



Atenção Primária à Saúde

CICLOS DE VIDA

GUIA RÁPIDO **PRÉ-NATAL**



**Saúde
Pública**
Carioca

 **Rio**
PREFEITURA

SUS 



Atenção Primária à Saúde

CICLOS DE VIDA

GUIA RÁPIDO **PRÉ-NATAL**

Versão Profissional
Série F. Comunicação e Educação em Saúde
3.^a Edição

Rio de Janeiro/RJ
2022

Prefeito da Cidade do Rio de Janeiro

Eduardo Paes

Secretário Municipal de Saúde

Daniel Soranz

Subsecretário Executivo

Rodrigo Prado

**Subsecretária de Promoção, Atenção Primária
e Vigilância em Saúde**

Ana Luiza F. R. Caldas

Superintendente de Integração de Áreas de Planejamento

Larissa Cristina Terrezo Machado

Superintendente de Promoção da Saúde

Denise Jardim de Almeida

Superintendente de Vigilância em Saúde

Márcio Garcia

Superintendente de Atenção Primária

Renato Cony Seródio

Coordenadora das Linhas de Cuidado dos Ciclos de Vida

Aline Rodrigues de Aguiar

Gerência da Área Técnica de Saúde da Mulher

Claudia Dames de Arruda Lavelle

**Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)**

Guia rápido pré-natal : atenção primária à saúde / coordenação técnica Aline Gonçalves Pereira, Aline Rodrigues de Aguiar. -- 3. ed. -- Rio de Janeiro : Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2022.

Vários autores.

Vários colaboradores.

Bibliografia.

ISBN 978-65-86417-21-0

1. Atenção Primária à Saúde (APS) 2. Cuidados pré-natais — Guias 3. Saúde pública — Rio de Janeiro (RJ) 4. SUS (Sistema Único de Saúde) I. Pereira, Aline Gonçalves. II. Aguiar, Aline Rodrigues de.

22-139568

CDD-618.24

NLM-WQ-175

Índices para catálogo sistemático:

1. Pré-natal : Cuidados : Guias : Obstetrícia : Medicina 618.24

Henrique Ribeiro Soares — Bibliotecário — CRB-8/9314

Coordenação Técnica

Aline Gonçalves Pereira
Aline Rodrigues de Aguiar

Elaboração

Aline Furtado
Aline Gonçalves Pereira
Carolina Ennes
Danielle Cristina Lourenço dos Santos Pastura
Livia de Souza Câmara

Colaboração

Aline Emiliania Pires da Silva
Ana Carolina Muniz Mangueira
Ana Paula Barbosa
Anderson Martins da Rocha
Anderson Santana de Oliveira
Ângela Fernandes Leal da Silva
Emanuelle Pereira de Oliveira Corrêa
Érico Eduardo Ribeiro de Souza
Fátima Penso
Gustavo Magalhães
Katlin Darlen Maia
Kelly Curitiba

Livia Esteves Reis
Lucas Galhardo
Márcia Vieira
Maykeline dos Santos Leite
Paula de Souza Carneiro
Rita Helena Borret

Revisão Técnica

Carolina Ennes
Julia Lima Bezerra

Assessoria de Comunicação Social da SMS-Rio

Paula Fiorito
Cláudia Ferrari
Clarissa Mello
Patrícia Avolio

Capa

Luciano Freitas

Projeto Gráfico

Aluisio Bispo

Diagramação

Sandra Araujo

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Classificação do risco do uso de medicamentos durante a gestação de acordo com a categorização por letras	16
Quadro 2	Protocolos de indução de amamentação usados por pessoas com ovários e mamas que não gestaram, mas têm o desejo de amamentar	57
Quadro 3	Antibioticoterapia no tratamento da infecção do trato urinário baixa em gestantes	63
Quadro 4	Dimensões da bolsa de borracha do manguito para diferentes circunferências de braço	66
Quadro 5	Fatores de correção da PA medida com manguito adulto padrão (13cm de largura e 30cm de comprimento, de acordo com a circunferência do braço do paciente	67
Quadro 6	Anti-hipertensivos recomendados para uso na gestação	69
Quadro 7	Medicamento de primeira linha para manejo da crise hipertensiva na gestante	72
Quadro 8	Manifestações clínicas da sífilis adquirida, de acordo com o tempo de infecção, evolução e estágios da doença	79
Quadro 9	Tratamento de sífilis	80
Quadro 10	Indicação de exames laboratoriais de acompanhamento	83
Quadro 11	Interpretação e conduta mediante sorologias para toxoplasmose	90
Quadro 12	Diagnóstico diferencial dengue versus Zika versus Chikungunya	101
Quadro 13	Exames laboratoriais recomendados	102
Quadro 14	Exames laboratoriais de rotina e periodicidade de solicitação durante o acompanhamento do pré-natal na APS	109
Quadro 15	Recomendação para ganho de peso gestacional semanal e total (kg) para menores de 19 anos, segundo o Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional ou inicial	112

Quadro 16	Avaliação do estado nutricional da gestante acima de 19 anos	113
Quadro 17	Esquema vacinal durante a gestação	117
Quadro 18	Lista de materiais para realização de parto na APS	124
Quadro 19	Contracepção para mulheres que estão amamentando	127
Quadro 20	Principais dificuldades e seu manejo	130
Quadro 21	Tipos de abortamento	134

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Fluxograma para atraso menstrual na APS	19
Figura 2	Técnica de medida da altura uterina	33
Figura 3	Curva da uterina por idade gestacional em gestantes	34
Figura 4	Manejo da hormonização em pessoas transmasculinas com desejo de gestar ou com gestação em curso	56
Figura 5	Fluxograma para rastreamento e diagnóstico do diabetes na gravidez	74
Figura 6	Fluxograma para suspeita e diagnóstico da tuberculose em gestantes	99
Figura 7	Cálculo do estado nutricional da gestante	115
Figura 8	Mulher amamentando com posicionamento adequado	129
Figura 9	Criança mamando com boa pega	129

SUMÁRIO

SOBRE ESTE GUIA	12
CONTEXTUALIZAÇÃO	12
A atenção à assistência ao pré-natal, parto e puerpério no MRJ	12
CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO	14
ACOMPANHAMENTO LONGITUDINAL DO PRÉ-NATAL NA APS	15
USO DE MEDICAMENTOS NA GESTAÇÃO.....	16
ATRASO MENSTRUAL	17
Indicações do TIG	17
CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL	20
Dez pontos importantes na estratificação de risco.....	20
Fatores de risco que devem ser manejados pela APS.....	21
Fatores de risco que devem ser manejados na APS com apoio especializado (NASF-AB) ou encaminhados para nível secundário, via SISREG (policlinicas e maternidades de média complexidade).....	22
Fatores de risco que devem ser manejados na APS e encaminhados para o pré-natal de alto risco estratégico, via SER (apenas até 36 semanas).....	23
Fatores de risco que necessitam de encaminhamento à emergência via Vaga Zero.....	24

CALENDÁRIO DE CONSULTAS	26
Primeira consulta (idealmente até a 12ª semana)	27
Consultas seguintes até a 20ª semana	31
Consultas da 21ª a 28ª semana	35
Consultas da 28ª a 34ª semana	38
Consultas da 34ª a 36ª semana	40
Consultas a partir da 36ª até a 40ª semana	42
Consultas a partir da 40ª a 41ª semana e 3 dias	45
 PRÉ-NATAL DA PARCERIA	 47
 GESTANTES QUE TRANSFEREM SEU CUIDADO PRÉVIO A UMA NOVA EQUIPE DE APS	 48
 ACONSELHAMENTO SOBRE O ESTILO DE VIDA	 49
 ABORDAGEM INTEGRAL E CUIDADOS ESPECÍFICOS DE MULHERES LÉSBICAS E BISSEXUAIS E PESSOAS TRANSMASCULINAS	 52
Mulheres lésbicas e bissexuais.....	52
Pessoas transmasculinas	53
Amamentação para pessoas que não gestaram	57
 MANEJO DE SINAIS E SINTOMAS COMUNS NA GESTAÇÃO	 58
Pirose, náuseas e vômitos	58
Constipação.....	59

Hemorroidas	60
Varizes e dor nas pernas.....	61
Dor lombar.....	61
Infecção urinária: tipos e condutas	62
Bacteriúria assintomática (BA).....	62
Cistite Aguda	62
Infecção urinária de repetição	64
Pielonefrite.....	64
Anemia	65
MANEJO DE SITUAÇÕES ESPECIAIS NA GESTAÇÃO	66
Síndrome hipertensivas na gestação	66
Diabetes na gestação	73
Prevenção da transmissão vertical durante a gestação	77
Sífilis na gestação	78
MANEJO DE SITUAÇÕES DE MAIOR COMPLEXIDADE NA GESTAÇÃO	83
HIV	83
Hepatite B	85
Hepatite C	87
HTLV	88
Toxoplasmose.....	88
Doença Falciforme (DF) na gestação.....	94

Asma na gestação	96
Tuberculose	97
Tuberculose TMDR.....	100
Arboviroses	100
Trombose Venosa Profunda (TVP).....	103
SAÚDE MENTAL	105
SOLICITAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS DE ROTINA.....	109
SOLICITAÇÃO DE ULTRASSONOGRAFIA.....	111
MANEJO NUTRICIONAL NA GESTAÇÃO	112
IMUNIZAÇÃO	116
SAÚDE BUCAL DA GESTANTE	120
Atendimento odontológico da gestante por trimestre de gestação	121
Medicamentos	122
GESTANTE EM TRABALHO DE PARTO NA APS	123
Exame físico	123
Como identificar o trabalho de parto	123
Materiais.....	124

PUERPÉRIO.....	125
Frequência de consultas.....	125
ALEITAMENTO MATERNO	128
Técnica de amamentação.....	129
Dificuldades na amamentação.....	130
Retorno da mãe ao trabalho	133
ABORTAMENTO	134
Planejamento reprodutivo pós-abortamento.....	136
Ameaça de parto prematuro	136
ABORTO LEGAL	136
ADOÇÃO	137
SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA	139
Definição.....	139
O papel da APS no enfrentamento à violência obstétrica.....	139
Ouvidoria para violência Obstétrica.....	140
DIREITOS DA GESTANTE	141
Leis trabalhistas de apoio à amamentação.....	141
Licença Maternidade.....	141

15 dias de amamentação	142
Direitos dos Pais	142
BENEFÍCIO RIOCARD.....	143
A VISITA CEGONHA.....	143
REFERÊNCIAS.....	144

SOBRE ESTE GUIA

Este documento representa o posicionamento da área técnica da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio) e objetiva orientar a assistência às mulheres e suas famílias no episódio de cuidado do pré-natal, parto e puerpério, com ênfase na Atenção Primária à Saúde (APS). A condução deste caminho terapêutico depende, principalmente, dos profissionais das Unidades de Atenção Primária (UAP) que desempenham o cuidado pré-natal e puerperal, (re)conhecendo as particularidades do território e o contexto cultural em que essas mulheres estão inseridas. Em caso de condutas divergentes daquelas preconizadas neste guia, recomenda-se o devido registro no prontuário.

CONTEXTUALIZAÇÃO

A ATENÇÃO À ASSISTÊNCIA AO PRÉ-NATAL, PARTO E PUERPÉRIO NO MRJ

Em 2011, o Ministério da Saúde (MS) institui no âmbito do SUS a Rede Cegonha como uma estratégia que visa fortalecer a garantia da assistência de qualidade, segura e humanizada para todas as mulheres durante o pré-natal, parto e puerpério, bem como, assegurar às crianças o nascimento seguro e o crescimento e desenvolvimento saudáveis até os dois primeiros anos de vida. A estratégia tem como objetivo central estruturar e organizar a atenção à saúde materno-infantil no país, com vistas a incidir na redução das taxas de mortalidade materna e infantil.

As estratégias para melhora desses indicadores necessitam de mudanças assistenciais e organizacionais dos diferentes serviços de saúde que compõem a Rede de Atenção à Saúde e que devem trabalhar em sintonia, de modo a garantir cuidado e assistência integral. Nessa perspectiva, o município do Rio de Janeiro (MRJ) implantou, de maneira pioneira, o programa Cegonha Carioca na cidade. Por meio do programa, as gestantes devem ter o acesso garantido para início do pré-natal nas unidades de atenção primária de maneira precoce, idealmente até a 12ª semana de gravidez, e pode ser feito com consulta médica e de enfermagem intercaladas. Frente às mudanças do perfil das gestantes, do risco habitual para alto risco, o encaminhamento para o serviço especializado deve ser orientado e discutido junto à gestante. Os registros da atenção pré-natal devem ser completos e estruturados, com todas as informações contidas no prontuário e no cartão de pré-natal da gestante, que é uma importante ferramenta para a coordenação do cuidado.

As maternidades de referência são dimensionadas por território, com base na densidade populacional e na distância. Todas as gestantes que realizam o pré-natal em uma Unidade de Atenção Primária do município do Rio de Janeiro ficam sabendo, antes do parto, em qual maternidade terão seus bebês, e têm a oportunidade de visitar o local. Além disso, participam de ações educativas e, ao final da visita, as gestantes recebem o enxoval Cegonha.

O Cegonha Carioca está presente em todas as fases da gestação, inclusive no momento do parto. Quando chega a hora do parto, a gestante conta com o transporte Cegonha, uma ambulância exclusiva que busca a gestante em casa e a leva até a maternidade. Quando a gestante chega na maternidade é recebida por uma equipe treinada e acolhedora, que irá acompanhá-la durante toda a sua permanência na unidade. Ela também tem o direito de escolher um acompanhante para estar ao seu lado durante e após o parto.

A Atenção Primária à Saúde (APS) articula-se como o centro de comunicação entre os outros serviços da rede. Desta maneira, as equipes da atenção primária devem monitorar o pós-alta, por meio de informações dos familiares ou contato direto com a maternidade. Essa ação visa ao planejamento dos profissionais da APS para organizar a visita domiciliar pelo Agente Comunitário de Saúde (ACS) e a assistência no período puerperal e da criança pelo enfermeiro ou médico. A primeira consulta deve ocorrer, idealmente, na primeira semana pós-alta, a fim de oportunizar a avaliação clínica da mulher e a coleta do teste do pezinho em tempo hábil até o quinto dia do recém-nascido, podendo ocorrer pela consulta individual na UAP ou por meio da assistência domiciliar.

É importante ressaltar que não existe alta do pré-natal. A sua conclusão ocorre na segunda consulta puerperal, 45 dias após o parto. Portanto, os profissionais das unidades de atenção primária devem garantir a continuidade do acompanhamento da mulher e do recém-nascido, dando maior atenção nesse período às questões relacionadas à maternidade e possíveis complicações, à sexualidade, ao planejamento familiar, à autoestima, ao apoio familiar, entre outros fatores que necessitem de manejo e suporte em cada caso pela APS carioca.

CENÁRIO EPIDEMIOLÓGICO

O enfrentamento da mortalidade materna é um desafio global para o sistema de saúde e para a sociedade. Os óbitos maternos são eventos traçadores que desvelam a desigualdade no acesso aos serviços de saúde e a baixa qualidade da assistência para as mulheres durante o pré-natal, o parto e o puerpério, mas, também, está fortemente ligado às fragilidades do planejamento familiar, em especial no risco reprodutivo. Os óbitos maternos são evitáveis em 90% dos casos, e sua ocorrência é majoritariamente em países em desenvolvimento, como é o caso do Brasil (Brasil, 2022a).

Por sua magnitude, os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS) incluem, em suas metas, a redução da mortalidade materna global, sendo inferior a 70 mortes por 100.000 nascidos vivos. O Brasil se comprometeu a reduzir para menos de 30 óbitos maternos por 100.000 nascidos vivos até 2030 (Brasil, 2022b). Esse cenário torna-se ainda mais desafiador se somado à síndrome de covid-19.

Os óbitos maternos podem ser classificados em diretos (complicações obstétricas que ocorrem durante a gestação, parto e puerpério, provocadas por lacunas de cuidado, qualidade da assistência ou tratamento incorreto); e indiretos (estão relacionados com agravos pré-existentes à gestação ou desenvolvem-se durante a gravidez e agravam-se pelos efeitos fisiológicos, após excluir as causas obstétricas diretas). Do ponto de vista da APS, os óbitos obstétricos diretos são sensíveis de serem mitigados e passíveis de sua evitabilidade quando ofertada uma assistência de qualidade. Dentre as causas obstétricas diretas, predominam **a hipertensão, a hemorragia, a infecção puerperal e o aborto**.

O perfil da mortalidade materna relaciona-se diretamente com as características demográficas e socioeconômicas (idade, raça, estado civil, escolaridade e padrão social e econômico). No Brasil, estima-se que no ano de 2020 ocorreram 1.041 óbitos maternos de causas diretas, destes, 56% ocorreram em mulheres com 30 anos e mais. Nesse mesmo período, os dados apontam que 65% dos óbitos maternos foram em mulheres negras, 54% de pardas e 12% de pretas. Somente 13% das mulheres que faleceram por causas maternas possuía 12 anos ou mais de escolaridade, e 30% era casada (Boletim Epidemiológico n.º 20). Isso significa que a mortalidade materna relaciona-se fortemente entre mulheres das classes sociais com menor ingresso e acesso aos bens sociais. Por fim, é necessário avançarmos na prevenção da morte materna e na oferta de serviços de qualidade em uma rede integrada, de maneira que se possa evitar a perda de tantas vidas.

ACOMPANHAMENTO LONGITUDINAL DO PRÉ-NATAL NA APS

- O acompanhamento deve ser iniciado precocemente (idealmente até 12 semanas), sendo este um indicador de qualidade do cuidado pré-natal. Deve-se realizar consultas mensais até 28 semanas, quinzenais até 36 semanas, e semanais até o parto e o nascimento. Não existe evidência de que o número de consultas isoladamente determina a qualidade do pré-natal. A cada consulta: avaliar queixas e risco, verificar pressão arterial (PA), peso, altura uterina, batimentos cardíacos fetais (BCF), movimentos fetais, exames solicitados, tratamentos instituídos e sua adesão.
- Os profissionais que são responsáveis pelo acompanhamento da gestante durante o pré-natal devem manter atualizadas as informações na caderneta da gestante e no prontuário eletrônico a cada contato com a gestante.
- Todos os membros das equipes devem se envolver no cuidado à gestante. Idealmente, as consultas subsequentes devem ser intercaladas entre enfermeiro e médico, direcionado por uma gestão integrada do cuidado de cada gestante do seu território.
- Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) devem realizar visitas domiciliares, no mínimo mensais, à gestante de risco habitual, e semanais à gestante de alto risco, devendo haver individualização dos casos conforme estabelecido pela equipe técnica. A busca ativa de gestantes faltosas para o acompanhamento do pré-natal deve ser realizada pelo ACS.
- Os profissionais do Núcleo Ampliado de Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) podem atuar por meio de atendimento individual ou compartilhado, quando necessário. O NASF-AB tem papel fundamental no apoio às situações de maior vulnerabilidade socioeconômica, vínculo familiar fragilizado, não aceitação da gravidez, quadros de depressão e violência doméstica, preparação para o parto normal e queixas posturais.
- O espaço da reunião de equipe pode favorecer a atuação interdisciplinar entre os membros da equipe (enfermeiro, médico, técnico de enfermagem, ACS, equipe de Saúde Bucal e NASF-AB) por meio da revisão da listagem de gestantes, discussão de caso, colaboração entre os profissionais nas ações de cuidado e planejamento junto às intervenções.
- O racismo é um importante determinante social, podendo influenciar na ocorrência de problemas de saúde. Os profissionais devem ficar atentos, em especial às gestantes negras que, além de apresentar algumas peculiaridades de ordem biológica, também são afetadas pelas desigualdades socioeconômicas, étnico-raciais e de gênero.

USO DE MEDICAMENTOS NA GESTAÇÃO

A utilização de fármacos na gestação deve ser sempre feita de forma criteriosa, levando-se em consideração a avaliação dos riscos e benefícios para cada droga.

A classificação proposta pelo Food and Drug Administration (FDA), adotada neste protocolo, enquadra os fármacos em cinco categorias, de acordo com o risco para o uso na gestação, conforme explicitado no quadro a seguir. No decorrer deste guia, a classificação de cada medicamento citado encontra-se entre parênteses, após o nome do medicamento.

Quadro 1. Classificação do risco do uso de medicamentos durante a gestação de acordo com a categorização por letras.

CLASSIFICAÇÃO	DESCRIÇÃO	DETALHAMENTO
A	Sem risco	Não foram constatados riscos para o feto em ensaios clínicos cientificamente desenhados e controlados.
B	Não há evidência de risco	Estudos com animais de laboratório não demonstraram risco fetal (mas não existem estudos adequados em humanos) OU estudos em animais indicaram riscos, mas estes não foram comprovados em estudos devidamente controlados em humanos.
C	Riscos não podem ser descartados	Estudos em animais de laboratório revelaram efeitos adversos ao feto, não existindo estudos em humanos OU medicamentos para os quais não existem estudos disponíveis.
D	Evidência positiva de risco	A experiência de uso na gestação mostrou associação com o surgimento de malformações, embora possa ser utilizado se a relação risco-benefício for favorável.
X	Contraindicados na gestação	Medicamentos associados a anormalidades fetais em estudos com animais e em humanos E/OU cuja relação risco x benefício contraindica seu uso na gravidez.

Fonte: Brucker MC, King TL. The 2015 US Food and Drug Administration Pregnancy and Lactation Labeling Rule. J Midwifery Womens Health. 201;62(3):308-16.

ATRASSO MENSTRUAL

A mulher que está em suspeita de gravidez deve ter o acesso oportunizado, sem a necessidade de agendamento. A equipe deverá realizar aconselhamento pré-teste, avaliando seus anseios e sentimentos em relação ao possível diagnóstico de gestação. O diagnóstico da gravidez pode ser realizado por meio da testagem de amostra de urina com fita, nomeado como Teste Imunológico da Gravidez (TIG), ou por meio de ausculta de batimentos cardíofetais (BCF) no exame físico.

INDICAÇÕES DO TIG

O TIG é indicado para mulheres em idade fértil que apresentem atraso menstrual. Para a realização do teste deve-se levar em consideração as orientações do fabricante e o tempo de atraso menstrual, sendo geralmente igual ou superior a sete dias.

Algumas perguntas norteadoras que podem ser utilizadas:

- Há desejo de engravidar?
- Usa método contraceptivo? Se sim, qual?
- Qual foi a data da última menstruação?
- Quando ocorreu a última relação sexual? — Em caso de TIG negativo e relação sexual até 5 dias, oferecer contracepção de emergência para mulheres que não têm desejo de engravidar.
- A relação foi com ou sem consentimento? — Em caso de não consentimento, iniciar atendimento voltado para pessoa em situação de violência sexual.

Com a confirmação ou não de diagnóstico de gestação, a equipe deve oferecer as testagens rápidas para HIV, sífilis e hepatites B e C, sendo um momento oportuno para a detecção e o manejo precoce de IST pela atenção primária.

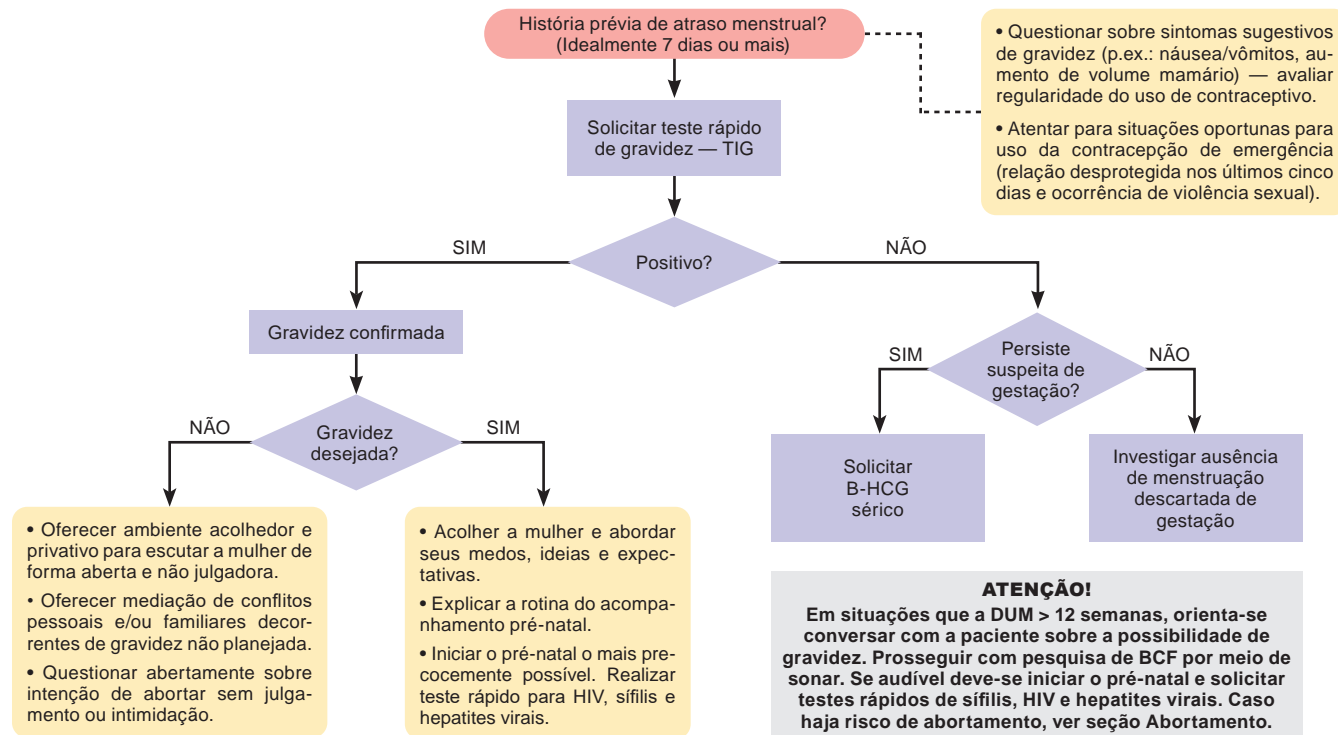
- Mulheres com resultado negativo devem ser abordadas quanto ao seu desejo ou não de engravidar. Deste modo, mulheres com desejo de engravidar devem ter aconselhamento pré-concepcional, com avaliação de risco gestacional, orientações quanto aos cuidados de saúde nutricional, bem como a suplementação com ácido fólico 0,4mg/dia (A), iniciada idealmente três meses antes do início da gestação — recomendação mínimo de 30 dias antes e uso até o final do primeiro trimestre.
- Mulheres que não desejam engravidar devem ser encorajadas a iniciar ou ajustar o método contraceptivo que está em uso. Nenhuma mulher deve receber o resultado sem aconselhamento pós-teste.
- Mulheres com resultado de TIG reagente ou ausculta de BCF, o diagnóstico de gestação está confirmado. Orienta-se que a equipe inicie o primeiro atendimento de pré-natal no mesmo dia do diagnóstico.

ATENÇÃO!

- Os profissionais devem orientar situações em que o aborto é permitido por lei e sobre possibilidade de adoção. Mulheres que não desejam manter a gestação, a equipe deve respeitar o direito ao sigilo e o seu desejo de não iniciar o pré-natal.
- Aconselhar a mulher a conversar com uma pessoa de confiança e oferecer cuidado e a possibilidade de mediação de conflitos. Verificar vulnerabilidades sociais e familiares, orientando a mulher.
- Orientar a mulher sobre os riscos de práticas inseguras de interrupção da gravidez (hemorragia, infecção, perfuração uterina, infertilidade e morte). Veja mais informações no QR Code ao lado.



Figura 1. Fluxograma para atraso menstrual na APS.



Infertilidade: Deve-se suspeitar de infertilidade quando o casal está em tentativa regular há, pelo menos, um ano e sem uso de métodos contraceptivos, sendo necessária avaliação clínica para investigação das possíveis causas e encaminhamento à consulta de especialidade, caso necessário.

CLASSIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

A avaliação e a classificação do risco gestacional deve ser um processo contínuo ao longo do acompanhamento pré-natal. Devem ser iniciadas no momento do diagnóstico da gestação e reavaliadas a cada consulta, e, caso apresente algum fator de risco, deverá ser referenciada de acordo com fluxos pré-estabelecidos. As gestantes negras (pretas e pardas) têm vulnerabilidade aumentada em relação aos agravos, ao acesso aos serviços e aos indicadores socioeconômicos, apresentando maior risco para o desenvolvimento de hipertensão, pré-eclâmpsia, diabetes e complicações no parto e pós-parto.

DEZ PONTOS IMPORTANTES NA ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO.

1. Não há alta da gestante da Atenção Primária à Saúde. A gestante deve ser acompanhada periodicamente pela equipe da APS (agentes comunitários de saúde, técnicos de enfermagem, enfermeiros e médicos) do território em que ela está adscrita, independentemente do seu perfil de risco.
2. A estratificação de risco é contínua e deve ser realizada em todos os atendimentos com a gestante.
3. O compartilhamento do cuidado da gestante com as equipes especializadas pode ocorrer em qualquer momento do pré-natal. A partir da identificação de risco, o compartilhamento desse cuidado deve ser solicitado, independentemente de estar no início da gravidez ou próximo ao parto.
4. A estratificação do risco é absoluta. Isso quer dizer que predomina o critério relacionado ao maior risco e, uma vez diagnosticada a gestante como de maior risco para complicações, ela não volta a ser de risco habitual nessa gestação.
5. A comunicação adequada entre as equipes assistenciais no compartilhamento do cuidado é fundamental para o sucesso do seguimento da gestante de risco. As equipes envolvidas na assistência devem atuar como uma única equipe, e, para tanto, devem buscar manter claros, ágeis e úteis os canais de comunicação de dupla via, assim como a comunicação deve ser qualificada de maneira que tanto a APS como a atenção especializada possam se apoiar na condução dos casos.
6. As gestantes de risco intermediário poderão ser acompanhadas na APS com suporte de especialistas focais na rede.

7. Quanto maior o número de fatores de risco, maior o risco obstétrico individualizado. Há uma sinergia entre os fatores de risco, portanto, a combinação de vários fatores de risco intermediários ou de alto risco aumentam a complexidade da situação, implicando maior vigilância e cuidado.
8. Fatores de risco sociais exigem ações intersetoriais. Fatores de risco como vulnerabilidade social, situação de rua, violência doméstica e de gênero e uso de drogas são fatores de enfrentamento difícil e exigem atenção redobrada das equipes, além de ações conjuntas com setores da educação, assistência social, economia e justiça, entre outros.
9. Identificar as mulheres com maior risco obstétrico reduz a mortalidade materna e perinatal. Embora a maior parte dos óbitos maternos ocorra em mulheres sem antecedentes de risco obstétrico, a mortalidade materna e perinatal é proporcionalmente maior nas mulheres com risco identificado e, assim, a estratificação de risco no pré-natal permite reduzir as demoras na identificação e no manejo das condições associadas à morte materna.
10. As situações de urgência e emergência obstétrica requerem assistência imediata. Portanto, a equipe deve avaliar a gestante na UAP, estabilizá-la e solicitar remoção via Vaga Zero.

FATORES DE RISCO QUE DEVEM SER MANEJADOS PELA APS

- Raça/cor preta, parda e indígena, imigrantes ou refugiadas, privadas de liberdade, adolescentes, situação de rua, de baixa escolaridade, dentre outras situações de vulnerabilidade;
- Idade < 15 ou > 35 anos;
- Fatores de risco ocupacionais;
- Situação familiar/conjugal insegura;
- Altura < 1,45m;
- Baixo peso, sobrepeso ou obesidade com peso < 140kg, sem comorbidades (ver seção Manejo Nutricional na Gestação);
- Ganho ponderal da gestante inadequado;
- Infecção urinária, incluindo os casos de repetição;

- Anemia carencial, com hemoglobina > 8g/dl;
- Tuberculose;
- História reprodutiva prévia de crescimento intrauterino restrito (CIUR), prematuridade, malformações, macrosomia, síndromes hemorrágicas ou hipertensivas, intervalo interpartal < 2 ou > 5 anos, nuliparidade ou multiparidade, cirurgia uterina anterior, duas ou mais cesarianas anteriores;
- Hematoma subcoriônico diagnosticado por ultrassonografia (USG).

FATORES DE RISCO QUE DEVEM SER MANEJADOS NA APS COM APOIO ESPECIALIZADO (NASF-AB) OU ENCAMINHADOS PARA NÍVEL SECUNDÁRIO, VIA SISREG (POLICLÍNICAS E MATERNIDADES DE MÉDIA COMPLEXIDADE)

- Hipertireoidismo e hipotireoidismo;
- Hipertensão Arterial Crônica (HAC) sem lesão em órgão-alvo;
- Diabetes Mellitus (DM) pré-gestacional, sem lesão de órgão-alvo e Diabetes Mellitus Gestacional (DMG);
- Pré-eclâmpsia — casos que, após avaliação na maternidade, via Vaga Zero, não necessitaram de internação hospitalar;
- Gestação múltipla;
- Placenta prévia;
- Polidramnia ou oligodramnia leve;
- História obstétrica prévia de antecedentes de abortamento espontâneo de repetição (> 2), suspeita de incompetência istmocervical (dois ou mais abortamentos tardios) ou cerclagem anterior (encaminhar até 12 semanas via SISREG, e de 12 a 16 semanas encaminhar via Vaga Zero para a emergência obstétrica), natimorto de causa ignorada, descolamento prematuro de placenta de causa ignorada, pré-eclâmpsia antes de 32 semanas, malformação uterina;

- Anemia carencial, com Hb < 8g/dl;
- Gestante alérgica à penicilina (Consulta em alergologia — dessensibilização gestantes);
- HIV (Consulta em infectologia — HIV/AIDS — gestante);
- Hepatites virais (Consulta em hepatologia — gestantes com hepatites virais);
- Toxoplasmose (Consulta em obstetrícia — infectologia).

FATORES DE RISCO QUE DEVEM SER MANEJADOS NA APS E ENCAMINHADOS PARA O PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO ESTRATÉGICO, VIA SER (APENAS ATÉ 36 SEMANAS)

- Cardiopatia materna (valvulopatias, arritmias, doença arterial coronariana, insuficiência cardíaca congestiva);
- Colagenoses ou doenças autoimunes (lúpus sistêmico, síndrome fosfolipídeo — exceto fibromialgia, artrite reumatoide);
- Doenças hematológicas (incluindo púrpura trombocitopênica, doença falciforme, talassemias, anemia severa — Hb < 8g/dl e púrpuras), exceto anemias carenciais;
- Nefropatias graves;
- Doença neurológica, incluindo epilepsia;
- Neoplasias malignas (qualquer localização);
- Pneumopatias (inclusive asma não controlada);
- Transplantadas;
- Patologias uterinas;
- Gemelar (sem comorbidades até 28 semanas) — somente gestação gemelar monocoriônica/monoamniótica ou com corionicidade desconhecida até 16 semanas;
- Aloimunização fetal (inserir resultado de coombs indireto);

- Peso maior que 140kg (incluir peso e altura);
- Doenças infectoparasitárias (exceto HIV, sífilis, toxoplasmose) — p.ex.: esquistossomose ou leishmaniose;
- Antecedentes de Trombose Venosa Profunda (TVP) ou embolia pulmonar;
- História familiar de cromossomopatias.

FATORES DE RISCO QUE NECESSITAM DE ENCAMINHAMENTO À EMERGÊNCIA VIA VAGA ZERO

- Hipertensão com Pressão Arterial (PA) $\geq 160 \times 110$ mmHg, independentemente de idade gestacional, com ou sem sinais e sintomas;
- Hipertensão com PA sistólica ≥ 140 mmHg ou diastólica ≥ 90 mmHg iniciada a partir de 20 semanas, independentemente do resultado de eventual teste de proteinúria em fita;
- Hipertensão com PA sistólica ≥ 140 mmHg ou diastólica ≥ 90 mmHg, independentemente da idade gestacional, sintomática (cefaleia severa, alterações visuais como escotomas, epigastralgia severa, vômitos, com ou sem proteinúria);
- Eclâmpsia;
- Crise convulsiva ou período pós-comicial;
- Período expulsivo / trabalho de parto;
- Prolapso de cordão;
- Ocorrência de parto fora do ambiente da maternidade (p.ex.: UAP ou domiciliar sem assistência);
- Idade gestacional ≥ 41 semanas e 3 dias;
- Queixa de ausência de movimentos fetais por mais de 12 horas, em gestação com mais de 26 semanas;
- Abortamento retido com confirmação de ausência de batimentos cardíofetais por ultrassonografia;

- Trabalho de abortamento (sangramento vaginal ativo, colo entreaberto ou dilatado, com ou sem dor);
- Hemorragia genital a partir de 20 semanas, confirmada após exame físico; suspeita ou confirmação de incompetência istmocervical — quando entre 12 a 16 semanas, encaminhar via Vaga Zero para a emergência obstétrica; se até 12 semanas, encaminhar via SISREG;
- Suspeita ou confirmação ultrassonográfica de gestação ectópica;
- Hipertonia uterina (tônus uterino aumentado de forma persistente);
- Perda de líquido amniótico confirmada por exame especular ou por diagnóstico de USG;
- Oligodramnia moderada ou severa;
- Suspeita de Crescimento Intrauterino Restrito (CIUR) confirmada pela ultrassonografia (peso fetal abaixo do percentil 10);
- Febre $\geq 38^{\circ}\text{C}$ associada a sinais e sintomas que indiquem infecção sistêmica;
- Suspeita ou confirmação de pielonefrite;
- Hiperêmese refratária aos tratamentos instituídos ou com sinais de desidratação;
- Hiperglicemia com alteração de nível de consciência, ou gestantes com diagnóstico recente de diabetes, não havendo tempo hábil para manejo segundo protocolo clínico; hipoglicemia $< 60\text{mg/dl}$ se associada à condição de risco (p.ex.: doença metabólica ou uso de insulina), acompanhada de sudorese, alteração do nível de consciência, visão turva, pulso anormal ou dispneia;
- Agudização de doença falciforme;
- Sintomas neuropsiquiátricos: letargia, confusão mental, alteração grave de comportamento, entre outros;
- Usuária vítima de violência com lesões graves ou com indicação de profilaxia pós-exposição;
- Dor torácica com suspeita de gravidade;
- Intoxicação exógena (overdose de drogas ilícitas, coma alcoólico, envenenamento ou superdosagem de medicação);

- Suspeita de trombose venosa profunda ou embolia pulmonar;
- Sinais sistêmicos ligados à ferida operatória ou sutura perineal com abscesso;
- Sangramento vaginal puerperal (lóquios) aumentado, associado a odor fétido, febre ou dor pélvica;
- Sinais de mastite grave ou abscesso mamário, febre ou necrose.

Ao identificar tais sinais ou sintomas em gestantes e puérperas, profissionais médicos e de enfermagem devem atuar na estabilização das pacientes de acordo com as condutas previstas, e então solicitar a avaliação na emergência e a ambulância no sistema a Vaga Zero com descrição detalhada do quadro clínico. No encaminhamento, tanto na plataforma como na versão impressa, devem estar descritos o quadro clínico detalhado e as medidas adotadas (p.ex.: administração de medicação, hidratação, acesso venoso periférico etc.).

CALENDÁRIO DE CONSULTAS

O Ministério da Saúde (MS) recomenda um número mínimo de 6 consultas durante o pré-natal, e não há evidências de que um número maior de consultas melhore os desfechos da gestação, porém aumenta a satisfação da gestante. O risco gestacional deve ser reavaliado a cada consulta subsequente. O intervalo entre as consultas deve levar em conta as questões individuais da gestante, podendo o intervalo entre as consultas estreitar conforme as necessidades de cada caso.

Como rotina de acompanhamento, recomenda-se: consulta mensal até a 28ª semana; bimensal até a 36ª semana; e semanal até o parto. No puerpério, preconiza-se minimamente duas consultas: uma preferencialmente até o 7.º dia pós-parto e outra até o 45.º dia.

Em todas as consultas é muito importante abordar as dúvidas e as preocupações da gestante e parceria, avaliar risco psicossocial, estimular a participação da parceria no pré-natal e orientar sobre os sinais de alarme e como proceder, caso aconteçam. Ofereça e realize teste rápido para HIV, sífilis, hepatites B e C na própria UAP, mesmo antes da primeira consulta.

PRIMEIRA CONSULTA (IDEALMENTE ATÉ A 12ª SEMANA)

TAREFAS	<ul style="list-style-type: none"> ■ Realizar o diagnóstico; ■ Acolher as expectativas da gestante, parceria e família em relação à gravidez; ■ Explorar vulnerabilidades socioeconômicas; ■ Investigar fatores de risco; ■ Estratificar risco gestacional; ■ Realizar exame físico; ■ Solicitar exames complementares; ■ Realizar testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites virais; ■ Fortalecer a capacidade de autocuidado.
LACUNAS DO CUIDADO	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ausência de registro do diagnóstico de gravidez com CID-10/CIAP ativos; ■ Ausência de registro do cálculo da Idade Gestacional (IG) e Data Provável do Parto (DPP); ■ Ausência de registro dos resultados do teste de gravidez, HIV, sífilis, e hepatites B e C; ■ Ausência de registro no prontuário de avaliação antropométrica, aferição de PA, altura uterina e BCF (a partir de 12 semanas); ■ Ausência de registro dos exames complementares: grupo sanguíneo e fator Rh (solicitar coombs indireto se Rh negativo); hemograma; glicemia de jejum; EAS e urinocultura; sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG); ■ Ausência de registro das vacinas em dia.

ORIENTAÇÕES SOBRE O QUE AVALIAR E COMO REGISTRAR**SUBJETIVO**

- Aceitação ou não da gravidez pela mulher, pela parceria e pela família, especialmente se for adolescente;
- Colher a DUM (data da última menstruação);
- Explorar rede de apoio familiar e comunitária e vulnerabilidade socioeconômicas;
- Antecedentes clínicos, ginecológicos, obstétricos e de aleitamento materno;
- Histórico nutricional (p.ex.: desnutrição, sobrepeso, carências nutricionais, outros);
- História pregressa ou atual de doença mental severa e tratamento psiquiátrico;
- Uso de álcool e outras substâncias psicoativas (lícitas e ilícitas);
- Tabagismo (número de cigarros por dia) e exposição à fumaça do cigarro;
- Ocupação habitual — esforço físico intenso, exposição a agentes químicos e físicos potencialmente nocivos à gestação, estresse;
- Presença de sintomas e queixas.

OBJETIVO

- Exame físico: contendo altura, peso e cálculo do Índice de Massa Corporal (IMC); aferição da pressão arterial, altura uterina, avaliação de edema dos MMII e registrar no gráfico de acompanhamento do cartão de pré-natal da gestante — curva de altura uterina e de IMC;
- Cálculo da IG e DPP;
- Status vacinal (ver seção Imunização);
- Resultados do teste de gravidez, HIV, sífilis, e hepatites B e C;
- Avaliar risco psicossocial;
- Avaliar risco gestacional.

ORIENTAÇÕES SOBRE O QUE AVALIAR E COMO REGISTRAR**AVALIAÇÃO**

- CID-10: Z321 — Gravidez confirmada; Z34 — Supervisão de gravidez normal; CIAP: W78 — Gravidez; W79 — Gravidez não desejada;
- Descrição na lista de problemas: presença de sintomas e queixas na gestação; risco gestacional ou fatores de risco.

PLANO

- Solicitar exames laboratoriais: grupo sanguíneo e fator Rh (solicitar coombs indireto se Rh negativo); hemograma; eletroforese de hemoglobina; glicemia de jejum; EAS e urinocultura; sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG); encaminhar para avaliação de saúde bucal; agendar ou realizar o pré-natal da parceria;
- Prescrição de ácido fólico 0,4mg até o final do primeiro trimestre e suplementação de ferro 40mg/dia até o fim da gravidez;
- Aconselhamento sobre estilo de vida;
- Alimentação e planejamento de ganho de peso;
- Colpocitológico, se indicado;
- Consulta de saúde bucal;
- Orientar sobre o desenvolvimento do bebê no decorrer da gestação;
- Orientar a maternidade de referência para atendimentos emergenciais e parto (nome, endereço e telefone da maternidade de referência devem ser anotados na caderneta da gestante);
- Informar direitos e benefícios legais da gestante;
- Agendar consulta subsequente.

Como calcular a IG e a DPP?

- Datação manual da IG pela DUM: somar todos os dias decorridos desde a data da última menstruação até a presente data e dividir o total por 7 — o resultado é apresentado em semanas e dias.
- A datação pela DUM pode ser considerada confiável se o primeiro dia da última menstruação for conhecido e se os ciclos eram regulares.
- Deve-se sempre correlacionar a IG encontrada com parâmetros clínicos: fundo uterino, ausculta dos batimentos cardíacos fetais a partir da 12ª semana com sonar e surgimento dos movimentos fetais (18 a 20 semanas).
- Não há indicação de ultrassonografia (USG) de primeiro trimestre de rotina para a obtenção da IG — esta deve ser solicitada se houver discrepância da IG com parâmetros do exame físico, ou se a DUM for desconhecida ou incerta.
 - Se USG for solicitada, correlacionar com a DUM.
 - USG confirma a DUM se esta cair dentro da margem de erro do exame.
 - A DUM deve ser desconsiderada se cair fora das margens de erro da USG (uma semana no primeiro trimestre e duas semanas no segundo trimestre).

Definição de DPP com base na DUM (regra de Neagele): definir o primeiro dia e o mês da última menstruação, acrescentar 7 dias e somar 9 meses (p.ex.: DUM: 03/02/2020; DPP: 10/11/2020).

ATENÇÃO: A correta definição da idade gestacional diminui a incidência de indução do parto por pós-datismo e a taxa de cesariana.

CONSULTAS SEGUINTES ATÉ A 20ª SEMANA

TAREFAS	<ul style="list-style-type: none"> ■ Avaliar, discutir e registrar os resultados dos exames complementares; ■ Investigar fatores de risco; ■ Estratificar risco gestacional; ■ Realizar exame físico; ■ Realizar a vacina DTPa com 20 semanas (ver orientações na seção Imunização); ■ Vigilância dos sinais de alerta; ■ Fortalecer a capacidade de autocuidado; ■ Envolvimento da parceria e família em relação à gravidez.
LACUNAS DO CUIDADO	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ausência de registro da estratificação do risco gestacional ou fatores de risco, se houver; ■ Ausência de registro da avaliação antropométrica, aferição de PA e altura uterina; ■ Ausência de registro dos exames complementares: grupo sanguíneo e fator Rh; hemograma; glicemia de jejum; EAS e urinocultura; sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG); ■ Ausência de registro das vacinas em dia.

ORIENTAÇÕES SOBRE O QUE AVALIAR E COMO REGISTRAR

SUBJETIVO

- Explorar novas queixas e demandas da gestante;
- Envolvimento da parceria e família em relação à gravidez.

ORIENTAÇÕES SOBRE O QUE AVALIAR E COMO REGISTRAR**OBJETIVO**

- Exame físico: altura, peso e cálculo do IMC; aferição da pressão arterial, altura uterina, avaliação de edema dos MMII e registrar no gráfico de acompanhamento do cartão de pré-natal da gestante — curva de altura uterina e de IMC, ausculta dos BCF (frequência esperada: 110bpm a 160bpm);
- Avaliar ganho ponderal da gestante;
- Avaliar risco gestacional e compartilhar o cuidado com a maternidade para gestantes de alto risco;
- Identificar e investigar fatores de risco;
- Avaliar sinais e sintomas de queixas na gestação;
- Resultados dos exames complementares: grupo sanguíneo e fator Rh; hemograma; glicemia de jejum; EAS e urino-cultura sorologia para toxoplasmose (IgM e IgG).

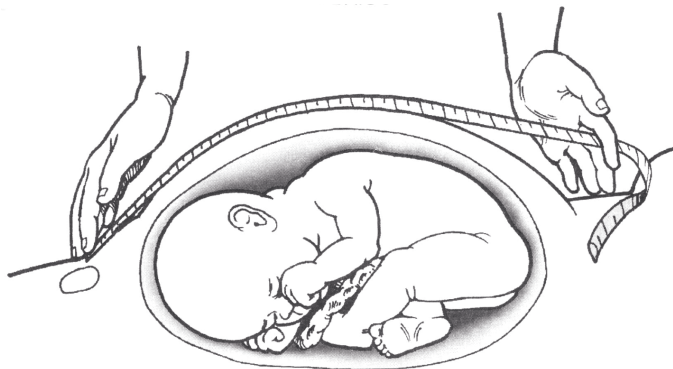
AVALIAÇÃO

- CID-10: Z321 — Gravidez confirmada; Z34 — Supervisão de gravidez normal; CIAP: W78 — Gravidez; W79 — Gravidez não desejada;
- Descrição na lista de problemas: presença de sintomas e queixas na gestação; risco gestacional ou fatores de risco.

PLANO

- Vigilância dos sinais de alerta (fortes dores de cabeça, visão embaralhada, ou enxergando pontos pretos; dor ou ardor ao urinar; sangramento ou perda de líquido pela vagina, mesmo sem dor; corrimento vaginal escuro; contrações fortes, dolorosas e frequentes, e febre de origem não conhecida);
- Monitorar ganho ponderal da gestante;
- Realizar vacina DTPa, se gestante com 20 semanas;
- Vigilância de situações de sofrimento psíquico;
- Vigilância de situações de violência doméstica;
- Agendar consulta subsequente.

Figura 2. Técnica de medida da altura uterina.



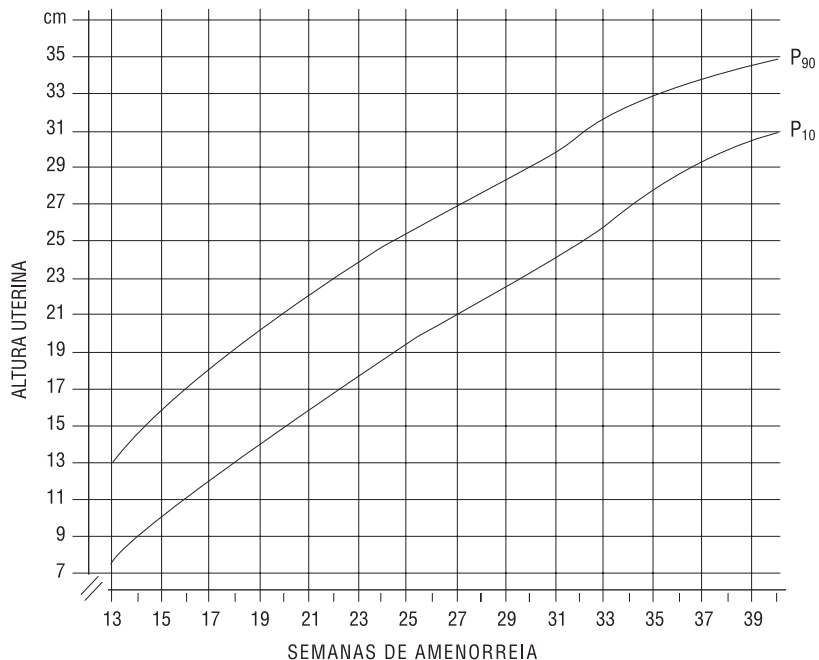
Fonte: Manual Técnico de Pré-natal e Puerpério, Ministério da Saúde, p. 56, 2006.

1. Solicitar o esvaziamento da bexiga e, em posição dorsal com os membros inferiores estendidos, proceda à palpação abdominal da gestante.
2. Estender a fita métrica do bordo superior da sínfise púbica ("ponto fixo") sobre a superfície mediana do abdome até o fundo uterino ("ponto móvel"), delimitado pela borda cubital da mão esquerda.
3. Anotar a medida em centímetros (cm) na caderneta da gestante e na curva de acompanhamento da altura uterina.

Observação: O fundo uterino é intrapélvico até cerca de 12 semanas e encontra-se na altura da cicatriz umbilical com 20 semanas. Entre 20 e 30 semanas espera-se correlação numérica do fundo uterino com a idade gestacional. A mensuração do fundo uterino, quando realizada de forma seriada, colabora com a avaliação da evolução da gravidez e com a identificação dos primeiros sinais de alterações no crescimento fetal (macrossomia ou restrição) ou na produção do líquido amniótico (oligodramnia e polidramnia).

IMPORTANTE: Em todas as consultas é muito importante abordar as dúvidas e as preocupações da gestante e parceria, avaliar risco psicossocial, estimular a participação da parceria no pré-natal e orientar sobre os sinais de alarme e como proceder caso aconteçam.

Figura 3. Curva da uterina por idade gestacional em gestantes.



Fonte: Manual técnico: Atenção ao pré-natal de baixo risco, Ministério da Saúde, 2013.

CONSULTAS DA 21ª A 28ª SEMANA

TAREFAS	<ul style="list-style-type: none"> ■ Realizar testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C; ■ Aferir pressão arterial, peso, registrar no gráfico de curva do IMC, e auscultar BCF; ■ Medir altura uterina e registrar no gráfico de acompanhamento do cartão de pré-natal da gestante — curva de altura uterina (a medida do fundo de útero corresponde à idade gestacional); ■ Identificar a situação e a apresentação fetal; ■ Checar a realização da DTPa (ver orientações na seção Imunização); ■ Solicitar exames: <ul style="list-style-type: none"> ■ TOTG 75g (com 3 dosagens) entre 24 e 28 semanas para gestantes cuja glicemia de jejum realizada nas primeiras 20 semanas gestacionais tenha tido resultado menor que 92mg/dl; ■ Coombs indireto para gestantes Rh negativas, a não ser que o pai biológico seja sabidamente Rh negativo — repetir de 4 em 4 semanas até o parto; ■ Sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM) para as gestantes soronegativas (IgG e IgM negativos no exame de primeiro trimestre). ■ Agendar visita Cegonha Carioca a partir da 28ª semana e orientar sobre a importância da visita.
LACUNAS DO CUIDADO	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ausência de registro sobre o encaminhamento especializado, caso a gestante apresente risco gestacional; ■ Ausência de registro do diagnóstico de gravidez com CID-10/CIAP ativos e outras comorbidades, se houver; ■ Ausência de registro da avaliação do peso, aferição de PA, BCF e medição da altura uterina; ■ Ausência de registro da identificação da situação e apresentação fetal; ■ Ausência de registro de solicitação dos exames complementares; ■ Ausência de registro da vacina DTPa; ■ Ausência de registro de agendamento da visita Cegonha Carioca.

ORIENTAÇÕES SOBRE O QUE AVALIAR E COMO REGISTRAR**SUBJETIVO**

- Explorar novas queixas e demandas da gestante;
- Envolvimento da parceria e família em relação à gravidez.

OBJETIVO

- Exame físico: altura, peso e cálculo do IMC; aferição da pressão arterial, altura uterina, avaliação de edema dos MMII e registrar no gráfico de acompanhamento do cartão de pré-natal da gestante — curva de altura uterina e de IMC, ausculta dos BCF (frequência esperada: 110bpm a 160bpm);
- Identificar a situação e a apresentação fetal;
- Avaliar ganho ponderal da gestante;
- Avaliar risco gestacional e compartilhar o cuidado com a maternidade para gestantes de alto risco;
- Identificar e investigar fatores de risco;
- Avaliar sinais e sintomas de queixas na gestação;
- Checar e registrar a vacina DTPa;
- Registrar resultados dos testes rápidos de HIV, sífilis e hepatites virais.

AValiação

- CID-10: Z321 — Gravidez confirmada; Z34 — Supervisão de gravidez normal; CIAP: W78 — Gravidez; W79 — Gravidez não desejada;
- Descrição na lista de problemas: presença de sintomas e queixas na gestação; risco gestacional ou fatores de risco.

ORIENTAÇÕES SOBRE O QUE AVALIAR E COMO REGISTRAR**PLANO**

- Vigilância dos sinais de alerta (fortes dores de cabeça, visão embaralhada, ou enxergando pontos pretos; dor ou ardor ao urinar; sangramento ou perda de líquido pela vagina, mesmo sem dor; corrimento vaginal escuro; contrações fortes, dolorosas e frequentes e febre de origem não conhecida);
- Monitorar ganho ponderal da gestante;
- Vigilância de situações de sofrimento psíquico;
- Vigilância de situações de violência doméstica;
- Solicitar exames:
 - TOTG 75g (com 3 dosagens) entre 24 e 28 semanas para gestantes cuja glicemia de jejum realizada nas primeiras 20 semanas gestacionais tenha tido resultado menor que 92mg/dl;
 - Coombs indireto para gestantes Rh negativas, a não ser que o pai biológico seja sabidamente Rh negativo — repetir de 4 em 4 semanas até o parto;
 - Sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM) para as gestantes soronegativas (IgG e IgM negativos no exame de primeiro trimestre).
- Agendar consulta subsequente;
- Agendar visita na maternidade.

Para o rastreio de Diabetes Mellitus Gestacional (DMG), a gestante deve saber que:

- Na maior parte dos casos, o DMG responde à dieta e aos exercícios físicos;
- 10% a 20% dos casos necessitarão de tratamento medicamentoso;
- Se o DMG não for detectado e controlado, existe um risco de complicações perinatais, como distocia de ombro;
- O diagnóstico de DMG pode levar ao aumento das intervenções e monitorizações na gestação e no parto.

CONSULTAS DA 28ª A 34ª SEMANA

TAREFAS	<ul style="list-style-type: none"> ■ Realizar testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites B e C; ■ Aferir pressão arterial, peso, registrar curva de IMC e auscultar BCF; ■ Medir altura uterina e registrar no gráfico de acompanhamento do cartão de pré-natal da gestante — curva de altura uterina (a medida do fundo de útero corresponde à idade gestacional); ■ Identificar a situação e apresentação fetal; ■ Checar a realização da DTPa (ver orientações na seção Imunização); ■ Solicitar exames: hemograma, glicemia de jejum, EAS, urocultura e, nos casos de gestante soronegativa, sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM); ■ Agendar visita Cegonha Carioca a partir da 28ª semana e orientar sobre a importância da visita.
LACUNAS DO CUIDADO	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ausência de registro sobre o encaminhamento especializado, caso a gestante apresente risco gestacional; ■ Ausência de registro do diagnóstico de gravidez com CID-10/CIAP ativos e outras comorbidades, se houver; ■ Ausência de registro da avaliação do peso, aferição de PA, BCF e medição da altura uterina; ■ Ausência de registro da identificação da situação e apresentação fetal; ■ Ausência de registro de solicitação dos exames complementares; ■ Ausência de registro da vacina em dia; ■ Ausência de registro de agendamento da visita Cegonha Carioca.

ORIENTAÇÕES SOBRE O QUE AVALIAR E COMO REGISTRAR

SUBJETIVO

- Explorar novas queixas e demandas da gestante;
- Envolvimento da parceria e família em relação à gravidez.

OBJETIVO

- Exame físico: altura, peso e cálculo do IMC; aferição da pressão arterial, altura uterina, avaliação de edema dos MMII e registrar no gráfico de acompanhamento do cartão de pré-natal da gestante — curva de altura uterina e de IMC, ausculta dos BCF (frequência esperada: 110bpm a 160bpm) e posição do feto;
- Avaliar ganho ponderal da gestante;
- Avaliar risco gestacional e compartilhar o cuidado com a maternidade para gestantes de alto risco;
- Identificar e investigar fatores de risco;
- Avaliar sinais e sintomas de queixas na gestação;
- Registrar exames complementares: hemograma completo, glicemia de jejum, EAS, urocultura. Nos casos de gestante soronegativa, sorologia para toxoplasmose (IgG e IgM). Para gestantes Rh negativas, o coombs indireto.

AVALIAÇÃO

- CID-10: Z321 — Gravidez confirmada; Z34 — Supervisão de gravidez normal; CIAP: W78 — Gravidez; W79 — Gravidez não desejada;
- Descrição na lista de problemas: presença de sintomas e queixas na gestação; risco gestacional ou fatores de risco.

PLANO

- Vigilância dos sinais de alerta (fortes dores de cabeça, visão embaralhada, ou enxergando pontos pretos; dor ou ardor ao urinar; sangramento ou perda de líquido pela vagina, mesmo sem dor; corrimento vaginal escuro; contrações fortes, dolorosas e frequentes e febre de origem não conhecida);

ORIENTAÇÕES SOBRE O QUE AVALIAR E COMO REGISTRAR

PLANO (cont.)

- Monitorar ganho ponderal da gestante;
- Vigilância de situações de sofrimento psíquico;
- Vigilância de situações de violência doméstica;
- Agendar visita Cegonha Carioca;
- Agendar consulta subsequente.

CONSULTAS DA 34^a A 36^a SEMANA

TAREFAS

- Aferir pressão arterial, peso e auscultar BCF;
- Identificar a situação e a apresentação fetal;
- Medir altura uterina e registrar no gráfico de acompanhamento do cartão de pré-natal da gestante — curva de altura uterina (a medida do fundo de útero corresponde à idade gestacional);
- Avaliar posição do feto.

LACUNAS DO CUIDADO

- Ausência de registro sobre o encaminhamento especializado, caso a gestante apresente risco gestacional;
- Ausência de registro no prontuário do diagnóstico de gravidez com CID-10/CIAP ativos e outras comorbidades, se houver;
- Ausência de registro da avaliação do peso, aferição de PA, BCF e medição da altura uterina;
- Ausência de registro de solicitação dos exames complementares;
- Ausência de registro de vacinação em dia.

ORIENTAÇÕES SOBRE O QUE AVALIAR E COMO REGISTRAR

SUBJETIVO

- Explorar novas queixas e demandas da gestante;
- Envolvimento da parceria e família em relação à gravidez.

OBJETIVO

- Exame físico: altura, peso e cálculo do IMC; aferição da pressão arterial, altura uterina, avaliação de edema dos MMII e registrar no gráfico de acompanhamento do cartão de pré-natal da gestante — curva de altura uterina e de IMC, ausculta dos BCF (frequência esperada: 110bpm a 160bpm);
- Identificar a situação e a apresentação fetal;
- Avaliar ganho ponderal da gestante;
- Avaliar risco gestacional e compartilhar o cuidado com a maternidade para gestantes de alto risco;
- Identificar e investigar fatores de risco;
- Avaliar sinais e sintomas de queixas na gestação.

AVALIAÇÃO

- CID-10: Z321 — Gravidez confirmada; Z34 — Supervisão de gravidez normal; CIAP: W78 — Gravidez; W79 — Gravidez não desejada;
- Descrição na lista de problemas: presença de sintomas e queixas na gestação; risco gestacional ou fatores de risco.

PLANO

- Vigilância dos sinais de alerta (fortes dores de cabeça, visão embaralhada, ou enxergando pontos pretos; dor ou ardor ao urinar; sangramento ou perda de líquido pela vagina, mesmo sem dor; corrimento vaginal escuro; contrações fortes, dolorosas e frequentes e febre de origem não conhecida);
- Monitorar ganho ponderal da gestante;
- Vigilância de situações de sofrimento psíquico;

ORIENTAÇÕES SOBRE O QUE AVALIAR E COMO REGISTRAR

PLANO (cont.)

- Vigilância de situações de violência doméstica;
- Orientar sinais e sintomas do trabalho de parto e procurar a maternidade em caso de contrações uterinas regulares, frequentes (5/5 minutos) e persistentes (por 60-90 minutos) e perda líquida abrupta;
- Orientar sobre: planejamento reprodutivo; amamentação, incluindo técnicas e boas práticas, como a importância do aleitamento na primeira hora de vida, do alojamento conjunto e da amamentação exclusiva até os 6 meses do bebê; cuidados com o bebê, imunizações e realização do teste do pezinho, preferencialmente até o 5.º dia de vida e autocuidado pós-natal, com atenção para sintomas de depressão puerperal, *baby blues* e sinais e sintomas de infecção;
- Agendar consulta subsequente.

Observação: O *baby blues* é uma alteração psíquica leve e transitória que acomete grande parte das mulheres nos primeiros dias do puerpério. Já a depressão puerperal é um transtorno psíquico que pode ser moderado a severo, de início insidioso, nas primeiras semanas.

CONSULTAS A PARTIR DA 36ª ATÉ A 40ª SEMANA

Recomenda-se que as consultas sejam semanais, não sendo recomendado ultrapassar 15 dias de intervalo entre as consultas.

TAREFAS

- Aferir pressão arterial, peso e auscultar BCF;
- Medir altura uterina e registrar no gráfico de acompanhamento do cartão de pré-natal da gestante – Curva de altura uterina (a medida do fundo de útero corresponde à idade gestacional);
- Identificar a situação e apresentação fetal;
- Checar vacinação em dia.

**LACUNAS
DO
CUIDADO**

- Ausência de registro sobre o encaminhamento especializado, caso a gestante apresente risco gestacional;
- Ausência de registro do diagnóstico de gravidez com CID-10/CIAP ativos e outras comorbidades, caso houver;
- Ausência de registro da avaliação do peso, aferição de PA, BCF e medição da altura uterina;
- Ausência de registro da identificação da situação e apresentação fetal;
- Ausência de vacinação em dia.

ORIENTAÇÕES SOBRE O QUE AVALIAR E COMO REGISTRAR**SUBJETIVO**

- Explorar novas queixas e demandas da gestante;
- Envolvimento da parceria e família em relação à gravidez.

OBJETIVO

- Exame físico: altura, peso e cálculo do IMC; aferição da pressão arterial, altura uterina, avaliação de edema dos MMII e registrar no gráfico de acompanhamento do cartão de pré-natal da gestante — curva de altura uterina, ausculta dos BCF (frequência esperada: 110bpm a 160bpm);
- Identificar a situação e a apresentação fetal;
- Avaliar ganho ponderal da gestante;
- Avaliar risco gestacional e compartilhar o cuidado com a maternidade para gestantes de alto risco;
- Identificar e investigar fatores de risco;
- Avaliar sinais e sintomas de queixas na gestação.

ORIENTAÇÕES SOBRE O QUE AVALIAR E COMO REGISTRAR**AVALIAÇÃO**

- CID-10: Z321 — Gravidez confirmada; Z34 — Supervisão de gravidez normal; CIAP: W78 — Gravidez; W79 — Gravidez não desejada;
- Descrição na lista de problemas: presença de sintomas e queixas na gestação; risco gestacional ou fatores de risco.

PLANO

- Vigilância dos sinais de alerta (fortes dores de cabeça, visão embaralhada, ou enxergando pontos pretos; dor ou ardor ao urinar; sangramento ou perda de líquido pela vagina, mesmo sem dor; corrimento vaginal escuro; contrações fortes, dolorosas e frequentes e febre de origem não conhecida);
- Monitorar ganho ponderal da gestante;
- Vigilância de situações de sofrimento psíquico;
- Vigilância de situações de violência doméstica;
- Orientar sinais e sintomas do trabalho de parto e procurar a maternidade em caso de contrações uterinas regulares, frequentes (5/5 minutos) e persistentes (por 60-90 minutos) e perda líquida abrupta;
- Orientar sobre: planejamento reprodutivo; amamentação, incluindo técnicas e boas práticas, como a importância do aleitamento na primeira hora de vida, do alojamento conjunto e da amamentação exclusiva até os 6 meses do bebê; cuidados com o bebê, imunizações e realização do teste do pezinho, preferencialmente até o 5.º dia de vida e autocuidado pós-natal, com atenção para sintomas de depressão puerperal, *baby blues* e sinais e sintomas de infecção;
- Agendar consulta subsequente.

CONSULTAS A PARTIR DA 40ª A 41ª SEMANA E 3 DIAS

Recomenda-se que as consultas sejam semanais, não sendo recomendado ultrapassar 15 dias de intervalo entre as consultas.

TAREFAS	<ul style="list-style-type: none"> ■ Aferir pressão arterial, peso e auscultar BCF; ■ Medir altura uterina e registrar no gráfico de acompanhamento do cartão de pré-natal da gestante — curva de altura uterina (a medida do fundo de útero corresponde à idade gestacional); ■ Identificar a situação e a apresentação fetal; ■ Checar vacinação em dia.
LACUNAS DO CUIDADO	<ul style="list-style-type: none"> ■ Ausência de registro sobre o encaminhamento especializado, caso a gestante apresente risco gestacional; ■ Ausência de registro do diagnóstico de gravidez com CID-10/CIAP ativos e outras comorbidades, se houver; ■ Ausência de registro de avaliação do peso, aferição de PA, BCF e medição da altura uterina; ■ Ausência de registro da identificação da situação e apresentação fetal; ■ Ausência de vacinação em dia.

ORIENTAÇÕES SOBRE O QUE AVALIAR E COMO REGISTRAR

SUBJETIVO

- Explorar novas queixas e demandas da gestante;
- Envolvimento da parceria e família em relação à gravidez.

ORIENTAÇÕES SOBRE O QUE AVALIAR E COMO REGISTRAR**OBJETIVO**

- Exame físico: altura, peso e cálculo do IMC; aferição da pressão arterial, altura uterina, avaliação de edema dos MMII e registrar no gráfico de acompanhamento do cartão de pré-natal da gestante — curva de altura uterina, ausculta dos BCF (frequência esperada: 110bpm a 160bpm);
- Identificar a situação e a apresentação fetal;
- Avaliar ganho ponderal da gestante;
- Avaliar risco gestacional e compartilhar o cuidado com a maternidade para gestantes de alto risco;
- Identificar e investigar fatores de risco;
- Avaliar sinais e sintomas de queixas na gestação.

AValiação

- CID-10: Z321 — Gravidez confirmada; Z34 — Supervisão de gravidez normal; CIAP: W78 — Gravidez; W79 — Gravidez não desejada;
- Descrição na lista de problemas: presença de sintomas e queixas na gestação; risco gestacional ou fatores de risco.

PLANO

- Vigilância dos sinais de alerta (fortes dores de cabeça, visão embaralhada, ou enxergando pontos pretos; dor ou ardor ao urinar; sangramento ou perda de líquido pela vagina, mesmo sem dor; corrimento vaginal escuro; contrações fortes, dolorosas e frequentes e febre de origem não conhecida);
- Monitorar ganho ponderal da gestante;
- Vigilância de situações de sofrimento psíquico;
- Vigilância de situações de violência doméstica;

ORIENTAÇÕES SOBRE O QUE AVALIAR E COMO REGISTRAR

PLANO (cont.)

- Orientar sinais e sintomas do trabalho de parto e procurar a maternidade em caso de contrações uterinas regulares, frequentes (5/5 minutos) e persistentes (por 60-90 minutos) e perda líquida abrupta;
- Orientar sobre: planejamento reprodutivo; amamentação, incluindo técnicas e boas práticas, como a importância do aleitamento na primeira hora de vida, do alojamento conjunto e da amamentação exclusiva até os 6 meses do bebê; cuidados com o bebê, imunizações e realização do teste do pezinho, preferencialmente até o 5.º dia de vida e autocuidado pós-natal, com atenção para sintomas de depressão puerperal, *baby blues* e sinais e sintomas de infecção;
- Agendar consulta subsequente.

Observação: Mulheres com gestação de risco habitual devem ser encaminhadas para indução do parto a partir de 41 semanas e 3 dias.

PRÉ-NATAL DA PARCERIA

A estratégia do pré-natal da parceria tem como objetivo romper barreiras de construções sociais de gênero, buscando direcionar as responsabilidades da reprodução e cuidados das crianças de forma compartilhada, reconhecendo, também, a parceria como sujeito na participação solidária na gestação, no parto, no cuidado e na educação das crianças. Desta forma, o pré-natal da parceria propõe-se como um dos pontos de contato aos serviços ofertados pela atenção primária, enfatizando ações orientadas à prevenção, à promoção, ao autocuidado e à adoção de estilos de vida mais saudáveis.

Cabe à atenção primária estimular a participação do pai/parceria durante todo o processo da gestação, se for desejado pela gestante. Esse contato deve acontecer, preferencialmente, no primeiro trimestre de gestação, mesmo sem a presença da gestante.

Durante o atendimento da parceria busca-se a identificação de condições de saúde prévias e atuais, a avaliação das condições individuais, familiares e do trabalho, bem como adicções, especialmente às condições que possam afetar na saúde da gestante e do concepto.

GESTANTES QUE TRANSFEREM SEU CUIDADO PRÉVIO A UMA NOVA EQUIPE DE APS

É comum gestantes e puérperas se mudarem do território com suas famílias de forma temporária. As necessidades são diversas e variam desde questões socioeconômicas até o desejo em estar mais próxima da sua rede de apoio.

Por vezes, há o desejo da gestante em permanecer no pré-natal com a sua equipe de referência, mesmo residindo temporariamente em outro território, em função do vínculo ou da incerteza em relação à garantia da continuidade do cuidado ofertado. Em outros casos, as gestantes podem apresentar dificuldade em acessar sua nova equipe de referência, pelo desconhecimento da dinâmica de acesso da UAP do novo território.

TAREFAS

- Colher e documentar história do diagnóstico de gravidez e o início do acompanhamento do pré-natal, focando nos itens que serão documentados na lista de problemas (sinais e sintomas comuns na gestação; risco gestacional);
- Promover o vínculo com a nova equipe;
- Tarefa da equipe que transfere o cuidado: fornecer uma descrição adequada do acompanhamento prévio.

ORIENTAÇÕES SOBRE O QUE AVALIAR E COMO REGISTRAR

- O registro deve ser adequado à etapa no episódio de cuidado em que a gestante está, porém, é importante que o profissional documente a história da evolução do acompanhamento do pré-natal, e que o episódio de cuidado da gestante seja adequadamente registrado na lista de problemas.

ACONSELHAMENTO SOBRE O ESTILO DE VIDA

ACONSELHAMENTO SOBRE O ESTILO DE VIDA		
EXERCÍCIOS	<ul style="list-style-type: none"> ■ Não há risco associado em iniciar ou continuar exercícios moderados para gestantes de baixo risco. A atividade física aeróbica regular pode melhorar o bem-estar geral, além de ser útil em situações em que são necessárias medidas para controle do ganho de peso. ■ Esportes que podem levar ao trauma abdominal, quedas ou estresse articular excessivo, assim como o mergulho com cilindro devem ser evitados. ■ Gestantes com sangramento vaginal, risco de parto prematuro e outras situações clínicas especiais, como hipertensão gestacional, não devem praticar exercícios físicos. 	
TRABALHO	<ul style="list-style-type: none"> ■ Certifique-se da ocupação da gestante para identificar riscos. ■ Reafirme às mulheres que usualmente é seguro continuar trabalhando. ■ Informe as gestantes sobre seus direitos e benefícios (ver seção Direitos da Gestante). 	
SUPLEMENTOS NUTRICIONAIS	Ácido fólico de 0,4mg	Diariamente, pelo menos 30 dias antes da data que se planeja engravidar até o final do primeiro trimestre.
	Ferro elementar de 40mg	Diariamente até o terceiro mês pós-parto e/ou pós-aborto.
MEDICAMENTOS	<ul style="list-style-type: none"> ■ Prescreva o menor número possível de medicamentos, e apenas nas circunstâncias em que os benefícios superem os riscos. ■ Aconselhe as mulheres a não utilizarem medicamentos não prescritos. 	

ACONSELHAMENTO SOBRE O ESTILO DE VIDA**USO DE ÁLCOOL,
TABACO E OUTRAS
DROGAS**

- Pergunte ativamente sobre o uso de álcool, tabaco e outras drogas na primeira consulta de pré-natal e ao longo da gestação. Adote uma postura acolhedora, sem julgamentos, proporcionando ambiente de conversa franca.
- Incentive a cessação do uso de álcool, cigarro e outras drogas durante a gestação. Quando necessário, compartilhe o cuidado com a equipe do NASF-AB e utilize estratégias como abordagem breve e Grupos de Tabagismo. Casos de transtorno por uso de substância devem ser manejados em conjunto com a atenção secundária (CAPSad ou ambulatório de psiquiatria).
- Oriente sobre os efeitos deletérios do álcool (Síndrome Alcoólica Fetal, malformações, morte fetal etc.), não havendo dose segura de consumo na gestação.
- Oriente sobre os impactos negativos do cigarro, tanto na gestação, como parto prematuro, Rotura Prematura das Membranas Ovulares (RPMO) e abortamento, quanto na saúde da criança, que tem maior risco de morte súbita, asma e transtornos cognitivos.
- Oriente sobre os malefícios do uso da maconha na gestação, como a diminuição da perfusão uteroplacentária, prejudicando o crescimento fetal e contribuindo para o retardo da maturação do sistema nervoso e distúrbios neurocomportamentais precoces.
- Oriente sobre os riscos do uso de cocaína e crack, como distúrbios hipertensivos, parto prematuro e baixo peso.
- Para mais informações, consulte o Guia Rápido — Álcool e Outras Drogas: uso de álcool e outras drogas na gestação.

ACONSELHAMENTO SOBRE O ESTILO DE VIDA	
RELAÇÃO SEXUAL	<ul style="list-style-type: none"> ■ Reafirme às mulheres que relações sexuais são consideradas seguras durante a gestação, exceto em situações obstétricas adversas (p.ex.: placenta prévia, rotura prematura de membranas ovulares, incontinência do istmocervical, colo uterino encurtado ou ameaça de trabalho de parto prematuro), não estando associadas a qualquer efeito adverso, em qualquer idade gestacional. ■ As atividades sexuais devem ser suspensas em caso de sangramento ou perda de líquido. ■ As posições do casal podem sofrer mudanças com o passar do tempo: no primeiro trimestre, não há restrições, mas com o crescimento uterino, deve-se evitar compressão sobre o abdome e sobrecarga da coluna. ■ Oriente a gestante sobre condutas de prevenção das IST, estimulando o uso de preservativos nas relações sexuais.
VIAGENS DE CARRO	<ul style="list-style-type: none"> ■ Oriente que o cinto de segurança deve passar acima e abaixo do abdômen, e não sobre ele.
VIAGENS AÉREAS	<ul style="list-style-type: none"> ■ Longos trajetos estão associados ao risco aumentado de trombose venosa, embora a possibilidade de qualquer risco adicional na gestação não esteja clara. ■ Na população geral, meias elásticas são efetivas para a redução do risco. ■ As regras para viagens aéreas variam entre as companhias, mas, geralmente, não há restrição às viagens até 27 semanas de gestação. Após, é exigido atestado médico autorizando a viagem com data de, no máximo, 7 dias antes da viagem, e após 36 semanas só estarão autorizadas a viajar se acompanhadas pelo médico assistente. Sugere-se consultar o site da companhia aérea para ver as regras específicas.
VIAGENS PARA O EXTERIOR	<ul style="list-style-type: none"> ■ O aconselhamento sobre percurso aéreo, imunizações e segurança da viagem deve ser individualizado, de acordo com o destino.

ACONSELHAMENTO SOBRE O ESTILO DE VIDA

PRODUTOS PARA O CABELO

- Os produtos químicos nas tinturas para cabelo nas doses utilizadas não são altamente tóxicos, e os estudos disponíveis não mostram maiores riscos para o feto, mas as evidências ainda são escassas.
- Os eventuais riscos podem ser diminuídos se a gestante aguardar até 12 semanas de gestação.
- Tinturas naturais, como Henna, são menos tóxicas, e o risco também é menor quando não se pintam as raízes, apenas as pontas (mechas e reflexos).
- Se a gestante optar por pintar o cabelo por conta própria, recomenda-se o uso de luvas, ambiente ventilado, deixar a tintura no cabelo pelo menor tempo possível e lavar o cabelo após a aplicação.
- Levar em consideração as alterações nos cabelos durante a gestação, que, inclusive, podem alterar a resposta às tinturas usadas. Recomenda-se testar o produto em pequena área do cabelo antes.
- Formol para alisamento, por exemplo, não deve ser utilizado em nenhum momento na gestação.

ABORDAGEM INTEGRAL E CUIDADOS ESPECÍFICOS DE MULHERES LÉSBICAS E BISSEXUAIS E PESSOAS TRANSMASCULINAS

MULHERES LÉSBICAS E BISSEXUAIS

Normalmente não ocorre a identificação da orientação sexual lésbica e bissexual nos serviços. De maneira geral, a abordagem é feita pela identificação de características atribuídas ao gênero masculino (cabelo curto, jeito masculino

de andar, vestuário). As mulheres lésbicas e bissexuais que não correspondem a esse estereótipo acabam sendo invisibilizadas, e suas demandas específicas não são identificadas.

O atendimento a gestantes lésbicas e bissexuais durante a gravidez, parto e pós-parto pode ser afetado por questionamentos inadequados, lesbofobia e comunicação heteronormativa, sendo necessário reconhecer as necessidades específicas destas gestantes e de suas famílias. Na abordagem à gestante é essencial que se considere as múltiplas possibilidades de parcerias afetivo-sexuais e formações familiares. A pressuposição de heterossexualidade pode produzir desconforto na gestante e sua parceria, dificultando tanto a adesão ao pré-natal pela gestante como a participação da parceria nas consultas. Portanto, independentemente de parceria e orientação sexual, é essencial promover uma ambiência acolhedora e inclusiva, a partir da instituição de práticas não heteronormativas.

Informações importantes na assistência:

- Atenção na abordagem de questões relacionadas a marcadores tipicamente femininos, como menstruação e mamas, e realização de exames e procedimentos que possam ser considerados invasivos pela gestante; orientação e acolhimento sobre a amamentação, considerando as especificidades da relação da gestante com seu corpo, e as impossibilidades de amamentação por questões físicas ou psicossociais;
- É importante identificar se a gestação foi desejada/planejada ou decorrente de outras situações, inclusive violência sexual;
- Atenção a possíveis discriminações em decorrência de sua orientação sexual (lesbofobia, bifobia) ou situações de violência em espaços domésticos ou públicos;
- É essencial o reconhecimento da família no processo e sua possibilidade de escolher o acompanhante antes, durante e depois do parto;

PESSOAS TRANSMASCULINAS

Homens trans são pessoas designadas com o sexo feminino ao nascimento, mas que vivem e se identificam como homens. Devem ter reconhecida sua identidade de gênero, independentemente de terem realizado modificações corporais para a transição do gênero. Ainda que não tenham características fenotípicas atribuídas ao sexo masculino

decorrentes de hormonização ou procedimentos cirúrgicos ou não tenham realizado retificação de nome e gênero no registro civil, é essencial que sejam tratados como membros do gênero masculino e seja respeitado seu nome social durante todo o processo, inclusive na unidade de referência para o parto.

PRINCÍPIOS BÁSICOS PARA O ATENDIMENTO ÀS PESSOAS TRANSMASCULINAS

- Não deixe que suas convicções morais, éticas, pessoais, sociais e religiosas impeçam de fazer um atendimento acolhedor e esclarecedor.
- Não infira ou tente adivinhar qual a identidade de gênero e práticas sexuais das pessoas. Sempre pergunte, de forma acolhedora e direta, se há risco de gravidez e se há necessidade de orientação sobre desejo de gestar. Fale sobre as opções de métodos contraceptivos e sobre saúde reprodutiva e sexual.
- A colaboração entre todos os membros da equipe, especialmente de profissionais que farão atendimento, é essencial para um efetivo plano de cuidado.
- Não devemos pensar na população transmasculina como homogênea. A melhor forma de cuidado é aquele individualizado e centrado na pessoa atendida, com atenção e esforço ativo para não reproduzir comportamentos transfóbicos, racistas e classistas.

É sempre importante ressaltar que o cuidado pré-natal deve ser iniciado na população ainda no período pré-concepcional, e as pessoas transmasculinas devem ser incluídas neste cuidado. Por isso, destacam-se a seguir algumas informações pertinentes.

ATENÇÃO!

- Para pessoas transmasculinas que desejam realizar hormonização, o aconselhamento reprodutivo é importante antes do seu início, já que o uso prolongado da testosterona pode afetar a fertilidade.
- Ofereça exames preventivos, de forma oportuna, para essa população, como rastreio de câncer de colo de útero quando a pessoa já teve relação sexual com penetração.

- Pessoas que têm útero e ovários podem engravidar de pessoas que têm sêmen, independentemente de suas identidades de gênero e orientação sexual-afetiva-romântica.
- Não negligencie cuidados conceptivos e contraceptivos na população LGBTQIA+ por achar que não há risco de gravidez.
- A capacidade de reprodução das pessoas transmasculinas e sua preservação devem ser abordadas, informando sobre o potencial que a hormonização e algumas técnicas cirúrgicas têm sobre o potencial reprodutivo daquela pessoa.
- Devem ser abordadas opções de preservação da fertilidade, técnicas de reprodução assistidas (não disponíveis no SUS) e custo e riscos envolvidos.
- Testosterona e agonistas de GnRH não são métodos considerados contraceptivos. Mesmo em amenorreia, é comum ocorrerem ciclos ovulatórios.
- Não há evidência de que o uso de testosterona seja, isoladamente, uma contraindicação ao uso de qualquer método contraceptivo existente. No entanto, é importante considerar junto à pessoa atendida os possíveis efeitos do método no seu corpo, pois alguns podem ser indesejados. Uma conversa honesta e baseada em evidências pode ser esclarecedora e mitigar preocupações.
- A recuperação do potencial de fertilidade após a cessação da hormonização é possível, mas é imprevisível, e essa informação deve ficar clara na orientação de saúde reprodutiva de pessoas transmasculinas.

ASSISTÊNCIA PRÉ-NATAL À PESSOA TRANSMASCULINA

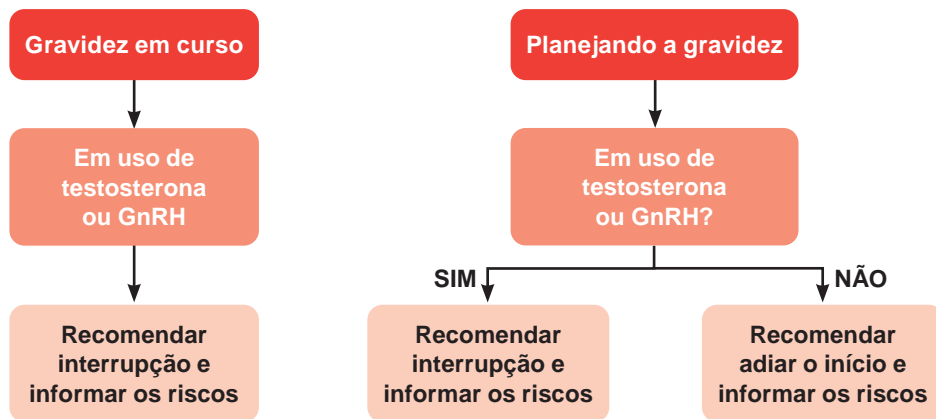
Os cuidados rotineiros do pré-natal devem ser mantidos na APS, assim como é feito em mulheres cisgênero, tais como o diagnóstico da gestação, o início precoce da assistência pré-natal, a solicitação de exames de rotina pré-natal, o calendário entre as consultas, entre outros, respeitando-se as especificidades. A equipe deve estar alerta desde o período pré-concepcional, apoiando a pessoa transmasculina e fornecendo meios de promoção integral à sua saúde. Durante as consultas, o profissional deve ter empatia, compartilhar com a pessoa gestante a tomada de decisão, explicar as mudanças que ocorrem durante a gestação, e esclarecer todas as dúvidas que surgirem. Em especial, durante a realização do exame físico, o profissional deve explicar o procedimento, acolhendo seus medos e desconfortos, e respeitar seus limites pessoais, devendo este ser o centro da atenção.

IMPORTANTE: O profissional deve se atentar para transtornos depressivos e ansiosos, uma vez que a prevalência desses distúrbios na população transgênero é maior do que na população geral.

USO DE TESTOSTERONA, GNRH E GRAVIDEZ

Pessoas que desejam engravidar e já fazem uso de testosterona e/ou GnRH como estratégia de afirmação de gênero devem ser acolhidas e escutadas em relação aos possíveis impactos psicológicos que a interrupção da hormonização pode ter, como diminuição de alguns caracteres corporais alcançados ou retorno dos sangramentos vaginais, por exemplo. Para pessoas que não iniciaram a hormonização, deve-se avaliar os benefícios e os riscos de adiar esse procedimento, uma vez que as pessoas podem ter desejo de engravidar. Recomenda-se, idealmente, a suspensão do uso da hormonização. Lembre-se que todas essas questões devem ser discutidas em conjunto com a pessoa gestante.

Figura 4. Manejo da hormonização em pessoas transmasculinas com desejo de gestar ou com gestação em curso.



AMAMENTAÇÃO PARA PESSOAS QUE NÃO GESTARAM

A amamentação deve ser abordada desde o início da assistência ao pré-natal. A manutenção da capacidade para amamentar por mulheres lésbicas e bissexuais e pessoas transmasculinas, que gestaram ou não, também deve ser discutida, respeitando as preferências, expectativas e desejos da pessoa, pois pode haver risco de piora de disforia de gênero e de outros transtornos de saúde mental que podem ser provocados pela experiência de amamentar. O Quadro 2 orienta sobre a utilização de ferramentas de indução para a amamentação de pessoas com ovários e mamas que não gestaram, mas possuem o desejo de amamentar.

Quadro 2. Protocolos de indução de amamentação usados por pessoas com ovários e mamas que não gestaram, mas têm o desejo de amamentar.*

FÁRMACO OU ESTÍMULO MAMÁRIO	ORIENTAÇÕES	
	PROTOCOLO REGULAR MAIS DE 91 DIAS ANTES DO PARTO	PROTOCOLO CURTO MENOS DE 90 DIAS ANTES DO PARTO
Contraceptivo hormonal combinado (> 35mcg de etinilestradiol) ou Estradiol (2mg a 8mg)	1 vez ao dia durante 4–6 meses — suspender a medicação semanas antes do parto	1 vez ao dia até ingurgitamento mamário — em torno de 4 semanas
Domperidona 20mg ou Metoclopramida 10mg	1 a 4 vezes ao dia, uso contínuo	1 a 4 vezes ao dia, uso contínuo

Estimulação mamilar com bomba eletrônica ou ordenha manual	INÍCIO	APÓS O INGURGITAMENTO DAS MAMAS
	Iniciar 4 a 6 semanas antes do parto, 3 a 8 vezes ao dia	3 a 8 vezes ao dia
Translactação (parte do leite é oferecido por sonda colocada junto ao mamilo)	Iniciar após o nascimento do bebê	

*Este pode ser um procedimento bastante dolorido, com efeitos colaterais, e que, como todo processo de amamentação, precisa de uma rede de suporte para funcionar.

MANEJO DE SINAIS E SINTOMAS COMUNS NA GESTAÇÃO

PIROSE, NÁUSEAS E VÔMITOS

Situação comum que, na maioria dos casos, tem resolução espontânea entre 16 e 20 semanas, e que os sintomas usualmente não são associados a desfechos gestacionais desfavoráveis. Entretanto, faz-se necessária a avaliação do estado geral da gestante, a frequência dos vômitos, e sinais e sintomas de desidratação, para identificar possível hipermese gravídica. Para o alívio dos sintomas em casos leves, indica-se o tratamento e orientações a seguir.

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

- Ao preparar as refeições, orientar que a gestante evite cozinhar, se possível. Pedir a ajuda de amigos ou familiares e preparar, preferencialmente, alimentos frios, como sanduíches; e ingerir líquidos gelados (picolé e gelo são boas opções para o alívio dos sintomas);
- Evitar o cheiro de comida quente;

- Evitar comer em lugar abafado ou com odores de comida;
- Ao comer, dar preferência a pequenas refeições e com maior frequência (6 refeições ao dia);
- Diminuir a ingestão líquida durante as refeições, beber líquidos de 30 minutos a uma hora após;
- Evitar alimentos gordurosos, fritos, apimentados e muito doces;
- Preferir alimentos leves e secos, amidos de fácil digestão (arroz, batata, macarrão, cereais e pão) e com baixo teor de gorduras e proteínas.

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

- Dimenidrinato-piridoxina 50mg, 1 comprimido de 8/8h (B);
- Metoclopramida 10mg, 1 comprimido de 8/8h (B);
- Prometazina 25mg, 1 comprimido, ao deitar-se, com repetição pela manhã (C);
- Se o sintoma predominante for pirose, podem-se usar antiácidos: hidróxido de magnésio e hidróxido de alumínio mais simeticona (B).

IMPORTANTE: Nos casos mais graves, sem resposta ao tratamento por via oral, pode ser necessário o tratamento hospitalar com hidratação e o uso de antieméticos intravenoso.

CONSTIPAÇÃO

É causada pela ação inibidora de contratilidade da musculatura lisa do intestino gerada pela progesterona, resultando uma menor peristalse.

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

- Aumentar a ingestão diária de líquidos, especialmente de água, entre as refeições;

- Aumentar o consumo de alimentos ricos em fibras: frutas, de preferência com casca e bagaço, vegetais crus e cereais integrais;
- Utilizar alimentos que liberam o trânsito intestinal, como frutas laxativas (p.ex.: mamão, laranja, abacate e ameixa seca), aveia e azeite — evitar incluir aveia, sementes ou farelos nas grandes refeições, para não interferir na absorção de ferro;
- Observar a tolerância de alimentos flatulentos (brócolis, repolho e outros);
- Dentro do possível, comer devagar em ambiente tranquilo, mastigando bem os alimentos e evitando falar durante a refeição;
- Estimular a atividade física para ajudar a regularização da função intestinal, caso não haja contraindicação médica;
- Atender ao estímulo da evacuação, criando o hábito de ir ao banheiro, de preferência, pela manhã após o desjejum.

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

- Eventualmente, pode-se utilizar simeticona, para gases (B); supositório de glicerina, para constipação; e hioscina, para cólicas (C).

HEMORROIDAS

Dilatação varicosa das veias anorretais submucosas causada pela pressão venosa persistentemente elevada no plexo hemorroidário, podendo gerar dor, edema e sangramento.

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

- Orientar dieta rica em fibras e líquidos e redução do esforço evacuatório, colocando um apoio para os pés em frente ao assento sanitário, para que a evacuação possa ser realizada em posição com as pernas fletidas e elevadas. Podem ser estimulados banhos de assento pelo menos 3 vezes ao dia e evitar o uso de papel higiênico. O uso de compressa morna local ou uso de compressa com chá de camomila são também recomendados para o alívio do desconforto.

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

- Em caso de persistência do desconforto, cremes podem ser utilizados (apesar da ausência de evidências sobre eficácia e segurança).

VARIZES E DOR NAS PERNAS

Manifesta-se, normalmente, nos membros inferiores e na vulva, podendo diminuir ou desaparecer após o parto. São sintomas comuns: dor contínua ao final do dia, edema, ulcerações e complicações como tromboflebite e flebotrombose.

MEDIDAS NÃO FARMACOLÓGICAS

- As mulheres devem ser informadas que as varizes são um sintoma comum na gestação, que não causam danos, e que o uso de meias elásticas pode aliviar os sintomas, mas não previne o seu surgimento;
- Evitar ficar por muito tempo em pé;
- Repousar por 20 minutos com as pernas elevadas.

DOR LOMBAR

Em decorrência das mudanças posturais e do aumento do volume uterino, podem ocorrer dores lombares. Orienta-se a realização de exercícios de alongamento e de correção de postura, assim como o uso de sapatos mais baixos. Recomenda-se, também, exercícios na água, massagens, calor local suave a partir do quarto mês e utilizar travesseiro de corpo, para proporcionar alinhamento da coluna.

TRATAMENTO FARMACOLÓGICO

- Paracetamol 500mg (B) ou dipirona 500mg (C) 6/6h podem ser utilizados.

INFECÇÃO URINÁRIA: TIPOS E CONDUTAS

A Infecção do Trato Urinário (ITU) representa a complicação clínica mais frequente na gestação, acometendo cerca de 10% a 12% das gestantes. Tem o potencial de promover complicações graves, tanto para a mãe como para o conceito, relacionando-se, principalmente, com aumento de anemia, prematuridade, baixo peso ao nascer, ruptura prematura de membranas, corioamnionite, sepse materna e neonatal e até insuficiência renal. O agente etiológico mais comumente envolvido é a *Escherichia coli*, embora outros agentes possam estar envolvidos (como *Streptococos*, *Estafilococos*, *Klebsiella*, *Proteus*, *Pseudomonas*, *Enterococos*, entre outros). As ITUs podem ser classificadas como bacteriúria assintomática, cistite aguda (infecção urinária baixa ou do trato urinário inferior) e a pielonefrite (do trato urinário superior).

BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA (BA)

É definida como a condição clínica de mulher assintomática que apresenta urocultura positiva, com mais de 100 mil UFC/ml. O rastreamento da bacteriúria assintomática deve ser feito, obrigatoriamente, pela urocultura, já que, em grande parte das vezes, o sedimento urinário é normal. Repetir a urocultura duas semanas após o tratamento.

CISTITE AGUDA

Início agudo de sintomas urinários, como disúria, polaciúria, incontinência urinária, dor suprapúbica e hematúria. Na cistite aguda não ocorre febre, taquicardia, dor abdominal intensa, dor lombar, calafrios, náuseas ou vômitos. A análise do sedimento urinário pode evidenciar leucocitúria (acima de 10 leucócitos por campo) e hematúria. A urocultura apresenta mais de 100 mil UFC/ml. No Quadro 3 são apresentados os antibióticos para tratamento da infecção urinária baixa em gestantes.

Quadro 3. Antibioticoterapia no tratamento da infecção do trato urinário em gestantes.

MEDICAMENTO	DOSE ORAL/ INTERVALO	DURAÇÃO BACTERIÚRIA ASSINTOMÁTICA	DURAÇÃO DA CISTITE	OBSERVAÇÕES
Nitrofurantoína (B)	100mg de 6/6h	5–7 dias	7 dias	—
Cefalexina (B)	500mg de 6/6h	3–7 dias		—
Amoxicilina (B)	500mg de 8/8h	3–7 dias		—
Sulfametoxazol + trimetropina (C)	400mg + 80mg 2 comprimidos de 12/12 horas	7 dias	—	<div> <div></div> Usar em caso de <i>Escherichia coli</i> resistente; <div></div> Evitar no primeiro trimestre e após a 32ª semana de gestação; <div></div> Recomenda-se que toda mulher grávida que esteja sendo tratada com esse anti-biótico receba, concomitantemente, 5mg a 10mg de ácido fólico diariamente, até o final do tratamento. </div>

ATENÇÃO! Em caso de EAS alterado em pacientes assintomáticas e com urocultura negativa, o tratamento para ITU não é indicado. Neste caso, o profissional de saúde deve investigar outras causas para a alteração.

INFECÇÃO URINÁRIA DE REPETIÇÃO

- Dois ou mais episódios de ITU na gestação, sintomáticos ou não;
- Duas infecções urinárias nos últimos seis meses, ou três nos últimos 12 meses, antes do início da gestação.

Se a bacteriúria persistir, a despeito de tratamentos repetidos, deve-se considerar a profilaxia, assim como em mulheres com fatores de risco adicionais (imunossupressão, diabetes, doença falciforme, bexiga neurogênica). Para profilaxia, os antibióticos mais utilizados são a nitrofurantoína (100mg) ou a cefalexina (500mg), via oral, uma dose à noite até duas semanas após o parto. Solicitar USG de vias urinárias, para avaliar patologia do trato urinário que propicie infecção urinária de repetição.

PIELONEFRITE

A pielonefrite aguda durante a gravidez é uma doença grave que pode cursar com sepse e trabalho de parto prematuro. Caracteriza-se pelo comprometimento do ureter, da pelve e do parênquima renal. De forma geral, é precedido por sintomas de infecção do trato urinário inferior. O diagnóstico é feito por bacteriúria acompanhada de sintomas sistêmicos como:

- Febre;
- Taquicardia;
- Calafrios;
- Náuseas;
- Vômitos;
- Dor lombar, com sinal de Giordano positivo.

IMPORTANTE: Em caso de suspeita, encaminhar a gestante para avaliação hospitalar via Vaga Zero.

CURA

Em todos os casos de infecção urinária, deve-se realizar urocultura para controle de cura de uma a duas semanas após o término do tratamento, para confirmar a erradicação da bacteriúria. Se o resultado da cultura for negativo e não houver sintomas urinários presentes, deve-se repetir mensalmente até o parto.

ANEMIA

A anemia na gestação, de acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS), é definida como nível de hemoglobina abaixo de 11g/dl no primeiro trimestre, e abaixo de 10,5 g/dL no segundo e terceiro trimestres. Quando não diagnosticada e tratada adequadamente, está associada ao maior risco de perda sanguínea durante o parto, à hemorragia pós-parto e à mortalidade materna, além de aumentar o risco de nascimento prematuro e baixo peso ao nascer. **Quando a hemoglobina está < 8m/dL, define-se anemia grave.**

TRATAMENTO

- Anemia leve a moderada: 200mg/dia de sulfato ferroso, uma hora antes das refeições (2 comprimidos antes do café, 2 comprimidos antes do almoço e 1 comprimido antes do jantar), de preferência com suco de frutas cítricas.
 - Avaliar a presença de parasitose intestinal e tratá-la;
 - Repetir o exame de hemoglobina em 60 dias.
- Anemia grave ou não responsiva — manejar na APS e encaminhar para o pré-natal de alto risco estratégico, via SER.

MANEJO DE SITUAÇÕES ESPECIAIS NA GESTAÇÃO

SÍNDROME HIPERTENSIVAS NA GESTAÇÃO

As síndromes hipertensivas são a intercorrência clínica mais comum da gestação e representam a principal causa de morbimortalidade materna no mundo. É importante ressaltar que, assim como na população geral, gestantes pretas e pardas são mais suscetíveis ao aparecimento deste agravo, merecendo atenção especial.

A hipertensão arterial, tanto na população em geral como nas gestantes, é caracterizada por níveis pressóricos de pressão arterial sistólica (PAS) maiores ou iguais a 140mmHg e/ou pressão arterial diastólica (PAD) maior ou igual a 90mmHg, confirmada em outra medida com um intervalo de quatro a seis horas. A aferição da pressão arterial (PA) deve ser realizada, preferencialmente, na posição sentada, com manguito de tamanho adequado, conforme o Quadro 4.

Quadro 4. Dimensões da bolsa de borracha do manguito para diferentes circunferências de braço.

DENOMINAÇÃO DO MANGUITO	CIRCUNFERÊNCIA DO BRAÇO (CM)	BOLSA DE BORRACHA DO MANGUITO (CM)	
		LARGURA	COMPRIMENTO
Adulto pequeno	20-26	10	17
Adulto	27-34	12	23
Adulto grande	35-45	16	32

Fonte: VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial Sistêmica, 2016.

Na indisponibilidade do manguito adequado para aferição de PA, especialmente em gestantes obesas com circunferência do braço maior do que 30cm, recomenda-se utilizar os parâmetros de correção disposto no Quadro 5.

Quadro 5. Fatores de correção da PA medida com manguito adulto padrão (13cm de largura e 30cm de comprimento, de acordo com a circunferência do braço do paciente.

CIRCUNFERÊNCIA DO BRAÇO	CORREÇÃO	
	PA SISTÓLICA	PA DIASTÓLICA
26	(+) 5	(+) 3
28	(+) 3	(+) 2
30	0	0
32	(-) 2	(-) 1
34	(-) 4	(-) 3
36	(-) 6	(-) 4
38	(-) 8	(-) 6
40	(-) 10	(-) 7
42	(-) 12	(-) 9
44	(-) 14	(-) 10
46	(-) 16	(-) 11
48	(-) 18	(-) 13

Fonte: VII Diretriz Brasileira de Hipertensão Arterial Sistêmica, 2016.

CLASSIFICAÇÃO DE HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO

- Hipertensão crônica: gestante com quadro hipertensivo pré-existente ou quando há detecção de níveis pressóricos aumentados antes da 20ª semana de gestação.
- Hipertensão gestacional: gestante com identificação de hipertensão arterial iniciada após 20 semanas de gestação, sem proteinúria, sem lesão de órgãos-alvo ou manifestação de outros sinais/sintomas relacionados à pré-eclâmpsia. É um diagnóstico transitório e, em alguns casos, pode evoluir para pré-eclâmpsia. Regrida em até 12 semanas após o parto. Caso persistam os valores pressóricos elevados, a gestante deve ser reclassificada como hipertensão arterial crônica. Idealmente, deve-se manter os valores da pressão arterial entre 110 a 140 x 85mmHg (usando hipotensores, se necessários), monitorar o desenvolvimento de pré-eclâmpsia.
- Pré-eclâmpsia: gestante previamente normotensa com identificação de hipertensão arterial iniciada após 20 semanas associada à proteinúria ($\geq 300\text{mg}$ em 24 horas). Na ausência de proteinúria, considera-se pré-eclâmpsia quando houver comprometimento sistêmico ou disfunção de órgãos-alvo (trombocitopenia, disfunção hepática, insuficiência renal, edema pulmonar, iminência de eclâmpsia ou eclâmpsia), ou de sinais de comprometimento placentário (restrição de crescimento fetal e/ou alterações dopplervelocimétricas).
- Hipertensão crônica com pré-eclâmpsia sobreposta: o estabelecimento do diagnóstico é realizado mediante as seguintes situações:
 - Gestantes com 20 semanas ou mais que apresentam o surgimento ou a piora de proteinúria já identificada na primeira metade da gestação;
 - Gestantes com hipertensão arterial crônica que necessitam de associação de anti-hipertensivos ou aumento das doses terapêuticas iniciais;
 - Gestantes com ocorrência de disfunção de órgãos-alvo.
- Eclâmpsia: pré-eclâmpsia associada à crise convulsiva.
- Síndrome HELLP: quadro composto por um conjunto de eventos, como hemólise, elevação de enzimas hepáticas e trombocitopenia.

MANEJO CLÍNICO DA HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO

A terapia medicamentosa deve ser iniciada com monoterapia pelos medicamentos considerados de primeira linha (metildopa). Caso não ocorra o controle adequado, associar outro medicamento de primeira linha ou de segunda linha (nifedipina de ação prolongada e hidralazina), conforme exposto no Quadro 6.

Quadro 6. Anti-hipertensivos recomendados para uso na gestação.

MEDICAMENTOS DE PRIMEIRA LINHA	CLASSE	DOSE	DOSE MÁXIMA	EFEITOS COLATERAIS	OBSERVAÇÃO
Metildopa (B)	Inibidor α-adrenérgico central	750mg a 2.000mg/dia — pode ser fracionada de 2 a 4 vezes ao dia	2g ao dia	Hipotensão postural, sonolência, retenção hídrica	O efeito hipotensor total de uma dose inicial ou ajuste da metildopa pode não ocorrer antes de 2 a 3 dias de uso contínuo.
MEDICAMENTOS DE SEGUNDA LINHA	CLASSE	DOSE	DOSE MÁXIMA	EFEITOS COLATERAIS	OBSERVAÇÃO
Hidralazina (C)	Vasodilatador periférico	50mg a 150mg/dia — pode ser fracionada de 2 a 3 vezes ao dia	200mg	Cefaleia, palpitações	Devido à taquicardia reflexa, a monoterapia com hidralazina oral não é recomendada. A hidralazina pode ser combinada com metildopa, se necessário, como terapia complementar. Doses crônicas de hidralazina acima de 100mg por dia estão associadas a um risco aumentado de desenvolver lúpus eritematoso.

Nifedipino — liberação prolongada (C)	Bloqueador do canal de cálcio	20mg a 120mg/ dia — pode ser fracionada de até 3 vezes ao dia. A dose pode ser aumentada com intervalo de 7 a 14 dias.	120mg	Cefaleia, fadiga, tontura, edema periférico, constipação	Em alguns pacientes, a dose pode ser dividida em duas doses diárias, para evitar grandes quedas na pressão arterial e para minimizar os efeitos adversos.
---	-------------------------------------	--	-------	---	---

Fonte: Adaptado do Manual de Gestaão de Alto Risco, 2022.

Observação: A Hidroclorotiazida (C) não deve ser iniciada, mas pode ser mantida (12,5mg a 25mg/dia; dose máxima — 25mg/dia).

Em casos de gestante com hipertensão crônica em uso de Inibidores da Enzima Conversora de Angiotensina (IECA) ou Bloqueadores dos Receptores de Angiotensina (BRA), suspender imediatamente após a confirmação da gestação, pelo risco de malformação fetal que pode levar à insuficiência renal intrauterina. Os betabloqueadores atenolol e propranolol também não devem ser utilizados, pelo alto risco de restrição de crescimento fetal.

CONDUTA

- Solicitar ultrassonografia (USG) precoce para datação acurada da idade gestacional, e com 25–28 semanas para avaliação do crescimento fetal;
- Solicitar creatinina sérica e EAS no primeiro trimestre, para avaliação inicial — faz-se necessário complementar a investigação com proteinúria de 24 horas diante da presença de proteína em EAS após 20 semanas, e rastrear lesão de órgão-alvo em gestantes com doença de longa data e história de eventos cardiovasculares prévios (ECG, fundoscopia, clearance de creatinina em urina de 24 horas). Em caso de rastreamento positivo, deve-se referenciar para avaliação com especialista focal e referenciar ao pré-natal de alto risco, via SER.

No decorrer da gestação, o profissional deve estar atento aos sinais de surgimento de pré-eclâmpsia sobreposta, como, piora dos níveis pressóricos ou sintomas premonitórios de eclâmpsia (escotomas cintilantes, cefaleia e epigastralgia).

Em gestantes com fator de risco para pré-eclâmpsia (hipertensão crônica, diabetes prévio, doença renal, doença autoimune, pré-eclâmpsia em gestação prévia e gravidez gemelar), está indicado o uso de ácido acetilsalicílico em baixas doses (50–100mg/dia), a partir da 12ª semana. A suplementação de cálcio (1 comprimido de carbonato de cálcio de 500mg três a quatro vezes ao dia) deve ser considerada em gestantes com alto risco de pré-eclâmpsia e que tenham dieta pobre em cálcio (menos de 900mg/dia).

MONITORAMENTO DOMICILIAR DA PRESSÃO ARTERIAL

Para o manejo de gestantes com diagnóstico de hipertensão arterial deve-se realizar o automonitoramento da PA no domicílio com foco na estabilização das condições e morbidades diagnosticadas. O termo de responsabilidade de uso do aparelho digital encontra-se disponível na plataforma da SUBPAV. O sucesso da realização do monitoramento da pressão arterial pela gestante no domicílio depende das orientações fornecidas a ela pelo profissional da UAP. Essa é uma boa oportunidade para esclarecer que as medidas domiciliares devem seguir os mesmos cuidados daqueles realizados no consultório. Nesse momento oriente sobre a hipertensão arterial e a importância do tratamento, a interpretação dos resultados de PA e as recomendações em caso de alteração.

MANEJO DA CRISE HIPERTENSIVA NA APS

Gestantes com valores de PAS \geq 160mmHg ou PAD \geq 110mmHg, independentemente da idade gestacional e estado clínico geral, devem ter os níveis pressóricos reduzidos, com início de manejo medicamentoso ainda na unidade de atenção primária, e solicitação de avaliação de urgência em maternidade por meio de Vaga Zero. É recomendado que a gestante permaneça em decúbito lateral esquerdo durante todo o atendimento. A equipe também deve garantir acesso venoso periférico salinizado, além de monitoramento de sinais vitais da gestante, avaliação de batimentos cardíacos e identificação de sinais preditivos de pré-eclâmpsia.

Quadro 7. Medicamento de primeira linha para manejo da crise hipertensiva na gestante.

AGENTE	DOSE INICIAL E VIA DE ADMINISTRAÇÃO	REPETIR, SE NECESSÁRIO	DOSE MÁXIMA
Hidralazina Ampola de 20mg/ml — Obs.: A ampola de hidralazina contém 1ml, na concentração de 20mg/ml. Diluir uma ampola (1ml) em 19ml de água destilada, assim, obtém-se a concentração de 1mg/ml.	5mg via intravenosa	5mg a cada 20 minutos	30mg

Fonte: Adaptado do Manual de Gestação de Alto Risco, 2022.

ATENÇÃO! Faz-se necessário repetir a aferição da PA a cada 20 minutos, repetindo a dose recomendada do medicamento (desde que respeitado o limite máximo de administração), até que a PA atinja níveis de PAS < 160mmHg e PAD < 110mmHg. Não há indicação para uso de metildopa nos casos de urgência hipertensiva, devido à sua ação lenta, que não ocasionará a redução dos níveis pressóricos em tempo oportuno.

Além da crise hipertensiva, são condições para a solicitação de avaliação de urgência/emergência na maternidade valores de PA sistólica $\geq 140\text{mmHg}$ ou diastólica $\geq 90\text{mmHg}$ iniciados após 20 semanas, independentemente da presença de sintomas OU independentemente da idade gestacional quando esses valores vêm acompanhados de sintomas sugestivos de pré-eclâmpsia (cefaleia típica occipital, escotomas cintilantes, epigastralgia severa ou vômitos e eclâmpsia/convulsões).

HIPERTENSÃO ARTERIAL NO PUERPÉRIO

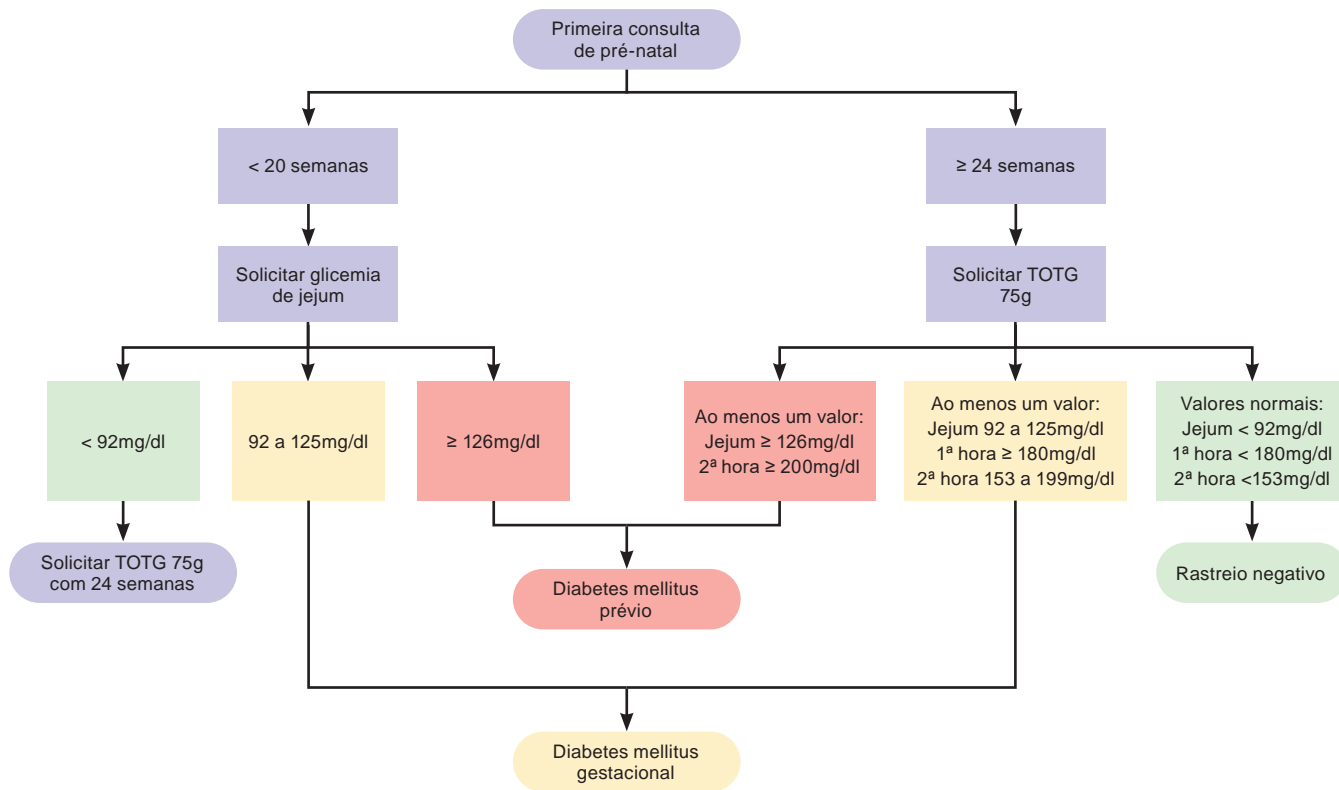
As puérperas podem receber qualquer medicação anti-hipertensiva, devendo priorizar os anti-hipertensivos que sejam excretados em baixas concentrações no leite materno, como enalapril, captopril, hidroclorotiazida, metoprolol, propranolol, hidralazina e metildopa. A pressão arterial pode ter seus níveis normalizados até 12 semanas após o parto. É necessária a realização de nova avaliação após este período. Caso os níveis pressóricos mantenham-se elevados, deverá ser reclassificada como hipertensão arterial crônica.

DIABETES NA GESTAÇÃO

O quadro de hiperglicemia na gravidez inclui o diabetes mellitus prévio à gestação e o diabetes mellitus gestacional. A hiperglicemia durante o ciclo gravídico puerperal constitui um relevante problema, podendo ter desfechos gestacionais adversos, como pré-eclâmpsia, prematuridade, parto cesariano ou instrumental, macrossomia fetal, hipoglicemia neonatal, elevação na concentração de peptídeo C no sangue do cordão umbilical, distocia de ombro do recém-nascido, entre outros. Além do exposto, a hiperglicemia na gestação aumenta o risco da criança desenvolver obesidade, síndrome metabólica e diabetes na vida futura.

O rastreio de diabetes na gestação deve ser realizado precocemente, já a partir da primeira consulta de pré-natal, para todas as gestantes, independentemente da existência ou não de fatores de risco, conforme a Figura 5.

Figura 5. Fluxograma para rastreamento e diagnóstico do diabetes na gravidez.



ATENÇÃO! Caso o pré-natal seja iniciado entre 20 e 24 semanas incompletas, solicitar TOTG, para ser realizado ao completar 24 semanas.

CONDUTAS APÓS RASTREAMENTO

As gestantes com diagnóstico de diabetes mellitus pré-gestacional, sem lesão de órgão-alvo, ou diabetes mellitus gestacional devem ser acompanhadas pela atenção primária com apoio especializado do NASF-AB ou encaminhadas para nível secundário, via SISREG — policlínicas ou maternidades de média complexidade. O objetivo do tratamento é atingir as metas glicêmicas e garantir ganho de peso materno e desenvolvimento fetal adequados, prevenindo desfechos perinatais adversos. Evidências apontam que cerca de 70% das mulheres com diagnóstico de diabetes mellitus gestacional conseguirá controlar os seus níveis glicêmicos com adequação nutricional e prática de exercícios físicos.

TRATAMENTO NÃO FARMACOLÓGICO

A equipe de referência pode fornecer às gestantes orientações nutricionais básicas e, quando possível, solicitar suporte do nutricionista do NASF-AB ou ambulatorios, para manejo conjunto. Incentivar a alimentação saudável, de preferência com base em alimentos *in natura* ou minimamente processados. O açúcar pode ser substituído por edulcorantes, respeitando o máximo de seis sachês ou 15 gotas/dia, com rodízio dos tipos utilizados. A prática de atividades físicas, como caminhadas diárias por 30 a 40 minutos, devem ser incentivadas nos casos onde não houver contraindicação.

AVALIAÇÃO DO CONTROLE GLICÊMICO

As gestantes com diagnóstico de diabetes mellitus gestacional ou prévio deverão realizar monitorização da glicemia capilar desde o diagnóstico. Todas as gestantes com diagnóstico devem receber orientação da equipe sobre como realizar a autoavaliação da glicemia capilar, bem como disponibilizar os insumos necessários: um glicosímetro, fitas reagentes e lancetas. A recomendação é que sejam realizadas quatro aferições diárias (em jejum, após o café da manhã, após o almoço e após o jantar). Para gestantes com diabetes tipo 1 ou diabetes prévio à gestação, também é indicada a realização da glicemia capilar pré prandial. As metas para o controle glicêmico na gestação, em qualquer idade gestacional, são:

- Jejum ou pré-prandial: menor que 95mg/dl;
- 1 hora pós-prandial: menor que 140mg/dl;
- 2 horas pós-prandial: menor que 120mg/dl.

A insulinização está indicada sempre que as medidas não farmacológicas (adequação nutricional e exercícios), avaliadas após 7 a 14 dias, não forem suficientes para atingir as metas do controle glicêmico materno (30% ou mais dos valores glicêmicos alterados). Para o início da prescrição da insulina NPH pela APS, recomenda-se que a dose inicial seja calculada pelo peso atual, sendo recomendada 0,5UI/kg/dia, fracionada em duas a três aplicações, podendo ser maior proporção no período da manhã.

Pode-se fazer insulina regular (de ação rápida nas refeições — café, almoço e jantar), de acordo com o seguinte esquema:

- Até 120: zero;
- 120–160: 2UI;
- 161–200: 4UI;
- 201–300: 6UI;
- ≥ 301 : 8UI;

Exemplo: Gestante pesando 80kg, com diagnóstico de diabetes mellitus prévio **OU** diabetes mellitus gestacional sem êxito no alcance de metas do controle glicêmico. // Conduta: Iniciar insulina NPH: $0,5\text{UI/kg/dia} = 0,5\text{UI} \times 80\text{kg/dia} = 40\text{UI/dia}$. // Fracionamento: 20UI após o café, 10UI após o almoço, 10UI após o jantar.

Os hipoglicemiantes orais (como metformina e glibenclamida) não estão liberados para uso na gestação, principalmente pela falta de evidências sobre repercussões ao longo da vida das crianças que sofreram exposição intrauterina a essas drogas. Portanto, gestantes com diabetes prévia deverão ter as medicações suspensas e iniciar uso de insulina.

MANEJO DA GESTANTE COM HIPOGLICEMIA OU HIPERGLICEMIA NA APS

As equipes de atenção primária devem estar atentas a possíveis sinais e sintomas relacionados ao diabetes na gestação que indiquem possíveis complicações que exijam monitoramento e atendimento de urgência na maternidade. São eles:

■ Se glicemia < 60mg/dL e gestante consciente:

1. Administrar 30g de carboidrato de absorção rápida por via oral (uma colher de sopa de açúcar ou 30ml de soro glicosado a 50%).
2. Repetir a glicemia 15 minutos após:
 - a. Se glicemia > 60mg/dl — correção da hipoglicemia;
 - b. Se glicemia < 60mg/dl ou não houver melhora dos sintomas de hipoglicemia — repetir o líquido açucarado;
 - c. Repetir glicemia com 15 minutos — se glicemia < 60mg/dl, puncionar acesso venoso e administrar seis ampolas de glicose 25% de 10ml, EV;
 - d. Se glicemia se mantiver < 60mg/dl, solicitar Vaga Zero.

■ Se glicemia < 60 mg/dL e gestante sonolenta ou desorientada:

1. Puncionar acesso venoso;
2. Administrar seis ampolas de glicose 25% de 10ml;
3. Repetir glicemia após 10 minutos:
 - a. Se glicemia > 60mg/dl e paciente consciente — correção da hipoglicemia;
 - b. Se glicemia < 60mg/dl, solicitar Vaga Zero à emergência obstétrica.

PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DURANTE A GESTAÇÃO

O rastreamento de algumas IST na gestação constitui uma atitude imprescindível para a prevenção da transmissão vertical, pois há evidências de que intervenções oportunas reduzem drasticamente o risco de transmissibilidade ao concepto e identificação e tratamento precoce da sífilis para a gestante e sua parceria.

A gestante deve ser rastreada regularmente para infecção pelo HIV, sífilis, e hepatites B e C em três oportunidades: na primeira consulta de pré-natal, iniciado imediatamente no diagnóstico da gestação; no segundo e terceiro trimestres de gestação. Os testes rápidos devem ser oferecidos às parcerias, preferencialmente já no início da assistência do pré-natal, independentemente do status sorológico da gestante. É importante que o profissional de saúde pergunte sobre exposições desprotegidas. Nestes casos, conforme a necessidade, pode ocorrer o oferecimento de novas testagens, respeitando-se o tempo de janela imunológica. A seguir, serão descritas brevemente as condutas mediante a ocorrência dos agravos rastreados durante a assistência ao pré-natal.

SÍFILIS NA GESTAÇÃO

A transmissão da sífilis se dá por via sexual, parenteral e vertical. Na gestante, a infecção cursa de forma semelhante à população geral, não representando sinais de gravidade para a sua saúde em função da gravidez. Porém, para o conceito há sérios riscos, desde aborto, prematuridade, baixo peso, malformação congênita, óbito fetal e óbito infantil. Por esta razão, a sífilis congênita representa um evento sentinela, que se reflete como indicador de falha na condução da assistência durante o pré-natal. As equipes de saúde devem rastrear todas as gestantes, e tratá-las oportunamente. O diagnóstico da sífilis é realizado por teste rápido, não havendo a necessidade de aguardar um segundo exame para proceder com o tratamento. O profissional deve realizar o registro no cartão de pré-natal sobre o diagnóstico e o tratamento da sífilis, e o preenchimento de notificação da ficha individual do SINAN-RIO.

INVESTIGAÇÃO DA SÍFILIS NAS PARCERIAS SEXUAIS

Toda gestante com diagnóstico de sífilis deve convocar a parceria para a realização das testagens, classificação clínica da sífilis e acesso ao tratamento. Caso a parceria apresente resultado não reagente nas testagens, deve ser tratada de forma profilática com Benzilpenicilina Benzatina 2,4 milhões UI (1,2 milhões UI em cada nádega) em dose única, pois um terço das parcerias sexuais podem estar no período de janela imunológica, tornando-se necessário repetir a testagem em 30 dias.

Quadro 8. Manifestações clínicas da sífilis adquirida, de acordo com o tempo de infecção, evolução e estágios da doença.

CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA*		SINAIS E SINTOMAS**
Sífilis recente (até um ano de infecção)	Sífilis primária (10 a 90 dias após a infecção)	Lesão única, geralmente. Indolor, não pruriginosa, com bordas regulares e base dura chamada de cancro duro, podendo ocorrer linfadenomegalia regional.
	Sífilis secundária (6 semanas a 6 meses após o recrudesimento da lesão primária)	Febre, adinamia, linfadenomegalia sistêmica, lesões cutâneo-mucosas (roséola, placas mucosas, sífilides papulosas, sífilides palmoplantares, condiloma plano, alopecia em clareira, madarose, rouquidão). Micropoliadenopatia. Linfadenopatia generalizada. Sinais constitucionais. Quadros neurológicos, oculares, hepáticos.
	Sífilis latente recente (até um ano da infecção)	Período assintomático.
Sífilis tardia (após um ano de infecção)	Sífilis latente tardia (após um ano da infecção)	Período assintomático.
	Sífilis terciária (1 a 40 anos após o início da infecção)	Cutâneas: lesões gomosas e nodulares, de caráter destrutivo. Ósseas: periostite, osteíte gomosa ou esclerosante, artrites, sinovites e nódulos justarticulares. Cardiovasculares: estenose de coronárias, aortite e aneurisma da aorta, especialmente da porção torácica. Neurológicas: meningite, gomas do cérebro ou da medula, atrofia do nervo óptico, lesão do sétimo par craniano, manifestações psiquiátricas, <i>tabes dorsalis</i> e quadros demenciais como o da paralisia geral.

*A sífilis é uma doença infectocontagiosa causada pela bactéria espiroqueta *Treponema pallidum*, sistêmica, de curso crônico, tratável e curável. Divide-se em sífilis recente (até um ano de infecção) e sífilis tardia (após um ano de infecção). A sífilis recente é dividida

em sífilis primária, secundária e latente recente, e a sífilis tardia é dividida em latente tardia e terciária. A neurosífilis pode ocorrer em qualquer fase clínica.

****Lembre-se que a sífilis não apresenta sinais e sintomas patognômicos, podendo ser confundida com outras diversas patologias. O rastreamento é a principal forma de identificação da infecção.**

Fonte: Adaptado do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), 2022.

TRATAMENTO

A Benzilpenicilina Benzatina é o único tratamento seguro para a gestante, pois trata gestante e concepto intraútero. O intervalo entre as doses é de 7 dias. Em caso de atraso, o esquema terapêutico deve ser reiniciado. A via de administração da dose intramuscular é o quadrante superior externo do glúteo. Em caso de prótese de silicone no local, contraindica-se a aplicação por esta via, devendo-se proceder com aplicação no músculo vasto lateral da coxa. A Benzilpenicilina Benzatina pode ser administrada com segurança na atenção primária, de acordo com a Portaria n.º 3.161, de 27 de dezembro de 2011. O Quadro 9 apresenta o tratamento da gestante conforme a classificação clínica da sífilis.

Quadro 9. Tratamento de sífilis.

CLASSIFICAÇÃO CLÍNICA	ESQUEMA TERAPÊUTICO INDICADO
Sífilis recente (sífilis primária, secundária e latente recente)	Benzilpenicilina Benzatina 2,4 milhões UI (1,2 milhões UI em cada nádega), em dose única.
Sífilis tardia (sífilis latente tardia e terciária)	Benzilpenicilina Benzatina 7,2 milhões UI divididas em um intervalo de 7 dias, sendo 2,4 milhões UI por semana (1,2 milhões UI em cada nádega), totalizando 3 semanas.

Fonte: Adaptado do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), 2022.

GESTANTE ALÉRGICA À PENICILINA

A alergia à penicilina é um evento raro (ocorre em 0,01% a 0,05% das pessoas expostas ao antibiótico). Com isso, a equipe deve realizar uma anamnese detalhada, buscando identificar a história pregressa da gestante e seu entendimento do que significa alergia, bem como sua descrição sobre este evento. Gestantes com histórico de alergia à penicilina devem ser encaminhadas via SISREG (aba “Alergologia-dessensibilização para gestante alérgica à Penicilina”). Qualquer dificuldade em relação à oferta de vaga deve ser imediatamente reportada ao gestor local, para contato com a referência.

ALERGIA À PENICILINA X REAÇÃO DE JARISCH-HERXHEIMER

Após o tratamento à base de penicilina para a sífilis, pode ocorrer o fenômeno reação de Jarisch-Herxheimer. Pelas características clínicas, este evento pode ser facilmente confundido com alergia à penicilina, pois são semelhantes. A reação de Jarisch-Herxheimer caracteriza-se por febre, mal-estar geral, cefaleia, artralgia, exacerbação de lesões cutâneas com eritema, dor ou prurido. Regridem espontaneamente após 12 a 24 horas do início dos sintomas. Gestantes podem ter o risco de contrações uterinas e até trabalho de parto prematuro e sofrimento fetal, pela liberação de altas doses de prostaglandinas. Esta reação pode ocorrer durante as primeiras 24 horas (em média nas primeiras oito horas) após a aplicação da primeira dose de penicilina, principalmente nas fases clínicas iniciais (sífilis primária e secundária). É resultante da reação imunológica aos fragmentos do treponema com a ação da penicilina, que nas fases iniciais está em altas concentrações. As equipes devem orientar sobre a possibilidade do evento, explicando suas características, realizar vigilância e acompanhamento caso a gestante apresente esta reação. O tratamento é feito apenas com o uso de analgésicos, antitérmicos, hidratação venosa e, eventualmente, corticoides. Apesar do quadro clínico, não há contraindicação para o prosseguimento do tratamento, uma vez que este evento é autolimitado e não se repete nas próximas doses.

SEGUIMENTO PÓS-TERAPÊUTICO

O seguimento pós-terapêutico é feito por meio de solicitações periódicas de teste não treponêmico, e para a gestante deve ser mensal. O motivo desta solicitação não é a verificação de cura, visto que as titulações nem sempre reduzem rapidamente, mas, sim, a avaliação imediata do aumento de diluições que evidenciam reativação ou reinfeção e, com isso, o oferecimento de retratamento em tempo oportuno. Espera-se que o tratamento feito de forma adequada re-

sulte em queda em duas diluições em três meses, e em quatro diluições em seis meses em testes não treponêmicos, entretanto, há uma série de fatores que podem influenciar nesta queda, como classificação clínica, idade, coinfeção pelo HIV, entre outros. Por isso, em relação ao teste não treponêmico, a queda em duas diluições em seis meses para sífilis recente e em 12 meses para sífilis tardia indica sucesso do tratamento instituído e tendência de cura.

CONSIDERAÇÕES

- A não redução em duas diluições em três meses pode ocorrer em função da resposta imunológica lenta, e isso não significa falha terapêutica. Nesta situação, deve-se checar a aderência ao tratamento, reexposição, sintomas neurológicos e oftalmológicos.
- Falha na queda de titulações, mesmo em vigência do tratamento adequado, podem indicar neurosífilis, e uma investigação deve ser iniciada. Se confirmada, deve ser realizado tratamento com penicilina G cristalina de 4.000.000UI, por via endovenosa, a cada quatro horas, por 10 a 14 dias.
- Cicatriz sorológica: quando há a persistência de resultados reagentes em testes não treponêmico (p.ex.: VDRL) com títulos baixos (1:1 a 1:4) durante um ano após o tratamento.

GESTANTE ADEQUADAMENTE TRATADA E ACOMPANHADA	REINFECÇÃO, REATIVAÇÃO OU FALHA TERAPÊUTICA
<ul style="list-style-type: none"> • Tratamento com Penicilina; E • Esquema terapêutico adequado de acordo com a fase clínica da Sífilis; E • Início do tratamento com, pelo menos, 30 dias do parto; E • Respeito ao intervalo entre as doses; E • Avaliação quanto ao risco de reinfecção (exposição sexual das parcerias sexuais não tratadas, não uso de preservativo nas relações sexuais); E • Queda em duas diluições em três meses ou quatro diluições em seis meses, após a conclusão do tratamento (resposta imunológica adequada). 	<ul style="list-style-type: none"> • Aumento de titulação em duas diluições em teste não treponêmico a qualquer momento do seguimento pós-terapêutico; <p style="text-align: center;">OU</p> <ul style="list-style-type: none"> • Persistência ou reaparecimento de sinais e sintomas clínicos sugestivos de sífilis.

Como avaliar teste não treponêmico

AVALIAÇÃO DE QUEDA OU AUMENTO DOS TÍTULOS EM TESTES NÃO TREPONÊMICOS (P.EX.: VDRL)	
<p>Aumento dos títulos: Ex.: 1:4 para 1:16 1:4 / 1:8 / 1:16 — aumento em duas diluições Ex.: 1:4 para 1:64 1:4 / 1:8 / 1:16 / 1:32 / 1:64 — aumento em quatro diluições</p>	<p>Redução dos títulos: Ex.: 1:16 para 1:4 1:16 / 1:8 / 1:4 — redução em duas diluições Ex.: 1:64 para 1:4 1:64 / 1:32 / 1:16 / 1:18 / 1:4 — redução em quatro diluições</p>

MANEJO DE SITUAÇÕES DE MAIOR COMPLEXIDADE NA GESTAÇÃO

HIV

Toda gestante diagnosticada com HIV pelo método de testagem rápida ou sorológica deve ser e encaminhada via SISREG (Consulta em Infectologia: HIV/AIDS) com manutenção do acompanhamento na UAP. O curso da infecção pelo HIV é crônico, composto por diversas fases que dependem da resposta imunológica do indivíduo e da carga viral, e que, se não tratadas a longo prazo, podem representar infecções oportunistas, levando a quadros graves e até ao óbito. O profissional deve primar que a gestante esteja realizando o tratamento adequado, com o objetivo de atingir melhores desfechos durante o pré-natal e evitar a transmissão vertical. Em todos os casos de diagnóstico de HIV, o profissional deve realizar o preenchimento de notificação da ficha individual do SINAN-RIO.

Quadro 10. Indicação de exames laboratoriais de acompanhamento.

EXAMES	QUANDO PEDIR
Exames de rotina de pré-natal	Seguir orientações comuns a todas as gestantes
Hemograma completo	A cada três meses

EXAMES	QUANDO PEDIR
PCR-RNA quantitativo para HIV (Carga Viral)	Imediatamente ao diagnóstico, a cada quatro semanas até a negatificação e com 34 semanas de gestação, e ainda sempre que houver dúvidas em relação à resistência viral ou adesão ao tratamento
Genotipagem	Imediatamente ao diagnóstico
CD4 e CD8	Imediatamente ao diagnóstico e com 34 semanas de gestação
Função hepática: TGO, TGP, Bilirrubina total e frações	Antes do início do tratamento e a cada três meses, para a verificação de tolerância ao uso da TARV
Função renal: Ureia e Creatinina	Antes do início do tratamento e a cada três meses, para a verificação de tolerância ao uso da TARV
Lipidograma	Pelo menos uma vez

Fonte: Adaptado do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT), 2022.

TRATAMENTO DO HIV DURANTE A GESTAÇÃO

O tratamento do HIV deve ser iniciado a partir do diagnóstico, o mais precocemente possível. Os esquemas adequados às necessidades individuais estão disponíveis no Guia Rápido Infecção pelo HIV e AIDS, nos Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) e nas Notas técnicas do Ministério da Saúde.

ORIENTAÇÕES SOBRE VIA DE PARTO

A via de parto da gestante vivendo com HIV depende da carga viral da paciente. A carga viral utilizada como parâmetro é a de 34 semanas de gestação.

- Gestantes com carga viral abaixo de 1.000 cópias têm indicação de via de parto obstétrica, ou seja, a via de parto pode ser a vaginal;

- Gestantes com carga viral maior do que 1.000 **OU** desconhecida **OU** apresentando histórico de má adesão ou de resistência à TARV neste período devem ser submetidas ao parto cesariano com 38 semanas de gestação;
- Gestantes em qualquer fase do trabalho de parto acolhidas pela UAP devem ser reguladas via Vaga Zero à maternidade de referência, bem como serem orientadas a procurar a UAP em caso de sinais e sintomas de trabalho de parto.

Observação: O AZT (zidovudina) injetável é indicado para a prevenção da transmissão vertical e deve ser administrado durante o início do trabalho de parto, ou até 3 horas antes da cesariana eletiva, até o clampeamento do cordão umbilical. Não é necessário uso de AZT profilático EV nas gestantes que apresentem CV-HIV indetectável após 34 semanas de gestação, e que estejam em TARV com boa adesão. Entretanto, independentemente da CV-HIV, o médico pode eleger ou não o uso do AZT intraparto EV, a depender do seu julgamento clínico se houver risco de má adesão.

HIV X AMAMENTAÇÃO

O leite materno possui carga viral suficiente para a contaminação do bebê. O risco de transmissão é de 6% a 23%, e este risco se renova a cada mamada. Deste modo, a amamentação está contraindicada para mães vivendo com HIV. Medidas farmacológicas e não farmacológicas de inibição da lactação devem ser instituídas imediatamente após o parto. A Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro (SMS-Rio) oferece leite artificial dispensado pelo serviço especializado que acompanha o bebê. Para a aquisição do leite artificial, o profissional deve encaminhar o bebê, via SISREG, no procedimento “Consulta em Infectologia — Pediatria HIV/AIDS”.

HEPATITE B

O vírus da hepatite B (HBV) é transmitido pelo contato de fluidos corporais infectados, sendo o sangue o mais frequente, mas também pode ser transmitido por sêmen e saliva. As vias de transmissão são a perinatal, sexual e parenteral/percutânea. A via perinatal é o principal meio de transmissão do vírus da hepatite B em crianças. O risco de cronificação da infecção pelo HBV é inversamente relacionado à idade de aquisição, sendo 90% em recém-nascidos, 25–30% em crianças entre um e cinco anos de idade, e menor que 5% em adultos.

Mediante o resultado de teste rápido para hepatite B ou HBsAg reagentes, o profissional deve encaminhar a gestante via SISREG para serviço especializado. No procedimento “Consulta em Hepatologia — Gestantes com Hepatites Virais”, mantendo o acompanhamento compartilhado. A guia de referência e contrarreferência para o especialista deve conter o resultado do teste rápido, a idade gestacional e o resumo clínico da gestante. Os seguintes exames deverão ser solicitados pela APS para complementar a avaliação: HBeAg, TGO, TGP e CV-HBV.

Em todos os casos de diagnóstico de hepatite B, o profissional deve realizar o preenchimento de notificação da ficha individual do SINAN-RIO e a avaliação dos contactantes da gestante.

As gestantes que apresentarem TR ou HBsAg não reagente e que não possuam histórico vacinal ou que tenham tomado esquema vacinal de hepatite B incompleto devem completar esquema vacinal para hepatite B com três doses.

As crianças nascidas de mães portadoras do vírus da hepatite B deverão ser encaminhadas para a atenção especializada, via SISREG, no procedimento “Consulta em Infectologia — Pediatria”.

PREVENÇÃO DA TRANSMISSÃO VERTICAL DA HEPATITE B

A gestante com diagnóstico de hepatite B deverá ter esta informação destacada no cartão de pré-natal e ser orientada para as medidas de profilaxia pós-parto, a administração da primeira dose da vacina de hepatite B e da imunoglobulina humana anti-hepatite B no recém-nascido ainda na maternidade, dentro das primeiras 12 horas de vida. As demais doses da vacina de hepatite B deverão seguir a orientação do Programa Nacional de Imunizações (PNI). O profissional deverá realizar o contato com a maternidade de referência sinalizando o caso para a pronta disponibilização da anti-munoglobulina humana anti-hepatite B. Além destas medidas de prevenção, a indicação pelo especialista de uso de tenofovir na gestante, conforme os critérios previstos no PCDT de transmissão vertical (TV), é uma ferramenta importante para reduzir o risco de TV.

HEPATITE B X AMAMENTAÇÃO

Não há contraindicação absoluta para mães com hepatite B amamentarem. Entretanto, caso ocorra fissura mamilar ou trauma que gere sangue no leite materno, a amamentação deve ser suspensa até que estas condições sejam resolvidas.

HEPATITE C

O vírus da hepatite C é transmitido principalmente por meio de exposição percutânea repetida ou por grandes volumes de sangue infectado. A transmissão vertical constitui a principal fonte de infecção dos casos na infância. Em todos os casos de diagnóstico de hepatite C, o profissional deve realizar o preenchimento de notificação da ficha individual do SINAN-RIO e a avaliação dos contactantes.

Para gestantes com teste rápido para hepatite C ou anti-HCV reagentes, o profissional deverá encaminhar a gestante para serviço especializado e acompanhamento compartilhado, via SISREG, com inserção em “Consulta em Hepatologia — Gestantes com Hepatites Virais”. A guia de referência e contrareferência deve conter o resumo clínico da gestante, o resultado de teste rápido e a idade gestacional.

A hepatite C tem tratamento e alta taxa de cura. As medicações são bem toleradas pelo paciente. Portanto, quando possível, é aconselhável orientar a mulher que deseja engravidar a planejar a gestação para seis meses após o término da terapêutica específica para hepatite C, eliminando, assim, o risco de transmissão vertical deste agravado. A mulher que engravidar em vigência do tratamento de hepatite C deverá suspender imediatamente o mesmo, pois os medicamentos são teratogênicos, sendo contraindicados durante o período gestacional.

As crianças expostas ao HCV devem ser encaminhadas a um serviço de referência para acompanhamento, via SISREG, no procedimento “Consulta em Infectologia — Pediatria”. Entretanto, a investigação diagnóstica não deve aguardar a consulta com o especialista, podendo ser iniciada ainda pela APS no seguimento de puericultura, conforme orientação do Protocolo de Transmissão Vertical do Ministério da Saúde.

HEPATITE C X AMAMENTAÇÃO

A hepatite C não contraindica a amamentação, exceto na presença de fissuras mamilares. Entretanto, caso ocorra fissura mamilar ou trauma que gere sangue no leite materno, a amamentação deve ser suspensa até que estas condições sejam resolvidas.

HTLV

O HTLV (Vírus Linfotrópico de Células T Humanas) é transmitido das mesmas formas que o HIV (sexual, transmissão vertical, uso de drogas intravenosas, compartilhamento de material perfurocortante). Na grande maioria dos casos, as pessoas não apresentam nenhum sinal ou sintoma, e podem se manter assintomáticas durante toda a vida. Um percentual menor (em determinadas áreas endêmicas, chega em torno de 4% dos infectados e com maior frequência em mulheres) pode desenvolver problemas neurológicos, como a mielopatia pelo HTLV (que pode iniciar sintomas de forma arrastada, durante anos, com lombalgia, parestesia nos membros inferiores que vai evoluindo gradualmente para paraparesia dos membros inferiores e perda de controle esfinteriano urinário e até disfunção sexual), e quadros graves hematológicos, como leucemias e linfomas de células T. Até o momento, não há cura ou tratamento. O manejo da gestante com HTLV é similar ao da população geral. Durante este período, não há intervenções que tragam benefícios para a redução do risco de transmissão vertical e, por isso, as gestantes, desde que não possuam complicações clínicas, podem ser acompanhadas na atenção primária. O rastreamento do HTLV deve ser feito em mulheres vivendo com HIV ou com doença falciforme, a fim de oportunizar a testagem nesta população.

HTVL X AMAMENTAÇÃO

O leite materno possui carga viral suficiente para a contaminação do bebê. O risco de transmissão se renova a cada mamada. Deste modo, a amamentação está contraindicada para mães vivendo com HTLV. Medidas farmacológicas e não farmacológicas de inibição da lactação devem ser instituídas imediatamente após o parto. A SMS-Rio oferece leite artificial dispensado pelo serviço especializado que acompanha o bebê. Para a aquisição do leite artificial, o profissional deve encaminhar o bebê, via SISREG, no procedimento “Consulta em Infectologia — Pediatria HIV/AIDS”.

TOXOPLASMOSE

Trata-se de uma zoonose causada pelo *Toxoplasma gondii*, que na gestante traz risco elevado de acometimento fetal. Os resultados para o feto durante a infecção na gestação podem ser: restrição de crescimento intrauterino, morte fetal, prematuridade e/ou manifestações clínicas e sequelas, como microftalmia, lesões oculares, microcefalia, hidrocefalia, calcificações cerebrais, pneumonite, hepatoesplenomegalia, erupção cutânea e retardo mental. Em todos os casos de diagnóstico de toxoplasmose, o profissional deve realizar o preenchimento de notificação da ficha individual do SINAN-RIO.

PREVENÇÃO

Há relatos de que é possível haver transmissão materno-fetal em gestantes imunocomprometidas com toxoplasmose prévia à gestação. Embora se considere que as gestantes suscetíveis sejam o principal foco das medidas preventivas, o profissional deve orientar todas as gestantes sobre os cuidados de prevenção primária:

- Lavar as mãos com água e sabão ao manipular alimentos;
- Lavar bem frutas, legumes e verduras antes de consumi-los;
- Ingerir frutas sem a casca e legumes somente cozidos;
- Não ingerir carnes cruas ou malcozidas, incluindo embutidos (salame, copa suína etc.);
- Lavar as mãos após manusear carne crua, assim como toda a superfície que estiver em contato com o alimento e todos os utensílios utilizados;
- Beber somente água filtrada ou fervida;
- Não consumir leite e seus derivados crus, não pasteurizados, seja de vaca ou cabra;
- Alimentar os gatos com carne cozida ou ração, não deixando que eles façam a ingestão de caça;
- Evitar contato com o solo e terra de jardim — se isso for indispensável, usar luvas e lavar bem as mãos após a atividade;
- Evitar contato com fezes de gato — proponha que outra pessoa limpe a caixa de areia dos gatos e, se não for possível, tentar limpá-la e trocá-la diariamente utilizando luvas e pá;
- Lavar bem as mãos após o contato com os animais.

DIAGNÓSTICO

O diagnóstico da infecção aguda durante a gestação tem como principal objetivo a prevenção da toxoplasmose congênita e suas sequelas. Recomenda-se a triagem por meio da detecção de anticorpos da classe IgG e IgM na primeira consulta de pré-natal, dado que o diagnóstico é eminentemente laboratorial e, nos casos em que o IgG e IgM sejam negativos, solicitar novamente a sorologia no segundo e terceiro trimestres. Na presença de anticorpos IgG positivos e IgM negativos, considera-se a gestante imune, não sendo necessário repetir a testagem na segunda rotina de pré-natal.

Quadro 11. Interpretação e conduta mediante sorologias para toxoplasmose.

PRIMEIRA SOROLOGIA ATÉ A 12ª SEMANA			
RESULTADOS		INTERPRETAÇÃO	CONDUTA
IgG	IgM		
Positiva	Negativa	Imunidade remota: gestante com doença antiga ou toxoplasmose crônica	Não há necessidade de novas sorologias. Manter orientações para prevenção da infecção.
Negativa	Negativa	Suscetibilidade	Realizar prevenção primária. Repetir sorologia no segundo e terceiro trimestres.
Positiva	Positiva	Possibilidade de infecção durante a gestação	<p>Iniciar espiramicina imediatamente: 500mg OU 1,5UI — 2 comprimidos de 8/8 horas, via oral. Fazer o teste de avidéz de IgG na mesma amostra, se não for possível, coletar nova amostra até 16 semanas.</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Avidéz forte: infecção adquirida antes da gestação — não há necessidade de mais testes e interromper o tratamento. ■ Avidéz fraca ou moderada: infecção aguda — manter espiramicina e, a partir da 16ª semanas, substituir esquema por: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Peso < 80 kg: *Sulfadiazina 500mg 2 comprimidos 8/8 horas + Pirimetamina 25mg 2 comprimidos ao dia; ▪ Peso > 80 kg: *Sulfadiazina 500mg 2 comprimidos 6/6 horas + Pirimetamina 25mg 2 comprimidos ao dia + Ácido fólico 15mg, 1 comprimido ao dia. <p>Observações: Solicitar USG mensal OU bimensal; encaminhar, via SISREG, para Obstetrícia-Infectologia.</p>

PRIMEIRA SOROLOGIA ATÉ A 12ª SEMANA			
RESULTADOS		INTERPRETAÇÃO	CONDUTA
IgG	IgM		
Negativa	Positiva	Infecção muito recente OU IgM falso positivo	<p>Iniciar espiramicina imediatamente: 500mg OU 1,5UI — 2 comprimidos de 8/8 horas, via oral. Repetir a sorologia em 3 semanas — se IgM e IgG positivas, confirma-se a infecção aguda.</p> <p>■ Até 16ª semana: manter a espiramicina.</p> <p>■ > 16 semanas: iniciar o esquema tríplice:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Peso < 80 kg: *Sulfadiazina 500mg 2 comprimidos 8/8 horas + Pirimetamina 25mg 2 comprimidos ao dia + Ácido folínico 15mg 1 comprimido ao dia; ▪ Peso > 80 kg: *Sulfadiazina 500mg 2 comprimidos 6/6 horas + Pirimetamina 25mg 2 comprimidos ao dia + Ácido folínico 15mg 1 comprimido ao dia, este imprescindível para a prevenção de aplasia medular causada pela pirimetamina. <p>Observações: Encaminhar gestante, via SISREG, para Obstetrícia-Infecologia. USG fetal mensal OU bimensal. IgM positiva ou negativa e IgG negativa — interromper o tratamento da infecção e repetir a sorologia após 1 mês. Se sorologia persistir inalterada, considerar gestante suscetível e repetir a sorologia na terceira rotina de pré-natal.</p>

*Para gestantes com relato de alergia à sulfá, deve-se substituir por clindamicina 300mg 2 comprimidos de 8/8 horas. Fonte: Brasil, 2020.

IMPORTANTE! O ácido folínico não deve ser substituído por ácido fólico, não devendo, também, serem utilizados de maneira concomitante, pois ambos os medicamentos interagem pelo mesmo receptor, podendo causar mielotoxicidade.

SOROLOGIA COM MAIS DE 16 SEMANAS			
RESULTADOS		INTERPRETAÇÃO	CONDUTA
IgG	IgM		
Positiva	Negativa	Possibilidade de falso negativo de IgG na amostra anterior, por método inadequado — provável imunidade remota.	<p>Exceção: primeira sorologia (negativa) no início da gestação e exame subsequente no final da gestação com IgG alta:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Possibilidade de infecção durante a gestação com IgM muito fugaz. Considerar a possibilidade de IgM falso negativo. Se houver possibilidade de infecção adquirida na gestação, inicie o tratamento com esquema tríplice. ■ Solicitar USG mensal; encaminhar, via SISREG, para Obstetrícia-Infecologia.
Negativa	Negativa	Suscetibilidade	Realizar prevenção primária. Repetir sorologia no terceiro trimestre (32 a 34 semanas).
Positiva	Positiva	Confirmada infecção durante a gestação	<p>Iniciar tratamento de esquema tríplice:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Peso < 80 kg: *Sulfadiazina 500mg 2 comprimidos 8/8 horas + Pirimetamina 25mg 2 comprimidos ao dia + Ácido fólico 15mg 1 comprimido ao dia; ■ Peso > 80 kg: *Sulfadiazina 500mg 2 comprimidos 6/6 horas + Pirimetamina 25mg 2 comprimidos ao dia + Ácido fólico 15mg 1 comprimido ao dia, este imprescindível para a prevenção de aplasia medular causada pela pirimetamina. <p>Observações: Solicitar USG mensal; encaminhar, via SISREG, para Obstetrícia-Infecologia.</p>

SOROLOGIA COM MAIS DE 16 SEMANAS			
RESULTADOS		INTERPRETAÇÃO	CONDUTA
IgG	IgM		
Negativa	Positiva	Infecção muito recente OU IgM falso positivo	<p>Iniciar espiramicina imediatamente: 500mg OU 1,5UI — 2 comprimidos de 8/8 horas, via oral. Repetir a sorologia em 2 a 3 semanas — se IgM e IgG positivas, confirma-se a infecção aguda. Substituir espiramicina pelo esquema tríplice:</p> <ul style="list-style-type: none"> ■ Peso < 80 kg: *Sulfadiazina 500mg 2 comprimidos 8/8 horas + Pirimetamina 25mg 2 comprimidos ao dia + Ácido fólico 15mg 1 comprimido ao dia; ■ Peso > 80 kg: *Sulfadiazina 500mg 2 comprimidos 6/6 horas + Pirimetamina 25mg 2 comprimidos ao dia + Ácido fólico 15mg 1 comprimido ao dia, este imprescindível para a prevenção de aplasia medular causada pela pirimetamina. <p>Observações: Encaminhar gestante, via SISREG, para Obstetrícia-Infectologia. Se IgM positiva ou negativa e IgG negativa — interromper o tratamento e repetir a sorologia após 1 mês. Se sorologia persistir inalterada, considerar gestante suscetível.</p>

*Para gestantes com relato de alergia à sulfá, deve-se substituir por clindamicina 300mg 2 comprimidos de 8/8 horas. Fonte: Brasil, 2020.

DISPENSAÇÃO DOS MEDICAMENTOS

Em setembro de 2017 foi definido que os medicamentos Espiramicina, Pirimetamina e Sulfadiazina serão adquiridos e distribuídos pelo Ministério da Saúde. Ressaltamos que os medicamentos para a toxoplasmose devem ser disponibilizados pela farmácia da UAP por meio de prescrição médica com os itens listados a seguir.

- Prescrição médica com assinatura, data e CRM legíveis, conforme preconizado pela RDC n.º 20, de 5 de maio de 2011, que deve conter:
 - Indicação da condição do tratamento listado abaixo e respectivo CID-10;
 - Gestante com infecção aguda (CID-10 O98.6); Imunossuprimido (inserir CID-10); Toxoplasmose ocular (CID-10 B58.0); Outro (inserir CID-10);
 - Idade Gestacional, no caso das gestantes;
 - Número do SINAN-RIO.
- A ficha de notificação individual do SINAN-RIO deve ser preenchida, entregue ao gerente/diretor da UAP e encaminhada para a Divisão de Vigilância de Saúde (DVS) da CAP;
- Resultados de exames sorológicos para toxoplasmose devem ser preenchidos na ficha individual do SINAN-RIO.

Encaminhar via SISREG, para consulta em Infecto-Pediatria, todo recém-nascido cuja a mãe teve diagnóstico de possibilidade ou certeza de toxoplasmose adquirida na gestação, para que seja submetido à investigação completa para o diagnóstico da toxoplasmose congênita, incluindo exame clínico, neurológico e exame oftalmológico completo.

DOENÇA FALCIFORME (DF) NA GESTAÇÃO

A gravidez é uma situação potencialmente grave para as pacientes com doença falciforme, assim como para o feto e para o recém-nascido. A placenta de mulheres com doença falciforme é diferenciada em tamanho, localização, aderência à parede uterina e histologia devido à redução do fluxo sanguíneo causada pela vaso-oclusão.

A lesão da microvasculatura placentária pelas hemácias falcizadas pode ser uma das causas de maior incidência de aborto e de retardo do crescimento intrauterino. A idade gestacional média dos fetos nascidos de mães com doença falciforme é menor do que a de outros grupos, devido a um grande número de nascimentos prematuros. O mecanismo exato pelo qual isso ocorre não é bem estabelecido.

Durante a gravidez, as crises dolorosas podem se tornar mais frequentes. A anemia pode piorar devido a perdas de sangue, hemodiluição, depressão da medula óssea, por infecção, deficiência de folatos ou ferro e crises aplásticas. Outros fatores mais frequentes em gestantes com doença falciforme são a pré-eclâmpsia (com potencial de acometimento cinco vezes maior), trombose venosa profunda, placenta prévia e descolamento prematuro de placenta.

As infecções ocorrem em aproximadamente 50% das grávidas com doença falciforme. Os locais mais acometidos são o trato urinário e o sistema respiratório.

Na primeira consulta de pré-natal deve ser objeto de especial atenção o histórico familiar positivo para doença falciforme, além dos antecedentes obstétricos e complicações em gestações anteriores. A suplementação de ácido fólico deve ser continuada durante a gravidez, na dose de 5mg ao dia. A eletroforese de hemoglobina deve ser solicitada na primeira rotina de exames. Caso a doença seja confirmada, a gestante deverá ser encaminhada ao pré-natal de alto risco, via SER.

SINAIS DE ALARME NA GESTAÇÃO

A manutenção de uma ingesta diária de líquidos é recomendada para evitar desidratação. Na presença de cefaleia, edema, escotomas, dor abdominal, cólicas e secreção vaginal mucosa, deve ser procurado atendimento médico imediato, devido à alta frequência de toxemia e trabalho de parto prematuro. As complicações ocorrem com maior frequência no terceiro trimestre da gestação, quando os fatores precipitantes mais frequentes das crises álgicas devem ser afastados, como desidratação, exposição ao frio, exercícios físicos extenuantes e estresse.

IMUNIZAÇÃO

Todas as vacinas do calendário vacinal específico para gestantes (antitetânica, anti-hepatite B, contra a influenza e contra a covid-19 que não sejam de vetor viral) são indicadas para mulheres com doença falciforme durante a gravidez. A vacina pneumocócica 23 é recomendada no terceiro trimestre de gestação em gestantes que não estão com o esquema de imunização atualizado sob o seguinte esquema: uma dose de reforço após cinco anos da primeira dose. Pacientes com traço falcêmico não possuem indicação para vacina de pneumococo 23. As vacinas contraindicadas no período gestacional são as que contêm vírus vivo atenuado (como sarampo, rubéola, caxumba e febre amarela), de-

vendo-se avaliar riscos e benefícios individualmente em situações especiais. Se a gestante não tem comprovação de imunização prévia para rubéola, planejar a realização desta no período puerperal.

ASMA NA GESTAÇÃO

Exacerbações são mais comuns nas gestantes, especialmente no segundo trimestre. O controle inadequado e as exacerbações podem ocorrer por mudanças mecânicas, hormonais, por suspensão ou redução dos medicamentos em uso, devido a preocupações da mãe e/ou do profissional de saúde. Estão associados a piores resultados para o bebê (parto prematuro, baixo peso ao nascer e aumento da mortalidade perinatal) e para a mãe (pré-eclâmpsia). Portanto, recomenda-se o monitoramento desses pacientes com maior frequência e controle da doença, incluindo o corticoide inalatório. O subtratamento da asma na gestação resulta em maior risco para a mãe e para o feto do que o uso de quaisquer drogas necessárias para o controle da doença (ver conteúdo no QR Code ao lado).



CONTROLE DA ASMA

Mulheres grávidas são particularmente sensíveis aos efeitos de viroses respiratórias, incluindo influenza e SARS-CoV-2, o que poderá agravar o quadro de asma. A vacina contra a influenza está indicada nas gestantes e puérperas. O controle da asma deve ser avaliado a cada retorno da paciente, utilizando o parâmetro para a definição do esquema terapêutico, podendo ocorrer diminuição ou aumento da dose do corticoide inalatório ou incluir novos medicamentos. Na ausência de controle, deve ser considerada má adesão, inadequação da técnica inalatória (uso de espaçador), presença de fatores agravantes, falta de percepção/atenção a sintomas ou diagnóstico equivocado. Algumas medicações usadas para tratar situações obstétricas em pacientes com asma devem ser evitadas, pela possibilidade de broncoespasmo. Estas incluem Prostaglandina F₂-alfa, Ergonovina e agentes anti-inflamatórios não esteroides (pacientes sensíveis).

Caberá às equipes da UAP o agendamento e o encaminhamento da gestante com asma controlada ou parcialmente via SISREG — “Consulta em Pneumologia” —, para avaliação e acompanhamento compartilhado. Nos casos de asma não controlada, inserir a gestante no alto risco, via SER. Enviar relatório médico descrevendo as medicações em uso e os resultados de exames já realizados. Avaliar a necessidade de internação hospitalar da gestante para compensação do seu quadro clínico por Vaga Zero.

CRISE DE ASMA

A crise de asma na gestante deve ser tratada da mesma forma que a pessoa não gestante, com algumas peculiaridades. A monitorização materno-fetal intensiva é essencial, e devido à especial fisiologia da gravidez, a SpO₂ materna deve ser mantida acima de 95%, para que não haja hipoxemia fetal (ver conteúdo no QR Code ao lado).



TUBERCULOSE

As gestantes com tosse ou com outros sinais e sintomas sugestivos de tuberculose devem ser rastreadas por meio do exame do escarro. É importante investigar episódio prévio de tuberculose, visto que o TRM permanece positivo mesmo após a cura. Nestes casos, deve-se solicitar cultura em uma nova amostra e radiografia de tórax, com proteção abdominal. Mais informações sobre tratamento e seguimento do cuidado estão disponíveis no Guia Rápido Tuberculose.

TRATAMENTO

O esquema com RHZE (Rifampicina, Isoniazida, Pirazinamida, Etambutol) pode ser administrado nas doses habituais para as gestantes, adicionando-se a Piridoxina (50mg/dia) durante a gestação, para evitar crise convulsiva no recém-nascido devido à toxicidade neurológica da isoniazida. Esquema de tratamento para adultos e adolescentes:

Fase Intensiva: RHZE 150/75/400/275 — comprimido em dose fixa combinada.

Doses:

- 20kg a 35kg = 2 comprimidos ao dia por dois meses;
- 36kg a 50kg = 3 comprimidos ao dia por dois meses;
- 51kg a 70kg = 4 comprimidos ao dia por dois meses;
- Acima de 70kg = 5 comprimidos ao dia por dois meses.

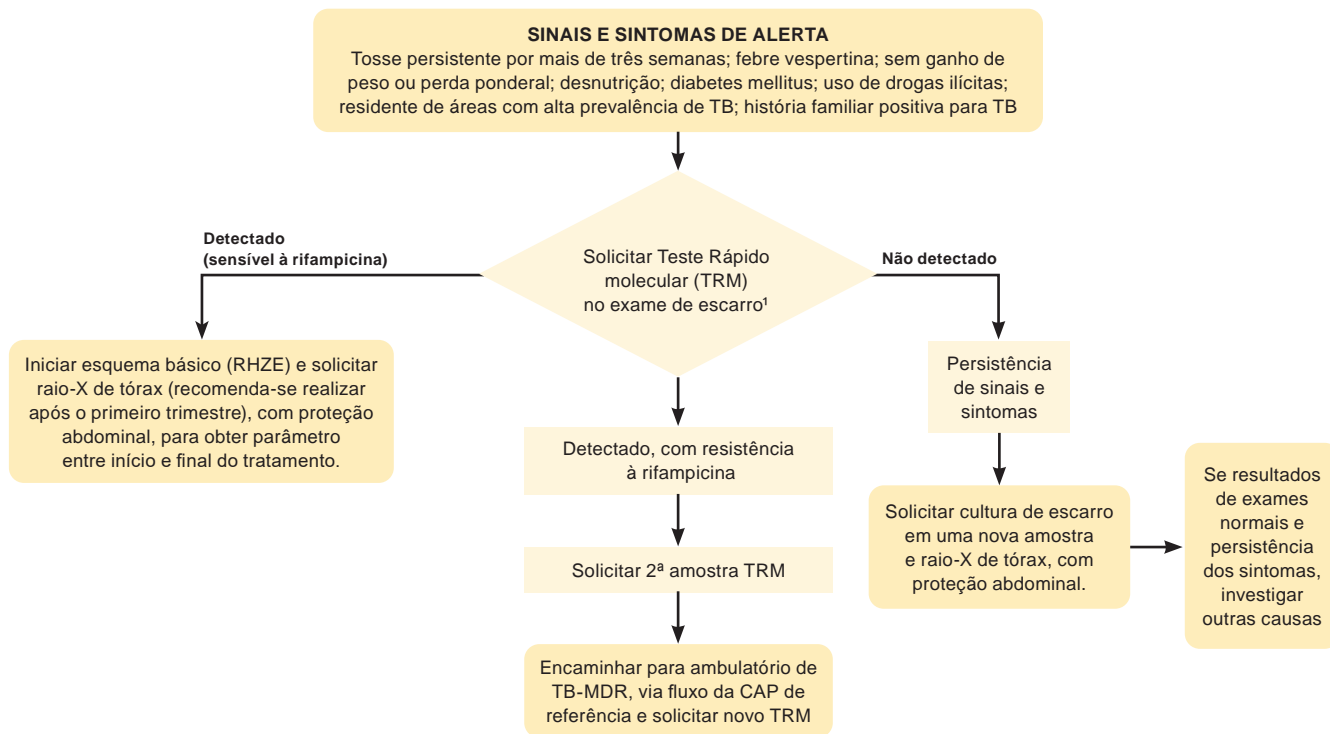
Fase de Manutenção: RH — comprimido ou cápsula de 150/75mg.**Doses:**

- 20kg a 35kg = 2 comprimidos ao dia por 4 meses;
- 36kg a 50kg = 3 comprimidos ao dia por 4 meses;
- 51kg a 70kg = 4 comprimidos ao dia por quatro meses;
- Acima de 70kg = 5 comprimidos ao dia por quatro meses.

EFEITOS ADVERSOS

As gestantes devem ser orientadas sobre os principais efeitos adversos do RHZE e a procurarem a unidade de saúde caso surjam. Nos casos de efeitos adversos maiores, entrar em contato com a CAP (Divisão de Ações e Programas de Saúde — DAPS TB), para orientação sobre encaminhamento ao pneumologista na referência secundária.

Figura 6. Fluxograma para suspeita e diagnóstico da tuberculose em gestantes.



Notas: Em caso de tratamento prévio de tuberculose, solicitar além do TRM, BARR e Cultura. Pacientes de alto risco (vivendo com HIV/AIDS, situação de rua, privados de liberdade, profissionais de saúde), considerar duas semanas de tosse para iniciar investigação. Sempre solicitar Teste rápido Molecular (TRM) e Cultura.

TUBERCULOSE TMDR

A presença de gravidez não é contraindicação absoluta para o tratamento de TB-MR, pois a doença, quando não tratada, representa grande risco para a grávida e para o conceito. Porém, a gestante deve ser cuidadosamente avaliada, considerando-se a idade gestacional e a gravidade da doença. A maioria dos efeitos teratogênicos do tratamento ocorre no primeiro trimestre da gestação, podendo iniciar o tratamento a partir do segundo trimestre, a menos que haja risco de morte — nesse caso deve-se iniciar imediatamente o esquema de tratamento com drogas seguras.

LACTAÇÃO

Não há contraindicação à amamentação, exceto se a lactante apresentar mastite tuberculosa. É recomendável que a mesma faça uso de máscara cirúrgica ao amamentar e cuidar da criança, enquanto estiver bacilífera. Quando possível, a mãe bacilífera deve evitar contato próximo com o bebê até que o resultado do teste escarro seja negativo. Todos os medicamentos do esquema básico podem ser utilizados pela lactante. Os medicamentos são eliminados pelo leite materno em pequena proporção, entretanto, nenhum efeito adverso foi, até então, descrito.

ARBOVIROSES

A saúde da gestante e de seu conceito dependem de cuidados realizados durante a gestação. O pré-natal continua a ser atribuição dos profissionais da atenção primária, mesmo se a gestante tiver suspeita de infecção pelo vírus Zika ou outras arboviroses. Neste momento deve-se acolher a gestante e sua família, realizar as orientações oportunas, esclarecer as dúvidas e realizar o seguimento do pré-natal seguindo os protocolos disponíveis (SMS-Rio e Ministério da Saúde) e fluxograma “Arboviroses — manejo da dor” (ver conteúdo no QR Code ao lado). No Quadro 12 são apresentados os sinais e os sintomas que merecem destaque, para apoiar o profissional no diagnóstico diferencial.



Quadro 12. Diagnóstico diferencial dengue versus Zika versus Chikungunya.

SINAIS/SINTOMAS	DENGUE	ZIKA	CHIKUNGUNYA
Febre (duração)	2–7 dias	Sem febre ou febre baixa ($\leq 38^{\circ}\text{C}$) // 1–2 dias subfebril	Febre alta ($> 38,5^{\circ}\text{C}$) 2–3 dias
Exantema	Surge do 3.º ao 6.º dia	Surge no 1.º ou 2.º dia	Surge do 2.º ao 5.º dia
Mialgias (frequência)	+++	++	++
Artralgia (frequência)	+	++	+++
Artralgia (intensidade)	Leve	Leve/moderada	Moderada/intensa
Edema da articulação (frequência)	Raro	Frequente	Frequente
Edema da articulação (intensidade)	Leve	Leve	Moderado a intenso
Conjuntivite	Raro	50% a 90% dos casos	30%
Cefaleia	+++	++	++
Linfonodomegalia	+	+++	++
Discrasia hemorrágica	++	Ausente	+
Acometimento neurológico	+	+++	++
Leucopenia	+++	++	++
Linfopenia	Incomum	Incomum	Frequente
Trombocitopenia	+++	+	++

Fonte: Adaptado de Brito e Cordeiro, 2016 apud Guia de Vigilância em Saúde, 2021.

Gestante em atendimento na unidade de saúde ou em qualquer porta emergencial (APS, UPA, CER, hospitais de emergência) que apresente exantema, com ou sem febre, deve:

1. Em acompanhamento pré-natal — anotar no cartão de pré-natal a intercorrência observada e os exames solicitados, para o devido acompanhamento ambulatorial;
2. Sem acompanhamento pré-natal — referenciar para a unidade de atenção primária com a descrição da intercorrência observada e os exames solicitados;
3. Investigação diagnóstica (Dengue, Zika ou Chikungunya) — coletar amostra de sangue e urina para envio ao LACEN.

Quadro 13. Exames laboratoriais recomendados.

AMOSTRA	INÍCIO DOS SINTOMAS (IS)	EXAMES LABORATORIAIS — ARBOVIROSES		
		DENGUE	CHIKUNGUNYA	ZIKA
SORO*	Até 5.º dia do início dos sintomas	RT-PCR (identificação viral)	RT-PCR (identificação viral)	RT-PCR (identificação viral)
	6.º dia do início dos sintomas ou mais	Sorologia IgM (até 90.º dia de IS)	Sorologia IgM (até 30.º dia de IS)	Sorologia IgM (até 30.º dia de IS)
URINA (gestantes)	Até 15.º dia do início dos sintomas	RT-PCR (identificação viral)	RT-PCR (identificação viral)	RT-PCR (identificação viral)
URINA (manifestações neurológicas)	Até 30.º dia do início dos sintomas	RT-PCR (identificação viral)	RT-PCR (identificação viral)	RT-PCR (identificação viral)
LÍQUOR (manifestações neurológicas)	Até 30.º dia do início dos sintomas	RT-PCR (identificação viral)	RT-PCR (identificação viral)	RT-PCR (identificação viral)

*Para os casos suspeitos de arboviroses com manifestação neurológica, os prazos para coleta de amostras de soro são diferentes, devendo haver discussão prévia com a área técnica (GVDATA/CVE) para cadastro da amostra.

ATENÇÃO!

- Em caso de Zika, solicitar USG mensal a partir do primeiro trimestre de gestação, para diagnóstico de microcefalia. O fato de ser evidenciado o comprometimento fetal não altera a conduta durante a gestação. O diagnóstico inicial pode apoiar a família em se organizar para o nascimento e cuidados futuros ou decidir pelo abortamento legal nos casos de anencefalia.
- Registrar no cartão de pré-natal a ocorrência de exantema, uma vez que a criança deve ser investigada após o nascimento.
- Notificar, em até 24 horas, caso suspeito de doença exantemática em toda gestante, independentemente da idade gestacional — SINAN-RIO.
- Cadastrar exame no GAL com a informação da idade gestacional.

Orientações para prevenir a infecção por arboviroses:

- Em períodos endêmicos, preferencialmente, utilizar roupas compridas, uso de mosquiteiros e telas;
- Estimular o uso de preservativos para sexo seguro durante a gestação;
- Não se expor em horários que comumente aparecem mais mosquitos (amanhecer e anoitecer);
- Utilizar repelentes em áreas mais expostas do corpo, como mãos, pescoço e rosto, por exemplo.

TROMBOSE VENOSA PROFUNDA (TVP)

O potencial trombogênico está aumentado devido ao estado de hipercoagulabilidade fisiológica gestacional, que acontece por mudanças físicas (estase venosa nas extremidades inferiores por compressão uterina, diminuição da mobilidade, dano celular pelo processo de parto) e mudanças nos fatores de coagulação, tendo como complicação mais comum e grave a embolia pulmonar, sobretudo no período puerperal.

A TVP durante o período gestacional pode ser confundida com eventos usuais da gestação, uma vez que os sinais e sintomas de dor e inchaço nas extremidades são comuns às duas situações. A TVP também pode se apresentar de forma assintomática.

Os fatores de risco para trombose venosa profunda incluem:

- Insuficiência venosa;
- Trauma;
- Estado de hipercoagulabilidade;
- Distúrbios trombóticos;
- Tabagismo;
- Imobilidade;
- Câncer;
- Obesidade.

São sinais e sintomas da ocorrência de TVP:

- Empastamento da panturrilha;
- Dor à dorsiflexão do pé;
- Flegmasia.

IMPORTANTE: Gestantes com antecedentes de TVP devem ser encaminhadas ao pré-natal de alto risco. Gestantes que apresentem sinais e sintomas suspeitos de TVP, o profissional deve solicitar Vaga Zero, para encaminhamento da gestante à maternidade.

SAÚDE MENTAL

Os cuidados em saúde mental não são exclusivos para uma determinada população. Se faz necessário avaliar todas as gestantes quanto aos indicadores de risco psicossocial, que são critérios importantes para a qualificação do cuidado integral da gestante, do bebê e sua família.

Os indicadores de risco psicossocial levam em conta:

1. Autonomia para gerir a própria vida, presença ou ausência de suporte familiar ou comunitário;
2. Presença ou ausência de sintomas de alteração do pensamento e de fala que comprometam a capacidade de autocuidado da gestante;
3. Humor — qualidade e intensidade das manifestações afetivas e sua relação com a capacidade de autocuidado;
4. Uso ou não de álcool e outras drogas (lícitas e ilícitas).

AVALIAÇÃO DE RISCO PSICOSSOCIAL

Durante o período gestacional, estima-se que uma em cada quatro gestantes poderá apresentar alguma condição psiquiátrica ao longo da gravidez, sendo o distúrbio mais comum a depressão. O acolhimento da gestante durante o pré-natal deve ser organizado de maneira a contemplar suas necessidades, especialmente levando em consideração seu contexto social, rede de apoio familiar e comunitário, bem como os recursos disponíveis na rede de atenção à saúde.

A seguir, são descritas recomendações para a classificação do risco gestacional, com o objetivo de apoiar o profissional de saúde na condução de cada caso.

CLASSIFICAÇÃO DO RISCO PSICOSSOCIAL	SINAIS	CONDUTA
BAIXO	Pequenas perdas na autonomia de gerir a própria vida	Construção da direção do cuidado na APS com matriciamento em saúde mental, caso necessário
	Tristeza e angústia com presença, ou não, de insônia vinculadas às situações de violência comunitária e perdas (separações, mortes)	
	Humor ansioso com dificuldades de realizar as atividades diárias	
	Presença de distúrbios de humor leve (choros imotivados, irritabilidade)	
	Sintomas como irritabilidade, alucinação e/ou delírios desvinculados de quadros de agitação e sem graves prejuízos na vida cotidiana	
MÉDIO	Presença de sofrimento psíquico e laços sociais ou familiares fragilizados	Construção da direção do cuidado na APS com matriciamento em saúde mental e compartilhamento do cuidado com o ambulatório de saúde mental, caso necessário
	Histórico de tentativa de suicídio sem ideação no momento	
	Estado de angústia e medo intensos	
	Uso crônico de benzodiazepínico ou antidepressivo	
	Uso moderado de álcool e outras drogas	

ALTO	Presença de sofrimento psíquico intenso e laços sociais ou familiares muito fragilizados ou rompidos	Compartilhamento com o CAPS para construção da direção do cuidado, caso necessário
	Desorganização do pensamento que afete a vida cotidiana com comprometimento grave da higiene e cuidados pessoais	
	Quadro confusional agudo	
	Histórico de tentativas de suicídio e ideação suicida	
	Humor marcadamente eufórico, excitação, planos grandiosos, conduta bizarra ou estranha	
	Humor gravemente deprimido	
	Ideias delirantes com ou sem cunho persecutório que esteja produzindo risco para si ou outros	
	Uso intensivo ou abusivo de álcool ou outras drogas	
	Gestantes que sofrem violências (sexual, física e psicológica) com intenso sofrimento psíquico	
ALTÍSSIMO	Agitação psicomotora extrema com alteração de senso-percepção	Vaga Zero
	Evidências de risco de violência para si, para o bebê ou para os outros, inclusive violência autoprovocada	
	Quadros de distúrbios metabólicos decorrentes de intoxicação por drogas lícitas e ilícitas	

USO DE PSICOFÁRMACOS NA GESTAÇÃO

ANTIDEPRESSIVOS	
MEDICAMENTO	CLASSIFICAÇÃO
Fluoxetina	B / C
Sertralina	C
Paroxetina	D / X
Imipramina	C / D
Amitriptilina	C / D
Nortriptilina	C / D
Clomipramina	C
Bupropiona	C / D
ANTICONSULSIVANTES	
Fenobarbital	D
Fenitoína	D / X
Lamotrigina	C
Gabapentina	C
Topiramato	D

ANTIPSICÓTICOS	
MEDICAMENTO	CLASSIFICAÇÃO
Clorpromazina	C / D
Flufenazina	C
Trifluoperazina	C
Tioridazina	C / D
Levomepromazina	C
Haloperidol	C
Risperidona	C
Olanzapina	C
Clozapina	B / C
Quetiapina	C
BENZODIAZEPÍNICOS	
Diazepam	D
Clonazepam	D
Lorazepam	D

ESTABILIZADORES DE HUMOR	
MEDICAMENTO	CLASSIFICAÇÃO
Lítio	D / X
Carbamazepina	D
Ácido Valpróico	D
Divalproato de Sódio	D

OUTROS	
MEDICAMENTO	CLASSIFICAÇÃO
Prometazina	C
Biperideno	C
Levodopa + Benserazida	C
Levodopa + Carbidopa	C

SOLICITAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS DE ROTINA

Os exames laboratoriais listados no Quadro 14 são recomendados como rotina de assistência pré-natal. São solicitados para todas as gestantes, pois detectam problemas que, se identificados precocemente e manejados corretamente, podem resultar em melhores desfechos perinatais. A solicitação de exames fora do escopo preconizado, sem indicação clínica específica e sem evidências científicas que comprovem benefícios para a saúde da mulher e do conceito, induzem os profissionais a processos decisórios equivocados que resultam em condutas não benéficas e, por vezes, até prejudiciais.

Quadro 14. Exames laboratoriais de rotina e periodicidade de solicitação durante o acompanhamento do pré-natal na APS.

EXAME LABORATORIAL	PERIODICIDADE
Hemograma	Na primeira consulta, no segundo e terceiro trimestres
Tipagem sanguínea e Fator Rh	Na primeira consulta
Eletroforese de hemoglobina	Na primeira consulta
Glicemia de jejum	Na primeira consulta e no terceiro trimestre

EXAME LABORATORIAL	PERIODICIDADE
Coombs indireto (só solicitar se Rh negativo)	Em caso de Rh negativo, imediatamente após resultado e a cada quatro semanas, a partir da 24ª semana
TOTG 75g com três dosagens	Com 24 semanas de gestação (podendo ser solicitada idealmente até a 28ª semana), se glicemia de jejum < 92mg/dl
Sorologia para toxoplasmose (IGM e IGG)	Na primeira consulta — se soronegativa, repetir no segundo e terceiro trimestres
Teste rápido para HIV	A cada trimestre de gestação (na primeira consulta, idealmente até a 12ª semana, entre 24 a 28 semanas de gestação, e 32 a 34 semanas de gestação)
Teste rápido para sífilis ou VDRL (em caso de histórico de sífilis prévia)	A cada trimestre de gestação (na primeira consulta, idealmente até a 12ª semana, entre 24 a 28 semanas de gestação, e 32 a 34 semanas de gestação)
Teste rápido para hepatite B	A cada trimestre de gestação (na primeira consulta, idealmente até a 12ª semana, entre 24 a 28 semanas de gestação, e 32 a 34 semanas de gestação)
Teste rápido para hepatite C	A cada trimestre de gestação (na primeira consulta, idealmente até a 12ª semana, entre 24 a 28 semanas de gestação, e 32 a 34 semanas de gestação)
Sorologia para hepatite A	Em gestantes vivendo com HIV
Sorologia para HTLV 1/2	No terceiro trimestre: gestante vivendo com HIV e gestante com doença falciforme
Urinocultura	No primeiro e no terceiro trimestres de gestação
Urina tipo 1	No primeiro e no terceiro trimestres de gestação

Fonte: Elaboração própria com base do Manual de gestação de alto risco, 2022.

SOLICITAÇÃO DE ULTRASSONOGRAFIA

A realização de ultrassonografia durante a assistência ao pré-natal, quando realizada por critérios clínicos específicos, pode identificar diversos problemas passíveis de intervenção oportuna. Por outro lado, é importante ressaltar que não há evidências que relacionem diretamente a realização rotineira de USG com melhores desfechos perinatais. A seguir são descritas as indicações para a ultrassonografia.

Indicação — primeiro trimestre:

- Em casos de incerteza sobre a idade gestacional (DUM incerta);
- Em cerca de 20% a 30% das mulheres grávidas, a idade gestacional não pode ser calculada pela DUM, em face da imprecisão de registro, ciclos irregulares ou períodos de amenorreia pós-parto ou pós-anovulatórios. Nesses casos, só a USG permite estimar com precisão a idade gestacional;
- Para a detecção precoce de anomalias fetais (USG morfológico de primeiro trimestre, a ser realizado entre a 11^a e a 14^a semana de gestação) em gestantes com fatores de risco ou suspeita de malformação;
- Para diagnóstico diferencial das hemorragias do primeiro trimestre.

Indicações — segundo e terceiro trimestres:

- Avaliação da idade gestacional (desde que não realizado no primeiro trimestre e, preferencialmente, antes da 20^a semana de gestação);
- Diagnóstico diferencial das hemorragias de segundo e terceiro trimestres;
- Se for realizado USG para detecção do sexo fetal, este deve ser solicitado a partir da 18^a semana;
- Estudo da placenta e do cordão umbilical;
- Avaliação do crescimento fetal;

- Estudo da maturidade fetal;
- Suspeita de óbito fetal.

MANEJO NUTRICIONAL NA GESTAÇÃO

A gestante deve ser pesada em todas as consultas ao longo do pré-natal. A estatura na gestante adulta (> 19 anos) pode ser aferida apenas na primeira consulta. Na gestante adolescente (< 19 anos), a aferição de estatura deve ser realizada, pelo menos, trimestralmente, pois encontra-se em fase de crescimento. O manejo do ganho de peso na gestação deve ser realizado de acordo com o IMC pré-gestacional ou da primeira consulta, com recomendações claras acerca das alterações de peso e ajustes dietéticos, quando necessário. O Quadro 15 apresenta a recomendação para ganho de peso gestacional para menores de 19 anos, e o Quadro 16 apresenta a Avaliação do estado nutricional da gestante acima de 19 anos.

Quadro 15. Recomendação para ganho de peso gestacional semanal e total (kg) para menores de 19 anos, segundo o Índice de Massa Corporal (IMC) pré-gestacional ou inicial.

IMC PRÉ-GESTACIONAL OU INICIAL (kg/m ²)	GANHO DE PESO (kg) ATÉ A 13ª SEMANA	GANHO DE PESO (kg) SEMANAL NO SEGUNDO E TERCEIRO TRIMESTRES (A PARTIR DA 14ª SEMANA)	GANHO DE PESO (KG) TOTAL NA GESTAÇÃO	GANHO DE PESO MÍNIMO (kg/SEMANA)
Baixo Peso (BP) (< 18,5)	2,0	0,51 (0,44–0,58)	12,5–18,0	0,44
Adequado (A) (18,5–24,9)	1,5	0,42 (0,35–0,50)	11,5–16,0	0,35
Sobrepeso (S) (25,0–29,9)	1,0	0,28 (0,23–0,33)	7,0–11,5	0,23
Obesidade (O) (≥ 30,0)	0,5	0,22 (0,17–0,27)	5,0–9,0	0,17

Fonte: Adaptado do *Institute of Medicine* (IOM, 2009) por Saunders *et al.* (2010).

Quadro 16. Avaliação do estado nutricional da gestante acima de 19 anos.

IG	BP	A	S	O	IG	BP	A	S	O
6	19,9	20,0–24,9	25,0–30,0	30,1	26	22,6	22,7–27,2	27,3–31,7	31,8
8	20,1	20,2–25,0	25,1–30,1	30,2	27	22,7	22,8–27,3	27,4–31,8	31,9
10	20,2	20,3–25,2	25,3–30,2	30,3	28	22,9	23,0–27,5	27,6–31,9	32,0
11	20,3	20,4–25,3	25,4–30,3	30,4	29	23,1	23,2–27,6	27,7–32,0	32,1
12	20,4	20,5–25,4	25,5–30,3	30,4	30	23,3	23,4–27,8	27,9–32,1	32,2
13	20,6	20,7–25,6	25,7–30,4	30,5	31	23,4	23,5–27,9	28,0–32,2	32,3
14	20,7	20,8–25,7	28,8–30,5	30,6	32	23,6	23,7–28,0	28,1–32,3	32,4
15	20,8	20,9–25,8	25,9–30,6	30,7	33	23,8	23,9–28,1	28,2–32,4	32,5
16	21,0	21,1–25,9	26,0–30,7	30,8	34	23,9	24,0–28,3	28,4–32,5	32,6
17	21,1	21,2–26,0	26,1–30,8	30,9	35	24,1	24,2–28,4	28,5–32,6	32,7
18	21,2	21,3–26,1	26,2–30,9	31,0	36	24,2	24,3–28,5	28,6–32,7	32,8
19	21,4	21,5–26,2	26,3–30,9	31,0	37	24,4	24,5–28,7	28,8–32,8	32,9
20	21,5	21,6–26,3	26,4–31,0	31,1	38	24,5	24,6–28,8	28,9–32,9	33,0
21	21,7	21,8–26,4	26,5–31,1	31,2	39	24,7	24,8–28,9	29,0–33,0	33,1
22	21,8	21,9–26,6	26,7–31,2	31,3	40	24,9	25,0–29,1	29,2–33,1	33,2

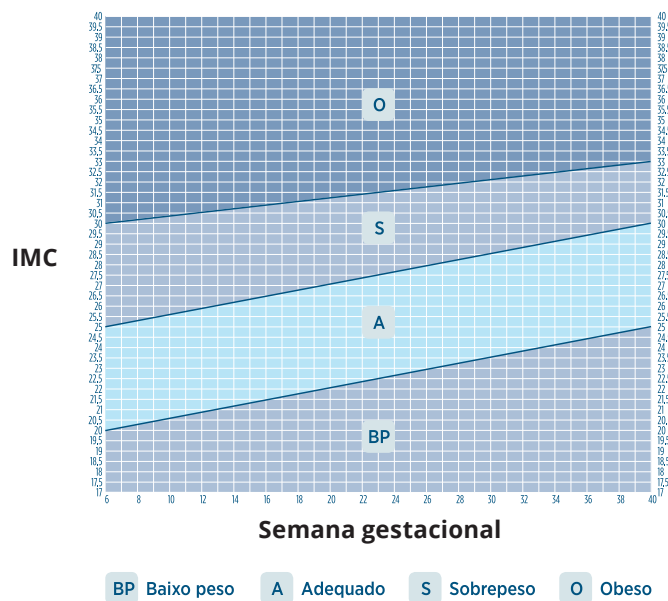
IG	BP	A	S	O	IG	BP	A	S	O
23	22,0	22,1–26,8	26,9–31,3	31,4	41	25,0	25,1–29,2	29,3–33,2	33,3
24	22,2	22,3–26,9	27,0–31,5	31,6	42	25,0	25,1–29,2	29,3–33,2	33,3
25	22,4	22,5–27,0	27,1–31,6	31,7					

Fonte: Atalah *et al*, 1997.

O gráfico do Cartão da Gestante é composto por um eixo horizontal, com valores de semana gestacional, e por um eixo vertical, com valores de IMC. O interior do gráfico apresenta o desenho de três curvas, que delimitam as quatro faixas para classificação do estado nutricional: baixo peso (BP), adequado (A), sobrepeso (S) e obesidade (O). Deve-se unir os pontos marcados no gráfico e verificar o traçado da curva: ascendente, horizontal ou descendente, conforme a Figura 7.

Em adolescentes, faz-se necessária uma avaliação cautelosa, pois os gráficos nutricionais foram montados para avaliações em adultos. Apesar de não ser específica para adolescentes, esta classificação pode ser usada desde que a interpretação dos resultados seja flexível e se considere a especificidade deste grupo. Para adolescentes que engravidaram dois ou mais anos após a menarca (em geral, maiores de 15 anos), a interpretação dos dados é equivalente à das adultas. Para as que engravidaram com menos de dois anos após a menarca, é possível que muitas sejam classificadas como de baixo peso. O mais importante é acompanhar o ganho de peso e o traçado da curva de IMC por semana gestacional, que deverá ser ascendente ao longo das consultas.

Figura 7. Cálculo do estado nutricional da gestante.



ATENÇÃO! Atente-se para o registro das medidas antropométricas e do estado nutricional no prontuário eletrônico e no cartão de pré-natal da gestante em todas as consultas de acompanhamento.

Condutas conforme o diagnóstico nutricional:

- **Baixo peso (BP):** investigue a história alimentar, a hiperêmese gravídica, as infecções, as parasitoses, as anemias e as doenças debilitantes; dê a orientação visando à promoção do ganho de peso adequado e de hábitos alimentares saudáveis; remarque a consulta em intervalo menor do que o fixado no calendário habitual; e, se necessário, discuta o caso com os profissionais do Núcleo de Apoio à Saúde da Família e Atenção Básica (NASF-AB) e/ou rede especializada;
- **Adequado (A):** siga o calendário habitual; explique à gestante que seu peso está adequado para a idade gestacional; e dê-lhe orientação visando à manutenção do peso adequado e à promoção de hábitos alimentares saudáveis;
- **Sobrepeso e obesidade (S e O):** investigue a obesidade pré-gestacional, casos de edema, polidrâmnio, macrossomia e gravidez múltipla; dê orientação à gestante visando à promoção do ganho peso adequado e de hábitos alimentares saudáveis, ressaltando que, no período gestacional, não se deve perder peso, pois é desejável mantê-lo; remarque a consulta em intervalo menor do que o fixado no calendário habitual; e, se necessário, discuta o caso com os profissionais do NASF-AB ou encaminhe via SISREG para atendimento com nutricionista.

IMUNIZAÇÃO

A realização de vacinação durante a assistência do pré-natal é uma oportunidade de imunizar a gestante, prevenindo ou evitando formas graves de doenças. Além disso, previne o conceito de infecções potencialmente graves, melhorando o desfecho perinatal. O quadro a seguir apresenta os imunizantes indicados para a gestação e seus respectivos esquemas.

Quadro 17. Esquema vacinal durante a gestação.

IMUNIZAÇÃO NA GESTAÇÃO				
VACINA	STATUS VACINAL	DOSE	ESQUEMA	OBSERVAÇÕES
Antitetânica (dT e dTpa) — previne tétano e coqueluche neonatal e tétano/difteria e coqueluche	Esquema vacinal desconhecido ou não vacinada	Três doses	<ul style="list-style-type: none"> • Primeira dose dT (qualquer idade gestacional) • Segunda dose dT (após 60 dias ou, no mínimo, 30 dias da primeira) • Terceira dose dTpa (após 60 dias ou, no mínimo, 30 dias da segunda, preferencialmente entre a 20ª e a 36ª semana de gestação) 	<p>Observação 1: A dose de dTpa deve ser administrada em todas as gestações, independentemente de já ter sido realizada em gestações anteriores, não só pela prevenção do tétano, mas, principalmente, pela prevenção da coqueluche neonatal.</p> <p>Observação 2: Caso iniciado o esquema tardiamente, para prevenção do tétano neonatal, a segunda ou a terceira dose deve ser realizada, pelo menos, 20 dias antes do parto, respeitando o intervalo mínimo de 30 dias da primeira dose, garantindo uma dose de dTpa.</p>
	Esquema incompleto	Completar esquema	Conforme o número de doses faltantes, sendo uma de dTpa, preferencialmente entre a 20ª e a 36ª semana de gestação	<p>Observação 3: As usuárias que não receberam a dTpa ao longo do pré-natal deverão ser vacinadas até 45 dias após o parto.</p>

IMUNIZAÇÃO NA GESTAÇÃO				
VACINA	STATUS VACINAL	DOSE	ESQUEMA	OBSERVAÇÕES
Antitetânica (dT e dTpa) — previne tétano e coqueluche neonatal e tétano/difteria e coqueluche (cont.)	Esquema com três doses de dT	Uma dose dTpa	Administrar uma dose de dTpa preferencialmente entre a 20ª e a 36ª semana de gestação	<p>Observação 1: A dose de dTpa deve ser administrada em todas as gestações, independentemente de já ter sido realizada em gestações anteriores, não só pela prevenção do tétano, mas, principalmente, pela prevenção da coqueluche neonatal.</p> <p>Observação 2: Caso iniciado o esquema tardiamente, para prevenção do tétano neonatal, a segunda ou a terceira dose deve ser realizada, pelo menos, 20 dias antes do parto, respeitando o intervalo mínimo de 30 dias da primeira dose, garantindo uma dose de dTpa.</p> <p>Observação 3: As usuárias que não receberam a dTpa ao longo do pré-natal deverão ser vacinadas até 45 dias após o parto.</p>
	Esquema vacinal com três doses	Esquema completo	Não há dose adicional	—

IMUNIZAÇÃO NA GESTAÇÃO				
VACINA	STATUS VACINAL	DOSE	ESQUEMA	OBSERVAÇÕES
Hepatite B — previne infecção pelo vírus da hepatite B e transmissão vertical	Esquema vacinal desconhecido ou não vacinada	Três doses	<ul style="list-style-type: none"> • Primeira dose • Segunda dose (após um mês da primeira dose) • Terceira dose (após seis meses da primeira dose) 	<p>Observação 1: A todas as gestantes, independente do status vacinal, é preconizado o rastreamento com teste rápido ou HBsAg.</p> <p>Observação 2: Quando há atraso vacinal da segunda dose do esquema além dos 180 dias esperados da primeira dose, adotar intervalo mínimo de dois meses entre a segunda e a terceira doses.</p>
	Esquema vacinal incompleto	Completar esquema	Conforme incompletude de esquema	
Covid-19 — previne infecção pelo novo coronavírus	Coronavac	Duas doses	Intervalo de 28 dias entre as doses	<p>Vacinas contra a covid-19 contraindicadas na gestação e puerpério: dado evento adverso grave observado em gestante, imunizantes com vetor viral (tecnologia do imunizante AstraZeneca®/Oxford/Fiocruz e Janssen) estão contraindicadas na gestação e no puerpério.</p> <p>*Lactantes após 45 dias depois do parto poderão receber outros imunizantes.</p>
	Pfizer	Duas doses	Intervalo de 21 dias	
	*Dose de Reforço (intercambialidade)	Em caso de esquema vacinal com Coronavac, realizar reforço com Pfizer.	Respeitando-se orientações vigentes do Plano Municipal de Imunização. Aplicar a DR com Intervalo de quatro meses da segunda dose.	

IMUNIZAÇÃO NA GESTAÇÃO				
VACINA	STATUS VACINAL	DOSE	ESQUEMA	OBSERVAÇÕES
Influenza — previne formas graves de síndrome gripal por influenza	Desconhecido ou não	Dose única anual	Em qualquer período gestacional	Priorizar gestantes em período de disponibilidade do imunizante (campanha).
Vacinas contraindicadas em situações normais	As vacinas que contêm vírus vivo atenuado (como sarampo, rubéola, caxumba e febre amarela) não são recomendadas em situações normais, devendo-se avaliar riscos e benefícios individualmente em situações especiais e conforme cenário epidemiológico. Se a gestante não tem comprovação de imunização prévia para rubéola, planejar a realização desta no período puerperal. Gestante não imunizada para febre amarela, somente vacinar em situações de risco epidemiológico, com dose única.			

SAÚDE BUCAL DA GESTANTE

Melhores condições de saúde bucal ao longo da gravidez podem fortalecer a saúde da gestante e favorecer a saúde do bebê. Já está estabelecido em estudos científicos que a mãe e a família apresentam relevância significativa nos padrões comportamentais aprendidos na primeira infância. Assim, realizar ações de promoção de saúde e prevenção de agravos se mostra essencial para a inserção de hábitos de vida saudável desde a primeira infância, e também melhora a saúde da gestante.

Os profissionais da UAP devem trabalhar de forma articulada, encaminhando a gestante para a consulta odontológica ao iniciar o pré-natal, garantindo, pelo menos, uma consulta odontológica durante este período, com agendamento das consultas subsequentes conforme as necessidades individuais da gestante.

Durante a visita domiciliar, caso haja uma gestante no domicílio, a equipe de Saúde Bucal (eSB) deve procurar saber sobre sua condição de saúde, se esta apresenta alguma queixa geral ou específica de saúde bucal e se já realizou alguma consulta de pré-natal. Caso não esteja realizando o acompanhamento do pré-natal, deve-se orientá-la a procurar sua equipe de referência na UAP. Durante o atendimento da gestante, as condutas adotadas pela eSB podem ser:

- Realizar anamnese e exame clínico visando buscar informações sobre a possibilidade de riscos na gravidez e período gestacional, características da evolução da gestação, existência de alguma doença ou alteração sistêmica concomitante, elaborando o melhor plano terapêutico possível;
- Avaliar sinais vitais antes do atendimento;
- Introduzir atividades educativas em cada consulta, considerando as necessidades da gestante;
- Realizar os procedimentos clínicos necessários;
- Indicar prescrições, caso haja necessidade;
- Anotar, cuidadosamente, todos os procedimentos no prontuário eletrônico da gestante.

A eSB é responsável pela segurança e pelos cuidados, tanto com a saúde da mãe como com a saúde do feto, e deve tomar as precauções necessárias conforme o trimestre de gestação.

ATENDIMENTO ODONTOLÓGICO DA GESTANTE POR TRIMESTRE DE GESTAÇÃO

PRIMEIRO TRIMESTRE — PERÍODO DE EMBRIOGÊNESE NO QUAL O FETO É MAIS SUSCEPTÍVEL À INFLUÊNCIA TERATOGÊNICA E AO ABORTO:

- Sempre que possível, postergar a intervenção odontológica para o segundo trimestre;
- Realizar profilaxia, tratamento periodontal, eliminar focos infecciosos e tratamentos restauradores;
- Avaliar sinais vitais;
- Atentar para os exames hematológicos e glicemia.

SEGUNDO TRIMESTRE — MELHOR PERÍODO PARA O TRATAMENTO ODONTOLÓGICO, PODENDO-SE REALIZAR:

- Profilaxia e tratamento periodontal;
- Procedimentos restauradores básicos;
- Endodontias;
- Cirurgias e exodontias, caso seja necessário.

TERCEIRO TRIMESTRE — O RISCO DE SÍNCOPE E HIPERTENSÃO É MAIOR DEVIDO À POSIÇÃO DO FETO E ÀS DEMANDAS CARDIOVASCULARES (HÁ MAIOR RISCO DE ANEMIA, ECLÂMPSIA E HIPERTENSÃO):

- Realizar profilaxia, fluorterapia e procedimentos restauradores básicos;
- Programar as grandes reabilitações e cirurgias invasivas eletivas para depois do nascimento do bebê, devido ao risco de estresse e à bacteremia.

MEDICAMENTOS

- Anestésicos locais com vasoconstritores são considerados seguros. O mais indicado é a lidocaína a 2%, com epinefrina 1:1000.000 — limite de 3,6ml (dois tubetes) por sessão de atendimento.
- A prilocaína está contraindicada.
- Vasoconstritores como felipressina e ocitocina são contraindicados, pois podem levar a contrações uterinas.
- Os analgésicos indicados são paracetamol ou dipirona.
- Os antibióticos indicados são penicilina e cefalosporina.
- Evitar anti-inflamatórios.

GESTANTE EM TRABALHO DE PARTO NA APS

Para uma assistência adequada, recomenda-se que sejam convocados profissionais de saúde da unidade com maior experiência em realização de partos, para que acompanhem a evolução da paciente até a chegada da ambulância ou durante o parto. Deve-se tranquilizar a gestante e aferir seus sinais vitais, especialmente a pressão arterial e a frequência cardíaca, calcular a idade gestacional e realizar o exame físico. O profissional deve solicitar Vaga Zero para encaminhamento da gestante à maternidade.

EXAME FÍSICO

- Manobras de Leopold, evidenciando o fundo uterino, situação, posição e apresentação fetais;
- Mensuração da altura do fundo uterino;
- Ausculta dos batimentos cardíofetais (BCF);
- Toque vaginal evidenciando o grau de dilatação, apagamento e posição do colo uterino, formação da bolsa das águas e tipo de apresentação fetal;
- Avaliação da atividade uterina, descrevendo sua intensidade, frequência, duração e regularidade (as metrossístoles devem ser quantificadas num período de 10 minutos e ter sua duração avaliada em segundos).

COMO IDENTIFICAR O TRABALHO DE PARTO

É necessária a presença de três critérios, a saber:

- Presença de, pelo menos, duas contrações uterinas num intervalo de 10 minutos, regulares, rítmicas e com duração de, pelo menos, 50 a 60 segundos cada, com intensidade suficientemente forte para causar dilatação do colo uterino;
- Colo uterino com dilatação igual ou superior a 3cm;
- Grau mínimo de apagamento do colo uterino.

MATERIAIS

O Quadro 18 apresenta a listagem dos insumos e materiais que devem estar previsto e organizados na unidade de atenção primária para situações que ocorram da gestante entrar em trabalho de parto.

Quadro 18. Lista de materiais para realização de parto na APS.

TIPO	QUANTIDADE
Lençol descartável	1
Capote ou avental	1
Touca	1
Pulseira identificação modelo mãe/filho na cor azul	1
Pulseira identificação modelo infantil na cor azul	1
Pulseira identificação modelo mãe/filho na cor rosa	1
Pulseira identificação modelo infantil na cor rosa	1
Cobertor térmico aluminizado	1
Luva estéril	4
Compressa	2
Pacote de gaze	2
Máscara cirúrgica	4
Óculos de proteção	2
Clampeamento de coto umbilical	2

TIPO	QUANTIDADE
Pinça Cheron estéril	1
Pinça Allis estéril	1
Tesoura, ponta reta, do tipo Mayo, estéril	1
Cuba redonda	1
Saco transparente	1

PUERPÉRIO

O puerpério é o momento em que ocorre a involução dos órgãos pélvicos e a recuperação das alterações relacionadas ao período gestacional. A experiência da recuperação no puerpério difere de uma mulher para outra. O acolhimento e a abordagem centrada na mulher, no bebê e na família são fundamentais nesse período. A equipe da atenção primária deve possibilitar que a mulher e sua parceria tenham oportunidade de relatar a experiência sobre o parto, suas angústias e dúvidas, identificando suas necessidades.

Os profissionais da atenção primária devem estabelecer uma frequência de consultas e/ou visitas domiciliares nesse período, de acordo com as condições de saúde física e mental de cada puérpera. Além disso, deve-se atentar para o processo de aleitamento e a necessidade de oferta de métodos contraceptivos.

FREQUÊNCIA DE CONSULTAS

- A primeira consulta deve ocorrer, preferencialmente, dentro dos sete primeiros dias após o parto, podendo ser realizada na UAP ou durante a visita domiciliar.
- A segunda consulta deve ocorrer até o 45.º dia após o parto.

ORIENTAÇÕES SOBRE O QUE AVALIAR E COMO REGISTRAR

SUBJETIVO

- Micção e incontinência urinária, função intestinal, cicatrização da ferida operatória ou perineal, cefaleia, fadiga, dor nas costas, dor perineal, dor mamária, presença e características dos lóquios, calafrio;
- Explorar rede de apoio e comunitária;
- Uso de medicações durante a gestação;
- Experiência do parto, via de nascimento, uso de instrumental, intercorrências no parto ou internação.

OBJETIVO

- Pressão arterial e peso;
- Frequência cardíaca;
- Exame perineal (avaliar quantidade e aspecto dos lóquios e as condições das cicatrizes/lacerações e suturas);
- Palpação da região suprapúbica;
- Exame das mamas e avaliação da pega.

AVALIAÇÃO

- CIAP2: W94 (mastite puerperal); W96 (outras complicações do puerpério); W14 (contracepção/outros); W11 (contracepção oral); W12 (contracepção intrauterina/ Dispositivo intrauterino/DIU);
- CID-10: Z39.2 (seguimento pós-parto de rotina); Z39 (assistência e exame pós-natal); O85 (infecção puerperal);
- Encerrar CID/CIAP de gestação com a data do parto.

PLANO

- Oriente sobre a deambulação precoce;
- Higiene e cuidados com a ferida;
- Uso de bolsa de gelo após suturas ou episiotomia;

ORIENTAÇÕES SOBRE O QUE AVALIAR E COMO REGISTRAR**PLANO (cont.)**

- Amamentação;
- Métodos contraceptivos (ver Guia Rápido Planejamento Reprodutivo e Sexual)

São sinais e sintomas que devem ser encaminhados para avaliação via Vaga Zero:

- Hipertensão arterial com sinais de gravidade;
- Sinais sistêmicos ligados à ferida operatória ou sutura perineal com abscesso;
- Febre ou sinais de infecção grave;
- Sinais de mastite grave com hiperemia intensa, abscesso, febre ou necrose;
- Sangramento vaginal puerperal (lóquios) aumentado ou associado a odor fétido, febre ou dor pélvica;
- Suspeita de trombose venosa profunda, edema unilateral em membros inferiores e/ou dor na panturrilha.

IMPORTANTE!

- Gestantes hipertensas ou com diabetes gestacional que fizeram uso de medicação durante o pré-natal devem ser avaliadas quanto à manutenção, adequação ou suspensão da terapêutica instituída.
- O profissional deve estar atento a possíveis complicações puerperais como hemorragia e infecções.

Quadro 19. Contracepção para mulheres que estão amamentando.

MÉTODO	EFEITOS SOBRE A LACTAÇÃO
Amenorreia da lactação (LAM)	Nenhum
Métodos de barreira (preservativo, diafragma, espermicida)	Nenhum — o uso de lubrificante pode ser benéfico, pois geralmente há atrofia vulvovaginal nesse período.

MÉTODO	EFEITOS SOBRE A LACTAÇÃO
DIU de cobre	Nenhum
Esterilização	Nenhum — apenas impossibilidade de amamentar durante o procedimento e algumas horas após, pelo uso de anestésicos.
Contraceptivo exclusivamente com progestagênio (injetável, pílulas orais, DIU com progesterona, implante)	Nenhum
Contraceptivo oral combinado (oral, adesivo, anel vaginal, injetável)	Há risco de diminuição da produção do leite se iniciado até seis meses pós-parto, sendo melhor evitar durante a amamentação. Não é possível interromper imediatamente o efeito de formas injetáveis.
Contraceptivo de emergência (combinado ou somente com progestagênio)	Para o uso de combinados (método Yuzpe), os efeitos seriam os mesmos do que para os contraceptivos orais. É preferível usar métodos apenas de progestagênios.

Fonte: Lubianca JN, Oppermann K, Pezzali LG. Planejamento Reprodutivo. in: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani, ERJ, Duncan MS, Giugliani C. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências, 2022.

ALEITAMENTO MATERNO

A amamentação é um momento íntimo entre a mãe e bebê. Esse momento proporciona ao bebê formas de se comunicar com afeto e confiança. Amamentar produz benefícios psicológicos, tanto para a mãe como para o bebê, além de promover maior sentimento de prazer e ligação afetiva. O aleitamento materno deve ser estimulado e orientado por todos os profissionais da atenção primária, para que possam tirar as dúvidas de todas as mulheres e apoiá-las nas dificuldades.

TÉCNICA DE AMAMENTAÇÃO

ETAPA 1 — POSICIONAMENTO

- Cabeça e corpo do bebê alinhados;
- Bebê com o corpo voltado para a mãe (barriga com barriga) e bem próximo do corpo da mãe;
- Todo o corpo do bebê apoiado;
- Face do bebê próxima e de frente para a mama, com o nariz em frente ao mamilo.

Figura 8. Mulher amamentando com posicionamento adequado.



ETAPA 2 — PEGA

- Mais aréola visível acima do lábio superior do bebê do que embaixo;
- Boca do bebê bem aberta;
- Lábio inferior virado para fora;
- Queixo do bebê tocando a mama.

Figura 9. Criança mamando com boa pega.



Crédito das fotos: Elsa R. J. Giugliane. Fonte: Acervo da autora Elsa RJG. Aleitamento: Aspectos Gerais. in: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani, ERJ, Duncan MS, Giugliani C. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências.

DIFICULDADES NA AMAMENTAÇÃO

A dificuldade de amamentar é mais comum em mulheres primigestas, porém essa situação pode ser experimentada, também, por mulheres experientes. Essa dificuldade pode estar relacionada à mulher, à criança ou em ambas. Desta forma, é essencial que os profissionais da atenção primária reconheçam as principais dificuldades que algumas mães relatam, apoiando a mulher para que ela tenha uma amamentação bem-sucedida e prazerosa. No quadro a seguir, são apresentadas as principais dificuldades e seu manejo durante amamentação na APS.

Quadro 20. Principais dificuldades e seu manejo.

TIPO	SINAIS E SINTOMAS	MANEJO
Mastite	Está associada, normalmente, à estagnação de leite, resposta inflamatória de um ou mais segmentos da mama e lesão tecidual. A mastite costuma ocorrer entre a 2ª e a 3ª semanas após o parto. A mulher apresenta mal-estar importante, febre alta (> 38), calafrios, cefaleia e dores musculares semelhante aos quadros de síndrome gripal.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Esvaziamento adequado e frequente da mama, preferencialmente pela criança. Mesmo com a presença de bactérias a amamentação está indicada. Orienta-se iniciar o esvaziamento pela mama que estiver mais acometida, com variação de posição da criança. Deve-se estimular livre mamada. ■ Em geral, indica-se o uso de antibioticoterapia com cefalexina 50mg, via oral, 6/6 horas ou amoxicilina, de preferência associada com ácido clavulânico, via oral, 8/8 horas. Em todos os casos, os antibióticos devem ser utilizados por, no mínimo, 10 a 14 dias (B). ■ Ofereça suporte emocional, pois a condição da mastite é muito dolorosa e compromete o estado geral.
Abscesso	O abscesso deve ser suspeitado quando não há melhora da mastite, podendo haver descoloramento da pele.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Encaminhar via Vaga Zero.

TIPO	SINAIS E SINTOMAS	MANEJO
Ingurgitamento mamário	As mamas encontram-se doloridas, endurecidas, especialmente a aréola, edemaciadas, com pele brilhante, podendo haver eritema difuso. Os mamilos podem torna-se achatados, dificultando a pega e a saída fluída do leite.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Amamentação em livre demanda. ■ Orientar e encorajar a remoção do leite da mama seja feito pela criança, para o alívio da dor e prevenção de mastite e abscesso mamário. ■ Técnica correta.
Excesso de leite (hiperlactação)	Aumento excessivo da mama, dor nas mamas e/ou mamilos, bloqueio recorrente dos ductos, mastites recorrentes, bolhas nos mamilos e vasoespasmos. A hiperlactação diferencia do ingurgitamento mamário pela ausência de edema intersticial e persistência dos sintomas além de 1 a 2 semanas após o parto. A criança costuma apresentar engasgo se a mulher, além de muito leite, tiver reflexo de ejeção exacerbado.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Amamentar em apenas uma mama, alternando a mama a cada ciclo de 3 horas durante o dia; à noite, amamentação em livre demanda, usando as duas mamas. A condição deve melhorar em 24 a 48 horas. ■ Retirada do leite manualmente da mama não usada, apenas para conforto da mulher. ■ Caso não haja melhora com as medidas anteriores, pode ser necessária a prescrição de medicamento para inibir a produção do leite, até a regressão dos sintomas, como o uso de contraceptivo oral combinado contendo 20mg a 35mg de estradiol. ■ Informar a mulher sobre a possibilidade de doação do leite excedente.

TIPO	SINAIS E SINTOMAS	MANEJO
Bloqueio de ductos lactíferas	Nódulo mamário localizado, sensível, de margens bem definidas, em uma das mamas, quando o ducto está próximo à pele, dor, calor, eritema na área comprometida.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Mamadas frequentes e calor local (compressas mornas) antes das mamadas. ■ Massagens suaves na região atingida em direção ao mamilo, durante as mamadas. ■ Retirada do leite manualmente. ■ Amamentação em livre demanda. ■ Caso o nódulo não desapareça em 48 a 72 horas, é necessário excluir outras causas, como abscesso mamário, adenoma lactacional ou doença maligna.
Mamilos doloridos/trauma mamilar	Dor intensa nos mamilos, que persiste na primeira semana de amamentação e se mantém durante uma mamada completa. Pode apresentar, também, mamilos machucados acompanhados de dor. As duas situações normalmente decorrem de técnica inadequada durante as mamadas. Outros fatores são: mamilos curtos/planos ou invertidos, disfunções orais da criança, freio de língua, uso impróprio de bombas de extração de leite etc.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Orientar sobre o posicionamento adequado e a pega correta durante as mamadas. ■ Alterar diferentes posições de mamadas, reduzindo a pressão nos pontos dolorosos ou tecidos acometidos. ■ Iniciar a mamada na mama não acometida. ■ Se os mamilos apresentarem escoriações ou fissuras, recomenda-se que eles sejam enxaguados com água limpa e sabão uma vez ao dia. ■ Para o alívio da dor podem ser utilizados compressa de água morna e analgésicos, como ibuprofeno ou paracetamol, meia hora antes de amamentar.

TIPO	SINAIS E SINTOMAS	MANEJO
Candidíase	Dor no mamilo, prurido, sensação de queimadura e “fisgadas” que irradiam para a mama. A pele do mamilo e aréola podem apresentar-se avermelhadas, brilhantes, ou apenas irritada com fina descamação. Ressalta-se que o uso de antibióticos, contraceptivos orais e esteroides, diabetes, fadiga/estresse materno e uso de mamadeira pela criança podem aumentar o risco de candidíase.	<ul style="list-style-type: none"> ■ Inicialmente, o tratamento é tópico, com o uso de nistatina, miconazol ou cetoconazol por cerca de 14 dias. Pode ser aplicado o creme após cada mamada, não havendo necessidade de removê-lo para a criança mamar. Embora a nistatina seja muito utilizada, muitas espécies de Candida são resistentes a esse medicamento. A violeta de genciana a 0,5%, uma vez ao dia, pode ser utilizada nos mamilos/aréolas por até 7 dias. ■ Caso o tratamento tópico falhe, recomenda-se para a lactante fluconazol 200mg, via oral de primeira dose e, posteriormente, 100mg, por 7 a 10 dias. Se a dor for intensa, orienta-se a combinação de ibuprofeno. ■ Orientar enxaguar os mamilos e secá-los ao ar livre após as mamadas, mantendo-os ventilados e secos, e expô-los ao sol por alguns minutos, duas vezes ao dia.

Fonte: Elsa RJG. Aleitamento: Aspectos Gerais. in: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani, ERJ, Duncan MS, Giugliani C. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências, 2022.

RETORNO DA MÃE AO TRABALHO

A mulher pode enfrentar algumas barreiras para a continuidade da amamentação e o retorno ao trabalho. Nesse contexto, os profissionais da atenção primária têm papel fundamental no reconhecimento da organização da jornada de trabalho da mulher (dias, turnos, número de horas de trabalho, suporte no trabalho para o aleitamento materno, entre outros) e rede de apoio familiar. Mais informações sobre o método de extração manual do leite e a utilização desse leite para alimentar a criança em outro momento estão disponíveis na Cartilha para a Mulher Trabalhadora que Amamenta (ver conteúdo no QR Code ao lado).



ABORTAMENTO

O abortamento é definido como a interrupção da gravidez até a 22ª semana, com feto pesando menos de 500g, podendo ser espontâneo ou provocado.

- **Abortamento espontâneo:** interrupção da gravidez sem nenhuma intervenção externa.
- **Abortamento provocado:** interrupção da gravidez causada por intervenção externa e intencional (p.ex.: inserção de objetos pontiagudos no colo do útero, ingestão de medicamentos ou dilatação e curetagem).

Quadro 21. Tipos de abortamento.

TIPO	SINAIS E SINTOMAS	MANEJO
Ameaça de abortamento	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sangramento genital de intensidade pequena a moderada; ■ Volume uterino compatível com a idade gestacional; ■ Orifício do colo uterino encontra-se fechado. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ A gestante deve permanecer em repouso; evitar relações sexuais enquanto houver perda sanguínea e manter a continuidade do acompanhamento do pré-natal. ■ Avaliar a necessidade de uso de analgésicos em caso de dor significativa. ■ Solicitar USG, se possível. Considerar a necessidade de encaminhar para avaliação em maternidade via Vaga Zero.
Abortamento completo	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sangramento e dores, que diminuem após a expulsão do material ovular; ■ O volume uterino encontra-se menor que o esperado para a idade gestacional; ■ Orifício do colo uterino pode estar aberto. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Pode-se realizar USG, que evidencia cavidade uterina vazia ou com coágulos. ■ A conduta é expectante, deve ser acompanhada e reavaliada, ficar em observação e retornar ao serviço de saúde se houver persistência do sangramento ou sinais de infecção.

TIPO	SINAIS E SINTOMAS	MANEJO
Abortamento incompleto	<ul style="list-style-type: none"> ■ Sangramento mais volumoso do que na ameaça de abortamento, diminui com a saída dos coágulos ou de restos ovulares; ■ Dores intensas; ■ Orifício do colo uterino encontra-se aberto. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Encaminhar para avaliação via Vaga Zero.
Abortamento retido	<ul style="list-style-type: none"> ■ Não há expulsão de nenhum produto da concepção; ■ Ausência de abertura do orifício do colo uterino. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Encaminhar para avaliação via Vaga Zero.
Abortamento infectado	<ul style="list-style-type: none"> ■ Febre; ■ Sangramento genital com odor fétido; ■ Dores abdominais; ■ Secreção purulenta drenado pelo colo do útero. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Encaminhar para avaliação via Vaga Zero.
Abortamento habitual ou recorrente	<ul style="list-style-type: none"> ■ Perda espontânea e consecutiva de três ou mais gestações. 	<ul style="list-style-type: none"> ■ Investigação da causa.

Fonte: Faúndes A, Pádua KS, Bento SF. Abortamento. in: Duncan BB, Schmidt MI, Giugliani, ERJ, Duncan MS, Giugliani C. Medicina Ambulatorial: Condutas de Atenção Primária Baseadas em Evidências.

PLANEJAMENTO REPRODUTIVO PÓS-ABORTAMENTO

O planejamento reprodutivo pós-abortamento também deve ser realizado pela equipe da UAP. É fundamental informar a paciente que a fertilidade retorna quase imediatamente, de modo que é necessário usar métodos contraceptivos caso não queira engravidar novamente. O DIU pode ser inserido imediatamente ou até 15 dias após o esvaziamento uterino completo nas pacientes sem sinais ou suspeita de infecção, ou após a primeira menstruação pós-esvaziamento. O retorno de relações sexuais pós-abortamento pode ocorrer assim que a mulher desejar.

AMEAÇA DE PARTO PREMATURO

A gestação pré-termo se dá entre 22 e 37 semanas, independentemente do peso do concepto. O trabalho de parto prematuro é diagnosticado quando ocorrem duas a três contrações uterinas regulares e ritmadas a cada 10 minutos, além de modificações cervicais, como apagamento maior do que 50% e dilatação de, pelo menos, 2cm. Já o falso trabalho de parto se dá quando as contrações são irregulares, descoordenadas e não se verificam alterações significativas no colo uterino. Qualquer evento reportado pela gestante em relação a sintomas de contração uterina deve ser avaliado pelo profissional de saúde. Toda gestante em trabalho de parto prematuro deve ser encaminhada para a maternidade via Vaga Zero.

ABORTO LEGAL

Para encaminhar a gestante para a realização do procedimento, é necessário entrar em contato com a gerência de saúde da mulher da CAP de referência. Lembre-se que não há necessidade de boletim de ocorrência policial, tampouco de laudo pericial para encaminhar para avaliação nas maternidades. Ressalta-se que todas as maternidades municipais realizam o aborto legal.

O abortamento está previsto em lei nas seguintes situações:

- Quando a gravidez representa risco de vida para a gestante (Código Penal, Decreto-Lei n.º 2.848/1940, Art. 128);
- Quando a gravidez é resultado de um estupro (Código Penal, Decreto-Lei n.º 2.848/1940, Art. 128);

- Quando o feto for anencéfalo — em gestações com mais de 20 semanas, o procedimento é considerado como parto antecipado com fins terapêuticos (Código Penal, Decreto-Lei n.º 2.848/1940, Art. 128);
- Estupro de vulnerável — gestantes menores de 14 anos (Lei n.º 12.015, de 7 de agosto 2009, Art. 217-A).

ADOÇÃO

A gravidez é resultante de diferentes relações e condições vividas de forma individual por cada mulher. Neste sentido, é fundamental que as equipes da UAP acolham as gestantes de forma integral, procurando, além dos cuidados clínicos, conhecer como cada mulher está vivenciando a gravidez, o contexto de vida, a relação com o pai da criança ou parceria, a existência ou não de suporte familiar e comunitário, as condições econômicas e sociais, dentre outros.

Muitas mulheres vivenciam com grande expectativa a gravidez e o nascimento do bebê. Outras, por diversos fatores, podem expressar a não aceitação da gravidez e o desejo de entrega do bebê para adoção. Dentre estes fatores, destacam-se gravidez indesejada e não planejada, gravidez resultante de estupro, vergonha, desamparo, desaprovação, a situação econômica vivenciada, entre outros. Embora a maioria das entregas para adoção ocorra com mulheres e sua parceria com dificuldades econômicas e sociais, a pobreza não pode ser considerada fator para a separação de mãe e filho. Tal realidade se agrava nas mulheres/famílias vivendo em situação de rua, que fazem ou não uso de drogas.

Em gravidezes não desejadas ou não planejadas atravessadas pelos fatores acima referidos, em um primeiro momento, pode ocorrer a não aceitação e a expressão pela mulher do interesse da entrega da criança para adoção.

A equipe deve estabelecer uma relação de confiança e refletir com a mulher sobre a situação apresentada, buscando identificar e amadurecer alternativas possíveis de apoio para a reversão das dificuldades relativas à sua maternagem.

O desenvolvimento da gestação, mudanças no cenário social e apoio recebido, na maioria das vezes, podem fazer com que se modifique a intenção de doação. Se, ainda assim, a intenção permanecer, é fundamental discutir com a mulher sobre a permanência da criança no seio familiar como forma de manter a convivência familiar materna ou da parceria.

IMPORTANTE: Se a mulher decidir, por qualquer motivo, pela entrega do bebê para adoção, sua autonomia deve ser respeitada, ela precisa ser acolhida e apoiada, sem qualquer constrangimento. Essa decisão é prevista e amparada por lei. Vale lembrar que adoção ilegal é crime, conforme Lei n.º 8.069/90 (Estatuto da Criança e do Adolescente), e expõe as crianças a graves riscos. Nenhum profissional pode facilitar, se omitir ou participar diretamente da entrega ilegal de crianças a terceiros.

Orientações para a entrega voluntária:

- Se a decisão da mulher for pela entrega a um familiar, o responsável deve ser encaminhado para a Defensoria Pública, a fim de agilizar a guarda da criança pelo familiar indicado.
- Se a decisão for pela entrega para adoção fora do seio familiar, o profissional de saúde deverá contatar a Vara da Infância, Juventude e Idoso de referência do seu território, para comunicar e trabalharem juntos neste processo.
- Deve-se evitar que a mulher chegue à maternidade sem as devidas orientações, documentos e encaminhamentos.
- É de suma importância ressaltar que a mulher pode reverter sua decisão de entregar o bebê para a guarda ou adoção a qualquer momento, na gestação ou até mesmo durante e após o parto. Nesses casos, é necessária a articulação com a equipe de serviço social das maternidades, para a continuidade das ações de cuidado.
- Mesmo após a destituição do poder familiar pelo poder judiciário e encaminhamento da criança para adoção, o consentimento da adoção é retratável no prazo de 10 dias, contado da data de prolação da sentença de extinção do poder familiar, ou seja, a mulher tem 10 dias para mudar de posição em relação à entrega feita para adoção.
- A continuidade do cuidado à mulher no puerpério e após este processo deve ser garantida pela equipe da UAP, oferecendo o suporte em saúde de acordo com as suas necessidades.

SITUAÇÕES DE VIOLÊNCIA

DEFINIÇÃO

É toda e qualquer ação intencional que viole os direitos da mulher durante a assistência no momento do ciclo gravídico puerperal, seja força física ou poder, em ameaça ou na prática, intervenções desnecessárias que resultem em sofrimento, morte, dano psicológico, desenvolvimento prejudicado ou privação.

O PAPEL DA APS NO ENFRENTAMENTO À VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A APS é a porta de entrada preferencial de muitas mulheres no processo de acompanhamento gestacional. Neste nível de atenção, a facilidade de acesso aos profissionais de saúde e a dinâmica de acompanhamento contínuo permite o fortalecimento de vínculo e o desenvolvimento de atividades de prevenção e promoção da saúde. Sendo assim, a APS é um espaço importante para disseminar informações, tanto sobre questões da gestação, como sobre os seus direitos. A violência obstétrica é um tema que deve ser debatido entre as equipes da UAP e com a população do território, especialmente a mulher e sua parceria. Constituem-se exemplos de violência obstétrica na prática diária:

- Qualquer ato de violência verbal (xingamento, constrangimento, humilhação) — p.ex.: “Até ano que vem, na próxima gestação”, “Você já tem filhos demais, na sua condição financeira não era para ser assim”, “Na hora de sentir prazer não senti dor, porque agora está reclamando?!”;
- Violação dos direitos sexuais e reprodutivos;
- Acesso dificultado para a realização de diagnóstico da gestação;
- Acesso dificultado ao pré-natal;
- Não cumprimento das ações preconizadas durante a assistência pré-natal;
- Restrição do acompanhante durante a assistência pré-natal;
- Procedimentos rotineiros desnecessários e que trazem malefícios durante assistência pré-natal;

- Negar ou dificultar acesso aos métodos contraceptivos;
- Procedimentos rotineiros desnecessários durante a assistência ao parto: não respeitar o desejos da mulher no seu plano de parto; episiotomia; utilização de ocitocina sem indicação; manobra de Kristeller; clister; tricotomia; restrição de movimentos; privação da mulher na escolha da posição do parto; cesariana sem indicação clínica; restrição/impedimento de acompanhante durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato (violação da Lei n.º 11.108); restrição do consumo de alimentos e bebidas sem indicação clínica; realização do toque vaginal sem indicação e realizado por diversos profissionais; ações que dificultam o contato imediato com o recém-nascido, como o aleitamento materno na primeira hora e o contato pele a pele do bebê com a mãe;
- Laqueadura tubária sem consentimento;
- Negar ou dificultar atendimento a mulheres em situação de abortamento.

OUVIDORIA PARA VIOLÊNCIA OBSTÉTRICA

A Secretaria de Políticas e Promoção à Mulher criou um meio de notificação de ocorrência de violência obstétrica. Qualquer cidadão pode realizar esta notificação. A denúncia pode ser feita pelas vítimas, acompanhantes e profissionais de saúde, e a identificação não é obrigatória. Os canais de comunicação são:

- Central 1746, por telefone;
- WhatsApp, no telefone (21) 3460-1746;
- Facebook Messenger, na página <https://www.facebook.com/Central1746>.

DIREITOS DA GESTANTE

LEIS TRABALHISTAS DE APOIO À AMAMENTAÇÃO

O artigo 396 da Consolidação das Leis do Trabalho assegura à mãe o direito a 2 (dois) descansos especiais, de meia hora cada um, durante a jornada de trabalho, para a amamentação de seu filho, até que complete 6 (seis) meses de idade. Caso o bebê necessite de um prolongamento do referido cuidado, o médico fornecerá atestado para que os repousos para a amamentação durante a jornada de trabalho sejam prorrogados, fixando, inclusive, o respectivo período. A lei também garante que a amamentação do bebê seja em local apropriado dentro da empresa (artigo 400 da Consolidação das Leis do Trabalho).

LICENÇA MATERNIDADE

O artigo 7.º inciso XVII da Constituição Federal garante à empregada gestante o direito à licença-maternidade, correspondente a 120 (cento e vinte) dias após o nascimento de seu filho, sem prejuízo do emprego, dos salários e dos demais benefícios. O médico fornecerá atestado de nascimento, que deverá ser encaminhado ao empregador com a comunicação da data do início do afastamento. A licença-maternidade poderá ocorrer a partir do oitavo mês da gestação. Neste caso, o atestado médico indicará a data do afastamento.

Benefícios fiscais para empresas que apoiam a licença-maternidade pelo período de 180 dias, antes de sancionada a Lei n.º 11.770, de 9 de setembro de 2008, já vinham sendo aplicadas em algumas cidades e estados, que estabeleciam tal período mediante a aprovação de leis estaduais e municipais. De acordo com a Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP), vários estados brasileiros já haviam aprovado leis que estendiam às servidoras públicas o período de licença-maternidade para 180 dias. Com a criação do programa Empresa Cidadã, que propõe estender a licença-maternidade por mais 60 dias, e a licença-paternidade por mais 10 dias, a mulher poderá solicitar o aumento dos dias de licença-maternidade caso sua empresa esteja participando deste programa, segundo a Lei n.º 13.257/2016. A empresa que participar deste programa poderá receber incentivos fiscais do governo e poderá descontar o valor do benefício dado às mulheres do imposto de renda, vedado o lançamento dessa cifra como despesa operacional.

15 DIAS DE AMAMENTAÇÃO

A mulher trabalhadora tem direito à licença-amamentação, que pode incluir dois períodos de 30 minutos por dia, durante a jornada de trabalho, até o bebê completar seis meses de vida, ou mais 15 dias corridos após o fim da licença-maternidade, dependendo da empresa empregadora. É necessário que o médico que acompanha a criança realize o atestado para afastamento.

DIREITOS DOS PAIS

- Lei n.º 9.263/96 — direito a todo cidadão brasileiro a todos os métodos cientificamente aceitos de concepção e contracepção;
- Lei Federal n.º 8.069/90 — direito ao acompanhamento de crianças e adolescentes internados;
- Lei Federal n.º 11.108/05 — direito a um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, parto e pós-parto imediato;
- Portaria n.º 2.418/05 — define como pós-parto imediato o período de 10 dias após o parto, e dá cobertura para que o acompanhante possa ter acomodação adequada e receber as principais refeições;
- Portaria n.º 48/99 Ministério da Saúde — dispõe sobre o planejamento familiar, e dá outras providências;
- A licença paternidade de 5 (cinco) dias foi concedida pela Constituição Federal/88 em seu artigo 7.º, XIX e art.10, §1.º, do Ato das Disposições Constitucionais Transitórias (ADCT);
- Lei n.º 13.257/2016 — conhecida como a Lei que estabelece um Marco Legal para a Primeira Infância;
- Ampliação da licença-paternidade para 20 dias nas empresas que aderirem ao programa Empresa Cidadã.

BENEFÍCIO RIOCARD

O encaminhamento responsável na gestação de alto risco deve garantir as condições de deslocamento da gestante. Nesse sentido, a garantia do benefício compreende o período da gestação e, caso haja a necessidade de acompanhamento puerperal em serviço especializado, o mesmo poderá ser prorrogado, com as devidas justificativas clínicas.

A validade do benefício será para o período da gravidez, ou enquanto durar o risco pela doença crônica apresentada. Caso a puérpera necessite de acompanhamento continuado no serviço de referência, poderá ser solicitada a prorrogação do benefício com a devida justificativa clínica. No laudo médico deverá constar CID da gestação com a patologia que originou o encaminhamento. Caso haja a necessidade de acompanhante, este poderá ser incluído na solicitação do benefício.

Caso seja comprovado o uso indevido e o cartão seja bloqueado, ligar para o 1746, informar o bloqueio por erro biométrico e solicitar o desbloqueio, que ocorrerá de acordo com a legislação vigente.

A VISITA CEGONHA

A Visita Cegonha constitui um momento extremamente importante para a assistência perinatal. Neste momento prévio à internação, a gestante e seu acompanhante conhecem a estrutura física e as rotinas próprias do serviço, além de esclarecer dúvidas de saúde e administrativas. As equipes devem agendar a Visita Cegonha a partir da 28ª semana, com a maior celeridade possível, buscando um contato imediato neste início de terceiro trimestre.

Para a realização da Visita Cegonha presencial, as equipes devem:

- Agendar a Visita Cegonha na plataforma SISCEGONHA a partir da 28ª semana de gestação;
- Orientar a gestante que leve seu cartão pré-natal;
- Esclarecer dúvidas e anseios sobre este momento tão importante para a gestante;
- Orientar que, se possível, a gestante vá com a pessoa que irá acompanhá-la no parto.

REFERÊNCIAS

ACOG. Practice Bulletin n. 175. **Ultrasound in Pregnancy**. Obstet Gynecol. 2016 Dec.;128(6):e241-e256. Disponível em: <http://unmobgyn.pbworks.com/w/file/etch/114688045/ACOGPracticeBulletin175UltrasoundInPregnancy.pdf>. Acesso em: 27 de abril de 2022.

ADAMS, E. D. If Transmen Can Have Babies, How Will Perinatal Nursing Adapt? **MCN: The American Journal of Maternal/Child Nursing**, [S. l.], v. 35, n. 1, p. 26–32, jan. 2010. Disponível em: <https://journals.lww.com/00005721-201001000-00007>. Acesso em: 27 de abril de 2022.

ALAMINO, F.; VECCHIO, V. **Os princípios de Yogyakarta e a proteção de direitos fundamentais das minorias de orientação sexual e de identidade de gênero**. Rev. Fac. Dir. Univ. São Paulo, vol. 113, p. 645-668, 2018.

AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. **Management of Diabetes in Pregnancy**: Standards of Medical Care in Diabetes — 2021. Diabetes Care, 44, Supplement 1, 2021.

AMORIM, A. P. A. (Org.). **Protocolo para o atendimento de pessoas transexuais e travestis no município de São Paulo**. São Paulo, 2020.

ANGONESE, M.; LAGO, M. C. de S. Direitos e saúde reprodutiva para a população de travestis e transexuais: abjeção e esterilidade simbólica. **Saúde e sociedade**, [S. l.], v. 26, n. 1, p. 256–270, mar. 2017. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-12902017000100256&lng=p t&tlng=pt. Acesso em: 27 de abril de 2022.

ARAÚJO, L. A.; REIS, A. T. **Enfermagem na prática materno-neonatal**. 2ed. Rio de Janeiro, Guanabara Koogan; 2021. 360 p.

ATALAH ES et al. **Propuesta de un nuevo estándar de evaluación nutricional en embarazadas**. Rev. Med. Chile, [S. l.], v. 125, n. 12, p. 1429-1436, 1997.

BARRETO, M. O. **O parto na maternidade vinculada**: um direito ainda não alcançado na região Nordeste. 2013. 62 f., il. Dissertação (Mestrado Profissionalizante em Saúde Coletiva) — Universidade de Brasília, Brasília, 2013.

BARROSO, WKS. *et al.* **Diretrizes brasileiras de hipertensão arterial** — 2020. Arq Bras Cardiol. 2021; 116(3):516-658.

BENEVIDES, B. G.; NOGUEIRA, S. N. B. **Assassinatos e violência contra travestis e transexuais brasileiras em 2020**. [S. l.: s. n.], [s. d.].

BORGES, I. S. A. *et al.* **Os desafios dos homens transgêneros no planejamento familiar**. [S. l.], p. 12, 2019.

BITTAR, R. E.; DE CARVALHO, M. H. B.; ZUGAIB, M. Condutas para o trabalho de parto prematuro. **Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia**, São Paulo, n. 9, ed. 27, p. 561-6, 2015.

BRANDT, J. S. *et al.* Transgender men, pregnancy, and the “new” advanced paternal age: A review of the literature. **Maturitas**, [S. l.], v. 128, p. 17–21, out. 2019. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S0378512219305845>. Acesso em: 27 de abril de 2022.

BRASIL. **Lei n.º 9.263, 12 de janeiro de 1996**. Regula o § 7.º do art. 226 da Constituição Federal, que trata do planejamento familiar, estabelece penalidades e dá outras providências.

BRASIL. **Lei n.º 11.340, de 7 de agosto de 2006**. Cria mecanismos para coibir a violência doméstica e familiar contra a mulher. Diário Oficial da União, Brasília, DF, 7 Ago 2006. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2006/lei/11340.htm. Acesso em: 28 de abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres**. Brasília, 2016. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolos_atencao_basica_saude_mulheres.pdf. Acesso em: 28 de abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Criança**. Passaporte da cidadania. 2, Brasília, DF, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderneta da Gestante**. Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Oswaldo Cruz. Instituto Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. **Sífilis: teste rápido e tratamento na gestação**. 11 de nov. 2019. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/sifilis-teste-rapido-e-tratamento-na-gestacao/>. Acesso em: 28 de abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção à saúde do recém-nascido:** guia para os profissionais de saúde. 2. ed. atual. Brasília, 2014. 4 v. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/atencao_saude_recem_nascido_v1.pdf. Acesso em: 28 de abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Atenção humanizada ao abortamento:** norma técnica. Brasília, 2014. (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno n. 4). Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2018/01/Atencao-humanizada-ao-abortamento-2014.pdf>. Acesso em: 28 de abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Gestação de alto risco:** manual técnico, Brasília, 2012. 5. ed. (Série A. Normas e Manuais Técnicos). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/manual_tecnico_gestacao_alto_risco.pdf. Acesso em: 28 de abril de 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Política nacional de atenção integral à saúde da mulher:** princípios e diretrizes. Brasília, 2004. Disponível em: https://conselho.saude.gov.br/ultimas_noticias/2007/politica_mulher.pdf. Acesso em: 28 de abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Teste rápido de gravidez na Atenção Básica:** guia técnico. Brasília, DF, 2013. 16 p. (Série direitos sexuais e direitos reprodutivos; caderno n. 8). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/teste_rapido_gravidez_guia_tecnico.pdf. Acesso em: 28 de abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo risco** / Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília, 2012. (Série A. Normas e Manuais Técnicos; adernos de Atenção Básica, n. 32). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cadernos_atencao_basica_32_prenatal.pdf. Acesso em: 28 de abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Estratégias para o cuidado da pessoa com doença crônica:** diabetes mellitus. Brasília, 2013. (Cadernos de Atenção Básica, n. 36). Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/estrategias_cuidado_pessoa_diabetes_mellitus_cab36.pdf. Acesso em: 28 de abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia alimentar para a população brasileira**. Brasília, 2014. 156 p. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_alimentar_populacao_brasileira_2ed.pdf. Acesso em: 28 de abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Orientações para a coleta e análise de dados antropométricos em serviços de saúde**: Norma Técnica do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional. Brasília, 2011. 76 p. (Série G. Estatística e Informação em Saúde). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/orientacoes_coleta_analise_dados_antropometricos.pdf. Acesso em: 28 de abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: aleitamento materno e alimentação complementar**. Brasília, 2015. 184 p. (Cadernos de Atenção Básica; n. 23). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_aleitamento_materno_cab23.pdf. Acesso em: 28 de abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde da criança: crescimento e desenvolvimento**. Brasília, 2012. (Cadernos de Atenção Básica, n. 33). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_crianca_crescimento_desenvolvimento.pdf. Acesso em: 28 de abril de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde sexual e saúde reprodutiva**. Brasília, 2013. 1. ed., 1. reimpr. 300 p. (Cadernos de Atenção Básica, n. 26). Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/saude_sexual_saude_reprodutiva.pdf. Acesso em: 16 de novembro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Manual de gestação de alto risco** [recurso eletrônico] Brasília, 2022. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/manual-de-gestacao-de-alto-risco-ms-2022/>. Acesso em: 28 de abril de 2022.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Nota Técnica n.º 14/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde — Brasília: Ministério da Saúde, 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Área Técnica de Saúde da Mulher. **Parto, aborto e puerpério: assistência humanizada à mulher**. Brasília, 2001. 199 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cd04_13.pdf. Acesso em: 28 de abril de 2022.

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)**. Brasília, 2020. 248 p. Disponível em: https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/pcdts/2022/ist/pcdt-ist-2022_isbn-1.pdf. Acesso em: 28 de abril de 2022.

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 Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais**. Brasília, 2019. 248 p. Disponível em: <http://antigo.aids.gov.br/pt-br/pub/2022/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-prevencao-da-transmissao-vertical-de-hiv>. Acesso em: 8 de dezembro de 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos Não Transmissíveis e Promoção da Saúde. Saúde Brasil 2015/2016. **Uma análise da situação de saúde e da epidemia pelo vírus Zika e por outras doenças transmitidas pelo *Aedes aegypti*** [recurso eletrônico]. Brasília, 2017. 386 p. Disponível em: https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/resumo_saude_brasil_2015_2016.pdf. Acesso em: 28 de abril de 2022.

CARRARA, Sergio [*et al.*]. **Curso de especialização em gênero e sexualidade**. Rio de Janeiro: CEPESC; Brasília, DF: Secretaria Especial para as Mulheres, 2010. (Disciplinas 1 — 4; 8 volumes).

CHEN, D. *et al.* Attitudes Toward Fertility and Reproductive Health Among Transgender and Gender-Nonconforming Adolescents. **Journal of Adolescent Health**, [S. l.], v. 63, n. 1, p. 62–68, jul. 2018. Disponível em: <https://linkinghub.elsevier.com/retrieve/pii/S1054139X17309084>. Acesso em: 27 de abril de 2022.

CIASCA, S. V.; HERCOWITZ, A.; LOPES J., A. (Org.). **Saúde LGBTQIA+**: práticas de cuidado transdisciplinar. 1a. edição. São Paulo: Manole, 2021.

COELHO, B.; SALEMA E. *et al.* **Atenção a homens e mulheres em situação de violência por parceiro íntimo** [recurso eletrônico]. [Florianópolis: UFSC], 2018. 61 p. (Versão adaptada para o curso de Violência e Saúde). Disponível em: https://ares.unasus.gov.br/acervo/html/ARES/13951/1/MOOC-atencao_Violencia-.pdf. Acesso em: 28 de abril de 2022.

CRUZ, F. M. da; SANTOS, B. L. dos; REIS, A. F. dos. Direitos reprodutivos, gênero e direitos humanos: afinal a quem interessa essa discussão, à democracia, à biomedicina, ou à mulher? **Anais do encontro internacional de direitos humanos**, [S. l.], v. 1, n. 1, 2011. Disponível em: <https://anaisonline.uems.br/index.php/encontrointernacional/article/view/2557>. Acesso em: 27 de abril de 2022.

ELLIS, S. A.; WOJNAR, D. M.; PETTINATO, M. Conception, Pregnancy, and Birth Experiences of Male and Gender Variant Gestational Parents: It's How We Could Have a Family. **Journal of Midwifery & Women's Health**, [S. l.], v. 60, n. 1, p.62–69, 2015. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/jmwh.12213>. Acesso em: 27 de abril de 2022.

FEITOSA F. E., CARVALHO F. H., FEITOSA I. S., Paiva J.P. **Descolamento prematuro de placenta**. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO); 2018. (Protocolo FEBRASGO — Obstetrícia, no 27/ Comissão Nacional Especializada em Urgências Obstétricas), 2018.

HOFFKLING, A.; OBEDIN-MALIVER, J.; SEVELIUS, J. From erasure to opportunity: a qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. **BMC Pregnancy and Childbirth**, [S. l.], v. 17, n. S2, p. 332, nov. 2017. Disponível em: <https://bmcpregnancychildbirth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12884-017-1491-5>. Acesso em: 27 de abril de 2022.

HWANG D.S.; BORDONI B. **Polyhydramnios**. [Atualizado em 2 de setembro de 2021]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562140/>. Acesso em: 27 de abril de 2022.

INSTITUTO NACIONAL DE CÂNCER JOSÉ ALENCAR GOMES DA SILVA. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. **Diretrizes brasileiras para o rastreamento do câncer do colo do útero** / Instituto Nacional de Câncer José Alencar Gomes da Silva. Coordenação de Prevenção e Vigilância. Divisão de Detecção Precoce e Apoio à Organização de Rede. — 2. ed. rev. atual. — Rio de Janeiro: INCA, 2016.

INSTITUTE OF MEDICINE. **Weight Gain During Pregnancy**: Reexamining the Guidelines. Washington (DC): National Academy Press, 2009.

JORGE H.M.F.; SILVA R.M.; MAKUCH M.Y. Humanized care in high-risk prenatal care: nurses' perceptions. **Rev Rene**. 2020. 21: e44521.

KEILMAN C.; SHANKS AL. **Oligohydramnios**. [Atualizado em 14 de setembro de 2021]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2021 Jan. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK562326/>. Acesso em: 27 de abril de 2022.

MANCINI, I. *et al.* Contraception across transgender. **International Journal of Impotence Research**, [S. l.], v. 33, n. 7, p. 710–719, nov. 2021. Disponível em: <https://www.nature.com/articles/s41443-021-00412-z>. Acesso em: 27 de abril de 2022.

MEDINA, A.B. C.; PENNA L.H.G. Violência na gestação: Um estudo da produção científica de 200 a 2005. *Esc Anna Nery Rev Enferm*.2008;12(4):793-8. MENEZES, Telma Cursino. *et al.* **Violência física doméstica e gestação**: resultados de um inquérito no puerpério. *Rev. Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, vol.25. n.5, 2003.

MENDES, C.I. *et al.* **Anomalias congênitas e suas principais causas evitáveis**: uma revisão. *Revista medica de Minas Gerais* 2018; 28: e-1977. Disponível em: <http://www.rmmg.org/artigo/detalhes/2329>. Acesso em: 28 de abril de 2022.

MONTENEGRO, C. A. B.; FILHO, Jorge de R. **Obstetrícia fundamental**, Rezende. 14.ed. ed. Rio de Janeiro : Guanabara Koogan, 2019. 1.002 p.

MOREIRA, TNF. *et al.* **A construção do cuidado**: o atendimento às situações de violência doméstica por equipes de saúde da família. *Saúde Soc. São Paulo*.2014;23(3):814-27.

MOURA, L. B. A.; GANDOLFI, L.; VASCONCELOS, A. M. N.; PRATESI, R. Violências contra mulheres por parceiro íntimo em área urbana economicamente vulnerável, Brasília, DF. *Rev. Saúde Pública*. 2009, 43 (6). Organização Mundial da saúde. **Relatório Mundial sobre Violência e Saúde**. Genebra, 2002.

OBEDIN-MALIVER, J.; MAKADON, H. J. Transgender men and pregnancy. **Obstetric Medicine**, [S. l.], v. 9, n. 1, p. 4–8, mar. 2016. Disponível em: <http://journals.sagepub.com/doi/10.1177/1753495X15612658>. Acesso em: 27 de abril de 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS) / Organização Mundial de Saúde (OMS). **Prevenção da violência sexual e da violência pelo parceiro íntimo contra a mulher:** ação e produção de evidências. Genebra: OPAS/OMS. 2012. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/3661>. Acesso em: 27 de abril de 2022.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS) / Organização Mundial de Saúde (OMS). **Violência contra as mulheres.** OPAS/OMS; 2000. Disponível em: <https://www.paho.org/pt/topics/violence-against-women>. Acesso em: 27 de abril de 2022.

PATEL, S.; SWEENEY, L. B. Maternal Health in the Transgender Population. **Journal of Women's Health**, [S. l.], v. 30, n. 2, p. 253–259, 1 fev. 2021. Disponível em: <https://www.liebertpub.com/doi/10.1089/jwh.2020.8880>. Acesso em: 27 de abril de 2022.

PEIXOTO, S. **Manual de assistência pré-natal.** 2a ed. -- São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2014.

PESSOA, Mário Guimarães; MORAES, Adriana. **Hepatites virais na gravidez.** São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (Febrasgo); 2018. (Protocolo Febrasgo — Obstetrícia, n. 62/ Comissão Nacional Especializada em Doenças Infecto-Contagiosas). Disponível em: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2019/12/1046487/femina-2019-471-37-41.pdf>. Acesso em: 27 de abril de 2022.

PINHO, A. R. *et al.* (Des)Construção da parentalidade trans: Homens que engravidam. ex aequo — **Revista da Associação Portuguesa de Estudos sobre as Mulheres**, [S. l.], n. 41, 15 jun. 2020. Disponível em: <https://exaequo.apem-estudos.org/artigo/homens-que-engravidam>. Acesso em: 27 de abril de 2022.

POTTER, J. *et al.* Cervical Cancer Screening for Patients on the Female-to-Male Spectrum: a Narrative Review and Guide for Clinicians. **Journal of General Internal Medicine**, [S. l.], v. 30, n. 12, p. 1857–1864, dez. 2015. Disponível em: <http://link.springer.com/10.1007/s11606-015-3462-8>. Acesso em: 27 de abril de 2022.

RAMALHO, N M G. FERREIRA JDL, LIMA CLJ *et al.* **Violência doméstica contra a mulher gestante.** Recife: Rev Enferm UFPE.2017;11(12):4999-5008. Disponível em: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/download/22279/25328>. Acesso em: 28 de abril de 2022.

RIO DE JANEIRO (ESTADO). Secretaria de Estado de Saúde. **Protocolo Estadual de Atenção ao Pré-natal de Risco Habitual**. Secretaria de Estado de Saúde. (Documentos Norteadores para Atenção Primária) SES, 2020. Disponível em: <https://saude.rj.gov.br/comum/code/MostrarArquivo.php?C=MzU0MjY%2C>. Acesso em: 27 de abril de 2022.

RIO DE JANEIRO (MUNICÍPIO). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. **Carteira de Serviços da Atenção Primária**: abrangência do cuidado / Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde ; [organização] Superintendência de Atenção Primária. -- 3. ed. rev. atual. e aum. -- Rio de Janeiro, RJ : Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2021. --(Atributos)

RIO DE JANEIRO (MUNICÍPIO). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde. **Atenção ao pré-natal**: rotinas para gestantes de baixo risco. 1. ed. Rio de Janeiro: SMS/RJ; PCRJ, 2019. (Coleção Guia de Referência Rápida; Série F. Comunicação e Educação em Saúde).

SALZER, E. A. J. Fecundity in transgender men. **JAAPA: official journal of the American Academy of Physician Assistants**, [S. l.], v. 34, n. 10, p. 51–53, 1 out. 2021.

SAUNDERS C. Cuidados nutricionais. In: Martins L. **Entrevista Diabetes Gestacional**. FEMINA, 47(11): 798-806. 2019.

SAUNDERS, C. Padilha, P. C. **Diabetes mellitus na gestação**. In: ACCIOLY, E.; SAUNDERS C.; LACERDA, E.M.A. Nutrição em Obstetrícia e Pediatria. 2a. Ed, 2a. reimpressão. Rio de Janeiro: Cultura Médica/Guanabara Koogan. 2012. p. 195-212.

SCOTT, J. Gênero: uma categoria útil de análise histórica. **Educação & Realidade**, v. 20, n. 2, 1995.

SCOTT, J. W.; SAUNDERS C.; BESSA TCCA; PADILHA PC. Assistência Nutricional Pré-natal. In: Acciol E, Saunders C, Lacerda E. **Nutrição em obstetrícia e pediatria**. 2a Edição — Reimpressão. Revisada e Atualizada: Rio de Janeiro: Guanabara Koogan e Cultura Médica. p. 103-125. 2010.

SCOTT, J. W.; URSO, G. S. Gênero. **Albuquerque: revista de história**, v. 13, n. 26, p. 177-186, 2021.

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. São Paulo: Ministério da Saúde, 2019, 56 p. Disponível em: <https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202001/03091259-nt-gestante-planificasus.pdf>. Acesso em: 28 de abril de 2022.

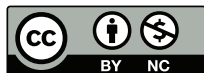
SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES. Departamento de Nutrição e Metabologia da SBD. **Manual de nutrição pessoa com diabetes.** São Paulo: SBD, 2009. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019-2021. Clannad Editora Científica, 2019. Disponível em: <https://diabetes.org.br/wp-content/uploads/2021/05/manual-de-nutri-para-pessoas-com-diabetes.pdf>. Acesso em: 16 de novembro de 2022.

SOUZA, L. M. **A dor do parto:** uma leitura fenomenológica dos seus sentidos. Dissertação de Mestrado da Universidade Católica de Brasília. 2007. Disponível em: https://bdt.d.ucb.br:8443/jspui/bitstream/123456789/1877/1/trabalho_parte1.pdf. Acesso em: 28 de abril de 2022.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO. Maternidade Escola. Rotinas Assistenciais. **Parto pré-termo.** Rio de Janeiro, 2014. Disponível em: http://www.me.ufrj.br/images/pdfs/protocolos/obstetricia/parto_pretermo_1.pdf. Acesso em: 27 de abril de 2022.

UN FREE & EQUAL | LEARN MORE. [s. d.]. **UN Free & Equal.** Disponível em: <https://www.unfe.org/learn-more/>. Acesso em: 27 de abril de 2022.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV)
Rua Afonso Cavalcanti, 455, 8.º andar, Cidade Nova — Rio de Janeiro/RJ — CEP: 202011-110
www.prefeitura.rio/web/sms



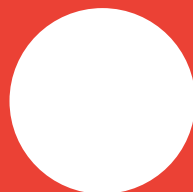
Esta obra é disponibilizada nos termos da Licença Creative Commons — Atribuição Não Comercial 4.0 Internacional. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que para uso não comercial e com a citação da fonte. A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens dessa obra é da área técnica.

ISBN: 978-65-86417-21-0

CDL



9 786586 417210



Saúde
Pública
Carioca

