



PROTOCOLOS DE
ENFERMAGEM
**NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL

2ª edição

COREN-RS
2025

PROTOCOLOS DE
ENFERMAGEM
**NA ATENÇÃO
PRIMÁRIA À SAÚDE**

PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL

2ª edição

RIO GRANDE DO SUL
2025



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

Protocolos de enfermagem na Atenção Primária à
Saúde [livro eletrônico] : pré-natal de risco
habitual. -- 2. ed. -- Porto Alegre, RS :
Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande
do Sul, 2025.

PDF

Vários autores.

Bibliografia.

ISBN 978-65-88784-06-8

1. Atenção Primária à Saúde (APS) 2. Cuidados
pré-natais 3. Enfermagem obstétrica 4. Enfermagem -
Práticas 5. Saúde pública 6. Serviços de atenção
primária 7. Sistema Único de Saúde (Brasil).

25-282439

CDD-610.733

Índices para catálogo sistemático:

1. Protocolos de enfermagem : Atenção primária à
saúde : Ciências médicas 610.733

Aline Grazielle Benitez - Bibliotecária - CRB-1/3129

A reprodução deste documento é permitida, seja parcial ou total, sob a condição de que a fonte seja devidamente citada e que não se destine à venda ou qualquer propósito de natureza comercial. A responsabilidade inerente aos direitos autorais de textos e imagens contidos neste documento é atribuída ao Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul.



GESTÃO 2024-2026

DIRETORIA Presidente

Enfermeiro Antônio Ricardo Tolla da Silva

Conselheira Secretária

Enfermeira Sônia Regina Coradini

Conselheira Tesoureira

Auxiliar de Enfermagem Ana Elisa Ferreira de Freitas

CONSELHEIROS(AS) EFETIVOS(AS) Ana Amélia Antunes Lima, Coren-RS nº. 110.100 – ENF
Ana Elisa Ferreira de Freitas, Coren-RS nº. 122.134 – AE
Antônio Ricardo Tolla da Silva - Coren-RS nº. 056.232 – ENF
Elenilson Lopes Felix, Coren-RS nº. 186.919 – TE
Fernanda Luiza Borkhardt - Coren-RS nº. 449.637 – ENF
Leiliane Macario, Coren-RS nº. 092.164 – TE
Luciane da Silva, Coren-RS nº. 105.758 – ENF
Sônia Regina Coradini - Coren-RS nº. 022.623 – ENF
Vera Beatriz Rodrigues Soares, Coren-RS nº. 085.042 – TE

CONSELHEIROS(AS) SUPLENTEs Célia Mariana Barbosa de Souza, Coren-RS nº. 027.255 – ENF
Claudia Feldmann Gonçalves, Coren-RS nº. 058.246 – ENF Edgar
Vagner da Silva Moraes, Coren-RS nº. 179.210 – TE
Joice Maria Caetano Ferreira, Coren-RS nº. 1.004.536 – TE
Luis Fernando Noronha dos Reis, Coren-RS nº. 203.952 – ENF
Maria do Carmo Quagliato, Coren-RS nº. 318.250 – TE
Paulo Ricardo Santos, Coren-RS nº. 098.588 – TE
Rosane Mortari Ciconet, Coren-RS nº. 028.465 – ENF
Rosângela Marques Machado, Coren-RS nº. 083.398 – ENF



**PORTARIA COREN-RS N.º 306/2024 COMISSÃO DE PROTOCOLOS DE ENFERMAGEM NA
ATENÇÃO BÁSICA/PRIMÁRIA DO COREN-RS**

AUTORES Thais Mirapalheta Longaray, Coren-RS nº. 152.625 – ENF
Bruna de Vargas Simões, Coren-RS nº. 653.735 – ENF
Janilce Dorneles de Quadros, Coren-RS nº. 350.203 – ENF
Luciane Rosa Porto, Coren-RS nº. 443.667-ENF
Natália da Silva Gomes, Coren-RS nº. 653.549-ENF
Scheila Mai, Coren-RS nº. 409.503 – ENF
Tainá Nicola, Coren-RS nº. 218.641 – ENF
Valdecir Zavarese da Costa Coren-RS, nº. 126.449 – ENF
Valkiria de Lima Braga Coren-RS, nº. 76.169 – ENF
Vanessa Romeu Ribeiro Coren-RS, nº. 122.366 – ENF

COORDENAÇÃO Thais Mirapalheta Longaray
Departamento de Fiscalização

ORGANIZAÇÃO Coren-RS
Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul

FORMATÇÃO E REVISÃO Neffelyn Mariane Delfino

DIAGRAMAÇÃO Vanessa Lagemann Drehmer
Setor de Comunicação e Eventos



LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1 - Passos do pré-natal do parceiro

118



LISTA DE FLUXOGRAMAS

FLUXOGRAMA 1 - Atraso menstrual e diagnóstico de gravidez na APS

28



LISTA DE QUADROS

QUADRO 1 - Nível de evidência segundo o Sistema	11
QUADRO 2 - Evidência científica das condutas de enfermagem de acordo com os descritores	12
QUADRO 3 - Registro do processo de Enfermagem – SOAP	20
QUADRO 4 - Roteiro para consulta de Enfermagem na Avaliação pré-concepcional	22
QUADRO 5 - Exames laboratoriais pré-concepcionais	24
QUADRO 6 - Síntese de avaliação de enfermagem nas consultas	30
QUADRO 7 - Exame físico geral e específico	35
QUADRO 8 - Solicitação de exames de rotina, interpretação e condutas	40
QUADRO 9 - Cálculo da idade gestacional	54
QUADRO 10 - Cálculo da data provável do parto	54
QUADRO 11 - Estratificação de risco da gestante	56
QUADRO 12 - Manejo das queixas mais frequentes na gestação	81
QUADRO 13 - Atenção às intercorrências clínicas e obstétricas do pré-natal	94
QUADRO 14 - Principais sinais de alerta na gestação	107
QUADRO 15 - Fontes e recomendações de vitaminas e minerais, durante o período gestacional	111
QUADRO 16 - Imunização de rotina no pré-natal	114
QUADRO 17 - Direitos previstos às gestantes	122
QUADRO 18 - Orientações à gestante e família sobre cuidados antes e durante o parto	127
QUADRO 19 - Sugestão de modelo para plano de parto	129
QUADRO 20 - Síntese de atenção ao puerpério	133
QUADRO 21 - Complicações mais comuns no puerpério	144
QUADRO 22 - Cuidados de enfermagem no luto perinatal	151



LISTA DE SIGLAS

AAE - Atenção Ambulatorial Especializada
AIDS - Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ACOG - *American College of Obstetricians and Gynecologists*
APS - Atenção Primária à Saúde
BCF - Batimentos Cardíacos Fetais
CAPS - AD - Centro de Atenção Psicossocial Álcool/Drogas
CDC - *Centers for Disease Control and Prevention*
CP - Citopatológico Cervicovaginal
CIPE - Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem
CONASS - Conselho Nacional de Secretários de Saúde
COREN - Conselho Regional de Enfermagem
COFEN - Conselho Federal de Enfermagem
CRAS - Centro de Referência de Assistência Social
CREAS - Centro de Referência Especializado em Assistência Social
CTI - Centro de Tratamento Intensivo
DE - Diagnóstico de Enfermagem
DNA - Ácido Desoxirribonucleico
DIU - Dispositivo Intrauterino
DM - Diabetes Mellitus
DMG - Diabetes Mellitus Gestacional
DUM - Data da Última Menstruação
DT - Vacina Difteria e Tétano
DPP - Data provável do Parto
DPP - Descolamento Prematuro de Placenta
DTG - Doença Trofoblástica Gestacional
DTPA - Vacina Difteria, Tétano e *Pertussis* acelular
EPF - Exame Parasitológico de Fezes
GJ - Glicemia de Jejum
GRADE - *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation*
GBS - *Streptococcus* do Grupo B
HA - Hipertensão Arterial
Hb - Hemoglobina
HbA1c - Hemoglobina glicada
HDL - *High Density Lipoproteins* (Lipoproteínas de alta densidade)
HELLP - *Hemolytic anemia* (hemólise - H), *Elevated liver enzymes* (níveis elevados de enzimas hepáticas - EL) e *Low platelet count* (contagem baixa de plaquetas - LP)



HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV - Papilomavírus Humano
HTLV - Vírus T-linfotrófico Humano
INCA - Instituto Nacional de Câncer
IG - Idade Gestacional
ILA - Índice do Líquido Amniótico
IM - Intramuscular
IMC - Índice de Massa Corporal
IML - Instituto Médico Legal
INSS - Instituto Nacional do Seguro Social
IST - Infecção Sexualmente Transmissível
ITU - Infecção do Trato Urinário
LA - Líquido Amniótico
MEV - Mudança de Estilo de Vida
MMII - Membros Inferiores
MF - Movimentos Fetais
MHP - Mola Hidatiforme Parcial
MHC - Mola Hidatiforme Completa
MS - Ministério da Saúde
NAAB - Núcleo de Apoio à Atenção Básica
NANDA - *North American Nursing Diagnosis Association*
NASF - Núcleo de Apoio à Saúde da Família
NTG - Neoplasia Trofoblástica Gestacional
OMS - Organização Mundial de Saúde
ONG - Organização Não Governamental
PA - Pressão Arterial
PAAF - Punção Aspirativa por Agulha Fina
PAS - Pressão Arterial Sistólica
PAD - Pressão Arterial Diastólica
PCDT - Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas
PE - Processo de Enfermagem
PN - Pré-Natal
PNAB - Política Nacional de Atenção Básica
PNAISH - Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem
PNAR - Pré-Natal de Alto Risco
PNI - Programa Nacional de Imunização
RAS - Rede de Atenção à Saúde
RPM - Ruptura Prematura das Membranas
RN - Recém-Nascido



SISAB - Sistema Informatizado em Saúde para a Atenção Básica
SOAP - Subjetivo, Objetivo, Avaliação e Plano
SAMU - Serviço de Atendimento Móvel de Urgência
SINAN - Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SIPNI - Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização
SPO2 - Saturação Periférica de Oxigênio
SUS - Sistema Único de Saúde
T4 - Tetraiodotironina
TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TEV - Tromboembolismo Venoso
TRH - Terapia de Reposição Hormonal
TR - Teste Rápido
TRG - Teste Rápido de Gravidez
TSH - Hormônio Estimulador da Tireoide
TOTG - Teste Oral de Tolerância à Glicose
TP - Trabalho de Parto
TVP - Trombose Venosa Profunda
UBS - Unidade Básica de Saúde
UBSF - Unidade Básica de Saúde da Família
UFC - Unidades Formadoras de Colônia
USG - Ultrassonografia
VD - Visita Domiciliar
VO - Via Oral



SUMÁRIO

RECOMENDAÇÃO POR NÍVEL DE EVIDÊNCIA.....	11
APRESENTAÇÃO.....	15
1. INTRODUÇÃO.....	16
2. PROCESSO DE ENFERMAGEM.....	18
3. ABORDAGEM PRÉ-CONCEPCIONAL.....	22
4. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL.....	26
4.1 Captação e confirmação da Gestação.....	27
4.2 Roteiro das consultas.....	28
4.3 Avaliação de enfermagem nas consultas.....	29
4.4 Exame físico geral e específico.....	34
4.5 Exames de rotina, interpretação e condutas.....	40
4.6 Idade gestacional e data provável do parto.....	54
5. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL.....	55
6. ATENÇÃO ÀS QUEIXAS FREQUENTES E INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS/OBSTÉTRICAS DURANTE O PRÉ-NATAL.....	80
7. SINAIS DE ALERTA NA GESTAÇÃO.....	107
8. NUTRIÇÃO NA GESTAÇÃO.....	109
9. MONITORAMENTO DA SITUAÇÃO VACINAL.....	114
10. PRÉ-NATAL DO PARCEIRO.....	116
11. PRÉ-NATAL DOS HOMENS TRANS.....	120
12. ASPECTOS LEGAIS E DIREITOS NA GESTAÇÃO.....	122
13. PRÁTICAS EDUCATIVAS EM GRUPO.....	125
14. PLANO DE PARTO.....	127
15. PUERPÉRIO.....	132
15.1 Sexualidade no puerpério.....	141
15.2 Contracepção.....	141
15.3 Complicações mais comuns.....	143
15.4 Aspectos psicológicos no puerpério.....	147
16. LUTO PERINATAL.....	150
17. REFERÊNCIAS.....	152
18. ANEXOS.....	162



RECOMENDAÇÃO POR NÍVEL DE EVIDÊNCIA

Evidência é definida como conhecimento obtido por meio de observação ou experimentação que segue métodos rigorosos para apoiar a tomada de decisão. As evidências científicas têm o papel central para uma política de saúde eficaz e uma boa prática de cuidado (OMS, 2020). Nessa perspectiva, os protocolos de enfermagem alicerçam-se nas evidências científicas e nas especificidades locais para estabelecimento das melhores práticas no contexto da Enfermagem.

Para a estratégia de busca por evidências, foram utilizados os descritores específicos dos agravos nas bases de dados eletrônicas: PubMed, BMJ *Best Practice*, *Cochrane Library*, *UptoDate*, MEDLINE, *Scielo*, *Google Scholar*, *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), *Dynamed* e *TelessaúdeRS*. Posteriormente, elaborou-se uma síntese com a descrição das fontes de dados, descritores, algoritmos empregados e nível de evidência de acordo com o sistema de classificação GRADE – *Grading of Recommendations Assessment, Development and Evaluation* (Brasil, 2015).

QUADRO 1 - Nível de Evidência segundo o Sistema GRADE

Nível de evidência	Legenda*	Fonte de informação
Alto 	A	Qualidade de evidência e confiança altas. Resultados provenientes de ensaios clínicos bem delineados, com amostra representativa; Em alguns casos, estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes, como estudos de coorte prospectiva.
Moderado 	B	Qualidade de evidência e confiança moderadas. Resultados provenientes de ensaios clínicos com limitações leves como imprecisão nas estimativas ou vieses no delineamento do estudo; Estudos observacionais bem delineados, com achados consistentes.
Baixo 	C	Qualidade de evidência e confiança baixas. Resultados provenientes de ensaios clínicos com limitações moderadas; Estudos observacionais comparativos: coorte e caso-controle, considerados altamente suscetíveis a vieses.
	D	Qualidade de evidência e confiança muito baixas. Resultados provenientes de ensaios clínicos com limitações graves; Estudos observacionais comparativos com presença de limitações; Estudos observacionais não comparados (séries e relatos de casos); Opinião de especialistas.

*Os quatro domínios do sistema GRADE foram legendados de A a D para fins de facilitar a compreensão do leitor na interpretação da qualidade das evidências.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2015.



QUADRO 2 - Evidências científicas das condutas de enfermagem de acordo com os descritores

Bases Eletrônicas	Descritores	Algoritmo Empregado	Nível de Evidência*
<i>UptoDate</i>	Cuidados pré-concepcionais Suplementação de Ácido Fólico na gravidez	Suplementação de ácido fólico na dose de 0,4 mg, via oral, 1 comprimido/dia ou 0,2 mg/ml, via oral, 40 gotas/dia, para a prevenção de defeitos congênitos do tubo neural, pelo menos 30 dias antes da concepção e até pelo menos o final do primeiro trimestre	A
Ministério da Saúde	Suplementação de Sulfato ferroso na gravidez e tratamento de anemia	Profilático: prescrever suplementação profilática com ferro elementar 40 mg (200 mg/dia de sulfato ferroso) 1 comprimido diário, a partir do conhecimento da gravidez até o terceiro mês pós-parto; Tratamento anemia leve a moderada: prescrever 200 mg/dia de sulfato ferroso = 40 mg de ferro elementar, uma hora antes das refeições (dois comprimidos antes do café, dois comprimidos antes do almoço e um comprimido antes do jantar), de preferência com suco de frutas cítricas.	B
CONASS <i>UptoDate</i>	Ultrassonografia na gravidez	Situação ideal: realizar primeiro exame entre 11 e 14 semanas, para datação da IG, avaliar atividade cardíaca, número de fetos e para exame de translucência nuchal; O segundo exame (US obstétrica) entre 18 e 20 semanas, que permite o estudo morfológico, avaliação da placenta, cordão umbilical e avaliação do crescimento fetal; Caso haja disponibilidade de apenas um exame, o tempo ideal é de 18 a 20 semanas de gestação, isso representa um momento em que o desenvolvimento fetal e a tecnologia de ultrassom atual permitem a detecção ideal de anomalias fetais, além de auxiliar na datação, sem grande erro.	A
<i>UptoDate</i>	Dessensibilização na alergia à penicilina	Recomendamos a dessensibilização para pacientes grávidas alérgicas à penicilina, seguida de terapia com penicilina G benzatina.	B
<i>UptoDate</i>	Rastreio para <i>Streptococcus</i> grupo B	Rastreio universal ao invés do baseado somente em risco. Recomenda-se a obtenção de culturas de GBS (<i>Streptococcus</i> do grupo B) com 36 + 0 a 37 + 6 semanas de gestação	B



<i>BMJ Best Practice UptoDate</i>	Náuseas	Piridoxina (vitamina B6) - 10 a 25 mg por via oral a cada 6 a 8 horas OU Dimenidrinato 50 mg por via oral a cada 4-6 horas quando necessário, máximo de 400 mg/dia OU Metoclopramida 10 mg, de 8/8 horas (idealmente 30 minutos antes da refeição e na hora de dormir, por no máximo 5 dias).	C C C
<i>UptoDate</i>	Pirose	A mudança de estilo de vida e a modificação da dieta são as principais orientações.	C
<i>UptoDate</i>	Cefaleia	Paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas como terapia medicamentosa de primeira linha.	B
<i>UptoDate</i>	Hemorroidas	Tratamento conservador inicial com manejo dietético composto por ingestão adequada de fluidos e fibras.	B
<i>UptoDate</i>	Flatulência	Em pacientes que se queixam predominantemente de flatulência ou inchaço, sugerimos mudanças na dieta.	C
<i>UptoDate</i>	Câimbras na gestação	Exercícios diários de alongamento ou outras intervenções não farmacológicas.	C
<i>UptoDate</i>	Pré-eclâmpsia	Para pacientes com alto risco de desenvolver pré-eclâmpsia, sugerimos profilaxia com aspirina em baixas doses. Pelo menos uma modesta redução ($\geq 10\%$) na incidência de pré-eclâmpsia e suas sequelas (restrição de crescimento, parto prematuro) é possível. Usamos aspirina 100 mg diariamente para a prevenção da pré-eclâmpsia em pacientes de alto risco.	B
<i>UptoDate</i>	Episiotomia	Para mulheres submetidas a parto vaginal, não se recomenda episiotomia de rotina.	B
<i>UptoDate</i>	Pré-eclâmpsia	Para pacientes com baixo risco de desenvolver pré-eclâmpsia (por exemplo, pacientes nulíparas saudáveis), recomendamos evitar a profilaxia com aspirina em baixas doses. Os resultados da gravidez, como peso ao nascer, restrição do crescimento fetal e duração da gestação, são semelhantes aos de pacientes não tratadas.	B



<i>UptoDate</i>	Pós-termo	Para gestações que atingem 41+0 semanas de gestação, sugerimos indução em vez de manejo expectante. A indução está associada a menor mortalidade perinatal do que o manejo expectante e não aumenta o risco de parto cesáreo.	B
<i>UptoDate</i>	Uso de galactagogs	O uso de galactagogs para aumentar a produção de leite não é recomendado. Os dados disponíveis sugerem que os galactagogs não são mais benéficos do que intervenções focadas em melhorar a técnica de amamentação.	C

*(A) Qualidade de evidência Alta. Há forte confiança de que o verdadeiro efeito esteja próximo daquele estimado.

(B) Qualidade de evidência Moderada. Há confiança moderada no efeito estimado.

(C) Qualidade de evidência Baixa. A confiança no efeito é limitada.

(D) Qualidade de evidência Muito Baixa. A confiança na estimativa de efeito é muito limitada e há um importante grau de incerteza nos achados.



APRESENTAÇÃO

A Atenção Primária à Saúde (APS) é componente estratégico do Sistema Único de Saúde (SUS), pois constitui a principal porta de entrada do sistema de saúde e centro articulador do acesso dos usuários ao SUS e às Redes de Atenção à Saúde (RAS). O processo de melhoria da qualidade da assistência à saúde da população e a ampliação do acesso aos serviços de saúde perpassam pela valorização e atuação dos enfermeiros neste nível de atenção.

Historicamente, a Enfermagem vem contribuindo na efetivação dos princípios do SUS e na consolidação da APS, tendo papel de destaque na melhoria dos níveis de saúde das pessoas e comunidades. O perfil de gestão, cuidado e integralidade da enfermagem caracteriza uma profissão estratégica no enfrentamento de diversas condições e agravos no âmbito da saúde pública. Para a execução de uma prática clínica desse profissional de forma autônoma e em seus preceitos éticos e legais, exige o rompimento de paradigmas, abordagens inovadoras e instrumentos que embasam o seu fazer, como os protocolos assistenciais de Enfermagem.

A utilização de protocolos de Enfermagem está de acordo com o contexto internacional para o aumento da resolutividade da atuação do enfermeiro, pautada nas práticas avançadas em Enfermagem. Nesta perspectiva, o Conselho Regional de Enfermagem do Rio Grande do Sul (COREN-RS) instituiu em 2019, por meio da Decisão COREN-RS n.º 85/2019, o regramento da **Comissão Permanente de Protocolos de Enfermagem na Atenção Básica/Primária**, composta por profissionais enfermeiros com experiência e conhecimento técnico e científico, cuja finalidade é a construção e implementação de protocolos de enfermagem para o estado do Rio Grande do Sul.

O **Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde – Pré-Natal de Risco Habitual** integra o grupo de publicações do COREN-RS para orientação das consultas de Enfermagem, para atendimento das principais necessidades e condições de saúde na RAS. Para efeitos legais, este documento está em acordo com a Lei Federal n.º 7.498/1986 e Decreto n.º 94.406/1987, os quais regulamentam o exercício profissional da enfermagem, e com a Resolução COFEN n.º 195/1997, que dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares pelo Enfermeiro.

Este protocolo visa abordar condutas e orientações técnicas para a prática de enfermagem na atenção ao pré-natal de risco habitual. Ressalta-se a necessidade de considerar, para além de suas diretrizes, as especificidades locais, bem como as singularidades de cada usuário para a tomada de decisão. O conteúdo poderá ser assumido na íntegra ou adaptado às diferentes realidades municipais, configurando-se como protocolo institucional.

Que nada nos limite. Que nada nos defina. Que nada nos sujeite.

Simone de Beauvoir



1. INTRODUÇÃO

CARACTERIZAÇÃO E SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA DO RIO GRANDE DO SUL

A Atenção Primária à Saúde (APS), como ponto de atenção estratégico, deve acolher as gestantes e sua parceria, proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado. O acesso ao pré-natal é o principal indicador de melhor prognóstico ao nascimento e a qualidade dos cuidados maternos reduz os riscos de complicações (Brasil, 2012).

Em 2021, o Rio Grande do Sul possuía uma população estimada de 11.465.700 habitantes, sendo 51% mulheres e 49% homens. A população masculina era maior entre crianças e adolescentes (51,18%), com inversão para a maioria feminina entre os idosos (56,31%). Observou-se também um aumento expressivo da população com 60 anos ou mais no RS, que representava 19,84% dos gaúchos. A diminuição substantiva da mortalidade nas faixas etárias acima de 60 anos trouxe uma mudança na demografia do estado nos últimos anos (SES-RS, 2022).

Esse fato deve-se especialmente à redução da taxa de fecundidade e ao aumento da expectativa de vida ao nascer. Em 2020, a taxa de fecundidade gaúcha projetada era de 1,68 filho/mulher, inferior à taxa nacional de 1,76 e ambas inferiores à chamada taxa de reposição¹ (2,1 filho/mulher). A expectativa de vida ao nascer no RS em 2020 era de 78,79 anos (82,04 para mulheres e 75,74 para homens), enquanto no país era de 76,74 anos de idade (80,25 para mulheres e 73,26 para homens) (IBGE, 2020).

Com relação ao número de nascidos vivos no estado, verifica-se uma tendência de diminuição dos nascimentos ao longo dos anos, passando de 141.568 nascidos vivos em 2017 para 124.356 em 2021, destacando as regiões metropolitana, sul e serra como as que concentram a maioria dos nascimentos no RS (58%). Do total de nascidos vivos no estado em 2021, 9,6% (11.947) foram decorrentes de gravidez na adolescência na faixa etária de 10 a 19 anos, com as maiores taxas nas regiões centro-oeste e sul (RIO GRANDE DO SUL, 2021).

A proporção de parto normal no estado ficou em 35,98% no ano de 2022, enquanto o percentual de realização de cesárea foi de 64,02% (SES-RS, 2023). No âmbito populacional, segundo informações da Organização Mundial da Saúde, taxas de cesárea superiores a 10% estão associadas com aumento de mortalidade materna e neonatal (MS, 2016; OMS, 2021).

Nos anos de 2021 e 2022² houve um número expressivo de óbitos maternos decorrentes de aborto. Em 2021, o aborto representou 3,5% das mortes e, em 2022, esse percentual aumentou para 6,8%. No RS o perfil prevalente da mortalidade materna após abortamento foi de mulheres pretas e pardas, com faixa etária entre 20 a 34 anos (SES-RS, 2023).

¹ A taxa de reposição populacional corresponde à reposição da população e está intimamente relacionada com a taxa de fecundidade, cuja fração é necessária para compensar os indivíduos que morrem antes de atingir a idade reprodutiva. Taxas inferiores a 2,1 indicam fecundidade insuficiente para assegurar a reposição populacional (DATASUS <http://tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2000/fqa05.htm>).

² Dados preliminares.



Sabe-se que uma assistência pré-natal adequada, com a detecção e a intervenção precoce das situações de risco, um sistema ágil de referência hospitalar, bem como a qualificação da assistência ao parto, são os grandes determinantes dos indicadores de saúde relacionados à mãe e ao bebê, que têm o potencial de diminuir as principais causas de mortalidade materna e neonatal (Brasil, 2012).

Em relação à mortalidade materna, no ano de 2021, o RS apresentou razão de 91,6 óbitos maternos por 100.000 nascimentos³, sendo observado um aumento desse indicador em relação aos anos anteriores, diretamente associado aos casos de Covid-19 no estado. Segundo dados reunidos pelo Observatório Obstétrico Brasileiro, a Razão de Mortalidade Materna (RMM) no Brasil aumentou 94% durante a pandemia da Covid-19, retrocedendo a níveis de duas décadas atrás, apresentando 117,4 óbitos maternos por 100 mil nascimentos no ano de 2021 (SES-RS, 2023). Quanto ao perfil sociodemográfico, com base no número absoluto de mortes, observou-se o predomínio de óbitos maternos de mulheres na faixa etária entre 20 e 34 anos (57,89%), de raça/cor branca (79,82%), escolaridade entre 8 e 11 anos (42,98%) e com três ou mais gestações (41,23%) (SES-RS, 2023).

Iniciativas de qualificação e humanização da atenção integral à saúde da mulher, assim como a regulamentação das ações de vigilância dos óbitos maternos podem estar relacionados aos avanços obtidos na redução das mortes por causas obstétricas diretas. Entretanto, as taxas de mortalidade materna e infantil ainda são elevadas e representam um desafio para o sistema de saúde (Brasil, 2012).

Assim, é fundamental a qualificação dos profissionais da APS para a atenção ao pré-natal, especialmente no que tange ao cuidado integral, o acesso a exames preconizados em tempo oportuno e à integração da RAS. Desse modo, este protocolo tem como objetivo orientar os enfermeiros na atenção ao pré-natal de risco habitual, de acordo com as evidências atuais, para uma prática humanizada, integral e segura.

³ N.º de óbitos maternos diretos e indiretos / N.º de nascidos vivos X 100.000.



2. PROCESSO DE ENFERMAGEM

O Processo de Enfermagem (PE) deve ser realizado de modo deliberado e sistemático, em todo contexto socioambiental, em que ocorre o cuidado de Enfermagem, tendo que estar fundamentado em suportes teóricos, como teorias e modelos de cuidado, sistemas de linguagem padronizadas, instrumentos de avaliação de predição de risco validados, protocolos baseados em evidências (COFEN, 2024).

O PE possui cinco etapas inter-relacionadas, interdependentes, recorrentes e cíclicas:

- **“Avaliação de Enfermagem:** Avaliação de Enfermagem – compreende a coleta de dados subjetivos (entrevista) e objetivos (exame físico) inicial e contínua pertinentes à saúde da pessoa, da família, coletividade e grupos especiais, realizada mediante auxílio de técnicas (laboratorial e de imagem, testes clínicos, escalas de avaliação validadas, protocolos institucionais e outros) para a obtenção de informações sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde relevantes para a prática.
- **Diagnóstico de Enfermagem:** compreende a identificação de problemas existentes, condições de vulnerabilidades ou disposições para melhorar comportamentos de saúde. Estes representam o julgamento clínico das informações obtidas sobre as necessidades do cuidado de Enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade ou grupos especiais.
- **Planejamento de Enfermagem:** compreende o desenvolvimento de um plano assistencial direcionado para a pessoa, família, coletividade, grupos especiais, e compartilhado com os sujeitos do cuidado e equipe de Enfermagem e saúde Deverá envolver:
 - I – Priorização de Diagnósticos de Enfermagem;
 - II – Determinação de resultados (quantitativos e/ou qualitativos) esperados e exequíveis de enfermagem e de saúde;
 - III – Tomada de decisão terapêutica, declarada pela prescrição de enfermagem das intervenções, ações/atividades e protocolos assistenciais.
- **Implementação:** compreende a realização das intervenções, ações e atividades previstas no planejamento assistencial, pela equipe de enfermagem, respeitando as resoluções/pareceres do Conselho Federal e Conselhos Regionais de Enfermagem quanto a competência técnica de cada profissional, por meio da colaboração e comunicação contínua, inclusive com a checagem quanto à execução da prescrição de enfermagem, e apoiados nos seguintes padrões:
 - I – Padrões de cuidados de Enfermagem: cuidados autônomos do Enfermeiro, ou seja, prescritos pelo enfermeiro de forma independente, e realizados pelo Enfermeiro, por Técnico de enfermagem ou por Auxiliar de Enfermagem, observadas as competências técnicas de cada profissional e os preceitos legais da profissão;



II – Padrões de cuidados Interprofissionais: cuidados colaborativos com as demais profissões de saúde;

III – Padrões de cuidados em Programas de Saúde: cuidados advindos de protocolos assistenciais, tais como prescrição de medicamentos padronizados nos programas de saúde pública e em rotina aprovada pela instituição, bem como a solicitação de exames de rotina e complementares.

- **Evolução da Enfermagem:** compreende a avaliação dos resultados alcançados de enfermagem e saúde da pessoa, família, coletividade e grupos especiais. Esta etapa permite a análise e a revisão de todo o Processo de Enfermagem.” (COFEN, 2024).

O PE se baseia num suporte teórico, que visa direcionar a prática profissional mediante valores e referenciais propostos. O alinhamento das práticas de enfermagem, a partir dos pressupostos de uma teoria, garante coerência, determina a finalidade da assistência e possibilita a implementação de cuidados efetivos, eficientes e seguros, com foco no usuário (TANNURE; PINHEIRO, 2019). A consulta de Enfermagem deve ser organizada e registrada conforme as etapas do Processo de Enfermagem (COFEN, 2024).

Conforme Tannure e Pinheiro (2019), as teorias podem ser entendidas como um conjunto de informações sistemáticas, associadas a questões importantes de uma profissão, e ressaltam que a falta de uma teoria para orientar a assistência “favorece a aplicação do processo de enfermagem pautado no modelo biomédico; o que, por sua vez, pode fazer com que demandas apresentadas pelos usuários não sejam supridas em sua totalidade” (p. 03).

Na consulta de enfermagem na APS, estão previstos solicitação de exames de rotina e complementares, prescrição de medicamentos e encaminhamentos de usuários a outros serviços, conforme protocolos ou outras normativas técnicas estabelecidas pelos gestores de todas as esferas governamentais. Tais ações estão presentes também na Política Nacional da Atenção Básica, Portaria n.º 2.436, de 21 de setembro de 2017 (Brasil, 2017a). Essas práticas estão fundamentadas na Lei n.º 7.498/1986 e no Decreto n.º 94.406/1987, que regulamentam o Exercício Profissional da Enfermagem e na Resolução Cofen n.º 195/1997, que dispõe sobre a solicitação de exames de rotina e complementares.

Os registros de enfermagem são parte integrante do PE e imprescindíveis no processo do cuidado, na medida em que possibilitam a comunicação da equipe de saúde, conferem visibilidade e valorização ao trabalho da enfermagem, assim como respaldo técnico e legal. Atualmente, estão regulamentados conforme Resolução COFEN n.º 514/2016, a qual aprova o guia de recomendações para o registro de Enfermagem, Resolução COFEN n.º 429/2012, que dispõe sobre o registro das ações profissionais no prontuário do paciente, e em outros documentos próprios da enfermagem, independente do meio de suporte - tradicional ou eletrônico - e a Decisão COREN-RS n.º 53/2016, que normatiza os registros de enfermagem no estado do Rio Grande do Sul.

Para registro da consulta de enfermagem no prontuário, recomenda-se que o PE seja documentado por meio da utilização dos campos “Subjetivo, Objetivo, Análise e Plano (SOAP)” e uso



da taxonomia da Classificação Internacional para Prática de Enfermagem (CIPE).

Além das taxonomias de enfermagem, no prontuário eletrônico e-SUS APS é necessária a utilização da Classificação Internacional de Atenção Primária (CIAP-2) para construção/atualização da Lista de Problemas, que se caracteriza como uma ferramenta de registro multiprofissional. Os sistemas padronizados de registro contribuem de forma a facilitar a comunicação entre os profissionais e a obtenção de dados clínicos sob a ótica da longitudinalidade e do olhar integral em saúde (SMS-FLORIANÓPOLIS, 2016; MENDES, 2019).

QUADRO 3 - Registro do Processo de Enfermagem – SOAP

ETAPA	SOAP	PROCESSO DE ENFERMAGEM
S – SUBJETIVO	Informação colhida na entrevista, problema relatado	Avaliação de Enfermagem (Entrevista de Enfermagem)
O – OBJETIVO	Dados do exame físico, exames	Avaliação de Enfermagem (Exame físico)
A – AVALIAÇÃO	Avaliação dos Problemas	Diagnóstico de Enfermagem Planejamento de Enfermagem
P – PLANO	Implementação	Implementação de Enfermagem Evolução de Enfermagem

Fonte: Adaptado de Cofen, 2019, 2022. Parecer de câmara técnica Cofen n.º 049/2022/CTAB/COFEN. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/parecer-de-camara-tecnica-no-049-2022-ctab-cofen/>, considerando a Resolução COFEN n.º 736 de 17 de janeiro de 2024.

A Classificação Internacional para Prática da Enfermagem - CIPE® é uma tecnologia de informação que, durante a execução do Processo de Enfermagem, facilita o raciocínio clínico e a documentação padronizada do cuidado prestado à pessoa, família e comunidade pelo enfermeiro, seja em prontuários eletrônicos ou sistemas manuais de registro (COFEN, 2022). A CIPE - em inglês, *International Classification for Nursing Practice* (ICNP®) - foi desenvolvida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (ICN) e visa uniformizar conceitos e catalogar diagnósticos de Enfermagem, resultados e intervenções, criando uma terminologia comum a todos os enfermeiros.

O PE é um sistema de linguagem padronizada, amplo e complexo, que representa o domínio da prática da enfermagem mundialmente reconhecida como um marco unificador de todos os sistemas de classificação dos elementos da prática de enfermagem: diagnósticos, resultados e intervenções, atendendo à recomendação do Conselho Internacional de Enfermagem (CIE).



Apontada pela Organização Mundial de Saúde (OMS) de acordo com a norma ISO (*International Organization for Standard*) 18104:2014 como modelo de terminologia de referência para a Enfermagem, tem sido fortemente utilizada como um instrumento pedagógico que produz reflexões e o desenvolvimento de habilidades diagnósticas em enfermeiros, que culminam em respostas de cuidado mais qualificadas, apoiadas em diferentes modelos teóricos (RIO DE JANEIRO, 2021).

Diante disso, a atenção ao pré-natal abordada neste protocolo consiste, entre outros, na estratificação do risco da gestação e condutas relacionadas, orientações acerca do acompanhamento, bem como da assistência integral à gestante de risco habitual na APS. Essas ações devem orientar a construção do plano de cuidados, devendo ser realizadas em consultas de enfermagem na unidade de saúde, em visitas domiciliares e/ou em atenção compartilhada a grupo (Brasil, 2014; SES/RS, 2018).

Ao longo dos capítulos serão apresentados os principais diagnósticos e intervenções de enfermagem utilizados na atenção ao pré-natal de risco habitual. Cabe ressaltar que estes não se esgotam nas propostas deste protocolo, mediante às demais dimensões que podem ser trabalhadas frente às necessidades em saúde identificadas.



3. ABORDAGEM PRÉ-CONCEPCIONAL

A abordagem do planejamento da gestação tem como objetivo identificar fatores de risco ou doenças que possam alterar a evolução de uma futura gestação. A realização dessas ações possui benefícios para os resultados maternos e infantis como, por exemplo, contribuir para a redução da morbimortalidade materna e infantil, a identificação de fatores de risco, além de prevenir a transmissão vertical de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) (COREN/SP, 2019; SES/RS, 2018).

A consulta de enfermagem realizada antes da gravidez pode ser ofertada a toda população, homens e mulheres, que estão planejando engravidar (SMS-CONTAGEM, 2020). Toda pessoa tem o direito de constituir família, independentemente de sua orientação sexual ou identidade de gênero (SES-RS, 2018).

As atividades desenvolvidas na atenção pré-concepcional devem incluir anamnese e exame físico, exame ginecológico, oferta de testagem para as ISTs, avaliação sobre a situação de saúde, situação vacinal, necessidade de suplementação de vitaminas, além de exames laboratoriais e exames específicos no caso de agravos preexistentes. Na APS, durante a realização de atividades educativas, aconselhamento e consulta a homens, mulheres, parcerias e/ou casais, o enfermeiro deve fornecer informações acerca dos direitos sexuais e reprodutivos, pois isso permite aos usuários exercer seus direitos, reconhecer métodos contraceptivos e fazer escolhas com autonomia (COSTA; CASTRO; PAZ, 2022).

QUADRO 4 - Roteiro para consulta de Enfermagem na avaliação pré-concepcional

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Classificação Internacional da Prática de Enfermagem - CIPE	Conhecimento sobre contracepção Falta de conhecimento sobre contracepção Conhecimento sobre teste diagnóstico prejudicado/baixo/eficaz Capaz de executar o autocuidado Planejamento familiar, eficaz/prejudicado Risco de gestação (gravidez), não intencional Risco de complicação com uso de contraceptivo
Avaliação pré-concepcional	
História clínica e pessoal: histórico de diabetes pré-gestacional, hipertensão, cardiopatias, distúrbios da tireoide, processos infecciosos (incluindo IST), uso de medicamentos, estado vacinal, saúde bucal, hábito de fumar, uso de substâncias psicoativas (com orientação quanto aos efeitos adversos associados), doenças autoimunes, epilepsia, saúde mental, asma brônquica, nefropatia, trombose venosa, obesidade, estilo de vida, ocupação/trabalho e existência de risco ou vulnerabilidade por violência psicológica, econômica, física, sexual, emocional, abandono familiar ou da parceria e se vive em situação de rua.	
História familiar: doenças genéticas, pré-eclâmpsia, hipertensão, diabetes, traço e/ou anemia falciforme, má-formação, gestação gemelar e outros.	



História obstétrica: número de gestações anteriores, partos pré-termo, intervalo entre os partos, parto vaginal ou de cirurgia cesariana, peso ao nascimento e complicações das gestações, abortamento, perdas fetais, hemorragias e malformações congênitas e histórico ou não de aleitamento materno.

Avaliação da parceria sexual: rastreamento para sífilis, hepatite B, C e HIV, conforme protocolo PCDT-IST (Brasil, 2022c). Avaliação do histórico de doenças crônicas, tais como: diabetes mellitus (DM), hipertensão arterial (HA), epilepsia, doença falciforme.

Exame físico: pressão arterial (PA), peso, altura e índice de massa corporal (IMC). É recomendada a realização do exame clínico das mamas (inspeção e palpação) e do exame preventivo do câncer do colo do útero, conforme indicações do Protocolo de Enfermagem na APS - Saúde da Mulher do Coren-RS (2022).

Cuidados de Enfermagem

- Estimular estilo de vida saudável;
- Orientar a adequação do IMC em situações de baixo peso, sobrepeso e obesidade, com a adoção de hábitos alimentares saudáveis;
- Orientar quanto ao uso de medicamentos;
- Avaliar as condições de trabalho;
- Orientar o cálculo do período ovulatório (registro sistemático das datas das menstruações) e orientar que o intervalo entre as gestações seja de, no mínimo, dois anos. Considerar situações específicas como avanço da idade em que o intervalo pode ser menor, não inferior a seis meses;
- Orientar suspensão de métodos anticoncepcionais em uso;
- Prescrever uso profilático de ácido fólico na dose de 0,4 mg, via oral, 1 comprimido/dia ou 0,2 mg/ml, via oral, 40 gotas/dia, para a prevenção de defeitos congênitos do tubo neural, pelo menos 30 dias antes da concepção até pelo menos o final do primeiro trimestre;
- Para mulheres com história de distúrbio de tubo neural em gestação anterior ou um dos pais com histórico familiar, utilizar dose diária de ácido fólico de 4 mg (1 comprimido, via oral/dia), iniciadas de 90 a pelo menos 30 dias antes da concepção e continuando até a 12ª semana de gestação. A dose deve ser diminuída para 0,4 mg por dia após o primeiro trimestre e continuada até quatro a seis semanas após o parto ou até a conclusão da amamentação;
- Ofertar teste rápido de HIV, sífilis e hepatites B e C para o casal e tratamento conforme o PCDT-IST (Brasil, 2022c). Em caso de teste negativo, orientar para os cuidados preventivos e, em casos positivos, prestar esclarecimentos sobre os tratamentos disponíveis e/ou medidas de controle da infecção materna para a redução da transmissão vertical, no caso do HIV e sífilis;
- Pessoas vivendo com HIV/AIDS devem ser orientadas sobre estratégias de redução da transmissão vertical, incluindo abordagem pré-concepcional, orientações de planejamento reprodutivo, pré-natal, parto e puerpério. A parceria sexual deve tomar decisões conscientes sobre os benefícios e riscos relacionados às opções de concepção mais seguras. Para mais informações, consultar PCDT-IST (Brasil, 2022c);
- Verificar a situação vacinal do casal, especialmente rubéola e hepatite B. Caso não imunizados, providenciar a imunização prévia à gestação, tanto para a mulher quanto para o homem. Recomenda-se adiar a gestação por um período de 30 dias, no caso de administração de vacina de vírus vivos atenuados;
- Investigar toxoplasmose, orientando os cuidados necessários caso a mulher não tenha sido exposta à infecção;
- Ofertar atenção especial aos casos em que há uso de substâncias psicoativas;
- Consultar o Protocolo de Enfermagem na APS - Saúde da Mulher do Coren-RS (2022) em situações de infertilidade.

Fonte: Brasil, 2013, 2016; SES-RS, 2018; D'Alton; Miller, 2019; Goetzl, 2023; SMS- Contagem, 2020.



QUADRO 5 - Exames laboratoriais pré-concepcionais

EXAME	RESULTADO	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Teste rápido para sífilis, hepatite B e HIV	Não reagente	Orientar sobre prevenção das ISTs.
	Reagente	Consultar o protocolo de <u>PCDT-IST (Brasil, 2022c)</u> .
Grupo sanguíneo/fator Rh	Se Rh negativo	Orientar risco de incompatibilidade de Rh. Ver Quadro 8 - Solicitação de exames de rotina, interpretação e condutas.
Glicemia de jejum, colesterol total e HDL, triglicérides (>40 anos ou com fator de risco cardiovascular)	Consultar parâmetros conforme o <u>Protocolo de Hipertensão e Diabetes (COREN-RS, 2020)</u>	Consultar o <u>Protocolo de Hipertensão e Diabetes (COREN-RS, 2020)</u> , em caso de alterações; Encaminhar para consulta médica, se necessário.
Sorologia para toxoplasmose	IgG reagente e IgM não reagente	Imunidade remota: não suscetível. Contudo, considerar a reinfecção de cepas distintas ou em situações de surto. Orientação de prevenção primária de toxoplasmose: • Evitar trocar a caixa de areia de gatos domésticos. Caso não seja possível, limpar e trocar a caixa diariamente, utilizando luvas e pá, além de colocá-la ao sol com frequência; • Evitar o contato com fezes de gato e, se houver contato, higienizar corretamente as mãos; • Não ingerir carne crua, mal cozida ou mal passada; • Fazer limpeza de vegetais crus, (diluir 1 colher de sopa de água sanitária em 1 litro de água, deixar 10 minutos, lavar com água corrente em seguida); • Higienizar tábuas de corte, facas, balcões e pia após a preparação dos alimentos;



		• Evitar contaminação cruzada de alimentos crus com alimentos cozidos; • Evitar ingerir carnes defumadas ou curadas em salmoura (embutidos como salame, copa, linguiça); • Evitar o contato com cães que andam soltos, pois os cães também podem transmitir a doença ao sujar o pelo com fezes de gato.
	IgG não reagente e IgM não reagente: suscetível	Orientação de prevenção primária de toxoplasmose conforme supracitado.
	IgG reagente e IgM reagente há mais de 6 meses	Imunidade remota: não suscetível.
	IgG reagente e IgM reagente há menos de 6 meses	Encaminhar para consulta médica.
Eletroforese de hemoglobina⁴	HbAA: normal; HbAS: heterozigose para hemoglobina S (traço falciforme) – não é doença falciforme. HbAC: heterozigose para hemoglobina C – não é doença. HbSS ou HbSC: doença falciforme.	Se traço falciforme: orientar fazer busca ativa do parceiro e encaminhar para consulta médica. Se doença falciforme: encaminhar para consulta médica.
Hormônio estimulante da tireoide (TSH)	Entre 0,3 e 4,0 mUI/L	Em caso de alterações, encaminhar para consulta médica.

Fonte: Adaptado de SMS-Contagem, 2020; Coren-SP, 2019; Brasil, 2020; TelessaúdeRS-UFRGS, 2023.

⁴ Para mulheres negras com antecedentes familiares de anemia falciforme ou história de anemia crônica.



4. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM NA ATENÇÃO AO PRÉ-NATAL

A Atenção Primária à Saúde tem no pré-natal o momento oportuno para vincular a mulher ao cuidado longitudinal, incluir sua rede de apoio e contemplar atividades educativas e preventivas, além do cuidado clínico. Dessa forma, garantir o acesso equânime e livre de discriminação de raça, identidade de gênero, orientação sexual, cultural e de classe, possibilitando o desenvolvimento da gestação, parto e nascimento saudáveis (SES-RS, 2018).

As consultas de pré-natal devem ser intercaladas entre enfermeiro e médico, mas de acordo com o Ministério da Saúde, o pré-natal de risco habitual pode ser acompanhado inteiramente pelo profissional enfermeiro (Brasil, 2012, 2016), o que também é garantido pela Lei nº 7.498/86, regulamentada pelo Decreto nº 94.406/87 e reforçado pela Portaria n.º 2.436/2017 (Brasil, 2017a), que estabelece a Política Nacional de Atenção Básica (PNAB). Salienta-se que a qualidade do pré-natal tem impacto direto na saúde da mulher e do recém-nascido, podendo diminuir a incidência e/ou gravidade de intercorrências obstétricas.

A assistência de enfermagem à gestante começa no diagnóstico da gravidez e tem continuidade por todo o período da gestação e puerpério. Cabe ressaltar que as Resoluções COFEN n.º 223/1999, n.º 516/2016 e n.º 672/2021 respaldam a atuação do enfermeiro na assistência à mulher no ciclo gravídico puerperal.

Neste sentido, dentre as atribuições da consulta de enfermagem na assistência ao pré-natal estão (SES-PR, [2020]; COREN-SP, 2019):

- Acolher a gestante e sua parceria, com escuta qualificada, favorecimento do vínculo e avaliação de vulnerabilidades, de acordo com o seu contexto social;
- Orientar a gestante e família sobre a importância do acompanhamento pré-natal e rotina de consultas;
- Desenvolver atividades de prevenção, educação em saúde e assistência, individuais e em grupos, a partir das necessidades elencadas;
- Identificar fatores de risco para a gestante e o feto, por meio de antecedentes familiares e pessoais;
- Cadastrar a gestante e iniciar o pré-natal o mais precocemente possível, com anotações no prontuário eletrônico e alimentação regular do Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica (SISAB);
- Manter a caderneta da gestante preenchida, de forma legível e com todas as informações de saúde, bem como os riscos, quando existirem;
- Assistir às gestantes e puérperas, por meio de atendimento programado e/ou espontâneo, quando necessário;
- Garantir no mínimo seis consultas de pré-natal, avaliação odontológica durante o pré-natal e o acompanhamento puerperal;



- Realizar as consultas de pré-natal conforme cronograma preconizado, avaliando em cada consulta as possíveis alterações e mudanças na estratificação de risco;
- Realizar exame físico e obstétrico completos, de acordo com o presente protocolo;
- Solicitar os exames da rotina pré-natal e prescrever medicamentos padronizados, de acordo com o presente protocolo;
- Orientar cuidados e hábitos saudáveis durante a gestação, estimulando o autocuidado;
- Estratificar e identificar gestantes com risco, conforme Quadro 11. Estratificação de risco da gestante e encaminhá-las para consulta médica e/ou ao serviço de referência pactuada;
- Orientar atenção aos sinais de alerta, conforme Quadro 11. Estratificação de risco da gestante;
- Manter acompanhamento e vínculo das gestantes de alto risco, mesmo que acompanhadas em outro nível de atenção;
- Realizar busca ativa das gestantes faltosas, junto à equipe, por meio de visita domiciliar;
- Realizar atendimento domiciliar das gestantes quando indicado, mediante avaliação;
- Analisar e propor alternativas na presença de dificuldades de acesso às consultas ou exames preconizados;
- Orientar e realizar a imunização das gestantes conforme calendário vigente do Ministério da Saúde;
- Realizar ou orientar a equipe acerca da visita domiciliar até o 5º dia pós-alta hospitalar para puérperas e recém-nascidos e/ou realizar agendamento da consulta na unidade de saúde. Para informações sobre a consulta de puericultura, acessar o [Protocolo de enfermagem na APS saúde da criança e do adolescente do COREN-RS](#).

4.1 Captação e confirmação da gestação

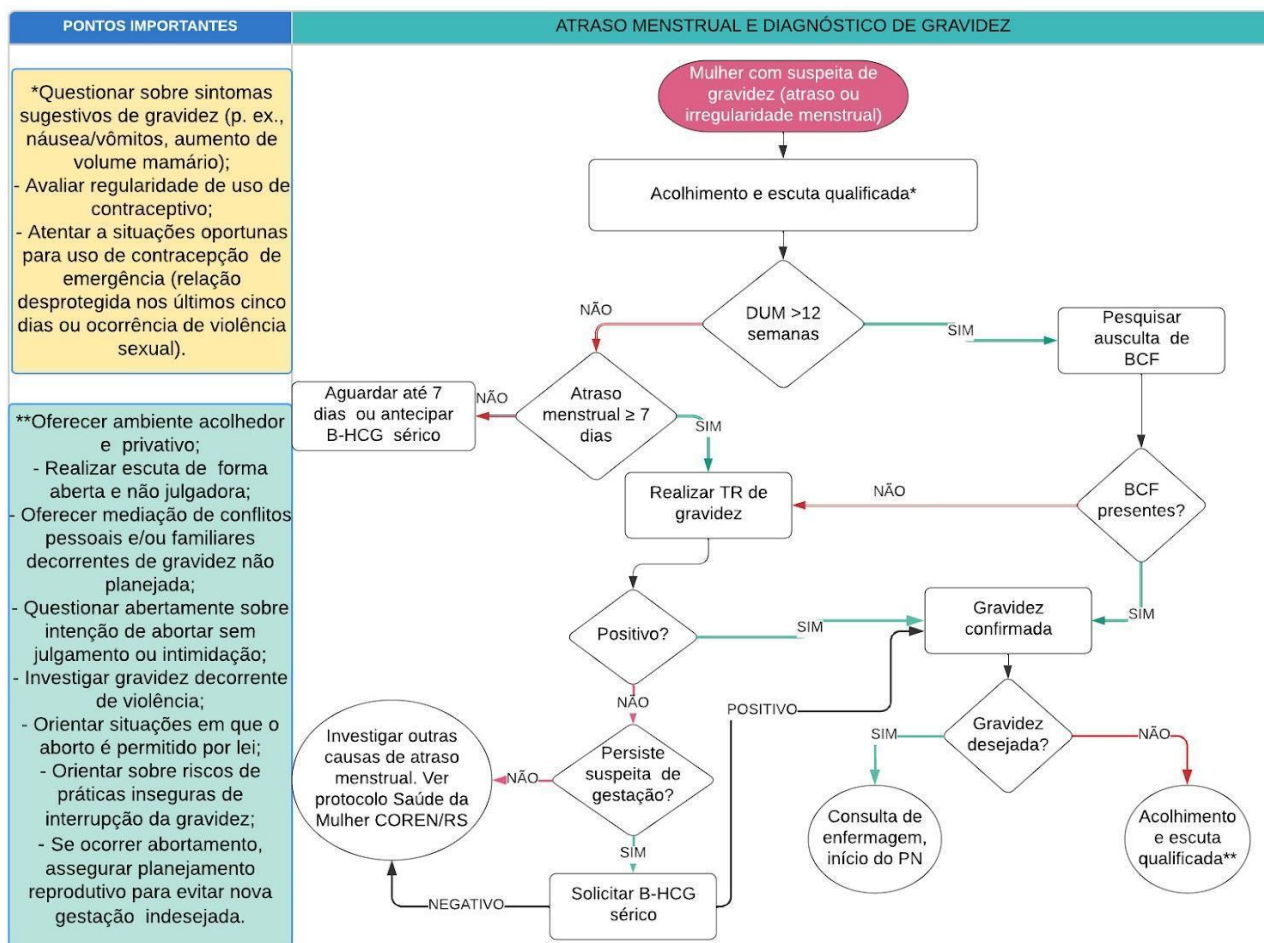
Os enfermeiros devem estar atentos ao território para a captação de gestantes e início oportuno do pré-natal, preferencialmente até a 12ª semana de gestação, visto que este momento é essencial para o diagnóstico precoce de alterações e realização de intervenções adequadas (SES/RS, 2018).

A confirmação ocorre principalmente por métodos laboratoriais (beta-HCG positivo em sangue ou urina). O Teste Rápido de Gravidez (TRG) urinário deve estar disponível em todas as unidades, não somente para responder rapidamente à demanda da mulher, confirmando ou não a gestação, mas também para acolher a gestação não planejada, atender vítimas de violência sexual e prestar orientações reprodutivas (Brasil, 2019).

Os auxiliares e técnicos de enfermagem podem realizar o primeiro atendimento à mulher com atraso menstrual e fazer o TRG, encaminhando a usuária para o enfermeiro fornecer o resultado e realizar orientações específicas (COREN-SP, 2019). A seguir, fluxograma para atendimento à mulher com suspeita de gravidez.



FLUXOGRAMA 1 - Atraso menstrual e diagnóstico de gravidez na APS



Fonte: Adaptado de Brasil, 2016; Coren-SP, 2019.

4.2 Roteiro das consultas

Recomenda-se que as consultas de rotina do pré-natal ocorram na seguinte periodicidade (Brasil, 2019):

- Mensais até a 28ª semana;
- Quinzenais de 28ª a 36ª semanas;
- A partir da 36ª semana, deve ocorrer semanalmente até o parto;
- Consultas de puerpério: primeira consulta até o 7º dia pós-parto e segunda consulta entre o 30º e 40º dias pós-parto.



Estudos referentes à avaliação da qualidade da atenção ao pré-natal no Brasil mostram os métodos empregados para determinar o fator qualidade das ações e serviços, sendo um deles o Índice de Kessner modificado por Takeda, que é um algoritmo baseado no trimestre em que o cuidado pré-natal se inicia e no número de consultas, que define pré-natal adequado aquele que começar até a 20ª semana de gestação, com pelo menos seis visitas de pré-natal (MÁRIO *et al.*, 2019). Outras queixas e demandas da gestante deverão ser avaliadas sempre que necessário, conforme a gravidade, por meio de consultas, visitas domiciliares e/ou por estratégias de telemonitoramento.

4.3 Avaliação de enfermagem nas consultas

A APS compreendida como a porta de entrada dos serviços de saúde, tem como um dos cuidados a atuação no acompanhamento ao pré-natal. O enfermeiro é um dos profissionais essenciais para efetuar essa assistência de pré-natal, por ser qualificado para atuar com estratégias de promoção à saúde, prevenção de doenças e a humanização no cuidado prestado. Para tanto, recomenda-se que seja elaborado o plano de assistência de enfermagem na consulta de pré-natal, conforme necessidades identificadas e priorizadas, estabelecendo as intervenções, orientações e encaminhando a outros serviços quando necessário, também promovendo a interdisciplinaridade das ações, com outras categorias profissionais ou outros dispositivos da Rede (GOMES *et al.*, 2019).



QUADRO 6 – Síntese de avaliação de enfermagem nas consultas

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Classificação Internacional da Prática de Enfermagem - CIPE	Gestação (gravidez), não planejada Conhecimento sobre gestação (gravidez) Falta de conhecimento sobre gestação (ou gravidez) Risco de complicações durante a gestação (gravidez) Complicação durante a gestação (gravidez), ausente/ presente Abuso de tabaco Não/ Adesão ao regime de imunização Não/ Adesão ao regime medicamentoso Ansiedade, presente/ausente Humor deprimido/melhorado Falta/ Apoio familiar/ social Falta de conhecimento sobre cuidados com bebê (ou lactente) Falta/ Conhecimento sobre desenvolvimento fetal Falta/ Conhecimento sobre parto (ou nascimento) Risco de abortamento, espontâneo	
QUANDO	AVALIAÇÃO	OBSERVAÇÕES
1º Consulta	Avaliar presença de sintomas ou queixas: náuseas e vômitos; obstipação e flatulência; queixas urinárias; sialorreia; pirose; corrimento (que pode ou não ser fisiológico); tontura; dor mamária; dor lombar; alterações no padrão de sono; dor e edema de membros inferiores; dor pélvica. Planejamento reprodutivo: métodos contraceptivos utilizados. Dados da gestação atual: gestação desejada e/ou planejada; aspectos relacionados à aceitação da gravidez tanto pela mulher, quanto pela parceria e familiares; Data da Última Menstruação (DUM), anotar certeza ou dúvida; calcular e	Importante: acolher a mulher respeitando sua condição emocional em relação à atual gestação, buscando esclarecer suas dúvidas, medos, angústias ou curiosidades em relação a este novo momento em sua vida. Gestantes que fazem uso de tabaco e/ou substâncias psicoativas: orientar sobre os



	anotar Idade Gestacional (IG) e Data Provável do Parto (DPP), ver Quadro 9 - Cálculo da idade gestacional. Rede familiar e social: presença de parceria; rede social utilizada; relacionamento familiar e conjugal para identificar relações conflituosas; história de violência. Dados socioeconômicos e demográficos: escolaridade, profissão/ocupação (exposição a agentes nocivos, físicos, químicos e biológicos); estresse e jornada de trabalho, estado civil; número e idade de dependentes, renda familiar; condições de moradia (tipo e número de cômodos ou situação de rua); condições de saneamento; distância da residência até a unidade de saúde; beneficiária de algum programa de transferência de renda. Atividade física: tipo de atividade física; periodicidade. História nutricional: história de desnutrição, sobrepeso, obesidade, cirurgia bariátrica, transtornos alimentares, carências nutricionais, histórico de filho com baixo peso ao nascer; peso, altura e IMC antes da gestação, hábitos alimentares. Tabagismo: fumante, ex-fumante, tempo de abstinência, tipo de fumo; exposição ambiental à fumaça de cigarro; no caso de fumantes, avaliar motivação para cessar e/ou reduzir o uso de tabaco. Substâncias psicoativas: padrão prévio e/ou atual de consumo, tipo de substância, quantidade e frequência, histórico de uso de álcool, histórico de medicamentos de uso contínuo e teratogênicos. Antecedentes obstétricos e de aleitamento materno: número de gestações anteriores, partos (termo, pré e pós-termo; tipo), intervalos entre gestações, abortamentos e perdas fetais; gestações múltiplas; número de filhos vivos, peso ao nascimento; óbito neonatal ou pós-neonatal; malformações congênitas; intercorrências em gestações anteriores (pré-eclâmpsia/eclâmpsia, isoimunização Rh), intercorrências no puerpério; história e tempo de aleitamento, intercorrências ou desmame precoce; desejo de amamentar. Antecedentes ginecológicos: ciclos menstruais; história de infertilidade; resultado do último exame preventivo de câncer de colo uterino; história de malformações uterinas. Antecedentes clínicos: diabetes, hipertensão, cardiopatias; trombose venosa; alergias, cirurgias prévias, medicamentos de uso contínuo, doenças autoimunes, doenças respiratórias, doenças hepáticas, tireoidopatias, doença renal, infecção urinária, IST, tuberculose, hanseníase, rubéola, e outras doenças infecciosas;	danos nocivos do uso dessas substâncias durante a gestação. Negociar e estabelecer conjuntamente metas de redução de uso e/ou cessar. Se disponível, trabalhar conjuntamente com o Centro de Atenção Psicossocial - Álcool/ Drogas (CAPS - AD). Saúde bucal: recomenda-se minimamente, uma consulta odontológica por gestante. Identificação de riscos: ver Quadro 11. Estratificação de risco da gestante. Prescrever suplementação de Ácido Fólico: caso não esteja em uso (ver Quadro 15 – Fontes e recomendações de vitaminas e minerais, durante o período gestacional). Prescrever suplementação de Sulfato ferroso: caso não esteja em uso (ver Quadro 15 – Fontes e recomendações de vitaminas e minerais, durante o período gestacional). Solicitar exames de rotina da 1ª consulta (ver quadro 8 - Solicitação de exames de rotina, interpretação e condutas). Registrar em prontuário eletrônico, sistema de informação e na caderneta da gestante.
--	--	--



	epilepsia, neoplasias, desnutrição; transtornos mentais, sinais de depressão. Saúde sexual: intercorrências como dor, desconforto; desejo e prazer sexual; medidas de proteção para ISTs. Imunização: estado vacinal: vacina difteria e tétano (dT) / vacina difteria, tétano e <i>Pertussis</i> acelular (dTpa), hepatite B, influenza, ver Quadro 16 - Imunização de rotina no pré-natal. Saúde bucal: hábitos de higiene bucal, queixas odontológicas. Antecedentes familiares: doenças hereditárias; gemelaridade; diabetes; transtorno mental; doença neurológica; grau de parentesco com o pai do bebê; pré-eclâmpsia; hipertensão; tuberculose; câncer de mama ou ovário; deficiência e malformações; parceiro com IST.	
1º TRIMESTRE	Exame físico geral e específico: gineco-obstétrico, ver Quadro 7 - Exame físico geral e específico; Avaliar o estado nutricional: peso, altura, IMC e ganho/perda de peso gestacional (Anexo 2); Avaliar presença de sintomas ou queixas: náuseas e vômitos; obstipação e flatulência; queixas urinárias; sialorreia; pirose; corrimento (que pode ou não ser fisiológico); tontura; dor mamária; dor lombar; alterações no padrão de sono; dor e edema de membros inferiores; dor pélvica.	Atenção para identificação de riscos, alteração da pressão arterial, alterações no crescimento uterino, entre outros; Prescrever suplementação de Carbonato de cálcio: início do uso na 12ª semana de gestação até o momento do parto. Caso não esteja em uso (ver Quadro 15 – Fontes e recomendações de vitaminas e minerais, durante o período gestacional). Registrar em prontuário eletrônico, sistema de informação e na caderneta da gestante.
2º TRIMESTRE	Exame físico geral e específico: gineco- obstétrico, Quadro 7 - Exame físico geral e específico; Avaliar o estado nutricional: peso, altura e IMC e ganho/perda de peso gestacional (Anexo 2); Avaliar presença de sintomas ou queixas: náuseas e vômitos; obstipação e flatulência; queixas urinárias; sialorreia; pirose; corrimento (que pode ou não ser fisiológico); tontura; dor mamária; dor lombar; alterações no padrão de sono; dor e edema de membros inferiores; dor pélvica.	Atenção para identificação de riscos, alteração da pressão arterial, alterações no crescimento uterino, entre outros; Solicitar exames de rotina do 2º trimestre (ver Quadro 8 - Solicitação de exames de rotina, interpretação e condutas); Registrar em prontuário eletrônico, sistema de informação e na caderneta da gestante.



3º TRIMESTRE ⁵	Exame físico geral e específico: gineco-obstétrico, ver Quadro 7 - Exame físico geral e específico; Avaliar o estado nutricional: peso, altura e IMC e ganho de peso gestacional (Anexo 2); Avaliar presença de sintomas ou queixas: náuseas e vômitos; obstipação e flatulência; queixas urinárias; sialorreia; pirose; corrimento (que pode ou não ser fisiológico); tontura; dor mamária; dor lombar; alterações no padrão de sono; dor e edema de membros inferiores; dor pélvica; Construção do Plano de Parto (ver capítulo 13 - Plano de parto) e orientações dos sinais e sintomas do trabalho de parto.	Atenção para Identificação de riscos, alteração da pressão arterial, alterações no crescimento uterino, entre outros; Solicitar exames de rotina do 3º trimestre (ver Quadro 8 - Solicitação de exames de rotina, interpretação e condutas); Registrar em prontuário eletrônico, sistema de informação e na caderneta da gestante. Importante: Se o parto não ocorrer até a 41ª semana, encaminhar para o hospital de referência obstétrica, para avaliação de vitalidade fetal.
Em todas as consultas	Saúde mental: as mudanças no humor são processos normais da gestação, estando associadas ao conjunto de mudanças biopsicossociais relacionadas à gravidez. O enfermeiro deve estar sensibilizado a acolher a gestante com suas angústias, dúvidas e medos, por meio de uma escuta qualificada. Quando necessário, pode solicitar o apoio matricial dos profissionais de saúde mental disponíveis no município. Sexo na gestação: é fundamental abordar a história de vida da mulher, seus sentimentos, medos, ansiedades e desejos, pois, além das mudanças no corpo, a gestação envolve uma “transição existencial” importante, atravessada por descobertas e aprendizados.	Na suspeita de depressão ou outras evidências de alterações na saúde mental, encaminhar para avaliação médica. Investir na comunicação e em questionamentos acerca da sexualidade no período gestacional, tendo em vista que muitas mulheres, por vergonha ou constrangimento, não perguntam. O enfermeiro deve abordar a chance de alterações no desejo e na disposição sexual devido a fatores psicoafetivos, conjugais, biológicos e culturais durante a gestação. Só há contraindicação na presença de placenta prévia, alto risco de prematuridade e na presença de sangramento ou perda de líquido. As medidas de proteção contra IST são indicadas para todas as gestantes e casais.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2016, 2024; SMS-Recife, 2022.

⁵ A frequência de consultas no final da gestação deve aumentar, devido à avaliação do risco perinatal e das intercorrências clínico-obstétricas mais comuns nesse trimestre.



4.4 Exame físico geral e específico

O pré-natal não é restrito à solicitação de exames protocolares. A gestação envolve expectativas da mulher ou do casal, medos e angústias que devem ser trabalhadas durante as consultas. As consultas de pré-natal devem ser espaços oportunos, pois podem ser um dos poucos momentos em que a mulher acessa o serviço de saúde. Assim, é importante atentar também para a saúde da mulher, não somente para a gestação em si. O exame físico constitui uma das etapas do processo de acompanhamento da gestante. O quadro a seguir descreve como deve ocorrer essa etapa.



QUADRO 7 – Exame físico geral e específico

AVALIAÇÃO		CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Antropometria e Sinais vitais	• Peso, altura e IMC; • Classificação da gestante segundo o IMC (ver Anexo 2 ou acessar a <u>calculadora do estado nutricional da gestante</u>); • Aferição de sinais vitais como frequência cardíaca, frequência respiratória, pulso e pressão arterial (gestante em posição sentada ou em decúbito lateral esquerdo). Quando necessário verificar temperatura axilar, SpO₂ e glicemia capilar.	• Baixo peso: verificar alimentação, hiperêmese gravídica, anemia, parasitose intestinal ou outros (ver Capítulo 6 - Atenção às queixas frequentes e intercorrências clínicas/obstétricas durante o pré-natal); • Excesso de peso: avaliar presença de edema, elevação da PA, macrosomia, gravidez múltipla, polidrâmnio; • Orientar alimentação saudável e acompanhar; • Alterações de valores de PA e glicemia, consultar <u>Protocolos de Enfermagem na APS - hipertensão e diabetes</u>.
Cabeça e pescoço	• Avaliar mucosas (coradas ou hipocoradas, hidratação); • Verificar presença de cloasmas; • Realizar palpação de tireóide.	• Orientar o uso de protetor solar, para prevenção de manchas na pele; • Encaminhar para avaliação médica na presença de achados anormais.
Tórax	• Ausculta pulmonar e cardíaca; O sistema circulatório da gestante sofre alterações hemodinâmicas que vão causar impacto no débito cardíaco, pressão arterial e sintomatologia da gestante. O débito cardíaco eleva-se de 30% a 50%, há um aumento da frequência cardíaca de 10% a 20%. Como sintomas gerais, algumas gestantes podem referir taquicardia, queda da pressão arterial, sensação de dispneia, diminuição de resistência aos exercícios físicos, alteração na ausculta cardíaca (sopro fisiológico); Hiperventilação - há um aumento discreto da frequência respiratória.	• Esclarecer que a dificuldade para respirar é um sintoma frequente na gestação, em decorrência do aumento do útero ou ansiedade da gestante; • Recomendar repouso em decúbito lateral esquerdo; • Ouvir a gestante e conversar sobre as suas angústias; • Encaminhar para avaliação médica na presença de achados anormais.



Mamas	• Inspeção estática e dinâmica, avaliando simetria, alterações do contorno, abaulamento ou espessamento da pele, coloração, textura, circulação venosa, tipo de mamilo; • Palpação de mamas, região supraclavicular e axilar em busca de alterações de textura, nódulos, abaulamentos, entre outros.	• Esclarecer que é comum o aparecimento de: - Sinal de Hunter: aumento da pigmentação e tamanho da aréola; - Rede de Haller: veias visíveis através da pele em forma de rede; - Presença de Tubérculos de Montgomery: glândulas sebáceas no mamilo; • Orientar que, na presença de secreção de colostro, não deve ser estimulada ordenha para retirada; • Orientar que o leite materno é semelhante entre todas as mulheres que amamentam, exceto as mulheres que apresentam desnutrição grave, pois podem ter o seu leite afetado em sua qualidade e quantidade; • Para as condutas nos achados anormais, ver <u>Protocolo de Enfermagem na APS - Saúde da Mulher do Coren-RS (2022)</u>.
Abdome	• Palpação obstétrica - Identificação da situação (longitudinal, transversa e oblíqua) e apresentação fetal (cefálico, pélvico e dorso fetal) e acompanhamento da altura uterina; - Em torno da 36ª semana, recomenda-se a determinação da apresentação fetal; - Mobilidade cefálica (manobra de Leopold - polo cefálico fixo ou móvel). 	• Antes de medir a altura uterina, é importante solicitar que a usuária esvazie a bexiga, pois a bexiga cheia pode alterar a altura uterina (AU) em até 3 cm; • Medida da AU indica o crescimento fetal e a medida deve ficar dentro da faixa que delimita os percentis 10 e 90 do gráfico de crescimento uterino, de acordo com a idade gestacional (Anexo 1); • Medida da altura uterina inicial abaixo ou acima da faixa devem ser medidos novamente em 15 dias para descartar erro da idade gestacional e risco para o feto; • Encaminhar a gestante para hospital de referência obstétrica se identificada situação transversa ou apresentação pélvica ao final da gestação, pois podem trazer risco ao parto.



• Mensuração da AU: - Delimitar a borda superior da sínfise púbica e o fundo uterino; - Fixar a extremidade inicial (0 cm) da fita métrica, na borda superior da sínfise púbica e deslizar a fita métrica até alcançar o fundo do útero; - Realizar a leitura quando a borda cubital da mão atingir o fundo uterino; - Anotar no gráfico e avaliar o crescimento fetal através do sentido da curva (após a 16ª semana).	• Nas avaliações subsequentes, medidas acima ou abaixo da faixa para idade gestacional (IG) ou com pouca variação entre uma consulta e outra: discutir caso com médico em interconsulta e verificar a necessidade de solicitação de ultrassonografia ou referenciar ao alto risco; • Atentar que a situação fetal transversa reduz a medida de altura uterina e pode adulterar a relação com a idade da gestação.
• Ausculta dos Batimentos Cardiofetais (BCF): audível com uso de sonar doppler a partir da 10ª/12ª semana; • Verificar ritmo, frequência e regularidade dos BCF. Contar número de BCF em um minuto. A frequência esperada é de 110 a 160 bpm.	• Se identificadas alterações como BCF não audíveis, não percepção de movimentos fetais e/ou se não ocorreu crescimento uterino, encaminhar para avaliação médica; • Atentar que pode ocorrer aumento transitório da frequência dos BCF durante a contração uterina, movimento fetal ou estímulo mecânico. Se ocorrer desaceleração dos BCF durante e após a contração, pode ser sinal de preocupação. Nestas condições, encaminhar para avaliação em hospital de referência obstétrica.
• Dinâmica Uterina - Em caso de queixa referida pela gestante, avaliar a frequência e a intensidade; - Posicionar a gestante em decúbito lateral esquerdo por 10 minutos; - Colocar a mão no fundo do útero da gestante a fim de avaliar o início de uma contração, anotar frequência e duração; - Se forem observadas contrações uterinas (a cada 3 a 5 minutos, permanecendo assim por mais de 1 hora), a gestante deverá ser encaminhada para avaliação no hospital de referência para emergência obstétrica; - Se intensidade ou frequência das contrações forem menores são contrações de treinamento ou Braxton Hicks.	



Região inguinal e perineal	• Realizar a inspeção de vulva, região anal e palpação de linfonodos; • Realizar o exame especular de acordo com a necessidade, orientado pela história e queixas da gestante; • Realizar a coleta do exame citopatológico de colo de útero; • Toque bimanual: não deve ser usado rotineiramente na avaliação de uma gestante.	• Não há restrição quanto à idade gestacional para a coleta da citologia; • Verificar as indicações e a técnica da coleta do exame citopatológico de colo uterino no <u>Protocolo de Enfermagem na APS - Saúde da Mulher do Coren-RS (2022)</u> no Capítulo 7; • Encaminhar para avaliação médica na presença de achados anormais ou necessidade de realização de toque.
Membros superiores e inferiores	• Inspeção: avaliar integridade da pele, coloração, varizes e edema; • Palpação: palpar pulsos e avaliar a perfusão periférica; • Avaliar e classificar o edema em região sacra e de membros inferiores (MMII), com a gestante em decúbito dorsal ou sentada, sem meias.	• Resultados da avaliação do edema: - (-) ou ausente, manter acompanhamento; - (+) apenas no tornozelo, observar; se causa postural, pelo aumento de temperatura ou tipo de calçado; - (++) em membros inferiores com ganho de peso e com hipertensão, orientar decúbito lateral esquerdo, pesquisar sinais de alerta e movimentos fetais. Agendar retorno em sete dias, para avaliação médica. Se hipertensão e/ou proteinúria presente, encaminhar para alto risco; - (+++) em face, membros e região sacra ou edema observado ao acordar pela manhã, independentemente de ganho de peso e hipertensão. Suspeita de pré-eclâmpsia; encaminhar para avaliação médica ou ao alto risco; - Unilateral de membros inferiores MMII, com sinais flogísticos, suspeita de tromboflebite e trombose venosa profunda. Encaminhar para avaliação médica.

Fonte: Brasil, 2016; Coren-SP, 2019; Ehsanipoor, 2022.



4.5 Exames de rotina, interpretação e condutas

QUADRO 8 - Solicitação de exames de rotina, interpretação e condutas

Exame	Período	Resultados	Cuidados de Enfermagem
Hemoglobina (Hb)	1ª consulta e 3º trimestre	Normal: Hb > 11 g/dL;	Prescrever suplementação profilática com ferro elementar 40 mg: 1 comprimido diário, a partir do conhecimento da gravidez até o terceiro mês pós-parto; Atentar para os diagnósticos prévios ou identificados no pré-natal de talassemia, doença falciforme, entre outros, avaliando a necessidade de acompanhamento no alto risco; Avaliar a presença de parasitose intestinal, se presente, encaminhar para avaliação médica.
		Anemia leve a moderada: Hb entre 8 e 11 g/dL;	Tratar conforme Quadro 13 - atenção às intercorrências clínicas e obstétricas do pré-natal; Acompanhar hemoglobina após 30 e 60 dias.



		Anemia grave: Hb < 8 g/dL.	Compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco.
Tipo sanguíneo e Fator Rh	1ª consulta	Tipo sanguíneo com fator Rh positivo: A(+), B(+), AB(+), O(+); Tipo sanguíneo com fator Rh negativo: A(-), B(-), AB(-), O(-).	Solicitar exame de Coombs indireto, (quando Rh negativo); Solicitar exame de Coombs indireto, se antecedente de hidropsia fetal ou neonatal, independentemente do Rh.
Eletroforese de hemoglobina⁶	1ª consulta	HbAA: Normal, sem doença falciforme; HbAS: heterozigose para hemoglobina S ou traço falciforme, sem doença falciforme; HbAC: heterozigose para hemoglobina C, sem doença falciforme; HbA com variante qualquer: sem doença falciforme; HbSS ou HbSC: doença	Gestantes com traço falciforme: Solicitar eletroforese de hemoglobina para o companheiro. Se presença de traço falcêmico ou outras hemoglobinopatias, os pais devem ser orientados sobre a possibilidade de a criança nascer com Doença Falciforme; Fornecer orientações e informações: - A presença do traço falciforme é um estado portador benigno e não uma doença; - Há um risco potencial de ter um filho com doença falciforme; - Oferecer consulta a outros membros da família que possam carregar uma mutação falciforme e não têm conhecimento. O aconselhamento adequado para famílias com traço falciforme é importante em várias etapas do planejamento familiar. A etnia ou raça dos pais não deve influenciar a triagem e o aconselhamento familiar, pois mutações genéticas ocorrem em todos os grupos étnicos. Gestantes diagnosticadas com doença falciforme: Compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco.

⁶ Devido ao alto grau de miscigenação da população brasileira, todas as gestantes devem ser rastreadas para doença falciforme, conforme Nota Técnica n.º 035/2011/CGSH/DAE/SAS/MS da Rede Cegonha.



		falciforme.	
Coombs indireto, quando Rh negativo	1º trimestre e a partir da 24ª semana	Coombs indireto positivo: gestante sensibilizada;	Compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco.
		Coombs indireto negativo: gestante não sensibilizada.	Solicitar exame mensalmente.
Glicemia de jejum (GJ)	1ª consulta Se < 20 semanas: realizar glicemia de jejum. Se o início do pré-natal for tardio (após 20 semanas de IG) deve-se aguardar até o período entre 24 e 28 semanas e realizar o TOTG 75 g,	< 92 mg/dl: normal;	Orientar medidas de prevenção: alimentação saudável e atividade física regular; Atentar para gestantes com fatores de risco para diabetes; Sem diagnóstico prévio de diabetes mellitus: manter acompanhamento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes; Se diagnóstico de diabetes mellitus prévio à gestação: não solicitar TOTG e compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco.



	visto que é o teste com melhor sensibilidade/especificidade.	≥ 92 e ≤ 125 mg/dL: Diabetes Mellitus gestacional;	Manter acompanhamento na Unidade Básica de Saúde (UBS); Orientar medidas de prevenção: alimentação saudável e atividade física regular; Orientar controle glicêmico diariamente em jejum, antes e 2h após as principais refeições. Consultar <u>Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde - Hipertensão e Diabetes</u>.
		≥ 126 mg/dL: Diabetes Mellitus (prévia) OU TOTG 75 g 2h após ≥ 200 mg/dL; OU Glicemia ao acaso ≥ 200 mg/dL na presença de sintomas clássicos de DM (poliúria, polidipsia e perda de peso).	Se diagnóstico de diabetes mellitus prévio à gestação: compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco (PNAR).
Teste oral de tolerância à glicose 75 g (TOTG)	Entre a 24^a e 28^a semanas. Em situações de inviabilidade financeira e/ou indisponibilidade técnica, para as gestantes cujo resultado da GJ na 1^a consulta apresentou <92 mg/dL, repetir glicemia de jejum entre 24 e 28	Diagnóstico de DMG na presença de qualquer um dos seguintes valores: GJ ≥ 92 - 125 mg/dL; 1h após ≥ 180 mg/dL; 2h após ≥ 153 - 199 mg/dL. Diagnóstico de DM na presença de qualquer um dos seguintes valores: 2h após ≥ 200 mg/dL.	Manter acompanhamento na UBS; Orientar medidas de prevenção: dieta e atividade física; DMG: somente compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco das gestantes que não atingirem o controle glicêmico com medidas não farmacológicas; DM prévio: compartilhar o cuidado com o PNAR.



	semanas.		
Urina tipo I	1ª consulta e	Leucocitúria: presença acima de 10.000 células por ml ou cinco células por campo;	Solicitar urocultura para confirmação de infecção do trato urinário (ITU). Caso gestante sintomática ou na indisponibilidade da urocultura, tratar empiricamente conforme Quadro 13 - Atenção às intercorrências clínicas e obstétricas do pré-natal. Em caso de ITU complicada ou de repetição, encaminhar para avaliação médica.
	3º trimestre	Hematúria: presença acima de 10.000 células por ml ou de três a cinco hemácias por campo;	Cilindrúria, hematúria sem ITU ou sangramento genital e proteinúria maciça ou dois exames seguidos com traços: encaminhar para avaliação médica.



		Proteinúria: alterado > 10 mg/dL; Presença de outros elementos: não necessitam de condutas especiais.	Traços de proteinúria: repetir em 15 dias; caso se mantenha, compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco; Traços de proteinúria e hipertensão e/ou edema: encaminhar à emergência obstétrica; Proteinúria maciça: compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco; Pielonefrite: encaminhar imediatamente a hospital de referência obstétrica/emergência obstétrica; ITU refratária ou de repetição: compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco.
Urocultura e Antibiógrama	1ª consulta, 2º e 3º trimestre	Urocultura negativa: <100.000 unidades formadoras de colônias por mL (UFC/mL); Urocultura positiva: >100.000 UFC/mL; Antibiógrama: indica os antibióticos que podem ser utilizados no tratamento.	Tratar bacteriúria mesmo que assintomática e ITU não complicada em gestantes conforme antibiógrama ⁷ e Quadro 13 - Atenção às intercorrências clínicas e obstétricas do pré-natal.

⁷ Embora existam dados limitados em gestantes, uma meta-análise sugeriu que não há grandes diferenças nos desfechos entre diferentes regimes antibióticos em termos de taxas de cura, infecção recorrente, incidência de parto prematuro e necessidade de mudança de antibióticos. Todos os antibióticos estudados foram muito eficazes e as complicações foram raras. Não havia evidências suficientes para recomendar um esquema de tratamento específico (GUPTA, 2024).



Teste rápido de proteinúria	Indicado se diagnóstico de hipertensão na gravidez	Ausência: < 10 mg/dl (valor normal); Traços: presença de proteinúria uma (+) ou mais.	Na presença de proteinúria associada à hipertensão gestacional: atentar para possibilidade de pré-eclâmpsia. Ver Quadro 18. Manejo das síndromes hipertensivas na gestação do <u>Protocolo de HAS/DM COREN-RS</u> (2020).
Teste rápido (TR) para Sífilis ⁸ ou VDRL	1ª consulta, 2º trimestre, 3º trimestre e puerpério	TR ou VDRL não reagente: normal;	Se um dos exames forem NÃO reagentes: ausência de infecção ou período de incubação (janela imunológica) de sífilis recente; Manter o acompanhamento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes até o momento do parto; Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica, realizar ou solicitar novo exame em 30 dias.
		TR de Sífilis (teste treponêmico) ou VDRL (não treponêmico) reagente: diagnóstico de sífilis na gestação. Considerar histórico prévio de diagnóstico e tratamento, quando houver registro ou relato da usuária.	Nas gestantes, o tratamento deve ser iniciado com apenas UM teste reagente (treponêmico ou não treponêmico). Para o monitoramento, o VDRL deve ser solicitado imediatamente e depois deve ser realizado mensalmente para acompanhamento da resposta ao tratamento na gestante e trimestralmente para as parcerias sexuais, no primeiro ano; Avaliar e sempre tratar as parcerias; Avaliar estágio clínico da doença conforme PCDT-IST (Brasil, 2022c). Realizar notificação compulsória para as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, conforme estabelecido na Portaria vigente que lista a notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública. Prescrever tratamento:

⁸ O TR de sífilis é um teste treponêmico. Nos casos reagentes, um teste não treponêmico deve ser realizado (VDRL).



			Sífilis primária, secundária e latente recente (com até um ano de evolução): Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, dose única (1,2 milhão UI em cada glúteos); Sífilis latente tardia (com mais de um ano de evolução) ou latente com duração ignorada e sífilis terciária: Penicilina G benzatina, 2,4 milhões UI, IM, (1,2 milhão UI em cada glúteos), uma vez por semana, por três semanas. Dose total de 7,2 milhões UI. A recomendação é que o intervalo entre as doses ocorra, idealmente, a cada 7 (sete) dias, não ultrapassando 9 (nove) dias. Caso alguma dose seja perdida ou o intervalo entre elas seja maior que nove dias, o esquema terapêutico deve ser reiniciado. Em caso de alergia conhecida à penicilina, encaminhar para avaliação médica.
HTLV 1/2	1ª Consulta	Não reagente	Manter o acompanhamento de rotina do pré-natal.
		Reagente	Solicitar de imediato a confirmação diagnóstica, através de amostra sorológica que deve ser enviada ao LACEN/RS; Gestantes com confirmação diagnóstica para o HTLV-1/2 e assintomáticas mantêm o pré-natal na unidade de saúde, devem ser orientadas sobre o risco de transmissão sexual e vertical, e quanto à contra-indicação do aleitamento materno; Realizar notificação, conforme estabelecido na Portaria vigente que lista a notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública; Se gestante sintomática⁹, encaminhar para consulta médica.

⁹ Consultar Guia de manejo clínico da infecção pelo HTLV (Brasil, 2021).



TR para detecção de HIV¹⁰	1ª consulta, 2º trimestre, 3º trimestre e puerpério	TR não reagente: amostra não reagente para HIV;	Manter acompanhamento de rotina do pré-natal; Realizar aconselhamento pré e pós-teste e, se houver suspeita de infecção pelo HIV, recomenda-se repetir o exame em 30 dias.
		Reagente: TR1 reagente, realizar TR2 (marca diferente). Se TR1 e TR2 reagentes = amostra reagente para HIV; Discordante: TR1 reagente, TR2 não reagente: Repetir os dois testes rápidos. Permanecendo a discordância, solicitar exames laboratoriais.	Realizar aconselhamento pós-teste; Compartilhar o cuidado com o serviço de referência para IST/AIDS e/ou com o pré-natal de alto risco para início de terapia antirretroviral, para a profilaxia da transmissão vertical e tratamento da infecção pelo HIV; Realizar notificação compulsória para as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, conforme estabelecido na Portaria vigente que lista a notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública; Manter acompanhamento na APS; Orientar as gestantes HIV positivas a não amamentar.
TR para hepatite C	1ª consulta, idealmente no 1º trimestre da gestação ou em caso história de exposição de risco/ violência sexual	TR não reagente: normal;	Realizar aconselhamento pós-teste; Se reagente, encaminhar para consulta médica. Realizar notificação compulsória para as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, conforme estabelecido na Portaria vigente que lista a notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública. Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica, realizar ou solicitar novo exame em 30 dias.
		TR reagente: contato prévio com o HCV.	

¹⁰ Os TR de HIV são exames diagnósticos, as amostras com resultados reagentes no TR1 e no TR2 não necessitam de coleta de uma nova amostra para comprovação do diagnóstico.



TR para hepatite B	1ª consulta 3º trimestre	HBsAg não reagente: normal;	Se registro de vacina de hepatite B: Iniciar ou completar o esquema vacinal em qualquer idade gestacional; Manter o acompanhamento de rotina do pré-natal, com programação dos exames subsequentes até o momento do parto; Em caso de suspeita clínica e/ou epidemiológica, realizar ou solicitar novo exame em 30 dias.
		HBsAg reagente: suspeita de infecção por hepatite B.	Realizar aconselhamento pré-teste e pós-teste; Realizar notificação compulsória para as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, conforme estabelecido na Portaria vigente que lista a notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública. Encaminhar para consulta médica e/ou serviços de referência para IST/AIDS.
Toxoplasmose IgG e IgM¹¹	1ª consulta, 2º e 3º trimestre	Primeiro exame IgG reagente e IgM não reagente: imunidade remota/ gestante com infecção antiga ou toxoplasmose crônica;	Não é necessário repetir sorologia. Manter PN na unidade de saúde da APS;
		Primeiro exame IgG e IgM não reagente: suscetível;	Orientar medidas de prevenção primária: - Lavar as mãos ao manipular alimentos; - Lavar bem frutas, legumes e verduras antes de se alimentar; - Não ingerir carnes cruas, mal cozidas ou mal passadas, incluindo embutidos (salame, copa etc.); - Evitar o contato com o solo e a terra de jardim; se isso for indispensável, usar luvas e lavar bem as mãos após a atividade; - Evitar contato com fezes de gato;

¹¹ Para toxoplasmose, em razão da endemicidade apresentada no estado do Rio Grande do Sul, está indicado o rastreamento também no 2º trimestre de gestação para gestantes suscetíveis (IgG e IgM não reagentes).



		- Após manusear carne crua, lavar bem as mãos, assim como também toda a superfície que entrou em contato com o alimento e todos os utensílios utilizados; - Não consumir leite e seus derivados crus, não pasteurizados, sejam de vaca ou de cabra; - Propor que outra pessoa limpe a caixa de areia dos gatos e, caso isso não seja possível, tentar limpá-la e trocá-la diariamente utilizando luvas e pzinha; - Alimentar os gatos com carne cozida ou ração, não deixando que eles façam a ingestão de caça; - Lavar bem as mãos após o contato com os animais. Solicitar anticorpos IgG e IgM a cada 1 a 3 meses. Seguir conduta conforme o resultado das amostras subsequentes dos anticorpos IgG e IgM: IgG e IgM não reagentes: gestante continua suscetível a infecção, mantendo-se orientações de prevenção; IgG reagente e IgM não reagente: possibilidade de IgG inicial falso negativo. Provável imunidade remota; avaliar, quando possível, exames prévios à gestação. Se possibilidade de infecção adquirida por alterações ecográficas fetais, encaminhar ao pré-natal de alto risco; IgG e IgM reagentes: a infecção ocorreu durante a gestação. Encaminhar ao pré-natal de alto risco, notificar o caso e encaminhar para avaliação médica; IgG não reagente e IgM reagente: possibilidade de infecção aguda ou IgM falso positivo. Encaminhar ao pré-natal de alto risco, notificar o caso, encaminhar para avaliação médica e repetir anticorpo IgG e IgM (utilizar o mesmo método) após 2 a 3 semanas. Se o IgG continuar negativo, considera-se IgM falso positivo, e o tratamento poderá ser suspenso. Se o IgG se tornar positivo (soroconversão), a infecção na gestação é
--	--	---



			confirmada, devendo-se manter o tratamento.
		Primeiro exame IgG e IgM reagentes: possibilidade de infecção;	Solicitar teste de Avidéz ao IgG; Encaminhar para consulta médica e/ou compartilhar o cuidado com o PNAR; O teste de avidéz de títulos elevados indica infecção antiga, adquirida antes da gestação. O resultado com títulos baixos é indicativo de infecção recente. Para mais informações sugerimos leitura do material de sorologia para toxoplasmose: interpretação e conduta Telecondutas: toxoplasmose na gestação: versão digital 2022 - Quadro 2. https://www.ufrgs.br/telessaunders/documentos/telecondutas/tc_toxoplasmos_egestacao.pdf Realizar notificação compulsória para as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, conforme estabelecido na Portaria vigente que lista a notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública.
		Primeiro exame IgG não reagente e IgM reagente: infecção aguda ou falso positivo; Soroconversão: gestante suscetível, que em sorologias subsequentes tem positividade de IgM ou ambos anticorpos (IgM e IgG).	Realizar notificação compulsória para as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, conforme estabelecido na Portaria vigente que lista a notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública. Encaminhar para consulta médica e/ou compartilhar o cuidado com o PNAR, se soroconversão; Repetir anticorpos IgG e IgM (utilizar o mesmo método) em 3 semanas. Se o IgG continuar negativo, considera-se IgM falso positivo e o tratamento poderá ser suspenso. Se o IgG se tornar positivo (soroconversão), a infecção na gestação é confirmada, devendo-se manter o tratamento.



TSH	Não há evidências para rastreamento universal	- Valores de referência: 1º trimestre: 0,1 a 4,0 mU/L; 2º e 3º trimestres: 0,5 a 4,5 mU/L.	As mulheres grávidas com qualquer uma das seguintes situações são candidatas para a triagem: - Morar em uma área com insuficiência de iodo moderada a grave; - Sintomas de hipotireoidismo; - História familiar ou pessoal de doença da tireoide; - História pessoal de: Bócio, Idade > 30 anos, diabetes tipo 1, irradiação de cabeça e pescoço, aborto recorrente ou parto prematuro, múltiplas gestações anteriores (duas ou mais), obesidade IMC ≥ 40, infertilidade, cirurgia de tireoide prévia, uso de amiodarona, lítio ou administração recente de contraste radiológico iodado. Gestantes com hipotireoidismo apresentam um risco maior de pré-eclâmpsia, parto prematuro, descolamento prematuro de placenta e abortamento em relação à população eutireoidea. Encaminhar para consulta médica e/ou compartilhar o cuidado com o PNAR.
Exame parasitológico de fezes (EPF)	Quando anemia presente ou outras manifestações sugestivas	Negativo: ausência de parasitas.	Orientar medidas profiláticas, como educação sanitária, higiene das mãos, tratamento e fervura da água, manejo adequado dos alimentos: vegetais, frutas, verduras, tubérculos e legumes devem ser cuidadosamente lavados em água corrente e clorados, para eliminar eventuais ovos e cistos de parasitas presentes no solo. A carne de porco, vaca e, principalmente, linguiças devem ser cozidas e nunca ingeridas mal passadas.



		Positivo: conforme descrição de parasitas.	O diagnóstico e o tratamento de gestantes com parasitoses intestinais deveriam ser realizados antes da gestação; Nenhuma droga antiparasitária é considerada totalmente segura na gestação; Quando o quadro clínico é exuberante ou as infecções são maciças, encaminhar para avaliação médica; Orientar medidas profiláticas, conforme supracitado.
Cultura de estreptococo do grupo B (vaginal e retal)	3º trimestre (rastreamento universal de 36 a 37+6 semanas)	Quando resultado positivo, anotar na caderneta da gestante, visto que o tratamento é realizado no momento do parto no hospital de referência obstétrica.	O swab para cultura de GBS deve ser obtido tanto da vagina inferior (intróito, não do colo do útero) quanto do reto (inserindo a ponta do swabs 1 a 2 cm além do esfíncter anal) para atingir a sensibilidade máxima. Após devem ser colocados em meios de transporte e enviados ao laboratório; Um espéculo não deve ser usado para obter a amostra de esfregaço vaginal; Preferencialmente utilizar dois cotonetes (um para cada local). Caso não tenha disponibilidade de dois swab, iniciar a coleta pela vagina e posteriormente o ânus.



Ultrassonografia (USG)¹²	1º trimestre e 2º trimestre	O <i>American College of Obstetricians and Gynecologists</i> (ACOG) recomenda exame de ultrassom para todas as gestantes. O tempo e a frequência dependem da indicação para o exame. Situação ideal: realizar primeiro exame entre 11 e 14 semanas, para datação da IG, avaliar atividade cardíaca, número de fetos e para exame de translucência nuchal; O segundo exame deve ser realizado entre 18 e 20 semanas para estudo morfológico, avaliação da placenta, cordão umbilical e avaliação do crescimento fetal. Caso haja disponibilidade de apenas um exame: o tempo ideal é de 18 a 20 semanas de gestação, pois representa um momento em que o desenvolvimento fetal e a tecnologia de ultrassom atual permitem a detecção ideal de anomalias fetais, além de auxiliar na datação, sem grande erro.
Citopatológico cérvico- vaginal (CP)¹³	Periodicidade e faixa etária conforme as demais mulheres, no <u>Protocolo de Enfermagem na APS - Saúde da Mulher do Coren-RS</u> (2022).	A interpretação do resultado do exame citopatológico e as condutas devem seguir as orientações do <u>Protocolo de Enfermagem na APS - Saúde da Mulher do Coren-RS</u> .

Fonte: Adaptado de SES-RS, 2018; Brasil, 2013, 2016, 2020b; Coren-SP, 2019; Conass, 2019; Baker, 2023; SBD, 2019; Vichinsky, 2023; Shipp, 2023; Ross, 2023; UFRGS, 2022; SES-RS, 2025.

¹² Portaria nº 3.801, de 26 de dezembro de 2017 - Habilita estados e municípios a receberem recursos destinados à realização de novos exames do pré-natal, incluindo valor referente a um segundo exame de ultrassonografia obstétrica.

¹³ A coleta de material endocervical deve ser avaliada caso a caso, pesando riscos e benefícios. Gestantes aderentes ao programa de rastreamento com últimos exames normais podem ter acompanhamento de forma segura sem a coleta endocervical durante a gravidez. Já nos casos com vínculo frágil ao serviço e/ou não aderentes ao programa de rastreamento, o momento da gestação se mostra como valiosa oportunidade para a coleta do exame.



4.6 Idade gestacional e data provável do parto

A IG e DPP podem ser estimadas com base na história, usando a data da última menstruação (DUM). A melhor estimativa da IG é baseada apenas na ultrassonografia, quando uma ultrassonografia é realizada antes de 22 semanas de gestação (SMS-RIBEIRÃO PRETO, 2022).

Os cálculos da idade gestacional e da data provável do parto devem ser atualizados e confirmados a cada consulta (Brasil, 2019).

QUADRO 9 – Cálculo da idade gestacional

DUM	Como calcular
A mulher conhece a DUM exata (primeiro dia do último ciclo menstrual)	Somar o número de dias do intervalo entre a DUM e a data da consulta e dividir o total por 7 (resultado em semanas). Utilização do gestograma (disco para IG e DPP): direcione a seta para o dia e mês da DUM e observar o número de semanas indicado na data da consulta.
A mulher não se recorda da DUM exata, mas se recorda do período do mês em que ela ocorreu	Considerar como DUM os dias 5, 15 e 25, dependendo se o período foi no início, meio ou fim do mês. Somar o número de dias do intervalo entre a DUM presumida e a data da consulta e dividir o total por 7 (resultado em semanas).
A mulher não se recorda da DUM exata e nem do período ou tem ciclos irregulares	Presumir a IG considerando a altura do fundo do útero ou calcular por meio da ultrassonografia obstétrica para a primeira datação e manter esta IG como referência para os cálculos futuros. Observação: a ultrassonografia realizada antes de 22 semanas auxilia na definição da IG; após esse período, o erro na determinação pode ser de até três meses.

Fonte: Brasil, 2019.

QUADRO 10 – Cálculo da data provável do parto

Calcula-se a DPP levando-se em consideração a duração média da gestação normal (280 dias ou 40 semanas, a partir da DUM)	Somar 7 dias ao primeiro dia da última menstruação e subtrair 3 meses ao mês em que ocorreu a última menstruação (abril a dezembro) ou adicionar 9 meses, se corresponder aos meses de janeiro, fevereiro e março. Exemplo 1: DUM: 13/09/04 – DPP: 20/06/05 ($13 + 7 = 20$; e mês $9 - 3 =$ mês 6) Exemplo 2: DUM: 13/02/02 – DPP: 20/11/02 (mês $2 + 9 =$ mês 11) Utilização do gestograma: direcionar a seta para o dia e mês da DUM e observar a data indicada pela seta como DPP.
--	--

Fonte: Brasil, 2019.



5. ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

A estratificação de risco gestacional tem como objetivo reduzir a morbimortalidade materno-infantil e ampliar o acesso ao atendimento especializado e/ou de maior complexidade, a partir da identificação dos riscos gestacionais o mais precocemente possível (Brasil, 2012). A estratificação a cada consulta é um processo dinâmico para identificação de gestantes que necessitam de tratamento imediato e/ou especializado, de acordo com o potencial de risco, os agravos à saúde ou o grau de sofrimento (SES-RS, 2018).

As situações que envolvem fatores clínicos mais relevantes e/ou fatores evitáveis que demandem intervenções com maior densidade tecnológica devem ser necessariamente referenciadas, devendo ainda manter o vínculo com a atenção primária. O cuidado com a gestante, ainda que compartilhado, deve continuar sendo ofertado pela unidade de origem, por meio de consultas médicas e de enfermagem e visitas domiciliares. Isso garante a responsabilidade sobre o cuidado com a gestante (Brasil, 2022a).

Salienta-se que a caracterização de uma situação de risco, todavia, não implica necessariamente referenciar gestantes para o pré-natal de alto risco, sendo necessária avaliação clínica individual. Cabe ressaltar que uma gestação de risco habitual pode se tornar de alto risco a qualquer momento. Portanto, há necessidade de reavaliação a cada consulta, bem como a avaliação de vulnerabilidades e risco social (SES-RS, 2018).

Portanto, este protocolo baseou-se, prioritariamente, nos critérios para estratificação de risco na gestação, abordados no Guia do pré-natal da SES/RS (2018) e no Protocolo de Regulação Ambulatorial - Obstetrícia, TelessaúdeRS-UFRGS (2023), conforme disposto a seguir:

- **Azul:** gestante que não apresenta fatores de risco. Pré-natal será acompanhado pela atenção primária e terá o risco reavaliado a cada consulta.
- **Verde:** gestante que apresenta fatores de risco, mas não necessita de encaminhamento ao alto risco. Pré-natal será acompanhado pela atenção primária e terá o risco reavaliado a cada consulta.
- **Amarelo:** gestante que apresenta condições clínicas específicas, mas não necessita de encaminhamento ao alto risco. Pré-natal será acompanhado pela atenção primária e em outros pontos da rede.
- **Laranja:** gestante que apresenta fatores de risco. Deverá ser encaminhada ao pré-natal de Alto Risco (PNAR), conforme fluxo estabelecido em âmbito municipal, regional ou estadual. A APS permanece responsável pelo acompanhamento da gestante, alternando as consultas com o PNAR.
- **Vermelho:** gestante que apresenta fatores de risco que demandam **encaminhamento imediato para hospital de referência obstétrica.**



QUADRO 11 - Estratificação de risco da gestante

ESTRATO	FATORES DE RISCO	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
PN risco habitual na APS	Gestantes sem fator de risco	Reavaliar fatores de risco a cada consulta, através de exame físico e anamnese.
CARACTERÍSTICAS INDIVIDUAIS E SOCIODEMOGRÁFICAS		
PN risco habitual na APS	- Idade menor do que 15 ou maior do que 35 anos; - Situação familiar insegura e não aceitação da gravidez, principalmente em se tratando de adolescente; - Situação conjugal insegura; - Baixa escolaridade (menor do que cinco anos de estudo regular); - Condições ambientais desfavoráveis; - Altura menor do que 1,45 m; - IMC (Índice de Massa Corporal) que evidencie baixo peso, sobrepeso ou obesidade com $IMC < 40 \text{ kg/m}^2$.	Atenção para gestação em menores de 14 anos (13 anos, 11 meses e 29 dias): se configura situação de crime de estupro de vulnerável, mesmo que tenha havido sexo consentido, ou seja, sem violência ou grave ameaça e mesmo que a vítima já seja sexualmente ativa. É obrigatória a notificação no SINAN e a comunicação ao Conselho Tutelar do município. Gestantes em vulnerabilidade social podem ser acompanhadas concomitantemente pelo Sistema Único de Assistência Social, referenciar ao Centro de Referência de Assistência Social (CRAS) ou Centro de Referência Especializado em Assistência (CREAS) da região. Reavaliar fatores de risco a cada consulta, através de exame físico e anamnese.



SITUAÇÃO OCUPACIONAL		
PN risco habitual na APS	• Esforço físico excessivo; • Carga horária extensa; • Rotatividade de horário; • Exposição a agentes físicos, químicos e biológicos; • Estresse.	· Reavaliar fatores de risco a cada consulta, através de exame físico e anamnese. · Orientar sobre direitos trabalhistas da gestante, que garantem a transferência de função quando a atividade normalmente prestada for prejudicial à gestação (desde que atestado por laudo médico, quando houver necessidade). Ver Capítulo 11 - Aspectos legais e direitos na gestação.
GESTAÇÃO DECORRENTE DE ESTUPRO		
Encaminhar atendimento em violência sexual	Gestação resultante de estupro	Atenção para gestação em menores de 14 anos (13 anos, 11 meses e 29 dias): se configura situação de crime de estupro de vulnerável, a despeito de ter havido sexo consentido, ou seja, sem violência ou grave ameaça e mesmo que a vítima já seja sexualmente ativa. É obrigatória a notificação no SINAN e a comunicação ao Conselho Tutelar do município (Brasil, 2016, p. 27). Na gestação resultante de estupro, a interrupção da gravidez é uma opção, com direito previsto em lei - acessar o Protocolo Saúde da Mulher do COREN-RS (2022). O enfermeiro deve conhecer a rede de atendimento em violência sexual e encaminhar com maior brevidade possível. Referências hospitalares para aborto previsto em lei no RS: - Hospital Universitário - Canoas; - Hospital Geral - Caxias do Sul; - Hospital de Clínicas - Porto Alegre; - Hospital M. Infantil Presidente Vargas - Porto Alegre; - Hospital Nossa Senhora da Conceição - Porto Alegre; - Hospital Fêmina - Porto Alegre; - Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Corrêa Jr. - Rio Grande (Brasil, 2021b).



HIPERTENSÃO		
PN risco habitual na APS	Hipertensão crônica: • sem lesão de órgão-alvo, e • sem risco adicional, e controlada com até um fármaco.	Reavaliar controle da pressão, complicações e risco adicional a cada consulta, através de anamnese, exame físico e exames complementares; Atentar para a possibilidade de pré-eclâmpsia sobreposta, definida por qualquer uma das seguintes condições a partir das 20 semanas de gestação: piora da proteinúria ou do controle pressórico, piora / resistência da HA e/ou sinais e sintomas de pré-eclâmpsia.
PN de alto risco	• hipertensão gestacional atual (diagnóstico após 20ª semana), após exclusão da suspeita de pré-eclâmpsia; • hipertensão gestacional em gestação anterior, sem histórico de má antecedência obstétrica e/ou perinatal; • hipertensão crônica (previamente hipertensa ou diagnosticada antes da 20ª semana gestacional) com: • lesão em órgão-alvo (presença de proteinúria ou doença renal crônica, hipertrofia de ventrículo esquerdo, retinopatia); ou • hipertensão grave (PA sistólica ≥ 160 mmHg ou PA diastólica ≥ 110 mmHg), independente do tratamento, após avaliação em emergência; ou • hipertensão leve a moderada (PA sistólica $\geq$	Referenciar a gestante via regulação, conforme fluxo estabelecido para o pré-natal de alto risco; Manter o vínculo com a gestante, por meio de consultas e visitas domiciliares; Monitorar PA, consultar o Protocolo de Enfermagem na APS Hipertensão e Diabetes do COREN-RS (2020); Apoiar o plano de cuidados com enfoque na adesão ao tratamento e mudança no estilo de vida (MEV); Realizar coordenação do cuidado a partir de acompanhamento compartilhado em equipe multiprofissional e Atenção Ambulatorial Especializada (AAE); Atentar para presença de edema patológico de membros inferiores MMII (sinal indicativo de proteinúria e pré-eclâmpsia). Gestantes com antecedente de pré-eclâmpsia grave, restrição de



	140 a 159 mmHg ou PA diastólica $\geq$ 90 a 109 mmHg) com uso de dois ou mais fármacos antihipertensivos; ou • suspeita de hipertensão secundária; ou • tabagismo; ou • idade materna $\geq$ 40 anos; ou • diagnóstico de diabetes mellitus ou diabetes gestacional; ou • mau resultado obstétrico e/ou perinatal em gestação prévia (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina ou perinatal, síndrome HELLP, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, parada cardiorrespiratória, internação em CTI durante a gestação, entre outras); ou • sinais de insuficiência placentária (oligoidrâmnio, restrição de crescimento fetal, aumento de resistência de artérias uterinas); • diagnóstico de pré-eclâmpsia, após estratificação de gravidade em serviço de emergência obstétrica; • hipertensão gestacional em gestação anterior, com histórico de mau antecedente obstétrico e/ou perinatal (interrupção prematura da gestação, morte fetal intrauterina ou perinatal, síndrome HELLP, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, parada cardiorrespiratória ou internação em CTI durante a gestação, entre outras).	crescimento fetal, eclâmpsia e síndrome HELLP, para o manejo, ver Quadro 13 - Atenção às intercorrências clínicas e obstétricas do pré-natal.
--	---	--



Encaminhamento imediato para hospital de referência obstétrica	Crise hipertensiva: PA sistólica ≥ 160 mmHg ou PA diastólica ≥ 110 mmHg OU Suspeita de pré-eclâmpsia: Pré-eclâmpsia: hipertensão arterial após as 20 semanas de gestação e mais UM dos seguintes critérios: • Proteinúria (≥ 300 mg em amostra de urina de 24 horas ou proporção de proteína/ creatinina $\geq 0,3$ mg/dL em uma amostra de urina ou fita reagente $\geq 2+$); ou • Contagem de plaquetas <100.000 céls/mm³; ou creatinina sérica $> 1,1$ mg/dL ou aumento em duas vezes no seu valor basal na ausência de outra doença renal; ou • Aumento das transaminases hepáticas (duas vezes o limite superior de normalidade); ou edema pulmonar; ou cefaleia persistente e de início recente (excluindo outros diagnósticos e não responsiva a analgesia usual); ou sintomas visuais (visão turva, luzes piscando ou faíscas, escotomas); ou dor epigástrica ou em hipocôndrio direito, intensa e persistente, não explicada por diagnósticos alternativos. Hipertensão crônica com pré-eclâmpsia sobreposta: história de hipertensão antes da gravidez ou com início anterior às 20 semanas de gestação associado à pré-eclâmpsia. Deve-se	Após alta hospitalar, a APS deve priorizar o atendimento da gestante; Apoiar o plano de cuidados com enfoque na adesão ao tratamento e MEV; Monitorar PA, consultar o Protocolo de Enfermagem na APS Hipertensão e Diabetes do COREN-RS (2020); Realizar coordenação do cuidado a partir de acompanhamento compartilhado em equipe multiprofissional e AAE; Reavaliar a estratificação de risco e encaminhamento para o PNAR, se for necessário.
---	---	---



suspeitar se:

- súbita exacerbação de hipertensão, ou piora ou surgimento de proteinúria; ou
- aumento repentino de enzimas hepáticas a níveis anormais; ou
- início de sintomas sugestivos de pré-eclâmpsia; ou
- níveis elevados de ácido úrico.

Pré-eclâmpsia grave: diagnóstico de pré-eclâmpsia (isolada ou sobreposta à hipertensão crônica) e:

- estado hipertensivo com pressão arterial (PA) sistólica ≥ 160 mmHg e/ou PA diastólica ≥ 110 mmHg, confirmada por intervalo de 15 minutos, aferida com técnica adequada; ou
- síndrome HELLP: hemólise, aumento de enzimas hepáticas e plaquetopenia; ou
- sinais de iminência de eclâmpsia: cefaleia, distúrbios visuais (fotofobia, fosfenas e escotomas), hiper-reflexia, náuseas, vômitos e dor no andar superior do abdome (epigástrio ou no hipocôndrio direito); ou
- eclâmpsia: quadro de convulsões tônico-clônicas, focais ou multifocais, ou coma em mulher com qualquer quadro hipertensivo, não causadas por epilepsia ou que não podem ser atribuídas a outras causas; ou
- edema agudo de pulmão; ou
- dor torácica, queixa que deve ser valorizada, se estiver acompanhada ou não por alterações respiratórias, situação que pode ser o resultado de intensa vasculopatia cardíaca e/ou pulmonar; ou



	• insuficiência renal, identificada pela elevação progressiva dos níveis séricos de creatinina ($\geq 1,2$ mg/dL) e ureia, além da progressão para oligúria (diurese inferior a 500 mL/24 horas).	
DIABETES		
PN de risco habitual na APS	Diabetes Mellitus Gestacional (DMG): • GJ realizada no primeiro trimestre com valor ≥ 92 mg/dL e ≤ 125 mg/dL; ou • TOTG com sobrecarga de 75 g de glicose (realizado entre 24 e 28 semanas, para gestantes que no primeiro exame de glicemia apresentaram valor inferior a 92 mg/dL) com pelo menos um dos seguintes resultados: ○ glicemia em jejum ≥ 92 mg/dL e ≤ 125 mg/dL; e/ou ○ glicemia após 1 hora ≥ 180 mg/dL; e/ou ○ glicemia após 2 horas ≥ 153 mg/dL e ≤ 199 mg/dL	Realizar escuta qualificada, considerando os sentimentos e impactos decorrentes desse diagnóstico para a mulher e na vivência da gestação - iniciar plano de cuidados, consultar o Protocolo de Enfermagem na APS Hipertensão e Diabetes do COREN-RS (2020); Promover autocuidado e MEV, com enfoque na alimentação saudável e atividade física com segurança e de acordo a idade gestacional; Identificar rede de apoio e fatores de risco à adesão ao tratamento; Solicitar monitoramento glicêmico no domicílio ou na unidade de saúde, conforme disponibilidade, via glicemia capilar em jejum e 2h após o café, almoço e janta; Monitorar metas glicêmicas (glicemia capilar em jejum < 95 mg/dL ou 2 horas após refeição < 120 mg/dL) por duas semanas; Programar seguimento a partir de consultas intercaladas com o médico conforme a rotina do pré-natal de risco habitual; Encaminhar para AAE para acompanhamento de GESTAÇÃO DE ALTO RISCO se não atingir o controle glicêmico em duas semanas com orientações dietéticas e atividade física apropriada e a qualquer momento se diagnóstico associado de hipertensão arterial (HA).



PN Alto Risco	Diabetes Mellitus Gestacional (DMG): Conforme parâmetros acima E • necessidade de tratamento farmacológico com hipoglicemiante oral para obter controle glicêmico adequado; • uso de insulina; ou • gestante com hipertensão (crônica ou gestacional); • crescimento fetal excessivo (circunferência abdominal fetal $\geq$ percentil 75); Diabetes Mellitus (DM) na gestação: • DM (tipo 1, 2 ou outro) diagnosticado antes do período gestacional; ou • diagnóstico de DM durante a gestação, conforme os seguintes parâmetros: ○ glicemia em jejum maior ou igual a 126 mg/dL; ○ glicemia 2 horas após sobrecarga de 75 g de glicose maior ou igual a 200 mg/dL; ○ hemoglobina glicada maior ou igual a 6,5%; ○ glicemia aleatória maior ou igual a 200 mg/dL na presença de sintomas (poliúria, polidipsia e perda de peso). <u>E gestante com HA:</u> • ausência de lesão em órgão-alvo; e • sem indicação de insulina; e • crescimento fetal adequado. <u>OU</u> • lesão em órgão-alvo; ou uso de insulina; ou gestante com hipertensão (crônica ou gestacional) ou crescimento fetal excessivo (circunferência abdominal fetal $\geq$ percentil 75).	Realizar escuta qualificada, acolhendo os sentimentos e o impacto decorrentes desse diagnóstico na vida da mulher e na vivência do período gestacional; O tratamento não farmacológico (orientações dietéticas e atividade física apropriada) deve ser iniciado em todas as gestantes com diabetes gestacional. Se não houver controle glicêmico adequado em 2 semanas, além de encaminhar ao Pré-Natal de Alto Risco, também encaminhar para consulta médica para avaliar necessidade de iniciar tratamento farmacológico na APS; Contribuir ao plano de cuidados com enfoque na adesão ao tratamento e MEV, consultar o <u>Protocolo de Enfermagem na APS - Hipertensão e Diabetes do COREN-RS (2020)</u>; Realizar coordenação do cuidado a partir de acompanhamento compartilhado em equipe multiprofissional e AAE; O enfermeiro deve manter o vínculo com a gestante, através de consultas e visitas domiciliares.
----------------------	--	---



ANEMIA		
PN risco habitual na APS	Anemia leve e moderada Hemoglobina entre 8 e 11 g/dl.	Reavaliar fatores de risco a cada consulta, através de exame físico e anamnese; Tratar e orientar gestante conforme Quadro 13 - Atenção às intercorrências clínicas e obstétricas do pré-natal.
PN de Alto Risco	• Gestante com suspeita ou diagnóstico de anemia falciforme ou outras hemoglobinopatias (consultar Protocolo de Regulação Ambulatorial - Obstetrícia, TelessaúdeRS-UFRGS, 2023); • Suspeita ou diagnóstico de outras anemias hemolíticas (consultar Protocolo de Regulação Ambulatorial - Obstetrícia, TelessaúdeRS-UFRGS, 2023); • Hemoglobina < 8 g/dl sem sinais ou sintomas de gravidade; • Hemoglobina $\geq$ 8 g/dL e < 11 g/dL sem melhora após 1 mês de tratamento otimizado; • Hemoglobina < 10 g/dl em pacientes com cirurgia bariátrica prévia.	Referenciar a gestante via regulação, conforme fluxo estabelecido para o pré-natal de alto risco; Realizar coordenação do cuidado a partir de acompanhamento compartilhado em equipe multiprofissional e AAE; O enfermeiro deve manter o vínculo com a gestante, através de consultas e visitas domiciliares; Consultar Quadro 13 - Atenção às intercorrências clínicas e obstétricas do pré-natal.
Encaminhamento imediato ao hospital de referência obstétrica	• Anemia com sinais ou sintomas de gravidade: dispneia, taquicardia, hipotensão, instabilidade hemodinâmica; • Doença falciforme com crise álgica ou outros sinais de gravidade; • Presença de citopenias concomitantes com critérios de gravidade: ○ citopenias e manifestações clínicas suspeitas de	Após alta hospitalar, a APS deve priorizar o atendimento da gestante. Reavaliar a estratificação de risco e encaminhamento para o PNAR, se for necessário.



		leucemia aguda (como fadiga generalizada, fraqueza, palidez, equimoses, petéquias, sangramentos, infecções recorrentes); ou ○ citopenias em pessoas com linfonodomegalia/esplenomegalia não explicada por quadro infeccioso agudo; ou ○ presença de blastos ou promielócitos no sangue periférico; ou ○ paciente com febre e neutropenia (< 1500 céls/mm ³); ou ○ bicitopenia/pancitopenia com alterações hematológicas graves, como: hemoglobina < 7 g/dL; e/ou neutrófilos < 500 céls/mm ³ ; e/ou plaquetas < 50 mil céls/mm ³ .	
HIPOTIREOIDISMO E HIPERTIREOIDISMO			
PN de risco habitual na APS		Hipotireoidismo: controlado com até 2,5 mcg/kg/dia de levotiroxina.	Controle com dosagem de TSH a cada quatro semanas em consulta médica.
PN de alto risco	Referenciar endocrinologia	• Diagnóstico de hipertireoidismo franco, afastada tireotoxicose gestacional transitória (para diagnóstico diferencial consultar Protocolo de Regulação Ambulatorial - Obstetrícia, TelessaúdeRS-UFRGS, 2023); • Diagnóstico de hipertireoidismo subclínico, afastada tireotoxicose gestacional transitória (para diagnóstico diferencial consultar Protocolo de Regulação Ambulatorial - Obstetrícia, TelessaúdeRS-UFRGS, 2023).	Referenciar a gestante via regulação, conforme fluxo estabelecido para o PNAR e endocrinologia. O enfermeiro deve manter o vínculo com a gestante, através de consultas e visitas domiciliares.



PN de alto risco	• Suspeita de hipotireoidismo central (TSH normal ou baixo e T4 livre ou total baixo); • Hipotireoidismo primário, usando mais de 2,5 mcg/kg/dia de levotiroxina, sem controle adequado; • Pacientes com suspeita de tireotoxicose gestacional, na indisponibilidade de exame de anticorpo TRAb;	Referenciar a gestante via regulação, conforme fluxo estabelecido para o PNAR; O enfermeiro deve manter o vínculo com a gestante, através de consultas e visitas domiciliares.
GESTÇÃO COM ABORTAMENTO RECORRENTE OU RISCO DE PREMATURIDADE		
PN de alto risco	• História de abortamento recorrente: Perda espontânea e consecutiva de duas ou mais gestações documentadas por ecografia ou exame histopatológico; • Presença de comorbidades que aumentam o risco de abortamento espontâneo, como suspeita clínica de síndrome antifosfolípídeo, (considerar pelo menos um dos critérios clínicos): ○ Trombose vascular: um ou mais episódios de trombose arterial ou venosa confirmada, com exceção de trombose venosa superficial; ○ Morbidade obstétrica: uma ou mais mortes inexplicáveis de fetos morfolologicamente normais a partir da 10ª semana de gestação. ○ Um ou mais nascimentos prematuros ocasionados de neonatos morfolologicamente normais antes da 34ª semana de gestação, ocasionados por pré-eclâmpsia ou insuficiência placentária grave. ○ Três ou mais abortos espontâneos inexplicáveis consecutivos antes da 10ª semana, com causa	Referenciar gestante via regulação, conforme fluxo estabelecido para o PNAR; O enfermeiro deve manter o vínculo com a gestante, através de consultas e visitas domiciliares.



	cromossômica excluída. • Suspeita atual ou história prévia de incompetência istmo-cervical: ○ Diagnóstico de colo curto em gestante assintomática (comprimento cervical determinado por ecografia transvaginal inferior a 2,5 cm, antes de 24 semanas, em mulher com história de parto prematuro prévio); ou ○ Perda espontânea de uma ou mais gestações no segundo trimestre ou nascimento espontâneo de pré-termo extremo (abaixo de 28 semanas); ou ○ Dilatação do orifício cervical interno (≥ 1 cm), constatada no exame físico no segundo trimestre, na ausência de contrações, após avaliação no centro obstétrico.	
Encaminhamento imediato para hospital de referência obstétrica	• Sinais e sintomas sugestivos de abortamento em curso ou inevitável (sangramento vaginal ativo associado à dor abdominal, presença de colo aberto, saída de material sugestivo de restos ovulares ao exame especular); • Suspeita de trabalho de parto pré-termo (contrações regulares e modificação de colo uterino em gestantes com menos de 37 semanas); • Dilatação do orifício cervical interno (≥ 1 cm), constatada no exame físico no segundo trimestre.	Após alta hospitalar, o enfermeiro deve: Na manutenção da gestação: Reavaliar a estratificação de risco e realizar encaminhamento para o pré-natal de alto risco, se for necessário. Na confirmação do abortamento: Consulta pós-abortamento (ver Capítulo 15 - Luto perinatal), orientação sobre planejamento reprodutivo e métodos contraceptivos (ver Protocolo de Enfermagem na APS - Saúde da Mulher do COREN-RS).



HEPATITES B/C			
PN compartilhado com SAE ou infectologia (quando SAE não tratar)		- Gestante com hepatite B diagnosticada por positividade de HBsAg ou teste rápido para hepatite B; - Gestante com hepatite C confirmada por carga viral do vírus C.	Referenciar gestante com plano de cuidado para o SAE ou infectologia (quando SAE não tratar); Investigar outras IST; O enfermeiro deve manter o vínculo com a gestante, através de consultas e visitas domiciliares.
Referenciar gastroenterologia	PN alto risco	- Hepatite B diagnosticada por positividade de HBsAg ou teste rápido para hepatite B e suspeita ou diagnóstico de cirrose; - Hepatite C confirmada por carga viral do vírus C e suspeita ou diagnóstico de cirrose.	Referenciar gestante com plano de cuidados, via regulação (conforme fluxo estabelecido em âmbito municipal ou estadual) para o serviço de pré-natal de alto risco e/ou gastroenterologia; Investigar outras IST; O enfermeiro deve manter o vínculo com a gestante, através de consultas e visitas domiciliares.
GESTANTE VIVENDO COM HIV/AIDS			
PN risco habitual APS	PN compartilhado com SAE	Gestante com HIV/AIDS.	Referenciar com plano de cuidado para Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE) de referência regional e/ou municipal para manejo clínico do HIV/AIDS;
PN de alto risco		Gestante vivendo com HIV/AIDS (somente se SAE de referência não trata gestantes).	Investigar outras IST; O enfermeiro deve manter o vínculo com a gestante, através de consultas e visitas domiciliares.



CONDILOMA ACUMINADO/VERRUGAS VIRAIS/MOLUSCO CONTAGIOSO			
Referenciar para dermatologia	PN de alto risco	Gestante com condiloma acuminado (exterior ao canal vaginal) / verrugas virais molusco contagioso refratários ao tratamento na APS por 3 meses.	Referenciar gestante via regulação, conforme fluxo estabelecido, para a dermatologia ou pré-natal de alto risco; Investigar outras IST em pessoas que apresentam condiloma acuminado. Oferecer testagem para sífilis e HIV no momento do diagnóstico e em 4-6 semanas após o diagnóstico e para hepatite B e C no diagnóstico, além de PCR para Clamídia e Gonococo, se disponível. O uso de testes rápidos deve ser sempre preconizado; O enfermeiro deve manter o vínculo com a gestante, através de consultas e visitas domiciliares.
Referenciar para proctologia		Gestante com condiloma acuminado em topografia anorretal com indicação de tratamento cirúrgico (lesões retais ou lesões perianais extensas ou muito numerosas).	Referenciar gestante via regulação, conforme fluxo estabelecido, para a proctologia; Investigar outras IST em pessoas que apresentam condiloma acuminado. Oferecer testagem para sífilis e HIV no momento do diagnóstico e em 4-6 semanas após o diagnóstico e para hepatite B e C no diagnóstico, além de PCR para Clamídia e Gonococo, se disponível. O uso de testes rápidos deve ser sempre preconizado; O enfermeiro deve manter o vínculo com a gestante, através de consultas e visitas domiciliares.
PN de alto risco		• Gestante com condiloma acuminado (verruga anogenital) com indicação de tratamento cirúrgico (lesões que obstruem o canal do parto, lesões extensas ou numerosas – maiores que 20 cm²); • Gestante com condiloma acuminado no canal vaginal ou colo uterino.	Referenciar gestante via regulação, conforme fluxo estabelecido, para o PNAR; Investigar outras IST em pessoas que apresentam condiloma acuminado. Oferecer testagem para sífilis e HIV no momento do diagnóstico e em 4-6 semanas após o diagnóstico e para hepatite B e C no diagnóstico, além de PCR para Clamídia e Gonococo, se disponível. O uso de testes rápidos deve ser sempre preconizado; O enfermeiro deve manter o vínculo com a gestante, através de consultas e visitas domiciliares.



SÍFILIS		
PN de risco habitual na APS	Sífilis em gestante.	Tratar e orientar gestante e parceria(s) (fundamental para evitar reinfecção), conforme Quadro 8 - Solicitação de exames de rotina, interpretação e condutas; Reavaliar fatores de risco a cada consulta, através de exame físico, laboratorial e anamnese.
PN de alto risco ou medicina fetal	• Gestante com falha ao tratamento ou suspeita de neurosífilis assintomática; • Achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita (hepatomegalia, placentomegalia, anemia, com base na velocidade sistólica de pico da artéria cerebral média do Doppler > 1,5 múltiplos da mediana, polidrâmnio, ascite ou hidropisia. <u>Não é possível excluir ou confirmar sífilis congênita com base no resultado da ecografia).</u>	Referenciar a gestante via regulação, conforme fluxo estabelecido, para o PNAR ou medicina fetal; O enfermeiro deve manter o vínculo através de consultas e visitas domiciliares.
Encaminhamento imediato ao hospital de referência obstétrica	• Gestantes com sífilis e alergia à penicilina (para dessensibilização); • Gestantes com suspeita de neurosífilis por sinais ou sintomas neurológicos e oftalmológicos.	Após alta hospitalar, o enfermeiro deve priorizar o atendimento; Reavaliar a estratificação de risco e encaminhamento para o PNAR, se for necessário.



TOXOPLASMOSE		
PN alto risco	Suspeita ou diagnóstico de toxoplasmose gestacional (ver Quadro 8 - Solicitação de exames de rotina, interpretação e condutas).	Referenciar gestante via regulação, conforme fluxo estabelecido, para o PNAR; O enfermeiro deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares.
Encaminhamento imediato ao hospital de referência obstétrica	• Gestantes imunossuprimidas com sintomas de toxoplasmose aguda/reactivada; ou • Gestantes com suspeita de toxoplasmose com lesão de órgão-alvo (coriorretinite, miocardite, meningoencefalite, pneumonite ou miosite).	Após alta hospitalar, referenciar gestante via regulação, conforme fluxo estabelecido, para o PNAR; O enfermeiro deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares.
ALTERAÇÕES ECÓGRAFICAS NA GESTAÇÃO		
PN de alto risco	Alterações no líquido amniótico: ○ oligodrâmnio (ILA $\leq$ 5 cm ou bolsão $<$ 2 cm), após avaliação em emergência obstétrica; ○ polidrâmnio (ILA $\geq$ 24 cm ou bolsão $\geq$ 8 cm), após avaliação em emergência obstétrica, se necessário. Alterações placentárias: ○ placenta prévia independentemente da idade gestacional; ou ○ placenta de inserção baixa (distanto $\leq$ 2 cm do orifício cervical interno) em ecografia realizada em gestante com mais de 28 semanas de gestação; ○ acretismo placentário ou situação de alto risco para essa condição (implantação placentária	Referenciar gestante via regulação, conforme fluxo estabelecido, para o PNAR ou medicina fetal. O enfermeiro deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares.



	anterior sobre a cicatriz de cesariana prévia); ● síndrome da banda amniótica ou identificação de banda amniótica em ecografia. Alterações fetais: ○ alterações graves como ascite, hidropisia e derrame pericárdico, após avaliação em emergência obstétrica. ○ crescimento intrauterino restrito (feto abaixo do percentil 10 para idade gestacional), após avaliação em emergência obstétrica;	
Referenciar para Obstetrícia/Medicina Fetal	● evidência ecográfica de fetos com malformações congênitas maiores não cardíacas (Anencefalia, Holoprosencefalia, meningomielocoele com ou sem hidrocefalia, Fendas palatinas (com ou sem lábio leporino), Hérnia diafragmática, cardiopatia congênita, Agenesia renal unilateral, Estenose de piloro, Malformação de membros superiores ou inferiores) ou sugestivas de prováveis doenças genéticas (como microcefalia, higroma cístico, onfalocele, gastrosquise); ● evidência ecográfica de fetos com cardiopatias congênitas; ● ecografia obstétrica realizada entre 11 e 13+6 semanas, com translucência nucal acima do percentil 95 para idade gestacional, conforme o comprimento cabeça-nádega (ver Anexo 3); ● ecografia obstétrica com outros marcadores que indiquem risco elevado para cromossomopatia.	



Encaminhamento imediato ao hospital de referência obstétrica	• oligodrâmnio (ILA $\leq$ 5 cm ou bolsão $<$ 2 cm), para avaliação de bem-estar fetal; • polidrâmnio (ILA $\geq$ 24 cm ou bolsão $\geq$ 8 cm) sintomático (dor, dispneia); • placenta prévia com sangramento; • crescimento intrauterino restrito (feto abaixo do percentil 10 para idade gestacional), para avaliação de bem-estar fetal; • alterações fetais graves como ascite, hidropisia, derrame pericárdico, para avaliação de bem-estar fetal.	Após alta hospitalar, referenciar gestante via regulação, conforme fluxo estabelecido, para o PNAR; O enfermeiro deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares.
ISOIMUNIZAÇÃO RH		
PN de alto risco	• Gestante com diagnóstico de isoimunização Rh em gestação anterior; • Gestante com coombs indireto positivo, em qualquer título; • Gestante com feto apresentando achados ecográficos de anemia, após avaliação em hospital de referência obstétrica.	Referenciar gestante via regulação, conforme fluxo estabelecido, para o PNAR; O enfermeiro deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares.
Encaminhamento imediato ao hospital de referência obstétrica	Isoimunização Rh ou por anticorpos irregulares, com feto apresentando achados ecográficos de anemia (alteração da ecotextura placentária; derrame pericárdico; cardiomegalia; aumento do líquido amniótico; oligodrâmnio; ascite fetal; edema de subcutâneo; derrame pleural; velocidade máxima do pico sistólico da artéria cerebral média $>$ 1,5 desvios-padrão ou 1,5 múltiplos da mediana), para avaliação de bem-estar fetal.	Após alta hospitalar, referenciar gestante via regulação, conforme fluxo estabelecido, para o PNAR; O enfermeiro deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares.



INFECÇÃO DE TRATO URINÁRIO		
PN de risco habitual na AB	ITU em gestante.	Reavaliar fatores de risco a cada consulta, através de exame físico e anamnese. Orientar conforme Quadro 13 - Atenção às intercorrências clínicas e obstétricas do pré-natal; Agendar consultas com intervalos mais frequentes, considerando o período gestacional.
PN de alto risco	Gestante com infecção de repetição (≥2 infecções em seis meses ou ≥3 infecções em um ano).	Cilindrúria, hematúria sem ITU ou sangramento genital e proteinúria maciça ou dois exames seguidos com traços: encaminhar para avaliação médica. Se necessário, encaminhar ao PNAR. Proteinúria: - Traços de proteinúria após repetição do exame em 15 dias; - Proteinúria maciça; - ITU refratária ou de repetição; Orientar conforme Quadro 13 - Atenção às intercorrências clínicas e obstétricas do pré-natal.
Encaminhamento imediato ao hospital de referência obstétrica	Gestante com sintomas de ITU complicada (caracterizada por pielonefrite e/ou com resistência aos antibióticos de primeira escolha) ou de repetição. Na presença de traços de proteinúria + hipertensão e/ou edema;	Após alta hospitalar, o enfermeiro deve priorizar o atendimento; Reavaliar a estratificação de risco e encaminhamento para o PNAR, se for necessário.
FATORES RELACIONADOS À GESTAÇÃO ATUAL		
PN de risco habitual na AB	Ganho de peso ponderal inadequado, na ausência de demais fatores de risco.	Reavaliar fatores de risco a cada consulta, através de exame físico e anamnese;



			Orientar conforme Quadro 12 – Manejo das queixas mais frequentes na gestação; Agendar consultas com intervalos mais frequentes, considerando o período gestacional.
PN risco habitual AB	Acompanham ento Rede de Saúde Mental	Transtornos mentais graves que necessitam acompanhamento com especialista focal (como psicose, depressão grave ou transtorno de humor bipolar).	Referenciar para a rede de saúde mental (psiquiatria, CAPS, NAAB, equipes multiprofissionais ou outros dispositivos da rede); O enfermeiro deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares.
PN de alto risco		Condições fetais: • Gemelaridade dicoriônica/diamniótica ou monócoriônica e/ou monoamniótica; • Suspeita de crescimento intrauterino restrito por altura uterina, quando não houver ecografia disponível. Condições maternas: • Infarto do miocárdio prévio ou cardiopatias graves; • Pneumopatias graves; • Nefropatias graves (como doença renal crônica, como glomerulonefrite); • Doenças hematológicas (como trombofilias, anemia falciforme, púrpura trombocitopênica idiopática); • Doenças neurológicas (como epilepsia, acidente vascular prévio, paraplegia/tetraplegia); • Doenças autoimunes (lúpus eritematoso sistêmico, síndrome antifosfolípideo, outras colagenoses);	Referenciar gestante via regulação, conforme fluxo estabelecido, para o PNAR e/ou medicina fetal; O enfermeiro deve manter o vínculo, através de consultas e visitas domiciliares; Gestante com história prévia de tromboembolismo venoso (exceto se causado por fator transitório como trauma, imobilidade ou cirurgia) deve iniciar tratamento profilático na APS. Encaminhar para avaliação médica. Gestante com história prévia de tromboembolismo venoso (exceto se causado por fator transitório como trauma, imobilidade ou cirurgia) deve iniciar tratamento profilático na Atenção Primária à Saúde. Entrar em contato com TelessaúdeRS pelo canal 0800 644 6543 para suporte clínico.



	• Deformidade esquelética materna grave; • Desnutrição ou obesidade grau III (IMC $\geq 40,0$ kg/m²); • Diagnóstico de neoplasia maligna atual ou no ano anterior à gestação (com exceção de neoplasia de pele não melanoma); • Suspeita de câncer de mama ou ginecológico (tumor anexial, displasia de alto grau); • Tromboembolismo venoso prévio; • Histórico de cirurgia bariátrica com deficiência nutricional atual; • Gestante com 3 ou mais cesarianas prévias; • Anormalidades uterinas congênitas (como útero bicornio, septado, didelfo); • Anormalidades uterinas adquiridas (grandes miomas de segmento anterior; miomas de localização retroplacentária; miomas volumosos ou múltiplos, que causem distorção da cavidade uterina; mioma com história de perdas gestacionais, cirurgia uterina prévia como miomectomia, conização, ablação endometrial, correção de anomalias uterinas ou sinéquias); • Cirurgia bariátrica prévia até 1 ano antes da gestação.	
CONDIÇÕES CLÍNICAS DE RISCO EM GESTAÇÃO PRÉVIA		
PN de risco habitual na AB	• Recém-nascido com restrição de crescimento, pré-termo maior de 34 semanas ou com má formação; • Macrosomia fetal;	Reavaliar fatores de risco a cada consulta.



		• Intervalo interpartal menor do que dois anos ou maior do que cinco anos; • Nuliparidade e multiparidade (cinco ou mais partos); • Cirurgia uterina anterior.	
PN risco habitual AB	Acompanhamento Rede Saúde Mental	Gestantes com transtorno bipolar prévio ou com uso de álcool e outras drogas.	Referenciar para a rede de saúde mental (psiquiatria, CAPS, NAAB, equipes multiprofissionais ou outros dispositivos da rede); O enfermeiro deve manter o vínculo com a gestante, através de consultas e visitas domiciliares.
PN de alto risco		Condições fetais: • História prévia de conceitos com malformações congênitas maiores (Anencefalia, Holoprosencefalia, Meningomielocoele com ou sem hidrocefalia, Fendas palatinas com ou sem lábio leporino, Hérnia diafragmática, Cardiopatia congênita, Agenesia renal unilateral, Estenose de piloro, Malformação de membros superiores ou inferiores); • História prévia de conceitos com doenças raras (como cromossomopatias, erro inato de metabolismo, entre outras). Condições maternas: • História de óbito fetal no 3º trimestre; • Má antecedência obstétrica (Síndrome HELLP, pré-eclâmpsia ou eclâmpsia, parada cardiorrespiratória ou internação em CTI durante a gestação, hemorragia em parto anterior, entre outros);	Referenciar a gestante via regulação, conforme fluxo estabelecido, para o PNAR e/ou medicina fetal; O enfermeiro deve manter o vínculo com a gestante, por meio de consultas e visitas domiciliares.



	• Acretismo placentário em gestação anterior; • História de parto prematuro com menos de 34 semanas; • Cesariana prévia com incisão uterina longitudinal.	
TROMBOCITOPENIA		
PN de alto risco	Trombocitopenia com contagem plaquetária < 100 mil/mm ³ , em qualquer trimestre da gestação - suspeita de outras causas que não trombocitopenia gestacional.	Referenciar a gestante via regulação, conforme fluxo estabelecido, para o PNAR e/ou medicina fetal; O enfermeiro deve manter o vínculo com a gestante, através de consultas e visitas domiciliares.
Encaminhamento imediato ao hospital de referência obstétrica	• Qualquer manifestação hemorrágica; • Trombocitopenia assintomática e valor de plaquetas inferior a 30 mil/mm³; • Citopenias com critérios de gravidade (ver Quadro 3 no apêndice); • Trombocitopenia associada a: ○ aumento da pressão arterial (PA sistólica ≥ 140 mmHg ou PA diastólica ≥ 90 mmHg); ○ presença de anemia hemolítica; ○ elevação de transaminases ou provas de função hepática; ○ perda de função renal (elevação de creatinina prévia, proteinúria).	Após alta hospitalar, o enfermeiro deve priorizar o atendimento; Reavaliar a estratificação de risco e encaminhamento para o PNAR, se for necessário.
PN de alto risco	Gestante com falha ao tratamento ou suspeita de neurosífilis assintomática; Achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita.	Referenciar a gestante via regulação, conforme fluxo estabelecido, para o PNAR; O enfermeiro deve manter o vínculo com a gestante, através de consultas e visitas domiciliares.



Encaminhamento imediato ao hospital de referência obstétrica	Gestante com sífilis e alergia à penicilina, para dessensibilização (história comprovada de alergia grave. Ex: reação anafilática prévia ou lesões cutâneas graves, como síndrome de Stevens-Johnson após uso de penicilina); Gestante com suspeita de neurosífilis por sinais ou sintomas neurológicos ou oftalmológicos agudos/subagudos.	Após alta hospitalar, o enfermeiro deve priorizar o atendimento; Reavaliar a estratificação de risco e encaminhamento para o PNAR, se for necessário.
---	---	---

Fonte: TelessaúdeRS-UFRGS, 2023; SES-RS, 2018; Zajdenverg *et al.*, 2022; Pavord *et al.*, 2019

Mulheres negras e que ocupam lugares sociais desfavoráveis tendem a sofrer desigualdades na atenção à saúde, inclusive no pré-natal. Estudos evidenciaram que mulheres negras possuem menor chance de iniciar o pré-natal antes das 12 semanas de gestação, ter seis ou mais consultas, realizar teste de HIV, exame VDRL e receber orientações referentes aos cuidados na gestação e parto (LESSA *et al.*, 2022). Ainda, alguns fatores de risco como hipertensão e diabetes são mais prevalentes em mulheres negras, deste modo, essa população merece atenção especial durante o pré-natal na APS.

Ressalta-se que as condições de saúde elencadas são as mais comuns que necessitam de acompanhamento na APS e/ou encaminhamento para demais serviços da Rede de Atenção à Saúde. Porém, é necessária a avaliação das situações clínicas, achados na história ou no exame físico para o encaminhamento oportuno de outras condições. Todas as informações relevantes devem ser observadas e avaliadas e, nos casos de dúvidas, consultar o TelessaúdeRS/UFRGS pelo canal 0800 644 6543 (SES-RS, 2018).



6. ATENÇÃO ÀS QUEIXAS FREQUENTES E INTERCORRÊNCIAS CLÍNICAS/ OBSTÉTRICAS DURANTE O PRÉ-NATAL

A gestação é responsável por alterações morfológicas e funcionais no organismo materno, que poderão gerar sinais e sintomas característicos desse período (FEBRASGO, 2021). Além disso, algumas intercorrências clínicas e obstétricas mais frequentes na gestação podem ser identificadas por meio da avaliação clínica e/ou dos exames da rotina pré-natal. O acompanhamento rotineiro deve garantir a identificação das intercorrências, o manejo e o monitoramento clínico até o final da gestação, minimizando riscos que ocasionalmente podem repercutir na morbidade e mortalidade materna e fetal (Brasil, 2019).



QUADRO 12 – Manejo das queixas mais frequentes na gestação

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Classificação Internacional da Prática de Enfermagem - CIPE	Náusea Vômito Pirose Constipação Fadiga Salivação, aumentada Sonolência Vertigem postural (tontura), presente/ausente Hemorroida, presente/melhorada Cãibras nas pernas, aumentada/melhorada Condição fisiológica da perna prejudicada (varizes) Micção prejudicada (polaciúria) Prurido leve, moderado e severo na região vulvar Secreção anormal da vagina Candidíase leve, moderada e severa Dispareunia presente Edema periférico leve, moderado e severo Dor de cabeça leve, moderada e severa/melhorada Dor durante a micção (ou disúria) presente Dor leve, moderada e severa nas costas (lombalgia) Contrações uterinas, nos limites normais Contração uterina leve, moderada/anormal em progresso Sangramento vaginal, presente/ausente Risco de abortamento, espontâneo Ingestão nutricional, prejudicada/adequada Peso adequado Obesidade Sobrepeso



CONDIÇÃO	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Náuseas/vômitos Comuns no primeiro trimestre da gravidez, mais intensas pela manhã, ao acordar ou após um período de jejum prolongado. Cerca de 10% mantêm os enjoos durante períodos mais avançados da gravidez, podendo durar até o 3º trimestre.	Orientar: - Alimentação fracionada, pelo menos três refeições e dois lanches por dia; - Alimentar-se logo ao acordar; - Evitar jejum prolongado; - Comer devagar e mastigar bem os alimentos; - Dar preferência a alimentos pastosos e secos (pão, torradas, bolachas); - Evitar alimentos gordurosos e condimentados; - Evitar doces com grande concentração de açúcar e alimentos com odor forte; - Manter ingestão hídrica conforme tolerância; - Consumir alimentos que contenham gengibre (por exemplo, pirulitos de gengibre, chá de gengibre, alimentos ou bebidas que contenham raiz ou xarope de gengibre), pois estudos comprovam que o gengibre tem efeito positivo na redução de náuseas; - Encaminhar para apoio psicoterápico, se necessário; - Evitar deitar-se logo após comer, pois pode atrasar o esvaziamento gástrico. Se persistir o quadro de vômitos, avaliar a necessidade do uso de medicamentos: • Piridoxina (vitamina B6), 10 a 25 mg, via oral, de 6/6 a 8/8 horas; OU • Dimenidrato 50 mg, de 4/4 a 6/6 horas; OU • Metoclopramida 10 mg, de 8/8 horas (idealmente 30 minutos antes da refeição, por no máximo 5 dias). Na suspeita de hiperêmese gravídica (caracterizada por vômitos contínuos e intensos que impedem a alimentação da gestante, ocasionando desidratação, oligúria, perda de peso e transtornos metabólicos, com alcalose), encaminhar para avaliação médica. Atenção aos sinais de alerta: piora do estado geral, sinais de desidratação e sinais de distúrbios metabólicos, que deverá ser encaminhada para avaliação médica.



Queixas urinárias A compressão da bexiga pelo útero gravídico, diminuindo a capacidade volumétrica, ocasiona a polaciúria (aumento do ritmo miccional) e a nictúria (aumento do ritmo miccional no período de sono), que se acentua à medida que a gravidez progride, dispensando tratamento e cuidados especiais.	- Aumentar ingestão hídrica; - Orientar que a polaciúria e nictúria são transitórias até o final da gravidez; - Se nictúria: reduzir a ingestão de líquidos após o jantar para evitar a micção noturna; Na presença de sintomas sugestivos de Infecção do Trato Urinário (ITU): • ITU não complicada ou assintomática, iniciar uso de antibiótico de forma empírica, ver Quadro 13 - Atenção às intercorrências clínicas e obstétricas do pré-natal; - Na possibilidade de realização de urocultura com antibiograma, sugere-se que a coleta seja realizada antes do início do tratamento. Neste caso, deve-se reavaliar o medicamento escolhido anteriormente a partir do resultado do antibiograma; - Repetir exame 7 a 10 dias após o término do tratamento; • ITU complicada (caracterizada por pielonefrite e/ou com resistência aos antibióticos de primeira escolha) ou de repetição (≥ 2 infecções em seis meses ou ≥ 3 infecções em um ano) encaminhar para consulta médica e/ou hospital de referência obstétrica. Atenção aos sinais de alerta: hematúria, febre, taquicardia, calafrios, náuseas, vômitos, dor lombar, com sinal de Giordano positivo, dor retro púbica e supra púbica ou abdominal. Na ocorrência de um segundo episódio de bacteriúria assintomática ou ITU não complicada na gravidez, a gestante deverá ser encaminhada para avaliação médica.
Sialorreia A sialorreia, também conhecida como ptialismo ou salivação excessiva, é uma das queixas que mais geram incômodo na gravidez	- Explicar que é uma queixa comum no início da gestação; - Manter dieta semelhante à indicada para náuseas e vômitos; - Orientar a gestante a deglutir a saliva e tomar líquidos em abundância (especialmente em períodos de calor). Se associada à náusea e vômito, pode causar a perda de líquidos, eletrólitos e enzimas.



Desconforto abdominal/cólica Entre as causas mais frequentes estão: flatulência, cólicas intestinais, estiramento do ligamento redondo e as contrações uterinas de Braxton Hicks (geralmente são discretas, indolores, sem ritmo e desaparecem espontaneamente por volta da 30ª semana). Também pode ter dor abdominal baixa devido ao peso uterino e o relaxamento das articulações da pelve.	- Investigar: presença de sinais de alerta ou sinais de ITU; - Avaliar a cólica quanto à localização, frequência e duração; - Se a gestante apresentar flacidez da parede abdominal, sugira o uso de cinta (com exceção da elástica) e exercícios monitorados; - Orientar gestante a manter repouso em decúbito lateral esquerdo (aumenta débito cardíaco, facilita o fluxo da placenta, aumentando a oxigenação para o bebê e a mãe); - Ao deitar-se usar travesseiros e almofadas para apoiar barriga; - Avaliar dinâmica uterina; Se necessário, prescrever: • Paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas OU Dipirona (500-1.000 mg), de 6/6 horas. O uso não deve ultrapassar 10 dias. Atenção aos sinais de alerta: dor em baixo-ventre de intensidade, duração e ritmo aumentados, sugerindo contrações uterinas; sangramento vaginal; sintomas sistêmicos; sinais de abdome agudo. Na presença de um ou mais desses, encaminhar para avaliação médica.
Distúrbios do sono (insônia) As causas podem ser: aspectos emocionais que circundam o momento do parto e os cuidados com o bebê, como ansiedade, medo, estresse, sobrecarga de trabalho, dificuldade de achar uma postura confortável para dormir, movimentação fetal excessiva.	- Estimular a gestante a falar sobre suas expectativas e sentimentos; - Estimular exercitar-se regularmente, pelo menos 20 minutos, algumas horas antes de dormir; - Estimular a prática de exercícios de respiração, yoga e meditação; - Estimular atividades de lazer e companhia de pessoas da rede de apoio da gestante; - Orientar a participação em grupos de gestantes; - Incentivar a realizar atividades que lhe tragam relaxamento, como leitura, prática de trabalhos manuais e assistir televisão; - Recomendar banhos mornos, massagens, chá de camomila ou suco de maracujá; - Evitar situações de medo, estresse e notícias ruins.



Edema No geral, surge no 3º trimestre da gestação, limitando-se aos membros inferiores e, ocasionalmente, às mãos. Piora com o ortostatismo prolongado e com a deambulação; desaparece pela manhã e acentua-se ao longo do dia.	- Investigar: edema patológico (aumento de níveis pressóricos e/ou proteinúria e/ou sinais e sintomas sugestivos de pré-eclâmpsia, como cefaleia e dores epigástricas, entre outros); - Classificar edema conforme Quadro 7 – Exame físico geral e específico; - Orientar gestante a evitar ortostatismo prolongado; - Evitar permanecer sentada por longo período, como em viagens demoradas; - Fazer repouso periódico em decúbito lateral esquerdo e/ou com os membros inferiores elevados; - Realizar exercícios rotatórios com tornozelos; - Usar roupas leves, evitar meias 3/4 ou roupas apertadas que dificultam o retorno venoso; - Dieta normossódica e aumentar ingesta hídrica; - Realizar controle de peso e pressão arterial em todas as consultas de pré-natal. Atenção aos sinais de alerta: edema limitado aos membros inferiores MMII, porém associado à hipertensão e/ou ao ganho de peso; edema generalizado; edema unilateral de membros inferiores MMII com dor e/ou sinais flogísticos. Na presença de um ou mais desses, encaminhar para avaliação médica.
Pirose/azia Ocorre devido a alterações hormonais, ocasionando distúrbios na motilidade gástrica, resultando em refluxo e regurgitação, aumento da pressão intra-abdominal, aumento da pressão intraperitoneal, pelo crescimento uterino. Pode acometer a gestante durante toda a gravidez, mas geralmente é mais intensa e frequente no 3º trimestre.	Avaliar: sintomas iniciados antes da gravidez, uso de medicamentos, história pessoal e familiar de úlcera gástrica. Orientar: - Fazer alimentação fracionada (pelo menos três refeições ao dia e dois lanches); - Evitar frituras, café, chá mate, chá preto, doces, alimentos picantes, condimentados e gordurosos e líquidos durante a refeição; - Evitar deitar-se logo após as refeições; - Ingerir líquido gelado durante a crise; - Elevar a cabeceira da cama ou utilizar travesseiro alto; - Evitar álcool e fumo (preferencialmente, não devem ser utilizados durante a gestação). A mudança de estilo de vida e a modificação da dieta é a principal orientação. Se persistir ou piorar os sintomas, encaminhar para avaliação médica. Atenção aos sinais de alerta: investigar pré-eclâmpsia, em situações que se observa elevação pressórica associada.



Desmaio/fraqueza/tontura Instabilidade hemodinâmica decorrente da vasodilatação e hipotonia vascular pela ação da progesterona, na musculatura da parede dos vasos e da estase sanguínea nos membros inferiores pela compressão da circulação de retorno pelo útero gravídico, conduzindo à diminuição do débito cardíaco, à hipotensão arterial e à hipóxia cerebral transitória. Também podem estar associados à hipoglicemia ou anemia.	Os episódios são, na maioria das vezes, de breve duração e intensidade, dispensando terapêutica medicamentosa. Orientar: - Repouso de preferência em decúbito lateral esquerdo; - Movimentar-se com mais cuidado e mais devagar; - Estimular prática de exercícios físicos e respiratórios; - Evitar ambientes fechados e com muitas pessoas; - Alimentação fracionada rica em ferro e vitamina C; - Ingesta hídrica adequada; - Sentar com a cabeça abaixada ou deitar-se de decúbito lateral esquerdo e respirar profunda e pausadamente para aliviar os sintomas; - Nos casos reincidentes, o uso de meias elásticas para melhorar o retorno venoso pode estar indicado; Monitorar a pressão arterial.
Falta de ar/dificuldade para respirar Embora a compressão do diafragma, pelo útero gravídico, contribua para o agravamento desta queixa, é a hiperventilação a maior responsável por esse distúrbio respiratório.	Orientar: - São sintomas frequentes na gestação, em decorrência do aumento do útero ou ansiedade da gestante; - Repouso em decúbito lateral esquerdo; - Evitar roupas apertadas; - Elevar a cabeceira da cama; - Permanecer em ambiente arejado/ventilado; - Realizar ausculta cardíaca e pulmonar e, se houver alterações, encaminhar para avaliação médica. Atentar para aspectos relacionados à saúde mental, como por exemplo, crise de ansiedade. Avaliar presença de sinais de alerta: tosse, edema, história de asma e outras pneumopatias; sinais ou história de trombose venosa profunda (TVP); história de trauma recente; febre associada. Se ao menos um desses sinais for identificado, encaminhar para avaliação médica.



Mastalgia No início da gestação é resultado das ações de hormônios esteroides. Na proximidade do parto é frequente a grávida referir a presença de descarga papilar, na maior parte dos casos, se trata de colostro fisiológico.	- Esclarecer que o aumento de volume mamário na gestação pode ocasionar desconforto; - É recomendado realizar exame clínico das mamas para descartar qualquer alteração (consultar protocolo COREN-RS Saúde da Mulher); - Evitar a estimulação das mamas, pois quando a mama é estimulada o organismo produz ocitocina (hormônio que estimula a contração); - Orientar uso de sutiã com boa sustentação. Avaliar presença de descargas papilares purulentas ou sanguinolentas. Se presente, encaminhar para avaliação médica.
Obstipação/constipação intestinal/flatulências Pela ação hormonal dos esteroides e progesterona, há um relaxamento da musculatura lisa, diminuindo peristaltismo, diminuição do tônus, aumentando o tempo do esvaziamento gástrico, favorecendo a flatulência e hábito de eliminação intestinal inadequado. O ferro nas vitaminas pré-natais, a redução da atividade física e outros fatores também pode ser as causas. Muitas vezes associada a queixas anais como fissuras e hemorroidas.	Orientar: - Ingerir alimentos ricos em fibras, como legumes, verduras, frutas, vegetais crus; - Aumentar o consumo de fruta laxativa (ameixas, abacate, mamão, frutas cítricas); - Aumentar a ingestão de água para seis a oito copos/ dia (caso não haja nenhuma patologia que a restrinja); - Evitar alimentos flatulosos (feijão, grão-de-bico, lentilha, repolho, brócolis, pimentão, pepino e couve); - Fazer caminhadas leves (se não forem contraindicadas); - Realizar higiene anal após evacuação com água e sabão (para prevenir fissuras anais); - Se a usuária sentir dor ou desconforto anal ou retal, são aconselhados banhos de assento mornos; - O uso excessivo do óleo mineral pode interferir na absorção de vitaminas lipossolúveis, portanto, estes agentes geralmente são evitados. Se necessário, prescrever: Laxantes formadores de massa, como o psyllium até 1 colher de sopa ($\cong$3,5 gramas de fibra) 1 a 3 vezes por dia. Caso permaneçam as queixas ou piore o quadro, encaminhar para avaliação médica.



Hemorroida O mais provável é que as hemorroidas preexistentes e assintomáticas podem agravar na gestação e, sobretudo, no parto e no pós-parto.	Orientar: - Dieta rica em fibras; - Estimular a ingestão de líquidos; - Realizar higiene anal após evacuação com água e sabão (para prevenir fissuras anais); - A aplicação de um creme de barreira (por exemplo, óxido de zinco) na pele perianal pode ajudar as lesões; - Banho de assento com água morna. Se necessário, prescrever: • Laxantes formadores de massa, como o <i>psyllium</i> até 1 colher de sopa ($\approx 3,5$ gramas de fibra) 1 a 3 vezes por dia. • Creme retal de hidrocortisona de 1 a 2,5%, aplicar pequena quantidade, até duas vezes por dia por no máximo 7 dias (absorção sistêmica variável; cautela na gravidez), Avaliar sinais de alerta: aumento da intensidade da dor, endurecimento do botão hemorroidário e/ou sangramento retal. Se ao menos um desses sinais for identificado ou não houver melhora dos sintomas, encaminhar para avaliação médica.
Cefaleia Comum no primeiro trimestre devido a alterações hormonais. Pode estar relacionada à tensão emocional, ansiedade, medo, insegurança, longos períodos de jejum e ingesta hídrica inadequada. Atenção! A pré-eclâmpsia deve ser considerada em todas as gestantes com mais de 20 semanas de gestação com queixas de cefaleia.	Orientar: - Repouso em local com pouca luminosidade e boa ventilação; - Escuta ativa da gestante para identificar fatores emocionais; - Exercícios de relaxamento e respiração, prática de meditação, yoga ou natação, podem ser interessantes; - Facilitar a expressão de sentimentos e expectativas; - Estimular a participação em grupos de gestantes ou outras atividades coletivas disponíveis; - Estimular aumento da ingesta hídrica e alimentação adequada; - Atenção! É importante afastar as hipóteses de hipertensão arterial e pré-eclâmpsia. Na ausência de qualquer risco poderá ser prescrito: Paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas. O uso não deve ultrapassar 10 dias. Avaliar história prévia de enxaqueca ou outras causas e uso de medicamentos. Se dor recorrente, solicitar avaliação médica.



Corrimento vaginal O aumento do fluxo vaginal é comum na gestação, sendo importante realizar avaliação adequada, pelo fato de as vulvovaginites infecciosas estarem associadas ao parto prematuro, baixo peso ao nascer e ruptura prematura de membranas.	Orientar: - O fluxo vaginal normal é comumente aumentado durante a gestação e não causa prurido, desconforto ou odor fétido; - Em qualquer momento da gestação pode ocorrer IST, se houver relações sexuais desprotegidas; - Usar calcinhas confortáveis de malha ou algodão, lavar com sabão neutro e secar ao ar livre se possível; - Realizar higiene íntima no sentido ântero posterior e preferencialmente com sabão neutro. Avaliar se há queixas de mudanças do aspecto do corrimento, coloração, presença de sintomas associados como prurido, ardência, odor e outros. Tratar, caso necessário, conforme Capítulo 7.2 Manejo dos corrimentos vaginais do <u>Protocolo de Enfermagem na APS - Saúde da Mulher do Coren-RS (2022)</u>.
Dor lombar e dor na região pélvica As ações dos hormônios agem ativamente nas articulações causando um evento denominado embebição gravídica, a adaptação da postura materna, peso fetal, deslocamento do centro de gravidade, tensões posturais e dorsal, problemas em nervo ciático podem ser as possíveis causas da gestante referir dor lombar e dor na região pélvica.	Orientar: - Corrigir a postura ao se sentar e andar; - Uso de sapatos confortáveis, de salto baixo (mas não liso) com bom suporte de arco plantar; - Evitar levantar objetos pesados; - Aplicação de calor local, para alívio da dor aguda; - Acupuntura e atividades de relaxamento e lazer para diminuição do estresse e ansiedade, se houver disponibilidade; - Atividades físicas acompanhadas podem ser benéficas para aliviar a dor, porém devem ser evitados excessos; - Atividades de alongamento e orientação postural; - Manter as atividades cotidianas normalmente, a inatividade pode aumentar as dores; - Ao deitar-se, utilizar travesseiros entre as pernas para alinhar coluna; - Se não melhorarem as dores, considerar o uso de medicamentos: ● Paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas OU Dipirona (500-1.000 mg), de 6/6 horas. O uso não deve ultrapassar 10 dias.



	Avaliar características da dor: mecânica ou inflamatória, tempo de evolução, fatores de melhora ou piora, relação com o movimento. Avaliar a necessidade de fisioterapia. Avaliar sinais de alerta: febre, mal-estar geral, calafrios, perda de peso, sintomas urinários, enrijecimento abdominal e/ou contrações uterinas, déficit neurológico, dor persistente não posicional nas costas à noite e história de trauma. Se ao menos um desses sinais for identificado, encaminhar para avaliação médica.
Varizes Ocorre devido ao aumento do volume sanguíneo e aumento da pressão venosa em vasos femorais e pélvicos a partir do útero em expansão. Altos níveis de estrogênio também contribuem. Manifestam-se, preferencialmente, nos membros inferiores e na vulva, exibindo sintomatologia crescente com o evoluir da gestação.	Orientar: - Diminuir o tempo em pé ou sentada, evitando inatividade; - Repouso por 20 minutos com as pernas elevadas, sempre que possível; - Dormir em decúbito lateral esquerdo; - Observar ganho de peso; - Práticas seguras de atividades físicas, sob orientação de profissional; - Caso seja possível, utilizar meia-calça elástica para gestante, de leve ou média compressão. Sugerir o tamanho de acordo com a mensuração da circunferência da panturrilha; - Não usar roupas muito justas e meias $\frac{3}{4}$ ou $\frac{7}{8}$. Avaliar dor contínua ou ao final do dia, presença de sinais flogísticos e edema persistente. Na suspeita de complicações tromboembólicas, encaminhar para consulta médica.
Estrias Lesões dermatológicas definitivas que aparecem na segunda metade da gravidez e se localizam, principalmente, no abdome inferior, na região glútea, nas coxas e nos seios.	Orientar: - A escassez de estudos de alta qualidade levou à incerteza sobre a melhor abordagem da terapia, visto que não existe método eficaz de prevenção. Contudo, na tentativa de prevenir ou mitigar, pode ser recomendada a massagem local com óleos e cremes hidratantes, compatíveis com a gravidez, livre de conservantes ou qualquer outro alergênico; Qualquer tratamento de estrias está contraindicado na gestação, inclusive o uso de ácido retinóico, também contraindicado na amamentação.



Sangramento na gengiva Devido à ação da produção de hormônios esteroides que resultam em aumento da vascularização e vasodilatação dos tecidos conjuntivos, as gengivas apresentam-se mais sensíveis e a cavidade oral e dentição mais propensa a doença periodontal.	- Encaminhar toda gestante para consulta e avaliação odontológica; - Orientar uso de fio dental e escovação com o uso de escova de dentes macia.
Câimbras Geralmente iniciam no primeiro trimestre e podem se intensificar até o final da gravidez. A causa pode estar associada a alguns fatores, dentre eles: estiramento da musculatura e da fáscia; deficiente circulação nos músculos devido à pressão uterina; redução do nível de cálcio e compressão de raízes nervosas.	Orientar: - Aumentar a ingestão de alimentos ricos em potássio (banana/melão) e reduzir alimentos ricos em fósforo (iogurte, grãos, carne vermelha etc.); - Massagear músculo contraído e dolorido; - Evitar alongamento muscular excessivo ao acordar, em especial dos músculos do pé (ato de se espreguiçar); - Realizar alongamentos específicos, com orientação profissional; - No último trimestre, evitar ficar na mesma posição por período prolongado; - Nas crises, a grávida com câimbras nos membros inferiores se beneficia muito do calor local, da aplicação de massagens na perna e da realização de movimentos passivos de extensão e flexão do pé; - Evitar excesso de exercício físico. Avaliar uso de medicamentos, presença de varizes e fadiga muscular. Se não houver melhora dos sintomas, encaminhar para consulta médica.
Síndrome do Túnel do Carpo Os sintomas são geralmente: sensibilidade, dormência e formigamento podendo evoluir para dor, como resultado da compressão do nervo mediano no túnel do carpo. Acredita-se que o aumento da prevalência em gestantes seja causado pela retenção de fluidos relacionada à gravidez, levando à compressão do nervo no túnel do carpo e/ou alterações hormonais que afetam o sistema musculoesquelético.	Orientar: - Na maioria dos casos, os sintomas se resolvem ao longo de um período de semanas a meses após o parto; - Uso de talas no pulso para dormir, em uma posição neutra ou leve extensão. Na suspeita dessa condição, encaminhar para avaliação médica.



Pigmentações/melasma gravídico O aparecimento de manchas castanhas e irregulares na face ocorre em torno de 50% a 70% das gestantes, dando origem ao melasma gravídico. A maioria das gestantes também apresenta grau de hiperpigmentação cutânea, especialmente na segunda metade da gravidez. Ocorrem devido ao aumento dos hormônios melanina, estrógeno e progesterona.	Orientar: - O escavamento da pele média, que se torna a linha nigra, é o achado mais comum; - O melasma relacionado à gravidez geralmente regride dentro de um ano; - Outras áreas com pigmentação aumentada incluem os mamilos, axilares, genitália, períneo, ânus, coxas internas e pescoço; - Uma tonalidade mais escura também pode ser notada em cicatrizes recentes, sardas e lentigos; - Evitar exposição direta ao sol (usar boné, chapéu ou sombrinha); - Utilizar filtro solar, aplicando no mínimo três vezes ao dia, com fator de proteção solar de 50 ou mais.
Alterações na movimentação fetal (MF) Caracterizada pela ausência, diminuição ou parada de movimentação fetal, a qual se reduz ante a hipoxemia. Quando são relatadas mudanças abruptas no padrão de movimentação do conceito, pode revelar comprometimento fetal.	Orientar que, na percepção de ausência de MF, a gestante deverá manter repouso e focar na contagem dos MF por 2 horas, cujo resultado deve ser de pelo menos 10 movimentos fetais. Caso não identifique os MF, buscar atendimento em serviço de saúde; Realizar avaliação clínica, com observação cuidadosa dos batimentos cardíacos fetais. Caso ocorra a não identificação do BCF ou MF, encaminhar para hospital de referência obstétrica.
Epistaxe e congestão nasal Geralmente fisiológicos, resultam da embebição gravídica da mucosa nasal provocada pelos hormônios esteroides (vasodilatação, aumento da vascularização e edema do tecido conjuntivo).	Congestão nasal: soro fisiológico 0,9% - 2 a 4 gotas em cada narina, 3 a 4 vezes ao dia ou o suficiente para manter as narinas úmidas; Epistaxe: leve compressão na base do nariz, com aplicação de compressa fria. Avaliar outras patologias que possam apresentar com tais sintomas, como distúrbios de coagulação (epistaxe) ou Covid-19 (congestão nasal). Encaminhar para avaliação médica, caso necessário.



Ganho ponderal inadequado O ganho de peso acima da faixa-alvo na gestação está frequentemente associado a complicações maternas e fetais, como diabetes e hipertensão gestacional, pré-eclâmpsia e macrossomias. Além de parto cesárea e prematuridade. Já o ganho de peso gestacional abaixo da faixa-alvo tem sido associado com menor peso ao nascer e aumento do risco para bebês.	Orientar: - Antecipar os retornos programados para monitoramento semanal do peso (ou mais frequente); - Recomendar atividade física e controle da alimentação, preferencialmente sob orientação de profissionais especializados (educador físico, fisioterapeutas, nutricionista); - Evitar a ingestão de refrigerantes, doces, gorduras e, também, de bebidas alcoólicas; - Em relação ao ganho de peso insuficiente, este pode ocorrer devido a uma série de fatores, incluindo o tabagismo, náuseas e vômitos/hiperêmese gravídica, transtorno alimentar ou insegurança alimentar; - Preencher, na caderneta da gestante, o gráfico de acompanhamento nutricional e evoluir em prontuário o monitoramento; - Encaminhar para avaliação nutricional e/ou médica, se necessário. O ganho ponderal adequado deve ocorrer com base no peso inicial e IMC da gestante¹⁴: - IMC < 18,5 kg/m² (baixo peso) – Ganho de peso de 12,5 a 18,0 kg; - IMC 18,5 a 24,9 kg/m² (peso adequado) – Ganho de peso de 11,5 a 16,0 kg; - IMC 25,0 a 29,9 kg/m² (sobrepeso) – Ganho de peso de 7,0 a 11,5 kg; - IMC ≥ 30,0 kg/m² (obesidade) – Ganho de peso de 5 a 9,0 kg. Acesse a calculadora.
--	---

Fonte: Bleday; Breen, 2023; Brasil, 2016; Coren-CE, 2020; Coren-SP, 2019; Florianópolis, 2016; Fretts, 2021; Gupta, 2024; Lee; Guinn; Hickenbottom, 2023; Lee; Hickenbottom, 2022; Lockwood; Magriples, 2023; Pomeranz, 2023; Smith; Fox, 2021; Wald, 2023.

¹⁴ Em caso de gestação de gêmeos os parâmetros mudam; nesta situação a avaliação do ganho ponderal deve ocorrer pelo especialista



QUADRO 13 - Atenção às intercorrências clínicas e obstétricas do pré-natal

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Classificação Internacional da Prática de Enfermagem - CIPE	Complicação durante a gestação (gravidez), ausente/ presente Sangramento vaginal Risco de abortamento, espontâneo Abortamento, presente/espontâneo Hiperêmese, presente Pressão arterial alterada Hipertensão na gestação Micção prejudicada (polaciúria) Dor durante a micção (ou disúria) presente Edema periférico leve, moderado e severo Dor de cabeça leve, moderada e severa/melhorada Dor leve/moderada/severa nas costas (lombalgia) Contração uterina leve, moderada/anormal em progresso Aceitação da condição de saúde, prejudicada Hiperglicemia Nível de glicose sanguínea, alterada Falta de conhecimento sobre regime dietético Falta de conhecimento sobre a doença/ condição	
INTERCORRÊNCIA	AVALIAÇÃO	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Abortamento É a morte ou expulsão ovular ocorrida antes de 20 semanas ou quando o concepto pesa menos de 500 g. Pode ser espontâneo ou provocado. O abortamento é precoce quando ocorre até a 12ª semana e tardio quando ocorre entre a 13ª e a 22ª semanas.	Sinais de alerta para abortamento: - Sangramento vaginal; - Presença de cólicas leves a intensas; - Ao exame especular: constatação de sangramento, incluindo a origem, quantidade e sinais de infecção. No aborto infectado: secreção fétida endovaginal, dor pélvica intensa à palpação, calor local e febre, além de comprometimento variável do estado geral.	Encaminhar para o hospital de referência obstétrica.



Gravidez ectópica É uma gravidez extrauterina. A maioria ocorre na tuba uterina, mas podem ocorrer em outros locais possíveis.	Suspeitar em gestação sem evidência de gravidez intrauterina na ultrassonografia transvaginal e queixas de sangramento vaginal no primeiro trimestre e/ou dor abdominal; A gravidez ectópica também pode ser assintomática.	- Encaminhar para avaliação médica; - Caso necessário, encaminhar para o hospital de referência obstétrica.
Doença trofoblástica gestacional (DTG) Lesões caracterizadas por proliferação anormal do trofoblasto da placenta. A DTG tradicionalmente é dividida em formas benignas, que são representadas pelas gestações molares, a saber: mola hidatiforme parcial (MHP) e mola hidatiforme completa (MHC), ambas inviáveis; e formas malignas, chamadas em conjunto, de neoplasia trofoblástica gestacional (NTG).	- Presença de sangramento vaginal intermitente, de intensidade variável, indolor e, por vezes, acompanhado da eliminação vaginal de vesículas semelhantes à uva (sinal patognomônico); - Quantificação do βHCG, com níveis muito acima do valor normal; - A altura uterina ou o volume uterino, em geral, é incompatível com o esperado para a IG, sendo maior previamente a um episódio de sangramento e menor após (útero em sanfona); - Não há presença de batimentos cardíacos ou outras evidências de embrião (nas formas completas); - A presença de hiperêmese é mais frequente, podendo levar a mulher a estados de desidratação e distúrbios hidroeletrolíticos; - A doença trofoblástica pode desencadear sangramento volumoso e choque ou pré-eclâmpsia gestacional precoce, já que é a única condição de pré-eclâmpsia previamente à 20ª semana de gestação.	- Encaminhar para avaliação médica; - Caso necessário, encaminhar para o hospital de referência obstétrica.
Descolamento prematuro da placenta (DPP) É a separação prematura da placenta do seu sítio de implantação antes do parto, em uma gestação de 20 semanas completas ou mais.	- Sangramento vaginal de início abrupto; - Dor abdominal súbita, de intensidade leve a moderada e contrações uterinas; - Pode ocorrer “sangramento oculto” quando não há exteriorização do sangramento. Pode evoluir para quadro grave caracterizado por atonia uterina (útero de Couvelaire - propenso a hemorragia pós-parto); - Causa importante de sangramento no 3º trimestre.	- Na suspeita, encaminhar a gestante para avaliação médica imediata ou para o hospital de referência obstétrica.



Placenta prévia Corresponde a um processo patológico em que a implantação da placenta, inteira ou parcialmente, ocorre no segmento inferior do útero. São fatores de risco: múltiparas, cesáreas anteriores, idade avançada, curetagem uterina prévia, gravidez gemelar, patologias que deformem a cavidade uterina e infecção puerperal.	- Sangramento vaginal súbito, de cor vermelho vivo, de quantidade variável, indolor. É episódica, recorrente e progressiva; - Deve ser suspeitada em qualquer mulher com mais de 20 semanas de gestação que apresente sangramento vaginal; - Aproximadamente 90% das placentas prévias identificadas no exame de ultrassom antes das 20 semanas de gestação se resolvem antes do parto. Realização do exame obstétrico: - O exame especular revela presença de sangramento proveniente da cavidade uterina e, na suspeita clínica, deve-se evitar a realização do toque vaginal.	- Orientar a gestante que a resolução pode ocorrer com o aumento da idade gestacional; - Compartilhar o cuidado da gestante com a referência de alto risco para o acompanhamento da posição placentária.
Trabalho de parto prematuro (TPP) Corresponde à contratilidade uterina com modificações cervicais, em IG entre 22 semanas (ou 154 dias) e 37 semanas (ou 259 dias). Cabe salientar que, durante a gestação, existem contrações uterinas denominadas de Braxton-Hicks, que são diferentes daquelas do trabalho de parto, pela ausência de ritmo e regularidade.	- O trabalho de parto é definido por contrações uterinas regulares que resultam em mudança cervical. As alterações cervicais no exame físico que precedem ou acompanham o verdadeiro trabalho de parto incluem dilatação, apagamento, amolecimento e movimento para uma posição mais anterior; - Contrações uterinas (a cada 3 a 5 minutos, permanecendo assim por mais de 1 hora); - Infecções vaginais, urinárias, bacteriúria assintomática e pielonefrite frequentemente estão associadas ao risco aumentado de TPP; - História de prematuridade anterior é o fator de risco que, isoladamente, possui maior capacidade de prever a prematuridade na atual gestação.	O TPP constitui situação de risco gestacional, portanto a gestante deve ser encaminhada para o hospital de referência obstétrica; - Para a vaginose bacteriana, pode ser feita a abordagem sintômica ou a realização do exame de bacterioscopia da secreção vaginal onde estiver disponível, conforme <u>Protocolo de Enfermagem na APS - Saúde da Mulher do Coren-RS</u>, Capítulo 7.2; - Na suspeita de infecção urinária, tratar conforme item infecções do trato urinário (ITU), neste quadro e solicitar exame qualitativo de urina e urocultura. - Evitar exame digital se houver sinais de ruptura de membranas. Avaliar o colo através de exame especular estéril.



Anemia A anemia é definida pelos valores de hemoglobina (Hb) abaixo de 11 g/dl. A deficiência de ferro é a segunda causa mais comum de anemia na gravidez após a anemia fisiológica (que não é uma condição patológica).	- Normal: Hb > 11 g/dl; - Anemia leve a moderada: Hb entre 8 e 11 g/dl; - Anemia grave: Hb < 8 g/dl. - A anemia durante a gestação pode estar associada a um risco aumentado de baixo peso ao nascer, mortalidade perinatal e trabalho de parto prematuro; - Atentar para os diagnósticos prévios ou durante o pré-natal de talassemia, doença falciforme, entre outros. Fatores de risco para anemia na gestação: - Dieta com pouco ferro, vitaminas ou minerais; - Perda de sangue decorrente de cirurgia ou lesão; - Doença grave ou de longo prazo (como câncer, diabetes, doença renal, artrite reumatoide, retrovirose, doença inflamatória do intestino, doença no fígado, insuficiência cardíaca e doença na tireoide); - Infecções de longo prazo; - Histórico familiar de anemia herdada, como talassemia e doença falciforme.	- O rastreamento para anemia deve ser realizado em todas as gestantes durante o pré-natal. A dosagem de hemoglobina deve ser solicitada o mais precocemente na primeira consulta pré-natal e no terceiro trimestre, minimamente. - Normal: prescrever suplementação profilática com ferro elementar 40 mg, 1 cp/dia, uma hora antes das refeições (de preferência associado a uma fonte de vitamina C), a partir do conhecimento da gravidez até 3 meses pós-parto. A absorção pode ser melhorada evitando café, chá e leite no momento em que o suplemento de ferro é tomado. Outros medicamentos, multivitaminas e antiácidos não devem ser tomados ao mesmo tempo. Atentar para os diagnósticos prévios ou no pré-natal de talassemia, doença falciforme, entre outros, avaliando a necessidade de acompanhamento no alto risco; - Anemia leve a moderada: prescrever 200 mg de sulfato ferroso¹⁵, 5 cp/dia, uma hora antes das refeições (dois comprimidos antes do café, dois comprimidos antes do almoço e um comprimido antes do jantar), de preferência associado a uma fonte de vitamina C. Idealmente, é necessário repetir a dosagem de hemoglobina de 2 a 3 semanas após o início do tratamento, para avaliar adesão, administração correta e resposta ao tratamento. Uma vez que a Hb esteja na faixa normal, o tratamento deve ser continuado por mais 3 meses e até pelo menos 6 semanas após o parto para repor os estoques de ferro.
--	---	---

¹⁵ Sulfato ferroso: 1 cp de 200 mg de Fe = 40 mg de Fe elementar. Profilático: um comprimido (indicada suplementação diária a partir do conhecimento da gravidez até o terceiro mês após parto). Tratamento: quatro a seis comprimidos.



		- Anemia grave: encaminhar para avaliação médica e compartilhar o cuidado com o pré-natal de alto risco; - Solicitar exame parasitológico de fezes e na presença de parasita encaminhar para avaliação médica.
Hipertensão arterial (HA), pré-eclâmpsia, eclâmpsia A HA é a doença que mais frequentemente complica a gravidez, acometendo de 5 a 10% das gestações, sendo uma das principais causas de morbimortalidade materna e perinatal. As incidências de pré-eclâmpsia e de eclâmpsia no país são de, respectivamente, 1,5 e 0,5%.	- Hipertensão arterial: pressão arterial sistólica ≥ 140 mmHg e/ou a pressão arterial diastólica ≥ 90 mmHg, medida de maneira adequada, em pelo menos três ocasiões com até 4h de intervalo ou PA gravemente elevada com intervalo de 15 minutos (PAS ≥ 160 mmHg e/ou PAD ≥ 110 mmHg). - Pré-eclâmpsia: aparecimento de HA após a 20ª semana de gestação, associada à proteinúria ou disfunção significativa de órgão-alvo com ou sem proteinúria após 20 semanas de gestação ou pós-parto. - Eclâmpsia: pré-eclâmpsia complicada por convulsões que não podem ser atribuídas a outras causas.	Recomenda-se a prescrição de Carbonato de Cálcio, na dosagem de 1 g/dia, (2 cp de 500mg) para todas as gestantes, a partir da 12ª semana de gestação até o momento do parto. Adicionalmente, a prescrição de ácido acetilsalicílico deve seguir a dosagem de 100 mg, via oral, 1 comprimido à noite, quando a gestante apresentar 1 fator de risco alto ou 2 fatores de risco moderado para pré-eclâmpsia, conforme o Anexo I da Nota Conjunta nº 02/2025 - DAPPS/SES e DGAE/SES-RS. O início da medicação deve ocorrer a partir da 12ª semana de gestação (preferencialmente antes da 16ª, podendo ser iniciado até a 20ª), mantendo-se até a 36ª semana. RISCO MODERADO: idade ≥ 35 anos; raça/cor negra; nuliparidade; história familiar de pré-eclâmpsia (mãe e/ou irmã); intervalo > 10 anos desde a última gestação; gestação prévia com desfecho adverso (trabalho de parto pré-termo; descolamento prematuro de placenta; nascer com IG < 37s ou RN com baixo a moderado peso ao nascer). RISCO ALTO: hipertensão arterial crônica; diabetes tipo 1 ou 2; doença renal; doenças autoimunes (ex: lúpus eritematoso sistêmico; síndrome antifosfolípide; artrite reumatóide); obesidade (IMC ≥ 30); história de pré-eclâmpsia em gestação anterior; gestação múltipla; pós-reprodução assistida.



Diabetes Mellitus Gestacional Definido como qualquer grau de intolerância à glicose que foi reconhecido durante a gravidez, de caráter transitório ou permanente no período pós-parto e que não preenche critérios de DM fora da gestação.	- Glicemia de jejum com IG < 20 semanas: ≥ 92 - 125 mg/dL; - TOTG 75 g a partir de IG > 24 a 28 semanas: jejum ≥ 92 -125 mg/dL; 1h após ≥ 180 mg/dL; 2h após ≥ 153 - 199 mg/dL; - Diabetes gestacional costuma ser assintomático ou apresentar sintomas obstétricos: ganho de peso excessivo, altura uterina superior ao esperado, entre outros.	- Para principais fatores de risco, rastreamento, identificação, classificação, cuidados e intervenções de enfermagem, consultar Capítulo 5.1.4 Diabetes Mellitus Gestacional - DMG do <u>Protocolo de Enfermagem na APS - Hipertensão e Diabetes do COREN-RS</u> (2020).
Infecções sexualmente transmissíveis (IST)	- As IST podem ocorrer em qualquer momento do período gestacional; - Abortos espontâneos, natimortos, baixo peso ao nascer, infecção congênita e perinatal estão associados às IST não tratadas em gestantes.	As relações sexuais na gravidez não oferecem risco à gestação. A atividade sexual durante o terceiro trimestre da gravidez não está relacionada a aumento de prematuridade e mortalidade perinatal. Entretanto, é importante considerar a possibilidade de contrair alguma IST que prejudique a gestação ou que possa ser transmitida verticalmente, causando aumento da morbimortalidade tanto para a gestante quanto para o concepto (sífilis, herpes, HPV, <i>N. gonorrhoeae</i>, <i>C. trachomatis</i>, HTLV). Recomendar uso de preservativo durante toda gestação e período de amamentação. - Para rastreamento, identificação e tratamento, conforme IST, respeitando as particularidades da gestação, consultar PCDT- IST (Brasil, 2022c).
Alterações do líquido amniótico O líquido amniótico (LA) é o líquido que envolve o feto após as primeiras semanas de gestação. Durante grande parte da gravidez, o LA é derivado quase inteiramente do feto e tem uma	- Oligoidrânio: acentuada diminuição do volume do líquido amniótico, diagnosticado quando o volume se apresenta inferior a 250 ml, entre a 21ª e a 42ª semanas gestacionais. Incide em cerca de 3,9 a 5,5% das gestações; - Clinicamente, a altura uterina é inferior à esperada para a IG estimada, associada à diminuição da movimentação fetal e fácil percepção das partes fetais	Encaminhar para avaliação médica e compartilhar o mais breve possível o cuidado da gestante com a referência para alto risco.



série de funções que são essenciais para o crescimento e desenvolvimento.	à palpação obstétrica; - Na USG: alteração do ILA: $\leq 5\text{cm}$. - Nestes casos, encaminhar para avaliação no hospital de referência obstétrica entre 36+0 e 37+6. - Polidrâmnio: acúmulo de líquido amniótico em volume superior a 2.000 ml no momento do parto. Ocorre por erro no mecanismo de circulação, de produção, por dificuldade de absorção ou pela associação desses fatores. Presente em 0,4% a 1,5% das gestações; - Clinicamente, a altura uterina é superior à esperada para a IG estimada, associada à diminuição da movimentação fetal e dificuldade na ausculta e na palpação de partes fetais; - Na USG: alteração do ILA: $\geq 24\text{cm}$. - Nestes casos, encaminhar para avaliação no hospital de referência obstétrica entre 39+0 e 40+0.	
Amniorrexe prematura Refere-se à ruptura das membranas fetais antes do início das contrações uterinas regulares - Ruptura Prematura das Membranas (PRM). Pode ocorrer a termo (≥ 37 semanas de gestação) ou prematuro (≤ 37 semanas de gestação).	O diagnóstico de RPM é baseado em uma história característica (ou seja, vazamento de líquido por vagina) e exame especular confirmatório, no qual o fluido é visto fluindo do óstio cervical. Muitas pacientes descrevem o vazamento de apenas pequenas quantidades de líquido de forma contínua ou intermitente e algumas apenas descrevem uma sensação de umidade anormal da vagina ou do períneo.	- O exame de toque vaginal deve ser evitado, pois pode diminuir o período de latência (ou seja, o tempo desde a RPM até o parto) e aumentar o risco de infecção intrauterina. - Amniorrexe prematura: encaminhar para avaliação médica imediata e/ou para o hospital de referência obstétrica.



Gestação prolongada ou pós-datismo/pós-termo Gestação prolongada é aquela cuja IG encontra-se acima de 41 semanas. Gestação pós-termo é a que ultrapassa 42 semanas.	- A placenta senil apresenta calcificações e outras alterações que são responsáveis pela diminuição do aporte nutricional e de oxigênio ao feto, associando-se, dessa maneira, com o aumento da morbimortalidade perinatal. A incidência de pós-datismo é em torno de 5%; - O diagnóstico somente pode ser feito com o estabelecimento precoce da IG (ultrassonografia idealmente entre 9 e 12 semanas).	Encaminhar a gestante com IG > 41 ou antes, se houver diminuição da movimentação fetal, para hospital de referência obstétrica e testes de vitalidade fetal.
Doença periodontal Inflamação e destruição dos tecidos de proteção (gengival) e suporte (ósseo, cemento e ligamento periodontal) dos dentes.	Durante a gestação é frequente o aumento dos problemas gengivais, com agravamento das gengivites e aumento do sangramento gengival, relacionados a deficiências nutricionais, placa bacteriana, altos níveis hormonais e estado transitório de imunodepressão.	Encaminhar para avaliação odontológica, garantindo minimamente uma consulta, de preferência no início do pré-natal. Atentar para as gestantes com morbidades como o diabetes.



Parasitoses intestinais O efeito das infecções parasitárias na nutrição materna pode comprometer o desenvolvimento fetal.	- Helmintíases: infecções ou infestações, sintomáticas ou inaparentes, causadas por vermes que passam a habitar o trato intestinal, em sua fase adulta. As mais comuns são: ancilostomíase, ascaridíase, enterobíase, estrongiloidíase, himenolepíase, teníase e tricuriase; - Protozooses: causadas por protozoários que passam a habitar o trato intestinal ou eventualmente invadindo outros órgãos, provocando Amebíase e Giardíase. Alguns protozoários não são considerados patogênicos para o tubo digestivo e não necessitam de nenhum tipo de tratamento específico como <i>Entamoeba coli</i>, <i>Iodamoeba buetschlii</i>, <i>Chilomastix mesnili</i>, <i>Endolimax nana</i>, <i>Trichomonas hominis</i>.	- Nenhuma droga antiparasitária é considerada totalmente segura na gestação; - O diagnóstico e o tratamento de gestantes com parasitoses intestinais deveriam ser realizados antes da gestação. Quando o quadro clínico é exacerbado, encaminhar para consulta médica para avaliação e tratamento; - Orientar medidas profiláticas, como educação sanitária, higiene das mãos, tratamento e fervura da água, manejo adequado dos alimentos: vegetais, frutas, verduras, tubérculos e legumes, devem ser cuidadosamente lavados em água corrente e clorados, para eliminar eventuais ovos e cistos de parasitas presentes no solo. A carne de porco, vaca e, principalmente, linguiças devem ser cozidas e nunca ingeridas mal passadas.
Infecções do trato urinário (ITU) Representa a complicação clínica mais frequente na gestação. Está associada à rotura prematura de membranas, ao aborto, ao trabalho de parto prematuro, à corioamnionite, ao baixo peso ao nascer,	- Bacteriúria assintomática: mulher assintomática que apresenta urocultura positiva, com mais de 100 mil unidades formadoras de colônia (UFC) por ml; - Cistite aguda: presença de sintomas como disúria, polaciúria, urgência miccional, nictúria, estrangúria, dor retropúbica, suprapúbica ou abdominal. Normalmente é afebril e sem evidência de sintomas sistêmicos. A	- A urocultura deve ser ofertada nos exames de rotina do primeiro e do terceiro trimestre da gravidez (tratar conforme antibiograma); - Gestante com ITU complicada (caracterizada por pielonefrite e/ou com resistência aos antibióticos de primeira escolha) ou de repetição (≥ 2 infecções em seis meses ou ≥ 3 infecções em um ano) deve



à infecção neonatal, além de ser uma das principais causas de septicemia na gravidez. A gestação ocasiona modificações que favorecem a ITU: estase urinária pela redução do peristaltismo ureteral, aumento da produção de urina, glicosúria e aminoacidúria, favorecendo o crescimento bacteriano e infecções.	análise do sedimento urinário pode evidenciar leucocitúria (acima de 10 leucócitos por campo) e hematúria. A urocultura apresenta mais de 100 mil UFC/ml; - Pielonefrite: comprometimento do ureter, pelve e parênquima renal. Sintomas sistêmicos como febre, taquicardia, calafrios, náuseas, vômitos e dor lombar, com sinal de Giordano positivo. Grave durante a gestação, pode cursar com sepse e trabalho de parto prematuro.	ser encaminhada para consulta médica e/ou hospital de referência obstétrica e/ou pré-natal de alto risco; - O manejo da cistite aguda em mulheres grávidas inclui antibioticoterapia empírica. Na possibilidade de realização de urocultura com antibiograma, sugere-se que a coleta seja realizada antes do início do tratamento. Neste caso, deve-se reavaliar o medicamento escolhido anteriormente a partir do resultado do antibiograma. - Antibióticos de escolha no tratamento da bacteriúria assintomática e ITU não complicada em gestantes: Nitrofurantoína¹⁶ (100 mg), 1 cp, de 6/6 horas, por 5 a 7 dias (evitar o uso durante o primeiro trimestre e entre 38 e 42 semanas); Amoxicilina-clavulanato (500mg+125mg), 1cp, de 8/8 horas, por 5 a 7 dias; Amoxicilina-clavulanato (850mg+125mg), 1cp, de 12/12 horas, por 5 a 7 dias; Amoxicilina (500 mg), 1 cp, de 8/8 horas, por 5 a 7 dias (a resistência pode limitar sua utilidade entre patógenos gram-negativos); Cefalexina (500 mg), 1 cp, de 6/6 horas, por 5 a 7 dias;
---	---	--

¹⁶ Quando há disponibilidade da nitrofurantóina de liberação lenta (mono-hidratada) a posologia recomendada passa a ser 100 mg de 12/12 horas.



		Sulfametoxazol+Trimetoprima (400 mg + 80 mg), 2 cp, de 12/12 horas, por 3 dias (evitar o uso durante o primeiro trimestre e entre 38 e 42 semanas).
Arboviroses As arboviroses transmitidas pelo mosquito <i>Aedes aegypti</i> constituem-se como um dos principais problemas de saúde pública no mundo. Para dengue, <i>chikungunya</i> e <i>Zika</i> existem registros de transmissão vertical em humanos. Em relação à dengue, os relatos dessa via de transmissão são raros. No <i>chikungunya</i>, a transmissão perinatal pode ocorrer em caso de gestantes virêmicas, antes da 22ª semana de gestação, muitas vezes provocando infecção neonatal grave. Em relação ao <i>Zika</i>, a transmissão vertical pode ocorrer em diferentes idades gestacionais e resultar em amplo espectro de malformações no feto ou aborto.	- Dengue: a primeira manifestação é a febre, geralmente acima de 38°C, de início abrupto e com duração de dois a sete dias, associada a cefaleia, astenia, mialgia, artralgia e dor retro-orbitária. Anorexia, náuseas, vômitos e diarreia também podem se fazer presentes. As lesões exantemáticas, presentes em grande parte dos casos, são predominantemente do tipo maculopapular, atingindo face, tronco e membros, não poupando regiões palmares e plantares; - Os riscos para a mãe infectada estão principalmente relacionados ao aumento de sangramento de origem obstétrica e às alterações fisiológicas da gravidez, que podem interferir nas manifestações clínicas da doença. Gestantes com sangramento, independente do período gestacional, devem ser questionadas quanto à presença de febre ou histórico de febre nos últimos sete dias; - Com relação ao binômio materno-fetal, como ocorre transmissão vertical, há o risco de abortamento no primeiro trimestre e de trabalho de parto prematuro, quando adquirida no último trimestre. Existe também uma incidência maior de baixo peso ao nascer em mulheres que tiveram dengue durante a gravidez. - Chikungunya: na primeira fase, febril, é caracterizada por febre alta de início súbito (>38,5° C) e surgimento de intensa poliartralgia, geralmente acompanhada de dorsalgia, exantema, cefaleia, mialgia, fadiga e rigidez articular matinal, com duração variável; - A infecção não modifica o curso da gravidez. Não há	- Realizar notificação compulsória para as Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, conforme estabelecido na Portaria vigente que lista a notificação compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública. - Dengue: as gestantes devem ser tratadas de acordo com o estadiamento clínico da dengue, encaminhar para consulta médica. Estimular a hidratação oral. Monitorar com observação rigorosa, independente da gravidade, atentando aos riscos para mãe e concepto e orientando para o reconhecimento precoce dos sinais de alarme. - Chikungunya: encaminhar para consulta médica. Estimular a hidratação oral. Orientar que não há risco de transmissão pelo aleitamento materno. É importante o acompanhamento diário das gestantes com suspeita de <i>Chikungunya</i> e caso sejam verificadas situações que indiquem risco de sofrimento fetal ou viremia próxima ao período do parto, é necessário o acompanhamento em hospital de referência obstétrica. - Zika: encaminhar para consulta médica. Estimular a hidratação oral. Orientar que o risco potencial da transmissão vertical é superado pelo benefício do aleitamento materno. Recomendar que retorne imediatamente ao serviço de saúde em casos de sensação de formigamento de membros ou alterações do nível de consciência; - Gestantes com suspeita de <i>Zika</i> devem ser



	evidências de efeitos teratogênicos, embora haja raros relatos de abortamento espontâneo. Mães acometidas por <i>chikungunya</i> no período perinatal podem transmitir o vírus aos recém-nascidos no momento do parto. As formas graves são mais frequentes nos recém-nascidos, como surgimento de complicações neurológicas, hemorrágicas e acometimento miocárdico. As infecções perinatais podem levar a sequelas neurológicas, com retardo do desenvolvimento neuropsicomotor ou óbito. - Zika: a infecção pode ser assintomática ou sintomática. Quando sintomática, pode apresentar quadro clínico variável, desde manifestações brandas e autolimitadas até complicações neurológicas e malformações congênitas; - Gestantes infectadas, mesmo as assintomáticas, podem transmitir o vírus ao feto. Essa forma de transmissão da infecção pode resultar em aborto espontâneo, óbito fetal ou malformações congênitas.	acompanhadas conforme: <u>Orientações Integradas de Vigilância e Atenção à Saúde no Âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional: procedimentos para o monitoramento das alterações no crescimento e desenvolvimento a partir da gestação até a primeira infância, relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas dentro da capacidade operacional do SUS</u> (Brasil, 2017b). - Anti-inflamatórios não esteroides e os corticosteroides não devem ser utilizados na fase aguda das doenças. Ácido acetilsalicílico também é contraindicado nas fases agudas, pelo risco de síndrome de Reye e de sangramento.
COVID-19 As gestantes infectadas com SARS-CoV-2 podem ser assintomáticas ou sintomáticas. As sintomáticas parecem ter um risco aumentado de desenvolver sequelas graves de Covid-19 em comparação com mulheres em idade reprodutiva não grávidas infectadas. Elas também podem ter maior risco de desenvolver algumas complicações na gravidez (por exemplo, parto prematuro).	- Síndrome gripal COVID-19: quadro respiratório agudo, caracterizado por pelo menos dois dos seguintes sinais ou sintomas: febre (mesmo que referida), calafrios, dor de garganta, dor de cabeça, tosse, coriza, distúrbios olfativos ou gustativos e sintomas gastrointestinais; - Sinais e sintomas de Covid-19 durante a gravidez são geralmente semelhantes aos de mulheres não grávidas. - Até o momento as evidências indicam que a transmissão intraútero é rara, as taxas de aborto espontâneo e anomalias congênitas não parecem aumentar em gestações afetadas pela Covid-19;	- Avaliar clinicamente para sintomas gripais todas as gestantes. - Assintomáticas: com infecção confirmada ou provável por SARS-CoV-2, orientar isolamento domiciliar e automonitoramento do surgimento de sintomas de Covid-19. Sugere-se seguir o pré-natal de rotina e pode-se utilizar teleconsulta até a suspensão do isolamento. - Sintomáticas: avaliar fatores de risco para sintomas graves e identificar outras comorbidades que podem complicar. Os cuidados domiciliares geralmente são de suporte, semelhantes aos recomendados para outras doenças virais agudas.



	- A transmissão vertical pode ocorrer durante o parto e durante a amamentação; - A transmissão pós-natal pode ocorrer pela ingestão de leite materno, no entanto, a Organização Mundial de Saúde (OMS) entende que os benefícios do aleitamento materno superam largamente o baixo risco da transmissão vertical. Ainda, o maior risco de transmissão pós-natal ocorre pelo contato de uma mãe infectada (ou outro cuidador) para o bebê por meio de secreções respiratórias ou outras secreções infecciosas.	Orientar hidratação, repouso adequado e retomada das atividades físicas conforme tolerância. Sugere-se realizar monitoramento semanal (podendo ser teleatendimento, visita domiciliar ou consulta na unidade), para acompanhamento da evolução da doença. - Sinais de alerta: piora da dispneia, frequência respiratória ≥ 30 respirações/minuto, saturação de oxigênio (SpO₂) $< 94\%$, febre persistente $> 39^{\circ}\text{C}$, incapacidade de tolerar hidratação oral e medicamentos, dor torácica pleurítica persistente, confusão ou outras alterações mentais, complicações obstétricas (por exemplo, contrações prematuras, sangramento vaginal, ruptura de membranas) e movimento fetal diminuído. Na presença desses sinais, encaminhar para consulta médica imediata e/ou para o hospital de referência obstétrica. - Orientar às mulheres que planejam engravidar ou que estão grávidas a vacinação contra a Covid-19 e que recebam doses de reforço, quando elegíveis.
--	---	---

Fonte: August; Jayabalan, 2023; Baergen, 2021; Hughes; Berghella, 2023; Brasil, 2012, 2016, 2017b, 2019, 2020a, 2021, 2024; Febrasgo, 2014; Funai; Norwitz, 2022; Gupta, 2024; Lockwood, 2023; Lockwood; Russo-Stieglitz, 2022; Moraes Filho, 2018; Pavord *et al.*, 2019; SES-PR, [2020]; SES-RS, 2022, 2025b; Scorza, 2023; TelessaúdeRS-UFRGS, 2022; Tulandi, 2023; UFRGS; Rio Grande do Sul, 2016; Mejia, 2023.



7. SINAIS DE ALERTA NA GESTAÇÃO

Os enfermeiros devem estar atentos aos fatores clínicos ou sociais que possam afetar a saúde da mulher e do bebê. Assim, a partir de uma adequada comunicação entre profissionais e gestante, as mulheres podem reconhecer os sinais de alerta na gestação, possibilitando uma tomada de decisão informada e consistente. Além dos sinais elencados abaixo, os enfermeiros devem estar atentos aos sinais de violência doméstica e condições psicoemocionais (PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO, 2016).

QUADRO 14 - Principais sinais de alerta na gestação

SINAL DE ALERTA	AValiação	CUIDADO DE ENFERMAGEM
Sangramento vaginal	Deve ser avaliado independente do volume ou presença de dor; Se no 1º trimestre pode caracterizar risco de aborto.	Realizar exame especular para identificar a origem do sangramento. Se origem uterina, encaminhar para hospital de referência obstétrica. O toque vaginal deve ser evitado em gestantes que apresentam sangramento na segunda metade da gravidez.
Cefaleia; Escotomas visuais; Epigastria; Edema excessivo; Pressão arterial elevada (PAS $\geq$ 140mmHg ou PAD $\geq$ 90mmHg)	Sintomas principalmente no final da gestação podem sugerir pré-eclâmpsia.	Se identificada pressão arterial elevada isolada ou acompanhada de sintomas associados, encaminhar para hospital de referência obstétrica.
Contrações fortes ou frequentes	Sintomas podem ser indicativos de início do trabalho de parto, quando contrações uterinas (a cada 3 a 5 minutos, permanecendo assim por mais de 1 hora).	Verificar BCF e medida de útero; Verificar dinâmica uterina; Realizar encaminhamento para hospital de referência obstétrica.
Perda de líquido, mesmo sem dor	Sintomas podem ser indicativos de início do trabalho de parto, devido à ruptura de membranas; Verificar com ajuda da gestante qual o aspecto, coloração e odor do líquido.	Verificar BCF e medida de útero; Sugere-se a realização de exame especular para verificar a origem da perda líquida. Se origem uterina, realizar encaminhamento para hospital de referência obstétrica.



Diminuição da Movimentação Fetal (MF); Ausência de movimento fetal durante 12 horas de atividade materna normal ou ausência de MF em até duas horas, quando em repouso e focada na contagem	Pode indicar sofrimento fetal.	Avaliar BCF e orientação acerca do mobilograma; Encaminhar para avaliação médica no mesmo dia e/ou hospital de referência obstétrica.
Febre de origem não conhecida	Pode indicar infecção.	Solicitar avaliação médica no mesmo dia e encaminhamento ao hospital de referência obstétrica, caso necessário.
Dor ou ardor ao urinar; Dor em baixo-ventre	Verificar sintomas de ITU.	Tratar ITU conforme Quadro 13 - Atenção às intercorrências clínicas e obstétricas do pré-natal. Se episódio de ITU recorrente ou presença de febre ou sinal de Giordano positivo, encaminhar para avaliação médica imediata ou hospital de referência obstétrica.
Dor pélvica forte	Suspeição de gravidez ectópica; Suspeição de aborto, se dor seguida de sangramento.	Encaminhar para avaliação médica imediata ou hospital de referência obstétrica.
Epigastralgia intensa; Hiperêmese	Verificar hábitos alimentares e atentar para diagnóstico diferencial para pré-eclâmpsia.	Encaminhar para avaliação médica imediata ou hospital de referência obstétrica.
Sinais de tristeza, choro ou ansiedade intensa, sentimentos de desamparo e solidão	Utilizar para triagem, quantificação de sintomas e monitoramento de resposta ao tratamento “O Patient Health Questionnaire (PHQ-9)” Versão Brasileira (Anexo 4).	Na suspeita de depressão ou outras evidências de alterações na saúde mental, encaminhar para avaliação médica. Na presença de sinais de gravidade atuais, como presença de risco de suicídio ou sintomas psicóticos ativos, deve ser encaminhada, no mesmo momento, para avaliação em emergência psiquiátrica.

Fonte: Brasil, 2016; Ministério da Saúde, 2019; SMS Contagem, 2020; Brasil, 2021; Norwitz; Park, 2023; UFRGS, 2022.



8. NUTRIÇÃO NA GESTAÇÃO

O intenso crescimento e desenvolvimento fetal durante a gravidez requer adaptação fisiológica materna e uma mudança nas necessidades nutricionais. A ingestão materna adequada de macronutrientes e micronutrientes promove esses processos, enquanto a subnutrição e a supernutrição podem estar associadas a resultados adversos para a mãe e o bebê, incluindo aborto espontâneo, distúrbios hipertensivos da gravidez, diabetes gestacional, nascimento prematuro, algumas anomalias congênitas, recém-nascido pequeno para a IG e desenvolvimento neurocognitivo alterado (GARNER, 2023a).

A gravidez é considerada uma "janela de oportunidade" durante a qual as mulheres são motivadas a fazerem mudanças saudáveis, além de ser um período de interações frequentes com os profissionais de saúde. Assim, é importante que os enfermeiros reconheçam seu papel em auxiliar as gestantes nas mudanças dietéticas ou de estilo de vida saudáveis (GARNER, 2023b).

Os principais componentes da alimentação saudável durante a gravidez incluem a orientação de (GARNER, 2023a; GARNER, 2023b; Brasil, 2021):

- Ingerir pelo menos dois litros de água por dia;
- Consumir uma variedade de alimentos, principalmente integrais e não processados, em quantidades adequadas para permitir um ganho de peso gestacional adequado;
- Consumir diariamente legumes, verduras, feijão ou outras leguminosas, preferencialmente no almoço e no jantar;
- Consumir diariamente frutas, sendo preferencialmente inteiras, em vez de sucos;
- Diminuir o consumo de alimentos ultraprocessados, visando limitar o consumo de açúcar, gordura saturada e sódio;
- Evitar o consumo de bebidas adoçadas, tais como refrigerante, suco de caixinha, suco em pó e refrescos;
- Prescrever a suplementação de vitaminas e minerais, se necessário¹⁷;
- Evitar álcool, tabaco e outras substâncias prejudiciais;
- Evitar ou limitar a ingestão de cafeína (café, chá preto ou verde, cacau, refrigerantes e chimarrão), não devendo ultrapassar 200 mg de cafeína por dia;
- Higienizar as frutas, legumes ou verduras em água corrente e depois desinfetar por meio da imersão em solução clorada por 10 minutos: diluir 1 colher de sopa de água sanitária em 1 litro de água. Lavar os alimentos novamente, um a um, em água potável corrente;
- Ao consumir carnes, peixes, frutos do mar e aves (incluindo ovos), que estejam totalmente cozidos;

¹⁷ Mulheres bem nutridas podem não precisar de suplementação. Na possibilidade de acompanhamento com nutricionista, sugere-se encaminhar.



- Evitar o consumo de peixes com alto teor de mercúrio (cavala, marlin, peixe relógio, tubarão, peixe-espada, atum patudo). Dar preferência ao consumo de sardinha, atum enlatado, salmão e camarão, que contêm grande quantidade de ácidos graxos ômega 3, limitando-se ao consumo de duas a três vezes por semana;

- Evitar laticínios não pasteurizados, queijos frescos e/ou com fungos e embutidos;
- Lavar as mãos antes de manusear alimentos;
- Higienizar tábuas de corte, facas, balcões e pia antes e após a preparação dos alimentos;

- Ao necessitar o uso de adoçante, utilizar moderadamente. O aspartame não deve ser usado em gestantes com altos níveis de fenilalanina ou fenilcetonúria, nestes casos compartilhar decisão com nutricionista e/ou médico;

- Evitar padrões inadequados de consumo alimentar, como dietas restritivas autoselecionadas e/ou o hábito de pular refeições;

- Monitorar o peso durante a gestação, conforme Quadro 12 - Manejo das queixas mais frequentes na gestação.

Considerar o encaminhamento a um nutricionista, quando houver disponibilidade no município, para mulheres com as seguintes condições nutricionais (GARNER, 2021c):

- Insegurança alimentar (gestante com restrições financeiras em relação à compra, armazenamento ou preparação dos alimentos);

- Gestantes veganas ou vegetarianas;
- Diabetes, hipertensão, distúrbios metabólicos inatos (por exemplo, fenilcetonúria), hiperêmese gravídica, distúrbios gastrointestinais que causam má absorção (por exemplo, doença de Crohn, colite ulcerativa, fibrose cística) e outros distúrbios que respondem à terapia dietética;

- História de cirurgia bariátrica ou outra cirurgia gastrointestinal que afeta a absorção de nutrientes;

- IMC pré-concepcional na faixa de sobrepeso, obesidade ou baixo peso;
- Transtornos alimentares (bulimia, anorexia nervosa e/ou compulsão alimentar);
- Gestação múltipla, o que aumenta a necessidade de nutrientes e as metas de ganho de peso gestacional;

- Uso de substâncias que podem afetar a nutrição, por exemplo, cigarro, álcool, drogas ilícitas, inibidores ou estimulantes do apetite.

É importante ressaltar que o estado nutricional materno é um fator de risco modificável que pode ser avaliado, monitorado e, quando apropriado, melhorado. Começar esse processo antes da concepção é importante, pois a nutrição durante a gravidez pode afetar alguns resultados (por exemplo, ganho de peso gestacional) (GARNER, 2021a). Deste modo, o quadro abaixo aborda as necessidades nutricionais, bem como as fontes destes nutrientes.



QUADRO 15 - Fontes e recomendações de vitaminas e minerais, durante o período gestacional

TAXONOMIA		PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM	
Classificação Internacional da Prática de Enfermagem - CIPE		Desnutrição Obesidade Hipervitaminose, presente Hipovitaminose, presente/melhorada Necessidade dietética de vitaminas Resposta ao regime de nutrição Resposta ao regime terapêutico Resposta ao regime dietético Adesão ao regime medicamentoso Capacidade para manejar (controlar) o regime dietético, prejudicada Falta/Conhecimento sobre regime dietético Não adesão ao regime terapêutico	
NUTRIENTE	FONTE	CUIDADOS DE ENFERMAGEM	
Ferro Necessário para o desenvolvimento do cérebro fetal e da placenta e para expansão da massa de glóbulos vermelhos materna	Carnes, miúdos, gema de ovo, leguminosas, vegetais verde-escuros	- Priorizar a ingestão de ferro heme (carnes e vísceras) e melhorar a biodisponibilidade de ferro não heme (leguminosas, verduras e ovos) com a ingestão de fruta ou suco de frutas ricas em vitamina C (limão, laranja, acerola, goiaba); - Evitar o consumo, na mesma refeição ou horário próximo ao suplemento de ferro, de café, chá e alimentos ricos em cálcio (reduzem a biodisponibilidade do ferro). Prescrever sulfato ferroso 200 mg, 1 cp (200 mg de Fe = 40 mg de ferro elementar), a partir do conhecimento da gravidez até o terceiro mês pós-parto. Orientar a ingestão longe das refeições e preferencialmente com suco de frutas ricas em vitamina C.	
Ácido fólico Prevenção de defeitos do tubo neural e alterações na divisão celular	Vegetais verdes-folhosos, frutas cítricas, alimentos integrais, legumes, bife de fígado	- Consumir regularmente alimentos que contenham ácido fólico; - As mulheres que planejam engravidar podem iniciar a suplementação de ácido fólico pelo menos 30 dias antes de engravidar, pois este micronutriente não é facilmente atingido somente pela alimentação. Prescrever ácido fólico (0,4 mg, via oral, 1 comprimido/dia ou 0,2 mg/ml, via oral, 40 gotas/dia) por pelo menos 30 dias antes da concepção e até o final do primeiro trimestre. Mulheres com história de doença do tubo neural em familiar de primeiro ou segundo grau, em uso de ácido valpróico e/ou carbamazepina, que	



		fazem uso de medicamentos que não sejam anticonvulsivantes mas que foram associados a reduções de ácido fólico (ex: trimetoprima), com condições médicas associadas a níveis reduzidos de folato nos glóbulos vermelhos, doença falciforme, pós bariátrica e com diabetes pré-gestacional: encaminhar para avaliação médica para que seja avaliada a necessidade de ajuste de dose.
Cálcio Manutenção esquelética e da função cardíaca	Leite e derivados	Prescrever carbonato de cálcio, com início na 12ª semana de gestação até o momento do parto: carbonato de cálcio 1.250mg (500mg de cálcio) 2 cp ao dia¹⁸. Recomenda-se que a ingestão ocorra com intervalo mínimo de 2 horas do suplemento de ferro. Não deve ser ingerido em jejum. Evitar a ingestão do suplemento em associação com alimentos ricos em fitatos, oxalatos ou ferro (por exemplo: feijão, fígado, espinafre, acelga, couve, beterraba, batata doce, sementes, castanhas ou cereais), bem como deve-se evitar a ingestão do suplemento junto à alta ingestão de cafeína e de alimentos ultraprocessados, pois podem afetar a absorção do cálcio. Uma opção é a ingestão no período da noite, com um copo de leite ou suco de frutas, por exemplo.
Vitamina A Importante na divisão celular, no crescimento dos órgãos fetais e esqueléticos, na manutenção do sistema imunológico, no desenvolvimento visual fetal e na manutenção da visão materna	Leite, peixe, ovos, cenoura, folhas verdes, brócolis, melão e abóbora	- As necessidades de vitamina A são facilmente alcançadas na alimentação; - Não há evidências suficientes de que a suplementação de vitamina A de rotina seja necessária, caso haja necessidade de suplementação, encaminhar para avaliação médica e/ou nutricionista.
Vitamina D Necessário para formação esquelética do feto	Exposição solar regular Muito poucos alimentos contêm naturalmente vitamina D, entretanto, peixes gordurosos, ovos e leite são as exceções	- A exposição solar regular da pele atinge as recomendações; - Não há evidências suficientes de que a suplementação de vitamina D de rotina seja necessária, caso haja necessidade de suplementação, encaminhar para avaliação médica e/ou nutricionista.

¹⁸ Equivalente a 1.000mg de cálcio elementar.



Vitamina B12 Síntese de ácido desoxirribonucleico (DNA) e metabolismo celular	Apenas alimentos de origem animal, como peixe, carne, aves, ovos e laticínios, contêm vitamina B12	- Gestantes que consomem uma dieta vegetariana ou vegana estão em maior risco de deficiência de vitamina B12 e devem ser avaliadas para suplementação. Caso haja necessidade, encaminhar para avaliação médica e/ou nutricionista.
---	--	--

Fonte: Brasil, 2016, 2024; Garner, 2021a, 2021b, 2021c; Goetzl, 2023; Hendrixson *et al.*, 2021; FEBRASGO, 2020, 2021.



9. MONITORAMENTO DA SITUAÇÃO VACINAL

A vacinação durante a gestação objetiva a proteção da gestante e do feto. Não há evidências de que as vacinas acarretem qualquer risco para a gestação. Em todas as consultas deve-se aproveitar a oportunidade para verificar o status vacinal da mulher e, havendo indicação, encaminhar para a sala de vacinas para atualização (Brasil, 2012). A seguir estão as recomendações do Programa Nacional de Imunizações (PNI) para a imunização das gestantes.

QUADRO 16 - Imunização de rotina no pré-natal

VACINA	SITUAÇÃO	ESQUEMA INDICADO
dT/ dTpa ^{19*}	- Esquema vacinal desconhecido; - Não vacinada.	Três doses: - 1ª dose dT em qualquer IG; - 2ª dose dT após 60 dias ou no mínimo 30 dias após a primeira; - 3ª dose dTpa após 60 dias ou no mínimo 30 dias da segunda, a partir da 20ª semana de gestação.
	- Esquema incompleto.	Completar esquema conforme o número de doses faltantes, sendo uma de dTpa , a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível.
	- Esquema com três doses de dT.	Uma dose dTpa , a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível.
	- Vacinação completa.	Uma dose dTpa de reforço , a partir da 20ª semana de gestação, o mais precocemente possível.
Hepatite B	- Esquema vacinal desconhecido; - Não vacinada.	Três doses: - 1ª dose, independente da IG; - 2ª dose 30 dias após primeira; - 3ª dose 180 dias após a primeira.
	- Esquema incompleto.	Completar esquema conforme o número de doses faltantes.

¹⁹ Caso iniciado o esquema tardiamente, para prevenção do tétano neonatal, a 2ª ou 3ª dose deve ser realizada pelo menos 20 dias antes do parto, respeitando o intervalo mínimo de 30 dias da 1ª dose, garantindo uma dose de dTpa.

A dose de dTpa deve ser administrada em todas as gestações, independentemente de já ter sido realizada em gestações anteriores.

Para gestantes em áreas de difícil acesso, administrar dTpa a partir da 20ª semana de gestação, adequando as doses conforme informações nesse quadro, visando não perder a oportunidade.

Gestantes que perderam a oportunidade de serem vacinadas durante o período gestacional, administrar 1 (uma) dose de dTpa no puerpério (até 45 dias).



Influenza	- Em qualquer período gestacional.	Dose única anual. Caso não tenha realizado a vacina no período gestacional, realizar no puerpério.
Covid-19	- Todas as gestantes e puérperas (até 45 dias após o parto) com ou sem comorbidades.	Completar esquema conforme o número de doses faltantes, seguindo orientações vigentes do PNI/ Ministério da Saúde.
Vacinas contraindicadas durante a gestação²⁰ - Tríplice viral (sarampo, caxumba e rubéola); Febre amarela; HPV; Varicela (catapora); Dengue.		

Fonte: Brasil, 2016, 2021b, 2023; Coren-SP, 2019.

²⁰ As vacinas virais vivas que contêm os componentes do sarampo, da rubéola, da caxumba, da febre amarela e da dengue não são recomendadas em situações normais. Contudo, quando for alto o risco de ocorrer a infecção natural pelos agentes dessas doenças (viagens a áreas endêmicas, vigência de surtos ou epidemias), deve-se avaliar cada situação, sendo válido optar pela vacinação quando o benefício for considerado maior do que o possível risco. Compartilhar a decisão com o profissional médico.

Após a vacinação com tríplice viral, recomenda-se evitar a gravidez durante um mês (30 dias), apenas por precaução. Entretanto, se a mulher engravidar antes desse prazo ou se houver administração inadvertida durante a gestação, não se justifica o aborto em nenhum desses casos, por se tratar apenas de risco teórico. A gestante deverá ser acompanhada pelo serviço de saúde.

Gestante suscetível que tenha contato com varicela deve receber a imunoglobulina humana antivaricela-zoster (IGHVAZ).



10. PRÉ-NATAL DO PARCEIRO

Entende-se que a parceria da gestante nem sempre virá na figura masculina, contemplando exclusivamente relacionamentos heteronormativos. Deste modo, no âmbito da atenção integral à saúde do homem, se utiliza o termo “parceiro” entendendo que os benefícios da Estratégia Pré-Natal do Parceiro (EPNP) se estendem a todos os homens, pais biológicos ou não, cisgêneros ou transgêneros, gays, bissexuais ou heterossexuais, independentemente de raça, cor, origem ou classe social, mas que se colocam ao lado de uma pessoa que gesta (que pode ser tanto uma mulher cisgênero como homem transgênero), apoiando e cumprindo sua função de parceiro no exercício da parentalidade (Brasil, 2023a).

Independente da configuração familiar, a assistência no pré-natal intenta ser um momento de acolhimento e escuta sensível, bem como visa possibilitar o respeito à dignidade e autonomia da gestante, favorecer a participação ativa da parceria e promover a igualdade de gênero nas vivências de maternidade e paternidade. Ainda, cabe destacar a importância de incentivar o envolvimento do parceiro e sua participação desde o teste de gravidez, passando pelo puerpério até o acompanhamento do desenvolvimento integral do filho (Brasil, 2023a).

A Estratégia Pré-Natal do Parceiro pode constituir-se uma importante “porta de entrada positiva” para os homens nos serviços de saúde, aproveitando sua presença nas consultas relacionadas à gestação para ofertar exames de rotina e testes rápidos, convidando-os a participar das atividades educativas e ao exercício da paternidade, buscando a integralidade no cuidado para essa população. Já na busca ativa das gestantes realizada pelos ACS, é possível fazer o convite ao parceiro para acompanhar o pré-natal. Caso o parceiro não possa estar presente, deve ser explicada à pessoa que gesta a importância do envolvimento deste e ofertar orientação de que ele pode comparecer em outro horário (Brasil, 2023a).

O intuito do pré-natal do parceiro se dá na tentativa de romper e transformar, na prática, construções sociais de gênero que, por um lado, direcionam todas as responsabilidades relacionadas aos cuidados das crianças às mulheres e, por outro, afastam os homens tanto dos compromissos e dos deveres, quanto dos prazeres e dos aprendizados que circundam este processo.

O envolvimento consciente das parcerias – independentemente de ser pai biológico ou não – em todas as etapas do planejamento reprodutivo e da gestação pode ser determinante para a criação e/ou fortalecimento de vínculos afetivos saudáveis (SMS-RECIFE, 2022).

Dentre diversas estratégias para inserir o parceiro no pré-natal, de acordo com a política de saúde do homem, a consulta de pré-natal do parceiro foi um procedimento incluído no rol de atendimentos do SUS, pela Portaria MS n.º 1.474/2017, sob o SIGTAP 0301010234 (Brasil, 2017c).



Após a confirmação da gravidez, em consulta de enfermagem, dá-se início à participação do parceiro nas rotinas de acompanhamento da pessoa gestante e inserção no autocuidado. Esse processo é composto por oito passos, conforme descrito a seguir:



FIGURA 1 - Passos do pré-natal do parceiro

1. PASSO - PRIMEIRO CONTATO, COM POSTURA ACOLHEDORA E INTEGRADA

Informar sobre os direitos trabalhistas que garantem o acompanhamento do pré-natal da companheira e das suas próprias consultas. Informar, também, que ele poderá tirar dúvidas e se preparar adequadamente para compartilhar tarefas durante a gestação, parto, pós-parto e nos cuidados com o bebê. Explicar a importância da prevenção da saúde e ofertar a realização imediata ou o agendamento de atendimentos com a equipe multiprofissional, incluindo a odontologia, e/ou exames de rotina e preventivos.

2. PASSO: REGISTRO DO PROCEDIMENTO "CONSULTA PRÉ-NATAL DO PARCEIRO" E DOS TESTES RÁPIDOS

Reforça-se a importância desse registro para o monitoramento e avaliação de ações relacionadas ao pré-natal do parceiro.

Para registro dos procedimentos no PEC, utilize os seguintes códigos SIGTAP:

- Teste rápido para detecção de HIV na gestante ou parceiro – SIGTAP – 0214010040.
- Teste rápido para sífilis na gestante ou parceiro – SIGTAP – 0214010082.
- Procedimento "Consulta Pré-Natal do Parceiro" SIGTAP – 0301010234

3. PASSO: REALIZAR OS TESTES RÁPIDOS E SOLICITAR EXAMES DE ROTINA

No que diz respeito aos exames e aos procedimentos de rotina, é recomendado:

- anamnese e exame físico;
- tipagem sanguínea e fator RH (no caso da mulher ter RH negativo);
- pesquisa de antígeno de superfície do vírus da hepatite B (HBsAg);
- teste treponêmico e/ou não treponêmico para detecção de sífilis;
- pesquisa de anticorpos anti-HIV;
- pesquisa de anticorpos do vírus da hepatite C (anti-HCV);
- lipidograma: dosagem de colesterol total, HDL e triglicerídeos;
- dosagem de glicemia de jejum;
- eletroforese da hemoglobina (para detecção da doença falciforme);
- aferição de pressão arterial;
- verificação de peso e altura para cálculo de IMC.

Ressalta-se que, caso seja detectada alguma alteração em algum desses exames ou o enfermeiro identifique a necessidade de outros exames, o parceiro deve ser referenciado para avaliação médica.

4. PASSO: IMUNIZAR O PARCEIRO CONFORME A SITUAÇÃO VACINAL ENCONTRADA

O parceiro, durante o acompanhamento do período gestacional, deve atualizar o seu cartão de vacina e buscar participar do processo de vacinação de toda família, em especial da gestante e da criança.

Verificar calendário de vacinação vigente.



5. PASSO: TODO ENCONTRO, ATENDIMENTO OU CONSULTA É UMA OPORTUNIDADE

Seguem algumas sugestões de atividades educativas cuja participação dos homens deve ser fomentada durante e após a consulta de PNP:

- Orientação de estilos de vida saudáveis, como: prática de atividades físicas regulares, alimentação balanceada e saudável, diminuir ou cessar consumo de bebida alcoólica, cigarro e outras drogas.
- Palestras e rodas de conversa com a população masculina, abordando temas como: Política Nacional de Atenção Integral à Saúde do Homem; gênero, socialização masculina e impactos para a paternidade, como ser um parceiro presente, dividindo atividades e responsabilidades com a parceira; e prevenção de acidentes e de violência entre a população masculina, entre outros.



6. PASSO: ESCLARECER SOBRE O DIREITO DA PESSOA QUE GESTA A UM ACOMPANHANTE NO PRÉ-PARTO, PARTO E PUERPÉRIO E INCENTIVAR O PARCEIRO SOBRE A POSSIBILIDADE DA SUA PARTICIPAÇÃO NESSE MOMENTO.

Conversar com os futuros pais sobre a relevância de sua participação no pré-parto, parto e puerpério, dando exemplos do que ele poderá fazer, como: ser encorajado a clampar o cordão umbilical em momento oportuno, levar o recém-nascido ao contato pele a pele e apoiar a puérpera no início da amamentação.

Os pais/parceiros podem participar do pré-natal e pós parto se for a escolha da gestante, de acordo com a Lei n.º 11.108/2005.



7. PASSO: ORIENTAR OS PAIS OU PARCEIROS SOBRE CUIDADO COM O RECÉM-NASCIDO E APOIO À PUÉRPERA

Durante as consultas de pré-natal e/ou na primeira consulta do recém-nascido, o enfermeiro deve orientar os pais/parceiros a realizarem os cuidados de saúde e higiene e incentivarem a amamentação do recém-nascido, bem como apoiar a puérpera no pós-parto.



8. PASSO: AGENDAR RETORNO PARA AVALIAÇÃO DOS RESULTADOS DOS EXAMES

Já finalizando o atendimento, é importante que o usuário saia com a próxima consulta agendada. A consulta de retorno dá ao enfermeiro a oportunidade de acolher e orientar o usuário mais detalhadamente, promovendo vínculo e continuidade do cuidado.

Fonte: Brasil, 2023

Pensando na ampliação do acesso da população aos serviços de APS, algumas medidas organizacionais que podem facilitar a presença dos homens nas consultas de pré-natal podem ser adotadas, como por exemplo horário estendido. É importante considerar a opinião de gestantes e parceiros nas decisões sobre os melhores dias e horários para o acompanhamento do pré-natal, levando em conta a disponibilidade de ambos e a partilha na escolha para a marcação de consulta (Brasil, 2023a).



11. PRÉ-NATAL DOS HOMENS TRANS

A transmasculinidade está ligada ao aspecto da identidade de gênero das pessoas. Entende-se como identidade de gênero a forma como a pessoa se identifica, independente do sexo biológico e vivência social. Deste modo:

- Pessoa cisgênera (ou “cis”): é aquela que se identifica com o gênero atribuído a ela ao nascimento a partir de suas características sexuais biológicas aparentes;
- Pessoas trans: são pessoas que se reconhecem e se identificam com o gênero diferente das expectativas sociais, ou seja, que se identificam com um gênero diferente daquele que lhe foi atribuído a partir de sua condição biológica, aparente, ao nascimento.
- Homens trans: são pessoas que nasceram com o sexo biológico feminino e se identificam com o gênero masculino.

Os cuidados de pré-natal habituais devem ser oferecidos ao homem trans ou à pessoa transmasculina gestante. Deve-se estabelecer o diálogo sobre possíveis desconfortos em frequentar um ambiente habitualmente repleto de mulheres, disforias em relação ao seu corpo e em relação à via de parto proposta, possibilidades de amamentação, preparo do serviço de parto para o atendimento acolhedor e possibilidade de inclusão da rede de apoio pessoal nos cuidados pré-natais e de puerpério (SBMFC, 2020).

Cabe ressaltar que apesar da hormonização potencialmente diminuir a fertilidade, os hormônios utilizados não têm comprovação ou segurança como contraceptivos em qualquer dosagem. Portanto, é prudente abordar a possibilidade de gestação, a partir das práticas sexuais de cada pessoa e considerar métodos contraceptivos da mesma forma que aborda-se possibilidades e manutenção da fertilidade (SBMFC, 2020).

No processo de autoidentificação com o gênero masculino, alguns homens transexuais fazem alterações corporais para adquirir um fenótipo reconhecido socialmente como de homem. Eles podem recorrer a processos cirúrgicos (mastectomia, histerectomia) e/ou ambulatoriais (hormonioterapia). Importante saber que, com exceção do processo transexualizador cirúrgico da histerectomia, nenhum outro incapacita os homens trans a engravidarem. Assim, em caso de gestação em homens trans, é necessária uma abordagem não transfóbica e que não desconstrua a masculinidade do sujeito (SMS-RECIFE, 2022; SBMFC, 2020).

O desenvolvimento da gestação e suas mudanças corpóreas são simbolicamente ligadas ao universo da maternidade e da feminilidade. Esses fatores podem trazer consequências para a saúde mental dos homens trans, que podem vivenciar na gestação a desconstrução de uma



masculinidade construída, por isso a importância de um acompanhamento e suporte psicossocial no pré-natal masculino (SMS-RECIFE, 2022).

O reconhecimento do nome social se comprovou como uma estratégia de construção de vínculo com usuários transexuais nas redes de saúde. Reconhecer o nome social é a garantia da dignidade das pessoas transexuais, assim como de todo o tratamento ser pautado no gênero masculino (SMS-RECIFE, 2022). Destaca-se a importância de reconhecer o nome social no prontuário do cidadão, de acordo com o decreto presidencial n.º 8727/2016.

A gestação e a amamentação são consideradas contraindicadas para a hormonização de homens trans e pessoas trans masculinas. Portanto, caso uma pessoa em uso de testosterona engravide, sua suspensão deve ser considerada o mais precocemente possível (SMS-RECIFE, 2022; SBMFC, 2020).

O enfermeiro na APS pode contar com apoio de equipes multiprofissionais disponíveis no município e/ou de ambulatórios de referência da rede conforme referências pactuadas.



12. ASPECTOS LEGAIS E DIREITOS NA GESTAÇÃO

Durante todo o acompanhamento às mulheres no ciclo gravídico-puerperal o enfermeiro deve conhecer e dialogar com a mulher e sua família sobre seus direitos.

QUADRO 17 - Direitos previstos às gestantes

Direitos trabalhistas
● A gestante tem direito à licença-maternidade de 120 dias (art. 392), sem prejuízo do emprego e do salário, devendo a gestante notificar o seu empregador da data do início do afastamento, que poderá ocorrer entre o 28º dia antes do parto e a ocorrência deste. Pode ocorrer a partir do 8º mês da gestação; ● Não ser demitida enquanto estiver grávida e até cinco meses após o parto, a não ser por justa causa; ● Mudar de função ou setor em seu trabalho, caso ele apresente riscos ou problemas para sua saúde ou a saúde do bebê. Para isso, deve obter atestado médico com a indicação de mudar de função ou setor; ● O salário-maternidade é devido às seguradas com vínculo formal, trabalhadoras avulsas, domésticas, contribuintes individuais, facultativas e seguradas especiais, por ocasião do parto, inclusive o natimorto, aborto, adoção ou guarda judicial; ● Nos casos em que a criança venha a falecer durante a licença-maternidade, o salário-maternidade não será interrompido; ● Em casos de aborto, será pago o benefício por duas semanas, a licença varia entre 14 e 30 dias de acordo com a prescrição médica; ● Dispensa do horário de trabalho para realização de, no mínimo, seis consultas e demais exames complementares; ● Dispensa do trabalho todos os dias, por dois períodos de meia hora ou um período de uma hora, para amamentar, até o bebê completar seis meses.
Direitos da parceria
● Direito a participar do pré-natal, de acompanhar a gestante durante o pré-parto, parto e pós-parto; ● A Constituição Federal prevê licença de cinco dias para licença-paternidade, período que se inicia no primeiro dia útil após o nascimento da criança. No entanto, se a empresa estiver cadastrada no programa Empresa Cidadã, o prazo será estendido para 20 dias.



Direitos sociais
• Prioridade para acomodar-se em assentos de transporte coletivo e em filas para atendimento em instituições públicas ou privadas; • Registro gratuito do bebê (certidão de nascimento); • Se a família é beneficiária de algum programa de transferências de renda, orientar sobre o direito ao Benefício Composição Gestantes e buscar o CRAS do município; • A mulher tem direito à creche para seus filhos nas empresas que possuam em seus quadros funcionais pelo menos 30 mulheres com mais de 16 anos de idade.
Entrega em adoção
• A Lei n.º 12.010/2009 garante o direito de a mulher receber atendimento psicossocial gratuito se desejar, precisar ou decidir entregar a criança em adoção. Nesta situação, cabe ao enfermeiro acionar a rede intersetorial do município.
Caso seja estudante
• A Lei n.º 6.202/1975 garante à estudante grávida o direito à licença-maternidade sem prejuízo do período escolar; • A partir do oitavo mês de gestação, a gestante estudante poderá cumprir os compromissos escolares em casa (Decreto-Lei n.º 1.044/1969); • O início e o fim do período de afastamento serão determinados por atestado médico a ser apresentado à direção da escola; • Em qualquer caso, é assegurado às estudantes grávidas o direito à prestação das avaliações finais.
Direitos nos serviços de saúde
Todas as gestantes devem: • Serem atendidas com respeito e dignidade, sem discriminação de cor, raça, orientação sexual, religião, idade ou condição social; • Receber o cartão de gestante na primeira consulta de pré-natal, no qual deverão estar registradas as informações de todos os atendimentos realizados durante o PN; • Serem chamadas pelo nome que preferirem; • Receber gratuitamente os testes no RN (pezinho, orelhinha, olhinho, linguinha e coraçozinho). Informar às gestantes acerca do direito à laqueadura durante o período do parto, conforme consta na Lei n.º 14.443/2022 (Brasil, 2022b). É necessário manifestar a vontade com, no mínimo, 60 dias de antecedência da data prevista para o nascimento. Para mais informações do fluxo e direitos da mulher, ver a <u>NOTA TÉCNICA n.º 001 SM/DPCV/DAPPS/SES-RS Assunto: Nova Lei do Planejamento Familiar e fluxo para realização de Laqueadura e Vasectomia no Estado do Rio Grande do Sul</u>; Garantir à gestante o direito de ser informada anteriormente, pela equipe de saúde, sobre o hospital de referência obstétrica, para seu parto e de visitar esse serviço antes do parto, conforme a Lei n.º 11.634/2007; Informar às gestantes acerca do direito a um acompanhante durante todo o período de trabalho de parto, no parto e no pós-parto imediato, no SUS, conforme a Lei Federal n.º 11.108/2005.



Interrupção de Gravidez

A interrupção da gestação é assegurada pela lei nas seguintes situações:

- Quando a gravidez representa risco à vida da gestante (Lei n.º 2848/1940. Art. 128). Nos casos de risco para a vida da mulher, a equipe de saúde deverá informá-la de forma simples e clara sobre os riscos e, caso ela concorde, poderá ser solicitada a interrupção da gravidez;
- Quando a gravidez é resultado de um estupro (Código Penal. Decreto-Lei n.º 2848/1940. Art. 128);
- Quando ocorre o estupro de vulneráveis – menores de 14 anos (Lei n.º 12.015/2009- Art. 217-A);
- 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 2848/1940. Art. 128).
- Não há necessidade de boletim de ocorrência policial ou de laudo pericial para encaminhar para avaliação no hospital de referência obstétrica. Os serviços habilitados até o presente para a realização do aborto legal no RS são: Hospital de Clínicas de Porto Alegre, Hospital Fêmina, Hospital Nossa Senhora da Conceição, Hospital Materno Infantil Presidente Vargas, Hospital Geral de Caxias do Sul, Hospital Universitário de Canoas e o Hospital Universitário Dr. Miguel Riet Correa Jr. de Rio Grande.
- Em tais situações, a mulher tem o direito de realizar o aborto gratuitamente, de forma segura e com um atendimento respeitoso e digno.

Fonte: Brasil, 2016, 2023; SMS-RECIFE, 2022.



13. PRÁTICAS EDUCATIVAS EM GRUPO

Os grupos na APS se constituem como um espaço de aprendizagem, convivência e de socialização que impactam positivamente nas condições clínicas, sociais e afetivas das participantes, refletindo em melhor qualidade de vida. Eles possuem uma característica muito importante de troca de experiências, tornando-se um espaço onde as pessoas possam expressar suas necessidades, expectativas e angústias, criando novas formas de superação dos seus problemas (ROSSETTO; GRAHL, 2021).

A seguir, algumas razões importantes para se trabalhar com grupos na APS (UFSC, 2018):

- A formação de grupos na comunidade, com participação da equipe de saúde, propicia um maior vínculo com a população. O vínculo, mais que um estreitamento de relações, favorece a adesão da população tanto no âmbito individual quanto coletivo das ações e planos terapêuticos propostos pela equipe;
- O grupo favorece ainda uma escuta mais qualificada dos problemas de saúde, o que nem sempre ocorre no atendimento individual;
- No grupo, as pessoas apresentam uma identificação entre si, pois estão com seus pares, o que favorece a participação mais efetiva;
- Estes espaços ainda permitem a troca de experiências e a construção de saberes a partir da visão das próprias pessoas da comunidade, com formas de enfrentamento dos problemas que a equipe muitas vezes desconhece;
- Outro ponto bastante importante para a equipe, é que a formação de grupos tem o potencial de diminuir a procura pela demanda espontânea na unidade de saúde, uma vez que, se efetivos, os grupos podem melhorar o acompanhamento das pessoas com problemas crônicos, podem prevenir doenças e, ainda, fortalecer a comunidade para o enfrentamento dos problemas.

É importante seguir algumas etapas para elaboração e organização dos grupos:

Passo a passo para elaboração de um grupo

1. Fazer o diagnóstico local (para identificar as necessidades);
2. Definir o público-alvo;
3. Estabelecer os objetivos do grupo;
4. Elaborar as ações e estratégias para formação e desenvolvimento do grupo;
5. Avaliar espaço físico e recursos humanos e materiais necessários;
6. Avaliar e registrar as atividades.



Pactuação de regras

- Horário de início e término da atividade;
- Definir se a entrada é permitida após o horário de início;
- Local dos encontros;
- Permissão do uso de celulares;
- Aviso quanto a faltas e atrasos;
- Intervalo e lanches;
- Sigilo sobre as questões pessoais abordadas no grupo;
- Respeito ao colega que está falando, sem julgamentos e interrupções;
- Não manter conversas paralelas durante a fala do outro;
- Outras regras podem ser acrescentadas pelo profissional ou participantes do grupo, desde que todos concordem com as mesmas e que tenham como objetivo o bom funcionamento do grupo.

Fonte: SMS-Ribeirão Preto, 2023.

As ações educativas durante o pré-natal no grupo de gestantes devem abordar temas selecionados de acordo com o perfil do grupo e necessidades observadas, tanto enfermeiros quanto técnicos em enfermagem, devidamente orientados, podem realizar a educação em saúde. A seguir sugerem-se alguns temas que podem ser trabalhados em grupo de gestantes (COREN-SP, 2019; SES-RJ, 2020):

- Adesão e importância do pré-natal na APS;
- Direito ao acompanhante na sala de parto e demais direitos legais;
- Conscientização da importância do cartão da gestante;
- Boas práticas da alimentação saudável;
- Acompanhamento de todas as fases de desenvolvimento da gravidez;
- Mitos, tabus e inseguranças na gravidez;
- Aconselhamento sexual e prevenção das ISTs;
- Esclarecimento e orientações sobre as queixas clínicas e obstétricas mais frequentes, assim como sinais de alerta na gestação;
- Parto: tipos (riscos e benefícios), elaboração de plano de parto, sinais premonitórios do trabalho de parto;
- Apoio emocional às gestantes que estão impossibilitadas de realizar parto normal e prevenção de frustrações;
- Incentivo ao aleitamento materno e apoio às mulheres impossibilitadas de amamentar;
- Importância do acompanhamento durante o puerpério e puericultura;
- Tipos de violência (doméstica, sexual, física, psicológica, obstétrica);
- Aspectos psicológicos na gestação e puerpério;
- Impacto e agravos das condições de trabalho sobre a gestação, o parto e puerpério;
- Importância da parceria no acompanhamento do pré-natal, reforçando o vínculo familiar;
- Cuidados com o recém-nascido na primeira semana de vida e exames obrigatórios;
- Questões escolhidas pelas próprias mulheres participantes ou parcerias.



14. PLANO DE PARTO

O plano de parto se trata de um instrumento de comunicação entre gestantes e profissionais de saúde, cuja utilização é incentivada pela OMS desde 1996, visando à autonomia e participação da gestante e/ou casal em relação ao trabalho de parto e nascimento (COREN-SP, 2019).

A gestante deve elaborar o documento com suas preferências, desejos e expectativas com relação ao parto e ao nascimento, incluindo procedimentos, acompanhantes, condições do ambiente do parto como iluminação, música, realização de fotos ou vídeos, métodos para alívio da dor, tipo de alimentação ou bebidas, posição para expulsão do bebê, quem corta o cordão umbilical, entre outras. Uma vez elaborado, ele deve ser impresso e entregue à equipe do hospital de referência obstétrica, permitindo que os profissionais conheçam as preferências e expectativas sobre o cuidado que a gestante gostaria de receber nesse período (Brasil, 2019).

É importante que a gestante seja informada quanto à possibilidade de alterações deste plano, em eventuais situações de risco ou outras demandas nas quais o documento pode não ser respeitado de maneira integral (COREN-SP, 2019).

QUADRO 18 - Orientações à gestante e família sobre cuidados antes e durante o parto

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Classificação Internacional da Prática de Enfermagem - CIPE	Conhecimento sobre parto (ou Nascimento) Falta de conhecimento sobre parto (ou Nascimento) Dor de falso trabalho de parto Conhecimento sobre o regime de cuidados pós-parto, eficaz Conhecimento sobre regime de cuidados durante o parto (ou nascimento) Orientada sobre amamentação Falta de apoio familiar Apoio familiar, positivo Apoio emocional, positivo Apoio ao manejo, controle da dor Conhecimento sobre o hospital
Organização prévia à entrada no hospital de referência obstétrica	Organizar documentos: documento de identificação, Cartão Nacional de Saúde, caderneta da gestante, plano de parto; Organizar roupas confortáveis, absorventes, roupas e fraldas para o bebê, produtos de higiene pessoal.



Sinais que indicam a necessidade de avaliação no hospital de referência obstétrica	Observar se contrações regulares (a cada 3 a 5 minutos, permanecendo assim por mais de 1 hora); Caso ocorra perda de líquido pela vagina (suspeita de rompimento da bolsa), mesmo que não sinta as contrações, a mulher deve ir ao hospital de referência obstétrica, pois precisa de avaliação. Na dúvida se há pouco volume de líquido ou apenas corrimento, orientar o uso de um absorvente e caminhar por 1 a 2 horas. Se, após esse tempo, o absorvente estiver saturado, procure um serviço de saúde para avaliação.
Trabalho de parto	Orientar a gestante e família que durante o trabalho de parto e parto o atendimento poderá ocorrer tanto pela médica quanto pela enfermeira obstetra ou uma obstetriz. A assistência ao parto e nascimento de baixo risco pela enfermeira obstétrica ou obstetriz favorece um parto seguro, humanizado e prazeroso. A gestante e acompanhante têm direito a um ambiente tranquilo, privativo, arejado, sem ruídos, durante o trabalho de parto e o parto. Também podem ser apoiados por uma doula, conforme consentimento do hospital de referência obstétrica. As doulas não substituem o acompanhante.
Métodos de alívio da dor	O contato com a água (como banho de chuveiro), uso da bola, do cavalinho, massagens e caminhadas podem ajudar a lidar com a dor. Em alguns casos, pode ser necessária a analgesia farmacológica. Orientar sobre as vantagens e desvantagens de cada escolha possível.
Procedimentos eventuais   	Ressalta-se que estes procedimentos não devem ser realizados como rotina, apenas em situações necessárias. Lavagem intestinal - o procedimento deverá ser realizado somente quando necessário, pois é desconfortável para a mulher e durante o trabalho de parto ela pode evacuar naturalmente. A evacuação não provoca infecções, nem faz mal ao bebê. Tricotomia dos pelos íntimos – orientar que não é preciso fazer nem em casa, nem quando chegar ao hospital de referência obstétrica. Os pelos são uma proteção natural para a vagina. Amniotomia – o rompimento artificial da bolsa aumenta os riscos de infecção, prolapso de cordão umbilical e não acelera o trabalho de parto. Uso de ocitocina – orientar que torna as contrações mais incômodas. Pode ser administrado em alguns casos para induzir o parto (em gestações de alto risco) ou quando não há contrações uterinas, com trabalho de parto arrastado. Episiotomia – orientar que se trata de um corte no períneo. Não é habitualmente necessária (Grau 1B). Pode causar dor e desconforto após o parto, aumentar os riscos de infecção e lacerações graves.



Sugestão de posições
para o trabalho de parto
e parto vaginal

SENTAR NA BOLA



POSIÇÃO DE CÓCORAS



DE JOELHO OU
QUATRO APOIOS



APOIO NO ACOMPANHANTE



Fonte: Brasil, 2023b.

A seguir será apresentado um modelo com sugestões para discutir com a mulher e parceria sobre o plano de parto.

QUADRO 19 - Sugestão de modelo para plano de parto

PLANO DE PARTO



Nome / Nome social: _____

Hospital de referência obstétrica: _____

Meu bebê se chama: _____

Estão listadas abaixo minhas preferências em relação ao nascimento do(a) meu/minha filho(a). Na impossibilidade de seguir quaisquer dos itens deste plano, gostaria de ser informada e consultada sobre as alternativas.



Acompanhante

() Gostaria de ter um acompanhante durante o trabalho de parto e parto.

Nome do acompanhante: _____

() Eu não gostaria de ter um acompanhante durante o trabalho de parto e parto.

Fotografias/ filmagens

() Gostaria de filmar e/ou fotografar meu parto.

() Gostaria de fotografar apenas após o nascimento do bebê.

() Não gostaria de filmar e/ou fotografar.

Entendo que devido a protocolos hospitalares, nem sempre será possível filmar ou fotografar.

Trabalho de parto

Com base nas melhores evidências científicas existentes até o momento e na ausência de indicações maternas e/ou fetais para a realização de cesárea, o SUS preconiza a assistência ao parto vaginal seguro, de qualidade e humanizado como orientação de rotina às gestantes.

Se não entrar espontaneamente em trabalho de parto:

() Gostaria de ter meu parto induzido com o método que a equipe obstétrica achar mais adequado.

() Não gostaria de ter o parto induzido, prefiro realizar cesárea.

() Não tenho preferência.

Desejo que comuniquem a mim e ao meu acompanhante sobre qualquer intervenção necessária durante o trabalho de parto (soro, oxigênio, rompimento artificial da bolsa, ocitocina ou cesárea)

() Sim () Não () Não tenho preferência

Desejo ter como opção de métodos para alívio da dor:

() Massagens;

() Orientações sobre técnicas de respiração;

() Movimentar ou andar;

() Exercício de relaxamento com bola de pilates;

() Banho de chuveiro;

() Métodos farmacológicos de alívio da dor.

Em relação aos exames e avaliações:

() Gostaria que o exame vaginal fosse realizado conforme preconizado, ou seja, a cada 2-4 horas. Ressalta-se que exames mais frequentes são necessários quando há preocupação com o andamento do trabalho de parto, mas aumentam o risco de contaminação do conteúdo intrauterino com a flora vaginal.

No momento do parto

Cuidar da ambiência favorece o parto. Desejo, se possível, os seguintes cuidados:

() Um ambiente com pouca luminosidade;

() Música;

() Ambiente silencioso;

() Privacidade;

() Outro: _____

Quanto à posição do parto normal:

Vou preferir ficar na seguinte posição:

() cócoras () sentada () semi-sentada () outra: _____

() Prefiro escolher na hora.

() Não tenho preferências especiais sobre a posição na hora do parto.

Desejo que comuniquem a mim e ao meu acompanhante sobre qualquer intervenção necessária durante o trabalho de parto (episiotomia, fórceps ou vácuo-extrator)



☐ Sim ☐ Não ☐ Não tenho preferência

No que se refere ao cordão umbilical, prefiro:

- ☐ Que seja realizado o clampeamento tardio do cordão umbilical, entre um e cinco minutos após o nascimento ou após cessar a pulsação, caso não haja intercorrências com o bebê.
☐ Não tenho preferência em relação ao momento do clampeamento e corte.

Sobre o corte do cordão umbilical, desejo que seja feito:

- ☐ Pelo profissional.
☐ Por mim mesma.
☐ Pelo acompanhante.

Ao nascer

Assim que o bebê nascer gostaria de:

- ☐ Pegar meu bebê no colo imediatamente
☐ Receber meu bebê quando me sentir pronta para tal
☐ Iniciar amamentação o mais rápido possível e dentro da primeira hora de vida
☐ Não gostaria ou não posso amamentar na primeira hora
☐ Ter pelo menos uma hora contínua com meu bebê no colo, se estiver tudo bem.

Desejo, se possível, a inserção do Dispositivo Intrauterino (DIU) no pós-parto imediato

☐ Sim ☐ Não

Desejo a laqueadura, conforme termo assinado, no mínimo, 60 dias antes da data do parto

☐ Sim ☐ Não

Quanto à amamentação

- ☐ Quero amamentar o bebê sob livre demanda e em amamentação exclusiva.
☐ Quero tentar amamentar o bebê em horários fixos e em amamentação exclusiva.
☐ Não me importo em complementar a amamentação do bebê com fórmula láctea, caso esteja prescrito pela equipe assistente.
☐ Não quero ou não posso amamentar o bebê.
☐ Não tenho preferência.

Além do assinalado acima, gostaria de registrar as seguintes observações e detalhes:_____. **Por fim, gostaria de agradecer a atenção da equipe obstétrica em tornar seguro e especial esse momento tão importante.**

Data ____/____/____

Assinatura da gestante: _____

Fonte: Adaptado de Coren-SP, 2019; HCM, [2023]; Brasil, 2023b.



15. PUERPÉRIO

O cuidado da mulher no puerpério é fundamental para a saúde materna e neonatal e deve incluir o pai/parceria, a família em seus diversos arranjos, e toda a rede de apoio envolvida nesta fase do ciclo vital e familiar. O puerpério se inicia imediatamente após o parto e dura, em média, até seis semanas. Esta variação está relacionada especialmente a mudanças anatômicas e fisiológicas no organismo da mulher, embora questões de ordem psicossocial relacionadas à maternidade, à sexualidade, à autoestima, à reorganização da vida pessoal e familiar estejam ocorrendo concomitantemente e influenciem a passagem desse período (Brasil, 2016).

Para facilitar a organização das ações de saúde, o puerpério pode ser dividido em imediato (do 1º ao 10º dia após o parto), tardio (do 11º ao 45º dia) e remoto (após o 45º dia, com término imprevisível). Durante o pré-natal a equipe de enfermagem deve orientar a gestante da importância da continuidade do acompanhamento após o parto e se organizar para:

- Realizar o primeiro atendimento na Unidade de Saúde após a alta do hospital de referência obstétrica, preferencialmente até o 7º dia de vida do bebê;
- Realizar uma visita domiciliar na primeira semana após alta do Recém-Nascido (RN) - se RN de alto risco é indicado que a VD ocorra em até 3 dias após a alta;
- Agendar a consulta de puerpério tardio até 42 dias após o parto;
- O cuidado no puerpério remoto deve ser singularizado de acordo com as necessidades da usuária.

O pós-parto é um momento muito delicado, pois envolve o cuidado do bebê e mudanças físicas e emocionais, no cotidiano e nas relações sociais. Deve-se dar especial atenção às condições psíquicas e sociais da puérpera, pois uma das características marcantes desse período é a ansiedade despertada com a chegada do bebê, o que pode ocasionar sintomas depressivos. É comum observar no puerpério, sentimentos de ambivalência (medo, frustração, ansiedade, incapacidade), que podem surgir durante os primeiros momentos da mãe com o bebê (Brasil, 2016).



QUADRO 20 - Síntese de atenção ao puerpério

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Classificação Internacional da Prática de Enfermagem - CIPE	Lactação, presente/aumentada/reduzida Risco/Ingurgitamento mamário presente/moderado/prejudicial Dor nas mamas leve/moderada Amamentação exclusiva, presente/prejudicada/interrompida Capacidade de amamentação, eficaz/melhorada/ prejudicada Baixo nível de conhecimento sobre amamentação Risco de amamentação exclusiva, prejudicada Apoio familiar na amamentação, positivo/prejudicado Dor ao amamentar Risco/ Fissura na mama Ansiedade moderada/leve Angústia positiva no período pós-parto Tristeza positiva no período pós-parto Baixa Autoestima Risco de ligação pais-filhos afetiva, prejudicada Desempenho de papel de mãe, eficaz/prejudicado/melhorado Conhecimento sobre os cuidados com o lactente baixo Falta de conhecimento sobre parentalidade Comportamento sexual prejudicado Ferida cirúrgica normal/alterada/infecção presente Cicatrização de ferida eficaz/prejudicada Dor no períneo Sangramento vaginal moderado/anormal/em nível esperado durante o período pós-parto Capacidade para mover-se prejudicada Sono prejudicado Privação do sono Constipação Candidíase leve, moderada e severa Dor de cabeça leve, moderada e severa Pressão arterial alterada



AVALIAÇÃO	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Avaliação global	• Acolher e esclarecer as dúvidas e queixas da puérpera; • Perguntar sobre a experiência do parto; • Verificar informações do parto, data, tipo de parto e possíveis intercorrências; • Em caso de parto vaginal: verificar ocorrência de lacerações ou episiotomia, perguntar sobre dor em local da sutura, presença de sinais flogísticos e outras alterações; • Em caso de cesariana: verificar presença de sinais flogísticos na ferida operatória; • Verificar caderneta vacinal da puérpera e RN; • Verificar e registrar informações do RN (para mais informações da consulta ao RN, acessar o Protocolo do COREN/RS Saúde da criança e adolescente, 2020); • Em caso de comorbidades, revisar a terapêutica medicamentosa e outras condutas; • Se possível, observar a mamada e apoiar a puérpera caso tenha dúvidas ou dificuldades; • Realizar escuta ativa de como estão os primeiros dias de vida com o bebê em casa: sua rotina, alimentação, ingestão hídrica, aleitamento materno, sono e repouso, higiene, eliminações, execução das atividades; • Avaliar vínculo da família e bebê; • Perguntar sobre a rede de apoio; • Identificar vulnerabilidades (violência, situação de rua, abandono do parceiro, situação de moradia e de acesso a serviços, situação de emprego e renda), riscos (uso de drogas lícitas e ilícitas); • Atentar para estado psíquico (ver Capítulo 15.4); • Ressalta-se que mesmo as mulheres que apresentarem perdas fetais, devem ser avaliadas. Na presença de sinais de alerta, encaminhar para avaliação médica. Sinais de alerta: febre, sangramento vaginal aumentado, dor pélvica, leucorreia fétida, alterações da pressão arterial, tontura e mastalgia, sinais de depressão puerperal.



Exames complementares	Como a transmissão vertical do HIV e HTLV 1/2 também podem ocorrer através do aleitamento, a consulta puerperal deve ser uma oportunidade para testagem de HIV, sífilis, hepatites e triagem/confirmatório de HTLV 1/2, caso esse não tenha sido realizado previamente. A testagem deve ser repetida sempre que houver relação sexual desprotegida da lactante e devem ser orientadas estratégias de prevenção combinada. Em relação ao HTLV 1/2, para puérperas com confirmação diagnóstica e assintomáticas deve-se manter o cuidado na APS e orientar sobre a possibilidade de transmissão sexual e vertical, além de esclarecer quanto à contraindicação do aleitamento materno. Já para puérperas em que o teste de triagem tenha sido realizado na maternidade com resultado reagente, solicitar de imediato confirmação diagnóstica, através de amostra sorológica a ser enviada ao LACEN/RS.
Exame físico	• Verificar sinais vitais: temperatura, pressão arterial, frequência cardíaca e dor; • Avaliar mamas e mamilos, identificar presença ou queixas de: dor, ingurgitamento, fissuras e/ou sinais flogísticos; • Examinar abdome (condição uterina, dor à palpação, aspecto da ferida operatória se parto cesariana); • Examinar períneo e genitais externos (verificar a presença e características dos lóquios e avaliar as condições das cicatrizes de lacerações ou episiotomia – avaliar evolução da cicatrização, necessidade de retirada de pontos, sinais flogísticos etc.); • Na inspeção atentar para lesões que não se expliquem, suas distribuições e características morfológicas, equimoses múltiplas na cabeça e/ou pescoço e em diversas partes do corpo, hematomas e cicatrizes que possam indicar situação de violência; • Avaliar membros inferiores. Observar a presença de edemas, dor, hiperemia local; sinais flogísticos, varicosas e sinais de trombose venosa profunda (realizar sinal de Homan, que consiste na dorsiflexão do pé sobre a perna, o sinal será positivo se houver dor, e sinal de Bandeira, que consiste em palpar a panturrilha e comparar com a outra, o sinal será positivo se houver edema, dor, rubor e calor, a movimentação ficará comprometida).
Plano de cuidados materno	• Avaliar amamentação: observar pega e posicionamento, incentivar o aleitamento materno exclusivo sempre que possível, orientar a importância da amamentação, vantagens e benefícios para o bebê e para a mãe; • Orientar cuidados com as mamas: usar sutiãs confortáveis durante a gravidez, de algodão, com alças largas e boa sustentação, que não tenha o suporte de ferro e fecho ajustável com regulagem, já que o seio irá manter variações de tamanho. Não é recomendado massagear ou esfregar os mamilos e a mama com esponjas ou toalhas. Desencorajar o uso de conchas ou outros protetores de mamilo. Não usar sabões, cremes ou pomadas nos mamilos. Incentivar a aplicação do próprio leite materno nos mamilos antes e depois de cada mamada; • Orientar sobre a higiene perineal e limpeza da cicatriz, se houver;



	• Incentivar o consumo adequado de água, ingestão de alimentos variados e ricos em fibras, evitar o consumo excessivo de açúcares, gorduras, cafeína e alimentos ultraprocessados; • Incentivar a prática de exercícios físicos durante o puerpério, conforme disponibilidade e tolerância; • Desencorajar o uso de álcool, tabaco, substâncias psicoativas e qualquer medicação sem prescrição adequada de um profissional; • Avaliar sinais de sofrimento psíquico (ver Capítulo 15.4); • Verificar calendário vacinal da mulher; • Retirar os pontos da cesariana entre 7 e 10 dias após o parto; • Tirar dúvidas e orientar quanto ao retorno da atividade sexual e planejamento reprodutivo (ver Capítulo 15.1); • No puerpério tardio, orientar e recomendar métodos contraceptivos de acordo com a preferência e condição clínica da Mulher (Ver Protocolo COREN/RS Saúde da Mulher); • Orientar sobre os direitos da mulher trabalhadora/estudante/privada de liberdade, da criança e do adolescente (Ver Capítulo 14); • Orientar manter o uso do Sulfato ferroso: 1 cp de 200 mg de Fe = 40 mg de Fe elementar, até o terceiro mês pós-parto); Em caso de comorbidades, revisar a terapêutica medicamentosa e outras condutas e, se necessário, encaminhar para avaliação médica.
Amamentação	Avaliação do posicionamento e da pega 1) O posicionamento do bebê deve garantir o alinhamento do corpo, de forma a manter a barriga dele junto ao corpo da mãe para facilitar a coordenação da respiração, da sucção e da deglutição; 2) A cabeça da criança deve estar mais elevada que o corpo; 3) Na pega correta, a boca do bebê deve estar bem aberta, o lábio inferior fica virado para fora, a aréola fica visível acima da boca do bebê e o queixo toca na mama. - Atenção para os sinais que são indicativos de técnica inadequada de amamentação: bochechas do bebê encovadas a cada sucção; ruídos da língua; mama aparentando estar esticada ou deformada durante a mamada; mamilos com estrias vermelhas ou áreas esbranquiçadas ou achatadas quando o bebê solta a mama; dor na amamentação; - Quando a mama está muito cheia, a aréola pode estar tensa, endurecida, dificultando a pega. Em tais casos, recomenda-se, antes da mamada, realizar a ordenha manual, retirando manualmente um pouco de leite da aréola ingurgitada; - Evitar a suplementação por conta própria, sempre buscar orientação profissional antes de utilizar qualquer medicação ou suplemento; - Evitar mamilos artificiais/bicos de silicone; - As mamadas devem ser em livre demanda, ou seja, sem restrição de horário ou duração; - É de suma importância esvaziar a mama antes de oferecer a outra. Na próxima mamada, deve-se iniciar pela mama que não



foi oferecida anteriormente;

- Não ofertar chás, água ou outros leites, pois podem causar o desmame precoce;
- Alertar sobre as alterações decorrentes de hábitos orais deletérios: uso de chupeta, mamadeira, sucção digital;
- A dor geralmente é um sinal de que o bebê está comprimindo ou esfregando o mamilo durante a amamentação, o que pode impedir o fluxo do leite. Quando a mãe sente dor durante a amamentação, ela deve introduzir o dedo mínimo na comissura labial do bebê para interromper a vedação da boca do bebê/mama e reposicionar o bebê, de modo que ambos estejam confortáveis;
- Galactagogues ou lactagogues são medicamentos que se acredita aumentar a produção de leite materno. Os agentes de prescrição mais usados são os antagonistas dos receptores de dopamina, principalmente metoclopramida e domperidona. Não há evidências que justifiquem a eficácia, sendo assim não é recomendado o uso rotineiro.

Orientações sobre a ordenha do leite para mulheres que retornarão ao trabalho/estudo ou que desejam doar:

- Lavar as mãos e realizar a ordenha em recipiente adequado - de preferência de vidro com tampa plástica e que tenha sido fervido por 15 minutos, desprezando os primeiros jatos;
- Guardar em geladeira por, no máximo, 24 horas ou no congelador por até 15 dias; caso não tenha estes equipamentos, pode ser fervido por 15 minutos e deve ser consumido em até seis horas;
- Descongelar na geladeira e aquecer em banho-maria.

Situações em que há restrições ao aleitamento materno:

- O bebê tem galactosemia clássica;
- Mãe tem infecção por HIV;
- A mãe está infectada com HTLV I ou II;
- Mãe com histórico ou em tratamento para câncer de mama;
- A mãe está usando drogas ilícitas (por exemplo, fenciclidina ou cocaína);
- A mãe suspeitou ou confirmou a doença pelo vírus Ebola.

Temporariamente, não amamentar e não alimentar com o leite materno extraído:

- Mãe tem brucelose não tratada;
- A mãe está utilizando medicamentos (nem todas as drogas terapêuticas são compatíveis com a amamentação. Os medicamentos devem ser revisados caso a caso para possíveis contraindicações. Antineoplásicos e radiofármacos geralmente requerem a cessação prolongada da amamentação);
- A mãe tem uma infecção ativa por herpes simples, com lesões presentes na mama (as mães amamentam diretamente da mama não afetada se as lesões na mama afetada estiverem cobertas completamente e com boa lavagem das mãos para evitar



	a transmissão). Temporariamente não amamentar, mas pode ofertar o leite materno extraído para o bebê: - A mãe tem tuberculose ativa não tratada (a amamentação poderá ser retomada depois de ter sido tratada adequadamente por 2 semanas e estiver documentada como não sendo mais contagiosa); - A mãe tem varicela ativa que se desenvolveu entre 5 dias antes do parto e 2 dias após o parto. Uma mãe que não é capaz ou não pode amamentar muitas vezes experimenta uma sensação de decepção e até mesmo culpa, neste sentido, o enfermeiro deve estar preparado para apoiar a mulher nestas situações.
Complicações na amamentação	<u>Ingurgitamento mamário:</u> se manifesta através de edema, hiperemia, mastalgia e pode haver febre. Ocorre com maior incidência entre o 3º e o 5º dia após o parto, mas pode ocorrer em qualquer fase da lactação. Deve-se distinguir o ingurgitamento fisiológico do ingurgitamento patológico. Cuidados: ajustar a pega, realizar e orientar massagens delicadas no local, ordenha manual antes das mamadas caso a aréola esteja muito esticada e tensa, orientar mamadas frequentes em livre demanda e aplicação de compressas frias de no máximo 20 minutos se necessário entre as mamadas; Paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas OU Dipirona (500-1.000 mg), de 6/6 horas OU Ibuprofeno 400 mg a cada 4 a 6 horas (dose máxima: 1,2 g/dia). O uso das referidas medicações por mais de 10 dias não é recomendado. <u>Trauma mamilar:</u> se manifesta através de fissuras e/ou escoriações. Cuidados: avaliação e correção do posicionamento da pega, incentivar a aplicação do próprio leite materno nos mamilos antes e depois de cada mamada, iniciar pela mama menos afetada e usar diferentes posições, ordenhar um pouco de leite antes da mamada para o bebê não sugar com tanta força, introduzir o dedo mínimo na comissura labial do bebê para interromper a vedação da boca do bebê/mama, se for necessário interromper a mamada, não utilizar sabões, cremes, produtos alimentícios, receitas caseiras ou pomadas nos mamilos. Paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas OU Dipirona (500-1.000 mg), de 6/6 horas OU Ibuprofeno 400 mg a cada 4 a 6 horas (dose máxima: 1,2 g/dia). O uso das referidas medicações por mais de 10 dias não é recomendado. <u>Bloqueio ductal:</u> envolve um nódulo palpável sensível e muitas vezes doloroso devido à obstrução de um ducto mamário, distinguem-se da mastite e abscesso mamário pela ausência ou vermelhidão localizada mínima e nenhum achado sistêmico.



Cuidados: não interromper a amamentação, pois isso pode piorar o quadro, variar a posição para garantir a drenagem completa de toda a mama afetada, adequar a pega se for necessário;

Outras medidas que podem facilitar a drenagem incluem compressas ou chuveiros quentes e massagem manual da área afetada em direção ao mamilo para tentar remover o bloqueio.

Se dor, prescrever Paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas OU Dipirona (500-1.000 mg), de 6/6 horas OU Ibuprofeno 400 mg a cada 4 a 6 horas (dose máxima: 1,2 g/dia). O uso das referidas medicações por mais de 10 dias não é recomendado.

Na maioria dos casos a resolução ocorre em 48 horas, caso não ocorra, encaminhar para avaliação médica.

Galactoceles: são cistos de retenção de leite que resultam de um ducto de leite bloqueado. Eles se apresentam como massas císticas, às vezes muito grandes, durante a gravidez, lactação e após o desmame. A menos que estejam infectados, eles geralmente são indolores.

Na presença deste encaminhar para avaliação médica.

Mastite: é uma inflamação localizada da mama que está associada à febre, mialgias, dor mamária e hiperemia.

Cuidados: evitar roupas ou sutiãs apertados, não interromper a amamentação, é recomendado o esvaziamento completo da mama por meio de amamentação contínua, bombeamento e/ou extração manual;

Para dor: Paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas OU Dipirona (500-1.000 mg), de 6/6 horas OU Ibuprofeno 400 mg a cada 4 a 6 horas (dose máxima: 1,2 g/dia); O uso das referidas medicações por mais de 10 dias não é recomendado.

Se os sintomas persistem além de 12 a 24 horas e são acompanhados de febre e outros sintomas sistêmicos, encaminhar para avaliação médica.

Abscesso mamário: é uma coleção localizada de pus dentro do tecido mamário que, muitas vezes, é precedida por mastite. Os sintomas são, muitas vezes, semelhantes à mastite, com mastalgia e sintomas sistêmicos, mas além disso há uma massa flutuante, sensível e palpável. Os abscessos mamários também podem ocorrer sem febre ou hiperemia mamária.

Na presença desta condição, encaminhar para avaliação médica.

Cuidados: um abscesso mamário ou infecção associada à lactação prévia não é uma contraindicação para o aleitamento



	materno subsequente. As mulheres devem ser incentivadas a continuar amamentando após a infecção mamária, mesmo no cenário de incisão e drenagem. Pode ser apropriado aconselhar a interrupção da amamentação na mama afetada caso haja dificuldade. Se a mulher deseja seguir com a amamentação, apesar desses problemas, a ordenha ou o bombeamento de leite pode ser eficaz para manter o suprimento até que a amamentação possa ser retomada. A amamentação deve continuar no seio não afetado. <u>Infecção por cândida:</u> manifestado por dor, sensação de queimação, prurido, pele brilhante ou escamosa, geralmente associados à monilíase oral no bebê, (tratamento ver Protocolo COREN/RS Saúde da Criança e Adolescente) candidíase de fraldas ou cândida vaginal materna (tratamento ver Protocolo COREN/RS Saúde da Mulher). Cuidados: prescrever o uso tópico de miconazol ou clotrimazol nos mamilos durante 14 dias após cada mamada; antes de cada alimentação, remover a medicação usando óleo (por exemplo, azeite ou óleo de coco) em vez de sabão e água, o que pode irritar os mamilos; Se os sintomas da mãe não responderem ao tratamento tópico, encaminhar para avaliação médica. <u>Descarga de mamilo com sangue:</u> Algumas mulheres apresentam secreção mamilar sanguinolenta durante os primeiros dias de lactação. Isso é mais comum na primeira gravidez e acredita-se que seja causado pelo aumento da vascularização dos alvéolos e ductos com o início da produção de leite. A cor do leite varia de rosa a vermelho ou marrom e geralmente desaparece em alguns dias. Para usuárias com secreção mamilar com sangue por mais de uma semana, outras causas de leite com sangue também devem ser consideradas, incluindo fissuras ou mastite subaguda. Em situações em que o bebê cospe leite tingido de sangue ou tem sangue nas fezes, deve-se investigar se a origem do sangramento é da mãe ou do bebê.
Desmame de rotina	O desmame da criança após os seis meses de idade é mais facilmente realizado seguindo a liderança da criança. Depois de ser iniciada a introdução de alimentos sólidos, a criança diminuirá a amamentação e, gradualmente, o processo de desmame começa. Se o desmame for gradual, não é provável que ocorra ingurgitamento. As estratégias de desmame incluem falhar uma mamada a cada dois a cinco dias, encurtar a duração das mamadas e aumentar o intervalo entre as mesmas. As mamadas do meio-dia geralmente são ideais para eliminar primeiro, já que a criança é frequentemente ativa neste momento e, portanto, pode não se tornar exigente.

Fonte: Brasil, 2016; Coren-SP, 2020; Dixon; Adetola, 2023; Kellams, 2023; SES-RJ, 2020; Spencer, 2023; SES-RS, 2025a.



15.1 Sexualidade no puerpério

Considerada um fenômeno complexo, a sexualidade possui determinantes variados, podendo a relação sexual ser motivada por diversos fatores: psicológicos, socioculturais e relacionais. No período puerperal, o déficit de estrogênio e progesterona, associado ao aumento da prolactina, causam redução do desejo sexual e da lubrificação vaginal, o que pode justificar a insatisfação em relação à resposta sexual. Além dos fatores hormonais, o puerpério costuma se traduzir em um período de maior sobrecarga física, mental e emocional, mudanças na rotina, na interação relacional com a parceria e na autopercepção da imagem corporal (SIQUEIRA; MELO; MORAIS, 2019).

O profissional enfermeiro deve dar espaço para que a puérpera e a parceria, se presentes, exponham suas dúvidas referentes à sexualidade durante a consulta puerperal, visto que dúvidas e queixas abordadas neste momento podem se traduzir em fenômenos facilitadores ou limitadores da prática sexual. O tempo ideal para retomada da atividade sexual com coito ou não, deve ser baseado principalmente no desejo da mulher, visto sua situação de vulnerabilidade no período (SMS-RECIFE, 2022).

Problemas sexuais, incluindo baixo desejo e dispareunia, são comuns durante o período pós-parto (SHIFREN, 2022). É importante que o profissional avalie se a dispareunia não está associada a demais sintomas, como leucorreia ou sangramento. No geral, o retorno à atividade sexual é retomado em cerca de seis a oito semanas após o parto, caso não haja alterações no períneo que impeçam isto. Mulheres que apresentem maiores dificuldades em retomar a vida sexual habitual até três meses após o parto devem ser avaliadas, levando-se sempre em conta aspectos físicos, emocionais e relacionais (BERKOWITZ; FOUST-WRIGHT, 2023).

15.2 Contracepção

O aconselhamento contraceptivo deve ser abordado desde as consultas pré-natais, a fim de promover empoderamento e segurança ao casal e evitar gestações não planejadas.

Em mulheres que não amamentam exclusivamente, a ovulação pode ocorrer até 25 dias após o parto, portanto, a contracepção deve ser iniciada até a terceira semana pós-parto. Em mulheres que amamentam exclusivamente, o retorno da ovulação ocorre mais tarde e é menos previsível (BERENS, 2023a).

A tomada de decisão sobre o método contraceptivo que será utilizado deve ser compartilhada entre a puérpera e o profissional, e deverá levar em conta aspectos como o risco de desenvolvimento de tromboembolismo venoso (TEV), estado de amamentação e



comorbidades clínicas da paciente. Abaixo, são abordados alguns aspectos dos métodos contraceptivos disponíveis pertinentes ao período puerperal. Para auxiliar na tomada de decisão compartilhada, ver o Protocolo de Enfermagem Saúde da Mulher do COREN-RS (2022).

Contracepção permanente - A contracepção permanente pós-parto pode ser realizada por meio de salpingectomia parcial bilateral ou salpingectomia bilateral completa. Após o parto vaginal, a salpingectomia pode ser realizada por minilaparotomia infraumbilical, preferencialmente dentro de 24 a 48 horas, mas até seis dias após o parto, ou no momento da cesariana (SONALKAR; MODY, 2023). O aconselhamento sobre contracepção feminina permanente pós-parto deve, idealmente, começar durante o período pré-natal, abordando riscos e benefícios do procedimento, taxa de falha, reversibilidade etc. No Brasil, a esterilização cirúrgica na mulher durante o período de parto será garantida à solicitante se observados o prazo mínimo de 60 (sessenta) dias entre a manifestação da vontade e o parto e as devidas condições médicas (Brasil, 2022b).

Dispositivo intrauterino (DIU) - O DIU de liberação de cobre e de liberação hormonal pode ser inserido após o parto, sendo, no geral, seguro e com incidência muito baixa de perfuração e infecção. As taxas de expulsão variam de acordo com o momento da colocação e são maiores nos casos em que a colocação se dá no pós-parto imediato, entretanto, apesar das taxas mais altas de expulsão, a inserção de DIU pós-placentária é mais eficaz na prevenção de gravidez em um ano do que a inserção tardia do dispositivo (SONALKAR; MODY, 2023). Cabe ainda destacar que, durante o puerpério, quando ocorrer a inserção do DIU no período pós-placentário, toda usuária deve retornar à unidade da APS para uma consulta de revisão entre 30 a 45 dias da inserção do dispositivo intrauterino. Neste momento, o enfermeiro deve realizar exame clínico-ginecológico, avaliação do padrão de sangramento e da satisfação da mulher e parceria com o método (COREN/RS, 2022).

O enfermeiro possui amparo legal para realizar a consulta, prescrição, inserção e retirada do DIU, desde que esteja devidamente capacitado para execução desta técnica e cumprindo o disposto na Resolução COFEN n.º 736/2024 e na Lei n.º 7.498, de 25 de junho de 1986, conforme Parecer COFEN n.º 278/2017 e n.º 04/2019 (Brasil, 2016; COFEN, 2017, 2019). Ainda cabe destacar a Resolução COFEN n.º 690/2022, a qual normatiza a atuação do Enfermeiro no Planejamento Familiar e Reprodutivo.

Contraceptivo injetável de progestágeno (trimestral Acetato de medroxiprogesterona 150 mg) - Este método pode ser administrado com a mulher amamentando, inclusive no período pós-parto imediato. Nas situações em que a mulher não



esteja amamentando, se o início do método for após 4 semanas pós-parto, deve haver um método de apoio por 7 dias. Este contraceptivo tem a vantagem de ser uma injeção única com duração de 12 semanas. Seu uso poderá ser mantido ou reavaliado na consulta puerperal (SONALKAR; MODY, 2023).

Pílulas de progestágeno (minipílulas) - As pílulas de progestogênio podem ser iniciadas a qualquer momento após o parto. Sua eficácia está intimamente atrelada à tomada correta da medicação, sendo que pequena variabilidade no horário de tomada da pílula já pode afetá-la negativamente. A taxa de falha com o uso típico é de 3% a 5%. Sem a proteção adicional da amamentação, as minipílulas não são tão eficazes quanto a maioria dos outros métodos hormonais (SONALKAR; MODY, 2023).

15.3 Complicações mais comuns

O período pós-parto apresenta alterações fisiológicas maternas relacionadas à gravidez as quais retornam ao estado não grávida. Numerosos distúrbios e complicações podem ocorrer neste período. Diante disso, a equipe de enfermagem deve se atentar aos seguintes sinais de alerta: dor/desconforto perineal; desconforto respiratório; taquicardia; febre; tontura; corrimento de odor fétido; vermelhidão; edema; deiscência de sutura e lesões não suturadas; sangramento vaginal e/ou intenso; palidez cutânea; prostração; e comprometimento capilar; cianose de extremidades, entre outros. A seguir vamos detalhar as complicações mais comuns no período do puerpério (BERENS, 2023b; COREN/SP, 2020).



QUADRO 21 - Complicações mais comuns no puerpério

SINAL CLÍNICO	AValiação	CUIDADOS DE ENFERMAGEM
Cefaleia	No pós-parto não está associada à patologia subjacente grave. O período pós-parto é caracterizado por alterações hormonais e outras mudanças fisiológicas, privação de sono, ingestão irregular de alimentos, estresse psicológico e fadiga.	Escuta ativa da puérpera para identificar fatores emocionais; Facilitar a expressão de sentimentos e expectativas; Estimular aumento da ingesta hídrica e alimentação adequada; Acionar rede de apoio familiar para suporte; Atenção! É importante afastar as hipóteses de hipertensão arterial; Paracetamol (500-750 mg), de 6/6 horas. Avaliar história prévia de enxaqueca ou outras causas e uso de medicamentos. Se dor recorrente, solicitar avaliação médica.
Hemorragia pós-parto	É uma das cinco principais causas de mortalidade materna. Pode ser classificada como: - Primária ou precoce quando ocorre nas primeiras 24 horas após o parto; - Secundária ou tardia quando ocorre de 24 horas a 12 semanas após o parto.	Verificar sinais vitais; Encaminhar para avaliação médica ou hospital de referência obstétrica.
Dispneia ou dor torácica	A embolia pulmonar deve ser suspeitada em pacientes com um ou mais dos seguintes sintomas: dispnéia aguda, dor pleurítica e hemoptise.	Encaminhar para avaliação médica.



Hemorroidas sintomáticas	As hemorroidas sintomáticas são comuns no pós-parto, ocorrendo em aproximadamente um terço das mulheres. A abordagem de tratamento depende dos sintomas específicos (prurido, sangramento, dor ou prolapso);	Pasta tópica de óxido de zinco, uso externo, conforme necessário. Antes de aplicar, a área afetada deve ser suavemente limpa e seca. Supositório retal de hidrocortisona 25 a 30 mg, 1x ao dia, não ultrapassar 7 dias. Evitar se houver infecção no local.
Varizes sintomáticas das extremidades inferiores	A gravidez é um fator de risco para varizes, que podem aparecer e se tornar sintomáticas a qualquer momento durante o período pré-parto ou pós-parto. Consiste em um fator de risco para flebite superficial e trombose.	Orientar cuidados com a pele, elevação das pernas, exercício e terapia de compressão. Se sinais flogísticos, encaminhar para avaliação médica.
Trombose venosa profunda (TVP)	Forma clínica mais frequente de tromboembolismo venoso, acomete principalmente os membros inferiores, em 70% dos casos. Sem tratamento, a TVP pode levar à embolia pulmonar, que é a principal complicação. Sinais e sintomas: Dor na panturrilha que piora ao deambular, dificuldade ou impossibilidade de deambular, edema unilateral da perna, dor à palpação profunda e à dorsiflexão da panturrilha e aumento da temperatura cutânea da perna.	Encaminhar para avaliação médica.
Edema periférico ou generalizado	É comum durante a gravidez e pode piorar ou se tornar generalizado no pós-parto como resultado da administração de fluido intraparto e aumento da pressão nas veias pélvicas. Na ausência de um distúrbio patológico que exija tratamento específico, o manejo é tipicamente expectante, pois o edema se resolverá com o tempo.	Orientar imersão em água de corpo inteiro (hidroginástica, natação, se possível), meias de compressão elástica, reflexologia e elevação das pernas. Os diuréticos não são usados, pois o edema é autolimitado, eles podem ter efeitos colaterais graves. Se houver piora dos sintomas ou sinais sistêmicos, encaminhar para avaliação médica.



Infecção puerperal	Caracteriza-se por qualquer infecção bacteriana após o parto. Febre puerperal: temperatura de pelo menos 38°C, durante dois dias dentro dos primeiros 10 dias pós-parto, excluindo-se as primeiras 24 horas, lóquios de odor desagradável, taquicardia e /ou dor abdominal inferior da linha média e sensibilidade uterina. Causas de febre puerperal: infecção urinária, mamária, respiratória, tromboflebite e endometrite (infecção uterina pós-parto).	Encaminhar para avaliação médica com urgência ou para hospital de referência para emergência obstétrica.
Ressecamento vaginal	Causado pela ação da prolactina	Se necessário, orientar o uso de lubrificantes vaginais para relações sexuais.
Sangramento vaginal persistente	Sangramento vaginal que persiste por aproximadamente oito semanas ou mais após o parto é incomum e pode ser devido à infecção, produtos retidos da concepção, uma diátese hemorrágica ou, raramente, coriocarcinoma ou uma anomalia vascular uterina, bem como outras causas.	Encaminhar para avaliação médica.

Fonte: SMS-Recife, 2022; Coren-SP, 2020; Belfort, 2023; Berens, 2023a.



15.4 Aspectos psicológicos no puerpério

O puerpério corresponde a um momento importante, quando a mulher passa por mudanças biológicas, subjetivas, sociais e familiares. Deste modo, os riscos para o aparecimento de sofrimento psíquico aumentam em face das preocupações, dos anseios e dos planejamentos realizados e sentidos pela puérpera. As formas de sofrimento mental podem ser mais brandas ou mais graves, dependendo de uma série de fatores, do contexto socioeconômico, do suporte familiar e da história de cada mulher (SMS-RECIFE, 2022).

Em relação ao risco para manifestar algum sofrimento psíquico no puerpério, os enfermeiros devem estar atentos para os seguintes fatores de risco (RIO DE JANEIRO, 2021):

- mães jovens (< 25 anos);
- mães solo;
- rede de apoio frágil ou inexistente;
- multiparidade;
- história familiar de depressão pós-parto ou doença psiquiátrica;
- violência doméstica e história de abuso físico ou sexual;
- gestação indesejada;
- medo do parto;
- complicações na gestação;
- insatisfação com a imagem corporal;
- traços de personalidade neurótica;
- transtornos e sintomas ansiosos no período perinatal;
- distúrbios de sono no período perinatal;
- desfechos negativos gestacionais e neonatais;
- dificuldades ou cessação de amamentação;
- dificuldades no cuidado da criança - criança com cólicas ou com dificuldade de sono.

É importante que o cuidado puerperal inclua a triagem de rotina para depressão e ansiedade usando uma ferramenta validada, Escala de Depressão Pós-Natal de Edimburgo de 10 itens (Anexo 5). A aplicação adicional da escala em outras consultas de acompanhamento pós-parto para avaliação deve ser considerada em mulheres com alto risco de transtornos de humor pós-parto, como mulheres com histórico prévio de depressão, ansiedade, transtorno bipolar, depressão pós-parto ou outras condições de saúde mental que requerem tratamento. Esta escala é uma ferramenta de triagem e, portanto, não se destina a fazer um diagnóstico: se a pontuação ≥ 11 , o enfermeiro deve encaminhar a puérpera para avaliação médica ou psicológica se disponível no município. Mulheres que relatam sintomas depressivos sem ideação suicida ou grande



comprometimento funcional, se a pontuação for entre 5 e 9, devem ser reavaliadas dentro de um mês (VIGUERA, 2023).

A seguir destacamos as três principais formas de sofrimento psíquico que podem ocorrer com as puérperas após o nascimento do bebê (SMS-RECIFE, 2022; VIGUERA, 2023):

- **Baby blues (também chamada de tristeza puerperal):** caracteriza-se por vários sintomas depressivos leves: choro fácil, exaustão, flutuação de humor, irritabilidade, tristeza, dificuldade de concentração e ansiedade. Os sintomas geralmente se desenvolvem dentro de dois a três dias após o parto, atingem o pico nos próximos dias e se resolvem dentro de duas semanas após o início, principalmente se houver uma rede de apoio (família, amigos, profissionais da saúde). O enfermeiro deve realizar uma escuta ativa da puérpera; é importante admitir que a mulher expresse seus temores, queixas e ansiedades, investigar também a trajetória e possíveis causas que possam levá-la à depressão, acionar a rede de apoio desta mulher, além de compartilhar o cuidado desta usuária com dispositivos da RAPS disponíveis no município.
- **Depressão puerperal (também chamada de depressão pós-parto):** transtorno moderado a severo, considerado o transtorno psiquiátrico mais importante no período pós-parto em virtude da alta taxa de prevalência, em torno de 10 a 20%, na maioria dos estudos. Para diagnóstico diferencial, os sintomas do *baby blues* são geralmente autolimitados e se resolvem dentro de duas semanas após o início, já a depressão puerperal exige que os sintomas devam estar presentes por pelo menos duas semanas. Cinco ou mais dos seguintes sintomas devem estar presentes, pelo menos 1 dos sintomas é humor deprimido ou perda de interesse em atividades prazerosas, associado a quatro entre os demais sintomas: alteração do apetite; distúrbios do sono; fadiga; agitação ou retardo psicomotor; concentração diminuída; pensamentos de morte, ideação ou tentativa de suicídio. Na presença destes sintomas, encaminhar para avaliação médica e/ou psicológica se disponível na Rede.
- **Transtorno psicótico puerperal:** As psicoses pós-parto são menos comuns do que a depressão, mas são transtornos graves e potencialmente fatais. Caracteriza-se pelo distúrbio de humor psicótico, com apresentação de perturbações mentais graves de início abrupto nas duas ou três semanas após o parto, que pode apresentar como sintomas: confusão mental, alucinações ou delírios, agitação psicomotora, angústia, pensamentos de machucar o bebê, comportamentos estranhos, insônia; sintomas que evoluem para formas maníacas, melancólicas ou até mesmo catatônicas. As formas de sofrimento mental puerperal devem ser diagnosticadas e assistidas precocemente, a fim de auxiliar numa relação mãe-bebê satisfatória no âmbito familiar, social, físico e psicológico. Em geral, as alterações emocionais repercutem na interação mãe-filho de forma negativa e promovem um desgaste na relação com os familiares e na vida afetiva do casal. Na presença destes sintomas, encaminhar para avaliação médica e/ou psicológica se disponível na Rede.



Cabe destacar aos enfermeiros a relevância de envolver o pai/parceria, além da rede familiar e de apoio da mulher como participantes ativos do puerpério e fortalecer a ajuda mútua e compreensão destes. Por todos esses motivos, é de suma importância que a parceria e a rede familiar façam parte de todo o processo, desde os atendimentos de pré-natal. O apoio emocional da parceria da mulher durante a gravidez contribui de forma importante para o seu bom curso e para adaptação da mulher à nova condição (SMS/RIO DE JANEIRO, 2021).



16. LUTO PERINATAL

O luto é um processo natural e esperado frente às situações de rompimento de vínculos significativos. O luto perinatal inclui as perdas ocorridas na gestação a partir de 22 semanas até completar os 29 dias de vida do bebê (FIOCRUZ, 2023).

A mulher ao gestar, carrega uma série de representações maternas, perspectivas de continuidade da família, da vida e transgeracionais. Quando acontece a perda, as expectativas de um projeto vivo e os sonhos são destruídos em um curto período. É comum que após a notícia, as mulheres se questionem sobre o que fizeram de errado, onde falharam, uma causa que justifique a sua dor (FIOCRUZ, 2023).

A dor da parceria é, em geral, silenciada, porque é esperado socialmente que a função de assumir as questões burocráticas relacionadas ao óbito, comunicar a família e cuidar da parturiente. Comumente, não há momento de escuta e acolhimento de sua dor. As parcerias também podem vivenciar sentimentos de culpa, medo de enfrentar a vida e perder inclusive o direito de chorar. É necessário criar espaços para que as parcerias também possam sofrer e expressarem sua dor (FIOCRUZ, 2023).

A equipe de enfermagem deve estar preparada para lidar com o processo do luto, o qual envolve, segundo Elizabeth Kübler-Ross (2011), cinco estágios, a saber:

1) negação e isolamento (a pessoa encontra-se frente a uma realidade inaceitável. Nesse sentido, fugir é a reação inicial, com o passar do tempo a negação possibilita que a pessoa se recupere e reaja de forma diferente);

2) raiva (percebe-se a dor que a pessoa está sentindo, expressa por meio de sentimento de revolta, inveja e ressentimento);

3) barganha (a pessoa volta-se à sua crença religiosa, responsabilizando a entidade superior pela situação vivida e como detentor de poder para mudar a realidade, a vida torna-se negociável com o ser superior);

4) depressão (fase de preparação para a aceitação da morte, a pessoa se recolhe ao mundo interno, se sentindo impotente diante da situação);

5) aceitação (é o último estágio, nesse momento a pessoa entende a realidade da morte encerrando sua luta contra essa realidade).

Esses estágios podem se alternar, misturar ou serem vividos ao mesmo tempo, sendo que a esperança acompanha todas as fases.

Deste modo, o quadro abaixo descreve cuidados que a equipe de enfermagem deve desenvolver para uma assistência humanizada.



QUADRO 22 - Cuidados de enfermagem no luto perinatal

TAXONOMIA	PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM
Classificação Internacional da Prática de Enfermagem - CIPE	Expressão do luto, ausente/presente Processo de luto, ausente/presente Processo de luto familiar Processo de luto, antecipado Resposta psicológica à dor, ausente/presente Apoio emocional, prejudicado/ausente/presente Risco de humor deprimido Humor, deprimido
CUIDADOS DE ENFERMAGEM	
● Permita que a pessoa compartilhe memórias, sendo ouvinte ativo; ● Encoraje a família a falar e permita-os que conduzam a conversa; ● Seja paciente e entenda que não há tempo "normal" para o processo de luto; ● Encoraje o pronunciamento do nome do filho que morreu; ● Ouça as histórias que a família gosta de lembrar; ● Encaminhe para serviços de saúde mental e/ou grupos de apoio, se necessário, conforme fluxos estabelecidos no município. Evitar: Julgamento moral ou social, pois não existe código de etiqueta para o luto; Pressionar a família a falar, quando não estiver confortável ou disposta; Impor à família um limite de tempo para viver o luto; Fazer comparações entre as reações desta e de outras famílias; Se referir ao filho que morreu como alguém que nunca existiu (mesmo em casos de perda gestacional); Frases como: "Você é jovem, pode ter outro filho." (filhos são insubstituíveis) ou "Como você está?" Provavelmente responderá "estou bem", ao invés de se expressar genuinamente ou "Eu sei o que está sentindo".	

Fonte: Adaptado de Cartilha Luto Parental ONG Amada Helena (MAFFINI; ROTT, 2019).

A amamentação, o ingurgitamento mamário e a secreção fisiológica de leite após a perda perinatal aumenta potencialmente o desconforto materno. Informar a mulher sobre tais situações pode reduzir o sofrimento emocional (GRUNEBAUM; CHERVENAK, 2023). Cabe ao enfermeiro orientar o uso de um sutiã apertado e a prevenção da estimulação mamária, pois estes cuidados podem suprimir a lactação em 60 a 70% dos indivíduos (BERENS, 2023a).

Estudos comprovam que a terapia medicamentosa não é recomendada para a supressão da lactação porque os riscos superam qualquer benefício. A exemplo, a bromocriptina, que foi usada no passado, foi associada a várias complicações, como acidente vascular cerebral, infarto do miocárdio, convulsões e problemas de saúde mental (BERENS, 2023a).



REFERÊNCIAS

AUGUST, P.; JAYABALAN, A. Preeclampsia: Prevention. **UpToDate**, 06 sep. 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/preeclampsia-prevention>. Acesso em: 6 nov. 2023.

BAERGEN, R. N. Gestational trophoblastic disease: Pathology. **UpToDate**, 23 mar. 2021. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/gestational-trophoblastic-disease-pathology?search=Doen%C3%A7a%20trofobl%C3%A1stica%20gestacional&source=search_result&selectedTitle=2~50&usage_type=default&display_rank=2. Acesso em: 17 nov. 2023.

BELFORT M. A. Overview of postpartum hemorrhage. **UpToDate**, 18 sep. 2023. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-postpartum-hemorrhage?search=INTERCORRENCIAS%20NO%20PUERPERIO&topicRef=127985&source=see_link#H3044772299. Acesso em: 16 nov. 2023.

BERENS, P. Overview of the postpartum period: Normal physiology and routine maternal care. **UpToDate**, 31 may 2023a. Disponível em: https://sso.uptodate.com/contents/overview-of-the-postpartum-period-normal-physiology-and-routine-maternal-care?search=Overview%20of%20the%20postpartum%20period:%20Normal%20physiology%20and%20routine%20maternal%20care&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 29 set. 2023.

BERENS, P. Overview of the postpartum period: Disorders and complications. **UpToDate**, 05 sep. 2023b. Disponível em: https://sso.uptodate.com/contents/overview-of-the-postpartum-period-disorders-and-complications?search=Overview%20of%20the%20postpartum%20period:%20Disorders%20and%20complications&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 29 set. 2023.

BERGHELLA, V.; HUGHES, B. L. COVID-19: Overview of pregnancy issues. **UpToDate**, 18 oct. 2023. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/covid-19-overview-of-pregnancy-issues?search=covid%20na%20gestacao%20sinais%20alerta&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 17 nov. 2023.

BERKOWITZ, L. R.; FOUST-WRIGHT, C. Postpartum perineal care and management of complications. **UpToDate**, 31 jan. 2023. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/postpartum-perineal-care-and-management-of-complications?search=sexualidade%20puerp%C3%A9rio&source=search_result&selectedTitle=2~150&usage_type=default&display_rank=2. Acesso em: 17 nov. 2023.

BLEDAY, R.; BREEN, E. Home and office treatment of symptomatic hemorrhoids. **UpToDate**, 25 oct. 2023. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/home-and-office-treatment-of-symptomatic-hemorrhoids?search=hemorroidas%20na%20gestacao&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 17 nov. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Atenção ao pré-natal de baixo**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2012. 318 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Especializada. **Doença falciforme**: condutas básicas para tratamento. 1. ed. 1. reimp. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos, Departamento de Ciência e Tecnologia. **Diretrizes metodológicas**: Sistema GRADE – Manual de graduação da qualidade da evidência e força de recomendação para tomada de decisão em



saúde. 1. ed., 1. reimpr. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

Brasil. Ministério da Saúde. **Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres.** Brasília: Ministério da Saúde, 2016. 230 p.: il. ISBN 978-85-334-2360-2

Brasil. Ministério da Saúde. **Portaria no 2.436, de 21 de setembro de 2017.** Aprova a Política Nacional de Atenção Básica, estabelecendo a revisão de diretrizes para a organização da Atenção Básica, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em: <http://www.brasilsus.com.br/index.php/legislacoes/gabinete-do-ministro/16247-portaria-n-2-436-de-21-de-setembro-de-2017>. Acesso em: 15 jan. 2024.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Orientações integradas de vigilância e atenção à saúde no âmbito da Emergência de Saúde Pública de Importância Nacional:** procedimentos para o monitoramento das alterações no crescimento e desenvolvimento a partir da gestação até a primeira infância, relacionadas à infecção pelo vírus Zika e outras etiologias infecciosas dentro da capacidade operacional do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Portaria 1.474 de 8 de setembro de 2017.** Inclui e altera procedimentos na Tabela de Procedimentos, Medicamentos, Órteses/Próteses e Materiais do SUS. Brasília: Ministério da Saúde, 2017c. Disponível em: https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/sas/2017/prt1474_22_09_2017.html. Acesso em: 17 nov. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. **Meu Plano de Parto.** Universidade Federal de Uberlândia. Departamento de Ginecologia e Obstetrícia. Coordenação de Especialização em Enfermagem Obstetrícia. 2019. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/01/Folder-Plano-de-Parto-Completo-1.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Manual de Recomendações para a Assistência à Gestante e Puérpera frente à Pandemia de Covid-19.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. 64 p. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/corona/manual_recomendacoes_gestantes_covid19.pdf. Acesso em: 17 nov. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas e Estratégicas. **Nota técnica nº 14/2020-COSMU/CGCIVI/DAPES/SAPS/MS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: <https://saude.rs.gov.br/upload/arquivos/202112/17150626-nota-tecnica-n-14-2020-cosmu-cgcivi-dapes-saps-ms-2.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2023.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde.** 5. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2021.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Ações Programáticas. **Manual de gestação de alto risco.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022a. 692 p. https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2022/03/manual_gestacao_alto_risco.pdf.

Brasil. Lei Nº 14.443, de 2 de setembro de 2022. Altera a Lei nº 9.263, de 12 de janeiro de 1996, para determinar prazo para oferecimento de métodos e técnicas contraceptivas e disciplinar condições para esterilização no âmbito do planejamento familiar. **Diário Oficial da União:** seção 1, Brasília, DF, n. 169, p. 5, 2 set. 2022b. Disponível em: <https://www.in.gov.br/en/web/dou/-/lei-n-14.443-de-2-de-setembro-de-2022-426936016> Acesso em: 29 set. 2023.



Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia, Inovação e Insumos Estratégicos em Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais.** Brasília: Ministério da Saúde, 2022c. 224 p.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Guia do pre-natal do parceiro para profissionais de saúde [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. – Brasília: Ministério da Saúde, 2023a.

Brasil. Ministério da Saúde. **Caderneta da gestante.** 8. ed. 2023. Disponível em: http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderneta_gestante_8ed.pdf Acesso em: 17 nov. 2023b.

Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Primária à Saúde. Departamento de Gestão do Cuidado Integral. Departamento de Prevenção e Promoção da Saúde. **Nota técnica conjunta Nº 251/2024-COEMM/CGESMU/DGCI/SAPS/MS E CGAN/DEPPROS/SAPS/MS.** Brasília: Ministério da Saúde, 2024. Disponível em: www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2024/nota-tecnica-conjunta-no-251-2024-coemm-cgesmu-dgci-saps-ms-e-cgan-deppros-saps-ms.pdf. Acesso em 20 mar 2025.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Parecer do conselho Federal nº 278/2017.** Brasília, Cofen, 2017. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/parecer-de-conselheira-n-278-2017/>. Acesso em: 15 jan. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Parecer de comissão nº 004/2019.** Brasília: Cofen, 2019. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/parecer-de-comissao-no-004-2019-cnsm-cofen/>. Acesso em: 15 jan. 2024.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Parecer conjunto de Câmara Técnica nº 004/2022** – CTLN/CTAS/COFEN. Brasília: Cofen, 2022. Disponível em: <https://www.cofen.gov.br/parecer-conjunto-de-camara-tecnica-no-004-2022-ctl-n-ctas-cofen/>. Acesso em: 17 nov. 2023.

CONSELHO FEDERAL DE ENFERMAGEM. **Resolução COFEN n.º 736/2024.** Brasília: Cofen, 2024. Disponível em: [RESOLUÇÃO COFEN Nº 736 DE 17 DE JANEIRO DE 2024 | Cofen](https://www.cofen.gov.br/resolucao-cofen-no-736-2024/). Acesso em: 25 fev. 2024.

CONSELHO NACIONAL DE SECRETÁRIOS DE SAÚDE. **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: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. **Protocolo De Enfermagem Na Atenção Primária à Saúde - módulo 1:** Saúde da Mulher. São Paulo: Coren SP, 2019. Disponível em: https://saude.campinas.sp.gov.br/enfermagem/Protocolo_enfermagem-na-atencao-primaria-a-saude-modulo-1-saude-da-mulher.pdf. Acesso em: 17 nov. 2023.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DE SÃO PAULO. Protocolo de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde. Módulo 1: saúde da mulher. São Paulo: Coren SP, 2020. Acesso em: <https://portal.coren-sp.gov.br/wp-content/uploads/2020/01/protocolo-de-enfermagem-na-atencao-primaria-a-saude-modulo-1-saude-da-mulher.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2024.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO CEARÁ **CUIDADO À SAÚDE DA MULHER NA ATENÇÃO PRIMÁRIA EM SAÚDE (APS): PROTOCOLO DE ENFERMAGEM.** Ceará: Coren CE, 2020. Disponível em: <http://www.coren-ce.org.br/wp->



content/uploads/2020/09/PROTOCOLO-DE-SAUDE-DA-MULHER-finalizado-para-publicação.pdf. Acesso em: 17 nov. 2023.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL. **Protocolo De Enfermagem Na Atenção Primária à Saúde**. Hipertensão e Diabetes. Porto Alegre: Coren RS, 2020. ISBN: 978-65-88784-01-3. Disponível em: <https://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/ProtocolosEnfermagem/ProtocoloEnfermagemHipertensaoDiabetes.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2023.

CONSELHO REGIONAL DE ENFERMAGEM DO RIO GRANDE DO SUL. **Protocolo De Enfermagem Na Atenção Primária À Saúde**. Saúde Da Mulher. Porto Alegre: Coren RS, 2022. ISBN: 978-65-88784-02-0. Disponível em: <https://www.portalcoren-rs.gov.br/docs/ProtocolosEnfermagem/ProtocoloEnfermagemSaudeMulher.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2023.

COSTA, I. Z. A.; CASTRO, I. S. A.; PAZ, F. A. N. Nurses' performance in family planning in primary care. **Research, Society and Development**, [S. l.], v. 11, n. 16, p. e226111637825, 2022. DOI: 10.33448/rsd-v11i16.37825. Disponível em: <https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/37825>. Acesso em: 7 out. 2023.

D'ALTON, M. E.; MILLER, R. S. **Cuidados pré-natais de rotina [Internet]**. London: BMJ Publishing Group, 2019. Disponível em: <https://bestpractice.bmj.com/topics/pt-br>. Acesso em: 24 jun. 2021.

DIXON J. M.; ADETOLA L. Lactational mastitis. **UpToDate**, 05 sep. 2023. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/lactational-mastitis?search=AMAMENTACAO&topicRef=4996&source=see_link#H10. Acesso em: 17 nov. 2023.

EHSANIPOOR, R. M.; SATIN, S. J. Labor: Overview of normal and abnormal progression. **UpToDate**, 18 oct. 2023. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/labor-overview-of-normal-and-abnormal-progression?search=Labor:%20Overview%20of%20normal%20and%20abnormal%20progression.&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 17 nov. 2023.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **A importância do metilfolato na prevenção dos defeitos abertos do tubo neural**. São Paulo: Febrasgo, 2020. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/media/k2/attachments/Serie-DTN-2a-ed-web.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2023.

FEDERAÇÃO BRASILEIRA DAS ASSOCIAÇÕES DE GINECOLOGIA E OBSTETRÍCIA (FEBRASGO). **Prevenção dos defeitos abertos do tubo neural**. São Paulo: Febrasgo, 2021. Disponível em: <https://sogirgs.org.br/area-do-associado/Prevencao-dos-defeitos-abertos-do-tubo-neural-2021.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2023.

FLORIANÓPOLIS. Secretaria Municipal de Saúde. PROTOCOLO DE ENFERMAGEM VOLUME 3 - Saúde da Mulher - Acolhimento às demandas da mulher nos diferentes ciclos de vida. Florianópolis, 2016.

FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. Instituto Nacional de Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente Fernandes Figueira. Portal de Boas Práticas em Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente. Postagens: **Principais Questões sobre Luto Perinatal**. Rio de Janeiro, 17 mar. 2023. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-luto-perinatal>. Acesso em: 15 jan. 2024.



FRETTS, R. C. Decreased Fetal Movement: Diagnosis, Assessment and Management. **UpToDate**, 10 aug. 2023. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/decreased-fetal-movement-diagnosis-evaluation-and-management?search=Decreased%20Fetal%20Movement:%20Diagnosis,%20Assessment%20and%20Management&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 17 nov. 2023.

FUNAI, E. F.; NORWITZ, E. R. Labor and delivery: Management of the normal third stage after vaginal birth. **UpToDate**, 05 sep. 2023. Disponível em: https://sso.uptodate.com/contents/labor-and-delivery-management-of-the-normal-third-stage-after-vaginal-birth?search=Labor%20and%20delivery:%20Management%20of%20the%20normal%20third%20stage%20after%20vaginal%20birth&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 17 nov. 2023.

GARNER, C. D. Nutrition in pregnancy: Dietary requirements and supplements. **UpToDate**, 30 oct. 2023a. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/nutrition-in-pregnancy-dietary-requirements-and-supplements?search=acompanhamento%20nutricionista%20para%20gestante&topicRef=130920&source=see_link. Acesso em: 17 nov. 2023.

GARNER, DC. Nutrition in pregnancy: Assessment and counseling. **UpToDate**, 02 aug. 2023b. Disponível em: < https://www.uptodate.com/contents/nutrition-in-pregnancy-assessment-and-counseling?search=Nutrition%20in%20pregnancy:%20Assessment%20and%20counseling&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1 >. Acesso em: 29 set. 2023.

GOETZL, L. M. Preconception and prenatal folic acid supplementation. **UpToDate**, 30 oct. 2023. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/preconception-and-prenatal-folic-acid-supplementation?search=Folic%20acid%20supplementation%20in%20pregnancy&source=search_result&selectedTitle=2~149&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 17 nov. 2023.

GOMES, C. B. de A. *et al.* Prenatal nursing consultation: narratives of pregnant women and nurses. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 28, p. e20170544, 2019.

GRUNEBAUM, A.; CHERVENAK, F. A. Stillbirth: Maternal care. **UpToDate**, 09 jan. 2023. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/stillbirth-maternal-care?search=luto%20perinatal&source=search_result&selectedTitle=5~150&usage_type=default&display_rank=5#H1160505217. Acesso em: 29 set. 2023.

GUPTA, K. Urinary tract infections and asymptomatic bacteriuria in pregnancy. **UpToDate**, 10 oct. 2024. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/urinary-tract-infections-and-asymptomatic-bacteriuria-in-pregnancy?search=tratamento%20infec%C3%A7%C3%A3o%20urin%C3%A1ria%20gravidas&source=search_result&selectedTitle=1%7E150&usage_type=default&display_rank=1#H1676570948. Acesso em: 11 mar. 2025.

HENDRIXSON, T. D.; MANARY, M. J.; TREHAN, I.; WALL, L. L. Undernutrition in pregnancy: Evaluation, management, and outcome in resource-limited areas. **UpToDate**, 20 dec. 2021. Disponível em: https://sso.uptodate.com/contents/undernutrition-in-pregnancy-evaluation-management-and-outcome-in-resource-limited-areas?search=Undernutrition%20in%20pregnancy:%20Evaluation,%20management,%20and%20outcome%20in%20resource-limited%20areas&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 17 nov. 2023.



HOSPITAL DA CRIANÇA E MATERNIDADE (HCM). **Projeto Parto Adequado**. Modelo de Plano de Parto. São José do Rio Preto: HCM, [2023]. Disponível em: <<http://www.hcmriopreto.com.br/files/pub/1876/plano-de-parto.pdf>>. Acesso em: 17 nov. 2023.

HUGHES, B. L.; BERGHELLA, V. COVID-19: Antepartum care of pregnant patients with symptomatic infection. **UpToDate**, 21 jul. 2023. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/covid-19-antepartum-care-of-pregnant-patients-with-symptomatic-infection?search=COVID-19:%20Antepartum%20care&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 17 nov. 2023.

KELLAMS, A. Breastfeeding: Parental education and support. **UpToDate**, 12 aug. 2023. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/breastfeeding-parental-education-and-support?search=.%20Breastfeeding:%20Parental%20education%20and%20support.%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 17 nov. 2023.

KUBLER-ROSS, E. **Sobre a morte e o morrer**: o que os doentes terminais têm para ensinar a médicos, enfermeiras, religiosos e aos seus próprios parentes. 6. ed. São Paulo: Martins Fontes, 2011.

LEE, M. J.; GUINN, D.; HICKENBOTTOM, S. Headache in pregnant and postpartum women. **UpToDate**, 25 may 2023. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/headache-during-pregnancy-and-postpartum?search=Headache%20in%20pregnant%20and%20postpartum%20women&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 17 nov. 2023.

LEE, M. J.; HICKENBOTTOM, S. Neurological Disorders Complicating Pregnancy. **UpToDate**, 29 aug. 2022. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/neurologic-disorders-complicating-pregnancy?search=Neurological%20Disorders%20Complicating%20Pregnancy&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 17 nov. 2023.

LESSA, M. S. de A.; NASCIMENTO, E. R.; COELHO, E. de A. C.; SOARES, I. de J.; RODRIGUES, Q. P.; SANTOS, C. A. de S. T.; NUNES, I. M. Pré-natal da mulher brasileira: desigualdades raciais e suas implicações para o cuidado. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 27, n. 10, p. 3881–3890, out. 2022. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-812320222710.01282022>. Acesso em: 17 nov. 2023.

LOCKWOOD, C. J. Preterm labor: Clinical findings, diagnostic evaluation, and initial treatment. **UpToDate**, 20 apr. 2023. Disponível em: https://sso.uptodate.com/contents/preterm-labor-clinical-findings-diagnostic-evaluation-and-initial-treatment?search=Preterm%20labor:%20Clinical%20findings,%20diagnostic%20evaluation,%20and%20initial%20treatment&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 17 nov. 2023.

LOCKWOOD, C. J.; MAGRIPLES, U. **Prenatal care**: Second and third trimestres. **UpToDate**, 06 oct. 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/prenatal-care-second-and-third-trimesters>. Acesso em: 15 jan. 2024.

LOCKWOOD, C. J.; RUSSO-STIEGLITZ, K. Placenta previa: Management. **UpToDate**, 31 ago. 2022. Disponível em: https://sso.uptodate.com/contents/placenta-previa-management?search=Placenta%20previa:%20Management&source=search_result&selectedTitle=1~122&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 17 nov. 2023.

MAFFINI, T.; ROTT, F. **Cartilha de orientação ao luto parental - pelo direito de sentir**. [S.l.]: ONG Amada Helena, [2019]. Disponível em:



http://www.al.rs.gov.br/FileRepository/repdcp_m505/CCDH/Cartilha%20de%20Orienta%C3%A7%C3%A3o%20ao%20luto%20Parental.pdf. Acesso em: 17 nov. 2023.

MARIO, D. N. et al. Qualidade do Pré-Natal no Brasil: Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Ciência & Saúde Coletiva* [online], v. 24, n. 3, p. 1223-1232, mar. 2019. ISSN 1678-4561. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1413-81232018243.13122017>. Acesso em: 8 out. 2023.

MEJIA, R. Mass drug administration for control of parasitic infections. **UpToDate**, 31 aug. 2023. Disponível em: https://sso.uptodate.com/contents/mass-drug-administration-for-control-of-parasitic-infections?search=Mass%20drug%20administration%20for%20control%20of%20parasitic%20infections&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 17 nov. 2023.

MENDES, E. V. **Desafios do SUS**. Brasília, DF: Conselho Nacional de Secretários de Saúde, 2019. 869 p.

MORAES FILHO, O. B. de. **Aborto**: classificação, diagnóstico e conduta. Protocolo Febrasgo - Obstetrícia, n. 21/ Comissão Nacional Especializada em Assistência Pré-Natal. São Paulo: Febrasgo, 2018. Disponível em: <https://www.febrasgo.org.br/images/pec/Protocolos-assistenciais/Protocolos-assistenciais-obstetricia.pdf/Aborto-Classificacao-diagnostico-e-conduta.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2023.

NORWITZ, E. R. Postterm pregnancy. **UpToDate**, 25 mar. 2022. Disponível em: https://sso.uptodate.com/contents/postterm-pregnancy?search=Postterm%20pregnancy&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 29 set. 2023.

NORWITZ, E. R.; PARK, J. S. Evaluation and differential diagnosis of vaginal bleeding before 20 weeks of gestation. **UpToDate**, 16 mar. 2023. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/evaluation-and-differential-diagnosis-of-vaginal-bleeding-before-20-weeks-of-gestation?search=sangramento%20na%20gestacao&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 29 set. 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Tirteenth General Programme of Work (GPW13): methods for impact measurement**. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO. Genebra, Suíça: OMS, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Declaração da OMS sobre Taxas de Cesáreas**. Genebra, Suíça: OMS, [s.d.]. Disponível em: http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/161442/WHO_RHR_15.02_por.pdf;jsessionid=25A086A9351EC00066305392A7848697?sequence=3. Acesso em: 21 maio 2021.

PAVORD, S.; DARU, J.; PRASANAN, N.; ROBINSON, S.; STANWORTH, S.; GIRLING, J. UK guidelines on the management of iron deficiency in pregnancy. **British Journal of Hematology**, 02 oct. 2019. Disponível em: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/bjh.16221>. Acesso em: 29 set. 2023.

POMERANZ, M. K. Maternal Adaptations to Pregnancy: Skin and Related Structures. **UpToDate**, 12 jun. 2023. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/maternal-adaptations-to-pregnancy-skin-and-related-structures?search=Maternal%20Adaptations%20to%20Pregnancy:%20Skin%20and%20Related%20Structures.%20&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 17 nov. 2023.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. Direcção-Geral da Saúde Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde. - Lisboa: DGS, 2006. - 46 p.



RIO DE JANEIRO (Município). Secretaria Municipal de Saúde. Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde (SUBPAV). **Atenção Primária à Saúde do Rio de Janeiro**: Guia de Elaboração de Protocolos baseados no Processo de Enfermagem. 1. ed. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2021. 64 p. (Série: Protocolos de Enfermagem na Atenção Primária à Saúde).

RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Portal BI (Business Intelligence)** - Informações de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Disponível em: <https://bi.saude.rs.gov.br/index.htm>. Acesso em: 21 set. 2023.

ROSS, D. S. Hypothyroidism during pregnancy: Clinical manifestations, diagnosis, and treatment. **UpToDate**, 23 mar. 2023. Disponível em: https://sso.uptodate.com/contents/hypothyroidism-during-pregnancy-clinical-manifestations-diagnosis-and-treatment?search=Hypothyroidism%20during%20pregnancy:%20Clinical%20manifestations,%20diagnosis,%20and%20treatment&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 29 set. 2023.

ROSSETTO, M.; GRAHL, F. Grupos educativos na Atenção Básica à Saúde: revisão integrativa de literatura de 2009 a 2018. **Research, Society and Development**, [S.L.], v. 10, n. 10, p. 1-16, 8 ago. 2021. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i10.18561>. Acesso em: 17 nov. 2023.

SCORZA, W. Prelabor rupture of membranes at term: Management. **UpToDate**, 27 mar. 2023. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/prelabor-rupture-of-membranes-at-term-management?search=Prelabor%20rupture%20of%20membranes%20at%20term:%20Management&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 19 nov. 2023.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Boletim epidemiológico do Estado do Rio Grande do Sul**. Mortalidade materna, infantil e fetal. Porto Alegre: Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 2023. Disponível em: <https://estado.rs.gov.br/upload/arquivos//boletim-epidemiologico-sobre-mortalidade-materna-infantil-e-fetal-no-rs.pdf>. Acesso em: 19 nov. 2023.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Nota Informativa nº. 01/2025/SCDT/SES/RS**. Orientação aos municípios do Rio Grande do Sul sobre a incorporação, no âmbito do Sistema Único de Saúde - SUS, do teste para detecção de infecção pelo vírus T-linfotrófico humano (HTLV) 1/2 em gestantes no pré-natal, e condutas a serem adotadas frente a resultados reagentes. Porto Alegre: Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 2025a. Disponível em: [NI 01.2025 - Testagem HTLV Gestantes.pdf](#). Acesso em: 08 mai. 2025.

SECRETARIA DA SAÚDE DO ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL. **Nota técnica conjunta n.º 02/2025 – DAPPS/SES E DGAE/SES-RS**. Recomendação sobre a suplementação de cálcio e uso de acetilsalicílico (AAS) para prevenção da pré-eclâmpsia em gestantes no âmbito da Atenção Primária e Atenção Especializada à saúde no estado do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: Governo do Estado do Rio Grande do Sul, 2025b. Disponível em: [11085823-nota-tecnica-carbonato-de-calcio-aas-11-07-25-camila-bonalume-dall-aqua.pdf](#). Acesso em 18 jul. 2025.

SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO PARANÁ. **Caderno De Atenção Ao Pré-Natal Risco Habitual**. [S.l.]: SES PR, [2020]. Disponível em: https://www.saude.pr.gov.br/sites/default/arquivos_restritos/files/documento/2020-07/pdf6.pdf. Acesso em: 17 nov. 2023.



SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. **Protocolo Estadual de Atenção ao Pré-Natal de Risco Habitual**. 1. ed. Rio de Janeiro: Secretaria do Estado de Saúde, 2020.

SECRETARIA DE SAÚDE DO RECIFE. Secretaria Executiva De Atenção Básica. Coordenação da Política De Saúde Da Mulher. **Protocolo De Atenção Básica Do Recife: Atenção Ao Pré-Natal, Parto E Puerpério**. Recife: Secretaria de Saúde, 2022.

SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO RIO GRANDE DO SUL. **Guia do Pré-Natal na Atenção Básica**. Rio Grande do Sul: Secretaria de Estado da Saúde, 2018. Disponível em: <<https://atencaobasica.saude.rs.gov.br/upload/arquivos/201901/09090527-guia-pre-natal-na-atencao-basica-web.pdf>>. Acesso em: 08 set. 2021.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CONTAGEM. **Protocolo assistencial da saúde da mulher na atenção primária**. 1. ed. Contagem, MG: Prefeitura Municipal de Contagem, 2020. Disponível em: <<http://www.contagem.mg.gov.br/sms/wp-content/uploads/2020/12/PROTOCOLO-SAUDE-DA-MULHER-versao-final-1-1.pdf>>. Acesso em: 25 fev. 2022.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO. **Protocolo de atenção ao pré-natal, parto e puerpério**. Ribeirão Preto: SMS de Ribeirão Preto, 2022.

SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE RIBEIRÃO PRETO. **Guia prático de grupos na atenção primária à saúde**. Ribeirão Preto: SMS de Ribeirão Preto, 2023.

SHIFREN, J. L. Overview of sexual dysfunction in females: Epidemiology, risk factors, and evaluation. **UpToDate**, 04 may 2022. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/overview-of-sexual-dysfunction-in-females-epidemiology-risk-factors-and-evaluation?sectionName=Pregnancy%20and%20childbirth&search=sexualidade%20puerp%C3%A9rio&topicRef=127985&anchor=H11&source=see_link#H11. Acesso em: 19 nov. 2023.

SHIPP, T. D. Overview of ultrasound examination in obstetrics and gynecology. **UpToDate**, 06 nov. 2023. Disponível em: https://sso.uptodate.com/contents/overview-of-ultrasound-examination-in-obstetrics-and-gynecology?search=Overview%20of%20ultrasound%20examination%20in%20obstetrics%20and%20gynecology&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 19 nov. 2023.

SIQUEIRA, L. K. R.; MELO, M. C. P. de; MORAIS, R. J. L. de. Pós-parto e sexualidade: perspectivas e ajustes maternos. **Revista de Enfermagem da UFSM**, [S.L.], v. 9, p. e58, 8 nov. 2019. DOI <https://doi.org/10.5902/2179769233495>. Disponível em: <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/33495>. Acesso em: 19 nov. 2023.

SMITH, J. A.; FOX, K. A. Nausea and vomiting of pregnancy: Treatment and outcome. **UpToDate**, 14 jul. 2023. Disponível em: https://sso.uptodate.com/contents/nausea-and-vomiting-of-pregnancy-treatment-and-outcome?search=Nausea%20and%20vomiting%20of%20pregnancy:%20Treatment%20and%20outcome&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 19 nov. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE DIABETES (SBD). **Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2019 - 2020**. [S.L.]: Clannad Editora Científica, 2019. Disponível em: <https://www.saude.ba.gov.br/wp-content/uploads/2020/02/Diretrizes-Sociedade-Brasileira-de-Diabetes-2019-2020.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2023.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE MEDICINA DE FAMÍLIA E COMUNIDADE. **O atendimento de pessoas trans na Atenção Primária à Saúde**. Rio de Janeiro: SBMFC, 2020. Disponível em:



<https://www.sbmfc.org.br/noticias/o-atendimento-de-pessoas-trans-na-atencao-primaria-a-saude/>. Acesso em: 19 nov. 2023.

SONALKAR, S.; MODY, S. Contraception: Postpartum counseling and methods. 2023. **UpToDate**, 24 may 2023. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/contraception-postpartum-counseling-and-methods?search=sexualidade%20puerp%C3%A9rio&source=search_result&selectedTitle=3~150&usage_type=default&display_rank=3#H82582547. Acesso em: 19 nov. 2023.

SPENCER, J. Common problems of breastfeeding and weaning. **UpToDate**, 21 sep. 2023. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/common-problems-of-breastfeeding-and-weaning?search=AMAMENTACAO&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1#H26. Acesso em: 19 nov. 2023.

TANNURE, M. C.; PINHEIRO, A. M. **SAE- Sistematização da Assistência de Enfermagem**. 3. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2019.

TULANDI, T. Ectopic pregnancy: Clinical manifestations and diagnosis. **UpToDate**, 31 jul. 2023. Disponível em: https://sso.uptodate.com/contents/ectopic-pregnancy-clinical-manifestations-and-diagnosis?search=Ectopic%20pregnancy:%20Clinical%20manifestations%20and%20diagnosis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 19 nov. 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA. Centro de Ciências da Saúde. Núcleo Telessaúde Santa Catarina. **Trabalhando com grupos na Atenção Básica à Saúde**. Florianópolis: UFSC, 2018. 39 p.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS ; RIO GRANDE DO SUL. Secretaria da Saúde. **Protocolos de Regulação Ambulatorial – Obstetria (Pré-Natal de Alto Risco)**: versão digital 2023. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 3 de fevereiro de 2016 [atual. 5 jul. 2023]. Disponível em: https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/protocolos_resumos/protocolo_encaminhamento_obstetria_TSRS20190821.pdf. Acesso em: 06 out. 2023.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Medicina. Programa de Pós-Graduação em Epidemiologia. TelessaúdeRS. **Telecondutas: toxoplasmose na gestação**: versão digital 2022. Porto Alegre: TelessaúdeRS-UFRGS, 2022. Disponível em https://www.ufrgs.br/telessauders/documentos/telecondutas/tc_toxoplasmosegestacao.pdf. Acesso em: 19 nov. 2023.

VICHINSKY, E. P. Sick cell trait. **UpToDate**, 17 ago. 2023. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/sickle-cell-trait?search=sickle%20cell%20trait&source=search_result&selectedTitle=1~126&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 19 nov. 2023.

VIGUERA, A. Postpartum unipolar major depression: Epidemiology, clinical features, assessment, and diagnosis. **UpToDate**, 07 apr. 2023. Disponível em: https://www.uptodate.com/contents/postpartum-unipolar-major-depression-epidemiology-clinical-features-assessment-and-diagnosis?search=Postpartum%20unipolar%20major%20depression:%20Epidemiology,%20clinical%20features,%20assessment,%20and%20diagnosis&source=search_result&selectedTitle=1~150&usage_type=default&display_rank=1. Acesso em: 19 nov. 2023.

WILLIAMS, J.; NIEUWSMA, J. Screening for depression in adults. **UpToDate**, 30 nov. 2023. Disponível em: <https://www.uptodate.com/contents/screening-for-depression-in-adults?search=phq->



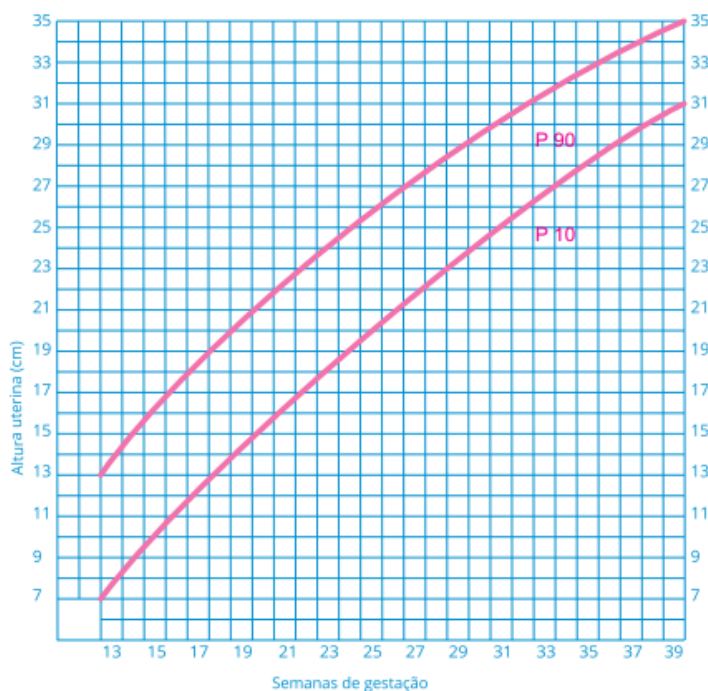
9%20&source=search_result&selectedTitle=1~80&usage_type=default&display_rank=1#H230658415. Acesso em: 15 jan. 2024.

ZAJDENVERG, L.; FAÇANHA, C.; DUALIB, P.; GOLBERT, A.; MOISÉS, E.; CALDERON, I.; MATTAR, R.; FRANCISCO, R.; NEGRATO, C.; BERTOLUCI, M. **Rastreamento e diagnóstico da hiperglicemia na gestação**. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes (2022). ISBN 978-85-5722-906-8 DOI 10.29327/557753.2022-11.

ANEXOS

ANEXO 1 - GRÁFICO DE ALTURA UTERINA

Altura uterina/semanas de gestação representação do indicador por meio de gráfico constituído de duas linhas: a inferior representa o percentil 10 e a superior, o percentil 90.

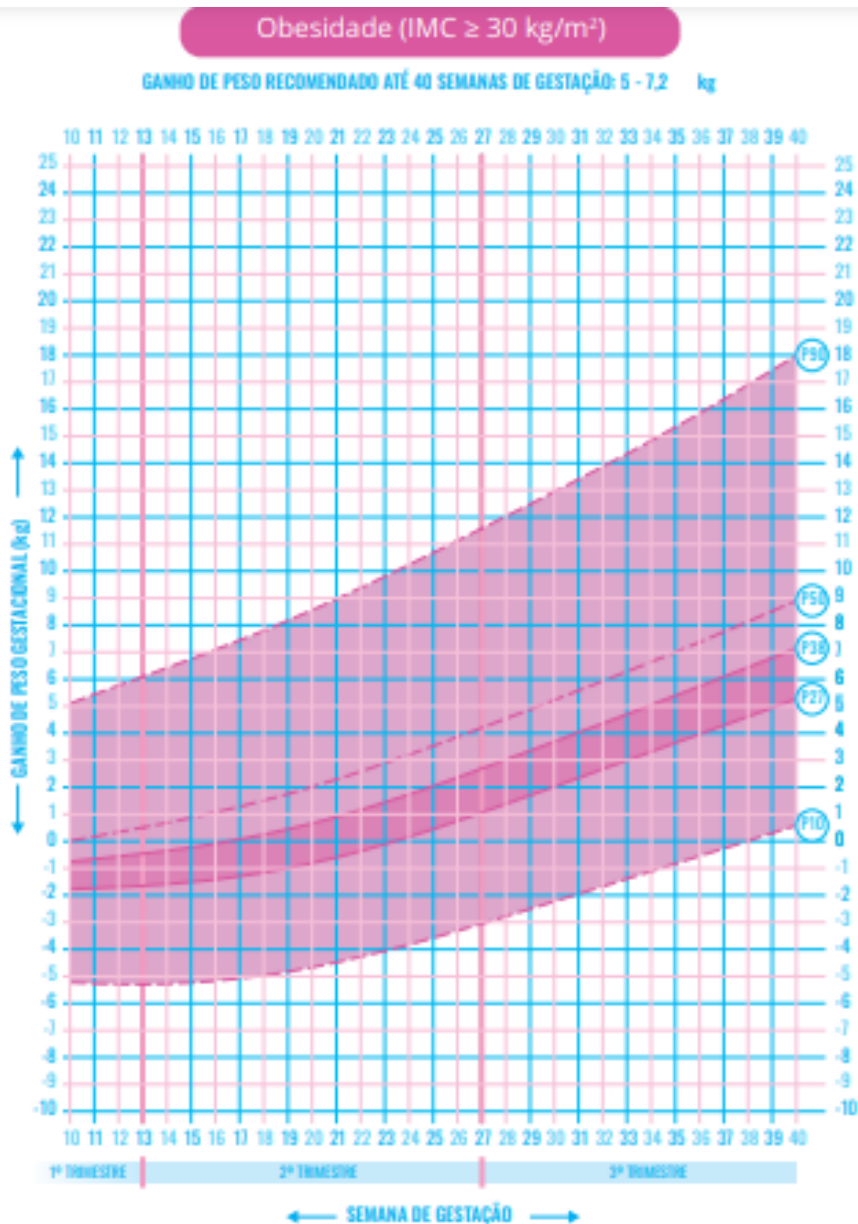


Fonte: Brasil, 2023b. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderneta_gestante_8ed.pdf. Acesso em: 10 nov. 2023.



ANEXO 2 - GRÁFICO DE ACOMPANHAMENTO DO GANHO DE PESO



Fonte:

Brasil, 2023b. Disponível em:

http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/publicacoes/caderneta_gestante_8ed.pdf. Acesso em: 10 nov. 2023.



**ANEXO 3 - PERCENTIL 95 PARA TRANSLUCÊNCIA NUCAL (TN)
CONFORME COMPRIMENTO CABEÇA-NÁDEGA (CCN)**

Comprimento cabeça nádega - CCN (mm)	Translucência nual - TN (mm) Percentil 95
45 a 52	2,10
53 a 57	2,20
58 a 62	2,30
63 a 65	2,40
66 a 74	2,50
75 a 83	2,60
84	2,70

Fonte: Protocolo de Regulação Ambulatorial - Obstetrícia, TelessaúdeRS-UFRGS, 2023.



**ANEXO 4 - QUESTIONÁRIO: *PATIENT HEALTH QUESTIONNAIRE (PHQ-9)*:
VERSÃO BRASILEIRA**

Nas últimas 2 semanas, quantos dias você:	Nenhum dia	Menos de 7 dias	7 dias ou mais	Quase todos os dias
1. Teve pouco interesse ou pouco prazer em fazer as coisas?	0	1	2	3
2. Se sentiu para baixo, deprimido(a) ou sem perspectiva?	0	1	2	3
3. Teve dificuldade para pegar no sono e permanecer dormindo, ou dormiu mais do que o de costume?	0	1	2	3
4. Se sentiu cansado(a) ou com pouca energia?	0	1	2	3
5. Teve falta de apetite ou comeu demais?	0	1	2	3
6. Se sentiu mal consigo mesmo(a), ou achou que é um fracasso, ou achou que decepcionou	0	1	2	3



sua família ou a você mesmo(a)?				
7. Teve dificuldade para se concentrar nas coisas (como ler jornal ou ver televisão)?	0	1	2	3
8. Teve lentidão para se movimentar ou falar (a ponto de outras pessoas perceberem) ou, ao contrário, esteve tão agitado(a), que você ficava andando de um lado para o outro, mais do que de costume?	0	1	2	3
9. Pensou em se ferir de alguma maneira, ou que seria melhor estar morto(a)?	0	1	2	3

As pontuações totais no PHQ-9 variam de 0 a 27. Os escores de corte sugeridos para o nível de gravidade da depressão são os seguintes:

- 0 a 4: ausência de depressão;
- 5 a 9: sintomas leves;
- 10 a 14: episódio depressivo moderado;
- 15 a 19: episódio depressivo moderado a grave;
- 20 a 27: episódio depressivo grave.

Fonte: Williams; Nieuwsma, 2023.



ANEXO 5 - ESCALA DE DEPRESSÃO PÓS-NATAL DE EDIMBURGO - QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE DEPRESSÃO PÓS-PARTO

Esta escala é uma ferramenta de triagem e, portanto, não se destina a fazer um diagnóstico: se a pontuação ≥ 11 , o enfermeiro deve encaminhar a puérpera para avaliação médica ou psicológica se disponível no município. Mulheres que relatam sintomas depressivos sem ideação suicida ou grande comprometimento funcional, se a pontuação for entre 5 e 9, devem ser reavaliadas dentro de um mês.

Você teve um bebê há pouco tempo e gostaríamos de saber como você está se sentindo nos últimos sete dias, e não apenas hoje:

- 1. Eu tenho sido capaz de rir e achar graça das coisas**
[0] Como eu sempre fiz
[1] Não tanto quanto antes
[2] Sem dúvida, menos que antes
[3] De jeito nenhum
- 2. Eu sinto prazer quando penso no que está por acontecer em meu dia a dia**
[0] Como sempre senti
[1] Talvez, menos que antes
[2] Com certeza menos
[3] De jeito nenhum
- 3. Eu tenho me culpado sem necessidade quando as coisas saem erradas**
[3] Sim, na maioria das vezes
[2] Sim, algumas vezes
[1] Não, muitas vezes
[0] Não, nenhuma vez
- 4. Tenho me sentido ansiosa ou preocupada sem motivo.**
[3] Sim, na maioria das vezes
[2] Sim, algumas vezes
[1] Não, raramente
[0] Não, nunca
- 5. Tenho-me sentido com medo ou muito assustada, sem motivo.**
[3] Sim, quase todo o tempo
[2] Sim, muitas vezes
[1] De vez em quando
[0] Não, nenhuma vez
- 6. Tenho sentido que são coisas demais para mim.**
[0] Sim, a maioria das vezes não consigo resolvê-las
[1] Sim, por vezes não tenho conseguido resolvê-las como antes
[2] Não, a maioria das vezes resolvo-as facilmente
[3] Não, resolvo-as tão bem como antes
- 7. Tenho-me sentido tão infeliz que durmo mal.**
[3] Sim, na maioria das vezes
[2] Sim, algumas vezes
[1] Não, raramente
[0] Não, nunca



8. Eu tenho me sentido triste ou arrasada

[3] Sim, na maioria das vezes

[2] Sim, algumas vezes

[1] Não, raramente

[0] Não, nunca

9. Eu tenho me sentido tão infeliz que eu tenho chorado

[3] Sim, quase todo o tempo

[2] Sim, muitas vezes

[1] De vez em quando

[0] Não, nunca

10. A ideia de fazer mal a mim mesma passou por minha cabeça

[3] Sim, muitas vezes, ultimamente

[2] Algumas vezes nos últimos dias

[1] Pouquíssimas vezes, ultimamente

[0] Nenhuma vez