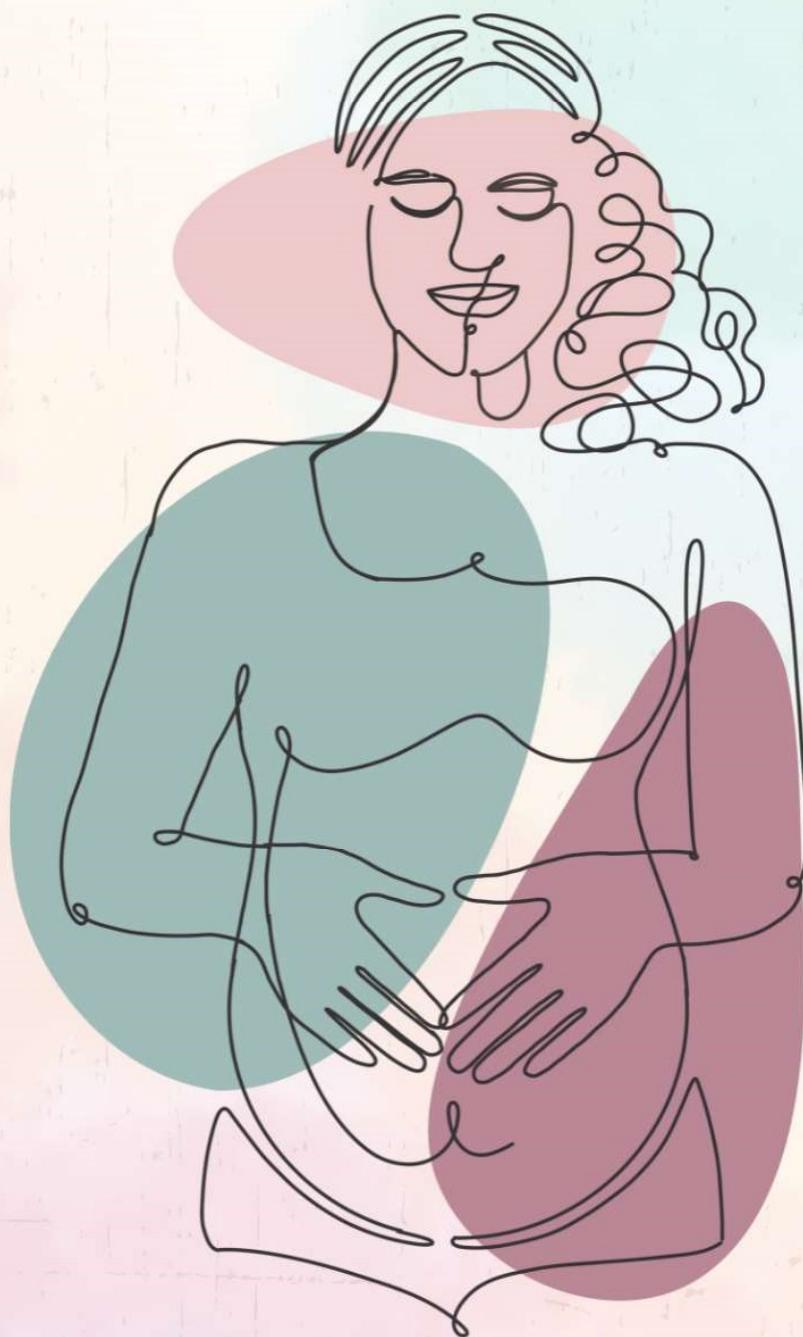


Nota técnica diretriz da pessoa com útero na gestação, no parto, no aborto e no puerpério.



Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco
Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco

Guia de orientação para as
Secretarias Estadual e
Municipais de Saúde
Nota Técnica para Organização da
Rede de Atenção à Saúde

Recife
2024

Ficha Catalográfica elaborada pela Biblioteca Nelson Chaves (ESPPE), com os dados fornecidos pelo autor.

P452n	Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde. Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco.
<p>Nota técnica diretriz da pessoa com útero na gestação, no parto, no aborto e no puerpério: guia de orientação para as Secretarias Estadual e Municipais de Saúde: nota técnica para organização da rede de atenção à saúde/ Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Secretaria Executiva de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde. Escola de Governo em Saúde Pública de Pernambuco. _ Recife: SES/ESPPE, 2024.</p> <p>116 p.: il.</p>	
1. Gestação. 2. Parto 3.Puerpério. 4. Sistema Único de Saúde. 5. Saúde Pública. I. Título	
ESPPE / BNC	CDU. 618.6: 618.438: 614 (813.4)

Bibliotecária Responsável: Anefátima Figueiredo – CRB-4/P-1488

EXPEDIENTE

Governadora de Pernambuco

Raquel Teixeira Lyra Lucena

Vice-Governadora de Pernambuco

Priscila Krause Branco

Secretária Estadual de Saúde de Pernambuco

Zilda do Rego Cavalcanti

Secretário Executivo de Vigilância em Saúde e Atenção Primária

José Lancart de Lima

Secretária Executiva de Atenção em Saúde

Domany Cavalcanti

Diretora Geral de Atenção Integral à Saúde

Adriana Bezerra

Diretor Geral de Atenção Primária e Saúde Prisional

Leandro Lima

Diretora Geral de Políticas Estratégicas

Alda Roberta Lemos Campos Boulitreau

Elaboração técnica

Cleonúzia Batista Leite de Vasconcelos - Gerente de Atenção à Saúde da Mulher (GEASM)

Aline Priscila Rego de Carvalho - Técnica GEASM

Danyelle Rodrigues Pinheiro de Araújo- Técnica GEASM Joicy Ândrea Paiva dos Santos- Técnica GEASM

Márcia Maria Monteiro de Freitas- Técnica GEASM Roseane Maria Firmino da Silva- Técnica GEASM Suely

Cristina Bezerra de Carvalho- Técnica GEASM

Marcella Adrian Canejo Luna da Silva - Residente GEASM

Hérika Dantas Modesto Pinheiro - Coordenadora da Política Materno-infantil

Erika Patricia Lopes - Coordenadora de Qualidade e Segurança do Paciente (CQSP)

Adrienne Gusmão Câmara - Técnica CQSP Carla de Albuquerque Araújo - Técnica CQSP

Magda Gomes da Silva Costa - Coordenadora do Programa Estadual De Imunização

Jeane Tavares Torres - Superintendente de Imunizações e Vigilância das Doenças Imunopreveníveis

Luiz Valério Soares da Cunha Júnior - Coordenação Estadual de Atenção Integral à Saúde LGBT

Danilo Martins Roque Pereira - Técnico da Coordenação Estadual de Atenção Integral à Saúde LGBT

Grupo de Fortalecimento das Redes de Atenção à Saúde

Adrienne Gusmão Câmara – Técnica Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente CQSP
Alda Roberta Lemos Campos Boulitreau – Diretora-Geral de Políticas Estratégicas
Aline Priscila Rego de Carvalho – Técnica GEASM
Allison Kleiton dos Anjos – Gerente de Atenção à Saúde do Homem e do Idoso
Ana Lúcia de Souza Leão Ávila – Médica da Secretaria de Assistência à Saúde
Carla de Albuquerque Araújo – Técnica CQSP
Cleonúzia Batista Leite de Vasconcelos - Gerente de Atenção à Saúde da Mulher (GEASM)
Danielle de Melo Bentinho – Gerente de Monitoramento do Programa Mãe Coruja
Dayvson Silva dos Santos – Coordenador de Saúde Bucal
Emmanuelly Correia de Lemos – Coordenação de Educação Permanente em Saúde da ESPPE
Erika Patricia Lopes - Coordenadora de Qualidade e Segurança do Paciente (CQSP)
Geisy Lemos – Coordenação do Programa Boa Visão
Grazielle dos Santos Vasconcelos – Gerente do Programa Estadual IST/Aids/HIV
Janaina Ferreira da Silva – Superintendência do Mãe Coruja
Jeane Tavares Torres – Superintendente de Imunizações e Vigilância das Doenças Imunopreveníveis
Leandro Lima – Diretor-Geral de Atenção Primária e Saúde Prisional (DGAP)
Lucas Rafael Borges Santos – Coordenador de Articulação em Saúde Bucal DGAP
Luciana Figueiroa - Coordenadora do Planifica-PE DGAP
Madalena Oliveira – Técnica da Gerência de Atenção à Saúde da Criança e do adolescente (GEASC)
Magda Gomes da Silva Costa – Coordenadora do Programa Estadual De Imunização
Marta Rejane Vasconcelos Costa Moreira – Técnica GEASC
Mayra Dias – Gerente GEASC
Morgana do Nascimento Xavier – Superintendente de Linhas de Cuidado DGAIS
Nara Lins de Melo – Analista da Coordenação de Educação em Saúde e Políticas Intersectoriais DGAP
Noemy Gomes – Diretoria-Geral de Articulação Estratégica SEAS
Paula Lyra – Coordenação da pediatria DGAIS
Rafaela Niels - Gerente de Redes de Atenção à Saúde DGAP
Rafaely Márcia Santos da Costa – Técnica GEASC
Renan Carlos Freitas a Silva – Diretor-Geral de Gestão Participativa (DGGP)
Telma Costa Carneiro de Albuquerque – Técnica GEASC
Thaís Neves Gomes – Coordenadora do Planejamento regional Integrado DGGP
Thays de Melo Bezerra – Apoiadora do Planejamento regional Integrado DGGP
Valeria Pastor Alexandre de Araújo – Coordenação de Atenção às Condições Crônicas DGAP
Vinícius Serafim de Oliveira – Apoio Administrativo DGAP
Ysabella Luana dos Santos – Apoiadora Institucional da Diretoria Geral de Telessaúde (DGT)

Revisão Textual

Renato Luiz Gomez da Silva

Revisão Final

Eliane Chomatas – Conselho Nacional de Secretários de Saúde (CONASS)

Marco Antônio Matos – CONASS

Edilberto Rocha – Associação de Ginecologistas e obstetras de Pernambuco (SOGOPE)

Periodicidade

Bienal

Projeto Gráfico

Gezerino Honoré Vargas Filho e Lucianne de Freitas Xavier Paulino

Secretaria de Saúde do Estado de Pernambuco

Rua Dona Maria Augusta Nogueira, 519, Bongü, Recife-PE, CEP: 50.751-530 www.saude.pe.gov.br

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 – Fatores determinantes sociais da gestação	
20	
Figura 2 – Fluxograma da Linha de Cuidado na Gestação e Puerpério	
36	
Figura 3 – Fluxograma de identificação de risco gestacional, encaminhamento e atendimento na atenção especializada	
55	
Figura 4 – Checklist para Procedimentos Invasivos Seguros	
69	
Figura 5 – Manejo de distúrbios hipertensivos	
71	
Figura 6 – Fluxograma para o diagnóstico e profilaxia da sensibilização ao Rh	
75	
Figura 7 – Fluxograma para abordagem da anemia na gestação	
76	
Figura 8 – Fluxograma para diagnóstico do diabetes na gestação	77
Figura 9 – Fluxograma para manejo da infecção urinária na gestação	78
Figura 10 – Fluxograma para o tratamento da ITU na gestação	78
Figura 11 – Fluxograma de manejo da sífilis na gestação	79
Figura 12 – Fluxograma de manejo da toxoplasmose na gestação	80

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Estratificação de subpopulação alvo	16
Quadro 2 – Diagnóstico da gravidez	18
Quadro 3 – Proposta de organização do local de assistência à pessoa gestante e puerpera	21
Quadro 4 – Direcionamento do foco assistencial no acompanhamento pré-natal e puerperal	22
Quadro 5 – Critérios para estratificação de risco gestacional habitual	22
Quadro 6 – Critérios para estratificação de risco gestacional intermediário	23
Quadro 7 – Critérios para estratificação de risco gestacional alto	25
Quadro 8 – Condições que requerem assistência imediata em nível hospitalar	27
Quadro 9 – 10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade	29
Quadro 10 – Estrutura operacional da RMI	30
Quadro 11 – Exames complementares a serem solicitados na consulta pré-concepcional	38
Quadro 12 – Parametrização para a distribuição dos atendimentos durante a gestação	40

Quadro 13 – Parametrização para a distribuição dos atendimentos durante o puerpério	40
Quadro 14 – Parametrização da idade gestacional pela altura uterina	43
Quadro 15 – Exame físico geral e ginecológico no pré-natal	44
Quadro 16 – Exames de rotina na primeira consulta do pré-natal	45
Quadro 17 – Calendário vacinal nacional para pessoa gestante	47
Quadro 18 – Monitoramento da situação vacinal	48
Quadro 19 – Suplementos na gestação	50
Quadro 20 – Exames recomendados nos 2º e 3º trimestres da gestação	51
Quadro 21 – Linguagem e expressões a serem evitadas e recomendadas no atendimento ao homem trans e pessoa transmasculina gestante	62
Quadro 22 – Roteiro com aspectos a serem discutidos durante a elaboração do plano de parto	65
Quadro 23 – Metas Internacionais de Segurança do Paciente	67
Quadro 24 – Classificação das Síndromes Hipertensivas na gestação	70
Quadro 25 – Fatores de risco para pré-eclâmpsia	72
Quadro 26 – Prescrição do AAS e cálcio para profilaxia da pré-eclâmpsia	73
Quadro 27 – Divisão das Síndromes Hemorrágicas na gestação	73

Quadro 28 – Divisão das formas clínicas do abortamento	74
Quadro 29 – Práticas a serem estimuladas na condução do parto	81
Quadro 30 – Práticas prejudiciais na condução do parto	82
Quadro 31 – Práticas sem evidência na condução do parto	85
Quadro 32 – Práticas usadas de modo inadequado na condução do parto	83
Quadro 33 – Períodos do trabalho de parto	84
Quadro 34 – Serviços de referência para atendimento integral às pessoas em situação de violência sexual e doméstica do estado de Pernambuco, 2024	86
Quadro 35 – Serviços de referência para atendimento de interrupção da gestação prevista em Lei do estado de Pernambuco, 2024	87
Quadro 36 – Roteiro para consulta puerperal	88
Quadro 37 – Painel de indicadores da RAS Materno Infantil	93

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAE	Atenção Ambulatorial Especializada
AAS	Ácido acetilsalicílico
ACS	Agentes Comunitários de Saúde
AFU	Altura de Fundo Uterino
APH	Atenção Perinatal Hospitalar
APS	Atenção Primária à Saúde
AGPAR	Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco
BCF	Batimentos Cardíaco Fetal
βHCG	Gonadotrofina coriônica humana - fração beta
CIR	Comissão Intergestores Regional
CIUR	Crescimento intrauterino restrito
CMCE	Central de Marcação de Consultas e Exames
CNES	Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde
CPN	Centro de Parto Normal
CRL	Central de Regulação de Leito
DSS	Determinantes Sociais da Saúde
DHP	Doença Hemolítica Perinatal
DNV	Declaração de Nascidos Vivos
DPOC	Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica
DPP	Data provável do parto
DUM	Data da última menstruação
EA	Eventos Adversos
EAP	Edema Agudo de Pulmão
eSF	Equipe de Saúde da Família
eSF-SB	Equipe da Estratégia Saúde da Família - Saúde Bucal
GEASM	Gerência de Atenção Integral à Saúde da Mulher
HAS	Hipertensão Arterial Sistêmica
Hb	Hemoglobina
HELLP	Hemolytic anemia, elevated liver enzymes and low platelet count

HIV	Human Immunodeficiency virus
HPV	Papilomavírus Humano
HTLV	Human T Lymphotropic Virus
IG	Idade gestacional
IMC	Índice de massa corporal
ITU	Infecção do trato urinário
MACC	Modelo de Atenção às Condições Crônicas
MS	Ministério da Saúde
NSP	Núcleo de Segurança do Paciente
NV	Nascidos vivos
ODS	Objetivos do Desenvolvimento Sustentável do Milênio
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAD	Pressão Arterial Diastólica
PAS	Pressão Arterial Sistólica
PE	Pré-eclâmpsia
PNAB	Política Nacional de Atenção Básica
PNRH	Pré-natal de Risco Habitual
PNSP	Programa Nacional de Segurança do Paciente
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RMI	Rede Materna e Infantil
RMM	Razão de Morte Materna
RN	Recém-nascido
RNM	Ressonância Nuclear Magnética
RS	Regiões de Saúde
SAAF	Síndrome do anticorpo antifosfolipídico
SAE	Sistematização da Assistência de Enfermagem
SIM	Sistema de Informação de Mortalidade
SMS	Secretaria Municipal de Saúde
SIASC	Sistema de Informação de Atenção à Saúde da Criança
SINASC	Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos
SES-PE	Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco

STF	Supremo Tribunal Federal
SUS	Sistema Único de Saúde
Tax	Temperatura axilar
TIG	Teste Imunológico de Gravidez
TVP	Trombose venosa profunda
TOTG	Teste oral de tolerância à glicose
TR	Teste rápido
UPAE	Unidades Pernambucanas de Atenção Especializada:
USG	Ultrassonografia

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....	14
2. OBJETIVO	15
3. CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO	15
3.1 DEFINIÇÃO DA SUBPOPULAÇÃO ALVO.....	15
3.2 PREVALÊNCIA.....	16
3.3 IDADE FÉRTIL	17
3.4 CRITÉRIOS PARA IDENTIFICAÇÃO E CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA DA GESTAÇÃO.....	18
4. FATORES DE RISCO ESPECÍFICOS PARA CONDIÇÃO DE SAÚDE	19
4.1 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL.....	20
4.2 A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA GESTAÇÃO.....	27
5. ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA.....	29
5.1 O FLUXO DE ATENÇÃO NA RAS	34
6. O CUIDADO DA PESSOA GESTANTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE.....	37
6.1 ABORDAGEM PRÉ-CONCEPCIONAL.....	37
6.2 CAPTAÇÃO PRECOCE DA PESSOA GESTANTE	39
6.3 CALENDÁRIO DE CONSULTAS PRÉ-NATAL.....	40
6.4 PRIMEIRA CONSULTA PRÉ-NATAL	42
6.5 ANAMNESE E HISTÓRIA CLÍNICA	42
6.6 DETERMINAÇÃO DA IDADE GESTACIONAL.....	43
6.7 CÁLCULO DA DATA PROVÁVEL DO PARTO	45
6.8 EXAME FÍSICO.....	45
6.9 EXAMES COMPLEMENTARES	46
6.10 SITUAÇÃO VACINAL.....	48
6.11 SUPLEMENTAÇÃO NA GESTAÇÃO	51
6.12 CONSULTAS DE RETORNO AO PRÉ-NATAL.....	52
7. O CUIDADO DA PESSOA GESTANTE NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA.....	55
7.1 COMPETÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS.....	58
8. GESTAÇÃO EM HOMEM TRANS E PESSOAS TRANSMASCULINAS.....	62
9. PLANO DE PARTO.....	68
10. SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E AMBULATORIAL ESPECIALIZADA.....	70

11. MANEJO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS NA GESTAÇÃO	73
11.1 SÍNDROMES HIPERTENSIVAS ESPECÍFICAS DA GESTAÇÃO	73
11.2 SÍNDROMES HEMORRÁGICAS NA GESTAÇÃO	76
11.3 DOENÇA HEMOLÍTICA PERINATAL	78
11.4 ANEMIA NA GESTAÇÃO	80
11.5 DIABETES NA GESTAÇÃO	80
11.6 INFECÇÃO URINÁRIA NA GESTAÇÃO	81
11.7 SÍFILIS NA GESTAÇÃO	83
11.8 TOXOPLASMOSE GESTACIONAL	83
11.9 DOENÇA PERIODONTAL NA GESTAÇÃO	84
12. BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO	85
13. ORIENTAÇÕES SOBRE TRABALHO DE PARTO	88
14. INTERRUÇÃO DA GESTAÇÃO PREVISTA EM LEI	90
15. ATENÇÃO NO PERÍODO PUERPERAL	92
16. LUTO PERINATAL	94
17. PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA	96
18. REGISTRO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO	97
18.1 REGISTRO DE ATENDIMENTOS	97
18.2 PAINEL DE INDICADORES	97
19. GESTÃO DE CASOS	99
19.1 O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DA GESTÃO DE CASO	99
19.2 A SELEÇÃO DO CASO	99
19.3 A IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA	100
19.4 A ELABORAÇÃO E A IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE CUIDADO	100
19.5 O MONITORAMENTO DO PLANO DE CUIDADO	101
19.6 EXEMPLO DE GESTÃO DE CASO	101
REFERÊNCIAS	103
APÊNDICE A – FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO	111
APÊNDICE B - FOLDER MEU PLANO DE PARTO	113
APÊNDICE C – QUESTIONÁRIO PARA CONSULTA PUERPERAL	114

1. INTRODUÇÃO

A Organização Mundial de Saúde (OMS) afirma que a mortalidade materna reflete as desigualdades entre países ricos e pobres. O risco de morrer durante a gestação, parto ou pós-parto aumenta proporcionalmente à diminuição das condições socioeconômicas de uma região. Melhores condições de vida e acesso a serviços de saúde de qualidade poderiam evitar aproximadamente 98% dos óbitos, por isso, muitas mortes maternas são resultado de graves violações dos direitos humanos. Estudo da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) sobre mortalidade materna mostra barreiras no acesso de pessoas gestantes a cuidados intensivos (OPAS, 2018).

Com os Objetivos do Desenvolvimento Sustentável do Milênio (ODS) foram acordadas metas expressivas para promover uma sociedade inclusiva e igualitária. Por meio das políticas estratégicas de prevenção, qualificação de profissionais e os avanços científicos e tecnológicos espera-se que até 2030 a Razão de Morte Materna (RMM) no Brasil seja de 30 óbitos por 100 mil nascidos vivos (NV).

Em 30 anos, no período de 1990 a 2019, houve uma redução significativa da RMM até 42 dias no estado de Pernambuco, passando de 223/100.000 NV em 1990 para 47,2/100.000 NV em 2019. De acordo com o Sistema de Informação de Mortalidade (SIM), com o advento da pandemia por COVID-19, o número de óbitos maternos aumentou nos anos de 2020 e 2021 para 75,5/100.000 NV e 70,5/100.000 NV, respectivamente (Pernambuco, 2022). No ano de 2022 a RMM foi de 43,4 e em 2023 voltou a subir para 54,6 (Pernambuco, 2022).

A Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco (SES-PE) em parceria com as Secretarias Municipais de Saúde (SMS), desenvolve ações direcionadas à promoção de melhorias nas condições de saúde das pessoas com útero (mulheres, homens trans e pessoas transmasculinas) em diferentes fases da sua vida, propondo assegurar os direitos sexuais e reprodutivos, qualificar a assistência à gestação de alto risco, desenvolver ações para promoção do parto natural e humanizado, e prevenir a mortalidade materna, resguardada as especificidades das diferentes idades e dos distintos grupos populacionais.

Este documento contém informações sistematizadas para organização da Rede de Atenção à Saúde (RAS) das pessoas com útero no ciclo da gestação, parto, aborto e puerpério, com foco nos processos de uma assistência qualificada e especializada.

2. OBJETIVO

A presente nota técnica tem por finalidade contribuir para a qualificação da atenção à saúde das pessoas com útero durante o ciclo gravídico-puerperal com foco no atendimento integral na Atenção Primária à Saúde (APS), Atenção Ambulatorial Especializada (AAE) e Atenção Perinatal Hospitalar (APH), integrando os seus macroprocessos e possibilitando a melhoria do acesso à RAS, promovendo uma maior resolutividade regional e uma redução da morbimortalidade materna, fetal e infantil, principalmente no componente neonatal precoce.

Este objetivo deve ser alcançado por meio das seguintes estratégias:

- Conhecer a população de pessoas gestantes e puérperas do território;
- Estratificar o risco gestacional;
- Realizar manejo adequado das necessidades de pessoas gestantes, parturientes e puérperas de acordo com o estrato de risco;
- Organizar a rede de atenção materna e infantil.

3. CONHECIMENTO DA POPULAÇÃO

3.1 DEFINIÇÃO DA SUBPOPULAÇÃO ALVO

O Modelo de Atenção às Condições Crônicas (MACC) recomenda o conhecimento da população alvo residente em um território de saúde, sua estratificação de risco de acordo com a presença de fatores de risco e a complexidade da condição de saúde, além do dimensionamento da oferta de serviços a partir da necessidade de saúde identificada e da qualificação das intervenções em coerência com complexidade da situação (Mendes, 2011).

Seguindo as propostas do MACC, como primeiro passo para organização da RAS, deve-se ter o conhecimento da população adstrita a um determinado território de saúde, seguindo a lógica de estratificações sucessivas (quadro 1).

Quadro 1 - Estratificação de subpopulação alvo.

ESTRATIFICAÇÃO DA SUBPOPULAÇÃO ALVO
População total de pessoas com útero
Pessoas com útero em idade fértil
Gestantes
Gestantes de risco habitual
Gestantes de risco intermediário
Gestantes de alto risco
Gestantes com situações muito complexas

Fonte: Brasil, 2019a (adaptado).

3.2 PREVALÊNCIA

O estado de Pernambuco é administrativamente dividido em 185 municípios, agregados em doze Regiões de Saúde (RS). As RS são identificadas de acordo com os seus respectivos municípios sede, sendo eles I RS – Recife, II RS – Limoeiro, III RS – Palmares, IV RS – Caruaru, V RS – Garanhuns, VI RS – Arcoverde, VII RS – Salgueiro, VIII RS – Petrolina, IX RS – Ouricuri, X RS – Afogados da Ingazeira, XI RS – Serra Talhada, XII RS – Goiana. Cada uma destas unidades administrativas da SES-PE é responsável por um grupo de cidades, atuando de forma mais localizada na APS, na reestruturação da rede hospitalar, nas ações municipais, no combate à mortalidade materna, fetal e infantil e às diversas endemias. Essas RS se agregam em quatro Macrorregionais, que são arranjos territoriais com o objetivo de organizar, entre si, ações e serviços de média complexidade especial e alta complexidade, complementando, desse modo, a atenção à saúde das populações desses territórios. As 4 macrorregiões são: 1 – Metropolitana (RS I, II, III e XII), 2 – Agreste (RS IV e V), 3 – Sertão (RS VI, X e XI) e 4 – Vale do São Francisco e Araripe (RS VII, VIII e IX) (Pernambuco, 2011).

O número de NV reduziu 19,70% na última década, partindo de 143.565 no ano de 2014 para 115.324 no ano de 2023 pelos dados do Sistema de Informações sobre Nascidos Vivos (SINASC). Segundo os Parâmetros Assistenciais para a Programação Ambulatorial e Hospitalar no Âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS) do Ministério da Saúde (MS), para obtenção da estimativa de pessoas gestantes do ano corrente, realiza-se um acréscimo de 10% aos NV do ano anterior, sendo a estimativa de pessoas gestantes para o ano de 2024 de 126.856, onde 85% são usuárias do SUS, ou seja, 107.828. Com base nos mesmos parâmetros do MS estima-se que 15% das pessoas gestantes sejam de alto risco e 85% sejam de risco habitual ou apresentem fatores de risco intermediário. Nesta perspectiva, a estimativa de pessoas gestantes usuárias do SUS de alto risco é de 16.174, e de risco habitual e intermediário é de 91.654 (Brasil, 2011; Brasil, 2021).

A análise do perfil das pessoas gestantes pernambucanas numa série histórica dos dados do SINASC de 2012 a 2021 evidenciou que o número de parturientes da raça/cor pardas e negras aumentou de 75,5% para 79,5%; gestantes com o número adequado de consultas pré-natais (acima de 6) aumentou de 71,6% para 83,7%; o percentual de captação precoce para o pré-natal (até a 12ª semana de gestação) tem ampliado, saindo de 67,7% em 2012 para 78,3% em 2021, se apresentando > 70% em todas as 12 RS, e a gravidez na adolescência reduziu de 21% para 14%. A baixa escolaridade materna também está associada a um maior risco de mortalidade da mulher, onde no Estado observa-se que a proporção de NV de mulheres com nenhum ano de estudo sofreu redução, passando de 1,5% para 0,5%, ao passo que os NV de mulheres de 8 a 11 anos de estudo apresentou aumento, no mesmo período de 50,6% para 63,5%.

O número elevado de cesarianas no estado de Pernambuco (53,6%) tem provocado discussões e planejamento de políticas de incentivo ao parto vaginal. Do total de nascidos vivos em 2022, 83% pertencem aos grupos de 1 a 4 segundo a Classificação de Robson, que são os grupos com maior probabilidade de evolução para um parto normal, ou sem indicações formais de cesárea. Há uma grande discrepância entre as proporções de NV por parto cesárea entre as RS, onde a XII RS possui o menor valor (47,9%), e a VII RS apresenta a maior taxa (75,2%), sendo que 96,8% destes NV pertencem ao grupo 1 de Robson (SINASC, 2023).

3.3 IDADE FÉRTIL

São consideradas pessoas em idade fértil, aquelas na faixa etária dos 10 aos 49 anos. É um período amplo que engloba diferentes fases e condições de vida que estão em constante mudança.

Nesse período haverá uma parcela das pessoas no ciclo gravídico-puerperal, podendo a gravidez ter ocorrido de forma planejada ou não, devendo o profissional de saúde estar apto a identificar sentimentos de ambivalência, de aceitação ou não, e de responsabilidade pela própria saúde e pela saúde do filho, acolhendo a mulher e conhecendo seu contexto, realizando uma escuta qualificada.

São importantes aspectos para o conhecimento da pessoa com útero em idade fértil, com relação à gestação: contexto sociofamiliar e comunitário; vínculos afetivos e de apoio; história reprodutiva, planejamento familiar, sexual e reprodutivo e expectativas com relação ao se tornar responsável por uma nova vida; hábitos, comportamentos e estilos de vida, condições de trabalho e vacinação; capacidade de autocuidado, autonomia e decisão; situação de saúde, presença de condições crônicas e uso de medicamentos; e vinculação com a equipe de saúde e acompanhamentos periódicos (Brasil, 2019a).

3.4 CRITÉRIOS PARA IDENTIFICAÇÃO E CONFIRMAÇÃO DIAGNÓSTICA DA GESTAÇÃO

O diagnóstico da gravidez pode ser realizado utilizando-se da propedêutica clínica, do diagnóstico laboratorial e da ultrassonografia como está sintetizado no quadro 2.

Quadro 2 - Diagnóstico da gravidez.

SINTOMAS E SINAIS DE PRESUNÇÃO	<ul style="list-style-type: none"> ● Atraso menstrual; ● Clínicos: náuseas, vômitos, tonturas, salivação excessiva, mudança de apetite, polaciúria e sonolência; ● Anatômicos: aumento do volume das mamas, hipersensibilidade nos mamilos, tubérculos de Montgomery, saída de colostro pelo mamilo, coloração violácea vulvar, cianose vaginal e cervical, aumento do volume abdominal.
SINTOMAS E SINAIS DE PROBABILIDADE	<ul style="list-style-type: none"> ● Amolecimento do istmo cervical (sinal de Hegar) e da cérvix uterina (sinal de Goodell), com posterior aumento do seu volume; ● Aumento da vascularização da vagina, colo e vestibulo vulvar (sinal de Jacquemier-Kluge). Pode-se observar pulsação da artéria vaginal nos fundos de sacos laterais; ● Presença de beta HCG no soro materno a partir do oitavo ou nono dia após a fertilização.
SINAIS DE CERTEZA	<ul style="list-style-type: none"> ● Ausculta dos batimentos cardíacos fetais (BCF), pelo sonar a partir de 12 semanas e pelo Pinard a partir de 20 semanas; ● Percepção dos movimentos fetais (de 18 a 20 semanas); ● Ultrassonografia: percepção do saco gestacional em torno de 4 a 5 semanas e da atividade cardíaca do embrião a partir de 6 semanas.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2012.

A toda pessoa com suspeita de gravidez, atraso menstrual superior a 15 dias, deve ser ofertado na APS o teste rápido de gravidez (TR), sendo realizado por um profissional de saúde. Se resultado positivo, deve-se iniciar imediatamente o acompanhamento pré-natal. Sendo negativo, deve-se aguardar 15 dias e repetir o teste ou solicitar o Teste Imunológico de Gravidez (TIG), que possui maior sensibilidade e acurácia. Se o atraso menstrual for superior a 12 semanas, o diagnóstico de gravidez poderá ser feito pelo exame clínico e torna-se desnecessária a solicitação do TIG.

4. FATORES DE RISCO ESPECÍFICOS PARA CONDIÇÃO DE SAÚDE

Os fatores de risco são definidos como condições ou aspectos biológicos, psicológicos ou sociais associados estatisticamente a maiores probabilidades futuras de morbidade ou mortalidade de uma determinada população (Mendes, 2012).

Além de conhecer e analisar os indicadores de saúde relacionados à saúde da pessoa gestante, é de fundamental importância também discutir sobre os fatores determinantes e condicionantes envolvidos na cadeia de eventos que levam à morte. Essas informações auxiliam na detecção das necessidades de saúde dos grupos de pessoas expostas e subsidiam as intervenções efetivas destinadas à prevenção de óbitos na gestação, parto e puerpério.

Os Determinantes Sociais da Saúde (DSS) expressam esse conceito que aborda os fatores de risco, sendo o modelo proposto por Dahlgren e Whitehead (1991) que inclui os DSS dispostos em diferentes camadas, desde uma camada mais próxima dos determinantes individuais até uma camada distal, onde se situam os macrodeterminantes.

Segundo este modelo (Figura 1), os resultados da gravidez seriam influenciados por três níveis de determinação: geral, intermediário e proximal. Os determinantes gerais dizem respeito às estruturas maiores de desigualdades sociais, como condições socioeconômicas, gênero e discriminação étnica racial. Os intermediários se referem às condições de acesso a recursos ou bens sociais, como educação, saúde, trabalho, entre outros. Os determinantes proximais são mais imediatamente percebidos nas práticas assistenciais, como condições gerais de saúde, características individuais sociodemográficas, familiares e reprodutivas, acesso a serviços de saúde reprodutiva e qualidade da assistência recebida. Esses três níveis de determinações estão absolutamente interrelacionados.

Figura 1 - Fatores determinantes sociais da gestação.



Fonte: Dahlgren & Whitehead *apud* Brasil, 2019a.

A maioria dos fatores determinantes já está presente na idade fértil, antes da gestação, devendo ser mapeados e abordados. Porém, com o início da gestação, ganham em gravidade, pela maior probabilidade de evolução desfavorável, tanto para o feto como para quem gesta. Por outro lado, também devem ser identificados os fatores protetores, que “dizem respeito às influências que modificam, alteram ou melhoram as respostas das pessoas a perigos que predispõem aos resultados não adaptativos” (Mendes, 2012).

4.1 ESTRATIFICAÇÃO DE RISCO GESTACIONAL

Estima-se que 85% das gestações sejam de risco habitual ou apresentem fatores de risco intermediário, contudo a gestação pode se tornar de alto risco a qualquer momento. O objetivo da estratificação de risco é predizer quais pessoas têm maior probabilidade de apresentar eventos adversos à saúde, otimizando os recursos em busca de equidade no cuidado de maneira que se ofereça a tecnologia necessária para quem precisa dela. Com isso, evitam-se intervenções desnecessárias e o uso excessivo de tecnologia, e podem-se concentrar os recursos naqueles que mais precisam deles, melhorando os resultados em saúde e reduzindo-se os custos (Brasil, 2022a).

Considerando o caráter dinâmico do ciclo gravídico-puerperal, a estratificação de risco deve ser realizada na primeira consulta e em todas as subseqüentes programadas, ou sempre que for identificado um fator de risco (Brasil, 2019a).

O estrato de risco da pessoa gestante é definido a partir de fatores de risco identificados durante a consulta pré-natal, de acordo com suas condições individuais, socioeconômicas e familiares, história reprodutiva anterior, e condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual. Quanto mais fatores de risco, maior o risco obstétrico, predominando o critério relacionado ao maior risco (Brasil, 2022a).

O conhecimento dessas características deve embasar a padronização do cuidado pré-natal, sendo imprescindível definir:

- As diretrizes clínicas e normativas para o pré-natal de risco habitual, risco intermediário e alto risco, incluindo os critérios de acesso aos diferentes serviços de saúde e a vinculação das pessoas gestantes de acordo com a estratificação de risco;
- Os pontos de atenção da RAS, com as respectivas competências no cuidado: unidades de APS, ambulatórios de Gestação e Puerpério de Alto Risco (AGPAR), maternidades/serviço de parto e nascimento de risco habitual e alto risco;
- Os serviços logísticos e de apoio necessários para o cuidado nos diferentes níveis de atenção.

O acompanhamento de cada estrato de risco deve seguir o esquema descrito no quadro 3, atentando para o direcionamento do cuidado nas diferentes esferas da atenção apresentadas no quadro 4.

Quadro 3 - Proposta de organização do local de assistência à pessoa gestante e puérpera.

Estratificação de risco	Risco habitual	Risco intermediário	Alto risco
Local preferencial de acompanhamento	APS	APS com equipe multiprofissional e apoio do AGPAR e/ou teleassistência, se necessário.	AGPAR e ambulatório de outras especialidades médicas quando necessário, com equipe multiprofissional e compartilhamento do cuidado com a APS.

Fonte: adaptado Brasil, 2022.

Legenda: APS- Atenção Primária à Saúde; AGPAR – Ambulatório de Gestação e Puerpério de Alto Risco.

Quadro 4 - Direcionamento do foco assistencial no acompanhamento pré-natal e puerperal.

Estrato de risco	Pré-Natal	Foco
Habitual	Pela equipe da APS	<ul style="list-style-type: none"> ● Bem-estar da pessoa gestante e puérpera, e de sua família. ● Ações de promoção e prevenção de fatores de risco oportunistas. ● Fortalecimento da capacidade de autocuidado.
Intermediário	Pela equipe da APS*	<ul style="list-style-type: none"> ● Mitigação dos fatores de risco. ● Ações de prevenção de agravos decorrentes dos fatores de risco. ● Fortalecimento da capacidade de autocuidado. ● Fortalecimento do apoio sociofamiliar.
Alto	AAE compartilhado com a equipe da APS	<ul style="list-style-type: none"> ● Estabilização clínica. ● Vigilância para detecção precoce de agravos decorrentes dos fatores de risco e morbidades identificadas. ● Fortalecimento do apoio sociofamiliar. ● Suporte direto à pessoa gestante e à sua família.

Fonte: adaptado de Brasil, 2019a.

* com apoio da equipe da AAE quando necessário.

Legenda: APS- Atenção Primária à Saúde; AAE- Atenção Ambulatorial Especializada.

Nos quadros 5, 6 e 7 a seguir, estão elencados critérios para cada estrato de risco.

Quadro 5 - Critérios para estratificação de risco gestacional habitual.

Risco habitual
Características individuais e condições sociodemográficas favoráveis:
<ul style="list-style-type: none"> ● Idade entre 16 e 34 anos. ● Gravidez planejada ou desejada.
História reprodutiva anterior:
<ul style="list-style-type: none"> ● Intervalo interpartal ≥ 2 anos.
Ausência de intercorrências clínicas e/ou obstétricas na gravidez anterior e/ou na atual.

Fonte: adaptado Brasil, 2022.

Quadro 6 - Critérios para estratificação de risco gestacional intermediário. (continua)**Risco Intermediário****Características individuais e condições sociodemográficas:**

- Idade ≤ 15 anos ou ≥ 35 anos.
- Condições de trabalho desfavoráveis: esforço físico excessivo, carga horária extensa, exposição a agentes físicos, químicos e biológicos nocivos, níveis altos de estresse.
- Indícios ou ocorrência de violência doméstica ou de gênero.
- Situação conjugal insegura.
- Insuficiência de apoio familiar. Capacidade de autocuidado insuficiente.
- Não aceitação da gestação.
- Baixa escolaridade (< 5 anos de estudos).
- Uso de medicamentos teratogênicos.
- Altura menor que 1,45m.
- Capacidade de autocuidado insuficiente.
- Não aceitação da gestação.
- Baixa escolaridade (< 5 anos de estudos).
- Uso de medicamentos teratogênicos.
- Altura menor que 1,45m.

- IMC $< 18,5$ kg/m² ou 30 a 39 kg/m².
- Transtorno depressivo ou de ansiedade leve.
- Uso ocasional de drogas lícitas e ilícitas.
- Etilismo sem indicativo de dependência.
- Tabagismo ativo com baixo grau de dependência ou passivo.
- Gestação de homens trans e pessoas transmasculinas*.
- Gestante em situação de rua ou em comunidades indígenas, quilombolas ou migrantes.
- Gestante de raça negra (cor de pele preta ou parda).
- Outras condições de saúde de menor complexidade.

História reprodutiva anterior

- Até 2 abortos precoces (até 12 semanas) consecutivos em gestações anteriores.
- Histórico de pré-eclâmpsia grave ou eclâmpsia.
- Insuficiência istmocervical.
- Alterações no crescimento intrauterino (restrição de crescimento fetal e macrossomia).
- Malformação fetal.
- Nuliparidade ou multiparidade (5 ou mais partos).
- Diabetes gestacional.
- Síndromes hemorrágicas ou hipertensivas sem critérios de gravidade.
- Infertilidade.
- Cesáreas prévias (2 ou mais) ou cirurgia uterina anterior recente (exceto incisão longitudinal).
- Intervalo interpartal < 2 anos.

Condições clínicas prévias à gestação

- Depressão e ansiedade leve sem necessidade de tratamento medicamentoso.
- Asma controlada sem uso de medicamento contínuo.
- Hipotireoidismo subclínico diagnosticado na gestação.

Condições e intercorrências, clínicas ou obstétricas, na gestação atual.

- Gestação resultante de estupro**
- Gestação gemelar dicoriônica-diamniótica.
- Diabetes gestacional controlada sem medicação e sem repercussão fetal.
- Hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia sem sinal de gravidade materno-fetal.
- Infecção urinária (1 ou 2 ocorrências) ou 1 episódio de pielonefrite.
- Ganho de peso inadequado (insuficiente ou excessivo).
- Sífilis (exceto sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina e achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita).
- Toxoplasmose aguda sem repercussão fetal.
- Herpes simples.
- Suspeita ou confirmação de dengue, vírus Zika, Chikungunya ou Febre Oropouche (quadro febril exantemático).
- Suspeita de restrição do crescimento fetal.
- Feto acima do percentil 90%.
- Anemia leve a moderada (Hemoglobina ≥ 8 g/dl e < 11 g/dl).

Fonte: adaptado Brasil, 2022.

Legenda: IMC- índice de massa corporal.

*A gestação de homens trans pode ser classificada como de **risco intermediário** devido a uma combinação de fatores fisiológicos, psicológicos e sociais que precisam ser considerados durante o acompanhamento pré-natal (Saúde Mental e Bem-Estar Emocional, Impacto Social e Discriminação e Desafios no Acompanhamento Pré-Natal etc.). A combinação desses fatores justifica a classificação da gestação de homens trans como de **risco intermediário**. Isso não implica necessariamente em maior incidência de complicações obstétricas, mas significa que esse grupo requer um acompanhamento especializado e multidisciplinar para mitigar os riscos físicos, emocionais e sociais envolvidos no processo.

**Atentar para casos de estupros corretivos, especialmente, entre mulheres lésbicas e bissexuais, homens trans e pessoas transmasculinas.

Quadro 7 - Critérios para estratificação de risco gestacional alto. (continua)**Alto Risco****Característica individuais e condições sociodemográficas**

- Dependência e/ou uso abusivo de drogas lícitas ou ilícitas.
- Agravos alimentares ou nutricionais: IMC \geq 40 kg/m², desnutrição, carências nutricionais (hipovitaminoses e transtornos alimentares (anorexia nervosa, bulimia, outros).
- Etilismo com indicativo de dependência.
- Tabagismo com indicativo de dependência elevada.

História reprodutiva anterior

- Abortamento habitual/recorrente (ocorrência de 3 ou mais abortamentos consecutivos).
- Aborto tardio ou morte perinatal explicada ou inexplicada.
- Isoimunização Rh em gestação anterior.
- Acretismo placentário.
- Pré-eclâmpsia grave; síndrome HELLP.
- Prematuridade anterior.
- Cesariana prévia com incisão longitudinal (clássica/corporal).

Condições clínicas prévias à gestação

- Pneumopatias graves (asma em uso de medicamento contínuo, DPOC e fibrose cística).
- Nefropatias graves (insuficiência renal e rins policísticos).
- Endocrinopatias (hipotireoidismo em uso de medicamentos e hipertireoidismo).
- Doenças hematológicas: doença falciforme (exceto traço falciforme), púrpura trombocitopênica idiopática, talassemia e coagulopatias.
- Antecedente de tromboembolismo (TVP ou embolia pulmonar).
- Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular cerebral, déficits motores graves).
- Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, SAAF, artrite reumatoide, outras collagenoses).
- Ginecopatias (malformações uterinas, útero bicorno, miomas intramurais > 4 cm ou múltiplos e miomas submucosos) ou cirurgia uterina prévia fora da gestação.
- Doença psiquiátrica grave: psicose, depressão grave, transtorno bipolar, outras.
- Neoplasias (quaisquer) – quadro suspeito, diagnosticado ou em tratamento.
- Transplantes.
- Cirurgia bariátrica.
- Doenças infecciosas: tuberculose, hanseníase, hepatites, condiloma acuminado (no canal vaginal ou no colo uterino, ou lesões extensas/numerosas localizadas em região genital ou perianal).
- Diagnóstico de HIV/Aids.
- Diagnóstico de HTLV 1/2.
- Hipertensão arterial crônica.
- Diabetes mellitus 1 e 2.
- Doenças genéticas.
- Cardiopatias (valvulopatias, arritmias e endocardite) ou infarto agudo do miocárdio.

intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual

- Doença Trofoblástica Gestacional (Mola hidatiforme).
- Gestação gemelar monócoriônica.
- Gestação multifetal.
- Gestação por reprodução assistida.
- Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal.
- Diabetes gestacional com necessidade de insulina ou com repercussão fetal.
- Pré-eclâmpsia com sinais de gravidade ou de instalação precoce (< 34 semanas de gestação).
- Tromboembolismo na gestação.
- Infecção urinária de repetição: ≥ 3 episódios de ITU baixa ou ≥ 2 episódios de pielonefrite.
- Sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina ou com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita.
- Toxoplasmose aguda com suspeita de repercussão fetal.
- Rubéola na gestação.
- Citomegalovírus na gestação.
- HIV/Aids na gestação.

Intercorrências clínicas/obstétricas na gestação atual

- HTLV 1/2 na gestação.
- Restrição do crescimento intrauterino fetal confirmado.
- Desvios da quantidade de líquido amniótico.
- Isoimunização Rh.
- Insuficiência ístmocervical diagnosticada na gestação atual.
- Trabalho de parto pré-termo inibido na gestação atual.
- Anemia grave (hemoglobina ≤ 7 g/dl) ou leve a moderada refratária a tratamento.
- Hemorragias na gestação atual.
- Placenta prévia (diagnóstico confirmado após 22 semanas).
- Acretismo placentário.
- Hepatopatias (ex: colestase gestacional com prurido ou icterícia persistente ou elevação de transaminases).
- Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal.
- Qualquer patologia clínica que repercute na gestação ou necessite de acompanhamento clínico especializado.
- Outras condições de saúde de maior complexidade.

Fonte: adaptado Brasil, 2022.

Legenda: IMC- índice de massa corporal; HELLP - *Hemolytic anemia, Elevated Liver enzymes, Low Platelet Count*; CIUR- crescimento intrauterino restrito; TVP- trombose venosa profunda; DPOC- doença pulmonar obstrutiva crônica; SAAF- síndrome do anticorpo antifosfolípido; HIV - Human Immunodeficiency vírus; HTLV - *Human T Lymphotropic vírus*; ITU- infecção do trato urinário.

Algumas situações de alto risco podem resultar numa instabilidade clínica, com possibilidade de desfecho negativo. Portanto, ressalta-se a importância de qualificação dos profissionais na vigilância do risco e manejo clínico.

4.2 A URGÊNCIA E EMERGÊNCIA NA GESTAÇÃO

Algumas condições de pessoas que gestam e fetais requerem assistência imediata. Dessa forma, o profissional de saúde deve estar sempre atento e preparado para identificar de imediato os sinais e sintomas das principais complicações, e estabelecer a conduta adequada. Além disso, visando facilitar o acesso dessas pessoas, é importante que exista um fluxo de rede de referências para assistência obstétrica e neonatal pactuado na Comissão Intergestores Regional (CIR), para onde os casos identificados durante a consulta pré-natal serão encaminhados (Brasil, 2019a).

O quadro 8 a seguir, apresenta as principais urgências e emergências obstétricas, que requerem atendimento imediato.

Quadro 8 - Condições que requerem assistência imediata em nível hospitalar. (continua)

Situações clínicas de urgência/emergência obstétrica

- Síndromes hemorrágicas (descolamento prematuro de placenta, placenta prévia com sangramento ativo).
- Sinais e sintomas de abortamento em curso ou inevitável.
- Condições clínicas de emergência: cefaleia intensa e súbita, sinais neurológicos, crise aguda de asma, edema agudo de pulmão.
- Crise hipertensiva: PAS \geq 160 mmHg ou PAD \geq 110 mmHg.
- Sinais premonitórios de eclâmpsia (escotomas cintilantes, diplopia, cefaleia típica occipital, confusão mental, epigastria ou dor intensa no hipocôndrio direito com ou sem hipertensão arterial grave e/ou proteinúria).
- Eclâmpsia/convulsões.
- Gestantes com sífilis e alergia à penicilina (para dessensibilização) ou suspeita de neurosífilis.
- Suspeita de pielonefrite, corioamnionite ou qualquer infecção de tratamento hospitalar.
- Anidrâmnio.
- Polidrâmnio grave ou sintomático.
- Ruptura prematura de membranas.
- Hipertonia uterina.
- Gestação a partir de 41 semanas confirmadas.
- Anemia grave (Hb \leq 7 g/dL) ou sintomática, com dispneia, taquicardia e hipotensão.
- Suspeita de TVP.
- Suspeita/diagnóstico de abdome agudo.
- Hipertermia (Tax \geq 37,8 °C), na ausência de sinais ou sintomas clínicos de IVAS.
- Hiperemese gravídica: vômitos incoercíveis, sem melhora com tratamento oral/desidratação.
- Vitalidade fetal alterada (perfil biofísico fetal \leq 6; diástole zero em umbilical, cardiocografia não tranquilizadora, ausência ou redução de movimentos fetais por mais de 12 horas em gestação com mais de 26 semanas e suspeita de morte fetal).
- Diagnóstico ultrassonográfico de doença trofoblástica gestacional.
- Prurido gestacional/icterícia.

- Isoimunização Rh.
- Trabalho de parto pré-termo.

Fonte: adaptado Brasil, 2022.

Legenda: PAS - pressão arterial sistólica; PAD - pressão arterial diastólica; Hb - hemoglobina; TVP - trombose venosa profunda; Tax - temperatura axilar; IVAS - infecções de vias aéreas superiores.

Em conjunto com essa abordagem integrada, deve haver uma abordagem de hierarquização do cuidado em camadas, por nível de hierarquia dos equipamentos de saúde, cujo local do atendimento pré-natal, do parto e puerpério é baseado na identificação contínua do risco desde o início da gravidez (Brasil, 2022).

5. ORGANIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA

A organização da atenção na Rede Materna e Infantil (RMI) deve garantir o cumprimento dos 10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na APS, determinados pelo MS apresentado no quadro 9.

Quadro 9 - 10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade.

10 Passos para o Pré-Natal de Qualidade na Atenção Primária à Saúde

1. Iniciar o pré-natal na Atenção Primária à Saúde até a 12ª semana de gestação (captação precoce).
2. Garantir os recursos humanos, físicos, materiais e técnicos necessários à atenção pré-natal.
3. Toda pessoa gestante deve ter assegurado a solicitação, realização e avaliação em termo oportuno do resultado dos exames preconizados no atendimento pré-natal.
4. Promover a escuta ativa da pessoa gestante e de seus(suas) acompanhantes, considerando aspectos intelectuais, emocionais, sociais e culturais e não somente um cuidado biológico: "rodas de gestantes".
5. Garantir o transporte público gratuito da pessoa gestante para o atendimento pré-natal, quando necessário.
6. É direito do(a) parceiro(a) ser cuidado(a) (realização de consultas, exames e ter acesso a informações) antes, durante e depois da gestação, sendo estimulado a realização do "pré-natal do(a) parceiro(a)".
7. Garantir o acesso à unidade de referência especializada, caso seja necessário.
8. Estimular e informar sobre os benefícios do parto fisiológico, incluindo a elaboração do "Plano de Parto".
9. Toda pessoa gestante tem direito de conhecer e visitar previamente o serviço de saúde no qual irá dar à luz (vinculação).
10. As pessoas gestantes devem conhecer e exercer os direitos garantidos por lei no período gravídico-puerperal.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2013a.

A RMI deve assegurar à pessoa com útero o direito ao planejamento reprodutivo, ao acolhimento e ao acesso ao cuidado seguro, de qualidade e humanizado, no pré-natal, na gravidez, na perda gestacional, no parto e no puerpério; e ao recém-nascido e à criança o direito ao nascimento seguro, ao crescimento e ao desenvolvimento saudável.

Para cada localidade, então, deve ser desenhado o fluxo que as usuárias podem percorrer no sistema de saúde, a fim de lhes proporcionar uma assistência integral (Brasil, 2013a). Dessa forma, a rede de assistência deve contar com uma estrutura operacional bem definida, com pontos de atenção de acordo com a complexidade do cuidado, garantindo o acesso aos serviços de apoio, com capacidade operacional para responder às necessidades da população. O quadro 10 expõe de forma detalhada as estruturas operacionais da RMI e o que deve ser garantido em cada uma.

Quadro 10 - Estrutura operacional da RMI. (continua)

Território	Estrutura operacional	O que deve ser garantido
Município	UBS na APS, preferencialmente organizadas com eSF, eSF-SB e e-multi dentro dos parâmetros populacionais propostos pela PNAB, maternidades/ serviço de parto e nascimento de referência conforme pactuação CIR.	Cobertura de toda a população do território de abrangência utilizadora do SUS e manutenção da base populacional para as intervenções de cuidado.
		Utilização de diretrizes clínicas baseadas em evidências adotadas na RAS.
		Equipes com competência para ordenar os fluxos e contrafluxos na RAS.
		Captação da pessoa gestante residente na área de abrangência e estratificação do risco gestacional.
		Acompanhamento pré-natal e puerpério de pessoas gestantes de risco habitual, intermediário e alto.
		Coordenação do cuidado e acompanhamento compartilhado com a atenção especializada do pré-natal e puerpério de pessoas gestantes de alto risco.
		Manejo da pessoa gestante por equipe multiprofissional (eSF, eSF-SB e e-multi), de acordo com roteiros de atendimento padronizados a partir das diretrizes clínicas.
		Atuação interdisciplinar para discussão dos casos das pessoas gestantes, principalmente aquelas em situação de vulnerabilidade, definição de plano de cuidados único.
		Vigilância contínua dos fatores de risco gestacional e estratificação de risco em todos os atendimentos programados para as gestantes.
		Utilização de tecnologias voltadas para o fortalecimento da capacidade de autocuidado.
		Testes rápidos, vacinação, medicamentos e outros serviços de apoio.
		Ações educacionais focadas no fortalecimento da capacidade de autocuidado e apoio familiar e comunitário.
		Disponibilização e utilização da Caderneta da pessoa Gestante como principal ferramenta para o autocuidado apoiado.
		Proatividade no território para mobilização de recursos para o apoio às pessoas gestantes com vulnerabilidade.
Elaboração e monitoramento do plano de cuidado.		
Elaboração e monitoramento do plano de autocuidado apoiado.		
Vinculação da pessoa gestante às maternidades/serviço de parto e nascimento de referência.		

		<p>Equipes com tempo protegido na carga horária para participação nas ações de educação permanente e supervisão clínica propostas pela equipe especializada ou outras possibilidades.</p>
<p>Município</p>	<p>UBS na APS, preferencialmente organizadas com eSF, eSF-</p>	<p>Monitoramento do plano de cuidados das pessoas gestantes de alto risco, com foco na estabilização das condições e morbidades diagnosticadas.</p>
	<p>SB e e-multi dentro dos Parâmetros populacionais propostos pela PNAB, maternidades/serviço de parto e nascimento de referência conforme pactuação CIR.</p>	<p>Apoio à gestante e à família para a elaboração do plano de parto, considerando, entre outros aspectos, um necessário deslocamento até o município sede, onde está localizada a maternidade/serviço de parto e nascimento de risco habitual ou alto risco.</p>
	<p>Apoio diagnóstico laboratorial e exames complementares</p>	<p>Exames laboratoriais de rotina para o pré-natal, de acordo com as diretrizes clínicas, dimensionados para todas as pessoas gestantes acompanhadas, com coleta realizada preferencialmente nas UBS, controle de qualidade do processamento do material biológico e tempos de resposta oportunos para a definição de condutas necessárias.</p>
		<p>Ultrassom obstétrico disponível para todas as pessoas gestantes, de acordo com as diretrizes clínicas.</p>
	<p>Transporte em saúde municipal</p>	<p>Rotas de transporte rural para acesso das pessoas gestantes às UBS e outros serviços.</p>
<p>Região de Saúde</p>	<p>Ambulatório de referência para o pré-natal e puerpério de alto risco, referência para as UBS de todos os municípios da região</p>	<p>Capacidade operacional dimensionada a partir da necessidade de saúde: número de pessoas gestantes acompanhadas pelas equipes de APS dos municípios da região de saúde.</p>
		<p>Utilização de diretrizes clínicas baseadas em evidências adotadas na RAS.</p>
		<p>Acompanhamento compartilhado com as equipes da APS para o pré-natal de pessoas gestantes de alto risco.</p>

		Mecanismos de compartilhamento do cuidado pactuados na Região de Saúde, com canais de comunicação diretos com as equipes da APS, critérios claros e modalidades de agendamento ágeis.
		Manejo da pessoa gestante e puérpera de alto risco por equipe, multiprofissional com atuação interdisciplinar, de acordo com roteiros de atendimento padronizados para o pré-natal de alto risco a partir das diretrizes clínicas.
		Elaboração de plano de cuidados, compartilhado com as equipes da APS para o monitoramento.
		Apoio às equipes da APS por meio de ações de educação permanente, matriciamento e apoio para a gestão da condição de saúde da gestação e puerpério.
Quadro 10: Estrutura Região de Saúde	Apoio diagnóstico laboratorial e exames complementares	Exames laboratoriais de rotina para o pré-natal de alto risco, de acordo com as condições clínicas e diretrizes assistenciais vigentes, dimensionados para todas as pessoas gestantes acompanhadas.
		Ultrassom obstétrico, morfológico e com doppler, de acordo com as condições clínicas e diretrizes assistenciais vigentes.
		Ecocardiograma fetal, de acordo com as condições clínicas e diretrizes assistenciais vigentes.
		Tococardiografia, de acordo com as condições clínicas e diretrizes assistenciais vigentes.
	Acesso regulado	Modalidades de agendamento direto pelas equipes da APS dos municípios, com obediência aos critérios pactuados.
		Às outras especialidades necessárias de acordo com as condições clínicas.
	Transporte em saúde	Transporte em saúde organizado com rotas que ligam todos os municípios com o ambulatório, considerando os cuidados necessários com a pessoa gestante de alto risco.
	Maternidade/ serviço de parto e nascimento de risco habitual no município sede da Região de Saúde ou em outros municípios de maior porte	Capacidade operacional dimensionada a partir da necessidade de saúde: número de pessoas gestantes de risco habitual e intermediário acompanhadas pelas equipes de APS dos municípios da RS.
		Utilização de diretrizes clínicas baseadas em evidências adotadas na RAS.
		Parto e nascimento das pessoas gestantes de risco habitual e com fatores de risco intermediário.
		Processos qualificados para o pré-parto, parto e puerpério imediato.

	populacional	<p>Processos qualificados para o atendimento ao recém-nascido de risco habitual e para o suporte inicial ao recém-nascido crítico até a transferência para a unidade neonatal.</p> <p>Acolhimento de pessoas gestantes em visita durante o pré-natal para conhecimento da equipe, locais de atendimento e funcionamento.</p> <p>Elaboração de plano de cuidados para a puérpera e o recém-nascido no momento da alta.</p> <p>Mecanismos de comunicação e integração com a APS dos municípios para a continuidade do cuidado.</p> <p>Administração de medicamentos injetáveis para a pessoa durante a gestação e puerpério que não é possível de ser realizada na APS.</p>
Região de Saúde	Maternidade/serviço de parto e nascimento de risco habitual no município sede da Região de Saúde ou em outros municípios de maior porte populacional	<p>Atendimento de intercorrências clínicas e obstétricas da pessoa durante a gestação e puerpério de risco habitual e intermediário.</p> <p>Atendimento de intercorrências clínicas da criança recém-nascida de risco habitual.</p> <p>Oferta de planejamento reprodutivo pós-evento obstétrico antes da alta hospitalar.</p> <p>Atendimento às pessoas com útero vítimas de violência sexual.</p>
Macrorregião de saúde	Maternidade/serviço de parto e nascimento de alto risco no município-sede da região ampliada de saúde (macrorregião)	<p>Capacidade operacional dimensionada a partir da necessidade de saúde: número de pessoas gestantes de alto risco acompanhadas pelas equipes de APS e AAE da região de saúde.</p> <p>Utilização de diretrizes clínicas baseadas em evidências adotadas na RAS.</p> <p>Parto e nascimento das pessoas gestantes de alto risco.</p> <p>Processos qualificados para o pré-parto, parto e puerpério imediato.</p> <p>Processos qualificados para o atendimento ao neonato em situação crítica na unidade neonatal.</p> <p>Acolhimento de pessoas gestantes em visita durante o pré-natal para conhecimento da equipe, locais de atendimento e funcionamento.</p> <p>Elaboração de plano de cuidados para a pessoa durante o puerpério e criança recém-nascida no momento da alta.</p> <p>Mecanismos de comunicação e integração com a APS dos municípios para a continuidade do cuidado</p>

	Casa de apoio à pessoa gestante anexa à maternidade/ serviço de parto e nascimento de alto risco	Acolhida da pessoa durante a gestação ou no puerpério com necessidades específicas.
Estado	Serviços de referência ambulatoriais e hospitalares especializados	Atenção a situações de alto risco que requerem fluxos especiais: medicina fetal, HIV/AIDS e outras.

Fonte: Adaptado de Brasil, 2019a; 2019b; PAN, 2019.

Legenda: APS - Atenção Primária à Saúde; eSF- equipe da Estratégia Saúde da Família; eSF-SB- equipe da Estratégia Saúde da Família - Saúde Bucal; PNAB- Política Nacional de Atenção Básica; SUS- Sistema Único de Saúde; RAS- Rede de Atenção à Saúde; UBS- Unidade Básica de Saúde; RS- Região de Saúde; AAE- Atenção Ambulatorial Especializada.

Na perspectiva da qualidade do cuidado, deve-se qualificar a equipe multiprofissional para o manejo adequado das(os) usuárias(os), de acordo com as evidências e diretrizes clínicas. Garantir, também, fluxos e contrafluxos em tempos oportunos; processos de vigilância e cuidado qualificados; sistema de governança capaz de monitorar, avaliar e aprimorar continuamente a resposta oferecida à população (Brasil, 2013a).

A APS tem papel de destaque no processo de universalização do acesso, ao ser proposta como porta de entrada prioritária no sistema de saúde e organizadora do acesso aos serviços de maior complexidade, permitindo a integração do sistema de saúde em seus vários níveis. Nesse sentido, cabe à APS a responsabilidade de coordenar e dar continuidade aos cuidados prestados às pessoas no sistema de saúde sob aspectos centrais da integralidade. As ações interligadas devem constituir uma Linha de Cuidados Integrados de Atenção à Saúde Materna e Infantil (Brasil, 2013a).

A unidade básica de saúde (UBS) deve ser a porta de entrada preferencial da pessoa gestante no sistema de saúde. É o ponto de atenção estratégico para melhor acolher suas necessidades, inclusive proporcionando um acompanhamento longitudinal e continuado, principalmente durante a gravidez (Brasil, 2013a).

5.1 O FLUXO DE ATENÇÃO NA RAS

A continuidade do cuidado é um dos princípios que deve ser garantido à pessoa gestante durante todo o ciclo gravídico puerperal. As equipes da APS e AAE devem atuar como uma única equipe, “falando a mesma língua”, com relação aos critérios de manejo recomendados pelas diretrizes clínicas e os instrumentos pactuados, e com canais de comunicação e apoio recíproco, ágeis e úteis, para uma

gestão compartilhada do cuidado da pessoa gestante.

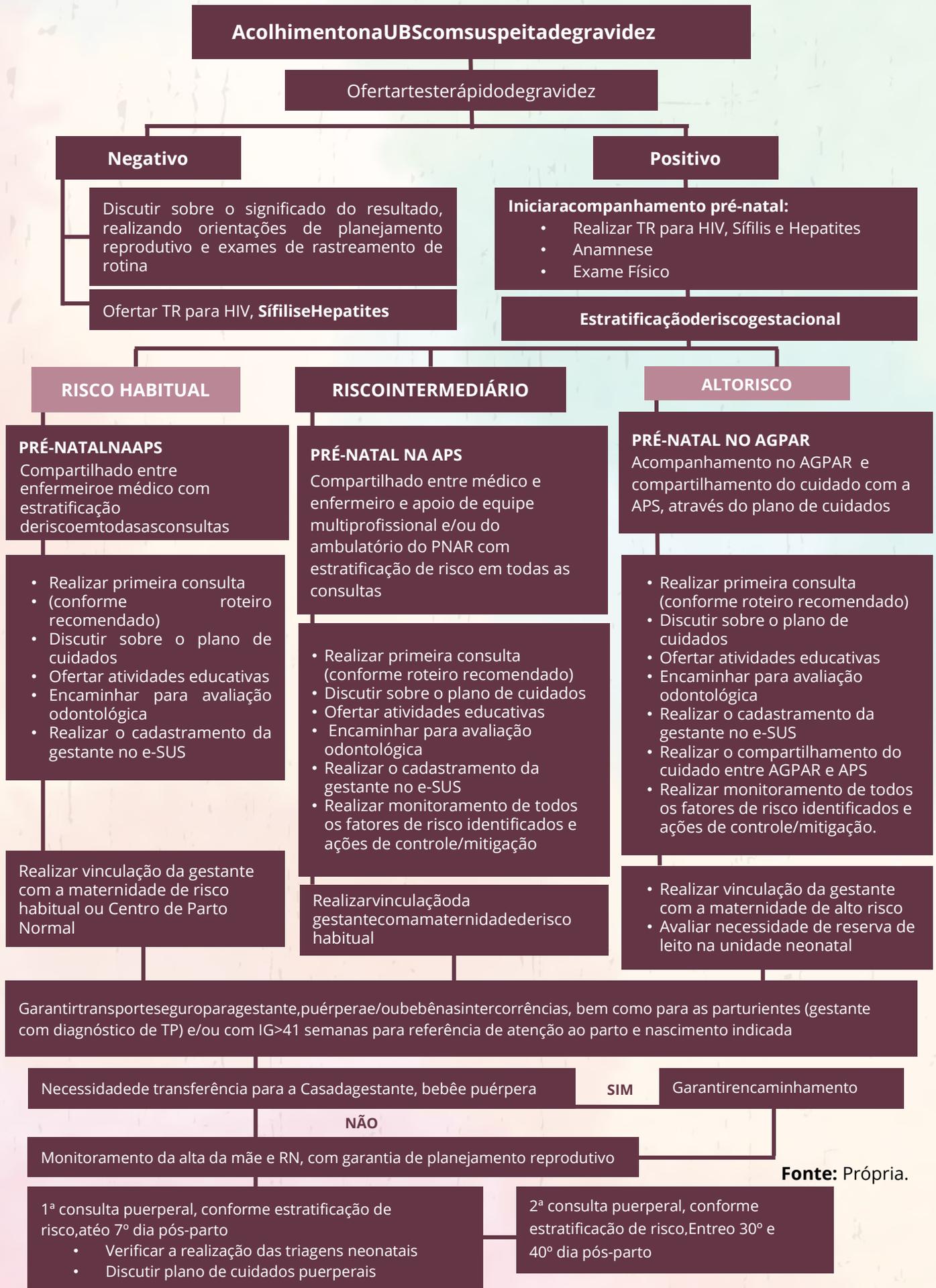
O acolhimento na APS deve iniciar desde a suspeição da gestação para uma captação precoce e início do pré-natal, realizando a estratificação de risco gestacional e conduzindo os cuidados baseados em protocolos estruturados em evidência científica até a entrega final numa maternidade/serviço de parto e nascimento vinculado (Pan, 2019).

A figura 2 a seguir traz uma representação visual em forma de fluxograma desde a suspeita da gravidez até a resolução do evento obstétrico como proposta de Linha de Cuidado na Gestação e Puerpério a ser seguida.

Para assistência ao parto ou aborto, as pessoas gestantes devem se dirigir à unidade de saúde mais próxima do seu município para uma primeira avaliação clínica. Caso o serviço de saúde municipal não seja uma das maternidades/serviços de parto e nascimento de referência segura pactuadas, após avaliação, deverá entrar em contato com a Central de Regulação de Leitos (CRL), e após gerada a senha de acesso, encaminhá-la através de transporte sanitário seguro para o serviço de referência indicado, seja de risco habitual ou de alto risco.

É de responsabilidade da equipe que acompanha a pessoa gestante no pré-natal, assim como, da equipe que dá assistência ao parto ou aborto, informar e apoiar a paciente sobre o planejamento reprodutivo após evento obstétrico para evitar gravidez subsequente não planejada.

Figura 2 - Fluxograma da Linha de Cuidado na Gestação e Puerpério.



Fonte: Própria.

6. O CUIDADO DA PESSOA GESTANTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA À SAÚDE

No Brasil, o planejamento familiar foi definido no Art. 2º da Lei nº 9.263/1996 como um conjunto de ações de regulação da fecundidade que visa garantir os direitos iguais de constituição, limitação ou aumento da prole pela mulher, homem ou casal. Esta normativa foi alterada pela Lei nº 14.443/2022 para estabelecer as condições para o acesso à esterilização voluntária.

O planejamento reprodutivo deve ser ofertado com esclarecimentos sobre os métodos que melhor se adequem às necessidades de cada pessoa, sem discriminação, coerção ou violência.

6.1 ABORDAGEM PRÉ-CONCEPCIONAL

Este aconselhamento pré-concepcional caracteriza-se por um conjunto de medidas que visam determinar o momento ideal para que a gestação ocorra, bem como conhecer precocemente as expectativas em relação à gravidez, o momento que a família está vivenciando e a sua história de vida. Constitui, assim, instrumento importante na melhoria dos índices de morbidade e mortalidade materna e infantil (Brasil, 2013a; Pan, 2019).

A anamnese detalhada, com antecedentes pessoais, familiares, ginecológicos e obstétricos, os hábitos de vida e o interrogatório sobre os diversos aparelhos, com um exame clínico e ginecológico cuidadoso, representam um pré-requisito básico para a avaliação pré-concepcional. O objetivo é detectar o estado de saúde da pessoa e potenciais riscos.

A consulta de pré-concepção busca o diagnóstico de interações biológicas, psíquicas e socioculturais através de parâmetros clínicos e complementação laboratorial criteriosa. Compreende anamnese, exame físico geral, exame ginecológico, exame odontológico e exames complementares descritos no quadro 11.

Quadro 11 - Exames complementares a serem solicitados na consulta pré-concepcional.**Exames pré-concepcionais para a pessoa com útero**

- Hemograma e lipidograma
- Tipagem sanguínea
- Glicemia de jejum
- TR para sífilis, HIV, Hepatite B e C
- Anti-Hbs (se situação vacinal desconhecida)
- IgG e IgM para Toxoplasmose
- Sorologia para HTLV
- Sorologia para rubéola (se situação vacinal desconhecida)
- Sorologia para Doença de Chagas
- Eletroforese de hemoglobinas
- Parasitológico de fezes (se sintomas de parasitoses)
- Citologia oncológica (seguindo a periodicidade recomendada para rastreamento)
- Ultrassonografia endovaginal (se necessário avaliar patologias ginecológicas)
- Perfil hormonal (FSH, LH, prolactina, estradiol, TSH, T4 livre se amenorreia)
- Progesterona na segunda fase do ciclo (se história de aborto precoce anterior)

Exames pré-concepcionais para a parceria sexual

- Tipagem sanguínea e Fator Rh
- TR para Sífilis, HIV, Hepatite B e C
- Testes de Glicemia
- Eletroforese da hemoglobina
- Hemograma e lipidograma

Fonte: Adaptado de FEBRASGO, 2014; Brasil, 2016.

Os principais fatores de risco que devem ser identificados e analisados durante a consulta pré-concepcional são:

- Idade com mais de 35 anos ou menores de 16 anos de idade;
- Antecedentes obstétricos desfavoráveis: abortos, óbitos fetais e neonatais, baixo peso ao nascer (< 2.500g), pré-eclâmpsia, malformações congênitas, trabalho de parto prematuro, cesárea de repetição (iteratividade);
- Doenças crônicas: Hipertensão Arterial Sistêmica, Diabetes Mellitus, Doença Renal, Cardiopatia, Infecção por HIV/AIDS, Doenças Neurológicas entre outras doenças sistêmicas graves;
- Tabagismo, alcoolismo, dependência química;
- Obesidade ou desnutrição.

As pessoas caracterizadas como de risco reprodutivo deverão ter seu desejo de engravidar respeitado pelos profissionais de saúde, porém é responsabilidade do serviço orientar o indivíduo e casal sobre riscos presentes na gravidez, tanto para a

pessoa gestante como para o bebê. Esta pessoa com risco reprodutivo deve ser encaminhada para avaliação e acompanhamento médico periódico para prevenir e tratar possíveis complicações, buscando orientar que a gestação ocorra num momento em que as comorbidades e/ou demais situações de risco apresentem estabilidade clínica. Na presença de doenças crônicas é fundamental o acompanhamento para maior controle das mesmas (Brasil, 2010). Em relação às pessoas com deficiência física é importante garantir o acesso a estas informações, dirimindo dúvidas e oferecendo um serviço acessível e inclusivo, buscando parcerias, quando necessário.

Esta articulação envolve compartilhamento de cuidado e o acompanhamento junto à AAE, que segundo organização dentro da RAS devem ofertar o cuidado baseado nas diretrizes clínicas e os instrumentos pactuados, contribuindo para a continuidade da assistência.

Nas Unidades Pernambucanas de Atenção Especializadas (UPAE) são ofertadas diversas especialidades, dentre elas: oftalmologia, otorrinolaringologia, neurologia, ortopedia, endocrinologia e cardiologia. Quando necessário, as pessoas podem fazer, no próprio local, os exames solicitados, como os laboratoriais, eletrocardiograma, ecocardiograma, mapa, holter, teste ergométrico, raio-X, endoscopia e ultrassonografia, entre outros.

6.2 CAPTAÇÃO PRECOCE DA PESSOA GESTANTE

O início do acompanhamento pré-natal dentro do primeiro trimestre de gestação tem sido incorporado como indicador de avaliação da qualidade da Atenção Básica, sendo fundamental o envolvimento de toda a equipe para a assistência integral à pessoa gestante. Essa captação em tempo oportuno é primordial para o diagnóstico precoce de alterações e a identificação de eventuais fatores de risco, garantindo a realização de intervenções adequadas de forma individualizada (FEBRASGO, 2014).

Para garantir isso, a equipe deve conhecer bem sua população adscrita, mantendo seu cadastro de pessoas em idade fértil atualizado, estabelecendo vínculos e as acompanhando rotineiramente, para que, dessa forma, possa se identificar rapidamente as pessoas com suspeita de gravidez. Os Agentes Comunitários de Saúde (ACS) devem estar capacitados para investigar e identificar os sinais e sintomas durante as visitas domiciliares (Brasil, 2013a).

O acolhimento à gestante deve ser feito imediatamente após a confirmação da gravidez, por qualquer profissional da equipe. A partir desse momento, a pessoa gestante deverá receber as orientações necessárias referentes ao acompanhamento

de pré-natal, que incluem: calendário de consultas, visitas domiciliares e grupos educativos. É importante orientar as pessoas gestantes e suas famílias sobre a importância do pré-natal, da amamentação e da vacinação, além de realizar o cadastramento das mesmas no e-SUS e a estratificação de risco gestacional (Brasil, 2019a).

6.3 CALENDÁRIO DE CONSULTAS PRÉ-NATAL

O calendário de atendimento durante o pré-natal deve ser programado em função dos períodos gestacionais que determinam maior risco materno e perinatal. O número de atendimentos será definido a partir da avaliação da pessoa gestante, considerando a estratificação de risco, que deve se manter sempre atualizada (Brasil, 2013a).

O total de consultas para garantir um pré-natal de qualidade deverá ser de, no mínimo, 7 (sete), com acompanhamento intercalado entre médico e enfermeiro com atenção para uma gestão integrada do cuidado de cada pessoa gestante. No entanto, cabe destacar que a clínica da paciente é o que determina o intervalo e número certo de atendimentos, de acordo com as necessidades identificadas durante o acompanhamento. A atuação interdisciplinar é favorecida pela discussão do caso, pelo apoio recíproco nas ações de cuidado e pelo planejamento conjunto das intervenções (Brasil, 2016; Brasil, 2024).

Sempre que possível, as consultas devem ser realizadas conforme o seguinte cronograma descrito no quadro 12:

Quadro 12 - Parametrização para a distribuição dos atendimentos durante a gestação.

Período	Recomendado
Até 27ª semana	Intervalo mensal
28ª até a 36ª semana	Intervalo quinzenal
37ª até a 41ª semana	Intervalo semanal

Fonte: adaptado BRASIL, 2013a.

A diminuição do intervalo de consultas no final da gestação se deve a maior incidência de intercorrências clínico-obstétricas neste trimestre, como trabalho de parto prematuro, pré-eclâmpsia e eclâmpsia, amniorrexe prematura e óbito fetal. Em nenhuma situação existe alta do pré-natal. Quando o parto não ocorre até a 41ª semana de gestação, a pessoa gestante deve ser encaminhada à maternidade/serviço de parto e nascimento de referência para resolução do parto e avaliação do bem-estar fetal. Após isso, a equipe deve realizar as consultas puerperais, preferencialmente, em domicílio, seguindo o cronograma abaixo apresentado no quadro 13 (Brasil, 2022).

Quadro 13 - Parametrização para a distribuição dos atendimentos durante o puerpério.

Consulta puerperal	Período
Primeira consulta	Até o 7º dia pós-parto
Segunda consulta	Entre o 30º e 40º dia pós-parto

Fonte: adaptado BRASIL, 2013a.

6.4 PRIMEIRA CONSULTA PRÉ-NATAL

Como destacado anteriormente, a primeira consulta deve ocorrer idealmente durante o primeiro trimestre gestacional, com envolvimento de toda equipe de maneira integral e contínua, com avaliações individuais compartilhadas com médico, enfermeiro, técnico em enfermagem, ACS, dentista e outros profissionais da equipe. É um momento de estabelecimento de vínculo e escuta qualificada, para que seja realizada uma anamnese clara e objetiva (Brasil, 2016).

É assegurado à pessoa gestante o direito a um acompanhante de sua escolha nas consultas. A presença da parceria na primeira consulta, além de trazer um significativo diferencial qualitativo ao atendimento, também faz parte dos dez passos para um pré-natal de qualidade propostos pelo MS que preconiza o direito do parceiro de ser cuidado e o dever de sua participação, que inclui ter acesso a informações, antes, durante e depois da gestação (FEBRASGO, 2014).

6.5 ANAMNESE E HISTÓRIA CLÍNICA

A anamnese deve ser bem elaborada, e nela deve-se obter o maior número possível de informações (FEBRASGO, 2014).

- Identificação: nome completo (pessoa gestante e acompanhante), data de nascimento, idade, cor da pele e descendência racial, naturalidade, atividades laborais, situação conjugal, condições de moradia, escolaridade, aspectos religiosos.
- Percepção a respeito da situação de saúde.
- Queixas, sinais e sintomas (início, tempo de duração, intensidade, ciclicidade e fatores predisponentes).
- Nível de estresse, aceitação da gravidez, sinais indicativos de depressão, existência de medos e tabus.
- Uso de drogas lícitas (analgésicos, soníferos e estimulantes com prescrição) ou ilícitas (maconha, cocaína, crack, opioides e solventes).
- Medicamentos de uso contínuo e teratogênicos.
- Relações e apoio familiar e sociocomunitário.
- Antecedentes de violência.
- Comportamentos e hábitos de vida: alimentação e atividade física.
- Antecedentes pessoais e hábitos: condições de nascimento e infância, situação vacinal, alergias, cirurgias (gerais e pélvicas), transfusões de sangue, anestésias, tratamentos clínicos prévios à gestação e no decorrer da gravidez atual, condições crônicas, doenças

infecções, desvios nutricionais, uso crônico de medicamentos prescritos e hábitos nocivos à saúde.

- Antecedentes ginecológicos: regularidade do ciclo menstrual, cirurgias prévias no útero e mamas, insuficiência lútea, perdas gestacionais prévias, insuficiência cervical, trabalho de parto pré-termo e pré-eclâmpsia, entre outras.
- Antecedentes obstétricos: data da última menstruação (DUM), número de gestações e intervalo entre elas, número de abortamentos, número de filhos vivos, condições da gestação anterior, via do parto e, se cesárea, qual foi a indicação e há quanto tempo foi realizada, condições do recém-nascido e evolução neonatal, complicações no puerpério.
- Antecedentes familiares: hipertensos, diabéticos, doenças autoimunes, cardiopatas, parentes de primeiro grau que apresentaram pré-eclâmpsia/eclâmpsia, gemelaridade, distócias no parto e doenças infectocontagiosas.
- Sinais e sintomas de alerta.

6.6 DETERMINAÇÃO DA IDADE GESTACIONAL

Os cálculos da idade gestacional (IG) e da data provável do parto (DPP) devem ser atualizados e confirmados a cada atendimento. A maioria dos métodos para esses cálculos são baseados na DUM, que corresponde ao primeiro dia de sangramento do último período menstrual referido pela pessoa gestante.

Quando a DUM é conhecida e confiável:

- Regra de Naegele: Somar o número de dias do intervalo entre a DUM e a data da consulta e dividir o total por 7 (resultado em semanas).
- Utilização do gestograma (disco para IG e DPP): direcionar a seta para o dia e mês da DUM e observar o número de semanas indicado na data da consulta.

Quando a DUM exata é desconhecida, mas a pessoa gestante se lembra do período do mês em que ela ocorreu:

- Considerar dia 5 para início do mês, 15 para metade, e 25 para final do mês referido. Então, utilize a Regra de Naegele.
- Quando a data e o período da última menstruação são desconhecidos, na ausência de Ultrassonografia (USG):
- A IG e a DPP serão, inicialmente, determinadas por aproximação, usando medida da altura do fundo do útero e o toque vaginal, além da informação sobre a data de início dos movimentos fetais, que

habitualmente ocorrem entre 18 e 20 semanas. Esse cálculo segue os seguintes parâmetros descritos no quadro 14.

Quadro 14 - Parametrização da idade gestacional pela altura uterina.

Período	Parâmetros clínicos
Até a 6ª semana	Sem alteração do tamanho uterino
8ª semana	Útero corresponde ao dobro do tamanho normal;
10ª semana	Útero corresponde a três vezes o tamanho habitual
12ª semana	Útero enche a pelve, de modo que é palpável na sínfise púbica
16ª semana	Fundo uterino encontra-se entre a sínfise púbica e a cicatriz umbilical
20ª semana	Fundo do útero encontra-se na altura da cicatriz umbilical

Fonte: Brasil, 2013.

Pode-se utilizar, ainda, a regra de MacDonald. O cálculo é feito multiplicando a Altura de Fundo Uterino (AFU) por 8, dividindo então o valor encontrado por 7, para estimar a idade gestacional em semanas.

A realização do exame ultrassonográfico no 1º trimestre de gestação é considerada padrão ouro para uma datação mais acurada da idade gestacional. A margem de erro desse cálculo varia de acordo com o trimestre de realização do exame:

- 1º trimestre: 3 a 5 dias
- 2º trimestre: 1-2 semanas
- 3º trimestre: 2-3 semanas

Quando não for possível determinar clinicamente a IG, solicitar o mais precocemente possível a USG obstétrica.

Atualmente estão disponíveis aplicativos gratuitos para calcular a idade gestacional e a data provável do parto a partir da data da última menstruação ou da idade gestacional obtida por ecografia obstétrica.

6.7 CÁLCULO DA DATA PROVÁVEL DO PARTO

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

A forma de cálculo consiste em somar sete dias ao primeiro dia da última menstruação e subtrair três meses ao mês em que ocorreu a última menstruação (ou adicionar nove meses, se corresponder aos meses de janeiro a março). Por exemplo:

Data da última menstruação (DUM): 13/09/04

Data provável do parto (DPP): 20/06/05 ($13 + 7 = 20 / 9 - 3 = 6$)

Data da última menstruação: 10/02/04

Data provável do parto: 17/11/04 ($10 + 7 = 17 / 2 + 9 = 11$)

Data da última menstruação: 27/01/04

Data provável do parto: 03/11/04 ($27 + 7 = 34 / 34 - 31 = 03 / 1 + 9 + 1 = 11$)

6.8 EXAME FÍSICO

Na primeira consulta de pré-natal, o exame físico tem dois objetivos: buscar anormalidades não mencionadas durante a anamnese e conferir as alterações

indicadas no interrogatório. O quadro 15 traz todas as avaliações necessárias a serem realizadas no exame físico geral e exame ginecológico.

Quadro 15 - Exame físico geral e ginecológico no pré-natal.

EXAME FÍSICO GERAL	EXAME FÍSICO GINECOLÓGICO
<ul style="list-style-type: none"> ● Estado nutricional: peso, altura, índice de massa corpórea (registrar no gráfico o ganho ponderal). ● Sinais vitais: frequência cardíaca, pressão arterial, frequência respiratória, temperatura. ● Ausculta cardiopulmonar. ● Palpação abdominal. ● Palpação da tireoide. ● Avaliação de pele e mucosas (inclusive mucosa ocular). ● Avaliar aparelho locomotor (coluna e joelhos). ● Avaliar presença de varizes. ● Avaliar cavidade oral. 	<ul style="list-style-type: none"> ● Exame clínico das mamas. ● Exame ginecológico: inspeção genital, do períneo e perianal, exame especular vaginal. ● Coleta colpocitopatológico, se necessário. ● Toque vaginal, se necessário. ● Medida da AFU após 12 semanas. ● Ausculta fetal após 12 semanas (registro do BCF). ● Registro dos movimentos fetais. ● Avaliar alteração de coloração abdominal (linha nigrans), estrias, cicatrizes, tensão (polidrâmio).

Fonte: Brasil, 2016a.

6.9 EXAMES COMPLEMENTARES

Para um acompanhamento pré-natal de qualidade, é necessária a realização de exames complementares padronizados, a fim de avaliar mais minuciosamente a condição clínica da pessoa gestante. Os exames complementares de rotina da gravidez devem ser solicitados logo na primeira avaliação, no segundo e terceiro trimestres. Todas as pessoas gestantes devem realizar os exames, podendo haver necessidade de acrescentar outros, a depender do estrato de risco ou condição geral da mulher, homem trans ou pessoa transmasculina (Recife, 2022).

A pessoa gestante deve ser sempre informada sobre a finalidade dos exames na detecção de situações que podem comprometer sua saúde e a do bebê. Todos os resultados devem ser interpretados e registrados de maneira clara e precisa na Caderneta da Gestante (Brasil, 2022).

A lista a seguir no quadro 16 apresenta todos os exames solicitados na primeira consulta de pré-natal (prevendo-se que essa consulta ocorra no primeiro trimestre da gravidez), para os quais existe evidência de que o custo-benefício é favorável, beneficiando a mãe ou o filho.

Quadro 16 - Exames de rotina na primeira consulta pré-natal.**1º TRIMESTRE
(solicitados na 1ª consulta)**

- Tipagem sanguínea e fator RH
- Coombs indireto (se necessário)
- Hemograma ¹
- Eletroforese de hemoglobina
- Glicemia de jejum
- TR para sífilis e/ou VDRL ²
- TR para HIV e sorologia anti-HIV
- TR para hepatite B e sorologia para hepatite B (HbsAg)
- TR para Hepatite C
- Sorologia para HTLV
- Toxoplasmose IgM e IgG
- Sumário de Urina
- Urocultura com antibiograma
- Citopatológico ³
- Ultrassonografia (entre 11 e 13 semanas)
- Parasitológico de fezes (se anemia ou manifestação sugestiva)

Fonte: adaptado Recife, 2022.

Legenda: TR – teste rápido.

1. Se a paciente apresentar anemia no primeiro trimestre, iniciar tratamento e repetir hemograma a cada 30-60 dias.
2. No diagnóstico de sífilis o VDRL deve ser repetido mensalmente até o parto para monitoramento.
3. De acordo com a periodicidade preconizada pelo MS para rastreamento do câncer do colo do útero.

Observações:

- **Clamídia:** Pessoas com útero com idade ≥ 30 anos e aquelas com risco aumentado de clamídia (isto é, aquelas que têm uma nova parceria sexual, mais de uma parceria sexual, uma parceria sexual com parcerias simultâneas ou uma parceria sexual que tem uma IST) devem realizar rastreamento na primeira consulta pré-natal e durante o terceiro trimestre para prevenir complicações natais e pós-natais, e infecção por clamídia no bebê (CDC, 2021; Abreu, Macedo, Quintal, 2022; Brasil, 2022a, 2022b).
- **Anti-CMV IgG e IgM:** O rastreamento da citomegalovirose durante o pré-natal não é recomendado, pois não há imunidade permanente contra essa infecção nem terapia que possa ser utilizada durante a gestação. Além disso, grande parte das infecções fetais ocorre por reativação em pessoas com útero previamente expostas e, dessa forma, pacientes com IgG positivo não se isentam do risco (Brasil, 2022a).
- **Sorologia para Rubéola:** O Ministério da Saúde não recomenda a

realização do exame sorológico com pesquisa IgM para rubéola, na rotina pré-natal, em pessoas gestantes assintomáticas pois os últimos casos autóctones foram registrados em 2008 e, em 2015, o País recebeu da OMS o certificado de eliminação da rubéola (Brasil, 2023). O exame só deverá ser solicitado mediante suspeita de rubéola na pessoa gestante ou quando ela tiver contato com uma pessoa com doença exantemática (Brasil, 2022a).

- Para o diagnóstico da Doença de Chagas Crônica, é recomendada a realização da pesquisa de imunoglobulina G (IgG) antiT.cruzi somente para as pessoas gestantes que residam em áreas onde tenha ocorrido convívio com vetor barbeiro (Brasil, 2022a).

6.10 SITUAÇÃO VACINAL

A vacinação durante a gestação objetiva não somente a proteção da pessoa gestante, mas também do feto durante o seu desenvolvimento. As alterações imunológicas que ocorrem nesse período tornam a pessoa gestante mais suscetível ao desenvolvimento de certas doenças, enfatizando ainda mais a importância da imunização como uma medida eficaz e segura de prevenção. O MS do Brasil estabelece diretrizes claras quanto às vacinas recomendadas para esse período, as quais incluem a vacina contra hepatite B, difteria, tétano, coqueluche, influenza e Covid-19.

No entanto, é importante ressaltar que as vacinas que utilizam vírus vivos são contraindicadas devido ao potencial risco de transmissão de antígenos vivos atenuados para o feto, o que pode resultar em malformações, aborto ou parto prematuro, como é o caso da BCG, tríplice viral, varicela e papilomavírus humano (HPV), que poderão ser aplicadas no puerpério e durante a amamentação. Em algumas situações específicas, como pós-exposição ao vírus da raiva ou em casos de surtos e risco elevado de febre amarela em gestantes, a vacinação pode ser considerada. A vacina contra o vírus da dengue é contraindicada na gestação e durante a amamentação (SBI, 2023).

A situação vacinal deve ser monitorada de acordo com o calendário vacinal vigente, de acordo com o quadro a seguir.

Quadro 17 - Calendário vacinal nacional para pessoa gestante. (continua)

VACINA	ESQUEMA BÁSICO	INTERVALO ENTRE AS DOSES	REFORÇO	OBSERVAÇÕES
Hepatite B (HB – recombinante)	Iniciar ou completar 3 doses, de acordo com o histórico vacinal.	Recomendado: 2ª dose: 1 mês após 1ª dose. 3ª dose: 6 meses após 1ª dose. Mínimo: 2ª dose: 1 mês após 1ª dose. 3ª dose: 4 meses após 1ª dose	-	-
Difteria e Tétano (Dit)	Iniciar ou completar 3 doses, de acordo com o histórico vacinal.	Recomendado: 60 dias. Mínimo: 30 dias.	A cada 10 anos. Ferimentos graves, deve-se reduzir este intervalo para 5 anos.	
Difteria, Tétano, Coqueluche (dTpa – acelular)	Uma dose	Recomendado: 60 dias após dT. Mínimo: 30 dias após dT.	Uma dose a cada gestação.	Gestantes a partir da 20ª semana de gravidez e puérperas até 45 dias
Influenza	Uma dose	Dose única, de acordo com a campanha vigente	-	Qualquer idade gestacional.
Covid-19 (Bivalente)	Uma dose ou mais	Deverá receber 1 dose de reforço semestral após o intervalo mínimo de 6 meses do recebimento da última dose. Receber duas doses (monovalente ou		Qualquer idade gestacional.

	Não vacinada	bivalente), com intervalo de 4 semanas entre as duas doses. Após 6 meses da última dose, deverão receber uma dose de reforço com bivalente.		
--	--------------	---	--	--

Fonte: Programa Nacional de Imunizações, 2024.

Na I Região de Saúde, pessoas durante a gestação e puerpério com comorbidades específicas poderão ser encaminhadas ao Centro de Referência de Imunobiológicos Especiais (CRIE Hospital), onde poderão receber outras vacinas de acordo com suas necessidades específicas. Nas demais Regiões de Saúde de Pernambuco, poderão receber outras vacinas conforme suas necessidades específicas mediante solicitação da Equipe de Saúde ao Município de Residência, que será enviada por meio do fluxo pela Gerência Regional de Saúde até o Nível Central (Programa Estadual de Imunização) para a obtenção das doses de vacinas especiais.

Vale ressaltar que as vacinas são medicamentos, portanto devem seguir as recomendações da meta internacional de segurança 3, além da meta 1 de identificação correta da paciente. É importante registrar no cartão da pessoa gestante as vacinas que deverão ser realizadas. A situação vacinal deve ser monitorada de acordo com o calendário vacinal vigente, de acordo com o quadro 18 abaixo.

Quadro 18 - Monitoramento da situação vacinal.

Vacina	Situação	Doses	Esquema indicado	Observações
dT/ dTpa	Esquema vacinal desconhecido ou não vacinada	Três doses	- 1ª dose: dT (qualquer idade gestacional). - 2ª dose: dT (entre 30 e 60 dias após a 1ª dose). - 3ª dose: dTpa (a partir de 20 semanas, com intervalo de 30 a 60 dias da 2ª dose).	- A dose de dTpa deve ser administrada em todas as gestações. - Caso iniciado tardiamente o esquema, a 2ª ou 3ª dose deve ser realizada pelo menos 20 dias antes do parto, respeitando o intervalo mínimo entre as doses. - Mulheres, homem trans ou pessoa transmasculina não vacinados na gestação devem ser imunizados no puerpério, o mais
	Esquema incompleto	Completar esquema	- Conforme o número de doses faltantes, sendo uma de dTpa, a partir de	

			20 semanas.	precocemente possível. - Na indisponibilidade de dTpa, pode-se substituí-la pela dTpa-VIP, ficando a critério médico a prescrição.
	Previamente vacinada	Dose única	- 1 dose de dTpa a partir da 20ª semana de gestação.	- É considerada pessoa gestante previamente vacinada há menos de 10 anos, aquela com pelo menos três doses de vacina contendo o componente tetânico.
Hepatite B	Esquema vacinal desconhecido ou não vacinada ou AntiHbs negativo	Três doses	- Esquema 0 - 1 - 6 meses, em qualquer fase da gestação.	Intervalo de 30 dias entre a 1ª e 2ª dose e de seis meses entre a 1ª e 3ª dose.
	Esquema incompleto	Completar esquema	- Conforme o número de doses faltantes.	
	Vacinação completa ou AntiHbs positivo	--	-Não é necessário vacinar.	
Influenza	Qualquer idade gestacional	Dose única	- Dose única, de acordo com a campanha vigente	Em situação epidemiológica de risco, especialmente para pessoas gestantes imunodeprimidas, pode ser considerada uma segunda dose a partir de 3 meses após a dose anual.

Fonte: adaptado de SBI, 2023.

Legenda: dT- difteria e tétano; dTpa- difteria, tétano e *pertussis* acelular.

6.11 SUPLEMENTAÇÃO NA GESTAÇÃO

Devido às alterações que ocorrem no organismo materno durante a gestação, além das demandas para o desenvolvimento fetal adequado, a suplementação diária oral de ferro e ácido fólico é recomendada como parte da assistência pré-natal, visando reduzir o risco de baixo peso no nascimento, anemia materna, deficiência de

ferro e distúrbios neurológicos fetais (De Oliveira *et al.*, 2022).

Além disso, há queixas comuns entre as pessoas gestantes, que devem ser ouvidas, valorizadas e tratadas sempre que necessário. Para isso, existem medicações padronizadas que podem ser prescritas pelo profissional médico, assim como pelo enfermeiro. No quadro abaixo estão os principais suplementos a serem prescritos de forma profilática no ciclo gravídico puerperal.

Quadro 19 - Suplementos na gestação.

Medicamento	Período	Posologia
Sulfato ferroso ¹	A partir do conhecimento da gravidez até 3º mês pós-parto	40-60mg de ferro elementar/dia ¹
Ácido fólico ²	1 mês antes da gravidez até o final da gestação	400 µg (0.4 mg) /dia ² (40 gotas de solução 0,2mg/mL)
Cálcio ³	12 semanas até 36 semanas	1,0-2,0g de cálcio elementar/dia

Fonte: adaptado OMS, 2016; Recife, 2022; Brasil, 2022^a; FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2022a.

1. Se uma pessoa for diagnosticada com anemia durante a gravidez, seu ferro elementar diário deve ser aumentado para 160 mg a 200 mg/dia até que sua concentração de Hb suba ao normal (Hb 11 g/L ou mais). A partir daí ela pode retomar a dose diária padrão de ferro pré-natal para prevenir a recorrência da anemia (OMS, 2016; Brasil, 2022a).

2. Nas populações de alto risco para defeitos de fechamento de tubo neural (cirurgia bariátrica; antecedentes de malformações neurológicas; uso concomitante de antagonistas de ácido fólico, como o ácido valpróico), a dose é de 5 mg/dia (Brasil, 2016a).

3. Em populações com baixa ingestão de cálcio, é recomendado suplementação diária para reduzir o risco de pré-eclâmpsia.

6.12 CONSULTAS DE RETORNO AO PRÉ-NATAL

Nas consultas subsequentes, o atendimento deve seguir um roteiro similar ao adotado na primeira consulta, porém realizado de forma mais sucinta. Nessas oportunidades, o objetivo é acolher as queixas principais da pessoa gestante e atentar para os múltiplos fatores que podem alterar o desenvolvimento da gravidez, corrigindo o plano de cuidados, se necessário. Também deverão ser avaliados todos os resultados dos exames complementares, adotando as condutas correspondentes (Brasil, 2013a).

Abaixo estão listados os pontos a serem abordados e avaliados nas consultas subsequentes de acompanhamento pré-natal.

- Anamnese sucinta
- Cálculo da idade gestacional e da data provável do parto

- Avaliação clínica e obstétrica
- Palpação obstétrica (manobras de Leopold) e medida da altura uterina (AFU)
- Avaliação dos movimentos fetais
- Ausculta fetal e registro de BCF/min
- Pesquisa de edema
- Acompanhamento do ganho de peso materno
- Monitoramento do nível pressórico
- Solicitação e interpretação de exames
- Avaliação e atualização da situação vacinal
- Prescrição do ácido fólico
- Prescrição do sulfato ferroso
- Avaliação de uso de medicamentos
- Identificação de sinais de alerta e adoção de condutas
- Identificação e investigação de fatores de risco
- Estratificação de risco gestacional e compartilhamento do cuidado com AAE para as pessoas gestantes de alto risco
- Vigilância para quadros psíquicos, principalmente depressão
- Diagnóstico, tratamento e monitoramento da cura de doenças crônicas ou infecciosas
- Vinculação à maternidade/serviço de parto e nascimento de referência, de acordo com o estrato de risco
- Registro no prontuário
- Atualização da Caderneta da pessoa Gestante
- Atualização do plano de cuidados
- Elaboração do plano de parto
- Marcação de retorno, segundo o calendário de consultas de pré-natal

A lista a seguir apresenta todos os exames a serem solicitados no 2º e 3º trimestres de gestação na rotina de um pré-natal de risco habitual.

Quadro 20 - Exames recomendados nos 2º e 3º trimestres da gestação.

2º TRIMESTRE (devem ser realizados entre 24 e 28 semanas)	3º TRIMESTRE (devem ser realizados entre 32º e 35º semanas)
<ul style="list-style-type: none"> ● Hemograma ● Teste oral de tolerância à glicose (TOTG) em jejum, com 1h e 2 h.¹ ● IgG e IgM Toxoplasmose (se IgG anterior não reagente) ● Ultrassonografia (entre 20 e 24 semanas) 	<ul style="list-style-type: none"> ● Hemograma ● Glicemia em jejum ● TOTG (caso não tenha sido realizado no 2º trimestre) ● TR para sífilis e/ou VDRL ● TR para HIV ou sorologia anti-HIV ● Urina tipo I ● Urocultura com antibiograma ● IgG e IgM Toxoplasmose (se IgG anterior não reagente) ● Cultura de <i>Streptococcus</i>² ● Rastreo para <i>Chlamydia trachomatis</i>³

Fonte: adaptado Recife, 2022. Legenda: TR – teste rápido.

1. TOTG: caso não tenha havido o diagnóstico de diabetes no 1º trimestre.
2. Cultura de *Streptococcus*: deverá ser realizada entre 35 e 37 semanas, quando disponível no município.
3. O rastreo da infecção por *Chlamydia trachomatis* deve ser realizado na primeira consulta pré-natal e no terceiro trimestre de gestação (CDC, 2021; Brasil, 2022; Abreu, Macedo, Quintal, 2022).

Observação:

- Ecocardiograma fetal: Conforme a Lei N° 14.595, de 14 de Junho de 2023, a rede pública de saúde, observada a disponibilidade orçamentária, incluirá no protocolo de assistência às gestantes a realização deste exame no pré-natal. Contudo, a oferta de ecocardiograma fetal sistemática no pré-natal, como determina a lei em questão, não encontra efetivo amparo nas melhores diretrizes científicas da atualidade, estando incerta se esta oferta como exame de rotina do pré-natal possa reduzir a mortalidade neonatal (FEBRASGO, 2023).

7. O CUIDADO DA PESSOA GESTANTE NA ATENÇÃO AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

Ao estratificar a pessoa gestante como alto risco obstétrico, esta deve ser comunicada sobre os fatores de risco identificados e as morbidades associadas, assim como a intensificação do cuidado a ser adotado durante o ciclo gravídico- puerperal. Enquanto as pessoas gestantes de risco habitual são vinculadas ao serviço e realizam seu parto na maternidade/serviço de parto e nascimento de risco habitual ou Centros de Parto Normal (CPN), a pessoa gestante de alto risco deve ser vinculada e realizar seu parto na maternidade/serviço de parto e nascimento de alto risco de referência da RAS.

A continuidade do cuidado da pessoa gestante de alto risco na RAS é fundamental para o manejo certo e no tempo certo, evitando desfechos relacionados à morte do bebê e da própria pessoa gestante. O modelo do Ponto de Atenção Secundário Ambulatorial (PASA) utilizado para organizar a atenção ambulatorial especializada propõe alguns parâmetros para organizar o cuidado compartilhado entre as equipes da APS e do AGPAR.

As equipes da APS devem realizar a estratificação de risco gestacional em todas as consultas do pré-natal, baseando-se nos critérios recomendados por esta Nota Técnica.

As pessoas gestantes, identificadas com alto risco gestacional, devem ter o cuidado prontamente compartilhado com a equipe AGPAR de referência, mas devem seguir a rotina de acompanhamento na APS, com monitoramento e realização de consultas, orientações e esclarecimentos. A equipe especializada deve aprofundar o manejo das morbidades e outras situações que caracterizam o alto risco, com foco no tratamento adequado e na estabilização até o momento do parto e nascimento.

A RAS deve organizar serviços de AGPAR que sejam vinculados às equipes de APS do território, de tal maneira que a pessoa gestante seja atendida sempre pelos mesmos profissionais, durante todo o período gestacional e seja facilitada a comunicação e um real compartilhamento do cuidado.

O tempo de espera para o atendimento pela equipe especializada deve ser o mais breve possível, idealmente não superior a 15 dias. Para isso, o acesso e agendamento devem ser previamente definidos quanto a:

- critérios para o compartilhamento do cuidado (critérios de alto risco da diretriz clínica);
- modalidade e vias eletrônicas ou telefônicas para solicitação do agendamento, que permitam o contato direto entre as equipes da UBS

e do ambulatório do AGPAR;

- possibilidade para discussão dos casos compartilhados entre as duas equipes sempre que necessário;
- gestão da agenda pela equipe especializada, com equilíbrio entre a oferta de primeiras consultas e subsequentes e procedimentos ágeis para agendamentos;
- formulários para transição das informações sobre a pessoa gestante e planos de cuidado para o acompanhamento no período entre as consultas.

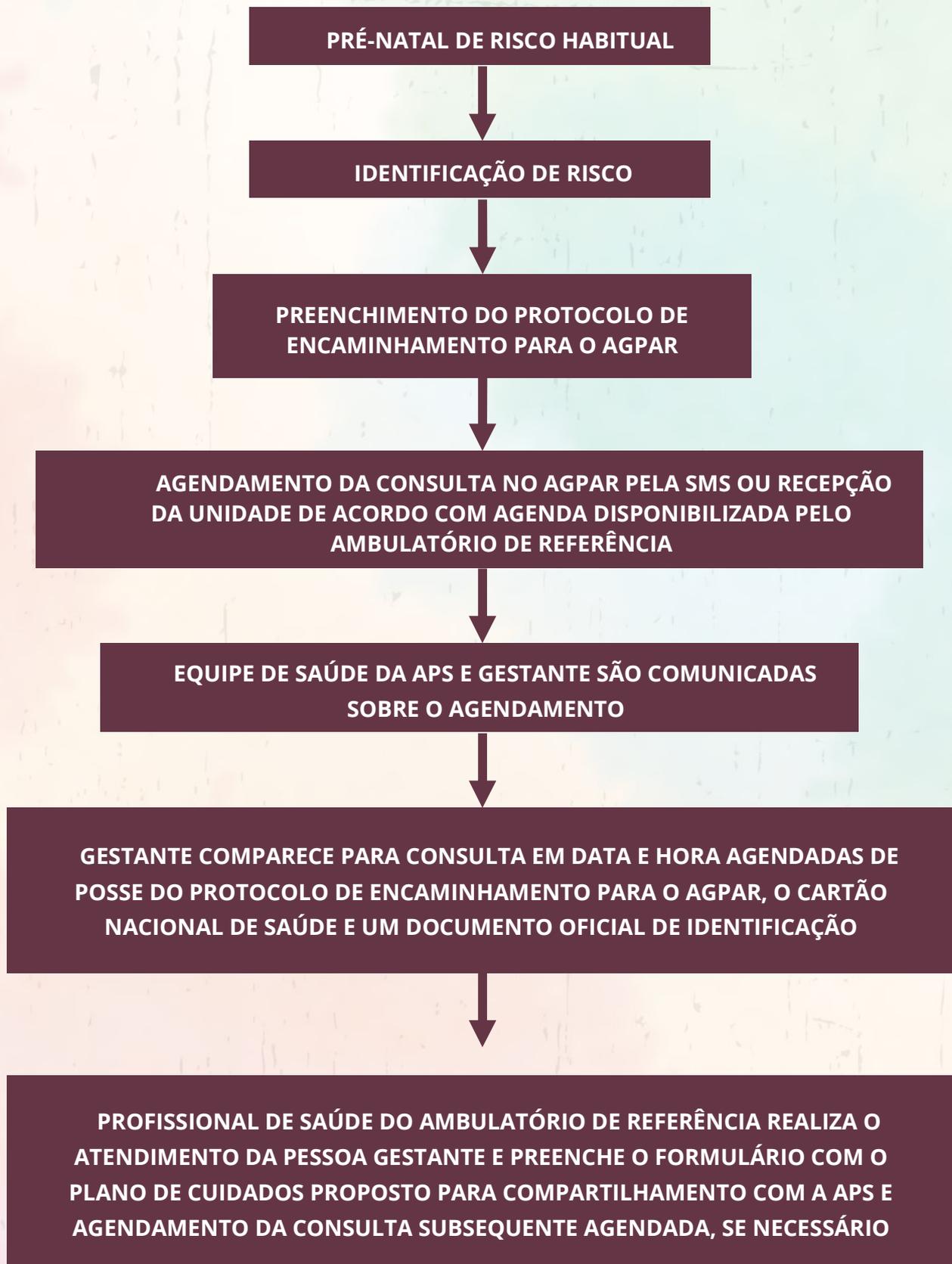
O acesso regulado aos serviços de PNAR requer, para evitar longas filas de espera, uma programação prévia, com uma capacidade de oferta dimensionada de acordo com o quantitativo de pessoas gestantes de alto risco identificadas pelas equipes da APS vinculadas ao ambulatório, evitando a distribuição de quotas e possibilitando uma oferta regular de atendimentos; uma carteira de serviços que permita otimizar a presença da pessoa gestante para a realização de todos os exames e procedimentos necessários à sua situação clínica; e monitoramento e transparência de todo o processo de agendamento.

A pessoa gestante acompanhada pela APS, com o protocolo de compartilhamento com o AGPAR (apêndice A) preenchido pelo médico ou enfermeiro da UBS ou da ESF, deverá ter sua solicitação remetida à SMS ou dirigir-se à recepção do serviço, para que seja providenciado o agendamento da consulta no ambulatório de referência.

Uma vez agendado, a paciente comparece ao serviço que realizará o procedimento na data e hora agendadas com o protocolo de compartilhamento para o AGPAR, o cartão nacional de saúde e um documento oficial de identificação. O profissional de saúde do ambulatório de referência realiza o atendimento da pessoa gestante e preenche o formulário com o plano de cuidados proposto para compartilhamento com a APS e agendamento da consulta subsequente agendada, se necessário.

A figura 03 abaixo apresenta o fluxograma desde a identificação de risco no PNRH até o encaminhamento e atendimento da pessoa gestante na atenção especializada.

Figura 3 - Fluxograma de identificação de risco gestacional, encaminhamento e atendimento na atenção especializada



Quando a paciente apresentar demanda específica de outras especialidades médicas, a exemplo da cardiologia e endocrinologia deverá seguir o fluxo de acesso para pessoa gestante de alto risco com indicação como prioritária.

A pessoa gestante de alto risco que já é acompanhada na AAE, que se enquadra no perfil e com necessidade de encaminhamento para o cardiologista e/ou endocrinologista, deverá dirigir-se à recepção do serviço, para que seja realizado o agendamento da consulta nas unidades de referência.

7.1 COMPETÊNCIAS MULTIPROFISSIONAIS

A organização do pré-natal de alto risco deve seguir de acordo com o MACC, segundo o qual o manejo da condição crônica deve ser realizado por equipe multiprofissional, com atuação interdisciplinar. A seguir será descrito as competências por área profissional (PAN, 2019).

Médico obstetra - Deverá realizar atendimento médico em ginecologia e obstetrícia para pessoas durante a gestação e puerpério compartilhadas pelas equipes da APS; Atualizar a estratificação de risco gestacional; Solicitar e avaliar exames laboratoriais, cardiotocografia basal e ultrassonografia e outros exames necessários; Realizar o manejo das morbidades diagnosticadas durante a gestação; Prescrever medicações e realizar monitoramento clínico para cura e/ou estabilização das morbidades diagnosticadas; Solicitar interconsultas ou compartilhamento do cuidado de outros pontos de atenção da RAS para as situações especiais diagnosticadas; Intervir nas situações de urgência/emergência que ocorram durante o atendimento no ambulatório (Brasil, 2019a).

Enfermeiro - Realizar consulta de enfermagem para pessoas durante a gestação e puerpério compartilhadas pelas equipes da APS, de acordo com a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE); Executar o gerenciamento do cuidado das pessoas gestantes e puérperas no ambulatório e monitorar a consonância dos atendimentos com as diretrizes clínicas adotadas; atualizar a estratificação de risco gestacional; realizar o exame de cardiotocografia basal, de Papanicolau e outros exames necessários; Intervir nas diferentes situações necessárias dentro de sua competência técnica, atentando para os tratamentos, profilaxias e encaminhamentos conforme protocolo estabelecido (Brasil, 2019a).

Psicólogo - Realizar atendimento psicológico individual para pessoas durante a gestação e puerpério compartilhadas pelas equipes da APS com foco na capacidade de autocuidado e fatores de risco sociofamiliares identificados; Aplicar método de entrevista semiestruturada para: avaliação e intervenção terapêutica relacionadas à autopercepção e autoestima, planejamento, desejo e aceitação da gravidez, situação conjugal e familiar, situações de conflito e violência, relações, ambiente e condições

de trabalho, uso de drogas lícitas e ilícitas, relações e contexto comunitário, dificuldades enfrentadas na gestação, preparação para o parto, chegada do bebê, amamentação, reorganização da dinâmica familiar, planejamento sexual e reprodutivo; Avaliar a capacidade para o autocuidado e nível de letramento em saúde da pessoa gestante e propor intervenções para seu fortalecimento (Brasil, 2019a).

Assistente social – Realizar atendimento em serviço social para pessoas durante a gestação e puerpério compartilhadas pelas equipes da APS, na modalidade interdisciplinar de atenção contínua; Identificar os fatores determinantes sociais da saúde das usuárias e acompanhantes, por meio de abordagens individuais e coletivas, de modo a facilitar as possibilidades de intervenção; Avaliar com a equipe as melhores estratégias para enfrentamento de problemas vinculados à situação socioeconômica e familiar; Estabelecer rotinas e fluxos que facilitem o melhor acesso aos serviços, benefícios, programas e projetos; Realizar encaminhamentos para serviços de rede intersetorial, visando o atendimento integral das demandas e necessidades apresentadas; Desenvolver ações de fortalecimento de autocuidado (Brasil, 2019a).

Fisioterapeuta – Realizar atendimento fisioterápico para pessoas durante a gestação e puerpério compartilhadas pelas equipes da APS na modalidade interdisciplinar de atenção contínua; Realizar avaliação fisioterapêutica específica considerando as comorbidades, idade e queixa da usuária: Diagnosticar disfunções e elaborar projetos terapêuticos para serem desenvolvidos pela ESF e NASF, considerando o contexto socioeconômico, cultural, capacidade de autocuidado, nível de letramento em saúde; Realizar orientação para as principais disfunções musculoesqueléticas no processo gestacional, puerperal, e de lactação; Realizar preparação para o parto, com exercícios respiratórios, relaxamentos, orientações posturais, alongamento, fortalecimento do assoalho pélvico e abdominal e drenagem linfática; Realizar orientação sobre a mecânica corporal, prática de exercícios físicos e postura; Realizar orientação sobre as situações da gravidez com restrição de atividades físicas (Brasil, 2019a).

Nutricionista – Realizar atendimento nutricional para pessoas durante a gestação e puerpério compartilhadas pelas equipes da APS na modalidade interdisciplinar de atenção contínua; Aplicar o inquérito alimentar junto à gestante e acompanhante; Elaborar proposta de plano de melhoria alimentar individualizado, considerando o período da gestação ou puerpério, preferências da pessoa gestante, morbidades diagnosticadas, contexto socioeconômico e cultural, disponibilidade de alimentos, sazonalidade, capacidade de autocuidado, letramento em saúde, suporte familiar e social; Realizar monitoramento nutricional de pessoas gestantes com

sobrepeso, obesidade, diabetes, síndromes hipertensivas e outras morbididades diagnosticadas; Registrar os dados de acompanhamento nutricional e ganho ponderal no cartão da pessoa gestante e gráficos e monitoramento; Incentivar o aleitamento materno(Brasil, 2019a).

O acompanhamento pela equipe especializada deve se estender, a partir do compartilhamento do cuidado, até a ocorrência do parto e nascimento e fase puerperal. Deve ser compartilhado com a equipe da APS de referência para a pessoa gestante durante todo o período, o que requer o estabelecimento de modalidades de comunicação entre os profissionais das duas equipes, de maneira a discutir o caso e a revisar o plano de cuidados, sempre que necessário e com prontidão.

8. GESTAÇÃO EM HOMEM TRANS E PESSOAS TRANSMASCULINAS

A APA (2015) define “pessoas transmasculinas” como aquelas que foram designadas como pertencentes ao gênero feminino ao nascimento, mas que se identificam com o gênero masculino ou com uma expressão de gênero mais alinhada ao que se compreende socialmente como “masculino”. Pessoas transmasculinas podem ou não optar por realizar intervenções biomédicas, como hormonização ou cirurgias de transição de afirmação de gênero, dependendo de suas necessidades e desejos. O termo abrange “homens trans” e outras identidades de gênero que se aproximam mais do que é compreendido socialmente como “masculino”.

Homens trans e pessoas transmasculinas que desejam engravidar podem optar por suspender temporariamente o uso de testosterona para esse objetivo. O tempo necessário para o retorno dos ciclos ovulatórios após a interrupção da hormonização varia, para aqueles que fazem uso, não havendo um período definido para essa retomada. O processo de investigação para avaliar a fertilidade e considerar a reprodução assistida pode ser desconfortável, tanto física quanto emocionalmente. Além da suspensão do hormônio e da consequente redução de seus efeitos no corpo, esse processo frequentemente envolve a realização de ultrassonografias transvaginais e a estimulação estrogênica dos ovários, o que pode causar desconforto e exacerbar a disforia de gênero para alguns deles (Sterling; Garcia, 2020).

Estudos indicam que estes indivíduos que passam pelo processo gestacional enfrentam necessidades específicas, resultantes dos efeitos do uso de hormônios, de cirurgias de afirmação de gênero e das mudanças nas percepções corporais ao longo desse período. Além disso, frequentemente vivenciam preconceito e discriminação, falta de conhecimento sobre suas existências por parte de profissionais da saúde e transfobia em diferentes contextos, como o núcleo familiar, o ambiente escolar, de trabalho e a vida social. Essas experiências resultam em altos índices de problemas de saúde física e mental (Castro-Peraza *et al.*, 2019; Hoffkling; Obedin-Maliver; Sevelius, 2017; Obedin-Maliver; Makadon, 2015; Ciasca *et al.*, 2021).

Experiências negativas anteriores, resultantes de violências provocadas por preconceito ou pelo despreparo da equipe de saúde, podem atrasar a busca de homens trans e pessoas transmasculinas gestantes pelos serviços de saúde obstétrica. É crucial adotar uma abordagem inclusiva e humanizada na assistência pré-natal, ao parto e nascimento a esses indivíduos, reconhecendo a complexidade de suas experiências. O cuidado deve ir além do corpo biológico gestante, oferecendo um acolhimento integral que leve em consideração suas especificidades e necessidades singulares (Pereira, 2022).

Parar a hormonização de homens trans durante a gravidez é uma prática necessária para garantir um ambiente hormonal adequado ao desenvolvimento fetal. A testosterona, utilizada por muitos homens trans para a afirmação de gênero, pode afetar o ciclo reprodutivo, suprimindo a ovulação e alterando o funcionamento dos órgãos reprodutivos. No entanto, essa interrupção temporária pode ser desafiadora por diversos motivos, como a retomada dos ciclos menstruais, o retorno de características físicas femininas, e o impacto psicológico relacionado à perda de passabilidade – o que pode gerar desconforto corporal e emocional. A ausência da testosterona durante a gestação pode trazer uma sensação de desconexão com o corpo, devido à reversão de algumas mudanças causadas pela hormonização (Pereira, 2022).

Destaca-se que a passabilidade, no contexto de homens trans, refere-se à capacidade de ser percebido como pertencente ao gênero com o qual se identifica, sem que sua identidade de gênero seja questionada ou desconsiderada. Para este público, isso significa ser visto e reconhecido como homem e/ou pessoa transmasculina em situações sociais, profissionais e cotidianas. A passabilidade pode ser influenciada por características físicas, como o uso de hormônios ou cirurgias de afirmação de gênero, e pode estar ligada à forma como a pessoa deseja ser reconhecida na sociedade.

A busca pela passabilidade pode ser importante para alguns homens trans, pois pode minimizar a exposição à transfobia, discriminação e questionamentos indesejados sobre sua identidade de gênero. No entanto, também pode gerar pressões e angústias, especialmente quando não alcançada, e a passabilidade não define a validade da identidade trans.

A perda das características físicas que favorecem a passabilidade durante a gestação pode ter impactos significativos na vida de homens trans e pessoas transmasculinas. Esse processo envolve mudanças corporais típicas da gravidez que podem ser percebidas como uma "feminilização" do corpo, o que pode gerar sentimentos de desconforto e sofrimento para algumas pessoas. Essa experiência pode gerar angústia ao ver o corpo retornar a uma forma que não condiz socialmente com a identidade de gênero masculina, impactando a autoestima e o bem-estar emocional.

Entre outras preocupações enfrentadas por esta população estão o impacto da hormonização na criança, a possibilidade de serem impedidos de realizar modificações corporais no futuro, a negação de direitos trabalhistas relacionados à parentalidade, o risco de perder a custódia dos filhos e as discriminações que tanto eles quanto suas crianças podem enfrentar. (Charter *et al.*, 2018; Karaian, 2013; Pinho; Rodrigues; Nogueira, 2020; Rodrigues, 2016; Toze, 2018).

Esse processo deve ser acompanhado por uma equipe de saúde multiprofissional, que ofereça apoio durante a gestação, parto e nascimento, abordando tanto os aspectos físicos quanto psicológicos que surgem durante esse período de transição e interrupção hormonal. Seguem algumas recomendações:

1. Um bom atendimento começa com a criação de um ambiente inclusivo, que demonstre respeito à diversidade sexual e de gênero por meio de sinalizações adequadas, do uso correto do nome social e dos pronomes autodeclarados.
2. Estabelecer uma comunicação efetiva e respeitosa é fundamental, com uma escuta qualificada e orientação detalhada à pessoa gestante e sua parceria, sobre a rotina de pré-natal e assistência ao parto e nascimento, incluindo consultas, exames, vacinas, palestras educativas e vinculação com o serviço de saúde. O Quadro 21 apresenta linguagem e expressões neutras ou não generificadas que devem ser utilizadas ou evitadas durante o atendimento.
3. Os cuidados de rotina do pré-natal para homens trans não diferem dos realizados para pessoas cisgênero. No entanto, na APS, é essencial adotar estratégias que promovam um ambiente acolhedor. Isso pode incluir a disponibilização de panfletos ou cartazes informativos sobre os direitos das pessoas transgênero, além de sempre perguntar como a pessoa prefere ser chamada.
4. A pessoa gestante deve ser orientada quanto à necessidade de interromper o uso de testosterona durante a gravidez, apresentando os riscos de malformações fetais, parto prematuro e outras complicações. A anamnese e o exame físico devem ser conduzidos com respeito e baseados na ética profissional de cada especialidade, assegurando a confidencialidade, privacidade e sigilo.
5. Antes de realizar o exame físico, é importante explicar claramente a necessidade do procedimento, garantindo o direito de ter um acompanhante presente e expondo apenas as partes do corpo necessárias. Homens trans que realizaram a mastectomia masculinizadora antes da gravidez podem ter dificuldade para amamentar diretamente, e mesmo aqueles que mantêm as mamas podem se sentir desconfortáveis com a amamentação. Por isso, é importante discutir os benefícios do leite materno e explorar alternativas para a alimentação infantil.
6. Ao solicitar exames complementares, é importante lembrar que nem

todos os serviços aceitam requisições com identificação de gênero diferente do registrado nos documentos oficiais. Esse potencial estressor deve ser abordado em diálogo com a pessoa atendida, explicando as limitações desses processos e, ao mesmo tempo, discutindo em conjunto possíveis estratégias para minimizar o impacto dessas dificuldades.

Quadro 21 - Linguagem e expressões a serem evitadas e recomendadas no atendimento ao homem trans e pessoa transmasculina gestante.

Linguagem a ser evitada	Linguagem recomendada
Vagina/Vulva	Genital (a depender do contexto)
Peitos/Mamas	Tórax (a depender do contexto)
Menstruação	Sangramento (a depender...)
Pai/Mãe	Responsável(is) (a depender ...)
Esposo/Esposa/Marido	Parceria(s) (a depender do contexto)
A gestante	Pessoa gestante/Grávido
Maternidade	Serviço de parto e nascimento
Aleitamento materno	Aleitamento humano/amamentação
Camisinha masculina	Preservativo externo
Camisinha feminina	Preservativo interno
Cirurgia de troca de sexo	Cirurgias de modificações corporais/cirurgia de redesignação sexual
“mulher que virou homem” / “homem em corpo de mulher”	Homem trans
“homem que virou mulher” / “mulher em corpo de homem”	Mulher trans/Travesti

Fonte: Adaptado de Ciasca *et al.*, 2021.

A assistência ao parto e nascimento de homens trans e pessoas transmasculinas gestantes requer atenção humanizada e respeitosa, considerando suas necessidades específicas. Aqui estão as principais orientações para garantir um atendimento de qualidade:

- Ambiente acolhedor: A sala de parto deve proporcionar um ambiente inclusivo e tranquilo, com sinalizações e atitudes que respeitem a diversidade de gênero. A presença de um acompanhante escolhido pela pessoa gestante deve ser garantida para oferecer apoio emocional e físico.
- Plano de parto personalizado: Conversar com o homem trans sobre suas expectativas para o parto e criar um plano que respeite suas preferências e necessidades. Abordar opções de parto vaginal ou cesariana, sempre considerando a segurança e bem-estar do bebê e da pessoa gestante.
- Sensibilidade durante o exame físico: Durante os exames e

procedimentos, a exposição corporal deve ser minimizada, e cada etapa deve ser explicada de forma clara e cuidadosa. Garantir que a pessoa se sinta confortável e segura é fundamental.

- Amamentação e alimentação infantil: Homens trans que realizaram a mastectomia masculinizadora podem ter dificuldades para amamentar, e a decisão de amamentar deve ser discutida sem pressões. Oferecer informações sobre alternativas, como a amamentação via torácica (se possível) ou alimentação com fórmulas infantis, pode ser útil.
- Cuidados com a saúde mental: Oferecer apoio psicológico durante o trabalho de parto e o nascimento é essencial, pois o processo pode trazer à tona questões relacionadas à disforia de gênero. Garantir suporte emocional é uma medida crucial para o bem-estar da pessoa gestante.
- Vinculação com o serviço pós-parto: É importante que o homem trans seja vinculado a serviços de saúde pós-parto que garantam cuidados contínuos, tanto para ele quanto para a criança. Isso inclui consultas de revisão e suporte com relação à saúde mental e à adaptação à parentalidade.
- Equipe treinada: A equipe obstétrica deve ser treinada para lidar com as particularidades dos homens trans no contexto da gestação e parto, garantindo que o cuidado seja livre de preconceitos e transfobia.

No preenchimento da Declaração de Nascido Vivo (DNV) e do Sistema de Informação de Atenção à Saúde da Criança (SIASC) para homens trans e pessoas transmasculinas no campo referente à “parturiente”, é fundamental respeitar a identidade de gênero do indivíduo. Nestes casos deve-se:

- DNV (Declaração de Nascido Vivo): No campo “parturiente” ou equivalente, deve-se usar o nome social e os pronomes que a pessoa preferir, conforme orientação do próprio homem trans. Caso a pessoa queira que seu nome civil conste, é importante verificar e garantir esse desejo. Não se deve alterar a identificação legal, mas há um espaço para inclusão do nome social em alguns formulários.
- SINASC (Sistema de Informação sobre Nascidos Vivos): O preenchimento segue o mesmo princípio de respeito à identidade de gênero e ao uso do nome social. Nas seções em que a categoria “sexo” for exigida, será necessário seguir as normativas legais, porém, com o cuidado de garantir o uso do nome social em destaque para evitar constrangimentos ou violações de direitos.

No caso de dúvidas, as equipes de saúde devem buscar orientação com a gestão de saúde local ou referências na área de direitos das pessoas trans. O mais importante é assegurar que o preenchimento dos formulários seja feito de forma ética e respeitosa, evitando qualquer tipo de discriminação.

Nesse sentido, a assistência ao homem trans e pessoa transmasculina gestantes no pré-natal, parto e nascimento requer uma abordagem humanizada, que respeite suas especificidades e assegure um cuidado inclusivo e livre de discriminação. A criação de um ambiente acolhedor, o uso adequado do nome social, a sensibilidade durante os procedimentos e o suporte psicológico são fundamentais para garantir o bem-estar físico e emocional da pessoa gestante. Ao integrar essas práticas, a equipe de saúde pode contribuir para uma experiência positiva, promovendo o direito à saúde integral e o respeito à diversidade de gênero no contexto do cuidado ginecológico-obstétrico.

9. PLANO DE PARTO

O plano de parto faz parte das estratégias de humanização do parto e nascimento, sendo recomendado pela Organização Mundial de Saúde (OMS) desde 1986, ao promover o empoderamento e autonomia da parturiente no trabalho de parto e parto. Define-se como uma carta de intenções, onde a pessoa gestante informa qual o atendimento que deseja para si e para seu bebê permitindo que a parturiente seja protagonista do parto (Santos, 2019).

Para isso, cabe ao profissional pré-natalista garantir o acesso às informações baseadas em evidências científicas que permitam que a pessoa gestante tome suas decisões de forma consciente durante a elaboração do plano de parto (quadro 22), levando em consideração a fisiologia do parto, os benefícios de suas escolhas, os procedimentos assistenciais que podem ser necessários e as situações de risco que podem surgir e exigir mudança do que foi planejado. É pertinente que sejam discutidas demandas que necessitam de estrutura física adequada e habilidade profissional para oferta, bem como as questões culturais e religiosas.

Quadro 22 - Roteiro com aspectos a serem discutidos durante a elaboração do plano de parto.

PLANO DE PARTO

1. Quanto à liberdade dos movimentos;
2. Quanto ao uso das vestes (pessoal ou hospitalar);
3. Métodos não farmacológicos de alívio da dor (músicas, massagens, banhos, exercícios respiratórios etc.);
4. Alimentação;
5. Acompanhantes de livre escolha (direitos e deveres);
6. Local de preferência para o parto;
7. Quanto a intensidade da luz (ligada ou baixa);
8. Uso do ar-condicionado (ligado ou não);
9. Desejo ou não de analgesia farmacológica;
10. Desejo do parto na água (levar em consideração estrutura física do local e habilidade de quem vai prestar assistência ao parto);
11. Livre escolha da posição de parir;
12. Ser comunicada de toda e qualquer intervenção que, porventura seja necessária;
13. Respeito a hora DOURADA;
14. Clampeamento tardio do cordão umbilical;
15. Delivramento fisiológico da placenta;
16. Vigilância dos sinais de alerta durante o pós-parto;
17. Amamentação logo após o nascimento;
18. Exame físico respeitando a hora dourada;
19. Alojamento conjunto;
20. Banho do recém-nascido.

Fonte: própria.

Faz-se necessário que o plano de parto seja discutido entre a equipe assistencial e a pessoa gestante e parturiente durante a admissão nas unidades de

assistência ao parto e nascimento, especialmente as questões que envolvam estrutura física e habilidade profissional diferenciadas, em busca da maior satisfação dentro das possibilidades momentâneas.

10. SEGURANÇA DO PACIENTE NA ATENÇÃO PRIMÁRIA E AMBULATORIAL ESPECIALIZADA

A segurança do paciente é um tema de relevância global em saúde e sua transversalidade não se limita ao ambiente hospitalar, incluindo a APS e AAE; ela promove a redução de eventos adversos (EA), que são falhas na assistência com dano ao paciente) na prestação do cuidado em todos os níveis da RAS.

No sentido de reduzir a morbimortalidade da pessoa durante o ciclo gravídico- puerperal, implantar a segurança do paciente nos serviços de saúde é uma obrigação legal posta no Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP) promulgado por meio da Portaria 529/2013 e na RDC ANVISA nº 36/2013. O Núcleo de Segurança do Paciente (NSP) é a instância responsável por promover e coordenar as ações de melhoria com apoio do gestor e participação ativa de todos os profissionais e o paciente/família, visando a redução de atos inseguros nos processos assistenciais e a aplicação das melhores práticas do cuidado (Brasil,2013b,2013c).

Nesse cenário, as Metas Internacionais de Segurança do Paciente são diretrizes fundamentais para a melhoria da qualidade e cuidado seguro em todos os estabelecimentos de saúde. Uma síntese destas estratégias está descrita no quadro 23 abaixo.

Quadro 23 - Metas Internacionais de Segurança do Paciente. (continua)

Meta	Descrição de atividades recomendadas
1 - Identificação correta do paciente	<ul style="list-style-type: none"> -Nome completo/nome social e data de nascimento em todos os formulários -Conferir com documento comprobatório da identificação -Verbalizar identificação e dupla checagem -Nunca identificar com idade, gênero, endereço, setor, diagnóstico ou nome do profissional de medicina que assiste a pessoa
2 - Comunicação efetiva entre profissionais e com o paciente/família/cuidador	<ul style="list-style-type: none"> -Promover escuta ativa e qualificada, se comunicar de forma simples, clara e empática, orientar com clareza sobre os fluxos de acesso e informar situações de risco e condutas, podendo usar a técnica ler de volta -Preenchimento completo das informações da paciente na referência e contrarreferência, podendo usar ferramenta IDRAW¹ -Discutir plano de cuidados entre profissionais da APS e AAE, usando SBAR², promovendo a transição do cuidado - Registrar todos os atendimentos de forma completa -Elaborar fluxo específico otimizado para resultados críticos de exames

3 - Melhorar a segurança na prescrição, uso e administração de medicamentos	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar a segurança do medicamento prescrito durante a gestação - Prescrever de forma legível e sem abreviações -Sinalizar alergias - A prescrição deve conter a data, horário, assinatura e carimbo do prescritor e identificação da paciente - Considerar adaptação visual e lúdica para pacientes iletrados - Manter uma lista de medicamentos contraindicados para pessoas gestantes - Envolver o usuário e família como coparticipante do cuidado com o manejo do medicamento, inclusive nos domicílios - Realizar a dupla checagem da administração do medicamento com a participação da paciente, principalmente nas medicações de alta vigilância -Registrar administração dos medicamentos -Informar sobre possibilidades de reações adversas
4 - Assegurar cirurgia e procedimento em local de intervenção e paciente correto	<ul style="list-style-type: none"> - Usar checklist adaptado para procedimentos invasivos na APS e AAE (figura 04) - Na maternidade/serviço de parto e nascimento usar a Lista de Verificação para Parto Seguro da OMS
5 - Higienização das mãos para prevenção de Infecções	<ul style="list-style-type: none"> - Higienizar as mãos em todo o processo do cuidado: antes de tocar o paciente, antes de realizar procedimento, após o risco de exposição a fluidos corporais ou excreções, após tocar o paciente, após tocar superfícies próximas ao paciente com a técnica adequada - Evitar o uso dos adornos por serem potenciais instrumentos e transmissão de agentes infecciosos
6 - Prevenção de Lesão por Queda e Lesão por Pressão (LPP)	<ul style="list-style-type: none"> - Avaliar o risco de queda de preferência usando a escala de Morse e sinalizar em prontuário - Definir as ações e orientações para ambiente seguro em domicílio - Apoiar a pessoa gestante ao subir nas macas para realização de exames e procedimentos - Orientar a sinalização de pisos molhados pela equipe de higienização - Aplicar a escala de Braden³ em pacientes mais vulneráveis para LPP - Explicar à paciente se houver necessidade desbridamento - Envolver o familiar/cuidador como coparticipante nas medidas de prevenção e/ou cuidado com a lesão

Fonte: Coordenação de Qualidade e Segurança do Paciente,2024. Adaptado de Tiago,2020; Brasil, 2013c, 2013d, 2016a, 2023 a; ISMP,2019.

Legenda: APS – Atenção Primária à Saúde; AAE – Atenção Especializada em Saúde; LPP – Lesão por Pressão; OMS – Organização Mundial de Saúde

1 – A ferramenta IDRAW serve para melhorar a comunicação durante uma transferência. 1 de

identidade; D de diagnóstico; R de recentes mudanças; A de antecipação de mudanças e W do inglês “What else should I be worried about?”

2 – A ferramenta SBAR é uma ferramenta para comunicação na transição de cuidado. S de situação, B de breve histórico, A de avaliação e R de recomendação.

3 – A escala de Braden é um instrumento utilizado para avaliar o risco de desenvolvimento de lesões por pressão.

Todo o profissional de saúde tem o dever de notificar qualquer incidente, com ou sem dano, ocorrido durante a assistência prestada ao paciente, ou seja, qualquer situação fora do que foi planejado. Seguir o fluxo de comunicação do evento adverso estabelecido pelo serviço.

As ações de educação permanente são essenciais para qualificação do cuidado e maior conhecimento da rotina e protocolos instituídos no serviço, assim é imprescindível que os profissionais participem dos treinamentos, oficinas e rodas de conversas para ampliar o debate e discussão da temática, promovendo reflexão da práxis assistencial e melhorando os processos de aprendizagem com os erros.

O envolvimento da paciente, família e cuidadores nos processos do cuidado servem de barreira aos riscos e mostram efetivamente resultados na segurança do paciente.

Figura 4 - Checklist para Procedimentos Invasivos Seguros.

CHECK LIST PARA PROCEDIMENTOS INVASIVOS SEGUROS		
Nome completo: _____ Nome social: _____ Data de Nascimento: ____/____/____ Nº registro: _____ Procedimento: () cantoplastia () drenagem de abscesso () inserção/ retirada DIU () remoção de corpo estranho () desbridamento de lesões () sondagens () extração dentária () suturas () Colonoscopia () Endoscopia () Biópsia () outros: _____ Local do corpo: _____ Responsável pelo procedimento: _____ Nº conselho: _____ Responsável pelo checklist: _____ Houve incidente no procedimento: () não () sim, qual: _____ Observações: _____		
Antes do procedimento (TIME OUT) PACIENTE <input type="checkbox"/> CONFIRMOU O PROCEDIMENTO <input type="checkbox"/> ASSINOU O TERMO <input type="checkbox"/> RECEBEU ORIENTAÇÕES <input type="checkbox"/> GESTANTE Idade gestacional: _____ <input type="checkbox"/> IDOSO Idade: _____ <input type="checkbox"/> CRIANÇA Idade: _____ Peso: _____ Kg P.A ____/____ mm/Hg FC ____ FR ____ SaTO2 ____ ALERGIA <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM Quais: _____ COMORBIDADES: <input type="checkbox"/> MATERIAL ESTERILIZADO <input type="checkbox"/> EQUIPAMENTO FUNCIONANDO ANESTESIA/SEDAÇÃO CONTRAINDICADA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	Durante o procedimento EQUIPE <input type="checkbox"/> TODOS SE APRESENTARAM <input type="checkbox"/> TODOS CONFIRMAM O PACIENTE, TIPO E LOCAL DO CORPO <input type="checkbox"/> REVISADOS PONTOS CRÍTICOS PROCEDIMENTO PREOCUPAÇÃO C/ EQUIPAMENTO/MATERIAL <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> SIM Qual: _____ ANTIBIOTICOPROFILAXIA: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA MATERIAL P/ BIÓPSIA: <input type="checkbox"/> IDENTIFICAÇÃO <input type="checkbox"/> RECIPIENTE ADEQUADO INDICAÇÃO DE ANÁLISE ANÁTOMO PATOLÓGICO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO SE APLICA	Antes de liberar o paciente REVISÃO DO PROCEDIMENTO <input type="checkbox"/> DESCRIÇÃO COMPLETA DO PROCEDIMENTO <input type="checkbox"/> REGISTRO EM PRONTUÁRIO <input type="checkbox"/> REVISÃO DOS MATERIAIS UTILIZADOS <input type="checkbox"/> REVISÃO DOS INSTRUMENTAIS UTILIZADOS PACIENTE <input type="checkbox"/> CURATIVO REALIZADO <input type="checkbox"/> CONFORTO E ANALGESIA <input type="checkbox"/> ORIENTAÇÕES QUANTO A SINAIS DE INFECÇÃO <input type="checkbox"/> ORIENTAÇÕES PARA RETORNO <input type="checkbox"/> RECEITUÁRIO E DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO

Fonte: Adaptado da lista de verificação de cirurgia segura da OMS. Coordenação Qualidade e Segurança do Paciente (CQSP), 2024.

11. MANEJO DE CONDIÇÕES ESPECIAIS NA GESTAÇÃO

O acompanhamento rotineiro do pré-natal deve garantir ações de prevenção e diagnóstico precoce dessas morbidades, bem como o pronto estabelecimento da abordagem terapêutica, o controle de cura e estabilização e o monitoramento clínico até o final da gestação, de acordo com as diretrizes clínicas.

Nos diagramas abaixo estão listados os possíveis resultados dos exames solicitados no acompanhamento pré-natal, bem como as condutas a serem adotadas. Todos os resultados devem ser minuciosamente registrados na caderneta da pessoa gestante.

11.1 SÍNDROMES HIPERTENSIVAS ESPECÍFICAS DA GESTAÇÃO

As síndromes hipertensivas são a intercorrência clínica mais comum da gestação e representam a principal causa de morbimortalidade materna no mundo (WHO, 2014).

A Hipertensão Arterial na gestação é definida como Pressão Arterial Sistólica (PAS) maior ou igual a 140 mmHg e/ou Pressão Arterial Diastólica (PAD) maior ou igual a 90 mmHg, devendo ser respeitada a técnica correta para aferição da pressão arterial.

Quadro 24 - Classificação das Síndromes Hipertensivas na gestação.

Classificação das Síndromes Hipertensivas na gestação	
Pré-eclâmpsia (Com ou sem sinais de gravidade)	PAS \geq 140 mmHg e/ou PAD \geq 90 mmHg, diagnosticada em geral após 20 semanas de gestação + proteinúria. Na ausência de proteinúria, pode-se considerar o diagnóstico se houver sinais de gravidade: \downarrow plaquetas, \uparrow creatinina, \uparrow transaminases hepáticas, EAP, dor abdominal, sintomas visuais ou cefaleia, convulsões.
Hipertensão crônica	HAS diagnosticada antes da gestação, ou antes de 20 semanas de gestação ou diagnosticada pela 1ª vez na gravidez e que não normaliza no pós-parto.
Hipertensão crônica com pré-eclâmpsia sobreposta	Pré-eclâmpsia que se desenvolve em mulher, homem trans ou pessoa transmasculina já sabidamente hipertensa.
Hipertensão gestacional	PAS \geq 140 mmHg e/ou PAD \geq 90 mmHg em mulher, homem trans ou pessoa transmasculina com PA previamente normal, sem proteinúria ou sinais de gravidade e que retorna ao normal no período pós-parto em até 12 semanas.
Outras definições	
Eclâmpsia	Convulsões tônico-clônicas na ausência de outras condições causais.
Síndrome HELLP	Hemólise, elevação de enzimas hepáticas e trombocitopenia.

Síndrome da encefalopatia superior reversível (PRES) e síndrome da vasoconstrição encefálica reversível

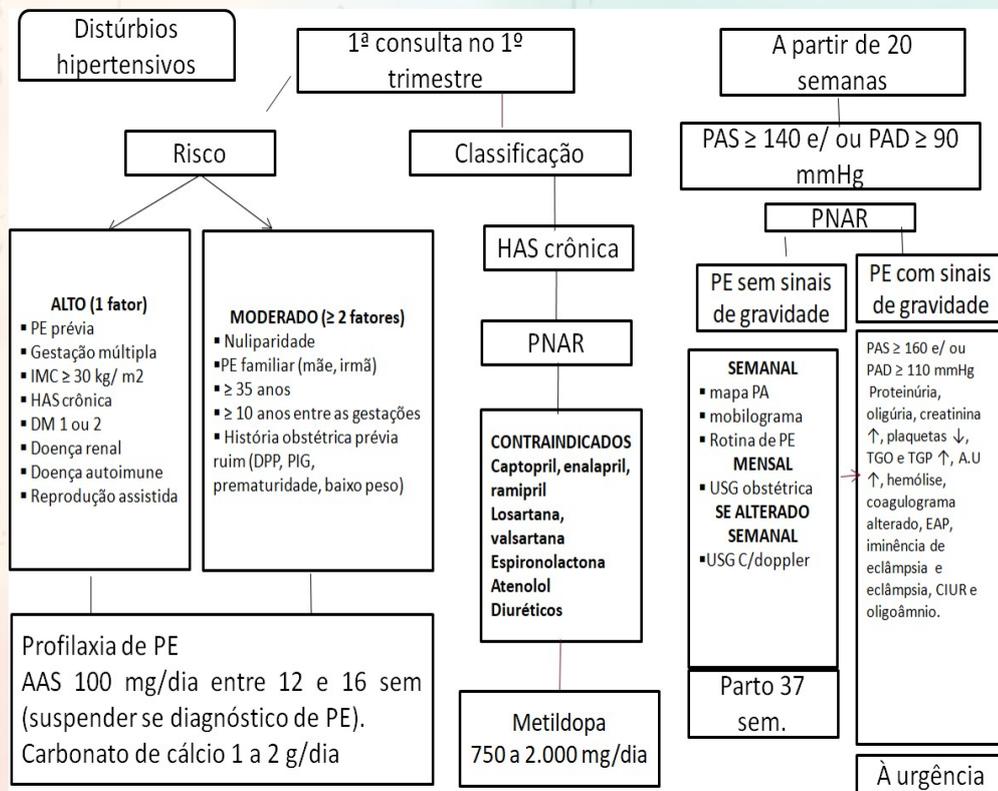
RNM com edema vasogênico e sinais hiperintensos na porção posterior do cérebro, associada a alterações visuais, convulsão, cefaleia e alteração de sensório. A síndrome da vasoconstrição encefálica reversível caracteriza-se por estreitamento das artérias do cérebro com cefaleia em trovoada ou sinais neurológicos focais.

Fonte: Adaptado de FEBRASGO, 2021.

Legenda: PAS - Pressão Arterial Sistêmica; PAD - Pressão Arterial Diastólica; EAP - edema agudo de pulmão; HAS - Hipertensão arterial sistêmica; RNM - Ressonância Nuclear Magnética.

A figura 5 a seguir apresenta o manejo da pessoa gestante com Hipertensão na APS.

Figura 5 - Manejo de distúrbios hipertensivos.



Fonte: Própria. Baseado na Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG). Peraçoli *et al.*, 2023.

O risco de desenvolvimento da Pré-eclâmpsia (PE) é de 2 a 3 vezes maior em pacientes portadoras de hipertensão arterial, diabetes e doenças renais pré-gestacional, e também aumentado em gestações múltiplas, idade materna avançada, e obesidade (FEBRASGO, 2021).

Em se tratando de Pré-eclâmpsia, uma das principais ações do ponto de vista de prevenção da doença é o estímulo à adoção de hábitos de vida saudáveis. Entre os riscos para se desenvolver esta comorbidade temos a obesidade, o sedentarismo, as

doenças cardiovasculares, a hipertensão arterial crônica, o diabetes, as síndromes metabólicas relacionadas à obesidade. Para combater esses riscos basais é necessário instituir um programa da melhoria da qualidade de vida, que envolve atividade física e exercício, alimentação saudável, consultas periódicas para se programar para o momento da gestação, bem como a realização do pré-natal como conduta fundamental na identificação de pessoas gestantes com fatores de risco para PE.

Vale ressaltar que toda pessoa gestante com hipertensão deverá ser referenciada para uma unidade de alto risco no momento do parto, ou diante de qualquer intercorrência.

Sendo a PE a maior causa de mortalidade materna no mundo, todas as pessoas gestantes devem ser rastreadas. Para as pessoas gestantes classificadas com risco para o desenvolvimento de PE, ou seja, aquelas que apresentem um fator de alto risco ou dois ou mais fatores de risco moderado, é indicado o uso do Ácido Acetilsalicílico (AAS) como terapia profilática em doses diárias de aproximadamente 100 mg, à noite, iniciado entre a 12ª e 16ª semanas de gestação, com redução da incidência da PE em até 60%. Deve-se manter até a 36ª semana, sendo interrompido antes se o parto ocorrer. Recomenda-se a suspensão do AAS se diagnóstico de PE (Rolnik, Nicolaides, Poon, 2022; Peraçoli, *et al.*).

O quadro 25 apresenta como classificar os fatores de risco para PE.

Quadro 25 - Fatores de risco para pré-eclâmpsia.

Risco considerado	Apresentação clínica e/ou obstétrica
ALTO (1 fator de risco)	História de pré-eclâmpsia, principalmente acompanhada de desfechos adversos Gestação múltipla Obesidade (IMC > 30) Hipertensão arterial crônica Diabetes tipo 1 ou 2 Doença renal Doenças autoimunes (Ex: Lúpus eritematoso sistêmico, síndrome antifosfolípide) Gestação decorrente de reprodução assistida
MODERADO (≥ 2 fatores de risco)	Nuliparidade História familiar de pré-eclâmpsia (Mãe e/ou irmã) Idade ≥ 35 anos Gravidez prévia com desfecho adverso (descolamento prematuro de placenta, baixo peso ao nascer com > 37 semanas, trabalho de parto prematuro) Intervalo > 10 anos desde a última gestação

Fonte: Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG). Peraçoli *et al.*, 2023.

Legenda: IMC - Índice de Massa Corporal.

A associação com a suplementação com cálcio (carbonato de cálcio, 1 a 2 g/dia, fracionadas em três tomadas às refeições) vem se demonstrando como uma opção para grupos de risco em gestante com histórico de baixa ingestão de cálcio (Vasconcelos, 2023; Rocha, 2023). Desse modo, a prescrição de AAS e cálcio suplementar deve seguir as orientações abaixo.

Quadro 26 - Prescrição do AAS e cálcio para profilaxia da pré-eclâmpsia.

Medicamento	Período	Posologia
Ácido acetilsalicílico (AAS)	Iniciar entre a 12 ^a e 16 ^a semanas de gestação, podendo ser iniciado até a 20 ^a , e manter até a 36 ^a semana	100 mg/noite
Carbonato de cálcio	Iniciar no primeiro trimestre e manter até o final da gestação	1 a 2 g/dia fracionada em três tomadas, preferencialmente às refeições

Fonte: Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG), 2023.

A profilaxia para PE deve ser iniciada a partir da identificação dos critérios estabelecidos, quer seja na APS ou AAE, e poderá ser prescrita tanto pelo médico quanto pelo enfermeiro.

11.2 SÍNDROMES HEMORRÁGICAS NA GESTAÇÃO

Cerca de uma em cada quatro pessoas gestantes terá sangramento vaginal nos primeiros meses. Cólicas leves e manchas claras na sua roupa íntima podem ser normais no início da gravidez. Mas o sangramento vaginal pode ser um sinal de algo que demanda um cuidado maior (FEBRASGO, 2021). É considerado um problema de saúde pública, com maior ocorrência em países subdesenvolvidos e representa uma importante causa de morbimortalidade materna.

As causas das Síndromes Hemorrágicas na gestação são divididas de acordo com o período gestacional, sendo descritas no quadro 27 a seguir.

Quadro 27 - Divisão das Síndromes Hemorrágicas na gestação.

Primeira metade da gestação	Segunda metade da gestação
-----------------------------	----------------------------

Sangramento de implantação	Descolamento prematuro de placenta
Ameaça de abortamento	Placenta prévia/Acretismo placentário
Gravidez Ectópica	Rotura uterina
Mola hidatiforme	Anemia (Hb<11, considerada grave se Hb< 8)
(neoplasia trofoblástica gestacional benigna)	Vasa prévia
Descolamento corioamniótico	Sangramento do colo durante trabalho de parto
Abortamentos: incompleto/inevitável, completo, retido, infectado ou habitual	

Fonte: Adaptado de FEBRASGO, 2021.

Obs: Causas menos frequentes durante toda a gestação são: cervicites, pólipos endocervicais, ectrópio, câncer de colo uterino e trauma vaginal.

Ao abordar um sangramento vaginal durante a gestação, é necessária avaliação completa com exame físico (sinais vitais), ginecológico e exames complementares a depender da suspeita clínica. O risco do toque vaginal deve ser ponderado pelo risco de complicação de placenta prévia, no 2º ou 3º trimestre.

A ultrassonografia (USG), dosagem de β HCG e tipagem sanguínea são alguns dos exames complementares que auxiliarão no diagnóstico diferencial das principais causas. Para todos os casos de sangramento deve ser realizada a USG, porém na suspeita de abortamento ou descolamento corioamniótico, não é necessária a realização da USG em caráter imediato e podem ser orientadas recomendações gerais de cuidados (repouso, abstinência sexual, dentre outros) além de avaliar necessidade de sintomáticos e agendamento de retorno para nova avaliação.

As pessoas gestantes com sinais de infecção, sepse e/ou instabilidade hemodinâmica devem ser encaminhadas imediatamente para atendimento de urgência em hospital/maternidade/serviço de parto e nascimento de referência, bem como os sangramentos com suspeita clínica ou comprovada por USG de gravidez ectópica, gravidez molar (correlacionar com os valores de β HCG), placenta prévia, descolamento prematuro de placenta, rotura uterina ou rotura de vasa prévia são URGÊNCIAS OBSTÉTRICAS e representarem risco de vida imediato.

O atendimento de uma pessoa gestante em situação de abortamento é um desafio à ciência por seu caráter imprevisível, muitas vezes. Esta pessoa deve ser avaliada quanto a eventos prévios e, uma vez descartada a recorrência desses, ela pode ser orientada quanto ao repouso, abstinência sexual, dentre outros, embora as evidências científicas ainda sejam discordantes no manejo desses casos.

Alguns fatores de risco importantes para o abortamento são: idade materna, abortamento prévio, fumo, consumo de álcool e cafeína. A pessoa gestante deve ser orientada quanto a eles e medidas para redução do risco. Segue abaixo a divisão das formas clínicas do abortamento.

Quadro 28 - Divisão das formas clínicas do abortamento.

Sinais e Sintomas	Ameaça	Inevitável	Completo	Incompleto	Infectado	Retido
Sangramento	Discreto	Presente e às vezes abundante	Discreto ou ausente	Presente e às vezes abundante	Variável	Ausente
Dor	Discreta ou ausente	Cólicas sempre presentes	Ausente	Cólicas sempre presentes	Sinais de peritonite ocasionais	Ausente
Febre	Ausente	Ausente	Ausente	Ausente	Presente	Ausente
Exame especular	Sem alterações	Hemorragia pelo OCE	Sem alterações	Saída de tecido pelo colo	Secreção purulenta	Sem alterações
OCI do colo uterino	Fechado	Entreaberto	Fechado	Entreaberto	Entreaberto	Fechado
USG	Sem alterações	Ovo deformado Hematoma retroovular Ovo muito baixo	Útero vazio	Sugere presença de restos ovulares intrauterino	Pode visualizar restos ovulares intrauterino	BCF ou embrião ausentes em dois exames intercalados em 15 dias

Fonte: Brasil, 2022.

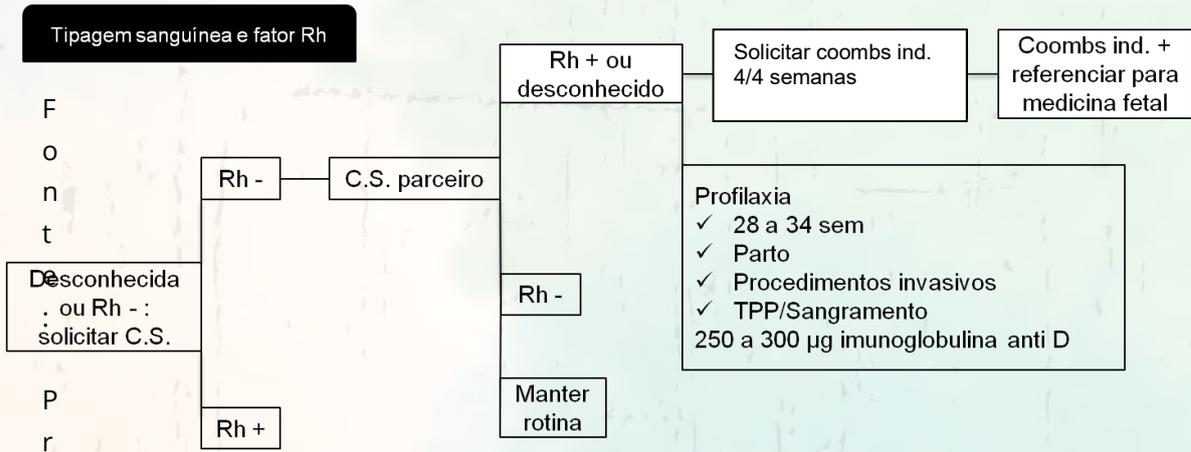
Importante destacar que o Abortamento habitual é definido pela ocorrência de três abortos espontâneos consecutivos, sendo classificado em primário ou secundário caso seja ou não antecedido por parto. Acomete de 0,5 a 1% dos casais. Nesse caso, o casal deve ser encaminhado para investigação em unidade especializada no intervalo intergestacional para pesquisa de possível causa (Brasil, 2022).

11.3 DOENÇA HEMOLÍTICA PERINATAL

Doença hemolítica perinatal (DHP) é o quadro de anemia fetal e do neonato resultante da hemólise em razão da incompatibilidade materno-fetal a antígenos eritrocitários. O processo de aloimunização se inicia a partir do contato da pessoa Rh- com o sangue incompatível Rh+, seja por transfusão equivocada, seja por passagem transplacentária do sangue de feto Rh+ (hemorragia feto-materna). Esse evento desencadeia resposta imune primária contra o antígeno Rh, com a produção de anticorpos específicos que são responsáveis por anemia fetal intraútero e hiperbilirrubinemia do recém-nascido (Brasil, 2022a).

O fluxograma a seguir demonstra o rastreamento com a solicitação de tipagem sanguínea e fator Rh para todas as pessoas gestantes e profilaxia da sensibilização ao fator Rh.

Figura 6 - Fluxograma para o diagnóstico e profilaxia da sensibilização ao Rh.



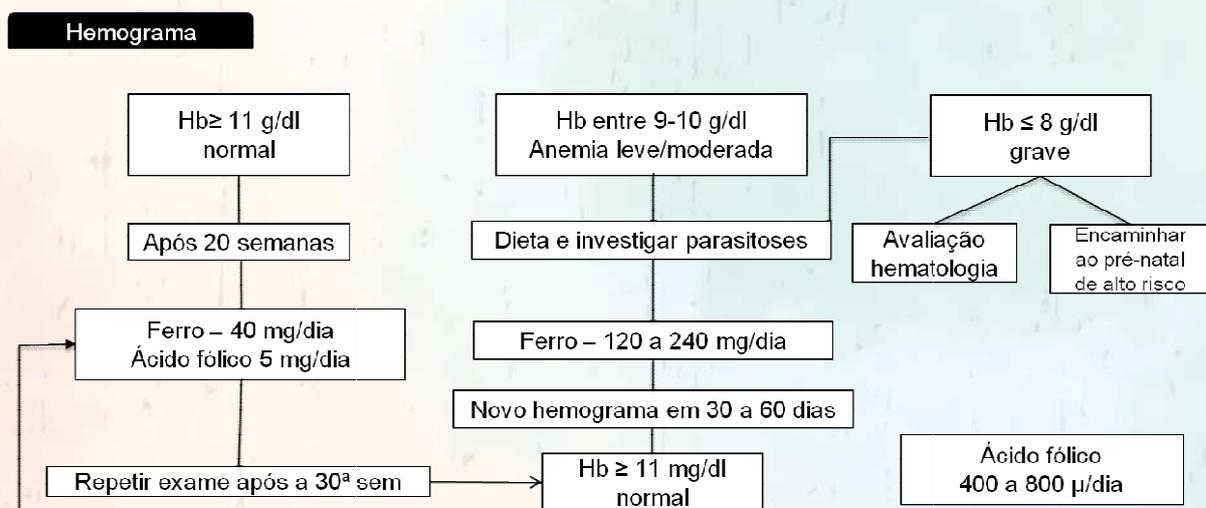
ópria, baseado em FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 2022b.

11.4 ANEMIA NA GESTAÇÃO

A anemia materna aumenta o risco de resultados adversos, como pré-eclâmpsia, baixo peso ao nascer, parto pré-termo, hemorragia pós-parto, maior mortalidade perinatal e materna. Existem diversas causas de anemia, e é fundamental que o profissional sempre realize a investigação da sua etiologia antes de definir pela introdução de qualquer terapêutica. As anemias podem ser divididas em adquiridas e hereditárias (Brasil, 2022a).

A figura 7 traz um fluxograma para abordagem da anemia na gestação.

Figura 7 - Fluxograma para abordagem da anemia na gestação.



Fonte: própria, baseado em Brasil, 2022a.

É importante realizar o aumento gradual na dose de ferro para prevenir efeitos colaterais (gosto metálico, náuseas, flatulência e constipação) com o tratamento. Espera-se um aumento de 1g na hemoglobina a cada 4 semanas. Além do uso da medicação, a pessoa gestante deve ser orientada sobre a importância da dieta adequada com ingestão de carne vermelha, vegetais verde-escuros, leguminosas e cereais integrais (Brasil, 2022a)

11.5 DIABETES NA GESTAÇÃO

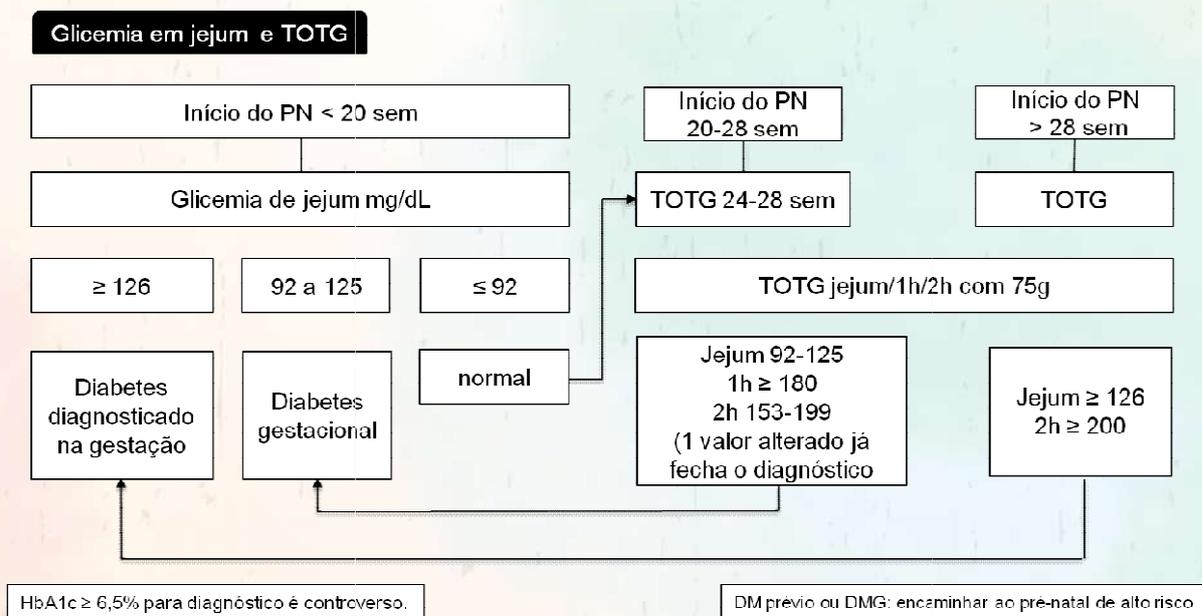
A hiperglicemia durante o ciclo gravídico-puerperal constitui relevante problema da atualidade, não só pelo risco de piores desfechos perinatais e desenvolvimento de doenças futuras, como também pelo aumento de sua prevalência, em decorrência da epidemia de obesidade que tem sido observada em vários países. A hiperglicemia pode ser detectada em pessoas com diagnóstico de diabetes mellitus antes da gestação ou pode ser identificada pela primeira vez na gestação, definindo o quadro de diabetes mellitus gestacional, desde que afastado o quadro de overt diabetes, onde a paciente já era diabética antes da gestação mas desconhecia.

O diabetes mellitus gestacional associa-se a vários resultados adversos, como pré-eclâmpsia, macrossomia, organometálica fetal, polidrâmnio, trauma materno ou fetal no

parto, partos operatórios, mortalidade perinatal, morbidade respiratória e metabólica no neonato. No longo prazo pessoas que tiveram diabetes gestacional terão risco aumentado de desenvolver diabetes tipo 1 ou 2 e doenças cardiovasculares. Os conceitos, também a longo prazo, terão risco aumentado para obesidade e síndrome metabólica.

Recomenda-se o rastreio universal para diabetes na gestação que está sintetizado na figura 8.

Figura 8 - Fluxograma para diagnóstico do diabetes na gestação.



Fonte: Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes. Lenita, 2022; Zajdenverg, 2022.

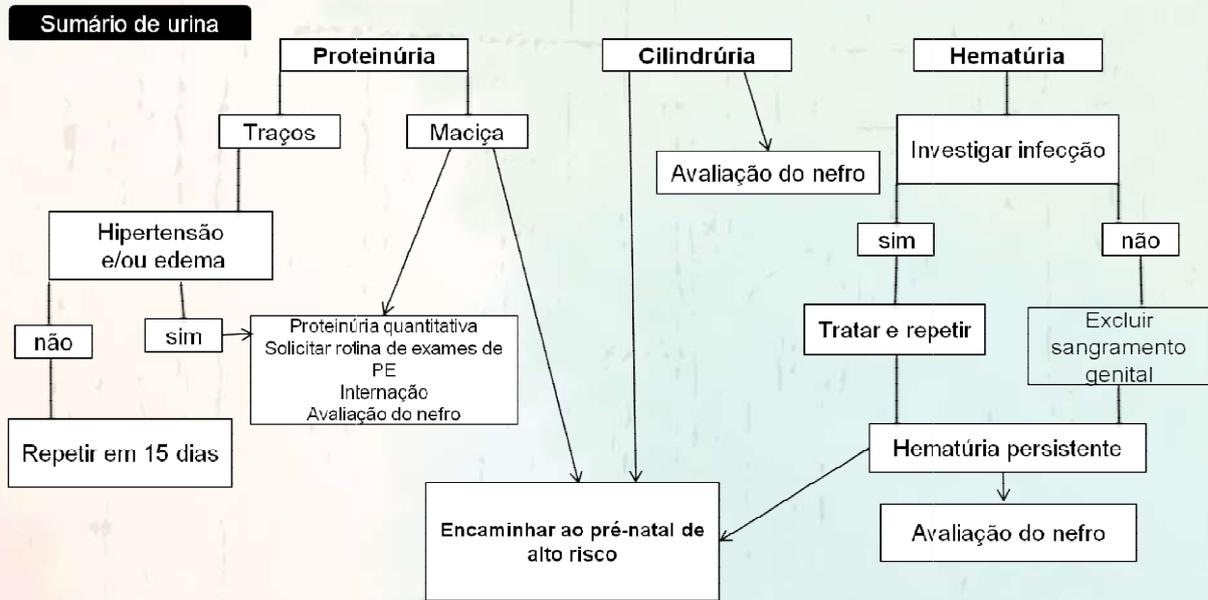
11.6 INFECÇÃO URINÁRIA NA GESTAÇÃO

A Infecção do Trato Urinário (ITU) é a infecção bacteriana mais frequente na gestação, ocorrendo em 17% a 20% das mulheres nesse período. Cerca de 2% a 10% apresentam bacteriúria assintomática, sendo que 25% a 35% desenvolvem pielonefrite aguda. A ITU recorrente está associada a pielonefrite e sepse maternas, e a prematuridade e infecção neonatal (Brasil, 2019a)

A equipe deve garantir os exames de rotina do pré-natal, que incluem urina de rotina e urocultura; prescrever o tratamento antibacteriano adequado para os casos diagnosticados; realizar o controle de cura em todos os casos e monitorar a recorrência da infecção.

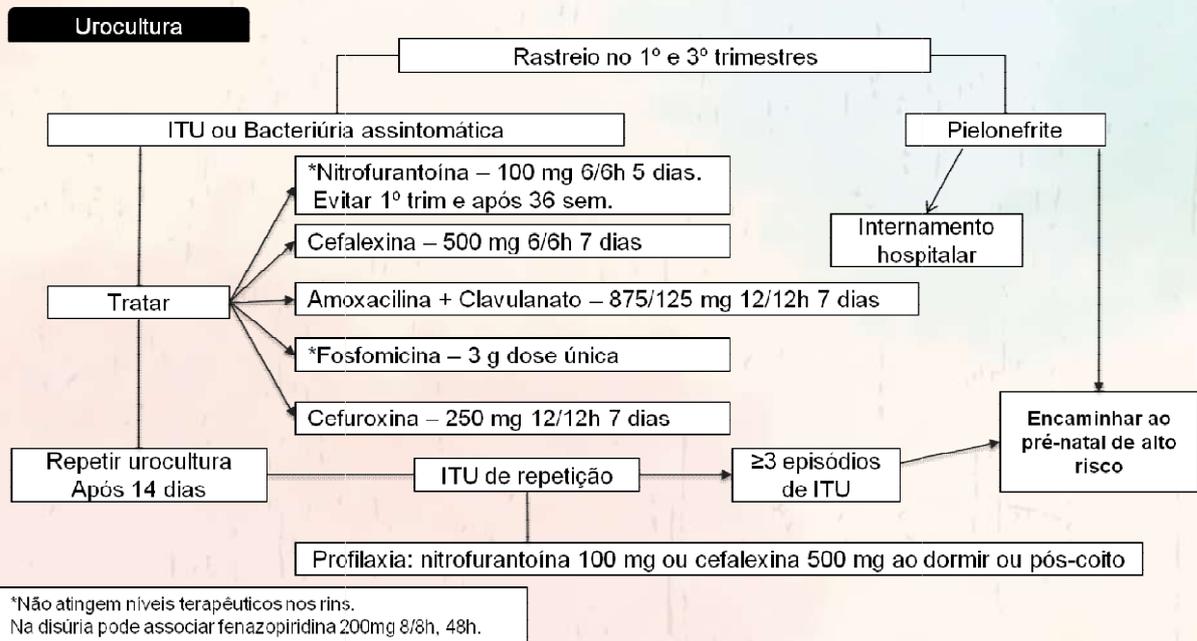
Para o manejo da infecção urinária na gestação, consultar as figuras 9 e 10.

Figura 9 - Fluxograma para manejo da infecção urinária na gestação.



Fonte: própria. Baseado em Gestação de alto risco: manual técnico. Brasil, 2022a.

Figura 10 - Fluxograma para o tratamento da ITU na gestação.



*Não atingem níveis terapêuticos nos rins.
Na disúria pode associar fenazopiridina 200mg 8/8h, 48h.

Fonte: própria. Baseado em Gestação de alto risco: manual técnico. Brasil, 2022a.

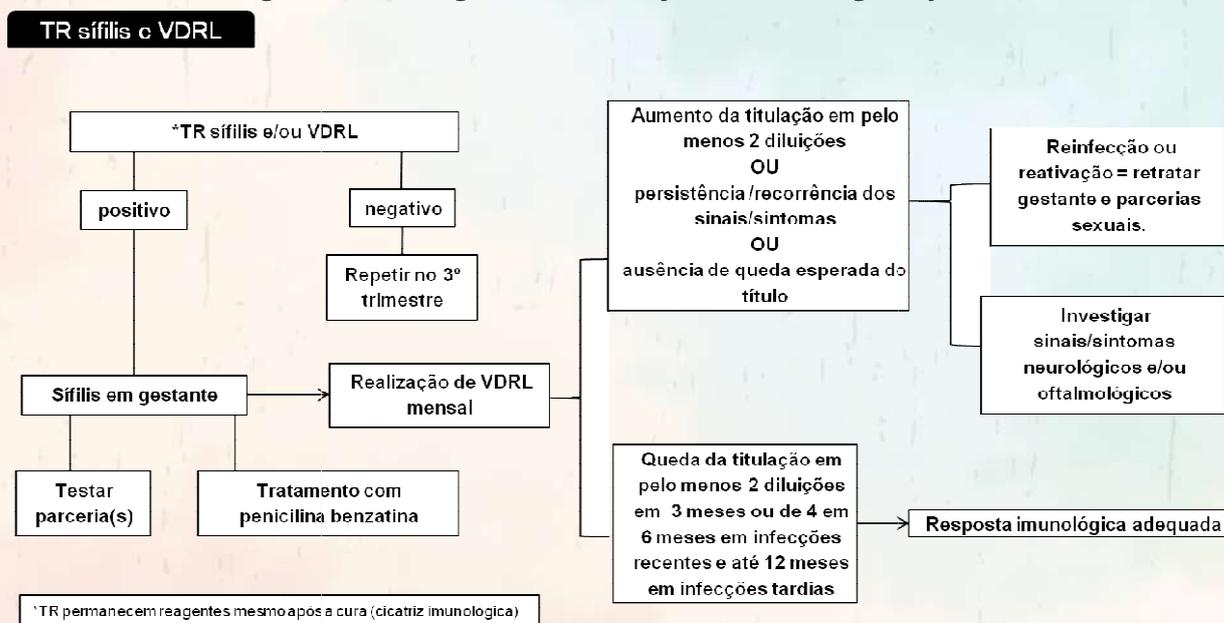
11.7 SÍFILIS NA GESTAÇÃO

A sífilis é uma doença infecciosa sistêmica, de evolução crônica, sujeita a surtos de agudização e períodos de latência. É causada pelo *Treponema pallidum*, uma espiroqueta de transmissão sexual ou vertical, que pode causar, respectivamente, a forma adquirida ou congênita da doença. Seu diagnóstico e seu tratamento podem ser realizados com baixo custo e pouca ou nenhuma dificuldade operacional. No entanto, a prevalência na gestação e a transmissão vertical ainda são preocupantes em todo o território nacional.

A sífilis na gestação requer intervenção imediata, com o objetivo de reduzir a possibilidade de transmissão vertical. O risco de acometimento fetal varia de 70% a 100%, dependendo da fase de infecção da pessoa gestante, bem como do trimestre da gestação.

Para o manejo da sífilis na gestação, consultar a Figura 11.

Figura 11 - Fluxograma de manejo da sífilis na gestação.



Fonte: própria. Baseado no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST. Brasil, 2022a.

11.8 TOXOPLASMOSE GESTACIONAL

No Brasil, é realizado o rastreamento universal da toxoplasmose durante o pré-natal pela alta prevalência da doença na população, principalmente, pela possibilidade de adoção de medidas profiláticas e terapêuticas, assim, reduzindo a taxa de transmissão vertical e o acometimento fetal.

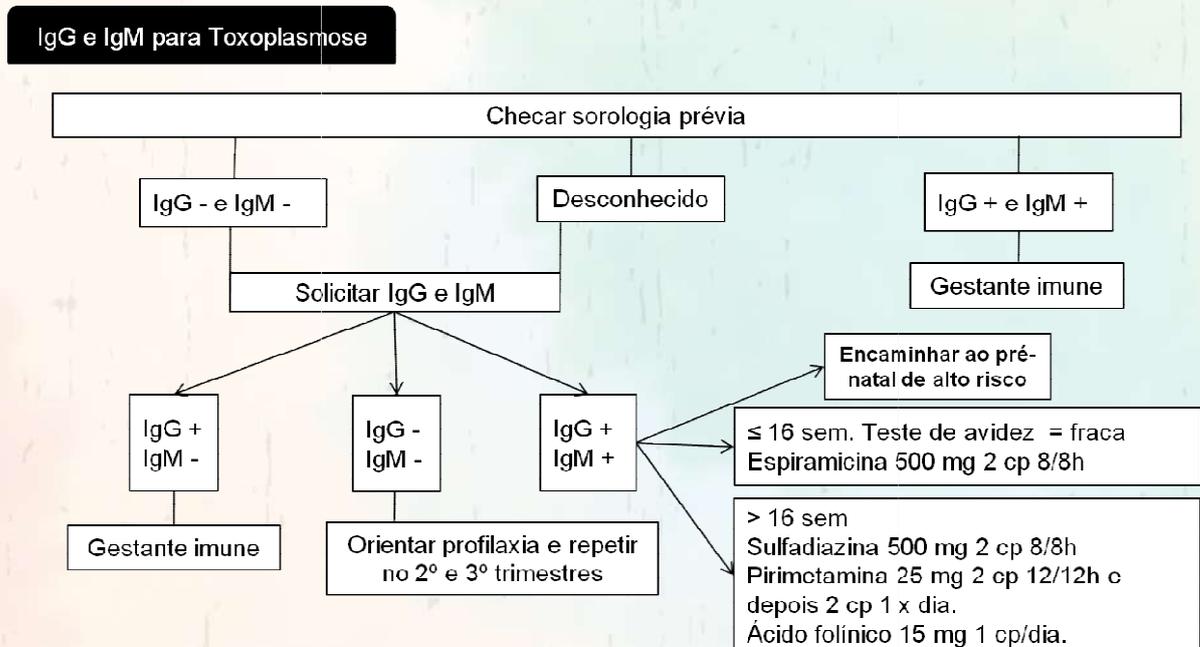
O dano ao feto é frequentemente mais grave quanto mais cedo ocorrer a transmissão, podendo causar aborto espontâneo, óbito fetal, microcefalia e outras sequelas no recém-nascido. Embora muitas crianças sejam assintomáticas ao nascer, podem desenvolver sequelas tardias, como perda da visão, deficiência mental,

convulsões e outras alterações neurológicas.

Fundamental para o diagnóstico é a coleta de sangue para a detecção dos anticorpos da classe IgG e IgM, o mais precocemente possível, particularmente no início do primeiro trimestre, crucial na orientação terapêutica.

Para o manejo da toxoplasmose na gestação, consultar a Figura 12.

Figura 12 - Fluxograma de manejo da toxoplasmose na gestação.



Fonte: própria. Baseado em Brasil, 2022a; Brasil, 2022b.

11.9 DOENÇA PERIODONTAL NA GESTAÇÃO

A pessoa gestante pertence a um grupo de atendimento prioritário na atenção primária, o que já justificaria ter seu atendimento odontológico priorizado. Durante a gravidez, é frequente o aumento dos problemas gengivais, com maior gravidade das gengivites e aumento do sangramento gengival, alterações estas relacionadas a deficiências nutricionais, placa bacteriana, altos níveis hormonais e estado transitório de imunodepressão. As doenças bucais, especialmente a periodontal, têm sido associadas a diversas condições patológicas perinatais, incluindo o parto prematuro, a rotura prematura de membranas e a ocorrência de baixo peso. No entanto, a literatura disponível não aponta relação de causalidade entre doença periodontal e eventos gestacionais adversos (Brasil, 2019a).

A equipe deve garantir minimamente uma consulta de avaliação odontológica, preferencialmente logo após o início do pré-natal. O seguimento e o tratamento completo devem ser agendados de acordo com a necessidade identificada. Atenção especial deve ser dada às gestantes com morbidades, como o diabetes. Acredita-se que isso exerça um papel sinérgico, junto de outras medidas dirigidas à prevenção do parto prematuro.

12. BOAS PRÁTICAS DE ATENÇÃO AO PARTO E NASCIMENTO

Em 1996, a OMS desenvolveu uma classificação das práticas comuns na condução do parto normal, orientando para o que deve e o que não deve ser feito no processo do parto. Esta classificação foi baseada em evidências científicas concluídas por meio de pesquisas feitas no mundo todo, conforme categorias descritas nos quadros 28, 29, 30 e 31.

Quadro 29 - Práticas a serem estimuladas na condução do parto.

Categoria A: Práticas demonstradamente úteis e que devem ser estimuladas

- Plano individual determinando onde e por quem o nascimento será realizado, feito em conjunto com a pessoa durante a gestação e comunicado a seu marido/companheiro;
- Avaliação do risco gestacional durante o pré-natal, reavaliado a cada contato com o sistema de saúde;
- Respeito à escolha da mãe sobre o local do parto;
- Fornecimento de assistência obstétrica no nível mais periférico onde o parto for viável e seguro e onde a pessoa se sentir segura e confiante;
- Respeito ao direito da pessoa à privacidade no local do parto;
- Apoio empático pelos prestadores de serviço durante o trabalho de parto e parto;
- Respeito à escolha da pessoa sobre seus acompanhantes durante o trabalho de parto e parto;
- Fornecimento às pessoas sobre todas as informações e explicações que desejarem;
- Oferta de líquidos por via oral durante o trabalho de parto e parto;
- Monitoramento fetal por meio de ausculta intermitente;
- Monitoramento cuidadoso do progresso do parto, por exemplo, por meio do uso do partograma da OMS;
- Monitoramento do bem-estar físico e emocional da pessoa durante trabalho e parto e ao término do processo de nascimento;
- Métodos não invasivos e não farmacológicos de alívio da dor, como massagem e técnicas de relaxamento, durante o trabalho de parto;
- Liberdade de posição e movimento durante o trabalho de parto;
- Estímulo a posições não supinas durante o trabalho de parto;
- Administração profilática de ocitocina no terceiro estágio do parto em pessoas com risco de hemorragia no pós-parto, ou que correm perigo em consequência da perda de até uma pequena quantidade de sangue;
- Condições estéreis ao cortar o cordão;
- Prevenção da hipotermia do bebê;
- Contato cutâneo direto precoce entre mãe e filho e apoio ao início da amamentação na primeira hora após o parto, segundo as diretrizes da OMS sobre aleitamento materno;
- Exame rotineiro da placenta e membranas ovulares.

Fonte: WHO, 2018.

Quadro 30 - Práticas prejudiciais na condução do parto.**Categoria B: Práticas claramente prejudiciais ou ineficazes e que devem ser eliminadas**

- ✓ Uso rotineiro de enema;
- ✓ Uso rotineiro de tricotomia;
- ✓ Infusão intravenosa de rotina no trabalho de parto;
- ✓ Cateterização venosa profilática de rotina;
- ✓ Uso rotineiro de posição supina (decúbito dorsal) durante o trabalho de parto;
- ✓ Exame retal;
- ✓ Uso de pelvimetria por Raios-X;
- ✓ Administração de ocitócitos em qualquer momento antes do parto de um modo que não permite controlar seus efeitos;
- ✓ Uso de rotina da posição de litotomia com ou sem estribos durante o trabalho de parto;
- ✓ Esforço de puxo prolongado e dirigido (manobra de Valsalva) durante o segundo estágio do trabalho de parto;
- ✓ Massagem e distensão do períneo durante o segundo estágio do trabalho de parto;
- ✓ Uso de comprimidos orais de ergometrina no terceiro estágio do trabalho de parto, com o objetivo de evitar ou controlar hemorragias;
- ✓ Uso rotineiro de ergometrina parenteral no terceiro estágio do trabalho de parto;
- ✓ Lavagem uterina rotineira após o parto;
- ✓ Revisão uterina (exploração manual) rotineira após o parto.

Fonte: WHO, 2018.

Quadro 31 - Práticas sem evidência na condução do parto.**Categoria C: Práticas sem evidências suficientes para apoiar uma recomendação clara e que devem ser utilizadas com cautela até que mais pesquisas esclareçam a questão**

- Métodos não farmacológicos de alívio de dor durante o trabalho parto, como ervas, imersão em águas e estimulação dos nervos;
- Amniotomia precoce de rotina no primeiro estágio do trabalho de parto;
- Pressão do fundo durante o trabalho de parto;
- Manobras relacionadas à proteção do períneo e ao manejo do polo cefálico no momento do parto;
- Manipulação ativa do feto no momento do parto;
- Uso rotineiro de ocitocina de rotina, tração controlada do cordão, ou sua combinação durante o 3º estágio do trabalho de parto;
- Clampeamento precoce do cordão umbilical;
- Estimulação do mamilo para estimular a contratilidade uterina durante o terceiro estágio do trabalho de parto

Fonte: WHO, 2018.

Quadro 32 - Práticas usadas de modo inadequado na condução do parto.**Categoria D: Práticas frequentemente usadas de modo inadequado**

- Restrição hídrica e alimentar durante o trabalho de parto;
Controle da dor por agentes sistêmicos;
- Controle da dor por analgesia peridural;
Monitoramento eletrônico fetal;
- Uso de máscaras e aventais estéreis durante a assistência ao trabalho de parto;
- Exames vaginais repetidos ou frequentes, especialmente por mais de um prestador de serviço;
Correção da dinâmica com utilização de ocitocina;
- Transferência rotineira da parturiente para outra sala no início do segundo estágio do trabalho de parto;
- Cateterização da bexiga;
- Estímulo para o puxo quando se diagnostica dilatação cervical completa ou quase completa, antes que a pessoa sinta o puxo involuntário;
- Adesão rígida a uma duração estipulada do 2º estágio do trabalho de parto, como por exemplo, uma hora, se as condições da mãe e do feto forem boas e se houver progressão do trabalho de parto;
- Parto operatório;
- Uso liberal e rotineiro de episiotomia;
- Exploração manual do útero após o parto.

Fonte: WHO, 2018.

A presença da doula é considerada uma das boas práticas incentivadas pela Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal, estabelecida em 2005, além de contribuir para redução da violência obstétrica no sistema público e privado (SIMAS, 2016).

A Lei Estadual Nº 15.880, de 17 de agosto 2016 garante o direito à presença de doulas durante o trabalho de parto, parto e pós-parto imediato, nos hospitais, maternidades, casas de parto e estabelecimentos similares da rede pública e privada de saúde do estado de Pernambuco, sempre que solicitada pela parturiente.

A doula, além do apoio emocional, deve fornecer informações à parturiente sobre todo o processo do trabalho de parto, pós-parto, gestação e puerpério, intervenções e procedimentos necessários, para que a mulher possa participar de fato das decisões acerca das condutas a serem tomadas durante este período (BARBOSA *et al.*, 2018).

13. ORIENTAÇÕES SOBRE TRABALHO DE PARTO

O parto é um momento importante que marca para sempre a vida da pessoa e da criança. O tema pode ser abordado tanto nas consultas como em atividades coletivas com gestantes e sua Rede de Apoio.

Nestas abordagens é necessário esclarecer as vantagens do parto normal como rápida recuperação da pessoa, menor risco de complicações, favorecimento do contato pele a pele e o estabelecimento de vínculo entre mãe e recém-nascido, além de facilitar a amamentação na primeira hora de vida; sinais de trabalho de parto (contrações de treinamento, tampão mucoso, mudança progressiva no ritmo e na intensidade das contrações); o processo fisiológico do trabalho de parto (Brasil, 2014b; Fundação Oswaldo Cruz, 2023). O quadro 33 apresenta os períodos do trabalho de parto.

Quadro 33 - Períodos do trabalho de parto.

Períodos do trabalho de parto	Caracterização
Pródromos (pré- parto) / Fase latente	Podem durar dias ou semanas. A duração e a intensidade das contrações costumam variar bastante, pode haver perda do tampão mucoso (às vezes, com raios de sangue) e sensação dolorosa nas costas. Nessa fase, a pessoa pode procurar posições confortáveis, tomar um banho morno, repousar; ainda é cedo para se dirigir ao serviço de saúde.
Fase ativa	Caracterizada pelas contrações rítmicas e regulares, com intervalo de 3 a 5 minutos e duração de cerca de 60 segundos. São essas contrações as responsáveis pela dilatação do colo uterino e pela descida do bebê no canal de parto. Elas podem vir acompanhadas de dor lombar e em baixo ventre. Essa é a fase ideal para se dirigir a um serviço de saúde.
Transição	Período intermediário entre a fase ativa e a dilatação total (10 cm) e o período expulsivo propriamente dito. As contrações costumam ficar mais intensas e podem ocorrer em intervalos menores. Pode ser o período mais desafiador do trabalho de parto, com ocorrência de sensação de exaustão, náuseas e vômitos, entre outros.
Expulsivo	Conforme o bebê desce pelo canal de parto, é comum a sensação de pressão cada vez maior na vagina e no reto, associada aos puxos espontâneos (vontade incontrolável de fazer força). A distensão máxima do períneo, que ocorre quando a cabeça do bebê coroar, pode vir acompanhada de uma sensação de ardência de intensidade variável.
Expulsão da placenta	Acontece, em média, de 5 a 30 minutos depois do nascimento do bebê. As contrações são mais leves e espaçadas. Podem ser necessários procedimentos, algumas vezes desconfortáveis, para acelerar o desprendimento da placenta e evitar hemorragias.

Fonte: adaptado de Joinville, 2020.

Os métodos não farmacológicos para alívio da dor, livre movimentação e deambulação, preferência por posições verticalizadas, livre expressão das emoções, liberdade para se alimentar e para ingerir líquidos durante o trabalho de parto devem ser incentivados.

14. INTERRUPTÃO DA GESTAÇÃO PREVISTA EM LEI

No Brasil, de acordo com a legislação vigente, o crime de aborto não é punido apenas em duas hipóteses, previsto no artigo 128, incisos I e II do Código Penal: “aborto necessário ou terapêutico”, quando não há outra forma de salvar a vida da pessoa gestante; e “aborto sentimental ou humanitário”, quando a gravidez decorre de estupro (Brasil, 2010). Em 2012, o Supremo Tribunal Federal - STF, no julgamento de uma Arguição de Descumprimento de Preceito Fundamental (ADPF 54), criou uma nova exceção e decidiu que a interrupção da gravidez de feto anencéfalo é conduta atípica (Plenário. ADPF 54/DF, rel. Ministro Marco Aurélio, 11 e 12/4/2012).

A Violência contra a Mulher é todo ato baseado no gênero, que cause morte, dano ou sofrimento físico, sexual ou psicológico à mulher, tanto na esfera pública, quanto privada sendo considerado estupro, segundo o Código Penal (Art 123) quando alguém for constrangido, mediante violência ou grave ameaça, a ter conjunção carnal ou a praticar ou permitir que com ele se pratique ato libidinoso.

O acolhimento da pessoa em situação de interrupção da gestação prevista em Lei deve ser realizado por profissionais habilitados, cabendo às instituições assegurar cada etapa do atendimento, incluindo-se as medidas de emergência, o acompanhamento, reabilitação e tratamento dos eventuais impactos da violência sexual sobre a saúde física e mental da mulher (Brasil, 2014a).

Atualmente o estado de Pernambuco conta com 16 serviços de referência para atendimento integral às pessoas em situação de violência sexual e doméstica (quadro 34), e 11 serviços para atendimento de interrupção da gestação prevista em Lei (quadro 35) informados no Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (CNES), conforme quadros abaixo.

Quadro 34 - Serviços de referência para atendimento integral às pessoas em situação de violência sexual e doméstica do estado de Pernambuco, 2024. (continua)

GERES	Município	Serviço	Tipo de gestão
I	Recife	Pró-marias – Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM)	Estadual
		Serviço de Apoio à mulher Wilma Lessa (Hospital Agamenon Magalhães)	
		Centro de Atenção à Mulher Vítima de Violência Sony Santos (Hospital da Mulher do Recife)	Municipal
		Policlínica e Maternidade Arnaldo Marques	
		Maternidade Bandeira Filho	
		Unidade Mista Professor Barros Lima	
		Policlínica Agamenon Magalhães	

		Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP)	Filantrópico
II	Limoeiro	Hospital Regional Fernandes Salsa	Estadual
III	Palmares	Hospital Regional de Palmares Silvio Magalhães	
IV	Caruaru	Hospital Jesus Nazareno	
V	Garanhuns	Hospital Dom Moura	
VI	Arcoverde	Hospital Regional Rui de Barros Correia	
VII	Salgueiro	Hospital Regional Inácio de Sá	
VIII	Petrolina	Hospital Dom Malan	
XI	Serra Talhada	Hospital Professor Agamenon Magalhães	

Fonte: CNES.

Quadro 35 - Serviços de referência para atendimento de interrupção da gestação prevista em Lei do estado de Pernambuco, 2024.

GERES	Município	Serviço
I	Recife	Pró-marias – Centro Integrado de Saúde Amaury de Medeiros (CISAM)
		Serviço de Apoio à mulher Wilma Lessa (Hospital Agamenon Magalhães)
		Centro de Atenção à Mulher Vítima de Violência Sony Santos (Hospital da Mulher do Recife)
		Policlínica e Maternidade Arnaldo Marques
		Maternidade Bandeira Filho
		Unidade Mista Professor Barros Lima
		Instituto de Medicina Integral Professor Fernando Figueira (IMIP)
IV	Caruaru	Hospital Jesus Nazareno
VII	Salgueiro	Hospital Regional Inácio de Sá
VIII	Petrolina	Hospital Dom Malan
XI	Serra Talhada	Hospital Professor Agamenon Magalhães

Fonte: CNES.

15. ATENÇÃO NO PERÍODO PUERPERAL

É importante a comunicação efetiva entre a APS e AAE para garantia do acompanhamento adequado, em tempo oportuno no período gestacional e no puerpério.

Cabe aos profissionais da equipe de atenção primária garantir o acompanhamento integral da pessoa gestante e da criança, estimulando o retorno precoce ao serviço após o parto. Isso pode ser concretizado com: agendamento do primeiro atendimento na APS antes no momento da alta da maternidade/serviço de parto e nascimento; realização da visita domiciliar na primeira semana após o recém-nascido (RN) ter recebido alta (em até três dias da alta em caso de recém-nascido de alto risco); agendamento de consulta de puerpério tardio até 42 dias após o parto (Brasil, 2022a).

O acompanhamento puerperal tem o objetivo de avaliar o estado de saúde da pessoa puérpera e do RN, orientar e apoiar a família para a amamentação, orientar os cuidados básicos com o RN, avaliando a interação da mãe/pai com o bebê, identificar situações de risco ou intercorrências e conduzi-las, orientar o planejamento reprodutivo e registrar na caderneta de saúde da criança e no e-SUS, ou prontuário da família, quando não disponível este sistema eletrônico (Recife, 2022).

Para o cumprimento destes objetivos é importante que os profissionais de saúde que realizam a consulta puerperal sigam o seguinte roteiro, conforme quadro 36 abaixo.

Quadro 36 - Roteiro para consulta puerperal. (continua)

Condições da gestação/parto

- Local da realização do pré-natal e parto
- Condições do atendimento ao parto e ao recém-nascido;
- Dados do parto (data, tipo de parto, se cesárea, qual a indicação);
- Investigar se houve alguma intercorrência na gestação, no parto ou no pós-parto (febre, hemorragia, hipertensão, diabetes, convulsões, sensibilização Rh, icterícia neonatal, etc).
- Investigar se houve aconselhamento e realização de testagem para sífilis, HIV, Hep B e C durante a gestação e/ou parto;
- Uso de medicamentos (ferro, ácido fólico, antibióticos, outros);
- Aleitamento materno (frequência das mamadas – dia e noite –, dificuldades na amamentação, satisfação do RN com as mamadas, condições das mamas);
- Alimentação, sono, atividades e condições psicoemocionais
- Sintomas anormais como: dor, fluxo vaginal, sangramento, queixas urinárias e febre;
- Investigar se houve orientação na maternidade/serviço de parto e nascimento sobre o planejamento reprodutivo, caso contrário, realizar aconselhamento;
- Condições sociais (pessoas de apoio, enxoval do bebê, condições para atendimento de necessidades básicas).

Avaliação clínico-ginecológica:

- Verificar sinais vitais;
- Avaliar o estado psíquico da pessoa, observando a formação do vínculo entre mãe e filho;
- Observar estado geral: pele, mucosas, presença de edema, cicatriz (parto normal com episiotomia ou laceração/cesárea) e membros inferiores;
- Examinar mamas, verificando a presença de ingurgitamento, sinais inflamatórios, infecciosos ou cicatrizes que dificultem a amamentação;
- Observar e avaliar a mamada;
- Examinar abdome, verificando a condição do útero e existência de dor à palpação;
- Examinar períneo e genitais externos (verificar sinais de infecção, presença e características de lóquios);
- Verificar possíveis intercorrências: alterações emocionais, hipertensão, febre, dor em baixo ventre ou nas mamas, presença de corrimento com odor fétido, sangramentos intensos. Em caso positivo de alguma dessas alterações, solicitar avaliação médica imediata, caso o atendimento esteja sendo feito por outro profissional da equipe; atentar aos sinais de encaminhamento à urgência/emergência
- Identificar problemas/necessidades da pessoa e do recém-nascido, com base na avaliação realizada.
- Solicitar exames caso haja necessidade.

Fonte: Adaptado de Recife, 2022.

16. LUTO PERINATAL

O luto é um processo natural e esperado frente às situações de rompimento de vínculos significativos em nossas vidas. De acordo com sua tradição social e ritualística, o luto permeia momentos de perdas e da própria morte, assuntos do qual o ser humano pouco quer saber (Salgado, 2019).

Esse processo é transpassado por uma série de emoções, sentimentos dinâmicos e não lineares, e tem a função importante de proporcionar a possibilidade de reconstruir recursos e viabilizar um processo de adaptação às mudanças ocorridas em consequência das perdas. O luto perinatal inclui as perdas ocorridas na gestação (a partir de 22 semanas) até completar os 29 dias de vida do bebê (Salgado, 2019).

A morte de um bebê durante a gestação, parto ou no pós-parto é uma experiência traumática para a pessoa que gestou e sua família. Além disso, a experiência também pode ser traumática para os profissionais de saúde da assistência. Muitos fatores tornam essa questão complexa e marginalizada, de modo que ela permanece oculta na agenda política: as taxas de natimortalidade não foram incluídas nos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, não foram monitoradas pelas Nações Unidas, tornando-a um problema invisível (Lawn *et al.*, 2016).

O cuidado ao luto perinatal é um continuum que se estende por todas as etapas, desde a comunicação da má notícia à família até os cuidados pós-alta. Assim, tanto as maternidades/serviço de parto e nascimento, quanto a APS devem estar preparadas.

Profissionais de saúde que vivenciam situações de óbito em seu ambiente de trabalho requerem uma formação que os qualifique para tal e que muitas vezes não possuem, pois a abordagem da morte não é trabalhada na formação desses profissionais. Há uma tendência de se esquivar desse tipo de situação por falta de qualificação para lidar com o tema (Salgado, 2019).

A maternidade/serviço de parto e nascimento, como ambiente de nascimento, é um local que reverbera a vida, onde os profissionais não são preparados para enfrentar a morte.

Segue abaixo algumas possibilidades de suporte para os profissionais de saúde:

- Programas de educação permanente, especialmente em tanatologia, terminalidade e temas transversais à morte;
- Compartilhamento de sentimentos e reações com colegas de equipe, em grupos destinados a este fim;

- Estímulo para que procurem técnicas psicoterápicas para buscar o autoconhecimento pois, muitas vezes, o que reverbera nos profissionais é sua própria história de lutos não resolvidos;
- Incentivo às práticas integrativas e complementares também para o caminho do autoconhecimento e gestão das emoções.

17. PREVENÇÃO À VIOLÊNCIA

Durante a gestação a pessoa está mais vulnerável, e as consequências da violência são significativas para a saúde do binômio mãe-filho, tais como baixo peso ao nascer, aborto, parto e nascimento prematuro e até mortes materna e fetal, segundo estudos revelados pela OMS.

Destacamos aqui a violência obstétrica, definida como todo ato que ofenda, de forma verbal ou física, as pessoas gestantes, praticado por profissionais que dão assistência durante o pré-natal, parto ou aborto, profissionais que prestam serviços nos locais de atendimento da pessoa gestante, ou até por um familiar ou acompanhante (Katz *et al.*,2020).

É muito importante que os profissionais e toda a equipe de saúde saibam identificar os sinais de risco e vulnerabilidade durante a gravidez.

- Gravidez decorrente da violência sexual; Não aceitação da gravidez;
- Não reconhecimento da paternidade;
- Falta de preparativos habituais para acolhimento do filho;
- Retardo no reconhecimento da gravidez e, em casos mais graves, do bebê.
- Dificuldades constantes ou desinteresse no acompanhamento pré-natal; Não seguimento dos tratamentos ou recomendações médicas propostas; Referências negativas ao filho, visto como causador de dor, cansaço, abandono de metas e ideias, dificuldades financeiras ou mau relacionamento do casal;
- Intenção de deixar o bebê aos cuidados de terceiros;
- Desejo de abandono, seja pela falta de cuidados, seja pela colocação para adoção;
- Tentativa de abortamento. Situações de violência LGBTifóbica.

A OMS declarou que todas as pessoas gestantes “têm direito ao mais alto padrão de saúde, incluindo o direito a uma assistência digna e respeitosa durante toda a gravidez, parto e puerpério. Assim como, estar livre da violência e da discriminação”.

A questão central para não promover ações violentas na assistência ao Parto é o respeito a autonomia da pessoa gestante, assegurando também a beneficência e não-maleficência nesse processo.

18. REGISTRO, MONITORAMENTO E AVALIAÇÃO

18.1 REGISTRO DE ATENDIMENTOS

Todos os atendimentos, individuais ou coletivos, e procedimentos devem ser devidamente registrados no prontuário clínico da pessoa durante a gestação e puerpério, por todos os profissionais responsáveis. Preferencialmente, a unidade deve dispor de um sistema de registro eletrônico, configurado em suas funcionalidades de acordo com a lógica do modelo de atenção e que ofereça relatórios úteis para a gestão da saúde da população.

18.2 PAINEL DE INDICADORES

O sistema de gerenciamento da RAS deve dispor de um painel de indicadores que possibilitem o monitoramento e a avaliação dos processos de cuidado, e dos resultados na saúde das pessoas usuárias. O quadro 37 reúne os principais indicadores da RAS Materno Infantil.

Quadro 37 - Painel de indicadores da RAS Materno Infantil. (continua)

Objetivo: reduzir a morbimortalidade infantil e materna

- Taxa de mortalidade infantil
- Razão de mortalidade materna
- Taxa de prematuridade
- Coeficiente de incidência de sífilis congênita

Objetivo: melhorar a qualidade na assistência ao pré-natal, parto e puerpério na APS

- percentual de pessoas gestantes identificadas na área de abrangência da unidade
- Percentual de pessoas gestantes inscritas no acompanhamento pré-natal (cobertura pré-natal)
- Percentual de pessoas gestantes captadas no 1º trimestre da gestação
- Percentual de pessoas gestantes acompanhadas no pré-natal e com estratificação de risco realizada
- Percentual de pessoas gestantes acompanhadas, com cumprimento de todos os itens de acompanhamento do pré-natal
- Percentual de pessoas gestantes com diagnóstico de sífilis
- Percentual de pessoas gestantes com diagnóstico de sífilis e tratadas de acordo com o protocolo
- Percentual de pessoas gestantes de alto risco atendidas na atenção especializada
- Percentual de pessoas gestantes com critério para gestão de caso, acompanhadas segundo o plano de cuidado
- Percentual de pessoas gestantes com internação clínica/obstétrica durante a gestação
- Índice de cesáreas
- Percentual de pessoas no puerpério acompanhadas
- Percentual de pessoas no puerpério internadas em UTI
- Percentual de pessoas gestantes de alto risco encaminhadas pelas equipes da APS, em relação a número estimado
- Percentual de pessoas gestantes de alto risco acompanhadas por equipe multidisciplinar
- Percentual de pessoas gestantes de alto risco com plano de cuidado elaborado
- Percentual de pessoas gestantes de alto risco com estabilidade clínica
- Percentual de pessoas gestantes de alto risco com internação em UTI após o parto

Fonte: BRASIL, 2019a.

Legenda: APS: Atenção Primária à Saúde; AAE: Atenção Ambulatorial Especializada; UTI: Unidade de Terapia Intensiva.

19. GESTÃO DE CASOS

A gestão de casos é um processo colaborativo elaborado entre um gestor de casos, o sujeito com situação de saúde complexa e suas redes de apoio social para planejar, monitorar e analisar possibilidades de cuidados e coordenação baseando-se nas necessidades e circunstâncias do indivíduo, visando uma assistência humanizada e qualificada, que potencialize a capacidade funcional e mantenha a autonomia individual e familiar (Paraná, 2017).

Usualmente a gestão de casos é desenvolvida por um enfermeiro ou assistente social, e a proposta mais comum de gestão é a chamada *hands-off*, na qual a coordenação do cuidado, a mobilização de recursos e monitoramento dos resultados é realizada pelo gestor, mas este não está diretamente envolvido na prestação de serviços. Já na gestão *hands-on*, para além de coordenar o cuidado, mobilizar recursos e monitorar resultados, a gestão de casos, que pode ser executada por uma equipe multiprofissional, realiza diretamente alguns procedimentos (Paraná, 2017).

Um gestor de caso é responsável pelo indivíduo durante toda a duração de sua condição crônica de saúde, avaliando a necessidade de cuidados e a adequação dos serviços prestados e recebidos. Além disso, compete ao gestor coordenar o atendimento, utilizando todos os serviços e os órgãos que compõem a RAS, determinando os níveis adequados de prestação de serviços e verificando se os planos de cuidado estão devidamente desenvolvidos e executados. Isto faz da estratégia de saúde da família (ESF) um local favorável para a gestão de casos (Paraná, 2017).

19.1 O PROCESSO DE DESENVOLVIMENTO DA GESTÃO DE CASO

O processo da gestão de caso envolve várias etapas: a seleção do caso, a identificação do problema, a elaboração e a implementação do plano de cuidado e o monitoramento do plano de cuidado.

19.2 A SELEÇÃO DO CASO

A primeira etapa consiste em selecionar as pessoas usuárias dos sistemas de atenção à saúde que devem ser acompanhadas pela gestão de caso.

As pessoas gestantes que provavelmente necessitarão da gestão de caso, serão aquelas que apresentam condições crônicas muito complexas, como as portadoras de comorbidades associadas; que utilizam polifarmácia; que apresentam baixa adesão às intervenções prescritas; que são desprovidas de condições para o autocuidado e de redes de suporte social; que são alvo de eventos-sentinela; com readmissões hospitalares sucessivas; com distúrbios

mentais graves; que apresentam evidências de algum tipo de abuso; as que vivem em situação de rua; e aquelas em estágio de pobreza extrema (Paraná, 2017).

19.3 A IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

A seleção do caso é seguida da identificação do problema. Para tal, é necessário obter o máximo de informações sobre o sujeito da gestão de caso. Esse momento começa com entrevistas com a pessoa; se ela está incapacitada de comunicar-se, fontes secundárias são utilizadas, especialmente o sistema de suporte social: companheiro ou companheira, outros membros da família, cuidadores, amigos, vizinhos, membros de igrejas e movimentos sociais (Paraná, 2017).

É fundamental consultar a história de saúde da pessoa, bem como avaliar sua capacidade funcional e a capacidade para o autocuidado. Além disso, as condições de vida, especialmente aquelas referentes ao meio ambiente familiar, equipamentos de lazer e necessidades de equipamentos médicos complementares devem ser elencadas. Para isso, pode-se lançar mão de entrevistas com a equipe da ESF, com outros profissionais envolvidos na atenção, responsáveis pela atenção domiciliar, cuidadores e até mesmo acessando os prontuários clínicos (Paraná, 2017).

Uma ficha de identificação do problema deverá ser elaborada e conter dados sociodemográficos (nome, idade, grupo étnico, endereço, estado civil, tipo de emprego, situação socioeconômica, nível educacional, grupo cultural e orientação religiosa) e histórico de saúde (história de saúde da pessoa, presença de fatores complicadores, cronicidade e comorbidade, história pessoal de não adesão aos tratamentos e de atitudes não colaborativas, medicações tomadas e que estão sendo utilizadas, a história familiar em relação a doenças crônicas, alergias, avaliação nutricional, avaliação dermatológica, histórico de uso de unidades de saúde pela pessoa, o uso de práticas integrativas e complementares) (Paraná, 2017).

19.4 A ELABORAÇÃO E A IMPLEMENTAÇÃO DO PLANO DE CUIDADO

Para alcançar os objetivos propostos pela gestão de caso da melhor forma, é necessário, após a identificação do problema, elaborar e implementar o plano de cuidado. Durante a fase de elaboração do plano de cuidado, o gestor de caso deverá decidir sobre: o que necessita ser feito; como fazê-lo; quem proverá os serviços necessários; quando os objetivos serão alcançados; e onde o cuidado será prestado (Paraná, 2017).

Tendo em vista que o plano de cuidado é um ato colaborativo, é importante a participação da pessoa usuária e de sua família, assim como da equipe da ESF e, em alguns casos, até mesmo um cuidador, a igreja, o membro de movimento social (Paraná, 2017).

Elencar os objetivos da gestão de caso é o passo inicial da elaboração do plano de cuidado. A maior parte dos objetivos compõe-se por metas ou atividades menores a serem cumpridas, com o intuito de alcançar os objetivos maiores, que são a qualidade da atenção à saúde e o uso eficiente dos recursos. Para tal, é preciso priorizar as necessidades e os objetivos, e detalhar as intervenções previstas no plano de cuidado, que envolve o conhecimento profundo da RAS, com as especificidades de cada ponto de atenção e dos sistemas de apoio (Paraná, 2017).

A implementação é o momento do gestor de caso exercitar sua função de coordenação da atenção à saúde e colocar o plano de cuidado em execução, garantindo de forma adequada, qualificada e humanizada, a prestação da atenção (Paraná, 2017).

19.5 O MONITORAMENTO DO PLANO DE CUIDADO

O monitoramento do plano de cuidado deve ser realizado constantemente, seja presencial ou remotamente, a fim de conferir se seus objetivos estão sendo cumpridos, determinar reajustes das intervenções prescritas e verificar se as necessidades da pessoa e de sua família foram satisfeitas (Paraná, 2017).

Uma gestão de caso bem-sucedida implica alcançar essas necessidades em vários campos: criar uma atmosfera de esperança; responder com honestidade a todas as questões; garantir o cuidado humano e de qualidade; conhecer o prognóstico; conhecer a evolução da pessoa; estar presente, frequentemente, com a pessoa; saber o que está sendo feito e o que deverá ser feito para a pessoa; falar frequentemente com os profissionais que prestam o cuidado; estar presente na residência da pessoa quando necessário; instruir sobre os cuidados a serem providos; e saber abordar a possibilidade da morte (Paraná, 2017).

19.6 EXEMPLO DE GESTÃO DE CASO

Para qualificação da assistência pré-natal, com conseqüente redução dos índices de morbimortalidade na gestação, parto e puerpério no estado de Pernambuco serão elencados os casos para gestão a partir dos dados fornecidos pela Gerência de Monitoramento e Vigilância em Eventos Vitais SES-PE (GVEV).

Os dados do último triênio (2020-2022), evidenciam os seguintes critérios de risco para mortalidade materna:

- Raça/cor da pele- os óbitos maternos ocorrem predominantemente em mulheres de cor parda;
- Escolaridade - os dados fornecidos revelam que as mortes maternas e de pessoas que gestam em indivíduos com baixa escolaridade (nenhum ou até 3 anos de estudos) são cerca de 4x maiores do que aquelas que possuem um melhor nível de estudos, revelando um importante determinante social de saúde a ser analisado.

- Idade materna - os óbitos maternos ocorrem predominantemente em mulheres na faixa etária entre 30 e 39 anos;
- Ocupação - atividades do lar (30% dos óbitos), trabalhador volante da agricultura (18% dos óbitos) e trabalhador agropecuário em geral (14% dos óbitos);
- Causas diretas de óbito materno - síndrome hipertensiva específica da gestação (44% das causas diretas de óbito materno), hemorragia no período gravídico (10% das causas diretas de óbito materno), infecção puerperal (8% das causas diretas de óbito materno), gestação ectópica (8% das causas diretas de óbito materno);
- Causas indiretas de óbito materno: doenças do aparelho circulatório e doenças virais, cada grupo representando 12,9% dessas causas.

Neste sentido, as equipes deverão estar atentas às pessoas gestantes/puérperas com associação de condições desfavoráveis na gestação. Quanto maior a combinação das condições desfavoráveis, maior o risco obstétrico individualizado e complexidade da situação, implicando na necessidade de maior vigilância e cuidado.

REFERÊNCIAS

- ABREU SILVA, D; MACEDO, F; QUINTAL, D. Rastreo da infecção por Chlamydia trachomatis: sim ou não? Ver Port Med Geral Fam, 2022.
- APA. AMERICAN PSYCHOLOGICAL ASSOCIATION. Guidelines for psychological practice with transgender and gender nonconforming people. 2. ed. Washington, D.C.: APA, 2015.
- BARBOSA, M. B. B.; HERCULANO, T. B.; BRILHANTE, M. A. A.; SAMPAIO, J; Doulas como dispositivo para humanização do parto hospitalar: do voluntariado à mercantilização. Saúde em Debate, V. 42, pg. 420-429, 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Cadernos de Atenção Básica. Saúde Sexual e Reprodutiva Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Cadernos de Atenção Básica n. 26. Brasília – DF. 2010.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria 650, de 5 de outubro de 2011, que dispõe sobre o Plano de Ação regional e municipal da Rede Cegonha. Diário Oficial [da] República Federativa do Brasil, Brasília, DF. 2011.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Atenção ao pré-natal de baixo risco [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2013a.
- BRASIL. Agência Nacional de Vigilância Sanitária – ANVISA. Resolução da Diretoria Colegiada da ANVISA – RDC nº 36, de 25 de julho de 2013. Institui ações para a segurança do paciente em serviços de saúde e dá outras providências. Diário Oficial da União, 26 de julho de 2013b. Disponível em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/anvisa/2013/rdc0036_25_07_2013.html. Acesso em 20/03/24.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº. 529, de 1º de abril de 2013c. Institui o Programa Nacional de Segurança do Paciente (PNSP). Disponível em:<https://www.segurancadopaciente.com.br/wp-content/uploads/2015/09/portaria-no-529>. Acesso em 26/03/24.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 1.377, de 9 de julho de 2013d. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Diário Oficial da União, 10 de julho de 2013. Disponível em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1377_09_07_2013.html. Acesso em 29/03/24.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 2095, de 24 de setembro de 2013e. Aprova os Protocolos de Segurança do Paciente. Disponível em:https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt2095_24_09_2013.html. Acesso 26/03/24.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Atenção humanizada ao abortamento: norma técnica / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Área Técnica de Saúde da Mulher. – 2. ed., 2. reimp – Brasília: Ministério da Saúde, 2014a. 60 p.: il. – (Série Direitos Sexuais e Direitos Reprodutivos; Caderno nº 4).

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Política Nacional de Humanização. Caderno HumanizaSUS Volume 4: Humanização do parto e do nascimento. Brasília, 2014b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Protocolos de Atenção Básica. Saúde das Mulheres/Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa. Brasília, Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Segurança do Paciente no Domicílio / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Hospitalar e de Urgência. Ministério da Saúde, 2016b. Disponível em:https://proqualis.fiocruz.br/sites/proqualis.fiocruz.br/files/seguranca_paciente_domicilio.pdf, acesso em 02/04/24.

BRASIL. Nota Técnica para Organização da Rede de Atenção à Saúde com Foco na Atenção Primária à Saúde e na Atenção Ambulatorial Especializada – Saúde da Mulher na Gestação, Parto e Puerpério. Sociedade Beneficente Israelita Brasileira Albert Einstein. São Paulo: Hospital Israelita Albert Einstein: Ministério da Saúde, 2019a.

BRASIL. Carteira de Serviços da Atenção Primária à Saúde (CaSAPS). Ministério da Saúde, 2019b.
https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carteira_servicos_atencao_primaria_saude_profissionais_saude_gestores_completa.pdf

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção Especializada à Saúde. Departamento de Regulação, Avaliação e Controle de Sistemas. Parâmetros Assistenciais para a Programação Ambulatorial e Hospitalar no Âmbito do Sistema Único de Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. Gestação de alto risco: manual técnico [Internet].

Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2022a.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Atenção Integral às Pessoas com Infecções Sexualmente Transmissíveis – IST [recurso eletrônico] / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. – Brasília: Ministério da Saúde, 2022b. 211 p. : il. Disponível em:

http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_atecao_integral_ist.pdf
fISBN 978-65-5993-276-4.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. **Guia de Vigilância em Saúde** [recurso eletrônico]. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Articulação Estratégica de Vigilância em Saúde. 5. ed. rev. e atual. Brasília: Ministério da Saúde, 2022c. 1.126 p.: il. Disponível em:

<https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/guia_vigilancia_saude_5ed_rev_atual.pdf>

BRASIL. Ministério da Saúde. Nota Técnica Nº 34/2023 CGVDI/DPNI/SVSA/MS. Orientações para a não realização de exame sorológico com pesquisa de IgM para rubéola, em gestantes assintomáticas, durante o pré-natal. 2023. Disponível em: <[BRASIL, Protocolos Básicos de Segurança do Paciente - Protocolos Básicos de Segurança do Paciente — Ministério da Saúde, 2023a. Disponível em:](https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/notas-tecnicas/2023/nota-tecnica-no-34-2023-cgvdi-dpni-svsa-ms/view#:~:text=Orienta%C3%A7%C3%B5es%20para%20a%20n%C3%A3o%20realiza%C3%A7%C3%A3o,%2C%20durante%20o%20pr%C3%A9%20natal.>></p></div><div data-bbox=)

<<https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/protocolos-basicos>>. Acesso em 24/04/2024.

CASTRO-PERAZA, M. E. *et al.* Biological, psychological, social, and legal aspects of trans parenthood based on a real case-a literature review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, Basel, v. 16, n. 6, 925, mar. 2019. DOI: 10.3390/ijerph16060925.

CDC. Center for Disease Control and Prevention. Diretrizes para tratamento de infecções sexualmente transmissíveis. 2021. Infecções por clamídia. Disponível em:

<<https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/chlamydia.htm>>

CHARTER, R. *et al.* The transgender parent: Experiences and constructions of

pregnancy and parenthood for transgender men in Australia. The International Journal of Transgenderism, Düsseldorf, v. 19, n. 1, p. 64-77, jan. 2018. DOI: 10.1080/15532739.2017.1399496

CIASCA, S. V; HERCOWITZ, A. (Ed.). Saúde LGBTQIA+: Práticas de cuidado transdisciplinar. Manole, 2021.

DAHLGREN, G; WHITEHEAD, M. Policies and strategies to promote social equity in health [Internet]. Stockholm: Institute for future; 1991. Disponível em: <https://www.iffs.se/en/publications/working-papers/policies-and-strategies-to-promote-social-equity-in-health/>

DE OLIVEIRA, A. A. *et al.* Protocolo de suplementação de ferro na gestação: uma revisão sistemática Iron supplementation protocol in pregnancy: a systematic review. Brazilian Journal of Development, v. 8, n. 5, p. 39816-39827, 2022.

FEBRASGO. Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia. Manual de assistência pré-natal [Internet]. 2. ed. São Paulo: FEBRASGO; 2014.

FEBRASGO. Federação Brasileira de Associações Ginecologia e Obstetrícia. Pré-eclâmpsia/eclâmpsia. Protocolos FEBRASGO. Obstetrícia, nº 73, 2021.

FEBRASGO. Desordens hemorrágicas e anemia na vida da mulher. São Paulo: Federação Brasileira das Associações de Ginecologia e Obstetrícia (FEBRASGO), 2021. (Série Orientações e Recomendações FEBRASGO, no. 4/Comissão Nacional Especializada em Tromboembolismo Venoso e Hemorragia na Mulher). iv, 172p.

FEBRASGO. Federação Brasileira de Associações Ginecologia e Obstetrícia. Posicionamento FEBRASGO em relação à Lei 14.598, sobre inclusão de exames no protocolo de assistência de rotina às gestantes brasileiras. 19 de junho de 2023. Disponível em: <<https://www.febrasgo.org.br/pt/noticias/item/1685-posicionamento-febrasgo-em-relacao-a-lei-14-598-sobre-inclusao-de-exames-no-protocolo-de-assistencia-de-rotina-as-gestantes-brasileiras>>

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 Evidências em Suplementação de Cálcio e Prevenção da Pré-eclâmpsia. Rio de Janeiro, 11 jul. 2022a. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-evidencias-sobre-suplementacao-de-calcio-e-prevencao-da-pre-eclampsia/>.

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 Doença Hemolítica Perinatal. Rio de Janeiro, 29 abr. 2022b. Disponível em: <<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/principais-questoes-sobre-doenca-hemolitica-perinatal/>>.

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: O Pré-natal e a Promoção do Parto Normal. Rio de Janeiro, 03 fev. 2023. Disponível em: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-mulher/o-pre-natal-e-a-promocao-do-parto-normal/>.

HOFFKLING, A.; OBEDIN-MALIVER, J.; SEVELIUS, J. From erasure to opportunity: a qualitative study of the experiences of transgender men around pregnancy and recommendations for providers. *BMC Pregnancy and Childbirth*, London, v. 17, n. Supl 2, 332, nov. 2017. DOI: 10.1186/s12884-017-1491-5.

ISMP. Instituto de Práticas Seguras no Uso de Medicamentos (ISMP). Uso Seguro de Medicamentos em Gestantes – Boletim ISMP – Volume 8. Número 10. Dezembro de 2019. Disponível em: https://www.ismp-brasil.org/site/wp-content/uploads/2020/02/boletim_ismp_dezembro.pdf, acesso em 01/04/24.

JOINVILLE. Secretaria Municipal de Saúde. Protocolo de pré-natal Linha de Cuidado à Saúde da Mulher. Joinville, 2020.

KARAIAN, L. Pregnant men: Repronormativity, critical trans theory and the re(conceive)ing of sex and pregnancy in law. *Social & Legal Studies*, London, v. 22, n. 2, p. 211-230, apr. 2013. DOI: 10.1177/0964663912474862.

KATZ, L; AMORIM, M. M; GIORDANO, J. C; BASTOS, M. H; BRILHANTE, A. Quem tem medo da violência Obstétrica? *Rev. Bras. Saúde Mater. Infantil*. Recife 2020. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rbsmi/a/RDwVm7ZV3DksbRBsKLBwXjw/?lang=pt>. Acesso em: 17 de Agosto de 2023.

LAWN, J. E; BLENCOWE, H; WAISWA, P; AMOUZOU, A; MATHERS, C. *et al.* Stillbirths: rates, risk factors, and acceleration towards 2030. *Lancet*. 2016.

LENITA, Z. *et al.* Rastreamento e diagnóstico da hiperglicemia na gestação. Diretriz da Sociedade Brasileira de Diabetes. SBD, 2022.

MENDES, E. V. As redes de atenção à saúde [Internet]. Brasília, DF: Organização

Pan-Americana da Saúde; 2011. Disponível em:

<https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=servicos-saude-095&alias=1402-as-redes-atencao-a-saude-2a-edicao-2&Itemid=965>

MENDES, E. V. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. [Internet]. Brasília, DF: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012. Disponível em:

<<https://apsredes.org/o-cuidado-das-condicoes-cronicas-na-atencao-primaria-a-saude-o-imperativo-da-consolidacao-da-estrategia-da-saude-da-familia/>>

OBEDIN-MALIVER, J.; MAKADON, H. J. Transgender men and pregnancy. *Obstetric Medicine*, London, v. 9, n. 1, p. 4-8, 28 oct. 2015. DOI: 10.1177/1753495x15612658.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Recomendações da OMS sobre cuidados pré-natais para uma experiência positiva na gravidez. 2016.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. Recomendações assistenciais para prevenção, diagnóstico e tratamento da hemorragia obstétrica. Brasília: OPAS; 2018.

PAN, M.S. *et al.* Linha de cuidado materno infantil. Secretaria de Saúde do Estado de Santa Catarina, 2019. Disponível em:

<<https://www.saude.sc.gov.br/index.php/informacoes-gerais-documentos/redes-de-atencao-a-saude-2/rede-aten-a-saude-materna-e-infantil-rede-cegonha/manuais-e-publicacoes/16093-linha-de-cuidado-materno-infantil/file#:~:text=Esta%20Linha%20de%20Cuidado%20%C3%A9,para%20as%20g estantes%20e%20crian%C3%A7as>>

PARANÁ. Secretaria de Estado da Saúde do Paraná. Rede Mãe Paranaense. Manual para a gestão de caso na rede mãe paranaense. Paraná, 2017.

PERAÇOLI, J. C. *et al.* Pré-eclampsia – Protocolo 2023. Rede Brasileira de Estudos sobre Hipertensão na Gravidez (RBEHG), 2023.

PEREIRA, D. M. R. Representações sociais da gestação entre homens trans. 2022. 118 f. Dissertação (Mestrado) - Curso de Mestrado em Enfermagem, Universidade Federal de Pernambuco, Recife, 2022. Disponível em:

<https://repositorio.ufpe.br/handle/123456789/46255>

PERNAMBUCO. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Plano Diretor de Regionalização. Regionalização da Saúde em Pernambuco. 2011. Disponível em:

<<https://portal.saude.pe.gov.br/sites/portal.saude.pe.gov.br/files/pdrconass->

[versao_final1.doc_ao_conass_em_jan_2012.pdf](#)>

PERNAMBUCO. Boletim Epidemiológico Morte Materna em Pernambuco. Secretaria Estadual de Saúde de Pernambuco. Diretoria Geral de Informações Estratégicas em Vigilância Epidemiológica. Gerência de Vigilância de Eventos Vitais. 2022.

Disponível em:

<https://www.cievspe.com/_files/ugd/3293a8_c656df0449c54e4ba79236174033bbb5.pdf>

PINHO, A. R.; RODRIGUES, L.; NOGUEIRA, C. (Des) Construção da parentalidade trans: homens que engravidam. *Ex Aequo - Revista da Associação Portuguesa de Estudos Sobre As Mulheres*, Lisboa, n. 41, p. 195-205, jun. 2020. DOI: 10.22355/exaequo.2020.41.12

RECIFE. Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria Executiva de Atenção Básica. Política de Saúde da Mulher, Recife. Protocolo de Atenção Básica do Recife: Atenção ao Pré-natal e Puerpério. Secretaria Municipal de Saúde, Secretaria Executiva de Atenção Básica. Recife: Secretaria de Saúde, 2022.

ROCHA, T. *et al.* International Calcium in Pregnancy (i-CIP) Collaborative Network. Calcium supplementation to prevent pre-eclampsia: protocol for an individual participant data meta-analysis, network meta-analysis and health economic evaluation. *BMJ Open*. 2023.

RODRIGUES, L. G. F. Viagens trans(gênero) em Portugal e no Brasil: Uma aproximação psicológica feminista crítica. 2016. Tese (Doutorado) - Programa em Psicologia, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Universidade do Porto, Porto, 2016. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/87343>. Acesso em: 20 jun. 2021.

ROLNIK, D, L; NICOLAIDES, K. H.; POON, L. C. Prevention of preeclampsia with aspirin. *Am J ObstetGynecol*. 2022.

SALGADO, H. O; POLIDO, C. A. Como lidar: Luto perinatal. Acolhimento em situações de perda gestacional e neonatal. Ed Ema Livros. ISBN: 978-85-67695-09-9, 2019.

SANTOS, F. S. D. R. *et al.* Os significados e sentidos do plano de parto para as mulheres que participaram da Exposição Sentidos do Nascer. *Cadernos de Saúde Pública*35, 2019.

SBI. Sociedade Brasileira de Imunização. Calendário de vacinação SBIm Gestante. Recomendações da Sociedade Brasileira de Imunização (SBIm) 2023/2024. 2023. Disponível em: <<https://sbim.org.br/images/calendarios/calend-sbim-gestante.pdf>>

SIMAS R. Doulas e o movimento pela humanização do parto – poder, gênero e a retórica do controle das emoções [dissertação]. [Niterói]: Universidade Federal Fluminense, Instituto de Ciências Humanas e Filosofia; 2016.

STERLING. J; GARCIA, M. M. Fertility preservation options for transgender individuals. *Translational Andrology and Urology*. 2020; 9(Suppl 2): S215.

TIAGO, C. D.; CARMEM, G. D. *et al.* Segurança do Paciente na Atenção Primária à Saúde: Teoria e Prática – Associação Hospitalar Moinhos de Vento: Porto Alegre, 2020. 220 páginas. Disponível em: <https://www.gov.br/saude/pt-br/composicao/saes/dahu/pnsp/publicacoes/seguranca-do-paciente-na-aps-teorica-e-pratica-versao-digital.pdf/view>, acesso em 22/03/24.

TOZE, M. The risky womb and the unthinkability of the pregnant man: Addressing trans masculine hysterectomy. *Feminism & Psychology*, London, v. 28, n. 2, p. 194-211, jan. 2018. DOI: 10.1177/0959353517747007.

VASCONCELOS, N. S. *et al.* Aspirina na prevenção de pré-eclâmpsia: revisão de literatura. *Brazilian Journal of Development*, v. 9, n. 2, p. 6496-6516, 2023.

WHO. World Health Organization. Recommendations for Prevention and treatment of Pre-Eclampsia and Eclampsia [Internet]. Geneva, Switzerland: World Health Organization, 2011. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK140561/pdf/Bookshelf_NBK140561.pdf>

WHO. World Health Organization. Recommendations Intrapartum care for a positive childbirth experience [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2018.

ZAJDENVERG, L. *et al.* Rastreamento e diagnóstico da hiperglicemia na gestação. Diretriz Oficial da Sociedade Brasileira de Diabetes, 2022.

APÊNDICE A - FORMULÁRIO DE ENCAMINHAMENTO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO**ENCAMINHAMENTO AO PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO**

Serviço de origem: _____	CNES: _____	Data do encaminhamento: ____ / ____ / ____
Nome: _____	Idade: _____	
Nome da Mãe: _____	Data de nascimento: ____ / ____ / ____	
Gênero: <input type="checkbox"/> Mulher <input type="checkbox"/> Cis <input type="checkbox"/> Homem Trans/Pessoa Transmasculina		
Raça/Cor: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Preta <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena		
Cartão do SUS: _____	Tel:() _____	/() _____
End: _____	Nº _____	Complemento: _____
Bairro: _____	CEP: _____	

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA/ JUSTIFICATIVA:**ANAMNESE E EXAME FÍSICO:****EXAMES:**

Obs: Informar exames relacionados ao encaminhamento e com presença de alteração.

MEDICAÇÕES EM USO/ TRATAMENTO:**CRITÉRIOS PARA O PRÉ-NATAL DE ALTO RISCO (Assinale as condições relacionadas ao encaminhamento)****Condições clínicas prévias à gestação:**

<input type="checkbox"/>	Antecedente de tromboembolismo (TVP ou embolia pulmonar).
<input type="checkbox"/>	Cardiopatias (valvulopatias, arritmias e endocardite) ou infarto agudo do miocárdio.
<input type="checkbox"/>	Cirurgia bariátrica.
<input type="checkbox"/>	Diabetes mellitus 1 e 2.
<input type="checkbox"/>	Diagnóstico de HIV/AIDS.
<input type="checkbox"/>	Doença psiquiátrica grave : psicose, depressão grave, transtorno bipolar, outras.
<input type="checkbox"/>	Doenças autoimunes (lúpus eritematoso, SAAF, artrite reumatoide, outras colagenoses).
<input type="checkbox"/>	Doenças genéticas.
<input type="checkbox"/>	Doenças hematológicas: doença falciforme (exceto traço falciforme), púrpura trombocitopênica idiopática, talassemia e coagulopatias.
<input type="checkbox"/>	Doenças infecciosas: tuberculose, hanseníase, hepatites, condiloma acuminado (no canal vaginal ou no colo uterino, ou lesões extensas/numerosas localizadas em região genital ou perianal).
<input type="checkbox"/>	Doenças neurológicas (epilepsia, acidente vascular cerebral, déficits motores graves).
<input type="checkbox"/>	Endocrinopatias (hipotireoidismo em uso de medicamentos e hipertireoidismo)
<input type="checkbox"/>	Ginecopatias (malformações uterinas, útero bicorno, miomas intramurais > 4cm ou múltiplos e miomas submucosos).
<input type="checkbox"/>	Hipertensão arterial crônica.
<input type="checkbox"/>	Nefropatias graves (insuficiência renal e rins multicísticos).
<input type="checkbox"/>	Neoplasias (quaisquer) – quadro suspeito, diagnosticado ou em tratamento.
<input type="checkbox"/>	Pneumopatias graves (asma em uso de medicamento contínuo, DPOC e fibrose cística).
<input type="checkbox"/>	Transplantes.

História reprodutiva anterior:

<input type="checkbox"/>	Abortamento habitual/recorrente (ocorrência de 3 ou mais abortamentos consecutivos).
<input type="checkbox"/>	Acretismo placentário.
<input type="checkbox"/>	Cesariana prévia com incisão longitudinal.
<input type="checkbox"/>	Infertilidade.
<input type="checkbox"/>	Insuficiência cervical.
<input type="checkbox"/>	Isoimunização Rh em gestação anterior.
<input type="checkbox"/>	Morte perinatal explicada ou inexplicada.
<input type="checkbox"/>	Pré-eclâmpsia grave; síndrome HELLP.
<input type="checkbox"/>	Prematuridade anterior.

Condições clínicas/obstétricas na gestação atual:

Agravos alimentares ou nutricionais: IMC \geq 40kg/m ² , desnutrição, carências nutricionais (hipovitaminoses) e transtornos alimentares (anorexia nervosa, bulimia, outros).
Dependência e/ou uso abusivo de drogas lícitas ou ilícitas.
Acretismo placentário ou placenta prévia (diagnóstico confirmado após 22 semanas).
Anemia grave (hemoglobina < 8 g/dL) ou anemia refratária a tratamento.
Colestase gestacional (prurido gestacional ou icterícia persistente).
Desvios da quantidade de líquido amniótico.
Desvios do crescimento intrauterino: CIUR (mesmo suspeito, se ultrassom não disponível) ou macrosomia.
Diabetes gestacional.
Doenças infecciosas: sífilis terciária ou resistente ao tratamento com penicilina benzatina ou com achados ecográficos suspeitos de sífilis congênita; toxoplasmose; rubéola; citomegalovírus; herpes simples; tuberculose; hanseníase; hepatites; condiloma acuminado (verruca viral no canal vaginal ou colo uterino ou lesões extensas/numerosas localizadas em região genital ou perianal); diagnóstico de HIV/AIDS.
Gestação de homens transsexuais.
Gestação múltipla.
Gestação por reprodução assistida.
Gestação resultante de estupro.
Hemorragias na gestação.
Hipertensão gestacional ou pré-eclâmpsia.
Infecção urinária recorrente: \geq 3 episódios de ITU baixa ou 1 episódio de pielonefrite.
Insuficiência istmo cervical.
Isoimunização Rh.
Malformação fetal ou arritmia cardíaca fetal.
Mola hidatiforme.
Trabalho de parto pré-termo inibido na gestação atual.
Transplantes.
Tromboembolismo na gestação.
Patologia clínica que repercute na gestação ou necessite de acompanhamento clínico especializado.

OBS: A pessoa será encaminhada se apresentar pelo menos uma das condições acima.

Observações: _____

Assinatura/Carimbo

CONTRARREFERÊNCIA (PLANO DE CUIDADO PARA APS)

Principais hipóteses diagnósticas:

Exames complementares/procedimentos realizados: _____

Exames solicitados:

Medicações prescritas:

Outros encaminhamentos realizados:

Sinais de alerta/complicações e/ou observações: _____

Data de retorno: ____/____/____ Não agendado. (Gestante sem critérios de alto risco. Descrever justificativa em observações)

Assinatura/Carimbo

APÊNDICE B - FOLDER MEU PLANO DE PARTO

Anote aqui OUTROS desejos e expectativas em relação a vivência ao parto:

Assinatura da pessoa gestante

Sua jornada é única, e o seu parto será o reflexo da sua força, escolhas e desejos!

A gravidez é uma jornada única e transformadora, e estamos aqui para te apoiar em cada passo do caminho. É um privilégio acompanhar você nesta experiência, e estamos comprometidos em respeitar suas escolhas, desejos e necessidades.

Sabemos que o nascimento do seu/sua bebê é um dos momentos mais importantes e emocionantes, e nosso objetivo é garantir que você sinta segurança no atendimento. Este plano de parto é um guia que reflete suas preferências, expectativas e direitos durante o trabalho de parto, parto e pós-parto. Queremos que sua experiência seja a mais tranquila e positiva possível, sempre com foco na sua saúde e bem-estar, assim como do seu/sua bebê.

Lembre-se, a escolha da via de parto é uma decisão muito importante e pessoal, que envolve suas expectativas, preocupações e o seu bem-estar, além da saúde do seu bebê.

Na maioria dos casos a via de parto normal (vaginal) é a via de nascimento mais segura. A cirurgia cesariana deve ser realizada, quando necessária, com indicação médica, pois apresenta riscos inerentes ao procedimento cirúrgico como: hemorragia, embolia, infecção de ferida operatória, reação alérgica ao anestésico, etc.

O seu plano de parto é construído para oferecer o suporte necessário que você deseja. Não hesite em procurar sua equipe assistencial para tirar dúvidas ou discutir qualquer detalhe do seu plano.

ORGANIZAÇÃO

Grência de Atenção à Saúde da Mulher (GEASM)

Cleonúzia Batista Leite de Vasconcelos

Equipe Técnica GEASM

Aline Priscila Rêgo de Carvalho
Danyelle Rodrigues Pinheiro de Araujo Brasil
Joicy Ândrea Paiva dos Santos
Márcia Maria Monteiro de Freitas
Roseane Maria Firmino da Silva
Suely Cristina Bezerra de Carvalho

Residente

Victor Manoel Pereira da Silva

Referência

Adaptado de: <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/wp-content/uploads/2019/01/Folder-Plano-de-Parto-Completo-1.pdf>

E-mail para contato: smulher.ses.pe@gmail.com

Fone: (81) 3184.0569



Informações importantes

Já organizou o que você deve levar para a maternidade?

- Roupas para você e para seu/sua bebê;
- Chinelo, toalha para banho;
- Material de higiene íntima (sabonete, absorvente pós parto, escova, pasta de dente etc);
- Exames, ultrassom e cartão pré-natal;
- Documentos pessoais com foto (seu e do acompanhante) e cartão SUS;
- Outros: (exemplo: lista de medicamentos com alergia, lençol caso a maternidade não ofereça)



Nome da Pessoa Gestante: _____

Como gosta que te chamem: _____

Nome do seu/sua bebê: _____

Nome do (a) Acompanhante: _____

Telefone para contato: _____

Serviço de Referência para o Pré-Natal: _____

Serviço de Referência para o Parto: _____

Data provável do parto: ____/____/____

01. Quero conhecer a maternidade

Sim Não
Visita Agendada Para: ____/____/____

02. Estou cliente que o/a acompanhante deve participar do meu cuidado durante o internamento, permanecendo ao meu lado e estando atento (a) a alterações para comunicar à equipe de saúde (por exemplo: ocorrência de sangramento aumentado, alteração da consciência, etc). Dessa forma, desejo que me acompanhe durante a internação na maternidade:

Companheira(o) Mãe Pai
 Filha (o) maior de 18 anos Amigo (a)
 Outro Familiar Nenhum Outros

03. Terei uma doula/parteira tradicional me acompanhando:

Sim Não
Se sim, nome: _____

04. Desejo que eu e meu (minha) acompanhante sejamos informados sobre todos os procedimentos a serem realizados comigo e com meu bebê.

Sim Não

05. Desejo que meu parto seja fotografado.

Sim Não

06. Durante o trabalho de parto é recomendado que a pessoa gestante se movimente livremente evitando ficar deitada por muito tempo. Gostaria de ter liberdade de escolher diversas posições durante meu trabalho de parto.

Sim Não

07. Sei da importância de manter a hidratação e me alimentar durante o trabalho de parto. Portanto, desejo ingerir alimentos leves, tais como:

Água Suco de Frutas Chás
 Frutas Gelatina Outros

08. Fui informada (o) sobre a recomendação, do Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde, que o toque vaginal seja realizado a cada 4 horas, e se necessário o toque com maior frequência, que comuniquem a mim e ao meu/minha acompanhante.

Sim Não

09. Desejo que, na hora do nascimento, sejam evitadas tanto a manipulação do meu períneo quanto a realização de episiotomia.

Sim Não

10. O contato pele a pele e a amamentação são práticas fundamentais para o desenvolvimento saudável do bebê, especialmente nos primeiros momentos após o nascimento.

Esse contato estimula a produção de ocitocina, o "hormônio do amor", que facilita o vínculo afetivo e ajuda na liberação do leite humano e contração do útero evitando hemorragia. Dessa forma, assim que o bebê nascer, gostaria de (assinale um ou mais itens):

- Pegar meu/minha bebê no colo imediatamente;
- Receber meu/minha bebê quando me sentir pronta para tal;
- Iniciar a amamentação o mais rápido possível dentro da 1ª hora de vida;
- Ter pelo menos 1 hora contínua com meu/minha bebê no colo se estiver tudo bem;

Importante: Se houver necessidade, ele será assistido pela equipe.

11. Cuidar da ambiência ajuda a tranquilizar e favorece a evolução do trabalho de parto. Portanto, desejo, se possível, os seguintes cuidados (assinale um ou mais itens):

- Um ambiente com pouca luminosidade;
- Ouvir música de minha escolha (levar aparelho de som com as músicas e fone de ouvido);
- Pouco barulho e conversas; Privacidade;
- Desligar o ar condicionado se estiver com frio;
- Utilizar roupas pessoais durante o trabalho de parto, se me sentir mais confortável.

12. Desejo que comuniquem a mim e a meu/minha acompanhante sobre qualquer intervenção necessária durante o trabalho de parto (soro, oxigênio, rompimento de bolsa, ocitocina, antibiótico ou cesárea).

Sim Não

13. A posição da hora do nascimento pode ser escolhida pela pessoa gestante. Gostaria de ter as seguintes opções de posição (assinale um ou mais itens):

- Sentada/ Cócoras;
- Semi-Sentada com cabeceira elevada;
- De quatro apoios; Em pé; Outras:

14. Durante o parto (vaginal ou cirurgia cesariana) desejo a presença do meu/minha acompanhante, conforme Lei 11.108/2005.

Sim Não

15. Desejo que aguarde a saída natural da placenta, só realizando manobras se necessário e após comunicação da necessidade a mim.

Sim Não

Atenção! A Organização Mundial de Saúde e o Ministério da Saúde contraindicam a manobra de Kristeller (profissional empurrar com a mão/braço a barriga na hora do nascimento), com possibilidade de danos para pessoa gestante e bebê.

16. Desejo ter como opção os seguintes métodos para alívio da dor (assinale um ou mais itens):

- Massagem (pode ser realizada pelo acompanhante ou pela Doula);
- Orientações sobre técnicas de respiração;
- Movimentar/andar caso queira;
- Exercício de relaxamento com bola;
- Banho de Chuveiro;
- Uso de óleos essenciais (levar o óleo e conversar com a equipe antes de utilizar para confirmar a possibilidade);
- Outras práticas integrativas e complementares (conversar com a equipe para confirmar a possibilidade);
- Analgésia medicamentosa por anestesia, quando disponível; Outros:

17. Realizar o clameamento do cordão umbilical (prender e cortar) de forma tardia (aguardar cerca de 1 a 3 minutos) oferece benefícios importantes para o recém-nascido, como melhorar a oxigenação, e reduzir o risco de anemia nos primeiros meses de vida. Por isso desejo que o corte do cordão umbilical seja feito em tempo oportuno:

Pelo Profissional Por mim mesma
 Companheiro (a)

Importante: Se houver necessidade, o clameamento deverá ser feito imediatamente pelo profissional

18. Gostaria, se possível, dentro das condições clínicas do meu/minha bebê que todos os cuidados sejam realizados após a 1ª hora de vida, para que eu possa permanecer em contato direto com ele/ela durante esse tempo, conforme diretrizes da Organização Mundial de Saúde e do Ministério da Saúde.

Sim Não

19. Recebi orientação durante o pré-natal sobre os métodos contraceptivos a serem utilizados no pós-parto e escolhi a seguinte opção:

Dispositivo Intrauterino (DIU) Implante Subdérmico
 Pílula de progesterona (minipílula)
 Injeção de progesterona Outros

20. Recebi orientação durante o pré-natal sobre os métodos contraceptivos a serem utilizados no pós-parto e optei pela laqueadura tubária (conforme Lei N° 14.443/22) com manifestação da vontade 60 dias de antecedência ao parto e possui o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) assinado pelo médico e por mim:

Sim Não

IMPORTANTE SABER

Para a maioria das pessoas gestantes o trabalho de parto acontece de forma espontânea e o colo uterino dilata até 10 cm para a saída do bebê. Mas existem algumas situações especiais em que pode ser necessária a intervenção medicamentosa para ajudar na indução do parto. Isso pode ser feito por meio de comprimidos via vaginal, soro com ocitocina ou inserção de sonda no útero pela vagina. Nesses casos, a equipe deve conversar com você para te explicar a real necessidade de algum desses procedimentos e a evolução do trabalho de parto.

APÊNDICE C - QUESTIONÁRIO PARA CONSULTA PUERPERAL



CONSULTA PUERPERAL



Nome: _____
Idade: _____ Tipo de Parto: _____ Data do parto: ____ / ____ / ____
Nº de consultas pré-natal: _____ Local do pré-natal: _____
Local do Parto: _____
Profissional: _____
G/P/A: _____ APGAR: / _____ Sexo RN: () M/ () F Peso RN: _____

ORIENTAÇÕES GERAIS A SEREM REPASSADAS NO PUERPÉRIO IMEDIATO

- 1 Orientações sobre Higiene, alimentação, atividades físicas
- 2 Retorno as atividades sexuais (após 20-30 dias) com prevenção de IST/AIDS
- 3 Cuidado com as mamas, reforçando a orientação sobre o aleitamento
- 4 Utilização de imunoglobulina anti-D (se paciente Rh negativo) até 72 hs, se inadvertidamente não foi aplicada realizar no limite máximo de 28 dias
- 5 Cuidados com o recém-nascido
- 6 Sobre o intervalo interpartal (recomenda-se no mínimo 2 anos)
- 7 Informar sobre contracepção no pós-parto
- 8 Aplicar vacinas, dupla tipo adulto e tríplice viral, se necessário
- 9 Oferecer aconselhamento e teste rápido para sífilis e AIDS se não aconselhadas/testadas durante a gravidez ou parto
- 10 Orientações em casos de sintomas gripais: hidratação, boa alimentação, repouso, utilização de máscara, não compartilhar objetos de uso pessoal, manter amamentação com precauções (boa higienização e uso de máscara). Em caso de dificuldade respiratória comparecer a unidade de saúde mais próxima

Quadro 1- Fatores de risco associados ao parto vaginal

Tempo de ruptura de membranas amnióticas \geq 18h.
Presença de qualquer infecção, em especial do trato geniturinário.
Realização de procedimentos invasivos prévios, tais comoprocimentos de medicina fetal e cerclagem.
Toques vaginais repetidos, sobretudo após ruptura de membranas amnióticas
Comorbidades da pessoa gestante: obesidade, diabetes, anemia, imunossupressão
Presença de restos ovulares. Episiotomia.
Extração manual da placenta. Laceração perineal de grau 3 e 4. Hemorragia pós-parto.
Tricotomia com lâmina. Má condição de higiene. Alimentação inadequada.
Falta de acesso a serviços de saúde.
Pré -natal não realizado ou realizado de forma precária.

Quadro 2- Fatores de risco associados à cirurgia cesariana

Tempo prolongado de cirurgia (duração média é de 56 minutos).
Lesão acidental de órgão.
Cesariana de emergência.
Cesariana após início de trabalho de parto. Antibioticoprofilaxia não realizada no tempo e dose indicados.

QUESTIONÁRIO PARA CONSULTA PUERPERAL

CONDIÇÕES GERAIS	
<input type="checkbox"/> sem problemas/queixas <input type="checkbox"/> fraqueza constante <input type="checkbox"/> calafrios <input type="checkbox"/> febre	
<input type="checkbox"/> dor de cabeça <input type="checkbox"/> falta de ar <input type="checkbox"/> dor na parte de baixo da barriga	
<input type="checkbox"/> dor nas costas <input type="checkbox"/> dor nas pernas <input type="checkbox"/> dor no corpo	
MAMAS	
<input type="checkbox"/> sem alteração/secretando leite <input type="checkbox"/> sem leite <input type="checkbox"/> inchada <input type="checkbox"/> dolorida	
<input type="checkbox"/> quente <input type="checkbox"/> vermelhidão <input type="checkbox"/> endurecida <input type="checkbox"/> mamilo com fissura	
PARTO NORMAL	CESÁREA
Sangramento ou secreção vaginal	Sangramento ou secreção vaginal
<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim, neste caso:	<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim, neste caso:
Quantidade:	Quantidade:
<input type="checkbox"/> exagerada.Troca 6 ou + absorventes.	<input type="checkbox"/> exagerada.Troca 6 ou + absorventes.
<input type="checkbox"/> aumentada.Troca 4 ou + absorventes.	<input type="checkbox"/> aumentada.Troca 4 ou + absorventes.
<input type="checkbox"/> diminuída.Troca 2 ou - absorventes.	<input type="checkbox"/> diminuída. Troca 2 ou - absorventes.
Características da coloração:	Características da coloração:
<input type="checkbox"/> sanguinolenta <input type="checkbox"/> com coágulos	<input type="checkbox"/> sanguinolenta <input type="checkbox"/> com coágulos
<input type="checkbox"/> acastanhada <input type="checkbox"/> esbranquiçada	<input type="checkbox"/> acastanhada <input type="checkbox"/> esbranquiçada
<input type="checkbox"/> amarelada <input type="checkbox"/> com mau cheiro	<input type="checkbox"/> amarelada <input type="checkbox"/> com mau cheiro
Pontos	Incisão cirúrgica (corte)
<input type="checkbox"/> não <input type="checkbox"/> sim, neste caso:	<input type="checkbox"/> com pontos <input type="checkbox"/> pontos retirados
<input type="checkbox"/> presentes <input type="checkbox"/> caíram <input type="checkbox"/> hematoma	<input type="checkbox"/> sem dor, calor ou rubor
<input type="checkbox"/> sem dor, calor ou rubor	<input type="checkbox"/> com dor, calor ou rubor
<input type="checkbox"/> com dor, calor ou rubor	<input type="checkbox"/> com secreção sanguinolenta
<input type="checkbox"/> com secreção sanguinolenta	<input type="checkbox"/> com secreção purulenta
<input type="checkbox"/> com secreção purulenta	<input type="checkbox"/> hematoma
Queixas urinárias	Queixas urinárias
<input type="checkbox"/> sente ardência. <input type="checkbox"/> sente dor	<input type="checkbox"/> sente ardência. <input type="checkbox"/> sente dor
<input type="checkbox"/> tem cheiro forte	<input type="checkbox"/> tem cheiro forte
Condições intestinais	Condições intestinais
<input type="checkbox"/> frequência e consistência normal	<input type="checkbox"/> frequência e consistência normal
<input type="checkbox"/> frequência e consistência aumentada	<input type="checkbox"/> frequência e consistência aumentada
<input type="checkbox"/> constipação <input type="checkbox"/> flatulência	<input type="checkbox"/> constipação <input type="checkbox"/> flatulência
Membros inferiores	Membros inferiores
<input type="checkbox"/> varizes <input type="checkbox"/> edema <input type="checkbox"/> flebite	<input type="checkbox"/> varizes <input type="checkbox"/> edema <input type="checkbox"/> flebite
Sintomas gripais	Sintomas gripais
<input type="checkbox"/> coriza <input type="checkbox"/> tosse <input type="checkbox"/> dor de garganta	<input type="checkbox"/> coriza <input type="checkbox"/> tosse <input type="checkbox"/> dor de garganta
<input type="checkbox"/> dificuldade em respirar	<input type="checkbox"/> dificuldade em respirar

Referências

Brasil. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Medidas de Prevenção e Critérios Diagnósticos de Infecções Puerperais em Parto Vaginal e Cirurgia Cesariana/Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília: Anvisa, 2017.

Brasil. Ministério da Saúde. Protocolos da Atenção Básica: Saúde das Mulheres / Ministério da Saúde, Instituto Sírio-Libanês de Ensino e Pesquisa – Brasília: Ministério da Saúde, 2016.

MOISE JR, Kenneth J.; SILVERGLEID, Arthur J. Prevention of RhD alloimmunization in pregnancy. Up to Date, v. 12, 2016.

Nota técnica diretriz da pessoa com útero na gestação, no parto, no aborto e no puerpério.

