gravídico-puerperal.

Quanto a este assunto, o Gráfico 2 ilustra que há uma evolução crescente na adesão de mulheres ao acompanhamento do pré-natal no primeiro trimestre de gestação, evidenciando captação precoce deste público. Isto favorece mitigar riscos de complicações durante a evolução da gestação bem como, no parto e puerpério.

**GRÁFICO 2 - NÚMERO DE GESTANTES QUE REALIZARAM 1ª CONSULTA DE PRÉ-NATAL ATÉ A 12ª SEMANA GESTACIONAL, EM PORTO VELHO - RO, ENTRE OS ANOS DE 2017 E 2020**



Fonte: Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica – SISAB. Coordenação Geral de Informação da Atenção Primária – CGIAP/DESF, 2021.

No âmbito da mudança das necessidades vivenciadas pela população brasileira, o Ministério da Saúde promoveu o lançamento em 2011 da Rede Cegonha, que visa assegurar à mulher o direito ao planejamento reprodutivo e à atenção humanizada à gravidez, ao parto e ao puerpério, bem como à criança o direito ao nascimento seguro e ao crescimento e ao desenvolvimento saudáveis (BRASIL, 2011).

## 2 REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO INFANTIL

**QUADRO 1 - REDES DE ATENÇÃO À SAÚDE MATERNO INFANTIL EM PORTO VELHO – RO**

NÍVEL DE ATENÇÃO	PONTOS DE ATENÇÃO À SAÚDE	TERRITÓRIO SANITÁRIO
<b>Atenção Primária à Saúde</b>	Unidades Básicas de Saúde (Equipes de atenção básica, Estratégia de Saúde da Família e consultório de rua)	Área de Abrangência (Bairros, Zonas urbanas e distritos)
	Domicílio (Agentes comunitários de saúde)	Microárea
<b>Atenção secundária</b>	Banco de Leite Humano	Estado de Rondônia (gestão estadual)
	Maternidade Municipal Mãe Esperança (Hospital Amigo da Criança)	Região Madeira -Mamoré (gestão Município de Porto Velho)
	Centro Integrado Materno Infantil (CIMI)	Município de Porto Velho
	Policlínica Oswaldo Cruz	Estado de Rondônia (gestão estadual)
<b>Atenção terciária</b>	Centro Obstétrico de Alto Risco- HBAP*	Estado de Rondônia (gestão estadual)

Fonte: Adaptação de Protocolo de Assistência ao Pré-Natal, puerpério e recém-nascido (RO, 2018)

**Unidades Básicas de Saúde e de Saúde da Família:** porta de acesso prioritária para captação e início de acompanhamento de pré-natal de gestantes estratificadas com baixo risco obstétrico, além de oferta de exame de colpocitologia oncótica, avaliação

clínica das mamas, atendimento para planejamento reprodutivo incluindo: consulta pré-concepcional, desenvolvidas a partir de vinculação, e acompanhamento por visitas domiciliares, com consultas médicas, de enfermagem e odontológicas.

**Centro Integrado Materno Infantil:** realiza acompanhamento de pré-natal de alto risco e a crianças de 0 a 2 anos com estratificação de risco elevado, que podem ser encaminhadas, pelas equipes de saúde da família, para acompanhamento compartilhado com rede especializada.

**Policlínica Osvaldo Cruz:** referência estadual para realização de acompanhamento de pré-natal de alto risco, conforme demanda encaminhada dos municípios.

**Maternidade Municipal Mãe Esperança:** hospital referência de atendimento a gestantes de risco habitual em trabalho de parto ou situações de urgência obstétrica, e mulheres vítimas de violência sexual a partir de 13 anos completos.

**Banco de Leite Humano (BLH):** referência estadual na execução de coleta, processamento e distribuição do leite humano, oferecido aos bebês prematuros e de baixo peso, bem como, apoio e proteção à amamentação para mulher nutriz que esteja enfrentando dificuldade na lactação a fim de fortalecer as condições que possibilitem a continuidade da amamentação e redução do risco do desmame precoce.

**Centro Obstétrico de Alto Risco (Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro):** Hospital Estadual de referência para atendimento à gestante de alto risco que necessite de internação hospitalar, seja para tratamento de doenças ou intercorrências que ocorrem na gestação, seja para atendimento ao parto e pós-parto nas gestantes que apresentem algum fator de risco materno ou fetal. Todas as pacientes devem ser reguladas, caso sejam de municípios do interior do estado, ou encaminhadas da Maternidade Municipal Mãe Esperança, caso sejam do município de Porto Velho. As que já realizam pré-natal de alto risco na Policlínica Osvaldo Cruz ou no Centro Integrado Materno Infantil podem ser encaminhadas diretamente desses serviços especializados.

### **3 ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE E ATUAÇÃO NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL**

A Atenção Primária à Saúde (APS) deve ser a porta de entrada preferencial da gestante no Sistema Único de Saúde (SUS). É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e

continuado, principalmente durante a gravidez. Cabe às equipes da APS ofertar ações de saúde, referentes à linha de cuidado materno-infantil, que incluem a garantia do acesso da gestante ao pré-natal no ponto de atenção mais próximo de seu domicílio (BRASIL, 2012).

A equipe da APS deve prestar cuidado integral e compartilhado com todos os profissionais da unidade, contemplando a proteção, a promoção da saúde, a prevenção de agravos com escuta qualificada das necessidades no decorrer da gestação, proporcionando atendimento centrado na mulher favorecendo o estabelecimento de vínculo (RIO GRANDE DO SUL, 2018).

O acesso da mulher gestante e início do acompanhamento de pré-natal necessita ser garantido no primeiro trimestre gestacional (até a 12ª semana de gestação) sendo incluído como indicador de avaliação da qualidade da Atenção Básica. Além disso, a captação precoce favorece a realização de intervenções adequadas em tempo oportuno (BRASIL, 2022).

### **3.1 Condições necessárias para a atenção ao pré-natal com qualidade**

Uma atenção ao pré-natal de qualidade é aquela capaz de diminuir a morbidade e a mortalidade materno-infantil (TOMASI, 2017), pois um acompanhamento atento às alterações da mulher e do feto durante o desenvolvimento da gestação possibilita antever riscos, antecipar intervenções e conseqüentemente aumenta a possibilidade de um parto seguro e puerpério com maior estabilidade.

Pensando na garantia desta qualidade, o Ministério da Saúde (2012) definiu o que denomina “os dez passos para qualidade do pré-natal”, como uma forma de nortear a atuação dos profissionais frente as necessidades apresentadas durante o ciclo gravídico-puerperal:

**1º PASSO:** Iniciar o pré-natal na APS até a 12ª semana de gestação, denominado como captação precoce;

**2º PASSO:** Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal;

**3º PASSO:** Toda gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em tempo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal;

**4° PASSO:** Promover a escuta ativa da gestante e de seus (suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: “rodas de gestantes”;

**5° PASSO:** Garantir o transporte público gratuito da gestante para o atendimento de pré-natal, quando necessário;

**6° PASSO:** É direito do (a) parceiro (a) ser cuidado antes, durante e depois da gestação, denominado como pré-natal do (a) parceiro (a), com a realização de consultas, exames e o acesso a informações relacionadas com a gestação;

**7° PASSO:** Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário;

**8° PASSO:** Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do Plano de Parto;

**9° PASSO:** Toda gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual dará à luz, fomentando a vinculação na rede;

**10° PASSO:** As mulheres devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico puerperal.

### **3.2 Acolhimento**

A atenção ao pré-natal, em território nacional, é regida pelas diretrizes do Programa de Humanização do Pré-Natal e Nascimento (PHPN), instituído pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2013), no qual está fundamentado na humanização da assistência como condição para o adequado acompanhamento da gestação, parto e puerpério, buscando assistência completa de qualidade, qualificada e humanizada, tornando-se fundamental para a saúde materna e neonatal, e visando à prevenção de intercorrências indesejáveis (BATISTA et al., 2021).

Dentro da lógica proposta pela Política Nacional de Humanização (PNH), o acolhimento é um dos conceitos norteadores, definido como o ato de “reconhecer o que o outro traz como legítima e singular necessidade de saúde” e tem como finalidade a formação das relações de confiança e corresponsabilidade entre os atores envolvidos (BRASIL, 2013. p.7).

Esta atividade desempenhada no âmbito da APS demonstra favorecer o vínculo entre profissionais e usuários, o que acarreta em maior resolutividade, valorização de

experiências de vida e necessidades (medo, vulnerabilidades, anseios) individuais da mulher e da sua rede de apoio (BATISTA, 2021).

Na prática cotidiana dos serviços de saúde, o acolhimento se expressa mediante atitudes profissionais humanizadoras, tais como: se apresentar; chamar os (as) usuários (as) pelo nome; prestar informações sobre condutas e procedimentos que devam ser realizados; escutar e valorizar o que é dito pelas pessoas; garantir a privacidade e a confidencialidade das informações; e incentivar a presença do (a) acompanhante, entre outras iniciativas semelhantes (BRASIL, 2013).

De igual forma, o acolhimento também se mostra: na reorganização do processo de trabalho; na relação dos trabalhadores com os modos de cuidar; na postura profissional, e; no vínculo com a mulher gestante e sua família, o que facilita, assim, o acesso dela aos serviços de saúde. O acolhimento, portanto, é uma ação que pressupõe a mudança da relação profissional/usuário (a) (BRASIL, 2013).

Perante isto, o profissional precisa reconhecer que o acolhimento não é um espaço ou um local, mas uma postura ética e solidária. Portanto, ele não se constitui como uma etapa do processo, mas como ação que deve ocorrer em todos os locais e momentos da atenção à saúde (BRASIL, 2013).

### **3.3 Atribuições dos profissionais da APS**

O Ministério da Saúde define quais são as atribuições dos profissionais integrantes da equipe, no âmbito da APS. Logo, são **atribuições comuns a todos** os membros da equipe de Saúde da Família (eSF) e Atenção Básica (PNAB, 2017):

- Realizar a captação precoce da gestante;
- Participar das atividades educativas individuais e em grupo, realizando orientações pertinentes quanto a importância do pré-natal e cuidados durante a gravidez, preparação para o parto, aleitamento materno e planejamento reprodutivo;
- Efetuar visitas domiciliares com o objetivo de acompanhar a gestante, identificar suas vulnerabilidades, orientar e fazer encaminhamentos necessários;
- Compartilhar o atendimento e monitorar as gestantes encaminhadas ao pré-natal de alto risco quanto à frequência nas consultas agendadas e condutas adotadas

nessa consulta, destacando o monitoramento pelo Agente Comunitário em Saúde (ACS);

- Participar do planejamento e execução da educação permanente dos membros da equipe de Estratégia de Saúde da Família (ESF).

Como atribuições específicas e privativas de cada categoria profissional que compõe a ESF e APS, destacam-se (PNAB, 2017):

#### **Atribuições do (a) agente comunitário de saúde (ACS):**

- Realizar busca ativa no território adscrito de gestantes para iniciar o pré-natal em tempo oportuno antes da 12ª semana e monitorar as consultas subsequentes;
- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Realizar visitas domiciliares para a identificação das gestantes e para desenvolver atividades de educação em saúde tanto para as gestantes como para seus familiares, orientando-os sobre os cuidados básicos de saúde e nutrição, cuidados de higiene e sanitários;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar a busca ativa das gestantes faltosas;
- Acompanhar as gestantes que não estão realizando o pré-natal na unidade básica de saúde local, mantendo a equipe informada sobre o andamento do pré-natal realizado em outro serviço;
- Informar o (a) enfermeiro (a) ou o (a) médico (a) de sua equipe caso a gestante apresente algum dos sinais de alarme, como: febre; calafrios; corrimento com mau cheiro; perda de sangue; palidez; contrações uterinas frequentes; ausência de movimentos fetais; mamas endurecidas, vermelhas e quentes, e; dor ao urinar;
- Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

### **Atribuições do (a) auxiliar/técnico (a) de enfermagem:**

- Conferir as informações preenchidas no Cartão da Gestante;
- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Verificar o peso e a pressão arterial e anotar os dados no Cartão da Gestante;
- Fornecer medicação mediante receita, assim como os medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico);
- Aplicar vacinas, conforme calendário vigente;
- Realizar atividades educativas, individuais e em grupos, conforme disposição estrutural da unidade ou disponibilidade territorial;
- Informar o (a) enfermeiro (a) ou o (a) médico (a) de sua equipe, caso a gestante apresente algum sinal de alarme, como os citados anteriormente;
- Identificar situações de risco e vulnerabilidade e encaminhar a gestante para consulta de enfermagem ou médica, quando necessário;
- Orientar a gestante sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento, orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

### **Atribuições do (a) enfermeiro (a):**

- Fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido, o qual deve ser verificado e atualizado a cada consulta;
- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco, intercalada com consultas do (a) médico (a);
- Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal;
- Realizar testes rápidos;
- Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico, além de medicamentos padronizados para tratamento das

Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs), conforme protocolo da abordagem sindrômica);

- Orientar a vacinação das gestantes, conforme calendário vigente;
- Identificar as gestantes com algum sinal de alarme e/ou identificadas como de alto risco e encaminhá-las para consulta médica. Caso seja classificada como de alto risco e houver dificuldade para agendar a consulta médica, ou demora significativa para este atendimento, a gestante deve ser encaminhada diretamente ao serviço de referência;
- Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;
- Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos, conforme disposição estrutural da unidade ou disponibilidade territorial;
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

#### **Atribuições do (a) médico (a):**

- Fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido, o qual deve ser verificado e atualizado a cada consulta;
- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Realizar a consulta de pré-natal de gestação de baixo risco, intercalada com consultas do (a) enfermeiro (a);
- Solicitar exames complementares de acordo com o protocolo local de pré-natal e orientar tratamento, conforme necessário;
- Prescrever medicamentos padronizados para o programa de pré-natal (sulfato ferroso e ácido fólico);
- Orientar a vacinação das gestantes conforme calendário vigente;
- Avaliar e tratar as gestantes que apresentam sinais de alarme;

- Atender as intercorrências e encaminhar as gestantes para os serviços de urgência/emergência obstétrica, quando necessário;
- Orientar as gestantes e a equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade;
- Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência;
- Realizar exame clínico das mamas e coleta para exame citopatológico do colo do útero;
- Realizar testes rápidos;
- Desenvolver atividades educativas, individuais e em grupos, conforme disposição estrutural da unidade ou disponibilidade territorial;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas e realizar busca ativa das gestantes faltosas;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal, acompanhar o processo de aleitamento e orientar a mulher e seu companheiro sobre o planejamento familiar.

#### **Atribuições do (a) cirurgião (ã) - dentista:**

- Fornecer o Cartão da Gestante devidamente preenchido, o qual deve ser verificado e atualizado a cada consulta;
- Orientar as mulheres e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação;
- Realizar a consulta odontológica de pré-natal de gestação de baixo risco;
- Solicitar exames complementares e orientar o tratamento, caso necessário;
- Orientar a gestante sobre a realização do teste rápido;
- Orientar a vacinação das gestantes conforme calendário vigente;
- Realizar a avaliação geral da gestante observando o período de gravidez;
- Avaliar a saúde bucal da gestante, a necessidade e a possibilidade de tratamento, observando os cuidados indicados em cada período da gravidez;
- Adequar o meio bucal e realizar o 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;
- Identificar os fatores de risco que possam impedir o curso normal da gravidez;

- Atender as 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;
- Favorecer a compreensão e a adaptação às novas vivências da gestante, do companheiro e dos familiares, além de instrumentalizá-los em relação aos cuidados neste período;
- Orientar as gestantes e a sua equipe quanto aos fatores de risco e à vulnerabilidade em relação à saúde bucal;
- Identificar as gestantes de alto risco e encaminhá-las ao serviço de referência;
- Desenvolver atividades educativas e de apoio à gestante e aos seus familiares;
- Orientar as gestantes sobre a periodicidade das consultas odontológicas e os trimestres de gestação indicados para a realização de tratamento odontológico;
- Realizar busca ativa das gestantes faltosas de sua área de abrangência;
- Realizar visitas domiciliares durante o período gestacional e puerperal;
- Acompanhar o processo de aleitamento materno e os cuidados com o futuro bebê, enfatizando a importância do papel da amamentação na dentição e no desenvolvimento do aparelho fonador, respiratório e digestivo da criança;
- Orientar a mulher e seu companheiro sobre hábitos alimentares saudáveis e de higiene bucal.

### **3.4 Direitos da gestante e puérpera**

De acordo com a Constituição Brasileira de 1988, todo cidadão e cidadã têm direito à saúde. Neste sentido, cabe às equipes de atenção básica orientar a gestante e seus familiares sobre os aspectos legais e os direitos durante a gravidez:

#### **Na assistência à saúde:**

- Direito ao atendimento gratuito e de boa qualidade no SUS, garantindo pelo menos 6 (seis) consultas durante toda a gravidez, bem como a realização de todos os principais exames no pré-natal, parto e pós-parto (BRASIL, 2000);

- Direito ao conhecimento e à vinculação prévia à maternidade, onde será realizado seu parto e à maternidade na qual ela será atendida nos casos de intercorrência (Lei nº 11.634, de 27 de dez. 2007);
- Direito ao planejamento reprodutivo e garantia aos métodos contraceptivos (BRASIL, 2022);
- Direito ao transporte seguro em caso de transferência para outro serviço de saúde durante parto ou intercorrências na gestação;
- Direito ao acompanhante nas consultas, no momento do parto e pós-parto, podendo ser companheiro, mãe, irmã, amiga ou outra pessoa de escolha da parturiente (Portaria nº 2.418, de 02 de dez. 2005);
- Direito da mãe de ficar com o recém-nascido (RN) no mesmo quarto (alojamento conjunto), salvo exceções por critérios médicos (Portaria Nº 2.068, de 21 de out. 2006)
- Direito a alta hospitalar responsável e contrarreferência na atenção primária para consulta de puerpério e cuidados com o bebê (Art. 8, § 3º do ECA - Lei nº 8.069 de 13 de jul. 1990).

#### **Direitos sociais:**

- Prioridade nas filas para atendimento em instituições públicas e privadas;
- Prioridade para acomodar-se sentada em transportes coletivos;
- As gestantes do estado de Rondônia que apresentem vulnerabilidade social podem ser contempladas pelo Programa “Mamãe Cheguei” que fornece itens do enxoval para o RN (Decreto estadual nº 24.649 de dez. 2019);
- No âmbito do município de Porto Velho, o projeto “Mãe Coruja” da Maternidade Municipal Mãe Esperança assegura o acesso às gestantes do terceiro trimestre, bem como suas parcerias e/ou acompanhantes no reconhecimento da ambiência dos setores da maternidade. As visitas devem ser previamente agendadas, conforme disponibilidade da unidade. Durante o período de calamidade pública em decorrência da pandemia por COVID-19, o acesso foi garantido por meio de vídeos educativos;
- Os pais têm direito de registrar seu bebê gratuitamente em qualquer cartório;
- A mulher tem direito a creche para seus filhos nas empresas que possuem em seu quadro funcional pelo menos trinta mulheres com mais de 16 anos de idade;

- A Consolidação das Leis do Trabalho proíbe exigir atestado ou exame para comprovação de gravidez na admissão ou para permanência no emprego (art. 373-A, IV; Lei 9.029/95);
- Direito de “entrega voluntária” do seu filho para a adoção, por meio de procedimento assistido pela justiça da infância e da juventude (Lei nº 13.509, de 22 de nov. 2017);
- Direito à gestante e à mulher com filho na primeira infância, que se encontrem sob custódia em unidade de privação de liberdade, ambiência que atenda às normas sanitárias e assistenciais do SUS para o acolhimento do filho, em articulação com o sistema de ensino competente, visando ao desenvolvimento integral da criança (Art. 8, § 3º do ECA - Lei nº 8.069 de 13 de jul. 1990).

#### **Educação:**

- A gestante estudante tem direito a receber o conteúdo das matérias escolares em casa a partir do oitavo mês de gestação e durante os três meses após o parto, podendo ser prolongado a critério médico (Lei nº 6.202/1975).

#### **Estabilidade da gestante no emprego:**

- Direito à estabilidade provisória no emprego, desde a confirmação da gravidez até 5 (cinco) meses após o parto, exceto por justa causa, podendo ser estendida em até 180 dias, se a empresa faz parte do programa “Empresa Cidadã” (art. 391 da CLT - Consolidação das Leis do Trabalho, aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de mai. 1943);
- Direito à licença maternidade de 120 dias, sem prejuízo do emprego e do salário, podendo ser solicitada até 28 dias antes do parto, se empregada em empresa privada. A duração da licença maternidade pode ser ampliada por 60 dias, desde que a empresa onde a gestante trabalhe faça parte do Programa Empresa Cidadã (Lei 11.770, de 9 de set. 2008);
- No caso de adoção ou guarda judicial, a mulher tem direito à licença maternidade, que varia conforme a idade da criança: 120 dias, no caso de adoção de criança

com até 1 ano; 60 dias para crianças a partir de 1 ano a 4 anos, e; 30 dias no caso de adoção ou guarda judicial de crianças a partir de 4 até 8 anos de idade.

- No caso da adoção, a mãe adotiva recebe o salário mesmo que a mãe biológica também o receba. Ambas possuem o direito ao salário-maternidade se forem seguradas da Previdência Social (INSS), como confirma o artigo 93-A, § 1º, do decreto 3.048/99.
- Garantia à gestante a dispensa do trabalho pelo tempo necessário para a realização de no mínimo 6 (seis) consultas de pré-natal e dos exames complementares inerentes aos cuidados de uma gestação (Art. 392 da CLT e Artigo 371, § 4º, inciso II).
- Se houver comprovação (com laudo médico) de que a situação exige repouso absoluto por mais de 15 dias, a trabalhadora pode ser afastada e receber o auxílio-doença pelo INSS. A condição de alto risco deve ser comprovada por laudo médico.
- Conforme Art. 396, CLT: 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; é admissível que os intervalos sejam unidos, para que a mulher que esteja amamentando possa chegar uma hora mais tarde ou sair uma hora mais cedo.
- Em casos de aborto não criminoso (antes de 23 semanas de gestação) comprovado por atestado médico, a mulher tem direito a um repouso remunerado de duas semanas (Art. 395 do Decreto Lei nº 5.452 de 01 de mai. 1943).
- No período gestacional, a mulher poderá se adequar a outras funções no trabalho, sem prejuízo do salário e das demais vantagens, quando as condições da mãe e do bebê o exigirem. Para isso, a gestante deverá apresentar atestado médico. (Lei nº 9.799, de 26 de mai. 1999, incluída na CLT – Consolidação das Leis do Trabalho).
- Toda 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 (Art. 394A do Decreto Lei nº 5.452, de 01 de mai. 1943).
- Gestantes com esquema vacinal completo contra o coronavírus devem retornar ao trabalho presencial. O retorno também é previsto para aquelas que optaram pela não vacinação contra a Covid-19, mediante apresentação de termo de responsabilidade. (Lei 14.311, de 2022).

### **Gestante adolescente:**

- Direito do atendimento sem acompanhamento de um responsável, a critério do profissional de saúde (capacidade de responsabilizar-se pela sua saúde), devendo manter sigilo. Na faixa etária de 12 a 14 anos e 11 meses, o atendimento pode ser efetuado, devendo, se necessário, comunicar os responsáveis (Estatuto da Criança e do Adolescente).
- O Código Penal Brasileiro elegeu os menores de 14 anos como vulneráveis absolutos quanto à dignidade sexual, o que quer dizer que não estão autorizados a ter relações sexuais em um espaço de legalidade. Não se pode olvidar que relações sexuais, em qualquer hipótese, com menor de 14 anos é crime, e não há exceção. Responsáveis legais devem ser comunicados. Caberá ao profissional de saúde revelar o fato aos pais, tutores ou outras pessoas sob cuja guarda ou dependência esteja o incapaz e acionar as autoridades competentes. A interpretação da legislação deve se dar sempre a favor da criança e do adolescente (artigo 217-A do Código Penal).

## **4 ABORDAGEM PRÉ-CONCEPCIONAL: AVALIAÇÃO E CUIDADOS**

A abordagem pré-concepcional deve ser planejada pelas equipes de atenção primária de acordo com a realidade local, e para tanto deve-se considerar o conhecimento da população adstrita do território, tendo como foco a população em idade fértil, definida como faixa etária de 10 a 49 anos. Neste período de idade estão presentes mulheres adolescentes e adultas, em diferentes situações de vida e contextos culturais, familiares e sociais (BRASIL, 2019).

Para a perspectiva do cuidado, deve-se buscar compreender os determinantes sociais de saúde no contexto sociofamiliar e comunitário; vínculos afetivos e de apoio; história sexual e reprodutiva, planejamento reprodutivo e expectativas com relação à futura maternidade; hábitos, comportamentos e estilos de vida, condições de trabalho e vacinação; capacidade de autocuidado, autonomia e decisão; situação de saúde, presença de condições crônicas e uso de medicamentos; vinculação com a equipe de saúde e

acompanhamentos periódicos, que compõem importantes aspectos para o conhecimento da mulher em idade fértil, com relação à pré-concepção (BRASIL, 2013).

Assim, a abordagem pré-concepcional deve ser ofertada a todas as mulheres e seus acompanhantes (familiar ou não) que tenham o desejo de engravidar. Deve-se respeitar o direito garantido de toda pessoa de constituir família, independentemente de sua orientação sexual ou identidade de gênero, e, nenhuma família pode ser submetida a discriminação de qualquer natureza (YOGIAKARTA, 2006). Deste modo, deve-se buscar abordar nos encontros de avaliação pré-concepcional:

- Orientação nutricional e estímulo de hábitos saudáveis, como prática de atividade física e cessação do tabagismo, orientando e fomentando a participação em grupos terapêuticos, conforme necessidade.
- Identificação das condições clínicas pré-existentes, como: diabetes, hipertensão, cardiopatias, HIV, anemia falciforme, epilepsia, hipertireoidismo, entre outras, buscando o controle e acompanhamento adequado;
- Avaliar e orientar quanto a uso de medicamentos, e adequar para o uso dos que não oferecem riscos ao feto;
- Orientar sobre identificação do período fértil;
- Iniciar suplementação com ácido fólico na dosagem de **0,4 mg de ácido fólico** diariamente pelo menos 30 dias antes da data que se planeja engravidar até a 12<sup>o</sup> semana de gestação (BRASIL, 2022, p. 22) ou **5mg/dia** via oral, por no mínimo 30 a 90 dias antes da concepção e manter até o primeiro trimestre, em mulheres com histórico de doença do tubo neural.

#### **ATENÇÃO!**

Mulheres que podem se beneficiar da suplementação de ácido fólico 5 mg/dia:

- Um dos pais com histórico pessoal de DTN ou história prévia de gestação acometida por DTN.
- Histórico familiar com DTN em parente de segundo ou terceiro grau.
- Uso de terapia medicamentosa de anticonvulsivantes com ácido valpróico e carbamazepina.
- Condições médicas maternas associadas à diminuição de absorção de ácido fólico avaliadas pelo profissional de saúde (doença celíaca, doença inflamatória intestinal, doença de Crohn, retocolite ulcerativa, cirurgias bariátricas, ressecção ou bypass intestinal importante).
- Diabetes mellitus pré-gestacional.

Fonte: (BRASIL, 2022, p. 25)

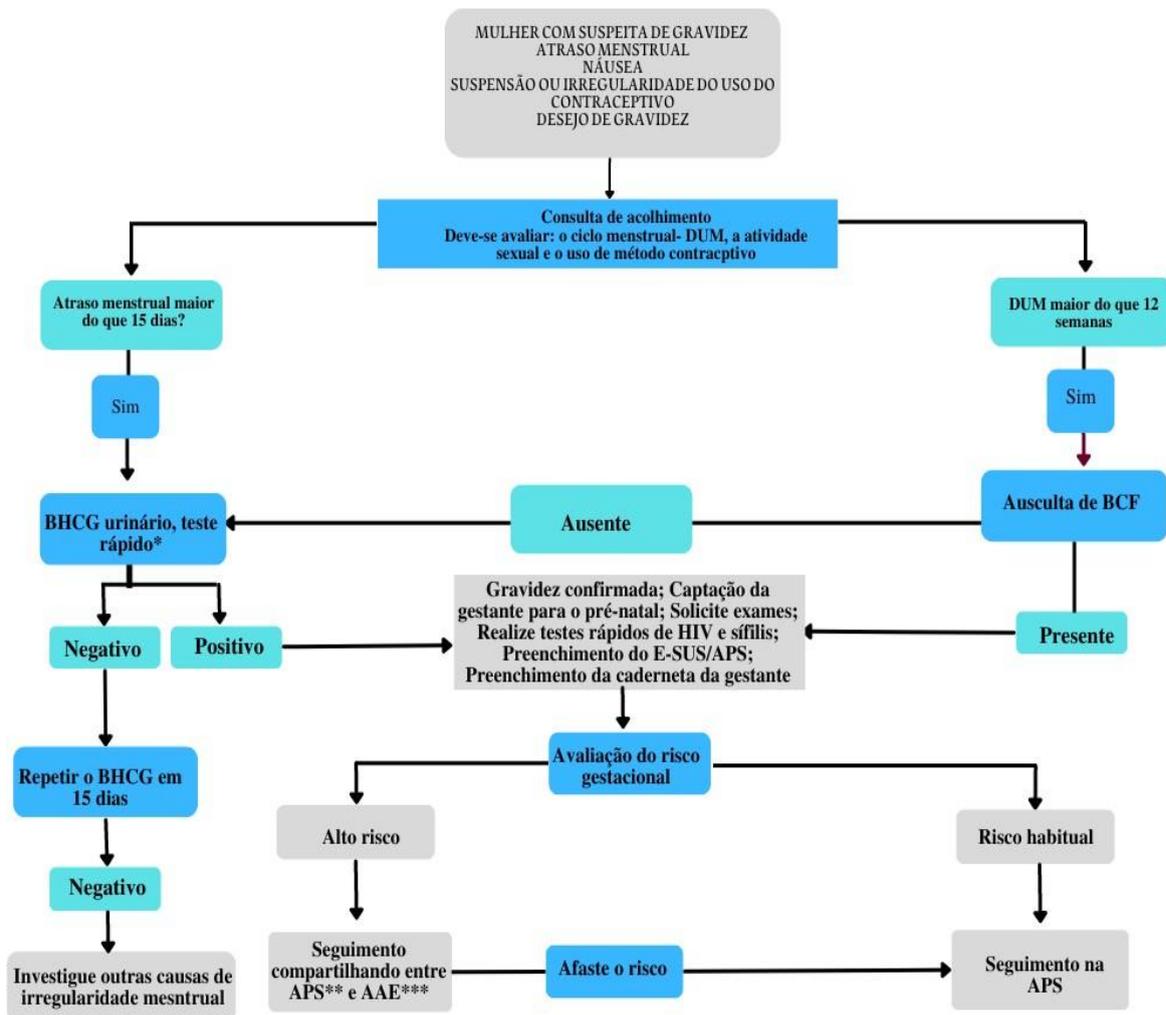
- Avaliar necessidade de atualização da situação vacinal, se atentando para necessidade de adiamento por período determinado em caso de administração de imunizantes compostos por vírus vivo atenuado;
- Oferecer testagem rápida para sífilis, HIV, Hepatite B e C para a mulher e sua parceria, além de exame IgG e IgM para Toxoplasmose e Rubéola;
- Pessoas vivendo com HIV/Aids devem ser encaminhadas ao Serviço de Atenção Especializada (SAE) para orientação sobre as estratégias de redução da transmissão vertical e horizontal do HIV. A parceria sexual deve tomar decisões conscientes orientadas sobre os benefícios seguindo as Diretrizes Terapêuticas (BRASIL, 2018);
- Realizar coleta de exame citopatológico cérvico-uterino se necessário, obedecendo os critérios das Diretrizes Brasileiras para rastreamento do Câncer do Colo de Útero (INCA, 2016);
- Ofertar tratamento etiológico ou com base na clínica para ISTs, conforme Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (BRASIL, 2021);
- Detectar a mulher com risco de desenvolver isoimunização materno-fetal: solicitação de tipagem sanguínea e fator Rh, e em casos de Rh negativo, solicitar exame de Coombs Indireto;
- Orientar suspensão de métodos anticoncepcionais;

Em situações de infertilidade, proceder com encaminhamento à especialidade de ginecologia.

## 5 DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ

A queixa mais frequente apresentada pelas mulheres que procuram a atenção primária com suspeita de gravidez é o atraso menstrual. Neste momento, deve-se prosseguir com a investigação dos demais sintomas sugestivos de gravidez, conforme orientado em Fluxograma 1 (BRASIL, 2016).

**FLUXOGRAMA 1 - DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ**



**Fonte:** Adaptado do Protocolo de Atenção Básica: Saúde das Mulheres (BRASIL, 2016).

\* O teste rápido deve ser ofertado pelo profissional médico ou enfermeiro, considerando os critérios deste protocolo.

\*\* Atenção Primária à Saúde.

\*\*\* Atenção Ambulatorial Especializada.

Além disso, a literatura apresenta os sinais e sintomas que podem prever a gravidez (Quadro 2).

**QUADRO 2 - SINAIS E SINTOMAS SUGESTIVOS DE GRAVIDEZ**

SINAIS E SINTOMAS DE PRESUNÇÃO	SINAIS DE PROBABILIDADE	SINAIS DE CERTEZA
Sintomas que podem surgir em várias outras situações, sendo pouco específicos para se utilizar como diagnóstico de gravidez.	São sintomas e sinais mais evidentes de gravidez, no entanto, sem caracterizá-la com certeza.	São sintomas confirmatórios.
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Atraso menstrual;</li> <li>- Manifestações clínicas, como náuseas, vômitos, tonturas, salivação excessiva, mudança de apetite, aumento da frequência urinária e sonolência;</li> <li>- Modificações anatômicas, como: aumento do volume das mamas, hipersensibilidade nos mamilos, tubérculos de Montgomery, saída de colostro pelo mamilo, coloração violácea vulvar, cianose vaginal e cervical, aumento do volume abdominal.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amolecimento da cérvice uterina, com posterior aumento do seu volume;</li> <li>- Paredes vaginais aumentadas, com aumento da vascularização, onde é possível observar pulsação da artéria vaginal nos fundos de sacos laterais;</li> <li>- Positividade da fração beta do HCG no soro materno a partir do oitavo ou nono dia após a fertilização.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Presença dos batimentos cardíacos fetais (BCF), que são detectados pelo sonar a partir de 12 semanas e pelo Pinard a partir de 20 semanas;</li> <li>- Percepção dos movimentos fetais (de 18 a 20 semanas);</li> <li>- Ultrassonografia, onde o saco gestacional pode ser observado por via transvaginal com apenas 4 a 5 semanas gestacionais, e a atividade cardíaca, primeira manifestação do embrião, com 6 semanas gestacionais.</li> </ul>

Fonte: adaptado BRASIL, 2012.

Neste momento, é oportuno a oferta de testes de gravidez disponíveis na rede de atenção à saúde materno-infantil, conforme detalhamento a seguir.

### 5.1 Teste Rápido de Gravidez

O Teste Rápido de Gravidez (TRG) é uma opção para facilitar a captação precoce das gestantes. Ele pode ser ofertado às mulheres em idade fértil com atraso menstrual,

situação de relação sexual por violência/estupro e irregularidade no uso do método contraceptivo de escolha (BRASIL, 2013).

Assim, no atendimento às mulheres nestas circunstâncias, os profissionais da equipe de Atenção Básica são responsáveis pelo acolhimento, porém a entrega e interpretação do TRG é de responsabilidade do médico e/ou enfermeiro da equipe. Quando disponível, o TRG será entregue a paciente para que faça a coleta da urina em local apropriado dentro do serviço (se não houver banheiro no consultório, encaminhá-la ao banheiro disponível na unidade). Neste sentido, é fundamental que no momento da entrega do resultado do teste, sejam realizadas orientações sobre o resultado e a oferta dos Testes Rápidos (TR) para HIV, sífilis e hepatites virais (BRASIL, 2013).

Conforme preconizado pelo Guia Técnico de Teste Rápido de Gravidez na Atenção Básica, os profissionais da equipe são responsáveis pela escuta qualificada e orientação sobre o método de uso e entrega do TRG. Na entrega, o profissional deverá realizar controle do estoque, conforme a rotina do serviço estabelecida (APÊNDICE B).

## **5.2 Dosagem de gonadotrofina coriônica humana (βHCG)**

A dosagem de gonadotrofina coriônica humana (βHCG) para o diagnóstico da gravidez pode ser detectada no sangue periférico da mulher grávida entre 8 a 11 dias após a concepção (FEBRASGO, 2007). Ainda segundo a Federação da Associação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (2007), os níveis plasmáticos de βHCG aumentam rapidamente até atingir um pico entre 60 e 90 dias de gravidez.

A maioria dos testes têm sensibilidade para detecção de gravidez entre 25 a 30mUI/ml. Resultados falsos positivos ocorrem na faixa entre 2 a 25mUI/ml. Do ponto de vista prático, níveis menores que 5mUI/ml são considerados negativos e acima de 25mUI/ml são considerados positivos (BRASIL, 2012).

## **5.3 Exame ultrassonográfico**

A ultrassonografia é considerada pela Federação da Associação Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia (2007) como grau de evidência que deve ser oferecido à toda gestante na primeira consulta de pré-natal para determinar a idade gestacional (IG), visto

que ocorre até 42% de erro de cálculo pela informação da data da última menstruação. Contudo, é ideal que seja garantido o exame no período entre 10 e 13 semanas, garantindo datação de IG mais fidedigna. Todavia, os possíveis benefícios da ultrassonografia de rotina durante a gestação sobre outros resultados permanecem ainda incertos, de modo que a não realização deste exame não constitui omissão, nem diminui a qualidade do pré-natal (WHO, 2016; BRASIL, 2016).

## **6 REGISTRO DIGITAL DE ACOMPANHAMENTO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL**

### **6.1 Cadastro, vinculação e registro de atendimentos no E-SUS AB**

A nota técnica nº 19-SEI/2017-CGSCAM/DAPES/SAS/MS esclarece a integração do sistema e-SUS Atenção Básica e SISPRENATAL, em 2017, ficando estabelecido desde então que as equipes que realizam registros referentes ao pré-natal e puerpério por meio do e-SUS AB com Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), com Coleta de Dados Simplificada (CDS) ou com sistema próprio, **não deverão mais inserir dados no SISPRENATAL WEB.**

Assim, uma vez confirmada a gravidez, em consulta médica ou de enfermagem, dá-se início ao acompanhamento da gestante, com seu cadastramento no e-SUS AB. Os procedimentos e as condutas que se seguem devem ser realizados sistematicamente e avaliados em toda consulta de pré-natal (BRASIL, 2012).

Deste modo, toda gestante do território adscrito das equipes, em acompanhamento pré-natal na APS, deve estar cadastrada na base de dados local e vinculada à equipe de saúde que irá prestar a assistência. Cabe salientar que o cadastro das usuárias de área de cobertura de eSF deve ser feito pelo agente comunitário responsável pelo acompanhamento da microárea, e este deve vincular à equipe de referência para acompanhamento na APS. Outrossim, o cadastro e vinculação das gestantes pode ser realizado por qualquer profissional de saúde que realiza o acompanhamento, devendo-se também informar no cadastro quando se refere a usuárias que residem fora da área de cobertura da eSF.

Além disso, a respeito do registro no prontuário eletrônico, deve-se enfatizar que a evolução SOAP é a principal entrada de dados deste módulo, portanto, é indispensável observar todas as informações para o bom uso da ferramenta.

Nas seções que seguem, são destacados alguns pontos específicos de registro e do acompanhamento da gestação para potencializar o uso dessa ferramenta pelo profissional por meio do sistema.

## **6.2 Cadastro e vinculação da gestante**

Primeiramente verifica-se se a usuária está cadastrada e vinculada, se atentando a questões de duplicidade de prontuários, como demonstra a Figura 1.

## FIGURA 1 - CADASTRO E VINCULAÇÃO DA GESTANTE NO SISTEMA E-SUS PELA "ABA CIDADÃO"

1. Para fazer a busca, no lado esquerdo do e-SUS clique na aba Cidadão, preencha o campo com o número do CPF e clique em "buscar cidadão". Desta forma pode-se também identificar cadastros duplicados que devem ser unificados imediatamente pelo gestor local.

### Cidadão



2. Em seguida, clique nos três pontos ao lado do botão "visualizar" e clique em "atualizar cadastro".



3. Após abrir a página de atualização de cadastro, verifique se já existe equipe responsável pela gestante, caso não tenha clique em "vincular equipe"

### Equipe responsável pelo cidadão

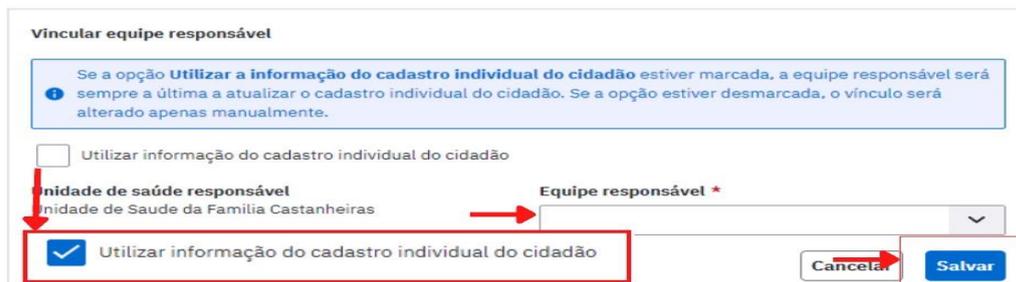
A equipe responsável vinculada tem a responsabilidade de acompanhar este cidadão. O vínculo pode ser com a equipe responsável pela área em que o cidadão reside ou com outra equipe ou unidade de saúde.



4. Depois disso, preencha o nome da equipe responsável e clique em salvar.

### Equipe responsável pelo cidadão

A equipe responsável vinculada tem a responsabilidade de acompanhar este cidadão. O vínculo pode ser com a equipe responsável pela área em que o cidadão reside ou com outra equipe ou unidade de saúde.



Observação: quando estiver marcado em azul a função "utilizar informação do Cadastro Individual do Cidadão" desmarcar esta função para que possa vincular a equipe responsável.

Fonte: adaptado com base no e-SUS / APS, 2022.

Quando o prontuário eletrônico já se encontra aberto para o atendimento, verificar o cadastro e vinculação conforme Figura 2

## FIGURA 2 - CADASTRO E VINCULAÇÃO DA GESTANTE PELO PRONTUÁRIO ABERTO

Passo 1- Na folha de rosto clique em "cadastro do cidadão"



Passo 2- Após aparecerá os dados cadastrais e a última atualização, bem como a equipe de vínculo. Se a gestante estiver residindo no momento no território adscrito da sua equipe é possível atualizar a equipe de vínculo clicando-se em "Atualizar cadastro"



Passo 3 - Neste passo surgirá duas possibilidades:

- Caso a gestante já tenha sido cadastrada na equipe que cobria a sua residência anterior é só clicar em " alterar vínculo" e vincular a equipe responsável pela residência atual;



- Caso a gestante não seja ainda vinculada a sua equipe, pode-se vincular neste momento;

### Equipe responsável pelo cidadão

A equipe responsável vinculada tem a responsabilidade de acompanhar este cidadão. O vínculo pode ser com a equipe responsável pela área em que o cidadão reside ou com outra equipe ou unidade de saúde.



Fonte: adaptado com base no e-SUS / APS, 2022.

### 6.3 Antecedentes e histórico obstétrico

Na aba “ antecedentes”, informe o histórico obstétrico conforme demonstrado na Figura 3

**FIGURA 3 - INSERÇÃO DOS ANTECEDENTES FAMILIARES E OBSTÉTRICOS DA GESTANTE**

1. Para informar os antecedentes , clique em SOAP e Antecedentes. Irá aparecer duas opções : Cidadão e Familiar.

The screenshot shows the SOAP system interface. At the top, there is a navigation bar with tabs: 'Folha de rosto', 'SOAP', 'Histórico', 'Vacinação', 'Cadastro do cidadão', and 'Agendamentos'. The 'SOAP' tab is highlighted. Below the navigation bar, there is a sidebar with several menu items: 'Alergias/Reações adversas', 'Lista de problemas/condições', 'Medições', 'Medicamentos em uso', and 'Problemas/condições'. The main content area is titled 'Antecedentes' and contains two buttons: 'Cidadão' (highlighted with a red box) and 'Familiar'. A red arrow points to the 'Antecedentes' header. Below the buttons, there is a text input field with the placeholder text 'Insira as demais informações relacionadas aos antecedentes do cidadão.' and a character count '0/2000 caracteres'.

2. Ao clicar em "Cidadão" abre as janelas dos antecedentes abaixo:

The screenshot shows the 'Antecedentes sobre Parto e Nascimento' form. The title 'Antecedentes sobre Parto e Nascimento' is circled in red, with an arrow pointing to it from the text 'Registre os antecedentes sobre Parto e Nascimento'. The form is divided into several sections: 'Informações obstétricas', 'Gestas prévias', 'Abortos', 'Partos realizados', 'Nascidos', and 'Nascidos vivos'. Each section contains input fields for recording data. For example, 'Gestas prévias' has a text input field, 'Abortos' has a text input field and a checkbox labeled 'Desfecho da última gestação aconteceu há menos de um ano'. 'Partos realizados' has a text input field, and 'Partos realizados' is further divided into 'Vaginais', 'Cesáreas', and 'Partos domiciliares', each with a text input field. 'Nascidos' has 'Vivos' and 'Mortos' text input fields. 'Nascidos vivos' has 'Vivem', 'Mortos na 1ª semana', and 'Mortos depois da 1ª semana' text input fields. A watermark 'Ativar o Windows' is visible at the bottom right.

(continua)

3. Deve-se registrar também antecedentes de condições de saúde já resolvidos e antecedentes de internações hospitalares

4. Ao clicar em "Familiar" abre a janela para registro dos antecedentes familiares conforme abaixo:

Fonte: adaptado com base no e-SUS / APS, 2022.

## 6.4 Registro no Prontuário SOAP

O **SOAP** (Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano) é o método de registro da **nota de evolução**, na qual permite registrar as questões subjetivas da gestante, além das impressões objetivas sobre o estado geral. Neste, ainda deve ser registrado o exame físico, exames complementares, a avaliação, as necessidades ou problemas identificados e o plano de cuidados realizados no encontro entre o profissional de saúde e a gestante.

A sigla SOAP corresponde a quatro blocos de informações, detalhadas a seguir:

- **(S) subjetivo:** conjunto de campos que possibilita o registro da parte subjetiva proveniente da anamnese da consulta, ou seja, os dados dos sentimentos e percepções da gestante em relação à sua saúde (Figura 4);
- **(O) objetivo:** conjunto de campos que possibilita o registro do exame físico, como os sinais e sintomas detectados, além do registro de resultados de exames realizados;
- **(A) avaliação:** conjunto de campos que possibilita o registro da conclusão feita pelo profissional de saúde a partir dos dados observados nos itens anteriores, como os motivos para aquele encontro, a anamnese do cidadão e dos exames físicos complementares e registro da condição de gestação;
- **(P) plano:** conjunto de funcionalidades que permite registrar o plano de cuidado ao cidadão em relação ao (s) problema (s) avaliado (s).

## (S) Subjetivo

O registro da seção “Subjetivo” do SOAP deve ser preenchido conforme demonstrada na Figura 4.

**FIGURA 4 - REGISTRO DA SEÇÃO (S): SUBJETIVO**

1. Ao clicar em "SOAP" registra-se o acompanhamento conforme abaixo:

Fonte: adaptado com base no e-SUS / APS, 2022.

## **(O) Objetivo**

Ao realizar o preenchimento do SOAP, no primeiro registro de avaliação de pré-natal, o sistema tornará obrigatório o preenchimento da DUM (data da última menstruação) na seção “Objetivo” (Figura 5). Contudo, caso não haja certeza, esta data poderá ser ajustada nas próximas avaliações, por meio do mesmo campo ou pelo resultado do exame de USG.

Nas consultas, deve-se registrar no SOAP referido a (O) Objetivo:

- Tipo de gravidez: especificar a quantidade de gestação na gravidez atual, tendo em vista as opções “Única”, “Dupla/Gemelar”, “Tripla ou mais” e “Ignorada”;
- Gravidez planejada: especificar se foi ou não planejada, clicando em “sim” ou “não”;
- Edema: registrar o resultado da avaliação de presença de edema utilizando a escala de gradação “-” (sem edema), “+”, “++” ou “+++”;
- Altura uterina: registrar a altura em centímetros (cm);
- Batimento cardíaco fetal (BCF): registrar o quantitativo de batimentos por minuto;
- Movimentação fetal: registrar a percepção materna ou do profissional de saúde em relação à presença de movimentos do feto. Para isto, clique em “sim” ou “não”.

## FIGURA 5 - REGISTRO DA SEÇÃO (O): OBJETIVO

1. Registro dos dados objetivos que foram avaliados pelo profissional de saúde, que possam corroborar com o acompanhamento e manejo do período gestacional

**O Objetivo**

. Sinais e sintomas detectados.  
. Exames físicos.

DUM 05/02/2022 Última DUM: Não registrada

Antropometria, sinais vitais e glicemia capilar

Vacinação em dia?  
 Sim  Não

Resultados de exames  
+ Adicionar resultados de exames

Peso (kg)	Altura (cm)	IMC	Perímetro cefálico (cm)
50	165	18,37	
Circunferência abdominal (cm)			Perímetro da panturrilha (cm)
Pressão arterial (mmHg)	Frequência respiratória (mpm)	Frequência cardíaca (bpm)	
100 / 70	16	78	
Temperatura (°C)	Saturação de O2 (%)		
36,0	99		
Glicemia capilar (mg/dL)	Momento da coleta *		
99	<input type="radio"/> Momento da coleta não especificado <input type="radio"/> Jejum <input type="radio"/> Pré-prandial <input type="radio"/> Pós-prandial		

Vacinação em dia?  
 Sim  Não

Ativar o Windows  
Acesse Configurações para ativar o Windows.

Fonte: adaptado com base no e-SUS / APS, 2022.

A partir da segunda consulta, é possível visualizar no SOAP o resumo dos principais dados registrados nas consultas que antecederam o atendimento atual. A estratificação do risco gestacional aparece como “habitual” ou “alto” (Figura 6). Para que apareça a gestação de alto risco deve-se, também, adicionar CIAP2 de supervisão de gestação de alto risco ou outro que configure risco gestacional. Também mostra a lista de problemas e condições ativas e um espaço para preenchimento dos resultados dos exames solicitados (Figura 7).

**FIGURA 6 - REGISTRO DA SEÇÃO (O): OBJETIVO, A PARTIR DA SEGUNDA CONSULTA DE PRÉ-NATAL**

Folha de rosto SOAP Histórico Vacinação Cadastro do cidadão Agendamentos

**O Objetivo**

**B I U S "**

Insira as demais informações relacionadas ao exame físico.

0/4000 caracteres

Habilitar campos de

**Pré-natal**

Antropometria, sinais vitais e glicemia capilar

Vacinação em dia?

Sim  Não

**Pré-natal**

**Passo 1- Clique habilitando o campo de pré-natal**

Passo 2- Após irá abrir uma aba para registro das aferições realizadas na consulta de pré-natal

**Pré-natal**

**Pré-natal, parto e nascimento**

Tipo de gravidez: Única X v

Altura uterina (cm):

Risco da gravidez: Alto

Edema:  -  +  ++  +++

Movimentação fetal:  Sim  Não

Batimento cardíaco fetal (bpm):

DUM: dd/mm/aaaa

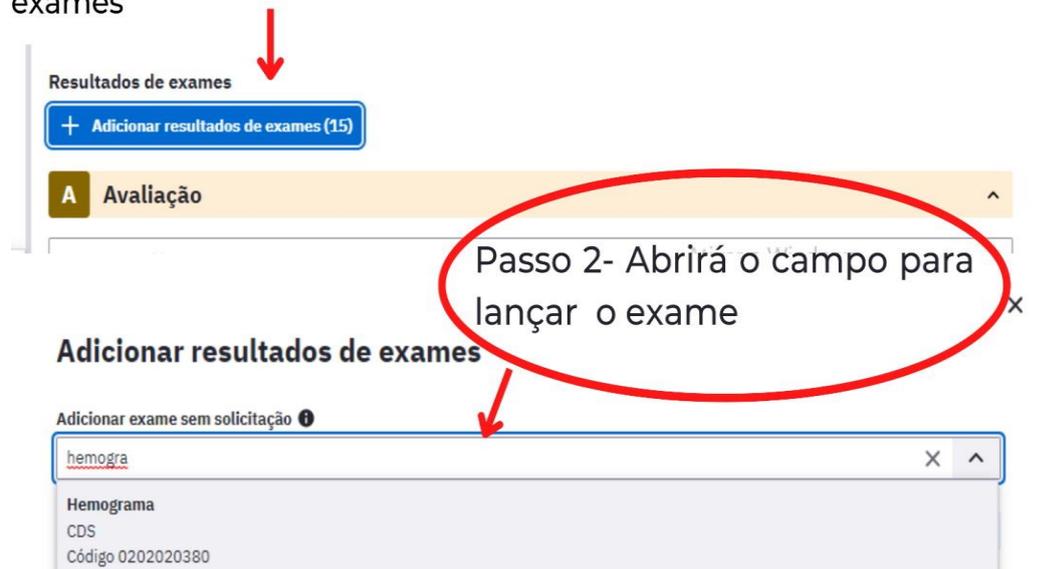
Última DUM: 04/10/2022 (38 dias) Registrada em: 04/11/2022

DPP: 11/07/2023 (7 meses e 29 dias)

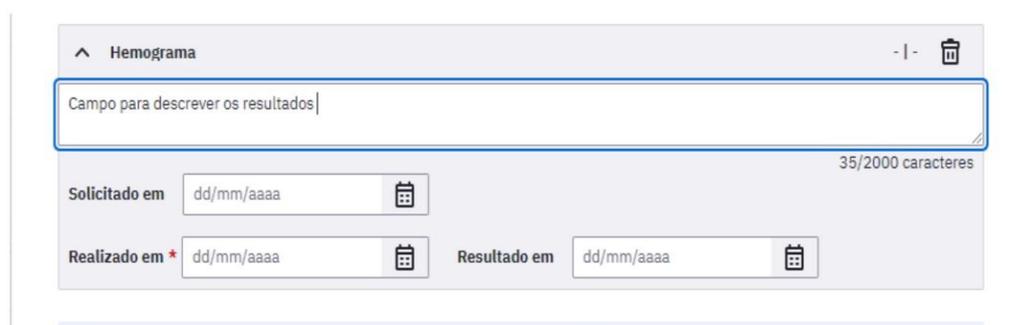
Fonte: adaptado com base no e-SUS / APS, 2022.

**FIGURA 7 - REGISTRO NA SEÇÃO (O): OBJETIVO, REFERENTE AOS RESULTADOS DOS EXAMES SOLICITADOS**

Passo 1 - No (O)objetivo do SOAP clique em "adicionar resultados de exames"



Passo 3 - Descreva o resultado e informe as datas



Passo 4 - Após clicar em "salvar" o resultado ficará registrado conforme a seguir



Fonte: adaptado com base no e-SUS / APS, 2022.

## **(A) Avaliação**

Para iniciar o acompanhamento, é necessário realizar a inclusão de algum dos códigos na seção de “Avaliação” do SOAP, por meio do bloco “Problema e/ou Condição detectada” mantendo a situação do problema/condição como “Ativo”. Desta forma, o sistema dá início ao acompanhamento do pré-natal da gestante captando informações úteis a esta condição de saúde. Dependendo do problema e ou condição detectada, a gestação pode ser estratificada em dois tipos: “alto risco” e “risco habitual”, também conhecida como baixo risco (Figura 8).

Esta situação pode ser modificada ao longo do acompanhamento da gestação por meio do código CIAP2: W78 (gravidez) e/ou CID10 Z34 (supervisão de gravidez normal) quando acompanhamento de gravidez de risco habitual. Em caso de acompanhamento de gestação de alto risco, deve-se inserir além do código de acompanhamento W78, outro código CIAP2 ou CID10 de condição de alto risco. Caso o primeiro registro da gravidez seja realizado por profissional médico ou enfermeiro, na seção “Avaliação” do SOAP, será mostrado o bloco “Pré-Natal – Primeira Consulta”. Alguns dos códigos existentes para preenchimento são:

### **CIAP2:**

- W71 – INFECÇÕES QUE COMPLICAM A GRAVIDEZ;
- W78 – GRAVIDEZ;
- W79 – GRAVIDEZ NÃO DESEJADA;
- W80 – GRAVIDEZ ECTÓPICA;
- W81 – TOXEMIA GRAVÍDICA – DHEG;
- W84 – GRAVIDEZ DE ALTO RISCO;
- W85 – DIABETES GESTACIONAL;

Além destes, a nota técnica N° 1-SAPS/MS (BRASIL, 2022) considera os seguintes: W03 (hemorragia antes do parto), W05 (vômitos/náuseas durante a gravidez) e W29 (sinais/sintomas da gravidez, outros).

### **CID10:**

- Z34 – SUPERVISÃO DE GRAVIDEZ NORMAL (e subgrupo);

- Z35 – SUPERVISÃO DE GRAVIDEZ DE ALTO RISCO (e subgrupo).

Além destes, a nota técnica Nº 1-SAPS/MS (BRASIL, 2022) considera os seguintes: O11, O120, O121, O122, O13, O140, O141, O149, O150, O151, O159, O16, O200, O208, O209, O210, O211, O212, O218, O219, O220, O221, O222, O223, O224, O225, O228, O229, O230, O231, O232, O233, O234, O235, O239, O299, O300, O301, O302, O308, O309, O311, O312, O318, O320, O321, O322, O323, O324, O325, O326, O328, O329, O330, O331, O332, O333, O334, O335, O336, O337, O338, O752, O753, O990, O991, O992, O993, O994, O240, O241, O242, O243, O244, O249, O25, O260, O261, O263, O264, O265, O268, O269, O280, O281, O282, O283, O284, O285, O288, O289, O290, O291, O292, O293, O294, O295, O296, O298, O009, O339, O340, O341, O342, O343, O344, O345, O346, O347, O348, O349, O350, O351, O352, O353, O354, O355, O356, O357, O358, O359, O360, O361, O362, O363, O365, O366, O367, O368, O369, O40, O410, O411, O418, O419, O430, O431, O438, O439, O440, O441, O460, O468, O469, O470, O471, O479, O48, O995, O996, O997, Z640, O00, O10, O12, O14, O15, O20, O21, O22, O23, O24, O26, O28, O29, O30, O31, O32, O33, O34, O35, O36, O41, O43, O44, O46, O47, O98, Z34, Z35, Z36, Z321, Z33, Z340, , Z348, Z349, Z350, Z351, Z352, Z353, Z354, Z357, Z358, Z359.

**FIGURA 8 - REGISTRO DA SEÇÃO (A): AVALIAÇÃO, CONSIDERANDO O RACIOCÍNIO CLÍNICO BASEADO NA ANÁLISE DOS CAMPOS "SUBJETIVO" E "OBJETIVO"**

The screenshot shows the 'Avaliação' (Evaluation) section of the e-SUS/APS system. On the left, there is a sidebar with various clinical categories like 'Alergias/Reações adversas', 'Lista de problemas/condições', etc. The main area is titled 'Avaliação' and contains a text field for additional impressions, a search bar for active or latent conditions, and a dropdown for 'CIAP 2'. The 'CIAP 2' dropdown is currently set to 'W78'. A red box highlights this dropdown with the text: 'Registrar o código de gravidez conforme já listado acima.' Below the dropdown, there is a list of details for 'GRAVIDEZ' with code 'W78', including inclusions and exclusions. A red box highlights the 'Situação' (Situation) section, which has 'Ativo' (Active) selected, and the 'Início' (Start) section, which shows a date of '04/11/2022' and an age of '34 anos e 6 meses'. A red box highlights the 'Adicionar' (Add) button with the text: 'Após inserção do código "w78", ficará como condição de gestação ativa.' At the bottom, another red box highlights the 'Adicionar' button in the 'Lista de problemas/condições' section, with the text: '0/200 caracteres'.

Caso a gestação seja de alto risco deve-se inserir o código do CIAP2 de gravidez alto risco também e incluir como condição ativa, assim a estratificação muda de "risco de gravidez habitual" para "risco de gravidez alto" conforme mostrado abaixo.

This screenshot shows the 'Lista de problemas/condições' (List of problems/conditions) section. Two conditions are listed: 'GRAVIDEZ (W78)' and 'GRAVIDEZ DE ALTO RISCO (W84)'. Both are marked as 'Ativo' (Active). A red box highlights the 'Risco da gravidez' (Pregnancy risk) dropdown, which is now set to 'Alto' (High). The 'Adicionar' button is also visible at the bottom right.

Fonte: adaptado com base no e-SUS / APS, 2022

## (P) PLANO

No plano, descreve-se a proposta terapêutica, conforme plano de cuidado e procedimentos de intervenção, caso haja necessidades (Figura 9)

**FIGURA 9 - REGISTRO DA SEÇÃO (P): PLANO, REFERENTE À PROPOSTA TERAPÊUTICA**

**P Plano**

**B I U S "**

Insira informações adicionais sobre o plano de cuidado.

0/4000 caracteres

Intervenções e/ou procedimentos clínicos realizados

No campo dos procedimentos já aparece automaticamente os procedimentos de mensuração dos dados registrados no Objetivo

Intervenções e/ou procedimentos clínicos realizados

0/4000 caracteres

CIAP 2

SIGTAP

AValiação antropométrica - 0101040024	Adicionado automaticamente	...	🗑️
Aferição de pressão arterial - 0301100039	Adicionado automaticamente	...	🗑️
Glucemia capilar - 0214010015	Adicionado automaticamente	...	🗑️
Aferição de temperatura - 0301100250	Adicionado automaticamente	...	🗑️

Deve-se acrescentar os procedimentos de testes rápidos e demais realizados conforme especificado

SIGTAP

teste rápido

Teste rápido para detecção de HIV na gestante ou pai/parceiro Código 0214010040	Encaminhamentos
Teste rápido de gravidez Código 0214010066	
Teste rápido para sífilis Código 0214010074	medicamento de uso
Teste rápido para sífilis na gestante ou pai/parceiro Código 0214010082	
Teste rápido para detecção de infecção pelo hbv Código 0214010104	

SIGTAP

TESTE RÁPIDO PARA DETECCAO DE HIV NA GESTANTE OU PAI/PARCEIRO - 0214010040	...	🗑️
TESTE RÁPIDO PARA SÍFILIS NA GESTANTE OU PAI/PARCEIRO - 0214010082	...	🗑️
TESTE RÁPIDO PARA DETECCÃO DE INFECÇÃO PELO HBV - 0214010104	...	🗑️
TESTE RÁPIDO PARA HEPATITE C - CDS	...	🗑️

Fonte: adaptado com base no e-SUS / APS, 2022

É possível fazer a prescrição de medicamentos diretamente, contendo inclusive orientações de uso para o paciente, efetuada por profissional legalmente habilitado, conforme Figura 10. Cabe ressaltar que a inserção da prescrição deverá ser realizada mesmo que os medicamentos sejam prescritos manualmente.

**FIGURA 10 - REGISTRO DA SEÇÃO (P): PLANO, REFERENTE À PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA**

1. Para prescrição de medicamentos segue-se os passos

- Passo 1. Clique na ferramenta "Prescrição de medicamentos";

Prescrição de medicamentos | Solicitação de exames | Atestados | Orientações | Encaminhamentos

Prescrição de medicamentos

+ Adicionar prescrição

- Passo 2. Clique em "Adicionar prescrição";

Preencher manualmente. Medicamento não encontrado na lista.

Princípio ativo / medicamento \*  
Ácido Fólicc

Concentração  
5 mg

Via de administração \*  
Oral

Tipo de receita  
Comum

Dose \*  
Forma farmacêutica  
Comprimido  Dose única

Frequência da dose \*  
Intervalo | Frequência | Turno

A cada 4h 6h 8h 12h 24h horas

Posologia  
Nenhuma informação adicionada

Início do tratamento \* 04/11/2022  
Duração \*  
Conclusão -

Dia(s)  Semana(s)  
 Mês(es)  Indeterminada

Uso contínuo

Recomendações  
0/500 caracteres

Integração com Hórus  
Quantidade \*  
Unidade de fornecimento  
Comprimido

Conexão com o servidor Hórus desabilitada

Limpar campos | Salvar prescrição

Fechar | Imprimir

- Passo 3. Registre o fármaco prescrito e preencha conforme campos discriminados

Fonte: adaptado com base no e-SUS / APS, 2022

A solicitação de exames de rotina do pré-natal é realizada conforme Figura 11.

### FIGURA 11 - REGISTRO DA SEÇÃO (P): PLANO, REFERENTE À SOLICITAÇÃO DE EXAMES DE ROTINA REALIZADOS NO PRÉ-NATAL

1. Para solicitação de exames da rotina pré-natal siga os passos:

- Passo 1. Clique na ferramenta "Exames";

Prescrição de medicamentos Solicitação de exames Atestados Orientações Encaminhamentos

Solicitação de exames

+ Adicionar exame comum + Adicionar exame de alto custo

Pesquise por exame  Ver somente as minhas solicitações **Filtros**

- Passo 2. Após clicar em "Adicionar exame comum" selecione o trimestre da gestação e surgirá os exames preconizados para este período;

Solicitar exame comum

Grupo de exames

- Gestante 1º trimestre
- Gestante 2º trimestre
- Gestante 3º trimestre
- Risco cardiovascular

Exames \*

CID 10

Justificativa do procedimento \*

Observações

CID 10

Justificativa do procedimento \*

Observações

- Todos os exames
- Determinação direta e reversa de grupo ABO
- EAS / EQU
- Exame citopatológico cervico-vaginal/microflora
- Glicemia
- Hemograma
- Pesquisa de anticorpos IGG antitoxoplasma
- Pesquisa de anticorpos IGM antitoxoplasma
- Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da hepatite b (hbsag)
- Pesquisa de fator rh (inclui d fraco)
- Sorologia para HIV
- Teste indireto de aglutinação humana (TIA)
- Teste não treponêmico p/ detecção de sífilis em gestantes
- Teste rápido para detecção de HIV na gestante ou pai/parceiro
- Teste rápido para sífilis na gestante ou pai/parceiro
- Ultrassonografia obstétrica
- Urocultura

Cancelar Salvar

- Passo 3. Após adicionar a justificativa clicar em "Salvar".

Fonte: adaptado com base no e-SUS / APS, 2022

Em situações onde é necessário encaminhar a gestante para acompanhamento de alto risco, o registro é realizado conforme mostrada na Figura 12, com a ficha impressa destinada ao serviço de referência demonstrada na Figura 13.

**FIGURA 12 - REGISTRO DA SEÇÃO (P): PLANO, REFERENTE AO ENCAMINHAMENTO DA GESTANTE AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO**

1- Clique no campo "encaminhamento"

Registre todos campos conforme exemplo e classifique pelo grau de prioridade do encaminhamento

2- O registro ficará conforme exemplo abaixo , sendo o próximo passo a impressão do encaminhamento

Data	Especialidade	Hipótese diagnóstica	
08/11/2022	CONSULTA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA	GRAVIDEZ DE ALTO RISCO	Registrado agora

Imprimir

Fonte: adaptado com base no e-SUS/ APS, 2022.

**FIGURA 13 - FICHA DE IMPRESSÃO DO ENCAMINHAMENTO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO**

**GUIA DE ENCAMINHAMENTO**

**REFERÊNCIA**

Nome do cidadão _____		CPF/CNS _____	Classificação de risco <b>PRIORITÁRIO</b>
Sexo Feminino	Idade 34 anos e 6 meses e 23 dias	Data de nascimento _____	Telefone _____
Nome da mãe _____		Município de nascimento PORTO VELHO / RO	
Unidade de saúde solicitante Secretaria Municipal de Saude			CNES 6482732
Profissional solicitante _____			CNS _____
Especialidade CONSULTA EM GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (Diabetes gestacional)		Hipótese / Diagnóstico (CID10) Z35 - SUPERVISÃO DE GRAVIDEZ DE ALTO RISCO	
Motivo do encaminhamento _____			
Registro das condições de saúde _____			
Observação Estratificação risco: 15 pontos (em anexo)			

**Nome do profissional e registro no conselho**

Porto velho - RO, 08 de Novembro de 2022

**CONTRA - REFERÊNCIA**

Unidade de especialidade _____	AGENDA: Data e Hora ____/____/____
Parecer / conduta da especialidade _____	Diagnóstico (CID10) _____
Observação _____	

Fonte: adaptado com base no e-SUS / APS, 2022.

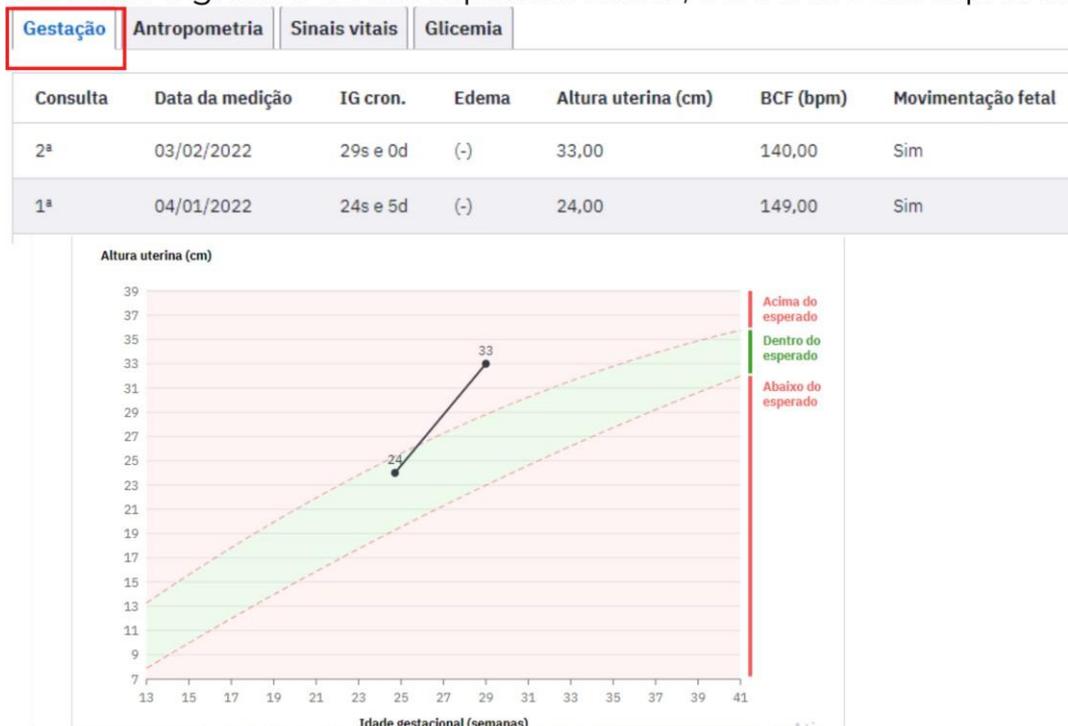
Em relação ao acompanhamento das medições realizadas durante as consultas de pré-natal, é possível, pela folha de rosto do prontuário, acompanhar e avaliar todas as medições realizadas durante as consultas de pré-natal nas seguintes barras: gestação, antropometria, sinais vitais e glicemia, como consta na Figura 14.

**FIGURA 14 - ACOMPANHAMENTO DO HISTÓRICO DAS MEDIÇÕES DA GESTANTE**

Passo 1- Na folha de rosto clique em "medições"



Passo 2- Abrirá o "histórico das medições" clique em uma das opção de medição que deseja visualizar o histórico e será visualizado também o gráfico de acompanhamento, conforme exemplos abaixo



(continua)

## Histórico de medições

Gestação **Antropometria** Sinais vitais Glicemia

Data da medição	Peso (kg)	Altura (cm)	IMC (kg/m <sup>2</sup> )	Per. cefálico (cm)	Circ. abdominal (cm)	Per. panturrilha (cm)	
03/02/2022	88,60	-	-	-	-	-	🗑️
04/01/2022	89,00	165,0	32,69	-	-	-	🗑️
04/01/2022	89,00	165,0	32,69	-	-	-	🗑️
18/10/2021	88,40	165,0	32,47	-	-	-	🗑️



Fonte: adaptado com base no e-SUS / APS, 2022.

Nas consultas de pré-natal subsequentes, a gestante levará consigo os resultados dos exames solicitados na (s) consulta (s) anterior (es). O registro dos resultados é imprescindível para avaliação da sua gravidez e é realizado conforme Figura 15.

**FIGURA 15 - REGISTRO DOS RESULTADOS DOS EXAMES SOLICITADOS ANTERIORMENTE**

**OBSERVAÇÃO:** Os exames solicitados da forma conforme recomendado aparecerão na próxima consulta em "Objetivo" para que seja clicando no campo "Adicionar resultados de exames".

**Resultados de exames**

**+ Adicionar resultados de exames (16)**

**Adicionar resultados de exames**

Adicionar exame sem solicitação

Pesquise por exame para inserir o resultado

Solicitação de 04/11/2022 por [nome] | ENFERMEIRO | Secretaria Municipal de Saude

Exames realizados em 04/11/2022 Resultados em dd/mm/aaaa

Exame	Data
Determinação Direta e Reversa de Grupo ABO	04/11/2022
EAS / EQU	04/11/2022
Exame Citopatológico Cervico-vaginal/microflora	04/11/2022
Glicemia	04/11/2022
Hemograma	04/11/2022
Pesquisa de Anticorpos IGG Antitoxoplasma	04/11/2022
Pesquisa de Anticorpos IGM Antitoxoplasma	04/11/2022
Pesquisa de Antígeno de Superfície do Vírus da Hepatite B (Hbsag)	04/11/2022
Pesquisa de Fator Rh (Inclui D Fraco)	04/11/2022

• Aparecerá o profissional e a data que foi solicitado o exame.

Nesse momento, você pode inserir todos os resultados dos exames solicitados

Fonte: adaptado com base no e-SUS / APS, 2022

Para os resultados de ultrassonografias realizadas durante o pré-natal, é possível registrar nos campos disponíveis a idade gestacional (IG ecográfica) em semanas e dias, além da data provável do parto (DPP ecográfica), conforme Figura 16.

**FIGURA 16 - REGISTRO DO RESULTADO DAS ULTRASSONOGRAFIAS**

1- Registrar nos campos grifados as informações do exame de USG e após adicionar o resultado dos exames trazidos pela gestante na consulta, clicar em "salvar".

Ultrassonografia Obstétrica ✓ 05/11/2022 | 08/11/2022

Idade gestacional eco 04 semanas e 1 dias X DPP eco 14/07/2023 X

Descrição  
Descrição do laudo do exame. Sugestões: implantação da placenta, líquido amniótico, apresentação e situação fetal, peso, BCF 126/2000 caracteres

Realizado em \* 05/11/2022 X Resultado em 08/11/2022 X

Urocultura - | -  
Clique para inserir o resultado.....

Cancelar Salvar

2- No próximo atendimento as informações registradas da USG ficarão expostas no SOAP conforme destacado abaixo:

Folha de rosto SOAP Histórico Vacinação Cadastro do cidadão Agendamentos

Pré-natal

Alto

DUM: 04/10/2022

IG eco.: 4 semanas e 4 dias

DPP cronológica: 11/07/2023

DPP ecográfica: 14/07/2023

Tipo de gravidez: Única

Consultas: 4 | Última em 08/11/2022

Última consulta odontológica:  
Consulta não realizada

Alergias/Reações adversas

Lista de problemas/condições

GRAVIDEZ (W78)

GRAVIDEZ DE ALTO RISCO (W84)

S Subjetivo

Insira as impressões subjetivas do profissional e as expressadas pelo cidadão.

Motivo da consulta (CIAP 2)

O Objetivo

Insira as demais informações relacionadas ao exame físico.

Fonte: adaptado com base no e-SUS / APS, 2022

## 6.5 Agendamento de consultas de retorno

Antes de finalizar o atendimento, clique em "retorno para consulta agendada" e posteriormente em "agendar consulta". Desta forma, irá aparecer a aba para inserir o nome do profissional, dia e horário da próxima consulta (Figura 17), que também deverá ser registrado no cartão da gestante.

**FIGURA 17 - AGENDAMENTO DE CONSULTAS**

Manter cidadão na lista de atendimentos

^ Agendar consulta

Profissional Data do agendamento \* Horário do agendamento \*

08/11/2022 15:40

Observações

Consulta de Pré-natal

22/200 caracteres

Imprimir atendimento ao finalizar

Fonte: adaptado com base no e-SUS/ APS, 2022.

## 6.6 Finalizar pré-natal e consulta puerperal

Para finalizar o pré-natal, a condição “ativa” da gestação deverá ser substituída para “resolvida” (Figura 18). Se neste mesmo atendimento trata-se de consulta puerperal, deve-se no campo de “Problemas e/ou condições avaliados neste atendimento” inserir os códigos do CIAP2 de fechamento de pré-natal: **W82, W83, W90, W91, W92, W93** (Figura 19).

**FIGURA 18 - REGISTRO DA FINALIZAÇÃO DE CONDIÇÃO "ATIVA" DA GESTAÇÃO**

Passo 1- Na (A) Avaliação do SOAP selecione a condição de "gestação ativa" conforme sinalizado abaixo:

0/4000 caracte

Problemas e/ou condições avaliados neste atendimento

Pesquisar por problemas/condições ativos ou latentes do cidadão

GRAVIDEZ (W78) X v

A cidadã possui uma gestação ativa. Para encerrar a gestação no sistema, é necessário incluir a(s) CIAP 2 correspondentes na lista de problemas/condições. [Clique para acessar a lista de CIAP 2 relacionadas.](#)

CIAP 2 CID 10

GRAVIDEZ - W78 -

Incluir na lista de problemas/condições

Situação \*

Ativo  Latente  Resolvido

Início

Data Idade

04/11/2022 X OU 34 anos e 6 meses X

Fim

Data \* Idade

dd/mm/aaaa X OU 000 anos e 00 meses

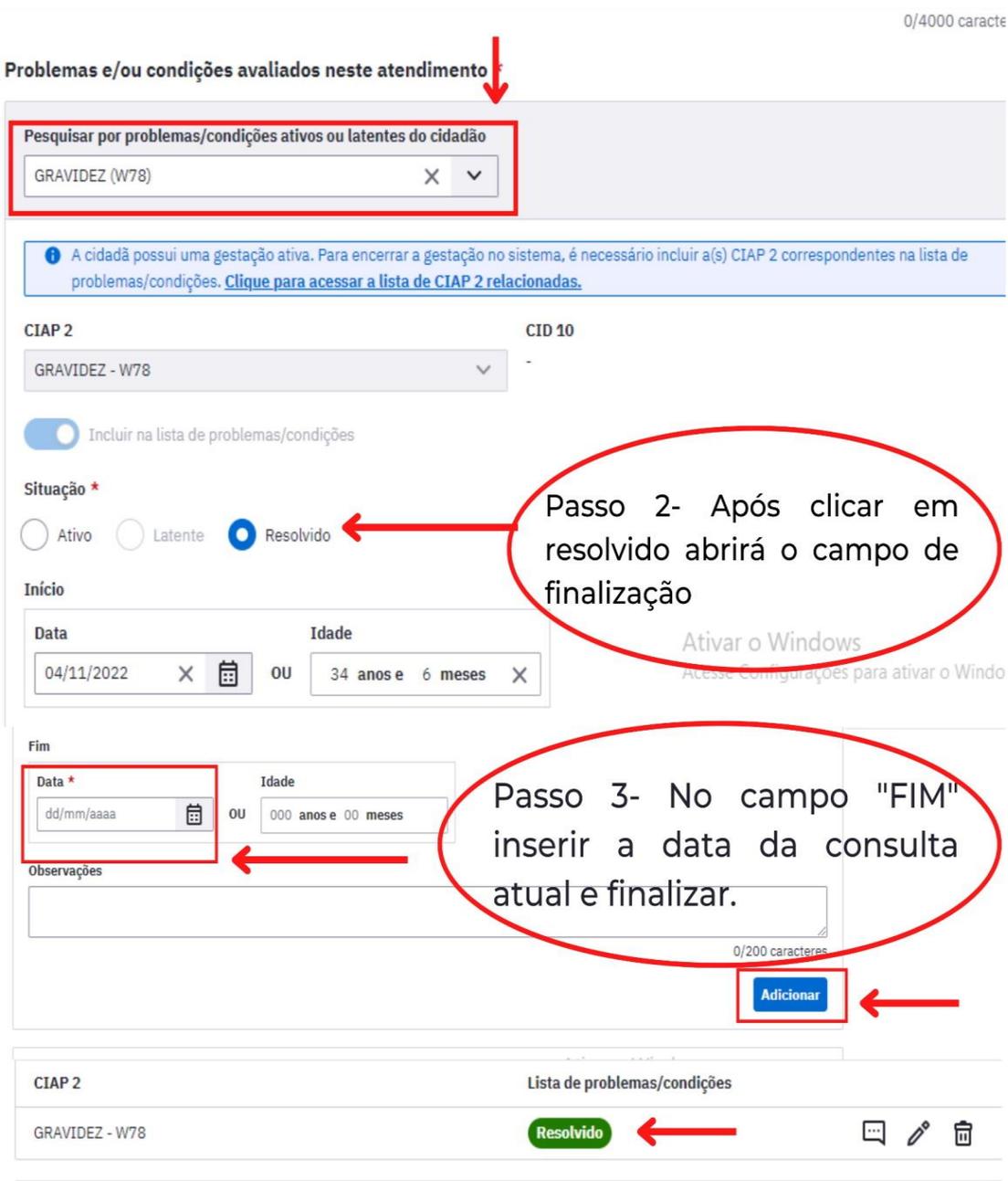
Observações

0/200 caracteres

Adicionar

CIAP 2 Lista de problemas/condições

GRAVIDEZ - W78 Resolvido



Fonte: adaptado com base no e-SUS / APS, 2022.

**FIGURA 19 - REGISTRO DE DESEFCHO DO PRÉ-NATAL POR CONSULTA PUERPERAL**

Passo 1- Na (A) Avaliação do SOAP, registre a condição de atendimento conforme os códigos do CIAP2 de fechamento de pré- natal

0/4000 caracteres

Problemas e/ou condições avaliados neste atendimento \*

Pesquisar por problemas/condições ativos ou latentes do cidadão

CIAP 2

PARTO SEM COMPLICAÇÕES DE NASCIDO VIVO - W90

Incluir na lista de problemas/condições

Ativar o Windows

Passo 3 - Clique em "Resolvido"

Situação \*

Ativo Latente **Resolvido**

Início

Data 09/11/2022 OU Idade 34 anos e 6 meses

Fim

Data dd/mm/aaaa OU Idade 000 anos e 00 meses

Observações

0/200 caracteres

Adicionar

Passo 4- Após abrir o campo de finalização para colocar a data da consulta atual

(continua)

Passo 5 Após clicar em "adicionar", a condição do CIAP2 informada aparecerá como resolvida e surgirá o campo "Encerrar gestação" para o registro dos dados do desfecho

CIAP 2	Lista de problemas/condições	
GRAVIDEZ - W78	Resolvido	  
PARTO SEM COMPLICAÇÕES DE NASCIDO VIVO - W90	Resolvido	  

**Encerrar gestação**

Tipo de gravidez Data do desfecho \*

Única  

Fonte: adaptado com base no e-SUS / APS, 2022.

Em caso de desfecho da gestação por aborto, registrar conforme Figura 20.

### FIGURA 20 - REGISTRO DE DESFECHO DO ACOMPANHAMENTO DE PRÉ-NATAL COMO ABORTO

**Problemas e/ou condições avaliados neste atendimento \***  
 Preenchimento obrigatório.

Pesquisar por problemas/condições ativos ou latentes do cidadão

**!** A cidadã possui uma gestação ativa. Para encerrar a gestação no sistema, é necessário incluir a(s) CIAP 2 correspondentes na lista de problemas/condições. [Clique para acessar a lista de CIAP 2 relacionadas.](#)

CIAP 2

aborto

**ABORTO ESPONTÂNEO**  
 Código W82  
 Inclui: ABORTO - AMEAÇA, COMPLETO, INCOMPLETO, RETIDO, HABITUAL  
 Exclui: ABORTO PROVOCADO W83, HEMORRAGIA PRÉ-PARTO W03, CONTRAÇÕES PREMATURAS DEPOIS DA 28ª SEMANA DE GRAVIDEZ W92,W93, MORTE FETAL, NASCIDO MORTO APÓS A 28ª SEMANA DE GRAVIDEZ W93

**ABORTO PROVOCADO**  
 Código W83  
 Inclui: INTERRUPÇÃO DA GRAVIDEZ, TODO O TIPO DE COMPLICAÇÕES

**Adicionar**

Fonte: adaptado com base no e-SUS / APS, 2022.

## 6.7 Consulta de pré-natal ou puerperal realizadas durante a visita domiciliar

Em casos em que a consulta de pré-natal ou puerperal seja realizada no domicílio, é realizado o registro conforme Figura 21.

**FIGURA 21 - REGISTRO TARDIO DAS CONSULTAS DE PRÉ-NATAL OU PUERPERAL NO DOMICÍLIO**

**Passo 1:** clique na aba "registro tardio"

**Passo 2:** clique na aba em "adicionar"

**Passo 3 -** encontre o usuário o campo "cidadão" pelo nome ou cartão do SUS e prosseguir com o preenchimento dos demais campos obrigatórios

**Passo 4-** após preencher os campos e clicar em "salvar", o registro poderá ser realizado normalmente no SOAP, conforme já descrito anteriormente

**Passo 5 -** quando for finalizar o atendimento inserir no campo "Procedimento administrativos" registre os seguintes códigos

**Procedimentos administrativos (SIGTAP)**

CONSULTA/ATENDIMENTO DOMICILIAR - 0301010137	
VISITA DOMICILIAR POR PROFISSIONAL DE NÍVEL SUPERIOR - 0301050147	

**OBSERVAÇÃO:** O registro tardio pode ser realizado até sete dias do atendimento, não sendo permitido após este período.

Fonte: adaptado com base no e-SUS / APS, 2022.

## 7 ACOMPANHAMENTO DO PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL

### 7.1 Calendário de consultas

A Organização Mundial da Saúde (OMS) recomenda que o número mínimo ideal de consultas destinadas à gestante na atenção ao pré-natal seja de 8 (oito), sendo umas até 12 semanas no primeiro trimestre, seguindo com as consultas na 20<sup>a</sup>, 26<sup>a</sup>, 30<sup>a</sup>, 34<sup>a</sup>, 36<sup>a</sup>, 38<sup>a</sup> e 40<sup>a</sup> semanas (OMS, 2016), sendo mantido acompanhamento até o parto (Quadro 3).

Este calendário de atendimento deve ser programado considerando:

- A idade gestacional na primeira consulta;
- Os períodos mais adequados para a coleta de dados necessários ao bom seguimento da gestação;
- Os períodos nos quais se necessita intensificar a vigilância, pela possibilidade maior de incidência de complicações;
- Os recursos disponíveis nos serviços de saúde e a possibilidade de acesso da clientela aos mesmos.

O Ministério da Saúde orienta que as consultas sejam intercaladas entre médico e enfermeiro, além de realizada ao menos **uma** consulta com o odontólogo, haja vista que infecções dentárias e gengivais estão associadas à amnionitite e consequente amniorrexe prematura.

A maior frequência de visitas no final da gestação visa a avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns neste trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal, sendo imperiosa a avaliação da vitalidade fetal através da verificação do batimento cardíaco fetal (BCF).

**QUADRO 3 - RECOMENDAÇÕES DA PERIODICIDADE PARA AGENDAMENTO DE CONSULTAS**

Periodicidade de consultas	0 a 28 <sup>a</sup> semana	Da 28 <sup>a</sup> a 36 <sup>a</sup> semana	Da 36 <sup>a</sup> até o parto
Mensalmente			
Quinzenalmente			
Semanalmente			

Fonte: BRASIL, 2012.

Frente a qualquer alteração, ou se o parto não ocorrer até sete dias após a data provável, a gestante deverá ter consulta médica assegurada, ou ser encaminhada para Maternidade Municipal Mãe Esperança, ressaltando que o ciclo gravídico-puerperal só se encerra após o 42º dia de puerpério, período em que deverá ter sido realizada a segunda consulta puerperal.

## **7.2 Atendimento na primeira consulta da gestante**

As questões mais relevantes e ações a serem executadas e avaliadas durante a condução da primeira consulta de acompanhamento pré-natal estão organizadas e descritas no Quadro 4.

### **QUADRO 4 - ROTEIRO DE ATENDIMENTO DA PRIMEIRA CONSULTA DA GESTANTE**

#### **Anamnese:**

- Nome da gestante e do acompanhante;
- Idade, cor da pele e descendência racial, naturalidade e procedência, atividades laborais, situação conjugal, escolaridade, crença e espiritualidade;
- Percepção a respeito da situação de saúde, queixas gerais e comuns da gravidez (início, tempo de duração, intensidade, ciclicidade e fatores predisponentes), condições crônicas, uso de medicamentos;
- Nível de estresse do casal, aceitação da gravidez, sinais indicativos de depressão, existência de medos e tabus, uso de drogas lícitas (fumo, álcool, analgésicos, soníferos e estimulantes com prescrição) e ilícitas (maconha, cocaína, crack, opioides e solventes);
- Relações e apoio familiar e sociocomunitário;
- Antecedentes de violência;
- Antecedentes mórbidos pessoais: condições de nascimento e infância, desenvolvimento puberal, doenças comuns da infância, vacinações, alergias, cirurgias (gerais e pélvicas), transfusões de sangue, anestésias, tratamentos clínicos prévios à gestação e no decorrer da gravidez atual, doenças infectocontagiosas, desvios nutricionais, alergias, reações medicamentosas, vacinações, uso crônico de medicamentos prescritos;
- Comportamentos e hábitos de vida: alimentação, atividade física, tabagismo, alcoolismo;
- Antecedentes ginecológicos: características do ciclo menstrual, uso de métodos anticonceptivos, cirurgias prévias no útero, cirurgias sobre as mamas (reductoras, adicionais, retirada de nódulos),

insuficiência lútea, perdas gestacionais prévias, insuficiência cervical, trabalho de parto pré-termo e pré-eclâmpsia, entre outras; parcerias sexuais;

- Antecedentes obstétricos: número de gestações e intervalo entre elas; evolução no pré-natal (aborto, diabetes, parto pré-termo, restrição de crescimento intraútero ou baixo peso ao nascer, pré-eclâmpsia/eclampsia, isoimunização Rh, anomalias congênitas no recém-nascido, óbito fetal ou neonatal); via do parto e, se cesárea, qual foi a indicação e há quanto tempo foi realizada; tempo do trabalho de parto; condições do recém-nascido e evolução neonatal;
- Antecedentes familiares: hipertensos, diabéticos, doenças autoimunes, cardiopatas, parentes de primeiro grau que apresentaram pré-eclâmpsia/eclampsia, gemelaridade, distócias no parto e doenças infectocontagiosas;
- Sintomas e sinais de alerta;
- Identificação da data da última menstruação (DUM);
- Cálculo de idade gestacional (IG):

	Data conhecida e certa	Data desconhecida
<b>DUM</b> (1º dia da última menstruação)	Somar a quantidade de dias entre a DUM e a data da consulta e dividir o total por sete (resultado em semanas).	Início do mês: padronizar dia 05 Meio do mês: padronizar dia 15 Final do mês: padronizar dia 25
	<b>Com o gestograma:</b> colocar a seta sobre o dia e mês correspondentes ao primeiro dia e mês do último ciclo menstrual e observe o número de semanas indicado no dia e mês da consulta atual.	Período do mês desconhecido e impossível diagnóstico clínico da idade gestacional: <b>solicite ultrassonografia obstétrica.</b>

- Data provável do parto (DPP)

Pode ser realizado com auxílio de gestograma, se disponível. Na ausência deste pode ser utilizado a regra de Nägele:

- 1º Passo: definir a DUM (dia/mês/ano);

- 2º Passo: após a definição da DUM, o profissional deve somar 7 dias ao primeiro dia da última menstruação, e subtrair 3 meses ao mês da DUM (se DUM entre abril e dezembro) ou somar 9 meses (se DUM entre janeiro e março). Quando o total de dias encontrado for maior do que o número de dias do mês, passar os dias excedentes para o mês subsequente e acrescentar 1 ao final do cálculo do mês.

DUM entre abril e dezembro	DUM entre janeiro e março
+ 7 dias e (-) 3 meses	+ 7 dias e (+) 9 meses
<p>Ex. 1: 01/<b>12</b>/2021  <u>+07/-03/+1 ano</u></p> <p><b>DPP= 08/09/2022</b></p>	<p>Ex. 2: 12/03/2022  <u>+07/+9/2022</u></p> <p><b>DPP= 19/12/2021</b></p> <p>Ex. 3: 27/01/2022  <u>+07/+9/2022</u>  <b>34/10/2022</b> (4 dias excedentes para  mês seguinte)</p> <p><b>DPP=04/11/2022</b></p>
<p><b>COM O GESTOGRAMA:</b> direcionar a seta para o dia e mês da DUM e observar a data indicada pela seta como DPP.</p>	
<p><b>Saúde Bucal</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedentes ou história atual de sangramento gengival, mobilidade dentária, dor, lesões na boca, infecções, pulpite, cáries, doença periodontal ou outras queixas;</li> <li>• Hábitos de higiene bucal como rotina de escovação e uso de fio dental;</li> <li>• Data da última avaliação de saúde bucal.</li> </ul> <p><b>É preconizado pelo Ministério da Saúde que TODAS as gestantes sejam encaminhadas à avaliação odontológica.</b></p>	

Fonte: Adaptado BRASIL (2012); BRASIL (2019).

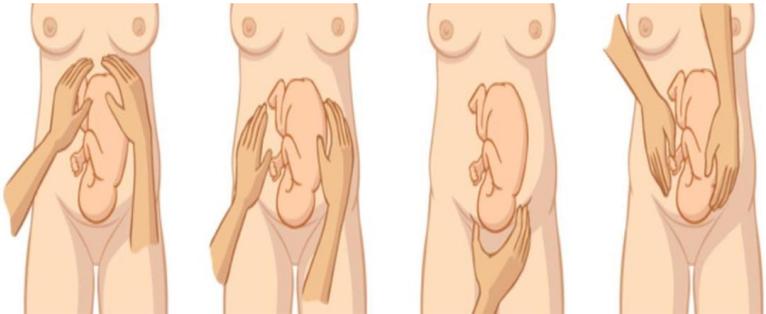
Nas consultas subsequentes, é necessário manter a abordagem sobre as intercorrências e queixas clínicas apresentadas, avaliar o bem-estar materno e fetal, atentando-se para condições que representem risco e atualizar na classificação de risco gestacional a fim de se realizar intervenções mais efetivas. A verificação de adesão às orientações e prescrições efetuadas em consulta anterior, bem como solicitação e/ou avaliação de exames e histórico vacinal devem ser executadas ao longo do acompanhamento (BRASIL, 2012).

Deve-se permitir espaço para expressão de dúvidas, angústias da gestante, parceiro (a) ou familiar e realizar o exame físico direcionado para queixas apresentadas (Quadro 5), além do exame obstétrico de acordo com IG, registrando-se todas as informações na caderneta da gestante (RIO DE JANEIRO, 2020).

**QUADRO 5 - ROTEIRO DE EXAME FÍSICO GERAL E OBSTÉTRICO**

<b>Verificar/Avaliar</b>	<b>Interpretar</b>
<b>Antropometria e Sinais vitais</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Peso, altura e Índice de Massa Corporal (IMC) para avaliação e monitoramento da condição nutricional e ganho de peso gestacional (ver página 136);</li> <li>• Aferição de sinais vitais como pulso e pressão arterial, frequência cardíaca, frequência respiratória e, quando necessário, temperatura axilar e SPO2;</li> <li>• Glicemia capilar.</li> </ul>
<b>Edema</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar edemas em membros inferiores (MMII), abdômen e face em todas as consultas. O edema de MMII é comum na gestação, porém sua instalação súbita, progressão rápida ou acometimento de outros segmentos corporais devem ser encarados como sinal de alerta e correlacionar com patologias possíveis.</li> </ul>
<b>Cabeça e pescoço</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspeção e palpação de crânio, face, pescoço, olhos, ouvidos, nariz, cavidade oral, tireoide e linfonodos.</li> </ul>
<b>Pele e anexos</b>	<p>Inspeção e palpação;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Pele: cor de pele; áreas com coloração alterada; temperatura; umidade; turgor; vascularização ou hematomas; lesões (local, tamanho, exsudato, leito da lesão, margem e pele perilesional);</li> <li>• Inspeção do cabelo e das unhas.</li> </ul>
<b>Tórax</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspeção: alterações e assimetrias, padrão respiratório;</li> <li>• Palpação: presença de nódulo, massas ou sensibilidade, frêmito tóraco-vocal;</li> <li>• Percussão: percutir os campos pulmonares e estimar a excursão diafragmática;</li> <li>• Ausculta pulmonar e cardíaca.</li> </ul>
<b>Mamas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exame clínico das mamas: Inspeção estática e dinâmica, avaliando simetria, alterações do contorno, abaulamento ou espessamento da pele, coloração, textura, circulação venosa;</li> <li>• Palpação de mamas, região supra claviclar e axilar em busca de alterações de textura, nódulos, abaulamentos, entre outros;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipo de mamilo; Sinal de Hunter; Rede de Haller; Presença de Tubérculos de Montgomery; Expressão mamilar.</li> </ul>
<p><b>Abdome</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspeção e palpação para avaliar situação, apresentação e movimentação fetal (ver manobras de Leopold).</li> <li>• Mensuração de altura uterina (AU) para auxiliar na estimativa da idade gestacional e evolução do crescimento fetal. Valores acima do esperado podem ocorrer em caso de gemelaridade, excesso de peso e de líquido amniótico (polidrâmnio), por exemplo. É possível palpar o fundo uterino entre a 12<sup>a</sup> e 16<sup>a</sup> semana gestacional, devendo ser anotada e avaliada em gráfico específico na caderneta da gestante a cada consulta.</li> </ul> <p><b>Realizando mensuração de AU</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Delimitar a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino;</li> <li>• Corrigir dextroversão uterina no momento da palpação;</li> <li>• Fixar a extremidade inicial da fita métrica (0 cm), flexível e não extensível, na borda superior da sínfise púbica com mão direita, prender a fita levemente entre os dedos indicador e médio da mão esquerda;</li> <li>• Deslize a fita métrica entre os dedos indicador e médio da mão esquerda até alcançar o fundo do útero;</li> <li>• Realizar a leitura quando a borda cubital da mão atingir o fundo uterino;</li> <li>• Anotar a medida (em centímetros) no prontuário, ficha perinatal e no cartão da gestante;</li> <li>• Anotar no gráfico e avaliar o crescimento fetal através do sentido da curva (após a 16<sup>a</sup> semana).</li> </ul> <div data-bbox="555 1249 1225 1612" data-label="Image"> </div> <p><b>Fonte:</b> Brasil (2012).</p> <p><b>Palpação obstétrica</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Para identificação da situação e apresentação fetal e acompanhamento da altura uterina;</li> <li>• Em torno da 36<sup>a</sup> semana, recomenda-se a determinação da apresentação fetal (cefálica, pélvica ou córmica).</li> <li>• Determinar a situação fetal (longitudinal, transversal e oblíqua):</li> <li>• Colocar as mãos sobre as fossas ilíacas;</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Deslizar em direção à escava pélvica e abarcando o polo fetal que se apresenta;</li> <li>• A situação longitudinal é a mais comum;</li> <li>• A situação transversa e a apresentação pélvica ao final da gestação podem trazer risco ao parto e a gestante deve ser encaminhada para a maternidade de referência.</li> <li>• Manobras de Leopold-Zweifel (avaliação estática fetal): auxilia na avaliação do crescimento fetal, além da situação e a apresentação fetal.</li> </ul> <div style="text-align: center;"> <p><b>1º tempo                  2º tempo                  3º tempo                  4º tempo</b></p>  <p><b>Identificação do fundo uterino          Identificação do dorso fetal          Apresentação fetal          Determinação da insinuação</b></p> </div> <p><b>Fonte:</b> Brasil (2012).</p> <p><b>Ausculda dos Batimentos Cardíofetais (BCF)</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Audível com uso de sonar tipo Doppler a partir da 10ª/12ª semana;</li> <li>• Audível com uso de estetoscópio de Pinard a partir da 20ª semana;</li> <li>• Para ausculta, identifique o dorso fetal e pergunte à gestante em qual lado ela sente mais os movimentos fetais; o dorso provavelmente estará no lado oposto;</li> <li>• Controle o pulso da gestante para certificar-se de que os batimentos ouvidos são os do feto, já que as frequências são diferentes;</li> <li>• Verificar ritmo, frequência e regularidade dos BCF. Contar número de BCF em um minuto. A frequência esperada é de 110 a 160 bpm.</li> <li>• Anote na caderneta da gestante, em prontuário e analise o valor encontrado.</li> </ul>
<p><b>Avaliação pélvica</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inspeção dos genitais externos: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Investigar presença de nódulos, bolhas, úlceras, corrimento vaginal fisiológico ou leucorréias, prolapso genital, rotura de períneo, incontinência urinária, bartolinite, verrugas e perda de líquidos via vaginal;</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar o exame especular, independentemente da coleta de exame citopatológico de colo de útero, focado na história e queixas da gestante.</li> </ul>
<b>Membros superiores e inferiores.</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Avaliar integridade e coloração da pele; varizes e edema;</li> <li>• Palpação: palpar pulsos e perfusão periférica a fim de avaliar sistema circulatório;</li> <li>• Avaliar e classificar o edema em todas as consultas.</li> </ul>

Fonte: Caderno de Atenção Básica 32 (2012); COREN, SÃO PAULO (2020).

### 7.3 Exames de rotina preconizados

Um dos componentes da qualidade da assistência pré-natal é a oferta dos exames laboratoriais mínimos que permitam uma avaliação da condição de saúde da gestante e bebê durante a evolução da gestação. Isto permite que condições clínicas sejam manejadas em tempo hábil, evitando complicações e riscos, além de subsidiar medidas de promoção à saúde por parte da equipe de APS que faz o acompanhamento (Quadro 6).

**QUADRO 6 - EXAMES DE ROTINA NO PRÉ-NATAL DE BAIXO RISCO E A INTERPRETAÇÃO DOS RESULTADOS**

EXAME	INTERPRETAÇÃO	CONDUTA
Hemoglobina e hematócrito  (1ª consulta, 2º e 3º trimestres)	• Hb $\geq$ 11g/dL ► sem anemia	- Prescrever e orientar a suplementação de ferro diariamente a partir da confirmação da gravidez até o final da gestação.
	• Hb 9 - 11g/dL ► anemia leve à moderada	- Investigar e tratar parasitoses intestinais, se presentes. - Realizar tratamento e controle de cura da anemia, de acordo com as diretrizes clínicas.
	• Hb < 9g/dL ► anemia grave	- Compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco.
Tipo sanguíneo e fator Rh  (1ª consulta)	• Rh negativo	- Se pai desconhecido ou pai com fator Rh positivo, realizar exame de Coombs indireto.
	• Rh positivo	- Independente do fator Rh do pai, orientar sobre a ausência de riscos para o bebê.

Coombs indireto  (1ª consulta)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Coombs indireto negativo (gestante não sensibilizada)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Repetir mensalmente a partir de 24 semanas de IG;</li> <li>- Programar junto à maternidade imunoglobulina anti-D em até 72 horas pós-parto, abortamento, gestação ectópica, gestação molar, sangramento vaginal ou após procedimentos invasivos (biópsia de vilo, amniocentese, cordocentese).</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Coombs indireto positivo (gestante sensibilizada)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco.</li> </ul>
Glicemia de jejum  (1ª consulta e 3º trimestre)	<ul style="list-style-type: none"> <li>● &lt;92mg/dL ► exame normal</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Com diagnóstico de diabetes mellitus prévio à gestação: compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco;</li> <li>- Sem diagnóstico prévio de diabetes mellitus: manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes;</li> <li>- Avaliar e monitorar fatores de risco para diabetes.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● 92-125mg/dL ► exame alterado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se histórico de diagnóstico de diabetes mellitus prévio à gestação: compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco;</li> <li>- Sem diagnóstico prévio de diabetes mellitus: diagnóstico de diabetes mellitus gestacional e compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● ≥126mg/dL ► exame alterado</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Se história de diagnóstico de diabetes mellitus prévio à gestação OU</li> <li>- Sem diagnóstico prévio de diabetes mellitus: diabetes mellitus com diagnóstico na gravidez</li> <li>- Compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco em ambas as situações.</li> </ul>
Teste Oral de Tolerância à Glicose (TOTG 75g).	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Gestante com diagnóstico prévio de diabetes mellitus</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não realizar TOTG</li> <li>Compartilhar acompanhamento no Pré-natal de alto risco (PNAR).</li> </ul>

<p><b>((todas as gestantes entre 24 e 28 semanas)</b></p> <p>Ver fluxograma 2</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jejum &lt;92mg/dL e 1 hora &lt;180mg/dL e 2 horas &lt;153mg/dL</li> </ul>	<p>- Se exames anteriores normais: ausência de diabetes E manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jejum 92-125mg/dL ou 1 hora ≥180mg/dL ou 2 horas ≥153-199mg/dL</li> </ul>	<p>- Diabetes mellitus gestacional</p> <p>► Compartilhar o cuidado com o PNAR.</p>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Jejum ≥126mg/dL ou 2 horas ≥200mg/dL</li> </ul>	<p>- Diabetes mellitus com diagnóstico na gravidez</p> <p>► Compartilhar o cuidado com o PNAR.</p>
<p>Teste rápido para sífilis ou VDRL</p> <p><b>(1ª consulta e 3º trimestre)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teste rápido não reagente ou VDRL negativo: normal</li> <li>• Teste rápido reagente ou VDRL positivo: verificar titulação para confirmar sífilis.</li> </ul>	<p>Ver em Tópico 5 “Abordagem Pré-Concepcional: Avaliação e Cuidados”</p>
<p>Teste rápido para HIV ou sorologia (anti-HIV I e II)</p> <p><b>(1ª consulta e 3º trimestre)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teste rápido não reagente ou sorologia negativa: normal.</li> <li>• Teste rápido reagente e sorologia positiva: HIV positivo.</li> </ul>	<p>- Teste rápido não reagente: aconselhamento e, se houver suspeita de infecção pelo HIV, recomenda-se repetir o exame em 30 dias;</p> <p>- Manter o monitoramento de rotina do pré-natal, e repetir exame no 3º trimestre.</p> <p>- Teste rápido reagente: compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco e SAE.</p>
<p>Sorologia hepatite B (HBsAg)</p> <p><b>(1ª consulta e 3º trimestre)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Teste rápido não reagente ou sorologia negativa: normal.</li> <li>• Teste rápido reagente ou sorologia positiva</li> </ul>	<p>- Manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes até o momento do parto</p> <p>- Vacinação contra hepatite B</p> <p>- Solicitar HBeAg e transaminases (AST/TGO, ALT/TGP);</p> <p>- Se HBeAg e HBsAg positivo: compartilhar o cuidado com o Pré-natal de Alto Risco e SAE.</p>

<p>Eletroforese de hemoglobina</p> <p><b>(1ª consulta, se necessário)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hb AA ► padrão normal</li> <li>● Hb A com qualquer variante ► gestante sem doença falciforme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não há necessidade de encaminhamento ou orientações especiais</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hb AS ► traço falciforme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não há necessidade de encaminhamento ao pré-natal de alto risco</li> <li>- Investigar a possibilidade do pai da criança ter o traço falciforme e orientar sobre os cuidados com o recém-nascido</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Hb SS, HbSC, Hb Sβ+ tal, Hb Sβ0tal ou Hb SD Punjab ► doença falciforme</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco</li> </ul>
<p>Toxoplasmose IgG e IgM</p> <p><b>(repetir no 2º e 3º trimestre se IgG não reagente).</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● IgG positivo e IgM negativo ► gestante com imunidade; com doença antiga ou toxoplasmose crônica.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Não há necessidade de novas sorologias</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● IgG negativo e IgM negativo ► gestante suscetível</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Orientar medidas de prevenção primária;</li> <li>- Manter o monitoramento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes até o momento do parto.</li> </ul>
	<ul style="list-style-type: none"> <li>● IgG positivo e IgM positivo ► infecção aguda ou IgM residual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Solicitar teste de avidéz de IgG (utilizar a mesma amostra).;</li> <li>- Se alta avidéz e IG &lt; 16 semanas ► é provável que a doença tenha sido adquirida previamente à gestação ► IgM residual</li> <li>- Se baixa avidéz e IG &lt; 16 semanas ► existe a possibilidade de a infecção ter sido na gestação ► iniciar tratamento e compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco</li> <li>- Se IG &gt; 16 semanas (independente do teste de avidéz) ► infecção aguda ► iniciar tratamento e compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco.</li> <li>- <i>Ver fluxograma de manejo de toxoplasmose na gestação.</i></li> </ul>

<p>Pesquisa de Plasmodium</p> <p><b>(1º consulta, 2º e 3º trimestre)</b></p>	<p>Negativo: ausência de malária.</p> <p>Positivo: portadora do <i>Plasmodium sp.</i></p>	<p>- Se sintomática e resultado negativo, investigar quadros febris;</p> <p>- Sendo positivo, iniciar tratamento de malária na gestação conforme diretrizes vigentes do Ministério da Saúde (vide Figura 24)</p>
<p>Urina tipo I (EAS)</p> <p><b>(1ª consulta e 3º trimestre)</b></p>	<p>● Proteinúria (associada às síndromes hipertensivas da gestação e a doença renal)</p>	<p>- “Traços”: repetir o exame em 15 dias; em caso de proteinúria persistente, compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco;</p> <p>- “Traços” e hipertensão e/ou edema ou “Maciça”: compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco.</p> <p>- Monitorar o nível pressórico.</p>
	<p>● Piúria / bacteriúria/ leucocitúria (associada à presença de processo inflamatório em qualquer ponto do trato urinário, mais comumente infecção urinária).</p>	<p>- Solicitar urocultura e iniciar tratamento empiricamente</p> <p>- Se urocultura positiva: ajuste do tratamento de acordo com o antibiograma, conclusão do tratamento e controle de cura</p> <p>- Se urocultura negativa: suspender o tratamento, manter o monitoramentode rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes</p> <p>- O terceiro episódio de cistite ou o segundo episódio de pielonefrite indicam o compartilhamento do cuidado com o pré-natal de alto risco</p>
	<p>● Cilindrúria (associada a lesão renal)</p>	<p>- Avaliação clínica e compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco</p>
	<p>● Hematúria</p>	<p>- Se associada a piúria, considerar hipótese de infecção urinária e seguir conduta específica.</p> <p>- Se isolada, avaliar sangramento vaginal e repetir exame em 15 dias ► persistência da hematúria na ausência de sangramento vaginal ► compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco</p> <p>- Em caso de presença de sinais e sintomas de pielonefrite, referir imediatamente à gestante à maternidade Municipal Mãe</p>

		Esperança. Em casos de ITU refratária de repetição, referir ao PNAR.
Urocultura e antibiograma <b>(1ª consulta e 3º trimestre)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Negativa: &lt;100.000 unidades formadoras de colônia/ml (UFC/ml)</li> <li>● Positiva: &gt;100.000 unidades formadoras de colônia/ml (UFC/ml)</li> <li>● Antibiograma: evidencia os antibióticos que podem ser utilizados no tratamento.</li> </ul>	- Ver quadro de queixas urinárias na gestação.
Parasitológico de fezes (EPF), se houver indicação clínica. <b>(1ª consulta)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Negativo: ausência de parasitos.</li> <li>● Positivo: de acordo com parasita descrito no resultado.</li> </ul>	- O tratamento de parasitoses intestinais em gestantes só deve ser realizado quando o quadro clínico é exuberante ou as infecções são maciças, <b>não sendo recomendado o tratamento durante o primeiro trimestre da gestação.</b>
Cultura de Streptococcus, se disponível <b>(3º trimestre)</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Positiva: presença de colonização por estreptococo do grupo B</li> <li>● Negativa: ausência de colonização por estreptococo do grupo B</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Informar a gestante sobre o resultado do rastreio para EGB e indicar resultado em caderneta da gestante.</li> <li>- Não tratar durante a gestação, isto é, não usar antibiótico para EGB para a grávida colonizada fora do trabalho de parto.</li> <li>- Orientar gestante quanto ao início de antibioticoprofilaxia no diagnóstico do trabalho de parto ou após a ruptura prematura das membranas, na maternidade de referência.</li> <li>- Não realizar antibioticoprofilaxia para EGB intraparto.</li> </ul>

Fonte: Adaptado de BRASIL (2019, 2022).

### ● Ultrassonografia

Como mencionado no capítulo anterior, a oferta de ultrassonografia na rotina de acompanhamento pré-natal é realizada, devendo ser preferencialmente no 1º trimestre (período mais adequado para precisar a idade gestacional) ou até a 24ª semana de gestação e repetir na presença de intercorrências (OMS, 2016).

- **Citopatológico de colo uterino**

A coleta do Papanicolaou está indicada para as mulheres acima de 25 anos, de acordo com o protocolo de rastreamento do câncer de colo de útero para população não gestante, podendo ser realizado durante toda a gestação, mas preferencialmente deve ser coletado na primeira avaliação do pré-natal. Se forem identificadas alterações, o seguimento será conforme critérios estabelecidos para população geral em caso de confirmação de lesão cancerígena, sendo o tratamento avaliado com a equipe especializada. Vale ressaltar que no período gravídico-puerperal, a junção escamocolunar (JEC) apresenta-se exteriorizada na ectocérvice na maioria das vezes, podendo ser dispensada a coleta endocervical. Porém, a coleta de espécime endocervical realizada com técnica correta não aumenta o risco sobre a gestação (INCA, 2016).

Para realização do exame é importante seguir as recomendações de periodicidade e faixa etária, como para as demais mulheres, sendo considerada uma oportunidade de rastreamento quando as gestantes buscam o serviço de saúde para o acompanhamento de pré-natal (BRASIL, 2006; INCA, 2016).

Orienta-se que as gestantes com vínculo ao serviço de saúde, com boa adesão ao programa de rastreamento e com resultados anteriores normais dos exames citopatológicos podem ser acompanhadas durante o pré-natal de forma segura sem a coleta endocervical. Porém, para as mulheres com vínculo fragilizado com o serviço e/ou não aderentes ao programa de rastreamento, considerar o período gestacional valioso e oportuno para a coleta do exame completo (BRASIL, 2016).

#### **7.4 Avaliação e estratificação do risco gestacional**

A avaliação com estratificação de risco gestacional (ANEXO I), deve ser realizada em todas as consultas de pré-natal, seguindo o modelo padronizado pelo Município de Porto Velho e a Linha materno-infantil da Planificação da Região Madeira Mamoré e Estado de Rondônia. A orientação de estratificação em todas as consultas cumpre o objetivo de vigilância constante e identificação precoce dos fatores de risco que podem culminar com a mortalidade materna e infantil (BRASIL, 2019).

Tais fatores de risco podem estar relacionados às características individuais da gestante, morbidades crônicas e agudas presentes, história sexual reprodutiva e os contextos sociais e comunitários de vulnerabilidades, direcionando para intervenções assertivas na prevenção e cuidados para saúde do binômio mãe-filho (BRASIL, 2019).

Desta maneira, o conhecimento da complexidade clínica e sociofuncional da gestação oportuniza o cuidado diferenciado, de acordo com o estrato de risco; amplia o acesso à diversas tecnologias do cuidado e otimiza os recursos tecnológicos adequados às necessidades identificadas, garantindo a equidade e evitando intervenções desnecessárias, concentrando os recursos aos que mais necessitam em tempo oportuno (BRASIL, 2022).

A partir de novembro de 2022, por meio da publicação da Resolução nº 602/2022/SESAU-CIB, está padronizado novo modelo da ficha de estratificação de risco gestacional, o qual extingue a necessidade da atribuição de pontuação aos critérios de risco estabelecidos para definição do encaminhamento da gestante ao acompanhamento compartilhado na Atenção Ambulatorial Especializada (AAE).

Entretanto, o profissional que efetuar a avaliação da gestante e identificar algum dos critérios de alto risco elencados na ficha já mencionada, deve encaminhá-la ao PNAR. Caso sejam identificados critérios de risco intermediário seguir com acompanhamento na APS porém, solicitar matriciamento da equipe do CIMI municipal.

No PNAR, a gestante receberá um plano de cuidados contendo anotações de todos os profissionais que a acompanham neste serviço, que deverá ser compartilhado com a equipe de saúde da atenção primária, interligando os pontos das Redes de Atenção à Saúde (RAS) (MENDES *et al.*, 2019).

As condições que sinalizam um maior risco na gestação atual (Quadro 7), bem como situações clínicas de urgência/emergência obstétrica que necessitam ser acompanhadas no contexto hospitalar (Quadro 8) estão descritas a seguir:

QUADRO 7 - Condições clínicas de identificação de maior risco na gestação atual

<p><b>CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E CONDIÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Idade &lt; 15 anos e &gt; 40 anos;</li> <li>- Obesidade com IMC &gt; 40;</li> <li>- Baixo peso no início da gestação (IMC &lt; 18);</li> <li>- Transtornos alimentares (bulimia, anorexia);</li> <li>- Dependência ou uso abusivo de tabaco, álcool ou outras substâncias;</li> </ul>
<p><b>HISTÓRIA REPRODUTIVA ANTERIOR</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Abortamento espontâneo de repetição (três ou mais em sequência);</li> <li>- Parto pré-termo em qualquer gestação anterior (especialmente &lt; 34 semanas);</li> <li>- Restrição de crescimento fetal em gestações anteriores;</li> <li>- Óbito fetal de causa não identificada;</li> <li>- História característica de insuficiência istmocervical;</li> <li>- Isoimunização Rh;</li> <li>- Acretismo placentário;</li> <li>- Pré-eclâmpsia precoce (&lt; 34 semanas), eclâmpsia ou síndrome HELLP.</li> </ul>
<p><b>CONDIÇÕES CLÍNICAS PRÉVIAS À GESTAÇÃO</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hipertensão arterial crônica;</li> <li>- Diabetes mellitus prévia à gestação;</li> <li>- Tireoidopatias (hipertireoidismo ou hipotireoidismo clínico);</li> <li>- Cirurgia bariátrica;</li> <li>- Transtornos mentais;</li> <li>- Antecedentes de tromboembolismo.;</li> <li>- Cardiopatias maternas;</li> <li>- Doenças hematológicas (doença falciforme, púrpura trombocitopênica autoimune (PTI) e trombótica (PTT), talassemias, coagulopatias);</li> <li>- Nefropatias;</li> <li>- Neuropatias;</li> <li>- Hepatopatias;</li> <li>- Doenças autoimunes;</li> <li>- Ginecopatias (malformações uterinas, útero bicorno, miomas grandes);</li> <li>- Câncer diagnosticado;</li> <li>- Transplantes;</li> <li>- Portadoras do vírus HIV.</li> </ul>
<p><b>INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS/OBSTÉTRICAS NA GESTAÇÃO ATUAL</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Síndromes hipertensivas (hipertensão gestacional e pré-eclâmpsia);</li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"><li>- Diabetes mellitus gestacional com necessidade de uso de insulina;</li><li>- Infecção urinária alta;</li><li>- Cálculo renal com obstrução;</li><li>- Restrição de crescimento fetal;</li><li>- Feto acima do percentil 90% ou suspeita de macrosomia;</li><li>- Oligoâmnio/polidrâmnio;</li><li>- Suspeita atual de insuficiência istmo cervical;</li><li>- Suspeita de acretismo placentário;</li><li>- Placenta prévia;</li><li>- Hepatopatias (por exemplo: colestase gestacional ou elevação de transaminases);</li><li>- Anemia grave ou anemia refratária ao tratamento;</li><li>- Suspeita de malformação fetal ou arritmia fetal;</li><li>- Isoimunização Rh;</li><li>- Doenças infecciosas na gestação: sífilis (terciária ou com achados ecográficos sugestivos de sífilis congênita ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina), toxoplasmose aguda, rubéola, citomegalovírus, herpes simples, tuberculose, hanseníase, hepatites, condiloma acuminado (no canal vaginal/colo ou lesões extensas localizadas em região genital/perianal);</li><li>- Suspeita ou diagnóstico de câncer;</li><li>- Transtorno mental.</li></ul>
--	--

Fonte: Manual de Gestação de Alto Risco, BRASIL, 2022.

## QUADRO 8 - SITUAÇÕES CLÍNICAS DE URGÊNCIA/EMERGÊNCIA OBSTÉTRICA, QUE DEVEM SER AVALIADAS EM CONTEXTO HOSPITALAR

- Vômitos incoercíveis não responsivos ao tratamento;
- Anemia grave ( $Hb \leq 7$  g/dL);
- Condições clínicas de emergência: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma, edema agudo de pulmão;
- Crise hipertensiva ( $PA \geq 160/110$  mmHg);
- Sinais premonitórios de eclampsia (escotomas cintilantes, cefaleia típica occipital, epigastralgia ou dor intensa no hipocôndrio direito com ou sem hipertensão arterial grave e/ou proteinúria);
- Eclampsia / convulsões;
- Hipertermia (Temperatura axilar  $\geq 37,8^{\circ}C$ ), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de infecção das vias aéreas superiores;
- Suspeita de trombose venosa profunda;
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo;
- Suspeita/diagnóstico de pielonefrite, infecção ovular ou outra infecção que necessite de internação hospitalar.
- Prurido gestacional/icterícia;
- Hemorragias na gestação (incluindo descolamento prematuro de placenta, placenta prévia);
- Idade gestacional de 41 semanas ou mais.

Fonte: Manual de Gestação de Alto Risco (BRASIL, 2022).

### 7.5 Realização do Registro Diário de Movimento Fetal (RDMF)

Um dos anseios e preocupações da família durante a gestação é o bem-estar fetal, e durante o atendimento de pré-natal a verificação da presença de movimentos do feto ajuda a aliviar esses sentimentos. Entretanto, os padrões da atividade fetal se modificam conforme a evolução da gravidez, mas em qualquer período gestacional a presença de movimentos ativos e frequentes é tranquilizadora quanto ao prognóstico fetal (BRASIL, 2012).

Dentre as formas de verificação dessa vitalidade, o registro diário de movimentos fetais (mobilograma) é uma opção viável, pois resulta de uma boa correlação entre a subjetividade da percepção materna e a ultrassonografia em tempo real. Além disso, pode ser realizado pela própria gestante, ter baixo custo, não necessita de instrumentalização e não tem contraindicações (BRASIL, 2012).

Para que a execução desse registro tenha resultado confiável e satisfatório, o Ministério da Saúde (2012) orienta que ele seja realizado diariamente pela gestante a partir da 34<sup>a</sup> semana, sob orientação do profissional de saúde. A verificação deve ser feita

por no máximo uma hora, mas caso a mulher registre 6 (seis) movimentos em tempo inferior, não precisa completar a marcação temporária recomendada.

Antes de iniciar, o profissional deve oferecer à gestante as seguintes instruções de como proceder o RDMF:

- a) Escolha um período do dia em que possa estar mais atenta aos movimentos fetais;
- b) Alimentar-se antes do início do registro;
- c) Sentar-se com a mão no abdome;
- d) Registrar os movimentos do feto nos espaços demarcados pelo formulário, anotando o horário de início e de término do registro (Quadro 9). Se não sentir 6 (seis) movimentos, deverá repetir o procedimento, e em caso de não constatação dos movimentos, procurar imediatamente a unidade de saúde mais próxima de sua residência.

**IMPORTANTE:** Considera-se como inatividade fetal o registro com menos de seis movimentos por hora, em duas horas consecutivas.

**QUADRO 9 – INSTRUMENTO PARA REGISTRO DIÁRIO DOS MOVIMENTOS FETAIS**

Dia	Horário de início	Movimentos Fetais						Horário de Término
		1	2	3	4	5	6	

Fonte: Caderneta da gestante, 2014.

## 8 IMUNIZAÇÃO NA GESTAÇÃO

### 8.1 Imunização contra a difteria e tétano adulto (dT)

A vacina dT é indicada para prevenir contra a difteria e o tétano. A vacinação de mulheres em idade fértil, gestantes e não gestantes é feita também para a prevenção contra o tétano neonatal (BRASIL, 2022).

Caso a mulher não complete seu esquema durante a gravidez, este deverá ser completado no puerpério ou em qualquer outra oportunidade (“Primeira Semana de Saúde Integral”, consulta puerperal, quando levar o recém-nascido para iniciar o esquema básico de vacinação, ou em qualquer outro momento) (BRASIL, 2022).

Se a gestante já tiver tomado alguma dose de vacina, recomenda-se a continuação do esquema vacinal, aplicando-se as doses que faltam para conclusão deste, independentemente do momento em que foi aplicada a última dose (BRASIL, 2022).

A dose de reforço deve ser administrada a cada dez anos. Em caso de nova gestação, deverá ser observado o esquema do Quadro 10.

**QUADRO 10 - ESQUEMA VACINAL CONTRA DIFTERIA E TÉTANO (dT)**

Proteção contra	Número de doses	
	Esquema Básico	Reforço
Difteria e Tétano	3 doses (iniciar ou completar o esquema, de acordo com situação vacinal)	A cada 10 anos. Em caso de ferimentos graves, a cada 5 anos.

Fonte: Brasil, 2022.

**IMPORTANTE:** Os Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESA VI) deverão ser notificados no **e-SUS Notifica** e acompanhados para conclusão da conduta de suspensão ou continuidade da vacinação.

### 8.2 Vacinação dTpa

A vacina dTpa é indicada para prevenir contra o tétano, difteria e coqueluche, e sua aplicação nas gestantes deverá ocorrer a partir da 20ª (vigésima) semana. Aquelas que perderam a oportunidade de se vacinar durante a gestação podem tomar até 45 dias após o parto. Preconiza-se que a vacina dTpa seja administrada a cada gestação (BRASIL, 2022). No Quadro 11, consta-se o esquema vacinal de forma detalhada.

**QUADRO 11 - ESQUEMA VACINAL PARA dTPA EM GESTANTES**

SITUAÇÕES	ESQUEMA BÁSICO	ORIENTAÇÕES TÉCNICAS
Gestante NÃO vacinada previamente	Administrar 3 (três) doses de vacina, sendo 2 (duas) doses de dT em qualquer momento da gestação e 1 (uma) dose de dTpa	Ao completar o esquema, a gestante terá recebido duas doses de dT e uma dose de dTpa.
Gestante vacinada com UMA dose de dT	Administrar 1 (uma) dose de dT em qualquer momento da gestação e 1 (uma) dose de dTpa a partir vigésima semana de gestação, com intervalo de 60 dias entre as doses	Ao completar o esquema, a gestante terá recebido duas doses de dT e uma dose de dTpa.
Gestante vacinada com DUAS doses de dT	Administrar 1 (uma) dose da dTpa a partir vigésima semana de gestação até 45 dias pós-parto	Ao completar o esquema, a gestante terá recebido duas doses de dT e uma dose de dTpa.
Gestante vacinada com TRÊS doses de dT	Administrar uma dose da dTpa.	Ao completar o esquema, a gestante terá recebido três de dT e uma dose de dTpa.

Fonte: Brasil, 2022.

Nota: A cada gestação deverá ser administrada uma dose de dTpa.

**IMPORTANTE:** Os Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI) deverão ser notificados no **e-SUS Notifica** e acompanhados para conclusão da conduta de suspensão ou continuidade da vacinação.

### 8.3 Vacina Contra Influenza (Fragmentada)

A vacina contra a influenza é recomendada a todas as gestantes em qualquer período gestacional. O Programa Nacional de Imunização (PNI) fornece essa vacina na

rede pública para todas as gestantes durante a campanha anual contra a influenza sazonal, contando com uma dose.

**IMPORTANTE:** Os Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI) deverão ser notificados no **e-SUS Notifica** e acompanhados para conclusão da conduta de suspensão ou continuidade da vacinação.

#### 8.4 Imunização contra Hepatite B

A vacina previne contra infecção pelo vírus da Hepatite B, sendo realizada em gestantes de qualquer idade gestacional e faixa etária. É composta por esquema de 3 (três) doses, devendo considerar o histórico vacinal. Caso não complete o esquema durante a gestação, completar após o parto (BRASIL, 2022). No Quadro 12, consta-se o esquema vacinal de forma detalhada.

**QUADRO 12 - ESQUEMA VACINAL CONTRA HEPATITE B**

ESQUEMA BÁSICO	ORIENTAÇÃO TÉCNICAS
- 3 doses (iniciar ou completar o esquema, de acordo com situação vacinal, independentemente da idade gestacional)	- <b>Se interrupção após a 1º dose</b> , administrar 2º dose assim que possível, e programar 3º dose, mantendo o intervalo de pelo menos 8 semanas entre a segunda e a terceira dose. - <b>Se 3º dose atrasada</b> , ela deverá ser administrada assim que for possível. - A avaliação da soroconversão deve ser realizada mediante anti-HBs, entre 30 a 60 dias após a última dose da vacina para hepatite B.

Fonte: Brasil, 2022.

**IMPORTANTE:** Os Eventos Supostamente Atribuíveis à Vacinação ou Imunização (ESAVI) deverão ser notificados no **e-SUS Notifica** e acompanhados para conclusão da conduta de suspensão ou continuidade da vacinação.

## 8.5 Vacina contra COVID-19

A vacinação das gestantes e puérperas (até 45 dias após o parto) é **permitida em qualquer trimestre da gestação**, não havendo a necessidade de interromper a amamentação. No quadro abaixo consta o esquema de vacinação para este público (BRASIL, 2022). No Quadro 13, consta-se o esquema vacinal de forma detalhada.

**QUADRO 13** - ESQUEMA VACINAL CONTRA COVID-19 PARA GESTANTES

ESQUEMA DE VACINAÇÃO PARA GESTANTES E PUÉRPERAS						
VACINA	ESQUEMA BÁSICO	INTERVALO ENTRE DOSES	REFORÇO (REF)		SEGUNDO REFORÇO (R2)	
			Intervalo	Vacina	Intervalo	Vacina
PFIZER	2 (duas) doses	Após 28 dias da 1º dose	Após 120 dias (4 meses) da 2º dose	<b>Pfizer.</b> Se não estiver disponível, utilizar Coronavac	Após 120 dias (4 meses) do 1º reforço	<b>Pfizer.</b> Se não estiver disponível, utilizar Coronavac

Fonte: Nota técnica n°2/2021-SECOVID/GAB/SECOVID/MS

Nota informativa n°22/2022-SECOVID/GAB/SECOVID/MS

**IMPORTANTE:** a vacina a ser utilizada neste público deverá ser da plataforma de mRNA (Comirnaty/Pfizer); as plataformas de vacinas inativadas (CoronaVac) somente deverão ser utilizadas em gestantes ou puérperas caso não haja disponibilidade da vacina mRNA (Comirnaty/Pfizer) na localidade. (BRASIL,2022)

**IMPORTANTE:** O ESAVI deverá ser notificado no e-SUS Notifica e acompanhado para conclusão da conduta de suspensão ou continuidade da vacinação.

## 8.6 Vacinas contraindicadas na gestação

No Quadro 14 estão relacionadas as vacinas contraindicadas no período de gestação, com sua administração tendo que ser adiada.

#### QUADRO 14 - ESQUEMA DE VACINAS CONTRAINDICADAS NO PERÍODO GESTACIONAL

Imunizante	Recomendações	
Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola)	Não vacinar na gestação	Pode ser aplicada no puerpério e durante a amamentação
HPV	Não vacinar na gestação. Se a mulher tiver iniciado o esquema antes da gestação, suspendê-lo até puerpério.	

Fonte: Sociedade Brasileira de Imunização, SBIm, 2022.

**IMPORTANTE:** É necessário notificar qualquer ocorrência médica indesejada após o uso da vacinação, podendo ou não ter sido ocasionadas por elas. Os registros desses eventos devem ser feitos pelos profissionais que atuam diretamente nas salas de vacinação, pelos Centros de Referência em Imunobiológicos Especiais e pelos profissionais de saúde que identificam estes eventos no atendimento através, prioritariamente, do sistema **e-SUS Notifica** (BRASIL, 2021).

### 8.7 Registro de Histórico Vacinal da Gestante no e-SUS AB

Para registro de doses anteriores do esquema vacinal da gestante, o profissional deve clicar em "vacinação", onde será aberta uma janela de acompanhamento vacinal. Nesta janela, abrirá o histórico vacinal conforme mostra a Figura 22. Neste espaço, deve-se clicar no campo do imunizante a ser registrado e posterior preenchimento dos campos solicitados.

**FIGURA 22 - REGISTRO DE DOSES ANTERIORES DO ESQUEMA VACINAL DA GESTANTE NO E-SUS AB**

Folha de rosto SOAP Histórico **Vacinação** Cadastro do cidadão Agendamentos

Para imprimir todos os registros salvos em atendimentos anteriores, clique em "Imprimir caderneta de vacinação".  
Para imprimir os registros realizados neste atendimento, selecione a opção "Imprimir atendimento ao finalizar" na aba SOAP.

Calendário vacinal do adulto / gestante Outros imunobiológicos Imprimir caderneta de vacinação

Adicionar transcrições de caderneta

O registro da vacina COVID-19 está disponível exclusivamente para atendimento à situação nacional de Emergência de Saúde Pública.

Mostrar calendário nacional completo

COVID19 Oxford - AstraZeneca Covishield	1ª DOSE	2ª DOSE	REFORÇO	2ª REFORÇO	3ª REFORÇO	DA
COVID19 Coronavac - Sinovac / Butantan	1ª DOSE	2ª DOSE	REFORÇO			
COVID19 Biontech - Pfizer	1ª DOSE	2ª DOSE	REFORÇO	2ª REFORÇO	3ª REFORÇO	DA
COVID19 Pfizer - Comirnaty Pediátrica	1ª DOSE	2ª DOSE				
COVID19 Janssen - Cilag	DOSE	REFORÇO	2ª REFORÇO	3ª REFORÇO	DA	
COVID19 Sinovac - Coronavac Inativada	1ª DOSE	2ª DOSE				
Hepatitis B	1ª DOSE 1 aplicação 06/09/2021	2ª DOSE 1 aplicação 08/11/2021	3ª DOSE 1 aplicação 10/03/2022	REV Gestante		
Febre Amarela	1ª DOSE Mais de 9 meses					
Triplíce Viral	1ª DOSE	2ª DOSE				
Dupla Adulto	1ª DOSE Gestante	2ª DOSE Gestante	3ª DOSE Gestante	REFORÇO Gestante		
dTpa (adulto)	1ª DOSE 1 aplicação 24/11/2021					

Ativar o Windows  
Acesse Configurações para ativar o Windows

Registrada neste atendimento Último agendamento Última aplicação Aplicada Atrasada A aplicar A aprazar

**Transcrição de caderneta de imunobiológico**

dT 1ª DOSE | Gestante

Dupla adulto

As transcrições de caderneta inseridas nesta tela não são contabilizadas como doses aplicadas e não devem ser utilizadas para o registro de aplicações realizadas neste atendimento.

Data da aplicação \*

Lote Fabricante

Observações

0/300 caracteres

Cancelar Salvar

Clique no campo da vacina a ser acrescentada

Fonte: adaptado com base no e-SUS/ APS, 2022.

## 9 QUEIXAS FREQUENTES NA GESTAÇÃO E CONDUTA

Algumas alterações fisiológicas no período gestacional podem produzir manifestações sobre o organismo da mulher, na qual nem sempre devem ser consideradas como doenças clínicas. Nesse momento, é necessário que o profissional enfermeiro (a) ou médico (a) da equipe de saúde da família oriente a gestante, não banalizando suas queixas e levando em consideração os sinais e sintomas, que na maioria das vezes, podem diminuir e/ou até mesmo desaparecer com orientações importantes (alimentares, posturais, ingestão hídrica, atividade física, entre outros). Já nos casos mais graves, após avaliação e acolhimento, verifica-se a necessidade de referenciar gestante para a AAE (quadro 15) (BRASIL, 2016).

**QUADRO 15 - QUEIXAS FREQUENTES NA GESTAÇÃO E SUAS RESPECTIVAS CONDUTAS**

QUEIXAS	CONDUTAS
<b>Câimbras</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Aumentar o consumo de alimentos ricos em potássio (abacate, laranja, banana); ricos em B1 (fígado, cereais, aveia, semente de girassol); ricos em cálcio (lácteos);</li><li>● Evitar excesso de exercícios;</li><li>● Realizar alongamentos antes e após o início de exercícios ou caminhadas, na ocasião da crise algica e ao repousar;</li><li>● Massagear o músculo contraído e dolorido e aplicar calor local.</li></ul>
<b>Cefaleia (dor de cabeça)</b>	<ul style="list-style-type: none"><li>● Avaliar hipertensão arterial prévia e pré-eclâmpsia de acordo com idade gestacional;</li><li>● Conversar com a gestante sobre suas tensões, conflitos e temores;</li><li>● Se não houver hipertensão, prescrever analgésico por tempo limitado;</li><li>● Referir à consulta médica, se o sintoma persistir.</li></ul>

<p><b>Cloasma gravídico</b> (manchas escuras no rosto)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Explicar que é comum e que pode diminuir ou desaparecer após o parto;</li> <li>● Recomendar a não exposição do rosto diretamente ao sol;</li> <li>● Recomendar uso de filtro solar.</li> </ul>
<p><b>Corrimento vaginal</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Explicar que o aumento do fluxo vaginal é comum na gestação;</li> <li>● Não prescrever cremes vaginais se não há diagnóstico de infecção;</li> <li>● <u>O diagnóstico pode ser clínico e os achados mais comuns são:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Prurido vulvar e presença de conteúdo vaginal com placas esbranquiçadas e aderidas à parede vaginal (candidíase). Tratar, preferencialmente, com antifúngico tópico por sete dias (derivados imidazólicos: miconazol, terconazol, clotrimazol) em qualquer idade gestacional. Não usar tratamento sistêmico;</li> <li>- Nas recidivas, realizar bacteroscopia do conteúdo vaginal a fresco, corada pelo método de Gram;</li> </ul> </li> <li>● <u>Os seguintes achados sugerem os diagnósticos:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- O clue-cells (células-alvo) e flora vaginal com escassez ou ausência de bacilos de Doderlein: vaginose bacteriana;</li> <li>- Microorganismos flagelados móveis: tricomoníase (tratar parceiro sexual);</li> <li>- Hifas ou esporos de leveduras: candidíase;</li> </ul> </li> <li>● Realizar exame especular pelo menos a cada trimestre ou quando houver queixas;</li> <li>● Na 1ª consulta de pré-natal, realizar exame especular e teste de Whiff (com KOH 10%), se disponível.</li> </ul>
<p><b>Doença hemorroidária</b></p>	<p>Recomendar à gestante:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Alimentação rica em fibras a fim de evitar a obstipação intestinal. Se necessário, prescrever supositórios de glicerina;</li> <li>● Dar preferência para higiene perianal com água e sabão neutro, após evacuação;</li> <li>● Fazer banhos de assento e compressas mornas;</li> <li>● Agendar consulta médica, em caso de dor ou sangramento anal persistente, encaminhando ao proctologista, se necessário;</li> </ul>

<p><b>Dor abdominal, cólicas, flatulência e obstipação intestinal</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Certificar-se que não seja contrações uterinas;</li> <li>● Nos casos de epigastralgia ou dor no hipocôndrio direito, principalmente no 3º trimestre, encaminhar imediatamente para avaliação de pré-eclâmpsia nos serviços de emergência;</li> <li>● <u>Se houver flatulência (gases) e/ou obstipação intestinal:</u> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Solicitar exame parasitológico de fezes;</li> <li>- Incentivar que a gestante aproveite o reflexo gastrocólico (desejo de evacuar após refeição);</li> <li>- Orientar caminhadas leves, se não houver contraindicação;</li> <li>- Com a persistência do quadro, pode ser necessária a prescrição de formadores de bolo fecal como farelo de trigo (observação: não se devem prescrever óleos minerais porque reduzem a absorção de vitaminas lipossolúveis;</li> <li>- <u>Eventualmente prescrever:</u> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. Dimeticona (para flatulência);</li> <li>2. Supositório de glicerina (para a obstipação);</li> <li>3. Hioscina, 1 cápsula, via oral, até 2 vezes ao dia (para as cólicas).</li> </ol> </li> </ul> </li> </ul>
<p><b>Dor lombar (dores na costa)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Indicar preventivamente uso de sapatos com saltos baixos (3 cm) e confortáveis, de base larga;</li> <li>● Orientar correção de postura ao sentar-se e SE não houver patologias, orientar realização de alongamentos;</li> <li>● Aplicar calor local. Eventualmente, por orientação médica, usar analgésico por tempo limitado e evitar anti-inflamatório não hormonais;</li> <li>● Quando associada a queixas urinárias e/ou febre, atentar para o diagnóstico de pielonefrite e encaminhar imediatamente para pronto atendimento;</li> </ul>
<p><b>Edema</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Avaliar conforme cacifo e localização: <ul style="list-style-type: none"> <li>- (-) ou ausente: monitorar rotineiramente;</li> </ul> </li> </ul>

	<ul style="list-style-type: none"> <li>- (+) apenas no tornozelo: Verificar se o edema está relacionado à postura, final do dia, temperatura ou tipo de calçado;</li> <li>- (++) em membros inferiores + ganho de peso + hipertensão: Orientar repouso em decúbito lateral esquerdo, pesquisar sinais de alerta e movimentos fetais, agendar retorno em sete dias. Se hipertensão e/ou proteinúria presente, encaminhar para pré-natal de alto risco;</li> <li>- (+++) em face, membros e região sacra, ou que já se manifesta ao acordar, acompanhado ou não de hipertensão, proteinúria ou ganho de peso: suspeita de pré-eclâmpsia. Encaminhar para avaliação médica e ao pré-natal de alto risco;</li> <li>- Edema unilateral de MMII, com presença de sinais flogísticos e dor: suspeita de trombose venosa profunda e tromboflebite. Encaminhar para avaliação e pré-natal de alto risco;</li> <li>● Não recomendar dieta hipossódica e/ou diuréticos.</li> </ul>
<b>Epistaxe/obstrução nasal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● A frequência, intensidade e a história prévia devem alertar para a necessidade de avaliação pelo especialista (verificar causas);</li> <li>● Estar atento para a possibilidade de crises hipertensivas nos casos de epistaxe;</li> <li>● Obstrução nasal pode causar prejuízo ao sono. Indicar lavagem nasal com soro fisiológico. Não utilizar descongestionante nasal com vasoconstritor.</li> </ul>
<b>Estrias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Explicar que são resultados da distensão dos tecidos e que não existe método eficaz para prevenção.</li> </ul>
<b>Falta de ar e dificuldade para respirar</b>	<p>São sintomas frequentes na gestação, em decorrência do aumento do útero, elevação do diafragma e ansiedade da gestante.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>● Recomenda-se repouso em decúbito lateral esquerdo;</li> <li>● Acolher gestante e conversar sobre suas angústias e medos, se for o caso;</li> <li>● Atentar para outros sintomas associados (tosse, chiado e sibilância) e para achados em exame cardiopulmonar;</li> <li>● Agendar consulta médica, caso haja dúvida ou suspeita de problema clínico, podendo ser necessária investigação e/ou consulta com especialista.</li> </ul>

<b>Fraquezas e desmaios</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Orientar que não faça mudanças bruscas de posição e evite inatividade;</li> <li>● Indicar alimentação fracionada, evitando jejum prolongado e grandes intervalos entre refeições;</li> <li>● Evitar vestuário que produza calor demais e ambientes pouco ventilados;</li> <li>● Explicar à gestante para sentar-se com a cabeça abaixada ou deitar em decúbito lateral, respirando profunda e pausadamente;</li> <li>● Caso apresente episódios de desmaio deverá ser avaliada em consulta médica e encaminhada para serviço de referência, se necessário.</li> </ul>
<b>Insônia/Hipersônia</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Esclarecer e dar apoio, buscando facilitar a acomodação da gestante em sua nova condição;</li> <li>● Avaliar criteriosamente o benefício e a necessidade da administração de medicamentos.</li> </ul>
<b>Mastalgia (dor nas mamas)/descarga papilar</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Oriente a gestante quanto à normalidade de incômodo mamário, pela fisiologia da gestação;</li> <li>● Recomendar o uso constante de sutiã com boa sustentação, após descartar qualquer alteração;</li> <li>● O colostro, principalmente nas fases tardias da gravidez, pode ser eliminado. A presença de sangue exige realização de citologia oncológica em esfregaço da descarga papilar, fixado com álcool 96%- referenciar ao serviço de alto risco.</li> </ul>
<b>Náuseas, vômitos e tonturas</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Explicar que esses são sintomas comuns no início da gestação;</li> <li>● Adiar o horário de escovação dos dentes, evitando os primeiros instantes de náuseas após levantar-se;</li> <li>● Algumas mulheres podem obter alívio com: alimentação fracionada (seis refeições leves/dia); evitar frituras, gorduras e alimentos com cheiros fortes; evitar líquidos durante as refeições; ingerir alimentos sólidos antes de levantar-se pela manhã, como pão ou biscoitos tipo “água e sal”. Ingerir alimentos gelados. Uso de camomila, gengibre, vitamina B6 podem ajudar. A Acupuntura pode ser útil;</li> <li>● Prescrever antieméticos, se necessário;</li> <li>● Agendar consulta médica ou encaminhar para a referência em caso de vômitos frequentes refratários, com perda de peso, tontura, sonolência e desmaio, risco de distúrbio metabólicos e desidratação.</li> </ul>

<b>Palpitação</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Atentar para a necessidade de investigação de cardiopatia;</li> <li>● Esclarecer sobre a frequência dessa queixa como resultado de alterações fisiológicas da gestação.</li> </ul>
<b>Parestesias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● É comum na gestação;</li> <li>● Pode ser necessária a administração de analgésicos;</li> <li>● Diferenciar da síndrome do túnel do carpo, da qual a gravidade do acometimento e limitação dos movimentos é maior.</li> </ul>
<b>Pirose (azia), eructações/plenitude gástrica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Ingestão de alimentos fracionados e com maior frequência;</li> <li>● Após as refeições, aguardar uma ou duas horas para se deitar;</li> <li>● Ao deitar, manter o tronco elevado em relação ao restante do corpo (elevar a cabeceira);</li> <li>● Mastigar bem os alimentos;</li> <li>● Evitar frituras, alimentos gordurosos e picantes, café, chá preto, mates, doces, álcool e fumo;</li> <li>● Prescrever antiácidos, se necessário.</li> </ul>
<b>Queixas urinárias</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Explicar que o aumento de micção pode ser comum no início e no fim da gestação;</li> <li>● Orientar para que mantenha a ingestão de líquidos, mesmo com maior frequência miccional;</li> <li>● Em caso de hematúria (sangue na urina) ou disúria (dor ao urinar), realizar fita urinária; na presença de nitrito e leucocitúria e/ou bacteriúria, solicitar urocultura com antibiograma e iniciar tratamento empírico;</li> <li>● Solicitar exame de urocultura e antibiograma, revendo ou orientando a terapia segundo o resultado;</li> <li>● Explicar que a incontinência urinária, mesmo na ausência de prolapso, pode estar associada à gravidez. Indica-se, de forma profilática ou terapêutica, a realização de exercícios perineais na gravidez.</li> </ul>
<b>Sangramento gengival</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Recomendar o uso de escova de dente macia e orientar a prática de massagem na gengiva, bochechos e uso de fio dental;</li> <li>● Agendar atendimento odontológico.</li> </ul>

<p><b>Sialorréia (salivação excessiva)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Explicar que esse é um sintoma comum no início da gestação;</li> <li>● Orientar alimentação semelhante à indicada para náusea e vômitos;</li> <li>● Orientar a deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância (especialmente em épocas de calor).</li> </ul>
<p><b>Varizes</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Não permanecer muito tempo em pé ou sentada; evitar inatividade;</li> <li>● Repousar pelo menos 20 minutos, várias vezes ao dia, com as pernas elevadas. Elevar os pés da cama, se possível;</li> <li>● Não usar roupas muito justas e, se possível, utilizar meia-calça elástica para gestante; podem-se indicar meias de média compressão, com tamanho sugerido pela circunferência da panturrilha;</li> <li>● As varizes vulvares não requerem tratamento específico e raramente são causas de sangramentos;</li> <li>● Valorizar a possibilidade de complicações tromboembólicas se houver aparecimento agudo de dor.</li> </ul>

Fonte: BRASIL, 2016

## 10 AGRAVOS E INTERCORRÊNCIAS NA GESTAÇÃO

A gestação é considerada um fenômeno fisiológico, sendo assim sua evolução se dá na maioria das vezes, sem intercorrências. No entanto, é importante destacar que há um pequeno número de gestantes que, por determinado fator (portadora de doenças, disfunções, qualidade de vida comprometida, não adesão a orientações, pré-disposição), têm probabilidade de desenvolver algum agravo e/ou intercorrência desfavorável (BRASIL, 2021). Diante disso, abordaremos neste capítulo as intercorrências e agravos mais comuns na gestação.

### 10.1 Comorbidades circulatórias e urinárias

No Quadro 16, são abordadas comorbidades relacionadas a quadros que afetam os sistemas circulatórios e urinários.

**QUADRO 16 - AGRAVOS E INTERCORRÊNCIAS CIRCULATÓRIAS E URINÁRIAS NO PERÍODO GESTACIONAL**

COMORBIDADES RELACIONADAS A QUADRO DE HIPERTENSÃO ARTERIAL		
INTERCORRÊNCIA	COMO IDENTIFICAR	CONDUTA E/OU TRATAMENTO
Hipertensão Arterial Crônica:	Pressão arterial (PA) maior ou igual a 140/90 mmHg em dois momentos distintos, identificados antes da gestação ou diagnosticada antes de 20 <sup>a</sup> semanas.	-Metildopa 750-2000mg/dia (distribuídos de 2 a 4 vezes ao dia) é a droga de primeira escolha. - Como segunda opção podem ser utilizados, de forma segura: Nifedipino 10-80mg/dia ou betabloqueadores. <b>IMPORTANTE:</b> inibidores da enzima de conversão da angiotensina (IECA), como captopril, e antagonistas da angiotensina II, como losartana, devem ser substituídos. - Encaminhar e compartilhar o pré-natal com o alto risco.
Hipertensão gestacional	Elevação da pressão arterial, diagnosticada após a 20 <sup>a</sup> semana e sem associação a proteinúria.	As consultas devem ser mensais até a 30 <sup>a</sup> semana, quinzenais até 34 <sup>a</sup> semanas e semanais a partir de então.
Pré-eclâmpsia	Associação de hipertensão e proteinúria ou	Profissional da UBS/USF deve acionar unidade de suporte de vida (192) para encaminhar à maternidade de referência.

	comprometimento de órgãos-alvo, após a 20ª semana.	<b>PREVENÇÃO:</b> para gestantes com diagnóstico de HAS, pré-eclâmpsia em gestação anterior, recomenda-se uso profilático de AAS 100mg/dia, à noite (12ª até 36ª semana gestacional) e Cálcio a partir de 1g/dia até o parto.
Pré-eclâmpsia sobreposta	Desenvolvimento de pré-eclâmpsia em gestante com HAS crônica ou se houver necessidade de associar outro anti-hipertensivo para controle.	Profissional da UBS/USF deve providenciar unidade de suporte de vida (192) para encaminhar à maternidade de referência.
Eclampsia	Caracterizada por crises convulsivas tônico-crônicas generalizadas. Precedida de manifestações visuais e/ou cerebrais (epigastralgia, escotomas, visão turva, cefaleia)	Profissional da UBS/USF deve providenciar unidade de suporte de vida (192) para encaminhar à maternidade de referência.
<b>SÍNDROMES HEMORRÁGICAS ATÉ A 20ª SEMANA DE GESTAÇÃO (PRIMEIRA METADE DA GESTAÇÃO)</b>		
Ameaça de aborto	Presença de sangramento discreto ou moderado sem que ocorra modificação cervical (dilatação do colo), geralmente com sintomatologia discreta ou ausente (dor do tipo cólica ou na região baixo ventre).	Orientar repouso relativo, analgésico, se cólicas (butilbrometo de escopolomina + paracetamol). Se permanecer ou aumentar o sangramento, encaminhar à Maternidade Municipal para elucidação diagnóstica.
Gravidez ectópica	História de atraso menstrual, teste positivo para gravidez, perda sanguíneo uterina e dores no baixo ventre. Avaliar sinais de irritação peritoneal.	Encaminhar a mulher para a maternidade de referência para elucidação e definição de tratamento.
Mola hidatiforme	Presença de sangramento em pequena quantidade antes da 20ª semana, ausência de BCF, crescimento uterino e níveis de B-HCG incompatíveis com idade gestacional (IG). Atentar para presença de hipertensão arterial precoce (pré-eclâmpsia previamente a 20ª semana).	Encaminhar à maternidade de referência para elucidação e conduta.  <b>ATENÇÃO:</b> o Hospital de Base Drº Ary Pinheiro possui o Centro de Referência de Doença Trofoblástica Gestacional (ANEXO II), ambulatório de referência para acompanhamento <b>APÓS</b> confirmação e resolução da gestação trofoblástica.
<b>SÍNDROMES HEMORRÁGICAS APÓS A 20ª SEMANA DE GESTAÇÃO (SEGUNDA METADE DA GESTAÇÃO)</b>		

Placenta prévia (PP)	<p>Sangramento vaginal indolor recorrente súbito, em intervalos curtos e de cor vermelha vivo, iniciado a partir da 30ª semana gestacional.</p> <p>ATENÇÃO: não realizar toque vaginal. O exame especular revela presença de sangramento proveniente da cavidade uterina.</p>	<p>Se não houver diagnóstico ultrassonográfico confirmado, encaminhar à Maternidade de referência para elucidação e conduta.</p> <p>Se confirmado diagnóstico de PP, profissional deverá referenciar a gestante ao pré-natal de alto risco.</p>
Descolamento prematuro de placenta (DPP)	Dor abdominal súbita com intensidade variável, perda sanguínea, de cor vermelha escuro e às vezes em quantidade pequena ou ausente, incompatível com quadro de hipotensão ou de choque materno.	<b>IMPORTANTE:</b> profissional da UBS/USF deve acionar a unidade de suporte de vida (192).
<b>INFECÇÃO DO TRATO URINÁRIO (ITU)</b>		
Bacteriúria assintomática	Cursa sem sinais e sintomas. A confirmação é mediante exame laboratorial que identifica bactérias em multiplicação ativa no trato urinário.	<p><b>Iniciar tratamento:</b></p> <p>Nitrofurantoína 100 mg, 6/6 horas por 5 ou 7 dias.</p> <p>(Após 28ª semana de gestação é contraindicado uso de Nitrofurantoína devido risco de hemólise e icterícia grave no RN).</p> <p style="text-align: center;"><b>OU</b></p> <p>Cefalexina 500 mg, 6/6 horas por 7 dias.</p> <p><b>Prevenção:</b> orientar aumento de ingesta hídrica, não postergar micção e realizar exames de rotina periodicamente.</p>
Cistite	Presença de tenesmo vesical, disúria, desconforto supra púbico, polaciúria, urgência miccional, hematúria e urinacom odor desagradável.	<p><b>Iniciar tratamento:</b></p> <p>Nitrofurantoína 100 mg, 6/6 horas por 5 ou 7 dias.</p> <p><b>OU</b></p> <p>Cefalexina 500 mg, 6/6 horas por 7 dias.</p> <p><b>OU</b></p> <p>Amoxicilina + Clavulanato (875/125mg), 12/12 horas por 7 dias.</p> <p><b>IMPORTANTE:</b> Na impossibilidade de avaliação de exame qualitativo de urina, iniciar o tratamento empírico imediatamente após a coleta do</p>

		exame, para que se proceda a confirmação de sensibilidade.  - Solicitar urocultura com antibiograma como controle de cura pelo menos após 48h do término do tratamento.
Pielonefrite aguda	Os sinais anteriores acrescidos de calafrios, dor lombar, anorexia, náuseas, vômitos e febre. A punho percussão lombar (sinal de Giordano) positiva geralmente está presente.	Realizar o atendimento inicial, controle dos sinais vitais e referir à Maternidade de referência.

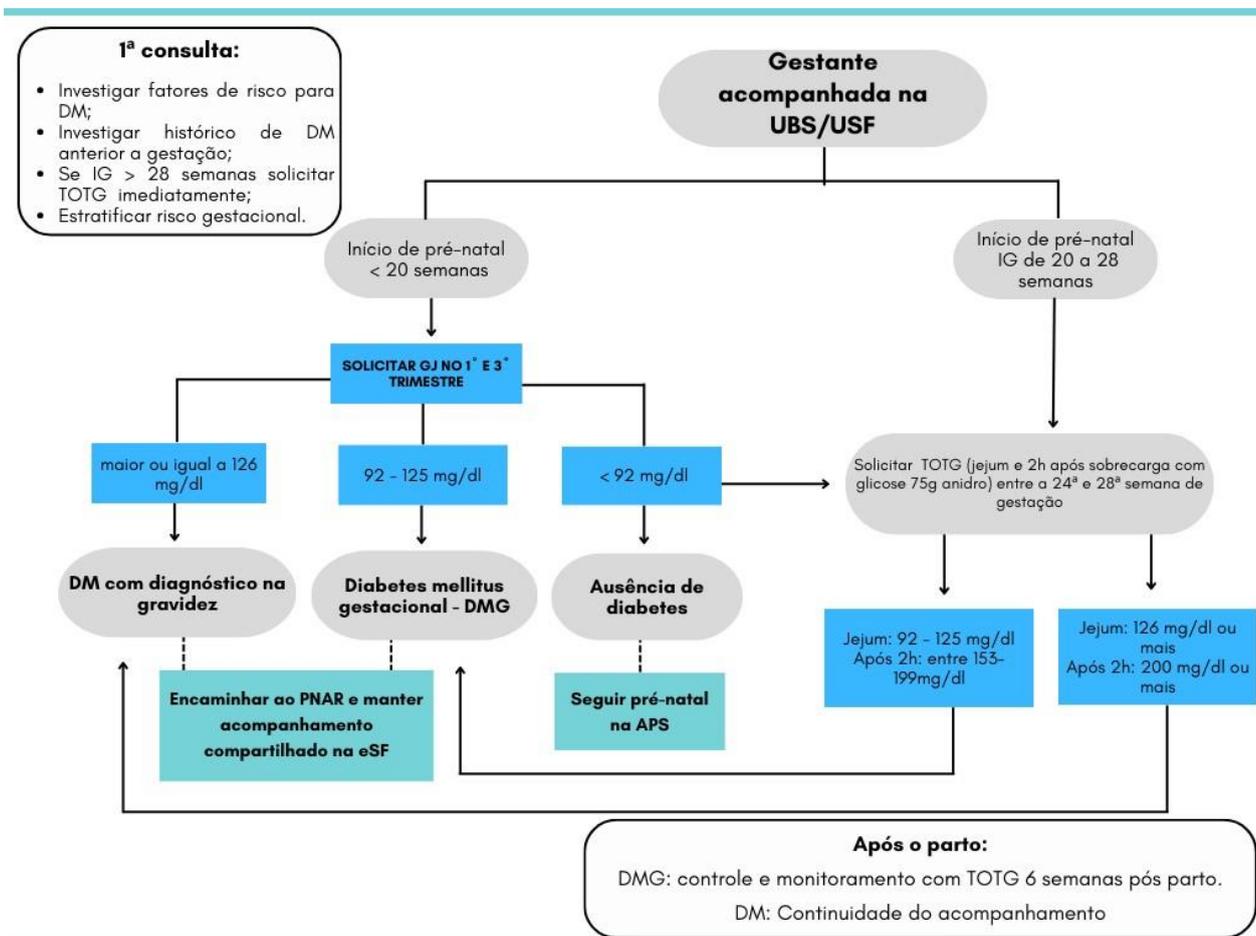
**Fonte:** Adaptado de Brasil, 2021.

## 10.2 Diabetes Mellitus

A intolerância a carboidratos que define a diabetes mellitus pode ser de dois tipos: o diabetes mellitus diagnosticado na gestação (DMDG) e o diabetes mellitus gestacional (DMG), sendo o nível glicêmico que os diferenciam (BRASIL, 2022). Entre os fatores de risco de hiperglicemia materna, destacam-se: obesidade, idade materna > 25 anos, histórico familiar e/ou pessoal positiva, gemelaridade, hipertensão arterial, dislipidemia, tabagismo, sedentarismo, macrossomia pregressa, óbito fetal sem causa aparente, entre outros (BRASIL, 2022).

Sabe-se que os riscos de desfechos adversos como a morbidade materna e fetal aumentam com a elevação da glicemia materna. Desse modo, a hiperglicemia materna deve ser investigada no início e na metade da gestação, como forma de diagnóstico precoce e controle dos níveis glicêmicos, reduzindo as complicações para mãe e filho (BRASIL, 2022). Para rastreio e diagnóstico, suas recomendações estão expressas no Fluxograma 2.

## FLUXOGRAMA 2 - DIAGNÓSTICO DE DIABETES MELLITUS GESTACIONAL



Fonte: Adaptado (BRASIL, 2019).

Diante da impossibilidade da realização do TOTG-75g, a glicemia de jejum deve ser repetida entre 24 e 28 semanas, seguindo os mesmos valores de referência usados no 1º trimestre (BRASIL,2022).

### PLANO DE CUIDADO PARA GESTANTES COM DIABETES MELLITUS

O objetivo do plano de cuidados é alcançar e manter as metas glicêmicas, evitando a cetoacidose, garantindo o ganho de peso adequado e desenvolvimento fetal e reduzindo os riscos perinatais. Para fins de monitoramento dos parâmetros normativos para a

glicemia, os valores estabelecidos levam em consideração: jejum; 1 (uma) hora pós-prandial; e 2 (duas) horas pós-prandial.

<b>Controle glicêmico visa manter as metas glicêmicas:</b>		
Jejum < 95 mg/dl	1h pós prandial < 140 mg/dl/	2 h pós prandial < 120 mg/dl.

(BRASIL, 2022).

1. Destaca-se a importância do autocuidado apoiado, encorajando a automonitorização da glicemia capilar utilizando um glicosímetro, fita reagente e punção das polpas digitais; fornecidos pela rede pública de saúde (BRASIL,2022).
2. Em gestantes com tratamento não farmacológico: realizar o perfil glicêmico diariamente, ou pelo menos, três vezes por semana em quatro momentos (jejum, pós- café, pós-almoço e pós- jantar);
3. Em gestantes em uso de insulina, esta deve ser prescrita no PNAR preferencialmente, e para estas o controle descrito acima (item 2) deve ser diário;
4. Em gestantes com diabetes tipo 1 ou tipo 2: deve-se incluir ao controle glicêmico especificações acerca das medidas pré-prandiais;
5. O tempo de medidas de glicemias pós-prandiais é de uma ou duas horas contados a partir do horário do início da refeição;
6. As medidas não farmacológicas incluem mudança de estilo de vida (MEV) com adequação nutricional e prática de exercícios regulares (se não houver contraindicação). Recomenda-se caminhada de cinco ou mais dias na semana por 30 a 40 minutos;
7. Deve-se estimular a alimentação saudável com alimentos *in natura* ou minimamente processados, bem como a inclusão de grupos específicos: cereais, legumes, verduras e frutas; leites de derivados; carnes, peixes e ovos; óleos e gorduras vegetais;
8. Estimular o consumo de sementes (girassol, gergelim, linhaça, abóbora, entre outras), adicionadas a sucos de frutas ou iogurtes; nozes e castanhas em pequenos lanches;
9. O açúcar pode ser substituído por edulcorantes (no máximo 6 sachês ou 15 gotas/dia); aspartame, acesulfame de potássio, ciclamato, entre outros;

10. Pode-se instituir a ceia (ou lanche noturno) com 25g de carboidratos, além de proteínas ou lipídios (importante para a prevenção de hipoglicemia nas mulheres usuárias de insulina).

### **10.3 Toxoplasmose na gestação: rastreio, prevenção e tratamento**

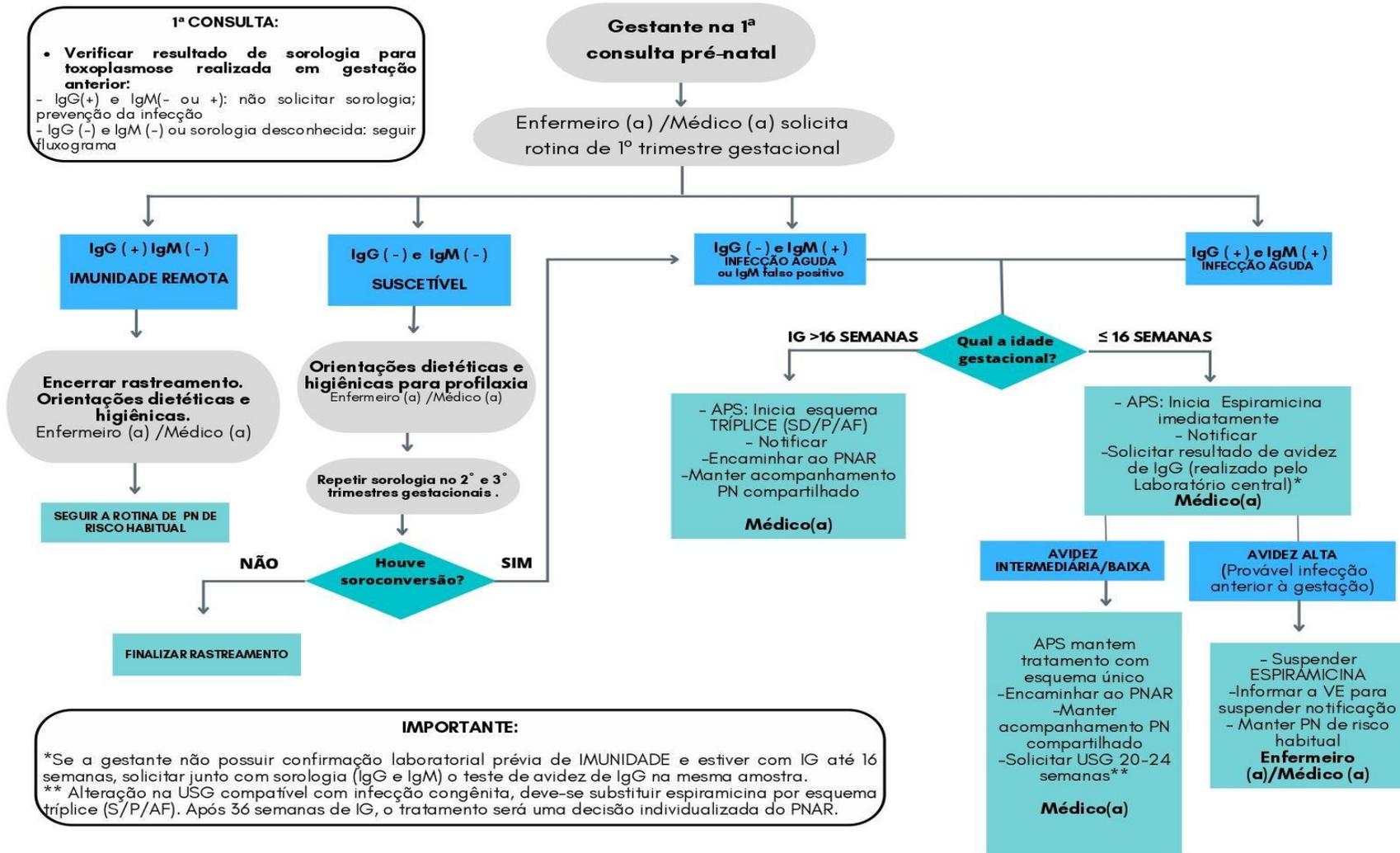
A sequência a ser investigada para adequada decisão terapêutica, dentre outras intervenções no acompanhamento pré-natal relacionadas a toxoplasmose, está descrita no Fluxograma 3, e o esquema de tratamento de toxoplasmose para gestantes em Quadro 17.

#### **IMPORTANTE:**

- A maioria dos casos de toxoplasmose pode acontecer sem sintomas ou com sintomas bastante inespecíficos;
- Toda gestante, independente do resultado de sorologia para toxoplasmose, deve ser orientada para prevenção da infecção;
- Recomenda-se que infecções adquiridas no terceiro trimestre de gestação sejam tratadas com Sulfadianina, pirimetamina e ácido folínico, independentemente do resultado do PCR em LA (quando disponível);
- Todo RN de mães susceptíveis DEVE realizar rastreamento por meio de exame laboratorial.
- A triagem neonatal para toxoplasmose é uma alternativa para identificar o recém-nascido infectado devido à infecção materna no final da gestação;
- Resultados discordantes ou duvidosos devem ser discutidos com o Ambulatório de Acompanhamento Especializado (PNAR).

Fonte: Adaptado de BRASIL, 2020.

### FLUXOGRAMA 3 - RASTREIO DE TOXOPLASMOSE NO PRÉ-NATAL



Fonte: Elaborado pelos autores com base nota técnica nº 14/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS

## QUADRO 17 - ESQUEMA DE TRATAMENTO DE TOXOPLASMOSE EM GESTANTES

ESQUEMA	MEDICAMENTOS
Esquema Tríplice ( IG > 16 semanas)	- Sulfadiazina, 3 g ao dia; - Pirimetamina, 50 mg ao dia; - Ácido folínico, 10 a 20 mg, 3 vezes por semana*
Esquema Tríplice para alérgicos a Sulfadiazina (IG > 16 semanas)	- Pirimetamina 25mg, 02 comp. 2x ao dia + - Azitromicina 500mg, 01 comp. 1x ao dia + - Ácido folínico 15mg, 01 comp. 1x ao dia
Esquema Único (IG < 16 semanas)	1ª ESCOLHA: - Espiramicina 500mg (1.500 UI), 02 comp., de 8/8 horas (dose diária de 3g), administrada com alimento.

Adaptado da nota técnica nº 14/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS

\*Podendo a dose ser aumentada por surgimento de neutropenia, anemia ou plaquetopenia.

**IMPORTANTE:** Para retirada da medicação na farmácia municipal, a gestante deve levar: prescrição médica, ficha de notificação epidemiológica e resultado do exame IgG e IgM. Tal documentação deve ser oferecida à gestante, no serviço onde foi realizado o diagnóstico, a fim de agilizar o tratamento e reduzir danos à mãe e ao feto.

### Orientações para gestantes suscetíveis ao *Toxoplasma gondii* (IgG e IgM não reagentes) (BRASIL, 2022):

1. Não comer carne crua ou malpassada;
2. Dar preferência para carnes congeladas;
3. Não comer ovos crus ou malcozidos;
4. Beber somente água filtrada ou fervida;
5. Usar luvas para manipular alimentos ou carnes cruas;
6. Não usar a mesma faca para cortar carnes, vegetais e frutas;
7. Lavar bem frutas, verduras e legumes (entretanto, recomenda-se não comer verduras cruas);

8. Evitar contato com os gatos e com tudo que possa estar contaminado com suas fezes;
9. Alimentar gatos domésticos com rações comerciais e evitar que circulem na rua, onde podem se contaminar, principalmente pela ingestão de roedores;
10. Usar luvas e máscaras para manusear terra (inclusive para varrer pátio com terra).

#### **10.4 Síndrome gripal e COVID-19 na gestação e puerpério**

A pandemia de Covid-19, causada pelo novo coronavírus denominado SARS-CoV-2, emergiu em Wuhan, na China, gerando preocupação devido à sua disseminação rápida e alto grau de letalidade. Observou-se que a doença acomete com maior gravidade pessoas idosas e com comorbidades crônicas. Entre as gestantes, evidenciou-se maior risco de complicações entre aquelas que estavam nos dois últimos trimestres da gravidez ou no puerpério, elevando a morbidade e mortalidade neste grupo (BRASIL, 2021).

Acredita-se que isso se dá devido às variações fisiológicas e alterações imunológicas gestacionais que podem favorecer quadros clínicos mais graves devido à baixa tolerância à hipóxia presente nesse grupo (MASCARENHAS et al., 2020; WAGNER et al., 2020). Dentre as consequentes complicações da COVID-19 para o feto, destacam-se: sofrimento fetal, aborto espontâneo, dificuldade respiratória e parto prematuro (BRASIL, 2021).

A transmissão da doença ocorre principalmente pelo contato direto, podendo também acontecer de forma indireta ou próximo com pessoas infectadas, por meio de gotículas ou secreções respiratórias expelidas com tosse, espirros, fala ou canto, bem como contato direto entre pessoas, pelo contato de pessoa com objetos ou fômites (BRASIL, 2021).

Tratando-se da transmissão vertical, o Ministério da Saúde divulgou que há evidências de que ela pode ocorrer por via transplacentária, durante o parto e durante a amamentação, porém de forma pouco frequente. Mesmo sendo encontrados fragmentos de RNA viral no leite de mulheres infectadas pelo SARS-CoV-2, quando isolados, não foi evidenciada replicação, sendo estes vírus incapazes de causar infecção. A OMS orienta que os benefícios do aleitamento materno são consideravelmente maiores que o baixo risco da transmissão vertical e, portanto, é recomendado mantê-la, seguindo medidas de precaução (BRASIL, 2021).

Até o momento, não há vacina ou medicações comprovadamente eficazes para o tratamento definitivo da COVID-19, por isso o manejo clínico é voltado para suporte e controle de sintomas e orientação acerca das medidas de prevenção, que são indispensáveis durante as consultas de rotina às gestantes e seus familiares (RIO DE JANEIRO, 2021).

#### 10.4.1 Avaliação e manejo clínico de gestantes e puérperas com Síndrome Gripal (SG)

As manifestações clínicas da COVID-19 são muito semelhantes à de outras síndromes gripais, principalmente a influenza. Logo, as gestantes e puérperas que apresentarem sinais e sintomas de Síndrome Gripal (SG) devem ser priorizadas em atendimento na Unidade de Saúde da Família. Nesse sentido, a identificação precoce da gravidade da doença neste grupo possibilita o início oportuno de medidas adequadas para evitar complicações (BRASIL, 2021).

A classificação segundo grau de gravidade e manejo de cada caso estão descritos no Quadro 18.

**QUADRO 18 - AVALIAÇÃO, CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA E CONDUTA DE CASOS DE COVID-19 EM GESTANTES E PUÉRPERAS**

CONDIÇÃO DA GESTANTE OU PUÉRPERA	MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS	DIAGNÓSTICO LABORATORIAL	MANEJO/CONDUTA
ASSINTOMÁTICA com RT-PCR ou teste de antígeno positivo para SARS-COV-2	Assintomática FR > 24 ipm	Não solicitar exame laboratorial	- Orientar isolamento, - Monitoramento (visita domiciliar ou tele atendimento, se disponível) atentando para sinais de piora do quadro após o 7º dia de evolução.
Com sintomas <b>LEVES</b>	Anosmia, ageusia, coriza, febre, mialgia, cefaleia, diarreia, dor abdominal. SEM dispneia	Coletar RT-PCR Sars-CoV-2 em nasofaringe. Se houver indicação clínica solicitar: hemograma, creatinina e ureia, sódio e	- Orientar o isolamento, - Monitoramento (visita domiciliar ou tele atendimento, se disponível) atentando para sinais de piora do quadro entre o 7º e 14º dia de evolução.

		potássio, TGO e TGP, LDH, PCR.	- Prescrição de <b>Oseltamivir 75mg 12/12h por 5 dias</b> , se início de sintomas há menos de 48h.
Classificada como caso <b>MODERADO</b>	<p>Tosse persistente + febre (Tax: persistente diária)</p> <p><b>OU</b></p> <p>Tosse persistente + piora progressiva de outro sintoma relacionado à covid-19 (falta de força física), prostração, hipotermia, diarreia</p> <p><b>OU</b></p> <p>Pelo menos um dos sintomas acima + presença de fator de risco (<math>SpO_2 &lt; 95\%</math>, <math>FR &gt; 24</math> ipm).</p>	<p>Coletar RT-PCR Sars-CoV-2 em nasofaringe + hemograma, creatinina e ureia, sódio e potássio, TGO e TGP, LDH, PCR, TP e TTPa, D dímero, ferritina, gasometria arterial se necessário + Raio-X tórax (com proteção de chumbo para abdômen): sinal radiográfico de pneumonia (ou tomografia computadorizada de tórax).</p>	<p><b>APS:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Encaminhar à Maternidade Municipal de referência.</li> <li>- Prescrição de <b>Oseltamivir 75mg 12/12h por 5 dias</b>, se início de sintomas há menos de 48h.</li> </ul> <p><b>Maternidade (Internação):</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oxigenioterapia;</li> <li>- Medicações;</li> <li>- Antibióticos: se sinal de infecção bacteriana;</li> <li>- Heparina;</li> <li>- Corticoterapia</li> </ul>
Classificada como caso <b>GRAVE</b> - estado de “hiperinflamação”	<p>Síndrome respiratória aguda grave (SRAG): dispneia/desconforto respiratório</p> <p><b>OU</b></p> <p>Pressão persistente no tórax</p> <p><b>OU</b></p> <p><math>SpO_2 &lt; 95\%</math> em ar ambiente, <math>FR &gt; 30</math> ipm, <math>PaO_2/FiO_2 &lt; 300</math></p> <p><b>OU</b></p> <p>sinais de cianose (coloração azulada de lábios ou rosto)</p>	<p>Coletar RT-PCR Sars-CoV-2 em nasofaringe + hemograma, creatinina e ureia, sódio e potássio, TGO e TGP, LDH, PCR, TP e TTPa, D dímeros, ferritina, gasometria arterial + Tomografia computadorizada de tórax ou Raio-X de tórax (acometimento pulmonar <math>&gt; 50\%</math>).</p>	<p><b>Internação em UTI:</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Oxigenioterapia;</li> <li>- Medicações;</li> <li>- Antibióticos: se sinal de infecção bacteriana;</li> <li>- Heparina;</li> <li>- Corticoterapia</li> </ul>

Fonte: FIOCRUZ, Portal de boas práticas (2022).

Para auxiliar na avaliação da condição geral, evolução de quadro clínico da gestante ou puérpera e na tomada de decisão do profissional, recomenda-se a utilização do Escore de Alerta Obstétrico Precoce, apresentado na Figura 23.

**FIGURA 23 - ESCORE DE ALERTA OBSTÉTRICO MODIFICADO (MEOWS)**

Parâmetro	Valor de referência	Alerta amarelo	Alerta vermelho
Frequência respiratória (IRPM)	11-19	20-24	<10 ou ≥ 25
Saturação de oxigênio*	96% a 100%		≤95%
Temperatura (°C)	36-37,5°C	35,1-35,9°C e 37,5-37,9°C	<35°C ou ≥ 38°C
Frequência cardíaca (BPM)	60-99	50-59 e 100-119	≤ 49 ou ≥ 120
Pressão arterial sistólica (mmHg)	100-139	90-99 e 140-159	≤ 89 ou ≥ 160
Pressão arterial diastólica (mmHg)	50—89	40-49 e 90-99	≤ 39 ou ≥ 100
Sensório	Alerta		Qualquer alteração do nível de consciência

Fonte: Sanarmed. Adaptado de Poon et al. (2020) e Yang et al. (2020).

#### 10.4.2 Acompanhamento do pré-natal da gestante com Síndrome Gripal (SG)

Se a gestante ou puérpera tiver histórico de internação por COVID-19, por ocasião da alta, deve-se agendar consulta de pré-natal no intervalo entre 10 e 14 dias do início dos sintomas. Até a data da consulta, é recomendado monitorar a paciente a cada 24h podendo ser por **ligação telefônica** ou outro meio de comunicação eletrônico.

O acompanhamento pré-natal não deve ser interrompido e, ainda que espaçadas, as consultas devem ser mantidas, priorizando o atendimento com horário marcado em período de menor fluxo de pacientes na USF ou em locais reservados dos demais usuários.

Faz parte das condutas frente aos casos suspeitos de COVID-19 **realizar a notificação compulsória**, tanto em instituições públicas como privadas, devendo-se notificar a unidade de vigilância epidemiológica ou órgão correspondente (BRASIL, 2021).

A confirmação da COVID-19 em gestantes não é por si só um critério para classificação como gestação de alto risco (ver capítulo de estratificação de risco gestacional). Em seu [Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de Covid-19](#), o Ministério da Saúde (2021) recomenda que semantenha o cuidado pré-natal no nível de atenção a que a gestante já se encontra vinculada, realizando monitoramento do quadro clínico da gestante para adoção de medidas indicadas em cada caso.

As referências do município de Porto Velho para casos leves, moderados e graves da doença, respectivamente são: na atenção primária, as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Unidade de Saúde da Família (USF); na referência ambulatorial especializada, o Centro Integrado Materno Infantil (CIMI) e a referência para atendimento de urgência e emergência em gestantes, o Hospital Maternidade Municipal Mãe Esperança. (BRASIL, 2021)

### **10.5 Vulvovaginites e Cervicites na gestação**

Durante a gestação, além das repercussões maternas, as vulvovaginites têm sido associadas a desfechos obstétricos desfavoráveis, como rotura prematura de membranas, infecção intra-amniótica, parto prematuro, baixo peso ao nascer e infecções puerperais. As vulvovaginites mais comumente diagnosticadas no período gestacional são a vaginose bacteriana, a candidíase e a tricomoníase (BRASIL, 2022).

Deve-se investigar a presença de cervicites (ou endocervicites) nas gestantes sempre que houver queixa de corrimento vaginal, dispareunia ou disúria, buscando diferenciá-las clinicamente das vaginoses, sabendo-se que na maioria das vezes os agentes etiológicos envolvidos são a *Chlamydia trachomatis* e a *Neisseria gonorrhoeae*, a qual requerem tratamento ágil a fim de evitar complicações (Quadro 19). Ao exame físico, podem estar presentes: dor à mobilização do colo uterino, material mucopurulento no orifício externo do colo e sangramento ao toque da espátula ou swab. (BRASIL, 2020).

**QUADRO 19 - MANIFESTAÇÕES CLÍNICAS E TRATAMENTO DAS VULVOVAGINITES E CERVICITES**

CONDIÇÃO CLÍNICA	SINAIS E SINTOMAS	DIAGNÓSTICO	TRATAMENTO E ORIENTAÇÕES
Cândida vulvovaginal (CVV)	Secreção vaginal branca, grumosa, aderida à parede vaginal e ao colo do útero, normalmente sem odor; Prurido vaginal intenso; Edema vulvar Hiperemia de mucosa; Dispareunia superficial.	Na microscopia a fresco: presença de hifas ou micélios birrefringentes e esporos de leveduras; Leucócitos frequentes.	Miconazol creme a 2% (20mg/g), aplicar ao deitar por 7 dias, <b>OU</b> Nistatina 100.000UI, por 14 dias ou Clotrimazol 1%: Creme Vaginal, por sete dias.  <b>Em gestantes, o tratamento oral é contraindicado.</b>  <u>Tratar as parcerias sexuais não está recomendado.</u>
Vaginose bacteriana (Gardnerella vaginalis; Mobiluncus sp; Bacteroides sp; Mycoplasma hominis; Peptococcus e outros anaeróbios)	Secreção vaginal acinzentada, cremosa, com odor fétido, mais acentuado após o coito e durante o período menstrual. Sem sintomas inflamatórios.	Se disponível, podem ser realizados como apoio diagnóstico: pH vaginal superior a 4,5; Teste das aminas positivo; Liberação de odor fétido com KOH a 10%; Leucócitos escassos.	Metronidazol 250 mg, 2 cp VO, 2x/dia por 7 dias  <b>OU</b>  Via intravaginal: Metronidazol gel 100mg/g, 1 aplicador (5g), à noite, por 05 dias.  <b>OU</b>  Clindamicina, 300 mg, VO, a cada 12 horas, por 07 dias.  <u>Tratar as parcerias sexuais não está recomendado.</u>

<p>Tricomoníase-vulvovaginites  (Trichomonas vaginalis)</p>	<p>Secreção vaginal amarelo esverdeada, bolhosa e fétida. Outros sintomas: prurido intenso, edema de vulva, dispareunia, colo com petéquias e em “framboesa”, eventualmente disúria.</p>	<p>Se disponível, podem ser realizados como apoio diagnóstico: No exame a fresco, presença de protozoário móvel e leucócitos abundantes; No Teste das aminas negativo ou fracamente positivo.</p>	<p>Metronidazol 400mg, 5 cp, VO dose única.  <b>OU</b>  Metronidazol 250mg, 2cp, VO 2x/dia por 7 dias.  Toda parceria sexual deve ser <u>tratada com dose única</u> (metronidazol 250mg, 8 comprimidos, via oral).</p>
<p>Cervicite por clamídia</p>	<p>Queixas mais frequentes: corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós-coito, dispareunia e disúria.  Achados ao exame físico: sangramento ao toque da espátula ou swab, material mucopurulento no orifício externo do colo e dor à mobilização do colo uterino.</p>	<p>O diagnóstico laboratorial da cervicite causada por C. trachomatis deve ser feito por biologia molecular e/ ou cultura.</p>	<p>Azitromicina 500mg, 2 cp, VO dose única  <b>OU</b>  Amoxiciclina, 500 mg, VO, a cada 8 horas, por 7 dias;  <b>OU</b>  Eritromicina estearato, 500 mg, VO, a cada seis horas, por 7 dias  <b>OU</b>  Eritromicina estearato, 500 mg, VO, a cada 12 horas, por 14 dias.  <u>TODOS os parceiros dos últimos 60 dias devem ser tratados com dose única</u>  <u>Tratamento combinado de clamídia e gonorreia em TODOS os casos.</u></p>

<p>Gonorreia (Neisseria gonorrhoeae)</p>	<p>Queixas mais frequentes: corrimento vaginal, sangramento intermenstrual ou pós-coito, dispareunia e disúria.</p> <p>Achados ao exame físico: sangramento ao toque da espátula ou swab, material mucopurulento no orifício externo do colo e dor à mobilização do colo uterino.</p>	<p>Para diagnóstico da cervicite gonocócica, proceder à cultura em meio seletivo, a partir de amostras endocervicais e uretrais</p>	<p>Ceftriaxona, 500 mg IM, dose única.</p> <p><b>OU</b></p> <p>Espectinomicina, 2g IM, dose única.</p> <p><b>OU</b></p> <p>Ampicilina 2 ou 3 g + Probenecida, 1 g, VO, dose única.</p> <p><b>OU</b></p> <p>Cefixima, 400 mg, VO, dose única.</p> <p>TODOS os parceiros dos últimos 60 dias devem ser tratados com dose única. Tratamento combinado de clamídia e gonorreia em TODOS os casos.</p>
--	---	---	---

Fonte: Adaptado de PCDT-IST/MS/2022.

## 10.6 Sífilis na gestante

O diagnóstico precoce e o tratamento oportuno e adequado das gestantes e parcerias sexuais com sífilis no pré-natal reduzem a possibilidade de transmissão vertical. O risco de acometimento fetal varia de 70% a 100%. Destaca-se que essas ações já se encontravam descritas na Rede Cegonha, que foi instituída em 2011 no SUS e permanecem contempladas no âmbito da Rede de Atenção Materno Infantil (RAMI) instituída na Portaria GM/MS nº 2.228, de 1º de julho de 2022, visando assegurar o direito à atenção humanizada no planejamento reprodutivo, pré-natal, parto, puerpério e atenção infantil nos serviços de saúde (BRASIL, 2022).

A probabilidade da infecção fetal é influenciada pelo estágio da sífilis na mãe e pela duração da exposição fetal, portanto quanto antes iniciado o tratamento, menores os riscos para o feto. Por esse motivo, o Ministério da Saúde preconiza o rastreamento nos três trimestres da gravidez, bem como no momento da internação hospitalar (BRASIL, 2019). No Quadro 20, é abordada as principais características de cada fase desta infecção, e no Fluxograma 4, o manejo levando em consideração as mulheres gestantes.

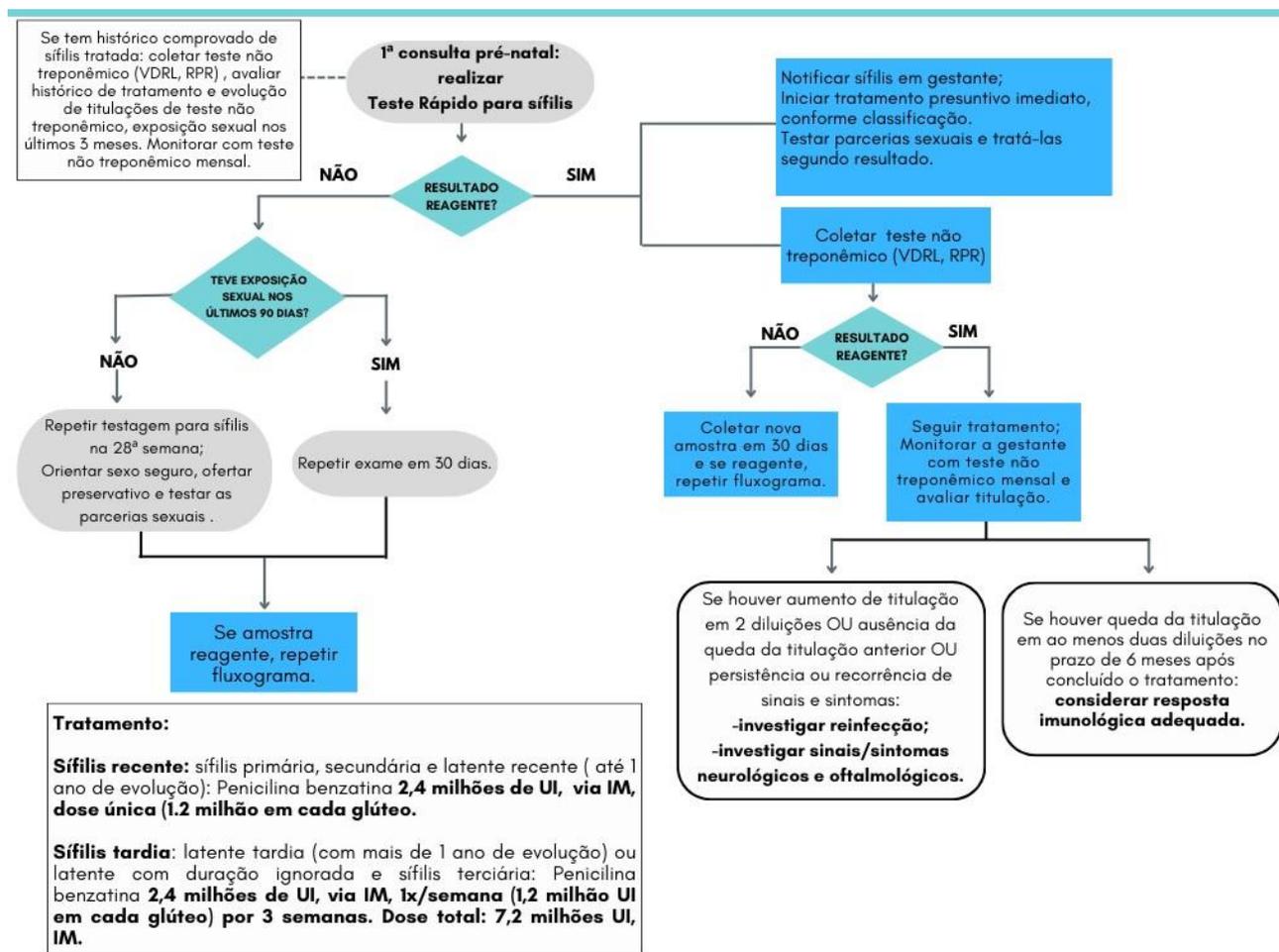
**IMPORTANTE:** As gestantes com testes rápidos reagentes para sífilis deverão ser consideradas como portadoras de sífilis, e na ausência de tratamento recente **documentado**, o profissional deverá iniciar o tratamento na primeira consulta e solicitar seguimento sorológico (PCDT, Ministério da Saúde, 2020).

**QUADRO 20 - ESTADIAMENTO DA SÍFILIS E CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS**

SÍFILIS RECENTE		SÍFILIS TARDIA	
Sífilis primária	Sífilis secundária	Sífilis latente tardia	Sífilis terciária
<p>É caracterizada por uma úlcera no local de entrada da bactéria, geralmente única, indolor, com rápida evolução para cancro duro. Costuma surgir na genitália, mas também podem ocorrer no períneo, ânus, reto, orofaringe, lábios ou mãos.</p>	<p>Podem ocorrer erupções cutâneas em forma de máculas e /ou pápulas, tronco, lesões eritemato-escamosas palmo-plantares, febre, mal-estar, cefaleia, linfadenopatia.</p>	<p>Não se observa sinal ou sintoma clínico de sífilis. Quando não for possível inferir a duração da infecção. Presença de reatividade nos testes imunológicos que detectam anticorpos.</p>	<p>Ocorrem manifestações sistêmicas, sendo mais comum o acometimento do sistema nervoso e cardiovascular, formação de gomas sífilíticas na pele, as lesões causam desfiguração e incapacidade, podendo ser fatal.</p>
<p><b>Tempo após exposição:</b> 10 a 90 dias, (média de 3 semanas).</p>	<p><b>Tempo após exposição:</b> em média, entre seis semanas e seis meses após a infecção.</p>	<p><b>Tempo após exposição:</b> Até um (1) ano latente recente, mais de um (1) ano trata-se como sífilis latente tardia.</p>	<p><b>Tempo após exposição:</b> Pode surgir entre em até 40 anos após a infecção primária.</p>

Fonte: Adaptado de PCDT-IST/MS/2022.

## FLUXOGRAMA 4 - MANEJO DE SÍFILIS EM GESTANTE



Fonte: Adaptado de Fluxogramas para manejo clínico de IST/MS (2021)

Além da avaliação clínica, os testes sorológicos treponêmicos ou não-treponêmicos devem ser efetuados para o diagnóstico da sífilis adquirida e sífilis na gestação, sendo ofertados conforme descrito no quadro de exames de rotina pré-natal e levando em considerações suas características de funcionalidade, como descrito em Quadro 21.

## QUADRO 21 - EXAMES DE SÍFILIS TREPONÊMICOS E NÃO-TREPONÊMICOS

<b>Treponêmico</b>	FTA-Abs ELISA/EQL THPA/TPPA/MHA-TP	Permanecem reagentes mesmo após o tratamento, pelo resto da vida da pessoa; Não são indicados para monitoramento da resposta ao tratamento.
	Teste Rápido (TR)	
<b>Não treponêmico</b>	VDRL RPR TRUST	Quantificáveis (ex.: 1:2, 1:4, 1:8); Importantes para o diagnóstico e monitoramento da resposta ao tratamento.

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN), através da Nota Técnica nº 03/2017, reafirma o compromisso prestado à saúde pelos profissionais de saúde da enfermagem, deixando claro a administração no âmbito da APS, mediante prescrição da penicilina benzatina por médico ou enfermeiro.

O tratamento da sífilis é considerado inadequado quando:

- Tratamento for feito de forma incompleta para o estágio clínico;
- O tratamento for feito com outra droga que não a Penicilina Benzatina (inclusive para o feto, por não atravessar a barreira placentária);
- O tratamento for iniciado com menos de 30 dias antes do parto;
- Intervalo maior do que 14 dias entre as doses de Penicilina Benzatina (gestantes que ultrapassarem o intervalo de 14 dias entre as doses devem reiniciar o esquema terapêutico).

O monitoramento do tratamento da sífilis está descrito no Quadro 22.

A equipe de saúde deve realizar busca das parcerias sexuais para que sejam submetidos à orientação, avaliação clínica, realização do teste rápido e tratamento. Mesmo que seu teste rápido tenha resultado não reagente, deve ser realizada 1 dose de 2.400.00 UI de penicilina benzatina. Caso o teste rápido seja reagente, notificar e realizar tratamento conforme avaliação clínica e solicitar teste não treponêmico para monitoramento, conforme esquema apresentado abaixo (BRASIL 2013, BRASIL 2019).

**QUADRO 22 – MONITORAMENTO PÓS-TRATAMENTO DE SÍFILIS ADQUIRIDA E SÍFILIS EM GESTANTES**

<b>Gestantes</b>	Mensal (até o final da gestação)
<b>População não gestante (incluindo PVHIV)</b>	A cada 3 meses até o 12º mês (0, 3, 6, 9, 12 meses)
<b>Neurossífilis</b>	Exame de LCR a cada 6 meses até a normalização da celularidade e VDRL não reagente.

Fonte: PCDT-IST/MS/2020.

Algumas gestantes podem ter diagnóstico de sífilis e serem alérgicas a benzilpenicilina benzatina, sendo este um evento incomum, e as reações anafiláticas são ainda mais raras, ocorrendo em 0,01% a 0,05% das pessoas expostas ao antibiótico (BRASIL, 2022). Nestes casos, a equipe deve encaminhar essas gestantes à maternidade de referência, para que sejam dessensibilizadas e posteriormente tratadas com benzilpenicilina benzatina, em ambiente hospitalar (BRASIL, 2019).

**IMPORTANTE**

- ✓ Não há evidência, até o momento, de que outra medicação trate o feto intraútero.
- ✓ Embora a Ceftriaxona apresente alto poder treponemicida e boa passagem transplacentária, foi estudada em poucas gestantes e mesmo sendo considerada uma droga promissora ainda **NÃO** apresenta resultados satisfatórios.
- ✓ A penicilina é considerada o único antibiótico adequado para o tratamento da sífilis em gestantes (BRASIL, 2022).
- ✓ A tetraciclina, doxiciclina e estolato de eritromicina são contraindicados na gestação podendo causar alterações ósseas e do esmalte dentário do feto, toxicidade para a mãe causados pelas tetraciclinas, doxiciclina e litíase intra-hepática fetal, pelo estolato (BRASIL, 2019).

**10.7 Infecção pelo HIV na gestação**

A infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) em uma mulher gestante é uma condição que requer encaminhamento imediato ao acompanhamento no

ambulatório especializado de obstetrícia e infectologia. Isto porque ainda que a gestante conviva com o HIV, é possível realizar intervenções durante o pré-natal, o parto e a amamentação que reduzam o risco de transmissão vertical (TV) do HIV a menos de 2%, porém, sem adequados planejamento e seguimento, esse risco eleva-se de 15% a 45% (BRASIL, 2022).

O diagnóstico da infecção é possível por meio de Teste Rápido, auto teste ou sorologia convencional, e o profissional de saúde pode se deparar com duas situações de atendimento à gestante convivendo com HIV:

1. Gestante com diagnóstico durante o pré-natal, parto e puerpério;
2. Gestante vivendo com HIV antes mesmo da gravidez.;

No que se refere a conduta pós-diagnóstico, em ambos os casos a gestante precisa ser orientada quanto a importância do acompanhamento no Serviço de Atendimento Especializado (SAE) e iniciar também acompanhamento compartilhado no ambulatório de pré-natal de alto risco.

O diagnóstico reagente da infecção pelo HIV deve ser realizado mediante pelo menos duas etapas de testagem. Eventualmente, podem ocorrer resultados falso-positivos. Diante de um resultado reagente, deve-se realizar outro teste de outro laboratório ou lote. Se os testes apresentarem resultados discordantes, um terceiro teste deve ser realizado com nova amostra. Persistindo a discordância, em relação ao primeiro teste, uma amostra é coletada por punção venosa e encaminhada ao laboratório de referência.

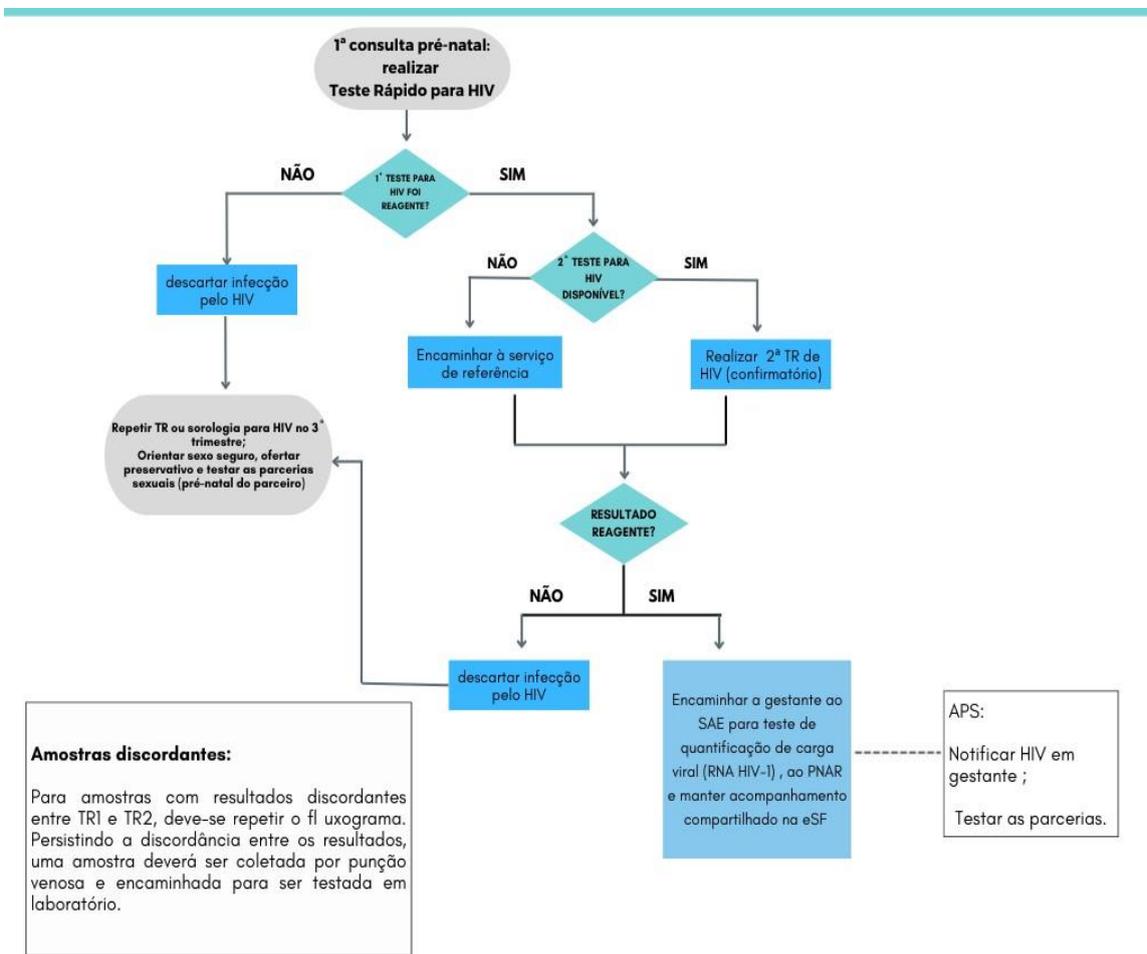
As gestantes diagnosticadas com HIV na Atenção Primária à Saúde, independentemente do método de testagem, e a qualquer momento da gestação ou puerpério, requerem orientação por meio de uma comunicação que favoreça o estabelecimento de vínculo com o profissional e a compreensão da necessidade de seguimento clínico-laboratorial e uso de terapia antirretroviral em compartilhamento do cuidado com SAE.

Para orientar essa abordagem, o profissional pode seguir o roteiro sugerido abaixo, bem como demonstração no Fluxograma 5:

- Avaliar o nível de conhecimento da gestante em relação a infecção e sua evolução para doença, assim como o risco de transmissão vertical e a elevada eficácia das medidas preventivas;
- Investigar a possível infecção pelo HIV nas parcerias sexuais e filhos (as);
- Abordar aspectos relacionados à saúde sexual e à prevenção combinada.

- Enfatizar o impacto positivo do início do uso de TARV para a Profilaxia de Transmissão Vertical (PTV) e para a qualidade de vida, destacando a importância da adesão nesse processo;
- Identificar alguma condição que exija intervenção imediata, como sinais e sintomas sugestivos de Infecção Oportunista (IO), bem como a necessidade de iniciar profilaxia para a mesma;
- Recomenda-se que toda puérpera vivendo com HIV/AIDS seja orientada a não amamentar, devendo ser informada sobre o direito de receber fórmula láctea infantil.

### FLUXOGRAMA 5 - DIAGNÓSTICO DE HIV EM GESTANTES



**Fonte:** Baseado em PCDT (2019); Nota técnica de saúde da mulher na gestação, parto e puerpério (BRASIL, 2019); Manual de Pré-natal de alto risco (BRASIL, 2022)

## **10.8 Arboviroses em gestantes**

Devido sua alta incidência na região norte, a Dengue, Zika, Chikungunya e Malária são as arboviroses de maior relevância epidemiológica no estado de Rondônia e, por apresentarem implicações à saúde da gestante e do feto, precisam de atenção das equipes para orientar medidas preventivas e executar diagnóstico e tratamento precoce. É imprescindível que toda gestante que apresentar exantema seja avaliada e investigadas as arboviroses citadas. Para auxiliar como subsídio, o Quadro 23 abaixo reúne as principais características, diferenciações e condutas frente a estes agravos na gestação

**QUADRO 23 - CARACTERÍSTICAS, DIFERENCIAÇÕES E CONDUTAS FRENTE ÀS ARBOVIROSES NA GESTAÇÃO**

DOENÇA		DENGUE	CHIKUNGUNYA	ZIKA	MALÁRIA
AGENTE INFECCIOSO E VETOR		Agente: vírus da Dengue	Agente: vírus chikungunya	Agente: vírus zika	Agente: Plasmodium sp.
		<b>Vetor: Aedes aegypti</b>	<b>Vetor: Aedes aegypti</b>	<b>Vetor: Aedes aegypti</b>	<b>Vetor: Anopheles (fêmea)</b>
<b>SINAIS E SINTOMAS</b>	Febre	Acima de 38°C (4 - 7 dias)	Acima de 38°C (2 - 3 dias)	Afebril ou febrícula, < 38°C (1 - 2 dias)	Febre alta, intermitente, > ou = a 40°C
	Rash cutânea	30 a 50% dos casos a partir do 4º dia	50% dos casos de 2 a 5 dias	90 a 100% dos casos no 1º e 2º dias	Ausente
	Mialgia	Moderada a intensa	Leve	Leve a moderada	Moderada a intensa
	Artralgia	Leve	Moderada a intensa	Leve a moderada	Ausente
	Edema articular	Raro	Frequente, de moderado a intenso	Frequente, de leve intensidade	Ausente
	Conjuntivite	Raro	30% dos casos	De 50 a 90% dos casos	Ausente
	Cefaleia	Moderada a intensa	Leve a moderado	Leve a moderada	Moderada a intensa
	Prurido	Leve	Leve	Moderada a intensa	Ausente

	Hipertrofia ganglionar	Leve	Moderada	Intensa	Ausente
	Discrasia Hemorrágica	Moderada	Leve	Ausente	Presente em casos de malária grave e complicada
	Alteração Neurológica	Raro	Raro (predominantes em neonatos)	Mais frequente que dengue e Chikungunya	Presente em casos de malária grave e complicada
	Outros sinais e sintomas				Calafrios, náuseas, vômitos, inapetência
<b>COMPLICAÇÕES NA GESTAÇÃO</b>		Sangramento, transmissão vertical ocasionando parto prematuro ou abortamento.	Sangramento, transmissão vertical ocasionando parto prematuro ou abortamento.	Sangramento, transmissão vertical ocasionando parto prematuro ou abortamento. Má formação fetal (microcefalia).	Risco de morte materna e fetal em casos graves. Risco de abortamento, parto prematuro contribuindo para nascimento de RN com baixo peso para IG.
		Notificar caso;	Notificar caso;	Notificar caso;	Registro na ficha do SIVEP-malária
					Encaminhar para coleta de gota espessa (em toda consulta PN, mesmo em gestantes assintomáticas);
		Tratamento de acordo com sintomatologia;	Tratamento de acordo com sintomatologia;	Tratamento de acordo com sintomatologia;	Se positivo para <b>Plasmodium vivax</b> : Iniciar tratamento para malária <b>não</b> complicada com <b>Cloroquina</b> por três dias e cloroquina profilática (5mg/kg/dose) semanalmente até um

<b>CONDUTAS</b>				<p>mês de aleitamento, para prevenção de recaídas.</p> <p><b>IMPORTANTE:</b> <i>Gestantes e crianças com menos de 6 meses de idade não podem usar primaquina. Ingerir medicação preferencialmente após as refeições.</i></p>
	Hidratação oral;	Hidratação oral;	Hidratação oral;	Se positivo para <b>Plasmodium falciparum</b> : encaminhar para referência hospitalar especializada (HBAP).
	Medidas de prevenção de proliferação de vetor;	Medidas de prevenção de proliferação de vetor;	Medidas de prevenção de proliferação de vetor;	Manter a lâmina de verificação de cura (LVC) mensalmente no mesmo seguimento.
	Monitorar sinais de alarme ou choque.			Medidas de prevenção de proliferação de vetor;
			Medidas protetivas quanto ao vetor;	

No tocante a malária na gestação, ressalta-se que está associada à anemia materna e baixo peso ao nascer, mas também a abortos, mortalidade fetal, partos prematuros, retardo de crescimento intrauterino e malária severa. Alguns estudos demonstraram que mais importante que a densidade parasitária atingida durante o episódio de malária, a duração da parasitemia e o retardo no início do tratamento são as principais causas dos efeitos acima citados (BRASIL, 2013).

Portanto, o diagnóstico precoce da malária durante a gestação e o tratamento rápido e adequado podem evitar muitas das consequências deletérias à gestante e ao concepto. É essencial monitorar a gestante quanto à presença de atividade uterina e/ou sangramento vaginal. Neste caso, deve-se encaminhá-la com urgência para atendimento especializado.

**IMPORTANTE:**

Às **gestantes sintomáticas** o serviço deve ofertar:

- Realização e resultado do exame no mesmo dia e o tratamento iniciado prontamente, em caso de lâmina positiva;
- Assegurar a adesão ao tratamento indicado no Manual de Terapêutica do Ministério da Saúde;
- Orientação quanto aos efeitos da malária durante a gestação, enfatizando a importância de procurar atendimento rápido, quando necessário.

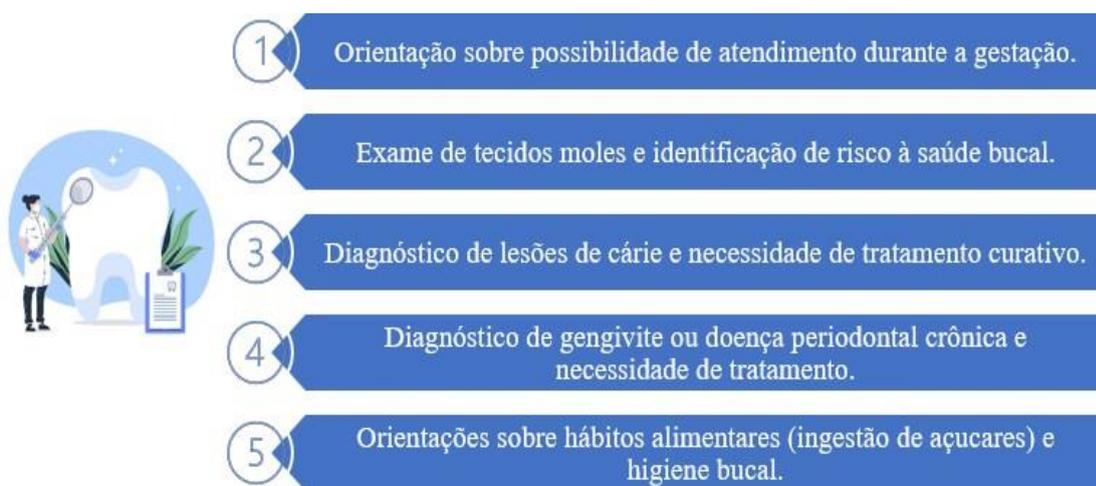
Recomenda-se, nesses casos, o seguimento da mãe ao longo de toda a gestação – com realização mensal de Lâmina de Verificação de Cura (LVC) – e o monitoramento do bebê após o nascimento. É essencial monitorar a gestante quanto à presença de atividade uterina e/ou sangramento vaginal e na evidência de alteração, deve-se encaminhá-la com urgência para atendimento especializado (BRASIL, 2020).

## 11 ATENÇÃO À SAÚDE BUCAL

O cuidado em saúde bucal para as gestantes deve garantir um atendimento em rede e um cuidado integral de qualidade, humanizado e seguro, no qual os profissionais de saúde bucal trabalhem em conjunto com os demais profissionais da equipe de saúde, responsáveis pelo atendimento da gestante, com a necessária troca de saberes entre as diferentes áreas de conhecimento e ampla abordagem da saúde (EDUFMA, 2018).

Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal garantem o atendimento individual e coletivo das gestantes, incluindo o pré-natal odontológico, e que nestas consultas sejam minimamente realizados os seguintes procedimentos (BRASIL, 2004), conforme demonstrado na Figura 24.

**FIGURA 24 - PROCEDIMENTOS QUE COMPÕEM O ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO À GESTANTE GARANTIDOS PELA POLÍTICA NACIONAL DE SAÚDE BUCAL**



Fonte: Política Nacional de Saúde Bucal, 2004

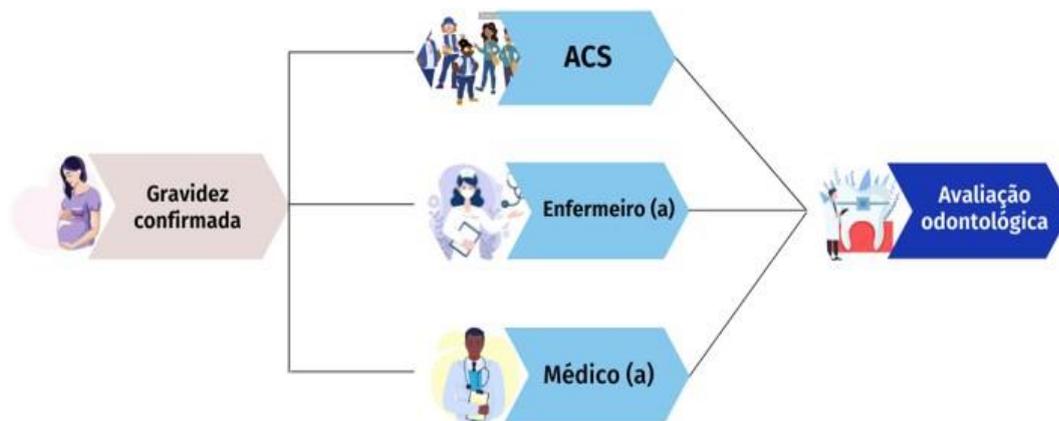


Fonte: <https://repocursos.unasus.ufma.br/>

Segundo o Ministério da Saúde, todas as gestantes deverão realizar pelo menos **UMA CONSULTA ODONTOLÓGICA DURANTE O PRÉ-NATAL**, com agendamento das demais conforme as necessidades individuais (BRASIL, 2018).

A equipe de saúde deve trabalhar de forma articulada, encaminhando a gestante para a consulta odontológica ao iniciar o pré natal, independentemente de alguma queixa bucal ou não, sugerindo fluxo para primeira consulta de pré-natal odontológico conforme demonstrada na Figura 25.

**FIGURA 25 - FLUXO PARA PRIMEIRA CONSULTA DE PRÉ-NATAL ODONTOLÓGICA**



Fonte: Os autores

Durante as reuniões de equipe, deve ser definido o fluxo dos encaminhamentos para o atendimento odontológico da gestante, que pode ser realizado pelo médico, enfermeiro ou agente comunitário de saúde. O cirurgião-dentista deverá adequar sua agenda para absorver a demanda do pré-natal odontológico, conforme a rotina de atendimento de sua unidade.

No decorrer do atendimento odontológico da gestante, o cirurgião-dentista deve solicitar a caderneta da gestante, na qual há uma página exclusiva para preenchimento durante a consulta odontológica (Figura 26). Há o campo do odontograma, que deverá ser

preenchido conforme a legenda, com opção para sinalização de presença ou não de placa bacteriana, de sangramento espontâneo, de sangramento à sondagem em pelo menos 10% dos sítios presentes, de cálculo dentário, de mobilidade, de perda de inserção com diagnóstico de periodontite; além de um campo para descrever, de forma resumida, o plano de tratamento, as ações realizadas e, se houver necessidade de referenciamento para algum centro de especialidades odontológicas, é possível registrar as datas de encaminhamento e retorno (BRASIL, 2023).

**FIGURA 26 - REGISTRO DA CONSULTA ODONTOLÓGICA NA CADERNETA DA GESTANTE**

**CONSULTA ODONTOLÓGICA**

18 17 16 15 14 13 12 11 | 21 22 23 24 25 26 27 28  
 48 47 46 45 44 43 42 41 | 31 32 33 34 35 36 37 38

**Legenda**

- \* - Mancha branca ativa
- Ca - Lesão cavitada ativa
- PF - Prótese fixa
- Q - Mancha branca inativa
- CI - Lesão cavitada inativa
- RE - Restauração estética
- A - Ausência
- E - Extraído
- SP - Selamento provisório
- Ab - Abração/erosão
- H - Higiado
- T - Traumatismo
- Am - Amálgama
- M - Restauração metálica
- X - Extração indicada

Presença de placa visível: NÃO  SIM  data / /

Presença de sangramento espontâneo: NÃO  SIM  data / /

Presença de sangramento à sondagem em pelo menos 10% dos sítios\* presentes: NÃO  SIM  data / /

Presença de cálculo dentário: NÃO  SIM  data / /

Presença de mobilidade: NÃO  SIM  data / /

Presença de perda de inserção com diagnóstico de periodontite: NÃO  SIM  data / /

**Tratamento realizado (para o(s) site(s) dentário(s))**

Data	Dent.	Procedimentos realizados	Ass.: CD
/ /			
/ /			
/ /			

**Necessidade de encaminhamento para a referência local ou região dentária**

Especialidade	Tratamento necessário	Encaminhamento	Retorno	Plano cuidado
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	
		/ /	/ /	

\*Sítios de cada dente: vestibular, palato/lingual, mesio-vestibular, mesio-palato/lingual, disto-vestibular, disto-palato/lingual.

Fonte: Caderneta da gestante (2023).

A recomendação do Ministério da Saúde, em relação ao atendimento inicial da gestante consta na Figura 27:

**FIGURA 27 - ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO INICIAL DA GESTANTE**

Quando avaliar?	O que avaliar / como avaliar?	O que fazer?
<b>Primeira consulta</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Antecedentes odontológicos (data da última avaliação);</li> <li>• Exame bucal (dentes, língua, gengiva e palato):               <ul style="list-style-type: none"> <li>✓ Verificar alterações de cor da mucosa e hidratação;</li> <li>✓ Esmalte dentário;</li> <li>✓ Cárie;</li> <li>✓ Pulpite;</li> <li>✓ Presença de lesões;</li> <li>✓ Sangramento;</li> <li>✓ Inflamação e infecção;</li> <li>✓ Mobilidade dentária;</li> <li>✓ Doença periodontal;</li> </ul> </li> </ul> 	Orientar sobre hábitos de higiene bucal como rotina de escovação e uso de fio dental;

Fonte: Política Nacional de Saúde Bucal, 2004

Nesse momento assuntos como dieta saudável, higiene bucal, profilaxia profissional, aplicação tópica de fluoretos e outros assuntos correlatos podem ser abordados durante a consulta (POSSOBON; MIALHE, 2009).

Intervenções odontológicas podem ser realizadas em todos os trimestres. Destaca-se que emergências devem ser tratadas a qualquer momento. Embora não haja evidência de restrição ao atendimento odontológico durante a gestação, o aspecto mais importante a ser considerado para realização de procedimentos não emergenciais é como a gestante se sente em relação às intervenções, considerando seu bem-estar geral, conforto físico e psicológico. A APS é de suma importância no acompanhamento das gestantes e bebês, configurando-se como porta de entrada preferencial no cuidado em saúde, que possui o maior vínculo e capilaridade com os usuários e a família.

Os Centros de Especialidades Odontológicas (CEO) só devem ser utilizados como um ponto referenciado da rede de atenção em saúde bucal caso a gestante tenha essa necessidade de tratamento especializado. A APS deve realizar a primeira consulta odontológica da gestante e acompanhá-la durante o pré-natal, compreendendo que ela já fazia parte de seu território e por alguns meses passará por um processo natural (mas diferenciado) que requer atenção.

Após o parto, a equipe de saúde deve trabalhar nas orientações necessárias à saúde do recém-nascido e adequação das puérperas a esse novo momento. Aleitamento materno exclusivo e higiene bucal do bebê são assuntos que devem fazer parte desses esclarecimentos e orientações.

## 11.1 Alterações bucais mais frequentes durante o período gestacional

### Cárie

As mudanças na composição salivar, com variações do pH, da capacidade tampão e dos níveis de peroxidase (OPERMANN et al., 2013) elevam as chances de gestantes terem cárie (Figura 28), quando comparadas às mulheres em geral (VERGNES et al., 2013). Além disso, o aumento da frequência de ingestão, provocada pela diminuição da capacidade fisiológica do estômago, maior apetite por açúcares, além de pobre controle do biofilme dental corroboram para este evento (GRAHAM et al., 2013).

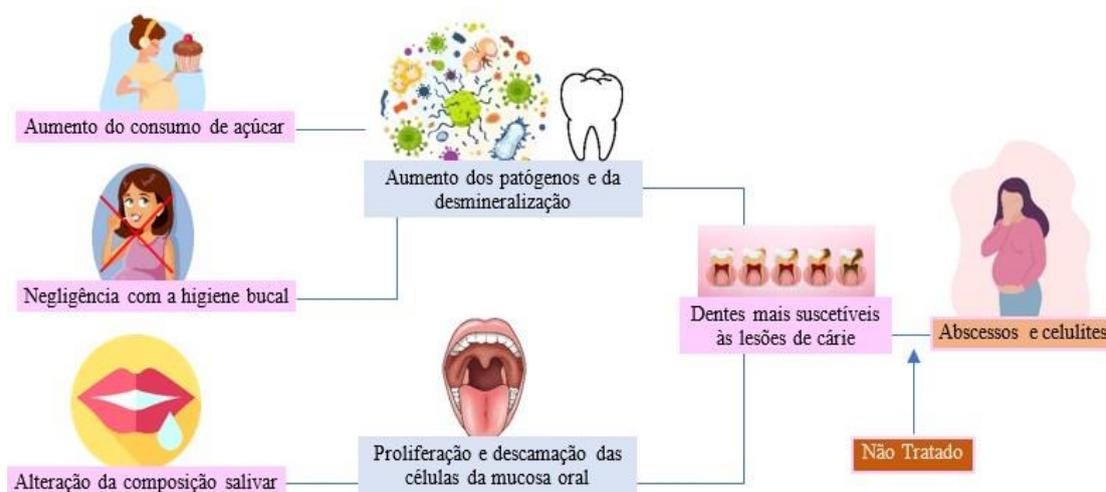
FIGURA 28 - Cárie dentária



Fonte: Saúde Bucal da Gestante – Acompanhamento Integral em Saúde da Gestante e da Puérpera

Entretanto, esta alteração não é predisposta pela gestação, mas devido modificações na dieta, hiperacidez do meio bucal e, principalmente, a desinformação sobre higienização bucal (Figura 29) (MONTANDON et al, 2001).

**FIGURA 29 - FATORES NÃO INERENTES À GESTAÇÃO QUE INFLUENCIAM NA SUSCETIBILIDADE ÀS LESÕES DE CÁRIE**



Fonte: Saúde Bucal da Gestante – Acompanhamento Integral em Saúde da Gestante e da Puérpera

Preconiza-se que as abordagens terapêuticas relacionadas à cárie dentária sigam a nova filosofia de odontologia de mínima intervenção, com preservação de tecido dentário, avaliação de risco, prevenção em saúde bucal e retornos individualizados. Dentro da filosofia de mínima intervenção, o tratamento restaurador atraumático é uma alternativa de destaque a ser considerada (BRASIL, 2022).

### **Doenças periodontais**

A gravidez, por si só, também não determina a doença periodontal. A gestação acentua a resposta gengival, modificando o quadro clínico em quem já apresenta falta de controle de placa (BRASIL, 2006). Por isso, toda mulher grávida deve ser avaliada quanto aos hábitos de higiene bucal, ao acesso à água fluoretada e às doenças da boca. Na Figura 30, é evidenciada algumas alterações clínicas associadas a esta patologia.

**FIGURA 30 - ALTERAÇÕES CLÍNICAS ASSOCIADAS ÀS DOENÇAS PERIODONTAIS**



Fonte: Adaptado Saúde Bucal da Gestante – Acompanhamento Integral em Saúde da Gestante e da Puérpera

### **Gengivite e granuloma piogênico**

A gengivite gestacional se inicia geralmente no terceiro mês de gestação e é caracterizada por uma gengiva de cor vermelho-escura (hiperemiada), edemaciada, sangrante e sensível (CDA, 2010), como representado na Figura 31:

**FIGURA 31 - GENGVITE GESTACIONAL**



Fonte: Saúde Bucal da Gestante: Acompanhamento Integral em Saúde da Gestante e da Puérpera

A terapia periodontal supragengival e/ou subgengival deve ser imediatamente instituída e a educação em higiene bucal iniciada (CDA, 2010).

Em algumas gestantes, aproximadamente entre 1% a 5% (KURIEN et al., 2013), a gengivite progride localmente, evoluindo para um granuloma gravídico ou cisto gravídico (Figura 32) (GIGLIO, 2009).

**FIGURA 32 - GRANULOMA GRAVÍDICO**



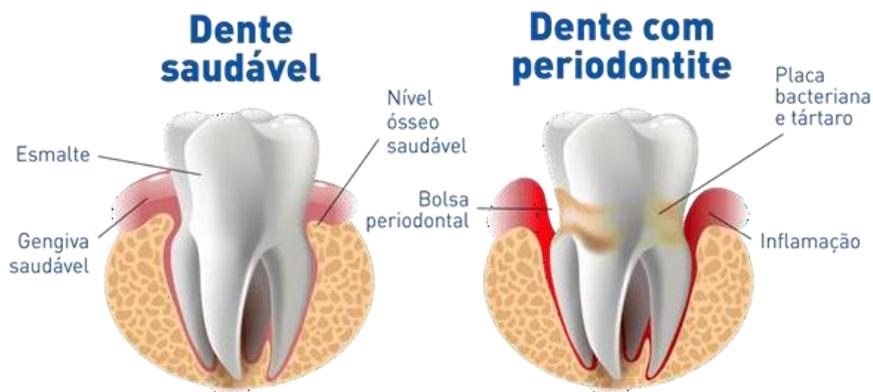
Fonte: Saúde Bucal da Gestante: Acompanhamento Integral em Saúde da Gestante e da Puérpera

Dependendo das consequências funcionais e estéticas da lesão e das necessidades da paciente, pode ser feito um tratamento. Pequenas lesões respondem satisfatoriamente ao desbridamento associado ao gel de clorexidina. Já as lesões maiores requerem excisão cirúrgica, envolvendo o tecido conjuntivo associado e qualquer outro fator etiológico presente. Devido à dificuldade de controle do sangramento, este procedimento só deve ser realizado por um profissional experiente (GIGLIO, 2009; SILK et al., 2008, ANDRADE, 2014). Lesões removidas durante a gestação frequentemente recidivam (SILK et al., 2008).

### **Periodontite**

A periodontite está presente em 30% das mulheres em idade fértil. Trata-se de um grupo de doenças caracterizadas pela inflamação dos tecidos de sustentação e proteção dos dentes, acompanhada de perda de inserção de tecido conjuntivo, consequência da agressão promovida pelo biofilme dental subgengival (Figura 33). Pode ser crônica, de evolução lenta, onde a perda de inserção está associada aos padrões de higiene bucal e fatores de risco (PROTOCOLO LONDRINA, 2009).

**FIGURA 33 – PERIODONTITE**



Fonte: Saúde Bucal da Gestante: Acompanhamento Integral em Saúde da Gestante e da Puérpera

### **Erosão dental**

Náuseas e vômitos, comuns até o terceiro mês de gravidez, acometendo entre 70% a 85% das mulheres e podem se prolongar por toda a gestação com episódios severos de náusea e vômito (hiperemese gravídica – 0,3% a 2,0%) podendo resultar, em alguns casos, em erosão dental (Figura 34) (GONÇALVES, 2016).

**FIGURA 34 - EROÇÃO DENTÁRIA**



Fonte: Saúde Bucal da Gestante: Acompanhamento Integral em Saúde da Gestante e da Puérpera

As grávidas devem ser orientadas a usar um colutório com flúor e realizar enxague bucal (bochechar) com água com bicarbonato de sódio, após o vômito, com o intuito de neutralizar os ácidos. Além disso, devem ser orientadas a não escovar os dentes

imediatamente depois de vomitar. Recomenda-se o uso de escovas com cerdas macias para evitar danos adicionais ao esmalte (PROTOCOLO DE LONDRINA, 2009).

### **Xerostomia e Sialorréia**

A xerostomia (sensação de boca seca) é uma reclamação frequente das gestantes e é fisiológica. Ocorre principalmente à noite, durante o sono, quando as glândulas reduzem o ritmo e quantidade de secreção salivar espontânea (CDA, 2010). Recomenda-se aumentar o consumo de água e, quando possível, a utilização de goma de mascar sem açúcar para estimular a salivação (PROTOCOLO DE LONDRINA, 2009).

Embora possa ocorrer a sialorréia (excesso de saliva) na 2ª ou 3ª semana de gestação, esta não deve se estender até o fim do primeiro trimestre. Esse fenômeno está mais relacionado com a incapacidade de a grávida engolir quantidades normais de saliva, devido às náuseas, do que propriamente com o aumento da quantidade de saliva produzida (GRILO, 2016).

### **11.2 Particularidades do atendimento da gestante relacionadas à saúde bucal**

A classificação do risco gestacional implicará diretamente a assistência odontológica, pois, a partir desse conhecimento, gestantes cuja gravidez tenha curso normal, bom prognóstico e cujo tratamento contemple apenas a prevenção, profilaxia e restaurações simples, deverão ser atendidas na UBS pois o tratamento não oferece riscos a ela ou ao bebê (BRASIL, 2010).

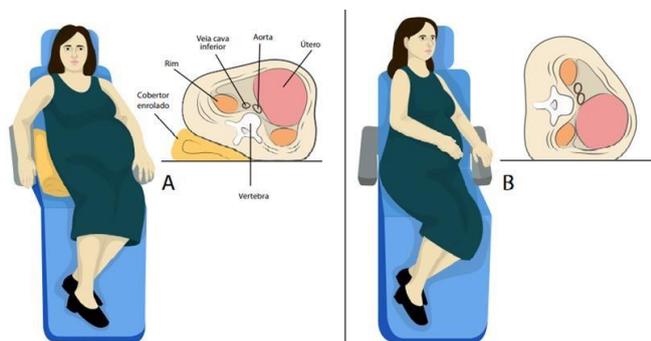
**IMPORTANTE:** Nos casos em que o pré-natal não é de risco habitual, os cirurgiões-dentistas devem redobrar o contato com profissionais médicos e enfermeiros da equipe da APS ou atenção ambulatorial especializada, responsável pelo pré-natal da gestante.

Durante as intervenções, o profissional de saúde bucal deve estar atento ao conforto físico da gestante ao ser posicionada na cadeira odontológica, independentemente do período gestacional.

Principalmente no terceiro trimestre, pelo maior peso fetal e a possibilidade de compressão da veia cava inferior e hipotensão decorrente, o posicionamento da gestante deve

ser estabelecido em decúbito lateral esquerdo ou com a alocação de uma almofada ou suporte confortável nas costas da gestante no lado direito entre 10 e 12 cm de altura, promovendo um leve deslocamento do peso fetal para o lado esquerdo (KURIEN et al., 2013), conforme demonstrado na Figura 35.

**FIGURA 35 - POSIÇÃO RECOMENDADA DA GESTANTE NA CADEIRA ODONTOLÓGICA**



Fonte: Saúde Bucal da Gestante – Acompanhamento Integral em Saúde da Gestante e da Puérpera

A posição sentada pode ser adotada, principalmente em intervenções odontológicas realizadas no arco dentário inferior (SILVA; STUANI; QUEIROZ, 2006). A posição de decúbito dorsal em 90° no terceiro trimestre gestacional não é recomendada, principalmente na ausência de suporte do lado direito (SILVA; STUANI; QUEIROZ, 2006).

A assistência odontológica à gestante deve ser integrada entre os diferentes níveis de cuidado, estando pautada na assistência educativa, preventiva e curativa. Assim, independente da busca prioritária por atendimentos curativos e como garantia do princípio da integralidade, é imprescindível que haja continuidade da assistência, com oferta de serviços, nos diferentes níveis de complexidade (BRASIL, 2022).

### **Inserção digital do Registro do Pré-Natal Odontológico**

Durante as consultas de pré-natal odontológico, o cirurgião-dentista deve estar atento se a gestante está vinculada à sua equipe de referência, caso não esteja, providenciar a vinculação. Importante realizar o registro do código de condição de gravidez da cidadã, no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), do sistema de informação e-SUS APS, no campo Problema\Condição Avaliada no atendimento (ver figura 8 capítulo 6).

## 12 ABORDAGEM NUTRICIONAL NA GESTAÇÃO E PUERPÉRIO

A Vigilância Alimentar e Nutricional é uma atribuição das equipes de atenção primária. Desvios nos estados nutricionais na gestação relacionam-se com o aumento de risco para o desenvolvimento de síndrome hipertensiva gestacional, diabetes gestacional, baixo peso ao nascer e prematuridade. Essas condições, em casos extremos, podem contribuir para desfechos como morte infantil ou materna (BRASIL, 2020).

É necessário acompanhar os dados antropométricos com aferição de peso, altura, cálculo do IMC e da idade gestacional (IG). Após a aferição deve-se inserir no gráfico de acompanhamento nutricional o IMC de acordo com a IG. Também é importante o registro da anamnese alimentar da gestante (BRASIL, 2020).

### **Cuidados Importantes:**

- Deve-se, idealmente, iniciar a avaliação do estado nutricional da gestante com o cálculo do IMC até a 13ª semana de gestação;
- A evolução do IMC, segundo a IG, deve apresentar traçado ascendente. Traçado horizontal ou descendente são considerados inadequados. A inclinação da curva varia de acordo com o IMC inicial da gestante (mulheres com baixo peso devem apresentar curva com inclinação maior);
- Deve-se considerar que na fase da adolescência, fase de crescimento, deve-se mensurar a altura a cada consulta;
- Nas consultas subsequentes, o ganho de peso deve ser acompanhado e registrado no Cartão da Gestante. O ganho ponderal é distinto, de acordo com o IMC inicial;
- Para a previsão do ganho, calcula-se quanto a gestante já ganhou de peso e quanto ainda deve ganhar até o fim da gestação em função da avaliação clínica, conforme Quadro 24.

**QUADRO 24 - GANHO DE PESO RECOMENDADO (EM KG) DURANTE A GESTAÇÃO,  
SEGUNDO ESTADO NUTRICIONAL**

ESTADO NUTRICIONAL INICIAL (IMC)	RECOMENDAÇÃO DE GANHO DE PESO (KG) SEMANAL MÉDIO NO 2º E 3º TRIMESTRES	RECOMENDAÇÃO DE GANHO DE PESO (KG) TOTAL NA GESTAÇÃO
Baixo peso (< 18,5kg/m <sup>2</sup> )	0,5 (0,44-0,58)	12,5-18,0
Adequado (18,5 - 24,9Kg/m <sup>2</sup> )	0,4 (0,35-0,50)	11,5-16,0
Sobrepeso (25,0 - 29,9 kg/m <sup>2</sup> )	0,3 (0,23-0,33)	7,0-11,5
Obesidade (≥30 kg/m <sup>2</sup> )	0,2 (0,17-0,27)	5,0-9,0

Fonte: Institute of Medicine, 1990 e WHO, 1995 apud Brasil, 2013

Quanto ao controle e prevenção de anemia durante a gestação, o Quadro 25 demonstra recomendações relacionadas à suplementação de ferro elementar e ácido fólico, importantes tanto para a mulher quanto para a maturação do feto.

**QUADRO 25 - RECOMENDAÇÕES DE SUPLEMENTAÇÃO DE FERRO  
ELEMENTAR E ÁCIDO FÓLICO EM GESTANTES E PUÉRPERAS**

PÚBLICO	CONDUTA	PERIODICIDADE
Gestantes	40 mg de ferro elementar	Diariamente após a confirmação da gravidez até o final da gestação
	0,4 mg de ácido fólico	Diariamente pelo menos 30 dias antes da data que se planeja engravidar até a 12ª semana de gestação
Mulheres no pós-parto e/ou pós-aborto	40mg de ferro elementar	Diariamente até o terceiro mês pós-parto e/ou pós-aborto

Fonte: Adaptado do Caderno dos Programas Nacionais de Suplementação de Micronutrientes (BRASIL, 2022).

**Orientações importantes:**

- Em casos de anemia o tratamento deve ser prescrito de acordo com a conduta clínica para o grau e tipo de anemia identificada, conforme quadro de exames de rotina preconizados e suas respectivas condutas;

- Para condutas pertinentes ao acompanhamento alimentar, deve-se consultar o Fascículo 3 - Protocolos de uso do Guia Alimentar para a população brasileira na orientação alimentar de gestantes.

### **13 APECTOS PSICOLÓGICOS DA GRAVIDEZ, PARTO E PUERPÉRIO**

Todas as fases que permeiam o período perinatal são cercadas de mudanças importantes em todos os aspectos, desde os físicos; transição do ciclo de vida; reorganização da vida pessoal, profissional e familiar; até as mudanças psíquicas. A mulher experimenta, nesta fase, transformações que refletem sobre sua transição existencial e responsabilidade quanto a formação e assistência de um outro ser (RIO DE JANEIRO, 2020), necessitando desta forma de um suporte profissional que a escute e realize orientações para diminuir os sentimentos negativos que a mulher esteja passando, conforme demonstra-se no Quadro 26.

#### **QUADRO 26 - ORIENTAÇÕES AOS PROFISSIONAIS ACERCA DOS ASPECTOS PSICOLÓGICOS EM CADA FASE DO PERÍODO PERINATAL**

<b>DIAGNÓSTICO DE GRAVIDEZ</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>● Tente encontrar um lugar calmo para conversar e minimizar distrações externas, abordando o impacto da gravidez para essa mulher;</li> <li>● Perceber o estado de maior vulnerabilidade psíquica da gestante;</li> <li>● Estabelecer uma relação de respeito e confiança mútuos;</li> <li>● Reconhecer o estado normal de ambivalência frente à gravidez;</li> <li>● Acolher as dúvidas, anseios e medos primitivos sem julgamentos;</li> <li>● O contexto em que essa gravidez ocorreu e as repercussões dela na mulher devem ser explorados (Se ela tem parceria, se tem outros filhos, se trabalha e no quê, rede de apoio, perdas gestacionais prévias e experiências prévias de maternagem);</li> <li>● Forneça informações reais, se as tiver. Seja honesto sobre as coisas que você sabe e não sabe. “Eu não sei responder a sua pergunta, mas vou tentar descobrir para lhe dar informações seguras sobre este assunto”;</li> <li>● Não banalizar suas queixas nem minimize a força da pessoa e o sentido de ser capaz de cuidar de si;</li> <li>● Não culpe a pessoa por engravidar ou se expor a algum risco, como não usar repelente de insetos no caso de Zika/ microcefalia;</li> <li>● Não use termos excessivamente técnicos;</li> </ul>
<b>PRIMEIRO TRIMESTRE</b>

- Explicar que neste período da gestação é frequente a ambivalência, o medo de perder a gestação, oscilações de humor, aumento da irritabilidade, associadas às primeiras modificações corporais;
- Orientar que o período também será marcado pela sonolência e retraimento. A gestante se apresenta mais reservada e pode sentir necessidade de afastar-se dos demais;
- Se a gestante tem outros filhos pequenos, oriente que estes podem reagir ao retraimento da mãe, com possível aparecimento de transtornos do sono e do apetite, irritabilidade e maior solicitação de cuidados;
- O segundo e o terceiro mês, corresponde a formação da placenta, fase em que está mais presente o perigo de aborto. Nessa fase, o apoio que a equipe de saúde pode prestar à gestante é de inestimável valor para o prosseguimento de uma gestação harmoniosa;
- Não falte com respeito ao direito da mulher tomar suas próprias decisões;
- Não infrinja a privacidade, mantenha a história da pessoa confidencial, salvo se houver risco à puérpera ou ao bebê;
- Não esqueça de levar em consideração a cultura, idade e o sexo da pessoa em qualquer abordagem.

### **SEGUNDO TRIMESTRE**

- Explique que nesta fase ocorre uma maior introversão e passividade, com possível alteração do desejo sexual;
- Explique que as alterações corporais evidentes e a percepção dos movimentos fetais trazem concretude à gestação;
- Oriente sobre as fantasias da mãe sobre o bebê (Ela pode começar a idealizar o filho perfeito que terá, como forma de defender -se dos temores que o desconhecido provoca);
- Os exames de ultrassom têm um papel importante na ansiedade pela expectativa pelo sexo e vitalidade do feto e podem exercer efeito complexo sobre as emoções nessa fase, explique detalhadamente os exames realizados por ela;
- Não coloque seus preconceitos e opiniões frente às situações abordadas pela mulher;
- Não abordar questões que ainda não fazem parte deste período gestacional.

### **TERCEIRO TRIMESTRE**

- Os movimentos do feto e do útero podem provocar grande ansiedade, pela percepção de que algo novo está ocorrendo. Oriente sobre as mudanças que estão ocorrendo no corpo da gestante e no curso da gestação;
- Algumas vezes esse período é acompanhado de manifestações psicossomáticas como constipação ou diarreia, crises hipertensivas, aumento excessivo de peso, intensificação de câibras dolorosas. Busque acolher e orientar formas de prevenir tais manifestações;
- Insira a família no processo de cuidado, acolhimento, redução de anseios, valorizando também suas dúvidas e medos;
- O final da gestação é caracterizado pela ansiedade e temores da gestante associados à proximidade do parto: medo da dor, de complicações nela e no bebê, expectativas com a aparência do bebê. Isso pode implicar inclusive na preferência pela mulher pela via de parto.

Nessa fase é vital a manutenção de um ambiente acolhedor, onde esses sentimentos possam aparecer, e as orientações e tranquilizações necessárias sejam oferecidas;

- A mãe deve estar preparada para as enormes solicitações que a dependência do bebê lhe proporcionará. Oriente quanto a essas questões.

### **PARTO**

- A mulher teme a dor, teme não suportá-la, teme falhar no parto, teme ser dilacerada e perder sua feminilidade, bem como procedimentos médicos desagradáveis. Existem expectativas quanto à via e forma de parto e quanto ao seu desempenho durante o nascimento do filho. Nesse momento, devem ser oferecidas à gestante todas as medidas de conforto disponíveis. É importante acolher a preferência da mulher sobre o acompanhante durante o trabalho de parto e o parto. Esses aspectos devem ser abordados desde o pré-natal através de orientações sobre o preparo para o parto.

### **PUERPÉRIO**

- Após o nascimento do bebê, ocorre um estado de alteração emocional, que permite às mães ligarem-se intensamente com seu bebê, se as condições externas forem favoráveis a esse encontro;
- No período puerperal podem ser observadas alterações de sentimentos, como por exemplo, estar contente e, ao mesmo tempo, podendo estar insegura ou deprimida. Às vezes, essa ambiguidade é vivida em segredo, não sendo compartilhada, tampouco extravasada. É importante que o profissional entenda esta mulher e seja sensível. Reconheça como elas estão se sentindo: “Posso imaginar que isso seja difícil para você” e seja uma rede de apoio para essa mulher, orientando que determinadas situações são normais e ao longo do tempo irão se ajustar;
- As expectativas e experiências prévias com a amamentação devem ser abordadas. Pode aparecer o medo de ficar sempre ligada ao bebê e a preocupação com a estética das mamas. A amamentação sempre deve ser estimulada, no entanto a cobrança pessoal e social desenfreada pela amamentação sem o entendimento individualizado do contexto da puérpera pode ter desfecho desfavorável se ela não for estimulada com empatia e sensibilidade.

Fonte: Adaptado do Protocolo Estadual de Atenção ao Pré-natal de Risco Habitual (RIO DE JANEIRO, 2020).

Após a chegada do bebê, muitos sentimentos podem ser despertados na mulher, seja eles de felicidade, seja de tristezas e ansiedades. Neste momento, a equipe de saúde deve estar preparada para reconhecer as alterações emocionais mais comuns após o nascimento do bebê, conforme Quadro 27.

**QUADRO 27 - DIFERENCIAL SINÓPTICO DOS SOFRIMENTOS MENTAIS PUERPERAIS**

	<b>TRISTEZA PUERPERAL (BABY BLUES OU MATERNITY BLUES)</b>	<b>DEPRESSÃO PUERPERAL (DEPRESSÃO PÓS PARTO)</b>	<b>TRANSTORNO PSICÓTICO PUERPERAL</b>
<b>Conceitos</b>	Alteração psíquica leve e transitória	Transtorno psíquico de moderado a severo, com início insidioso	Distúrbio de humor psicótico, com apresentação de perturbações mentais graves.
<b>Prevalência</b>	50% a 80%	10% a 15%	0,1% a 0,2%
<b>Manifestação</b>	Inicia se no 3º até o 4º dia do puerpério e pode durar até três semanas	Início insidioso na 2ª semana até 3 meses do puerpério	Início abrupto nas duas ou três semanas após o parto
<b>Sintomas</b>	Choro, flutuação de humor, irritabilidade, fadiga, tristeza, insônia, dificuldade de concentração, ansiedade relacionada ao bebê, falta de segurança em si própria.	Tristeza, choro fácil, desalento, abatimento, labilidade, anorexia, náuseas, distúrbio de sono, insônia inicial e pesadelos, ideias suicidas, perda do interesse sexual.	Confusão mental, alucinação ou delírio, agitação psicomotora, angústia, pensamentos de machucar o bebê, comportamentos estranhos, insônia, sintomas que evoluem para formas maníacas, melancólicas ou até mesmo catatônicas.
<b>Curso, prognóstico e conduta</b>	Remissão espontânea de uma semana a 14 dias, reavaliar a paciente em duas semanas para determinar escalonamento ou remissão do quadro	Desenvolve-se lentamente em semanas ou meses, atingindo assim um limiar: o prognóstico está intimamente ligado ao diagnóstico precoce e às intervenções adequadas*  <b>Encaminhar ao CAPS Três Marias em caráter de urgência.</b>	Associado a uma incidência elevada de suicídio e infanticídio, com capacidade de rápido agravamento. Pode evoluir para depressão pós-parto. O prognóstico depende da identificação, ação precoce e das intervenções no quadro.  <b>Encaminhar ao serviço de pronto atendimento ou Hospital João Paulo II em caráter de emergência.</b>

Fonte: ZANOTTI et al, 2012.

\*O tratamento para a depressão pós-parto requer uma intervenção multidisciplinar. Uma vez que o diagnóstico for concluído, estratégias psicossociais que incentivem o autocuidado, o apoio social e familiar e a redução dos impactos de situações de estresse são indicadas para todas as pacientes.

A Importância do papel das equipes de Estratégia de Saúde da família (ESF) em diminuir a vulnerabilidade dessas mulheres nesse período de mudança através de ações de saúde, como o acompanhamento precoce e eficaz das puérperas, é imprescindível. O profissional que estiver realizando o atendimento da mulher no período puerperal terá como apoio para identificação da depressão puerperal a “Escala de depressão perinatal de Edinburgh” (ANEXO III), que subsidiará a triagem/classificação de riscos de distúrbios emocionais (OLIVEIRA, 2013).

Para aquelas puérperas com tristeza materna (Baby Blues), na maioria das vezes somente o acompanhamento psicoterápico e suporte familiar são suficientes. No entanto, para as mulheres com depressão pós-parto ou psicose puerperal, é necessário um tratamento especializado (psiquiatria), devendo ser referenciada para os Centros de Atenção Psicossocial (CAPS) (RONDÔNIA, 2018).

## **14 EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CICLO GRAVÍDICO PUERPERAL**

As ações de Educação em Saúde devem ser repensadas na perspectiva da participação social, compreendendo que as práticas educativas só têm valor na medida em que os sujeitos sociais têm lugar (BRASIL, 2007). Desse modo, compreendendo a Política Nacional de Educação Popular no SUS (PNEP- SUS), as atividades educativas durante a fase do ciclo gravídico puerperal devem ser alicerçadas nesta política, visto que possui como potencialidade a articulação das práticas populares de cuidado, atuando em proximidade aos princípios SUS como humanização, solidariedade e integralidade (BRASIL, 2014). Assim as ações da Educação Popular em Saúde (EPS) contribuem com a promoção da saúde, qualifica a educação em saúde, fortalecendo os vínculos emancipatórios para que os usuários tenham cada vez mais autonomia de decisão em como se cuidar. Estes espaços de EPS oportunizam encontros mediado e diálogo, aberto para uma metodologia participativa que acolhe e legitima a contribuição do saber popular ao lado do saber técnico-científico (BRASIL, 2007).

Nesta perspectiva, as atividades de metodologia participativa com gestantes (rodas de conversas) podem representar uma oportunidade para as mulheres discutirem suas necessidades durante a gravidez e as barreiras de acesso ao atendimento. A realização das rodas de conversa tem o potencial de contribuir para uma experiência positiva durante a gravidez – uma gravidez saudável (incluindo a prevenção ou o tratamento dos riscos, doenças e morte) e uma transição eficaz para o trabalho de parto e o parto e uma maternidade positiva (incluindo a autoestima materna, a competência e a autonomia).

Pode-se destacar para estas metodologias os grupos operativos, pois fomentam novas iniciativas para resolução de dificuldades capazes de transformar informação, aliados às experiências de vida em atitudes, pois permitem integrar a concepção de integralidade de saúde que vai além do foco de entendimento do processo saúde-doença, ofertando uma informação em saúde mais reflexiva, integrada e humanizada (SILVA, et. al., 2018).

Esses grupos, na Atenção Primária, possuem uma prática coletiva de problematização e discussão, gerando um processo de aprendizagem crescente. Seus benefícios são uma maior otimização do trabalho, com a diminuição das consultas individuais, participação ativa do indivíduo no processo educativo e envolvimento da equipe multiprofissional com os usuários (MENEZES; AVELINO, 2016).

Para nortear as questões disparadoras das práticas de saúde a serem discutidas nos grupos, descreveremos as sugestões propostas pelo Caderno de Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco (BRASIL, 2012):

- A importância do pré-natal;
- Cuidados de higiene;
- Realização de atividade física;
- Nutrição (promoção da alimentação saudável);
- Desenvolvimento na gestação;
- Modificações corporais e emocionais;
- Medos e fantasias referentes à gestação e ao parto;
- Atividade sexual, incluindo prevenção das ISTs e aconselhamento para testes rápidos e sorológicos;
- Sintomas comuns na gravidez e orientações para queixas mais frequentes;
- Sinais de alerta (sangramento vaginal, dor de cabeça, transtornos visuais, dor abdominal, febre, perdas vaginais, dificuldade respiratória e cansaço);

- Preparo para o parto (plano de parto, planejamento individual considerando-se o local, transporte, os recursos necessários para o parto e para o recém-nascido, o apoio familiar e social);
- Orientações e incentivo para o parto vaginal, resgatando-se a gestação, o parto, o puerpério e o aleitamento materno como processos fisiológicos;
- Violência contra mulher/violência obstétrica;
- Atividade física na gravidez;
- Orientação e incentivo para o aleitamento materno e orientação específica para as mulheres que não poderão amamentar;
- Importância do planejamento familiar num contexto de escolha informada, com incentivo à dupla proteção;
- Sinais e sintomas do parto;
- Cuidados após o parto com a mulher e o recém-nascido, estimulando o retorno ao serviço de saúde;
- Aspectos emocionais na gestação e puerpério;
- Benefícios legais a que a mulher tem direito, incluindo a Lei do Acompanhante;
- Impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, o parto e o puerpério.
- Importância da participação do pai durante a gestação e o parto: estabelecimento do vínculo entre pai e filho, fundamental para o desenvolvimento saudável da criança;
- Direito a acompanhante de sua escolha durante o trabalho de parto, no parto e no pós-parto, garantido pela Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, regulamentada pela Portaria MS/GM nº 2.418, de 2 de dezembro de 2005;
- Gravidez na adolescência e dificuldades sociais e familiares;
- Importância das consultas puerperais: cuidados com o recém-nascido, realização da triagem neonatal (teste do pezinho) na primeira semana de vida do recém-nascido; acompanhamento do crescimento e desenvolvimento da criança e importância das medidas preventivas (vacinação, higiene e saneamento do meio ambiente).

**IMPORTANTE:** Outras temáticas de discussão presentes no cotidiano das usuárias poderão emergir nos encontros e devem ser consideradas para abordagem nos grupos operativos.

## 15 PRÉ-NATAL DO PARCEIRO

A Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH) visa promover a melhoria das condições de saúde da população masculina brasileira, contribuindo, de modo efetivo, para a redução da morbidade e da mortalidade dessa população por meio do enfrentamento aos fatores de risco e vulnerabilidades, promovendo o acesso às ações e aos serviços de atenção integral à saúde, respeitando as diferentes expressões de masculinidades (BRASIL, 2009).

No município de Porto Velho, a norma técnica de 10 de novembro de 2014 estabelece a implantação da estratégia PRÉ-NATAL DO PAPAÍ nas Unidades Básicas de Saúde de Porto Velho (ANEXO IV), por meio das eSF e equipe de atenção básica. A inclusão dos parceiros sexuais das gestantes nas consultas de pré-natal é uma estratégia importante que garante uma orientação adequada ao casal e com isso diminui maiores danos (RONDÔNIA, 2018).

Em um dos seus eixos temáticos a Política traz a paternidade e o cuidado com o objetivo de sensibilizar gestores (as), profissionais de saúde e a população em geral sobre os benefícios do envolvimento ativo dos homens no exercício da paternidade em todas as fases da gestação e nas ações de cuidado com seus (uas) filhos (as), destacando como esta participação pode promover saúde, bem-estar e fortalecimento de vínculos saudáveis entre crianças, homens e suas (seus) parceiras (os) (BRASIL, 2009).

O Pré-natal do parceiro traz como estratégia da APS o acesso aos serviços de saúde a população masculina a fim de garantir promoção de saúde, autocuidado e prevenção de agravos para esse público. Serão garantidos ao parceiro o direito de: imunização, realização de testes rápidos, avaliação odontológica, consultas e exames complementares, orientações e condutas necessárias (BRASIL, 2018).

## 15.1 Fluxo da consulta do pré-natal do parceiro

Após a confirmação da gravidez, em consulta médica ou de enfermagem, dá-se início à participação do pai/parceiro nas rotinas de acompanhamento da gestante (figura 36). Este processo é composto por cinco (05) passos (BRASIL, 2018).

**1º PASSO:** Primeiro contato com postura acolhedora: incentivar a sua participação nas consultas de pré-natal e nas atividades educativas, informar que poderá tirar dúvidas e se preparar adequadamente para exercer o seu papel durante a gestação, parto e pós-parto. Explicar a importância e ofertar a realização de exames.

**2º PASSO:** Solicitar os testes rápidos (Hepatite B e C, Sífilis e HIV) e exames de rotina. Ampliar o acesso e a oferta da testagem e do aconselhamento é uma importante estratégia para a prevenção de vários agravos. A institucionalização dessas ações permite a redução do impacto das doenças transmissíveis na população, a promoção de saúde e a melhoria da qualidade do serviço prestado nas unidades de saúde. Permite, também, conhecer e aprofundar o perfil social e epidemiológico da comunidade de abrangência, dimensionar e mapear a população de maior vulnerabilidade e, com isso, reformular estratégias de prevenção e monitoramento. Com relação aos exames e/ou procedimentos, deve-se solicitar os seguintes:

- Tipagem sanguínea e Fator RH (no caso de a mulher ter RH negativo);
- Pesquisa de antígeno de superfície do vírus da Hepatite B (HBsAg);
- Teste treponêmico e/ou não treponêmico para detecção de Sífilis por meio de tecnologia convencional ou rápida;
- Pesquisa de Anticorpos anti-HIV;
- Pesquisa de anticorpos do vírus da Hepatite C (anti-HCV);
- Hemograma;
- Lipidograma: dosagem de colesterol HDL, dosagem de colesterol LDL, dosagem de colesterol total, dosagem de triglicerídeos;
- Dosagem de Glicose;
- Eletroforese da hemoglobina (para detecção da doença falciforme);
- Aferição de Pressão Arterial;
- Verificação de Peso e cálculo de IMC (índice de Massa Corporal).

**3º PASSO:** A vacinação é a medida mais eficaz para a prevenção de doenças que podem ser prevenidas. Cabe vacinar o pai/parceiro conforme a situação vacinal vigente pelo Programa Nacional de Imunização do Ministério da Saúde:

- Hepatite B - 3 doses (a depender da situação vacinal anterior)
- Febre Amarela – 1 dose (a depender da situação vacinal anterior)
- Dupla Adulto (dT) (previne difteria e tétano) – Reforço a cada 10 anos
- Tríplice viral (previne sarampo, caxumba e rubéola) – Verificar a situação vacinal anterior, se nunca vacinado: receber 2 doses (20 a 29 anos) e 1 dose (30 a 49 anos);

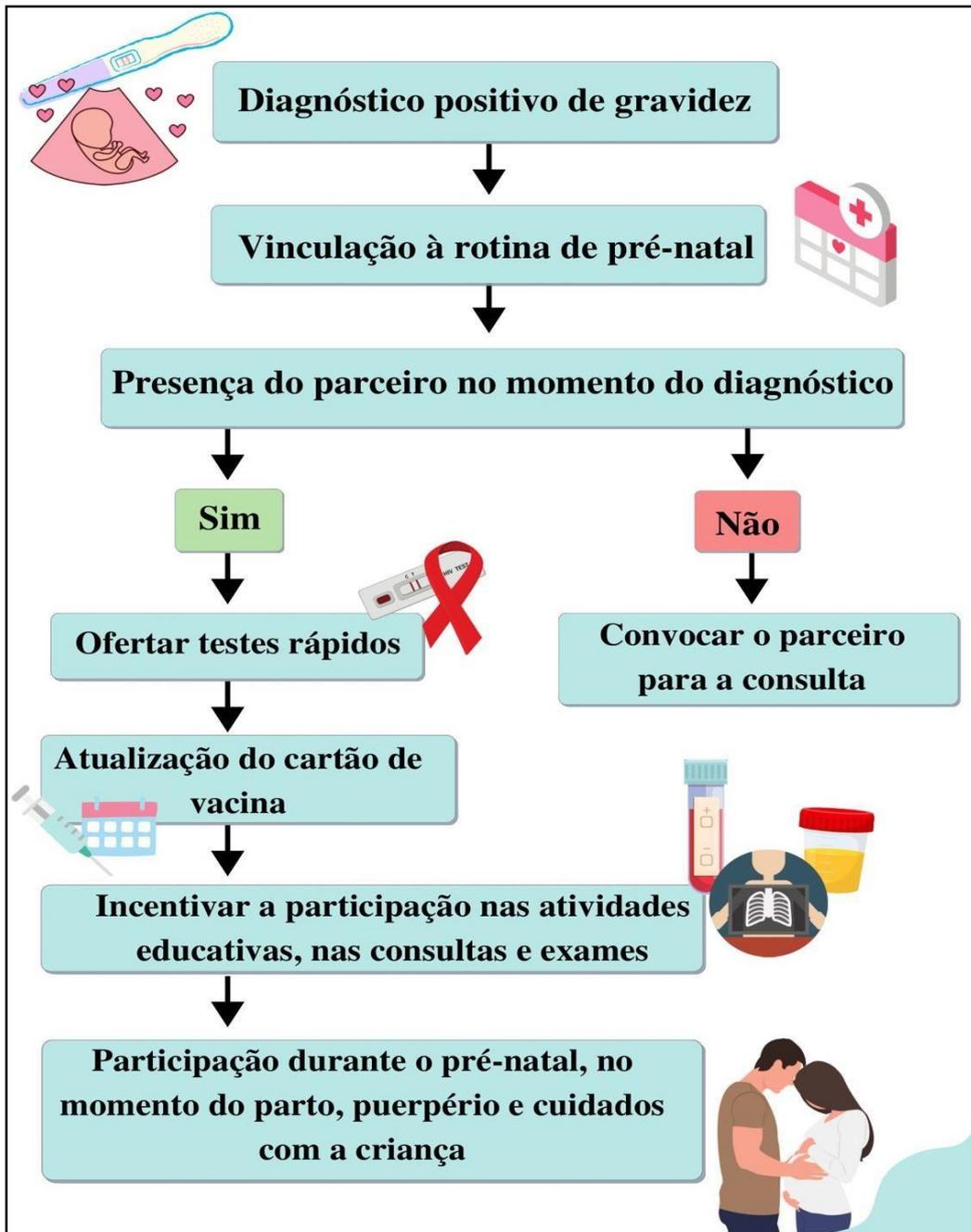
**4º PASSO:** Toda a consulta é uma oportunidade de escuta e de criação de vínculo entre os homens e os profissionais de saúde, propiciando o esclarecimento de dúvidas e orientação sobre temas relevantes, tais como: relacionamento com a parceira, atividade sexual, gestação, parto e puerpério, aleitamento materno e prevenção da violência doméstica.

**5º PASSO:** Esclarecer sobre o direito da mulher a um acompanhante no pré-parto, parto e puerpério e incentivar o pai a conversar com a parceira sobre a possibilidade da sua participação neste momento. Conversar com os futuros pais sobre a relevância de sua participação no pré-parto, parto e puerpério, dando exemplos do que ele poderá fazer, como: ser encorajado a clampar o cordão umbilical em momento oportuno, levar o recém-nascido ao contato pele a pele, a incentivar a amamentação, a dividir as tarefas de cuidados da criança com a mãe, entre outras orientações.

Além disso, o (a) profissional deve mostrar ao futuro pai que ao participar do parto, ele pode ajudar a:

- Garantir um melhor atendimento para a sua parceira, reduzindo com isso a possibilidade de eventuais situações de violência obstétrica e/ou institucional;
- Estimular o parto normal;
- Diminuir a duração do trabalho de parto;
- Diminuir o medo, a tensão e, conseqüentemente, aliviar a dor;
- Aumentar a sensação de prazer e satisfação no parto;
- Diminuir a ocorrência de depressão pós-parto;
- Favorecer o aleitamento materno;
- Fortalecer o vínculo entre pai/parceiro, mãe e bebê.

**FIGURA 36 - PRÉ-NATAL DO PARCEIRO**



Fonte: Elaborado pelos autores baseado no Guia do Pré-natal do Parceiro (Brasil, 2018).

## 15.2 Inserção digital do Registro do Pré-Natal do Parceiro

Após o registro da consulta do parceiro, deve-se inserir o “pré-natal do parceiro” quando finalizado o atendimento em procedimentos administrativos, conforme demonstrada em Figura 37

**FIGURA 37 - REGISTRO DO PRÉ-NATAL DO PARCEIRO**

A imagem mostra a interface de um sistema de registro de procedimentos administrativos. No lado esquerdo, há um menu com ícones e textos: 'FOLHA DE ROSTO', 'SOAP', 'PROBLEMAS / CONDIÇÕES E ALERGIAS', 'ACOMPANHAMENTO', 'ANTECEDENTES', 'HISTÓRICO', 'DADOS CADASTRAIS' e 'FINALIZAÇÃO DO ATENDIMENTO'. O formulário principal contém os seguintes campos: 'Tipo de atendimento' com botões 'Consulta no dia' (verde) e 'Urgência' (vermelho); 'Atendimento compartilhado' com um campo 'Profissional'; e 'Procedimentos administrativos' com um campo 'Procedimentos' contendo 'pre.na'. Abaixo, há uma lista de procedimentos com uma linha selecionada em azul: '0301010234 - CONSULTA PRÉ-NATAL DO PARCEIRO'. Abaixo disso, há campos para 'Classificação' e 'SIGTAP' com o valor '\*0301010030'. Uma seta vermelha aponta para a linha selecionada. No canto inferior direito, há o texto '\* Procedimentos inseridos automaticamente'.

Fonte: adaptado com base no e-SUS/ APS.

## 15.3 Direitos do parceiro quanto à paternidade

- Constituição Federal/88 em seu artigo 7º, XIX e art. 10, § 1º, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias - ADCT. - Direito a uma licença-paternidade de 5 (cinco) dias corridos logo após o nascimento do seu bebê. (Se a empresa onde o pai trabalha faz parte do Programa Empresa Cidadã, a duração pode se estender por mais 15 (quinze) dias.
- CLT - Decreto Lei nº 5.452 de 01 de maio de 1943 - O Art. 473 da CLT garante ao trabalhador a possibilidade de faltar ao serviço para acompanhar a gestante até duas vezes durante o período de gravidez de sua esposa ou companheira, sem descontos no salário e um dia por ano para acompanhar filho de até 6 anos em consulta médica.
- Lei nº 11.108, de 07 de abril de 2005: Altera a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o

trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde – SUS.

- Portaria GM/MS nº 2.418, de 02 de dezembro de 2005: Regulamenta, em conformidade com o art. 1º da Lei nº 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhantes para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde – SUS.
- Portaria GM/MS nº 1.944, de 27 de agosto de 2009: Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH).

## 16 PREPARO PARA O TRABALHO DE PARTO

### 16.1 Promoção ao parto

Durante o acompanhamento do pré-natal, toda mulher deve ser orientada sobre os benefícios do parto normal. A cesariana (extração fetal cirúrgica) só deve ser realizada com indicação precisa, pois, quando realizada, expõe a mulher e o bebê a riscos aumentados. Explique à gestante (nas consultas de pré-natal, em atividades educativas, em grupos, em visitas domiciliares e demais oportunidades) sobre os benefícios do parto normal e os riscos da cirurgia cesariana e sua indicação quando necessária, conforme explanado em Quadro 28.

**QUADRO 28 – CONSIDERAÇÕES SOBRE O PARTO VAGINAL E CIRURGIA CESARIANA**

PARTO NORMAL	CIRURGIA CESARIANA
Recuperação do bebê mais rápidas, facilitando o cuidado com o bebê após o parto;	Chance de retirada do bebê do útero ainda prematuro e de internação do bebê;
Complicações são menos frequentes, favorecendo o contato pele a pele imediato com o bebê e o aleitamento;	Complicações da anestesia e da cirurgia;
Diminui a possibilidade de perda de sangue e de infecção;	Maior risco de hemorragia, infecção e lesão de outros órgãos;

A dor após o parto é menor que em relação à cesariana;	Mais dor e dificuldade para andar e cuidar do bebê após a cirurgia;
Amamentação é mais fácil;	Demora na descida do leite materno; Maior
Menor ocorrência de problemas respiratórios no RN;	Problemas em futuras gestações: ruptura do útero, placenta mal posicionada ou que não desprende do útero;
Menor chance de nascimento prematuro;	Separação da mãe-bebê nas primeiras horas após o parto;
Menor tempo de internação hospitalar;	Hospitalização prolongada;
Menor risco de complicações na próxima gravidez;	Mais riscos de o bebê desenvolver alergias e problemas respiratórios na idade adulta;
As contrações uterinas e a passagem pela canal vagina estimula os sistemas e órgão do bebê;	Mais riscos do bebê de ter febre, infecção, hemorragia e interferência no aleitamento;
O bebê tem menor chance de desenvolver doenças como obesidade, hipertensão, asma e diabetes na vida adulta;	Dificuldade de cuidar do bebê após a cirurgia;

Fonte: Brasil, 2012.

Não são condições que configuram indicação direta para cesariana:

- Gestante adolescente;
- Presença de quadro de anemia;
- Baixa estatura materna;
- Ruptura de vasa prévia;
- Bebê alto, não encaixado antes do início do trabalho de parto;
- Macrosomia;
- Pressão arterial elevada ou hipotensão;
- Grau da placenta;
- Polidrâmnio ou oligodrâmnio;
- Ameaça de parto prematuro;
- Amniorrexe prematura;
- Circular de cordão umbilical;
- Diabetes gestacional;
- Desproporção céfalo-pélvica sem sequer a gestante ter entrado em trabalho de parto e antes da dilatação de 8 a 10 cm;
- Trabalho de parto prematuro;

- Presença de grumos no líquido amniótico;
- Gravidez prolongada;
- Infecção urinária;

Define-se como conduta individualizada à cesariana:

- Apresentação pélvica;
- HIV/AIDS;
- Duas ou mais cesáreas anteriores;

Algumas condutas são contraindicadas na rotina de assistência ao parto e podem configurar violência obstétrica, afetando negativamente a qualidade de vida das mulheres, ocasionando abalos emocionais, traumas, depressão, dificuldades na vida sexual, entre outros. Algumas dessas práticas estão descritas na figura abaixo:

**FIGURA 38 – EXEMPLO DE VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA**

## violência obstétrica

É o **desrespeito à mulher, à sua autonomia, ao seu corpo** e aos seus processos reprodutivos, podendo manifestar-se por meio de violência verbal, física ou sexual e pela adoção de intervenções e procedimentos desnecessários e/ou sem evidências científicas.

**Exemplos de violência obstétrica:**

- *xingamentos, humilhações, comentários constrangedores em razão da cor, da raça, da etnia, da religião, da orientação sexual, da idade, da classe social, do número de filhos etc.;*
- *episiotomia (“pique” no parto vaginal) sem necessidade, sem anestesia ou sem informar à mulher;*
- *ocitocina (“sorinho”) sem necessidade;*
- *lavagem intestinal e/ou jejum durante o trabalho de parto*
- *raspagem de pelos pubianos;*
- *proibir o acompanhante que é de escolha livre da mulher;*
- *manobra de Kristeller (pressão sobre a barriga da mulher para empurrar o bebê);*

- *não permitir que a mulher escolha sua posição de parto;*
- *imobilização durante o parto;*
- *impedir o contato imediato, pele a pele do bebê com a mãe, após o nascimento sem motivo esclarecido à mulher;*
- *dificultar o aleitamento materno na primeira hora;*
- *toques realizados muitas vezes, por mais de uma pessoa, sem o esclarecimento e consentimento da mulher etc.*



Elaborado pelos autores, baseado na Portaria 1.067 (BRASIL, 2005); Portaria 569 (BRASIL, 2000)

## **16.2 Identificação do trabalho de parto**

Na fase final da gestação deve-se orientar à gestante sobre os sinais comuns que ocorrem nesta fase a fim de evitar busca à Maternidade de Referência de modo desnecessário, e assim reduzir a superlotação do serviço, o qual gera ansiedade e frustração na gestante, seus familiares e acompanhantes.

Deve-se focar nas orientações dos sinais de alerta que indicam que a gestante deve procurar a maternidade imediatamente.

### **Orientações na fase final do ciclo gestacional:**

1. A gestação dura em média 40 semanas, porém essa é apenas uma estimativa, o trabalho de parto pode acontecer antes ou após esse período. Em especial, a primigesta, pode levar um tempo maior para entrar em trabalho de parto, chegando inclusive às 41 semanas sem risco nenhum para o feto.
2. As contrações chamadas de Braxton Hicks (falso trabalho de parto) podem iniciar-se já no final do segundo trimestre, COM o endurecimento da barriga durando cerca de 15 a 30 segundos. Além disso são irregulares, não caracterizando assim o início do trabalho de parto;
3. É importante que se observe a movimentação fetal, no final da gestação ele pode estar reduzido em virtude do tamanho fetal, mas não deve estar ausente. A gestante deve perceber pelo menos 6 movimentos fetais em uma hora de observação, em especial após as refeições. Caso haja dúvida, deve-se orientar a realizar um mobilograma.
4. Ressaltar sempre à gestante que algumas situações como uso de drogas ou redução da quantidade de líquido amniótico podem reduzir os movimentos fetais, implicando em risco para o feto.
5. A perda do tampão mucoso pode ser observada alguns dias antes do início do trabalho de parto. Desde que não venha acompanhada de contrações regulares e dolorosas, sangramento, perda de líquido ou movimentação reduzida ou ausente, não é um fator de que indique necessidade de procurar o serviço de referência.

### **Orientações na fase final da gestação:**

1. A perda de líquido amniótico, seja ela em pequena ou grande quantidade, é um sinal importante para a procura da MATERNIDADE IMEDIATAMENTE, independente da ausência de contrações ou de outros sinais de início de trabalho de parto. A gestante deve ser orientada sobre informar o horário que ocorreu a perda, característica do líquido (claro, com sangue, escuro ou esverdeado), e se estava em tratamento para algum tipo de infecção, em especial a infecção urinária, se fez algum tipo de uso de drogas horas antes da perda observada, e se fez algum tratamento durante a gestação como uso de anti-hipertensivos, medicação para hipotireoidismo, medicação para diabetes gestacional, tratamento para toxoplasmose na gestação, uso de medicação controlada dentre outros. Também deve informar se foi realizada a pesquisa para estreptococo do tipo B e seu respectivo resultado;
2. Até 40 semanas, procurar a Maternidade Municipal sempre que apresentar sangramento, perda de líquido, redução ou ausência de movimentação fetal, ardência ou dor ao urinar com ou sem febre quando ocorrer a noite ou finais de semana e feriados (durante a semana deve procurar a Unidade onde realiza o Pré-Natal); também deve procurar quando apresentar contrações regulares, dolorosas, com duração de no mínimo 40 segundos, e ocorrendo em um número de no mínimo 2 contrações a cada 10 minutos.
3. Caso a paciente complete 40 semanas e não entre em trabalho de parto, deve ser encaminhada à Maternidade Municipal pelo serviço onde realizou o Pré-Natal, a fim de ser avaliada e orientada, mesmo na ausência de contrações ou perdas vaginais. Lembrando que não existe alta do Pré Natal, ou seja, mesmo a paciente sendo avaliada com 40 semanas, a mesma deve seguir com as consultas até a ocorrência do parto.

### **Reconhecimento da fase ativa do trabalho de parto:**

Explique à mulher e seus familiares a diferença entre a fase latente e fase ativa do trabalho de parto.

Fase latente:

- Pode durar horas ou até dia;
- Contrações irregulares e pouco dolorosas.

Fase ativa:

- Presença de contrações uterinas dolorosas e regulares;
- O intervalo entre as contrações diminui e aumenta a intensidade dor;
- A mulher não sente alívio da dor com banho de chuveiro e não se sente confortável deitada.

### **IMPORTANTE**

#### **Sinais de alerta (encaminhar ou procurar à maternidade):**

- Sangramento;
- Perda de líquido amniótico;
- Redução ou ausência da movimentação fetal;
- Ardência ou dor ao urinar com ou sem febre;
- Contrações regulares dolorosas, com duração de no mínimo 20 a 60 segundos, com intervalos regulares que aumentam de frequência e intensidade gradativamente.



### **16.3 Plano de Parto**

O Plano de Parto é um documento com validade legal, recomendado e reconhecido pelo Ministério da Saúde. O documento é elaborado pela mulher e nele deve constar os desejos e os cuidados que ela quer receber, para si e para o seu filho, no momento do parto e no pós-parto imediato.

É uma lista de itens relacionados ao parto, sobre os quais a gestante pensou e refletiu. Isto inclui a escolha do (s) seu (s) acompanhante (s), os procedimentos que deseja e quais prefere evitar. Entretanto, o maior valor do plano de parto é justamente propiciar uma maior reflexão e compreensão sobre os cuidados obstétricos, sendo uma ferramenta que auxilia as famílias a terem mais autonomia nas decisões que forem tomadas junto à equipe, permitindo que a mulher seja protagonista do parto.

Sua construção deverá ocorrer durante o Pré-Natal. O Plano de Parto deve ser entregue quando a mulher dá entrada na maternidade, apresentado para o obstetra ou para a

enfermeira que estará na assistência e pedir que assinem (ou carimbem) uma cópia, antes de anexar ao prontuário (APÊNDICE A)

## **17 PROMOÇÃO DA AMAMENTAÇÃO NO PRÉ-NATAL**

O caderno de Atenção Básica nº 23 (BRASIL, 2015) aponta o acompanhamento pré-natal como valiosa oportunidade de promover a amamentação, minimizar dúvidas e medos e empoderar a mulher quanto à essa prática, além de impactar positivamente, os indicadores de aleitamento materno. Para tanto, esse acompanhamento quer seja individual ou em grupo deve abranger possibilidades de diálogos incluindo:

- planos da gestante com relação à alimentação da criança;
- experiências prévias, mitos, crenças, medos, preocupações e fantasias relacionados com o aleitamento materno;
- importância do aleitamento materno;
- vantagens e desvantagens do uso de leite não humano;
- importância da amamentação logo após o parto, do alojamento conjunto e da técnica (posicionamento e pega) adequada na prevenção de complicações relacionadas à amamentação;
- possíveis dificuldades na amamentação, meios de preveni-las

### **17.1 Cuidados com as mamas na gestação**

Durante o período de pré-natal e puerperal é imprescindível que a equipe de saúde forneça orientações quanto aos cuidados com as mamas, sendo elas:

- Lavar o seio só com água: seios e mamilos devem ser lavados apenas com água, sem o uso de sabonetes ou cremes. Os mamilos têm uma hidratação natural que deve ser mantida durante a gravidez. Por isso, quando são usados sabonetes ou cremes, essa hidratação é removida, aumentando o risco de rachaduras nos mamilos. Existem pequenas glândulas localizadas na aréola que produzem secreção sebácea que protegem e preparam a pele para a amamentação;
- Usar sutiãs confortáveis: durante a gravidez, a gestante deve usar um sutiã confortável, de algodão, com alças largas que ofereça boa sustentação, já que o seio vai aumentando de tamanho, com fecho ajustável com regulagem e que não tenha o suporte de ferro para não causar desconforto;

- Não é recomendado massagear ou esfregar os mamilos e a mama com esponjas ou toalhas. Não usar conchas ou outros protetores de mamilo;
- Ressaltar que existem diferentes tipos de mamilos e que o formato pouco interfere na amamentação, já que o bebê precisa abocanhar a aréola e não o mamilo;
- Mães que engravidaram ainda amamentando outro bebê não precisam interromper a amamentação, exceto se existir risco de abortamento ou parto prematuro. No entanto, por modificações hormonais gestacionais, pode haver mudanças no sabor do leite, e o bebê abandonar o peito espontaneamente;
- Caso a gestante mantenha a amamentação do outro filho até o parto da gestação atual, deve ser esclarecido que há possibilidade de a mesma amamentar os dois filhos, porém deve ser enfatizado que a prioridade é sempre para o bebê mais novo, pois ele necessitará mais dos nutrientes e da proteção oferecida pelo leite materno.
- É importante orientar a gestante e sua parceria sobre a importância da amamentação na primeira hora de vida do bebê (denominada como “golden hour”), que traz benefícios tanto para a mãe – pois ajuda no estabelecimento de vínculo com o recém-nascido, melhora involução uterina e prevenir a hemorragia pós-parto – como para o recém-nascido – como a estimulação do vínculo precoce com a mãe; controle dos batimentos cardíacos; diminuição da ocorrência de hipotermia e hipoglicemia e aumento considerável das chances de se manter a amamentação exclusiva por 6 (seis) meses.
- Orientar e reforçar com proximidade do parto que: é proibida a entrada de bicos, chupetas e mamadeiras, bem como fórmulas lácteas, tanto na Maternidade Municipal Mãe Esperança, quanto no Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro. Nesses serviços, as boas práticas devem ser mantidas para estimular e garantir a amamentação exclusiva e por livre demanda.
- Desestimular a aquisição e o uso de bicos, chupetas, mamadeiras e fórmulas lácteas, seja durante as consultas Pré-Natais, puerperais ou de puericultura, o qual contribui para o sucesso da amamentação e a prevenção de doenças do primeiro ano de vida.
- Em caso de dificuldades na amamentação, orientar a gestante a procurar os profissionais de saúde da maternidade onde realizou-se o parto durante sua permanência na Unidade, para melhores informações sobre a pega correta e demais orientações de acordo com a dificuldade apresentada.
- É suma importância garantir retorno da puérpera para a consulta pós-parto e encerramento do pré-natal, seja através de agendamento, seja através de busca ativa, a fim de: avaliar a manutenção da amamentação, intercorrências, sanar dúvidas, avaliar pega,

integridade das mamas, orientar sobre a perda de peso de cerca de 10% comum no recém-nascido na primeira semana de vida, e garantir o acompanhamento de puericultura regular.

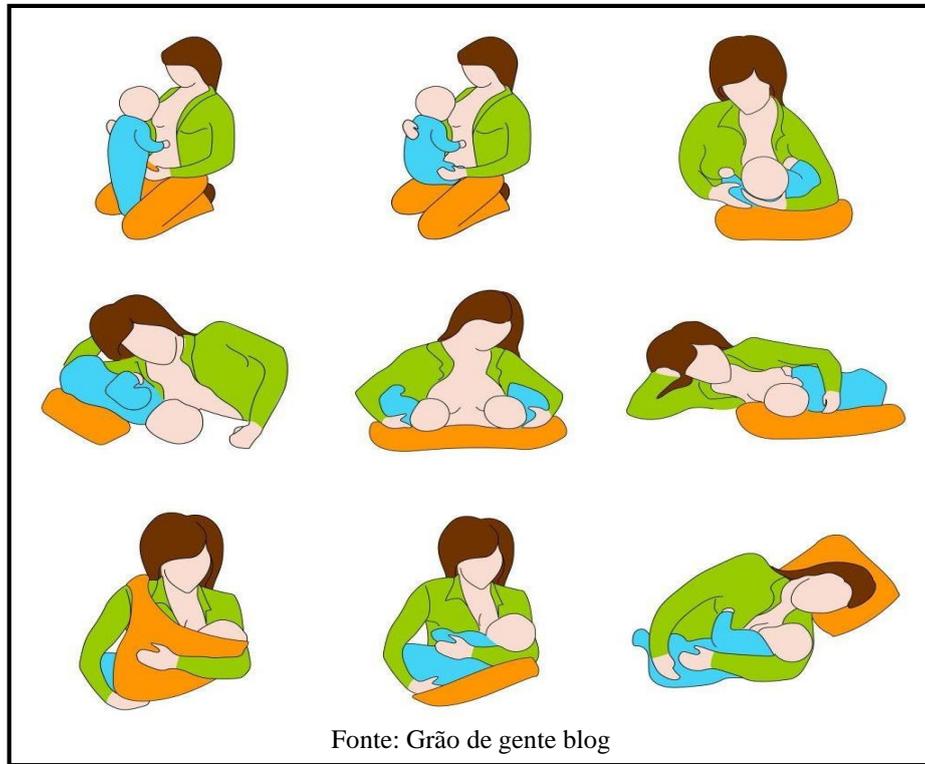
- Nas intercorrências mamárias de difícil resolução na Unidade Básica de Saúde, orientar e encaminhar ao Banco de Leite Santa Agatha, localizado no Hospital de Base Dr. Ary Pinheiro, que tem atendimento todos os dias da semana, incluindo sábados, domingos e feriados, das 7:30h às 18:30h, sem necessidade de agendamento.

## **17.2 Posições para amamentação e pega correta**

Sem dúvida a posição do recém-nascido (Figura 39) e a pega correta durante a amamentação contribuem, em especial para as mães que estão amamentando pela primeira vez, para que o desenrolar da amamentação se torne menos complexo, menos estressante, não doloroso e mais eficaz, tanto em benefícios para o recém-nascido quanto para a puérpera.

É importante orientar a mãe sobre o processo de descida do leite, que pode demorar em geral de 72 h a 96 h, principalmente nas puérperas de parto cesárea. Estimular a amamentação na primeira hora de vida garante o fornecimento de colostro com todos os seus benefícios imunológicos, além dos mais variados fatores de proteção materno e neonatal que a amamentação traz. Entender as fases da lactação e esclarecer sobre os diferentes aspectos e coloração do colostro e do leite deixa a mulher, sua parceria e família mais tranquilas neste processo de adaptação à amamentação. Deixar claro que, no início, pelo fato da mama não estar ainda adaptada ao processo de sucção do recém-nascido, podem ser observados a existência de incômodo, ardência e sensibilidades mamárias, que em geral resolvem-se com o passar dos dias, desde que haja posição correta e pega adequada para evitar as intercorrências mamárias.

**FIGURA 39 - POSIÇÕES DO RECÉM-NASCIDO PARA FINS DE AMAMENTAÇÃO QUE FACILITA M A PEGA CORRETA**



Fonte: Grão de gente blog

A pega correta dá-se quando temos os seguintes aspectos (Figura 40):

- A boca do recém-nascido deve sempre envolver a aréola, e não somente o mamilo;
- A parte de cima da aréola tem que ficar mais visível do que a de baixo;
- O nariz precisa estar livre, de modo a não dificultar a sua respiração;
- As bochechas devem fazer um movimento como se estivessem enchendo e esvaziando ao sugar o leite.
- O bebê deve estar com a maior parte possível da aréola do peito abocanhada.

ma das maiores dificuldades que as mães encontram ao amamentar é fazer o bebê abrir a boca corretamente. Caso isso aconteça, é possível usar a Técnica do “C”, onde a mulher posiciona os dedos indicador e polegar de modo que formem um “C”, segura a mama e aproxima da boca do bebê, tocando com ela o seu lábio superior e inferior.

A amamentação é um processo que exige persistência, empoderamento, orientação adequada e acompanhamento profissional, além do apoio da rede familiar e parceria da mulher. Deve ser estimulada sempre em todas as oportunidades de contato e durante a assistência do profissional, seja no decorrer do pré-natal, na consulta puerperal, durante a orientação do planejamento reprodutivo, pós-parto e nas consultas de puericultura. É

essencial também que a mulher saiba dos seus direitos, caso seja trabalhadora formal, garantido pelo art. 396 da CLT, que dá o direito à mulher de usufruir de 2 (dois) descansos especiais de meia hora cada um, a fim de manter a amamentação até os seis meses de vida do bebê. Outras estratégias, como orientar sobre a extração manual e armazenamento adequado do leite e o oferecimento do leite materno em copos evitando uso de mamadeiras, devem ser priorizadas pelos profissionais de saúde que assistem a mulher, a fim de garantir a amamentação pelo maior tempo possível.

**FIGURA 40 - A PEGA CORRETA PARA AMAMENTAÇÃO**

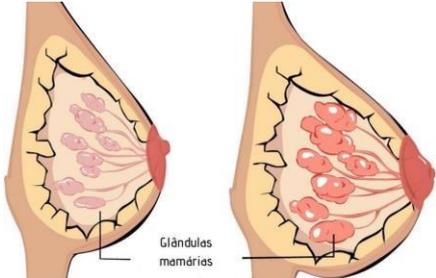


Fonte: Amare pediatria

### **17.3 Principais intercorrências mamárias durante a amamentação**

As Intercorrências mamárias são problemas que podem ocorrer devido a amamentação durante o pós-parto e estão relacionadas a posição ou a pega incorreta ao mamar. As mais comuns são: ingurgitamento mamário, fissura mamilar, mastite puerperal, bloqueio de dutos, candidose mamária e abscesso mamário, como demonstrado no Quadro 29.

## QUADRO 29 - PRINCIPAIS INTERCORRÊNCIAS MAMÁRIAS

INTERCORRÊNCIAS MAMÁRIAS	CONCEITO	MANEJO
<p style="text-align: center;">Ingurgitamento mamário</p> 	<p>Popularmente conhecido como leite empedrado, o ingurgitamento mamário é uma intercorrência mamária que ocorre devido ao acúmulo de leite nas mamas, causando aumento do volume e dores nas mamas. Esse acúmulo torna o leite mais viscoso e, por consequência, o leite não pode fluir normalmente. Esse tipo de intercorrência mamária geralmente acontece nos primeiros dias após o parto e pode ser evitada utilizando técnicas corretas para amamentação.</p>	<p>Antes da amamentação realizar massagens e extração manual, para deixar as mamas menos tensas e facilitar a pega; Orientar amamentação em livre demanda; Indicar o uso de analgésicos sistêmicos/anti-inflamatórios suporte para as mamas com sutiã adequado; Aplicar compressas frias logo após o bebê terminar de mamar contribui para diminuir o desconforto e o processo inflamatório da mama, porém a crioterapia não deverá ultrapassar 20 minutos, para não causar efeito rebote; aplicar compressas mornas na mama para ajudar na liberação do leite e aumentar sua fluidez; O uso de compressas só é indicado após uma avaliação correta da mama pelo profissional de saúde. Certificar-se que o bebê está esvaziando a mama após a mamada também ajuda a tratar e prevenir o ingurgitamento</p>
<p style="text-align: center;">Fissura mamilar</p> 	<p>Ocorre devido às alterações no tecido mamilar, associado em geral a pega incorreta, iniciando com um desconforto no começo da mamada, podendo evoluir para rachaduras, sangramento local, temperatura acima do</p>	<p>Realizar a correção da pega, correto esvaziamento das mamas. após cada mamada realizar higiene local usando somente água, não friccionar a área afetada, uso de sutiã confortável de algodão com boa sustentação, e a aplicação do próprio leite na área afetada, em geral</p>

	normal na região das mamas e vermelhidão.	são suficientes para sanar essa intercorrência.
<p>Mastite puerperal</p> 	<p>Ocorre quando há inflamação do tecido da mama devido ao acúmulo de leite. É uma intercorrência mamária tardia, mas que pode aparecer em qualquer fase da amamentação e por ser muito dolorosa pode desencorajar as mães a amamentarem seus bebês. Mesmo em situações extremas, a amamentação deve ser encorajada, utilizando a mama não afetada até que a outra seja tratada e possa ser novamente oferecida ao recém-nascido.</p>	<p>Deve ser tratada com medicação oral ou injetável, conforme prescrição médica e de acordo com a situação da mama afetada; o uso de analgésicos ajuda no alívio da dor e da febre. Casos mais sintomáticos podem necessitar de internação para uso de medicação parenteral e também para realização de USG das mamas a fim de afastar a presença de abscesso mamário, uma infecção local que pode ocorrer após o quadro de mastite, que por vezes necessita de um período de internação maior e pequenas intervenções cirúrgicas para drenagem do abscesso.</p>
<p>Bloqueio de ductos</p> 	<p>Acontece quando o leite produzido não é drenado corretamente até chegar ao bebê, podendo ser consequência da não amamentação em livre demanda ou uma ineficiente sucção por parte da criança. Uma boa hidratação e garantia de rede de apoio que permita que essa mãe possa descansar, são medidas que auxiliam para a não ocorrência do bloqueio de ductos.</p>	<p>Para correção dessa intercorrência mamária deve ser orientado a amamentação em livre demanda para evitar o acúmulo do leite, ensinadas técnicas corretas de esvaziamento mamário na presença de hiperlactação, e manter pega adequada para melhorar a eficiência da sucção do bebê.</p>

<p style="text-align: center;">Candidose mamária</p> 	<p>A infecção mamária no puerpério por <i>Candida</i> sp., é bastante comum e pode atingir só a pele do mamilo e da aréola ou comprometer os ductos lactíferos. A umidade e lesão dos mamilos e uso, de antibióticos, contraceptivos orais e esteroides, pela mulher são considerados os principais fatores predisponentes</p>	<p>A mãe e a criança deverão ser tratados simultaneamente com antifúngicos específicos, além de cuidados locais como: enxaguar os mamilos e secá-los ao ar livre após as mamadas e expô-los à luz por pelo menos alguns minutos por dia. Preferencialmente, evitar o uso de chupetas e bicos artificiais.</p>
<p><b>Abcesso mamário</b></p>  <p>Intercorrência mamária menos frequente, porém de maior gravidade, por tratar-se de uma infecção bacteriana que leva ao acúmulo de pus nas mamas, dor local, calafrios e febre.</p> <p>Pode-se necessitar de internação para uso de medicação parenteral, realização de exames, e, em casos mais severos, drenagens cirúrgicas e remoção das partes teciduais mais afetadas pelo quadro infeccioso.</p>		

#### 17.4 Contraindicações à amamentação

Algumas mulheres apresentam condições ou patologias que podem contraindicar a amamentação, de maneira permanente ou temporária.

##### **Contraindicações permanentes:**

São as contraindicações relacionadas ao risco de transmissão de doenças da mãe para o bebê, sendo incluídas neste grupo: as portadoras do vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou do vírus T-linfotrófico humano (HTLV).

##### **Contraindicações maternas relativas ou temporárias:**

Dividem-se em **infecciosas**, quando temos infecção materna:

- Pelo citomegalovírus (contraindica amamentação de prematuros até 32 semanas);
- Pelo vírus herpes zoster e herpes simples, quando há lesão ativa na mama;

- Pelo vírus da hepatite C, nas mulheres com presença de fissura mamilar ou aquelas cuja carga viral encontra-se elevada;
- Por hanseníase, em caso de lesão na pele da mama, ou quando a doença foi tratada a menos de 3 (três) meses ou não há nenhum tipo de tratamento.

Já as contraindicações temporárias **não infecciosas**, envolvem:

- Mães em tratamento por quimioterapia ou radioterapia;
- Mulheres expostas a metais pesados recentemente;
- Mães que fazem uso de medicamentos que contraindicam o aleitamento;
- Usuárias de drogas ilícitas, em especial nas primeiras 24 horas de vida do recém-nascido, quando a mãe fez uso durante toda a gestação e momentos antes do trabalho de parto.

## 18 ATENÇÃO À MULHER NO PERÍODO PUERPERAL

No âmbito da rede Cegonha, preconiza-se a realização da “primeira Semana de Saúde Integral”. Trata-se de uma estratégia em saúde, na qual são realizadas atividades na atenção à saúde de puérperas e recém-nascidos, que contribuem para a redução da mortalidade infantil. Tais atividades têm como objetivo a triagem neonatal, triagem auditiva, checagem de vacina BCG e de Hepatite B e a avaliação do aleitamento materno, para orientação e apoio (BRASIL, 2012).

Nesta fase do ciclo vital, é fundamental o cuidado integral tanto para a saúde materna quanto neonatal, bem como a inclusão do pai e demais integrantes da família. Nesse sentido, o puerpério compreende um período de mudanças físicas e psíquicas e divide-se em três fases, nas quais deve-se ser realizado o acompanhamento pelos serviços de Atenção Primária à Saúde (BRASIL, 2016):

- Puerpério imediato (1ª consulta): do nascimento até o 10º dia após o parto;
- Puerpério tardio (2ª consulta): entre o 11º e 45º após o parto;
- Puerpério remoto (3ª consulta): a partir do 45º com término imprevisto.

Recomenda-se uma visita domiciliar (VD) em até 72 horas após a alta do bebê por um membro da equipe da APS, com o objetivo de orientar a puérpera sobre os cuidados

básicos e iniciais com o recém-nascido e a importância da avaliação completa na unidade de saúde, durante a primeira semana de nascimento (PORTO VELHO/SES/RO, 2018).

## **18.2 Consulta de puerpério**

Os cuidados com a mulher não se encerram com o nascimento. A atenção ao puerpério é fundamental para a saúde materna e do recém-nascido e deve envolver toda a rede de apoio, a fim de avaliar o estado de saúde da mãe (Quadro 30) e do binômio, orientar e apoiar a família sobre os cuidados básicos e identificar condições de risco e vulnerabilidade. Durante o pré-natal a equipe deve orientar a gestante da importância da continuidade do acompanhamento após o parto e deve se organizar para (BRASIL, 2016):

1. Agendar o primeiro atendimento na unidade básica de saúde no momento da alta na maternidade (preferencialmente de 7 a 10 dias);

2. Realizar uma visita domiciliar na primeira semana após alta do RN - se RN de alto risco é indicado que a VD ocorra em até 3 dias após a alta.

3. Agendar a consulta de puerpério tardio até 42 dias após o parto

Para concluir o pré-natal, é necessário o registro no e-SUS/APS com os códigos específicos W90 (parto sem complicações de nascido vivo), W91 (Parto sem complicações de natimorto), W92 (Parto com complicações de nascido vivo), W93 (Parto com complicações de natimorto) ou com os códigos de interrupção da gestação: W82 (Aborto espontâneo) e W83 (aborto provocado). Esse registro pode ser realizado durante a consulta puerperal na UBS ou por registro tardio, sem atendimento domiciliar.

### QUADRO 30 - AVALIAÇÃO GERAL DA PUÉRPERA

<b>ANAMNESE/ COLETA DE DADOS</b>	Acolher as dúvidas e queixas;
	Verificar as condições da gestação na caderneta da gestante;
	Verificar condições do atendimento ao parto e pós-parto (data, tipo de parto, se cesárea, qual a indicação, intercorrências, sorologias ao recém-nascido. Ver relatório de alta;
	Verificar cuidados com o recém-nascido;
	Verificar se está em uso de medicação (sulfato ferroso e outros);
	Verificar o tipo de alimentação oferecida à criança: - em caso de aleitamento materno exclusivo: frequência da mamada, dificuldade, satisfação com RN; - em caso de aleitamento misto ou artificial: verificar tipo de leite oferecido, dosagem, aceitação, dificuldades.
	Verificar alimentação, sono e atividade;
	Avaliar sua condição psicoemocional (estado, humor, preocupação, desânimo, fadiga
	Avaliar condição social (redes de apoio, acessibilidade, necessidades básicas, questões econômicas).
	Verificar calendário vacinal da mulher;
<b>EXAME FÍSICO DA PUÉRPERA</b>	
Sinais vitais	Temperatura, Pressão Arterial e Frequência Cardíaca
Estado geral	Pele, mucosas, hidratação, a presença de edema, e os membros inferiores
Exame das mamas	Presença de ingurgitamento, produção láctea, sinais inflamatórios, infecciosos ou cicatrizes que dificultem a amamentação.
Exame do abdômen	Contração uterina, dor a palpação, aspecto da ferida operatória (se parto cesárea).

Exame do períneo e os genitais externos	Verificar sinais de infecção, presença e características dos lóquios. Em caso de parto vaginal: avaliar ocorrência de laceração ou episiotomia, perguntar sobre dor em local da sutura, presença de sinais flogísticos e outras alterações*
<b>PLANO DE CUIDADO PUERPERAL</b>	Orientar, estimular e apoiar a mulher e a família na amamentação exclusiva;
	Orientar cuidados com as mamas e genitália.
	Orientar ingestão hídrica frequente e alimentação adequada;
	Incentivar a prática de exercícios físicos durante o puerpério, conforme orientação profissional;
	Retirar os pontos da cesariana entre 7 e 10 dias após o parto;
	Orientar sobre o planejamento reprodutivo, recomendando os métodos contraceptivos de acordo com a preferência e condição clínica da mulher.
	Orientar/sanar dúvidas quanto ao retorno da atividade sexual e prevenção de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST);
	Em caso de comorbidades, revisar a terapêutica medicamentosa e outras condutas;
	Atualizar o calendário vacinal da mulher, se necessário;
	Orientar os Direitos da mulher;
	Prescrever suplementação de ferro;
	Tratar possíveis intercorrências.

Fonte: Adaptado do Protocolo Estadual de Assistência ao Pré-Natal, Puerpério e Recém-nascido (Rondônia, 2018).

\*Orientar a puérpera sobre sinais de alerta: febre, sangramento vaginal, dor pélvica, leucorreia fétida, alterações na PA, tontura e alterações na mama. Nestes casos encaminhar puérpera para local em que fez o parto.

### QUADRO 31 - COMPLICAÇÕES NO PERÍODO PUERPERAL E CONDUTAS

COMPLICAÇÕES	CONDUTAS
Sangramento persistente	- Aferir temperatura (>ou= a 38°C após as primeiras 24 horas pós-parto, sinal de alerta; - Observar dor a palpação, útero amolecido e aumentado, colo dilatado, saída de secreção purulenta (Referenciar a unidade de assistência do parto);
Infecção do canal de parto	- Administrar antibioticoterapia oral (Cefalexina 500mg, 6/6 horas por 7 a 10 dias) - Manter monitoramento; - Se sinais de alerta persistente ou piora do quadro referir para unidade de assistência ao parto para reavaliação;
Doença hemorroidária	-Orientar dietas, cremes contendo anestésicos, anti-inflamatório; -Em casos graves ou sinais de trombose, encaminhar para avaliação;
Edema de membros inferiores	-Verificar presença de hipertensão arterial; -Avaliar função renal; -Orientar elevação de membros; -Avaliar dieta hipersódica; -Referir para serviço de referência conforme quadro;
Infecção de ferida operatória pós-cesariana	-Em casos leves, administrar antibioticoterapia (Cefalexina 500mg, 6/6 horas por 7 a 10 dias ou amoxicilina/Clavulanato 500/125 mg via oral de 8/8horas por 7 a 10 dias); -Em caso de celulite com comprometimento sistêmico ou abscesso, encaminhar para serviço de referência;
Infecção do trato urinário	-Avaliar queixas, história clínica e exames laboratoriais: -Se cistite: recomenda-se antibioticoterapia oral, conforme critério e avaliação do profissional; -Se pielonefrite, encaminhar para serviço de referência

Fonte: Adaptado do Protocolo Estadual de Atenção ao Pré-natal de Risco Habitual (RIO DE JANEIRO, 2020).

#### 18.3 Cuidados com o Recém-Nascido

- Verifique a existência da caderneta da criança;
- Insira as informações do recém-nascido no e-SUS APS;
- Verifique as condições de alta da criança;

- Examinar RN (peso, estatura, perímetro cefálico, mucosas, características da pele, hidratação, fontanelas, o padrão respiratório, coto umbilical, genitália, eliminações e desenvolvimento neuropsicomotor);
- Orientar cuidados com o coto umbilical;
- Orientar manejo em episódios de cólica;
- Orientar banhos de sol diários;
- Realizar a estratificação de risco da criança padronizada pelo município;
- Orientar sobre imunização e encaminhar para sala de vacina, caso necessário;
- Encaminhar para a realização da Triagem Neonatal (entre o 3º e 5º dia de vida) - o teste do pezinho também poderá ser realizado na visita domiciliar na primeira semana pós nascimento;
- Registre o resultado do teste do pezinho na caderneta da criança;
- Certifique-se sobre os exames de triagem neonatal (teste da orelhinha, pezinho, coraçãozinho e olhinho), registrados no laudo de alta da maternidade e caderneta da criança;
- Observar interação mãe-bebê;
- Avaliar posição e pega do RN durante aleitamento (Ver ALEITAMENTO MATERNO);
- Em caso de aleitamento misto ou artificial, orientar preparo do leite e cuidados com mamadeira;
- Orientar sobre a importância do acompanhamento de puericultura.

#### **18.4 Planejamento Reprodutivo no Puerpério**

Uma das ações a serem executadas no acompanhamento puerperal é o planejamento reprodutivo que tem seu propósito de ações definido pela Lei nº 14,443/2022 (BRASIL, 2022). Desse modo, para assegurar os direitos sexuais e reprodutivos, o planejamento familiar baseia-se em ações e orientações clínicas, preventivas, educativas acerca dos métodos e técnicas contraceptivas (BRASIL, 2016).

#### **Aspectos para uso dos métodos contraceptivos no pós-parto**

- Tempo pós-parto;

- Padrão da amamentação;
- Padrão do ciclo menstrual;
- Possíveis efeitos dos anticoncepcionais hormonais sobre a lactação e o lactente;
- Critérios de elegibilidade.

### QUADRO 32 - MÉTODOS ANTICONCEPCIONAIS NO PARTO E PÓS-PARTO

Métodos que <b>podem</b> ser utilizados por mulheres que estejam amamentando	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Noretisterona 0,35mg (minipílula) - iniciar a partir da sexta semana após o parto;</li> <li>● Medroxiprogesterona 150mg/ml (injetável trimestral) - iniciar a partir da sexta semana pós-parto;</li> <li>● DIU - pode ser inserido imediatamente após o parto ou a partir da quarta semana. O DIU está contraindicado para os casos que cursaram com infecção puerperal, até três meses após a cura e para mulheres com risco aumentado para ISTs.</li> <li>● Amenorreia da lactação - LAM - método comportamental, deixa de ser eficiente quando ocorre o retorno da menstruação ou a introdução de outros alimentos na rotina do RN. É aconselhado que a partir da sexta semana pós parto, combinar com outro método.</li> </ul>
Métodos que <b>não podem</b> ser utilizados por mulheres que estejam amamentando	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Pílulas combinadas;</li> <li>● Injetável mensal.</li> </ul>
Métodos de esterilização cirúrgica	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Laqueadura – Ver critérios da Lei nº 14.443 de 2022;</li> <li>● Vasectomia – Ver critérios da Lei nº 14.443 de 2022;</li> </ul>
Situações de pós abortamento	<ul style="list-style-type: none"> <li>● Podem ser utilizados os anticoncepcionais orais e os injetáveis (mensal e trimestral) a ser</li> </ul>

	<p>administrados entre o dia do esvaziamento e o 5º dia após o abortamento - a recuperação da fertilidade pode ser quase que imediata assim a contracepção deve ser iniciada precocemente ainda na maternidade e posterior encaminhamento para acompanhamento na UBS de referência.</p>
--	---

Fonte: Elaborado a partir do CAB 26 de saúde sexual e reprodutiva (BRASIL, 2013)

### **Observações importantes:**

- O Ministério da Saúde incentiva a dupla proteção como método ideal para promover ao mesmo tempo, a prevenção da gestação indesejada e a prevenção das ISTs/HIV, consiste no uso combinado da camisinha masculina ou feminina com outro método anticoncepcional (BRASIL, 2013).
- A esterilização cirúrgica (ANEXO V), está regulamentada por meio da Lei nº 9.263/96 e teve seus critérios atualizados por meio da Lei nº 14.443 de 2022. (**Link para consultar a lei:** [https://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2019-2022/2022/Lei/L14443.htm](https://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2019-2022/2022/Lei/L14443.htm))

## REFERÊNCIAS

ASSEF, et al. Aspectos dos transtornos mentais comuns ao puerpério. **Revista Eletrônica Acervo Científico**, v. 29, 2021. Disponível em: <

<<https://acervomais.com.br/index.php/cientifico/article/view/7906#:~:text=A%20depress%C3%A3o%20p%C3%B3s%20parto%20possui,grave%2C%20considerada%20uma%20emerg%C3%Aancia%20psiqui%C3%A1trica.>>. Acesso em: 14, jun, 2022

Atenção à Saúde do recém-nascido no contexto da infecção do novo coronavírus (SARS-CoV-2). Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <<https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1087595/notatecnicaneonatal30mar2020covid-19.pdf#:~:text=Nos%20locais%20em%20condi%C3%A7%C3%A3o%20de,respirat%C3%B3ria%20comprovada%20por%20COVID%2D19.>>.

BATISTA, et al. Assistência pré-natal e acolhimento sob a ótica de gestantes na atenção primária à saúde: estudo qualitativo. **Revista Enfermagem Atual In Derme**, v. 95, n. 34, 2021. Disponível em: <

<https://revistaenfermagemactual.com/index.php/revista/article/view/1027>>.

BRAGA, et al. **Manual de informações sobre doença trofoblástica gestacional**. Sociedade Brasileira de Doença Trofoblástica Gestacional. 1ª edição. Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: < [https://s1.static.brasilecola.uol.com.br/be/e/file/Manual\\_Mola.pdf](https://s1.static.brasilecola.uol.com.br/be/e/file/Manual_Mola.pdf)>.

BRASIL. **Decreto nº 3.048, de 6 de Maio de 1999**. Aprova o Regulamento da Previdência Social, e dá outras providências. . Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 06 maio 2008. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/d3048.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/d3048.htm)>.

BRASIL. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Assistência pré-natal: parte I. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 53, n. 5, p. 385-386, 2007. Disponível em: < <https://www.scielo.br/j/ramb/a/mpR8xk7ZG73sr67ntghdSth/?lang=pt>>.

BRASIL. **Lei nº 11.770, de 9 de Setembro de 2008**. Cria o Programa Empresa Cidadã, destinado à prorrogação da licença-maternidade mediante concessão de incentivo fiscal, e altera a BRASIL. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 09 set. 2008.

BRASIL. **Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 1990. Disponível em: < [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm)>.

BRASIL. **Lei nº 11.634, de 27 de dezembro de 2007**. Dispõe sobre o direito da gestante ao conhecimento e a vinculação à maternidade onde receberá assistência no âmbito do Sistema Único de Saúde. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 27 dez. 2007. Disponível em <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/Ato2007-2010/2007/lei/111634.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Ato2007-2010/2007/lei/111634.htm)>.

BRASIL. **Lei nº 12.015, de 7 de Agosto de 2009**. Altera o Título VI da Parte Especial do Decreto-Lei nº 2.848, de 7 de dezembro de 1940 - Código Penal, e o art. 1º da Lei nº

8.072, de 25 de julho de 1990, que dispõe sobre os crimes hediondos, nos termos do inciso XLIII do art. 5º da Constituição Federal e revoga a Lei nº 2.252, de 1º de julho de 1954, que trata de corrupção de menores. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 07 ago. 2009. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2009/lei/112015.htm#:~:text=217%2DA.,a%2015%20\(quinze\)%20anos.](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2009/lei/112015.htm#:~:text=217%2DA.,a%2015%20(quinze)%20anos.)>.

**BRASIL. Lei nº 13.509 de 22 de Dezembro de 2017.** Dispõe sobre adoção e altera a Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990 (Estatuto da Criança e do Adolescente), a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT), aprovada pelo Decreto-Lei nº 5.452, de 1º de maio de 1943, e a Lei nº 10.406, de 10 de janeiro de 2002 (Código Civil). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 22 dez. 2017. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2015-2018/2017/lei/113509.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2017/lei/113509.htm)>.

**BRASIL. Lei nº 14.311, de 9 de Março de 2022.** Altera a Lei nº 14.151, de 12 de maio de 2021, para disciplinar o afastamento da empregada gestante, inclusive a doméstica, não imunizada contra o coronavírus SARS-Cov-2 das atividades de trabalho presencial quando a atividade laboral por ela exercida for incompatível com a sua realização em seu domicílio, por meio de teletrabalho, trabalho remoto ou outra forma de trabalho a distância, nos termos em que especifica. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 09 mar. 2022. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.311-de-9-de-marco-de-2022-384725072>.

**BRASIL. Lei nº 2.202 de 17 de Abril de 1975.** Atribui à estudante em estado de gestação o regime de exercícios domiciliares instituído pelo Decreto-lei nº 1.044, de 1969, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 17 abr. 1975. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/1970-1979/16202.htm#:~:text=LEI%20No%206.202%2C%20DE,1969%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/1970-1979/16202.htm#:~:text=LEI%20No%206.202%2C%20DE,1969%2C%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs)>.

**BRASIL. Lei nº 5.452, de 01 de Maio de 1943.** Aprova a Consolidação das Leis do Trabalho. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 01 maio 1943. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto-lei/del5452.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto-lei/del5452.htm)>.

**BRASIL. Lei nº 8.069 de 13 de Julho de 1990.** Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 jul. 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/18069.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm)>.

**BRASIL. Lei nº 8.212, de 24 de julho de 1991.** Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 24 jul. 2008. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2008/lei/111770.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2008/lei/111770.htm)>.

**BRASIL. Lei nº 9.029 de 13 de Abril de 1995.** Proíbe a exigência de atestados de gravidez e esterilização, e outras práticas discriminatórias, para efeitos admissionais ou de permanência da relação jurídica de trabalho, e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 13 abr. 1995. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19029.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19029.htm)>.

**BRASIL, Congresso Nacional. Presidência da República. Lei nº 14.443, de 2 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 família. 2022. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/36328536/publicacao/36329049>. Acesso em: 8 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 1.944, de 27 de agosto de 2009**. Institui no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem. 2009. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944\\_27\\_08\\_2009.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2009/prt1944_27_08_2009.html). Acesso em: 8 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria no 2.418, de 02 de dezembro de 2005**. Regulamenta, em conformidade com o art. 1o da Lei no 11.108, de 7 de abril de 2005, a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde - SUS. 2005. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418\\_02\\_12\\_2005.html](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html). Acesso em: 8 abr. 2023.

BRASIL. **Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996**. Regula o 7º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 12 jan. 1996. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/19263.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/19263.htm).

BRASIL, Senado Federal. Congresso Federal. **Lei no 11.108 de 07/04/2005**. Altera a Lei no 8.080, de 19 de setembro de 1990 - para garantir às parturientes o direito à presença de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS. 2005. Disponível em: <https://legis.senado.leg.br/norma/570557> . Acesso em: 8 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretriz para a prática clínica odontológica na Atenção Primária à Saúde: tratamento em gestantes**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2022. Disponível em: <https://aps.saude.gov.br/biblioteca/visualizar/MjExNQ==>. Acesso em: 27 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de vigilância epidemiológica do óbito materno**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Análise de Situação de Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2009. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia\\_vigilancia\\_epidem\\_obito\\_materno.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_epidem_obito_materno.pdf).

BRASIL. Ministério da Saúde. **A saúde bucal no Sistema Único de Saúde**, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: [https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude\\_bucal\\_sistema\\_unico\\_saude.pdf](https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_bucal_sistema_unico_saude.pdf). Acesso em: 20 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Aborto e saúde pública no Brasil: 20 anos**. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia

Brasília, Ministério da Saúde, 2009. Disponível em: <  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro\\_aborto.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/livro_aborto.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Alimentos regionais brasileiros**. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Geral da Política de Alimentação e Nutrição, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Assistência Pré-natal: Manual técnico**. 3ª edição. Secretaria de Políticas de Saúde, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2000. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04\\_11.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_11.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Atenção Humanizada ao Abortamento**. Norma Técnica. 2º edição. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2011. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao\\_humanizada\\_abortamento\\_norma\\_tecnica\\_2ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_humanizada_abortamento_norma_tecnica_2ed.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de educação popular e saúde**. Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2007. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_educacao\\_popular\\_saude\\_p1.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_educacao_popular_saude_p1.pdf)> . Acesso em: 29 de ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno dos programas nacionais de suplementação de micronutrientes**. [recurso eletrônico] versão preliminar. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2022. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno\\_suplementacao\\_micronutrientes.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderno_suplementacao_micronutrientes.pdf)>. Acesso em: 15 de agosto de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, nº 26: Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <<http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/>>. Acesso em: 25 de ago de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Cadernos de Atenção Básica, nº 32: Atenção ao Pré-Natal de Baixo Risco**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos\\_atencao\\_basica\\_32\\_prenatal.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf)>. Acesso em 07 de novembro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno de Atenção Básica, nº23. Saúde da criança : aleitamento materno e alimentação complementar** / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – 2. ed. – Brasília : Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Calendário Nacional de Vacinação Gestantes**. 2022. Disponível em: < <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao/calendario-vacinal-2022/campanhas-nacionais-de-vacinacao/view>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Calendário vacinal. 2022. **Ministério da Saúde**, 2022. Disponível em:< <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/c/calendario-nacional-de-vacinacao/calendario-vacinal-2022>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Controle dos cânceres do colo do útero e da mama.** Cadernos de Atenção Básica, n° 13. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2013. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controlado\\_canceres\\_colo\\_uterio\\_mama.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/controlado_canceres_colo_uterio_mama.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero. **Instituto Nacional de Câncer José de Alencar Gomes da Silva (INCA), Ministério da Saúde**, Rio de Janeiro, RJ, 2016. Disponível em: <[https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero\\_2016\\_corrigido.pdf](https://www.inca.gov.br/sites/ufu.sti.inca.local/files//media/document//diretrizesparaorastreamentodocancerdocolodoutero_2016_corrigido.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Diretrizes da Política Nacional de Saúde Bucal.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2004. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_brasil\\_sorridente.htm](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_brasil_sorridente.htm)>. Acesso em: 25 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Fascículo 3: Protocolos de uso do Guia Alimentar para a população brasileira na orientação alimentar de gestantes.** Universidade de São Paulo, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2021. Disponível em: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo\\_guia\\_alimentar\\_fasciculo\\_3.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_guia_alimentar_fasciculo_3.pdf). Acesso em: 15 de agosto de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Gestação de alto risco: manual técnico.** 5. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010. p. 302. Disponível em: <[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao\\_alto\\_risco.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/gestacao_alto_risco.pdf)>. Acesso em: 13 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia de tratamento da Malária no Brasil.** Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunização e Doenças Tropicais, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2021. Disponível em: <[https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/malaria/guia\\_tratamento\\_malaria\\_2nov21\\_isbn\\_site.pdf/view](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/publicacoes-svs/malaria/guia_tratamento_malaria_2nov21_isbn_site.pdf/view)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Guia do pré-natal do parceiro para profissionais de Saúde.**

BRASIL. Ministério da Saúde. **II Caderno de educação popular em saúde.** Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, Departamento de Apoio à Gestão Participativa, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2014. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2\\_caderno\\_educacao\\_popular\\_saude.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/2_caderno_educacao_popular_saude.pdf)>. Acesso em : 29 de ago. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de Atenção à Mulher no Climatério/Menopausa.** Caderno de Atenção Básica: n° 9. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2008. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dermatologia\\_atencao\\_basica\\_saude\\_cab9.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/dermatologia_atencao_basica_saude_cab9.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de bolso controle das doenças sexualmente transmissíveis.** Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS,

Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2006. Disponível em: <  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_controle\\_das\\_dst.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_controle_das_dst.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Manual de gestação de alto risco. **Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas, Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2022. Disponível em:<[https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/03/manual\\_gestacao\\_alto\\_risco.pdf](https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/03/manual_gestacao_alto_risco.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual de recomendações para a assistência à gestante e puérpera frente à pandemia de Covid-19**. Secretaria de Atenção Primária à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2021. Disponível em: < <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/manual-de-recomendacoes-para-a-assistencia-a-gestante-e-puerpera-frente-a-pandemia-de-covid-19/>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual do SisPreNatal versão 2.16**. Datasus, Rio de Janeiro, RJ, 2011.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual dos Comitês de Mortalidade Materna**. 3º ed. Brasília, DF, 2007. Disponível em: <  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comites\\_mortalidade\\_materna\\_3ed.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/comites_mortalidade_materna_3ed.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Manual Técnico do Pré-natal e Puerpério: atenção qualificada e humanizada**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2005. Disponível em: <  
[http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual\\_pre\\_natal\\_puerperio\\_3ed.pdf](http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_pre_natal_puerperio_3ed.pdf)>. Acesso em: 25 de ago de 2022.

BRASIL. Ministério da saúde. **Nomenclatura brasileira para laudos cervicais e condutas preconizadas: recomendações para os profissionais de saúde**. Secretaria de Atenção à Saúde. Instituto Nacional de Câncer, Coordenação de Prevenção e Vigilância, Rio de Janeiro, RJ, 2006. Disponível em: <  
[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Nomenclaturas\\_2\\_1705.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/Nomenclaturas_2_1705.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota técnica nº 14/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS**. Trata-se de Nota Técnica que apresenta fluxograma de diretriz Nacional, para a condução clínica do diagnóstico e tratamento da Toxoplasmose Gestacional e Congênita. Ministério da Saúde, 2020. Disponível em:<<https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202112/17150626-nota-tecnica-n-14-2020-cosmu-cgcivi-dapes-saps-ms-2.pdf>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 6/2020-COCAM/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS**. Brasília, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Nota Técnica nº 9/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS**. Recomendações para o trabalho de parto, parto e puerpério durante a pandemia da COVID-19. Ministério da Saúde, 2020. Disponível em: <  
[https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/SEI\\_MS-0014382931-Nota-Tecnica\\_9.4.2020\\_parto.pdf](https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/04/SEI_MS-0014382931-Nota-Tecnica_9.4.2020_parto.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na atenção primária e na atenção ambulatorial especializada: Saúde da Mulher na

Gestação, Parto e Puerpério. Guia de Orientação para as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde. **Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein, Ministério da Saúde**, São Paulo, 2019. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/saude-da-mulher-na-gestacao-parto-e-puerperio/>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Notificação de eventos adversos**. 2021. <https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/coronavirus/vacinas/notificacoes#:~:text=O%20que%20devo%20notificar%3Fpara%20se%20realizar%20uma%20notifica%C3%A7%C3%A3o.>

BRASIL. Ministério da Saúde. Notificação de Eventos Adversos. **Agência Nacional de Vigilância Sanitária- ANVISA**, 2021. Disponível em: <<https://www.gov.br/anvisa/pt-br/assuntos/paf/coronavirus/vacinas/notificacoes#:~:text=O%20que%20devo%20notificar%3Fpara%20se%20realizar%20uma%20notifica%C3%A7%C3%A3o.>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem: princípios e diretrizes**. Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2009. Disponível em: <[http://www.unfpa.org.br/Arquivos/saude do homem.pdf](http://www.unfpa.org.br/Arquivos/saude_do_homem.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Política Nacional de Humanização- PNH**. Brasília, DF, 2013. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica\\_nacional\\_humanizacao\\_pnh\\_folheto.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/politica_nacional_humanizacao_pnh_folheto.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2, de 28 de Setembro de 2017**. Consolidação das Normas sobre as Políticas Nacionais de Saúde do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2017. Disponível em: <<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/MatrizesConsolidacao/Matriz-2-Politic.html> >.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. **Nota Técnica nº 1/2022-SAPS/MS**. Indicador nº1 do pagamento por desempenho no âmbito do Programa Previne Brasil. Brasília, DF, 2022. Disponível em: <https://portalfns.saude.gov.br/confira-a-atualizacao-das-notas-tecnicas-sobre-indicadores-de-pagamento-por-desempenho-do-previne-brasil-para-2022>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 1.016, de 26 de Agosto de 1993**. Aprova as Normas básicas do Alojamento Conjunto. Ministério da Saúde. Brasília, DF, 1993. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt1016\\_26\\_08\\_1993.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/1993/prt1016_26_08_1993.html) >.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 715, de 04 de Abril de 2022**. Altera a Portaria de Consolidação GM/MS nº 3, de 28 de setembro de 2017, para instituir a Rede de Atenção Materna e Infantil (Rami). Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 2022. Disponível em: <<https://in.gov.br/en/web/dou/-/portaria-gm/ms-n-715-de-4-de-abril-de-2022-391070559>>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 2.418, de 02 de dez. de 2005**. Regulamenta a presença de acompanhante para mulheres em trabalho de parto, parto e pós-parto imediato nos hospitais públicos e conveniados com o Sistema Único de Saúde-SUS. Brasília, DF, 2005. Disponível em:

<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418\\_02\\_12\\_2005.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2005/prt2418_02_12_2005.html)>. Acesso em: 22 de maio de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 3.562, de 12 de Dezembro de 2021**. Altera o Anexo XII da Portaria de Consolidação GM/MS nº 2, de 28 de setembro de 2017, para dispor sobre a Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem (PNAISH). Brasília, DF, 2021. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt3562\\_15\\_12\\_2021.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2021/prt3562_15_12_2021.html)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria nº 569, de 1º de junho de 2000**. Institui o Programa de Humanização no Pré-natal e Nascimento no âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, DF, 2000. Disponível em: <[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569\\_01\\_06\\_2000\\_rep.html](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2000/prt0569_01_06_2000_rep.html)> Acesso em: 23 de maio de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST)**. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2020. Disponível em: <[https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/08/pcdt\\_ist\\_final\\_revisado\\_020420.pdf](https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2020/08/pcdt_ist_final_revisado_020420.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília : Ministério da Saúde, 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para prevenção de transmissão de HIV, sífilis e hepatites virais. **Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, Ministério da Saúde**, Brasília, DF, 2019. Disponível em: <[https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/08/miolo\\_pcdt\\_tv\\_08\\_2019.pdf](https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2021/08/miolo_pcdt_tv_08_2019.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2016. 230 p. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo\\_saude\\_mulher](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/protocolo_saude_mulher)>. Acesso em: 13 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres. **Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa, Ministério da Saúde**, Brasília, 2016. Disponível em:<[https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos\\_atencao\\_basica\\_saude\\_mulheres.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Nota Técnica Nº 2/2021 – DAPES/SAPS/MS**. Trata-se de atualização das recomendações referentes à vacinação contra a covid-19 em gestantes e puérperas até 45 dias pós-parto. Brasília, DF, 2021. Disponível em: <

[https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20211211\\_N\\_NTPARTODOMICILIAR\\_6784229184478666706.pdf](https://egestorab.saude.gov.br/image/?file=20211211_N_NTPARTODOMICILIAR_6784229184478666706.pdf)>.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Nota Informativa N° 22/2022-SECOVID/GAB/SECOVID/MS**. Esclarecimentos sobre a recomendação da segunda dose de reforço de vacinas contra a covid-19 para gestantes e puérperas trabalhadoras da saúde. Brasília, DF, 2022. Disponível em: < <https://sbim.org.br/images/files/notas-tecnicas/nt-secovidgabmssecovid-segundo-reforco-gestantes-puerperas-saude-220610.pdf> >.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. **Guia de tratamento da malária no Brasil** [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Imunização e Doenças Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Sistema de informação do câncer: Manual preliminar para apoio à implantação**. Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva (INCA), Rio de Janeiro, 2013. Disponível em: < [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/siscan\\_manual\\_preliminar.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/inca/siscan_manual_preliminar.pdf) > .

BRASIL. Ministério da Saúde. **Urgências e emergências maternas: Guia para diagnóstico e conduta em situações de risco de morte materna**. Secretaria de Políticas de Saúde, Área Técnica da Saúde da Mulher, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2000. Disponível em: < <https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/0105urgencias.pdf> >.

BRASIL. Senado Federal. **Consolidação das leis do trabalho – CLT e normas correlatas**. Senado Federal , Coordenação de Edições Técnicas, Brasília, DF, 2017. Disponível em: < [https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/535468/clt\\_e\\_normas\\_correlatas\\_1ed.pdf](https://www2.senado.leg.br/bdsf/bitstream/handle/id/535468/clt_e_normas_correlatas_1ed.pdf) >.

BRASIL. Sociedade Brasileira de Imunização. **Calendário de Vacinação SBI Gestante**. Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunização (SBIm). Disponível em: < <https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-gestante.pdf> >.

BREAST Cancer and breastfeeding: collaborative reanalysis of individual data from 47 epidemiological studies in 30 countries, including 50 302 women with breast cancer and 96973 women without the disease lancet. **The Lancet**, v. 360, n. (9328), p. 187-95, 2002. Disponível em: < <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12133652/> >.

CDA FOUNDATION. **Oral Health During Pregnancy and Early Childhood: Evidence Based Guidelines for Health Professionals**. Califórnia, 2010. Disponível em: <[https://www.cdafoundation.org/portals/0/pdfs/poh\\_guidelines.pdf](https://www.cdafoundation.org/portals/0/pdfs/poh_guidelines.pdf)>. Acesso em: 02 set. 2022.

CHAGAS, et al (2001). **Tratamento de mastologia da SBM** (1° ed.). Livraria e Editora Revinter, 2001.

CROWTHER, et al. Is an ultrasound assessment of gestational age at the first antenatal visit of value? A randomised clinical trial. **British Journal of obstetrics and gynaecology**, v.106, n.12, p. 1273-9, 1999. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10609721/>>.

Disponível em:

<[http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/alimentos\\_regionais\\_brasileiros.pdf](http://189.28.128.100/nutricao/docs/geral/alimentos_regionais_brasileiros.pdf)>.

ENKIN, et al (2005). **Guia para atenção efetiva na gravidez e no parto** (3º ed.). Guanabara Koogan.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: **COVID-19 e Gestação**. Rio de Janeiro, 2022. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/coronavirus-gestacao/>>.

GONÇALVES, K. F. **Cuidado odontológico no pré-natal na atenção primária à saúde: dados do PMAQ-AB**. 2016. f. 73. Dissertação (Mestrado em Odontologia) - Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Rio Grande do Sul, 2016. Disponível em: <<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/150274/001008775.pdf?sequence=1>>. Acessado em: 02 set. 2022.

GOULART, R.M.M. **Anuário de nutrição materno infantil**. São Paulo: 1999.

GRAHAM, J. E. et al. Making compromises: a qualitative study of sugar consumption behaviors during pregnancy. **J Nutr Educ Behav**, v. 45, n. 6, p. 578-85, 2013. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23877052/>>. Acesso em: 10 set. 2022.

GRILO, M. G. P. **A abordagem da grávida na prática da medicina dentária**. 2016. f. 73. Dissertação (Mestrado em Medicina Dentária) - Instituto Superior de Ciências da Saúde Egas Moniz, Egas Moniz, 2016. Disponível em: <[http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14692/1/Grilo\\_Mariana\\_Gomes\\_Pinto.pdf](http://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14692/1/Grilo_Mariana_Gomes_Pinto.pdf)>. Acesso em: 03 set. 2022.

INTERNATIONAL AGENCY FOR RESEARCH ON CANCER (IARC). **Handbooks of cancer prevention**. Lyon: IARC Press, 2002.

KURIEN, S. et al. Management of Pregnant Patient in Dentistry. **J Int Oral Health**, v. 5, n. 1, p. 88–97, 2013. Disponível em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3768073/>>. Acesso em: 10 set. 2022.

LAURENTI, R.; JORGE, M. H. P. M.; GOTLIEB, S. L. D. **Reflexões sobre a mensuração da mortalidade materna**. Caderno de Saúde Pública, v. 16, n. 1, p. 23-30. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/wbkH9DyZ3MJ5FcNdnGTHkc/?format=pdf&lang=pt>>.

MAHAN, L. K.; ARLIN, M. T. Krause. **Alimentos, nutrição e dietoterapia**, 8ª edição. Roca: São Paulo, 1994.

MENDES, et al. A construção social da atenção primária à saúde. **Conselho Nacional de Secretários de Saúde- CONASS**, Brasília, DF, 2019. Disponível em: <<https://www.conass.org.br/biblioteca/a-construcao-social-da-atencao-primaria-a-saude-2a-edicao/>>.

MENEZES, K. K. P.; AVELINO, P. R. Grupos operativos na atenção primária à saúde como prática de discussão e educação: revisão. **Cad. Saúde Colet**, v. 24, n. 1, p. 124-130, 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/cadsc/a/KZh3BmhLfqFRM7GYqp8ZXSc/?format=pdf&lang=pt>>. Acesso em: 29 ago. 2022.

MONTENEGRO, R. (2006). **Obstetrícia fundamental** (8° ed.). Guanabara Koogan, 1999.

NELSON, et al. Screening for breast cancer: an update for the U.S. Preventive Services Task Force . **Annals of Internal Medicine**, v. 151, n. 10, p. 727-737, 2009. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19920273/>>.

OLIVEIRA, A. E. F; HADDAD, A. E. Saúde Bucal da Gestante: Acompanhamento Integral em Saúde da Gestante e da Puérpera, **EDUFMA**, São Luís, 2018. Disponível em: <<https://ares.unasus.gov.br/acervo/handle/ARES/10865?mode=full>>. Acesso em: 27 set. 2022.

OLIVEIRA, G.O.A.L. **Prevalência da sintomatologia depressiva no período gestacional: comparação entre um grupo de mulheres grávidas portadoras de diabetes e outros de mulheres grávidas sem diabetes**. 2013.83.f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)- Programa Associado de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade de Pernambuco/Universidade Estadual da Paraíba, Recife, 2013.

OPAS. Organização Pan Americana de Saúde. Saúde Materna. Disponível em: <<https://www.paho.org/pt/node/63100>>.

Organização Mundial de Saúde (OMS). 2016. Recomendações sobre Cuidados Pré-natais para uma Experiência Positiva da Gravidez da OMS. Genebra, Suíça: OMS.

OPPERMANN, R.V. et al. **Periodontia para todos: da prevenção ao implante**. São Paulo: Napoleão, 2013.

PORTO VELHO. Secretária Municipal de Saúde. **Protocolo e Diretrizes de Atendimento à Saúde da Mulher no Município de Porto Velho**. Departamento de Atenção Básica, Secretaria Municipal de Saúde-SEMUSA, Porto Velho, Rondônia, 2018. Disponível em: <<https://semusa.portovelho.ro.gov.br/uploads/arquivos/2018/09/23266/1536064642calvoficone-new.pdf>>.

POSSOBON, R. F; MIALHE, F. L. Saúde Bucal da Gestante e da criança: Atuação preventiva. In: PEREIRA, A.C. **Tratado De Saúde Coletiva em Odontologia**. Nova Odessa: Napoleão, 2009.

PRINCÍPIOS DE YOGYAKARTA. Princípios sobre a aplicação da legislação internacional de direitos humanos em relação à orientação sexual e identidade de gênero. **Princípios de Yogyakarta**, 2006. Disponível em: <[http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios\\_de\\_yogyakarta.pdf](http://www.clam.org.br/uploads/conteudo/principios_de_yogyakarta.pdf)>.

RIO DE JANEIRO. SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Consulta do Adolescente: Abordagem clínica, orientações éticas e legais como instrumento ao pediatra. Manual de orientação nº 10**. Departamento científico de adolescência, Sociedade Brasileira de Pediatria, Rio de Janeiro, RJ, 2019. Disponível em:

<[https://www.sbp.com.br/fileadmin/user\\_upload/21512c-MO - ConsultaAdolescente - \\_abordClinica\\_orienteticas.pdf](https://www.sbp.com.br/fileadmin/user_upload/21512c-MO_-_ConsultaAdolescente_-_abordClinica_orienteticas.pdf)>.

Rondônia. Secretaria do do Estado da Assistência e do Desenvolvimento Social. Projeto Mamãe Cheguei. **Portal do Governo do Estado de Rondônia**, Porto Velho, RO, 2019. Disponível em: <<https://rondonia.ro.gov.br/seas/programas-e-projetos/programa-mamae-cheguei/>>.

SÃO PAULO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. **Guia Prático de Condutas: Recomendação sobre a Suplementação Periconcepcional de parto na Prevenção de Defeitos de Fechamento do Tubo Neural**. Anencefalia e outros defeitos abertos do tubo neural. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO, Rio de Janeiro, RJ, 2012. Disponível em: <[http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/recomendacao\\_prevencao\\_dtn.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/recomendacao_prevencao_dtn.pdf)>.

SÃO PAULO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Guia prático: infecções no ciclo Grávido-puerperal. Série orientações e recomendações. **Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia - FEBRASGO**, n° 1, v. 2, 2016. Disponível em: <[https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/02-INFECOyES\\_NO\\_CICLO\\_GRAVIDO\\_PUERPERAL.pdf](https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/02-INFECOyES_NO_CICLO_GRAVIDO_PUERPERAL.pdf)>.

SÃO PAULO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de Orientação em Trato Genital Inferior e Colposcopia. **Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia- FEBRASGO**, São Paulo, 2010. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-870714>>.

Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Ministério da Saúde, Brasília, DF, 2018. Disponível em:

SILVA, et al. Grupo operativo com primigestas: uma estratégia de promoção à saúde. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 31, n. 01, 2018. Disponível em: <<https://periodicos.unifor.br/RBPS/article/view/6406>>. Acesso em: 29 ago. 2022.

SILVA, F. W. G. P; STUANI, A. S; QUEIROZ, A. M. Dental assistance of pregnant women - part 2: management during an appointment. **Rev Fac Odontol**, Porto Alegre, v. 47, n. 3, p. 5-9, 2006. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/rgo/a/9wcfhGdZq8y8xj5ZCQVQbF/?lang=en>>. Acesso em: 22 set. 2022.

SOCIEDADE BENEFICENTE ISRAELITA BRASILEIRA ALBERT EINSTEIN. **Nota técnica para organização da rede de atenção à saúde com foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde da mulher na gestação, parto e puerpério**. / Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em:<<https://atencao basica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>> Acesso em: 13/04/2023.

STEWART, D. E.; VIGOD, S. N. Postpartum Depression: Pathophysiology, Treatment, and Emerging Therapeutics. **Annual Review of Medicine**,v. 27, n. 70, p. 183–96. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30691372/>>.

TOMASI, et al. Qualidade da atenção pré-natal na rede básica de saúde do Brasil: indicadores e desigualdades sociais. **Cadernos de saúde pública**, v. 33, n.3, p. 1-11, 2017. Disponível em: <<https://www.scielo.br/j/csp/a/Ltr3JY8CdWTkbxmhTTFJsNm/?lang=pt>>.

UNFPA, United Nations Population Fund. **A razão da mortalidade materna no Brasil aumentou 94% durante a pandemia**. [S. l.], 2022. Disponível em: <https://brazil.unfpa.org/pt-br/news/razao-da-mortalidade-materna-no-brasil-aumentou-94-durante-pandemia-fundo-de-populacao-da-onu>. Acesso em: 16 mar. 2023.

VASQUEZ, F. A. P. (2006). **Pré-natal: um enfoque multiprofissional** (1º ed.). Rubio.

VERGNES, J.N. et al. Perceived oral health and use of dental services during pregnancy: the MaterniDent study. **Sante Publique**, v. 25, n. 3, p. 281-92, 2013. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24007904/>>. Acesso em: 26 set. 2022.

WHO, World Health Organization. **WHO recommendations on antenatal care for a positive pregnancy experience**. Geneva, 2016. Disponível em: <https://www.who.int/publications-detail-redirect/9789241549912>. Acesso em: 8 abr. 2023.

ZAMPIERI, M. F. M.; GARCIA, O.R.Z.; BOEHS, A.; VERDI, M. (Org.). **Enfermagem na atenção primária à saúde da mulher**. Textos Fundamentais – série atenção primária da saúde. Florianópolis: UFSC/NFR, 2005.

ZANOTTI, et al. Identificação e intervenção no transtorno psiquiátrico e intervenção no transtorno, associado ao puerpério: A colaboração do enfermeiro psiquiátrico. **Revista Nurseng**, v.6, .n. 6, pg 36-42, 2003. Disponível em: <<https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-16505>>.

ZIEGEL, E.; CRANLEY, M. S. (1985). **Enfermagem obstétrica** (8 ed.). Interamericana.

## ANEXOS

### ANEXO I - FICHA DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

Continua



Governo do Estado de Rondônia  
Secretaria de Estado da Saúde  
Secretaria Municipal de Saúde



#### FICHA DE ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

##### Risco Habitual

###### **Características individuais e condições sociodemográficas favoráveis:**

- 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

###### **Características individuais e condições socioeconômicas e familiares:**

- Idade menor que 15 anos ou maior que 35 anos  
 Condições de trabalho desfavoráveis: esforço físico excessivo, carga horária extensa, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, níveis altos de estresse  
 Indícios ou ocorrência de violência( )  
Situação conjugal insegura  
 Insuficiência de apoio familiar  
 Capacidade de autocuidado insuficiente( ) Não  
aceitação da gestação  
 Baixa escolaridade (<5 anos de estudo)( )  
Tabagismo ativo ou passivo  
 Uso de medicamentos teratogênicos( ) Altura  
menor que 1,45m  
 IMC <18,5 ou 30-39kg/m<sup>2</sup>  
 Transtorno depressivo ou de ansiedade leve sem necessidade de tratamentomedicamentoso  
 Uso de drogas lícitas sem dependência  
 Antecedentes de uso de drogas ilícitas sem uso no momento.  
 Gestante em situação de rua ou em comunidades indígenas ou quilombola( )  
Mulher de raça negra  
 Outras condições de saúde de menor complexidade

###### **Condições Clínicas Prévias a gestação**

- Asma controlada sem uso de medicamento contínuo

###### **História reprodutiva anterior:**

- Alterações no crescimento intrauterino (CIUR e macrosomia)( )  
Malformação  
 Nuliparidade ou multiparidade (5 ou mais partos)( )  
Diabetes gestacional  
 Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas sem critérios de gravidade  
 Cesárias 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:**

- Gestação resultante de estupro
- 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 Característica**

**individuais e condições socioeconômicas:**

- Uso de drogas ilícitas
- Etilismo com indicativo de dependência.
- Tabagismo com indicativo de dependência elevada
- Agravos alimentares ou nutricionais: IMC  $\geq 40 \text{kg/m}^2$ , desnutrição, carências nutricionais (hipovitaminoses) e transtornos alimentares (anorexia nervosa, bulimia, outros)

**Condições clínicas prévias à gestação**

- Doença psiquiátrica grave: psicose, depressão grave, transtorno bipolar, outras( )
- Hipertensão arterial crônica
- Diabetes mellitus* tipo 1 e 2
- Doenças genéticas maternas
- Antecedente de tromboembolismo (TVP ou embolia pulmonar)
- Cardiopatias (valvulopatias, arritmias e endocardite) ou infarto agudo do miocárdio
- Pneumopatias graves (asma em uso de medicamento contínuo, DPOC e fibrose cística)( )
- Nefropatias graves (insuficiência renal e rins multicísticos)
- Hipotireoidismo subclínico
- Hipotireoidismo em uso de medicamentos( )
- Hipertireoidismo
- Doenças hematológicas: doença falciforme, púrpura trombocitopênica idiopática, talassemia e coagulopatias.
- Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular cerebral, déficits motores graves)
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, SAAF, artrite reumatoide, outras colagenoses)
- Ginecopatias (malformações uterinas, útero bicorno, miomas intramurais maiores que 4cm e múltiplos e miomas submucosos)
- Câncer de origem ginecológica ou invasores; câncer em tratamento ou que possa repercutir na gravidez
- Transplantes
- Cirurgia bariátrica

**História reprodutiva anterior:**

- Morte perinatal explicada ou inexplicada
- Abortamento habitual/recorrente (ocorrência de 3 ou mais abortamentos consecutivos)( )
- Isoimunização Rh em gestação anterior
- Insuficiência cervical
- Infertilidade tratada ( )
- Acretismo placentário



- ( ) Pré-eclâmpsia grave; síndrome HELLP( )  
Prematuridade anterior  
( ) Cesariana prévia com incisão clássica corporal

**Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual**

- ( ) Gestação múltipla  
( ) Hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia( )  
Diabetes gestacional  
( ) Infecção urinária de repetição: 3 episódios de ITU baixa ou  $\geq 2$  episódios de pielonefrite  
( ) Doenças infecciosas: sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina ou com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita; toxoplasmose; rubéola; citomegalovírus; herpes simples; tuberculose; hanseníase; hepatites; condiloma acuminado (verruca viral no canal vaginal ou colo uterino ou lesões extensas/numerosas localizadas em região genital ou perianal); diagnóstico de HIV/AIDS ( ) Desvios do crescimento intrauterino: CIUR (mesmo suspeito, se ultrassom não disponível), macrosomia ou desvios da quantidade de líquido amniótico  
( ) Insuficiência istmo cervical  
( ) Anemia grave (hemoglobina  $< 8$  g/dL) ou anemia refratária a tratamento( )  
Hemorragias na gestação  
( ) Acretismo placentário ou placenta prévia não sangrante  
( ) Colestase gestacional (prurido gestacional ou icterícia persistente)( )  
Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal  
( ) Citologia alterada (NIC II ou NIC III)  
( ) Qualquer patologia clínica que repercute na gestação ou necessite de acompanhamento clínico especializado  
Outras condições de saúde de maior complexidade  
( ) Gestante com sequela de Covid (respiratória e/ou vascular)

**Alto risco com situações especiais:**

- Gestação múltipla monicoriônica
- Isoimunização Rh em gestação anterior
- Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal
- Diagnóstico de HIV/AIDS
- Transplantes

Fonte: Brasil<sup>[9]</sup> (adaptado).

IMC: índice de massa corporal; CIUR: crescimento intrauterino restrito; TVP: trombose venosa profunda; DPOC: doença pulmonar obstrutiva crônica; SAAF: síndrome do anticorpo antifosfolipídicos; ITU: infecção do trato urinário.

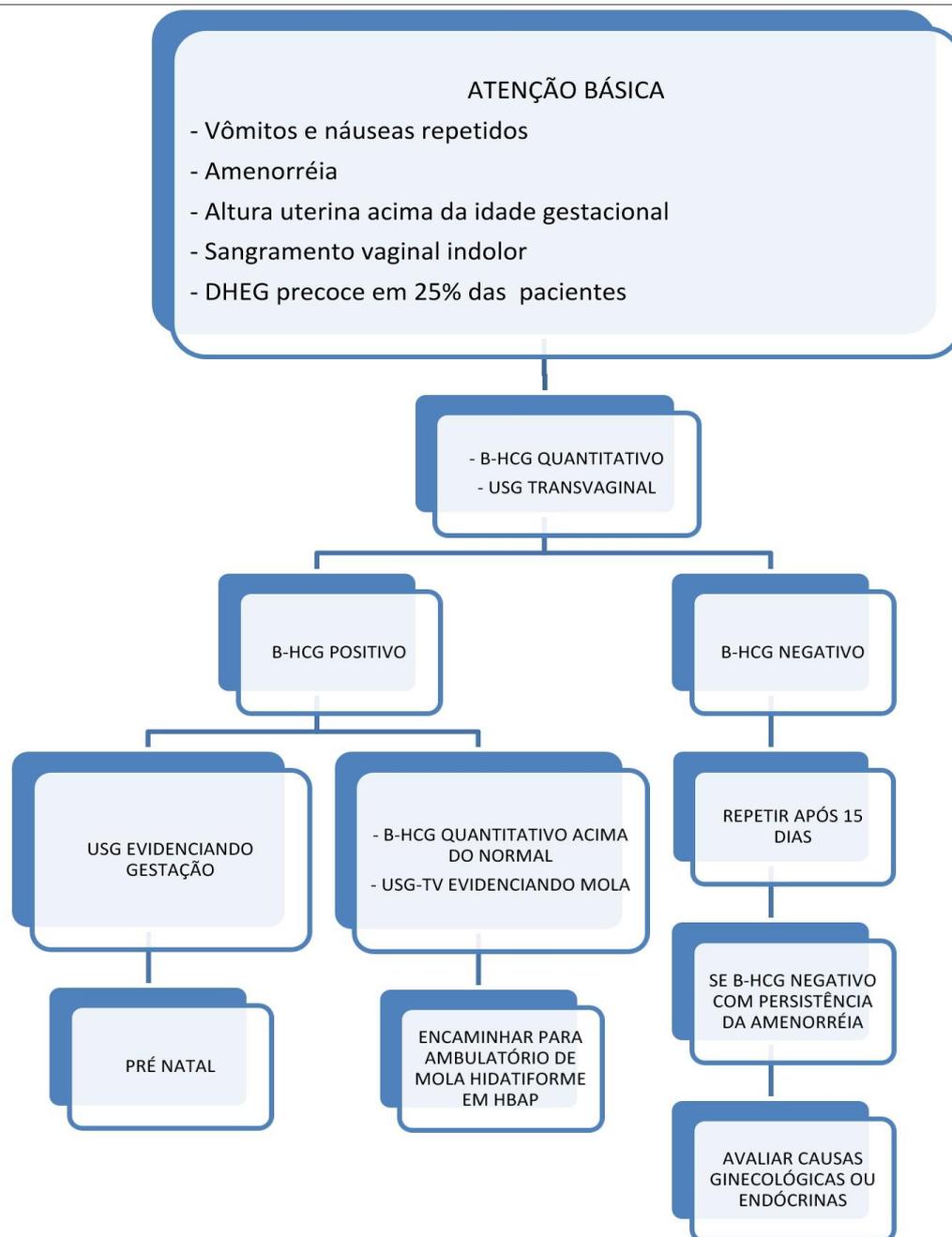
**Alto Risco:** Pré-Natal compartilhado entre a APS e AAE.

**Risco Intermediário:** Pré-Natal pela equipe da APS com apoio da equipe da AAE, quando necessário\*.

**Risco habitual:** Pré-Natal pela equipe da APS.

**Nota:** \* fica a critério clínico do profissional de saúde a necessidade de compartilhamento de cuidado com a AAE. A ficha de estratificação é um modelo proposto pelo Estado, podendo o profissional realizar alterações, complementações conforme sua realidade assistencial.

## ANEXO II - FLUXOGRAMA DOENÇA TROFOBLÁSTICA GESTACIONAL



\*DHEG: DOENÇA HIPERTENSIVA EXCLUSIVAMENTE GESTACIONAL.

### ANEXO III - Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburgo

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Idade do bebê: \_\_\_\_\_ Pontuação: \_\_\_\_\_

Aplicador da escala: \_\_\_\_\_

Como você recentemente teve um bebê, gostaria de saber como você está se sentindo nos últimos dias, Por favor, marque com um X a resposta mais próxima ao que você tem sentido:

<p>1. Tenho sido capaz de rir e ver o lado divertido das coisas:</p> <p><input type="checkbox"/> 0 – Como eu sempre fiz</p> <p><input type="checkbox"/> 1 – Não tanto como antes</p> <p><input type="checkbox"/> 2 – Sem dúvida, muito menos do que antes</p> <p><input type="checkbox"/> 3 – De jeito nenhum</p>	<p>6. Tenho me sentido esmagada pelas tarefas e acontecimentos do meu dia a dia:</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente</p> <p><input type="checkbox"/> 0 – Não. Consigo lidar com eles tão bem quanto antes</p>
<p>2. Tenho tido esperança no futuro:</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - Tanta como sempre tive</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Menos do que costumava ter</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - Muito menos do que costumava ter</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - Quase nenhuma</p>	<p>7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal:</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - Sim, quase sempre</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - Sim, por vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - Não, nunca</p>
<p>3. Tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas:</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - Sim, a maioria das vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - Sim, algumas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - Não, nunca</p>	<p>8. Tenho-me sentido triste ou muito infeliz:</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - Sim, quase sempre</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - Sim, muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Raramente</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - Não, nunca</p>
<p>4. Tenho estado ansiosa ou preocupada sem motivo:</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - Não, nunca</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Quase nunca</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - Sim, por vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - Sim, muitas vezes</p>	<p>9. Tenho-me sentido tão infeliz que choro:</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - Sim, quase sempre</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - Sim, muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Só às vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - Não, nunca</p>
<p>5. Tenho me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo:</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - Sim, muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - Sim, por vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Não, raramente</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - Não, nunca</p>	<p>10. Tive ideias de fazer mal a mim mesma:</p> <p><input type="checkbox"/> 3 - Sim, muitas vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 2 - Por vezes</p> <p><input type="checkbox"/> 1 - Muito raramente</p> <p><input type="checkbox"/> 0 - Nunca</p>

Uma pontuação de 12 ou mais indica a probabilidade de depressão, mas não a sua gravidade. A Escala de Depressão Pós-Parto de Edimburg foi desenhada para complementar, não para substituir, a avaliação clínica.

## ANEXO IV – Nota Técnica Pré-Natal do Papai



PREFEITURA DE PORTO VELHO  
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE  
DEPARTAMENTO DE ATENÇÃO BÁSICA

### NOTA TÉCNICA

DATA: 10/11/2014.

**ASSUNTO:** Estabelece a implantação da Estratégia PRÉ-NATAL DO PAPAÍ nas Unidades Básicas de Saúde de Porto Velho, por meio das Equipes da Estratégia Saúde da Família.

1. Considerando a Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, que dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências;
2. Portaria nº 2.488, de 21 de Outubro de 2011 que aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes e normas para a organização da Atenção Básica, para a Estratégia Saúde da Família (ESF);
3. Considerando a Portaria nº 687/GM/MS, de 30 de março de 2006, que aprova a Política Nacional de Promoção da Saúde;
4. Considerando a Humanização como Política transversal na Rede de Atenção à Saúde do SUS, expressa no documento: "HumanizaSUS: Documento base para gestores e trabalhadores do SUS" de 2008;
5. Considerando a Portaria nº 252/GM/MS, de 19 de fevereiro de 2013, que institui a Rede de Atenção à Saúde das Pessoas com Doenças Crônicas no âmbito do SUS; e;
6. Considerando a portaria nº 1.944, de 27 de agosto 2009 que institui a Política Nacional de Saúde do Homem (PNAISH) e a necessidade de incentivar o desenvolvimento de ações e serviços de atenção integral à saúde do homem, resolve:

Art. 1º - Implementar por meio das Equipes de Saúde da Família da Atenção Básica de Porto Velho, a Estratégia **PRÉ-NATAL DO PAPAÍ**;

Art. 2º - A Metodologia da Estratégia Pré-Natal do Papai, pauta-se em:

**i- Homem companheiro/parceiro chega até a UBS acompanhando a mulher gestante previamente agendada pelo ACS ou por demanda espontânea e é acolhido para o pré-natal;**

**ii- Participa da consulta pré-natal da companheira/parceira;**

- iii- Profissional médico ou enfermeiro que realiza o atendimento pré-natal, consulta o homem companheiro/parceiro da gestante, com base em queixa ou não;
- iv- Profissional médico ou enfermeiro oferta Testes Rápidos (HIV, Sífilis, Hepatites B e C) e solicita exames de rotina para o homem companheiro/parceiro;
- v- Profissional médico ou enfermeiro agenda consulta de retorno para o homem companheiro/parceiro;
- vi- Equipe insere o homem companheiro/parceiro nas atividades educativas de pré-natal e/ou atividades de promoção e educação em saúde, voltadas a comunidade masculina.

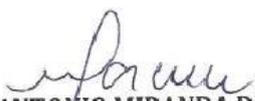
Art. 3 - Conforme preconiza a PNAISH todas as Unidades Básicas de Saúde de Porto Velho, devem incorporar no seu planejamento integrado o desenvolvimento de ações que contemplem a temática saúde do homem;

Art. 4º - A avaliação das ações do **Pré-natal do Papai** realizada pelas equipes de saúde da família será realizada pela Área Técnica de Saúde do Homem/DPE/DAB/SEMUSA de Porto Velho;

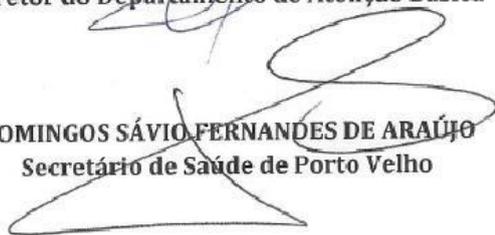
Art. 5º - Para avaliação das ações serão utilizados os seguintes critérios:

- I- Apresentar a estratégia dentro do cronograma da equipe de saúde da família;
- II- Estabelecimento das ações programadas e utilização de parcerias com órgãos governamentais e não-governamentais;
- III- Proporcionar melhoria do acesso com qualidade desta população aos serviços ofertados na Unidade Básica de Saúde;

Art. 6º. Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação.

  
**MARCUCE ANTONIO MIRANDA DOS SANTOS**  
Coordenador da Saúde do Homem de Porto Velho

  
**IGOR DOMINGOS ARAÚJO DE AMORIM**  
Diretor do Departamento de Atenção Básica

  
**DOMINGOS SÁVIO FERNANDES DE ARAÚJO**  
Secretário de Saúde de Porto Velho

## ANEXO V



### PREFEITURA MUNICIPAL DE PORTO VELHO11 SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PLANEJAMENTO REPRODUTIVO



#### SOLICITAÇÃO E AUTORIZAÇÃO PARA CONTRACEPÇÃO CIRÚRGICA ALTERAÇÃO PELA Lei nº 14.443 de 02/09/2022

Eu \_\_\_\_\_ Data de Nascimento: \_\_/\_\_/\_\_ Idade: \_\_\_\_ Cartão SUS nº \_\_\_\_\_, RG nº \_\_\_\_\_, nos termos da Lei nº 9.263 de 12/01/1996, com alterações através da Lei nº 14.443 de 02/09/2022, voluntariamente, desejo submeter-me à contracepção cirúrgica, sobre a qual fui devidamente esclarecido(a).

Minha decisão foi tomada após ter recebido orientações sobre os métodos anticoncepcionais existentes e saber que:

1. Existem e estão disponíveis outros métodos anticoncepcionais reversíveis, os quais me foram oferecidos.
2. Este é um ato cirúrgico, que envolve risco e desconforto como qualquer cirurgia.
3. Este é um método anticoncepcional de difícil reversão, cuja cirurgia não é ofertada pelo SUS.
4. Mesmo sendo considerado um método definitivo, ocasionalmente pode falhar (de 0,5 à 1,0% para laqueadura e 1 a cada 2000 cirurgias para vasectomia), não sendo esse fato atribuído ao profissional ou técnica utilizada no procedimento.
5. Mesmo manifestando desejo pela realização de contracepção cirúrgica, a qualquer momento e sem necessidade de dar nenhuma explicação posso revogar o consentimento para a realização do procedimento e ter o processo finalizado.
6. Declaro ainda não ter dúvidas quanto ao procedimento cirúrgico ao qual serei submetido(a), e no caso da cirurgia de ( ) LAQUEADURA ( ) VASECTOMIA, recebi ainda orientações gerais sobre o pré/intra/pós-operatório.

\_\_\_\_\_  
Assinatura ou digital direita do(a) paciente

\_\_\_\_\_  
Assinatura ou digital direita da testemunha

#### DADOS DO PACIENTE

Idade: \_\_\_\_\_ Escolaridade: ( ) Não Alfabetizado ( ) E. Fundamental ( ) E. Médio ( ) E. Superior

Raça: ( ) Branco ( ) Pardo ( ) Preto ( ) Amarelo ( ) Indígena

Gestações: \_\_\_\_ Para: \_\_\_\_ Aborto: \_\_\_\_ Cesárias: \_\_\_\_ Não se aplica ( )

Nº de Filhos: \_\_\_\_\_ Idade dos Filhos (mais velho): \_\_\_\_\_ (mais novo): \_\_\_\_\_

Métodos utilizados e seus efeitos: \_\_\_\_\_

Comorbidades: \_\_\_\_\_

Riscos reprodutivos: \_\_\_\_\_

Profissional de Saúde responsável pelas orientações do Planejamento Reprodutivo e oferta de métodos contraceptivos reversíveis:

\_\_\_\_\_  
Nome e carimbo do profissional

#### DOCUMENTOS PARA CIRURGIA

1 CÓPIA DE:

\* RG, CPF e CARTÃO DO SUS (PACIENTE);

\* RG e CPF DA TESTEMUNHA;

\* REGISTRO DE NASCIMENTO DE PELO MENOS 2 FILHOS VIVOS;

\* COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA (ATUALIZADO);

\* OBRIGATÓRIO A ASSINATURA DO SOLICITANTE!

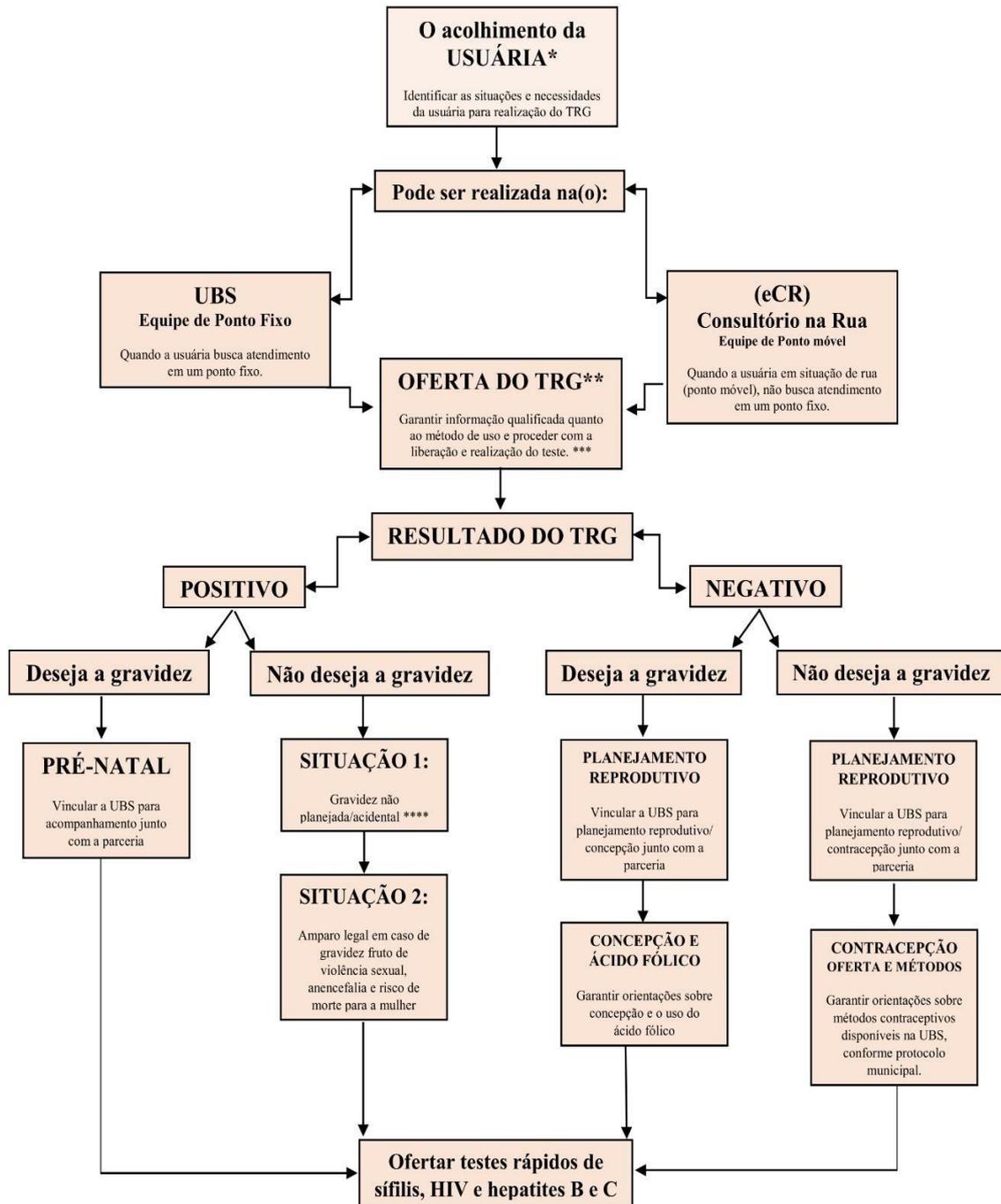
Porto Velho / RO, \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

#### IMPORTANTE:

- a) Em caso de dúvidas, faça os questionamentos ao profissional de saúde que está prestando atendimento, não fique com receio de realizar qualquer pergunta.
- b) Existe prazo mínimo entre a manifestação por escrito do desejo pela laqueadura/vasectomia, sendo estipulado pela lei em 60 dias. Assim, o agendamento do procedimento será feito após esse prazo.
- c) Mesmo realizando laqueadura ou vasectomia, continue utilizando preservativo, pois esse é o único meio indicado para prevenir doenças sexualmente transmissíveis.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A - FLUXO DE ATENDIMENTO À MULHER NA REALIZAÇÃO DE TESTE RÁPIDO DE GRAVIDEZ NA AB



Fonte: Adaptado do fluxograma de acolhimento e oferta do Teste Rápido de Gravidez do Ministério da Saúde, 2014. Elaborado pela: Secretaria Municipal de Saúde de Porto Velho – Rondônia. Coordenação de Saúde da Mulher, 2022.

As informações complementares quanto a implantação do serviço, serão detalhadas em nota informativa específica.

