



SECRETARIA DE SAÚDE

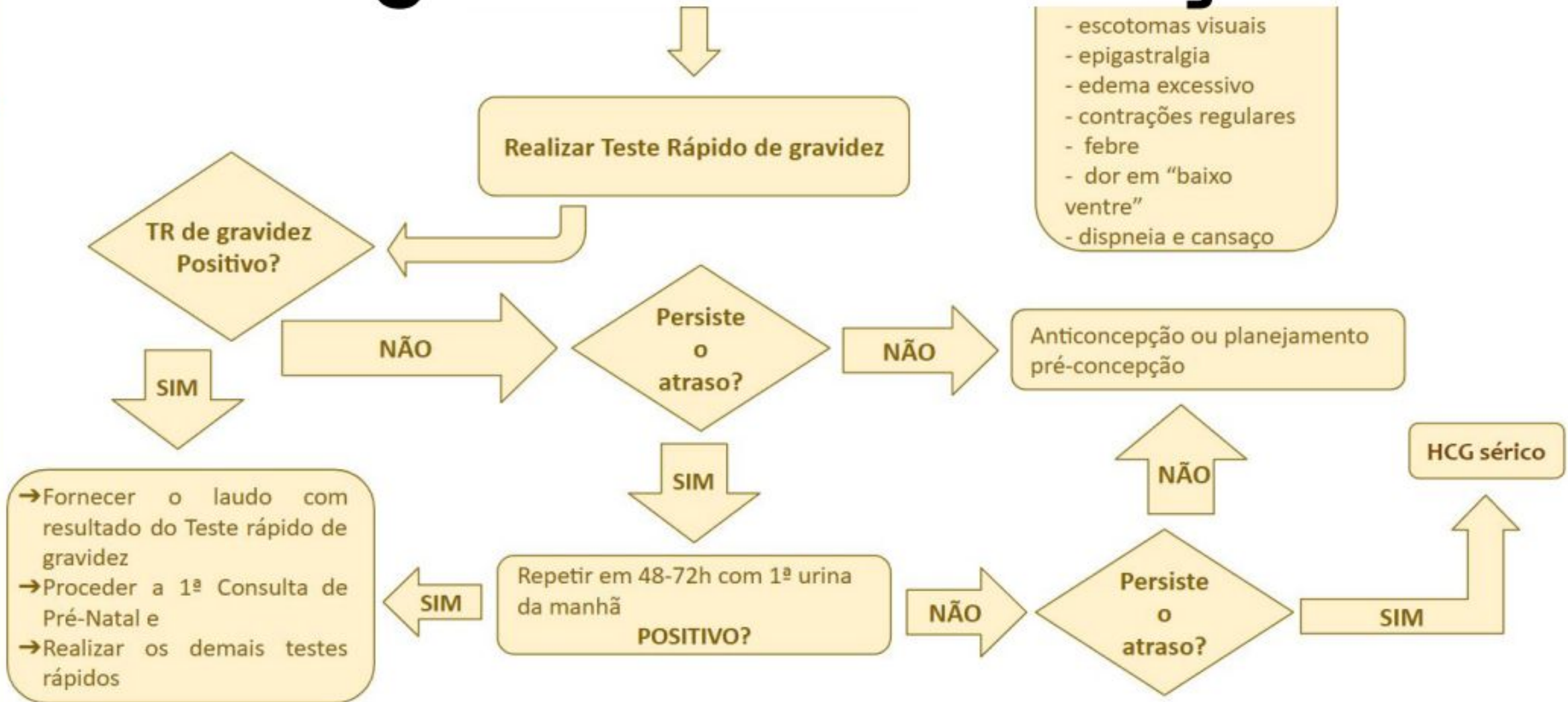
PROTOCOLO DE ASSISTÊNCIA AO PRÉ NATAL DE RISCO HABITUAL

Secretaria Municipal de Saúde

**Coordenação de Enfermagem
Área Técnica de Saúde da Mulher
Núcleo de Políticas Públicas**



Diagnóstico da Gestação



ATENÇÃO: Caso necessário agendar para outro dia a primeira consulta, **DEVE-SE** garantir e acompanhar o comparecimento e realizar a busca ativa, se necessário.

Diagnóstico da Gestação

- **ATENTAR PARA RISCO DE ABORTAMENTO INSEGURO, SE SIM: ORIENTAR SITUAÇÕES EM QUE O ABORTAMENTO É PERMITIDO POR LEI.**
- **ORIENTAR SOBRE OS RISCOS DE PRÁTICAS ABORTIVAS QUE PODEM RESULTAR:**
 - **HEMORRAGIAS**
 - **PERFURAÇÕES UTERINAS**
 - **CHOQUE SÉPTICO**

ROTEIRO DE CONSULTAS DE PRÉ NATAL DE RISCO HABITUAL

CAPTAÇÃO PRECOCE

Ideal que ocorra até a 12ª semana de gestação, podendo ser realizada por médicos ou enfermeiros.

SEGUNDA CONSULTA

2 a 3 semanas após a primeira consulta

ATÉ A 28ª SEMANAS
INCOMPLETAS

realizadas consultas mensais, intercaladas entre os profissionais médicos e enfermeiros.

ENTRE A 28ª E A 36ª SEMANA

é indicado uma consulta quinzenal, intercaladas entre os profissionais médicos e enfermeiros.

A PARTIR DA 36ª ATÉ 41ª
SEMANA

consultas semanais até o parto, intercaladas entre os profissionais médicos e enfermeiros

ROTEIRO DE CONSULTAS PRÉ NATAL DE RISCO HABITUAL



SEMPRE que estivermos atendendo uma pessoa com útero, perguntar sobre a DUM e necessidade de método contraceptivo
SEMPRE que a gestante comparecer à unidade por qualquer queixa, auscultar BCF, PA, AU, a valiação da queixa, registrar no sistema E-SUS a consulta de PN e não esquecer de registrar na carteira de gestante

PRIMEIRA CONSULTA OU PRIMEIRO TRIMESTRE

Atualizado

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

GARANTIR RETORNO DA GESTANTE NA PRÓXIMA CONSULTA

- Caso a gestante não seja captada precocemente, o profissional de saúde (MÉDICO OU ENFERMEIRO) deve solicitar os exames na primeira oportunidade de contato com a gestante.
- A segunda consulta deve ocorrer de 2 a 3 semanas após a primeira e seguir os agendamentos conforme a idade gestacional

ATENÇÃO

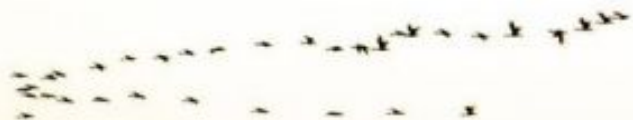
- Avisar à gestante em suas **consultas finais** de PN o retorno à US do binômio mãe-bebê em sua unidade de referência entre o **3º e 5º dia** pós-parto (até 3 dias em caso de RN de risco)
- Consulta de retorno entre 30 a 45 dias após o parto;
- As US devem priorizar o atendimento do binômio quando retornarem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

Critérios de Encaminhamento ao Pré Natal de alto Risco

No encaminhamento deve conter:

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

CrITÉrios de Encaminhamento ao Pré Natal de alto Risco



Gestantes com lesões de alto grau ou câncer de colo de útero, diagnosticadas por citopatológico do colo do útero (encaminhar via Gercon pela agenda: Ginecologia colo do útero)

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

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

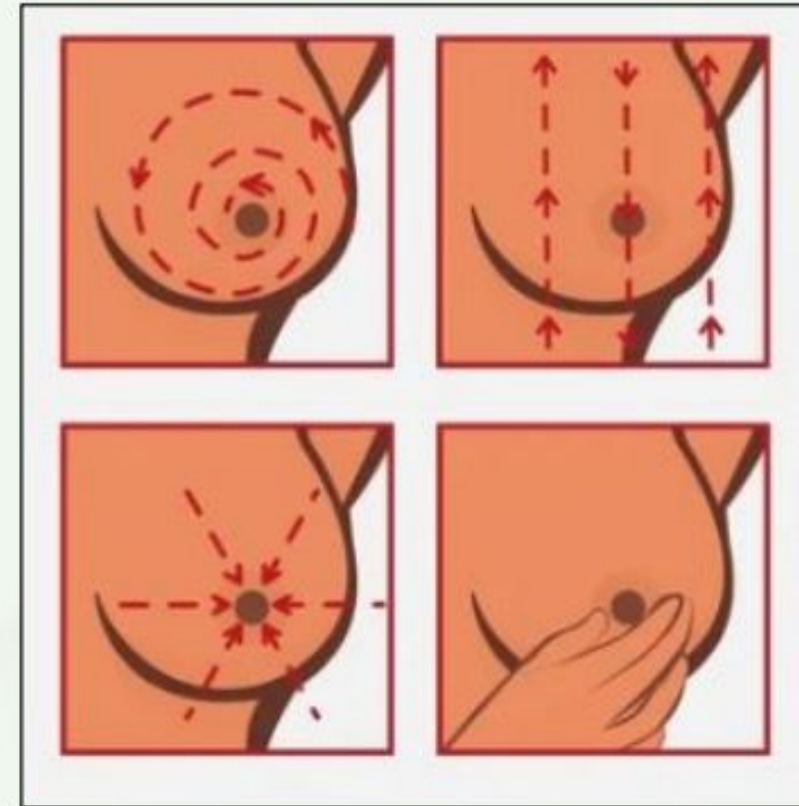
Protocolo TelessaúdeRS RS disponível em:

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

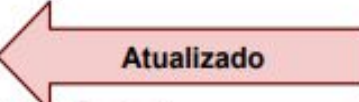
Exame das mamas

Atualizado

- Avaliar e detectar nódulos palpáveis, verificar aréolas e mamilos identificando a qualidade da futura amamentação.
 - **Independentemente da idade gestacional deve ser realizado o exame clínico das mamas durante o pré-natal e caso seja identificada alguma alteração suspeita para câncer de mama, encaminhar para a Atenção Especializada com descrição minuciosa do Quadro.**



Critérios de Encaminhamento ao CENTRO OBSTÉTRICO DE REFERÊNCIA

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

Critérios de Encaminhamento ao CENTRO OBSTÉTRICO DE REFERÊNCIA

6.4.1. Casos para Avaliação de Bem-Estar Fetal:

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



IMPORTANTE:

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


Atualizado

1ª CONSULTA

- Pesquisar condições de risco: doenças prévias, passado obstétrico, antecedentes familiares, doenças e anormalidades atuais (a cada consulta);
- Os componentes da história que precisam ser interrogados na primeira consulta pré-natal são:
 - data da última menstruação, uso de drogas, tabaco
 - regularidade dos ciclos ,fatores socioeconômicos
 - uso de métodos anticoncepcionais, reações alérgicas
 - histórico de gestações anteriores, atividade sexual
 - hf, exposição ambiental ou ocupacional de risco ,violência doméstica,aceitabilidade da gestação
 - pesquisar histórico pessoal e familiar de **tromboembolismo venoso (TEV), embolia pulmonar(TEP) e trombofilia**



ATENÇÃO



Atualizado

1ª CONSULTA



- Atenção ao mau passado obstétrico, suspeitar de **Síndrome Antifosfolípide (SAF)** quando:
 - Uma ou mais mortes inexplicadas de fetos morfologicamente normais, **acima** de 10 semanas;
 - Um ou mais partos prematuros de neonatos morfologicamente normais, anteriores à 34 semana, devidos à:
 - eclâmpsia ou pré-eclâmpsia grave;
 - insuficiência placentária;
 - três ou mais abortos espontâneos precoces (< 10 semanas) , consecutivos e inexplicados, excluídas as causas maternas anatômicas e hormonais, bem como as cromossômicas do casal;
- Pesquisar sintomas como tosse, dor de garganta, nariz escorrendo, dor no corpo, alterações de olfato , calafrios, diarreia, contatos suspeitos ou confirmados com pessoas positivas para **COVID** nos últimos 14 dias
- Perguntar sobre **disfunções da tireoide**

Cálculo da Idade Gestacional

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



Medida da Altura Uterina



Exame ginecológico

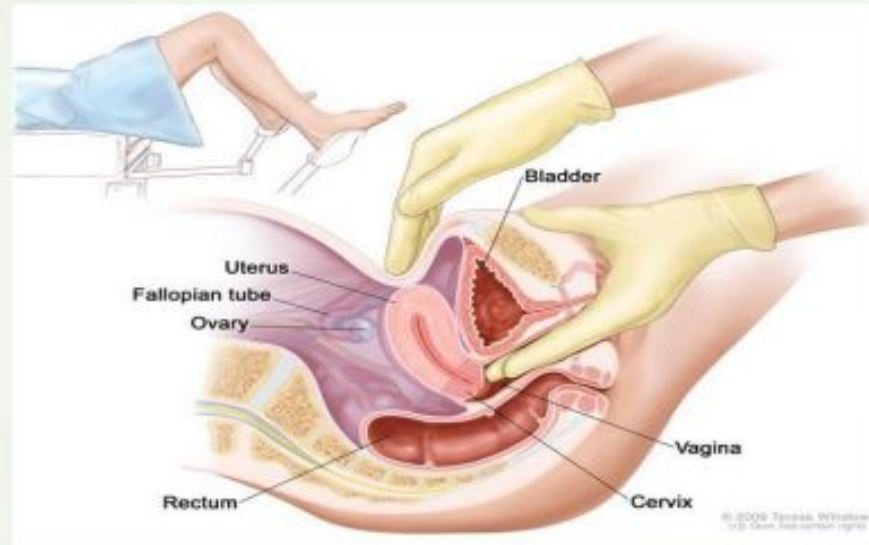
- **EXAME OBSTÉTRICO:**

- AVALIAR A GENITÁLIA EXTERNA, VAGINA, COLO UTERINO E, NO TOQUE BIDIGITAL, O ÚTERO E ANEXOS.
- Exame dos genitais externos e especular: obrigatório na primeira consulta e no terceiro trimestre ou sempre que houver queixa de sangramento, secreção vaginal, prurido, verrugas, dor ou ardor vulvar ou vaginal.



ATENÇÃO

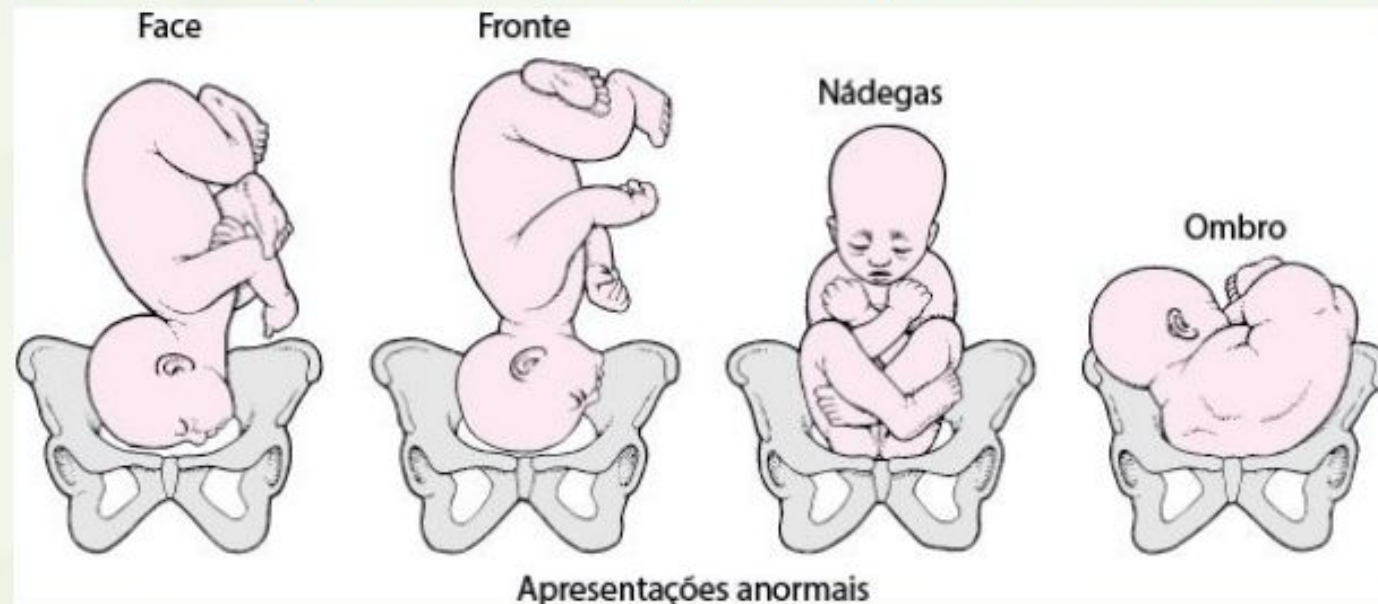
- Após a 12ª semana medir a altura do fundo uterino, auscultar BCFS, verificar se há movimentação fetal a partir das 18 semanas e a presença de contrações uterinas.
- O toque vaginal (toque bimanual) deve ser realizado de acordo com o histórico e queixas da paciente, desde que não haja empecilho para este procedimento.



Atualizado

Apresentação Fetal

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



PROFILAXIAS RECOMENDADAS

USO DE ÁCIDO FÓLICO

Atualizado

- Reduz a ocorrência e recorrência de defeitos abertos do tubo neural tais como: anencefalia, mielomeningocele e espinha bífida
- **0,4 mg/dia** (40 gotas da solução 0,2 mg/mL), para gestantes com **baixo risco** para defeitos de fechamento do tubo neural, 1 mês antes da gravidez até a 12^a semana gestacional
- **5,0 mg/dia**, para gestantes com **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 e carbamazepina, em caso de epilepsia, diabetes mellitus; obesidade, polimorfismo genéticos (MTHFR C677T), doenças inflamatórias intestinais), portadoras de anemia megaloblástica e trombofilias.

Ácido Fólico



USO DE SULFATO FERROSO

Atualizado

SITUAÇÃO	DOSE RECOMENDADA	QUANDO
Suplementação profilática (hemoglobina \geq 11g/dL)	Sulfato ferroso 40 mg/dia - 1 comprimido 1h antes do almoço	Do início da gestação até o 3º mês pós parto
Anemia leve/moderada (hemoglobina \geq 8g/dL e < 11g/dL)	Sulfato ferroso 200mg/dia - 2 comprimidos 1h antes do café da manhã + 2 comprimidos 1h antes do almoço + 1 comprimido 1h antes do jantar	- Do início do diagnóstico de anemia até atingir 11g/dL de hemoglobina (repetir o exame entre 30 e 60 dias do início do tratamento); - Se tratamento ineficaz (níveis estacionários ou em queda) referenciar gestante ao Pré Natal de alto risco.
Anemia grave (hemoglobina < 8g/dL)	PRESCREVER Sulfato ferros 5 CP AO DIA E REFERENCIAR AO PRÉ NATAL DE ALTO RISCO!!!	



ORIENTAÇÕES NUTRICIONAIS

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

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



ÁLCOOL NA GESTAÇÃO

- O consumo de álcool durante a gestação faz com que o feto se torne um co-consumidor de álcool, onde após 40-60 minutos de ingestão de álcool por uma gestante, a concentração de álcool no sangue fetal fica equivalente à concentração de álcool no sangue da mãe.
- SAF pode causar diversas lesões no feto, como deficiência de crescimento intrauterino e pós-natal, microcefalia, entre outros.
- podendo levar a uma morte repentina após o nascimento.
- Atentar para o consumo de Kombuchas



A SAF não é dose dependente

EFEITOS DE:

MACONHA

retardo da maturação do sistema nervoso fetal

TABACO

Vasoconstrição e resistência vascular
MAIOR INCIDÊNCIA DE CIUR, DESCOLAMENTO DE PLACENTA E RUPTURA OVULARES
retardo da maturação do sistema nervoso

COCAÍNA

PODENDO CAUSAR o descolamento prematuro de placenta , aborto espontâneo, restrição de CI, hipóxia no feto, malformações congênitas,baixo peso no recém-nascido, hipertensão, irritação, infecções

- podendo causar **morte súbita do recém-nascido**

Calendário Vacinal

Atualizado

Vacina dTPa

- Deve-se aplicar uma dose de dTPa em cada gestação após as 20 semanas.
- Avaliar histórico vacinal de dT para completar esquema contra tétano.

Vacina Hepatite B

- Aplicar em pessoas não imunizadas esquema de 3 doses ou complementar esquema já iniciado.

Vacina Influenza

- Deve ser aplicada para as gestantes em qualquer idade gestacional, fornece imunidade ao RN até os 6 meses de vida.

Vacina COVID-19

- Deve ser aplicada para as gestantes em qualquer idade gestacional, com pelo menos 6 meses de intervalo da última dose.

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

Calendário Vacinal

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

TESTES RÁPIDOS NA GESTAÇÃO

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



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

Atenção: TESTAR PARCERIAS!

EXAMES NA PRIMEIRA CONSULTA

OU PRIMEIRO TRIMESTRE

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

Ultrassonografia Obstétrica

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

ATENÇÃO:

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

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

Caso sejam identificadas quaisquer anormalidades relacionadas à exame de imagem:

encaminhar à avaliação médica



Ultrassonografia Obstétrica

alterações de líquido amniótico	oligodrâmnio -ILA \leq 5 cms ou bolsão \leq 2cms polidrâmnio (ILA \geq 24 cms ou bolsão \geq 8cms)	avaliação obstétrica referenciar ao PNAR
alterações fetais	CIUR (feto abaixo do percentil 10 para IG)	avaliação obstétrica referenciar ao PNAR
alterações placentárias	placenta prévia /placenta de inserção baixa \leq 2 cms do OCI em ig maior de 28 semanas acretismo placentário síndrome da banda amniótica	referenciar ao PNAR
alterações fetais graves	ascite, hidropsia, derrame pericárdio,	avaliação obstétrica referenciar ao PNAR
	fetos com malformações congênitas maiores não cardíacas ¹ ou sugestivas de prováveis doenças genéticas , fetos com cardiopatias congênitas Ecografia obstétrica realizada entre 11 e 13+6 semanas com translucência nucal acima do percentil 95 para a idade gestacional conforme o comprimento cabeça-nádega; Ecografia obstétrica com outros marcadores que indiquem risco elevado para cromossomopatia.	PNAR

Avaliação da Vitalidade Fetal

IMPORTANTE:

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

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

EXAMES SEGUNDO TRIMESTRE

Solicitar os seguintes exames:

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

Coombs Indireto

Gestante declara RH - (negativo) na 1ª Consulta
Gestante com resultado de RH - (negativo)



Solicitar Coombs Indireto



Se positivo: a qualquer momento da gestação,
Encaminhar ao PNAR



SE NEGATIVO:
REPETIR ENTRE 24-28 SEMANAS E APÓS A CADA 4 SEMANAS



Manter acompanhamento simultâneo na unidade de Saúde



EXAMES TERCEIRO TRIMESTRE

Solicitar os seguintes exames:

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

Atenção: TESTAR PARCERIAS!

IMPORTANTE: TR HIV

Atualizado

➤ **COM ACONSELHAMENTO:** As pacientes negativas deverão repetir o teste no início do segundo e terceiro trimestres.

- REALIZAR A NOTIFICAÇÃO de todas as gestantes soropositivas.
- Inserir no GERCON as com teste reagente confirmado mantendo o acompanhamento nas APS simultâneo.

Atenção: TESTAR PARCERIAS!

IMPORTANTE: TR HIV NA AMAMENTAÇÃO

Atualizado

➤ O aleitamento materno é importante via de transmissão vertical do HIV e se a infecção materna for aguda durante a lactação, o risco de infecção da criança é **maior** pelo rápido aumento da carga viral e queda na contagem dos linfócitos tipo CD4. Sempre indicar profilaxia nas relações sexuais.

TESTAR NO 1º MÊS DE AMAMENTAÇÃO E APÓS DE

De 6/6 meses até o final da amamentação

Atenção: TESTAR PARCERIAS!

IMPORTANTE: TR Hepatite B

- Se TR HEPATITE B: se positivo, notificar a Vigilância de Saúde e investigar familiares.
 - A gestante deve ser encaminhada para consulta na especialidade Gastroenterologia - Hepatites Virais
 - Se a mãe for portadora do antígeno, a criança tem de 70% a 90% de chance de adquirir hepatite B e 85% a 90% de ser portadora crônica.
 - Após o nascimento o RN deve ser encaminhado para consulta de referência via GERCON na especialidade Gastroenterologia - Hepatite Pediatria.

Atenção: TESTAR PARCERIAS!

IMPORTANTE: TR Hepatite C

Atualizado

- ➤ Se TR HEPATITE C: deve ser realizado no 1º trimestre em todas as pacientes gestantes e será coletado na maternidade também.
 - Atentar para as situações de alto risco: uso de drogas injetáveis e/ou parceiro usuário, transfusões de sangue ou múltiplos parceiros de um ou de ambos.
 - Se o TR HCV for positivo, notificar a Vigilância de Saúde e investigar familiares.
 - Deve ser solicitado a carga viral (enfermeiro ou médico com assinatura e carimbo).

EXAMES COMPLEMENTARES:

Quando solicitar?

Urocultura e
antibiograma

1ª consulta
2º trimestre
3º trimestre

Resultado e Conduta

EQU - Urina

1ª consulta
2º trimestre
3º trimestre

Resultado e Conduta

Toxoplasmose
IgG e IgM

1ª consulta
2º trimestre
3º trimestre

Resultado e Conduta

Hemoglobina e
hematócrito

1ª consulta
3º trimestre

Resultado e Conduta

Eletroforese de
hemoglobina

1ª consulta

Resultado e Conduta

Tipo sanguíneo
e fator Rh

1ª consulta

Resultado e Conduta

Coombs
indireto

A partir da
24ª Semana

Resultado e Conduta

Glicemia
de Jejum

1ª Consulta
(se com <24 sem)

3º Trimestre

Resultado e Conduta

Teste de Oral de
Tolerância à Glicose

Entre a 24ª e 28ª sem
(não realizar em caso de
DMG, bariátrica ou DM
durante a gestação)

Resultado e Conduta

Parasitológico
de fezes

Quando anemia
presente ou outras
manifestações
sugestivas

Resultado e Conduta

Urocultura e Antibiograma

Interpretação

- Urocultura negativa: < 100.000 UFC/mL;
- Urocultura positiva: ≥ 100.000 UFC/mL;
- Antibiograma: indica os antibióticos que podem ser utilizados no tratamento.

Conduta

- ITU sintomática:
 - Nitrofurantoína, 100mg 6/6 h por 5 dias, via oral OU
 - Cefalexina 500mg 6/6 h por 7 dias, via oral OU
 - Amoxicilina+clavulanato 500/125mg 8/8 h por 7 dias, via oral
- ITU Assintomática:
 - Nitrofurantoína 100mg 6/6 h por 5 dias, VO OU
 - Cefalexina 500mg 6/6 h por 7 dias, VO



EQU – Urina Tipo 1

Atualizado

ACHADOS:	Conduta
LEUCOCITÚRIA: >10.000 cel/ml ou 5cel/ campo	realizar urocultura para descartar ITU
HEMATÚRIA: acima de 10.000 cel/ml ou de 3 a 5 hem/campo	<u>sem ITU ou sangramento genital</u> passar por avaliação médica
PROTEINÚRIA: Ausência de proteínas (valor normal)= <que 10 mg/dL	
<u>presença de traços de proteinúria</u> (entre 10 e 30 mg/dL)	repetir em 15 dias, e caso mantenha encaminhar ao PNAR
<u>proteinúria maciça e hipertensão e/ou edema</u>	ENCAMINHAR ao PNAR
PIELONEFRITE	Encaminhar para a emergência obstétrica
<u>ITU REFRACTÁRIA OU DE REPETIÇÃO</u>	referenciar ao alto risco
<u>CILINDRÚRIA</u>	sempre PNAR

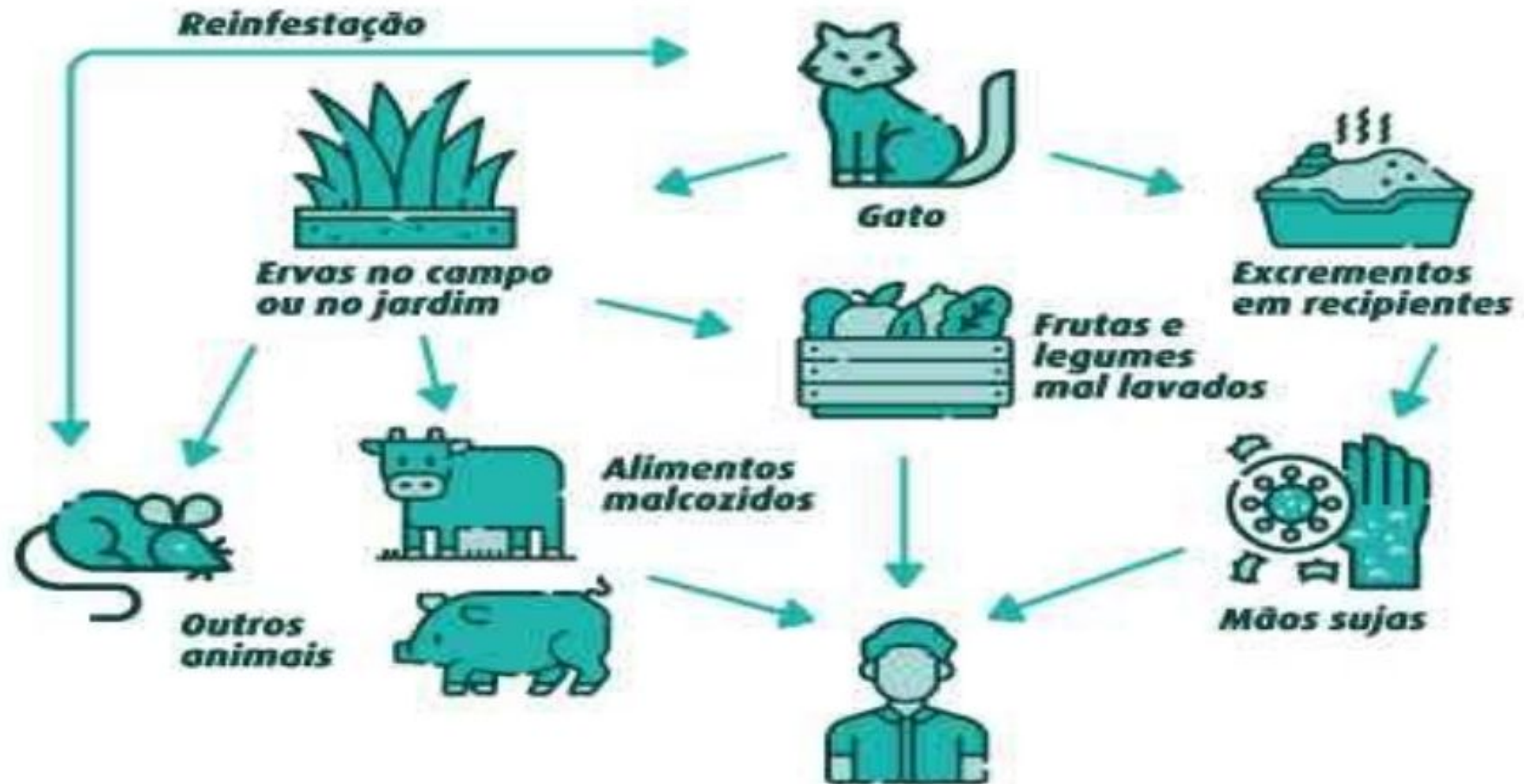


Manejo de ITU na gestação

Se ITU no primeiro trimestre da gestação:
REPETIR EQU MENSALMENTE
até o final da gestação!

O tratamento deve ser
guiado sempre que
possível pelo
antibiograma

Toxoplasmose



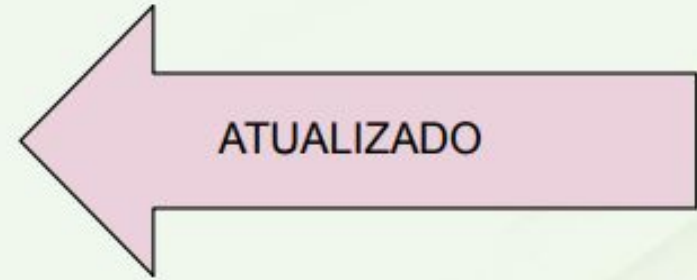
CONDUTAS TOXOPLASMOSE NA GESTAÇÃO

RESULTADOS	RESULTADOS	INTERPRETAÇÃO	CONDUTA
IGG REAGENTE	IGM NÃO REAGENTE	IMUNIDADE REMOTA/GESTATE NÃO SUSCETÍVEL	NÃO SOLICITAR NOVA SOROLOGIA
IGG NÃO REAGENTE	IGM NÃO REAGENTE	SUSCETIBILIDADE	ORIENTAR PREVENÇÃO PRIMÁRIA, REPETIR SOROLOGIAS TRIMESTRAIS
IGG REAGENTE	IGM REAGENTE	SUSPEITA DE INFECÇÃO NA GESTAÇÃO	INICIAR TRATAMENTO CFME IG ENCAMINHAR AO PNAR (relatar motivo: igg reagente/igm reagente ou indeterminado para toxoplasmose e IG) NOTIFICAR NO SINAN Não solicitar teste de avidéz (será solicitado no PNAR)
IGG NÃO REAGENTE	IGM REAGENTE OU INDETERMINADO	SUSPEITA DE INFECÇÃO AGUDA NA GESTAÇÃO	INICIAR TRATAMENTO CFME IG ENCAMINHAR AO PNAR NOTIFICAR NO SINAN REPETIR IGG E IGM APÓS 3 SEMANAS

TOXOPLASMOSE

TRATAMENTO INICIAL – Conduta Médica

- **<16 semanas:** Espiramicina 500 mg, 2 comprimidos de 8 em 8 horas (nome comercial: Rovamicina®);
 - Trocar para **esquema tríplice** a partir de 16 semanas.
- **≥ 16 semanas** : **Esquema tríplice:**
 - Sulfadiazina, 3 g ao dia;
 - Pirimetamina, 50 mg ao dia; Ácido folínico, 10 a 20 mg, 3 vezes por semana (podendo a dose ser aumentada por surgimento de neutropenia, anemia e plaquetopenia).



ATENÇÃO:

O ácido fólico não deve ser usado para substituir o ácido folínico.

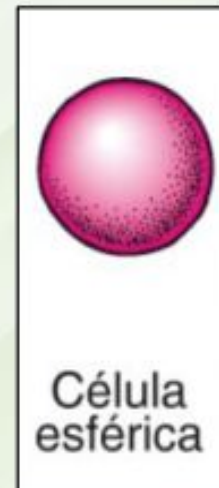
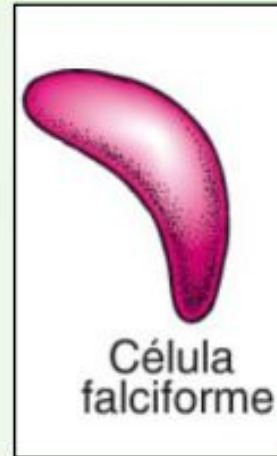
Eletrforese de Hemoglobina

Interpretação

- HbAA: sem doença falciforme;
- HbAS: heterozigose para hemoglobina S ou traço falciforme, sem doença falciforme.
- HbAC: heterozigose para hemoglobina C, sem doença falciforme.
- HbA com variante qualquer: sem doença falciforme;
- HbSS ou HbSC: doença falciforme.

Conduta

- As gestantes com traço falciforme devem receber informações e orientações genéticas pela equipe de Atenção Básica.
- As gestantes diagnosticadas com doença falciforme devem ser encaminhadas ao serviço de referência (Pré Natal de alto risco, hematologista ou outra oferta que a rede de saúde ofertar).

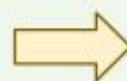


Glicemia de Jejum e TOTG

Interpretação Glicemia de jejum

- < 92 mg/dL: sem alterações;
- Diagnóstico de DMG se:
 - ≥ 92 mg/dL e ≤ 125 mg/dL.
- Diagnóstico de DM na gestação
 - se: ≥ 126 mg/dL

Metas



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

Conduta

Interpretação TOTG

- Diagnóstico de DMG se:
 - GJ ≥ 92 mg/dL e ≤ 125 mg/dL;
 - 1h após ≥ 183 mg/dL;
 - 2h após ≥ 150 mg/dL e < 200 mg/dL.
- Diagnóstico de DM na gestação se:
 - ≥ 200 mg/dL

- Se resultado sem alterações: realizar TOTG no segundo trimestre;
- DMG: orientar medidas de prevenção primária com instruções nutricionais e atividade física + monitoramento glicêmico e retorno em 2 semanas para reavaliação (caso não atinja as metas glicêmicas e/ou HAS associada, encaminhar ao PNAR);
- DM durante a gestação: encaminhar ao alto risco.



Diabetes Gestacional



IMPORTANTE:

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

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

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

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

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

Rastreamento Diabetes Gestacional

Glicemia de jejum na primeira consulta

Maiores ou iguais a 126mg/dl

Diabetes gestacional

ENCAMINHAR AO PNAR

CONDLTA MÉDICA:
Iniciar com Metformina 850 mg -
01 comp junto com a
alimentação

Maiores ou iguais a 92mg/dl ou menores que 125mg/dl

Estimular mudança de comportamento (atividade física e alimentação)* por 2 semanas na APS

Após 2 semanas: controle glicemia capilar por 2 semanas com 4 medidas ao dia (jejum, pós café, pós almoço e pós janta)

Metas de controle capilar:
Jejum: <95mg/dl
1ª hora: <140mg/dl
2ª hora: <120mg/dl

Atingiu 70% das metas de controle?

Não

Sim

Encaminhar via Gercon - Ginecologia Geral

Menor que 92mg/dl

TTG com 24-28 semanas
JEJUM
1ª hora
2ª hora

Jejum \geq 92mg/dl
1ª hora \geq 180mg/dl
2ª hora \geq 153 mg/dl

Sim

Não

Mantem
Pró Natal na
APS

-Encaminhar via Gercon para Nutrição Adulto

-Encaminhar via Gercon Programas de Saúde: Insumos da diabetes

Parasitológico de fezes

Interpretação

- **Negativo**: ausência de parasitos;
- **Positivo**: conforme descrição de parasitos.

Conduta

- O diagnóstico e o tratamento de gestantes com parasitoses intestinais deveriam ser realizados antes da gestação;
- Nenhuma droga antiparasitária é considerada totalmente segura na gestação;
- Mulheres com parasitoses intestinais só devem ser tratadas na gravidez quando o quadro clínico é exuberante ou as infecções são maciças, não sendo recomendado o tratamento durante o primeiro trimestre da gestação;
- Medidas profiláticas, como educação sanitária, higiene correta das mãos, controle da água, dos alimentos e do solo, deve ser encorajadas devido ao impacto positivo que geram sobre a ocorrência de parasitoses intestinais.





Rastreamento e condições especiais de acompanhamento

Manejo Sintomático

- **Avaliar os sintomas da gestação e indicar o tratamento medicamentoso ou não para amenizar ou sanar reações adversas mais acentuadas.**



Náuseas e Vômitos

A hiperêmese Gravídica⁺ caracteriza-se por vômitos contínuos e intensos ocasionando :

- desidratação
- oligúria
- perda de peso
- transtornos metabólicos

Conduatas

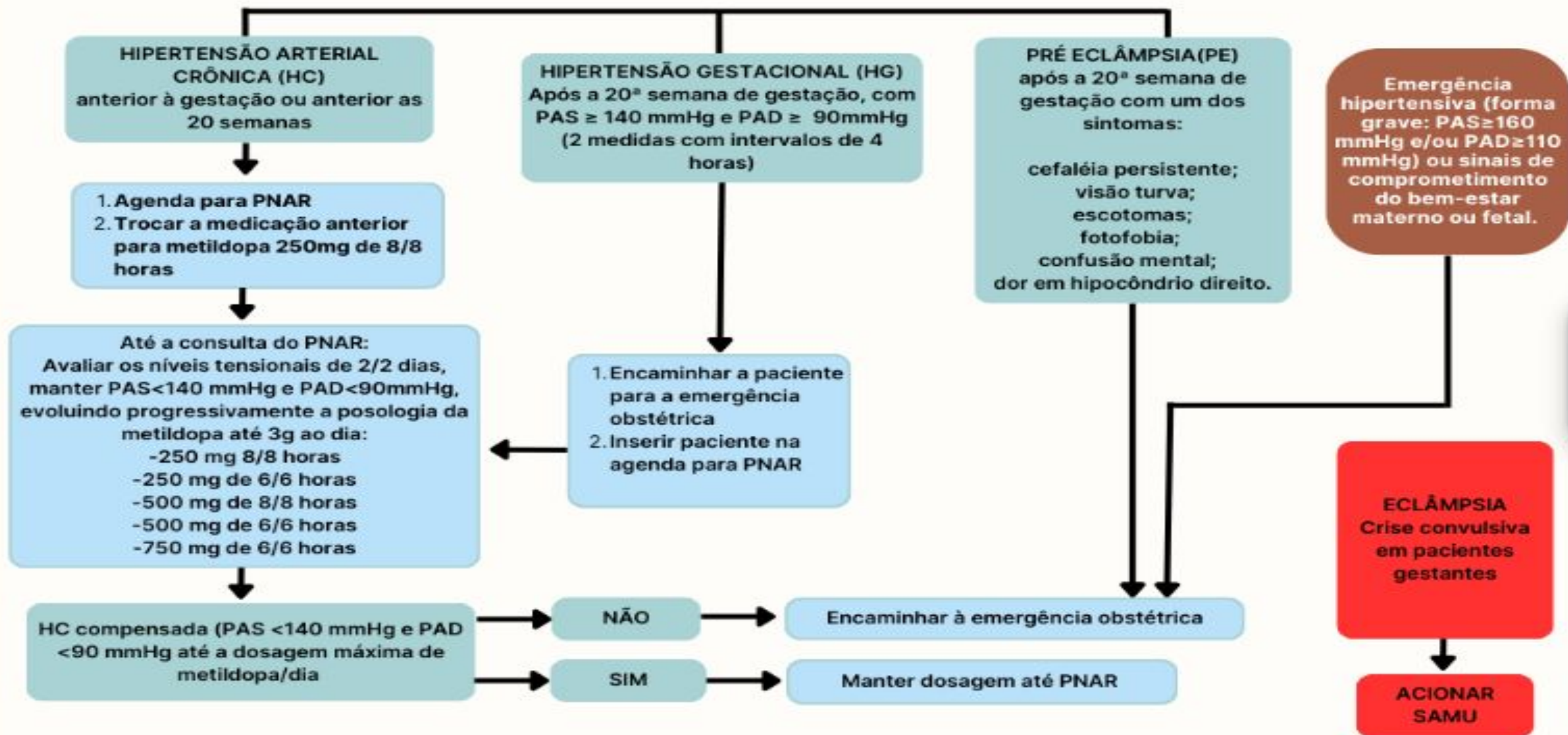
Fracionar dieta ,alimentos secos na primeira refeição,evitar frituras,alimentos gordurosos,evitar deitar logo após as refeições ,apoio psicológico

Primeira escolha de tratamento:

- Metoclopramida 10 mg, 4/4h -Caso a paciente tenha alergia ou desenvolva efeitos adversos à metoclopramida
- Dimenidrinato 50mg + Cloridrato de Piridoxina 10 mg de 6/6h dispensado na farmácias sob **PRESCRIÇÃO MÉDICA**



HIPERTENSÃO NA GESTAÇÃO



USO DE ÁCIDO ACETILSALICÍLICO (AAS) E CÁLCIO NA GESTAÇÃO PARA PREVENÇÃO DE PRÉ-ECLÂMPسيا e ECLÂMPسيا

Atualizado

É recomendado o uso para aquelas pacientes com quadros de risco para pré-eclâmpسيا tais como :

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

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

DOSE RECOMENDADA

Conduta médica



Seu uso deve ser iniciado logo após o término do primeiro trimestre, ao redor de **12** semanas e idealmente **abaixo de 16 semanas** e mantido até o parto. O início da profilaxia até as 20 semanas é aceitável, mas **acima** dessa idade gestacional **não é** recomendado.

- **01 comprimido de AAS 100 mg ao deitar**
- **O comprimido disponível na Rede é de 1250 mg de carbonato de cálcio que equivale a 500mg de cálcio elementar. Assim, recomenda-se prescrever 2 comprimidos de 1250 mg de carbonato de cálcio que correspondem a 1000 mg de cálcio elementar ao dia**

OBS: Os locais de dispensação e a disponibilidade dos medicamentos encontram-se na REMUME POA

Sífilis na Gestação

Atualizado

⇒ Realizar TESTE RÁPIDO (TR) de sífilis em toda gestante na 1ª consulta de pré-natal!

TR NÃO REAGENTE (NR), repetir TR de sífilis no início do 2º trimestre, E SE TR **NR** repetir no início do 3º trimestre e na internação hospitalar (para parto ou por outra indicação).

⇒ TR de sífilis REAGENTE na gestante INICIAR TRATAMENTO com Benzilpenicilina

Benzatina deve ser iniciado imediatamente, e a gestante deve ser tratada como fase latente tardia* com um total de 7.200.000 UI, IM , dividido em 3 doses de 2.400000 UI, IM (1,2 milhão UI em cada glúteo) com intervalo de 7 dias, idealmente, não ultrapassando 9 dias.

Sífilis na Gestação



- **TR PARA SÍFILIS POSITIVO** – COMEÇAR O TRATAMENTO SEMPRE E NÃO DESCONTINUAR (1200.000 UI EM CADA NÁDEGA – 3 DOSES) ATÉ A PACIENTE TRAZER TESTE COMPROBATÓRIO VDRL

SE NEGATIVO – SÍFILIS PRÉVIA TRATADA E DESCONTINUAR O TRATAMENTO – TESTAR PARCERIAS SEMPRE E REPETIR VDRL MENSALMENTE!!

SÍFILIS NA GESTAÇÃO

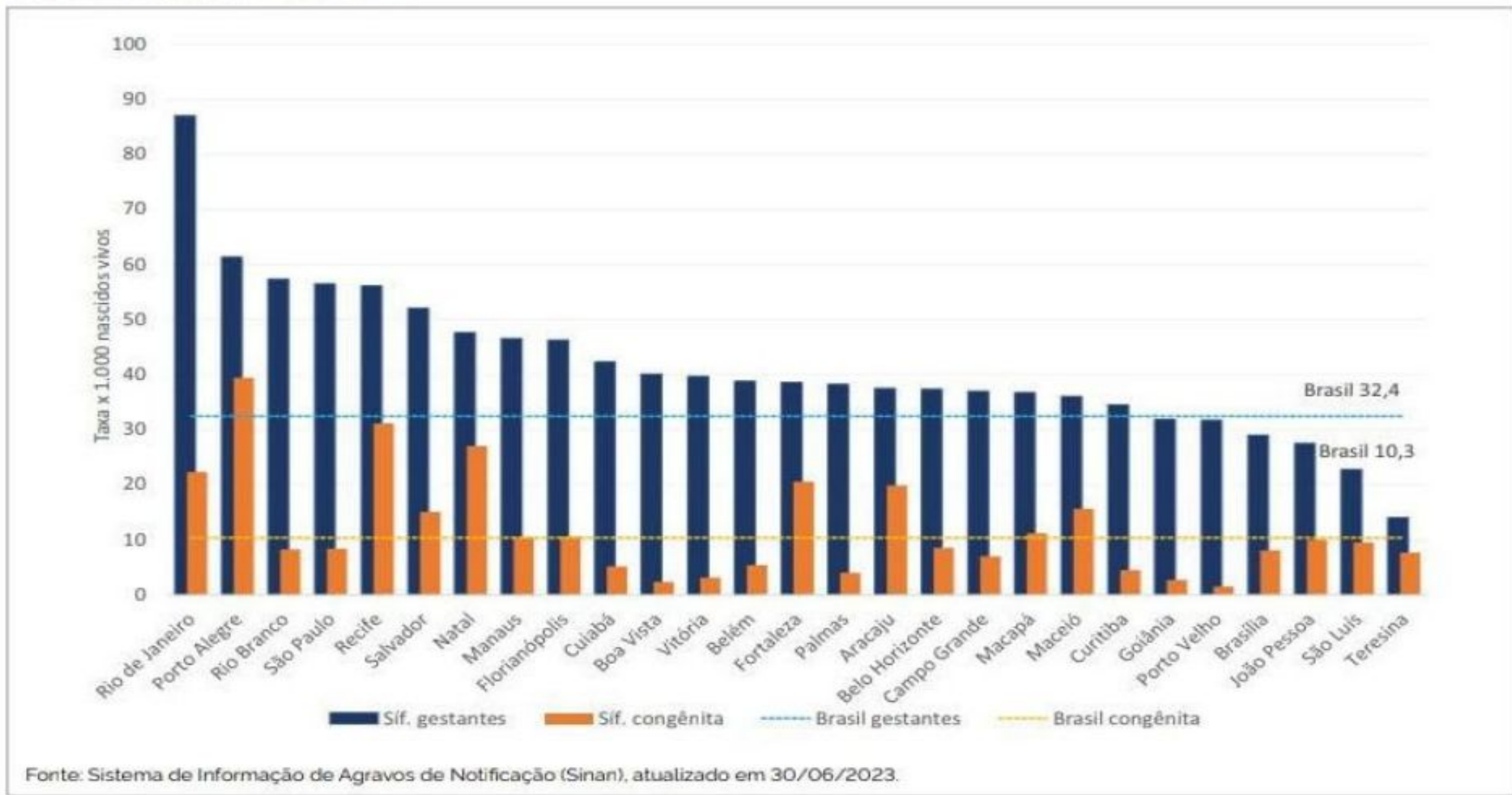
Gestante reag Parceria negativa	Tratamento gestante -3 doses	Tratamento parceria -2400 UI
Parceria reag Gestante não reagente	Tratamento gestante -3 doses	Tratamento parceria 3 doses

VDRL REAGENTE COM QUALQUER TITULAÇÃO - CONCLUIR TRATAMENTO

Caso alguma dose seja perdida ou o intervalo entre elas seja maior que nove dias, o esquema terapêutico deve ser reiniciado. Caso a gestante não retorne à unidade para receber as doses subsequentes em 7 dias, é necessário realizar imediatamente busca ativa.

Considera-se tratamento adequado da gestante quando o intervalo entre as doses estiver **entre sete e nove dias**

FIGURA 4 Taxa de detecção de sífilis em gestantes e taxa de incidência de sífilis congênita por 1.000 nascidos vivos, segundo capitais. Brasil, 2022



Gestante com HIV NA GESTAÇÃO

- Notificar caso no SINAN AIDS
- Solicitar Carga viral, CD4/CD8 e exames de rotina pós-testagem
- Encaminhar para consulta médica para iniciar TARV imediatamente
- Encaminhar ao Pré Natal HIV

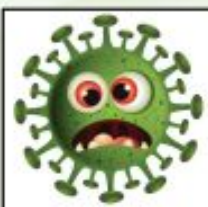
- **AO IDENTIFICAR GESTANTE COM TESTE HIV REAGENTE:**

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

Gestante com Covid 19 ou suspeita

Quadro 17. Sinais Vitais em gestantes com sintomas respiratórios

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



1 OU MAIS SINTOMAS DE ALERTA VERMELHO*: encaminhar à emergência hospitalar.
SINTOMAS NORMAIS: seguir monitoramento em 24 h.
2 OU MAIS SINTOMAS DE ALERTA AMARELO: encaminhar para emergência hospitalar

TROMBOEMBOLISMO NA GESTAÇÃO



Diversidade de Gênero



- + Sempre perguntar como essa pessoa gostaria de ser chamada e Respeitar o nome social
- + Não supor que toda mulher que inicia o Pré Natal tem um parceiro
- + Homens trans engravidam
- + Criar um ambiente seguro e promover o fortalecimento do vínculo
- + não fazer suposições
- + Dialogar com a pessoa sobre as transformações esperadas e oferecer verificá-las em consultório
- + A GESTAÇÃO OU AMAMENTAÇÃO SÃO contra-indicações absolutas ao uso de testosterona.

Pré Natal na população Negra

- + As mulheres negras são mais propensas a morrer de cada uma dessas principais causas de morte materna do que as mulheres brancas.
- + Observou-se que mulheres negras apresentam taxas mais altas de hemorragia pós-parto, infecção puerperal e tromboembolismo venoso.
- + Maior prevalência de depressão pós-parto em mulheres de cor da pele preta, além de desfechos negativos nos recém-nascidos.



Pré Natal das Parcerias

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

Lei do direito ao acompanhante ao parto

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

Plano de Parto

- + Documento elaborado pela gestante onde nele ela possa expressar suas preferências, desejos e expectativas com relação ao parto e ao nascimento
- + Pode ser elaborado durante todo o Pré Natal, com esclarecimento das dúvidas. Uma vez elaborado, ele deve ser impresso e entregue à equipe perinatal da maternidade de referência.
- + A gestante também deve ser informada sobre a conduta em eventuais situações de risco, nas quais o plano de parto pode não ser respeitado de maneira integral.



Monitoramento intermitente



Liberdade para comer e beber



Diminuir as luzes



Ambiente calmo e tranquilo



Liberdade para o uso do chuveiro



Liberdade de movimentos e livre escolha da posição do parto



SEM EPISIOTOMIA



Aguardar o rompimento natural da bolsa



Mínimo de exames de toque necessários



A administração de quaisquer medicamento somente com aprovação da gestante e seu acompanhante!

Após Nascer



SEM limites de tempo



Aguardar o nascimento natural da placenta



Aguardar o cordão parar de pulsar para cortar



Contato pele a pele IMEDIATO



Respeitar a primeira hora de ligação familiar

Cuidados do Recém Nascido



Primeiros exames e medicamentos feitos no colo da mãe (sempre que possível)



NÃO aplicar colírio de prata



A mãe ou o pai devem estar juntos do bebê o TEMPO TODO



Aleitamento Materno EXCLUSIVO (NÃO ao uso de formulas)



NÃO DAR CHUPETA



Primeiro banho somente 24 horas após o parto



INTERCORRÊNCIAS OBSTÉTRICAS

INTERCORRÊNCIAS OBSTÉTRICAS

Suspeita de Gravidez ectópica

USG após 5ª semana de gestação não demonstrando gravidez tópica

CONSULTA MÉDICA

Descolamento Prematuro da placenta (DPP)

Na suspeita diagnóstica, encaminhar a gestante, como emergência, ao hospital de referência

Placenta prévia

Encaminhar ao PNDAR

Trabalho de parto prematuro (TPP)

Solicitar avaliação especializada
Encaminhar à maternidade

CONSULTA MÉDICA

Pós datismo ou gestação prolongada

Encaminhar a gestante com IG > 41 para um centro de referência para outros testes de vitalidade fetal.

Doença Falciforme

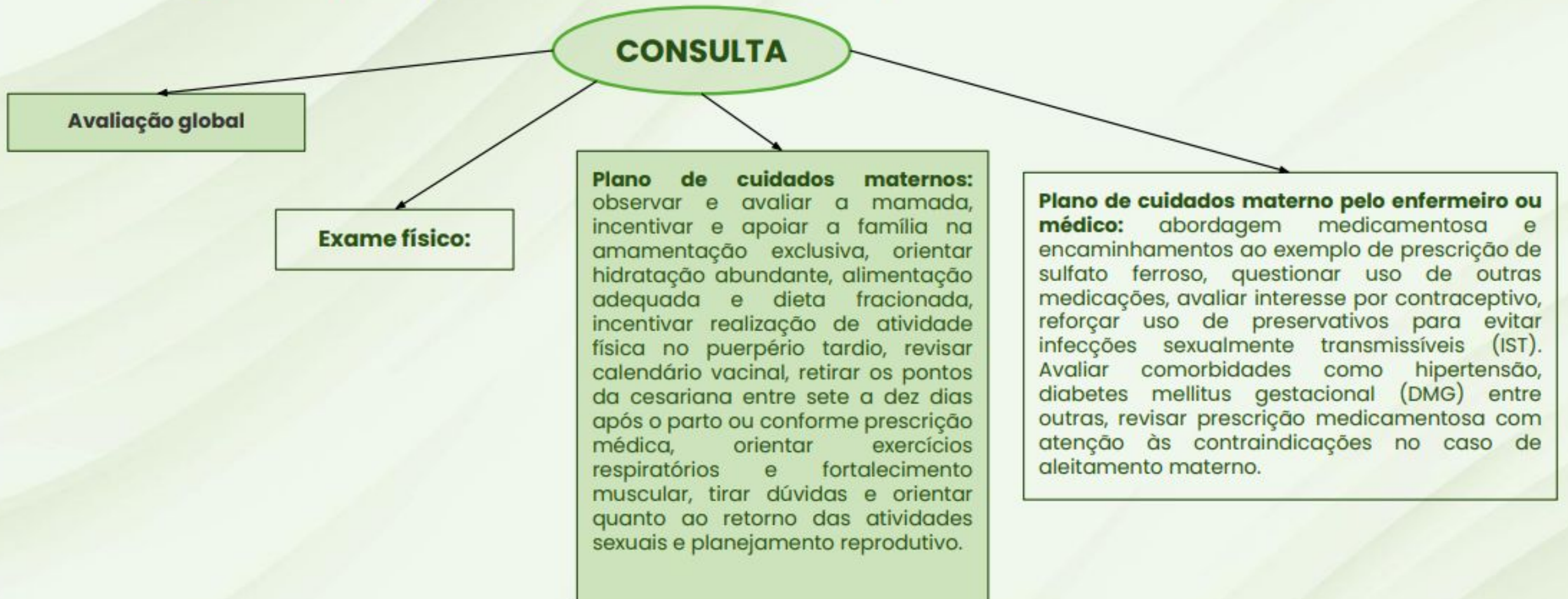
Encaminhar ao PNDAR em ambulatório de hemoglobinopatia de referência
Se TRAÇO FALCIFORME: orientação e aconselhamento genético

PONTOS IMPORTANTES

- **Sempre revisar se os exames solicitados foram realizados ,se há dúvidas quanto à solicitações, prescrições ou orientações**
- **Checar em cada consulta se há classificação de risco (avaliar se necessário profilaxia da pré-eclâmpsia)**
- **Avaliar novamente o encaminhamento**
- **Avaliar se há pendências em relação a este encaminhamento**
- **Orientar o agendamento da próxima consulta**

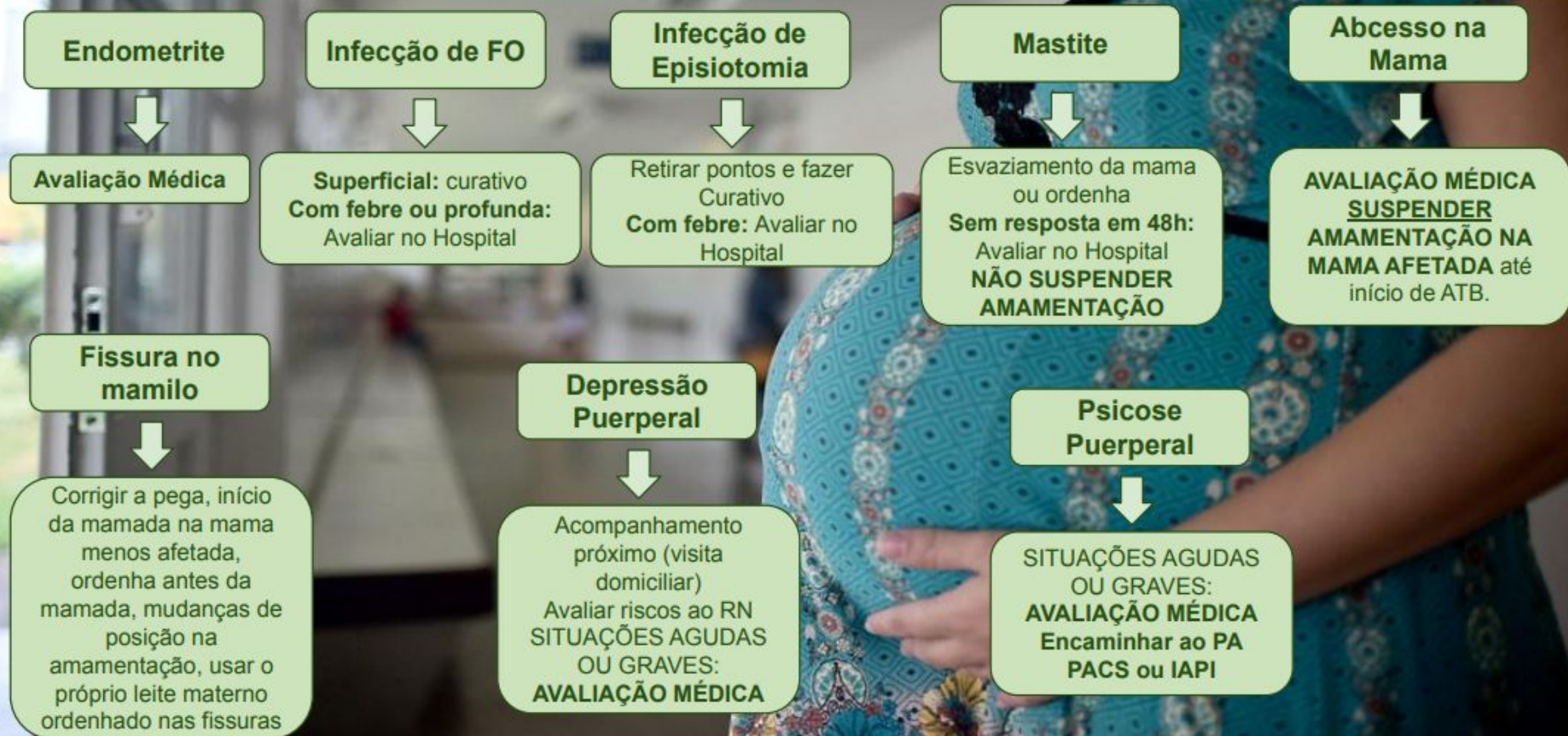
ATENDIMENTO DE PUERICULTURA

Abordagem da puérpera na consulta de Puerpério



Alertar a mulher sobre a transmissão vertical do HIV que pode ocorrer através do aleitamento.
Oferecer teste rápido de HIV, Sífilis e Hepatites Virais sempre que for do interesse da mulher e em casos de exposição sexual.
Fazer o uso da Profilaxia Pós Exposição (PEP) para o HIV sempre que houver indicação e conversar e orientar sobre prevenção combinada (uso dos preservativos associados a outros métodos).

PATOLOGIAS DO PUERPÉRIO



Aleitamento Materno

Amamentação cruzada é **CONTRAINDICADA** formalmente pelo Ministério da Saúde e Organização Mundial da Saúde (OMS)

Promover a amamentação na gestação



**QR CODE
AMAMENTAR É TRI**

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

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

Confira o passo a passo da mamanalgesia:

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

Continue amamentando enquanto a injeção é aplicada.

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

Amamentação nas medicações e doenças transmissíveis

NÃO SUSPENDER A AMAMENTAÇÃO SEM ANTES VERIFICAR AS INDICAÇÕES CLARAS

Droga	Período recomendado de interrupção da amamentação
Anfetamina, <i>ecstasy</i>	24–36 horas
Barbitúricos	48 horas
Cocaína, <i>crack</i>	24 horas
Etanol	1 hora por dose ou até estar sóbria
Heroína, morfina	24 horas
LSD	48 horas
Maconha	24 horas
Fenciclidina	1–2 semanas

INFECÇÃO	INDICAÇÃO	OBSERVAÇÃO
HIV, HTLV	CONTAINDICADO EM QUALQUER SITUAÇÃO	Para mulheres soropositivas, orientar tratamento. Para soronegativas - manter testagens durante amamentação, orientar relações sexuais com proteção e testagem da parceria sexual, contraindicar amamentação cruzada.
SÍFILIS, HERPES SIMPLES	PERMITIDA, DESDE QUE NÃO APRESENTE LESÕES NAS MAMAS	
HEPATITE B	PERMITIDA, DESDE QUE A CRIANÇA SEJA IMUNIZADA	
HEPATITE C	PERMITIDA, DESDE QUE NÃO HAJA LESÃO COM SANGRAMENTO NAS MAMAS	Ordenhar mama com lesão. Imediatamente após a cicatrização, a amamentação poderá ser retomada.
TUBERCULOSE, CITOMEGALOVÍRUS, SARAMPO, RUBÉOLA, VARICELA, COVID	PERMITIDA	Algumas doenças podem exigir isolamento materno pela gravidade da doença. Nestes casos, a amamentação deverá ser suspensa, utilizando-se estratégias de estímulo à produção láctea.

Em caso de dúvida:



Whatsapp 3289 2859

<https://www.e-lactancia.org>

PLANEJAMENTO REPRODUTIVO

CONTRACEPTIVOS

Hormonais

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

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

CONTRACEPÇÃO DE
EMERGÊNCIA
LEVONORGESTREL 0,75 MG

INJETÁVEL COM PROGESTERONA
TRIMESTRAL ACETATO DE
MEDROXIPROGESTERONA 150 MG

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

IMPLANTE SUBDÉRMICO

→ CRITÉRIOS

- Multiparas
- Usuária com filho anterior portador de malformações congênitas ou síndromes genéticas;
- Condição clínica avaliada pelo médico ginecologista que se beneficie com algum dos métodos;
- Casal sorodiferente para HIV, com parceria notificada;
- Mulher com hepatite B com notificação;
- Mulher em uso de PREP;
- Adolescente com dificuldade de adesão;
- Mulher vivendo com HIV/AIDS com notificação;
- Mulher com diagnóstico de sífilis no último ano;
- Usuária com doenças auto imunes;
- Mulher com Doença Falciforme;
- Homem Trans.

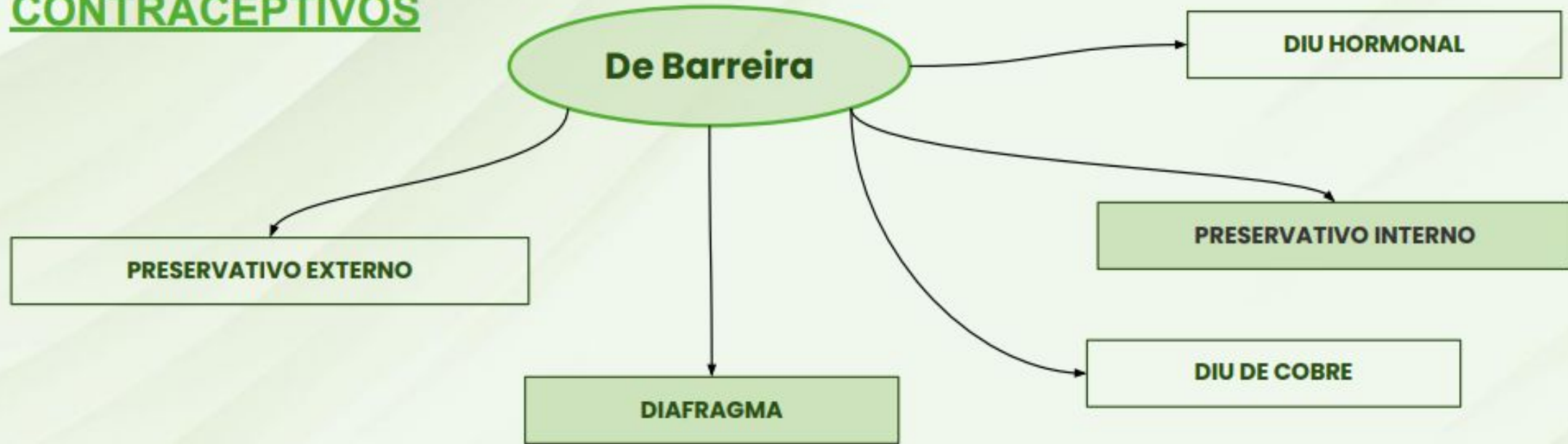
→ Em caso de atraso:

Até 2 semanas: aplicar nova injeção;
Acima de 2 semanas: descartar a possibilidade de gestação, administrar a injeção e utilizar método de apoio nos próximos 7 dias.

→ Em caso de atraso:

Até 7 dias: aplicar nova injeção;
Acima de 7 dias: descartar a possibilidade de gestação, administrar a injeção e utilizar método de apoio nos 7 dias subsequentes.

CONTRACEPTIVOS



Você já sabe, mas não custa lembrar:

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

CONTRACEPTIVOS

DEFINITIVOS

LAQUEADURA

- Quem tem dois ou mais filhos vivos poderá realizar a cirurgia a partir dos 18 anos.
- Parto – A gestante pode solicitar a laqueadura durante o período do parto.
- É necessário manifestar vontade com 60 dias de antecedência da data prevista para o nascimento.
- A legislação manteve a exigência de manifestação pela cirurgia em documento escrito e assinado.
- Entre a manifestação da vontade e a cirurgia, a pessoa interessada passará por aconselhamento por equipe de saúde quando receberá orientações sobre as vantagens, desvantagens, riscos e eficácia do procedimento. O objetivo é evitar a esterilização precoce.

VASECTOMIA

- Orientar sobre a dificuldade de reversão dos métodos definitivos no momento da escolha.
- A LT e a vasectomia possuem baixa taxa de reversibilidade cirúrgica
- Solicitar espermograma após 2 e 3 meses da realização da vasectomia para verificar o sucesso do procedimento cirúrgico.

PRÉ-NATAL DE RISCO HABITUAL

2022

